

BERICHT ÜBER DIE SITUATION DER FAMILIE IN ÖSTERREICH

Familienbericht 1979

Heft 6

FAMILIE UND GESUNDHEIT

Bundeskanzleramt

Wien 1979

FAMILIE UND GESUNDHEIT

Projektleitung:

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Geschäftsführung Dr. Erich Schäfer

Mitarbeiter:

Dr. Adolf Beck

Dr. Ernst Berger

Dr. Hans Czermak

Dr. Brigitte Dirlsamer-Moser

Dr. Helene Kapaun

Dr. Marianne Springer-Kremser

Dr. Heinz Krisper

Dr. Michael Kunze

Dr. Andreas Rett

Dr. Alfred Rockenschaub

Dr. Alfred Springer

Dr. Hans Zimprich

Abkürzungsverzeichnis

abs.	absolut	med.	medizinisch
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz	niedergel.	niedergelassen
BCG	Bazillus Calmette-Guérin (Tuberkulose-Schutzimpfung)	Nr.	Nummer
BGBI.	Bundesgesetzblatt	ORF	Österreichischer Rundfunk
BMGU	Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz	paraprof.	paraprofessionell
BRD	Bundesrepublik Deutschland	p. Ä.	praktische Ärzte
bzw.	beziehungswise	phil. Diss.	philosophische Dissertation
DDR	Deutsche Demokratische Republik	Prof.	Professor
d. h.	das heißt	sec.	sekundär
d. i.	das ist	sex.	sexuell
DT(P)	Diphtherie-Pertussis-Tetanusimpfung	SFK	Semmelweis-Frauen-Klinik
FB	Familienberatung	u. a.	unter anderem
IFES	Institut für empirische Sozialforschung	USA	United States of America
Inst.	Institut	usw.	und so weiter
IQ	Intelligenzquotient	u. v. a. m.	und vieles andere mehr
KÜST	Kinderübernahmsstelle	Verw.	Verwandte
LKH	Landeskrankenhaus	WHO	World Health Organisation
		zus.	zusammen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 GESUNDHEITSZUSTAND	5
1.1 Erkrankungshäufigkeit und -art	5
1.2 Sportunfälle und Unfälle in Freizeit und Haushalt	8
1.3 Krankenhausaufenthalte	8
1.4 Körperliche Beschwerden, die das Wohlbefinden beeinträchtigen	10
1.4.1 Blutdruck	10
1.5 Lebenserwartung	12
1.5.1 Epidemiologische Situation	12
1.5.2 Ursachen der geringeren Lebenserwartung der Männer	13
1.5.3 Familienstand und Mortalität	13
1.5.4 Familienstand und Selbstmord	15
1.5.5 Familienstand und sonstige Todesursachen	15
2 FAKTOREN, DIE DEN GESUNDHEITSZUSTAND BEEINFLUSSEN	16
2.1 Rauchen	16
2.1.1 Volksgesundheitliche Bedeutung	16
2.1.2 Epidemiologische Situation	16
2.1.3 Passivraucher	17
2.1.4 Rauchen in der Schwangerschaft	17
2.1.5 Ursachen der Rauchgewohnheit	17
2.1.6 Familiäre Rauchsituation	17
2.2 Ernährung	17
2.2.1 Ernährungsgewohnheiten	17
2.2.2 Übergewicht	18
3 GESUNDHEITSWISSEN	18
3.1 Gesundheitswissen von Jugendlichen	18
4 GESUNDHEITS/KRANKHEITSVERHALTEN IN DER FAMILIE	20
4.1 Theoretische Zusammenhänge	20
4.1.1 Wirkung der Filtermechanismen	20
4.1.2 Problembewältigungsstrategien	21
4.1.3 Stadien des Krankheitsverhaltens und des Krankheitsverlaufes	21
4.2 Empirisches Material zum Gesundheits/Krankheitsverhalten aus österreichischer Sicht	22
4.2.1 Krankheitsverhalten der Eltern bei Erkrankung ihres Kindes	22
4.2.2 Gesundheits/Krankheitsverhalten: Daten aus dem Mikrozensus 1973	23
4.2.2.1 Arztbesuche wegen körperlicher Beschwerden	23
4.2.2.2 Arztbesuche ohne körperliche Beschwerden	25
4.2.2.3 Impfungen	30
4.2.2.4 Arztbesuche während der Schwangerschaft	31
4.2.2.5 Untersuchung zur Erhebung von Unterleibskrebs und Selbstuntersuchung der Brust	33
4.3 Teilnahme an den Gesundenuntersuchungen, Mai 1974 bis Dezember 1976	34
4.3.1 Anmeldungen und Basisuntersuchungen	34
4.3.2 Sozialdaten	34
4.3.2.1 Geschlecht	34
4.3.2.2 Alter	34
4.3.2.3 Stellung im Beruf	35
4.3.2.4 Schulbildung	35
4.3.2.5 Familienstand	35
4.3.3 Subjektive Angaben über den Gesundheitszustand	35
5 MEDIZINISCHE VERSORGUNG – SOZIALE DIENSTE	35
5.1 Ärztliche Versorgung	35
5.2 Krankenhausbetten	36
5.3 Vorsorgen für Schwangere, Wöchnerinnen, Säuglinge und Kleinkinder	37
5.4 Beratungs- und Therapieinstitutionen, die mit familialen Kommunikationsstörungen befaßt sind	40
5.4.1 Familien- und Partnerberatung	40
5.4.2 Das Institut für Familientherapie	41
5.4.3 Die gynäkologisch-psychosomatische Ambulanz der II. Universitäts-Frauenklinik	41
5.4.4 Institute für Erziehungshilfe	41
5.5 Soziale Dienste für ältere Menschen	43

	Seite
6 GESUNDHEITSPOLITISCHE MASSNAHMEN ZUR BEEINFLUSSUNG DES GESUNDHEITS/KRANKHEITSVERHALTENS	45
6.1 Mutter-Kind-Paß	45
6.2 Schuluntersuchungen	46
6.3 Präsenzdiener-Untersuchungen, Lehrlingsuntersuchungen	46
6.4 Vorsorgeuntersuchungen	46
6.5 Weitere Maßnahmen	46
6.6 Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung und der Versorgung mit Krankenpflegepersonal	47
7 SEXUALERZIEHUNG UND FAMILIENPLANUNG	47
7.1 Sexualerziehung in Familie und Schule	47
7.1.1 Positionen heutiger Sexualerziehung	47
7.1.2 Die Instanzen der Sexualerziehung	48
7.1.2.1 Elternhaus und Sexualaufklärung	48
7.1.2.2 Zur kompensatorischen Rolle der Schule	48
7.1.2.3 Einstellung der Lehrer	48
7.1.3 Zur Beurteilung des Sexualwissens Jugendlicher	49
7.2 Einstellung zu Familienplanung und Kontrazeption	50
7.3 Soziale Gesichtspunkte der Familienplanung	54
7.4 Methoden der Familienplanung	56
8 SCHWANGERSCHAFT – SÄUGLING	58
8.1 Morbidität und Mortalität der Mutter	58
8.2 Schwangerschaftsabbruch	58
8.3 Mortalität und Morbidität von Säuglingen	61
8.3.1 Säuglingssterblichkeit im Zeitablauf während des ersten Lebensjahres	61
8.3.2 Regionale Unterschiede	61
8.3.3 Todesursachen	62
8.3.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede	62
8.3.5 Alter der Mutter und Ordnungszahl der Geburt	62
8.3.6 Ehelichkeit der Geborenen	62
8.3.7 Geburtsgewicht – Frühgeborenen	62
8.3.8 Sozio-ökonomische Unterschiede – Berufstätigkeit der Mutter	62
8.3.9 Rooming-in und Säuglingssterblichkeit	63
8.3.10 Internationaler Vergleich	63
8.3.11 Morbidität	63
9 ZUR GESUNDHEITSSITUATION DES KINDES	72
9.1 Bedingungen frühkindlicher Entwicklung – Entwicklungsneuropsychologische Aspekte	72
9.1.1 Perinatalperiode	72
9.1.1.1 Der Einfluß sozialer Faktoren auf Fötus und Säugling	72
9.1.1.2 Perinatale Risikoprognose der kindlichen Entwicklung	74
9.1.2 Entwicklung im ersten Lebensjahr	75
9.1.2.1 Familiäre Bedingungen kognitiver und emotionaler Entwicklung	76
9.1.2.2 Empirische Daten zur familiären Situation des Säuglings im ersten Lebensjahr/Gesundheit und Entwicklung	77
9.2 Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – psychosoziale Daten	79
9.2.1 Epidemiologische Daten	79
9.2.1.1 Österreichische Daten	79
9.2.2 Psychosoziale Daten bei Kindern mit Verhaltensstörungen	80
9.3 Krankheiten und Unfälle von Kindern	81
9.4 Selbstmorde und Selbstmordversuche von Kindern	83
9.5 Kindesmißhandlungen	84
9.6 Die psychische Gesundheit des Klein- und Schulkindes	85
10 DIE SITUATION DER FAMILIE MIT ENTWICKLUNGSGESTÖRTEM KIND	88
10.1 Zahl und Art entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher in Österreich	88
10.2 Erkennung von Behinderungen – Frühdiagnosen	89
10.3 Psychosoziale Probleme	90
10.3.1 Die psychische Situation der gesunden Geschwister entwicklungsgestörter Kinder	90
10.3.2 Die Sexualität behinderter Kinder	91
10.4 Das behinderte Kind und die Struktur seiner Familie	91
10.5 Die Lösung des entwicklungsgestörten Kindes aus der Familie	92
10.6 Die heilpädagogische Betreuung entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher	92
11 ALKOHOL-, DROGEN- UND MEDIKAMENTENMISSBRAUCH IN DER FAMILIE	93
11.1 Daten zur Schätzung der Ausdehnung des Problems	96
11.1.1 Alkohol in der Schwangerschaft und das genetische Problem des Alkoholismus	98
11.2 Drogenmißbrauch	99
11.2.1 Rausch- und Suchtmittel in der Schwangerschaft; genetische Probleme	100
11.2.2 Drogenmißbrauch und -abhängigkeit im familiären Verband	100
11.2.3 Drogenkonsum von Jugendlichen	100
11.2.4 Die Verbreitung des illegalen Drogenkonsums	101
11.3 Legalisierte Substanzen	101
11.3.1 Psychopharmaka in der Schwangerschaft, genetische Probleme	102
11.3.2 Die „Sozietoxizität“ der Psychopharmaka	102
11.3.3 Geschlechtsspezifische Formen von Medikamentenmißbrauch	102
11.4 Behandlung und Behandlungsmöglichkeiten	102
11.4.1 Die Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher	103

1 GESUNDHEITSZUSTAND

1.1 Erkrankungshäufigkeit und -art

Aufgrund einer vom Österreichischen Statistischen Zentralamt durchgeführten Sondererhebung über Fragen zur Gesundheit im September 1973, konnte erstmals in Österreich ein umfassenderes Bild über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung gewonnen werden.

Die nachstehend angeführten Ergebnisse dieser Erhebung sind dem Bericht „Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus, September 1973“ (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1976) entnommen. Das Erhebungsprogramm berücksichtigte nur solche Krankheiten oder Verletzungen, derentwegen Beschäftigte vom Arbeitsplatz abwesend waren, Schüler und Studenten dem Unterricht fernblieben, alle übrigen Personen bettlägerig oder in ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert waren (Tabellen 1-5).

Etwa 60% der Gesamtbevölkerung waren im Erhebungszeitraum (September 1972 bis August 1973) nicht krank.

Ein Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit zwischen Männern und Frauen ist nicht feststellbar. Im ersten Lebensdezennium und im hohen Alter liegt sie über dem Durchschnitt.

In der Gruppe der zwei- bis dreimal erkrankten Personen ist der Anteil bei Kindern und über 80 Jahren alten Personen gleich hoch (12,0%); bei Knaben ist der Prozentsatz mit 12,4% höher als bei Mädchen (11,6%), während in der höchsten Altersgruppe (80 Jahre und mehr) kein Unterschied im Anteil zwischen Männern und Frauen besteht.

Der Anteil der Personen, die mehr als dreimal im Jahr krank waren, beträgt bei unter Zehnjährigen 1,5%, bleibt zwischen dem 10. und 50. Lebensjahr etwa konstant (0,7% bis 1,1%), steigt danach an und beträgt in der höchsten Altersgruppe 6,5%.

Eine Gliederung nach der sozialen Stellung der Bevölkerung zeigt zwischen Berufstätigen und Nichtberufstätigen, jeweils als Gesamtheit betrachtet, keine wesentlichen Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit. Bei den Nichtberufstätigen haben Hausfrauen die geringste Krankheitshäufigkeit.

Zwischen September 1972 und dem Zeitpunkt der Befragung im September 1973 waren 2 689 100 Österreicher mindestens einmal krank, wobei einzuschränken ist, daß 96 000 Personen, die in Anstalts haushalten leben und etwa 90 000 Kranke, die zum Zeitpunkt des Interviews in einem Spital gelegen sind, von der Erhebung nicht erfaßt wurden.

Von diesen 2,7 Millionen Patienten waren 2 493 700 im Jahr vor der Befragung einmal oder öfter krank gewesen und 271 500 am Tag der Befragung von einer Krankheit noch nicht genesen. Bei 195 400 dieser Patienten handelte es sich um die erste Erkrankung innerhalb des Befragungszeitraumes, während 76 100 zwischen September 1972 und August 1973 schon eine oder mehrere Krankheiten durchgemacht haben.

Den 2 493 700 im Jahr vor der Befragung einmal oder öfter erkrankten Personen entsprechen insgesamt 3 327 200 Krankheitsfälle. Beim Interview konnten bis zu fünf Krankheiten – außer einer gegenwärtig noch bestehenden – angegeben werden. Drei Viertel der erkrankten Personen hatten in dieser Zeitspanne nur eine Krankheit, 18% waren zweimal und die übrigen dreimal oder öfter krank.

Etwa 40% der Fälle waren Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina und akute Bronchitis. Einen Anteil von 5% überschritten Herz- und Gefäßkrankheiten, Gelenksleiden, Kinderkrankheiten und Verletzungen. Die Anteile aller übriger Krankheiten blieben unter dieser Grenze.

Die Gliederung der Ergebnisse nach dem Alter zeigt mit steigendem Alter ein Abnehmen der Anteile bei Erkältungskrankheiten und eine Steigerung bei den chronischen Leiden.

Im Kindesalter (0-9 Jahre) sind etwa drei Viertel aller Fälle Erkältungs- oder Kinderkrankheiten. Einen höheren Anteil in dieser Altersgruppe haben auch Ohrenkrankheiten (23 000 Fälle) und Verletzungen (ebenfalls 23 000 Fälle). Im Alter zwischen 10 und 29 Jahren dominieren neben Erkältungskrankheiten (etwa 50%) die Verletzungen mit rund 15%. Mit zunehmendem Alter treten vor allem Herz- und Gefäßkrankheiten, Krankheiten des Verdauungssystems sowie Abnützungskrankheiten der Gelenke und der Wirbelsäule und neuralgische Beschwerden in den Vordergrund.

Eine Gliederung der Ergebnisse nach dem Geschlecht zeigt bei übereinstimmender Krankheitshäufigkeit von Männern und Frauen für eine Reihe von Positionen geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Anteile der Herz- und Gefäßkrankheiten sind bei Frauen höher, ausgenommen Herzinfarkt, der bei Männern überwiegt. Erkrankungen der Gallenblase überwiegen beim weiblichen Geschlecht; bei Männern haben dagegen vor allem Magenerkrankungen und Verletzungen einen höheren Anteil.

Tabelle 1: Häufigkeit von Erkrankungen vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Männer

Alter in vollendeten Jahren	Wohnbevölkerung	nie	Erkrankungen pro Person			
			einmal	zwei- bis dreimal	mehr als dreimal	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)						
Bis 9 Jahre	557 000	51,3	29,3	12,4	1,6	5,4
10-19 Jahre	660 700	61,4	25,4	7,6	0,9	4,7
20-29 Jahre	416 700	61,2	24,6	8,1	0,8	5,3
30-39 Jahre	432 300	60,1	26,4	7,9	0,7	4,9
40-49 Jahre	467 900	58,0	26,3	9,2	0,9	5,6
50-59 Jahre	337 900	56,7	25,6	9,2	2,0	6,5
60-69 Jahre	377 000	60,5	21,1	8,8	2,9	6,7
70-79 Jahre	204 200	55,7	21,2	11,9	3,9	7,3
80 und mehr	49 800	55,2	19,5	12,0	3,7	9,6
Insgesamt (absolut)	3 503 500	58,2	25,4	9,3	1,5	5,6

Tabelle 2: Häufigkeit von Erkrankungen vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Frauen

Alter in vollendeten Jahren	Wohnbevölkerung	nie	Erkrankungen pro Person			
			einmal	zwei- bis dreimal	mehr als dreimal	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)						
Bis 9 Jahre	522 800	51,5	30,8	11,6	1,4	4,7
10-19 Jahre	614 400	63,0	23,6	7,4	0,8	5,2
20-29 Jahre	394 000	63,4	23,2	7,1	0,6	5,7
30-39 Jahre	447 300	63,8	23,2	7,2	0,9	4,9
40-49 Jahre	514 900	63,9	22,5	6,7	1,3	5,6
50-59 Jahre	484 400	60,6	23,3	8,3	2,0	5,8
60-69 Jahre	505 200	58,3	22,0	10,1	3,2	6,4
70-79 Jahre	335 400	53,4	21,7	11,6	5,3	8,0
80 und mehr	106 500	48,3	20,4	12,0	7,8	11,5
Insgesamt (absolut)	3 924 900	59,6	23,8	8,8	2,0	5,8

Tabelle 3: Erkrankungsfälle vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Männer

Krankheitsbezeichnung	Erkrankungs-fälle	Alter in vollendeten Jahren								
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 und mehr
Relativzahlen (Summenzeile = 100)										
Zuckerkrankheit	0,7	0,1	0,0	0,1	0,4	0,7	1,3	2,3	2,5	0,8
Erhöhter Blutdruck	1,0	—	0,2	0,3	0,7	0,8	1,3	3,4	3,0	3,7
Herzinfarkt	0,8	—	—	0,1	0,1	0,8	1,5	3,3	2,4	2,9
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten	3,8	0,1	0,4	1,4	2,0	3,7	8,2	11,0	12,3	14,8
Augenkrankheiten	1,1	0,6	0,7	1,1	1,2	1,2	0,8	1,6	1,7	4,1
Ohrkrankheiten	1,6	3,8	2,2	0,9	0,6	0,8	0,5	1,3	0,7	1,6
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	38,6	46,3	52,1	42,5	41,6	33,2	27,4	21,7	24,0	21,4
Chronische Bronchitis	1,7	2,7	0,7	0,4	0,7	1,0	1,9	2,6	4,1	3,7
Lungenasthma	0,9	0,3	0,3	0,1	0,2	0,6	0,9	2,8	3,6	4,1
Lungenentzündung	1,7	1,3	1,0	1,3	1,1	1,6	2,0	2,8	3,4	6,6
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	2,3	0,6	0,5	3,3	2,8	4,2	4,1	3,5	2,2	1,2
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	2,7	1,4	2,4	3,5	3,5	3,0	3,1	3,0	3,4	2,1
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken	0,9	—	—	0,3	0,7	1,4	1,8	2,0	2,5	1,6
Leberkrankheiten, Gelbsucht	0,9	0,1	0,4	0,8	1,0	1,2	1,3	2,3	1,8	1,6
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung	1,8	0,1	0,7	1,7	1,7	3,4	2,5	3,7	2,8	2,5
Hautkrankheiten	1,2	0,8	1,6	1,2	1,6	1,2	1,0	0,8	1,4	2,1
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	2,2	0,1	0,3	1,3	2,9	4,2	4,0	4,2	4,0	2,5
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	5,5	0,2	0,7	3,2	8,1	10,9	12,7	8,6	7,3	6,6
Kinderkrankheiten	7,5	28,9	7,9	1,1	0,7	0,3	0,4	0,3	0,1	—
Sonstige Krankheiten	8,4	7,6	8,3	9,3	8,6	7,6	8,9	9,1	10,5	10,7
Knochenbruch	4,2	1,4	6,6	5,7	6,3	4,2	4,0	3,1	2,1	1,6
Prellung, Zerrung, Quetschung	4,9	0,7	6,8	10,9	6,5	6,9	4,0	2,8	1,6	0,8
Andere Verletzungen	4,7	2,0	5,4	8,5	6,3	6,3	4,8	2,7	2,0	2,1
Unbekannt	0,9	0,9	0,8	1,0	0,7	0,8	1,6	1,1	0,6	0,9
Insgesamt (absolut)	1 596 500	319 800	272 800	172 300	184 100	210 300	156 700	158 900	97 300	24 300

Tabelle 4: Erkrankungsfälle vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Frauen

Krankheitsbezeichnung	Erkrankungs-fälle	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Relativzahlen (Summenzeile = 100)										
Zuckerkrankheit	1,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,6	1,2	2,5	3,1	2,2
Erhöhter Blutdruck	2,2	—	0,3	0,4	0,9	1,9	3,8	5,0	5,1	4,8
Herzinfarkt	0,5	—	—	0,1	0,0	0,4	0,7	1,1	1,5	1,4
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten	6,3	0,2	1,1	2,3	3,8	5,7	8,1	12,0	15,6	17,4
Augenkrankheiten	1,0	0,4	0,5	0,5	0,7	0,5	0,8	1,2	2,7	2,4
Ohrenkrankheiten	1,4	3,7	2,0	1,0	0,8	0,8	0,8	0,7	0,5	0,8
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	40,7	46,6	59,6	52,5	45,2	40,2	32,9	28,5	24,3	23,1
Chronische Bronchitis	1,0	1,0	0,4	0,5	0,3	0,8	1,1	1,8	1,8	2,1
Lungenasthma	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,8	1,6	1,4
Lungenentzündung	1,4	1,5	1,0	0,9	1,1	1,1	1,3	1,5	1,9	4,1
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	1,3	0,3	0,8	0,9	1,7	1,5	2,0	1,8	2,2	1,3
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	2,3	1,4	2,4	2,6	2,1	2,4	2,6	2,5	2,7	3,3
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken	3,4	—	0,5	2,4	3,4	4,7	5,5	6,2	6,0	4,0
Leberkrankheiten, Gelbsucht	0,8	0,1	0,5	0,7	0,9	0,6	1,4	1,0	1,0	0,6
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung	2,1	0,3	2,1	3,4	3,2	3,0	2,5	2,3	1,4	1,9
Hautkrankheiten	1,2	1,2	1,5	1,0	1,4	1,2	1,3	1,0	1,0	0,5
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	3,4	0,1	0,3	2,4	4,1	5,2	5,4	5,7	5,3	3,8
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	5,2	0,3	0,4	1,8	5,1	6,5	9,3	9,3	9,1	8,4
Kinderkrankheiten	6,6	30,6	7,4	1,6	1,1	0,4	0,3	0,3	0,1	—
Sonstige Krankheiten	11,1	8,0	11,5	17,9	15,7	14,2	10,3	8,2	7,5	9,7
Knochenbruch	2,2	1,6	2,3	1,4	1,8	2,4	2,7	2,8	2,5	2,4
Prellung, Zerrung, Quetschung	1,8	0,6	2,3	2,6	2,1	1,8	2,2	1,7	1,5	2,4
Andere Verletzungen	2,0	1,2	2,6	2,4	2,9	2,3	2,7	1,3	0,9	1,3
Unbekannt	0,6	0,5	0,4	0,5	1,2	1,5	0,7	0,8	0,7	0,7
Insgesamt (absolut)	1 730	700	293	200	239	200	147	900	170	000
	184	800	209	100	240	300	183	400	62	800

Tabelle 5: Erkrankungsfälle vom September 1972 bis August 1973 (Alter), insgesamt

Krankheitsbezeichnung	Erkrankungs-fälle	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Relativzahlen (Summenzeile = 100)										
Zuckerkrankheit	0,9	0,1	0,0	0,1	0,4	0,7	1,3	2,5	2,6	1,8
Erhöhter Blutdruck	1,6	—	0,3	0,3	0,8	1,3	2,7	4,4	4,3	4,5
Herzinfarkt	0,6	—	—	0,1	0,1	0,6	1,0	2,0	1,8	1,8
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten	5,1	0,1	0,7	1,8	2,9	4,6	8,2	11,6	14,5	16,6
Augenkrankheiten	1,0	0,5	0,6	0,9	1,0	0,9	0,8	1,4	2,4	2,9
Ohrenkrankheiten	1,5	3,8	2,1	0,9	0,7	0,8	0,7	1,0	0,6	1,0
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	39,7	46,4	55,6	47,1	43,2	36,4	30,5	25,8	24,2	22,7
Chronische Bronchitis	1,3	1,9	0,6	0,4	0,5	0,9	1,4	2,1	2,6	2,5
Lungenasthma	0,7	0,3	0,2	0,1	0,2	0,5	0,6	1,6	2,3	2,2
Lungenentzündung	1,6	1,4	1,0	1,2	1,1	1,4	1,6	2,0	2,4	4,8
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	1,8	0,5	0,7	2,2	2,3	2,9	2,9	2,5	2,2	1,3
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	2,5	1,4	2,4	3,1	2,9	2,7	2,8	2,7	3,0	3,0
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken	2,2	—	0,2	1,3	2,0	2,9	3,9	4,5	4,8	3,3
Leberkrankheiten, Gelbsucht	0,8	0,1	0,4	0,8	0,9	1,0	1,4	1,5	1,3	0,9
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung	1,9	0,2	1,3	2,5	2,4	3,2	2,5	2,8	1,9	2,1
Hautkrankheiten	1,2	1,0	1,6	1,1	1,5	1,2	1,2	0,9	1,1	0,9
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	2,8	0,1	0,3	1,8	3,4	4,7	4,8	5,1	4,9	3,4
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	5,3	0,3	0,6	2,5	6,7	8,9	10,7	9,0	8,5	7,9
Kinderkrankheiten	7,0	29,7	7,7	1,3	0,9	0,4	0,4	0,3	0,1	—
Sonstige Krankheiten	9,9	7,8	9,8	13,3	12,0	10,7	9,7	8,6	8,6	10,0
Knochenbruch	3,1	1,5	4,6	3,7	4,2	3,3	3,3	2,9	2,3	2,2
Prellung, Zerrung, Quetschung	3,3	0,6	4,7	7,1	4,4	4,5	3,0	2,1	1,5	2,0
Andere Verletzungen	3,3	1,6	4,1	5,7	4,7	4,4	3,6	1,9	1,3	1,5
Unbekannt	0,9	0,7	0,5	0,7	0,8	1,1	1,0	0,8	0,8	0,7
Insgesamt (absolut)	3 327	200	613	000	512	000	320	200	354	100
	365	800	399	200	280	700	87	100		

1.2 Sportunfälle und Unfälle in Freizeit und Haushalt

Angaben über die Gesamtzahl von Sportunfällen und Unfällen in Freizeit und Haushalt finden sich in den Sozialstatistischen Daten 1977 (Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1977) für den Zeitraum 1. Dezember 1969 bis 30. November 1970.

Tabelle 6: Sportunfälle

Ausgeübte Sportart	männlich	weiblich	insgesamt
Skifahren	17 800	8 200	26 000
Rodeln, Eislaufen	1 900	1 300	3 200
Fußball	11 600	100	11 700
Wassersport	900	300	1 200
Leichtathletik	700	500	1 200
Turnen	3 400	2 200	5 600
Sonstige Sportarten	5 400	3 200	8 600
Zusammen	41 700	15 800	57 700¹⁾

¹⁾ Einschließlich der Position „Sportart unbekannt“.

Tabelle 7: Unfälle in Freizeit und Haushalt

Tätigkeit beim Unfall	männlich	weiblich	insgesamt
Instandhaltungsarbeiten in Haus und Wohnung	5 800	4 500	10 300
Reparatur von Geräten	2 400	300	2 700
Haushaltungsarbeiten	6 000	31 300	37 300
Freizeitgestaltung, Spiel oder Gartenarbeiten	26 400	15 300	41 700
Sonstige Tätigkeit	20 900	19 900	40 800
Zusammen	61 500	71 300	133 000¹⁾

¹⁾ Einschließlich der Position „unbekannt“.

Im Untersuchungszeitraum ereigneten sich bei sportlicher Aktivität nicht halb so viele Unfälle wie bei anderen Tätigkeiten in Haushalt und Freizeit.

Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt, daß von Sportunfällen vorwiegend jüngere Männer betroffen sind.

In den Altersklassen „0–9“ kam es zu 4 200, „10–19“ 20 500, „20–29“ 8 100 und „30–39“ 4 300 männlichen Sportunfällen. Die entsprechenden Werte für Frauen lauten: 2 400, 7 700, 2 100 und 1 200 Unfälle.

Bei Unfällen im Haushalt stehen ältere Frauen an der Spitze. Die höchste Zahl von Unfällen in Freizeit und Haushalt (31 900) ist bei Frauen der Altersklasse „60 und mehr“ vorzufinden.

In den jüngeren Lebensabschnitten dominieren auch hier Unfälle bei Männern. In der Altersklasse „0–9“ stehen 15 600 männliche 7 700 weiblichen Unfällen gegenüber; „10–19“: 11 200 bzw. 5 600, „20–29“: 5 000 bzw. 4 700, „30–39“: 5 900 bzw. 3 900. Ab der Altersklasse „40–49“ gibt es mehr weibliche als männliche Freizeit- und Haushaltsunfälle.

1.3 Krankenhausaufenthalte

Den 748 300 Fällen von stationären Krankenhauspatienten, die im Mikrozensus erfaßt wurden, stehen etwa 1 150 000 Patienten gegenüber, die mittels des Berichtes über die Krankenbewegung in den Krankenanstalten (C-Bericht) gemeldet wurden (Tabellen 8–10).

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus waren von den 748 300 Pfleglingen 20,6% wegen einer Verletzung in Behandlung, davon fast die Hälfte mit einem Knochenbruch. 10,6% der Patienten hatten eine Herz- oder Gefäßkrankheit. Den größten Anteil mit 28,2% nehmen die „sonstigen Krankheiten“ ein. In dieser Position sind zu einem Teil Patienten mit jenen Krankheiten zu suchen, die man aus psychologischen Gründen nicht in den Fragenkatalog aufgenommen hatte (Krebs, Frauenleiden). Weiters kann als Ursache für den hohen Anteil von Verletzungen, der bei jüngeren Patienten größer ist als in den Altersgruppen ab dem 40. Lebensjahr geltend gemacht werden, daß im Fragenkatalog chronische Erkrankungen differenzierter ausgewiesen werden als akute Zustände. Es fehlen daher für jüngere Pfleglinge Positionen wie etwa „Blinddarmerkrankungen“ und „Erkrankungen der Mandeln“, die wegen einer Operation einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten. Wie aus den Mikrozensusergebnissen über durchgemachte Operationen (vgl. „Statistische Nachrichten“, Heft 10/1974, Seite 603) hervorgeht, ist die Zahl jener Personen, die eine solche Operation hinter sich haben, bereits im Kindesalter und bei Jugendlichen sehr hoch. Es zeigt sich, daß der Anteil dieser Sammelposition bei Frauen höher ist als bei Männern. Weiters ist ein deutlich höherer Anteil des weiblichen Geschlechts bei Gallenkrankheiten zu beobachten. Bei Männern sind die Unfallpositionen höher besetzt.

Die Altersgliederung läßt erkennen, daß im Kindesalter neben Spitalsaufenthalten wegen Kinderkrankheiten auch Erkältungskrankheiten, Lungenentzündung, Ohrenkrankheiten sowie Magenkrankheiten (Gastritis) vorherrschen.

Im jugendlichen Alter dominieren Behandlungen infolge von Unfällen; in der Altersgruppe der 10- bis 19jährigen sind 17,5% aller Einweisungen auf Knochenbrüche zurückzuführen.

Bei Herz- und Kreislauferkrankungen sowie chronischen und Abnützungskrankheiten nehmen die Anteile mit steigendem Alter der Patienten zu.

Tabelle 8: Stationäre Krankenhausaufenthalte vom September 1972 bis August 1973 (Alter, Krankheit), Männer

Krankheitsbezeichnung	Krankenhaus- aufenthalte	Alter des Patienten in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Zuckerkrankheit	1,3	—	—	0,6	0,8	1,6	1,8	3,1	1,9	1,4
Erhöhter Blutdruck	0,8	—	—	0,8	0,3	1,0	1,5	1,0	1,4	1,4
Herzinfarkt	3,5	—	—	0,3	0,3	2,4	6,4	9,6	6,5	8,3
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten	6,4	1,1	1,4	2,2	4,0	4,4	11,6	10,3	15,3	12,5
Augenkrankheiten	2,1	2,2	0,8	0,6	1,6	2,0	0,9	3,6	4,3	5,5
Ohrenkrankheiten	1,1	2,8	1,6	0,3	0,8	1,4	—	1,2	—	1,4
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	2,9	7,8	3,7	3,1	3,4	2,2	0,7	0,9	1,9	1,4
Chronische Bronchitis	0,6	0,9	0,2	—	0,3	0,2	0,9	0,7	1,4	1,4
Lungenasthma	1,6	0,7	—	0,6	0,5	1,0	2,0	4,1	3,5	4,2
Lungenentzündung	2,4	3,5	1,4	1,7	0,5	2,2	2,0	3,1	4,1	4,2
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	4,4	0,4	1,2	5,0	4,2	8,1	6,1	4,5	5,4	6,9
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	1,8	3,3	1,2	1,7	1,9	2,4	2,0	0,9	1,4	4,1
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken	2,0	—	0,2	0,6	2,6	3,6	3,5	2,8	3,0	1,4
Leberkrankheiten, Gelbsucht	2,6	0,4	1,8	2,5	2,1	3,6	3,3	3,6	2,7	4,1
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung	3,2	0,9	1,8	2,5	3,4	3,8	2,6	5,2	6,0	2,8
Hautkrankheiten	1,3	1,1	0,8	0,8	2,7	1,8	1,1	1,2	0,8	1,4
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	1,8	0,2	—	1,7	2,7	3,4	2,4	2,4	1,9	—
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	4,3	0,9	2,3	1,9	6,4	7,1	6,8	5,0	4,1	1,4
Kinderkrankheiten	2,4	13,2	4,1	1,1	0,5	—	0,2	—	—	—
Sonstige Krankheiten	23,2	39,7	25,0	24,0	21,7	17,1	17,3	18,4	23,4	27,8
Knochenbruch	12,4	5,0	24,6	19,2	19,4	11,7	9,6	7,4	4,9	2,8
Prellung, Zerrung, Quetschung	5,0	1,7	9,4	11,4	6,9	5,1	3,9	2,6	1,1	—
Andere Verletzungen	9,4	10,2	14,5	13,9	10,3	11,5	8,6	4,1	3,5	2,8
Unbekannt	3,5	4,0	4,0	3,5	2,7	2,4	4,8	4,3	1,5	2,8
Insgesamt (absolut)	368 100	46 100	51 100	35 900	37 700	49 700	45 600	58 100	36 700	7 200

Tabelle 9: Stationäre Krankenaufenthalte vom September 1972 bis August 1973 (Alter, Krankheit), Frauen

Krankheitsbezeichnung	Krankenhaus- aufenthalte	Alter des Patienten in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Zuckerkrankheit	2,2	0,2	0,5	—	0,9	1,5	2,5	4,4	6,0	0,7
Erhöhter Blutdruck	0,8	0,2	0,3	—	0,9	0,9	1,2	1,3	1,2	1,4
Herzinfarkt	1,7	—	—	—	—	0,6	1,5	3,8	4,5	6,2
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten	8,0	0,9	1,1	3,4	5,2	7,4	8,5	12,0	16,3	21,9
Augenkrankheiten	2,1	1,4	0,8	1,3	0,7	1,1	1,3	2,2	6,4	4,8
Ohrenkrankheiten	0,9	2,5	1,1	0,6	0,7	1,3	1,0	0,5	0,2	—
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	3,3	7,5	7,0	5,6	2,1	1,5	1,3	2,4	2,1	1,4
Chronische Bronchitis	0,5	0,9	—	0,3	0,2	—	0,4	0,6	1,2	0,7
Lungenasthma	0,8	0,4	0,3	0,3	0,2	0,6	0,8	1,7	0,8	1,4
Lungenentzündung	1,9	4,6	1,3	1,6	0,7	0,6	1,0	2,2	2,1	5,5
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	3,1	1,4	2,1	1,3	2,1	3,0	3,8	4,1	5,2	4,8
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	1,4	3,0	1,3	1,3	0,2	1,1	1,7	1,1	1,6	2,1
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken	6,5	—	0,8	2,8	7,8	8,9	10,6	9,8	8,0	2,7
Leberkrankheiten, Gelbsucht	1,9	0,5	1,6	3,1	2,4	1,3	2,3	2,2	2,1	1,4
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung	3,3	0,9	3,5	5,0	4,7	3,7	3,1	3,0	3,1	3,4
Hautkrankheiten	1,6	3,0	2,4	1,9	0,9	1,7	1,3	0,6	1,6	0,7
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	2,6	0,5	0,8	2,2	3,1	2,4	2,5	4,4	3,1	3,4
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	4,1	2,0	2,1	1,6	2,4	5,2	4,2	5,7	6,8	6,2
Kinderkrankheiten	1,9	11,6	4,6	0,9	0,2	0,2	—	—	—	—
Sonstige Krankheiten	33,1	37,8	45,0	54,7	43,9	41,1	29,4	20,2	14,4	14,4
Knochenbruch	6,3	4,5	7,8	2,8	5,7	5,4	6,7	7,3	6,8	11,6
Prellung, Zerrung, Quetschung	2,3	2,3	2,7	1,6	2,1	2,6	2,5	2,4	1,8	2,1
Andere Verletzungen	6,0	9,3	8,8	5,5	7,1	6,1	7,1	4,2	2,8	0,6
Unbekannt	3,7	4,6	4,1	2,2	5,8	1,8	5,3	3,9	1,9	2,6
Insgesamt (absolut)	380 200	43 900	37 300	32 000	42 400	46 200	52 000	63 300	48 500	14 600

Tabelle 10: Stationäre Krankenhausaufenthalte vom September 1972 bis August 1973 (Alter, Krankheit), insgesamt

Krankheitsbezeichnung	Krankenhaus- aufenthalte	Alter des Patienten in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Zuckerkrankheit	1,8	0,1	0,2	0,3	0,9	1,6	2,2	3,8	4,2	0,9
Erhöhter Blutdruck	0,8	0,1	0,1	0,5	0,6	0,9	1,3	1,2	1,3	1,4
Herzinfarkt	2,6	—	—	0,1	0,1	1,6	3,8	6,6	5,4	6,9
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten	7,2	1,0	1,2	2,8	4,6	5,8	9,9	11,2	15,8	18,8
Augenkrankheiten	2,1	1,8	0,8	0,9	1,1	1,6	1,1	2,9	5,5	5,0
Ohrenkrankheiten	1,0	2,7	1,4	0,4	0,7	1,4	0,5	0,8	0,1	0,5
Erkältungs-krankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	3,1	7,7	5,1	4,3	2,8	1,9	1,0	1,6	2,0	1,4
Chronische Bronchitis	0,5	0,9	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6	0,7	1,3	0,9
Lungenasthma	1,2	0,6	0,1	0,5	0,4	0,8	1,3	2,9	2,0	2,3
Lungenentzündung	2,1	4,0	1,4	1,6	0,6	1,5	1,4	2,6	2,9	5,0
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	3,7	0,9	1,6	3,3	3,1	5,6	4,9	4,3	5,3	5,5
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	1,6	3,1	1,2	1,5	1,0	1,8	1,8	1,0	1,5	2,8
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken	4,3	—	0,5	1,6	5,4	6,2	7,3	6,4	5,9	2,3
Leberkrankheiten, Gelbsucht	2,2	0,4	1,7	2,8	2,2	2,5	2,8	2,9	2,3	2,3
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung	3,3	0,9	2,5	3,7	4,1	3,8	2,9	4,0	4,3	3,2
Hautkrankheiten	1,4	2,0	1,5	1,3	1,8	1,8	1,2	0,9	1,3	0,9
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	2,2	0,3	0,3	1,9	2,9	2,9	2,5	3,5	2,6	2,3
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	4,2	1,4	2,3	1,8	4,3	6,2	5,4	5,4	5,6	4,6
Kinderkrankheiten	2,2	12,4	4,3	1,0	0,4	0,1	0,1	—	—	—
Sonstige Krankheiten	28,2	38,8	33,5	38,4	33,5	28,6	23,8	19,4	18,3	18,8
Knochenbruch	9,3	4,8	17,5	11,5	12,1	8,7	8,1	7,3	6,0	8,7
Prellung, Zerrung, Quetschung	3,6	2,0	6,6	6,8	4,4	3,8	3,2	2,5	1,5	1,4
Andere Verletzungen	7,7	9,8	12,1	10,0	8,6	8,8	7,8	4,1	3,2	1,4
Unbekannt	3,7	4,3	4,0	2,9	4,2	2,0	5,1	4,0	1,7	2,7
Insgesamt (absolut)	748 300	90 000	88 400	67 900	80 100	95 900	97 600	121 400	85 200	21 800

1.4 Körperliche Beschwerden, die das Wohlbefinden beeinträchtigen

Außer den Krankheiten zum Zeitpunkt des Interviews wurden bei der Erhebung auch subjektive Beschwerden festgestellt, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigen, aber nicht als Krankheit empfunden werden (Tabellen 11-13).

Mehr als 1 Million Österreicher litt im September 1973 unter sogenannten „Kreislaufstörungen“ (Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände usw.), 718 000 unter Kopfschmerzen oder Migräne, 723 000 unter Nervosität. Eine beträchtliche Zahl von weiteren Positionen enthält jeweils mehr als eine halbe Million gleichartiger Fälle.

Es war zu erwarten, daß sich diese Beschwerden vornehmlich in fortgeschrittenem Lebensalter zeigen werden, doch sind schon im Kindes- und Jugendlichenalter einige Positionen, wie Nervosität, schlechte Zähne und auch Sehstörungen, relativ hoch besetzt. Von den 70jährigen und Älteren wurden durchschnittlich 3-4 Beschwerden pro befragte Person angegeben.

1.4.1 Blutdruck

In Österreich sind 1975 fast 20 000 Menschen an Durchblutungsstörungen des Herzens gestorben; Hypertonie (Bluthochdruck) ist einer der wesentlichen Risikofaktoren für diese Krankheitsgruppe.

Im gleichen Zeitraum sind 14 000 Menschen an Hirngefäß-krankheiten gestorben; eine ursächliche Beteiligung des Bluthochdruckes ist bei einem großen Teil dieser Fälle anzunehmen.

In Österreichs Krankenanstalten wurden 1975 fast 12 000 Hypertonie-Patienten behandelt; die Zahl derer, bei denen Bluthochdruck neben anderen Krankheiten festgestellt und behandelt werden mußte, ist um ein Vielfaches höher. Bei den in Österreich allen Bürgern kostenlos zur Verfügung stehenden Gesundheitsuntersuchungen wurde festgestellt, daß in der Altersklasse 50 bis 54 Jahre rund 7% der Männer und 13% der Frauen Hypertoniker sind, in der Altersklasse 60 bis 64 Jahre beträgt dieser Anteil bereits 13% bzw. 22% (Grabner et al., 1977). Diese Zahlen aus der Gesundheitsstatistik unterstreichen die Bedeutung des Hypertonie-Problems.

Die Weltgesundheitsorganisation und der Internationale Herzfonds haben den April 1978 zum Welt-Hypertonie-Monat proklamiert. In unserem Land hat der Österreichische Herzfonds die Planung und Durchführung verschiedener Aktivitäten übernommen, die sowohl die Information der Bevölkerung als auch die gezielte Fortbildung der Ärzteschaft einschließen.

In diesem Zusammenhang wurde vom Institut für empirische Sozialforschung im April 1978 eine Studie über den Informationsstand der Bevölkerung über Hypertonie durchgeführt, die zum Zeitpunkt der Berichtslegung jedoch noch unveröffentlicht war.

Tabelle 11: Körperliche Beschwerden im September 1973 (Alter), Männer

Bezeichnung der Beschwerden	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Relativzahlen (Wohnbevölkerung = 100)										
Schlafstörungen	5,5	0,4	0,4	1,1	4,0	6,6	10,8	14,1	18,3	18,6
Wetterempfindlichkeit	6,2	0,4	0,8	2,2	4,9	8,3	13,2	15,4	14,9	16,7
Schwäche - Müdigkeit	4,9	0,4	1,2	2,0	3,4	5,3	8,5	11,6	15,3	22,9
Nervosität	7,6	1,3	2,6	4,6	8,5	10,8	14,1	14,5	13,1	10,4
Niedergedrücktheit (Depressionen)	1,4	0,1	0,2	0,7	0,8	1,3	2,5	3,4	4,5	3,8
Schwindel	3,4	0,2	0,6	0,8	1,4	2,8	5,5	9,5	13,8	20,0
„Kreislaufstörungen“ (z. B. Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände)	8,8	0,3	0,9	2,6	4,6	9,7	17,8	23,3	29,3	31,3
Übelkeit, Appetitlosigkeit	1,7	1,4	0,9	0,8	1,2	1,4	2,3	3,0	4,4	5,2
Kopfschmerzen, Migräne	6,2	0,4	2,8	5,4	9,0	9,5	10,0	9,9	8,6	4,6
Sehstörungen	5,1	1,3	1,9	2,2	2,5	5,6	9,6	10,3	14,8	22,5
Hörstörungen	3,8	0,4	0,8	1,0	1,2	2,9	5,3	9,5	17,0	28,0
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	6,0	3,2	4,8	7,4	8,7	8,5	6,4	5,3	4,0	3,3
Husten	4,6	3,5	1,7	2,3	3,1	4,9	7,0	9,2	10,1	9,5
Herzbeschwerden	6,6	0,1	0,5	1,5	3,6	7,1	12,6	19,1	22,5	20,4
Atembeschwerden	4,4	0,8	0,5	0,7	1,6	3,6	6,9	13,9	17,7	19,5
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	7,0	0,7	1,4	6,0	9,9	11,7	12,1	11,0	11,4	10,4
Gelenksschmerzen, Nervenschmerzen, Muskelschmerzen	9,2	0,3	1,0	3,3	7,8	14,0	19,8	21,0	21,5	20,5
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	8,7	—	0,8	4,7	11,5	15,6	16,4	16,5	16,2	12,4
Gehbehinderung	3,3	0,3	0,9	1,1	1,3	2,9	5,8	8,2	11,4	20,2
Beinleiden (Krampfadern, Geschwür, Durchblutungsstörungen)	4,5	0,1	0,5	1,2	2,7	5,2	8,2	12,4	15,1	13,6
Auffällige Gewichtsabnahme	0,5	—	—	0,1	0,5	0,5	0,9	1,4	2,1	1,7
Auffällige Gewichtszunahme	0,4	—	0,2	0,4	0,4	0,6	0,6	0,7	0,6	0,8
Andere Beschwerden	5,4	3,5	3,3	4,2	5,1	6,2	7,2	8,2	8,8	13,1
Keine Beschwerden	54,3	85,2	79,1	65,7	49,6	37,6	29,4	24,5	19,5	19,7
Wohnbevölkerung (absolut)	3 503 500	557 000	660 700	416 700	432 300	467 900	337 900	377 000	204 200	49 800

Tabelle 12: Körperliche Beschwerden im September 1973 (Alter), Frauen

Bezeichnung der Beschwerden	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Relativzahlen (Wohnbevölkerung = 100)										
Schlafstörungen	10,4	0,5	0,4	2,6	5,6	9,6	17,1	23,2	25,7	29,7
Wetterempfindlichkeit	10,0	0,3	0,8	3,8	7,2	12,4	16,3	20,5	21,1	22,5
Schwäche - Müdigkeit	8,6	0,6	1,4	4,4	6,0	8,2	12,1	15,5	21,7	29,9
Nervosität	11,7	1,3	2,7	8,9	14,0	16,5	18,3	18,3	17,1	12,4
Niedergedrücktheit (Depressionen)	3,2	0,1	0,3	1,4	2,1	3,3	5,4	6,5	7,7	6,9
Schwindel	7,8	0,1	1,3	3,4	4,4	7,2	10,2	15,2	21,6	28,0
„Kreislaufstörungen“ (z. B. Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände)	18,5	0,1	2,3	9,1	14,8	21,9	31,6	34,3	38,0	40,1
Übelkeit, Appetitlosigkeit	2,2	1,4	1,2	1,3	1,4	1,5	2,2	3,4	5,1	7,3
Kopfschmerzen, Migräne	12,7	0,6	3,6	12,0	16,3	20,1	20,2	18,0	14,4	13,3
Sehstörungen	7,2	1,4	2,0	2,5	2,7	6,2	11,0	12,8	18,8	26,4
Hörstörungen	3,1	0,3	0,3	0,6	0,8	1,5	3,0	6,2	11,3	20,6
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	5,6	3,3	5,7	8,6	7,7	7,3	5,9	4,0	2,5	2,2
Husten	3,4	3,4	1,5	2,1	2,2	2,7	3,6	5,4	6,4	6,3
Herzbeschwerden	10,4	0,2	0,5	1,8	5,1	9,3	15,2	23,8	30,7	29,2
Atembeschwerden	4,8	0,4	0,4	0,9	2,1	3,3	5,7	11,1	14,9	18,3
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	6,3	0,9	1,7	4,9	6,2	8,1	9,0	10,4	10,4	10,8
Gelenksschmerzen, Nervenschmerzen, Muskelschmerzen	12,8	0,3	0,9	3,3	7,1	13,8	22,1	27,6	31,0	28,7
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	10,7	—	0,9	4,7	10,5	14,8	17,7	19,5	20,0	19,5
Gehbehinderung	3,6	0,4	0,5	0,5	1,0	1,3	3,7	7,2	13,6	23,1
Beinleiden (Krampfadern, Geschwür, Durchblutungsstörungen)	9,2	0,2	0,6	3,0	7,9	10,6	15,3	19,0	19,0	20,6
Auffällige Gewichtsabnahme	0,9	—	0,1	0,4	0,4	0,7	0,8	1,6	3,2	3,1
Auffällige Gewichtszunahme	0,7	—	0,1	0,5	0,8	0,9	1,3	1,0	0,9	0,4
Andere Beschwerden	6,3	2,8	3,7	6,3	6,1	6,8	8,2	8,0	8,7	11,3
Keine Beschwerden	45,9	85,7	77,4	57,7	42,8	32,8	24,9	19,1	16,9	15,7
Wohnbevölkerung (absolut)	3 924 900	522 800	614 400	394 000	447 300	514 900	484 400	505 200	335 400	106 500

Tabelle 13: Körperliche Beschwerden im September 1973 (Alter), insgesamt

Bezeichnung der Beschwerden	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr	
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79		
Relativzahlen (Wohnbevölkerung = 100)											
Schlafstörungen	8,1	0,4	0,4	1,8	4,8	8,2	14,5	19,3	22,9	26,1	
Wetterempfindlichkeit	8,2	0,3	0,8	2,9	6,1	10,4	15,0	18,3	18,8	20,6	
Schwäche - Müdigkeit	6,9	0,5	1,3	3,2	4,7	6,8	10,6	13,8	19,2	27,7	
Nervosität	9,7	1,3	2,7	6,7	11,3	13,8	16,6	16,7	15,6	11,8	
Niedergedrücktheit (Depressionen)	2,3	0,1	0,2	1,1	1,5	2,4	4,3	5,2	6,5	5,9	
Schwindel	5,8	0,1	0,9	2,1	3,0	5,1	8,3	12,7	18,7	25,4	
„Kreislaufstörungen“ (z. B. Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände)	13,9	0,2	1,6	5,8	9,8	16,1	25,9	29,6	34,7	37,3	
Übelkeit, Appetitlosigkeit	2,0	1,4	1,0	1,1	1,3	1,5	2,2	3,2	4,8	6,6	
Kopfschmerzen, Migräne	9,7	0,5	3,2	8,6	12,7	15,1	16,0	14,5	12,2	10,6	
Sehstörungen	6,2	1,3	1,9	2,4	2,6	5,9	10,4	11,7	17,2	25,2	
Hörstörungen	3,4	0,4	0,5	0,8	1,0	2,1	4,0	7,6	13,5	23,0	
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	5,8	3,2	5,2	8,0	8,2	7,9	6,1	4,6	3,1	2,6	
Husten	3,9	3,4	1,6	2,2	2,6	3,8	5,0	7,1	7,8	7,3	
Herzbeschwerden	8,6	0,1	0,5	1,7	4,4	8,2	14,2	21,8	27,6	26,4	
Atembeschwerden	4,6	0,6	0,4	0,8	1,8	3,4	6,1	12,3	16,0	18,7	
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	6,6	0,8	1,6	5,4	8,0	9,8	10,3	10,6	10,8	10,7	
Gelenksschmerzen, Nervenschmerzen, Muskelschmerzen	11,1	0,3	1,0	3,3	7,5	13,9	21,2	24,8	27,4	26,1	
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	9,7	0,0	0,8	4,7	11,0	15,1	17,2	18,2	18,5	17,2	
Gehbehinderung	3,5	0,3	0,7	0,8	1,1	2,0	4,5	7,6	12,8	22,2	
Beinleiden (Krampfadern, Geschwür, Durchblutungsstörungen)	7,0	0,1	0,5	2,1	5,4	8,0	12,4	16,2	17,5	18,4	
Auffällige Gewichtsabnahme	0,7	0,0	0,0	0,3	0,4	0,6	0,8	1,5	2,8	2,6	
Auffällige Gewichtszunahme	0,5	0,0	0,2	0,4	0,6	0,8	1,0	0,8	0,8	0,6	
Andere Beschwerden	5,9	3,2	3,5	5,2	5,6	6,5	7,8	8,1	8,8	11,9	
Keine Beschwerden	49,9	85,5	78,3	61,8	46,1	35,1	26,7	21,4	17,9	16,9	
Wohnbevölkerung (absolut)		7 428 400	1079 800	1275 100	810 700	879 600	982 800	822 300	882 200	539 600	156 300

1.5 Lebenserwartung

1.5.1 Epidemiologische Situation

Die Lebenserwartung ist einer der wichtigsten Indikatoren für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung.

In den vergangenen hundert Jahren hat die mittlere Lebenserwartung Neugeborener in allen Industrienationen ständig zugenommen und ist in Österreich auf mehr als das Doppelte angestiegen. Dieser Erfolg ist ohne Zweifel einerseits auf die Fortschritte der medizinischen Wissenschaften, die den Rückgang bzw. die Ausrottung der als Infektionskrankheiten bezeichneten Krankheitsgruppen herbeigeführt haben, andererseits auch auf die verbesserten wirtschaftlichen Verhältnisse zurückzuführen. Der daraufhin eingetretene Wandel des Krankheitsspektrums führte in weiterer Folge auch zu einer Verschiebung in der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen als Todesursachen, und im Vergleich zu früher ist letztlich nur noch eine geringe Anzahl unterschiedlicher Krankheiten an der Verursachung des Todes beteiligt.

An die Stelle der Infektionskrankheiten, die als letale Erkrankungen an Bedeutung verloren haben, sind Krankheiten getreten, die in unterschiedlichem Maß auf biologische und physikalische Umwelteinflüsse, auf falsche Verhaltensweisen, soziale Fehlentwicklungen und psycho-sozialen Streß zurückzuführen sind.

Aus der Erkenntnis, daß Krankheit nicht nur physiologisches, sondern auch soziales Geschehen ist, läßt sich

möglicherweise das in allen europäischen Ländern feststellbare Phänomen erklären, daß Frauen im Durchschnitt länger leben als Männer.

In Österreich beträgt die mittlere Lebenserwartung für Frauen 74,7 Jahre gegenüber 67,4 Jahren für Männer.

Die Ursachen dieses Unterschiedes darzustellen und den Einfluß bestimmter letaler Erkrankungen auf die Lebenserwartung von Männern und Frauen zu untersuchen, war Aufgabe der Untersuchungen „Lebenserwartung in Österreich“ (Flamm, Kunze, Kunze, 1976) und „Einfluß verschiedener Todesursachen auf die Lebenserwartung in Österreich“ (Gredler, Kunze, im Druck): Als häufigste Todesursachen konnten bei den Männern Herzkrankheiten (27,2% aller Sterbefälle im Berichtsjahr 1973), Hirngefäßkrankheiten (12,4%), bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (8,6%), Unfälle (8,0%), Krankheiten der Verdauungsorgane (6,8%), Krankheiten der Atmungsorgane (6,5%) und bösartige Neubildungen der Atmungsorgane (6,5%), bei den Frauen Herzkrankheiten (28,7%), Hirngefäßkrankheiten (18,2%), bösartige Neubildungen der Brustdrüse sowie der Harn- und Geschlechtsorgane (7,2%), Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Herz- und Hirngefäßkrankheiten 6,0%), Krankheiten der Atmungsorgane (5,3%) und Krankheiten der Verdauungsorgane (5,0%) identifiziert werden. In jedem Lebensalter sterben relativ mehr Männer als Frauen, wobei die Übersterblichkeit der Männer im jüngeren und mittleren Lebensabschnitt am größten ist.

1.5.2 Ursachen der geringeren Lebenserwartung der Männer

In der Neugeborenenperiode und frühen Kindheit sind die Knaben anfälliger für Gesundheitsstörungen. Unreife, Mißbildungen, Schäden durch den Geburtsverlauf und ähnliche pathologische Zustände treten beim männlichen Geschlecht häufiger auf als beim weiblichen.

Schon in der Kindheit, vor allem in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter gewinnen die Unfälle als Todesursachen sehr an Bedeutung. Im höheren Erwachsenenalter spielen weiters die Herzerkrankungen (vor allem der Herzinfarkt) eine große Rolle, während bei den bösartigen Tumoren der Krebs der Atmungsorgane und der Krebs der Verdauungsorgane die wichtigsten sind.

Während also am Beginn des Lebens eher „endogene“ Faktoren an der Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts beteiligt sind, sind es später vor allem pathologische Prozesse, die mit dem Lebensablauf und den Gewohnheiten der Menschen in Zusammenhang gebracht werden können.

Man kann der eher genetisch angelegten relativen „Lebensschwäche“ oder erhöhten Vulnerabilität der Neugeborenen Knaben die Gruppe der „exogenen“ Ursachen der Begrenzung der Lebenserwartung gegenüberstellen, die im späteren Leben bevorzugt die Männer betreffen.

Unfälle, Herzerkrankungen und bösartige Tumore der Atmungsorgane sind die wichtigsten Todesursachen, die mit der Lebensführung der Menschen in Zusammenhang gebracht werden können. Die pathogenetischen Mechanismen sind zum größten Teil bekannt: bei den bösartigen Tumoren der Atmungsorgane ist die überragende Bedeutung des Tabakkonsums bei der Entstehung dieser Krankheiten erwiesen.

Das Rauchen ist auch bei den Herzerkrankungen (vor allem den akuten ischämischen, die bevorzugt das männliche Geschlecht betreffen) wesentlich; weiters die Risikofaktoren Übergewicht, Erhöhung der Blutfette, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Stress und Mangel an körperlicher Bewegung. Die Beziehung dieser die Entstehung des Herzinfarkts fördernden Umstände zu den Lebensgewohnheiten der männlichen Bevölkerung ist offensichtlich.

Bei der Unfallhäufigkeit der Männer spielt die höhere Exposition gegenüber der „Noxe“ Verkehr eine große Rolle, daneben aber auch bestimmte Arbeitsbedingungen.

Die Kraftfahrzeugunfälle sind jedoch für die Lebenserwartung der Männer wesentlich limitierender als jede andere Unfallursache.

Beziehungen zwischen Lebens- und Konsumgewohnheiten und der Morbidität bestehen auch bei den Krankheiten des Verdauungstraktes, wenngleich der pathogenetische Mechanismus nicht in allen Fällen so eindeutig definierbar ist wie bei dem Anteil der Leberzirrhose-Fälle, die auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

Auf die bei Männern wesentlich häufigere Todesursache Selbstmord wird hingewiesen, ohne daß die möglichen Ursachen hier diskutiert werden können.

Die Ergebnisse weisen einmal mehr auf die Notwendigkeit vorsorgemedizinischer Maßnahmen hin, wie Senkung der Säuglingssterblichkeit, Verhütung von Kraftfahrzeug-Unfällen und Unfällen am Arbeitsplatz, Suicidprophylaxe sowie Beeinflussung des Rauch- und Ernährungsverhaltens.

1.5.3 Familienstand und Mortalität

Es bestehen deutliche und zum Teil sehr bemerkenswerte Unterschiede der Sterblichkeit nach dem Familienstand, d. h. zwischen den Gruppen der Ledigen, Verheirateten, Verwitweten und Geschiedenen. Diese Unterschiede finden sich in allen Altersgruppen, angefangen von den 20- bis 25jährigen bis ins Alter von 75 bis 80 Jahren, und beiden Geschlechtern. Als markantes gemeinsames Resultat ergibt sich eine mehr oder minder stark erhöhte Sterblichkeit der Verwitweten, Geschiedenen und Ledigen gegenüber den Verheirateten, die in sämtlichen Untergruppen die geringste Sterblichkeitsquote aufweisen. Dies geht aus einer Zusammenstellung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes aus dem Jahr 1977¹⁾ hervor (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Familienstandsspezifische Sterbeziffern ausgewählter Altersgruppen (Österreich 1970/72)

Familienstand	Gestorbene auf 1 000 Lebende (Jahresdurchschnitt)		Übersterblichkeit gegenüber den Verheirateten	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter von 20 bis 25 Jahren				
Verheiratet	1,2	0,4		
Ledig	2,2	0,8	1,9 : 1	2,0 : 1
Verwitwet	13,7	2,6	11,8 : 1	7,1 : 1
Geschieden	2,8	1,4	2,5 : 1	3,7 : 1
Zusammen	2,0	0,6		
Alter von 40 bis 45 Jahren				
Verheiratet	3,7	1,9		
Ledig	8,7	3,3	2,3 : 1	1,8 : 1
Verwitwet	9,1	2,5	2,4 : 1	1,4 : 1
Geschieden	10,7	3,0	2,9 : 1	1,6 : 1
Zusammen	4,4	2,1		
Alter von 60 bis 65 Jahren				
Verheiratet	24,8	11,4		
Ledig	32,9	15,0	1,3 : 1	1,3 : 1
Verwitwet	35,7	13,2	1,4 : 1	1,2 : 1
Geschieden	42,0	16,5	1,7 : 1	1,4 : 1
Zusammen	26,6	12,7		
Alter von 75 bis 80 Jahren				
Verheiratet	99,5	63,5		
Ledig	109,4	74,0	1,1 : 1	1,2 : 1
Verwitwet	114,9	71,6	1,2 : 1	1,1 : 1
Geschieden	121,8	90,0	1,2 : 1	1,4 : 1
Zusammen	104,7	70,9		

Quelle: „Sozialstatistische Daten 1977“, Österr. Statistisches Zentralamt, Wien 1978, S. 49.

Es hat tatsächlich den Anschein, als ob der Ehestand, statistisch gesehen, eine Art protektive bzw. risikovermindernde Wirkung hätte. Je nach Altersgruppe und Geschlecht ergeben sich für die Nichtverheirateten Sterberaten, die um 10 bis 100% über jenen der Verheirateten und zum Teil sogar noch weit höher liegen. Die Deutungsversuche müssen differenziert nach Altersgruppen erfolgen; man wird dabei zweckmäßigerweise von

¹⁾ „Sozialstatistische Daten 1977“ Wien 1978.

den „normalen“ Sterberaten der Verheirateten ausgehen und zu eruiieren trachten, welche Umstände bei den Verwitweten, Geschiedenen und Ledigen zu einer Erhöhung des Sterberisikos bzw. zu einer Vermehrung der Zahl der Todesfälle geführt haben können.

Am auffälligsten ist die stark überhöhte Mortalität der Verwitweten in den Altersklassen von 20 bis 25 Jahren. Die Sterblichkeit war hier in den Jahren 1970/72 in Österreich für die verwitweten Männer 12mal (!) höher als für die verheirateten; bei den Frauen betrug die Überhöhung etwa 7 : 1. Gerade dieser besonders spektakuläre Befund läßt sich auf recht triviale Weise erklären: Die bedingte Wahrscheinlichkeit, im Alter von 20 bis 25 Jahren a) verheiratet gewesen zu sein, b) seinen meist ebenso jungen Ehepartner durch Tod verloren zu haben, und c) außerdem noch selbst zu sterben, ist – bei Unabhängigkeit dieser Ereignisse voneinander – nämlich derart klein, daß statistisch von den rund 500 000 Österreichern dieser Altersklasse nur etwa 0,4 Männer und 0,5 Frauen übrigbleiben, die im Jahresschnitt alle diese Bedingungen erfüllen würden.²⁾

Wenn es also trotzdem zu einer Anzahl von Todesfällen solcher Art gekommen ist, so kann dies nur bedeuten, daß eine enge Abhängigkeit zwischen den Todesfällen der beiden Ehepartner bestanden haben muß. Bedenkt man weiter, daß die weitaus häufigste Todesursache in diesem Alter der Unfall und hier wiederum der Verkehrsunfall ist, so liegt die Erklärung auf der Hand: es genügen bereits einige wenige Verkehrsunfälle mit doppelt tödlichem, aber bei einem Ehepartner zeitlich etwas verzögertem Ausgang, um eine weit über dem Erwartungswert liegende Zahl von Sterbefällen Verwitweter zu erzeugen.

Das gleiche gilt wohl, wenn auch schon in etwas vermindertem Maß, für die Übersterblichkeit der Verwitweten in der Altersgruppe von 40 bis unter 45 Jahren, die bei den Männern das 2,4fache, bei den Frauen das 1,4fache der Verheirateten erreicht. Auch in dieser Altersklasse stellen die gewaltsauslösenden Todesursachen (Unfälle usw.) einen hohen Anteil (25%) der in diesem Alter noch relativ niedrigen Gesamtmortalität.

Im Alter von 60 bis 65 und von 75 bis 80 Jahren liegen die Sterbeziffern der Verwitweten „nur“ mehr um 13 bis 16% über jenen der Verheirateten (in der Gruppe der 60 bis 65jährigen Männer sogar noch um 44%). In diesen Altersgruppen spielen vermutlich Umstände eine Rolle, die einer direkten Wirkung des Verwitwetseins entsprechen. Das baldige „Nachsterben“ des zurückbleibenden Partners (insbesondere des Mannes) ist ein Ereignis, das jedem bekannt ist und in seiner relativen Häufigkeit wohl über den Zufall hinausgeht. Offenbar bedeutet der Verlust des meist langjährigen Partners nicht nur ein schweres psychisches Trauma und einen Verlust wesentlicher Lebensinhalte, sondern oft auch eine einschneidende Veränderung der Lebensumstände und Lebensgewohnhei-

ten mit den daraus resultierenden Anpassungsproblemen materieller und gesellschaftlicher Art. Dies mag auch die Erklärung dafür sein, daß die Witwe im allgemeinen weniger von der Übersterblichkeit betroffen ist als der Witwer; bei ihr ist das Wegsterben des meist älteren Ehepartners ein sozusagen physiologisches, gesellschaftlich als „Normalfall“ gewertetes Ereignis, das zumeist auch ihre Haushalts- und Lebensführung nicht stark verändert, während all dies für den Witwer nicht zutrifft. Zur größeren Übersterblichkeit der 60- bis 65jährigen Witwer dürfte auch der Umstand beitragen, daß hier eine gesundheitliche Selektion vermutet werden kann: ein gesunder Witwer dieser Altersklasse pflegt sich bei uns in der Regel noch wiederzuverheiraten, so daß in der Kategorie „verwitwet“ relativ mehr kranke, mit einem höheren Sterberisiko behaftete Männer übrigbleiben.

Die Geschiedenen zeigen ebenfalls in allen Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern eine deutliche Übersterblichkeit gegenüber den Verheirateten, die – mit Ausnahme der 20- bis 25jährigen – sogar über jene der Verwitweten hinausgeht. Über die hiefür maßgeblichen Umstände kann man, mangels einer eingehenderen Aufgliederung der Verstorbenen nach Todesursache, sozialer Schicht, Zeitpunkt und Grund der Scheidung, nur allgemeine Vermutungen anstellen. Die Scheidung könnte wohl ebenso Ursache wie Folge einer weniger ausgeglichenen, mobileren, risikofreudigeren, „ungesünderen“ Lebensweise sein. Erhöhte Unfall- und Selbstmordziffern, Alkoholismus usw. könnten eine Rolle spielen, ebenso Anpassungsschwierigkeiten, psychologische Probleme und Auslesefaktoren.

Bei den Ledigen – sie weisen überall eine gegenüber den vorgenannten Gruppen geringere, gegenüber den Verheirateten aber immer noch erhöhte Sterblichkeit auf – muß wieder zwischen den Altersklassen unterschieden werden. Die jungen unverheirateten Leute sind vor allem einem höheren Verkehrsunfallrisiko ausgesetzt (Moped- und Motorradfahrer, riskanteres Verhalten auch als Autofahrer) als die Verheirateten. Es sei daran erinnert, daß in der Altersklasse von 20 bis 25 Jahren die Verkehrsunfälle 46% aller Todesursachen darstellen (Österreich 1975). Der Ehestand wirkt hier zweifellos im Sinn einer Verringerung der Mobilität und damit auch des Verkehrsunfallrisikos und der Mortalität. Bei den älteren „Ledigen“ dürften, außer eventuell ungünstigen Auswirkungen einer im Durchschnitt auch etwas ungebundenen und unregelmäßigeren Lebensweise, vor allem Auslesemechanismen für ihre erhöhte Mortalität maßgebend sein. Es wäre auch zu untersuchen, ob nicht eine ungünstige soziale oder wirtschaftliche Lage sowohl eine Heirat verhindern als auch die Lebenserwartung verkürzen kann; ein Zusammenhang dieser Art könnte ebenfalls zu der erhöhten Sterberate der Ledigen beitragen.

Es soll schließlich noch erwähnt werden, daß die genannten und in der Tabelle 3 aufscheinenden Sterblichkeitsunterschiede nach dem Familienstand keineswegs ein auf die letzten Jahre beschränktes Phänomen darstellen. Wie aus den vom Österreichischen Statistischen Zentralamt veröffentlichten Zahlen (in der Tabelle nicht enthalten) hervorgeht, waren diese Unterschiede im gleichen Sinn bereits in den Jahren 1950/52 und 1960/62 vorhanden. In der Mehrzahl der Untergruppen ist jedoch in den vergangenen 20 Jahren ein Anstieg der relativen Übersterblichkeit der Nichtverheirateten zu verzeichnen.

²⁾ Für die überschlägliche Berechnung wurden als Ausgangszahl in dieser Altersklasse je 250 000 Männer und Frauen angenommen, weiters eine Verheiratetenquote von 25% bei den Männern und von 50% bei den Frauen, eine jährliche Sterbeziffer von 2,0 bzw. 0,6 auf 1 000 Männer bzw. Frauen und eine durchschnittliche Ehedauer von 3 Jahren für die Männer und 5 Jahren für die Frauen.

1.5.4 Familienstand und Selbstmord

Daß der Selbstmord als vorwiegend psychosozial bedingtes Ereignis aufs stärkste mit der jeweiligen sozialen Situation, also u. a. auch mit dem Familienstand korreliert, ist von vornherein zu erwarten. Es ist seit langem bekannt, daß die Selbstmordgefahr bei Verwitweten und Geschiedenen besonders groß ist. Einerseits können der Todesfall bzw. die Scheidung den Selbstmord unmittelbar auslösen; dasselbe kann durch die diesen Ereignissen oft folgende Vereinsamung geschehen. Andererseits ist es aber, zumindest für die Scheidung, wahrscheinlich, daß bestimmte individuelle Faktoren, wie etwa Alkoholismus, Psychopathien usw., sowohl die Auflösung der Ehe als auch den später verübten Selbstmord begünstigen können.

Der Zusammenhang zwischen Selbstmordhäufigkeit und Familienstand läßt sich statistisch nachweisen. Hiezu ist allerdings immer eine altersspezifische Betrachtung notwendig, da sowohl die Selbstmordziffern als auch die Gliederung der Bevölkerung nach dem Familienstand ein ausgeprägtes Altersprofil aufweisen. Globale, nicht nach dem Alter aufgegliederte Statistiken sind daher kaum verwertbar.

Für die Jahre 1970 bis 1972 liegen in Österreich Selbstmordstatistiken vor, die kombiniert nach Altersgruppen, Geschlecht und Familienstand aufgeschlüsselt sind. Die Ergebnisse in einigen charakteristischen Altersklassen sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Familienstandsspezifische Selbstmordziffern ausgewählter Altersgruppen (Österreich 1970/72)

Familienstand	Selbstmorde auf 100 000 Lebende (Jahresdurchschnitt)		Verhältnis zu den Verheirateten	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter von 30 bis unter 35 Jahren				
Verheiratet	23,3	7,2		
Ledig	55,6	16,3	2,4 : 1	2,3 : 1
Verwitwet	¹⁾	¹⁾		
Geschieden	130,2	37,6	5,6 : 1	5,2 : 1
Zusammen	33,2	9,8		
Alter von 45 bis unter 50 Jahren				
Verheiratet	40,5	17,8		
Ledig	83,7	25,9	2,1 : 1	1,5 : 1
Verwitwet	189,9	22,6	4,7 : 1	1,3 : 1
Geschieden	155,8	42,8	3,8 : 1	2,4 : 1
Zusammen	49,3	20,6		
Alter von 60 bis unter 65 Jahren				
Verheiratet	48,2	21,4		
Ledig	72,4	17,6	1,5 : 1	0,8 : 1
Verwitwet	196,8	32,5	4,1 : 1	1,5 : 1
Geschieden	102,0	29,7	2,1 : 1	1,4 : 1
Zusammen	60,1	24,9		

¹⁾ Fallzahlen für Verwertbarkeit zu klein (< 10).

Quelle: „Demographisches Jahrbuch Österreichs 1975“, Österreichisches Statistisches Zentralamt, Beiträge zur Österreichischen Statistik, Heft 429, S. 188.

Ebenso wie bei der allgemeinen Mortalität zeigt sich somit auch bei der Selbstmordhäufigkeit jeweils der geringste Wert bei den Verheirateten. Die Annahme ist naheliegend, daß die durch die Ehe bestehende menschliche Bindung der Selbstmordtendenz direkt entgegenwirkt.

Die Überhöhung bei den Verwitweten und Geschiedenen gehen bis zum 4- und 5fachen, bei den Ledigen bis zum 2fachen und darüber. Eine Ausnahme findet sich nur bei den verheirateten 55- bis 65jährigen Frauen, deren Selbstmordziffer etwas über der der gleichaltrigen ledigen Frauen liegt (Ehekrisen als Selbstmordmotiv?).

Sehr auffällig sind natürlich auch die – nicht mehr direkt zu diesem Thema gehörigen – durchwegs starken Differenzen zwischen den Geschlechtern. Die höhere Suizidrate der Männer ist allerdings bekanntermaßen von einer höheren Frauenziffer bei den Selbstmordversuchen begleitet; über diese stehen jedoch keine ausreichend aufgegliederten Unterlagen zur Verfügung, sodaß sie hier nicht berücksichtigt werden konnten. Nach den Wiener Statistiken ist jedenfalls der Häufigkeitsgipfel der Selbstmordversuche gegenüber den Selbstmorden stark in die Richtung der jüngeren Jahrgänge verschoben.

1.5.5 Familienstand und sonstige Todesursachen

Unterschiede der altersspezifischen Sterbeziffern je nach dem Familienstand lassen sich nicht nur für die Gesamtmortalität und für den Selbstmord nachweisen, sondern auch für eine Reihe anderer spezieller Todesursachen bzw. Todesursachengruppen. Es würde jedoch den Rahmen dieses Beitrages überschreiten, darauf im einzelnen näher einzugehen, zumal es meist kaum irgendwelche plausible Erklärungen für diese Verschiedenheiten gibt. Auch weist bei manchen dieser Todesursachen das Unterschiedsgefülle nicht in eine einheitliche Richtung, sondern schwankt von Altersgruppe zu Altersgruppe. Im folgenden soll daher nur ein ganz kurzer, auf Anführung der zugrundeliegenden Ziffern zum Teil verzichtender Streifzug unternommen werden.

Am ehesten läßt sich das nach den vorangegangenen Abschnitten schon gewohnte Bild – ansteigende Skala von den Verheirateten zu den Ledigen und weiter zu den Verwitweten und Geschiedenen – bei der Todesursache Unfälle zu erkennen. Auf die Rolle der Verkehrsunfälle wurde bereits bei der Gesamtmortalität hingewiesen; aber auch die Nichtverkehrsunfälle (Vergiftungen, Sturz, Schnitt und Stich, Verbrennung, Ertrinken, Maschinenunfälle usw.) zeigen zusammen das gleiche starke Gefälle in der genannten Richtung.

Erwartungsgemäß zeigt auch die große Gruppe der Todesfälle an Herz- und Gefäßkrankheiten, die ja so entscheidend zur Gesamtmortalität beiträgt, global daselbe Familienstandsprofil wie diese. Durchaus bemerkenswert ist jedoch, daß die Untergruppe „Akute und subakute ischämische Herzkrankheiten“ ³⁾, also im wesentlichen der Herzinfarkt, zwar in den jüngeren Altersklassen dasselbe, in den höheren (bei Männern etwa ab dem 60., bei Frauen ab dem 70. Lebensjahr) jedoch ein genau gegenteiliges Verhalten zeigt: hier sind die spezifischen Sterbeziffern der Verheirateten deutlich höher als die der Ledigen, ja stellenweise sogar höher als die der Verwitweten bzw. Geschiedenen.

Über die Ursachen oder Zusammenhänge, die zu diesem Ergebnis führen, können bestenfalls Vermutungen ange stellt werden. Sollten die alten Ehen, wie es von manchen behauptet wird, tatsächlich oft eine permanente stille Kampfarena bilden, in der es zu infarktfördernden Affektstauungen kommt? Oder könnte bei Verheirateten die manchmal lebensrettende Spitalseinweisung durchschnittlich etwas hinausgezögert werden? Das Thema scheint weiterer Untersuchungen wert.

³⁾ Positionsnummern 410, 411, 413 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD), 8. Revision.

Eine ähnliche, wenn auch weniger deutliche Übersterblichkeit der Verheirateten gegenüber den Ledigen findet sich übrigens auch beim Diabetes im Alter von 60 bis 80 Jahren – hier könnte unter Umständen die Schwierigkeit, im gemeinsamen Haushalt getrennte Kostformen für den diabetischen und den nichtdiabetischen Ehepartner zu führen und einzuhalten, eine gewisse Rolle spielen – und, in sehr erheblichem Maß, beim Bronchuskarzinom (Lungenkrebs) der Männer; bei den Frauen ist hier kein einheitlicher Trend feststellbar. Eine Erklärung für die Übersterblichkeit der verheirateten Männer gegenüber den ledigen beim Bronchuskarzinom findet sich nicht; sie ließe sich vielleicht aus einer familienstandsspezifischen Analyse der Rauchgewohnheiten ableiten.

Bei den sonstigen Krebslokalisationen sowie auch bei der Gruppe der bösartigen Neubildungen als Ganzes sind keine einheitlichen oder nennenswerten familienstandsspezifischen Mortalitätsdifferenzen zu erkennen; dies gilt bemerkenswerterweise auch für die einzelnen Lokalisationen des Karzinoms der weiblichen Geschlechtsorgane (Gebärmutterhals, sonstige Teile der Gebärmutter, sonstige Geschlechtsorgane), wo theoretisch aus medizinischen Gründen Unterschiede nach dem Familienstand zu erwarten waren.

Erwähnt werden mag schließlich noch, daß die Sterbefälle der Männer an Leberzirrhose bis zum 60. Lebensjahr das übliche Verhalten (Übersterblichkeit der Ledigen gegenüber den Verheirateten) zeigen, danach aber eine Übersterblichkeit der Verheirateten; in sämtlichen Altersklassen ist jedoch die Sterblichkeit der Verwitweten und Geschiedenen weitaus höher.

Die Tuberkulose gehört zu jenen Krankheiten, deren sozialer und sozioökonomischer Bedingtheit besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Es ist allerdings gerade hier besonders schwer möglich, die „Familie“ als isolierten Begriff herauszupräparieren und losgelöst von der sozialen und wirtschaftlichen Lage, in der sie sich befindet, zu betrachten. Bei den Wechselwirkungen und Zusammenhängen dürften vor allem die Mechanismen, bei denen ein dritter Faktor sowohl auf die „Familie“ als auch auf die „Gesundheit“ einwirkt, überwiegen. Direkte Rückwirkungen der Tuberkuloseerkrankung eines Familienmitgliedes auf die Familie sind heute erfreulicherweise schon wesentlich seltener als früher. *H. Klima* und *Hermine Moser* haben 1975 in Wien 1 014 im Jahre 1970 an Tuberkulose Erkrankte dahingehend überprüft, ob ihre finanziellen Verhältnisse durch die Erkrankung wesentlich beeinträchtigt wurden. Dies war nur bei rund 2% aller Erkrankten der Fall. Etwas höhere Prozentsätze ergaben sich allerdings bei einer Aufgliederung nach Alter und Geschlecht in einigen dieser Gruppen, nämlich bei den 40- bis 60jährigen Männern (3,7%) und bei den über 60jährigen Frauen (2,8%). Daß die große Mehrzahl der Tuberkulosekranken (und damit auch ihre Familien) keinen besonderen wirtschaftlichen Abstieg erlitt, ist nach den genannten Autoren vor allem den Bestimmungen des Tuberkulosegesetzes 1968 zu verdanken, die eine ausreichende wirtschaftliche Tuberkulosehilfe ermöglichen; bei fast einem Viertel aller Erkrankten wurde diese Hilfe in irgendeiner Form gewährt. Selbstverständlich spielen hier auch die Fortschritte der Therapie eine Rolle: fast 70% der im Jahre 1970 Erkrankten konnten im Jahr 1975 als geheilt bezeichnet werden.

2 FAKTOREN, DIE DEN GESUNDHEITSZUSTAND BEEINFLUSSEN

2.1 Rauchen

2.1.1 Volksgesundheitliche Bedeutung

Tabakrauchen ist die bedeutendste bekannte Einzelnoxe für die menschliche Gesundheit (*Flamm, Kunze, Kunze*, 1974.) Krankheiten, die mit dem Rauchen in Verbindung stehen, sind in den entwickelten Ländern von so großer Bedeutung für Invalidität und vorzeitigen Tod, daß die Einflußnahme auf den Zigarettenkonsum mehr zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Erhöhung der Lebenserwartung beitragen könnte, als irgend eine andere Maßnahme im gesamten Bereich der Vorsorgemedizin (WHO, 1975).

Das Spektrum der Krankheiten, deren Entstehung und Fortbestehen wir heute mit dem Rauchen in Zusammenhang bringen, ist sehr breit: Koronarerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, periphere Gefäßstörungen, sogenannte gutartige bronchopulmonale Erkrankungen, Bronchuskarzinom, Pankreas-, Harnblasen-, Speiseröhren- und Kehlkopfkrebs, gastrointestinale Störungen, Amblyopie, allergische Zustandsbilder. Weiters ist der Einfluß auf den Verlauf und den Ausgang der Gravidität zu erwähnen. Dadurch wird das Rauchen zu der wahrscheinlich bedeutendsten Ursache für die Limitierung der Lebenserwartung. Gelänge es beispielsweise, die bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane vollkommen zu verhindern, so könnten in Österreich alle Männer um 1,4 Jahre länger leben; bei den Frauen wäre der Gewinn an Lebenserwartung 0,2 Jahre. Bei einer Ausschaltung aller Herzkrankheiten (bei einigen wesentlichen Formen ist der Tabakkonsum einer von mehreren Risikofaktoren) wäre der Gewinn an Lebenserwartung bei Männern mit 5,1 Jahren, bei den Frauen mit 3,2 Jahren anzusetzen. Eine Verhinderung der nicht-malignen Erkrankungen der Atmungsorgane (auch bei diesen Krankheiten ist das Rauchen zumeist von großem Einfluß) führt zu einem Gewinn an Lebenserwartung von 1,2 Jahren bei Männern und von 0,7 Jahren bei Frauen (*Flamm, Kunze, Kunze*, 1976.)

Der gesundheitsökonomische Berechnungsansatz ergibt für das Jahr 1976 einen volkswirtschaftlichen Verlust durch die tabak-assoziierten Gesundheitsstörungen in der Größenordnung von mindestens 16 Milliarden Schilling. Auch aus dieser Sicht wird die Bedeutung des Tabakproblems ersichtlich (*Kunze*, 1978).

2.1.2 Epidemiologische Situation

Aufgrund der Ergebnisse einer vom Österreichischen Statistischen Zentralamt im Jahr 1972 durchgeföhrten Erhebung sind in Österreich erstmals repräsentative Daten über die Rauchgewohnheiten der Bevölkerung verfügbar (*Martinek* 1972 und 1973).

1972 bezeichneten sich 1 479 800 Österreicher über 16 Jahre als Raucher und zwar 1 091 600 Männer und 383 100 Frauen. 93% der Raucher konsumierten Zigaretten, 82,6% rauchten täglich und zwar 932 100 Männer und 287 100 Frauen.

Der Anteil der Raucher war in der Altersklasse 16-18 Jahre bei beiden Geschlechtern am niedrigsten (29% bzw. 13,2%) und bei den 25-29jährigen am größten

(55,7% bzw. 28,2%). Ab der Altersklasse 35–39 Jahre nahm der Anteil der Raucherinnen stark ab. Dies wird dadurch erklärt, daß die heute lebenden Frauen mittleren und höheren Alters in ihrer Jugend eine relativ geringe Chance hatten, sich den Tabakkonsum anzugehn.

Es muß aber damit gerechnet werden, daß sich diese Situation in Zukunft prinzipiell ändern wird, wenn man annimmt, daß sich der Anteil der Raucherinnen in den einzelnen Altersklassen ähnlich wie bei den Männern darstellen wird.

2.1.3 Passivraucher

Die Exposition von Nichtrauchern gegenüber Tabakrauch (Passivrauchen) führt sehr oft zu einer Störung des Wohlbefindens, die bei bestimmten Personen Beschwerden verursacht, die über den Charakter einer Belästigung weit hinausgehen. Es gibt eine Tabakallergie, eine Überempfindlichkeitsreaktion gegenüber bestimmten Bestandteilen des Rauches und auch Allergiker anderer Genese reagieren in vielen Fällen sehr heftig.

Im Rahmen der bereits zitierten Mikrozensus-Erhebung über die „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ (Martinek, 1972 und 1973) wurde auch die Zahl der Passivraucher erhoben.

Von den rund 1 964 000 berufstätigen Nichtrauchern mußten 41,1% (808 100 Personen) am Arbeitsplatz mit Rauchern im gleichen Raum zusammen sein. Von diesen Passivrauchern waren 14,8% (119 900 Personen) zusätzlich in öffentlichen Verkehrsmitteln dem Tabakrauch ausgesetzt. Insgesamt gaben 225 500 Personen an, in öffentlichen Verkehrsmitteln passiv zu rauchen. 1 932 800 Österreicher aller Altersgruppen waren „Passivraucher im Haushalt“, weil sie mit mindestens einer täglich rauchenden Person im selben Haushalt lebten. Dabei mußten die bei der Erhebung nicht erfaßten Personen unter 16 Jahren generell als Nichtraucher angesehen werden.

2.1.4 Rauchen in der Schwangerschaft

Eine Personengruppe verdient besondere Beachtung, die rauchenden Schwangeren. Es gibt eine Reihe von Gründen, die für eine Verringerung der Zahl der rauchenden Graviden sprechen: der Einfluß des Tabakgenusses auf den Verlauf und Ausgang der Schwangerschaft; die Vorbildfunktion der Mutter, die für die Entwicklung der Kinder zu Rauchern wesentlich ist, und schließlich das Lebensalter der Schwangeren. Wenn es gelingt, weibliche Raucher gerade bei Eintritt der Gravidität im Sinn des Nichtrauchens zu beeinflussen, so erzielt man die Abstinenz bei relativ jungen Menschen und verhütet so Spätschäden; weiters hätte man eine Möglichkeit, die zu erwartende Zunahme des Anteils rauchender Frauen vielleicht etwas zu steuern.

2.1.5 Ursachen der Rauchgewohnheit

Die Rauchmotivation wird als ein multifaktorielles Problem betrachtet, das vielleicht eine genetische Komponente hat, aber vor allem erworben ist. Sie ist von einigen biologischen Mechanismen abhängig, empfängt jedoch eine massive Beeinflussung von der kognitiven Seite, und beide werden miteinander verbunden durch kulturelle und individuelle Erfahrung. Die biologischen Komponenten schließen die Wirkung von Teer, Nikotin und Kohlenmon-

oxyd ein; die sozialen Faktoren schließen die Rauchgewohnheiten anderer ein und die verschiedenen Vorgänge, wie die Gesellschaft das Zigarettenrauchen legitimiert und akzeptiert (Flamm, Kunze, Kunze, 1974). Während der Beginn des Rauchens vor allem von sozialen Faktoren, wie „Rauchgewohnheiten der Eltern, Geschwister und Freunde“, „Soziale Situation der Familie“ und „Früher Eintritt in die praktische Berufsausbildung und -ausübung“ bestimmt wird, sind für das Fortsetzen der Rauchgewohnheit andere Faktoren, insbesondere pharmakologische von Bedeutung (Tölle, 1974).

2.1.6 Familiäre Rauchsituation

Die Tatsache, ob Eltern rauchen oder nicht, beeinflußt ganz deutlich das Verhalten des Kindes (Erne, Bruppacher, 1975).

Auch im Rahmen einer vom Hygiene-Institut der Universität Wien durchgeföhrten Untersuchung über die Rauchgewohnheiten und das Abstinenzverhalten 16–18jähriger Schwesternschülerinnen (Kunze et al, 1977) konnte festgestellt werden, daß die familiäre Rauch-Situation von Einfluß auf den Erwerb der Rauchgewohnheit ist.

Kinder in Raucher-Haushalten werden vom Tabakkonsum der Mitbewohner in doppelter Hinsicht beeinflußt, einerseits im Sinne des Passivrauchens, anderseits wirken Eltern und Geschwister als Vorbild. 44,9% aller Kinder (0–15 Jahre) und 51,4% aller Jugendlichen (16–21 Jahre) leben in Raucher-Haushalten, also in einem Milieu, das der Entwicklung eigener Rauchgewohnheit förderlich ist. Es handelt sich um 792 200 bzw. 251 600, d. h. insgesamt um 1 043 800 Personen (Martinek, 1972 und 1973).

2.2 Ernährung

2.2.1 Ernährungsgewohnheiten

Die ernährungs-assoziierten Gesundheitsstörungen nehmen in der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik einen wichtigen Platz ein. Die Arbeit „Ernährungsgewohnheiten in Österreich“ (Kunze, 1978) zeigt die folgenden grundsätzlichen Trends im Ernährungsverhalten der Bevölkerung:

- Die Kalorienaufnahme hat in den letzten 20 Jahren um rund 12% zugenommen. Der Österreicher konsumiert zur Zeit im Durchschnitt über 3 000 Kalorien täglich. Diese Entwicklung ist sicher als problematisch anzusehen und mit einer Erklärung für die weite Verbreitung der Überernährung mit allen ihren medizinischen Folgeerscheinungen.
- Der Verbrauch an raffinierten Kohlenhydraten ist um über 60% angestiegen. Auch dieser Trend ist als volksgesundheitlich bedenklich anzusehen und bedarf dringend einer Beeinflussung.
- Zucker und Alkohol haben einen wesentlichen Anteil an der Kalorienzufuhr weiter Bevölkerungskreise erlangt. Der Bierkonsum ist in den letzten 20 Jahren um 90% gestiegen und liegt bei einem jährlichen Konsum von über 100 Liter Bier pro Kopf und Jahr; gegenüber der Vorkriegszeit ist der Bierkonsum um fast 200% angestiegen. Noch größer ist der Anstieg des Weinkonsums (240% in den letzten 20 Jahren).

Beim Alkohol ist nicht nur die Problematik der Kalorienzufuhr zu erwähnen sondern auch seine psychoso-

zialen bzw. psychiatrischen Folgen. In der Studie „Regionale Sterblichkeit in Österreich“ (Popper, 1975) wird festgestellt, daß in 15 politischen Bezirken des Landes eine Übersterblichkeit besteht. Als Erklärung dafür konnte in 13 politischen Bezirken die Todesursache Leberzirrhose identifiziert werden; bei den Gebieten mit Übersterblichkeit in Österreich handelt es sich fast durchwegs um typische Weinanbau-Regionen.

- Steigende Tendenz weist weiters der Fettkonsum auf (+51% in den letzten 20 Jahren), sowie der Verbrauch von Eiern (+130%) und der Verzehr von Butter (+40%). Der Butterverbrauch zeigt in den letzten Jahren eine uneinheitliche Tendenz und es ist eine gewisse Stagnation festzustellen.
- Der Verzehr von Fleisch ist ebenfalls stark angestiegen (+80%). Dabei fällt vor allem der ständige Anstieg des Schweinefleischkonsums auf, während der Rindfleischkonsum eher gleich bleibt; der Verbrauch von Geflügel ist größer geworden.
- Der Verbrauch an stärkehaltigen Nahrungsmitteln hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich abgenommen (Kartoffeln -66%, Mehl -30%). Dadurch kam es auch zu einer reduzierten Aufnahme von pflanzlichem Eiweiß (-33%), ebenso zu einem relativen Mangel an faserreicher Ernährung, die heute mit bestimmten Erkrankungsformen im Bereich des Magen-Darm-Traktes in Zusammenhang gebracht wird.
- Zugenommen hat der Verbrauch an Gemüse (+21%) sowie der Obstverzehr (+72%).

Die überwiegende Mehrzahl dieser Entwicklungstendenzen im Ernährungsverhalten der Österreicher muß als problematisch und volksgesundheitlich bedenklich angesehen werden. Die durchschnittliche Kalorienzufuhr des „Durchschnitts-Österreicher“ (über 3 000 Kalorien) ist mit Sicherheit zu hoch, ebenso der Verbrauch an raffinierten Kohlenhydraten und Fetten.

2.2.2 Übergewicht

Nach der bekannten Regel, wonach das Soll-Gewicht der Körpergröße minus 100 cm entsprechen soll, liegt das Durchschnittsgewicht bei beiden Geschlechtern um 3 kg zu hoch. Dieses Ergebnis brachte die Mikrozensus-Erhebung, September 1973, des Statistischen Zentralamtes.

Durchschnittsgewicht und -größe, Personen ab 20 Jahren		
Geschlecht	Durchschnittsgewicht in kg	Durchschnittsgröße in cm
Männlich	76,2	173
Weiblich	66,0	163
Insgesamt	70,8	168

Das höchste Übergewicht besitzen Männer und Frauen zwischen 50 und 60 Jahren; in diesem Alter wiegen Männer durchschnittlich um 5 kg und Frauen um 6 kg zuviel. Junge Menschen sind im allgemeinen weniger übergewichtig als solche im mittleren Lebensalter; im hohen Alter ist wieder ein Rückgang der Übergewichtigkeit zu beobachten.

3 GESUNDHEITSWISSEN

Bei der Ausbildung des Gesundheitswissens und des Gesundheitsverhaltens sind verschiedene Informationsquellen maßgeblich: neben den methodisch und sachlich

zutreffenden gesundheitserzieherischen und anderen Aufklärungsmaßnahmen spielen religiöse, kulturelle und psychologische Komponenten eine große Rolle. Der Einfluß dieser traditionellen und unsystematisch überlieferten Wissensinhalte ist, abhängig von der soziologischen Struktur der Population, mehr oder minder stark. Sie enthalten oft sehr wichtiges und richtiges Informationsgut, nicht selten aber unzutreffende Inhalte, die sich bei der Verarbeitung angebotener Botschaften hinderlich auswirken. Daher auch die Forderung nach möglichst frühzeitig einsetzender Beeinflussung des Kindes, möglichst sogleich nach Eintritt in den außerfamiliären Erziehungsprozeß.

Das Gesundheitswissen wird definiert als die Kenntnis gesundheitlicher Tatsachen und Zusammenhänge. Wenn man von der Voraussetzung ausgeht, daß nur eine aufgeklärte und informierte Bevölkerung Vorsorgemaßnahmen akzeptiert, die unter Umständen auch unangehend sein können (Flamm, 1969), wird der Wert möglichst umfassenden Gesundheitswissens deutlich.

3.1 Gesundheitswissen von Jugendlichen

Informationen über das Gesundheitswissen von Kindern und Jugendlichen sind eine wichtige Grundlage für die Planung von entsprechenden Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen.

Der gesundheitlichen Aufklärung kommt im Rahmen der nichtmedizinischen Methoden der Gesundheitsvorsorge große Bedeutung zu, da die Bevölkerung nur durch intensive Informationsarbeit von der Notwendigkeit präventiv-medizinischer Maßnahmen überzeugt werden kann (Kunze, 1975).

Im folgenden werden die in einer schriftlichen Befragung über das Gesundheitswissen österreichischer Schüler (Jahn, Kunze, 1974) gewonnenen Resultate dargestellt. Als Erhebungsmethode wurde der freie Aufsatz nach einem vorgegebenen Thema („Die Gefahren für die Gesundheit und wie kann man sich davor schützen“) gewählt, um eine möglichst freie und unbeeinflußte Äußerung der Schüler zu erzielen. Derartige Studien sind für die Erstellung strukturierter Fragebogen notwendige Voruntersuchungen.

Aus der Fülle der verschiedenen von den Schülern angeführten Themen, Beispielen von Gesundheitsstörungen und Vorbeugungsmaßnahmen, wurden sinnvolle Antwortkategorien gebildet, um einen Überblick über den Wissensstand, soweit er durch die verwendete Befragungsmethode zu erfassen war, zu gewinnen.

Im Detail ist das Sample von 310 österreichischen Schülern folgendermaßen gegliedert: 143 Schüler (76 Burschen, 67 Mädchen), 8. Schulstufe (1. und 2. Klassenzug), Hauptschule in einer niederösterreichischen Kleinstadt (Horn); 167 Schüler (75 Burschen, 92 Mädchen), 7.–9. Schulstufe, zwei Realgymnasien in einer Großstadt (Wien).

Unter Berücksichtigung einer groben Klassifizierung möglicher Risiken für die Gesundheit ergab die Auswertung folgendes Resultat:

In 310 Aufsätzen erwähnte Gefahren für die Gesundheit (Mehrfachnennungen möglich)

Gesundheitsrisiko	% Nennungen (N = 310 Personen)
Rauchen	72,9 (226)
Alkohol	62,9 (195)
Umweltverschmutzung	56,5 (175)
Rauschgift	31,3 (97)
Überernährung	22,3 (69)
Unfälle	14,8 (46)
Lärm	7,4 (23)
Fernsehen	6,5 (20)

(Die Prozentangaben beziehen sich auf die Häufigkeit der Nennungen verschiedener gesundheitlicher Gefahren; in Klammer gesetzt sind die absoluten Werte).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muß man sich zwar des Problems der Repräsentativität der Resultate bewußt sein, doch sind die gewonnenen Informationen zu einer ersten Orientierung über das Gesundheitswissen von Schülern der untersuchten Altersklasse gut geeignet.

Von den spontan geäußerten Gesundheitsrisiken wurde „Rauchen“ am häufigsten genannt, gefolgt von „Alkohol“. Beide Noxen wurden von Mädchen relativ häufiger als von Burschen erwähnt (Rauchen: 82,4% bzw. 62,9%, Alkohol: 78,6% bzw. 46,4%), während auf die am dritthäufigsten angeführte Gefährdung „Umweltverschmutzung“ von beiden Geschlechtern ungefähr gleich oft hingewiesen wurde. In diesem Fall fällt der deutliche Unterschied zwischen der Zahl der Nennungen in der Großstadt und im ländlichen Bereich auf (77,2% bzw. 32,2%). Beim Thema „Rauschgift“ fallen wiederum die wesentlich zahlreicheren Bemerkungen durch Mädchen auf (45,3% gegenüber 16,6%). Weniger oft wurden die Risiken „Überernährung“ und „Unfälle“ erwähnt. Der mögliche Schadensfaktor „Lärm“ wurde fast ausschließlich von Schülern in der Großstadt angegeben, ein ähnliches Bild zeigen die Angaben, die das „Fernsehen“ als mögliches Risiko bezeichnen.

Über die in den Aufsätzen genannten Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit informiert die nachstehende Tabelle:

In 310 Aufsätzen erwähnte Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit (mit Ausnahme der in der ersten Tabelle genannten Gefahren; Mehrfachnennungen möglich)

Schutzmaßnahme	% Nennungen (N = 310 Personen)
Zahnpflege	31,9 (99)
Wandern, Bewegung	22,3 (69)
Impfungen	22,6 (70)
Körperpflege	20,0 (62)
Sport	18,7 (58)
Stadtplanung	7,4 (23)

Abgesehen von der Vermeidung der vorher genannten Noxen sehen die befragten Schüler in der körperlichen Betätigung eine wichtige Maßnahme zur Erhaltung der Gesundheit. Sehr deutlich wird auch die Bedeutung der Zahnpflege betont. Impfungen und Körperpflege werden seltener erwähnt und der mögliche Einfluß der Stadtplanung wird erwartungsgemäß nur von Jugendlichen in der Großstadt hervorgehoben.

Die folgende detaillierte Darstellung der Meinungsäußerungen zum Thema „Rauchen“ läßt ein relativ breites Spektrum von Einzelinformationen erkennen.

Meinungsäußerungen von 226 Schülern zum Thema „Rauchen“ (Mehrfachnennungen möglich)

Äußerung	% Nennungen (N = 226 Personen)
Nicht rauchen	28,3 (64)
Wenig rauchen	12,8 (29)
Durch Freunde angestiftet zum Rauchen	7,1 (16)
Rauchen zur Entspannung	3,5 (8)
Erkrankungen der Atmungsorgane, allgemein	34,5 (78)
Krebs, allgemein	22,6 (51)
Lungenschäden, allgemein	20,4 (46)
Raucherbein	12,4 (28)
Lungenkrebs	11,9 (27)
Atemnot	3,5 (8)
Kehlkopfkrebs	1,8 (4)
Herzerkrankungen	1,8 (4)
Mißbildungen in der Schwangerschaft	1,3 (3)
Teer erwähnt	4,0 (9)

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen deutlich, daß es sich bei dem Wissen der Schüler über Gefahren für die Gesundheit und geeignete Schutzmaßnahmen nicht um das Resultat eines geplanten Erziehungs- und Informationsprozesses handelt, sondern um das Spiegelbild der in der Öffentlichkeit allgemein geäußerten Meinungen.

Diese Feststellungen sollen durch einige Bemerkungen abgestützt werden: Die Unfälle wurden, gemessen an ihrer Bedeutung für die Morbidität und Mortalität von Schülern, relativ selten als Risiko genannt. Eine an den Erfordernissen der Realität orientierte Gesundheitsinformation in den Schulen müßte der Unfallverhütung besonderes Gewicht geben. Daß die Noxen „Rauchen“ und „Alkohol“ an der Spitze der genannten Gefahren stehen, ist prinzipiell positiv zu bewerten; bei diesen Themen geht es aber vor allem um die Vermittlung sachgerechter Detailinformationen und um die altersgerechte Ansprache der Schüler.

Die Auswertung der Einzelaussagen über den Tabakkonsum zeigen deutlich, wie wichtig es sein wird, geordnete und dem Zweck der Verhütung des Rauchens gewidmete Informationen zu verbreiten. Kaum eine der von den Jugendlichen mitgeteilten Assoziationen zum Thema „Rauchen“ scheint geeignet, dem Ziel der Erzielung oder Erhaltung der Abstinenz dienlich zu sein.

In diesem Zusammenhang soll nicht verschwiegen werden, daß es zweifellos ein bedeutendes psychologisches und pädagogisches Problem sein wird, jene Lehr- und Lerninhalte zu definieren, die den gewünschten Effekt erzielen sollen. Im Prinzip trifft diese Feststellung auch auf das Thema „Alkohol“ zu.

Noch deutlicher wird der große Nachholbedarf, wenn man die von den Schülern angeführten Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit analysiert. Die Betonung der körperlichen Bewegung und sportlichen Betätigung ist als eine sehr allgemeine Aussage zu werten, während die vergleichsweise seltene Nennung der Impfungen als überraschend anzusehen ist. Gerade im Schulalter sollte die spezifische Prophylaxe jedem Jugendlichen aus eigener Erfahrung als typische Maßnahme der Gesunderhaltung bewußt sein. Gerade das Thema Impfungen sollte in den Schulen vorgetragen werden, denn damit würde die Bereitschaft der Bevölkerung, sich dieser Präventivmaßnahmen zu unterziehen, sicher vergrößert werden.

In diesem Zusammenhang fällt auf, daß Infektionen nicht unter den von den Schülern erwähnten Gesundheitsrisiken aufscheinen. Dies könnte am einfachsten mit einem Mangel an Informationen erklärt werden.

4 GESUNDHEITS/KRANKHEITSVERHALTEN IN DER FAMILIE

4.1 Theoretische Zusammenhänge

Wesentlichstes Ergebnis der medizinsoziologischen Forschung des Gesundheits-/Krankheitsverhaltens ist die Feststellung von Zusammenhängen dieses Verhaltens mit sozialer Schichtung, ethnischen Gruppierungen und dem Geschlecht.

Für die medizinsoziologische Forschung ist die Familie unter verschiedenen Gesichtspunkten von Bedeutung: als ursächlicher Faktor bei der Krankheitsentstehung, als Einheit, in der Selbstbehandlung stattfindet, als Ort, an dem die Entscheidung für eine Behandlung in anderen Institutionen gefällt wird, und als Gruppe, die die Behandlung nach den Anweisungen des Arztes durchführt.

In Untersuchungen über das Krankheitsverhalten von Familien mit Kindern wurde herausgefunden, daß mit abnehmender sozialer Schicht oder abnehmendem Bildungsgrad Mütter seltener oder später vor der Geburt eines Kindes zu Untersuchungen kamen. Ein ähnliches Verhalten konnte auch nach der Geburt festgestellt werden: Mütter aus unteren sozialen Schichten kamen nach der Entbindung meist nur dann zum Arzt, wenn das Kind bereits Anzeichen einer Krankheit aufwies und nicht schon zur Kontrolle seines Gesundheitszustandes. Die Unterschiede zwischen Müttern aus der Unterschicht und Müttern der Mittelschicht sind am stärksten bei präventiven Maßnahmen ausgeprägt; die Unterschiede bleiben auch dann noch bestehen, wenn die Teilnahme an diesen Untersuchungen kostenlos ist. Diese empirischen Befunde können in unterschiedlicher Weise interpretiert werden.

4.1.1 Wirkung der Filtermechanismen

Da die oben beschriebenen Unterschiede in der Literatur durch das Wirksamwerden bestimmter Filter erklärt werden, sollen im folgenden die Wirkungsweisen verschiedener Filtermechanismen referiert werden. In der Literatur werden drei Filterprozesse unterschieden, die den Zugang zu einer adäquaten und rechtzeitigen Versorgung im Krankheitsfall steuern.

Ein erster Filterprozeß ist auf der Ebene der Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen gegeben. Die rezente medizinsoziologische Forschung versucht fast ausschließlich die Wirkung dieses Filters zu analysieren. Mit sinkender sozialer Schicht besteht eine größere Neigung, wahrgenommene Symptome nicht als Krankheit und nicht als behandlungsbedürftig anzusehen. Diese Tendenz ist besonders ausgeprägt bei Symptomen, die Hinweise auf sich entwickelnde chronische Krankheiten sein könnten.

Weitere Hinweise auf schichtspezifische Unterschiede dieser Wahrnehmungsprozesse sind: Unterschichtangehörige haben im Vergleich zu Angehörigen der Mittelschicht eine größere Symptomtoleranz und ein geringeres Wissen über Gesundheitsbelange. Wahrnehmungs-Interpretationsfilter innerhalb der Familie könnten durch folgende Indikatoren erfaßt werden:

- Sensibilität der Eltern und anderer Familienmitglieder gegenüber geändertem Verhalten ihres Kindes und ihres Partners.

- Wahrnehmung der Verhaltensänderung als Symptome.
- Toleranz gegenüber dem wahrgenommenen Symptom,
- Informationen über die Bedeutung des Symptoms,
- Neigung, wegen dieses Symptoms einen Arzt aufzusuchen,
- Erfahrungen mit Ärzten und medizinischen Institutionen.

Ein zweiter Filterprozeß ergibt sich aus den situativen Zwängen einer bestimmten sozialen Situation, die entsprechende Handlungen im Krankheitsfall einschränken oder erschweren. So wurde u. a. festgestellt, daß häufiger Angehörige der Unterschicht gegenüber Angehörigen gehobener Schichten auf Grund situativer Zwänge, wie z. B. berufliche oder finanzielle Verhältnisse, nicht in ein Behandlungsstadium eintreten. Als Indikatoren für situative Zwänge innerhalb der Familie könnten angesehen werden:

- die Stellung in der Familie: beim „Verdiener“ besteht eine größere Notwendigkeit, gesund zu sein als etwa bei der nicht berufstätigen Mutter und den Kindern,
- die berufliche Situation des Familienmitgliedes,
- Familieneinkommen,
- Familiengröße,
- Alter: ältere Menschen betrachten Schmerzerfahrungen als eine ihrem Alter angemessene Sache,
- Wohnsituation,
- Entfernung der nächsten Arztpraxis von der Wohnung oder vom Arbeitsplatz,
- Öffnungszeiten der Ordination,
- Möglichkeit, den Arzt während der Arbeitszeit aufzusuchen.

Der dritte Filterprozeß wirkt über unterschiedliche Zugänglichkeiten von und Erfahrungen mit medizinischen Institutionen, die zur Ausformung eines bestimmten Krankheitsverhaltens beitragen. Negative Erfahrungen bei Kontakten mit medizinischen Institutionen setzen die Konsultationsneigung von Angehörigen der Unterschicht herab.

Die Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung seien hier nur an einigen Beispielen gezeigt; nähere Ausführungen dazu befinden sich im Abschnitt „Medizinische Versorgung“. Die Arztdichte (Ärzte in Berufsausbildung auf 100 000 Einwohner) beträgt im österreichischen Durchschnitt 225,3. In Wien 403,8, im Burgenland 108,5⁴⁾. Noch ausgeprägter sind diese Unterschiede bei den Fachärzten und nach Städten und ländlichen Regionen. So entfallen z. B. in Österreich rund 4 000 Kinder auf einen Kinderarzt; 27 politische Bezirke mit rund 380 000 Kinder sind aber überhaupt ohne pädiatrische Versorgung. In weiteren 18 Bezirken werden mehr als 15 000 Kinder von einem Kinderarzt betreut. Auf einen Gynäkologen entfallen durchschnittlich 6 000 Frauen. In rund 19 politischen Bezirken ist aber überhaupt kein niedergelassener Gynäkologe vorhanden und in weiteren 25 Bezirken kommt auf mehr als 25 000 Frauen nur ein Gynäkologe⁵⁾. Wenn hier auch noch andere Bedingungen wie z. B. das Vorhandensein und die Ausstattung von Krankenhäusern sowie die Verkehrsverbindung zu größeren

⁴⁾ Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahr 1976; herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.

⁵⁾ Analysen der ärztlichen Versorgung in Österreich 1978; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

ren Städten eine Rolle spielen, werden aus diesen wenigen Zahlen doch sehr gravierende Unterschiede im Zugang zur ärztlichen Versorgung deutlich.

Die einzelnen Filter interagieren miteinander und haben zum Teil kummulative Effekte.

4.1.2 Problembewältigungsstrategien

Neben den Filtermechanismen muß zur Erklärung des Gesundheits-/Krankheitsverhaltens als weiterer entscheidender Faktor die Verfügbarkeit entsprechender „Problembewältigungsstrategien“ herangezogen werden. In Ermangelung ausgearbeiteter theoretischer Konzepte über Problembewältigungsstrategien soll hier an *Mechanic's* (1968) Konzept des ‚coping‘ angeknüpft werden. Bei der Bewältigung von Krankheiten stehen der Familie unterschiedliche ‚coping‘-Mechanismen zur Verfügung. Beispielsweise ist häufig zu beobachten, daß Zugangsbarrieren zur institutionellen medizinischen Versorgung durch eingehende Konsultationen im Laiensystem kompensiert werden. Das Ausmaß der individuellen Bewältigungsmöglichkeiten der Familie bei Gesundheitsproblemen wird dementsprechend wesentlich davon abhängen, ob eine oder mehrere der folgenden Strategien verfügbar sind:

- Gemeinsame Entscheidungsfindung mit relevanten Bezugspersonen,
- Rückgriff auf bereits in früheren Krankheitsepisoden erprobte Handlungsmuster,
- Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei Mitgliedern des Verwandten-Bekannten-Netzwerkes.

Soziale Netzwerke werden als Muster von Beziehungen und Interaktionen von Verwandten, Nachbarn und Freunden verstanden. Für die Struktur des sozialen Netzwerkes spielen neben der sozialen Schicht auch ökologische Faktoren eine Rolle, wie z. B. die räumliche Entfernung zwischen Verwandten, Freunden und Familienmitgliedern oder das Wohnen in einem sozialgemischten oder homogenen Wohnviertel. Dies sind freilich nur einige Möglichkeiten, Typen von sozialen Netzwerken zu unterscheiden. In der Analyse des Gesundheits-/Krankheitsverhaltens innerhalb der Familie geht es vor allem darum, den Stellenwert der Theorie sozialer Netzwerke für die Wahrnehmung bzw. Bewältigung von oder die Reaktion auf Krankheit zu ermitteln.

4.1.3 Stadien des Krankheitsverhaltens und des Krankheitsverlaufes

Wie bereits die Erörterung der verschiedenen Filterprozesse und Bewältigungsstrategien gezeigt hat, ist das Krankheitsverhalten keine einmalige Verhaltensreaktion, sondern es muß als Prozeß aufgefaßt werden, der aus einer Abfolge möglicher Stadien von Entscheidungen und Handlungen besteht. Die zeitliche Organisation des Prozesses des Hilfesuchens setzt mit dem Stand des subjektiven Verspürens von Krankheitsanzeichen ein, also mit dem Stadium der Symptomwahrnehmung.

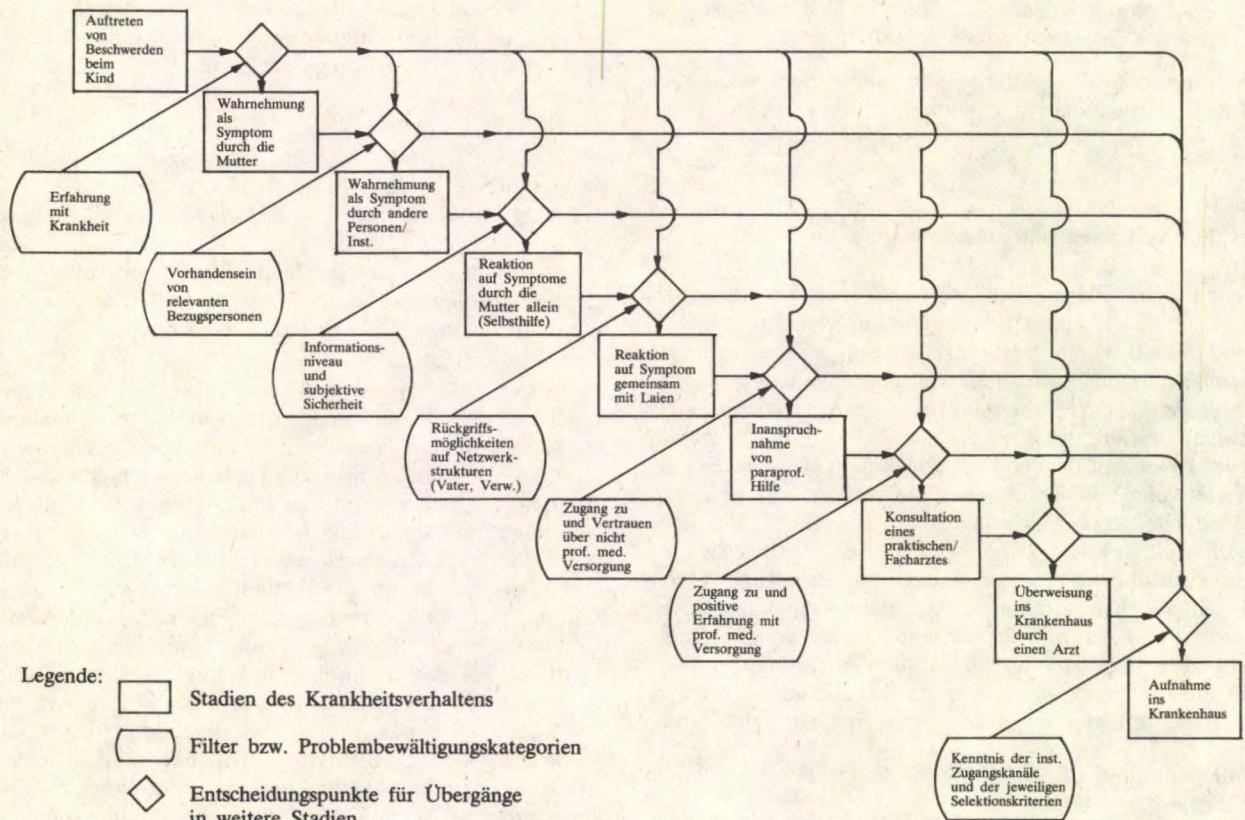
Zwischen der Symptomwahrnehmung und dem Arztbesuch liegt jedoch ein wesentliches Zwischenstadium, welches für das Ausmaß der Bewältigung von Krankheitsepisoden von entscheidender Bedeutung ist: Die Konsultation im „Laiensystem“.

Bevor eine Person beim Verspüren von Beschwerden kompetente fremde Hilfe sucht, versucht sie das Krankheitsproblem innerhalb des eigenen Familien- und Freundeskreises zu lösen. Die erste Interpretation des Symptombildes und eine Art Selbstdiagnose erfolgt ebenso wie die Beratung über weitere Schritte des Hilfesuchenden innerhalb der am meisten vertrauten Gruppe.

Weiters ist bezeichnend, daß das Hilfesuchen sich in der Regel auf jene Gruppen erstreckt, zu welchen regelmäßige Kontakte bestehen (zum Beispiel Arbeitskollegen usw.). Vor dem Entschluß, zum Arzt zu gehen, ist eine Phase des gezielten Nachfragens im Bekanntenkreis über ähnliche Symptome und darauffolgende Reaktionen vorgelagert, sofern die Krankheitsanzeichen nicht einen sozialdiskriminierenden Charakter besitzen. Vielfach wird vom Laiensystem in erster Linie nicht an einen Arzt, sondern an paraprofessionelle Beratungspersonen, wie Heilpraktiker, Apotheker, Krankenschwester usw. verwiesen. Die Rolle des Laiensystems variiert jedoch sehr stark nach Art der Krankheit, wobei die größten Unterschiede bei psychisch Erkrankten liegen. *Siegrist*, 1974, hat nun in einer verallgemeinernden Konstruktion folgende zeitlich aufeinanderbezogene Stadien des Hilfesuchens unterschieden, die auch den ersten Stufen des hier entwickelten Verlaufsmodells entsprechen:

1. Symptomwahrnehmung durch den Erkrankten
2. Konsultation im Verwandten- und/oder Bekanntenkreis (Laiensystem)
3. a) Selbstmedikation oder
 - b) Laienzuweisungssystem zu halbprofessionellen Beratungsgruppen (Apotheker, Heilpraktiker und andere)
4. Laienzuweisungssystem zum Arzt

Die Stadien des Hilfesuchens variieren jedoch sehr stark. Die Häufigkeit ihres Auftretens und die zeitliche Spanne ihrer Abfolge werden von sozialen Merkmalen – wie situativen Zwängen und Netzwerkstruktur – determiniert. Ausgehend davon, daß eine einmal aufgetretene Krankheit sich in relativ deutlichen Symptomen manifestiert, die für den medizinischen Laien auch als solche erkennbar sind, und daß der Laie (Familienmitglieder) bei objektiv erkennbaren Verlaufsmerkmalen, wie Schmerzen, Unruhe, Fieber usw. entscheiden kann, welcher Hilfe sie aus dem Laien- bzw. eventuell aus dem para-professionellen System bedarf oder ob sie professionelle Hilfe beanspruchen muß oder nicht, wurde in Anlehnung an das Karrieremodell von *Forster und Pelikan* (1977) vom Autor ein Verlaufsmodell des Krankheitsverhaltens entwickelt, welches in der Abbildung 1 dargestellt ist. Betrachtet man diese idealtypische Abfolge von Stadien, so ergeben sich die verschiedensten Durchlaufmuster als Kombination der tatsächlich im Falle der Erkrankung eines Kindes innerhalb der Familie durchlaufenden Stadien. In die Abbildung wurden auch jene Filter und Problembewältigungsstrategien aufgenommen, die sich aufgrund des Datenmaterials als wesentlich erwiesen haben.

Abbildung 1: Stadien des Krankheitsverhaltens der Mutter (Eltern) bei Erkrankung eines Kindes

Quelle: Dirisamer/Moser, B., Phil.Diss. 1978, S. 82.

4.2 Empirisches Material zum Gesundheits/Krankheitsverhalten aus österreichischer Sicht

4.2.1 Krankheitsverhalten der Eltern bei Erkrankung ihres Kindes

Eine Analyse des Gesundheits-/Krankheitsverhaltens von Eltern bei Erkrankung ihres Kindes wurde 1976 im Preyer'schen Kinderspital durchgeführt. (Dirisamer/Moser 1978). Insbesondere sollen hier die Ergebnisse von Problembewältigungsstrategien der subjektiv wahrgenommenen Krankheit innerhalb des Netzwerkes der Familie aufgezeigt werden. Hinsichtlich der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit relevanten Bezugspersonen und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei Mitgliedern des Verwandten-Bekannten-Netzwerkes zeigte sich, daß in den ersten Entscheidungsphasen die hauptsächlichsten Gesprächspartner der Ehemann mit 61%, aber auch die Eltern mit 30% waren. Weiters wurden auch Freunde und Geschwister zur Entscheidungsfindung herangezogen. Insgesamt 64% der Familienmitglieder beteiligten sich an der Entscheidungsphase; 32% versuchten eine gemeinsame Entscheidung mit ihrem Ehepartner zu finden, 20% nahmen Kontakt zu anderen Personen, wie Freunden oder Bekannten, auf, um Informationen und Ratschläge zu erhalten. Die meisten Ratschläge bezogen sich auf die Einnahme bestimmter Medikamente oder auf Hausmittel, sowie auf das Beziehen von professioneller medizinischer Hilfe; 9% der Angesprochenen rieten zu einer Durchuntersuchung beim Arzt, 7% sprachen sich für das „Anschauenlassen“ im Krankenhaus aus. Bei fortschreitendem Krankheitsprozeß versuchten zumeist die betroffenen Familienmitglieder die weiteren Entscheidungsschritte

sofort an das medizinische System abzugeben. Nur in 9% der Fälle wandte man sich an paraprofessionelle Hilfe. Keinen Arzt kannten 14% und sahen deshalb in der gesetzlich an sich nicht vorgesehenen direkten Inanspruchnahme der Ambulanz die einzige Möglichkeit, Hilfe zu erhalten.

Der Rückgriff auf bereits in früheren Krankheitsepisoden gemachte Erfahrungen bzw. auf erprobte Handlungsmuster hing im wesentlichen von der Anzahl und dem Alter der Kinder ab aber auch vom Alter der Eltern. Von den 87% der Eltern, die die ersten Anzeichen einer beginnenden Krankheit selbst miterlebt hatten, glaubten unabhängig von der schließlich festgestellten medizinischen Diagnose 28% Verkühlung, 20% Ansteckung und 16% falsche Nahrungsaufnahme als Ursache der Krankheit zu erkennen. Die ersten Interventionen bestanden vielfach darin, Fieber zu messen (66%), das Kind ins Bett zu legen (53%). Etwa ein Viertel der Eltern gab Fieberzäpfchen (21%), oder auch andere Medikamente, wie Tropfen, Salben, Lutschtabletten, andere nahmen eine Änderung der Kost vor (26%). Frage man allerdings nach den sonst üblichen Verhaltensweisen bei Erkrankung der Kinder, so wurden von wesentlich mehr Eltern diese Interventionen angeführt.

Im Rahmen einer, im Auftrag des Institutes für Stadtforschung durchgeföhrten, Vorstudie über das „Gesundheitsverhalten von Familien mit Kleinkindern“ (Kunze, 1977) wurden 21 ausführliche Interviews gemacht, wobei durchwegs Mütter als Auskunftspersonen fungierten. Der Fragenkatalog befaßte sich mit Gesundheitsstörungen in der Familie und der dadurch bedingten

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Weiters mit Fragen der Arztwahl und der Selbstmedikation und schließlich mit den Informationsquellen und -wünschen der Befragten.

Bei etwas mehr als der Hälfte der Kinder und ungefähr einem Viertel der Eltern waren im letzten Halbjahr vor der Erhebung Gesundheitsstörungen aufgetreten.

Diese Erkrankungen führten bei 41% der Kinder und 23,8% der Eltern zur Inanspruchnahme medizinischer Dienste.

Im selben Zeitraum erfolgten auch zahlreiche Konsultationen von Ärzten, die nicht auf Beschwerden zurückgingen, sondern vorbeugenden Charakter hatten. Mütter und Kinder waren daran weitaus häufiger beteiligt als die Väter (52,4% und 53,8% bzw. 6,2%). Die meisten Kontakte betrafen Zahnärzte, gefolgt von Gynäkologen.

Ein Arzt wird vor allem dann zu einem erkrankten Kind gerufen, wenn die Mütter hohes Fieber (über 38°C) festgestellt haben. Am zweithäufigsten wurde die Meinung registriert, man müsse den Arzt bei jeder Gesundheitsstörung konsultieren, auf jeden Fall aber beim Auftreten von Fieber und Schmerzen. Schließlich bei allen Symptomen, die man nicht kennt oder sich nicht erklären kann.

Ganz allgemein sind Mütter bereit, bei einer eigenen Erkrankung vorerst eine etwaige Besserung abzuwarten, während bei Kindern schnelles Handeln und die frühzeitige Inanspruchnahme medizinischer Dienste empfohlen wird.

Die wesentlichen Kriterien der Arztwahl sind, abgesehen von akuten Ereignissen, vor allem für den praktischen Arzt und den Kinderarzt: Nähe der Ordination und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse. Bei anderen Fachärzten (z. B. Gynäkologen) kann die Präferenz für einen bestimmten Arzt eine Rolle spielen und es werden auch größere räumliche Entfernung in Kauf genommen.

In der Mehrzahl der Fälle wurde eine Hausapotheke vorgefunden, die man als Grundlage für die Selbstmedikation ansehen kann. Unter Hausapotheke wird ein Vorrat von Medikamenten verstanden, der zumindest Analgetika und Mittel gegen Erkältungskrankheiten umfaßt. Die Hausapotheke wird aber selten überprüft, d. h. abgelaufene Präparate entfernt und fehlende ergänzt. Nur eine einzige Familie verfügte über eine vom Apotheker kontrollierte Hausapotheke.

Die Selbstmedikation erfolgt am häufigsten bei Erkältungskrankheiten. Außerdem vor allem dann, wenn Symptome auftreten, die man zu kennen glaubt und gegen die ein Arzt bereits einmal ein Medikament verordnet hat. Dieses Präparat wird dann wieder eingenommen.

Das Gesundheitswissen der Eltern wird durchwegs unsystematisch aus verschiedenen Quellen erworben, wobei der Informationsaustausch mit anderen medizinischen Laien große Bedeutung zukommt.

Wichtig sind auch populärwissenschaftliche Bücher vom Typ der „medizinischen Ratgeber“, die in mehr als der Hälfte (57,9%) der Fälle zu Rate gezogen werden, um die Bedeutung bestimmter Symptome zu erkennen oder sich über die Hintergründe einer Gesundheitsstörung genauer zu informieren.

Bei fast zwei Dritteln (64,7%) der Familien wurde der Wunsch nach einer verbesserten und intensivierten Gesundheitsinformation deutlich. Dabei wurden vor allem dem Arzt besondere Aufgaben zugeordnet, aber auch dem Apotheker und gedrucktem Informationsmaterial.

4.2.2 Gesundheits/Krankheitsverhalten: Daten aus dem Mikrozensus 1973

Im September 1973 wurde im Mikrozensus ein Sonderprogramm über gesundheitsstatistische Befragung durchgeführt. Es wurde damit in Österreich erstmals versucht, ein umfassendes Bild über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung zu erlangen (Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus, 1973).

Daraus sind insbesondere die für das Gesundheits-/Krankheitsverhalten der Bevölkerung wesentlichen Daten über Arztbesuche wegen oder ohne körperliche Beschwerden, Impfungen sowie Arztbesuche während einer Schwangerschaft zu erwähnen.

4.2.2.1 Arztbesuche wegen körperlicher Beschwerden

Zu der Frage über Arztbesuche wurden alle im Mikrozensus erfaßten Personen um Auskunft gebeten, wie oft sie wegen körperlicher Beschwerden zwischen September 1972 und August 1973 einen Arzt in der Ordination bzw. in einem Ambulatorium aufgesucht oder zu einem Hausbesuch gebeten hatten. Weiters wurde getrennt nach Besuchen beim praktischen Arzt, beim Facharzt oder beim Zahnbehandler gefragt.

Von der gesamten österreichischen Bevölkerung hatten innerhalb eines Jahres 49,2% keinen praktischen Arzt, 70,4% keinen Facharzt und 65,8% keinen Zahnbehandler konsultiert (Tabelle 1).

Eine Gliederung nach dem Geschlecht (Tabelle 2, 3) ergab, daß Frauen häufiger zum Arzt gingen als Männer. Beim praktischen Arzt betrug der Unterschied 5,7, beim Facharzt 4,9 und beim Zahnbehandler 1,0%. Mit zunehmendem Alter stieg sowohl die Zahl der Personen, die einen praktischen Arzt oder Facharzt aufsuchten, als auch die Frequenz der Besuche. Von Kindern und Jugendlichen suchten etwa 40% einen praktischen Arzt auf, dagegen rund drei Viertel der Personen, die über 70 Jahre alt sind. Patienten mit chronischen Erkrankungen, also vorwiegend ältere Personen, nahmen auch die Dienste eines Arztes öfter in Anspruch.

Tabelle 1: Arztbesuche wegen Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Alter), insgesamt

Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren							80 und mehr	
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69		
Relativzahlen (Summenzeile = 100)										
Beim praktischen Arzt:										
Nie	49,2	60,6	63,7	55,9	51,2	46,3	40,2	34,8	28,5	25,0
Einmal	10,7	13,2	12,2	12,4	11,3	9,1	6,9	5,7	6,0	
Zweimal	9,3	8,8	8,4	10,6	10,8	10,7	9,4	8,2	7,4	7,1
Drei- bis fünfmal	13,8	9,9	8,3	11,4	13,6	15,4	18,5	19,0	18,9	16,4
Sechs- bis zehnmal	5,9	2,0	1,6	3,2	4,3	6,5	8,3	11,5	14,3	14,0
Elfmal und öfter	5,9	0,5	0,8	1,4	2,6	4,8	9,1	14,3	19,6	23,4
Unbekannt	5,2	5,0	5,0	5,3	5,1	5,0	5,4	5,3	5,6	8,1
Beim Facharzt (Ambulatorium):										
Nie	70,4	75,5	80,7	71,5	69,8	66,8	63,0	63,9	64,3	68,7
Einmal	9,8	7,6	7,0	10,5	11,1	12,7	12,2	10,0	8,8	6,4
Zweimal	5,1	4,1	3,3	5,0	5,8	5,8	6,2	6,3	5,5	3,8
Drei- bis fünfmal	5,7	5,4	2,9	5,1	5,3	5,7	7,3	7,6	7,9	6,5
Sechs- bis zehnmal	2,1	1,6	0,8	1,7	1,7	2,1	3,2	3,5	3,7	2,9
Elfmal und öfter	1,4	0,7	0,4	0,7	1,0	1,5	2,3	3,1	3,6	2,7
Unbekannt	5,5	5,1	4,9	5,5	5,3	5,4	5,8	5,6	6,2	9,0
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):										
Nie	65,8	75,3	60,5	56,4	54,8	59,5	65,2	75,3	82,6	85,2
Einmal	10,5	8,6	12,1	12,4	14,0	13,0	10,9	7,3	4,6	2,4
Zweimal	6,7	5,0	8,7	9,1	9,6	8,5	7,1	4,2	2,5	1,2
Drei- bis fünfmal	8,1	4,3	10,1	11,7	11,8	9,9	8,2	5,2	3,0	1,6
Sechs- bis zehnmal	2,4	1,1	2,6	4,1	3,6	3,0	2,4	1,6	0,7	0,3
Elfmal und öfter	0,8	0,5	0,9	1,0	1,1	0,8	0,4	0,4	0,2	0,1
Unbekannt	5,7	5,2	5,1	5,3	5,1	5,3	5,8	6,0	6,4	9,2
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	7 428 400	1079 800	1275 100	810 700	879 600	982 800	822 300	882 200	539 600	156 300

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 51.

Tabelle 2: Arztbesuche wegen Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Frauen

Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren							80 und mehr	
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69		
Relativzahlen (Summenzeile = 100)										
Beim praktischen Arzt:										
Nie	46,5	61,2	63,7	53,8	49,4	44,5	37,5	31,4	26,1	23,2
Einmal	10,0	13,2	12,2	11,7	11,3	10,2	8,5	6,5	5,4	5,1
Zweimal	9,1	9,1	8,0	10,7	10,6	10,4	9,6	7,9	6,7	6,7
Drei- bis fünfmal	14,9	9,4	8,5	12,4	15,2	16,9	20,0	19,9	19,4	16,5
Sechs- bis zehnmal	7,1	2,0	1,7	4,3	5,3	7,5	9,2	13,3	15,2	15,3
Elfmal und öfter	7,2	0,6	0,7	1,8	3,4	5,5	9,8	15,8	21,1	24,8
Unbekannt	5,2	4,5	5,2	5,3	4,8	5,0	5,4	5,2	6,1	8,4
Beim Facharzt (Ambulatorium):										
Nie	68,1	76,3	79,4	64,6	65,2	64,5	61,7	63,1	64,4	69,2
Einmal	10,3	7,7	7,1	12,2	12,9	13,7	12,5	10,0	8,5	6,2
Zweimal	5,6	3,7	3,6	6,6	7,1	6,2	7,0	6,3	5,2	3,2
Drei- bis fünfmal	6,3	5,4	3,5	7,4	6,3	6,2	7,5	7,9	7,9	6,8
Sechs- bis zehnmal	2,5	1,5	0,9	2,6	2,3	2,5	3,3	4,0	3,9	2,9
Elfmal und öfter	1,6	0,8	0,3	1,0	1,2	1,6	2,4	3,0	3,5	2,6
Unbekannt	5,6	4,6	5,2	5,6	5,0	5,3	5,6	5,7	6,6	9,1
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):										
Nie	65,3	75,4	57,7	52,1	52,6	59,0	65,3	76,1	82,9	85,4
Einmal	10,2	9,0	12,5	12,5	13,8	12,1	10,5	6,6	4,5	2,0
Zweimal	6,9	4,9	9,6	9,7	9,6	8,6	7,0	4,0	2,2	1,2
Drei- bis fünfmal	8,4	4,1	10,7	13,6	13,2	10,4	8,4	5,0	2,8	1,7
Sechs- bis zehnmal	2,7	1,1	3,2	5,1	4,5	3,4	2,6	1,8	0,6	0,1
Elfmal und öfter	0,8	0,7	1,0	1,3	1,4	1,0	0,4	0,4	0,1	0,1
Unbekannt	5,7	4,8	5,3	5,7	4,9	5,5	5,8	6,1	6,9	9,5
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	3 924 900	522 800	614 400	394 000	447 300	514 900	484 400	505 200	335 400	106 500

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 50.

Tabelle 3: Arztbesuche wegen Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Männer

Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr		
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79			
Relativzahlen (Summenzeile = 100)												
Beim praktischen Arzt:												
Nie	52,2	59,9	63,8	57,9	53,1	48,3	44,1	39,3	32,3	28,8		
Einmal	11,5	13,1	12,2	12,8	13,6	12,6	9,9	7,5	6,2	7,9		
Zweimal	9,5	8,5	8,8	10,5	11,1	10,9	9,1	8,7	8,5	8,1		
Drei- bis fünfmal	12,6	10,3	8,2	10,5	12,0	13,8	16,3	17,9	18,1	16,0		
Sechs- bis zehnmal	4,6	2,0	1,6	2,3	3,2	5,3	7,0	9,0	12,8	11,3		
Elfmal und öfter	4,4	0,6	0,6	1,0	1,8	4,0	8,1	12,2	17,1	20,3		
Unbekannt	5,2	5,6	4,8	5,0	5,2	5,1	5,5	5,4	5,0	7,6		
Beim Facharzt (Ambulatorium):												
Nie	73,0	74,7	81,9	77,9	74,6	69,3	64,9	64,9	64,2	67,6		
Einmal	9,1	7,4	6,9	8,9	9,3	11,7	11,9	10,1	9,2	6,7		
Zweimal	4,6	4,4	3,0	3,6	4,5	5,4	5,1	6,2	6,0	5,1		
Drei- bis fünfmal	4,9	5,4	2,4	3,0	4,3	5,2	7,1	7,1	8,0	6,0		
Sechs- bis zehnmal	1,7	1,7	0,7	0,9	1,1	1,7	3,0	2,8	3,4	2,8		
Elfmal und öfter	1,3	0,7	0,4	0,5	0,8	1,3	2,2	3,0	3,7	2,7		
Unbekannt	5,4	5,7	4,7	5,2	5,4	5,4	5,8	5,9	5,5	9,1		
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):												
Nie	66,3	75,1	63,1	60,4	57,0	60,0	64,9	74,3	82,0	84,9		
Einmal	10,9	8,2	11,7	12,3	14,2	13,9	11,5	8,1	4,8	3,4		
Zweimal	7,0	5,1	7,8	8,6	9,7	8,5	7,2	4,5	2,9	1,1		
Drei- bis fünfmal	7,7	4,4	9,6	9,8	10,3	9,3	7,9	5,4	3,3	1,3		
Sechs- bis zehnmal	2,0	1,0	2,1	3,1	2,7	2,5	2,2	1,4	0,9	0,5		
Elfmal und öfter	0,5	0,3	0,8	0,7	0,8	0,6	0,4	0,4	0,3	—		
Unbekannt	5,6	5,9	4,9	5,1	5,3	5,2	5,9	5,9	5,8	8,8		
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)												
	3 503 500	557 000	660 700	416 700	432 300	467 900	337 900	377 000	204 200	49 800		

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 50.

Bei der Konsultation eines Zahnarztes war eine andere Entwicklung zu beobachten. Die Zahl der Besucher sank mit dem höheren Lebensalter der Patienten. Zwischen dem 10. und 60. Lebensjahr betrug der Anteil derer, die nicht in Zahnbehandlung standen, zwischen 57 und 65%, ab dem 60. Lebensjahr stieg dieser Prozentanteil auf 85. Auch beim Besuch eines Zahnbehälters fanden sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Vor allem Mädchen und Frauen im Alter zwischen 10 und 40 Jahren gingen häufiger zur Zahnbehandlung als Männer gleichen Alters. Im höheren Alter waren die Anteile bei beiden Geschlechtern annähernd gleich.

Bei den Berufstätigen waren in allen drei Ärztekategorien Unterschiede in der Häufigkeit der Besuche feststellbar (Tabelle 4). Der Anteil jener Berufstätigen, die keinen Arzt oder Zahnbehandler aufsuchten, war bei den Selbständigen (einschließlich mithelfender Familienangehöriger) höher als bei den Unselbständigen. Die größte Differenz war beim Facharztbesuch mit 6,3%, gefolgt vom Besuch beim praktischen Arzt mit 4,8% und beim Zahnbehandler mit 3,1% zu registrieren. Hier dürften noch Unterschiede in der Krankenversicherung eine Rolle spielen. Landwirte waren im Vergleich zu anderen Selbständigen häufiger beim praktischen Arzt, jedoch seltener beim Facharzt und Zahnbehandler, was sicher mit der starken Konzentration der Fachärzte auf größere Gemeinden zusammenhängt (Tabelle 5).

4.2.2.2 Arztbesuche ohne körperliche Beschwerden

Neben der Frage über Arztbesuche aufgrund körperlicher Beschwerden wurde auch eine Frage nach Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen aufgenommen. Etwas über 13% der Bevölkerung besuchten im Jahr vor der Erhebung einen praktischen Arzt bzw. einen Facharzt zur Kontrolle ihres Gesundheitszustandes (Tabelle 6), wobei Frauen häufiger von dieser Möglichkeit Gebrauch machten als Männer. Besonders bei Konsultation eines Facharztes ist diese Differenz deutlich ausgeprägt (4,2%). Der überwiegende Teil der Probanden ging im Befragungszeitraum nur einmal zur Untersuchung.

Zu einem Zahnbehandler gingen ohne Anzeichen von Beschwerden etwa 19% der Bevölkerung. Auch hier war der Anteil der Frauen höher als jener der Männer (Tabellen 7, 8).

Gliedert man die Ergebnisse nach der sozialen Stellung der Arztbesucher, ergibt sich, daß unselbständige Berufstätige häufiger zu Kontrolluntersuchungen gehen als Selbständige bzw. mithelfende Familienangehörige. Die Differenz betrug beim praktischen Arzt 2,2% und beim Facharzt 2,5%. Den geringsten Anteil innerhalb aller Gruppen zeigte die Gruppe der Landwirte. Nur etwa 8% der Landwirte nahmen eine Kontrolluntersuchung beim praktischen Arzt oder bei einem Facharzt in Anspruch. Hier sind jedoch die versicherungsrechtlichen Regelungen

Tabelle 4: Arztbesuche wegen Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Soziale Stellung), praktischer Arzt

Soziale Stellung	Wohn- bevölkerung absolute Zahlen	nie	Häufigkeit der Arztbesuche					
			einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Berufstätige	3 038 600	50,3	11,8	10,5	14,0	5,0	3,3	5,1
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	751 100	53,9	11,1	9,2	13,2	4,9	3,0	4,7
darunter Landwirte	446 600	52,7	11,3	9,6	14,5	5,6	3,2	3,1
andere Berufe	304 500	55,7	10,9	8,5	11,3	3,8	2,7	7,1
Unselbständige	2 287 500	49,1	12,0	10,9	14,2	5,0	3,4	5,4
Nichtberufstätige ¹⁾	4 389 800	48,5	9,9	8,5	13,7	6,5	7,7	5,2
Pensionisten	1 315 300	29,8	6,3	7,8	18,9	12,9	18,7	5,6
Erhaltene Personen	3 074 500	56,5	11,5	8,9	11,4	3,8	3,0	4,9
darunter Hausfrauen	1 000 500	43,2	9,1	9,7	17,0	8,0	7,9	5,1
Kinder im Vorschulalter	607 500	59,8	13,2	8,4	10,0	2,4	0,7	5,5
Schüler und Studenten	1 438 000	64,5	12,5	8,3	8,2	1,4	0,6	4,5
Sonstige	28 500	49,4	8,0	7,6	10,3	5,3	9,2	10,2
Insgesamt	7 428 400	49,2	10,7	9,3	13,8	5,9	5,9	5,2

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.**Facharzt (Ambulatorium)**

Soziale Stellung	Wohn- bevölkerung absolute Zahlen	nie	Häufigkeit der Arztbesuche					
			einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Berufstätige	3 038 600	70,2	10,8	5,2	5,3	1,9	1,2	5,4
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	751 100	74,9	9,5	4,1	3,9	1,5	1,0	5,1
darunter Landwirte	446 600	80,0	8,9	3,1	3,0	1,0	0,4	3,6
andere Berufe	304 500	67,5	10,4	5,6	5,2	2,4	1,8	7,1
Unselbständige	2 287 500	68,6	11,2	5,5	5,7	2,0	1,3	5,7
Nichtberufstätige ¹⁾	4 389 800	70,6	9,0	5,0	5,9	2,3	1,7	5,5
Pensionisten	1 315 300	63,6	9,5	5,9	8,0	3,5	3,3	6,2
Erhaltene Personen	3 074 500	73,6	8,8	4,7	5,0	1,8	1,0	5,1
darunter Hausfrauen	1 000 500	64,5	12,0	6,7	6,8	2,8	1,9	5,3
Kinder im Vorschulalter	607 500	72,9	7,4	4,6	6,3	2,0	0,9	5,9
Schüler und Studenten	1 438 000	80,3	7,2	3,3	3,3	0,9	0,4	4,6
Sonstige	28 500	68,7	6,2	4,2	4,2	2,9	2,6	11,2
Insgesamt	7 428 400	70,4	9,8	5,1	5,7	2,1	1,4	5,5

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.**Zahnbehandler (Zahnambulatorium)**

Soziale Stellung	Wohn- bevölkerung absolute Zahlen	nie	Häufigkeit der Arztbesuche					
			einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Berufstätige	3 038 600	59,7	12,2	8,4	10,3	3,0	0,7	5,7
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	751 100	62,1	11,0	7,7	10,3	2,9	0,6	5,4
darunter Landwirte	446 600	64,6	10,5	7,1	10,5	2,9	0,5	3,9
andere Berufe	304 500	58,3	11,8	8,6	10,1	3,0	0,8	7,4
Unselbständige	2 287 500	59,0	12,6	8,7	10,3	3,1	0,8	5,5
Nichtberufstätige ¹⁾	4 389 800	70,0	9,3	5,9	6,6	1,9	0,6	5,7
Pensionisten	1 315 300	78,8	6,1	3,4	3,8	1,2	0,3	6,4
Erhaltene Personen	3 074 500	66,2	10,7	7,0	7,8	2,3	0,8	5,2
darunter Hausfrauen	1 000 500	62,6	11,1	7,4	9,3	3,2	0,8	5,6
Kinder im Vorschulalter	607 500	84,9	4,5	2,7	1,6	0,4	0,1	5,8
Schüler und Studenten	1 438 000	60,6	13,2	8,7	9,4	2,4	1,0	4,7
Sonstige	28 500	74,4	5,2	3,5	3,7	1,3	0,5	11,4
Insgesamt	7 428 400	65,8	10,5	7,0	8,1	2,4	0,7	5,5

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 52.

Tabelle 5: Arztbesuche wegen Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Gemeindegrößenklassen)

Gemeindegrößenklassen ¹⁾	Wohnbevölkerung	Häufigkeit der Arztbesuche						
		nie	einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Praktischer Arzt								
Bis 2 000 Einwohner	100,0	51,9	11,3	9,5	13,5	5,8	4,9	3,1
2 000 bis 20 000 Einwohner	100,0	48,1	11,3	10,0	14,6	5,9	5,2	4,9
20 000 bis 250 000 Einwohner	100,0	50,8	10,3	8,6	13,0	5,2	6,0	6,1
Wien	100,0	45,4	9,1	8,5	13,8	6,7	8,3	8,2
Insgesamt	100,0	49,2	10,7	9,3	13,8	5,9	5,9	5,2
Facharzt (Ambulatorium)								
Bis 2 000 Einwohner	100,0	79,7	8,1	3,8	3,4	1,1	0,5	3,4
2 000 bis 20 000 Einwohner	100,0	72,6	10,7	4,7	4,8	1,3	0,9	5,0
20 000 bis 250 000 Einwohner	100,0	62,9	11,2	6,3	7,9	3,2	2,2	6,3
Wien	100,0	59,0	9,9	6,7	8,7	4,0	3,3	8,4
Insgesamt	100,0	70,4	9,8	5,1	5,7	2,1	1,4	5,5
Zahnbehandler (Ambulatorium)								
Bis 2 000 Einwohner	100,0	69,5	9,9	6,2	8,2	2,1	0,4	3,7
2 000 bis 20 000 Einwohner	100,0	65,6	11,6	7,1	7,8	2,2	0,5	5,2
20 000 bis 250 000 Einwohner	100,0	63,8	11,2	7,2	8,6	2,2	0,7	6,3
Wien	100,0	61,9	9,3	7,7	8,0	3,2	1,2	8,7
Insgesamt	100,0	65,8	10,5	7,0	8,1	2,4	0,7	5,5

¹⁾ Gebietsstand und Bevölkerung 1961.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 53.

Tabelle 6: Arztbesuch ohne Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Männer

Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren							80 und mehr		
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69			
Relativzahlen (Summenzeile = 100)											
Beim praktischen Arzt:											
Nie	87,8	88,4	88,7	90,4	89,3	88,6	86,8	84,4	82,5	80,3	
Einmal	3,3	3,2	4,5	2,9	3,5	2,8	3,3	2,7	2,5	2,2	
Zweimal	1,3	1,6	1,5	0,8	0,6	1,2	1,2	1,8	1,8	1,6	
Drei- bis fünfmal	1,3	0,8	0,5	0,5	0,9	1,3	1,4	2,9	3,8	2,9	
Sechs- bis zehnmal	0,6	0,4	0,1	0,1	0,2	0,5	1,0	1,4	2,2	1,1	
Elfmal und öfter	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,9	1,5	2,0	3,3	
Unbekannt	5,2	5,5	4,6	5,3	5,4	5,2	5,4	5,3	5,2	8,6	
Beim Facharzt (Ambulatorium):											
Nie	88,7	86,9	91,0	91,0	89,0	88,2	87,0	87,2	87,8	86,2	
Einmal	3,6	3,2	3,2	2,5	4,1	4,4	4,8	3,9	3,0	1,8	
Zweimal	1,0	1,5	0,7	0,5	0,9	1,0	1,1	1,3	1,3	0,7	
Drei- bis fünfmal	0,9	1,7	0,3	0,6	0,4	1,0	1,1	1,2	1,6	1,3	
Sechs- bis zehnmal	0,3	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,7	
Elfmal und öfter	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7	0,4	0,6	
Unbekannt	5,3	5,4	4,7	5,3	5,4	5,2	5,4	5,3	5,4	8,7	
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):											
Nie	84,9	85,0	81,1	83,8	82,9	84,9	86,7	89,5	90,5	89,2	
Einmal	5,9	5,9	8,7	6,2	6,8	6,1	4,4	3,0	2,2	1,2	
Zweimal	2,8	2,8	4,0	3,4	3,6	2,6	2,5	1,2	0,9	0,6	
Drei- bis fünfmal	0,9	0,7	0,9	1,2	1,0	0,9	0,8	0,6	0,8	0,5	
Sechs- bis zehnmal	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	0,2	0,1	-	
Elfmal und öfter	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	
Unbekannt	5,3	5,4	4,7	5,3	5,4	5,3	5,6	5,5	5,5	8,5	
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	3 503 500	557 000	660 700	416 700	432 300	467 900	337 900	377 000	204 200	49 800	

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 54.

Tabelle 7: Arztbesuche ohne Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Alter), Frauen

Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren							80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
Relativzahlen (Summenzeile = 100)									
Beim praktischen Arzt:									
Nie	86,1	89,2	87,9	88,0	87,9	86,9	84,4	83,0	81,6
Einmal	3,0	3,3	4,6	2,5	3,0	3,1	3,0	2,4	1,6
Zweimal	1,6	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	2,0	2,0	1,6
Drei- bis fünfmal	2,1	1,1	0,6	1,7	1,8	2,1	2,9	3,3	3,2
Sechs- bis zehnmal	1,0	0,4	0,1	0,5	0,4	0,8	1,1	2,1	2,3
Elfmal und öfter	0,8	0,2	0,1	0,2	0,5	0,6	1,1	1,5	2,5
Unbekannt	5,4	4,4	5,2	5,6	4,8	5,0	5,5	5,7	8,5
Beim Facharzt (Ambulatorium):									
Nie	84,5	86,8	89,9	79,3	79,1	80,0	83,1	86,7	88,1
Einmal	6,0	3,7	3,2	8,1	10,5	10,4	7,6	3,9	2,3
Zweimal	2,1	1,9	1,0	3,7	3,4	2,7	2,3	1,6	0,9
Drei- bis fünfmal	1,3	1,9	0,5	2,7	1,6	1,4	1,1	1,0	0,3
Sechs- bis zehnmal	0,4	0,7	0,1	0,5	0,4	0,3	0,2	0,6	0,5
Elfmal und öfter	0,3	0,5	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4
Unbekannt	5,4	4,5	5,2	5,5	4,9	5,1	5,4	5,8	8,8
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):									
Nie	83,9	85,7	77,6	79,7	80,5	83,5	85,9	89,1	90,4
Einmal	6,2	6,1	9,7	8,6	8,2	6,9	5,2	3,0	1,6
Zweimal	3,0	2,6	5,1	4,2	4,3	3,1	2,1	1,4	0,8
Drei- bis fünfmal	1,0	0,8	1,5	1,4	1,0	1,0	1,1	0,5	0,3
Sechs- bis zehnmal	0,3	0,2	0,4	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1	—
Elfmal und öfter	0,1	0,2	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	—
Unbekannt	5,5	4,4	5,2	5,6	4,9	5,2	5,5	5,8	8,9
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	3 924 900	522 800	614 400	394 000	447 300	514 900	484 400	505 200	335 400
	106 500								

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 54.

Tabelle 8: Arztbesuche ohne Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Alter), insgesamt

Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	Alter in vollendeten Jahren							80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
Relativzahlen (Summenzeile = 100)									
Beim praktischen Arzt:									
Nie	86,9	88,8	88,3	89,2	88,6	87,7	85,4	83,6	81,9
Einmal	3,1	3,3	4,6	2,7	3,2	3,0	3,1	2,5	1,9
Zweimal	1,5	1,5	1,5	1,2	1,1	1,4	1,7	1,9	1,5
Drei- bis fünfmal	1,7	0,9	0,5	1,1	1,3	1,7	2,3	3,1	3,1
Sechs- bis zehnmal	0,8	0,4	0,1	0,3	0,3	0,6	1,1	1,8	2,2
Elfmal und öfter	0,7	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	1,0	1,5	2,7
Unbekannt	5,3	5,0	4,9	5,4	5,2	5,1	5,4	5,6	8,6
Beim Facharzt (Ambulatorium):									
Nie	86,4	86,9	90,5	85,3	84,0	83,9	84,7	86,9	88,0
Einmal	4,9	3,4	3,2	5,3	7,4	7,5	6,4	3,9	2,6
Zweimal	1,6	1,7	0,8	2,1	2,2	1,9	1,8	1,4	0,9
Drei- bis fünfmal	1,1	1,8	0,4	1,6	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2
Sechs- bis zehnmal	0,4	0,8	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	0,5	0,3
Elfmal und öfter	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Unbekannt	5,3	4,9	4,9	5,3	5,0	5,2	5,4	5,7	8,8
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):									
Nie	84,4	85,3	79,4	81,8	81,6	84,2	86,2	89,3	90,5
Einmal	6,1	6,0	9,2	7,4	7,5	6,5	4,9	3,0	1,8
Zweimal	2,9	2,7	4,5	3,8	4,0	2,9	2,3	1,3	0,8
Drei- bis fünfmal	0,9	0,8	1,2	1,3	1,3	0,9	1,0	0,4	0,5
Sechs- bis zehnmal	0,2	0,1	0,4	0,3	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1
Elfmal und öfter	0,1	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	—
Unbekannt	5,4	5,0	5,0	5,4	5,1	5,3	5,5	5,8	8,8
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	7428 400	1079 800	1275 100	810 700	879 600	982 800	822 300	882 200	539 600
									156 300

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 55.

für die Interpretation heranzuziehen. Für die Zahnbehandler sind ähnliche Ergebnisse erhoben worden (Tabelle 9).

Die Interpretation von Unterschieden in der Häufigkeit der Arztbesuche nach der Gemeindegrößenklasse brachte ein eindeutiges Gefälle von der Großstadt Wien zu den kleinen Gemeinden, und zwar bei allen Kategorien. Praktische Ärzte wurden in kleinen Gemeinden bis 2 000 Einwohner von 9,7% der Bevölkerung aufgesucht, in Wien

dagegen von 18,6%. Bei Fachärzten lauten die Ziffern 8,7% gegenüber 20,6% und bei Zahnbehandlern 11% gegenüber 20,6%. Auch die Frequenz der Arztbesuche ist in Städten häufiger als auf dem Lande (Tabelle 10).

Neben dem Aufsuchen eines Arztes ohne körperliche Beschwerden kann die Teilnahme an Impfungen als Indikator des Gesundheitsverhaltens einer Familie angesehen werden.

Tabelle 9: Arztbesuche ohne Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Soziale Stellung)
Praktischer Arzt

Soziale Stellung	Wohnbevölkerung absolute Zahlen	nie	Häufigkeit der Arztbesuche					
			einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Berufstätige	3 038 600	88,2	3,1	1,1	1,3	0,5	0,4	5,4
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	751 100	89,8	2,5	1,0	1,1	0,4	0,2	5,0
darunter Landwirte	446 600	91,9	2,0	0,9	1,0	0,4	0,2	3,6
andere Berufe	304 500	86,8	3,3	1,0	1,3	0,4	0,2	7,0
Unselbständige	2 287 500	87,6	3,4	1,2	1,4	0,5	0,4	5,5
Nichtberufstätige ¹⁾	4 389 800	86,1	3,1	1,7	2,0	0,9	0,9	5,3
Pensionisten	1 315 300	82,8	2,1	1,8	3,4	2,0	2,0	5,9
Erhaltene Personen	3 074 500	87,5	3,6	1,7	1,3	0,5	0,4	5,0
darunter Hausfrauen	1 000 500	85,5	3,0	1,9	2,5	1,0	0,9	5,2
Kinder im Vorschulalter	607 500	88,4	2,7	1,3	1,3	0,6	0,2	5,5
Schüler und Studenten	1 438 000	88,4	4,4	1,8	0,6	0,1	0,1	4,6
Sonstige	28 500	85,3	2,2	0,3	0,5	0,8	0,6	10,3
Insgesamt	7 428 400	86,9	3,1	1,5	1,7	0,8	0,7	5,3

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 56.

Facharzt (Ambulatorium)

Soziale Stellung	Wohnbevölkerung absolute Zahlen	nie	Häufigkeit der Arztbesuche					
			einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Berufstätige	3 038 600	86,2	5,6	1,6	0,9	0,2	0,1	5,4
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	751 100	88,1	4,7	1,4	0,6	0,1	0,1	5,0
darunter Landwirte	446 600	92,0	3,1	0,7	0,3	0,1	—	3,8
andere Berufe	304 500	82,3	7,0	2,5	1,0	0,1	0,2	6,9
Unselbständige	2 287 500	85,6	5,9	1,6	1,1	0,2	0,1	5,5
Nichtberufstätige ¹⁾	4 389 800	86,6	4,4	1,6	1,3	0,5	0,3	5,3
Pensionisten	1 315 300	87,5	3,1	1,2	1,2	0,5	0,5	6,0
Erhaltene Personen	3 074 500	86,2	5,0	1,8	1,3	0,4	0,3	5,0
darunter Hausfrauen	1 000 500	81,2	8,6	2,7	1,6	0,5	0,2	5,2
Kinder im Vorschulalter	607 500	83,5	4,1	2,2	2,7	1,3	0,8	5,4
Schüler und Studenten	1 438 000	90,8	2,9	0,9	0,6	0,1	0,0	4,7
Sonstige	28 500	84,6	1,8	1,6	0,5	0,3	0,6	10,6
Insgesamt	7 428 400	86,4	4,9	1,6	1,1	0,4	0,3	5,3

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 56.

Zahnbehandler (Zahnambulatorium)

Soziale Stellung	Wohnbevölkerung absolute Zahlen	nie	Häufigkeit der Arztbesuche					
			einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Berufstätige	3 038 600	84,1	6,2	3,0	1,0	0,2	0,1	5,4
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	751 100	86,8	4,9	2,1	0,8	0,3	0,1	5,0
darunter Landwirte	446 600	90,8	3,3	1,2	0,6	0,3	0,0	3,8
andere Berufe	304 500	80,9	7,2	3,4	1,2	0,4	0,1	6,8
Unselbständige	2 287 500	83,2	6,6	3,3	1,1	0,2	0,1	5,5
Nichtberufstätige ¹⁾	4 389 800	84,6	6,0	2,8	0,9	0,2	0,1	5,4
Pensionisten	1 315 300	89,9	2,3	1,1	0,5	0,1	0,0	6,1
Erhaltene Personen	3 074 500	82,3	7,5	3,6	1,1	0,3	0,2	5,0
darunter Hausfrauen	1 000 500	83,9	6,4	3,1	1,1	0,3	0,0	5,2
Kinder im Vorschulalter	607 500	89,4	3,5	1,2	0,3	—	—	5,6
Schüler und Studenten	1 438 000	78,1	10,1	5,0	1,4	0,4	0,4	4,6
Sonstige	28 500	86,3	2,6	—	0,5	—	—	10,6
Insgesamt	7 428 400	84,4	6,1	2,9	0,9	0,2	0,1	5,4

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 56.

Tabelle 10: Arztbesuche ohne Beschwerden vom September 1972 bis August 1973 (Gemeindegrößenklassen)

Gemeindegrößenklassen ¹⁾	Wohnbevölkerung	Häufigkeit der Arztbesuche						
		nie	einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	sechs- bis zehnmal	elfmal und öfter	unbekannt
Relativzahlen (Summenspalte = 100)								
Praktischer Arzt								
Bis 2 000 Einwohner	100,0	90,3	3,0	1,3	1,0	0,5	0,3	3,6
2 000 bis 20 000 Einwohner	100,0	88,1	3,3	1,3	1,2	0,6	0,6	4,9
20 000 bis 250 000 Einwohner	100,0	85,5	3,5	1,8	2,0	0,8	1,0	5,4
Wien	100,0	81,4	2,7	1,8	3,3	1,2	1,1	8,5
Insgesamt	100,0	86,9	3,1	1,5	1,7	0,8	0,7	5,3
Facharzt (Ambulatorium)								
Bis 2 000 Einwohner	100,0	91,3	3,6	0,8	0,5	0,1	0,0	3,7
2 000 bis 20 000 Einwohner	100,0	87,9	4,8	1,2	0,8	0,2	0,1	5,0
20 000 bis 250 000 Einwohner	100,0	82,2	7,2	2,6	1,8	0,4	0,4	5,4
Wien	100,0	80,3	5,1	2,5	2,2	0,9	0,6	8,4
Insgesamt	100,0	86,4	4,9	1,6	1,1	0,4	0,3	5,3
Zahnbehandler (Zahnambulatorium)								
Bis 2 000 Einwohner	100,0	89,0	4,7	1,9	0,6	0,2	0,0	3,6
2 000 bis 20 000 Einwohner	100,0	85,2	6,5	2,3	0,8	0,1	0,1	5,0
20 000 bis 250 000 Einwohner	100,0	80,0	8,0	4,4	1,6	0,3	0,1	5,6
Wien	100,0	79,4	6,2	4,1	1,3	0,3	0,2	8,5
Insgesamt	100,0	84,4	6,1	2,9	0,9	0,2	0,1	5,4

¹⁾ Gebietsstand und Bevölkerung 1961.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 57.

4.2.2.3 Impfungen

Die Frage nach regelmäßigen Impfungen wurde in der Mikrozensuserhebung auf drei Impfkategorien beschränkt: Poliomyelitis (Kinderlähmung), Tetanus (Wundstarrkrampf) und Grippe. Es sollte erhoben werden, wie viele Österreicher von der Möglichkeit einer vielfach kostenlos durchgeführten Impfung gegen Krankheiten Gebrauch machen, die oft einen letalen Ausgang nehmen oder zumindest schwere Spätfolgen nach sich ziehen können.

Etwa 42% aller Österreicher sind gegen Polio geimpft, 36% gegen Tetanus und 8% gegen Grippe immunisiert. Bei Männern sind die Anteile bei allen Impfungen höher als bei Frauen, am deutlichsten bei Tetanusimpfungen (42% gegenüber 31%). Die höchsten Quoten erreichen sowohl bei Polio als auch Tetanus Kinder und Jugendliche bis zum 19. Lebensjahr. In dieser Altersstufe sind fast 80%

aller Personen gegen Polio und über 60% gegen Tetanus geimpft. Der höhere Anteil bei Polioschutzimpfungen könnte vielleicht durch den günstigeren psychologischen Effekt einer Schluckimpfung gegenüber der Nadel erklärt werden. Die Grippeimpfungen zeigten die höchsten Werte im mittleren Lebensalter (10% bei den 40- bis 49-jährigen Personen). In dem Altersabschnitt zwischen 30 und 60 Jahren war auch ein deutlich höherer Anteil bei Männern zu beobachten. Grund dafür dürften vor allem die Reihenimpfungen in Betrieben und Ämtern sein (Tabelle 11). Die Quote der Nichtgeimpften erhöhte sich mit zunehmendem Alter. Am stärksten vertreten waren die Impfkomposition Polio - Tetanus mit etwa 25% der Gesamtbevölkerung und über 50% bei Kindern und Jugendlichen (Tabelle 12). Eine Gliederung der Ergebnisse nach Gemeindegrößenklassen zeigte innerhalb der drei Impfkategorien kein einheitliches Bild (Tabelle 13).

Tabelle 11: Regelmäßige Impfungen (Alter, Geschlecht)

Regelmäßige Impfungen gegen:	zusammen	bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 und mehr	Alter in vollendeten Jahren							
											Relativzahlen (in Prozent der Wohnbevölkerung)							
Männer																		
Polio (Kinderlähmung)	44,0	79,6	77,0	41,9	35,1	30,5	21,2	10,2	5,1	2,2								
Tetanus (Wundstarrkrampf)	42,0	60,2	63,4	51,6	38,7	36,9	29,9	20,6	11,4	7,1								
Grippe	8,5	5,5	7,0	8,9	10,5	12,6	12,2	6,6	5,5	6,4								
Frauen																		
Polio (Kinderlähmung)	41,3	82,1	77,7	49,1	44,2	32,1	18,5	10,0	4,3	2,7								
Tetanus (Wundstarrkrampf)	31,2	61,2	60,6	31,5	26,9	22,4	18,0	11,2	7,3	3,6								
Grippe	6,7	5,2	8,1	7,6	6,8	7,3	7,2	6,0	6,0	4,3								
Insgesamt																		
Polio (Kinderlähmung)	42,6	80,8	77,3	45,4	39,7	31,3	19,6	10,1	4,6	2,5								
Tetanus (Wundstarrkrampf)	36,3	60,7	62,1	36,7	32,7	29,3	22,9	15,2	8,9	4,7								
Grippe	7,6	5,3	7,5	8,2	8,6	9,8	9,3	6,2	5,8	5,0								

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 68.

Tabelle 12: Regelmäßige Impfungen - Kombinationen (Alter)

Regelmäßige Impfungen gegen	zusammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Nicht geimpft	48,7	17,0	20,0	46,6	49,2	55,3	65,9	77,0	84,9	90,8
Polio (Kinderlähmung)	12,4	21,6	16,8	14,7	15,3	11,7	7,1	4,2	2,0	0,9
Tetanus (Wundstarrkrampf)	6,3	2,0	2,1	6,4	8,6	9,8	10,1	9,1	5,8	2,8
Grippe	1,7	0,1	0,4	1,2	1,5	2,3	3,1	2,9	3,9	3,3
Polio und Tetanus	25,0	54,0	53,6	24,1	18,3	13,3	7,6	3,5	1,4	0,5
Polio und Grippe	0,9	0,7	0,8	0,9	1,2	1,4	1,1	0,6	0,3	0,3
Tetanus und Grippe	0,7	0,0	0,1	0,4	1,0	1,3	1,3	1,0	0,8	0,6
Polio, Tetanus und Grippe	4,3	4,6	6,2	5,7	4,9	4,9	3,8	1,7	0,9	0,8
Wohnbevölkerung	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 71.

Tabelle 13: Regelmäßige Impfungen (Gemeindegrößenklassen, Alter)

Gemeindegrößenklassen ¹⁾	zusammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Polio (Kinderlähmung)										Relativzahlen
Bis 2 000 Einwohner	44,6	81,9	78,0	43,4	36,9	26,6	14,3	8,9	4,1	3,6
2 000 bis 20 000 Einwohner	43,0	80,2	77,0	43,5	37,4	29,7	18,4	9,6	3,8	1,9
20 000 bis 250 000 Einwohner	42,5	82,9	77,9	47,8	42,9	35,9	23,3	10,4	4,8	1,4
Wien	39,1	77,9	75,7	48,9	43,7	36,9	24,7	11,6	5,7	2,8
Insgesamt	42,6	80,8	77,3	45,4	39,7	31,3	19,6	10,1	4,6	2,5
Tetanus (Wundstarrkrampf)										Relativzahlen
Bis 2 000 Einwohner	39,8	61,5	64,5	39,1	34,9	29,8	22,3	15,8	7,4	4,1
2 000 bis 20 000 Einwohner	35,9	57,0	59,5	36,2	32,1	28,3	22,4	14,2	8,4	3,8
20 000 bis 250 000 Einwohner	36,2	66,3	63,5	37,4	32,4	30,3	24,5	15,0	9,8	5,9
Wien	31,7	60,6	59,9	33,6	30,9	29,1	22,8	15,8	10,2	5,3
Insgesamt	36,3	60,7	62,1	36,7	32,7	29,3	22,9	15,2	8,9	4,7
Grippe										Relativzahlen
Bis 2 000 Einwohner	5,0	3,4	5,1	5,7	5,6	6,0	6,2	4,5	4,0	3,6
2 000 bis 20 000 Einwohner	7,9	5,8	7,8	9,2	9,6	10,2	9,1	6,0	5,0	4,5
20 000 bis 250 000 Einwohner	11,1	8,8	12,3	10,2	12,4	14,1	12,3	8,7	8,6	8,1
Wien	8,4	5,9	8,5	9,2	8,5	11,7	10,8	6,8	6,5	4,7
Insgesamt	7,6	5,3	7,5	8,2	8,6	9,8	9,3	6,2	5,8	5,0

1) Gebietsstand und Bevölkerung 1961.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 69.

Bei unselbstständig Berufstätigen lagen die Anteile der geimpften Personen bei allen Kategorien wesentlich über denen der Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen (Tabelle 14). Trotz erhöhten Risikos war der Anteil der Tetanusgeimpften in der Landwirtschaft erschreckend niedrig (30,6%).

4.2.2.4 Arztbesuche während der Schwangerschaft

Einen besonderen Stellenwert nehmen die Daten „Arztbesuch während einer Schwangerschaft“ ein. Die Ergebnisse

der Mikrozensuserhebung beruhen auf einem Zeitraum, in dem der Mutter-Kind-Paß noch nicht ausgegeben war. Zur Frage des Arztbesuches während der Schwangerschaft waren alle Kontrolluntersuchungen bei einem Arzt im Zusammenhang mit der letzten Schwangerschaft innerhalb von drei Jahren anzugeben. Als Alterslimit wurde 19 bis unter 45 Jahre gewählt. Eine Gliederung nach der sozialen Stellung der Frauen schien von Interesse zu sein.

Etwa 10% der Frauen, die ein Kind erwarteten, suchten keinen Arzt zu Kontrolluntersuchungen im Zusammen-

Tabelle 14: Regelmäßige Impfungen (Soziale Stellung)

Soziale Stellung	Wohnbevölkerung	Regelmäßige Impfungen gegen			Grippe
		Polio (Kinderlähmung)	Tetanus (Wundstarrkrampf)	Relativzahlen (in Prozent der Wohnbevölkerung)	
Berufstätige					
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	3 038 600	35,7	34,2	9,7	
darunter Landwirte	751 100	27,1	28,6	5,3	
andere Berufe	446 600	27,0	30,6	2,5	
U nselbständige	304 500	27,3	25,6	9,3	
Nichtberufstätige ¹⁾	2 287 500	38,6	36,1	11,2	
Pensionisten	4 389 800	47,3	37,7	6,1	
Erhaltene Personen	1 315 300	7,7	12,1	5,6	
darunter Hausfrauen	3 074 500	64,3	48,7	6,3	
Kinder im Vorschulalter	1 000 500	29,0	19,3	5,7	
Schüler und Studenten	607 500	73,8	53,2	4,1	
sonstige	1 438 000	85,6	67,9	7,7	
	28 500	23,2	17,6	3,0	
Insgesamt	7 428 400	42,6	36,3	7,6	

¹⁾ Einschließlich der Arbeitslosen.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 70.

hang mit der Schwangerschaft auf. Etwa 8% der Schwangeren gingen nur einmal und je etwas über 40% zwei- bis viermal bzw. fünfmal und öfter zum Arzt. Nichtberufstätige Frauen suchten den Arzt etwas häufiger als berufstätige Frauen auf.

Die Zahl jener Frauen, die ohne ärztliche Betreuung blieben, nahm ab dem 30. Lebensjahr geringfügig zu. Die Position „zwei- bis viermal“ ist sowohl bei den Berufstätigen als auch Nichtberufstätigen in allen Altersgruppen gleich stark besetzt. Mit steigendem Lebensalter

ist eine Zunahme der Frauen, die nur einmal einen Arzt aufsuchten, und eine Abnahme in der Gruppe „fünfmal und öfter“ zu beobachten, wobei der Trend bei den berufstätigen Frauen ab dem 30. Lebensjahr stärker ausgeprägt ist (Tabelle 15).

Der Zusammenhang zwischen dem Aufsuchen eines Arztes während der Schwangerschaft und der Gemeindegrößenklasse ist evident, wobei der Anteil von ledigen Frauen in Kleinstgemeinden, die nie bei einem Arzt waren, weitaus am größten ist (Tabelle 16).

Tabelle 15: Arztbesuche im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft vom September 1970 bis August 1973 (Alter, soziale Stellung)

Soziale Stellung	Zahl der Arztbesuche	zusammen	Alter in vollendeten Jahren			
			19-24	25-29	30-34	35-39
Relativzahlen (Angegebene Geburten = 100)						
Berufstätige Frauen während der letzten Schwangerschaft						
nie beim Arzt	10,6	6,4	6,4	12,0	17,8	15,1
einmal	9,3	6,4	7,6	8,0	14,2	14,6
zwei- bis viermal	40,8	42,2	36,7	38,6	43,4	45,7
fünfmal und öfter	39,3	45,0	49,3	41,4	24,6	24,6
Nichtberufstätige Frauen während der letzten Schwangerschaft						
nie beim Arzt	9,2	5,6	5,5	9,2	12,2	17,5
einmal	7,2	6,8	5,7	7,1	8,1	9,3
zwei- bis viermal	40,1	40,6	37,9	40,0	41,2	42,6
fünfmal und öfter	43,5	47,0	50,9	43,7	38,5	30,6
Frauen insgesamt während der letzten Schwangerschaft						
nie beim Arzt	9,8	6,0	5,9	10,4	14,6	16,3
einmal	8,2	6,6	6,5	7,5	10,7	11,8
zwei- bis viermal	40,4	41,5	37,4	39,3	42,1	44,1
fünfmal und öfter	41,6	45,9	50,2	42,8	32,6	27,8

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 85.

Tabelle 16: Arztbesuche im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft vom September 1970 bis August 1973 (Gemeindegrößenklasse, Familienstand)

Gemeindegrößenklasse¹⁾
Zahl der Arztbesuche

	zusammen	ledig	verheiratet	Familienstand verwitwet	geschieden	unbekannt
Relativzahlen (Angegebene Geburten = 100)						
Bis 2 000 Einwohner						
Während der letzten Schwangerschaft waren:						
nie beim Arzt	16,1	24,3	15,5	25,0	15,4	—
einmal	11,9	10,8	12,0	12,5	7,7	—
zwei- bis viermal	48,5	44,6	48,7	43,7	61,5	—
fünfmal und öfter	23,5	20,3	23,8	18,8	15,4	100,0
2 000 bis 20 000 Einwohner						
Während der letzten Schwangerschaft waren:						
nie beim Arzt	9,2	10,7	9,4	7,7	3,8	—
einmal	9,1	10,7	8,7	23,0	11,5	—
zwei- bis viermal	45,3	37,5	45,8	38,5	46,2	50,0
fünfmal und öfter	36,4	41,1	36,1	30,8	38,5	50,0
20 000 bis 250 000 Einwohner						
Während der letzten Schwangerschaft waren:						
nie beim Arzt	4,1	10,7	9,4	7,7	3,8	—
einmal	3,9	10,7	8,7	23,1	11,5	—
zwei- bis viermal	40,1	37,5	45,8	38,5	46,2	50,0
fünfmal und öfter	51,9	41,1	36,1	30,8	38,5	50,0
Wien						
Während der letzten Schwangerschaft waren:						
nie beim Arzt	4,1	7,9	3,4	25,0	6,3	—
einmal	3,9	5,3	3,7	—	6,3	—
zwei- bis viermal	40,1	44,7	40,0	—	25,0	—
fünfmal und öfter	51,9	42,1	52,9	75,0	62,4	—
Insgesamt						
Während der letzten Schwangerschaft waren:						
nie beim Arzt	3,4	4,2	3,5	—	—	—
einmal	3,1	—	3,1	—	6,9	—
zwei- bis viermal	19,8	37,5	18,4	—	44,8	—
fünfmal und öfter	73,7	58,3	75,0	100,0	48,3	100,0

¹⁾ Gebietsstand und Bevölkerung 1961.

Quelle: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973, S. 87.

Mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes hat sich der Arztbesuch wesentlich verbessert. Im Jahr 1977 haben die österreichischen Finanzämter in 81 345 Fällen den 1. Teilbetrug der Geburtenbeihilfe gewährt, d. h. daß diese Frauen mindestens die im Mutter-Kind-Paß vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen während der Schwangerschaft absolviert haben. Stellt man dem die Zahl von 85 595 Lebendgebärunten gegenüber, so zeigt sich, daß etwa 95% der Frauen während der Schwangerschaft regelmäßig beim Arzt waren.

4.2.2.5 Untersuchung zur Erhebung von Unterleibskrebs und Selbstuntersuchung der Brust

Die im Jahr 1977 vom Institut für empirische Sozialforschung durchgeführte Untersuchung über den „Informationsstand der Österreicher über Krebserkrankungen“ brachte u. a. folgende Ergebnisse:

59% der befragten Frauen haben schon einmal eine Untersuchung zur Erkennung von Unterleibs-Krebs (Abstrich von der Gebärmutter) durchführen lassen; in der Altersklasse bis 29 Jahre sind es 54%, in der Altersklasse der 30- bis 49jährigen sind es 67% und bei den über 50jährigen 56%.

Verheiratete Frauen mit Kindern haben sich dieser Untersuchung häufiger unterzogen (69%) als verheiratete Frauen ohne Kinder (55%) oder unverheiratete Frauen (53%).

Hinsichtlich der Stellung im Beruf ergeben sich ebenfalls deutliche Unterschiede: Während freiberufliche/selbständige Frauen bzw. öffentlich Bedienstete überdurchschnittlich oft schon einmal untersucht worden sind (je 77%), ist dies bei Bäuerinnen (43%), Facharbeiterinnen (50%) und Hilfsarbeiterinnen (52%) seltener der Fall.

12% der befragten Frauen haben eine Antwort auf diese Fragestellung verweigert. Frauen, die sich bereits einmal einer Abstrich-Untersuchung unterzogen haben, wurden über die Häufigkeit dieser Untersuchungen befragt. Folgende Häufigkeiten werden genannt: erst einmal 25%, zwei- bis dreimal 32%, vier- bis sechsmal 18%, sieben- bis zehnmal 8% und öfter als zehnmal 16%.

Eine einmalige Abstrich-Untersuchung nennen 23% der bis 29jährigen, 22% der 30- bis 49jährigen und 30% der über 50jährigen. Sowohl von den bis 29jährigen als auch den 30- bis 49jährigen wird eine zwei- bis dreimalige Untersuchung am häufigsten angegeben (34% bzw. 36%); von den über 50jährigen eine einmalige Untersuchung (30%).

89% der befragten Frauen beantworten die Frage „Kennen Sie die Möglichkeit, Brustkrebs im Frühstadium durch Selbstuntersuchung festzustellen?“; 63% beantworten mit „ja“. Die Antwortbereitschaft ist bei verheirateten Frauen mit Kindern etwas höher als bei unverheirateten Frauen bzw. verheirateten Frauen ohne Kinder, am geringsten bei Pensionistinnen (79%).

Die Möglichkeit der Selbstuntersuchung ist 64% der Frauen in der Altersklasse bis 29 Jahre, 70% der Frauen in der Altersklasse 30 bis 49 Jahre und 56% der über 50jährigen Frauen bekannt.

Am wenigsten informiert zeigen sich Hilfsarbeiterinnen (54%) und Bäuerinnen (58%).

24% der Frauen, die die Möglichkeit der Selbstuntersuchung der Brust kennen, führen dies regelmäßig monatlich durch, 58% gelegentlich, 17% nie.

Verheiratete Frauen mit Kindern und ohne Kinder führen die regelmäßige Selbstuntersuchung deutlich häufiger durch als unverheiratete Frauen (28% bzw. 27% gegenüber 18%).

4.3 Teilnahme an den Gesundenuntersuchungen, Mai 1974 bis Dezember 1976

Gemäß § 132 b Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 1972, BGBl. Nr. 31, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert wird (29. Novelle zum ASVG), hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Durchführung der Gesundenuntersuchungen durch Richtlinien zu regeln.

Der Kreis der für eine Gesundenuntersuchung in Frage kommenden Personen umfaßte nach diesen Richtlinien vom 1. 1. 1974 (VA 16, Punkt I) „Frauen ab dem 30. bzw. Männer ab dem 45. Lebensjahr, die in Österreich ihren Wohnsitz haben“.

Mit 1. Jänner 1977 wurde § 132 b ASVG neuerlich novelliert und das zur Teilnahme berechtigende Mindestalter für beide Geschlechter auf 19 Jahre herabgesetzt.

Für die Durchführung der Untersuchungen kommen nach den Richtlinien des Hauptverbandes „insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstige Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen (der Sozialversicherungsträger) in Betracht“ (VA 16, Punkt IV).

Bei den durch die Gesundenuntersuchungen erfaßten Personen handelt es sich um freiwillige Teilnehmer, die eine spezifische Auswahl an Interessenten darstellen und somit nicht als repräsentative Stichprobe der Bevölkerung betrachtet werden können. Als Beitrag zum Studium des Gesundheitsverhaltens versucht die sozialwissenschaftliche Analyse Gesetzmäßigkeiten dieser freiwilligen Beteiligung aufzuzeigen. Die nachstehenden Daten sind dem Projekt „Gesundenuntersuchungen, 2. Bericht“ (Grabner et al. 1977) entnommen.

4.3.1 Anmeldungen und Basisuntersuchungen

Die Gesamtzahl der Anspruchsberechtigten betrug 3 423 638, davon waren 1 111 020 Männer und 2 312 618 Frauen. Die Zahl der Frauen betrug mehr als das Doppelte, weil, abgesehen von der stärkeren Besetzung der weiblichen Altersgruppen, im Gegensatz zu den Männern auch schon die Altersgruppen 30 bis 45 anspruchsberechtigt waren. Diesen Zielgruppen stehen bis Dezember 1976 insgesamt 200 834 Basisuntersuchungen, davon 71 528 beim männlichen und 129 306 beim weiblichen Geschlecht, gegenüber.

In diesen Zahlen ist auch eine Anzahl von Probanden enthalten, die bereits ein zweites, möglicherweise ein drittes Mal von den Gesundenuntersuchungen erfaßt wurden, da seit deren Beginn inzwischen fast drei Jahre vergangen sind.

Es wird deshalb im folgenden statt von Probanden von Basisuntersuchungen gesprochen. Bei 1 000 Anspruchsberchtigten gab es 59 Basisuntersuchungen, und zwar 64 bei männlichen und 56 beim weiblichen Geschlecht.

Die Zahlen der Anmeldungen zu den Basisuntersuchungen waren weit höher. 35,9% der Anmeldungen führten aber nicht zu einer Basisuntersuchung. Daran dürfte vor allem die lange Beleglaufzeit zwischen Ausgabe der Belege und Basisuntersuchung mit Schuld sein, die allerdings von anfangs 6½ Monaten auf 3 Monate Ende 1976 gesunken ist.

4.3.2 Sozialdaten

4.3.2.1 Geschlecht

Es wurden relativ mehr Untersuchungen an Männern als an Frauen durchgeführt. Der Überhang von Untersuchungen an Männern (plus 16,7%) besteht, mit einer einzigen Ausnahme, in allen vergleichbaren Jahrgangsklassen der Probanden. Als mögliche Erklärung für die Vermutung, daß Frauen deshalb seltener an Gesundenuntersuchungen teilnehmen als Männer, weil sie ohnedies häufiger zum Arzt gehen und schon eher eine Kontrolluntersuchung gemacht haben, kommen nachstehende Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung, September 1973, über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Betracht:

- Frauen gehen wegen körperlicher Beschwerden häufiger zum Arzt als Männer,
- Frauen besuchen häufiger einen Arzt zur Kontrolle ihres Gesundheitszustandes (ohne körperliche Beschwerden) als Männer, wobei diese Differenz besonders deutlich bei Facharzt-Besuchen zutage tritt.

4.3.2.2 Alter

Am häufigsten wurden Untersuchungen an Probanden mittleren Lebensalters vorgenommen. Für die Annahme, daß der Rückgang der Bereitschaft zur Vorsorgeuntersuchung bei älteren Personen darauf zurückzuführen sei, daß mit zunehmendem Alter ein immer höherer Anteil der Bevölkerung bereits in ärztlicher Behandlung steht, sprechen folgende Zahlen:

- Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus, September 1973:

Mit zunehmendem Alter steigt sowohl die Zahl der Personen, die einen praktischen Arzt oder Facharzt (wegen körperlicher Beschwerden) aufsuchen, als auch die Frequenz der Besuche. Von Kindern und Jugendlichen suchen etwa 40% einen praktischen Arzt auf, dagegen annähernd ¾ der Personen, die über 70 Jahre alt sind. Patienten mit chronischen Erkrankungen, also vorwiegend ältere Personen, nehmen auch die Dienste eines Arztes öfter in Anspruch.

– Daten aus der Gesundenuntersuchung:

Der Anteil jener Probanden, die derzeit in ärztlicher Behandlung oder Untersuchung stehen, steigt mit zunehmendem Alter stetig und stark an. Von allen 30- bis 34jährigen weiblichen Probanden sind 22,1% in derzeitiger ärztlicher Behandlung oder Untersuchung, bei den 45- bis 49jährigen 31,6%, bei den über 75jährigen 75,9%. Bei den Männern sind es unter den 45- bis 49jährigen 23,2%, bei den über 75jährigen Männern 63,5%.

4.3.2.3 Stellung im Beruf

Die Beteiligung an Gesundenuntersuchungen ist von der beruflichen Situation der Anspruchsberechtigten abhängig.

Sie ist insgesamt und nach Geschlechtern getrennt bei den unselbstständig Erwerbstätigen am höchsten, wobei die Zahl der Untersuchungen von Facharbeitern (Erfassungsquote 14,0%) an erster Stelle steht. Es folgen Hilfsarbeiter- und Angestelltenuntersuchungen (10,1% bzw. 9,6%). Gering ist die Zahl der Untersuchungen von selbstständig Berufstätigen (6,6%) und von nichtberufstätigen Hausfrauen (7,4%). Mit 2,5% ist die Erfassungsquote bei den Pensionisten wesentlich geringer als bei den Berufstätigen insgesamt (9,1%).

Sowohl unter Pensionisten als auch unter Berufstätigen, mit Ausnahme der Selbständigen (Frauen 7,4%, Männer 5,6%), wurden durch die Untersuchungen mehr Männer als Frauen erfaßt.

Diese Ergebnisse entsprechen jenen der Mikrozensus-Erhebung, September 1973: Unselbstständig Berufstätige gehen häufiger zu Kontrolluntersuchungen als Selbständige bzw. mithelfende Familienangehörige.

4.3.2.4 Schulbildung

Berücksichtigt man das Bildungsniveau der erfaßten Probanden, so ergeben sich folgende Beteiligungsquoten:

Weiterführende Schulbildung	9,4%
Matura	6,9%
Pflichtschule	4,5%
Hochschule	4,1%

4.3.2.5 Familienstand

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen wirkt sich der Familienstand auf die Erfassungsquote aus:

Verheiratete	Männer 7,2%	Frauen 7,3%
Geschiedene	Männer 4,4%	Frauen 5,9%
Ledige	Männer 2,5%	Frauen 2,9%
Verwitwete	Männer 2,4%	Frauen 2,5%

4.3.3 Subjektive Angaben über den Gesundheitszustand

Im zweiten Bericht über die Gesundenuntersuchungen wurde das Gesamtkollektiv der Wohnbevölkerung, das durch den Mikrozensus, September 1973, erfaßt wurde, hinsichtlich der Antwort „Keine“ auf die Frage: „Haben Sie derzeit Beschwerden, die zwar Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägerigkeit zur Folge haben oder Ihre gewohnte Tätigkeit nicht wesentlich behindern?“ mit dem Probandenkollektiv der Gesundenuntersuchungen, Mai 1974 bis Dezember 1976, hinsicht-

lich der Antwort „Ja“ auf die Frage: „Fühlen Sie sich gesund?“ verglichen. Den Vergleich, für Männer und Frauen getrennt, bietet die folgende Tabelle:

Gesundheitszustand – subjektive Beurteilung, Vergleich der Gesundenuntersuchungen 1974/1975/1976 mit Mikrozensus IX/1973 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppen und Geschlecht	GU „Fühlen Sie sich gesund? Ja“	Mikrozensus „Keine Beschwerden“
in % der Befragten		
Männer		
50 bis 59	72,10	29,40
60 bis 69	67,04	24,50
70 und älter	63,50	19,50
insgesamt	70,50	27,20
Frauen		
30 bis 39	78,82	42,80
40 bis 49	72,55	32,80
50 bis 59	65,37	24,90
60 bis 69	79,34	19,10
70 und älter	52,23	16,90
insgesamt	68,74	27,17

Aus dem Vergleich geht eindeutig hervor, daß hinsichtlich des Wohlbefindens das Probandenkollektiv der Gesundenuntersuchungen insgesamt, bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen das Kollektiv der Wohnbevölkerung zahlenmäßig bei weitem überragt, auch wenn man in Rechnung stellt, daß die verschiedene Fragestellung möglicherweise die Differenz reduziert.

Aufgrund dieses Ergebnisses kann die Behauptung, man könne nicht von Gesundenuntersuchungen sprechen, da die Mehrzahl der Probanden diesen Dienst wegen körperlicher Beschwerden in Anspruch nimmt, widerlegt werden.

5 MEDIZINISCHE VERSORGUNG – SOZIALE DIENSTE

5.1 Ärztliche Versorgung

Im Juni 1978 hat das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen eine Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs erhoben. Unter anderem wurden folgende Feststellungen getroffen:

Von annähernd 17 000 Ärzten in Österreich sind etwa 54% in freier Praxis tätig. 36% des Gesamtärztebestandes nehmen an der kassenärztlichen Versorgung teil.

Vom Gesamtbestand an Ärzten, die als „Allgemeinpraktiker“ tätig sein könnten, nämlich 5 538, führen nur 4 145 (74,8%) eine Allgemeinpraxis; von diesen haben 79,8% Verträge mit den §-2-Krankenkassen (Tabelle 1).

Die 7 647 ausgebildeten Fachärzte sind zu 67,8% in der freien Praxis und von diesen 57,8% als Kassen-Fachärzte tätig (Tabelle 2).

Die Fachärzte zeigen – besonders deutlich in Wien – die Tendenz, nicht als Konzessionäre der Krankenkassen aufzutreten.

Tabelle 1: Stand der praktischen Ärzte in den einzelnen Bundesländern

	alle PÄ abs.	nieder- gel. PÄ abs.	§-2-PÄ abs.	
	%	%	%	
Burgenland	136	100	125	92
Kärnten	374	100	275	73
Niederösterreich	940	100	799	85
Oberösterreich	813	100	645	79
Salzburg	323	100	257	80
Steiermark	819	100	593	72
Tirol	388	100	311	80
Vorarlberg	152	100	126	83
Wien	1 599	100	1 014	64
Österreich	5 538	100	4 145	75
			3 309	60

Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs 1978).

Tabelle 2: Stand der Fachärzte in den einzelnen Bundesländern

	alle FÄ abs.	nieder- gel. FÄ abs.	§-2-FÄ abs.	
	%	%	%	
Burgenland	115	100	81	70
Kärnten	407	100	286	70
Niederösterreich	760	100	568	75
Oberösterreich	783	100	551	70
Salzburg	439	100	304	69
Steiermark	1 039	100	606	58
Tirol	624	100	398	64
Vorarlberg	226	100	148	65
Wien	3 253	100	2 246	69
Österreich	7 647	100	5 188	68
			1 083	39

Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs 1978).

Die Niederlassungszahlen von praktischen Ärzten, Fachärzten und Fachzahnärzten lassen für die erste Gruppe ab 1972 einen steilen Anstieg, für die zweite einen mäßigen Anstieg ab 1974 und für die dritte einen Sprung nach oben ab 1977 erkennen.

Die Entwicklung der letzten Jahre ist in ihrer Dynamik an den absoluten Niederlassungsziffern deutlich ablesbar:

Jahr	Niederlassungsziffern von praktischen Ärzten, Fachärzten und Fachzahnärzten (1970-1979)		
	Niederlassungen		
1970	63	119	26
1971	60	120	39
1972	98	127	52
1973	112	123	39
1974	141	146	67
1975	150	166	76
1976	174	185	58
1977	231	196	96

Quelle: Österreichische Ärztekammer.

Die Niederlassungszahlen der letzten drei Jahre zeigen auf, daß der Trend zur Niederlassung als Facharzt weiter anhält, daß aber insbesondere die Niederlassungen von Fachärzten und von praktischen Ärzten zunehmen.

In der Folge wurde eine Bedarfsprognose errechnet, die bis 1985 einen Gesamtbedarf (Ersatz- und Erweiterungsbedarf) von 9 500-10 000 Ärzten, davon 2 400-3 100 praktische Ärzte, 4 185 Fachärzte, 225 Gynäkologen, 320 Internisten, 255 Kinderärzte und 1 420 Zahnärzte, feststellt.

Rund 97% der österreichischen Bevölkerung sind sozialversichert. Daher werden jene Ärzte besonders beansprucht, die Verträge mit den Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Bergbaukrankenkassen (§-2-Kassen) haben. Die Nicht-Kassenärzte stehen meistens im Vertragsverhältnis mit den „kleineren Kassen“, die im Gegensatz zu den Gebietskrankenkassen bestimmte Nebenbeschäftigung, wie etwa Spitaltätigkeit, erlauben. Der Anteil der Kassenärzte an den niedergelassenen Ärzten ist regional verschieden. Am geringsten ist er mit 57,8% in Wien, am größten mit 76,7% im Burgenland und 76,1% in Oberösterreich.

Die Versorgungsdichte in den einzelnen Bundesländern zeigt ein Überblick über das Verhältnis der Zahl der Ärzte in Berufsausübung zur Zahl der Einwohner (Tabelle 3).

Tabelle 3: Ärzte in Berufsausübung am 31. Dezember 1976 (Auf 100 000 Einwohner)

Bundesländer	Prakt. Ärzte	Fach- ärzte	Zahn- ärzte	Ärzte in Ausbildung	Summe
Burgenland	47,9	32,9	8,2	19,4	108,5
Kärnten	67,0	53,7	18,9	36,7	176,3
Niederösterreich	66,0	40,1	12,1	33,5	151,7
Oberösterreich	65,6	46,5	15,0	36,9	163,9
Salzburg	73,6	78,1	21,9	49,3	223,1
Steiermark	70,0	65,9	19,7	39,8	195,0
Tirol	63,7	79,3	25,7	69,8	238,5
Vorarlberg	56,0	54,6	17,1	35,8	163,5
Wien	103,8	162,6	42,4	94,9	403,8
Österreich	73,8	77,6	22,3	31,5	225,3

Noch deutlicher werden die Unterschiede bei einer Betrachtung nach politischen Bezirken bzw. städtischen und ländlichen Regionen, wobei diese Unterschiede besonders in der Versorgung mit Fachärzten besonders ausgeprägt sind. Während z. B. in Städten mit über 20 000 Einwohnern von einem Internisten etwa 5 000 Einwohner versorgt werden, entfallen in elf politischen Bezirken auf einen Internisten mehr als 50 000 Einwohner und in zehn Bezirken stehen keine niedergelassenen Internisten zur Verfügung. Ähnlich ist die Situation bei den Kinderärzten. Im österreichischen Durchschnitt entfallen rund 4 000 Kinder auf einen Kinderarzt. 27 politische Bezirke mit rund 380 000 Kindern haben keine niedergelassenen Kinderärzte. In 18 Bezirken werden mehr als 15 000 Kinder von nur einem Kinderarzt versorgt, wobei Bezirke, die an Praktiker- und Internistenmangel leiden, in der Regel auch wenig oder keine Kinderärzte haben. Auf einen Gynäkologen entfallen durchschnittlich etwa 6 000 Frauen. In 19 politischen Bezirken gibt es keinen niedergelassenen Gynäkologen. In weiteren 25 Bezirken kommt auf mehr als 25 000 Frauen nur ein Gynäkologe. Ähnlich sind die Verhältnisse bei den Zahnbehandlern. Hier bewegt sich die Zahl der von einem Zahnbehandler zu versorgenden Einwohner zwischen 1 200 bis 1 300 und 4 500 bis 5 000⁶⁾.

5.2 Krankenhausbetten

Um einen groben Überblick über die Versorgung mit Krankenhausbetten zu geben, wurde die Zahl der in den einzelnen Bundesländern tatsächlich aufgestellten Betten mit der Zahl der Einwohner verglichen:

⁶⁾ Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs 1978; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Tabelle 4:

Bundesland	tatsächlich aufgestellte Betten ¹⁾	Wohnbevölkerung laut Volkszählung 1971 ²⁾	Einwohner pro Bett
Burgenland	1 549	272 119	176
Kärnten	5 535	525 728	95
Niederösterreich	13 668	1 414 161	103
Oberösterreich	12 377	1 223 444	99
Salzburg	4 740	401 766	85
Steiermark	14 878	1 192 100	80
Tirol	5 707	540 771	95
Vorarlberg	2 662	271 473	102
Wien	23 740	1 614 841	68
Österreich	84 856	7 456 403	88

¹⁾ Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1976; Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.

²⁾ Statistisches Handbuch der Republik Österreich 1978; Herausgeber: Österreichisches Statistisches Zentralamt.

Weitere Vergleiche zeigen die Relation zwischen geburthilflichen bzw. gynäkologischen Betten und der Zahl der Frauen über 15 Jahren sowie zwischen den Säuglings- und Kinderbetten und der Zahl der Kinder unter 15 Jahren:

Tabelle 5:

Bundesland	tatsächlich aufgestellte geburthilfliche bzw. gynäkologische Betten ¹⁾	Frauen über 15 Jahren ²⁾	Frauen pro Bett
Burgenland	113	107 250	949
Kärnten	368	201 439	547
Niederösterreich	864	575 331	666
Oberösterreich	1 227	475 364	387
Salzburg	396	157 851	399
Steiermark	815	469 359	576
Tirol	380	204 321	538
Vorarlberg	140	100 477	718
Wien	1 154	773 912	671
Österreich	5 457	3 065 304	562

¹⁾ Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1976; Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.

²⁾ Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs 1974; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Tabelle 6:

Bundesland	tatsächlich aufgestellte Säuglings- bzw. Kinderbetten ¹⁾	Kinder unter 15 Jahren ²⁾	Kinder pro Bett
Burgenland	77	69 007	896
Kärnten	196	146 676	748
Niederösterreich	543	350 509	645
Oberösterreich	1 091	336 640	308
Salzburg	231	108 516	470
Steiermark	866	290 609	336
Tirol	304	155 862	513
Vorarlberg	68	78 910	1 160
Wien	919	263 079	286
Österreich	4 295	1 799 808	419

¹⁾ Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1976; Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.

²⁾ Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs 1974; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

5.3 Vorsorgen für Schwangere, Wöchnerinnen, Säuglinge und Kleinkinder

Nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz, BGBI. 99/1954, in der derzeit geltenden Fassung sind die Länder verpflichtet, für eine besondere Befürsorgung von Schwangeren, Wöchnerinnen, Säuglingen und Kleinkindern zu deren Gesunderhaltung sowie für die kostenlose Bereitstellung von Einrichtungen zur Beratung der Schwangeren und Mütter von Säuglingen und Kleinkindern (Mutterberatungsstellen) vorzusorgen.

Die Länder haben dieser Verpflichtung vor allem durch die Errichtung von Schwangeren- und Mutterberatungsstellen Rechnung getragen. Allerdings erfolgt heute die ärztliche Betreuung der Schwangeren in allen Bundesländern vorwiegend durch den praktischen Arzt und den Facharzt bzw. durch Spitalsambulanzen und Kassenambulanzien. Die Zahl der Schwangerenberatungen in den Beratungsstellen betrug im Jahr 1968 33 178; sie stieg bis 1972 auf 35 017 an und ist seither auf 27 836 zurückgegangen. Die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Salzburg und Vorarlberg haben für 1977 keine Schwangerenberatungen mehr gemeldet. Das bedeutet, daß dort die Schwangerenbetreuung ausschließlich auf die obengenannten Institutionen übergegangen ist. Die größte Bedeutung haben die Schwangerenberatungen noch in Niederösterreich mit 17 719, Wien meldete 1977 6 679 Beratungen, Tirol 2 108, Oberösterreich 665 und die Steiermark 22.

Im Gegensatz dazu kommt der Mutterberatung immer noch große Bedeutung zu. 1977 fanden insgesamt 373 059 Beratungen statt, davon 59 511 Erstberatungen. Auf die Zahl der Lebendgeborenen bezogen bedeutet das, daß rund 70% der Säuglinge in einer Mutterberatungsstelle vorgestellt wurden. Zu berücksichtigen ist bei der Beurteilung dieses Wertes allerdings, daß sich zwischen dem Geburtsdatum und dem Aufsuchen der Beratungsstelle vor allem beim Jahreswechsel Überschneidungen ergeben können. Für die einzelnen Bundesländer ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 7:

Bundesland	Mutterberatungen insgesamt	davon Erstberatungen	Lebendgeborene im Jahr 1977	Erstberatungen in % der Lebendgeborenen
Burgenland	11 413	1 699	3 051	56
Kärnten	23 461	4 217	6 519	65
Niederösterreich	70 901	10 472	15 204	67
Oberösterreich	83 158	13 682	15 310	89
Salzburg	17 307	2 619	5 877	44
Steiermark	41 047	12 448	14 135	88
Tirol	30 910	4 364	7 784	56
Vorarlberg	16 290	4 060	4 628	88
Wien	78 532	5 950	13 087	45
Österreich	373 059	59 511	85 595	69

Über die Einrichtungen der Schwangeren- und Mutterberatung hinaus gibt es in einigen Bundesländern bzw. Städten Einführungskurse in Säuglings- bzw. Kinderpflege, die teilweise von den Jugendämtern, teilweise von privaten Organisationen durchgeführt werden. Auch Schwangerenturnen wird teilweise von Institutionen der öffentlichen Hand angeboten. In den meisten Bundesländern gibt es – vor allem in den ländlichen Gebieten – nach der Entbindung eine nachgehende Betreuung für Mutter und Kind. Sie wird von Hebammen, Säuglingsschwestern und Sozialarbeiterinnen durchgeführt. Außerdem stehen in der Regel auch Informationsbroschüren für Schwangere und junge Eltern zur Verfügung. Das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz hat unter dem Titel „Die ersten 12 Monate“ eine Broschüre in Form eines Babykalenders herausgebracht, in dem ein Überblick über die ersten zwölf Lebensmonate eines Säuglings in Hinsicht auf Entwicklung, Ernährung, Pflege und Behandlung im Krankheitsfall gegeben wird. Das Bundeskanzleramt bietet in einer Broschüre unter dem Titel „Damit ein Kind mehr Freude bringt“ eine umfassende Information über die Ansprüche, die im Zusammenhang mit einem Kind

bestehen. In vielen Bundesländern bzw. Gemeinden werden bei der Geburt eines Kindes Säuglingswäsche-pakete und ähnliche Geschenke gegeben. Teilweise sind sie an den Nachweis der ärztlichen Betreuung bzw. an den Nachweis der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen gebunden.

Für die Zeit der Entbindung und für die ersten Tage nach dem Spitalsaufenthalt kann in den meisten Bundesländern eine Familienhelferin beantragt werden. Sie arbeitet als qualifizierte Fachkraft im Angestelltenverhältnis mit entsprechender Entlohnung. Die Familienhelferin vertritt die Mutter bei Spitalsaufenthalt wegen Entbindung, Operation oder sonstiger Erkrankung. Sie führt den Haushalt, sorgt für die Kinder, pflegt die Kranken im Haushalt und stellt bei Bedarf Kontakte zu anderen Sozialeinrichtungen her. Die Kosten werden der betreffenden Familie in Rechnung gestellt. Zu diesen Kosten kann unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Hilfeempfängers ein Kostenbeitrag aus Mitteln der Sozialhilfe geleistet werden. Von der Krankenversicherung der Bauern werden bei schweren Erkrankungen Anstalts-pflege, Entbindungs-, Genesungs-, Erholungs- und Kur-aufenthalt der Bäuerinnen, Kostenzuschüsse für Haus-halts- und Betriebshelferinnen gewährt.

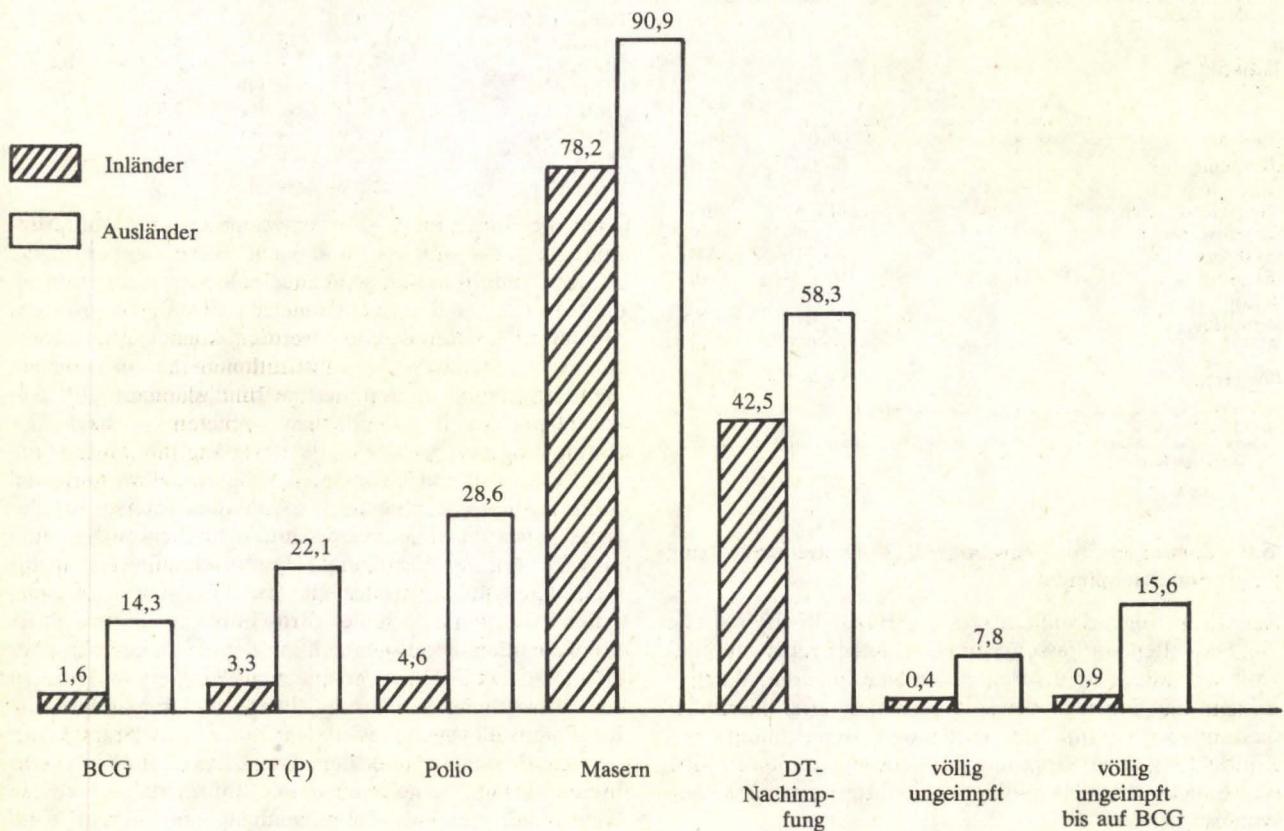
Der Mutter-Kind-Paß sieht für das Kleinkind insgesamt fünf Untersuchungen während des ersten Lebensjahres

vor, und zwar in der ersten und in der vierten bis sechsten Lebenswoche, zwischen dem dritten bis fünften, zwischen dem siebenten bis neunten und zwischen dem zehnten bis vierzehnten Lebensmonat. Diese Untersuchungen sind Voraussetzung für die zweite Rate der erhöhten Geburten-beihilfe. Aus den Unterlagen über die Gewährung der Geburtenbeihilfe geht hervor, daß rund 95% der Kinder diese Untersuchungen absolvieren. Darüber hinaus sieht der Mutter-Kind-Paß weitere Untersuchungen bis zum Schuleintritt vor, deren Durchführung jedoch nach freiem Ermessen der Eltern erfolgen kann. Die Erfahrung zeigt, daß davon kaum Gebrauch gemacht wird und die nächste allgemeine Vorsorgeuntersuchung erst wieder mit dem Schuleintritt erfolgt.

Eine Untersuchung an 1 482 Patienten der Kinderinfektionsabteilung des Wilhelminenspitals in Wien hinsichtlich des Impfschutzes ergab folgendes Resultat:

Es wurden die Impfkarten der Kinder auf deren Impfzustand überprüft. Während nur 22,1% der österreichischen Kinder keine Diphtherie-Tetanusimpfung bzw. Diphtherie-Pertussis-Tetanusimpfung aufwiesen und 28,6% keine Polioimpfung, fehlen bei 42,5% der Kinder die unbedingt nach zirka einem Jahr zu verabreichende Nachimpfung gegen Diphtherie und Tetanus. Wären diese Kinder zum Zeitpunkt der erforderlichen Nachimpfung einem Arzt gesund vorgestellt worden, wäre mit großer Wahrscheinlichkeit die Nachimpfung verabreicht worden.

Abbildung 1: Kinder ohne Impfschutz gegen: in%



In Säuglingskrippen, Kinderkrippen, Kindergärten und Horten stehen vielfach Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter zur Betreuung der Kinder zur Verfügung. Nach der Kindergartenstatistik für das Jahr 1977/78⁷⁾ ergibt sich hier folgendes Bild:

Tabelle 8: Die Säuglingskrippen, gegliedert nach der Betreuung der Kinder

Bundesländer	insgesamt	Arzt	Betreuung durch den (die) Fach-psychologen	Fürsorge
Oberösterreich	4	4	—	3
Steiermark	2	2	1	1
Tirol	1	1	—	—
Wien	22	22	21	20
Österreich	29	29	22	24

Tabelle 9: Die Kleinkinderkrippen, gegliedert nach der Betreuung der Kinder

Bundesländer	insgesamt	Arzt	Betreuung durch den (die) Fach-psychologen	Fürsorge
Kärnten	3	2	—	—
Niederösterreich	3	1	—	—
Oberösterreich	10	7	—	2
Salzburg	3	—	—	—
Steiermark	4	4	1	3
Tirol	3	1	—	—
Wien	129	117	117	114
Österreich	155	132	118	119

Tabelle 10: Die allgemeinen Kindergärten, gegliedert nach der Betreuung der Kinder

Bundesländer	insgesamt	Arzt	Betreuung durch den (die) Fach-psychologen	Fürsorge
Burgenland	165	13	3	2
Kärnten	130	77	2	15
Niederösterreich	754	248	20	21
Oberösterreich	558	176	13	34
Salzburg	183	19	10	5
Steiermark	430	159	5	52
Tirol	256	158	5	20
Vorarlberg	148	32	1	—
Wien	585	261	245	213
Österreich	3 209	1 143	304	362

Tabelle 11: Die Horte, gegliedert nach der Betreuung der Kinder

Bundesländer	insgesamt	Arzt	Betreuung durch den (die) Fach-psychologen	Fürsorge
Burgenland	2	—	—	—
Kärnten	14	—	—	1
Niederösterreich	26	3	5	5
Oberösterreich	47	19	3	21
Salzburg	19	1	1	2
Steiermark	27	19	1	19
Tirol	13	1	—	1
Vorarlberg	1	—	—	—
Wien	298	22	23	132
Österreich	447	65	33	181

Wieweit eine regelmäßige Betreuung in Form von Reihenuntersuchungen durchgeführt wird, ist aus diesen Angaben nicht feststellbar. In einer Reihe von Bundesländern bzw. Gemeinden werden aber Reihenuntersuchungen hinsichtlich des Hör- und Sehvermögens der Kinder durchgeführt. Dies gilt für Wien, Salzburg, Steiermark und

⁷⁾ Die Kindergärten (Kindertagesheime), Arbeitsjahr 1977/78, Beiträge zur Österreichischen Statistik, Heft 492.

Kärnten. In Niederösterreich sind derartige Tests in Vorbereitung. In einigen Bundesländern sind in den Kindergärten auch Logopädinnen beschäftigt bzw. werden logopädische Beratungen oder Sprachheilkurse angeboten.

Von September 1972 bis August 1973 befanden sich rund 90 000 Kinder in Krankenhauspflege⁸⁾.

Die Krankenhausssituation bringt auf jeden Fall für das Kind eine gewisse Isolierung und bedeutet eine seelische und körperliche Belastung. Eine entsprechende Vorbereitung auf ein solches Ereignis hilft, diese Belastung zu reduzieren. Diese Vorbereitung darf jedoch nicht erst im Erkrankungsfall beginnen, sondern das Kind sollte im Laufe seines Lebens lernen, daß Krankheit mit allen Begleiterscheinungen zum täglichen Leben gehört.

In Österreich gibt es derzeit 35 Kinderabteilungen mit zirka 4 170 Betten.

Rundfragen in den Bundesländern haben ergeben, daß allmählich überall von den starren Besuchszeiten abgegangen wird und Eltern praktisch täglich ihr Kind besuchen können. Dies ist besonders wichtig, weil die Welt des Kindes durch die Aufnahme ins Krankenhaus entscheidend verändert wird. Zu der Trennung von den Eltern kommen noch angstregende Untersuchungen und unangenehme Eingriffe.

Durch den dauernden Wechsel des Pflegepersonals sind engere Kontakte zwischen den Schwestern und dem Kind nur schwer möglich. Das Kind fühlt sich alleingelassen, besonders das Kleinkind, das meist in enger Abhängigkeit von der Mutter lebt. Es reagiert mit Angst, Panik und Widerstand. Es muß daher auch mit dem Kleinkind über einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt geredet werden, und die täglichen Besuche der Eltern müssen in den Tagesablauf fest eingeplant werden.

Außer dem Besuch der Eltern ist für das Kind eine sinnvolle Beschäftigung im Krankenhaus wichtig. Für Kleinkinder müßten an allen Kinderabteilungen Kinderärztinnen vorhanden sein. Diese könnten für das Kind eine „Ersatzbezugsperson“ darstellen für die Zeit der Abwesenheit der Mutter. Sie könnte das Verhalten des Kindes beobachten und Änderungen sofort dem Arzt oder dem Psychologen mitteilen.

Nach Umfragen für diesen Bericht gibt es solche Kinderärztinnen leider erst in wenigen Abteilungen: in St. Pölten, in Salzburg und teilweise in Wien.

Wichtig sind auch Spielzimmer, in welchen genügend sinnvolles Spielzeug unter Aufsicht für die Kinder bereit stehen soll. Angeblich gibt es bereits an den meisten Kinderabteilungen solche Spielzimmer.

Ebenso erscheint auch die Mitnahme eines eigenen persönlichen Lieblingsspielzeuges ins Spital wichtig. Dies wird praktisch überall toleriert.

Psychologen fordern immer wieder die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind. Diese Forderung ist derzeit praktisch in keinem Spital Österreichs voll realisierbar.

Auf Anfrage geben die einzelnen Bundesländer an, daß in Ausnahmefällen (zumeist auf Sonderklasse) eine gemein-

⁸⁾ Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus; Beiträge zur Österreichischen Statistik, Heft 442.

same Aufnahme, soweit Betten vorhanden sind, möglich ist. Es ist dabei zu bedenken, daß bei einer solchen Mutter-Kind-Aufnahme die restliche Familie daheim die Mutter entbehren muß und die übrigen Kinder mit einer Ersatzmutter auskommen müssen.

Wichtig ist die Mitaufnahme der Mutter bei schwer behinderten Kindern, weil die Mutter über spezielle Pflegeerfahrung verfügt, oder bei schwerst kranken Kindern.

Für verschiedene chronische Krankheiten werden Sommerlager mit Intensiv-Therapie angeboten; die Kosten hierfür werden teilweise von den Sozialversicherungsträgern übernommen, einen Unkostenbeitrag haben zumeist auch die Eltern zu übernehmen:

Diabetikerlager (veranstaltet von der Universitäts-Kinderklinik Wien gemeinsam mit dem Jugendrotkreuz). Kinder aller Bundesländer werden angenommen.

Sommerlager für Asthmatiker (Universitäts-Kinderklinik Wien und Jugendrotkreuz).

Diätlager für adipöse Kinder (veranstaltet von der Universitäts-Kinderklinik Wien und dem Landeskinderkrankenhaus Salzburg). Für diese Veranstaltung ist die Österreichische Gesellschaft für Ernährungsforschung der Rechtsträger.

Das Österreichische Jugendrotkreuz veranstaltet jährlich auch für alle Arten von Körperbehinderungen Ferienlager für körperbehinderte Kinder. Erholungsaktionen für behinderte bzw. gesundheitlich und sozial gefährdete Kinder werden teilweise von den Landesregierungen, teilweise von privaten Rechtsträgern durchgeführt.

Über verschiedene private Institutionen, wie der Gesellschaft für psychische Hygiene wurde ein therapeutisches Sommerlager für Familien mit psychosomatisch erkrankten Kindern abgehalten. Die Kosten hierfür hatten die Eltern zu tragen, Subventionen wurden von verschiedenen Stellen gegeben. Lager für Hämophiliekinder (veranstaltet von der Österr. Hämophilengesellschaft gemeinsam mit der I. Med. Universitätsklinik und dem Österr. Jugendrotkreuz), in welchem Kinder mit Bluterkrankheit Erholung finden. Intensivtherapielager für cerebralparetische Kinder (Veranstalter Arbeitsgemeinschaft für infantile Cerebralparese), dabei wird Reiten und Schwimmen besonders als Therapie forciert. Diese Lager wurden von Wien, Graz und Salzburg aus veranstaltet. Außerdem gibt es für cerebralparetische Kinder therapeutische Schikurse von Linz, Innsbruck, Graz und Wien aus.

5.4 Beratungs- und Therapieinstitutionen, die mit familialen Kommunikationsstörungen befaßt sind

Störungen der Kommunikation bzw. der Interaktion der Familie können zu Krisen der Familie bzw. einzelner ihrer Mitglieder sowie zu mehr oder weniger schweren psychischen, aber auch physischen Störungen und Erkrankungen führen. Die Ursachen derartiger Störungen sind häufig nicht nur im innerfamiliären Zusammenhang, sondern auch in der sozialen Situation der betreffenden Familie bzw. Person zu suchen. In den letzten Jahren werden verstärkt Beratungs- und Therapieeinrichtungen für derartige Problemsituationen angeboten. Im wesentlichen handelt es sich um Ehe- und Familien- bzw. Partnerberatung, Ehe- und Familientherapie und Erzie-

hungsberatung bzw. -hilfe. Über die Einrichtungen der Erziehungsberatung wird im Abschnitt „Elternschulung und -beratung“ des Heftes „Erziehung und Ausbildung“ näher berichtet. Die folgenden Ausführungen befassen sich daher nur mit Einrichtungen der Ehe- und Familien- bzw. Partnerberatung und -therapie.

5.4.1 Familien- und Partnerberatung

Seit 1. Jänner 1974 fördert der Bund nach dem Familienberatungsförderungsgesetz (BGBl. Nr. 80/74) den Betrieb von Familien- und Partnerberatungsstellen, in dem er die Personalkosten dieser Einrichtungen bis zu einer Höchstgrenze (Jahresgehalt eines Bundesbeamten des Dienststandes der Allgemeinen Verwaltung, Dienstklasse VII, Gehaltsstufe 6, zusätzlich Sonderzahlungen und allfällige Teuerungszulagen) ersetzt. Die Förderung kann von den Ländern und Gemeinden und sonstigen Rechtsträgern des öffentlichen Rechts und juristischen Personen des privaten Rechts in Anspruch genommen werden, wenn die von ihnen betriebenen Beratungsstellen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Angebote werden muß die Beratung in Angelegenheiten der Familienplanung (Empfängnisregelung) und in wirtschaftlichen und sozialen Belangen werdender Mütter. In der Beratungsstelle müssen daher jedenfalls ein Arzt und ein Sozialarbeiter zur Verfügung stehen. Erwünscht ist die Beratung in Familienangelegenheiten rechtlicher und sozialer Natur und in sexuellen und anderen Partnerschaftsproblemen. Neben dem Arzt und dem Sozialarbeiter sollen daher auch Juristen und Psychologen (allenfalls auch Psychiater) zur Verfügung stehen. Die Beratung muß kostenlos, nach sachlichen Gesichtspunkten und unter Wahrung der Anonymität des Ratsuchenden erfolgen. Die Beratungsstelle muß mindestens vier Stunden innerhalb von zwei Wochen geöffnet sein. Die Beratungszeiten müssen so festgelegt werden, daß auch Berufstätige die Beratungsstelle aufsuchen können.

Während es vor dem Beginn der Förderung durch den Bund etwa 10 bis 15 derartige Einrichtungen – hauptsächlich in den Landeshauptstädten – gegeben hat, sind derzeit (1978) 144 Beratungsstellen in allen Teilen Österreichs in Betrieb. Ihre Träger sind die Länder (58 Stellen), Gemeinden (19 Stellen), Institutionen aus dem Bereich der Katholischen Kirche (44 Stellen), die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (4 Stellen), die Österreichischen Kinderfreunde (3 Stellen) und andere private Organisationen (15 Stellen). Nach Bundesländern teilen sich die Beratungsstellen wie folgt auf:

Burgenland 7, Kärnten 9, Niederösterreich 38, Oberösterreich 16, Salzburg 16, Steiermark 22, Tirol 7, Vorarlberg 6, Wien 23.

Die Beratungsfrequenz nimmt ständig zu. 1977 waren 56 362 Beratungsfälle zu verzeichnen. Nach Problemgruppen gegliedert, entfielen auf Fragen der Familienplanung bzw. Empfängnisregelung (incl. Kinderwunsch und Sterilisation) 16 371 Beratungen. Im Zusammenhang mit einer problematischen Schwangerschaft (wirtschaftliche und soziale Belange werdender Mütter, Schwangerschaftsabbruch) traten 11 471 Beratungsfälle auf. 7 699 Beratungen betrafen Partnerschafts- und Familienrechts- sowie sexuelle Probleme. 20 821 Beratungen betrafen andere Angelegenheiten, wie Probleme zwischen Eltern und Kindern, zwischen unverheirateten Jugendlichen, Ver-

wandten, Kontakt Schwierigkeiten, Generationsproblem und ähnliches (Tabelle 12).

Über die Beratungsfrequenz des Jahres 1978 können zu Redaktionsschluß dieses Berichtes infolge der nicht vollständigen Berichtsdarstellungen konkrete Ziffern noch nicht genannt werden; anhand der vorliegenden Berichte läßt sich jedoch erneut eine steigende Beratungsfrequenz erkennen.

Umfassende statistische Daten über die Ratsuchenden stehen nicht zur Verfügung. Eine Analyse, die im Jahr 1977 in Salzburg hinsichtlich der Klienten der Beratungsstellen des Landes Salzburg durchgeführt wurde (Tabelle 13), zeigt, daß weibliche Ratsuchende mit 72,2% stark überwiegen. Der größte Teil der Ratsuchenden war verheiratet (67,7%) und hatte Kinder (65,4%). Am stärksten wurden die Beratungsstellen von Angehörigen der Altersgruppen zwischen 20 bis 40 Jahren in Anspruch genommen (65,2%). 39% der Ratsuchenden waren Hausfrauen, 29,6% Angestellte. 68,5% der Ratsuchenden kamen aus der Stadt Salzburg, 16,8% aus dem Bezirk Salzburg-Umgebung. Der Anteil der Klienten aus den anderen politischen Bezirken war nur gering, obwohl in allen Bezirken Beratungsstellen vorhanden sind. Der größte Teil der Klienten kam aufgrund der Empfehlung anderer Institutionen bzw. Verwandter, rund ein Drittel wurde jedoch durch Werbemaßnahmen auf die Beratungsstellen aufmerksam.

Das Bundeskanzleramt bemüht sich, die Beratungsstellen durch geeignete Werbemaßnahmen bekanntzumachen und gleichzeitig für den Gedanken der Familienplanung zu werben. Im Rahmen dieser Werbeaktionen werden auch Broschüren mit Informationen über Empfängnisregelung („Damit ein Kind kein Zufall ist“) und über die Ansprüche, die im Zusammenhang mit einem Kind entstehen („Damit ein Kind mehr Freude bringt“) sowie eine Broschüre mit Adressen und Öffnungszeiten der Beratungsstellen („Information über Beratungsstellen“) angeboten. Die Auflage dieser Broschüren beträgt insgesamt 2,5 Millionen Stück. Im Herbst 1977 wurde eine unter der wissenschaftlichen Leitung der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung hergestellte, vom Bundeskanzleramt finanziell geförderte, Filmserie über Empfängnisregelung im österreichischen Fernsehen gezeigt.

Da die Inanspruchnahme der Beratungsdienste auch mit der Qualität des Beratungspersonals im Zusammenhang steht, war das Bundeskanzleramt bereits von Anfang an bemüht, den Wissensstand der Berater auch hinsichtlich der Beratungsmethoden und Gesprächstechniken zu verbreitern. Den Beratern wurde im Rahmen von Informationstagungen Weiterbildung und ein umfassender Gedankenaustausch ermöglicht. Als Referenten und Mitarbeiter haben sich namhafte Experten zur Verfügung gestellt. Die Informationstagungen finden einmal jährlich statt; es nehmen durchschnittlich zwischen 250 bis 300 Berater daran teil.

5.4.2 Das Institut für Familietherapie

Im Rahmen der Beratungsarbeit zeigt sich immer wieder, daß es Problemkonstellationen gibt, bei welchen auch mehrmalige Beratungen, wie man sie den Klienten anbieten kann, keineswegs ausreichend sind, um eine adäquate Hilfe darzustellen. Aufgrund dieser Beobachtun-

gen wurde von der Stadt Wien das Institut für Familietherapie gegründet. Das Institut besteht seit 1976. Zu den Mitarbeitern zählen 1 Psychologe, 2 Psychiater (alle zwei ausgebildete Psychoanalytiker der Wiener psychoanalytischen Vereinigung), und 2 Sozialarbeiterinnen. Im zweiten Jahr seines Bestehens hat sich die Zuweisung psychiatrischer Fälle erhöht. Dies bedeutet, daß Therapien mit zunehmend schweren Fällen – Paarprobleme bei Psychosen und schweren neurotischen Störungen – stattfinden. Das Institut bekommt Fälle von Paar- und Familienstörungen zur Behandlung überwiesen, die aufgrund ihrer Problemlage und ihres Schweregrades von Einzeltherapeuten bzw. in Beratungsstellen nicht betreut werden können.

Die Auswahl der zuweisenden Institutionen zeigt deutlich, daß die Indikationsstellung zu dieser Form der Therapie zweifellos schon zu einer Selektion führt, und zwar dadurch, daß ein bestimmtes Fachwissen für diese Indikationsstellung eine Voraussetzung darstellt (Tabelle 14).

5.4.3 Die gynäkologisch-psychosomatische Ambulanz der 2. Universitäts-Frauenklinik

An den 284 Patientinnen, die in einem bestimmten Zeitraum (zirka zwei Jahre) in der psychosomatischen Ambulanz der 2. Frauenklinik gesehen wurden, gaben 62 familiäre Konflikte subjektiv als Ursache ihrer vorwiegend als organisch empfundenen Beschwerden an. Diese familiären Konflikte beziehen sich bei den untersuchten Frauen vorwiegend auf die Herkunftsfamilie der Frau, d. h. die Interaktion in dem eigenen Elternhaus. 82 Frauen gaben Partnerkonflikte als mögliche Ursache für ihre Störungen an. Familienkonflikte gaben vor allem jene Frauen an, die unter sekundärer Amenorrhoe, Angstneurose, und Anorexia nervosa litten. Partnerkonflikte wurden von den Frauen angegeben, deren Hauptbeschwerden ebenfalls sekundäre Amenorrhoe und sexuelle Funktionsstörungen waren. 13 Frauen gaben eine ungewünschte oder zumindest zu diesem Zeitpunkt ungewünschte Schwangerschaft als Ursache ihrer Beschwerden an. Auch dabei handelte es sich vorwiegend um Patientinnen mit sexuellen Funktionsstörungen bzw. Depressionen. Auffällig ist, daß diejenigen Patientinnen, die spontan familiäre Konflikte als mögliche Ursache ihrer organischen Beschwerden angaben, durchwegs die massiveren, psychogenen Störungen aufwiesen, wie Angstneurose, Anorexia nervosa, Depression, wobei auch unter diesen Patientinnen der höchste Prozentsatz derjenigen war, die eine Psychotherapie dringend benötigten. Bei Anorexia nervosa (Magersucht) wird in letzter Zeit Familietherapie als besonders effektiv angegeben (Selvini/Palazzoli, 1975) (Tabelle 15).

5.4.4 Institute für Erziehungshilfe

Die Stadt Wien führt in einigen Wiener Gemeindebezirken Institute für Erziehungshilfe (in Wien 19, 5, 14).

Die Versorgung verhaltengestörter Kinder ist in den Bundesländern in den Händen der Fachärzte für Kinderheilkunde und der Nervenärzte.

Die Institute für Erziehungshilfe sind prinzipiell so konzipiert, daß von allen behandelten Kindern, auch die Eltern oder zumindest die Mütter, mitbetreut werden.

Patient ist das Kind; man ist sich darüber aber im klaren, daß die Symptomatik des Kindes, wie Bettläufer, Einkoten, Schlafstörungen, Essschwierigkeiten, Konzentrationsproblematik, disziplinäre Schwierigkeiten zu Hause, usw., ein Signal für die gestörte Kommunikation in der gesamten Familie darstellt. Dieser Einstellung wird in den Instituten für Erziehungshilfe durch die Elternarbeit Rechnung getragen: es gibt Elterngruppen, Mütterrunden (die Kinder dieser Mütter werden nicht therapeutisch

betreut) oder Betreuen der Eltern ohne die Kinder. 1977 wurden 562 Kinder, davon 415 Knaben und 147 Mädchen, betreut. Die Anmeldung erfolgte überwiegend (318 Fälle) spontan (aufgrund von Berichten im Radio, Vorträgen, Hinweisen von Bekannten), ansonsten durch Ärzte, Psychologen, Jugendämter, Schulen usw. (Tabelle 16). Unter den Gründen für die Anmeldung dominieren Lern- und disziplinäre Schwierigkeiten sowie neurotische Symptome (Tabelle 17).

Tabelle 12: Auszug aus der Frequenzanalyse von 137 Familienberatungsstellen Österreichs im Jahre 1977

	Burgen-land	Kärnten	Nieder-österr.	Ober-österr.	1977 - Salzburg	Stellen in 137 Orten			Österreichs	Vorarl-berg	Wien	Gesamt
Familienplanung	363	218	192	494	43	449	74	91	2 722	4 646		
Empfängnisregelung	254	345	650	1 237	46	3 446	68	381	2 861	9 288		
Kinderwunsch	1	30	38	188	21	110	112	23	297	820		
Sterilisationswunsch												
a) Mann		3	9	10	5	21	13	5	18	84		
b) Frau	7	23	28	384	55	448	21	17	550	1 533		
Schwangerschaftsabbruch	52	659	770	168	85	1 365	112	199	5 472	8 882		
Medizinische Probleme	31	73	138	101	23	89	113	136	224	928		
Sexualprobleme	2	56	110	150	81	156	184	32	277	1 048		
Wirtschaftliche und soziale Belange werdender												
a) unverheirateter Mütter	13	87	33	23	43	80	84	18	276	657		
b) verheirateter Mütter	9	95	111	19	38	97	103	30	506	1 008		
Partnerschaftsprobleme zwischen												
a) Ehegatten	85	460	658	848	594	596	569	92	1 404	5 306		
b) Eltern und Kindern	45	168	257	137	117	164	78	17	320	1 303		
c) unverheirateten Jugendlichen	5	26	50	70	73	65	105	8	129	531		
d) Verwandten		29	44	26	8	12	30	5	117	171		
e) älteren Menschen	1	18	39	14	13	59	16	3	21	184		
Generationsprobleme	9	20	77	36	70	73	52	14	92	443		
Lebensschwierigkeiten	18	304	261	182	199	124	120	19	375	1 602		
Kontaktschwierigkeiten	20	43	104	32	65	49	51	20	77	461		
Einsamkeit (Isolation)	3	25	85	23	36	43	40	7	80	342		
Altenprobleme, herangetragen von												
a) Eltern			24	7	6	46	4	1	15	102		
b) Kindern	2	6	30	3	3	20	5	2	2	73		
c) anderen		3	27	3	1	15	4		9	62		
Familienrechtsprobleme (allgemeine)	82	133	250	137	57	285	96	48	257	1 345		
Andere Beratungsprobleme	536	1 587	3 274	1 495	988	1 940	1 621	230	3 941	15 543		

Quelle: Bundeskanzleramt

Tabelle 13: Familienberatung 1977. Jahreserhebung in der zentralen Beratungsstelle Salzburg-Stadt/Schwarzstraße

	Altersgruppe	%
Geschlecht	bis 20	7,6
männlich	20 bis 30	29,4
weiblich	30 bis 40	35,8
Stand	40 bis 50	15,5
ledig	50 bis 60	6,4
verheiratet	über 60	5,3
geschieden		
verwitwet		
Lebensgemeinschaft		
Kinderanzahl im Haushalt:		
65,4% aller Klienten haben Kinder	Einzugsgebiet	%
20,8% davon haben 1 Kind	Salzburg-Stadt	68,5
Berufsgruppen	Salzburg-Umgebung	16,5
Schüler/Student	Hallein	2
Facharbeiter	St. Johann	1
Hilfsarbeiter	Zell am See	0,8
Lehrling	Tamsweg	0,6
Angestellter	andere:	11,4
Beamter		
Selbstständig erwerbstätig		
Akademiker	Werbung: gekommen über	%
Pensionist	Institution	21,7
Hausfrau	Ärzte	3,2
Arbeitslos	Bekannte	20,8
Arbeiter	Plakat-Anschlag	8,7
	FB Klienten	7,9
	Flugblatt	14,3
	Radio	4,9
	Zeitung	5,5
	Broschüre	1,7
	Telefonbuch	11,3
	Erziehungsberatung	41,5

Tabelle 14: Institut für Ehe- und Familietherapie Zuweisungen: 1977

	Zahl der Fälle	% der Fälle
Ehe- und Familienberatungsstelle der Gemeinde Wien	19	18
Psychiatrische Kliniken und Anstalten	16	15
Praktizierende Nervenärzte	15	14
Andere Beratungsstellen	14	13
Durch Angehörige sozialer Berufe (Sozialarbeiter, Psychologen)	14	13
Eigeninitiative	13	12
Institut für Tiefenpsychologie	9	8
Institut für Erziehungshilfe	7	7
Gesamtzahl der 1977 zugewiesenen Fälle:	107	100

Tabelle 15: Familiäre Konflikte als Krankheitsursache

Konflikt	Anzahl der Frauen	%
subjektive Ängste des Patienten		
Familienkonflikt	62	
Partnerkonflikt	82	
Ungewünschte Schwangerschaft	13	
Anderes ¹⁾	109	
Unbekannt	18	
	284	100

¹⁾ . . . z. B.: behindertes Kind
Geburtsfolgen
Soziale Probleme usw.

Quelle: Gynäkologisch-psychosomatische Ambulanz der 2. Univ.-Frauenklinik Wien.

Konflikt (subjektiv)	Phänomenologische Diagnose
Familienkonflikt	sec. Amenorrhoe
	Depression
	Angstneurose
	Anorexia nervosa
Partnerkonflikt	sex. Funktionsstörung
	sec. Amenorrhoe
Ungewünschte Schwangerschaft	sex. Funktionsstörung
	Depression

Tabelle 16: Statistische Übersicht über die im Jahr 1977 in den Instituten für Erziehungshilfe (in Wien 19, 5 und 14) bearbeiteten Fälle

Untersucht wurden 562 Kinder, davon 415 Knaben	
	147 Mädchen
Altersstufen der Kinder:	
bis 6 Jahre	58
7-10 Jahre	222
11-14 Jahre	121
15-18 Jahre	14
Die Anmeldungen erfolgten über:	
Bezirksjugendämter	15
„Stadt des Kindes“	4
Schulpsychologie	13
Schulen	65
Kindergärten	7
Ärzte	50
Psychologen	27
Gericht	5
NÖ. Landesregierung	1
Eheberatung	4
Bewährungshilfe	2
Caritas	1
KÜST	2
Mutterberatung	1
Re-Test	47
Spontan (durch Radio, Vorträge, Bekannte aufmerksam gemacht)	318
	562

Tabelle 17: Schwierigkeiten, die zur Anmeldung führten:

Neurotische Symptome (Bettnässen, Einkoten, Schlafstörungen, Eßschwierigkeiten, Erbrechen usw.)	76
Lernschwierigkeiten	109
Lernversagen	16
Legasthenie	51
Sprachschwierigkeiten	24
disziplinäre Schwierigkeiten in der Schule	69
disziplinäre Schwierigkeiten zu Hause	64
Schulreife, Schulrückstellung	28
Spätentwickler	2
Konzentrationsstörungen	18
Mittelschule?	32
Begabungsfrage	30
Schultyp	15
Re-Test	47
Aggressivität	24
Ängste	25
Geschwistereifersucht	26
Elternproblematik	14
Besuchsrechtsregelung	3
Nervosität	4
Diebstähle	6
Kontaktschwierigkeiten	14
Suiciddrohung	3
Heimentlassungen	2
sexuelle Problematik	5
Depressionen	3
Pubertätschwierigkeiten	2
Sonderschule?	2

5.5 Soziale Dienste für ältere Menschen

Insgesamt leben in Österreich rund 600 000 Männer und 900 000 Frauen im Alter ab 60 Jahren⁹⁾. Von ihnen beurteilen, nach den Ergebnissen des erwähnten Mikrozensus, 36% ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“, 9% als „schlecht“ – wobei zwischen den Geschlechtern keine sehr großen Differenzen bestehen, mit dem Alter aber natürlich die Prozentsätze ansteigen; im Alter über 80 Jahren fühlen sich 47% „weniger gut“ und 20% „schlecht“, zusammen also zwei Drittel. Auch die Erhebungen, inwieweit bestimmte Tätigkeiten, wie Steigensteigen, Einkaufstasche tragen, sich Bücken usw., noch ohne Beschwerden ausgeführt werden können, ergeben ein ähnliches Muster. Insgesamt ist etwa jeder sechste alte Mensch von diesen Behinderungen betroffen, im Alter von über 80 Jahren aber schon 40 bis 50%.

Die Zahl der insgesamt in Österreich lebenden alleinstehenden und mehr oder weniger hilfs- oder pflegebedürftigen alten Menschen ist somit jedenfalls sehr beträchtlich. Sie kann, unter Heranziehung der Ergebnisse der Volkszählung und des Mikrozensus, grob auf rund 60 000 Männer und 300 000 Frauen geschätzt werden. Hinzuzurechnen wären hier praktisch noch jene pflegebedürftigen Verheirateten, deren Partner selbst krank und hilfsbedürftig ist und für die Pflege daher nicht in Betracht kommt. Inwieweit Kinder und sonstige nähere Verwandte dem alten Menschen im Krankheitsfall Pflege leisten, wird nach dem Mikrozensus für die über 60 Jahre alten Männer mit 15%, für die über 60 Jahre alten Frauen mit 50% angegeben; bei weiteren 5% der alten Männer und bei weiteren 10% der alten Frauen übernehmen im Krankheitsfall „andere Personen“ die Pflege. 3% der befragten Männer und 11% der befragten Frauen gaben an, daß niemand sie im Krankheitsfalle pflege.

⁹⁾ Davon nicht bzw. nicht mehr verheiratet rund 150 000 Männer und 600 000 Frauen.

Daß auf dem Gebiet der häuslichen Pflege alleinstehender alter Menschen große Probleme bestehen und große Aufgaben zu bewältigen sind, liegt somit auf der Hand. Hauskrankenpflege und Heimhilfe für alleinstehende alte Menschen – und natürlich auch für beiderseits invalide Paare – muß subsidiär zur familiären Hilfe geboten werden. Ein beträchtlicher Teil stationärer Krankenhaus- und Altersheimeinweisungen kann oder könnte so vermieden werden, was eine nicht nur ökonomische, sondern meist auch humanere Lösung bedeutet.

Als subsidiär zur Familie fungierende Träger häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe¹⁰⁾ kommen sowohl Institutionen der öffentlichen Hand (Land, Gemeinde) als auch karitative und andere gemeinnützige Organisationen in Betracht.

Gesetzliche Grundlagen für den Komplex dieser Aktivitäten sind die Sozialhilfegesetze der Bundesländer und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBI. Nr. 189/1955, in der geltenden Fassung.

Die Sozialhilfegesetze stimmen darin überein, daß der Sozialhilfeträger bestimmte soziale Dienste sicherzustellen hat, unter denen insbesondere Hauskrankenpflege, Familienhilfe und Haushaltshilfe genannt sind. Sozialhilfeträger ist das jeweilige Bundesland, doch kann dieses die Durchführung der sozialen Dienste auch durch andere Organisationen sichern (als solche kommen in der Praxis vor allem die Gemeinden, gemeinnützige Vereine und kirchliche Institutionen in Betracht).

§ 151 ASVG bestimmt, daß im Bedarfsfall auch die Hauspflege zu den (Kann-)Leistungen der Sozialversicherungsträger gehört und dementsprechend von diesen auch finanziell getragen werden kann. Diese Bestimmung ist im Hinblick darauf, daß mehr als 95% der österreichischen Bevölkerung sozialversichert sind, für die Sozialhilfeträger von erheblicher Bedeutung. Einschränkend muß hiezu jedoch bemerkt werden, daß sich § 151 ASVG nach seinem derzeitigen Wortlaut nur auf jene Fälle bezieht, in denen durch die Hauskrankenpflege ein stationärer Spitalsaufenthalt vermieden werden kann.

Eine Umfrage in den Bundesländern bzw. Gemeinden hat folgendes Ergebnis gebracht:

Niederösterreich: Derzeit (Mai 1978) sind 30 Dorfhelferinnen, die Vertragsbedienstete des Landes Niederösterreich sind, im Einsatz; 14 weitere werden demnächst ihre einjährige Ausbildung abschließen.

Bezüglich Gemeindeschwestern ist ein Landesgesetz, das die Förderung der Ausbildung und des Einsatzes von „mobilen Krankenschwestern“ vorsieht, in Vorbereitung. Derzeit verfügen nur acht niederösterreichische Gemeinden über mobile Diplomkrankenschwestern.

Heimhelferinnen werden von der „Volkshilfe“, Landesverband Niederösterreich, ausgebildet und befinden sich bereits im Einsatz. Über ihre Zahl und ihre Einsatzorte liegen dem Land keine Meldungen vor; dasselbe gilt auch für die in mehreren Orten bestehenden Essenzustelldienste.

¹⁰⁾ Solche Dienste sind natürlich nicht auf „alleinstehende“ Personen beschränkt, doch stellen diese den Großteil der Hilfsbedürftigen dar.

Salzburg: Hauskrankenpflege: In der Stadt Salzburg wird diese vom „Verein Hauskrankenpflege“ durchgeführt. Im Jahre 1977 standen hiebei 31 Diplomkrankenschwestern, 2 Diplompfleger und 63 Pflegerinnen im Einsatz bei insgesamt 378 Patienten. Dabei wurden 24 865 Einsatzstunden geleistet (21 577 im Tagdienst und 3 288 im Nachtdienst); hinzu kommen noch 13 024 ehrenamtliche Stunden. In den Landbezirken wird die Hauskrankenpflege vom Landesverband Salzburg des Österreichischen Roten Kreuzes besorgt; hier standen 17 Diplomschwestern, 11 ausgebildete Pflegerinnen und 14 Sozialhelferinnen bei insgesamt 723 Patienten im Einsatz.

Haushaltshilfe wird im Bereich der Stadt Salzburg vom „Verein Erwachsenenhilfe“ geleistet, der derzeit 11 ständige Mitarbeiter und 8 Aushilfskräfte beschäftigt (Sozialarbeiter, Sozialhelfer, Studenten). Im Jahre 1977 wurden 206 Personen in zirka 13 000 Einsatzstunden betreut.

„Essen auf Rädern“ wird von den Stadtgemeinden Salzburg und (neu) Hallein geboten.

Steiermark: Nach dem Stand von August 1978 bestehen Hauskrankenpflegedienste in den Städten Graz und (im Ausbau) Judenburg; weiters sollen solche Dienste noch 1978 in verschiedenen Bezirken durch den Verein „Sozialmedizinischer Pflegedienst“ eingerichtet werden. Beim Magistrat der Stadt Graz sind 29 Heimhelferinnen im Einsatz. Über „Essen auf Rädern“ in einzelnen Gemeinden liegt aus der Landesregierung kein Bericht vor.

Wien: Bezuglich der Hauskrankenpflege ist in erster Linie die 1975 zur Unterstützung der praktizierenden Ärzte geschaffene Einrichtung der „mobilen Krankenschwestern“ zu erwähnen. Diese sind Angestellte des Magistrates (Gesundheitsamt). Derzeit (Ende 1978) stehen 46 mobile Diplomkrankenschwestern in 15 der 23 Wiener Gemeindebezirke im Einsatz. Im Jahre 1977 wurden – von damals 33 Schwestern – insgesamt 52 900 Hausbesuche durchgeführt. Die Anforderung erfolgt von Seiten der behandelnden Ärzte; im Jahre 1977 wurde die Mithilfe der mobilen Krankenschwestern von 180 praktischen Ärzten in Anspruch genommen. Darüber hinaus wird aber Hauskrankenpflege auch im Rahmen der Heimhilfe geleistet und läßt sich in den Leistungsberichten nicht von dieser abgrenzen, da bei vielen Betreuungsfällen Haushaltshilfe und Krankenpflege gleichzeitig oder sukzessive erfolgen. Insgesamt waren im Jahre 1977 in den verschiedenen Institutionen, die Heimhilfe (einschließlich Krankenpflege) unmittelbar durchführen, 1 337 Heimhelferinnen tätig und haben 1 348 618 Betreuungsstunden geleistet, wovon rund 33% auf den Verein „Die Frau und ihre Wohnung“, 28% auf den Verein „Wiener Sozialdienste“, 18% auf das Rote Kreuz, 14% auf den Verein „Volkshilfe“ und die restlichen 7% auf die Caritas und sonstige Institutionen entfielen. Die Kosten werden diesen mit der Durchführung betrauten Stellen vom Sozialhilfeträger (Bundesland Wien) refiniert.

An sonstigen, vom Sozialhilfeträger finanzierten und von einem Teil der obengenannten Körperschaften durchgeführten sozialen Diensten sind noch die sogenannten Besuchsdienste zu nennen, in deren Rahmen im letzten Jahr 1 766 vereinsamte und hilfsbedürftige Menschen betreut wurden, weiters die Wohnungsreinigungsdienste, die 3 563 Wohnungsreinigungen in über 18 000 Arbeitsstunden vorgenommen haben. Die Aktion „Essen auf Rädern“ wird, mit Unterstützung durch das Sozialamt der

Stadt Wien, ebenfalls von den Vereinen „Die Frau und ihre Wohnung“, „Wiener Volkshilfe“ und „Soziales Hilfswerk“ sowie von der Caritas durchgeführt. Die vom Bezieher (außer bei Bedürftigkeit) zu tragenden Kostenbeiträge pro Mahlzeit betragen für Normalkost S 22,- bis 33,- und für Diätkost S 22,- bis 35,-. Insgesamt wurden im Jahre 1977 1 387 490 Mahlzeiten zugestellt. Die Zuschüsse der Stadt Wien hiezu betragen rund 40 Millionen Schilling.

Aus den anderen Bundesländern waren auf Landesebene keine verwertbaren Angaben erhältlich.

Direkt von den Landeshauptstädten liegen folgende Informationen vor: In Klagenfurt beschäftigt die Gemeinde 5 Heimhelferinnen und unterhält einen Dienst „Essen auf Rädern“; Hauskrankenpflege wird vom „Verein Hauskrankenhilfe“ und vom Roten Kreuz geleistet. Eisenstadt führt eine von der Gemeinde angestellte Familienhelferin an. In Linz betreibt die Gemeinde sowohl Haushaltshilfe als auch Hauskrankenpflege. Hierfür stehen 15 Altenhelferinnen sowie 2 diplomierte Krankenschwestern im Einsatz; die letzteren leisten jährlich rund 1 500 Einsatzstunden und betreuen monatlich durchschnittlich 35 Pflegefälle. Innsbruck berichtet ebenfalls, daß die Gemeinde als Träger der Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe fungiert und daß hierfür derzeit 6 Diplomkrankenschwestern, 6 Schwesternschülerinnen und 2 Haushaltshelferinnen tätig sind. Aus dem Bundesland Vorarlberg wird nur berichtet, daß von 6 Gemeinden und 40 Krankenpflegevereinen Hauskrankenpflege geleistet wird.

Verwertbare positive oder negative Angaben über den örtlichen Bestand von häuslichen Hilfs- und Pflegediensten liegen aus 84 der direkt angeschriebenen 145 österreichischen Städte und Gemeinden mit mehr als 5 000 Einwohnern vor, und zwar 43 aus Orten bis 10 000 und 41 aus Orten mit über 10 000 Einwohnern.

Institutionen bzw. Personal zur Hauskrankenpflege werden aus 27 Orten (32%) gemeldet. Als Träger werden 13mal die Gemeinde, 7mal das Land, 2mal die Caritas und 10mal sonstige Rechtsträger (Rotes Kreuz, Hauspflegevereine) angegeben, wobei in einigen Orten die Hauskrankenpflege von mehreren Institutionen nebeneinander ausgeübt wird. Als Personal kommen zumeist diplomierte Krankenschwestern zum Einsatz. Die Städte und größeren Orte sind verständlicherweise häufiger mit Einrichtungen zur Hauskrankenpflege ausgestattet (39%) als die Gemeinden mit unter 10 000 Einwohnern (26%). Am weitesten ausgebaut ist der Hauskrankenpflegedienst in der Bundeshauptstadt, die derzeit 46 „mobile Krankenschwestern“ beschäftigt (siehe oben).

Soziale Dienste unter den Bezeichnungen Heimhilfe, Haushaltshilfe, Altenhilfe und Familienhilfe bestehen in 66 der 84 meldenden Orte (79%). Hier ist die Verbreitung in den kleineren Gemeinden (88%) sogar größer als in den Orten über 10 000 Einwohner (68%); allerdings ist dabei zu berücksichtigen, daß in diesen Meldungen auch die vom Land (Bezirkshauptmannschaft) eingesetzten und jeweils mehrere Gemeinden betreuenden Helferinnen mitenthalten sind. Insgesamt wird das Land 16mal als Rechtsträger genannt, 25mal die Gemeinde, 27mal die Caritas und 8mal sonstige Institutionen, wie „Volkshilfe“, „Familienverband“ und andere; auch hier sind in manchen Orten mehrere Institutionen gleichzeitig tätig. Essenzustelldien-

ste: „Essen auf Rädern“ und ähnlich bezeichnete Dienste werden aus 12 Orten mit durchwegs über 10 000 Einwohnern gemeldet. 10mal wird dabei die Gemeinde als Rechtsträger angeführt.

6 GESUNDHEITSPOLITISCHE MASSNAHMEN ZUR BEEINFLUSSUNG DES GESUNDHEITS/ KRANKHEITSVERHALTENS

Um die bisherigen und vor allem auch die zukünftigen Trends von Gesundheit und Krankheit einschätzen zu können, ist es erforderlich, vor allem diejenigen Faktoren ('disturbing factors') vollständig zu erfassen, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung beeinflussen und Krankheiten hervorrufen können. Insbesondere werden von Medizinern und Politikern vier Gruppen von Beeinträchtigungsfaktoren verwendet:

1. Exogene, spezifische Schadstoffe (Noxen) chemisch-physikalischer wie biologischer Art.
2. Risikoträchtige Körperzustände, wie z. B. Bluthochdruck, Körpergewicht usw.
3. Individuelle Verhaltensweisen, wie z. B. Tabak- und Alkoholkonsum.
4. Soziale Noxen, wie Streß, Ehescheidung usw.

Entsprechend der Gewichtung dieser Faktoren werden die gesundheitspolitischen Strategien überwiegend als Maßnahmen innerhalb der Präventivmedizin eingesetzt. Bereits in der Regierungserklärung 1970 wurde auf die Notwendigkeit des „gezielten Ausbaus von Vorsorgeuntersuchungen und Krankheitsfrüherkennung“ hingewiesen. Eine lückenlose Aufzählung der getroffenen Maßnahmen würde diesen Rahmen sprengen, sodaß nur auf einige familienbezogene Schwerpunkte hingewiesen wird.

6.1 Mutter-Kind-Paß (§ 32 ff. Familienlastenausgleichsgesetz, BGBl. Nr. 376/1967, in der geltenden Fassung und diesbezügliche Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, BGBl. Nr. 509/1976 bzw. 499/1978).

Der Mutter-Kind-Paß, der im Jahr 1974 eingeführt wurde, stellt einen wesentlichen Faktor im Rahmen der Bemühungen um die Verringerung der Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit dar. Mit ihm wurde erstmals in Österreich den werdenden Müttern ein Dokument in die Hand gegeben, das in seinem gesamten Umfang den Verlauf der Schwangerschaft sowie die Entwicklung des Kindes erfaßt. Wurden vor Einführung des Mutter-Kind-Passes Arztbesuche während der Schwangerschaft oft nur sporadisch getätigt, so zeigte sich schon in den ersten Monaten, daß das Gesundheitsbewußtsein der werdenden Mütter eine Anregung erfahren hat – nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Auszahlung der erhöhten Geburtenbeihilfe. Zur Erlangung des ersten Teilbetrages in Höhe von 8 000 S sind vier Untersuchungen während der Schwangerschaft und eine Untersuchung des Kindes in der ersten Lebenswoche erforderlich. Als weitere Voraussetzung gilt die Vollendung der ersten Lebenswoche des Kindes. Der zweite Teilbetrag, ebenfalls in Höhe von 8 000 S, ist an vier Untersuchungen des Kindes im ersten Lebensjahr gebunden. Darüber hinaus sieht der Mutter-Kind-Paß weitere Untersuchungen bis zum Schuleintritt vor, deren Durchführung nach freiem Ermessen der Mutter erfolgen kann.

Ferner muß darauf hingewiesen werden, daß einerseits durch den Mutter-Kind-Paß mit seiner regelmäßigen Betreuung von Mutter und Kind sowie durch den gleichzeitigen Ausbau geburtshilflicher Abteilungen und Neonatologiestationen in den Spitälern die Säuglingssterblichkeit erheblich zurückgegangen ist.

Insgesamt ist seit den ersten Maßnahmen des Gesundheitsministeriums im Jahre 1972 die Säuglingssterblichkeit von 26,1‰ auf 16,9‰ im Jahre 1977 reduziert worden. Dies bedeutet bereits eine Senkung im Bundesdurchschnitt um 35,3%, also eine Senkung um mehr als ein Drittel in nur sechs Jahren.

Erfreulicherweise hält diese Tendenz weiter an, in der ersten Jahreshälfte 1978 ist die Säuglingssterblichkeit bereits auf 14,4‰ gesunken.

6.2 Schuluntersuchungen (§ 66 Schulunterrichtsgesetz, BGBl. Nr. 139/1974).

Um eine Verbesserung und Vereinheitlichung der Untersuchungen in Österreichs Schulen zu erreichen, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz ein Schulgesundheitsblatt ausgearbeitet, dessen Verwendung dem Schularzt einen wesentlich besseren Überblick als bisher über den Gesundheitszustand des Kindes erlaubt. Zur Handhabung dieses Gesundheitsblattes wird dem Schularzt eine Information mitgereicht. Ebenso können die Eltern über den Gesundheitszustand ihres Kindes mittels entsprechender Vordrucke genauest in Kenntnis gesetzt werden. Eine gesetzliche Untermauerung der Vorsorgeuntersuchungen in der Schule wird für die nächste Zukunft angestrebt.

6.3 Präsenzdiener-Untersuchungen (§§ 13 und 14 Wehrgesetz, BGBl. Nr. 150/1978) und **Lehrlingsuntersuchungen** (§ 132 a ASVG, BGBl. Nr. 31/1973)

Diese Untersuchungen tragen Vorsorgecharakter und werden bereits seit Jahren durchgeführt. Auch hier laufen Bemühungen um eine weitere Verbesserung und Vereinheitlichung sowie um eine umfassende Darstellung des Gesundheitszustandes jedes einzelnen Untersuchten.

6.4 Vorsorgeuntersuchungen (§ 132 b ASVG, BGBl. Nr. 31/1973)

Seit dem Jahr 1974 besteht für jeden Österreicher die Möglichkeit, eine vorsorgliche Untersuchung kostenlos durchführen zu lassen. Als Voraussetzung gilt ab 1. Jänner 1977 die Vollendung des 19. Lebensjahres. Eine Anmeldung zu dieser Gesundheitsuntersuchung erfolgt beim jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger; im Falle, daß der Antragsteller zur Zeit nicht versichert ist, übernimmt der Bund die Kosten der Untersuchung. Über umfassende Vorsorgeuntersuchungen in Österreich liegen bereits vier Berichte vor:

1. Der Bericht über die Projektstudie Wien/Kärnten vom 1. November 1972 bis 31. Oktober 1973 zur Aufdeckung bestimmter chronischer Volkskrankheiten, durchgeführt in einem städtischen und in einem ländlichen Bereich bei Frauen ab dem 35. und bei Männern ab dem 45. Lebensjahr.
2. Der Bericht über die erste Auswertung der Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 132 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG, 29. Novelle) im

ganzen Bundesgebiet vom Mai 1974 bis November 1975 bei Frauen ab dem 30. und bei Männern ab dem 45. Lebensjahr und

3. der 2. Bericht über die Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 132 b ASVG im ganzen Bundesgebiet bis Ende 1976 bei den gleichen Zielgruppen.
4. Der 3. Bericht über Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 132 b ASVG im ganzen Bundesgebiet bis Ende 1977 berücksichtigt erstmals den Umstand, daß die untere altersmäßige Begrenzung der Zielpersonen durch die 32. Novelle zum ASVG für beide Geschlechter auf das vollendete 19. Lebensjahr herabgesetzt wurde. Vom Mai 1977, dem Beginn der bundesweiten Gesundheitsuntersuchungen, bis Ende 1977 machten insgesamt 319 229 Personen, davon 119 915 Männer und 199 314 Frauen, Gebrauch. Hinzu kommen noch 18 379 zusätzliche gynäkologische Untersuchungen bei Frauen, die sich der Basisuntersuchung entzogen.

6.5 Weitere Maßnahmen

Auf dem Sektor der Gesundheitsaufklärung wurde zur Bekämpfung des Mißbrauches von Alkohol eine großangelegte Aufklärungskampagne unter dem Motto „Aktion klarer Kopf“ in Form einer Broschüre durchgeführt.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz in Auftrag gegebene Alkohol-Aufklärungsfilm „Das verlorene Maß“ ist bereits fertiggestellt und wurde sowohl dem Österreichischen Gewerkschaftsbund als auch dem Österreichischen Filmservice zur Vorführung bzw. zum Verleih zur Verfügung gestellt.

Der Alkohol- und Suchtmittelbeirat hat für seine Tätigkeit während der neuen Funktionsperiode 1978/81 als Grundlage eine Prioritätenliste erstellt, welche folgende Schwerpunkte beinhaltet:

1. Aufklärung über Mißbrauch von Alkohol und Drogen,
2. sinnvolle Gesundheitsstatistik,
3. interministerielle Hilfestellung,
4. Auswirkungen der 1960 eingeführten 0,8 Promille-Grenze.

Weiters hat das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz eine Raucherfibel in großer Auflage herausgebracht, deren Nachfrage derart stark war, daß die Broschüre zweimal nachgedruckt werden mußte.

Hinsichtlich weiterer Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsaufklärung können nachfolgend genannt werden:

Um die Bevölkerung auf richtige Ernährungsgewohnheiten aufmerksam zu machen, wurden die Broschüren „Ernährungsfibel für Übergewichtige“, „Ich bin zu dick“ und „Mein Kind soll zu dick sein?“ aufgelegt. Ausschließlich für die Frau ist das Informationsblatt zur Selbstuntersuchung der weiblichen Brust „Krebs droht – die moderne Frau beugt vor“ bestimmt. Zur Verhütung von Unfallgefahren, speziell im Haushalt, wurde die Sicherheitsfibel aufgelegt. Für die Schuljugend existiert ferner ein Poster „Stark mit gesunden Zähnen“, der auch als Aufkleber gedruckt wurde. Darin wird das Thema Zahn- und Zahnhleischerkrankungen ausführlich dargestellt, wobei auch Hinweise auf richtige Zahnpflege im Zusammenhang mit richtiger Ernährung sowie der notwendige Besuch beim Zahnarzt nicht zu kurz kommen. Ende des Jahres 1977 wurde erstmals die Broschüre „Die ersten 12 Monate“ an

die Ämter der Landesregierungen zur Weitergabe an die geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen der Krankenanstalten übermittelt. Diese Broschüre stellt in Form eines Kalenders einen Überblick über die ersten 12 Monate des Säuglings in Hinsicht auf Entwicklung, Ernährung, Pflege sowie Behandlung im Krankheitsfall dar und wird von den Müttern als hervorragender Ratgeber geschätzt.

6.6 Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung und der Versorgung mit Krankenpflegepersonal

Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung wurde durch die Novelle zum Ärztegesetz, BGBI. Nr. 425/1975, bestimmt, daß an Krankenanstalten so viele Ärzte zu beschäftigen sind, daß höchstens auf je 30 Spitalsbetten ein in Ausbildung zum praktischen Arzt stehender Arzt entfällt. Durch diese Bestimmungen wurden an den Krankenanstalten zusätzliche Ausbildungsposten geschaffen. Seit Oktober 1976 werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz Förderungsbeiträge für die Spitalsausbildung zum praktischen Arzt gewährt. Durch die Gewährung dieser Förderungsbeiträge sollen 300 zusätzliche Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Im Rahmen der Facharztausbildung hat der Wissenszuwachs in den letzten Jahren eine Reihe von Subspezialisierungen im Rahmen bestehender Sonderfächer notwendig gemacht. Mit der Novelle zur Ärzte-Ausbildungsordnung, BGBI. Nr. 529/1975, wurde eine ergänzende spezielle Ausbildung in Kinderchirurgie, plastischer Chirurgie, Nuklearmedizin, Kinderneuropsychiatrie sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Rahmen bestehender Sonderfächer eingeführt. Mit der Novelle zur Ärzteausbildungsordnung, BGBI. Nr. 6610/1976, wurde der Facharzt für Neurochirurgie in Österreich eingeführt.

Die Zahl der Krankenanstalten Österreichs insgesamt in Ausbildung zum praktischen Arzt stehenden Ärzte konnte von 3 567 (Stand Dezember 1976) auf 3 731 (Stand September 1978) gesteigert werden, was einem Zuwachs von rund 7,6% entspricht.

Die Zahl der Ausbildungsstellen zum Facharzt konnte von 885 (Stand 31. Dezember 1976) auf 972 (Stand 31. Dezember 1977) erhöht werden.

Zur Sicherstellung der künftigen zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung wurde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung der Ausbau der Universitätszahnklinik weiter intensiviert. Die Zahl der zahnmedizinischen Ausbildungsplätze bzw. die Zahl der bezahlten Ausbildungsstellen konnte wesentlich erhöht werden. Derzeit bestehen in Innsbruck 50, in Wien 160 und in Graz 34 Ausbildungsstellen, ab 1. März 1979 werden es in Graz 50 Ausbildungsstellen sein. Die gesamtösterreichische Ausbildungskapazität wird dann 260 Ausbildungsstellen betragen, d. h. es werden 130 Zahnärzte pro Jahr fertig werden. Die Abgänge an Zahnärzten betragen in ganz Österreich jährlich zirka 30, die der Dentisten zwischen 40 und 60. Da die Gesamtausbildungskapazität ab 1979 nach Ansicht aller Experten ausreichend sein wird, könnte mittelfristig die gewünschte Meßzahl von 2 400 Einwohnern pro Zahnarzt überall in Österreich erreicht werden.

Mit einer Novelle zum Krankenpflegegesetz im Jahre 1973 (BGBI. Nr. 197) wurde das Eintrittsalter in die Kranken-

pflegeschulen auf 16 Jahre gesenkt. Seither sind die Schülerzahlen an Krankenpflegeschulen beträchtlich angestiegen. Die Zahl der Schülerinnen und Schüler in der allgemeinen Krankenpflege erhöhte sich von rund 3 800 auf rund 6 100.

Der Personalstand des Krankenpflegefachdienstes in den Krankenanstalten Österreichs hat sich auf rund 20 100 erhöht.

Auch in den anderen Sparten der durch das Krankenpflegegesetz geregelten Berufe zeigt sich eine erfreuliche Tendenz der Steigerung der Schülerzahlen und der Ausbildungskapazität sowie des Personalstandes in den Krankenanstalten.

7 SEXUALERZIEHUNG UND FAMILIENPLÄNUNG

7.1 Sexualerziehung in Familie und Schule

7.1.1 Positionen heutiger Sexualerziehung

Es besteht heute übereinstimmend die Meinung, daß ein Kind vom ersten Lebenstag an der Sexualerziehung im gleichen Maß teilhaftig werden soll wie jeder anderen Art von Erziehung, daß Sexualerziehung im allgemeinen Erziehungsschema integriert sein soll. Die Aufklärung ist dabei nur ein kleiner Teilaspekt.

Die traditionelle und auch heute noch vielfach geübte Sexualerziehung verfährt negativ, indem sie den Heranwachsenden vom Bereich des Sexuellen fernzuhalten trachtet: Sie versucht, das Interesse des Kindes für Zeugung, Geburt und andere, die Geschlechtlichkeit des Menschen berührende Tatbestände abzulenken und ist bemüht, den Jugendlichen vor vorehelicher Sexualbetätigung und auch vor Selbstbefriedigung zu bewahren. Ihr Ziel ist die Unterdrückung der Lustfunktion der Sexualität und in ihrer extremen Formulierung die Verurteilung geschlechtlichen Begehrens und geschlechtlicher Betätigung außer zum Zwecke der Fortpflanzung. Hier zeigt sich eine Tabuisierung menschlicher Sexualität und deren mit Angst besetzte Verdrängung.

Die Notwendigkeit, Kinder und Jugendliche über den Bau der Geschlechtsorgane und ihre Funktion, über Zeugung und Geburt, über venerische Krankheiten und über Methoden der Empfängnisverhütung zu informieren, ist weitgehend anerkannt; eine in solcher Weise verstandene Aufklärung wird auch in zunehmendem Maß von Schule und Elternhaus durchgeführt. Die ausschließlich biologische Sexualaufklärung bedeutet jedoch eine Reduktion des pädagogischen Auftrages auf die Vermittlung lediglich anatomisch-physiologischer Aspekte. Die für die Gestaltung des Sexuellen notwendige Diskussion der mit Sexualität verbundenen Wert- und Normvorstellungen unterbleibt, weil solche Vorstellungen als fraglos anerkannt vorausgesetzt werden.

Sexuelle Aufklärung kann zwar sexueller Erziehung dienstbar gemacht werden, sie allein vermag jedoch sexuelle Einstellungen nicht zu formen. Diese Aufgaben setzen sich die unterschiedlichen Arten emanzipatorischer Sexualerziehung. Das sexualpädagogische Theorie- und Praxisverständnis ist getragen von einer grundsätzlich positiven, bejahenden Einstellung zur Sexualität des Heranwachsenden und setzt sich dessen sexuelle Mündigkeit zum Ziel. Es sieht seine Aufgabe darin, die vielfältigen

Zusammenhänge, in denen menschliche Sexualität steht, seien es psycho-physische oder (lebens-)geschichtlich-gesellschaftliche Zusammenhänge, dem Bewußtsein des Heranwachsenden kritisch zu erschließen, insbesondere ihm zu helfen, sich die eigenen sexuellen Antriebe bewußt und im Medium der Sprache erfahrbar zu machen, um so selbstbestimmtes und zugleich kommunikatives Handeln zu ermöglichen.

7.1.2 Die Instanzen der Sexualerziehung

Drei Instanzen werden am häufigsten genannt, von denen Jugendliche ihr Sexualwissen beziehen: Die Mutter, die Schule sowie Bücher und Zeitschriften (Tabelle 1). Der „Freund“ scheint nur hinsichtlich der Aufklärung über Empfängnisverhütung eine Rolle zu spielen. 28% der Burschen und 39% der Mädchen würden eine weitere Information durch das Elternhaus als wünschenswert erachten. Von den Medien rangieren Bücher und Zeitschriften deutlich vor Fernsehen und Film. Die Wertung in Zeitschriften und Büchern kann wohl an sich richtig sein, Jugendliche haben aber keine Gelegenheit, ihre persönlichen Anliegen und Probleme zu verschiedenen Themen zu äußern. Der persönlichen Kommunikation dürfte eine wichtige Rolle zukommen. Leider wurden Familienberatungsstellen nicht als Instanz in der zitierten Befragung aufgenommen, sodaß eine Aussage über deren Stellenwert nicht möglich ist.

7.1.2.1 Elternhaus und Sexualaufklärung

Das Elternhaus wird in allgemeiner Übereinstimmung als erster, vorrangiger und gelegentlich sogar als einziger Ort betrachtet, an dem Geschlechtserziehung erfolgen soll. Die Schule hat eine ergänzende und unterstützende Aufgabe zu erfüllen. Empirische Untersuchungen, ob und bis zu welchem Grad Geschlechtserziehung im Elternhaus erfolgt, sind spärlich.

Eine Umfrage unter Studenten der Pädagogischen Akademie des Bundes in Wien (1972) hat zur Frage „Sind Sie der Ansicht, daß die sexuelle Erziehung ausschließlich Sache der Eltern ist?“ für nur 4,6% der Befragten eine zustimmende Antwort ergeben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind deshalb wichtig, weil die damaligen Studenten heute als junge Lehrer die praktische Sexualerziehung durchführen müssen.

Von denjenigen, die auch andere Institutionen für die Aufklärung der Kinder akzeptierten, waren 97,1% der weiblichen und 89,9% der männlichen Befragten für das Mitwirken des Lehrers an der sexuellen Erziehung. Dies überrascht nicht, wurde doch die Befragung an angehenden Lehrern durchgeführt. 77,5% wiesen dem Arzt eine wichtige Rolle zu, obwohl dieser für diese Aufgabe nicht ausgebildet ist. Bücher erachten 47,9% für wichtig. Film und Fernsehen wird eine untergeordnete Stellung zugewiesen. 23,2% sind für einen Film, 20,3% für das Fernsehen. Dieses Ergebnis dürfte jedoch, obwohl es mit anderen Umfragen im wesentlichen übereinstimmt, hinsichtlich der Medien doch jeweils nur die eigene persönliche Erfahrung der Befragten widerspiegeln.

In Österreich liegen erst seit 1974 die Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von 2 285 Schülern (1 425 weibliche und 860 männliche Schüler) der 10., 11. und 12. Schulstufe (etwa dem Alter von 16 bis 18 Jahren entsprechend) vor (Mechler, 1977).

Nach den empirischen Befunden vermochte und vermag das Elternhaus als Erstinstanz mit hoher Wahrscheinlichkeit auch heute noch nicht, hinreichendes Geschlechtswissen auch nur in bezug auf biologisch-genitale Aspekte zu vermitteln (Tabelle 2).

Weitere Befragungsergebnisse weisen deutlich auf schwere Defizite im Elternhaus hin, da jeweils mehr als zwei Drittel der Jungen und Mädchen meinen, die Eltern hätten ihnen mehr über sexuelle Dinge sagen sollen (Tabelle 3).

Lediglich die Hälfte der Jugendlichen ist überzeugt, mit ihren Eltern ohne Schwierigkeiten über sexuelle Dinge reden zu können (51% der Jungen und 49% der Mädchen).

7.1.2.2 Zur kompensatorischen Rolle der Schule

Da nach den vorliegenden Untersuchungen anzunehmen ist, daß das Elternhaus weitgehend versagt, kommt der Schule als objektive Instanz der Wissensvermittlung große Bedeutung zu.

Seit dem Jahr 1970 ist mit dem Erlass „Sexualerziehung in den Schulen“ des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst eine administrativ geregelte und sanktionierte Sexualerziehung vorgesehen. Er stellt die gesetzliche Grundlage der Geschlechtserziehung in den Schulen dar: In der Sexualerziehung ist demnach von einer biologisch fundierten Basis auszugehen; die Schule hat aber nicht nur die Aufgabe, sexualkundliche Information zu vermitteln, sondern auch echte Lebenshilfe zu bieten. Die Sexualerziehung soll nicht wertfrei sein und ist als Teil der Gesamterziehung anzusehen; die Zusammenarbeit mit dem Elternhaus ist daher von besonderer Bedeutung. Innerhalb der Schule hat die Behandlung dieser Thematik von den verschiedenen Gesichtspunkten der einzelnen Fächer zu erfolgen.

Die kritische Einstellung zur Schule und zur Realisierung dieses Erlasses wird aber offenkundig, wenn man der Schülerbefragung entnimmt, daß lediglich 32% der Jungen und nur 26% der Mädchen lieber in der Schule als von den Eltern über sexuelle Dinge aufgeklärt werden wollen.

Die Schülerbefragung zeigt auch, daß – von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen – 1974 in den Schulen häufig keine Sexualerziehung erfolgte (Tabelle 4).

Die qualitativen Aspekte schulischer Erziehungsbemühungen zeigt Tabelle 5.

Angesichts der Tatsache, daß das Elternhaus als „Erstinstanz“ bereits im „Vorfeld“ ernstlich versagt und die Schule als Erziehungsinstanz die defizitären Leistungen der Eltern nicht zu kompensieren vermochten, rückt die Rolle des Lehrers als Interpreten schulischer Erziehungsbemühungen in das Blickfeld.

7.1.2.3 Einstellung der Lehrer

Eine Befragung an der Pädagogischen Akademie des Bundes in Wien (1972) ergab, daß drei Viertel der Studenten keine sexualpädagogische Vorlesung besuchen, von diesen 74,2% deshalb nicht, weil sie die Vorlesung nicht im Stundenplan unterbringen können. Nur 4,2% nennen Desinteresse als Grund.

Zur Frage „Ist Sexualpädagogik in der Schule notwendig?“ sprechen sich in einer Befragung von 1951 Lehrkräften Oberösterreichs und der Steiermark 86,1% zustimmend aus, 2,4% waren dagegen und 11,5% hatten noch keine abgeklärte Meinung (Schmied, 1974). Eine Analyse der Antworten auf die Frage „Für welche Altersstufe würden Sie sich jetzt schon (vor Teilnahme an einem Seminar) sicher fühlen, um den Sexualunterricht zu erteilen?“ fällt auf, daß die Lehrkräfte am häufigsten jene Altersstufen für den Sexualunterricht angeben, die sie auch tatsächlich unterrichten: Die Volksschullehrer die 6- bis 10jährigen, die Hauptschullehrer die 12- bis 14jährigen. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Lehrkräften liegen vor, wenn es um Sexualpädagogik bei den 12 bis 14jährigen geht. In dieser Altersstufe muß über das rein biologische Detail auch auf die Gesamtproblematik der Sexualität eingegangen werden, diese wird von weiblichen Lehrkräften eher gemieden.

Neben Ausbildungs- und Informationsdefiziten werden bei den Lehrern ebenso wie bei den Eltern intrapsychische Hemmungen der Sexualität gegenüber wirksam, die ein Eingehen auf triebhafte Größen blockieren und umfunktionieren. Dies zeigen die Ergebnisse einer 1973 in Linz (Oberösterreich) durchgeföhrten Untersuchung an 878 Teilnehmern von Sommerfortbildungskursen (Tabelle 6 und 7).

Der Lehrerfortbildung dienen gegenwärtig mehrtägige Kompaktseminare („Sexualerziehung in der Pflichtschule“), in denen Lehrer unterwiesen werden, um dann in den einzelnen Bundesländern und Schulbezirken derartige Seminare in ihrem Wirkungsbereich selbstständig durchzuföhrn (Skala, 1976). Neben der notwendigen Information zielen sie auf eine entsprechende Verhaltens- und Einstellungsänderung bei den Kursteilnehmern.

7.1.3 Zur Beurteilung des Sexualwissens Jugendlicher

Subjektiv eingestandene Informationslücken werden bei mehr als der Hälfte der befragten Jugendlichen offenkun-

dig. 51% der Jungen und 59% der Mädchen halten ihren Informationsstand für ungenügend (Tabelle 8).

Waren früher „Bemühungen“ durch eine weitgehende Verweigerung von Sexualinformation gekennzeichnet, wird heute durch eine Überfülle von Informationen besonders im Bereich des sexualbiologischen Wissens den Heranwachsenden das Gefühl vermittelt, sie seien bestens informiert. Die Bedeutung dieses Wissens wird aber fragwürdig, wenn sich zeigt, daß es in wichtigen Teilbereichen nur in bescheidenem Maß verhaltensrelevant ist, nämlich in bezug auf das Sexualverhalten und die Einstellung der Jugendlichen zur Sexualität. Tabelle 9 veranschaulicht dieses Defizit deutlich.

Aus Befragungen junger Mädchen, die ungewollt schwanger wurden, ist zu entnehmen, daß diese zwar Aufklärungsvorträge gehört haben, jedoch bei vielen Fragen wie etwa der Kontrazeption das Gefühl hatten, das ginge sie nichts an; sie fühlten sich nicht angesprochen und konnten sich auch an nichts mehr erinnern. Dies tritt dann ein, wenn eine frontale, einmalige Aufklärung durch den Schularzt oder sonst eine mit der Klasse nicht sehr vertraute Person erfolgt. Bestimmte Inhalte werden dann nicht angenommen; insbesondere wenn sie Angst machen, werden sie verleugnet. Später erklären sie dann, nie davon gehört zu haben (Springer-Kremser, 1977).

Aus dem vorliegenden Material wird deutlich, wie es um das Anliegen einer Sexualaufklärung und -erziehung steht. Es zeigt sich, daß im Elternhaus Sexualität in vielen Fällen im tabuierten Bereich verblieben ist und neben einem völlig unzureichenden Informationsangebot grundsätzlich Kommunikationsbarrieren und Ausweichstrategien die Situation kennzeichnen. Diese schweren Defizite sollen durch im Erlaßweg festgelegte schulische Bemühungen kompensiert werden. Ist auch der Großteil der Lehrer von der Notwendigkeit einer schulischen Sexualerziehung überzeugt, so haben doch mangelnde Voraussetzungen und persönliche Hemmungen die Realisierung einer Sexualerziehung als „durchlaufendes Unterrichtsprinzip“ bislang behindert.

Tabelle 1: Informationsinstanzen – Vergleich

Informationsinstanz *)	1		2		3		4		5		6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mutter	24	51	7	33	5	16	4	11	7	25	7	28
Vater	7	2	2	1	9	2	3	1	5	1	4	0
beide Elternteile	12	5	6	2	7	3	5	3	6	4	17	11
Geschwister	3	4	1	1	1	2	1	1	2	3	2	3
Schule	15	12	24	27	25	25	25	22	15	12	15	11
Seelsorger	6	2	3	1	3	1	2	1	3	1	2	1
Freund	11	1	4	0	6	7	6	2	10	3	4	13
Freundin	0	4	5	2	0	2	1	2	3	6	14	3
Kollegen, andere Erw.	3	1	1	0	1	1	3	2	4	2	3	2
Fernsehen, Film	2	2	2	0	1	1	2	3	1	1	3	3
Bücher, Zeitschriften	12	13	36	27	33	32	36	32	31	31	12	12
von niemandem	1	1	1	2	3	4	6	12	3	5	5	4
von woandersher	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	4	4
weiß nicht	4	1	4	2	4	3	6	7	8	6	7	4

*) 1 = Erstaufklärung über Schwangerschaft und Geburt
2 = Vorwiegende Aufklärung über die weiblichen Geschlechtsteile
3 = Vorwiegende Aufklärung über die männlichen Geschlechtsorgane
4 = Vorwiegende Aufklärung über Geschlechtskrankheiten
5 = Erstmalige Aufklärung über Empfängnisverhütung
6 = Erwünschte weitere Informationen

Quelle: Mechler: Schulersexualität und Sexualerziehung.

Tabelle 2: Die Herkunft des Kindes hat man mir zuerst folgendermaßen erklärt

	Jungen (N = 850) %	Mädchen (N = 1387) %
Klapperstorch	35	31
Wachsen im Mutterleib	30	37
weiß nicht	12	8
vom lieben Gott geschenkt	10	9
Wachsen unter dem Herzen	6	10
Baby wird gekauft	3	4
wurde anders erklärt	3	2
Baby kommt durch Küsselfen	1	0
keine Angabe	1	1

(Abweichungen von der Prozentsumme 100 ergeben sich aufgrund des Rundungsresiduals sowohl hier als auch bei einigen der folgenden Tabellen.)

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 3: Meine Eltern hätten mir mehr über sexuelle Dinge sagen sollen

	Jungen (N = 850) %	Mädchen (N = 1387) %
keine Angabe	1	0
stimmt	70	68
stimmt nicht	29	31

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 4: Haben Sie in den letzten zwei Jahren „Sexualerziehung“ in der Schule erhalten?

	Jungen (N = 850) %	Mädchen (N = 1387) %
keine Angabe	1	0
nie	58	64
ja, einmal	23	18
manchmal	16	16
mit einer gewissen Regelmäßigkeit	2	2

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 5: Welche Bedeutung hatte dieser Sexualunterricht für Sie – gemessen an Ihren persönlichen Interessen und Problemen?

	Jungen (N = 850) %	Mädchen (N = 1387) %
keine Angabe	60	65
große Bedeutung	6	5
einige Bedeutung	17	16
geringe Bedeutung	14	11
keine Bedeutung	2	3

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 6: Wird eine Ausbildung für eine schulische Sexualerziehung als ausreichend empfunden?

	gesamt (N = 866) %	männlich (N = 316) %	weiblich (N = 550) %
keine Ausbildung	41	40	41
unzureichende Ausbildung	43	41	44
ausreichende Ausbildung	16	19	15

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 7: Verhindern persönliche Hemmungen die Durchführung einer Sexualerziehung?

	gesamt (N = 865) %	männlich (N = 318) %	weiblich (N = 547) %
in vielen Fällen	51	50	51
vereinzelt	45	44	46
keine	4	6	3

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 8: Von folgenden Gebieten ist mir noch ziemlich unklar:

(Mehrere Antworten können angekreuzt werden.)

	Jungen (N = 850) %	Mädchen (N = 1387) %
Bau und Wirkungsweise der eigenen Geschlechtsorgane	6	13
Bau und Wirkungsweise der Geschlechtsorgane des anderen Geschlechts	19	33
Zeugung und Empfängnis	5	7
Schwangerschaft und Geburt	6	5
Empfängnisverhütung	26	28
Geschlechtsverkehr	9	15
„alles“ unklar	1	1
nichts unklar	49	41

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

Tabelle 9: Index „Verhaltensrelevantes Wissen“

	Richtige Summe (N = 2 237) %	Beantwortung: Burschen (N = 850) %	Beantwortung: Mädchen (N = 1 387) %
Kann beim männlichen Glied zugleich Samenflüssigkeit und Urin austreten?	68	86	57
Aufgabe des nächtlichen Samenergusses?	52	58	49
Folgen von Selbstbefriedigung	78	80	77
Wann hat die Frau ihre fruchtbaren Tage?	61	45	71
Wie lange bleibt der Samen bei Körpertemperatur zeugungsfähig?	34	31	35
Wann tritt eine Schwangerschaft ein?	85	86	85
Welche Sicherheit haben folgende Verhütungsmittel:			
Pille	79	79	78
Präservativ	47	44	48
Coitus interruptus	29	32	26
Sterilisation	47	58	40
Wo erhält man bei uns Antibabypillen normalerweise?	84	78	88
Sind frühzeitig erkannte Geschlechtskrankheiten heilbar?	85	90	82
Welche Krankheitsanzeichen von Geschlechtskrankheiten kennen Sie?	37	40	35

Quelle: *Mechler: Schülersexualität und Sexualerziehung*.

7.2 Einstellung zu Familienplanung und Kontrazeption

Da bei Erwachsenen im Hinblick auf Familienplanung und Kontrazeption nur eine beschränkte Einflußnahme möglich ist, die hauptsächlich von Angehörigen medizinischer Berufe und von den Massenmedien getragen wird, muß sich das Interesse vor allem auf die Jugendlichen konzentrieren.

Als Problembereiche, in denen bei Jugendlichen Informationsdefizite bestehen, finden sich bei Burschen in der Reihenfolge der Häufigkeit: Empfängnisverhütung, Bau und Wirkungsweise der Geschlechtsorgane des anderen Geschlechts, Geschlechtsverkehr, Bau und Wirkungsweise der eigenen Geschlechtsorgane, Schwangerschaft und Geburt, Zeugung und Empfängnis. Bei Mädchen ist die Reihenfolge mit Ausnahme der ersten beiden Problemkreise identisch; Empfängnisverhütung steht erst an zweiter Stelle (*Mechler*). 26% der Burschen und 28% der Mädchen möchten jedenfalls mehr über Empfängnisverhütung wissen. Als pädagogische Konsequenzen werden daher abgeleitet (Zit. nach *Mechler*):

1. Bereits bei der Vermittlung von sexualbiologischem Wissen wird man verstärkt bemüht sein müssen, den Jugendlichen solches Wissen zu vermitteln, das stärker aufs Handeln bezogen ist und positive Einstellungen zur Sexualität eher möglich macht.
2. Die Schule als Erziehungsinstant darf sich der wichtigen Erziehungsaufgabe sexualpädagogischer Unterweisungen nicht entledigen, indem sie diese an die Eltern delegiert, doch soll sie verstärkt versuchen, die Eltern – besonders auf lange Sicht gesehen – für diese zentrale pädagogische Verpflichtung zu befähigen.
3. Wie die Untersuchungsergebnisse zeigen, wird die Übernahme dieser Aufgabe den Eltern aus unteren sozialen Schichten bzw. vom Land schwerer gelingen, sodaß die Schule vor allem den Jugendlichen aus diesen Schichten und Bereichen durch vermehrte Information gerecht werden soll.
4. Um den Jugendlichen sexualbiologisches Wissen vermitteln zu können, das mehr ist als „Begriffswissen“, wird eine verstärkte Fortführung der schulischen Sexualerziehung nach der Pflichtschule notwendig sein. Erst zu diesem Zeitpunkt können wesentliche Kenntnisse von Empfängnisverhütung, Geschlechtsverkehr, Geschlechtskrankheiten usw. adäquat vermittelt werden, weil die mit beginnenden sexuellen Aktivitäten verbundenen Probleme von den Jugendlichen erst jetzt deutlich gesehen werden.
5. Schließlich wird es notwendig sein, der didaktischen Aufbereitung von Lehrmitteln im Sexualunterricht mehr Sorgfalt zukommen zu lassen, um die Lehrer in dieser schwierigen pädagogischen Aufgabe wirkungsvoller zu unterstützen.

Ähnlich äußerten sich auch österreichische Frauen zur Frage, wann Mädchen über Empfängnisverhütung unterrichtet werden sollen (*Rosenmayr*, Tabelle 1).

Daß aber auch bei Erwachsenen ein Nachholbedarf im Wissen über Empfängnisverhütung besteht, zeigen folgende Ergebnisse einer Untersuchung von *Grafinger* (Tabelle 2): 61% der Arbeiterinnen, 52% der Verkäuferinnen und 53% der Angestellten wollen mehr über Empfängnisverhütung wissen; Arbeiterinnen in kleinen Gemeinden zu 57%, in mittleren zu 55%. Die letzte Gruppe zeigt ein relativ höheres Informationsbedürfnis über Empfängnisregelung, wenn die letzte Schwangerschaft ungeplant eingetreten ist. Erwartungsgemäß sind viele Frauen der unteren sozialen Schichten auch nach unerwünschten Schwangerschaften nicht in der Lage, ihre „Schwächen“ im kontrazeptiven Wissen zu beseitigen, wohingegen etwa Angestellte nach einer ungeplanten Schwangerschaft häufiger einen Arzt oder eine Familienberatungsstelle aufsuchen.

Die Einstellung der Österreicherinnen zu ärztlichen Beratungsstellen ist im allgemeinen positiv (Tabelle 3). Abhängig von der untersuchten Region äußern sich 68 bis 78% der Arbeiterinnen, 77% der Verkäuferinnen und 88% der Angestellten zustimmend. Je höher die Schulbildung, desto mehr Frauen bejahen Beratungsstellen: 92% der Mittelschulabsolventinnen, 81% mit Berufsschulabschluß und 71% mit abgeschlossener Volks- und Hauptschule. Die Bereitschaft zum Besuch einer Beratungsstelle äußern insgesamt 63% der Befragten; von diesen würden 27% gemeinsam mit dem Partner, 36% jedoch lieber allein kommen. Eine Gliederung nach sozialer Schicht und unterschiedlicher Region ergibt nur geringfügige Abweichungen von diesen Mittelwerten.

Über diese allgemeinen Probleme der Familienplanung hinaus wurde auch nach der Einstellung zur Pille, also zur hormonalen Kontrazeption, gefragt. 58% der Frauen äußern sich zustimmend, 19% ablehnend, 23% haben keine eigene Meinung.

Durch die berufliche Gliederung der Befragten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede; es ist jedoch auffällig, daß selbständige Landwirte mit nur 27% bejahenden und 38% ablehnenden Stimmen die negativste Einstellung zur Pille haben.

Mit zunehmendem Alter eigener Kinder steigt der Prozentsatz der Frauen, die die Pille positiv beurteilen. Verständlicherweise betrachten Frauen ab einer bestimmten Kinderzahl die Familiengröße als abgeschlossen und suchen nach einer möglichst effektiven Kontrazeptionsmethode, eben der Pille.

Unter den Bundesländern ist in Wien mit 71% der größte Anteil der Frauen festzustellen, die die Pille bejahen. Die Einstellung zur Familienplanung wurde im Rahmen einer Wiener Untersuchung (*Cserjan*) mit der Frage: „Sind Sie der Meinung, daß ein Ehepaar die Zahl seiner Kinder planen soll? Sind Sie dafür oder dagegen?“ erhoben. 88% aller Wiener (91% der Männer, 86% der Frauen) sprachen sich für diese Familienplanung aus.

Die Einstellung ist altersabhängig: 16- bis 20jährige sind zu 92% dafür, in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren, also nach Beendigung der reproduktiven Phase, noch immer 91%, in der folgenden Dekade jedoch nur mehr 82%, und ab dem 70. Lebensjahr nur 73%. Diese Abnahme wird vor allem bei Frauen deutlich, während immerhin noch 79% der Männer über 70 Familienplanung bejahen. Dies hängt offenbar mit der zunehmenden altersbedingten Distanz zu Problemen der Reproduktion zusammen.

Angehörige höherer sozialer Schichten sind zu 95% positiv eingestellt gegenüber nur 71% in der untersten Schicht. Ein ähnliches Gefälle zeigt sich auch bei Berücksichtigung der Schulbildung. Befragte mit abgeschlossener Hochschulbildung weisen eine besonders positive Einstellung auf (90%). Während Ledige, Verheiratete ohne Kind und Ehepaare mit einem bis vier Kindern den Familienplanungsgedanken durchwegs bejahen, sinkt der Anteil der Befragten mit fünf und mehr Kindern deutlich. Je höher die Zahl der eigenen Kinder, umso weniger Interesse herrscht an Familienplanung (Tabelle 4, 5).

Nicht nur regionale Faktoren und die Determinanten der sozialen Schichtzugehörigkeit haben Einfluß auf die

Einstellung zu Familienplanung und Kontrazeption (*Halber*). Vor allem jungverheiratete Arbeiterinnen und Verkäuferinnen mit Kind, die Sexualität sehr hoch bewerten, betreiben wenig Familienplanung. Arbeiterinnen, denen sexuelle Erfüllung besonders wesentlich ist, neigen – ebenso wie ihre Partner – auch nach einer unerwünschten Schwangerschaft zu einer geringen Sorgfalt bezüglich der Empfängnisverhütung. Sie befinden sich unter den derzeitigen Bedingungen offensichtlich in einem Konflikt zwischen ihren Ansprüchen an die Ehe in sexueller Hinsicht und den Möglichkeiten bzw. der Befähigung zur erfolgreichen Gestaltung des Familienlebens einschließlich einer effizienten Familienplanung.

Die Methoden der Empfängnisverhütung können innerhalb einer Beziehung immer nur von einem Partner angewendet werden, meistens von der Frau (Pille, Intrauterinpessar). Trotzdem besteht kein Zweifel darüber, daß Familienplanung und Kontrazeption ein Problem beider Partner ist. 70% der Frauen halten beide Partner für die Entscheidung über die Anwendung kontrazeptiver Methoden für verantwortlich (*Wimmer*); 23% halten nur die Frau, 7% nur den Mann für zuständig. Besteht eine egalitäre Partnerbeziehung, sind 80% der Frauen für geteilte Verantwortung, in semi-egalitären 75% und in patriarchalischen Partnerschaften nur 61%.

Tabelle 1: Wann sollen Mädchen über Empfängnisregelung unterrichtet werden?

	mit 14 Jahren	mit 16 Jahren	später	keine Antwort
Arbeiterinnen (808)	77%	15%	4%	4%
Verkäuferinnen (225)	78%	19%	1%	2%
Angestellte (346)	74%	23%	1%	2%

Quelle: L. Rosenmayr, Familienplanung, Empfängnisregelung und Einstellung zur Sexualität.

Tabelle 2: Wunsch nach Wissen über Empfängnisverhütung nach Berufsgruppen und Region

	Wollen Sie über Empfängnisregelung mehr wissen?		
	ja	nein	
Arbeiterinnen kleine Gemeinden (= Region 1) (N = 229)	%	-,57	-,33
Arbeiterinnen mittlere Gemeinden (= Region 2) (N = 296)	%	-,55	-,37
Arbeiterinnen Wien (= Region 3) (N = 200)	%	-,61	-,29
Verkäuferinnen (= Region 3) (N = 215)	%	-,52	-,42
Angestellte (= Region 3) (N = 328)	%	-,53	-,43

Quelle: J. Grafinger, Soziologische Aspekte der Familienplanung.

Tabelle 3: Erwünschtheit von Beratungsstellen nach Berufsgruppen und Region

	(n)	ja	nein
Arbeiterinnen Region 1	(229)	-,68	-,23
Arbeiterinnen Region 2	(296)	-,75	-,18
Arbeiterinnen Region 3	(200)	-,78	-,13
Verkäuferinnen Region 3	(215)	-,77	-,18
Angestellte Region 3	(328)	-,88	-,11
		-,78	-,16

Quelle: J. Grafinger, Soziologische Aspekte der Familienplanung.

Tabelle 4: Einstellung zur Familienplanung nach Geschlecht, Alter und sozialer Schicht

	N	dafür %	dagegen %	keine Meinung %	Antwort verweigert %	Summe %
	INSGESAMT (10 000)	88	4	6	1	99
	Männer (4 380)	91	4	5	1	101
	Frauen (3 620)	86	5	8	1	100
ALTER						
16 bis unter 20 Jahre	Insgesamt (509)	92	4	4	1	101
	Männer (259)	89	5	5	0	99
	Frauen (250)	95	2	3	1	101
20 bis unter 30 Jahre	Insgesamt (1 557)	97	1	2	1	101
	Männer (806)	97	1	2	1	101
	Frauen (752)	97	1	2	1	101
30 bis unter 40 Jahre	Insgesamt (1 385)	93	4	3	1	101
	Männer (701)	93	3	3	1	100
	Frauen (684)	92	4	2	1	99
40 bis unter 50 Jahre	Insgesamt (1 625)	92	4	3	1	100
	Männer (735)	93	3	2	1	99
	Frauen (890)	92	4	3	1	100
50 bis unter 60 Jahre	Insgesamt (1 450)	91	4	5	1	101
	Männer (610)	93	3	3	1	100
	Frauen (840)	89	4	6	1	100
60 bis unter 70 Jahre	Insgesamt (1 879)	82	6	10	2	100
	Männer (752)	85	5	7	2	99
	Frauen (1 123)	81	7	11	2	101
70 Jahre und mehr	Insgesamt (1 595)	73	7	17	3	100
	Männer (516)	79	7	12	2	100
	Frauen (1 078)	70	8	19	3	100

		N	dafür %	dagegen %	keine Meinung %	Antwort verweigert %	Summe %
SOZIALE SCHICHT							
A-Schicht	Insgesamt	(1 416)	95	2	2	1	100
	Männer	(779)	95	3	2	1	101
	Frauen	(637)	95	2	2	1	100
B-Schicht	Insgesamt	(3 105)	92	3	3	1	99
	Männer	(1 654)	93	3	3	1	100
	Frauen	(1 451)	92	4	3	1	100
C-Schicht	Insgesamt	(3 230)	88	5	6	1	100
	Männer	(1 453)	89	4	5	2	100
	Frauen	(1 777)	88	5	6	1	100
D-Schicht	Insgesamt	(1 264)	82	5	12	1	100
	Männer	(339)	87	4	8	-	99
	Frauen	(925)	80	6	13	1	100
E-Schicht	Insgesamt	(985)	71	7	19	3	100
	Männer	(155)	73	5	19	3	100
	Frauen	(830)	71	8	19	3	101

Basis: alle Befragten

Quelle: Österr. Institut für Raumplanung, Kinderwunsch und Kinderzahl.

Tabelle 5: Einstellung zur Familienplanung nach Schulbildung und Anzahl der Kinder

		N	dafür %	dagegen %	keine Meinung %	Antwort verweigert %	Summe %
SCHULBILDUNG							
Hochschule	Insgesamt	(453)	90	4	4	1	99
	Männer	(332)	90	5	4	1	100
	Frauen	(121)	90	3	6	1	100
Matura	Insgesamt	(900)	93	3	2	2	100
	Männer	(497)	94	3	2	1	100
	Frauen	(403)	93	3	2	2	100
mit abgeschlossener Berufsausbildung	Insgesamt	(4 232)	91	4	4	1	100
	Männer	(2 268)	92	3	4	1	100
	Frauen	(1 964)	90	4	5	1	100
ohne abgeschlossene Berufsausbildung	Insgesamt	(4 415)	84	5	9	2	100
	Männer	(1 282)	86	5	7	2	100
	Frauen	(3 132)	83	6	10	2	101
ANZAHL DER KINDER							
Ledig	Insgesamt	(1 612)	89	4	6	1	100
	Männer	(816)	91	3	5	1	100
	Frauen	(796)	86	6	6	1	99
Verheiratet ohne Kind	Insgesamt	(2 293)	85	4	9	2	100
	Männer	(911)	89	3	7	1	100
	Frauen	(1 382)	82	5	11	2	100
Verheiratet mit 1 Kind	Insgesamt	(3 117)	89	4	5	1	99
	Männer	(1 338)	92	3	4	1	100
	Frauen	(1 778)	88	4	7	1	100
2 Kinder	Insgesamt	(2 021)	90	4	4	1	99
	Männer	(904)	92	4	3	2	101
	Frauen	(1 117)	89	5	6	1	101
3 Kinder	Insgesamt	(650)	87	6	5	2	100
	Männer	(285)	91	7	2	1	101
	Frauen	(365)	84	6	8	3	101
4 Kinder	Insgesamt	(195)	84	3	12	1	100
	Männer	(88)	85	3	11	1	100
	Frauen	(108)	84	3	12	1	100
5 Kinder und mehr	Insgesamt	(113)	74	10	14	2	100
	Männer	(39)	66	20	10	4	100
	Frauen	(74)	78	5	16	1	100

Basis: alle Befragten

Quelle: Österr. Institut für Raumplanung, Kinderwunsch und Kinderzahl.

7.3 Soziale Gesichtspunkte der Familienplanung

Die frühe Aufnahme sexueller Kontakte bei Jugendlichen geht parallel mit einem Sinken des Menarchealters, was auf gesündere Ernährung, bessere medizinische Versorgung und ganz allgemein verbesserte Umweltbedingungen zurückzuführen ist.

Die Aufnahme sexueller Aktivitäten fällt häufig in die Zeit der Berufsausbildung. Eine Schwangerschaft in dieser Phase hat weitreichende soziale Folgen. Außerdem sind Schwangerschaften in jugendlichem Alter mit zahlreichen medizinischen Komplikationen belastet: Spätgestosen und Schwangerschaftsanämie auf der mütterlichen Seite, Mangelgeburt, untergewichtige Kinder und erhöhte perinatale Mortalität auf der Seite des Kindes. (Grant und Heald, 1972; Kantero, 1976; Niswander und Gordon, 1972).

95 Jugendliche, die bei der ersten Geburt 14 bis 17 Jahre alt waren, wurden hinsichtlich der Änderung ihres sozialen Status befragt (Tabelle 1). Auf die Frage nach dem gewünschten Alter bei der ersten Gravidität – falls sie nochmals die Wahl hätten – geben 20% der 15- und 16jährigen ihr jeweiliges Alter an. Die übrigen tendieren eher zu einem Alter ab dem 20. Lebensjahr. Die Schwangerschaft war häufig Anlaß für eine Eheschließung. Während zum Zeitpunkt der Konzeption das Verhältnis Ledige zu Verheiratete 86:9 beträgt, lautet es bei der Geburt bereits 26:69. Nach der Geburt ist die Chance für eine Heirat merklich reduziert. Auch bei Übersichten der Wiener ehelichen Geburtenzahlen zeigt sich, daß der Anteil der Kinder, die vor der Verehelichung gezeugt und innerhalb der ersten sieben Monate einer Ehe geboren werden, etwa 40% beträgt (List).

Die Selbsteinschätzung über die Ursachen der Schwangerschaft zeigt, daß die meisten Jugendlichen das Risiko einer Schwangerschaft überhaupt nicht bedacht und dementsprechend keine Empfängnisverhütungsmittel angewendet haben. Das Abbrechen einer sicheren Kontrazeptionsmethode folgt an zweiter Stelle. Aus der Aufgliederung ist ersichtlich, daß die genannten Gründe, die zum Absetzen der Kontrazeptionsmethode (Pille) führten, objektiv nicht stichhaltig sind; zahlreiche Fehler hätten durch entsprechende ärztliche Beratung sehr leicht vermieden werden können. Der verbreiteten negativen Einstellung der Ärzte zur oralen Kontrazeption bei Jugendlichen kommt hier ein beträchtliches Maß an Schuld zu. Auch die Fehler bei an sich unzuverlässigen oder – weil zu intellektuell – nur für einen kleinen Personenkreis anwendbaren Methoden wären durch rechtzeitige Information vermeidbar gewesen (Tabelle 2).

Eine Geburt stellt einen deutlichen Einschnitt im sozialen Leben der Jugendlichen dar. Je früher die Schwangerschaft eintritt, umso gravierender wird die berufliche Entwicklung unterbrochen (Tabelle 3). Von den Mädchen, die nach Abschluß der Grundschule schwanger wurden, traten 22 der insgesamt 29 überhaupt nicht mehr in eine Berufsausbildung ein, 6 waren später als Hilfsarbeiterinnen tätig. Eine bereits begonnene Ausbildung wurde in jedem Fall unterbrochen und von 17 der 22 nicht mehr fortgesetzt. Auch die Mittelschülerinnen erreichten das Ziel der Reifeprüfung nicht. In der Aufstellung nicht berücksichtigt sind 31 Jugendliche, von denen 22 als Hilfsarbeiterinnen und 9 als Angestellte tätig waren. Von den Hilfsarbeiterinnen blieben nach der Geburt 8 im

Haushalt, 5 übten ihren Beruf weiter aus, 1 arbeitete als Angestellte, über 8 liegen keine Angaben vor. Von den Angestellten blieben 2 im Haushalt, 3 sind wieder in ihren Beruf zurückgekehrt, 1 arbeitet als Hilfsarbeiterin und über 3 liegen keine Angaben vor.

Die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften bei Jugendlichen ist wegen der Tragweite der sozialen Probleme eines der Hauptanliegen der Familienplanung. Ob eine Schwangerschaft geplant oder ungeplant eingetreten ist, hat noch andere tiefgreifende Folgen. So konnte Haller feststellen, daß Frauen, deren letzte Schwangerschaft „erwartet“ kam, durchwegs glücklicher verheiratet waren. Dies ist vor allem bei Ehen bis zu einer Dauer von zwei Jahren und in der Berufsgruppe der Angestellten signifikant. Es wird weiters geschlossen, daß eine geplante Schwangerschaft ein wichtiger Bestimmungsfaktor für junge Ehen sei und daß anderseits eine fehlende oder nicht effiziente Familienpläneung mitbestimmend für eheliche Probleme jungerheirateter Paare mit Kindern sei.

Darüber hinaus beeinflußt erfolgreiche Familienplanung auch die allgemeine Zufriedenheit der Frau mit ihrer Situation: Frauen in jungen Ehen, deren Schwangerschaft erwartet eintrat, bezeichnen sich in den Berufsgruppen Verkäuferinnen und Angestellte häufiger als „außerordentlich zufrieden“, jene mit ungeplanter Schwangerschaft in den meisten Fällen unzufriedener. Daneben wurde bei Angestellten hochsignifikant festgestellt, daß Frauen in jungen Ehen mit geplanter Schwangerschaft häufiger mit dem Haushaltsgeld gut auskommen, jene mit ungeplanter Schwangerschaft dagegen öfter in finanzielle Engpässe geraten. Daraus ergibt sich ein enger Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zu einer effektiven Familienplanung und der sozio-ökonomischen Lage der Familie; Erfolg und Mißerfolg in einem Bereich beeinflussen auch die Situation der Frau und der Familie im anderen. Es zeigt sich allgemein, daß junge Familien mit Kindern – besonders bei Verkäuferinnen und Angestellten – unter ungünstigeren Bedingungen leben, wenn die Zufriedenheit mit den gegenwärtigen Wohnverhältnissen hinterfragt wird.

Neben dem wirtschaftlichen Aspekt beeinflußt fehlende Familienplanung im jugendlichen Alter auch das weitere reproduktive Verhalten, das – wie aus dem Vorausgegangenen ersichtlich – eng mit den sozio-ökonomischen Bedingungen verknüpft ist. Wenn verheiratete Paare, geteilt nach dem Zeitpunkt der ersten Geburt, untersucht werden, ergeben sich – insbesondere bei den sogenannten „Muß-Ehen“ – deutliche Unterschiede im Hinblick auf sozio-ökonomische Merkmale (Cserjan):

1. Etwa ein Drittel der Arbeiter hat „Muß-Ehen“ geschlossen. Nur die Hälfte der erstgeborenen Arbeiterkinder, aber rund zwei Drittel der erstgeborenen Angestellten- und Beamtenkinder wurden in der Ehe gezeugt und geboren.
2. Maturanten und Akademiker schließen zu etwa einem Viertel „Muß-Ehen“, Männer mit niedriger Schulbildung zu etwa einem Drittel. Zirka die Hälfte aller Pflichtschulabsolventen (49% der Männer und 54% der Frauen) sind „Muß-Ehen“ eingegangen oder haben erst nach Geburt des ersten Kindes geheiratet.
3. Je höher das Haushaltseinkommen, desto geringer ist der Anteil an „Muß-Ehen“.

Auch im Hinblick auf das reproduktive Verhalten ergeben sich deutliche Unterschiede:

1. Je jünger die Befragten bei der Ersteheschließung sind, desto eher gehen sie eine „Muß-Ehe“ ein.
2. Je früher – bezogen auf das Datum der Eheschließung – das erste Kind zur Welt kommt, desto wahrscheinlicher ist die Realisierung einer höheren Kinderzahl. Auch nach 12jähriger Ehe erreicht die durchschnittliche Kinderzahl keine hohen Werte, wenn die Fruchtbarkeit am Beginn der Ehe niedrig war.

Die Vorverlegung der Geburt des ersten Kindes vor die Eheschließung wirkt sich in erhöhter Kinderzahl aus. Die zweithöchste Kinderzahl am Beginn der Ehe weisen jene Befragten auf, die eine „Muß-Ehe“ eingegangen sind. Danach tritt ein „Babyschock“ ein; erst zwischen dem 10. bzw. 12. Ehejahr steigt die durchschnittliche Kinderzahl wieder stärker an.

Im Hinblick auf den Lebensstandard haben jene Ehepaare, deren erstes Kind zwischen 9 und 24 Monaten nach der

Eheschließung geboren wurde, die größten und bestausgestatteten Wohnungen. Der Aufschub der Erstgeburt hat auch zur Folge, daß die Wohnungen durchschnittlich mehr Haushalts- und Gebrauchsgegenstände aufweisen.

Es scheint sich somit ein Kreis abzuzeichnen, der mit früher Aufnahme sexueller Aktivitäten beginnt und mit unerwünschten Schwangerschaften mit vielfach negativen Aspekten in reproduktiver und sozio-ökonomischer Hinsicht weitergeht. *Grafinger* konnte z. B. nachweisen, daß bei Arbeiterinnen auch nach der Geburt eines oder zweier Kinder nach wie vor Coitus interruptus praktiziert wird, während andere Berufsgruppen überwiegend zur Pille greifen. Diese sehr unsichere Methode bedingt neuerliche ungeplante Schwangerschaften; damit schließt sich der Kreis. Wünschenswert wäre es dagegen, durch Anwendung effektiver Empfängnisverhütungsmethoden eine geplante Schwangerschaft zu einem beliebigen Zeitpunkt zu ermöglichen.

Tabelle 1: Alter der 95 Frauen bei der Geburt und das gewünschte Alter für eine Gravidität, falls sie noch einmal die Wahl hätten

Alter bei Geburt	Zahl der Frauen	Gewünschte Alter für Gravidität										Will kein Kind
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
14 Jahre	2					1	1					
15 Jahre	6		1	1		2					1	1
16 Jahre	25	5	1	4	1	7	1	1			4	
17 Jahre	62			12	8	4	20	2	5		8	2
	95	6	13	13	5	20	3	7	1		13	2
												1

Tabelle 2: Angaben der Patientinnen über die Ursache der Gravidität

	Zahl der Fälle	%
1. „Risiko nicht bedacht“	34	35,8
2. Fehler bei Zeitwahl und Coitus interruptus	10	10,5
3. Pille erwogen bzw. versucht, aber	20	21,1
3.1. Angst vor Schädigungen durch die Pille	6	
3.2. Nach Absetzen der Pille (Pillenpause)	5	
3.3. Keine Möglichkeit, Pille zu erwerben	2	
3.4. Unverträglichkeit	2	
3.5. Pille vom Arzt verweigert	2	
3.6. Angst, Pille zu verlangen	1	
3.7. Pille zu teuer	1	
3.8. Pille vergessen	1	
4. Wunschkind	15	15,8
5. Kind als Druckmittel für Heirat	7	7,4
6. Keine Information	4	4,2
7. Arzt: „Schwangerschaft nicht möglich“	1	1,0
8. Keine Angabe	4	4,2
	95	100,0

Tabelle 3: Einfluß der Geburt auf die berufliche Entwicklung

		vorher		Schwangerschaft und Geburt nachher	
		nicht abgeschlossen	abgeschlossen	1	22
Hauptschule				1	22
				keine Berufsausbildung (Haushalt)	
				1 *Beginn einer Berufsausbildung	
				6 Hilfsarbeiter	
Lehre		begonnen		22	17
				nicht fortgesetzt (Haushalt)	
				5 beendet	
Fachschule		begonnen		6	2
				nicht fortgesetzt } 1 Haushalt	
				4 beendet } 1 kaufmännische Angestellte	
		abgeschlossen		2	1 berufstätig
Gymnasium				1 Haushalt	
Fallzahl				3	3 nicht fortgesetzt (3 kaufmännische Angestellte)
				63	

7.4 Methoden der Familienplanung

In einer empirischen Untersuchung an berufstätigen verheirateten Frauen wurden folgende Verhaltensweisen der Österreicherinnen festgestellt (*Grafinger*, 1973, Tabelle 1):

Der Coitus interruptus wird – obwohl er einen hohen Unsicherheitsfaktor aufweist – mit 36% am häufigsten praktiziert. An zweiter Stelle folgen die Methoden der Zyklusbeobachtung (21%) und an dritter die oralen Kontrazeptiva (18%). Inzwischen ist durch die gesetzliche Änderung – Streichung des Intrauterinpessars von der Liste gesundheitsschädigender Medikamente und die Möglichkeit der Sterilisierung bei Mann und Frau – eine neue Situation geschaffen worden, sodaß diese Zahlen wahrscheinlich nicht mehr relevant sind. Eine empirische Untersuchung vergleichbaren Umfangs zum kontrazeptiven Verhalten der Österreicher liegt derzeit nicht vor. Inoffizielle Schätzungen der pharmazeutischen Industrie sprechen von 20 bis 25% Pilleneinnahme bei Frauen in der reproduktiven Phase zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr. Offizielle Angaben dieser Branche über die verkaufte Menge oraler Kontrazeptiva werden in Österreich aus Konkurrenzgründen nicht genannt.

Die vorhandenen Studien sind daher immer nur für kleinere Zahlen kennzeichnend und erscheinen durch die sozialen Charakteristika der untersuchten Population selektiert.

In einer empirischen Untersuchung zu Partnerschaft und Familienplanung in Wien (*Wimmer*) wurde folgende Verteilung gefunden (Tabelle 2 und 3):

97% der Frauen geben an, die Pille zu kennen. Das Intrauterinpessar ist 63% bekannt, das Präservativ 65%; dann folgt der Coitus interruptus. Auch die Zyklusmethode (Beachtung der sicheren und unsicheren Tage) ist entsprechend ihrer häufigen Erwähnung in vielen Aufklärungsschriften und Lehrbüchern mit 40% relativ stark vertreten. Dagegen sind die Basaltemperaturmessung als eine ausgesprochen komplizierte und intellektuelle Methode sowie die chemischen Verhütungsmittel wenig bekannt. Der Grad der bisherigen Anwendung geht mit der Kenntnis nicht ganz parallel. Während immerhin 76% der Frauen die Pille einnehmen und 68% Coitus interruptus sowie 57% auch die Zyklusmethode praktizieren, sind Intrauterinpessare nur mit 9% vertreten. Dies hängt nicht nur mit der Neuheit dieser Methode zusammen, sondern vor allem damit, daß das Intrauterinpessar erst seit dem Jahr 1973 gesetzlich zugelassen ist.

Frauen im Alter von 20 und 40 Jahren wenden die meisten Kontrazeptionsmethoden an; sie entscheiden sich auch häufiger für sichere Methoden. Frauen unter 20 und über 40 Jahren liegen in der Häufigkeit der Anwendung sowie hinsichtlich der Sicherheit der gewählten Antikonzepiva deutlich darunter. Die Abnahme der Anwendung oraler Kontrazeptiva mit zunehmendem Alter ist signifikant: 80% der Frauen unter 20 haben die Pille zumindest einmal angewendet, über 40 nur mehr 50%. Das Intrauterinpessar wird von der Altersgruppe unter 20 und jener über

40 Jahren überhaupt nicht verwendet, die Zyklusmethode (Knaus/Ogino) von 23% der Frauen in der 3. Dekade und 38% in der 4. Dekade, über 40 nur zu 10% und unter 20 nur zu 4%.

Mit steigender gesellschaftlicher Integration nimmt sowohl die Zahl der angewendeten Empfängnisverhütungsmittel als auch deren Sicherheit zu. Die am schwächsten integrierten Frauen verwenden seltener die Pille, praktizieren jedoch häufiger Coitus interruptus zur Empfängnisregelung. Im Gegensatz zur Untersuchung von *Grafinger* (1973) stellt *Wimmer* nur einen geringen Einfluß der religiösen Bindung auf die Wahl der Empfängnisverhütungsmethode fest.

Eine Übersicht aus einer Familienberatungsstelle in Wien (*Beck*), die über die Klienten dieser Klinikambulanz Aufschluß gibt (Tabelle 4), zeigt einen Anstieg der Pilleneinnahme von 36,4% im Jahr 1969 auf 67,3% im Jahr 1975. Das Intrauterinpessar wird von je 2,3% in den Jahren 1973 und 1974 verwendet, im Jahr 1975 von 1,9%. 4,4% praktizieren im Jahr 1975 Coitus interruptus. Das Klientel dieser Beratungsstelle bilden überwiegend Schülerrinnen (1975: 24,3%), Hausfrauen (23,8%) und Angestellte (31,6%; Tabelle 5). Die erhobenen Daten beziehen sich auf die Großstadtbevölkerung und sind durch die Nähe allgemeinbildender höherer Schulen, der Universität und ihren Instituten sowie der innerstädtischen Bezirke mit zahlreichen kaufmännischen Betrieben nicht repräsentativ für Wien. Trotzdem dürften diese Zahlen einen allgemeinen Trend wiedergeben: einen relativ hohen Anteil von Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen, und eine zunehmende Anzahl von Trägerinnen eines Intrauterinpessars.

Der Wunsch nach Sterilisierung wird immer häufiger an die Ärzte herangetragen. Aus der Frequenzanalyse 1977 von 137 Familienberatungsstellen in Österreich ergibt sich, daß dieses Thema bei 1 533 Frauen und 84 Männern Gegenstand der Beratung war.

Eine Risikogruppe hinsichtlich des kontrazeptiven Verhaltens stellen die Jugendlichen dar. Im Jahr 1974 wurde eine Repräsentativumfrage zum Sexualverhalten Jugendlicher durchgeführt (*Mechler*). Männliche Angehörige der 10. bis 12. Schulstufe haben in 69% „immer“ für Empfängnisverhütung gesorgt, in 16% häufig und in 15% „nie oder selten“; Mädchen derselben Altersgruppe in 70% „immer“, 15% „häufig“ und ebenfalls 15% „nie oder selten“. Über die Art der kontrazeptiven Maßnahmen geben bei den Jungen knapp ein Drittel die Pille an, ebensoviel das Präservativ, 17% die Zykluskontrolle und weitere 17% den Coitus interruptus. Mädchen nennen mit 39% an erster Stelle die Pille, 22% die Methoden der Zyklusbeobachtung, 22% Coitus interruptus und 13% das Präservativ.

Die Autoren schließen aus diesem kontrazeptiven Verhalten und aus einer Befragung über die Kenntnis der einzelnen Kontrazeptionsmethoden, daß viele Jungen und Mädchen über Verhütungsmethoden nicht oder nur ungenau Bescheid wissen. Trotzdem reicht diese Tatsache für die hinlängliche Erklärung der mangelhaften Anwendung nicht aus.

Tabelle 1: Die hauptsächlich verwendeten Methoden der Kontrazeption nach Berufsgruppen und Region

		Pille	Zyklus	Kondom	C. I.	keine Mittel	k. A.
Arbeiterinnen							
Region 1	(236)	-,08	-,20	-,03	-,43	-,07	-,19
Arbeiterinnen							
Region 2	(304)	-,12	-,18	-,02	-,41	-,07	-,20
Arbeiterinnen							
Region 3	(203)	-,19	-,17	-,02	-,36	-,06	-,18
Verkäuferinnen							
Region 3	(220)	-,19	-,26	-,03	-,37	-,06	-,09
Angestellte							
Region 3	(340)	-,31	-,28	-,08	-,22	-,03	-,08
	(1 303)	-,18	-,21	-,04	-,36	-,06	-,15

Quelle: J. Grafinger, Soziologische Aspekte der Familienplanung.

Tabelle 2: Anwendung empfängnisverhütender Methoden in Abhängigkeit von der Kenntnis (in %)

Methode	Versagerquote (Pearl-Index)	Kenntnis der Methode	davon angewandt
Pille	0-0,8	97%	76% N = 183)
Pessar (IUP)	3,5 und besser	63%	9% N = 120)
Präservativ	3-14	65%	48% N = 122)
Basaltemperatur	11	19%	34% N = 35)
Coitus interruptus	8-18	53%	68% N = 100)
Chem. Methode	8-18	19%	43% N = 43)
Zyklusmethode	24-38	40%	57% N = 75)

Quelle: H. Wimmer, Partnerschaft und Familienplanung.

Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl bekannter und jemals angewandter Methoden der Empfängnisverhütung in Abhängigkeit vom Typ der Partnerschaft

	egalitär	Partnerschaft semi-egalitär	patriarchalisch	
durchschnittliche Anzahl bekannter Methoden	4,5	3,7	3,1	
davon sichere Methoden	2,8	2,6	2,1	Ø = ,028
durchschnittliche Anzahl angewandter Methoden	2,6	1,7	1,7	
davon sichere Methoden	1,6	1,2	1,0	Ø = ,074

Quelle: H. Wimmer, Partnerschaft und Familienplanung.

Tabelle 4: Die während der Beratungsgespräche erhobene medizinische Situation und die angegebene bisherige Methode der Kontrazeption. Prozentuelle Verteilung

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Pille	36,4	47,8	56,6	57,3	65,9	70,9	67,3
IUD		1,5	0,4	1,6	2,3	2,3	1,9
Kondom	6,8	1,5	0,4	1,6	1,0	1,6	1,1
Zeitwahl	18,8	15,3	9,4	9,7	6,8	3,3	2,4
Coitus interruptus	6,8	4,9	5,3	8,4	4,7	3,3	4,4
andere	0,6	0,5	0,8		0,2	0,8	1,1
keine Angabe	10,2	5,4	9,8	2,6	4,7	3,5	4,7
keine	20,5	19,7	11,9	11,3	7,6	7,4	5,0
noch kein GV (V.I.)		0,5	0,4	2,9	1,2	2,0	2,3
Grav. bei 1 Ko.		2,5	4,1	3,2	4,5	4,1	6,9
postpartal		0,5	0,8	1,3	0,8	0,8	2,1
post interruptionem					0,2		0,8

Quelle: Beck.

Tabelle 5: Die Aufschlüsselung nach dem Beruf. Die Zahlen geben prozentuelle Verteilung an

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Schülerin	17,6	18,2	18,4	22,7	21,4	19,5	24,3
Lehrling			1,6	1,3	3,1	2,7	3,7
Hausfrau	35,2	40,4	41,8	27,8	26,1	24,4	23,8
Angestellte	35,8	24,6	25,4	26,9	31,2	32,8	31,6
Selbständige	1,1	1,5	1,2	1,0	1,9	1,4	1,1
Facharbeiter	3,4	5,4	2,1	5,2	3,9	5,1	3,4
Hilfsarbeiter	4,0	8,4	6,2	14,2	7,8	10,2	7,7
Akademiker	1,1	0,5	1,6	1,0	1,9	2,5	1,3
Pension (Fürsorge)	0,6				0,6	0,4	0,5
Keine Angabe	1,1	1,0	1,6		2,3	1,0	2,6

Quelle: Beck.

8 SCHWANGERSCHAFT – SÄUGLING

8.1 Morbidität und Mortalität der Mutter

Im Jahr 1976 betrug die Zahl der Lebendgeburten 87 446, die der Totgeburten 683. Genaue Angaben über die Krankheitsbelastung von Schwangerschaft und Wochenbett stehen nicht zur Verfügung. Einigen Aufschluß darüber gibt nur die Statistik über die Krankenbewegung an den österreichischen Krankenanstalten¹¹⁾. Nach normalen Entbindungen wurden aus den Spitälern 77 383 Frauen entlassen. Nach Komplikationen der Entbindung und des Wochenbetts 7 127. Das zeigt, daß rund 96% der Entbindungen im Spital stattgefunden haben und daß die Belastung durch Komplikationen bei rund 9% liegt. Dazu kommen noch 25 416 Entlassungen nach Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen (der Anteil der spontanen Fehlgeburten ist nicht gesondert ausgewiesen) sowie 13 723 Entlassungen nach anderen Anomalien der Schwangerschaft. Die Krankenstandsstatistik für 1977 weist 27 272 Krankenstände wegen Krankheiten und Anomalien der Schwangerschaft, d. s. 3,4% der Krankenstände von unselbstständig erwerbstätigen Frauen überhaupt auf. Die Krankenstände dauerten durchschnittlich rund 16 Tage. Aus diesen Daten ist zu schließen, daß Schwangerschaft und Wochenbett noch immer mit einer relativ hohen Morbidität verbunden sind. Als wesentliche Krankheitsbilder werden Eisenmangel und Anämie, Schwangerschaftsstörungen, wie Schwindel, Abgeschlagenheit, Übelkeit und Erbrechen (Gestosen), Infektionen, Thromboembolien, Herz- und Kreislaufversagen, Blutungen, Toxikosen, Hormonstörungen, Pelvoopathien sowie Psychosen festgestellt. Neben körperlichen Faktoren sind vor allem die sozialen Umstände sowie die Einstellung der Frau und ihres Partners zur Schwangerschaft für den Verlauf von Schwangerschaft und Wochenbett maßgeblich. So gilt es als wissenschaftlich erwiesen, daß Schwangerschaftserbrechen vielfach eine Protestreaktion darstellt: gegen den Partner, gegen die wirtschaftliche Belastung, allenfalls gegen die unerwünschte Schwangerschaft. Ebenso kann der spontane Abortus psychische Ursachen haben. In den drei Jahren des Bestehens der psychosomatischen Ambulanz an der II. Universitätsfrauenklinik in Wien haben 7,6% aller Patientinnen, die in diesem Zeitraum die Ambulanz aufsuchten, eine Geburt oder auch eine wenig gewünschte Schwangerschaft als mögliche auslösende Ursache für ihre Beschwerden angegeben. Bei weiteren 7% der Frauen ergaben sich in der Anamnese und aus ihren Verhaltensweisen, z. B. in der Art, wie sie über ihre Kinder sprachen, wie sie ihre Einstellung zum Kind demonstrierten, deutliche Hinweise darauf, daß es sich um wenig gewünschte Schwangerschaften handelte, wobei sich an die Geburt eine langanhaltende subdepressive Phase anschloß.

Unter Müttersterblichkeit versteht man die Zahl der Frauen, die infolge von Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts sterben. Diese Zahl wird auf je 100 000 Lebendgeborene bezogen und in ‰ ausgedrückt.

Aus den hiezu vorliegenden Daten ist zu entnehmen, daß die Müttersterblichkeit in Österreich von 327,9 ‰ im Jahr 1946 auf 18,7 ‰ im Jahr 1977 zurückgegangen ist. Besonders drastisch war der Rückgang in der ersten Nachkriegszeit bis etwa zur Mitte der fünfziger Jahre. Am

¹¹⁾ Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich 1976; Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz.

auffälligsten ist der Rückgang der Todesrate nach Fehlgeburten. Sie war bis 1950 höher als die aller anderen Todesursachen und bewegt sich seither mit diesen auf etwa gleichem Niveau. Die Rate der Todesfälle steigt nach wie vor mit zunehmendem Alter der Mutter bei der Entbindung an. Unter dem Durchschnitt liegt die Müttersterblichkeit nur bei Frauen unter 30 Jahren (Tabellen 1 bis 3).

8.2 Schwangerschaftsabbruch

Seit 1. Jänner 1975 bleibt ein Schwangerschaftsabbruch während der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft straffrei, wenn er von einem Arzt nach vorhergehender ärztlicher Beratung vorgenommen wird. Nach dem Ablauf von drei Monaten kann die Schwangerschaft nur mehr aus bestimmten Indikationen straffrei abgebrochen werden. Das Motiv der Regelung war, schwangere Frauen in Konfliktsituationen aus der Isolation der Kriminalität zu lösen, ihnen die Möglichkeit zu geben, sich über ihre Situation eingehend zu beraten und eine freie, nicht von Strafverfolgung bedrohte Entscheidung zu treffen. Es sollte nicht der Schwangerschaftsabbruch bestraft, sondern durch familien- bzw. sozialpolitische Maßnahmen dazu beigetragen werden, Ursachen für Schwangerschaftsabbrüche zu beseitigen. Diesem Ziel dienten vor allem eine entscheidende Verbesserung der Vorsorgen für die werdende Mutter und das Kleinkind, zusätzliche Hilfen für alleinstehende Mütter, die weitergehende Aufhebung der rechtlichen Diskriminierung des unehelichen Kindes, die Erleichterung der Adoption¹²⁾ und die Förderung von Familien- bzw. Partnerberatungsstellen durch den Bund, verbunden mit einer intensiven Werbung für den Gedanken der Familienplanung und der Verbreitung von Informationen über Empfängnisregelung¹³⁾.

Ähnliche strafrechtliche Regelungen bestehen derzeit in Italien, Frankreich, Dänemark, Schweden, in den Vereinigten Staaten von Amerika, in der Deutschen Demokratischen Republik und in der Sowjetunion.

Erste Aufschlüsse über soziale Zusammenhänge und Motive des Schwangerschaftsabbruches geben die Studien „Geburt oder Abtreibung“ von Rainer Münz und Jürgen M. Pelikan¹⁴⁾ und eine empirische Untersuchung über Motive zum Schwangerschaftsabbruch von B. Wimmer/Puchinger und B. Moser¹⁵⁾. Münz und Pelikan befragten im Jahr 1975 250 Wiener Frauen, die bereits einmal schwanger gewesen waren. Die Angaben dieser Frauen erstrecken sich daher auf einen Zeitraum, der vor dem Inkrafttreten des neuen Strafgesetzbuches lag. 48% der Frauen hatten einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche hinter sich. Nur 26% ihrer Schwangerschaften waren geplant, 66% wurden jedoch ausgetragen. Die Entscheidung über Austragen oder Abbruch ihrer Schwangerschaft steht in engem Zusammenhang mit einer Reihe sozialer Faktoren. Am häufigsten werden Erstschwangerschaften ausgetragen, der Anteil der Abbrüche steigt mit der Zahl der Schwangerschaften bzw. der vorhandenen Kinder. Das

¹²⁾ Nähere Ausführungen in den Heften „Familie und Recht“ und „Die wirtschaftliche Situation der Familie“.

¹³⁾ Weitere Ausführungen dazu im Abschnitt 5.4.1 dieses Heftes.

¹⁴⁾ Verlag Jugend und Volk, „Gesellschaftswissenschaftliche Studien, Bevölkerung – Gesundheit – Soziales“.

¹⁵⁾ Im Auftrag des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Geburtenregelung und Schwangerenbetreuung.

Alter der Frauen hat relativ wenig Einfluß auf diese Entscheidungen, am häufigsten endeten Schwangerschaften von Frauen unter 20 Jahren mit der Geburt eines Kindes. Von wesentlichem Einfluß war die Partnersituation. Von den ledigen Frauen ohne festen Partner wurde nur ein Drittel der Schwangerschaften ausgetragen. Ledige Frauen mit festem Partner trugen rund 70% ihrer Schwangerschaften aus, verheiratete Frauen trugen 94% der Erstschwangerschaften und 65% aller Schwangerschaften aus. Bei verwitweten oder geschiedenen Frauen führten 71% aller Schwangerschaften zur Geburt der Kinder. Allein im Haushalt lebende Frauen hatten einen größeren Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen zu verzeichnen als Frauen, die mit den Eltern oder mit dem Partner im gemeinsamen Haushalt lebten. Frauen mit geringer beruflicher Qualifikation hatten in einem wesentlich geringeren Maß Schwangerschaftsabbrüche hinter sich (rund 20% der Schwangerschaften) als Frauen mit hoher beruflicher Qualifikation (rund 48% der Schwangerschaften). Besonders deutlich wird dieser Unterschied bei Frauen unter 25 Jahren. Eine große Rolle spielte die noch nicht vollendete Berufsausbildung. Frauen, die sich noch in Berufsausbildung befanden, brachen rund die Hälfte der Schwangerschaften ab. Erwerbstätige Frauen trugen 71% aller Schwangerschaften aus. Hausfrauen trugen 100% der Erstschwangerschaften, jedoch nur 68% aller ihrer Schwangerschaften aus. Es zeigt sich also, daß die Partnersituation, die Tatsache des allein- oder nicht alleinlebens, die berufliche Qualifikation, die noch nicht vollendete Berufsausbildung und die Kinderzahl entscheidenden Einfluß auf das Verhalten von Frauen im Fall einer Schwangerschaft hatten.

In der Studie von *Wimmer/Puchinger und Moser* wurden 54 schwangere Frauen, die die Schwangerschaft abbrechen wollten, zum Zeitpunkt der Beratung – etwa 5 bis 10 Tage vor dem Abbruch – befragt. Von diesen Frauen waren 52% verheiratet, 56% hatten bereits Kinder, soweit sie verheiratet waren, im Durchschnitt zwei. Rund drei Viertel der Frauen waren berufstätig, 22% waren Hausfrauen. Zur Schwangerschaft führte in 53% der Fälle die „Pillenpause“, in der nur für ungenügende Empfängnisverhütung gesorgt wurde, 34% hatten in irgendeiner Form „aufgepaßt“. 93% der Frauen hatten mit dem Partner über die Schwangerschaft, 87% auch über den geplanten Abortus gesprochen. In mehr als der Hälfte der Fälle wünschten beide Partner den Abbruch, bei einem Viertel der Befragten wollte eher der Mann das Kind, die Frau nicht, bei einem weiteren Viertel verhielt es sich umgekehrt. Als Gründe für den Abbruch spielten situative Zwänge, vor allem die berufliche Situation, die noch nicht vollendete Berufsausbildung, eine große Rolle. Besonders stark waren diese Motive bei ledigen bzw. alleinstehenden Frauen und Frauen ohne Kinder. Bei verheirateten Frauen spielte auch die Zahl der bereits vorhandenen Kinder eine große Rolle. Darüber hinaus wurden ungünstige Wohnsituation, Alter, Krankheit und zu erwartende familiäre Belastungen als Gründe für den Abbruch genannt. An zweiter Stelle stehen psychische Begründungen, wie das Gefühl, für ein Kind nicht reif genug zu sein, die Befürchtung, dem Kind keine richtige Familie bieten zu können und anderes. An dritter Stelle kommen Probleme im Zusammenhang mit dem Partner. Vor allem, daß die Beziehung nicht für gut genug gehalten wird, um ein Kind zu bekommen. Bei ledigen Frauen bzw. Alleinverdienerinnen und Frauen, die als Hilfsarbeiterinnen oder unterge-

ordnete Angestellte arbeiten, überwog die Partnerschaftsproblematik die psychischen Probleme. 54% der Frauen wußten, daß es Familienberatungsstellen gibt, ihre Tätigkeit wurde auch überwiegend positiv eingeschätzt. Trotzdem hatten 90% der Frauen ihre Entscheidung in Gesprächen mit dem Partner oder den Eltern oder anderen Personen ihrer Umgebung getroffen, bevor sie eine Beratungsstelle aufsuchten.

Diese Untersuchungen sind zweifellos fortzusetzen. Bereits die ersten Ergebnisse zeigen aber, daß neben sozial- bzw. familienpolitischen Maßnahmen vor allem die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften wesentlich für die Eindämmung des Schwangerschaftsabbruches ist. Vor allem die Werbung für den Gedanken der Familienplanung sowie die Information über die Beratungsstellen und über Empfängnisregelung muß weiter ausgebaut werden.

Die Statistik über die Müttersterblichkeit weist Todesfälle nach Fehlgeburten nicht getrennt nach spontanem Abortus und Schwangerschaftsabbruch aus. 1977 starben von 16 Frauen 3 an Fehlgeburten, 1 an Blutungen, 3 an Sepsis und 9 an anderen Komplikationen der Geburt und des Wochenbetts. Die Morbidität des Schwangerschaftsabbruches ist schwer zu beurteilen. Rund 10% der Schwangerschaften, die abgebrochen werden, sind nach den Erfahrungen der Ignaz Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien nicht als normal entwickelt zu betrachten. Bei Schwangerschaftsabbrüchen während der ersten drei Monate treten in etwa 4% der Fälle Beschwerden auf. Davon stellt rund jeder zehnte Fall eine ernste Komplikation dar. Die Komplikationsrate hängt sehr stark von der angewendeten Methode ab. Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach den ersten drei Monaten (in Österreich nur aus bestimmten Indikationen erlaubt) steigen die Komplikationen an Grad und Schwere rapid an und betragen im Durchschnitt das Vierfache. Vermehrt kommen Komplikationen auch dann zustande, wenn gleichzeitig mit dem Schwangerschaftsabbruch eine Sterilisation durchgeführt wird. Bei Spätkomplikationen (z. B. Frühgeburt nach Schwangerschaftsabbruch) ist die Frage, wieweit hier kausale Zusammenhänge bestehen oder auch andere Faktoren eine Rolle spielen, nicht einwandfrei zu klären. Zur Problematik der seelischen Folgen des Schwangerschaftsabbruchs liegt in Österreich kein statistisches Material vor. Untersuchungen aus den USA, Großbritannien, Skandinavien und der Schweiz¹⁷⁾ zeigen, daß bei zwei Dritteln bis 80% der Frauen keine seelischen Nachwirkungen zu verzeichnen waren, 15 bis 25% der Frauen zeigten leicht negative, sich bald normalisierende Reaktionen, bei 4 bis 9% traten schwere, langandauernde oder chronische Reaktionen auf. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Frage, unter welchen Bedingungen diese verschiedenen Verarbeitungsformen zustande kommen. In der folgenden Tabelle sind wesentliche Faktoren aufgelistet, die eine günstige und ungünstige Prognose bewirken können, und solche, die als belanglos anzusehen sind. Statistisch abgesichert sind dabei nur zwei Bedingungen: Weitgehende soziale Isolation und starke religiöse Bindung bilden nachweislich Umstände, die eine seelische Fehlentwicklung nach einem Schwangerschaftsabbruch fördern oder begünstigen:

¹⁷⁾ Zusammengefaßt von *P. Peterson* (1977) in „Seelische Folgen nach legalem Schwangerschaftsabbruch“; Deutsches Ärzteblatt und ärztliche Mitteilungen 7418 S. 1205 bis 1212 und *W. Buck* (1976) in „Psychische Zustände des legalen Schwangerschaftsabbruches“ Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover 1976.

Bedingungen für die seelischen Folgen von legalem Schwangerschaftsabbruch (Prognostische Faktoren)

günstige Bedingungen

ungünstige Bedingungen

ohne Belang

I. Statistisch abgesichert:psychologisch
sozialpsychologisch
ledigalleinstehend, ledig, ohne familiären
Halt

Intelligenz

starke religiöse Bindung, besonders
Katholikin

Erziehung

erneute Schwangerschaft

II. Erscheint wahrscheinlich, aber ist statistisch nicht abgesichert:

psychologisch

Debile

schwere psychische Störungen
(Psychosen, Psychopathien,
Oligophrenien)ausgeglichene, sthenische, psychisch
vitale, robuste Persönlichkeitsensitive, selbstunsichere, infantile,
depressive, psych-asthenische,
schwernehmerische Persönlichkeit
ängstlich, anankastisch-zwanghaft,
hysterisch, masochistisch

unreif, unmütterlich

reif, mütterlich

starke, zielgerichtete Motivation, volle
Kooperation mit Arztgeringe Eigenmotivation, Wankelmut,
von anderen gedrängt

sozialpsychologisch

Unterstützung und Gelegenheit zur
Aussprache

sozialer Streß

Rasse

Unterstützung durch Ärzte

Ressentiments durch Ärzte

überlastete Multipara

finanziell schlecht gestellt

Indikation:

organisch

psychiatrisch

Indikation

sozial-medizinisch-psychiatrisch-so-
zial-psychiatrisch

Zeitpunkt der Schwangerschaft

erstes Trimester

zweites Trimester

chirurgisches Vorgehen

Dilatation und Kürettage

Amnion-Infusion

III. Infolge unterschiedlicher Angaben unklar:

je älter, je besser

Unter 16 Jahren, vorher 0–1 Kind,
unglückliche Kindheit der FrauAlter, vorher kinderlos oder nicht
unglückliche Kindheit

Anmerkung: Die Angaben über günstige oder ungünstige Bedingungen sind teilweise widersprüchlich, weil sie von verschiedenen Autoren (mit verschiedenartiger Untersuchungsmethodik) gemacht sind. Trotz der Widersprüchlichkeit sind sie hier aufgelistet, nicht zuletzt um dem Leser die Relativität statistisch ermittelter Faktoren – und damit die unbedingte Bezogenheit auf die jeweils einmalige Situation – ins Bewußtsein zu rufen.

Große Bedeutung kommt auch dem Umstand zu, ob der Eingriff kriminalisiert ist oder nicht bzw. unter welchen Rahmenbedingungen Beratungsgespräche und Schwangerschaftsabbruch vor sich gehen.

Eine Arbeitsgruppe innerhalb der Internationalen Gesellschaft für Familienplanung (IPPF), die sich mit der Problematik des Schwangerschaftsabbruches beschäftigte, hat die Einstellung dieser internationalen Organisation zu diesem Thema in einigen Punkten zusammengefaßt, die hier abschließend wiedergegeben werden soll:

1. Kontrazeption ist auf jeden Fall dem Schwangerschaftsabbruch vorzuziehen.
2. Das Sich-Verlassen auf Schwangerschaftsabbruch ist keine verantwortungsbewußte Methode von Familienplanung.
3. Eine legale und von geschulten Personen vorgenommene Schwangerschaftsunterbrechung ist einer illegalen vorzuziehen,
4. es soll die Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung geben und anderseits soll jede Unterstützung einer Frau gewährt werden, die eine Schwangerschaft austragen möchte und dabei Probleme hat (Ethical Aspects of Abortion, some European Views, Regional working group, IPPF, Europe, 1976).

8.3 Mortalität und Morbidität von Säuglingen

Die Zeit seit der Jahrhundertwende ist von einem starken Rückgang der Zahl der Totgeborenen und der Säuglingssterblichkeit gekennzeichnet. Entfielen 1900 auf 1 000 Lebendgeborene noch 35,3 Totgeborene, so waren es 1977 nur noch 7,9, d.s. 22,4% des Wertes um die Jahrhundertwende (Tabelle 4). Noch drastischer verlief die Entwicklung bei der Säuglingssterblichkeit. Sie ging von 211,5 auf 1 000 Lebendgeborene im Jahr 1900 auf 16,8 im Jahr 1977, d. h. auf 7,9% des Wertes der Jahrhundertwende zurück. Die neonatale Sterblichkeit reduzierte sich um 85%, die postneonatale um 96% (Tabelle 5).

Als lebendgeboren gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer eine Leibesfrucht dann, wenn nach Austritt aus dem Mutterleib entweder die natürliche Lungenatmung einsetzt oder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert hat. Als totgeboren oder in der Geburt verstorben gilt eine Leibesfrucht dann, wenn keines der unter Lebendgeborenen angeführten Zeichen vorhanden oder die Frucht mindestens 35 cm lang ist.¹⁸⁾

Unter neonataler Sterblichkeit versteht man die Zahl der Sterbefälle von Kindern im Alter von unter einem Monat, bezogen auf die Zahl der im Beobachtungszeitraum Lebendgeborenen. Als postneonatale Sterblichkeit bezeichnet man die Zahl der Sterbefälle von Kindern im 2. bis 12. Lebensmonat, bezogen auf die Zahl der im Beobachtungszeitraum Lebendgeborenen. Im Begriff perinatale Sterblichkeit wird die Zahl der Totgeborenen und der in der ersten Lebenswoche Gestorbenen, bezogen auf die Zahl der im Beobachtungszeitraum Lebendgeborenen, zusammengefaßt. Unter Säuglingssterblichkeit wird die Zahl der Sterbefälle von Kindern im Alter von unter einem Jahr, bezogen auf die Zahl der im Beobachtungszeit-

raum Lebendgeborenen, verstanden. (Die Säuglingssterblichkeit setzt sich aus zwei Komponenten, der neonatalen und postneonatalen Mortalität, zusammen.)¹⁹⁾

8.3.1 Säuglingssterblichkeit im Zeitablauf während des ersten Lebensjahres

Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr hat keine homogenen Ursachen; während im postneonatalen Abschnitt eindeutig exogene Faktoren das Bild bestimmen und die Sterblichkeit in dieser Altersstufe beim heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis durch gezielte Maßnahmen der Umwelt verhältnismäßig einfach unter Kontrolle gebracht werden kann, trifft dies für die neonatale und perinatale Periode, wenn überhaupt, so doch in bedeutend geringerem Ausmaß zu. Die in diesen beiden Lebensabschnitten ausschlaggebenden endogenen Faktoren haben bisher den Bemühungen um eine einschneidende Senkung zähen Widerstand entgegengesetzt. Für eine Beurteilung der künftigen Aussichten ist es unerlässlich, den rückläufigen Verlauf der Säuglingssterblichkeit nicht nur für das erste Lebensjahr als Ganzes, sondern für diese drei Perioden getrennt zu analysieren. Die mit Abstand stärkste prozentuelle Verringerung hat erwartungsgemäß die postneonatale Sterblichkeit zu verzeichnen. Die Hälfte der Abnahme der Säuglingssterblichkeit seit 1946 ist auf die Herabsetzung der postneonatalen Mortalität zurückzuführen.

Für die Wandlung der Aufgaben, denen sich die Gesundheitsverwaltung heute gegenüber sieht, sind noch folgende Zahlen charakteristisch:

Lebensabschnitt	Von 1 000 Totgeborenen und im ersten Lebensjahr Gestorbenen				
	1946	1956	1966	1976	1977
Perinatal	491	657	740	706	708
Neonatal	420	437	499	489	432
Postneonatal	363	269	202	211	199

Der Anteil der perinatalen Mortalität hat sich demnach von etwas weniger als die Hälfte auf etwa drei Viertel des Gesamtausfalles im Durchschnitt der letzten Jahre erhöht.

Daß eine Herabsetzung der perinatalen Sterblichkeit durchaus möglich ist, zeigt die Entwicklung der letzten Jahre; sie wurde von 29,8 im Jahre 1966 auf 17,5 im Jahre 1977 gesetzt (Tabelle 6).

8.3.2 Regionale Unterschiede

Von besonderer Bedeutung ist die Betrachtung der Säuglingssterblichkeit im Hinblick auf ihre Differenzierung nach Bundesländern, mitunter sogar nach politischen Bezirken. Es können damit noch Herde mit relativ hoher Säuglingssterblichkeit aufgedeckt werden, was für eine gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung zu beachten ist. Allerdings ist zuzugeben, daß bei Erreichung optimaler Werte Streuungen kaum mehr eine Rolle spielen. So kann beispielsweise auf eine gemeindeweise Betrachtung wegen der kleinen Grundzahlen im allgemeinen verzichtet werden. Um immer wieder auftretenden Mißverständnissen vorzubeugen, sei betont, daß sowohl lebendgeborene als auch gestorbene Säuglinge am ständigen Wohnort ihrer Eltern (bei unehelichen der Mutter) gezählt werden.

¹⁸⁾ Bundesgesetzblatt Nr. 214, Bundesgesetz vom 5. Juli 1961.

¹⁹⁾ Amtliche Publikationen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes. Diese Definitionen entsprechen im allgemeinen den einschlägigen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation.

Angaben über die Säuglingssterblichkeit in den Bundesländern seit 1955/59 enthält Tabelle 7, sie zeigt, daß die Werte in den einzelnen Bundesländern derzeit zwischen 13,6 (Tirol) und 18,6 (Wien) schwanken. Seit der zweiten Hälfte der fünfziger Jahre ist die Säuglingssterblichkeit durchschnittlich um 60% zurückgegangen; am stärksten ausgeprägt war die Entwicklung im Burgenland mit -70% und in Kärnten mit -66%.

Eine zusammenfassende Darstellung nach politischen Bezirken (Tabelle 8) zeigt, daß 1955/59 kein einziger Bezirk eine Säuglingssterblichkeit von weniger als 25% aufwies. Heute liegen die meisten Bezirke unter dieser Grenze. Eine Sterblichkeit von mehr als 30% ist heute nur mehr in 4 Bezirken zu beobachten, vor 10 Jahren waren es noch 27 Bezirke. Wenn man für 1967-1977 die Gruppe „unter 25“ weiter aufschlüsselt, so erhält man das auf Tabelle 9 dargestellte Ergebnis.

8.3.3 Todesursachen

Gegen eine Statistik der Todesursachen bestehen noch immer gewichtige Bedenken. Bei kritischer Analyse lassen sich jedoch – unter voller Würdigung aller Vorbehalte – aus den vorhandenen Zahlen wertvolle Schlüsse ziehen.

Die drei Krankheitsgruppen: Infektionskrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane und Magen- und Darmkatarrh, lassen sich als „vermeidbare“ Todesursachen zusammenfassen. Ihre Vermeidung hat zur Senkung der Säuglingssterblichkeit am meisten beigetragen; ihr Anteil ist von 31% 1951/55 auf knapp 13% zurückgegangen (siehe Tabellen 10 bis 12). Besonders bemerkenswert ist der hohe und ständig steigende Anteil von Mißbildungen als Todesursachen; er ist von knapp 10% 1951/55 auf fast 25% gestiegen (Tabelle 12).

8.3.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die Statistik der Säuglingssterblichkeit, getrennt nach männlichen und weiblichen Individuen, zeigte immer schon eine Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts. Obgleich Unterschiede in der Lebensweise zum Teil diese Differenz erklären, dürften auch biologische Faktoren eine gewisse Rolle spielen, wobei zur Stützung dieser Hypothese die Tatsache angeführt wird, daß die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts in Altersstufen zu beobachten ist, in denen beide Geschlechter denselben Risiken ausgesetzt sind, wie etwa im Säuglingsalter (man sprach früher von einem Letalfaktor).

Der Verlauf der Säuglingssterblichkeit in Österreich nach dem Geschlecht ist aus folgender Aufstellung ersichtlich:

Jahrsdurchschnitte, Jahre	Säuglingssterbefälle pro 1 000 Lebendgeborene		Sterbeziffer des männlichen Geschlechts (Sterbeziffer des weiblichen Geschlechts = 100)
	männlich	weiblich	
1900/04	229,7	192,2	120
1910/14	197,2	162,9	121
1930/34	110,9	88,8	125
1950/54	62,6	48,2	130
1960/64	36,6	28,5	128
1967	30,4	22,2	137
1969	29,3	21,4	137
1971	29,9	22,0	136
1972	28,2	22,0	128
1973	27,3	20,1	136
1974	27,1	19,6	138
1975	23,3	17,6	132
1976	20,2	16,1	125
1977	18,7	14,8	126

8.3.5 Alter der Mutter und Ordnungszahl der Geburt

Alter der Mutter und Ordnungszahl der Geburt stehen in enger Beziehung. Eine schon längere Zeit zurückliegende Stichprobe, die in Österreich durchgeführt wurde, hatte sehr begrenzten Umfang, weshalb eine kombinierte Gliederung nicht vertretbar war. Immerhin konnte herausgefunden werden, daß im großen und ganzen nur sehr geringe Unterschiede bestehen, ob es sich um die erste oder die vierte Geburt handelt; einzig für die Gruppe „5 und mehr“ ist eine höhere Sterblichkeit festzustellen.

8.3.6 Ehelichkeit der Geborenen

Die bekannte Feststellung, daß die Überlebenschancen für unehelich geborene Kinder viel geringer sind als für ehelich geborene, werden durch die Daten für Österreich bestätigt (Tabelle 13). Seit 1900 hat sich die Diskrepanz erhöht. Anders ausgedrückt bedeutet dies, daß die Sterblichkeit der Ehelichgeborenen von 1900/04 bis heute mehr abgenommen hat als jene der Unehelichgeborenen. Mangels Unterlagen konnte der Einfluß von Legitimierung nicht berücksichtigt werden; es ist daher anzunehmen, daß die Sterbezahlen für Unehelichgeborene etwas zu ungünstig ausgefallen sind, während die Sterbezahlen für Ehelichgeborene ein etwas günstigeres Bild vermitteln, als es der Wirklichkeit entspricht. Trotzdem kann dieser Faktor die gezogenen Folgerungen nicht ernstlich beeinträchtigen. Es sei hier auch am Rande erwähnt, daß immer schon auffiel, daß der Unterschied zwischen der ehelichen und der unehelichen Sterblichkeit in Industriegebieten größer ist als in vorwiegend landwirtschaftlichen Gebieten.

8.3.7 Geburtsgewicht – Frühgeburten

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die „Reife“ der Geborenen. Entsprechend der international üblichen Festsetzung des Minimums von 2 500 g ist die Frühgeborenenquote (d. i. Anteil der Zahl der Lebendgeborenen mit einem Gewicht von weniger als 2 500 g an der Gesamtzahl der Lebendgeborenen) in Österreich seit Beginn der Zählung mit rund 6% – in absoluten Zahlen rund 7 000 bis 7 500 – anzusetzen (Tabelle 14).

Frühgeburten weisen, wie einschlägige Untersuchungen zeigen, unabhängig davon, ob sie ehelich oder unehelich sind, ein Vielfaches der Säuglingssterblichkeit von Normalgeburten auf. Zum letzten Mal wurden derartige Berechnungen für das Jahr 1968 durchgeführt²⁰⁾. Damals betrug die Säuglingssterblichkeit für Normalgeburten für ehelich Geborene 12,15, für unehelich Geborene 12,86; bei Frühgeburten betrugen die entsprechenden Werte 231,13 bzw. 240 (Tabelle 15). Der Anteil der Frühgeburten an den Geburten insgesamt war bei unehelichen Kindern mit 9,08% wesentlich höher als bei ehelichen mit 5,61% (Tabelle 16).

8.3.8 Sozio-ökonomische Unterschiede – Berufstätigkeit der Mutter

Aus der zitierten Untersuchung wird deutlich, daß die Berufstätigkeit der Mutter keinen negativen Einfluß auf die Überlebenschancen der Kinder hat. Die Säuglings-

²⁰⁾ Soziale Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit in Österreich; Richard Gisser in „Die amtliche Statistik in Österreich, gestern – heute – morgen“, Beiträge zur österreichischen Statistik, Heft 483.

sterblichkeit war bei Kindern berufstätiger Mütter mit 25,13 insgesamt etwas niedriger als bei Kindern nicht berufstätiger Mütter mit 25,97. Noch deutlicher wird dieser Unterschied, wenn man den Effekt der höheren Unehelichen- und damit auch höheren Frühgeburtenrate berufstätiger Mütter ausschaltet. Die standardisierte Säuglingssterblichkeit betrug bei berufstätigen Müttern 23,83, bei nicht berufstätigen Müttern 28,88. Die höchste Säuglingssterblichkeit (auch die höchste Frühgeburtenrate) weisen die nicht berufstätigen Mütter mit unehelich geborenen Kindern auf. Aber auch bei den ehelich Geborenen lag die Rate der Säuglingssterblichkeit bei nicht berufstätigen Müttern höher als bei berufstätigen. Innerhalb der berufstätigen Frauen ergab sich die höchste Sterblichkeit bei den Arbeiterinnen (auch die höchste Unehelichen- und Frühgeburtenquote), gefolgt von den Frauen in der Landwirtschaft. Scheidet man den Effekt von Unehelichkeit und Frühgeburt aus, so weisen die Frauen in der Landwirtschaft eine leicht höhere Säuglingssterblichkeit auf als die Arbeiterinnen. Die geringste Rate der Säuglingssterblichkeit tritt bei Müttern, die selbständige oder mithelfende Familienangehörige im nicht-landwirtschaftlichen Bereich oder Angestellte sind, auf (Tabellen 15 bis 17). Über die Gründe für diese Unterschiede gibt es keine gesicherten Unterlagen. Einerseits wird vermutet, „daß berufstätige Mütter anscheinend eine Auslese hinsichtlich Erziehung und Bildung darstellen und damit natürlich auch den Möglichkeiten, welche die moderne Fürsorge bietet, aufgeschlossener gegenüberstehen“²¹. Hinsichtlich der großen Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien der Berufstätigen dürften ebenfalls unterschiedliche Einstellungen und Kenntnisse hinsichtlich Ernährung, Pflege und gesundheitlicher Betreuung der Säuglinge maßgeblich sein, „wahrscheinlich spielen aber immer noch die Ungleichheiten in den materiellen Lebensbedingungen, sanitären Verhältnissen und der Zugänglichkeit zu medizinischen und sozialen Einrichtungen eine nicht zu unterschätzende Rolle“²².

8.3.9 Rooming-in und Säuglingssterblichkeit

Ein wesentlicher Faktor in der Säuglingssterblichkeit scheint die psychische Belastung der Mütter zu sein. Zumindest sprechen die Ergebnisse der Ignaz Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien (SFK) für diese Annahme. Seit dort die Familie vom Anbeginn der Schwangerschaft an einbezogen wird, ist die perinatale Mortalität deutlich geringer.

Infolge des Ausbaus einer genaueren Schwangerschaftsbetreuung war die perinatale Mortalität an der SFK im Durchschnitt stets um rund 40% unter dem österreichischen und Wiener Durchschnitt. In der Fünf-Jahres-Periode 1972–1976 betrug sie 14,5%. Seit dem Jahr 1977 können die Väter zur Vorbereitung auf die Geburt mit an die Klinik kommen und bei der Geburt dabei sein, wenn es den beiden Partnern wünschenswert erscheint. Die Neugeborenen bleiben tagsüber bei den Müttern im Zimmer (Rooming-in), und den Vätern wurde ein großzügiges Besuchsrecht eingeräumt.

²¹) Vgl. Hans Czermak, Die Gesundheitsverhältnisse der Kinder in Österreich, Verlag Brüder Hollinek, Wien 1970, S. 62 ff.

²²) Richard Gisser a. a. O., S. 111.

Im Jahr 1978 hatten sich diese Maßnahmen gut eingespielt mit dem Effekt, daß bis Oktober 1978 die perinatale Mortalität auf 9,3% herunterging, wobei zwei Drittel die Totgeburten ausmachten, während die Mortalität der ersten Lebenswoche nur 3,1% betrug. Das ist die Basis für eine Säuglingssterblichkeit von weniger als 8,5%.

Im übrigen ist mit der Einführung des Rooming-in die Bereitschaft zum Stillen stark angestiegen. Rund 99% der Gebärenden sind bereit, ihr Kind zu stillen. Untersuchungen aus Oberösterreich zeigen im Vergleich dazu, daß rund 40% der dort geborenen Kinder überhaupt nicht gestillt werden.

8.3.10 Internationaler Vergleich

Seit 20 Jahren ist die Säuglingssterblichkeit in den vier deutschsprachigen Ländern (in den beiden deutschen Staaten, in Österreich sowie in der Schweiz) Gegenstand einer vergleichenden Untersuchung für eine Schwerpunktsetzung sozialpädiatrischer Arbeit.

Angaben über die zeitliche Entwicklung dieser (Gesamt-) Säuglingssterblichkeit in den genannten Ländern seit 1950 enthält Tabelle 18.

Nach wie vor hat die Schweiz die günstigsten Werte, die weitere Rangfolge hat sich allerdings seit 1962 geändert: Ab diesem Zeitpunkt vertauschten die Deutsche Demokratische Republik und Österreich ihre Plätze. Österreich tritt von der vorletzten Stelle auf die letzte und hält diesen Platz bis heute. Ab 1966 verbesserte die DDR ohne Unterbrechung weiter ihre Ziffer und rückt an die zweitbeste Stelle nach der Schweiz, während die Bundesrepublik Deutschland keine wesentliche Verbesserung (bis 1972) erzielen kann; 1969 und 1970 ist sogar ein leichter Wiederanstieg zu beobachten.

Die folgende Aufstellung zeigt die Verringerung der Säuglingssterblichkeit seit 1950 bzw. für den Zeitabschnitt 1970–1977.

Säuglingssterbeziffer: Veränderung in %

	1950–77	1970–77
BRD	–72,1	–33,8
DDR	–81,9	–29,2
Schweiz	–68,6	–35,1
Österreich	–74,6	–35,1

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Entwicklung in den letzten zwei Jahrzehnten allen jenen recht gegeben hat, welche auch für Österreich die Möglichkeit weiterer Verbesserung und eines Aufschließens an die günstigen Werte anderer Länder immer schon bejaht haben.

8.3.11 Morbidität

Ebenso wie für die perinatale Morbidität der Mütter gibt es für die Morbidität der Säuglinge keine ausreichenden statistischen Unterlagen. Es wäre sehr wichtig, über diesbezügliche Daten zu verfügen, die beispielsweise eine Analyse der Zusammenhänge zwischen Morbidität und Mortalität erlauben würden. Fragen, wie, ob bzw. inwieweit der Rückgang der Säuglingssterblichkeit von einem Rückgang der Morbidität begleitet war, oder Ergebnis einer Herabsetzung der Letalität (bei unveränderter Erkrankungshäufigkeit) oder einer Änderung im epidemiologischen Klima („Ablösung“ schwerer, zum

Tode führender Krankheiten durch verhältnismäßig ungefährliche) ist, könnten aufgrund morbiditätsstatistischer Daten untersucht werden.

Gewisse, mit Vorbehalten zu interpretierende Angaben sind der österreichischen Spitalsstatistik zu entnehmen (Tabelle 19). Diese Zahlen unterliegen interpretationsmäßig den Beschränkungen jeglicher Spitalsstatistik, d. h. sie sind kein geeigneter Indikator der Häufigkeit einzelner Erkrankungen, ist doch die Spitalsaufnahme von einer Vielfalt von Faktoren abhängig, die oft in keinem oder nurlosem Zusammenhang mit dem Krankheitsge-

schehen stehen. Es ist ferner zu bemerken, daß es sich bei der österreichischen Spitalsstatistik um eine Fälle- und nicht um eine Personenstatistik handelt, d. h. daß ein Säugling innerhalb eines Beobachtungsjahres je nach der Zahl der Spitalseinweisungen auch mehrmals in der Zahl der entlassenen Pfleglinge aufscheinen kann, gegebenenfalls unter verschiedenen Krankheitspositionen. Besonders bemerkenswert ist die hohe und ständig steigende Zahl von Mißbildungsfällen, welche darauf hindeutet, daß dieser Tatsache in Hinkunft steigende Beachtung einzuräumen ist.

Tabelle 1: Müttersterblichkeit in Österreich seit 1946 nach Todesursachen und Alter *)

Jahr	Sterbefälle insgesamt		Todesursachen					Alter (in Jahren)						
	Grund- zahlen	auf 100 000	Toxi- kosen	Blutun- gen	Fehl- geburt	Sepsis	Son- stige Kompli- kationen	unter 20	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 bis unter 40	40 bis unter 45	45 und mehr
1946	365	327,9	40	36	161	63	65	19		314				32
1947	324	251,3	45	44	120	41	74	9		279				36
1948	282	228,9	29	42	100	34	77	12		225				45
1949	224	197,6	29	28	62	33	72	6		187				31
1950	188	174,3	34	24	59	23	48	7		162				19
1951	165	160,6	32	23	41	26	43	2		145				18
1952	153	148,5	35	14	36	22	46	3	21	33	38	33	24	1
1953	135	131,2	30	21	22	22	40	4	18	31	33	27	21	1
1954	115	110,6	22	18	26	21	28	5	17	22	38	16	14	3
1955	115	105,9	22	21	19	25	28	3	15	26	41	11	17	2
1956	141	121,7	25	28	17	33	38	6	18	31	39	29	13	5
1957	107	90,1	17	15	20	20	35	5	7	24	37	21	10	3
1958	99	82,7	12	19	12	17	39	5	13	21	23	27	9	1
1959	121	97,3	22	22	20	15	42	5	14	26	33	32	9	2
1960	110	87,3	20	11	24	14	41	5	17	21	17	33	12	5
1961	85	64,6	15	18	14	10	28	1	9	14	26	23	12	—
1962	92	69,0	15	13	14	11	39	1	13	17	17	31	13	—
1963	81	60,1	11	12	10	15	33	5	7	9	14	27	19	—
1964	65	48,6	12	8	13	11	21	3	18	15	8	13	8	—
1965	55	42,3	17	5	10	6	17	3	7	11	10	16	7	1
1966	53	41,2	9	7	12	9	16	1	13	12	7	15	5	—
1967	51	40,0	9	10	7	4	21	3	6	13	12	8	9	—
1968	46	36,5	9	2	4	7	24	3	10	8	14	6	5	—
1969	40	33,0	8	6	7	5	14	2	5	5	5	15	7	1
1970	29	25,8	6	7	3	3	10	5	6	6	6	4	2	—
1971	33	30,4	8	4	5	7	9	1	6	8	5	9	4	—
1972	26	25,0	5	5	3	4	9	5	7	2	4	4	4	—
1973	22	22,4	4	1	12	1	4	3	3	6	3	5	2	—
1974	19	19,5	3	5	1	5	5	1	4	1	5	4	4	—
1975	16	17,1	3	7	1	2	3	1	1	3	5	2	3	1
1976	19	21,7	4	3	4	3	5	2	3	4	4	4	2	—
1977	16	18,7	—	1	3	3	9	2	1	5	5	2	—	1

*) Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich, 1976

Tabelle 2: Müttersterblichkeit in Österreich seit 1946 nach Todesursachen *) (Gleitende Dreijahressummen bzw. -durchschnitte)

Periode	absolut	Sterbefälle insgesamt %	Toxikosen	Todesursachen			Sepsis	Sonstige Komplikationen
				Blutungen auf 100 000	Fehlgeburt Lebendgeborene			
1946-1948	971	267,1	31,4	33,6	104,8	38,0	38,0	59,4
1947-1949	830	227,1	28,2	31,2	77,1	29,5	29,5	61,0
1948-1950	694	201,5	26,7	27,3	64,2	26,1	26,1	57,2
1949-1951	577	178,1	29,3	23,1	50,0	25,3	25,3	50,3
1950-1952	506	161,3	32,2	19,5	43,4	22,6	22,6	43,7
1951-1953	453	146,8	31,4	18,8	32,1	22,7	22,7	41,8
1952-1954	403	130,1	28,1	17,1	27,1	21,0	21,0	36,8
1953-1955	365	115,7	23,5	19,0	21,2	21,6	21,6	30,4
1954-1956	371	113,0	21,0	20,4	18,9	24,1	24,1	28,6
1955-1957	363	105,8	18,7	18,7	16,3	22,7	22,7	29,4
1956-1958	347	97,9	15,2	17,5	13,8	19,8	19,8	31,6
1957-1959	327	90,1	14,1	15,4	14,3	14,3	14,3	32,0
1958-1960	330	89,2	14,6	14,1	15,1	12,4	12,4	33,0
1959-1961	316	82,7	14,9	13,4	15,2	10,2	10,2	29,1
1960-1962	287	73,4	12,8	10,7	13,3	9,0	9,0	27,6
1961-1963	258	64,6	10,3	10,8	9,5	9,0	9,0	25,0
1962-1964	238	59,2	9,5	8,2	9,2	9,2	9,2	23,1
1963-1965	201	50,4	10,0	6,3	8,3	8,0	8,0	17,8
1964-1966	173	44,1	9,7	5,1	8,9	6,6	6,6	13,8
1965-1967	159	41,2	9,1	5,7	7,5	4,9	4,9	14,0
1966-1968	150	39,3	7,1	5,0	6,0	5,2	5,2	16,0
1967-1969	137	36,5	6,9	4,8	4,8	4,3	4,3	15,7
1968-1970	115	32,0	6,4	4,2	3,9	4,2	4,2	13,3
1969-1971	102	29,8	6,4	5,0	4,4	4,4	4,4	9,6
1970-1972	88	27,1	5,8	4,9	3,4	4,3	4,3	8,6
1971-1973	81	26,1	5,5	3,2	6,4	3,9	3,9	7,1
1972-1974	67	22,4	4,0	3,7	5,3	3,3	3,3	6,0
1973-1975	57	19,7	3,5	4,5	4,8	2,8	2,8	4,1
1974-1976	54	19,4	3,6	5,4	2,2	3,6	3,6	4,7
1975-1977	51	19,1	2,6	4,1	3,0	3,0	3,0	6,4

Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

*) Statistisches Zentralamt

Tabelle 3: Müttersterblichkeit in Österreich seit 1952 nach dem Alter *) (Gleitende Dreijahresdurchschnitte)

Periode	unter 20	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 bis unter 40	40 bis unter 45	Alter (in Jahren)	
							Sterbefälle auf 100 000	Lebendgeborene obenstehenden Alters der Mutter
1952-1954	57,0	66,4	90,5	161,2	278,6	442,1	484,0	
1953-1955	56,2	58,6	83,7	152,6	202,6	399,4	554,5	
1954-1956	60,8	57,1	82,3	150,7	188,8	347,2	982,3	
1955-1957	53,7	44,5	81,9	145,3	174,9	340,4	969,9	
1956-1958	52,3	41,3	75,6	123,9	193,4	306,3	900,0	
1957-1959	42,1	35,7	70,4	120,5	183,3	301,4	595,2	
1958-1960	38,8	43,1	68,1	98,1	203,5	332,8	863,0	
1959-1961	27,6	35,3	61,4	104,7	191,4	330,4	819,7	
1960-1962	17,8	31,1	53,1	84,1	194,3	321,8	708,2	
1961-1963	17,5	21,4	41,1	80,7	187,5	345,8	-	
1962-1964	22,5	27,2	41,7	56,5	174,3	293,0	-	
1963-1965	27,0	23,3	34,3	48,4	146,3	249,2	168,9	
1964-1966	16,3	29,3	35,3	40,1	122,8	151,6	147,5	
1965-1967	15,4	21,1	31,9	49,6	116,4	175,0	135,7	
1966-1968	14,9	23,9	28,7	59,4	91,8	174,9	-	
1967-1969	17,3	17,3	23,1	57,4	97,0	215,9	130,0	
1968-1970	22,2	17,5	18,3	46,6	90,1	158,9	138,9	
1969-1971	18,3	14,5	20,7	29,4	108,9	158,0	154,1	
1970-1972	25,5	16,7	19,6	27,6	72,6	128,5	-	
1971-1973	20,8	14,6	21,1	22,8	83,1	137,7	-	
1972-1974	20,7	13,3	12,1	24,3	64,1	150,0	-	
1973-1975	11,8	7,9	13,5	28,8	55,8	151,5	242,1	
1974-1976	10,0	8,1	10,7	34,8	51,9	173,4	292,4	
1975-1977	13,6	5,2	16,1	35,5	43,1	112,1	627,0	

*) Statistisches Zentralamt

Tabelle 4

Jahresdurchschnitt, Jahre	Grundzahl	Lebendgeborene	1900/04 = 100	Totgeborene (auf 100 Lebendgeborene)	
				Zahl	1900/04 = 100
1900-1904	188 153	100	35,3	100	
1905-1909	191 466	96,4	34,6	98,0	
1910-1914	168 221	89,4	—	—	
1915-1919	105 588	56,1	—	—	
1920-1924	147 553	78,4	—	—	
1925-1929	122 107	64,9	30,3	85,8	
1930-1934	101 773	54,1	28,4	80,8	
1935-1939	98 938	52,6	27,8	78,8	
1940-1944	129 375	68,8	22,7	64,3	
1945-1949	115 644	61,5	21,2	60,1	
1950-1954	104 096	55,3	20,1	56,9	
1955-1959	117 449	62,4	17,0	48,2	
1960-1964	131 882	70,1	13,7	38,8	
1965	129 924	69,1	12,0	34,0	
1966	128 577	68,3	11,4	32,3	
1967	127 404	67,7	11,0	31,2	
1968	126 115	67,0	10,9	30,9	
1969	121 377	64,5	10,5	29,7	
1970	112 301	59,7	10,2	28,9	
1971	108 510	57,7	9,7	17,5	
1972	104 033	55,3	9,7	27,5	
1973	98 041	52,1	8,9	25,2	
1974	97 430	51,8	8,5	24,1	
1975	93 757	49,8	8,4	23,8	
1976	87 446	46,5	7,8	22,1	
1977	85 595	45,5	7,9	22,4	

Tabelle 5

Jahr	Gestorbene im 1. Lebensmonat Zahl	Lebensmonat	2.-12. Lebensmonat (auf 1000 Lebendgeborene) Zahl	1900/04 = 100	1. Lebensjahr Zahl	1900/04 = 100
		1900/04 = 100				
1900-1904	81,1	100	130,4	100	211,5	100
1905-1909	77,6	95,7	125,9	96,5	203,5	96,2
1910-1914	71,0	87,5	109,5	84,0	180,5	85,3
1915-1919	70,4	86,8	119,0	91,3	189,4	89,6
1920-1924	65,5	80,8	81,6	62,6	147,1	69,6
1925-1929	51,9	64,0	68,2	52,3	120,1	56,8
1930-1934	47,8	58,9	52,4	40,2	100,2	47,4
1935-1939	44,3	54,6	41,6	31,9	85,9	40,6
1940-1944	37,5	46,2	39,3	30,1	76,8	36,3
1945-1949	41,8	51,5	50,7	38,9	92,5	43,7
1950-1954	31,9	39,3	23,7	18,2	55,6	26,3
1955-1959	26,3	32,4	16,3	12,5	42,6	20,1
1960-1964	22,0	27,1	10,7	8,2	32,7	15,5
1965	20,1	24,8	8,2	6,3	28,3	13,4
1966	20,7	25,5	7,4	5,7	28,1	13,3
1967	18,8	23,2	7,6	5,8	26,4	12,5
1968	18,4	22,7	7,1	5,4	25,5	12,1
1969	18,8	23,2	6,7	5,1	25,4	12,0
1970	19,1	23,6	6,8	5,2	25,9	12,2
1971	19,1	23,6	7,0	5,4	26,1	12,3
1972	18,8	23,2	6,4	4,9	25,2	11,9
1973	18,0	22,2	5,8	4,4	23,8	11,3
1974	17,2	21,2	6,3	4,8	23,5	11,1
1975	15,5	19,1	5,1	3,9	20,5	9,7
1976	12,7	15,7	5,5	4,2	18,2	8,6
1977	11,9	14,7	4,9	3,8	16,8	7,9

Tabelle 6: Perinatale Sterblichkeit 1926 bis 1976 in Österreich

Jahr	Totgeborene	auf 100 Lebendgeborene entfielen	und in der 1. Lebenswoche Gestorbene Zahl	Totgeborene 1926 = 100
		in der 1. Lebenswoche Gestorbene		
1926	30,7	31,6	62,3	100
1936	29,0	—	—	—
1946	22,5	28,5	51,0	82
1956	18,0	22,3	40,3	65
1966	11,4	18,4	29,8	48
1976	7,8	10,6	18,4	30
1977	7,9	9,6	17,5	28

Tabelle 7: Im ersten Lebensjahr Gestorbene nach Bundesländern (auf 1 000 Lebendgeborene)

Bundesländer	Durchschnitt								
	1955/59	1960/64	1965	1970	1972	1974	1975	1976	1977
Wien	42,8	30,6	28,9	25,8	25,6	23,1	21,7	18,6	18,6
Niederösterreich	44,9	33,4	28,4	24,6	23,8	25,7	22,7	18,1	18,2
Burgenland	53,8	40,1	32,4	25,0	24,4	23,2	17,7	16,9	16,4
Oberösterreich	40,2	30,9	26,8	26,9	26,7	22,2	18,6	16,7	15,1
Salzburg	39,6	32,4	26,1	22,3	25,9	23,4	19,3	17,8	16,2
Steiermark	44,3	35,4	31,3	27,6	25,7	24,0	23,0	21,2	18,0
Kärnten	44,6	37,1	34,2	34,9	24,9	25,3	23,1	19,5	15,3
Tirol	34,2	27,4	20,8	21,0	23,2	20,0	15,0	16,5	13,6
Vorarlberg	38,2	28,8	24,7	21,0	26,0	23,2	17,9	16,1	17,7
Österreich	42,6	32,7	28,3	25,9	25,2	23,5	20,5	18,2	16,8

Tabelle 8: Zusammenfassende Darstellung nach der Zahl der Bezirke

Größenklassen der Säuglingssterblichkeit (gestorbene Säuglinge auf 1 000 Lebendgeborene)	Säuglingssterblichkeit									
	Durchschnitt 1955/59	1960/64	1965	1967	1969	1971	1973	1975	1976	1977
Säuglingssterblichkeit										
unter 25	—	3	33	39	50	45	60	71	86	90
25 bis unter 30	2	26	30	31	27	24	22	17	6	4
30 bis unter 35	12	34	14	18	8	14	10	4	4	3
35 bis unter 40	20	20	12	6	10	8	5	4	1	1
40 bis unter 45	26	12	6	2	3	5	1	1	—	—
45 bis unter 50	19	1	2	1	—	1	—	1	—	—
50 und mehr	18	1	—	—	—	1	—	—	1	—
Neonatale Sterblichkeit (= 1. Lebensmonat)										
unter 20	6	30	49	65	61	58	71	79	89	92
20 bis unter 25	34	47	29	18	24	25	18	10	4	2
25 bis unter 30	39	20	15	10	10	9	7	4	4	3
30 bis unter 35	17	—	3	4	1	4	2	3	—	1
35 und mehr	1	—	1	—	2	2	—	2	1	—
Postneonatale Sterblichkeit (2.-12. Lebensmonat)										
unter 10	7	32	64	67	83	79	87	95	88	92
10 bis unter 15	28	55	28	28	11	13	9	3	9	6
15 bis unter 20	30	7	4	2	3	3	1	—	—	—
20 bis unter 25	26	2	1	—	1	—	—	—	—	—
25 und mehr	6	1	—	—	—	3	1	—	1	—
zusammen	97	97	97	97	98	98	98	98	98	98

Tabelle 9

Im ersten Lebensjahr Gestorbene (auf 1 000 Lebendgeborene)	1967	1969	Zahl der Bezirke im Jahre ...		1975	1977
			1971	1973		
unter 15	3	6	5	11	20	35
15 bis unter 20	8	14	14	22	30	42
20 bis unter 25	28	30	26	27	21	13

Tabelle 10: Im 1. Lebensjahr Gestorbene nach Todesursachen (Grundzahlen)

Jahr	insgesamt	Infektions- krankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Magen- und Darmkatarrh	Besondere Krank- heiten der frühesten Kindheit	Angeborene Mißbildungen	Unfälle	Alle übrigen Todesursachen
1938	7 516	366	1 606	451	3 293	51	30	1 719
1948	9 392	522	1 839	1 285	4 152	466	48	1 080
1958	4 874	86	914	364	2 421	542	70	477
1968	3 219	20	342	204	1 795	562	39	257
1969	3 089	45	322	133	1 750	486	78	275
1970	2 908	30	327	151	1 656	424	65	255
1971	2 832	26	265	184	1 592	424	91	250
1972	2 622	24	224	136	1 548	391	85	214
1973	2 331	22	178	122	1 391	369	68	181
1974	2 285	27	182	133	1 255	427	61	200
1975	1 926	13	147	96	1 069	364	60	177
1976	1 593	20	110	92	807	344	57	163
1977	1 439	14	111	61	706	354	43	150

Tabelle 11: Im 1. Lebensjahr Gestorbene nach Todesursachen (Verhältniszahlen)

Jahr	Lebendgeborene insgesamt	Infektions- krankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Magen- und Darmkatarrh	Besondere Krank- heiten der früheren Kindheit	Angeborene Mißbildungen	Unfälle	Alle übrigen Todesursachen
1938	801,1	39,0	171,2	48,1	351,0	5,4	3,2	183,2
1948	762,2	42,4	149,2	104,3	337,0	17,8	3,9	87,6
1958	407,0	7,2	76,3	30,4	202,2	45,3	5,8	39,8
1968	255,2	1,6	27,1	16,2	142,3	44,6	3,1	20,3
1969	254,5	3,7	26,5	11,0	144,2	40,0	6,4	22,7
1970	258,9	2,7	29,1	13,4	147,5	37,8	5,8	22,7
1971	261,0	2,4	24,4	17,0	146,7	39,1	8,4	23,0
1972	252,0	2,3	21,5	13,1	148,8	37,6	8,2	20,6
1973	237,8	2,2	18,2	12,4	141,9	37,6	6,9	18,5
1974	234,5	2,8	18,7	13,7	128,8	43,8	6,3	20,5
1975	205,4	1,4	15,7	10,2	114,0	38,8	6,4	18,9
1976	182,2	2,3	12,6	10,5	92,3	39,3	6,5	18,6
1977	168,1	1,6	13,0	7,1	82,5	41,4	5,0	17,5

Tabelle 12: Säuglingssterblichkeit nach Todesursachen

Todesursachengruppen	Von 1 000 Säuglingstodesfällen entfielen ... auf nebenstehende Todesursachen								
	1951-1955	1961-1965	1967	1969	1971	1973	1975	1976	1977
Infektionskrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Magen- und Darmkatarrh	308	210	181	162	168	138	133	139	129
Besondere Krankheiten der frühesten Kindheit	506	561	558	567	562	597	555	507	491
Angeborene Mißbildungen	82	140	171	157	150	158	189	216	246
Unfälle	8	17	18	25	32	29	31	36	30
Alle anderen Todesursachen	96	72	72	89	88	78	92	102	104
Insgesamt	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000

Tabelle 13: Säuglingssterblichkeit nach der Ehelichkeit der Geborenen

Jahresdurchschnitte, Jahre	Säuglingssterbefälle pro 1 000 Lebendgeborene	Sterbeziffer der Unehelichen (Sterbeziffer der Ehelichen = 100)	
		ehelich	unehelich
1900-1904	198,8	251,0	126
1910-1914	169,0	218,1	129
1930-1934	91,8	121,2	132
1950-1954	51,7	74,9	145
1960-1964	31,1	44,0	148
1967	24,7	39,6	160
1969	23,8	37,4	157
1971	25,0	33,4	134
1973	22,4	32,6	146
1975	19,6	26,8	137
1977	15,9	22,2	140

Unter den Lebendgeborenen sind unehelich in % (1977)

Bundesland	
Österreich	14,2
Burgenland	6,9
Kärnten	22,1
Niederösterreich	7,1
Oberösterreich	15,0
Salzburg	22,4
Steiermark	18,5
Tirol	18,3
Vorarlberg	8,9

Tabelle 14: Frühgeborene seit 1967 nach Bundesländern

Bundesland	1967	1969	1971	Frühgeborenenquote		1975	1976	1977
				1973	1974			
Burgenland	5,4	6,1	5,7	5,8	5,6	5,3	4,6	
Kärnten	6,6	6,7	7,0	6,7	5,8	5,8	5,6	
Niederösterreich	5,5	5,8	5,7	5,9	5,6	5,4	4,3	
Oberösterreich	5,2	5,4	5,7	5,5	5,3	5,6	5,2	
Salzburg	5,6	5,3	5,6	6,9	5,6	5,8	5,3	
Steiermark	5,9	6,3	6,3	6,3	6,2	5,9	6,2	
Tirol	5,5	5,7	6,5	6,0	5,7	5,8	5,9	
Vorarlberg	5,6	5,3	5,5	6,0	5,9	5,5	5,7	
Wien	7,2	6,8	7,6	7,6	7,0	6,9	6,6	
Österreich	5,9	6,0	6,3	6,3	5,9	5,9	5,7	

Rangnummer (fallend)

Burgenland	6	4	5	7	8	9	9
Kärnten	2	2	2	3	4	4	5
Niederösterreich	5	5	5	6	6	8	6
Oberösterreich	7	7	5	8	9	6	8
Salzburg	4	8	6	2	7	3	7
Steiermark	3	3	4	4	2	2	2
Tirol	5	6	3	5	5	5	3
Vorarlberg	4	8	7	5	3	7	4
Wien	1	1	1	1	1	1	1

Tabelle 15: Lebendgeborene, gestorbene Säuglinge und Säuglingssterblichkeit 1968 nach Legitimität, Geburtsgewicht und sozialer Situation der Mutter

Soziale Situation der Mutter	ehelich			Legitimität unehelich			zusammen		
				Geburtsgewicht in Gramm					
	-2 500	2 500+	zusammen	-2 500	2 500+	zusammen	-2 500	2 500+	zusammen
a) Lebendgeborene									
Insgesamt	6 226	104 752	110 978	1 375	13 762	15 137	7 601	118 514	126 115
Nichtberufstätige	2 957	53 996	56 953	206	1 918	2 124	3 163	55 914	59 077
Berufstätige	3 269	50 756	54 025	1 169	11 844	13 013	4 438	62 600	67 038
Landwirtschaft	721	13 445	14 166	111	1 207	1 318	832	14 652	15 484
Nichtlandwirtschaft	2 548	37 311	39 859	1 058	10 637	11 695	3 606	47 948	51 554
Angestellte ¹⁾	1 380	21 458	22 838	317	3 134	3 451	1 697	24 592	26 289
Arbeiterin	1 168	15 853	17 021	741	7 503	8 244	1 909	23 356	25 265
b) im ersten Lebensjahr Gestorbene									
Insgesamt	1 439	1 273	2 712	330	177	507	1 769	1 450	3 219
Nichtberufstätige	709	714	1 423	66	45	111	775	759	1 534
Berufstätige	730	559	1 289	264	132	396	994	691	1 685
Landwirtschaft	162	198	360	19	19	38	181	217	398
Nichtlandwirtschaft	568	361	929	245	113	358	813	474	1 287
Angestellte ¹⁾	287	156	443	69	31	100	356	187	543
Arbeiterin	281	205	486	176	82	258	457	287	744
c) Säuglingssterblichkeit ²⁾									
Insgesamt	231,13	12,15	24,44	240,00	12,86	33,49	232,73	12,23	25,52
Nichtberufstätige	239,77	13,22	24,99	320,39	23,46	52,26	245,02	13,57	25,97
Berufstätige	223,31	11,01	23,86	225,83	11,14	30,43	223,97	11,04	25,13
Landwirtschaft	224,69	14,73	25,41	171,17	15,74	28,83	217,55	14,81	25,70
Nichtlandwirtschaft	222,92	9,68	23,31	231,57	10,62	30,61	225,46	9,89	24,96
Angestellte ¹⁾	208,00	7,27	19,40	217,67	9,89	28,98	209,78	7,60	20,66
Arbeiterin	240,58	12,93	28,55	237,52	10,93	31,30	239,39	12,29	29,45

¹⁾ Einschließlich Selbständige und Mithelfende Familienangehörige im nichtlandwirtschaftlichen Bereich.²⁾ Im ersten Lebensjahr Gestorbene auf 1 000 Lebendgeborene gleicher Legitimität und gleichen Geburtsgewichts.

Tabelle 16: Frühgeburen- und Unehelichenquote der Lebendgeborenen und der gestorbenen Säuglinge 1968 nach der sozialen Situation der Mutter

Soziale Situation der Mutter	Frühgeburenquote ²⁾			Unehelichenquote ³⁾		
	ehelich	unehelich	zusammen	- 2 500 g	2 500+ g	zusammen
a) Lebendgeborene						
Insgesamt	5,61	9,08	6,03	18,1	11,6	12,0
Nichtberufstätige	5,19	9,70	5,35	6,5	3,4	3,6
Berufstätige	6,05	8,98	6,62	26,3	18,9	19,4
Landwirtschaft	5,09	8,42	5,37	13,3	8,2	8,5
Nichtlandwirtschaft	6,39	9,05	6,99	29,3	22,2	22,7
Angestellte ¹⁾	6,04	9,19	6,46	18,7	12,7	13,1
Arbeiterin	6,86	8,99	7,56	38,8	32,1	32,6
b) Im ersten Lebensjahr Gestorbene						
Insgesamt	53,06	65,02	54,95	18,7	12,2	15,8
Nichtberufstätige	49,82	59,46	50,52	8,5	5,9	7,2
Berufstätige	56,63	66,67	58,99	26,6	19,1	23,5
Landwirtschaft	45,00	50,00	45,48	10,5	8,8	9,5
Nichtlandwirtschaft	61,14	68,44	63,17	30,1	23,8	27,8
Angestellte ¹⁾	64,79	69,00	65,56	19,4	16,6	18,4
Arbeiterin	57,82	68,22	61,42	38,5	28,6	34,7

¹⁾ Einschließlich Selbständige und Mithelfende Familienangehörige im nichtlandwirtschaftlichen Bereich.²⁾ Lebendgeborene bzw. gestorbene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht unter 2 500 Gramm in % der Lebendgeborenen bzw. der gestorbenen Säuglinge gleicher Legitimität.³⁾ Unehelich Lebendgeborene bzw. gestorbene Säuglinge unehelicher Abstammung in % der Lebendgeborenen bzw. der gestorbenen Säuglinge gleichen Geburtsgewichts.**Tabelle 17: Beobachtete und standardisierte Säuglingssterblichkeit 1968 nach Lebensdauer und sozialer Situation der Mutter**

Soziale Situation der Mutter	unter 24 Stunden	1 bis unter 7 Tage	unter 1 Woche ²⁾	Lebensdauer		
				1 Woche bis unter 1 Monat	1 bis unter 12 Monate	1 Woche bis unter 1 Jahr ³⁾
a) Beobachtete Säuglingssterblichkeit ⁴⁾						
Insgesamt	10,52	5,85	16,37	2,05	7,10	9,15
Nichtberufstätige	10,41	5,57	15,98	2,15	7,84	9,99
Berufstätige	10,62	6,10	16,72	1,97	6,44	8,41
Landwirtschaft	8,72	5,23	13,95	2,65	9,11	11,76
Nichtlandwirtschaft	11,19	6,36	17,55	1,77	5,64	7,41
Angestellte ¹⁾	9,74	5,63	15,37	1,52	3,77	5,29
Arbeiterin	12,71	7,12	19,83	2,02	7,60	9,62
b) Standardisierte Säuglingssterblichkeit ⁵⁾						
Insgesamt	10,52	5,84	16,36	2,05	7,10	9,15
Nichtberufstätige	12,00	6,39	18,39	2,22	8,27	10,49
Berufstätige	9,81	5,79	15,60	1,92	6,34	8,26
Landwirtschaft	9,53	5,45	14,98	2,79	9,14	11,93
Nichtlandwirtschaft	9,88	5,77	15,65	1,69	5,38	7,07
Angestellte ¹⁾	9,21	5,35	14,56	1,48	3,71	5,19
Arbeiterin	10,74	6,29	17,03	1,97	7,40	9,37

¹⁾ Einschließlich Selbständige und Mithelfende Familienangehörige im nichtlandwirtschaftlichen Bereich.²⁾ Semanatale Sterblichkeit.³⁾ Postsemanatale Sterblichkeit.⁴⁾ Im ersten Lebensjahr Gestorbene auf 1 000 Lebendgeborene.⁵⁾ Säuglingssterblichkeit aufgrund der Annahme einheitlicher Frühgeburen- und Unehelichenquote der Lebendgeborenen.

Tabelle 18: Entwicklung der perinatalen Sterblichkeit

Land	Jahr	Totgeboren auf 1 000 Lebendgeborene	In der 1. Lebenswoche Gestorbene auf 1 000 Lebendgeborene	Perinatale Todesfälle insgesamt auf 1 000 Lebendgeborene
Österreich	1950	22,0	26,5	48,4
	1960	15,2	20,2	35,4
	1970	10,2	16,8	27,0
	1975	8,4	12,9	21,3
	1976	7,8	10,6	18,4
	1977	7,9	9,6	17,5
Bundesrepublik Deutschland	1950	22,3	27,4	49,7
	1960	15,5	20,3	35,8
	1970	10,3	16,4	26,7
	1975	7,8	11,6	19,4
	1976	7,4	9,9	17,3
	1977	6,5	8,5	15,0
Deutsche Demokratische Republik	1950	22,2	—	—
	1960	16,3	16,3	32,6
	1970	10,6	11,2	21,8
	1975	7,8	9,7	17,4
	1976	7,3	8,6	15,9
	1977	7,5	7,6	15,1
Schweiz	1950	17,1	18,2	35,3
	1960	11,5	14,4	25,9
	1970	8,9	9,4	18,3
	1975	7,2	6,3	13,5
	1976	7,2	6,0	13,2
	1977	5,8	5,5	11,3

Jahr	BRD	DDR	Schweiz	Österreich	Gestorbene im ersten Lebensjahr – Grundzahlen
					Gestorbene im ersten Lebensjahr – auf 1 000 Lebendgeborene
1950	42 877	21 923	2 642	7 125	55,5
1960	32 724	11 381	1 993	4 727	33,8
1970	19 165	4 382	1 495	2 908	23,4
1975	11 875	2 885	843	1 926	19,7
1976	10 505	2 727	797	1 593	17,4
1977	9 022	2 920	712	1 439	15,5

Tabelle 19: Entlassene Pfleglinge

Krankheiten	1961	1965	1967	1969	1971	1973	1975	1976	Grundzahlen
									auf 10 000 Lebendgeborene
Lungenentzündung	2 472	2 503	2 356	2 139	1 777	1 741	1 738	1 539	188
Durchfall und akute Darmentzündung	4 356	3 457	2 897	3 097	3 011	3 541	3 804	3 558	193
Andere besondere Krankheiten der ersten Lebenszeit	6 098	7 412	7 707	8 445	8 455	8 761	8 809	9 660	185
Angeborene Mißbildungen	4 411	4 540	4 810	5 369	5 091	5 085	5 376	5 966	176
Summe	17 337	17 912	17 770	19 050	18 334	19 128	19 727	20 723	331
Lungenentzündung									227
Durchfall und akute Darmentzündung									255
Andere besondere Krankheiten der ersten Lebenszeit									277
Angeborene Mißbildungen									442
Summe	1 318	1 379	1 395	1 569	1 689	1 951	2 104	2 370	571

9 ZUR GESUNDHEITSSITUATION DES KINDES

9.1 Bedingungen frühkindlicher Entwicklung – entwicklungsneuropsychologische Aspekte

Funktionszustand und Entwicklung des Zentralnervensystems sind entscheidende Determinanten der frühkindlichen Entwicklung. In dieser ersten Lebensperiode des Kindes ist eine Vielzahl von Einflußfaktoren zu einem Konglomerat somatischer, psychischer und sozialer Komponenten verwoben. Der Entwicklungsprozeß wiederum kann nur durch eine Berücksichtigung medizinischer und psychologischer Parameter adäquat erfaßt werden.

Im folgenden Abschnitt soll der Versuch gemacht werden, eine derartige integrierte Sichtweise der frühkindlichen Entwicklung, wie sie die Entwicklungsneuropsychologie bietet, in extenso darzustellen.

9.1.1 Perinatalperiode

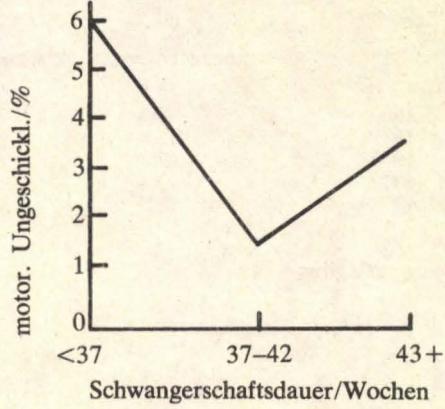
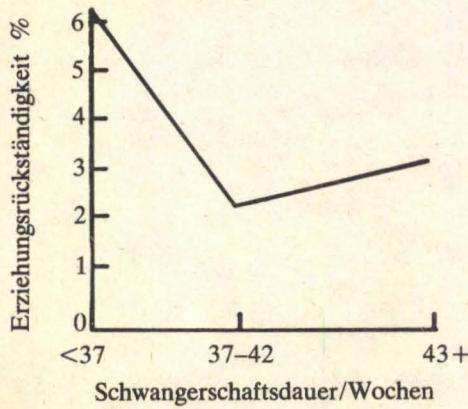
Die Bedingungen, unter denen die Entwicklung des Kindes in der prä- und perinatalen Periode vonstatten geht, sind wichtige Grundvoraussetzungen der späteren Entwicklung sowohl im somatischen als auch im sozialen Bereich. Das Zentralnervensystem unterliegt in dieser Phase einer dynamischen Entwicklung von großer Entwicklungspotenz, jedoch auch beträchtlicher Vulnerabilität. Diese Verletzlichkeit bezieht sich sowohl auf organische Schädigungen des Gehirns als auch auf die für eine adäquate Entwicklung des Zentralnervensystems erforderliche Interaktion zwischen dem heranwachsenden Individuum und der Umwelt. Biologische und soziale Komponenten sind hierbei von durchaus gleichrangiger Bedeutung.

Neben dieser Vulnerabilität sind jedoch auch reparative Vorgänge zu berücksichtigen, die eine weitreichende Kompensation organischer Defekte ermöglichen. *R. Davie et al.* (1972) weisen darauf hin, in welchem erstaunlichen Ausmaß die soziale Umwelt des Kindes imstande ist, die Effekte schädigender perinataler Faktoren zu reduzieren. Die Kehrseite dieses Umstandes ist jedoch darin zu sehen, daß Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen durch ungünstige perinatale Bedingungen wesentlich verletzlicher sind. (*R. Davie et al.*, 1972, S. 174).

Das Spektrum möglicher Schädigungsfolgen in der prä- und perinatalen Periode reicht vom Tod des Kindes über schwere Behinderung bis zu leichten Funktionsstörungen im Sinne der minimalen cerebralen Dysfunktion (MCD). (*S. E. Berger*, 1977 b). Hinsichtlich der Entstehung schwerer oder leichterer Behinderungen stellt eine Verkürzung der Gestationszeit das größte Risiko dar und ist bedeutsamer als ein niedriges Geburtsgewicht (*J. A. Churchill, et al.*, 1974). Bei einer Nachuntersuchung von 43 Frühgeborenen im 2. Lebensjahr zeigten 9% schwere neurologische Defekte, 21% einen deutlichen Entwicklungsrückstand, 33% überlebten ohne Schädigung und 53% waren verstorben. (*K. E. Pape et al.*, 1978).

Neben schweren organisatorischen Beeinträchtigungen kann es jedoch auch zu einer negativen Beeinflussung der gesamten psychischen und sozialen Entwicklung mit Beeinträchtigung der intellektuellen Leistungsfähigkeit bzw. des Sozialverhaltens kommen. Die folgende Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen der Schwangerschaftsdauer und den beiden Symptomen „Motorische Un geschicklichkeit“ und „Erziehungs rückständigkeit“.

Abbildung 1: nach *R. Davie et al.*, 1972.



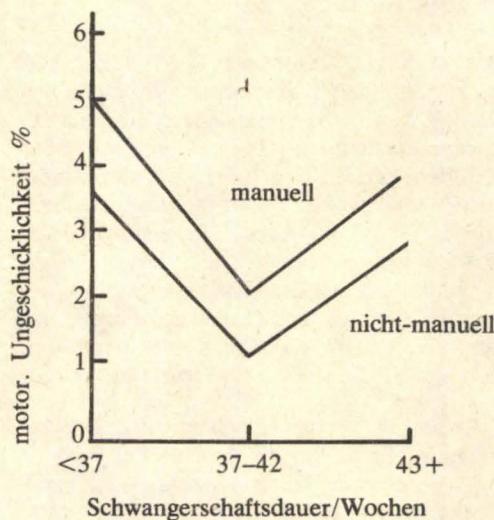
Zwischen Frühgeburtlichkeit und sozialen Faktoren bestehen enge Zusammenhänge. Bei einer Nachuntersuchung von frühgeborenen Kindern zeigte sich, daß ungefähr die Hälfte dieser Kinder in der Neonatalperiode verstorben waren, von den Verstorbenen stammten 27% von alleinstehenden Müttern, unter den überlebenden Kindern waren es 21%; 12% der frühgeborenen Kinder waren ohne pränatale Überwachung. (*M. Hommers et al.*, 1976).

Neben den Faktoren der Frühgeburtlichkeit spielen Erkrankungen in der Schwangerschaft, ungünstige körperliche und psychische Einflußfaktoren in der Schwangerschaft, abnormer Geburtsverlauf und anderes eine entscheidende Rolle.

9.1.1.1 Der Einfluß sozialer Faktoren auf Fötus und Säugling (Beruf, Wohnung, Familie)

„Bei einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 Wochen tritt Entwicklungs rückständigkeit elfmal so häufig beim fünften oder späteren Kindern aus Familien der Arbeiterklasse wie bei Erstgeborenen aus der Mittelklasse auf (13% versus 1,2%).“ „Motorische Un geschicklichkeit, die deutlich mit der Länge der Schwangerschaft variiert, zeigt keine Variation in Abhängigkeit von Geburtsgewicht und Schwangerschaft, wenn man die Effekte des Geburtsranges und der Sozialschicht in Betracht zieht.“ (*R. Davie et al.*, 1972, S. 168 bzw. 173.)

Die nächste Abbildung gibt eine graphische Darstellung dieser Aussage wieder.

Abbildung 2:

In Kenntnis dieser Tatsachen wird weltweit der Versuch gemacht, durch eine präventive Gesundheitsvorsorge in der Schwangerschaft die Säuglingssterblichkeit zu reduzieren und die Entwicklungsbedingungen der Kinder zu verbessern. (B. Hagberg, 1976). In Österreich konnten durch die Einführung des „Mutter-Kind-Passes“ diesbezüglich entscheidende Erfolge erzielt werden. In Oberösterreich beispielsweise ist in den Jahren von 1972–1976 die Säuglingssterblichkeit von 26,7 auf 16,8% der Lebendgeborenen zurückgegangen und parallel dazu auch die Zahl neurologischer Defekte (cerebrale Bewegungsstörungen, Diplegien und Dyskinesien). (L. Hohenauer et al., 1977.)

Jedoch besteht bei derartigen präventiv-medizinischen Maßnahmen stets das Problem, daß die Beteiligungsquoten ausgeprägte schichtspezifische Verzerrungen in dem Sinn aufweisen, daß die Bevölkerungsschichten unterrepräsentiert sind, bei denen das Risiko am größten ist. Diese Tatsache wurde auch in Großbritannien bei der Inanspruchnahme von Säuglingsbetreuungsstellen (infant welfare clinics, ähnlich unseren Mutterberatungsstellen) festgestellt: Das Verteilungsmuster zeigt eine reduzierte Inanspruchnahme an beiden Enden der Skala der sozialen Schichtzugehörigkeit, während in der mittleren Sozialschicht (3) unter den nicht-manuellen Arbeitern 83% und unter den manuellen Arbeitern 79% die Beratungsstellen in Anspruch nahmen, waren es sowohl in den niedrigen Sozialschichten (1 und 2) als auch in den höheren Sozialschichten (4 und 5) lediglich 75%.

Die niedrige Inanspruchnahme durch die hohen Sozialschichten ist jedoch insofern bedeutungslos, als diese Kinder dennoch später den höchsten Grad von gesundheitlicher Betreuung, gemessen an der Zahl von Impfungen, aufwies (R. Davie et al., 1972, S. 60).

Im folgenden sollen einschlägige Daten einer eigenen in Wien durchgeführten Untersuchung wiedergegeben werden, die die Situation der Gesundheitsvorsorge in der Schwangerschaft und deren Zusammenhang mit sozialen Faktoren beleuchten.

a) Schwangerschaft

Mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes wurde die Auszahlung einer erhöhten Geburtenbeihilfe an die Absolvierung einer Mindestzahl von Schwangerschaftsuntersuchungen gekoppelt. Diese Untersuchungen haben das Ziel, pathologische Schwangerschaftsverläufe möglichst frühzeitig zu erkennen und einer entsprechenden Überwachung oder Behandlung zuzuführen. Betrachtet man die Häufigkeit der Durchführung dieser Untersuchungen, so zeigt sich, daß 69,4% der Frauen 4 bis 7 Kontrolluntersuchungen durchgeführt haben, 28,6% der Frauen 8 und mehr Kontrollen und nur 2% weniger als 4 Kontrollen. Setzt man diese Häufigkeitsverteilung in Beziehung zum Beruf der Frau, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 1: (N = 147)

Anzahl der Kontrollen	ungelernte Arbeiterin	niedrige Angestellte/ Beamte	mittlere Angestellte/ Beamte/ Kl. Gewerbetreib.
> 7	18,7%	21,9%	29,7%
4-7	75,0%	78,1%	70,3%
< 4	6,3%	—	—
	100 %	100 %	100 %

Zwischen den ungelerten Arbeiterinnen und der Gruppe der niedrigen und mittleren Angestellten besteht ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Schwangerschaftsuntersuchungen besonders bei den über- bzw. unterdurchschnittlichen Kontrollhäufigkeiten.

Die Übergewichtigkeit der Mutter stellt ebenfalls einen potentiellen Risikofaktor der Schwangerschaft dar. 19,8% der Frauen wiesen zum Schwangerschaftsbeginn ein Körpergewicht auf, das mehr als 10% über dem Sollgewicht lag. Die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft lag jedoch bei 46,9% der Frauen über der tolerierten 15-%-Marke.

Die negative Bedeutung des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft ist durch eine Anzahl von Untersuchungen belegt. Es ist jedenfalls bis heute nicht eindeutig nachgewiesen, ob lediglich das Rauchen in der Schwangerschaft oder auch das Rauchen vor der Schwangerschaft von Bedeutung ist (D. T. Silverman, 1977). Die Untersuchung der Rauchgewohnheiten zeigt eine deutliche Reduktion des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft, jedoch in Abhängigkeit vom Beruf der Mutter.

Tabelle 2: (N = 150)

	vor der Gravidität	in der Gravidität
Nichtraucher	59,3%	82,6%
< 10 Zigaretten	14,8%	14,0%
10-20 Zigaretten	15,3%	2,7%
> 20 Zigaretten	10,6%	0,7%

Von den Frauen, die in der Gravidität rauchen, gehören 61,6% den Berufsgruppen 1 und 2 an, während diese Berufsgruppen in der gesamten Stichprobe nur 32,8% ausmachen.

Berufstätigkeit in der Gravidität stellt eine Belastung der Frau und somit eine potentielle Gefährdung der Schwangerschaft bzw. des Kindes dar. Diese Tatsache findet in der Festlegung der Mutterschutzfristen im Rahmen der Sozialgesetzgebung ihren Ausdruck. In der vorliegenden Untersuchung jedoch waren 4,7% der Mütter bis über den 7. Lunarmonat berufstätig, während 25,7% bereits vor

dem 3. Lunarmonat die Berufstätigkeit beendeten. 69,6% stellten die Arbeit zwischen dem 3. und 7. Lunarmonat ein. Auch hier zeigt sich insofern ein schichtspezifisches Verteilungsmuster, als knapp 10% der ungelernten Arbeiterinnen bis über den 7. Lunarmonat berufstätig waren, während es in den anderen Berufsgruppen maximal 2,5–6,5% waren.

Auch der psychischen Verfassung der werdenden Mutter kommt eine Bedeutung zu, die in den Einzelheiten der Wirkungsmechanismen noch nicht restlos geklärt ist. 40,28% der Frauen gaben an, während der Schwangerschaft unter Depressionsneigungen gelitten zu haben. Die Tabelle 3 zeigt, daß die Häufigkeit von Depressionsneigungen in einer deutlichen Beziehung zur Wohnungsgröße steht.

Tabelle 3: (N = 144)

Wohnungsgröße	Depressionsneigung	
	nein	ja
< 50 m ²	50,0%	50,0%
50– 80 m ²	64,9%	35,1%
80–120 m ²	52,5%	47,5%
> 120 m ²	76,4%	23,5%

Die angeführten Daten zeigen, daß eine Reihe von Belastungsfaktoren (wie Berufstätigkeit, Rauchen, seltene Kontrolluntersuchungen, Depressionsneigung) der Schwangerschaft bei Frauen aus niedrigeren sozialen Schichten häufiger auftreten.

9.1.1.2 Perinatale Risikoprognose der kindlichen Entwicklung

Es ist notwendig, den Begriff der Risikogeburt im Hinblick auf bestimmte prospektive Gesichtspunkte zu definieren. Die traditionelle Perinatologie stellt die Aspekte der Säuglingssterblichkeit und der schweren Behinderung ins Zentrum. Es besteht jedoch auch bei geringgradigen prä- und perinatalen Schädigungen ein Risiko hinsichtlich der psychisch-intellektuellen und sozialen Entwicklung des Kindes. Mögliche Schädigungen geringeren Intensitätsgrades finden sich dann in Form leichter Behinderungen im motorischen Bereich bzw. intellektueller Funktionen. Die mildeste Form von Funktionsstörungen tritt in Form von „Teilleistungsschwächen“ zutage: Teilleistungsschwächen sind Störungen der Wahrnehmung, der Motorik bzw. des Integrationsprozesses in beiden Bereichen (intermodal und sensomotorisch), die oft nicht als solche, sondern in Form von Zustandsbildern scheinbarer geistiger Behinderung oder Verhaltensstörung zutage treten. Es handelt sich um Erscheinungsformen einer minimalen cerebralen Dysfunktion, die sowohl auf einem primär organischen Defekt als auch auf sensorischer Deprivation in der frühkindlichen Entwicklung beruhen kann (E. Berger, 1977 a). Unter diesen Begriff fallen z. B. Störungsbilder wie minimale Cerebralparese, Beeinträchtigung der zentralnervösen Informationsverarbeitung, wie man sie bei der Legasthenie findet, und ähnliches mehr.

Diese Kinder sind wohl primär keineswegs der Kategorie der Behinderten zuzurechnen, jedoch sind sie „von Behinderung bedroht“ (Deutscher Bildungsrat, 1974), da diese Kinder zuerst geringfügige Defekte oder Verhaltensabweichungen aufweisen, die jedoch bei mangelnder

Betreuung fixiert werden und schließlich nicht zuletzt durch sekundäre psychoreaktive Symptomatik zu echter Behinderung führen können.

Die Häufigkeit derartiger zentralnervös bedingter, oft durch perinatale Läsionen verursachter leichtgradiger Funktionsstörungen wird in der einschlägigen Literatur mit 10 bis 20% angegeben. In einer eigenen Untersuchung an Wiener Schulkindern fanden sich bei 15,9% der Kinder Hinweise für den Verdacht einer Minor-Nervous-Dysfunktion (E. Berger et al., im Druck). In einer anderen Untersuchung an Volksschulkindern, die wegen Verhaltensstörungen ambulant an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters untersucht wurden, fanden sich bei 67% dieser Kinder Symptome einer Minor-Nervous-Dysfunktion (E. Berger, im Druck).

Wie diese Zahlen zeigen, handelt es sich um ein quantitativ nicht unbedeutendes Problem, bei dem es darum geht, durch frühzeitig einsetzende Hilfsmaßnahmen die Fixierung der Funktionsstörungen und damit die Entstehung von Behinderungen zu verhindern. Diese Hilfsmaßnahmen²³⁾ müssen sowohl die Übungsbehandlung des Kindes als auch die Beratung und Information der Eltern umfassen. Die wichtigste Voraussetzung für das frühzeitige Einsetzen derartiger Förderungen ist eine prognostisch valide Abschätzung des Entwicklungsrisikos, das sich aus Störfaktoren der Schwangerschaft und Geburt ergibt.

Während heute bekannt ist, daß man bei high-risk-Geburten mit einem Anteil von zirka 10% (Rosenkranz, 1978) ernsthafterer Behinderungen in der späteren Entwicklung rechnen muß, ist die Frage nach der prognostisch validen Risikoabschätzung bei low-risk-Geburten schwierig zu beantworten. Die Zahl der möglichen Einflußfaktoren ist groß. Daß Geburtszeitpunkt und Geburtsgewicht (preterm infants, small for date infants) von entscheidender Bedeutung sind, wurde bereits erwähnt. Darüber hinaus stellt auch der mütterliche Diabetes (J. C. Haworth et al., 1976, A. F. North et al., 1977) ebenso wie das Auftreten von Geburtskomplikationen ein entscheidendes Risiko dar. Der Einfluß bestimmter Lebensgewohnheiten und Lebensumstände während der Schwangerschaft (Nikotin- und Alkoholkonsum, Berufstätigkeit, psychische Belastungen) ist im einzelnen bereits wesentlich schwieriger abzuschätzen, wenngleich die Bedeutung dieser Faktoren zumindest in ihrer Summation heute als gegeben angenommen wird.

Precht (1968) hat mit seinem „Optimalitätskonzept“ den Versuch gemacht, durch eine Summation möglicher Risikofaktoren einen Gesamtscore zu schaffen, dessen Punktewert dann am höchsten ist, wenn keiner der Risikofaktoren vorhanden ist, was dem Optimalzustand entspricht.

E. D. Alberman et al. (1970) haben ein „Risikoregister“ ausgearbeitet, in das Neugeborene aufgrund perinataler Kriterien aufgenommen werden.

²³⁾ Derartige Hilfen werden derzeit z. B. an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Universität Wien (Prof. Spiel), an der Abteilung für cerebrale Entwicklungsstörungen (Prof. Rett) und an der Neuropsychiatrischen Abteilung in Klagenfurt (Prof. Wurst) angewendet.

Tabelle 4: „Risikoregister“

Gruppe A	Gruppe B
1. Hoher Geburtsrang (> 5) oder	1. Uneheliche Geburt bzw. Vater ungelernter Arbeiter oder
2. Abnorme Entbindung oder	2. Hoher Geburtsrang (> 5) oder
3. Abnorme Symptome oder ernste Erkrankungen in der ersten Woche (Krämpfe, Cyanose, Hypothermie, Hyperbilirubinämie usw.)	3. Abnorme Entbindung oder
	4. Abnormes Geburtsgewicht oder abnorme Geburts- dauer (2 500 g; 37. Woche, 43. Woche)

Quelle: Nach R. Davie et al., 1972.

Gruppe A – Definition: Sie umfaßt Kinder mit partiellen Hörstörungen oder Taubheit an einem oder beiden Ohren, partielle Sehbehinderung, Cerebralparese, ernsthafte intellektuelle Behinderung (Ausschluß aus dem Erziehungssystem) sowie eine kleine Gruppe multipler Defekte.

Gruppe B – Definition: Sie umfaßt die Kinder, die wegen eines Entwicklungsrückstandes im Verhalten oder des Intellektes aufgefallen waren oder die im Alter von sieben Jahren Spezialschulen besuchten.

Aufgrund der in Tabelle 4 angeführten Kriterien entfallen 13,2% der lebendgeborenen Kinder in die Gruppe A und 24,7% der lebendgeborenen Kinder in die Gruppe B des Registers.

Eine Verbesserung der prognostischen Aussagekraft kann durch Untersuchungen des Kindes nach der Geburt erzielt werden. Die einschlägigen Forschungsarbeiten bedienen sich der Anwendung neonatal-neurologischer Untersuchungen, unter Prüfung visuell-perzeptiver Leistungen des Neugeborenen, sowie wiederholter entwicklungspsychologischer Untersuchungen im Säuglingsalter.

Alle Bemühungen um eine valide prognostische Aussage spiegeln die Tatsache der großen Variabilität zentralnervöser Leistungen im Laufe des ersten Lebensjahres und insbesondere die ausgeprägte Remissionstendenz abnormer Funktionszustände in den ersten Lebenswochen wider.

Untersuchungen an 150 Neugeborenen in Wien brachten folgende Ergebnisse:

- In der neonatalen Periode zeigten 65% der Kinder auffällige neurologische Syndrome im Sinn von Übererregbarkeit, Apathie, pathologischem Tremor, Halbseitensymptomen usw. In der 5. Woche waren es 23 Kinder, im 4. Monat 20%, im 6. Monat nur mehr 4%. Diese verbleibenden 4% hatten in der neonatal-neurologischen Untersuchung durchwegs einen sehr niedrigen Score erhalten. Das bedeutet, daß auffällige neurologische Säuglingsbefunde eine deutliche Normalisierungstendenz zeigen.
- Vergleicht man die Daten aus der Gravidität und der perinatalen Periode (erhoben mittels eines „perinatalen Stressscore“ modifiziert nach H. F. R. Precht unter Mitarbeit von P. Mazanek) mit dem Funktionszustand des Zentralnervensystems des Neugeborenen („Neona-

tal-neurologischer Optimalitätsscore“ nach B. Touwen), so ergibt sich eine statistisch signifikante Korrelation.

- Bei der Prüfung der optischen Wahrnehmung zeigten bei der Erstuntersuchung zwischen dem 3. und 5. Lebenstag 44,8% der Neugeborenen Folgebewegungen auf einen bewegten optischen Reiz. Vergleicht man diese optischen Wahrnehmungsleistungen mit dem neonatal-neurologischen Optimalitätsscore, so findet sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Das bedeutet, daß Kinder mit einem schlechten neonatal-neurologischen Zustand auch schlechtere perzeptive Leistungen erbrachten.

Eine zusammenfassende Einschätzung dieser Untersuchungsergebnisse zeigt, daß der neonatal-neurologische Befund sowie die neonatal-perzeptive Leistung in guter Übereinstimmung den Funktionszustand des Zentralnervensystems widerspiegeln, der mit der Summe der Einflußfaktoren aus Schwangerschaft und Perinatalperiode deutlich korrespondiert. In der weiteren Entwicklung bis zum 6. Monat findet sich eine ausgeprägte Remissionstendenz pathologischer Zustandsbilder. Jedoch zeigten immerhin noch 4% der Kinder einer low-risk-Gruppe im Alter von sechs Monaten auffällige neurologische Befunde.

9.1.2 Entwicklung im ersten Lebensjahr

Bei einer Analyse der Bedingungsfaktoren, die die Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensmonaten beeinflussen, sind mehrere Ebenen zu berücksichtigen:

- Die von den organischen Strukturen abhängigen Funktionen des Zentralnervensystems wurden im vorhergehenden Abschnitt behandelt.
- Die Entwicklung des Kindes vollzieht sich innerhalb des Systems familiärer Interaktion, das im folgenden eingehender behandelt werden soll.
- Die Familie ist in das umfassendere System gesellschaftlicher Zusammenhänge eingebettet, das mit großer Penetranz die kindliche Entwicklung beeinflußt. G. A. Nelligan, D. Prudham (1976) berichten, daß die soziale Schichtzugehörigkeit (Beruf des Vaters) und die Zahl früherer Schwangerschaften ebenso wie die Faktoren Geschlecht des Kindes und Geburtsgewicht in hochsignifikantem Zusammenhang mit den Untersuchungsergebnissen im 5. und 10. Lebensjahr standen (Größe des Kindes, IQ, Verhaltensbeurteilung durch den Lehrer). Der bedeutsamste Faktor war die Qualität der mütterlichen Sorge um das Kind während der ersten drei Lebensjahre (Einschätzung durch einen Sozialarbeiter). Der IQ im 10. Lebensjahr hingegen zeigt den höchsten Zusammenhang mit dem Beruf des Vaters.

Während im vorigen Abschnitt die Bedeutung der organischen Laision des zentralen Nervensystems für die Entstehung einer minimalen cerebralen Dysfunktion ausführlich dargestellt wurde, soll in diesem Abschnitt darauf hingewiesen werden, daß auch ungünstige Entwicklungsbedingungen während der ersten Lebensphase identische Folgen haben können.

9.1.2.1 Familiäre Bedingungen kognitiver und emotionaler Entwicklung

Grundvoraussetzung der Entwicklung ist die Interaktion zwischen dem Kind und Erwachsenen, wobei sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte dieser Interaktion zu berücksichtigen sind. Wenngleich die Entwicklung des Kindes eine untrennbare Einheit darstellt, ist es dennoch sinnvoll, zwei Ebenen zu unterscheiden: die psychisch-emotionale Entwicklung und die kognitiv-intellektuelle Entwicklung. Die Trennung dieser Ebenen in der Forschung ist Voraussetzung dafür, daß die Bedeutung des Einflusses verschiedener Entwicklungsbedingungen adäquat analysiert werden kann.

Die Basis dafür, daß die Interaktion zwischen Erwachsenem und Säugling die Entwicklung des Kindes beeinflußt und formt, ist die Lernfähigkeit des Neugeborenen und Säuglings. *H. Papousek* betont, daß sich schon im Verhalten des Neugeborenen nicht nur genetische, sondern auch Umweltfaktoren bzw. Lernprozesse auswirken, da das Neugeborene eine angeborene Bereitschaft zum Lernen besitzt. Das Neugeborene kann in der Umweltstruktur Veränderungen entdecken, die mit seiner eigenen Aktivität kontingent sind, und vermag sich daran anzupassen.

Neugeborene vermögen überdies Erlerntes über 24 bis 72 Stunden im Gedächtnis zu behalten. Der Ablauf des Lernprozesses verkürzt sich mit zunehmendem Alter des Säuglings stark. Bereits viermonatige Säuglinge sind fähig, in der Struktur der Umgebung einfache Regeln zu entdecken und entsprechende Verhaltensstrategien auszubilden (*H. Papousek*, 1977).

Im vorhergehenden Abschnitt wurde darauf hingewiesen, daß nach eigenen Untersuchungen 44,8% der Neugeborenen Folgebewegungen auf einem bewegten optischen Stimulus ausführten; in der 5. Woche wurde diese Leistung bereits von 98% der Kinder erbracht. *B. Lozoff et al.*, (1977) weisen darauf hin, daß diese neonatalen visuellen Fähigkeiten von größter Bedeutung für den Ursprung der sozialen Beziehungen sind.

a) Psychisch-emotionale Entwicklung:

Der derzeitige Stand der Forschung auf diesem Gebiet erlaubt es noch nicht, allgemeine Gesetzmäßigkeiten dieses Aspektes der Entwicklung zu formulieren. Es ist jedoch möglich, zusammenfassende Aussagen über einige grundlegende Voraussetzungen der Entwicklung zu machen.

Wichtige Grundlagen für die Erforschung der psychisch-emotionalen Entwicklung im ersten Lebensjahr wurden Anfang der sechziger Jahre aus psychoanalytischer Sicht von *J. Bowlby* und *R. A. Spitz* publiziert. In diesen Arbeiten wird eine Symbiose zwischen Mutter und Kind in den ersten Lebensmonaten hervorgehoben, die aktive Rolle der Mutter in dieser Beziehung betont und der Mutter-Kind-Beziehung (Mutter = Mutterfigur) ein spezifischer, für die normale Entwicklung des Kindes unabdingbarer Charakter zugeschrieben.

In der Folgezeit mußten manche Teilespekte dieser grundlegenden Forschungsergebnisse modifiziert werden. Die neueren Forschungen zeigen, daß das Neugeborene keineswegs ein einfaches Reflexwesen ist, sondern daß seine komplexe Verhaltensorganisation einen entscheidenden Anteil an der sozialen Interaktion mit dem Erwachsenen hat. Die grundlegenden Aussagen der

Arbeiten von *Spitz* und *Bowlby*, daß frühkindliche Erfahrungen ernste und andauernde Folgen für die Entwicklung haben können, wurden durch die neueren Forschungen bestätigt. Hinsichtlich des spezifischen Charakters der Mutter-Kind-Beziehung meint jedoch *Rutter* (1978, S. 122), daß aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse diese Hypothese modifiziert werden müßte, da sich die Hauptgefühlsbindung offenbar nicht qualitativ von anderen Gefühlsbindungen unterscheidet, wenngleich sie wegen ihrer größeren Stärke zweifellos von besonderer Bedeutung ist. *Rutter* hält es auch für ungerechtfertigt, die Person, zu der die stärkste Gefühlsbindung besteht, als die wichtigste Person im Leben des Kindes anzusehen; vielmehr müßte man heute annehmen, daß die verschiedenen Personen in der Umgebung des Kindes für unterschiedliche Aspekte seiner Entwicklung bedeutsam sind.

M. E. Lamb (1976) bestätigt diese Aussage durch eine empirische Untersuchung der Interaktion acht Monate alter Kinder mit ihren Eltern; der Autor kommt zu dem Schluß, daß die Interaktion zwischen Vater und Kind einen entscheidenden Anteil an der Entwicklung des Kindes hat, daß sich aber der Charakter der Vater-Kind- und der Mutter-Kind-Beziehung substantiell unterscheidet, sofern beide Elternteile anwesend sind. Die Mütter treten zwar öfter in körperlichen Kontakt mit dem Kind, jedoch üblicherweise bei Pflegetätigkeiten oder Kontrollverhalten, während der körperliche Kontakt mit dem Vater häufiger in Spielsituationen zustande kommt; überdies lassen sich Väter häufiger in unübliche und vergnüglichere Spielarten mit den Kindern ein als die Mütter. Insgesamt zieht *Lamb* den Schluß, daß in der traditionellen Kernfamilie beide Elternteile von größter affektiver Bedeutung für die Entwicklung des Kindes sind und daß sich die Beziehungen des Kindes zu den Eltern ihrem Charakter nach unterscheiden und die Interaktionen hinsichtlich Kontext und Inhalt differieren.

In einer ersten Phase sozialer Beziehungen ist offenbar der totale Umfang an Stimulation aus der Umgebung entscheidend und weniger die Bindung an eine bestimmte Person – die Phase des „undiskriminierten Attachement“; erst später bevorzugt der Säugling eine bestimmte Quelle der Stimulation; „spezifisches Attachement“ (*H. Müller/Braunschweig*, 1975, S. 123).

b) Kognitiv-intellektuelle Entwicklung:

J. Piaget bezeichnet die ersten 18 Monate des Kindes als die Phase der „sensomotorischen Intelligenz“. In dieser Zeit erwirbt das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt die wichtigsten sensomotorischen Schemata, mit denen es sich seine Umwelt erobert. *Piaget* betont den aktiven Anteil des Kindes an der Interaktion mit der Umwelt als wichtige Grundlage der Entwicklung. Die Forschungen *Piaget's* zeigen eine kontinuierliche Entwicklungslinie der Intelligenzsentwicklung von den ersten Aktivitäten des Kindes auf dem Sektor der Wahrnehmung und Motorik (Stadium der Übung der Reflexe, primäre Zirkulärreaktionen) zu den höchsten intellektuellen Leistungen des abstrakten Denkens (*J. Piaget*, 1975). Diese Entwicklung ist in hohem Maß von den Umweltbedingungen des Kindes abhängig. Stimulation kann diese Entwicklung in beträchtlichem Maß fördern, Deprivation in einer reizarmen Umwelt hemmt sie. Ein Mangel an Stimulation und fehlende Erfahrung mit lebenswichtigen

Vorgängen dürfte weitgehend die Ursache intellektueller Retardation als Folge von Deprivation sein, da sensorische Stimulation in der menschlichen Intelligenzsentwicklung eine wichtige Rolle spielt; jedoch scheint die absolute Menge an Stimuli von geringerer Bedeutung zu sein, als die Unterscheidbarkeit und Sinnbezogenheit der Stimulation, wenngleich ein bestimmtes Minimum an Stimuli unbedingt erforderlich ist (M. Rutter, 1978, S. 116). Rutter betont darüber hinaus, daß eine aktive Exploration der Umwelt die Entwicklung vieler Fähigkeiten nachhaltiger fördert als die lediglich passive Hinnahme sensorischer Reize.

Stimulationsbedingungen in der frühen Kindheit können wiederum zu einer deutlichen Beschleunigung der kognitiv-intellektuellen Entwicklung führen. B. White (1972, zitiert nach H. Müller/Braunschweig, 1975, S. 206) konnte nachweisen, daß unter massiven Förderungsbedingungen perfektes Greifen zwischen eineinhalb und fünf Monaten in zirka 60% der Zeit entstand, die bei einer Kontrollgruppe erforderlich war.

Eine Untersuchung von M. Brosard et al. (1971, zitiert nach M. Rutter, 1978) zeigte, daß Kinder in einem Säuglingsheim unter Stimulationsbedingungen (Sprechen und Spielen bzw. unbelebte optische und akustische Reize) einen deutlich höheren Entwicklungsquotienten zeigten, als die nicht stimulierten Kontrollgruppe.

Die zitierten Forschungsergebnisse über die Auswirkungen von Stimulation bzw. Deprivation in der Frühkindheit wurden zusätzlich durch neurophysiologische und neuro-morphologische Untersuchungen bestätigt. Diese Forschungsrichtung konnte nachweisen, daß ein Mangel an sensorischen Stimuli zu einer mangelhaften Entwicklung der entsprechenden zentralnervösen Strukturen führt (A. H. Riesen, 1975), wenngleich die Zusammenhänge zwischen den neurophysiologischen Befunden und den Beobachtungen auf der Verhaltensebene noch nicht eindeutig geklärt werden konnten (K. L. Chow, 1973).

Wie am Anfang dieses Kapitels erwähnt wurde, ist eine Trennung zwischen emotionaler und sensorischer Stimulation bzw. Deprivation in der realen Entwicklung des Kindes nur schwer möglich. Dennoch weisen die vorliegenden Forschungsergebnisse darauf hin, daß die beiden Komponenten der Interaktion zwischen Kind und Umwelt völlig unterschiedliche Entwicklungsfolgen haben.

Über den Zusammenhang zwischen psychisch-emotionaler und kognitiv-intellektueller Entwicklung stellt Rutter fest, daß nach den Erkenntnissen der vorhandenen Literatur die bloße Beschränkung von Perzeption oder der Mangel an Stimulation die emotionale Entwicklung langfristig nur unwesentlich beeinflußt, aber erhebliche Langzeitfolgen auf die kognitive Entwicklung nach sich zieht. Anderseits hat die Entwurzelung der Gefühlsbeziehung als solche mit unterdurchschnittlicher Intelligenzsentwicklung oder Schulversagen nichts zu tun.

Faßt man die Schlußfolgerungen, die M. Rutter (1978) zu diesem Themenbereich zieht, zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

Es ist anzunehmen, daß Kinder für ihre adäquate Entwicklung soziale Stimuli, perzeptive und motorische Stimuli sowie sinnvolle sprachliche Stimuli benötigen, wobei jeweils unterschiedliche Entwicklungsaspekte angesprochen werden. In der Reaktion von Kindern auf Deprivation bestehen offenbar individuelle Unterschiede.

Viele Theorien über mütterliche Zuwendung sind allzu mechanistisch, wenn sie Trennung mit Entwurzelung der Gefühlsbindungen gleichsetzen, sind allzu einseitig, wenn sie in der Mutter den einzigen wichtigen Menschen im Leben des Kindes sehen, und allzu eng, wenn sie die Liebe als das einzige Element der mütterlichen Fürsorge und Zuwendung betrachten. Kinder leiden nicht darunter, wenn sie von mehreren mütterlichen Bezugspersonen betreut werden, solange jede dieser Pflegepersonen eine stabile Beziehung zu dem Kind und eine gute Betreuung gewährleistet.

Diese Aussagen über die emotionale Entwicklung finden ihre Parallele in dem Ergebnis von R. Davie et. al. (1972, S. 45), die zeigen konnten, daß Kinder von Müttern, die vor dem Schulbeginn berufstätig waren, nicht schlechter in ihrer sozialen Anpassung waren als Kinder von nicht arbeitenden Müttern; daß ebenso kein nennenswerter Unterschied zwischen den Leseleistungen von Kindern berufstätiger Mütter und nicht arbeitender Mütter bestand.

9.1.2.2 Empirische Daten zur familiären Situation des Säuglings im ersten Lebensjahr/Gesundheit und Entwicklung

Im folgenden sollen wiederum Ergebnisse einer Untersuchung an 150 Säuglingen in Wien referiert werden.

a) Wohnung:

Tabelle 5 gibt die Verteilung der Wohnungsgrößen wieder.

Tabelle 5:

Wohnungsgröße	Anteil der Kinder
50 m ²	22,1%
50– 80 m ²	39,6%
80–120 m ²	27,6%
120 m ²	10,7%

Ein erstaunlich hoher Anteil der Kinder von 69% hatten ein eigenes Kinderzimmer. 60,4% der Kinder waren Erstgeborene, 32,2% hatten ein älteres Geschwister, 6% drei und 1,3% mehr als drei ältere Geschwister.

b) Zeittafeln über den Tagesablauf von Kind und Eltern: Schlafdauer in der Zeit von 6 bis 23 Uhr. Die folgende Tabelle 6 zeigt eine deutliche Abnahme der Schlafdauer bis zum 6. Monat.

Eine analoge Entwicklung findet sich hinsichtlich des Zeitaufwandes der Mutter für Pflegetätigkeit.

Tabelle 6: Schlafdauer

Schlafdauer	0–5. Woche	5. Woche–4. Monat	4.–6. Monat
< 6 Stunden	1,0%	8,5%	16,9%
6– 8 Stunden	16,8%	41,5%	55,0%
8–10 Stunden	40,0%	37,2%	24,7%
10–12 Stunden	34,7%	12,8%	2,2%
> 12 Stunden	6,3%	–	–

Tabelle 7: Pflegetätigkeit

Pflegetätigkeit	0–5. Woche	5. Woche–4. Monat	4.–6. Monat
< 3 Stunden	25%	42%	60,2%
3–4 Stunden	34%	31%	30,1%
4–5 Stunden	23%	21%	9,7%
> 5 Stunden	18%	6%	–
	100%		

Eine Verschiebung in die umgekehrte Richtung zeigt der Zeitaufwand der Mutter für Spiel mit dem Kind (Pflegetätigkeiten sind hier nicht eingeschlossen). Es ist

jedoch auffallend, daß die Zunahme der Spielzeit bei weitem nicht so deutlich ausgeprägt ist wie die Abnahme von Schlafzeiten und Pflegetätigkeit. Bis zum sechsten Lebensmonat des Kindes wenden 80% der Mütter maximal zwei Stunden der Zeit von 6 bis 23 Uhr für dezidierte Spielkontakte mit dem Kind auf.

Setzt man diese Spielzeiten in Relation zu sozialen Faktoren der Familie, so zeigt sich keine Beziehung zum Beruf der Mutter, jedoch Verteilungsdifferenzen in bezug auf die Wohnungsgröße in dem Sinn, daß in den kleineren Wohnungen die Spielzeiten tendenziell kürzer sind.

Tabelle 8: Spielzeit

Spielzeit	0-5. Woche	5. Woche-4. Monat	4.-6. Monat
< 1 Stunde	53%	34,0%	23,4%
1-2 Stunden	41%	44,7%	56,4%
2-4 Stunden	6%	21,3%	20,2%

Tabelle 9: Wohnungsgröße/Spielzeit

Wohnungsgröße	1 Stunde	Spielzeit 5. Woche-4. Monat		
		1-2 Stunden	2-4 Stunden	2-4 Stunden
< 50 m ²	43,75%	31,25%	25,0%	
50- 80 m ²	27,50%	52,50%	20,0%	
80-120 m ²	34,40%	46,90%	18,7%	
> 120 m ²	35,70%	35,70%	28,6%	

Die Freizeit der Mutter (Tabelle 10) zeigt eine ähnliche, wenngleich weniger ausgeprägte Tendenz in Abhängigkeit von der Wohnungsgröße. Die Zeit, in der sich das Kind nicht in Betreuung der Mutter, sondern einer anderen Person (Vater oder Fremde) befindet, zeigt folgendes Bild (Tabelle 11). Die Kurzperioden der Fremdbetreuung bis zu zwei Stunden zeigen eine abnehmende Tendenz, während die längeren Betreuungszeiten durch Fremde, insbesondere über drei Stunden, eine Zunahme aufweisen.

Tabelle 10: Wohnungsgröße/Freizeit

Wohnungsgröße	< 1 Stunde	Freizeit 5. Woche-4. Monat		
		1-2 Stunden	2-4 Stunden	> 4 Stunden
< 50 m ²	13,30%	26,60%	33,30%	26,60%
50- 80 m ²	5,70%	31,40%	45,70%	17,10%
80-120 m ²	12,10%	9,10%	48,50%	30,00%
> 120 m ²	15,40%	7,70%	53,80%	23,00%
Σ	10,41%	19,79%	45,83%	23,56%

Tabelle 11: Fremdbetreuung

Fremdbetreuung	0-5. Woche	5. Woche-4. Monat	4.-6. Monat
> 1 Stunde	58,5%	48,0%	53,0%
1-2 Stunden	32,9%	28,3%	24,7%
2-3 Stunden	3,6%	12,0%	9,9%
> 3 Stunden	4,9%	12,0%	12,3%

c) Gesundheit:

Die Gesundheitssituation der Säuglinge wird anhand von drei pädiatrischen Kontrolluntersuchungen in der 5. Woche, Ende des 4. Lebensmonats und Ende des 6. Lebensmonats sowie anhand anamnestischer Angaben der Mütter über die Perioden zwischen den Untersuchungszeiten dargestellt (Tabelle 12).

Auffällig ist der relativ hohe Anteil von 54,8% der Kinder, die mindestens bei einer Untersuchung pathologische Hautbefunde zeigten, wobei hierbei Windeldermatitiden inkludiert sind. Aus Tabelle 13 ist ersichtlich, daß fast 30% der Kinder mindestens einmal an Atemwegsinfekten und 20% an Darminfektionen erkrankt waren.

Tabelle 14 zeigt, daß 13% der Kinder im Laufe des ersten Lebensjahres mindestens eine Woche im Spital waren.

Tabelle 12: Pädiatrische Befunde

Pädiatrische Befunde	immer	mindestens
0-6. Monat	unauffällig	einmal auffällig
Haut	45,2%	54,8%
Hüfte	74,0%	26,0%
Atemwege	85,6%	14,4%

Tabelle 13: Anamnese

Anamnese	immer	mindestens
0-6. Monat	unauffällig	einmal auffällig
Gastroenteritis	80,0%	20,0%
Bronchitis	72,1%	27,9%

Tabelle 14: Spitalsaufenthalt

Spitals- aufenthalt	keiner	1 Woche	2 Wochen	3 Wochen und mehr
	86,7%	8,6%	3,8%	0,6%

Bildet man eine Summe aus der Häufigkeit der Atemwegsinfektionen im pädiatrischen Befund und der Anamnese, Gastroenteritiden in der Anamnese sowie Spitalsaufenthalten in Wochen, so kann man diese Summe als „Pädiatrischen Pathologiescore“ bezeichnen. Hierbei zeigt sich, daß nur 7% der Kinder einen Score von mehr als 2 Punkten erreichten, während 45,5% der Kinder einen Score von 0 Punkten hatten. Das bedeutet, daß etwas weniger als die Hälfte der Kinder nie krank waren und nur ein kleiner Anteil der Kinder (7%) häufige oder länger dauernde Erkrankungsperioden aufwiesen. Zwischen dem pädiatrischen Pathologiescore und verschiedenen sozialen Daten (Beruf der Mutter, Wohnungsgröße, Geschwisterzahl) fanden sich keine Zusammenhänge.

Faßt man die angeführten Daten zusammen, so zeigt sich, daß ein Großteil der Familien in Wohnungen bis zu 80 m² wohnt (80%); dennoch ist die Zahl der Kinderzimmer mit 69% auffällig hoch. Die abnehmende Dauer der Schlaf- und Pflegezeiten entspricht den Erwartungen. Die Aufwendungen der Mütter für spielerische Interaktion mit dem Kind sind jedoch eher gering und zeigen keine ausgeprägte Zunahme mit dem Alter des Kindes. Diese Tatsache ist insbesondere aufgrund der im vorhergehenden Abschnitt angeführten Forschungsergebnisse von Bedeutung; auch die Tatsache, daß die Spielzeit bei Kindern, die in größeren Wohnungen aufwachsen, tendenziell größer ist. Die Fremdbetreuungszeiten der Säuglinge sind insgesamt sehr niedrig, ungefähr die Hälfte der Kinder weist bis zum 6. Lebensmonat Fremdbetreuungszeiten von unter einer Stunde pro Tag auf; die überwiegende Betreuungstätigkeit wird also von den Müttern geleistet; bis zum 6. Monat zeigen die kurzen Fremdbetreuungszeiten bis zu zwei Stunden eine abnehmende, die Fremdbetreuungszeiten über zwei Stunden eine zunehmende Tendenz. Knapp über 30% der Mütter geben in der Zeit von 6 bis 23 Uhr eine Freizeit bis zu zwei Stunden an, fast die Hälfte der Mütter eine Freizeit zwischen zwei und vier Stunden und 23% eine Freizeit über vier Stunden, wobei die Freizeit eine leichte Verteilungsdifferenz in Abhängigkeit von der Wohnungsgröße zeigt (Mütter in größeren Wohnungen geben tendenziell mehr Freizeit an).

Nicht den Erwartungen entsprach die Tatsache, daß die Erkrankungshäufigkeit weder zur Wohnungsgröße noch zur Geschwisterzahl oder dem Beruf der Mutter in einem Zusammenhang steht. Die Zahl von Spitalsaufenthalten von Säuglingen ist mit 13% doch relativ hoch.

9.2 Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen – psychosoziale Daten

Der Begriff der Verhaltensstörungen ist bewußt allgemein gefaßt und impliziert vorerst weder ätiologische, noch diagnostische Aspekte. Er folgt hiermit der Auffassung von *Shepherd et al.* (1973), die darauf hinweisen, daß es günstiger sei, einen großen Teil der emotionalen Störungen bei Kindern im Sinne auffälligen Verhaltens im Gegensatz zu krankhaften Prozessen zu verstehen. Diese Autoren führen folgende Kriterien für die Entscheidung über die klinische Bedeutung von Verhaltensweisen an:

- a) die Häufigkeit bzw. Intensität des Auftretens,
- b) „die Auffälligkeit“ bezogen auf die statistische Norm für Alter und Geschlecht,
- c) das Vorhandensein oder Fehlen anderer Items (Syndrome),
- d) die Dauer des Symptoms,
- e) die Einstellung des Beobachters,
- f) Umstände, unter denen das Verhalten auftritt.

Diese Liste zeigt bereits, daß der Begriff der Verhaltensstörungen nicht absolut gesetzt werden kann, sondern von einer Reihe von Umweltfaktoren abhängig ist. Der Normbezug impliziert bereits psychosoziale Komponenten, die insbesondere die Situation von Kindern und Jugendlichen in der Familie und der Familien in der Gesellschaft betreffen.

Hinsichtlich der Entstehung von Verhaltensstörungen werden im wesentlichen drei verschiedene Konzepte für die Interpretation und Forschung angewandt:

a) Organisch-endogene Konzepte

Abgesehen von den Hinweisen im Abschnitt 9.1 sind diese Konzepte entsprechend der Themenstellung hier nicht zu berücksichtigen.

b) Familiäre Interaktionsdynamik

Die einschlägigen Untersuchungen lassen sich im wesentlichen zwei brauchbaren Modellen zuordnen: Das entwicklungspsychologische Modell orientiert sich an einer phasenhaften psychischen Entwicklung des Kindes und betont phasenspezifische Störungsbilder. Eines der brauchbarsten Modelle in dieser Hinsicht hat *E. H. Erikson* (1950) in Form seiner „epigenetischen Tabelle“ vorgelegt. In dieser Tabelle stellt *Erikson* für jeden Entwicklungsabschnitt die Erreichung eines bestimmten Ziels der Persönlichkeitsentwicklung dar, bei dessen Nichtereichung Entwicklungsdeviationen auftreten.

Ein zweites, brauchbares Modell stellt den aktuellen Interaktionsstil der Familie in den Vordergrund, so z. B. die auf der Kommunikationstheorie basierenden Arbeiten von *Watzlawick*.

c) Makrosozial-epidemiologischer Ansatz

Diese Forschungsrichtung betont und untersucht die Beziehungen zwischen Verhaltensstörungen und Einflußfaktoren, die sich aus der sozialen Schichtzugehörigkeit ergeben.

9.2.1 Epidemiologische Daten (Internationale Beispiele)

M. Shepherd et al. (1973) führten eine Feldstudie an 6 000 Kindern mit Befragung der Eltern und Lehrer durch. Als auffällig wurden Verhaltensweisen definiert, die bei

höchstens 10% der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe auftraten. Aus der Summe der auffälligen Items für jedes Kind wurde ein Gesamtauffälligkeitsscore gebildet. 39,3% der Knaben und 42,1% der Mädchen hatten 0 Punkte, 50% der Knaben und 46,3% der Mädchen hatten einen Score von 1–3 Punkten.

Dieser Gesamtauffälligkeitsscore zeigt nur eine geringe Variation zwischen den verschiedenen Sozialgruppen (Beruf des Vaters), jedoch auffällige Beziehungen zur Geschwister- und Familiengröße. Einzelkinder wiesen mit der geringsten, älteste Kinder mit der größten Wahrscheinlichkeit auffällige Items auf; mit steigender Familiengröße bis zu 6 Kindern nimmt der Anteil der Kinder ohne Angaben über auffälliges Verhalten ab.

Setzt man das Verhalten in der Schule zur Schulleistung in Beziehung, so zeigt sich, daß Verhaltensprobleme in der Schule mit geringer Schulleistung einhergehen, eine Tatsache, die wir auch bei einer Untersuchung an Wiener Schulkindern bestätigen konnten. (*E. Berger et al.*, im Druck, b). Die Anzahl der Kinder, die mindestens ein auffälliges Verhaltens-Item aufwiesen, stieg mit sinkendem Berufsstatus des Vaters deutlich an.

In einer Untersuchung aus der Bundesrepublik Deutschland (*H. Steuber*, 1973) wurden 25,5% der Grundschulkinder als eindeutig verhaltengestört von den Lehrern beurteilt; das Verhältnis von Knaben zu Mädchen betrug 2 : 1; an Schulen, die überwiegend von Kindern aus unteren Sozialschichten besucht wurden, war der Anteil an verhaltengestörten Kindern höher, als an solchen mit Kindern aus vorwiegend höheren Sozialschichten.

Einzeldaten: Bei einer Untersuchung an 12 000 Kindern fanden sich in der Altersgruppe vom 5. bis zum 7. Lebensjahr 10,7% von Kindern mit Enuresis (Mädchen gleich Knaben), bei den 11jährigen 4,8% mit einem Überwiegen der Knaben; die manuell arbeitenden Sozialschichten waren in beiden Gruppen überrepräsentiert (*J. Esson et al.*, 1976). Analoge Daten geben auch *R. Davie et al.*, (1972) an.

Für allergische Manifestationen bis zum 7. Lebensjahr (Asthmaattacken 3,1%, Heuschnupfen 5,5%, Ekzem 5,2%) besteht hingegen eine höhere Prävalenz in höheren Sozialschichten (*R. Davie et al.*, 1972).

9.2.1.1 Österreichische Daten

Umfangreichere kinderpsychiatrische Feldstudien wurden bisher in Österreich nicht durchgeführt. Es wurde jedoch der Versuch gemacht, anhand einer Expertenbefragung die Zahl der Kinder abzuschätzen, die jährlich wegen Auffälligkeiten aus dem Fachgebiet der Kinderneuropsychiatrie (inklusive Neurologie) behandelt werden, bzw. für die eine stationäre Behandlung für notwendig erachtet wird. Die Zahl ambulant behandelter Patienten aus dem Fachgebiet der Kinderneuropsychiatrie pro Jahr (Fachärzte für Pädiatrie und Fachärzte für Psychiatrie-Neurologie) beträgt zirka 40 500, hievon bedürfen zirka 7 300 Patienten einer stationären Diagnose oder Therapie (die daraus resultierende Zahl von 1 820 kinderneuropsychiatrischen Betten für ganz Österreich liegt im mittleren Bereich der internationalen Schätzungen). Die angeführte Zahl der ambulant behandelten Patienten entspricht einem Anteil von 17,3% der 0- bis 19jährigen (*E. Berger, M. H. Friedrich*, 1977 b).

Gliedert man die Patienten der Ambulanz der Kinderneuropsychiatrischen Klinik in Wien nach den Zuweisungsdiagnosen auf, so ergibt sich folgendes Bild: Verhaltensstörungen 28%, Schulschwierigkeiten 18%, Depression, Selbstmorddrohung und Selbstmordversuch 9%, Psychoseverdacht 4%, Suchtproblematik 2%, Autismus 3%, sonstige psychiatrische Probleme 18%, neurologische Erkrankungen 18%. Der Begriff der Verhaltensstörungen umfaßt Symptome der Aggressivität, der Distanzlosigkeit, Affektlabilität, Hypomotorik, Antriebssteigerung und ähnliches; diagnostisch sind unter diese Kategorie vor allem Patienten mit Anzeichen von Verwahrlosung, neurotischen Reaktionen, sowie minimaler cerebraler Dysfunktion zu subsummieren. (E. Berger, M. H. Friedrich, 1977).

9.2.2 Psychosoziale Daten bei Kindern mit Verhaltensstörungen

In diesem Abschnitt sollen Daten einer eigenen Untersuchung an den ambulanten Patienten der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien wiedergegeben werden. Diese Daten beziehen sich auf die Entwicklung und aktuelle Lebenssituation der Patienten und werden mit Daten von Patienten einer pädiatrischen Ambulanz (ohne wesentliche psychische Auffälligkeiten) verglichen.

a) Einzugsgebiet

70,2% der Patienten stammten aus Wien. Vergleicht man die Herkunft dieser Patienten aus den verschiedenen Wiener Gemeindebezirken mit der Verteilung der altersentsprechenden Wohnbevölkerung dieser Bezirke, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 15: Ambulante Klinikpatienten nach Wohnort (Wiener Gemeindebezirke)

	20./21./22.	2./10./11./16.	Sonstige
Wr. Klinikpatienten	28,8%	28,0%	43,2%
Altersspezifischer Anteil der Wohnbevölkerung	20,5%	26,7%	57,9%

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Wohnbevölkerung der Wiener Gemeindebezirke in einem hohen Ausmaß nach Kriterien der sozialen Schichtzugehörigkeit verteilt ist, ergibt sich aus dieser Tabelle, daß Patienten aus sogenannten „Arbeiterbezirken“ überrepräsentiert sind, wobei die Bezirke 20., 21. und 22. besonders stark vertreten sind.

b) Familie

Die Berufszugehörigkeit der Eltern zeigt (auszugsweise) folgendes Bild:

Tabelle 16: Beruf der Eltern

Beruf/Eltern	Vater	Mutter
Hilfsarbeiter	9,4%	21,5%
Facharbeiter	37,0%	26,2%
niedrige Angestellte/Beamte	15,4%	15,9%
mittlere Angestellte/Beamte	24,2%	23,4%
sonstiges	14,0%	12,9%

52,4% der Väter stammen aus den Gruppen der Facharbeiter und niedriger Angestellter bzw. Beamter, während 21,5% der Mütter Hilfsarbeiterinnen waren.

Tabelle 17 zeigt die Arbeitszeit der Eltern.

Tabelle 17: Arbeitszeit/Eltern

Arbeitszeit	Vater	Mutter
irregulär (Schicht)	12,4%	16,8%
Überstunden	22,5%	2,4%
Nebenerwerb	1,5%	1,6%
geregelt	60,0%	48,0%
Halbtags	0,8%	8,0%
Sonstiges	3,1%	5,6%
Haushalt	—	17,6%

Auffällig erscheint die Zahl von 16,8% von Müttern mit irregulärer Arbeitszeit und von 22,5% der Väter mit Überstunden; 17,6% der Mütter sind im Haushalt, die Häufigkeit des Nebenerwerbs ist bei Vätern und Müttern gleich.

62,5% der Patienten bewohnten ein eigenes Kinderzimmer.

Geschwisterzahl und Position: 25,5% der Patienten waren Einzelkinder, 45,4% hatten 1 Geschwister, 14,9% 2, 7% 3 und weitere 7% mehr als 3. 30,2% der Patienten hatten ältere Geschwister, 29,5% jüngere Geschwister und 14,7% sowohl ältere als auch jüngere Geschwister.

Über folgende Angaben liegen Vergleichsdaten mit ambulanten Patienten einer pädiatrischen Abteilung vor:

Die Zahl von Personen pro Haushalt zeigt keine statistisch-signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen.

Tabelle 18: Personenzahl pro Haushalt

Personen/Zahl/Haushalt	Klinik	Vergleich
2 Personen	4,4%	5,0%
3 Personen	30,9%	30,0%
4 Personen	32,4%	37,0%
5 Personen und mehr	32,4%	27,5%

Tabelle 19: Wohnungsgröße

Wohnungsgröße	Klinik	Vergleich
< 50 m ²	25,7%	27,5%
50–100 m ²	60,4%	42,5%
> 100 m ²	13,9%	30,0%

Die in Tabelle 19 wiedergegebene Verteilung der Wohnungsgrößen zeigt jedoch zwischen den beiden Vergleichsgruppen einen hochsignifikanten Unterschied. Ebenso finden sich statistisch-signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in der Relation zwischen Personenzahl und Wohnungsgröße, in dem Sinn, daß bei den kinderpsychiatrischen Patienten häufiger mehr Personen in kleineren Wohnungen wohnen als in der Vergleichsgruppe. Geburtenauffälligkeiten sind in der Klinikgruppe deutlich häufiger zu finden (Tabelle 20).

Tabelle 20: Geburtenauffälligkeiten

Geburtenauffälligkeiten	Klinik	Vergleich
ja	44,4%	30%
nein	55,6%	70%

c) Entwicklungsdaten

Krankheiten im Säuglingsalter werden bei 48,4% der Patienten angegeben, während es bei den pädiatrischen Patienten 37,5% waren. Die Häufigkeit von Erkrankungen im Säuglingsalter zeigt eine deutliche Beziehung zur Wohnungsgröße in dem Sinn, daß in den kleinen Wohnungskategorien Erkrankungen im Säuglingsalter häufiger auftreten.

Tabelle 21: Krankheiten im Säuglingsalter und Wohnungsgröße

Krankheiten Säuglingsalter	Wohnungsgröße		
	< 50 m ²	50–100 m ²	> 100 m ²
ja	69,7%	41,9%	35,3%
nein	30,3%	58,1%	64,7%

Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung wurden bei 40,3% angegeben, wobei diese in der größten Wohnungskategorie auffallend selten (17% im Vergleich zu 43 bzw. 45% in den übrigen Wohnungskategorien) angegeben wurden.

Änderungen in der Familien- und Pflegesituation im Verlauf des Lebens werden bei 34,5% der kinderpsychiatrischen und bei 30% der pädiatrischen Patienten angegeben. Diese Angaben beziehen sich auf Scheidung, Trennung oder Tod eines Familienmitgliedes. Eine vorsichtige Trendaussage hinsichtlich der Altersverteilung dieser Veränderung, die jedoch statistisch nicht abgesichert erscheint, ist insofern möglich, als derartige Veränderungen unter den pädiatrischen Patienten häufiger vor dem 2. Lebensjahr, bei den kinderpsychiatrischen Patienten häufiger zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr anzutreffen sind.

Versucht man die angeführten Daten zusammenfassend zu interpretieren, so zeigt sich unter den ambulanten Patienten der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters durchwegs eine Häufung ungünstiger sozialer Lebensumstände. Sei es, daß diese Umstände in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der sozialen Schichtzugehörigkeit stehen, sei es, daß es sich um Einzelfaktoren handelt. Von besonderer Bedeutung erscheinen die hochsignifikanten Daten über die Wohnungsgröße bzw. Personenzahl in Relation zur Wohnungsgröße, die Daten über das Einzugsgebiet sowie die Daten über die Häufigkeit von Geburtsauffälligkeiten. Kinderpsychiatrische Patienten stammen häufiger aus kleineren Wohnungen, die mit mehr Personen belegt sind, weisen häufiger Geburtsauffälligkeiten auf; sie kommen häufig aus Arbeiterbezirken und weisen häufig Änderungen der Familien- und Pflegesituation zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr auf.

Da es sich um keine Feldstudie handelt, ist es nicht möglich, diese Daten kausal zu interpretieren, da es sich möglicherweise um Verteilungsunterschiede zwischen den beiden Institutionen aus anderen Gründen als der fachlichen Spezialisierung handeln könnte.

9.3 Krankheiten und Unfälle von Kindern

Das Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen ist, so wie das Krankheitsgeschehen überhaupt, statistisch nicht erfassbar. Anhaltspunkte können nur einige Daten geben. Nach den Daten des Mikrozensus²⁴⁾ waren vom September 1972 bis August 1973 etwa 51,5% der Jugendlichen unter 9 Jahren und rund 63% der 10- bis 19jährigen nie krank. Öfter als einmal erkrankten knapp 13% der unter 9jährigen und rund 8,5% der 10- bis 19jährigen. Als häufigste Erkrankungen traten mit rund 50% Erkältungskrankheiten auf. Bei den unter 9jährigen

spielten Kinderkrankheiten mit rund 30% eine gewisse Rolle. Im Krankenhaus waren in der gleichen Zeit 178 400 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren, d. s. rund 7% der Wohnbevölkerung dieser Altersgruppe. Für 85,5% der unter 9jährigen und 78,3% der 10- bis 19jährigen wurde angegeben, daß sie frei von körperlichen Beschwerden waren. Da Behinderungen in Österreich nicht meldepflichtig sind, gibt es keine genauen Angaben über die Zahl der behinderten Kinder und Jugendlichen. Nach Schätzungen²⁵⁾ dürften etwa 10 bis 15% der Kinder und Jugendlichen Entwicklungsstörungen unterschiedlicher Art und Schwere aufweisen. Etwa 1 bis 3% der Kinder dürften chronisch krank sein. Die Ergebnisse der Schuluntersuchungen an den Schülern der ersten Volksschulklassen zeigen, daß rund 12% der 6jährigen Sehschäden, knapp 6% Sprachfehler, knapp 14% Haltungsschäden und knapp 30% Bein- und Fußfehlformen (ohne Funktionsbehinderung) aufweisen. Knapp 7% zeigen vegetative und psychische Labilität.

Bereits bei der Behandlung der Morbidität und Mortalität der Säuglinge wurde auf den hohen Anteil von Mißbildungen hingewiesen. Sie spielen auch später eine gewisse Rolle. So beträgt z. B. die Todesrate aufgrund von Mißbildungen bei den 1- bis 5jährigen noch immer 8,6 auf 100 000 Lebende, die Todesrate aufgrund von Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane 7,4; bei den 5- bis 15jährigen reduziert sie sich auf 1,8 bzw. 3,4. Unter den übrigen Todesursachen fallen die Todesraten aufgrund von Neubildungen mit 8,6 bei den 1- bis 5jährigen und 6,0 bei den 5- bis 15jährigen sowie bei den 1- bis 5jährigen aufgrund von Krankheiten der Atmungs- und der Verdauungsorgane mit 11,8 bzw. 6,2 auf 100 000 Lebende auf. Infektiöse und parasitäre Krankheiten treten nach dem ersten Lebensjahr kaum mehr als Todesursache auf; die Todesrate betrug bei den 1- bis 5jährigen 2,5, bei den 5- bis 15jährigen 0,3 auf 100 000 Lebende.

Eine besondere Rolle spielt der Unfalltod mit Todesraten von 30,5 bei den 1- bis 5jährigen und 19,7 bei den 5- bis 15jährigen. Von insgesamt 4 745 Unfalltoten im Jahr 1976 waren 631, d. s. rund 13% Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus entfielen von 57 700 zwischen dem 1. Dezember 1969 und 30. November 1970 ermittelten Sportunfällen 34 800 oder rund 60% auf Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren, wobei der Anteil der 10- bis 19jährigen mit 28 200 besonders groß war. Von den für denselben Zeitraum ermittelten 133 000 Unfällen in Freizeit und Haushalt entfielen 40 200 oder 30% auf Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren²⁶⁾. Von den 62 771 Verletzten und Toten nach Verkehrsunfällen im Jahr 1976 waren 29 824 oder 47% Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren²⁷⁾.

Hinsichtlich der Unfallsterblichkeit der Kinder lag Österreich 1960 (*Hansluvka und Czermak*) im europäischen Spitzensfeld. Derzeit liegt Österreich günstiger als die Schweiz, Dänemark oder Norwegen (*Popper*).

²⁴⁾ „Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus 1973“; Österreichisches Statistisches Zentralamt 1976.

²⁵⁾ Siehe Kapitel „Die Situation der Familie mit entwicklungsge- störtem Kind“ in diesem Heft.

²⁶⁾ Sozialstatistische Daten 1977; Statistisches Zentralamt.

²⁷⁾ Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich 1976; BMGU.

Tabelle 22: Sterbefälle infolge Unfälle (Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich 1976)

Todesursache	Geschlecht	insgesamt	0-1 a	1-2	2-3	3-4	4-5	5-10	10-15	15-20
Kraftfahrzeugunfälle	m	1 596	1	3	4	5	5	33	24	268
	w	568	—	2	3	6	4	18	18	60
	zus.	2 164	1	5	7	11	9	51	42	328
Unfall durch Vergiftungen	m	59	—	—	1	—	1	1	2	4
	w	40	—	—	1	—	—	—	1	2
	zus.	99	—	—	2	—	1	1	3	6
Unfall durch Sturz	m	789	1	1	—	—	—	3	2	16
	w	1 184	1	2	1	1	1	1	—	3
	zus.	1 973	2	3	1	1	1	4	2	19
Unfall durch Feuer	m	39	—	—	—	—	—	1	—	—
	w	36	1	—	—	—	—	—	—	—
	zus.	75	1	—	—	—	—	1	—	—
Unfall durch Ertrinken	m	127	—	6	6	—	2	10	13	5
	w	26	—	3	2	—	—	1	3	3
	zus.	153	—	9	8	—	2	11	16	8
Sonstige Unfälle	m	207	33	4	—	—	—	2	7	5
	w	74	20	—	—	—	1	2	2	—
	zus.	281	53	4	—	—	1	4	9	5
davon durch Ersticken	m	82	33	4	—	—	—	1	6	1
	w	38	20	—	—	—	1	1	1	—
	zus.	120	53	4	—	—	1	2	7	1

Jede Altersstufe des Kindesalters hat bevorzugte Unfallursachen. Bei Säuglingen bis zum ersten Lebensjahr stehen als Todesursache Ersticken, danach Verbrennungen und Verbrühungen im Vordergrund.

Bei Kindern von 1 bis 3 Jahren steht Ertrinken an erster Stelle, gefolgt von Verkehrsunfällen. Danach folgen Verbrennungen, dann Tod durch Sturz, danach Vergiftungen.

Bei 3- bis 5jährigen stehen im Vordergrund Verkehrsunfälle, gefolgt von Ertrinken, danach Sturz, Verbrennungen und Vergiftungen.

Betrachtet man die einzelnen Ursachen, ist klar, daß sich nicht alle Unfälle vermeiden lassen. Man müßte dazu den Aktionsradius der Kinder zu stark einschränken. Eine umfangreiche Aufklärungs- und Erziehungsarbeit könnte jedoch viele Unfälle vermeiden helfen. Es müssen daher alle nur möglichen Maßnahmen unternommen werden, um die Umwelt des Kindes so sicher wie möglich zu gestalten. Diese Bemühungen sollten besonders jenen Unfallsursa-

chen gelten, bei denen es häufig zu Invalidität und Tod kommt.

Anteil der Unfalltodesfälle an der Gesamtzahl der Todesfälle 1970:

0 bis unter	1	2%
1 bis unter	5	31%
5 bis unter	10	47%
10 bis unter	15	48%
15 bis unter	20	60%

Verkehrsunfälle:

In der Straßenverkehrsordnung schützt der Vertrauensgrundsatz das Leben des Kindes. Auch die Schulwegsicherung durch Schülerlotsen und Polizei stellt ein wirksames Mittel zur Verminderung der Kinderunfälle im Straßenverkehr dar. In Österreich stellen die Verkehrsunfälle zirka $\frac{1}{4}$ der gesamten Unfalltodesfälle bei Kindern von 0 bis 4 Jahren dar, jedoch mehr als die Hälfte im Alter von 5 bis 14 Jahren. In dieser Altersstufe ist die Unfallhäufigkeit bei Knaben mehr als doppelt so groß wie bei Mädchen.

Tabelle 23: Straßenverkehrsunfälle: Tote und Verletzte nach Geschlecht und Altersgruppe (Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich 1976)

	insgesamt	Geschlecht	unter 5	5-15	15-20
Moped	13 360	m 11 709	8	152	7 501
		w 1 651	3	100	921
Motorrad	2 003	m 1 769	—	9	950
		w 234	—	8	152
Personenkraftwagen	31 256	m 19 810	200	731	7 644
		w 11 445	220	764	3 691
Fahrrad	5 029	m 3 233	42	1 160	733
		w 1 796	16	280	332
Fußgänger	8 365	m 4 346	249	1 219	460
		w 4 016	162	863	493
Zusammen	62 771	m 42 739	524	3 385	17 668
		w 20 026	426	2 084	5 737

(Inklusive Omnibus, Straßenbahn, Lastkraftwagen usw.)

Als Beitrag zum Internationalen Jahr des Kindes 1979 wird vom Bundeskanzleramt gemeinsam mit dem Kuratorium für Verkehrssicherheit, der Österreichischen Verkehrswerbung und verschiedenen Bundesministerien eine Aktion durchgeführt, mit dem Ziel, Kindern und Jugendlichen Sicherheit im Verkehr und auch in der Freizeit zu gewährleisten. Diese Aktion unter dem Titel „AUGEN AUF“ besteht aus verschiedenen koordinierten Maßnahmen, die Initiativen in Schulen im ORF und in den Print-Medien umfassen. Als Signet der Aktion wurde die Figur des „Helmi“ geschaffen, die einerseits zur Vorsicht mahnt, andererseits die Schutzbedürftigkeit des Kindes symbolisiert. Über das Bundesministerium für Unterricht und Kunst wurden bisher zwei Flugblätter mit Schwerpunkt Energie- bzw. Osterferien an alle Schüler der 1. bis 5. Schulstufe verteilt.

Vergiftungen

Von Vergiftungen sind am häufigsten Kinder im Alter von 2 bis 4 Jahren betroffen. Nach einem Bericht aus der Vergiftungsinformationszentrale Wien (von Korninger und Lenz) liegt der altersmäßige Schwerpunkt um das 3. Lebensjahr. Dies führen die Autoren besonders auf die Entdeckungsfreude und Naschhaftigkeit dieses Alters zurück.

In den Vormittags- und Spätnachmittagsstunden kommt es zu einer Häufung von Vergiftungsunfällen. Dies könnte mit den Schlafgewohnheiten der betreffenden Altersgruppe zusammenhängen, oder mit der Tatsache, daß die Mutter mit der Vorbereitung des Essens beschäftigt ist und das Kleinkind unbeaufsichtigt läßt. Die Ursache von Vergiftungen sind hauptsächlich Hauschemikalien und Medikamente.

Die Noxen teilen sich wie folgt auf:

Publikumsartikel	46 % (an erster Stelle Geschirrspülmittel, danach Waschmittel, dann Toiletteartikel)
Medikamente	36,9%
Pflanzen inkl. Pilze	9,3%
Pestizide	2,9%
Nahrungsmittel	2,6%
Sonstiges	2,3%

Besonders Geschirrspülmittel sind im Haushalt leicht zugängig, haben ansprechende Aufmachungen, welche oft Gedankenverbindungen zu Lebensmitteln erwecken. Glücklicherweise findet sich hier der größte Teil der Bagatelleerkrankungen.

Medikamente stellen heute das größte Kontingent schwerer Vergiftungen dar (Bädeke – Vergiftungen im Kindesalter). Nach Lenz und Korninger erscheint es besonders bedenklich, daß vielfach Erwachsene krasse Fehlvorstellungen über die Gefährlichkeit von Medikamenten haben. Es halten 37% der Eltern Hustensaft für ungefährlich. Die Hälfte aller Eltern bewahrt Hustensaft unversperrt auf, ebenso wie Fluortabletten und Ovulationshemmer.

Besonders deutlich geht aus Aufzeichnungen der Vergiftungsinformationszentrale hervor, daß Anfragen über Vergiftungen mit bestimmten Medikamenten dann ent-

scheidend zurückgehen, wenn die Herstellerfirmen diese Medikamente mit kindersicheren Verpackungen (Durchdrückpackung, Folienpackung) auf den Markt bringen. Von Kindern werden besonders Dragees bevorzugt, ebenso spielen grelle Farben (gelb und rot) und angenehmer Geschmack eine Rolle. Medikamente dürfen nicht wie Zuckerln aussehen.

Laut Popper erleiden in Österreich jährlich 3 bis 5 von 10 000 Kindern Vergiftungen, welche einer stationären Behandlung bedürfen. Die Letalität liegt mit 1 bis 3% über der akzidentellen Erwachsenenvergiftung.

Sportunfälle

Diese verlaufen bei Kindern nur selten tödlich, jedoch liegt die Zahl, die eine ärztliche Intervention notwendig macht, hoch. Derzeit fallen laut Bericht der österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie 60% aller Schiverletzungen auf das 1. und 2. Lebensjahrzehnt. Ursache dürfte die frühe Aufnahme des Schisportes, die in diesem Alter noch mangelhafte Schitechnik, die grazilen Knochen und die noch schwache Muskulatur sein.

Es entfielen zirka auf 100 Schüler 2,6 Schulturnunfälle. Der Schisport ist am unfallsreichsten, danach folgt Geräteturnen und Ballspiel. Sportunfälle (fast jeder 4. Unfall führt zu einem Knochenbruch) bewirken langdauernde Schulversäumnisse.

Ersticken

Im Säuglingsalter steht diese Todesursache an erster Stelle. Es wird jedoch angenommen, daß ein Teil der Todesfälle des „sudden death syndroms“ hier einzuordnen sind.

Ertrinken

Diese Unfallsursache trifft Kinder zwischen 1 und 5 Jahren am häufigsten. Im ländlichen Milieu sind diese Unfälle häufiger als in der Stadt (Regentonnen, Teiche). Hier können besonders durch prophylaktische Maßnahmen Unfälle vermieden werden. In England und Schweden wurde vor 25 Jahren der Schwimmunterricht in den Schulen forciert und auf breiter Basis gefördert.

In Österreich ist nach den vorhandenen Möglichkeiten in den 3. und 4. Klassen der Volksschulen Österreichs Schwimmunterricht im Rahmen des Turnunterrichtes vorgesehen.

9.4 Selbstmorde und Selbstmordversuche von Kindern

Das so erschütternde Ereignis des Kinderselbstmordes, d. h. eines Selbstmordes im Alter von unter 15 Jahren, ist in der letzten Zeit in Österreich etwas häufiger aufgetreten als früher; dies hat mit Recht die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erregt. Aus der nachstehenden Tabelle geht hervor, daß die Zahl der jährlichen Kinderselbstmorde in den Jahren 1968 bis 1970 zwischen 3 und 5, in den Jahren 1971 bis 1977 aber zwischen 8 und 14 lag. Dieser Anstieg geht fast durchwegs zu Lasten der Knaben: in den zuletzt genannten 7 Jahren ereigneten sich insgesamt 12 Selbstmorde bei Mädchen, gegenüber 67 bei Knaben. Nach den verfügbaren Unterlagen über die Altersaufschlüsselung dieser Fälle liegen sämtliche in der Altersklasse von 10 bis unter 15 Jahren. Nähere Angaben über die Gliederung nach einzelnen Lebensjahren in dieser Altersklasse liegen nicht vor. Ein in der amtlichen Todesursachenstatistik 1974 aufscheinender Selbstmord eines Knaben im Alter von 2 bis unter 3 Jahren ist offenbar nur ein Markierungsfehler.

Selbstmorde im Alter von 10 bis unter 15 Jahren (Österreich 1968-1977)

Jahr	insgesamt	Knaben	Mädchen
1968	3	2	1
1969	5	4	1
1970	4	4	-
1971	14	11	3
1972	13	10	3
1973	8	7	1
1974	13	12	1
1975	8	4	4
1976	9	9	-
1977	14	14	-

Bezüglich der Selbstmordversuche bei Kindern liegt nur aus Wien statistisches Material vor. Sie sind selbstverständlich viel häufiger als die Selbstmorde (Wien 1976: 2 Suizide und 33 Suizidversuche; 1977: 1 Suizid, 21 Suizidversuche) und es überwiegt hier, noch stärker als das bei den Erwachsenen erkennbar ist, das weibliche Geschlecht (Wien 1976: 30 : 3, 1977 20 : 1).

Bei den Jugendlichen (15 bis unter 20 Jahre) ist im Zeitvergleich der letzten 10 Jahre kein deutlicher Trend erkennbar. Insgesamt ereigneten sich in dieser Altersgruppe in den Jahren 1968 bis 1977 in Österreich 601 Selbstmorde, davon 449 bei männlichen Jugendlichen und 152 bei Mädchen. In Wien kamen in den Jahren 1976 und 1977 auf 13 Selbstmorde bei männlichen Jugendlichen 96 Selbstmordversuche und bei Mädchen auf 3 Selbstmorde 217 Selbstmordversuche.

Über die wohl wichtigste Frage des Motivs bei den Selbstmordhandlungen der Kinder (und Jugendlichen) gibt es keine Untersuchungen. Die amtlichen Statistiken – soweit solche überhaupt geführt werden, wie z. B. in Wien – gründen sich nicht auf eingehende Fallanalysen und verwenden nur grobe Kategorien, in die der Einzelfall einzuordnen ist oder zu sein scheint. Wenngleich einige davon, wie „Kränkung“, „Strafe“, „Familienzwist“, für den Kinderselbstmord sicher eine gewisse Rolle spielen, so geht dies doch der Sache gewiß nicht auf den Grund. Von psychiatrischer Seite wird betont, daß es einerseits bereits im Kindesalter echte Depressionen mit suizidaler Tendenz gibt und daß es anderseits oft eine Art „Mutprobe“ sein kann, die die Kinder, und hier insbesondere die Knaben, vom bloßen Selbstmordgedanken zu seiner tatsächlichen Ausführung hinleitet.

Inwieweit das Familienmilieu, der Erziehungsstil und die Schule als ursächliche oder auslösende Faktoren für den Kinderselbstmord wirksam sind, kann nur im Rahmen der psychiatrischen, psychologischen und pädagogischen Forschung untersucht und beantwortet werden, ebenso die Frage nach eventuellen Präventionsmöglichkeiten.

9.5 Kindesmißhandlungen

„Mißhandlung von Kindern ist jede in erzieherischer Absicht erfolgte Einwirkung auf das Kind, die aufgrund ihrer Art, ihrer übermäßigen Stärke oder Heftigkeit eine bedeutende Schädigung hervorruft.“

Diese Definition wurde auf der 6. Arbeitstagung der Österreichischen Jugendamtspychologen im Oktober 1959 erarbeitet. In Österreich erfolgen rund 200 Anzeigen pro Jahr wegen Kindesmißhandlungen, dies ist nur ein geringer Prozentsatz (etwa 5%) jener Kinder, die tatsächlich mißhandelt wurden. Meist erfolgt die Mißhand-

lung innerhalb der Familie ohne fremde Zeugen. Nachbarn verschließen ihr Ohr, um nicht in Schwierigkeiten zu kommen.

Nach einer Studie von *Czermak* und *Pernhaupt* schlägt jeder 10. Österreicher sein Kind und bei einer Befragung vertraten 15% der Befragten die Ansicht „Wer sein Kind liebt, schlägt es“. Daß heute Schlagen tatsächlich noch bei jeder 2. Familie zur Erziehung gehört, sieht jeder, der mit offenen Augen seine Umwelt beobachtet.

Eine Umfrage (unter der Leitung von *Lückert*) bei Hamburger Schülern ergab, daß bei Mädchen neben Hausarrest Ohrfeigen und bei Knaben Stockschläge als gebräuchlichstes Erziehungsmittel herhalten müssen.

Der Übergang von Schlägen zur Mißhandlung ist fließend (*Czermak*). Aus Spitalskrankengeschichten geht hervor, daß die am häufigsten wegen Mißhandlungen eingelieferten Kinder im Alter bis zu 3 Jahren liegen. Dies soll keineswegs heißen, daß große Kinder nicht mißhandelt werden, jedoch dürften sichtbar schwere Verletzungen dabei etwas seltener entstehen.

Nach der Untersuchung von *Hermine Koller* „Zur Problematik der Kindermißhandlungen in Wien“, die sich von 1965 bis 1969 erstreckt, werden Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren am häufigsten (39,22%) mißhandelt. Die Ergebnisse ihrer Untersuchung bestätigen, daß Kleinkinder, die unehelich geboren sind, in größerem Umfang durch Mißhandlung gefährdet sind als ehelich geborene. Allerdings gibt sie zu diesem Ergebnis zu bedenken, daß mehr unehelich geborene Kinder wegen Berufstätigkeit der Mutter in Kindergärten untergebracht sind und dort Mißhandlungen auffallen und gemeldet werden.

Den gemeldeten Fällen wurde ein Erhebungsbogen und eine Liste von Merkmalen beigegeben. Besonders auffällige Kinder können in eine Außenseiterrolle in der Familie gedrängt werden und dadurch zum „Sündenbock“ in der Familie werden.

Es zeigt sich, daß 64,5% der mißhandelten Kinder Auffälligkeiten hatten: Am häufigsten wurde körperliche Unterentwicklung vermerkt, danach motorische Unruhe, Trotzreaktionen, Einnässen, Distanzlosigkeit, Debilität, Schüchternheit, Einkoten, Nägelbeißen, Sprachfehler, Degenerationszeichen.

Ein hoher Prozentsatz der mißhandelten Kinder besucht die Sonderschule. Darin, daß es sich beim Großteil der gemeldeten Fälle um Kinder zwischen 6 und 10 Jahren handelt und diese praktisch alle eine Schule besuchen, könnte auch der Grund für die häufigen Meldungen liegen. Während des Turnunterrichtes werden beim Umkleiden auch sonst verhüllte Mißhandlungszeichen dem Lehrer sichtbar.

Nach der Untersuchung von *H. Koller* lebten 12,37% der Kinder zum Zeitpunkt der Mißhandlung bei einem alleinstehenden Elternteil, 39,21% bei der Mutter und dem Stiefvater bzw. bei Vater und Stiefmutter und 46,58% bei den Eltern.

Hinsichtlich der Harmonie des Familienlebens ergab diese Untersuchung, daß 54,56% der Kinder aus einem Milieu stammen, wo Zerwürfnisse und Streitigkeiten, manchmal Täglichkeiten, üblich sind. In 40,14% waren die Väter die Mißhandler, in 25,59% die Mütter, Stiefväter in 15,82% und Stiefmütter in 4,36% der Fälle.

Weiters ergab die Untersuchung alterstypische Mißhandlungsgründe:

Bei Säuglingen sind Weinen und Schreien die überwiegenden Ursachen,

bei 1- bis 3jährigen Desinteresse und erzieherische Überforderung (Eßschwierigkeiten, Erbrechen, Einnässen usw.),

bei 3- bis 6jährigen Unfolgsamkeit, Unfughandlungen, Frechsein, Einnässen, Einkoten,

bei 6- bis 10jährigen Lernprobleme, Unfughandlungen, Unfolgsamkeit, Eigenmächtigkeitshandlungen, Lügen,

bei 10- bis 15jährigen Unfolgsamkeit, Lernprobleme, Probleme mit Geschwistern, Frechsein,

bei über 15jährigen spätes Heimkommen, Schul- und Hortschwänzen, Probleme mit Geschwistern, Burschenbekanntschaften, Arbeitsunlust.

Felicitas Hammer berichtet, daß neben der Lokalschädigung am Ort der Einwirkung es bei Schlägen zu Mikroembolien, besonders im Gehirn, kommen kann. Diese können zu Dauerschäden im Intelligenz- und Persönlichkeitsbereich führen. Fettembolien, wie sie bei Stockschlägen entstehen können, könnten als Folge Unaufmerksamkeit, Lernschwierigkeiten und Affektabilität nach sich ziehen.

Hilfen für diese Familien stellt in erster Linie das zuständige Jugendamt. Es müßten auch die Anzeigen der Nachbarschaft nicht an die Polizei gehen, es genügt, dem Jugendamt solche Mißstände mitzuteilen. Geschulte Sozialarbeiter stehen jedem jederzeit zur Verfügung. Erziehungsberatungsstellen gibt es in jedem Bundesland. Dorthin können sich Eltern mit Erziehungsschwierigkeiten mit ihren Kindern wenden.

Auch konfessionelle Stellen, wie die Caritas und private Organisationen bieten Beratungsstellen mit geschultem Fachpersonal in jedem Bundesland an.

Als letzte Möglichkeit bietet sich eine temporäre Heimunterbringung für das Kind an oder eine Pflegestelle.

Wichtig wäre, daß Eltern rechtzeitig die Schwierigkeiten erkennen und sich um Rat und Hilfe an den Sozialarbeiter des Jugendamtes oder eine andere Beratungsstelle wenden.

Anlässlich des Internationalen Jahres des Kindes 1979 wurde vom Bundeskanzleramt gemeinsam mit dem ORF zum Thema „Körperliche Züchtigung von Kindern“ (nach einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz, verfaßt von *Univ.-Prof. Dr. Czermak* und *Prim. Dr. Pernhaupt*) eine Broschüre herausgegeben, die Alternativen zur körperlichen Züchtigung aufzeigt. Diese Broschüre mit dem Titel „Liebe statt Hiebe“ wird kostenlos an alle Interessenten abgegeben und wurde jeweils nach den im Familienmagazin des ORF „WIR“ gezeigten Filmen mit den Titeln „Schläge gegen Kinder“, „Wenn die Hand ausrutscht“, „Der bewußte Schlag“, „Die Tracht Prügel“ und „Wer sein Kind liebt, züchtigt es“ präsentiert. Das positive Echo seitens der Bevölkerung war sehr groß. Die Broschüre wurde in einer Auflage von 250 000 Stück hergestellt.

9.6 Die psychische Gesundheit des Klein- und Schulkindes

Um den Zusammenhang zwischen umweltbedingten Störungen und psychosomatischen und Verhaltensstörungen zu überprüfen, wurde 1978 eine Studie an der Psychosomatischen Abteilung des Wilhelminenspitals der Stadt Wien durchgeführt, deren Ergebnisse nachstehend besprochen und tabellarisch im Anhang angeführt werden.

Das Krankengut umfaßte 270 Kinder im Alter von 3 bis 15 Jahren (Durchschnittsalter 9,23 Jahre), davon 108 Mädchen (40,0%) und 162 Knaben (60,0%), die wegen psychosomatischer Störungen hospitalisiert wurden (siehe Tabelle 24).

Die Spitalsaufnahme war nur bei 20% der Kinder als von den Eltern bewußt psychosomatisch deklariert angegeben; bei 80% war gegen die Deklarierung „psychosomatische Erkrankung“ ein deutlicher bis unüberwindbarer Widerstand vorhanden und bewirkte bei einem Drittel der Patienten vorerst den Verzicht auf jegliches psychotherapeutisches Vorgehen.

Zieht man zusätzlich die Ergebnisse der Gliederung nach Alter der Kinder und jenem der Eltern bei der Geburt des Kindes in Betracht, lassen sich folgende Aussagen treffen (Tabelle 24):

Schäden an der psychischen Gesundheit werden von vielen Familien tabuisiert und ihre Behandlung verweigert; Knaben überwiegen in einem psychosomatischen Krankengut;

Kinder werden vorwiegend im Schulalter auffällig; das Alter der Eltern bei der Geburt des Kindes scheint in keiner Beziehung zum kranken Kind zu stehen.

Bei der Heranziehung einzelner Sozialkriterien auf ihre Bedeutung im Zusammenhang mit einer psychosomatischen oder Verhaltensstörung bei Kindern ergeben sich weitere Aussagen (siehe Tabelle 25):

Ein Großteil aller Eltern ist berufstätig; davon viele in nicht ausfüllenden Berufen;

die Wohnverhältnisse sind zum Teil sehr eng; Psychosomaten finden sich aber auch bei gutsituierter Familien mit relativ großem Wohnraum;

bei der Durchleuchtung der Familienstruktur läßt sich eine Korrelation zwischen dem Auftreten von Psychosomaten und dem Aufwachsen der Kinder in verschiedenen Familientypen kaum herstellen.

Die Beurteilung der Geschwistersituation gibt folgenden Einblick (siehe Tabelle 26):

Die Kinderzahl entspricht etwa dem städtischen Durchschnitt;

am häufigsten sind älteste und Einzelkinder psychosomatisch erkrankt.

Berücksichtigt man die Intelligenzbestimmung in Relation zum Schulerfolg, kommt man zu folgender Aussage (Tabelle 27):

Die Intelligenzverteilung psychosomatisch erkrankter Kinder entspricht dem normalen Durchschnitt; trotzdem zeigen sich bei 43% der Schulkinder Lernstörungen, d. h. deutliche Verhaltensstörungen lassen solche Kinder das Lehrziel schwerer erreichen, obwohl sie normal intelligent sind.

Bei der Beurteilung der Symptomatologie des Krankengutes fällt folgendes auf (siehe Tabelle 28):

Obwohl leichte reversible Störungen im Kollektiv vorherrschen, finden sich auch schwere organisch fixierte Schäden, die psychogen entstanden sind;

dementsprechend ist auch der Symptomwechsel hoch, der von verschiedenen Verhaltensstörungen bis zu Suizidversuchen reicht.

Die Aufschlüsselung des Krankengutes nach der zuweisenden Stelle und der psychosomatischen Fragestellung ergibt folgende Hinweise (siehe Tabelle 29):

Praktische und Kinderärzte weisen psychosomatisch geschädigte Kinder fast ausschließlich als somatisch erkrankte ein.

Bei Beurteilung der perinatalen Komplikationen und der Stillhäufigkeit können folgende Aussagen gemacht werden (siehe Tabelle 30):

Die hohe Rate von Risikoschwangerschaft und -geburt in diesem Krankengut zeigt eine deutlich ambivalente Haltung der Mütter ihren später psychosomatisch erkrankten Kindern gegenüber an;

nur ein kleiner Teil (13,7%) der Kinder wurde länger gestillt; mehr als die Hälfte dagegen überhaupt nicht.

Aus einer Reihe von Untersuchungen, so auch aus der obzitierten, geht hervor, daß die Intelligenzverteilung psychosomatisch erkrankter Kinder vollkommen im normalen Bereich liegt. Beim eigenen Krankengut betrug der Intelligenzquotient im Durchschnitt 101,4. Die in der Stichprobe beobachteten Kinder zeigen aber ausnahmslos Schulschwierigkeiten: repetieren, werden in Sonderschulen rückgestellt oder ausgeschult, d. h. nicht nur ihr Verhalten ist gestört, sondern auch ihre Leistungen fallen ab.

Bei ihnen werden häufig psychosomatische Reaktionen gefunden, die durch eine schulische Fehlbeurteilung akut ausgelöst werden. Sie können allerdings durch Umschulen oder schon durch eine persönliche Kontaktaufnahme mit der Lehrperson gemildert oder sogar ganz zum Verschwinden gebracht werden. Aus der genannten Untersuchung ergeben sich auch statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Resultaten in der Behandlung psychosomatischer Krankheiten mit und ohne zusätzliche Psychotherapie im sogenannten LLRA (linear logistic test model with relaxed assumption) ²⁸⁾.

Die 170 sowohl psycho- als auch pharmakotherapeutisch behandelten Patienten zeigen nach einem Jahr Therapie in bezug auf 29 erfragte Variable von Verhalten, Beschwerden und Schulleistung einen besseren Gesundheitszustand als 100 Kinder mit ausschließlich medikamentöser Behandlung.

Dabei ist der Therapieeffekt bei Buben etwas besser, was möglicherweise mit den eher aggressiven Verhaltensmustern bei Buben im Vergleich zu den eher depressiven bei

Mädchen zusammenhängt. Die Therapie ist statistisch signifikant bei Patienten aus allen sozialen Schichten wirksam.

Signifikante Unterschiede im Therapieeffekt bei unterschiedlichem IQ konnten nicht nachgewiesen werden.

Ebenso wenig ist ein Unterschied der therapeutischen Wirkung bei der Behandlung von Kindern mit „leichteren“ und „schwereren“ psychischen Schäden feststellbar. Psychisch – aber nicht intellektuell – schwer gestörte Kinder zeigen somit, unabhängig vom Familientyp, ebenso eine signifikante Änderungstendenz zum Besseren.

Dieses erfreuliche Resultat wird ergänzt durch eine Verbesserung der Schulerfolge und führt durch die intensive Einbeziehung der Familie in die Therapie zu einer Zunahme des Verständnisses für die Probleme des Kindes durch Eltern und Umwelt.

Die Gefahr somatischer Erkrankungen reduziert sich in maßgeblichen Bereichen. Dies sind:

Die eigentlichen Psychosomatosen, wie Erkrankungen des Atemtraktes (Atemstörungen, Asthma u. a.), des Magen-Darm-Traktes (Ulkus, Cholitis, Erbrechen u. a.), Herzneurosen und neurotische Entleerungsstörungen (Enuresis, Enkopresis u. a.);

Unfallbereitschaft durch Unkonzentriertheit oder als larvierter Suizid. Da heute bei Kindern der selbst- oder fremdverschuldete Unfall die häufigste Todesursache darstellt, ist darauf besonders hinzuweisen;

Prophylaxe, Betreuung sowie die körpereigene Abwehr von akuten Infekten: ein gesundes, ausgeglichenes und umsorgtes Kind hat sowohl von sich aus als auch von Seiten seiner um sein Wohl bemühten Umgebung eine bessere Chance, Infekten zu entgehen bzw. einer entsprechenden Behandlung zugeführt zu werden.

Somit ist die psychische Einstellung zum Kind über die neurotische und psychosomatische Erkrankungsgefahr hinaus auch für den Großteil schwerer bis schwerster organischer Erkrankungen einschließlich geburtstraumatische Schädigung entscheidend.

Tabelle 24: Beschreibung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht

	n	in %
a) Geschlecht		
Mädchen	108	40,00
Knaben	162	60,00
	270	100,00
b) Alter		
3–15 Jahre; Durchschnitt (\bar{x}) 9,23 Jahre	224	82,96
Schulalter	46	17,04
Vorschulalter		
	270	100,00

c) Alter der Eltern bei Geburt des Patienten
Alter des Vaters: durchschnittlich 29,1 Jahre
Alter der Mutter: durchschnittlich 26,3 Jahre

²⁸⁾ Die Anwendung des LLRA wird Herrn Prof. Dr. Fischer und Frau Dr. Glatz vom Psychologischen Institut der Universität Wien verdankt.

Tabelle 25: Beschreibung der Stichprobe nach Sozialkriterien der Familie

a) Beruf	Mutter		Vater	
	n	in %	n	in %
unbekannt	10	3,70	14	5,19
ohne Beruf	79	29,26	33	12,22
ungelernter Beruf	94	34,81	105	38,89
gelernter Beruf	50	18,52	67	24,81
leitende Stellung	25	9,26	28	10,37
akademischer Beruf	12	4,44	23	8,52
	270	99,99	270	100,00

b) Wohnfläche m ² /Personen			n	in %
unter 10			101	38,40
10–20			104	39,54
über 20			58	22,05
			263	99,99

c) Garten			n	in %
kein Garten			178	65,93
Garten beim Haus			51	18,89
Wochenendgarten			41	15,18
			270	100,00

d) Familiensituation ¹⁾			n	in %
Erstfamilie			158	58,52
Restfamilie			45	16,67
Zweitfamilie			52	19,26
Mehrgenerationsfamilie			15	5,55
			270	100,00

¹⁾ Erstfamilie: beide Eltern in Familie lebend.

Restfamilie: nur ein Elternteil mit Kind lebend.

Zweitfamilie: ein Stiefelternteil in Familie lebend.

Mehrgenerationsfamilie: Großeltern(-teil) in Familie lebend.

Tabelle 26: Geschwistersituation

a) Geschwisterzahl			n	in %
keine			72	26,67
1			104	38,52
2			70	25,93
3			19	7,04
4			4	1,48
5			1	0,37
			270	100,01

1 Kind hat durchschnittlich 1,19 Geschwister

b) Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe			n	in %
älteste Kinder			113	41,85
mittlere Kinder			37	13,70
jüngste Kinder			48	17,78
Einzelkinder			72	26,67
			270	100,00

Tabelle 27: Intelligenzbestimmung in Relation zum Schulerfolg

a) IQ			n	in %
70– 80			7	4,79
81– 90			22	15,07
91–100			39	26,71
101–110			52	35,62
111–120			26	17,81
			146	100,00

b) Schulerfolg vor der Therapie			n	in %
vorwiegend Lernschwierigkeiten			114	50,89
keine Schulschwierigkeiten			59	26,34
vorwiegend disziplinäre Schwierigkeiten			21	9,38
nicht näher angeführt			30	13,39
Schulkinder ¹⁾			224	100,00

¹⁾ D. s. 82,96% des Gesamtkollektivs von 270 Kindern.**Tabelle 28: Symptomatologie des Krankengutes**

a) Leitsymptomatik			n	in %
Symptome			45	16,67
Enuresis			39	14,44
Asthma bronchiale und rezidiv. spast. Bronchitis			18	6,67
Enkopresis			17	6,30
rezidiv. Erbrechen			17	6,30
Adipositas			16	5,93
Migräne			12	4,44
Gastritis			11	4,07
chronisches Ekzem			9	3,33
Obstipation				
Anorexie (davon 4 Fälle von ausgeprägter			9	3,33
Anorexia nervosa)				
Hypertonie und Kollaps			8	2,96
rezidiv. Nabelkolik			8	2,96
Ulcus duodeni			5	1,85
lokalisierte Schmerzen			5	1,85
akute Nahrungsverweigerung			5	1,85
Verletzung oder Vergiftung in präsuizidaler				
Absicht			5	1,85
Tics			5	1,85
rezidiv. Urticaria			5	1,85
Sprachstörungen			4	1,48
akute Atemstörungen			4	1,48
chronische Verdauungsstörungen			4	1,48
Neurodermitis			4	1,48
Herzeuroposen			3	1,11
psychogenes Fieber			3	1,11
Colitis ulcerosa			3	1,11
Mutismus			3	1,11
Alopecia areata bzw. totalis			2	0,74
Morbus Crohn			1	0,37
			270	99,97

b) Symptomwechsel

b) Symptomwechsel			n	in %
anamnestisch kein Symptomwechsel			99	36,67
anamnestisch Symptomwechsel			171	63,33

c) Zusätzliche Symptome

c) Zusätzliche Symptome			n	in %
Symptome				
kein zusätzliches Symptom			38	14,07
verschiedene Verhaltensstörungen			84	31,11
Mißhandlungen			6	2,22
Verwahrlosung			14	5,19
Krisenintervention			9	3,33
primäre Organerkrankung			22	8,15
Suizidversuche			4	1,48
sekundäre Psychosomatose			12	4,44
Verhaltensstörungen und sekund. Psychosomatose			81	30,00

Tabelle 29: Einweisende Stellen

Institutionen			n	in %
Jugendamt mit psychosomatischer Fragestellung			16	9,58
Jugendamt ohne psychosomatische Fragestellung			12	7,19
Schulpsychologie mit psychosomatischer Fragestellung			18	10,78
Praktiker ohne psychosomatische Fragestellung			22	13,17
Kinderarzt mit psychosomatischer Fragestellung			9	5,39
Kinderarzt ohne psychosomatische Fragestellung			29	17,37
anderes Spital mit psychosomatischer Fragestellung			11	6,59
anderes Spital ohne psychosomatische Fragestellung			3	1,79
Kinderpsychiatrie mit psychosomatischer Fragestellung			12	7,19
Erziehungshilfe mit psychosomatischer Fragestellung			12	7,19
eigene Abteilung			23	13,77

Tabelle 30: Perinatale Komplikationen und Stillhäufigkeit

	n	in %
a) Gravidität- und Geburtskomplikationen		
keine	177	66,54
Forceps-Geburt	6	2,26
Sectio	7	2,63
Vacuum-Geburt	8	3,01
Blasensprengung	4	1,50
Wehenschwäche	8	3,01
Übertragung	10	3,76
Frühgeburt	4	1,50
Asphyxie	4	1,50
Small for date-baby	6	2,26
drohender Abortus	10	3,76
Blutungen in Gravidität	4	1,50
Hypertonie in Gravidität	4	1,50
Schwere Hyperemesis	7	2,63
Austauschtransfusionen	7	2,63
	266	99,99
b) Stillen		
nicht gestillt	138	51,11
bis 3 Wochen gestillt	95	35,19
lange gestillt	37	13,70
	270	100,00

10 DIE SITUATION DER FAMILIE MIT ENTWICKLUNGSGESTÖRTEM KIND

Der Beirat für Behindertenfragen im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz hat 1976 eine Definition des Begriffes „behindert“ gegeben. Sie lautet: „Als behindert sind alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen zu bezeichnen, die in ihren körperlichen, psychischen, geistigen Fähigkeiten, in ihren Sinnesfunktionen, im Sozialverhalten, Lernen oder in ihrer sprachlichen Kommunikation vorübergehend oder dauernd so wesentlich beeinträchtigt sind, daß ihre Teilhabe am beruflichen oder sozialen Leben nicht ohne entsprechende Hilfe oder Hilfsmittel möglich ist.“

Für die nachfolgende Analyse der Situation der Familie mit entwicklungsgestörten Kindern ist der Begriff „behindert“ insofern vollgültig, als angeborene oder erworbene Entwicklungsstörungen zu Behinderungen körperlicher, seelischer, geistiger Funktionen bzw. der Sinnesrezeption führen.

Diese Definition umfaßt bewußt ein sehr breites Spektrum aller möglichen Behinderungen, weil eine intensive wissenschaftliche Forschung und eine breitgestreute Beschäftigung mit Behinderten gezeigt hat, daß es eben eine Vielzahl von Behinderungen gibt, daß innerhalb dieser wiederum eine Fülle von Variationen und Kombinationen existiert, die eine dynamische Interpretation des Begriffes unerlässlich machen.

Wenn heute in Österreich versucht wird, die in anderen Ländern häufig zu beobachtende Abtrennung der verschiedenen Behinderungsformen mit dem Wunsch nach Exklusivität in der Betrachtung, Betreuung und Finanzierung zu verhindern und bei aller gebotenen Berücksichtigung der individuellen Behinderung des Einzelfalles das Behinderten-Problem als Einheit zu sehen und zu behandeln, dann ist der Grund hierfür die Auffassung, daß das Spektrum der Hilfen so breit sein muß, daß jeder Behinderte seine spezifische Hilfe und Betreuung findet.

Vergleiche mit anderen Ländern zeigen, daß solche Isolierungen und Lobby-Bildungen dem Gesamt-Problem

schaden. Der Behinderte ist in seiner Beziehung zur Familie unter Berücksichtigung der Tatsache zu sehen, daß er sich im Gegensatz zum gesunden Kind, nur selten auch im Jugendlichen- und Erwachsenen-Alter aus seiner Familie zu lösen vermag. Die nach Abschluß der Berufsausbildung als natürlich anzusehende Verselbständigung des Lebensweges des gesunden Jugendlichen und Erwachsenen ist dem Behinderten also nur selten möglich, sodaß aber zwangsläufig seine Beziehungen zur Familie anderen und zweifellos schwierigeren Bedingungen unterliegen müssen.

Die sich aus dieser oft lebenslangen Abhängigkeit entwickelnden körperlichen und psychischen Probleme wirken in starkem Maß auf die intrafamiliäre Situation und Struktur.

Die Frage, inwieweit die Familie in der Lage ist, sich mit der Behinderung ihres Kindes auseinanderzusetzen, mit den Belastungen fertig zu werden, dem behinderten Kind alle jene Hilfen zu geben, die es braucht, bestimmt nicht nur das Leben des behinderten Kindes, sondern ebenso jenes seiner Eltern und Geschwister.

Es steht außer Frage, daß in Österreich in den vergangenen drei Jahrzehnten große Fortschritte in der Behinderten-Betreuung gesetzt wurden. Ebenso aber ist es klar, daß noch eine Fülle offener Probleme existieren, deren Lösung notwendig ist. Daß ein behindertes Kind im engsten und weitesten Sinn immer auch eine behinderte Familie bedeutet, ist selbstverständlich, wenn man die Auswirkungen berücksichtigt, die aus dem Defekt des Kindes und den daraus resultierenden Folgen auf das tägliche Leben und auf die Langzeitentwicklung der Familie entstehen.

10.1 Zahl und Art entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher in Österreich

In Österreich besteht keine Meldepflicht für Entwicklungsstörungen. Die Gründe hierfür sind in den Erfahrungen der politischen Vergangenheit zu suchen und müssen auch von jenen Stellen respektiert werden, denen eine lückenlose qualitative und quantitative Erfassung aus organisatorischen, administrativen, finanziellen und wissenschaftlichen Gründen wichtig und wertvoll wäre. Angaben über die Häufigkeit, Variation und Intensität von Behinderungen sind also nur bedingt möglich. Die in verschiedenen Unterlagen mitgeteilten einschlägigen Zahlen sind keine absoluten, sondern aus Teilgebieten gewonnene, sodaß ihnen keine exakte, auf das gesamte Bundesgebiet gültige Bedeutung zukommt. Daß in solchen Zahlen eine Fülle von Fehlerquellen enthalten sein können, ist verständlich. Sie reichen von der Fähigkeit bzw. Unfähigkeit der Diagnose einer Entwicklungsstörung durch den Arzt über die sehr unterschiedliche Erfassung durch offizielle Stellen bis zur bewußten Verdrängung einer existierenden Behinderung durch die Familie.

Die Angaben der internationalen Literatur sind ebenfalls starken Schwankungen unterworfen und selbst Zahlen aus Ländern mit weitgehend reglementierter Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik sind nur bedingt verwertbar. Quantitative Angaben auch internationaler Behörden wie der WHO können keinesfalls automatisch auf Österreich übertragen werden.

Wenn im folgenden trotz der eingangs erhobenen Einwände Angaben gemacht werden, so stammen diese aus

einer qualitativ und quantitativ überschaubaren Gruppe von 12 000 entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen, die in dieser Zahl doch annähernd verwertbare Hinweise auf die quantitative Bedeutung des Problems geben. Faßt man alle im Sinn der Definition des Beirates für Behinderte zusammengefaßten Behinderungsformen zusammen, so ist anzunehmen, daß die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die als entwicklungsgestört anzusehen sind, zwischen 11 und 15% aller lebenden Kinder und Jugendlichen beträgt.

Diese Zahlen bzw. die innerhalb dieser Eck-Werte enthaltene Schwankungsbreite entsprechen den Angaben der WHO, wenn man, was selbstverständlich nur bedingt möglich ist, annimmt, daß auch für andere Länder zumindest ein ähnliches Spektrum an Behinderungsformen angenommen werden kann.

In diesem Zahlenraum sind die sogenannten Mehrfachbehinderten jeweils nur einmal enthalten. Es ist bekannt, daß die Zahl der Mehrfachbehinderten wesentlich von der Qualität der Untersuchung abhängt; außerdem ist anzunehmen, daß gerade in den letzten Jahren eine deutliche Umschichtung innerhalb der zahlreichen Behinderungsformen eingetreten ist.

Die Möglichkeit der Einteilung der zahlreichen Behinderungsformen sind vielfältiger Natur:

1. nach der Ursache
2. nach der Symptomatik
3. nach dem intellektuellen Niveau
4. nach den Folgen auf die pädagogische und soziale Entwicklung
5. Folgen auf berufliche Entwicklung.

Die nachstehenden Zahlen sind Werte, die dem Krankengut der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder des Neurologischen Krankenhauses der Stadt Wien - Rosenhügel entnommen sind:

ad 1.		
a) genetische Ursachen	12%	
b) pränatale Ursachen (Störung der Gravidität)	11%	
c) perinatale Ursachen	15%	
d) postnatale Ursachen	12%	
e) gemischte Ursachen	18%	
f) milieurbedingte Ursachen	13%	
g) nicht einzuordnen	19%	
	100%	

ad 2.		
a) körperbehindert	12%	
b) geistig behindert	23%	
c) psychisch behindert	9%	
d) sehbehindert	1%	
e) hörbehindert	3%	
f) mehrfachbehindert	18%	
1. körper- und geistigbehindert	57%	
2. körper- und sinnesbehindert	17%	
3. körper-geistes-sinnesbehindert	8%	
4. geistig-sinnesbehindert	18%	
	100%	

g) lernbehindert	25%	
h) sprachbehindert	9%	
	100%	

ad 3.		
normale Intelligenz - IQ höher als 90	28%	
Grenzbereich - IQ 85-90	24%	
leichtgradiger Rückstand - IQ 70-85	16%	
mittelgradiger Rückstand - IQ 50-70	15%	
hochgradiger Rückstand - IQ 20-50	12%	
extremer Rückstand - IQ unter 20	5%	
	100%	

ad 4.

nicht schulfähig	8%
Förderbar in Sonderschulen für Schwerbehinderte	11%
Förderbar in Allgemeinen Sonderschulen	45%
Förderbar in Sonderschulen für Körperbehinderte	11%
Förderbar in Sonderschulen für Hörgestörte	3%
Förderbar in Sonderschulen für Sehgestörte	1%
Förderbar in der Regelschule	21%
	100%

ad 5.

a) volle Berufsfähigkeit	32%
b) partielle Berufsfähigkeit	21%
c) geschützter Arbeitsplatz bzw. geschützte Werkstätte	21%
d) Beschäftigungstherapie	20%
e) keinerlei Beschäftigungsmöglichkeit	6%
	100%

10.2 Erkennung von Behinderungen - Frühdiagnosen

Das Problem der Diagnose von Entwicklungsstörungen, vor allem die so wichtige Frühdiagnose, hat in den vergangenen 5 Jahren eine geradezu sprunghafte Entwicklung erfahren. Dies hat mehrere Gründe:

1. Die vermehrte Beschäftigung der Ärzteschaft mit Behinderungen an sich.
2. Die sich immer mehr durchsetzende Erkenntnis, daß es sich bei körperlichen, seelischen und geistigen Behinderungen sowie bei Sinnesbehinderungen um Krankheiten im engsten und weitesten Sinn des Wortes handelt.
3. Daß eine moderne Ursachenforschung wesentlich zur Prophylaxe beitragen kann.
4. Daß bei rechtzeitiger Erkennung einer Behinderung mit gezielten Trainings- und Therapie-Programmen das Ausmaß des Schadens wesentlich vermindert werden kann.
5. Die Entwicklung von Diagnose-Programmen wie z. B. Toxoplasmose-Test, Chromosomen-Analysen durch Amniosentese (Fruchtwasserpunktion), Früherkennung angeborener Stoffwechselstörungen. Hier ist es vor allem das seit Jahren als Routine-Methode von jedem neugeborenen gewonnene Guthrie-Kärtchen mit dem quantitativ relativ seltene Erkrankungen doch prompt diagnostiziert werden können.

Auch wenn die Zahl der solcherart erfaßten Krankheitsfälle z. B. die Phenylketonurie an sich gering ist, kann die aus der Diagnose resultierende Frühtherapie die Zukunft des Kindes eindeutig verändern, d. h. das Entstehen bleibender Schäden verhindern. Hier ist, wie bei zahlreichen anderen Krankheitsbildern seltener Häufigkeit in der Relation zum Gesunden z. B. 1 : 50 000 der „1er“ vor dem Doppelpunkt wichtig und nicht die Zahl 50 000 dahinter.

Die angeführten Faktoren haben in den vergangenen 20 Jahren die Aufgabenbereiche der Medizin verändert. Aber auch die Pädagogik hat in dieser Zeit durch intensivste Bemühungen um die speziellen Probleme der verschiedenen Behinderungen neue Akzente gesetzt, sodaß heute in Österreich der Begriff „bildungsfähig“ sehr breit verstanden wird und auch früher kaum geförderte Schwerbehinderte heute ihre spezielle und individuelle pädagogische Förderung erfahren. Damit wurde aber die Zahl jener entwicklungsgestörter Kinder verringert, die früher ausschließlich ein Leben zu Hause führen mußte und oft vor der Öffentlichkeit versteckt ihr Leben lebten.

Daß sich die Eltern und Angehörigen entwicklungsgestörter Kinder heute nicht mehr unbedingt als extrem

unterprivilegierte Randgruppe empfinden, ist ein deutlich erkennbarer Wandel. Der entscheidende Fortschritt in der Diagnose und Erfassung von Entwicklungsstörungen bzw. Behinderungen brachte der 1974 eingeführte Mutter-Kind-Paß, der als Untersuchungs- und Erkennungs-System ein weltweites Echo gefunden hat.

Daß er zu einer wesentlichen Intensivierung der ärztlichen Betreuung geführt hat, zeigt die Tatsache, daß für 95% der Geburten die mit dem Mutter-Kind-Paß verbundene erhöhte Geburtenbeihilfe ausbezahlt wird.

Früher gingen rund 20% der Schwangeren vor der Aufnahme in die Entbindungsstation nur einmal oder überhaupt nicht zum Arzt.

Parallel dazu läuft aber auch ein gewisser Erziehungsprozeß bei den Ärzten ab. Mit den im Mutter-Kind-Paß enthaltenen Hinweisen auf pathogene Faktoren und Ereignisse in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Zeitraum der frühkindlichen Entwicklung werden die Zusammenhänge klargemacht und somit auch Möglichkeiten der Prophylaxe aufgezeigt. Wenn der Arzt gezwungen ist, die zahlreichen Organ- und Funktions-Systeme, die Sinnesrezeption, also das Hören, Sehen, die Motorik, die vegetative Symptomatik, das Schreien u. v. a. m. eingehend zu beobachten, um dann zu entscheiden, ob sein Eindruck unauffällig ist, oder ob er eventuell eine Auffälligkeit feststellt, die abzuklären nötig ist, dann setzt dies einen Lernprozeß voraus, der schließlich dazu führt, daß ein Kind unter den Gesichtspunkten der Entwicklungs-Physiologie und Psychologie, ebenso aber auch der Pathologie des Bewegungsapparates, des Zentralnervensystems, der inneren Organe und der Sinnesorgane zu betrachten ist. Fest steht, daß seit Einführung des Mutter-Kind-Passes Zuweisungen an Fach-Institutionen mit dem Hinweis auf Auffälligkeiten sprunghaft angestiegen sind.

Das Alter behinderter Kinder bei der ersten Diagnose hat sich drastisch reduziert. Dies kann an den Kindern der Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder im Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien – Rosenhügel sehr deutlich an einem Krankheitsbild – Mongolismus – festgestellt werden. 1956 zu Beginn der Tätigkeit dieser Klinik war das Durchschnittsalter der mongoloiden Kinder 12 Jahre und 9 Monate, im Jahre 1977 betrug es 5 Monate und 2 Wochen.

10.3 Psychosoziale Probleme

Die Familie wird in ihrem Leben durch die Probleme, die sich aus der Behinderung ergeben, in vielfacher Weise belastet. Das behinderte Kind bedeutet eine „behinderte“ Familie. Im folgenden seien die hierfür wesentlichen Schwierigkeiten dargestellt.

1. Die Behinderung erfordert eine erhöhte Zuwendung durch die Angehörigen, wobei in besonderem Maß die Mutter von dieser Aufgabe absorbiert wird.
2. Diese vermehrte Beanspruchung der Mütter bzw. der Angehörigen führt zu erhöhter Reizbarkeit im Milieu der Familie.
3. Es ist bemerkenswert, in welch hohem Maß es zur Isolierung des entwicklungsgestörten Kindes mit der Mutter kommt. Dies zeigt sich in der Tatsache, daß in einem hohen Prozentsatz das entwicklungsgestörte Kind mit der Mutter schläft (62%!).

4. Die Mitarbeit der Väter bzw. älteren Geschwister in der Betreuung des entwicklungsgestörten Kindes ist unterschiedlich. Sie reicht von völliger Distanzierung bis zur intensivsten Zuwendung. Sie wird mitbestimmt vom Verhalten des behinderten Kindes. Besonders häufig erfolgt die Abwendung des Vaters bzw. der Geschwister bei Kindern mit massiver geistiger Behinderung und stärkerer psychomotorischer Unruhe.
5. Das Verhalten des entwicklungsgestörten Kindes in der Familie wird weitgehend durch die Erziehung beeinflußt. Verwöhnung führt zu Tyrannie durch das entwicklungsgestörte Kind und damit zu fast unerträglichen Spannungen. Unterschiedliche Erziehungs-Auffassungen werden vom entwicklungsgestörten Kind meist geschickt ausgenutzt.
6. Zu einer Trennung der Ehepartner kommt es erfahrungsgemäß bei 6% der Fälle, also verhältnismäßig selten. Dies spricht dafür, daß eine regelmäßige Beratung der Familien mit eingehender Diskussion der familienspezifischen Probleme wichtig zu sein scheint.
7. Besonders schwierig wird die Situation der behinderten Familie, wenn ein Elternteil allein für die Familie bzw. das behinderte Kind zu sorgen hat. Wiederverheiratungen von Müttern bzw. Vätern mit einem entwicklungsgestörten Kind sind praktisch nicht zu beobachten. In sechs Fällen konnte man die Heirat von Partnern mit je einem behinderten Kind erleben, von denen jedoch nur zwei Ehen bislang Bestand haben.
8. Die Betreuung des entwicklungsgestörten Kindes im Rahmen der Familie durch andere Angehörige als Vater und Mutter (in 78% dieser Fälle ist die betreuende Person die mütterliche Großmutter), führt zwangsläufig zur ausschließlichen Betreuung durch diese Person.

10.3.1 Die psychische Situation der gesunden Geschwister entwicklungsgestörter Kinder

Für den in der Betreuung entwicklungsgestörter Kinder Erfahrenen ist es notwendig, innerhalb jeder Familie eine eingehende Analyse der intrafamiliären Strukturen anzustellen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse regelmäßig zu überprüfen.

Im folgenden soll zunächst die Position und Haltung der gesunden Geschwister gegenüber dem entwicklungsgestörten Geschwister betrachtet werden. Sind z. B. der gesunde Bruder, die gesunde Schwester der entwicklungsgestörten Schwester oder Bruders älter, so wird von ihnen ein hohes Maß an Rücksichtnahme auf die spezifischen Schwierigkeiten des behinderten Geschwisters, Mithilfe im Haushalt, in der Bewachung und Betreuung, z. B. beim Füttern und Sauberkeitstraining verlangt. Sie sind häufig mit einem Teil ihrer Freizeit „eingespannt“, müssen ihr Geschwister in den Kindergarten bzw. in die Schule führen. Zwangsläufig kommt es zum Stau von Wünschen nach mehr Zuwendung durch die Mutter, nach eigenen Wünschen für die Gestaltung der Freizeit, des Urlaubs, der Wahl der Freundschaften. Die Identifikation der gesunden Geschwister mit der behinderten Familie beeinflußt auch die psychosoziale Position in der Gesellschaft, auf dem Spielplatz, der Schule, dem Kindergarten. Während das entwicklungsgestörte Kleinkind vom gesunden Geschwister häufig stark verwöhnt wird, kommt es mit dessen Heranwachsen zu zunehmender Distanzierung. Diese führt oft zu dramatischen Entwicklungen, wenn der gesunde Bruder bzw. die gesunde Schwester selbst in eine

Partnerschaft zum anderen Geschlecht eintritt. Das Scheitern solcher Beziehungen durch die Existenz eines behinderten Geschwisters ist häufig.

Ist das gesunde Geschwister jünger als das entwicklungsgestörte Kind, so ist zunächst häufig ein stimulierender Effekt auf manche Funktionen des entwicklungsgestörten Kindes, z. B. die Sprache, zu beobachten. Es kommt jedoch früher oder später zum sogenannten „Überhol-Phänomen“, das darin besteht, daß das gesunde Kind seine eigenen Wege geht und das entwicklungsgestörte Kind nicht mehr „mitzuziehen“ bereit ist. Vom Standpunkt des entwicklungsgestörten Kindes ist die Konfrontation mit einem gesunden Geschwister und dessen ungestörte Funktion sowohl beim körper- wie auch beim Sinnes- oder geistig behinderten Kind häufig eine ständige Frustration. Sie erreicht den Höhepunkt, wenn der Gesunde die Familie verläßt.

Das Verhalten des entwicklungsgestörten Kindes wird in dieser Frustrations-Situation seiner Angehörigen oft völlig unverständlich. Es entwickelt sich ein Verhaltensbild, das aus Aggressionen und Depressionen gemischt ist und zwangsläufig zur Isolation des entwicklungsgestörten Kindes führen muß. Daß die gesunden Geschwister ihrerseits Aggressionen entwickeln, ist aus zahlreichen Einzelbefunden und Gruppenuntersuchungen zu ersehen.

In vielen Familien gelingt es, eine erträgliche Balance dieser Verhaltens-Probleme zu erreichen. Die Belastungen der gesunden Geschwister müssen auf ein Minimum reduziert werden. Nur dann können sie ihr behindertes Geschwister akzeptieren. Das Freihalten ihres Lebens- und Freizeitraumes von den Belastungen ist eine unerlässliche Forderung. Den Eltern muß in regelmäßigen Gesprächen immer wieder bewußt gemacht werden, daß die Existenz sowohl der gesunden wie auch des oder der entwicklungsgestörten Kinder von einem ausgewogenen intrafamiliären Milieu abhängen.

Frühzeitig ist auch das ärztliche Gespräch mit den gesunden Geschwistern im Hinblick auf eventuelle erbliche Belastungen eigener Kinder nötig.

10.3.2 Die Sexualität behinderter Kinder

Mit Ausnahme einiger ganz weniger Krankheitsbilder entspricht die sexuelle Reifung des behinderten Kindes dem Lebensalter und keineswegs dem sogenannten Intelligenzalter. Das heißt z. B.: Ein oder eine 15jährige, deren Intelligenzniveau bei aller Relativität einer solchen Aussage dem Niveau eines 5jährigen Kindes entspricht, ist in seinem Sexual-Alter eben ein 15jähriges Kind. Aus dieser Diskrepanz entsteht zwangsläufig eine Fülle von Problemen, die sich in mangelhafter, gestörter oder völlig fehlender Verarbeitung aller sexuellen Wünsche, Gefühle und Regungen niederschlägt. Hat schon der gesunde jugendliche Pubertierende Schwierigkeiten, so steht der Behinderte diesem Bereich seines Lebens häufig ohne Selbstkontrolle, ohne Erfassen körperlicher und seelischer Zusammenhänge gegenüber. Erzieherische Maßnahmen stoßen bei geistig Behinderten auf partielle oder totale Verständnislosigkeit. Morale Werte und Begriffe sind als abstrakte Denkvorgänge nicht nachzuvollziehen. Die Aufklärung der Eltern über die zu erwartende Entwicklung und die möglichen Probleme hat deshalb auch schon im frühesten Stadium des Lebens des Kindes zu erfolgen.

Ein spezielles Problem behinderter Jugendlicher ist die mögliche Schwangerung weiblicher Behinderte. Hier sind die Schwierigkeiten vor allem im Bereich der geistig Behinderten von kaum darstellbarer Tragik. Häufig ist ein scheinbar unauffälliges Äußeres und die Kritiklosigkeit gegenüber Annäherungs-Versuchen die Basis derartiger sexueller Akte. In den vergangenen 20 Jahren waren insgesamt 62 Schwangerschaften höhergradig geistig behinderter Mädchen zu registrieren. Nur bei einem Teil konnte der Schwangerschafts-Abbruch durchgeführt werden (A. Rett, 1977).

Überblickt man die Probleme im ganzen, so läßt sich feststellen, daß der Behinderte im Zeitalter zunehmender Integration immer mehr auch in der Gesellschaft lebt, im Alltag und somit auch im Verkehr weniger isoliert, anderseits aber dadurch naturgemäß sexuellen Annäherungen in größerem Maße exponiert ist. Die logische Konsequenz dieser Situation ist die Prophylaxe. Diese kann nicht nur im Abbruch einer eingetretenen Schwangerschaft liegen, sondern auch in der Sterilisation. Der Wunsch nach Eileiterunterbindung beim behinderten Mädchen kommt heute vorwiegend von den Angehörigen, die sich der Tragweite der Probleme bewußt sind.

Ein derzeit in Entwicklung befindliches Netz humangenetischer Beratungsstellen erfaßt zunächst vorwiegend jene Familien, in denen bereits ein behindertes Kind lebt und wo die Frage nach dem Wiederholungs-Risiko aktuell ist. In zunehmendem Maß ist es auch möglich, Familien aus der sozialen Grundschicht in den Einflußbereich dieser Beratung zu bringen. Das bedeutet, daß heute die ärztliche Betreuung und die Sozialarbeit im engsten und weitesten Sinne regulierend eingreifen müssen, wenn genetische Befürchtungen bestehen. Kontrazeptiva und ihre doch relativ komplizierte Anwendung können hier vielfach keine Lösung bringen, sodaß die Sterilisation sehr oft als die bessere Methode angesehen wird.

Zusammenfassend sei also festgestellt, daß die Sexualität behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener in der Familie heute weitgehend als Problem und Schwierigkeit bekannt ist, aber keineswegs in allen Fällen auch in der erforderlichen menschlichen, sachlichen und hygienischen Konsequenz gelöst wird.

10.4 Das behinderte Kind und die Struktur seiner Familie

Daß das Auftreten einer Behinderung in einer Familie die Motivation zu weiteren Kindern entscheidend mitbestimmt, ist bekannt. Daß hierbei eine Vielzahl psychischer, physischer, menschlicher und finanziell-materieller Faktoren wirksam wird, ergibt sich zwangsläufig aus den Belastungen, welche jede Behinderung für die Angehörigen bedeutet.

Das ausreichend dokumentierte und überschaubare Krankengut läßt eine Reihe bemerkenswerter Fakten erkennen:

1. Nur 1,3% der Patienten wurden außerehelich geboren.
2. Aus dem Gesamtkrankengut läßt sich feststellen, daß 31% der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung Einzelkinder waren. 69% hatten ein bzw. mehrere Geschwister.

3. Aus den in dieser Gruppe zusammengefaßten (69%) Behinderten lassen sich folgende Details isolieren:
In 43% war das entwicklungsgestörte Kind das erste in der Geschwisterreihe.
In 37% war das behinderte Kind das letzte in der Geschwisterreihe.

Das behinderte Kind hatte zum Zeitpunkt der Analyse

1 Geschwister	68%
2 Geschwister	19%
3 Geschwister	10%
4 Geschwister und mehr	3%

Untersucht man nun die Abhängigkeit dieser hier angegebenen Zahlen von Art und Schweregrad der Behinderung, so lassen sich folgende Feststellungen treffen:

1. Je schwerer die Behinderung, umso eher bleibt das entwicklungsgestörte Kind ein Einzelkind bzw. das letzte in der Geschwisterreihe.
2. Es zeigt sich, daß die Familien mit schwerst körperbehinderten Kindern, deren motorische Entwicklung ein selbständiges Gehen und Essen unmöglich macht, bei den Einzelkindern übermäßig stark repräsentiert sind.
3. Familien mit einem geistig behinderten Kind zeigen, wenn dieses das erste Kind ist, eine größere Bereitschaft zu weiteren Kindern. Ist das geistig behinderte Kind nach einem oder mehreren gesunden Kindern geboren, ist allerdings eine sehr deutliche Tendenz zum Stöp zu erkennen.
4. Familien mit behinderten Kindern aus chromosomal Aberrationen sind in diesem Zusammenhang gesondert zu betrachten. Hier ist bekanntlich die Rate von Spontanabortionen bzw. Totgeburten besonders hoch, sodaß Einzelkinder besonders hoch repräsentiert sind. Der Mongolismus, auch Down-Syndrom (Trisomie 21) genannt, durch viele Jahrzehnte hindurch mit zirka 50% am Ende einer mehr oder weniger langen Geschwisterreihe geboren, hat mit Einsetzen der kontrazeptiven Methoden, der diagnostischen Möglichkeiten aus dem punktierten Fruchtwasser und durch die sogenannte Fristenregelung eine entscheidende Veränderung erfahren.
5. Im Lauf der vergangenen vier Jahre läßt sich eine grundsätzlich veränderte Verhaltensweise im generativen Verhalten der Familien mit entwicklungsgestörten Kindern festzustellen. Es sind im wesentlichen folgende entscheidende Faktoren, die hier zu betonen sind:
 - a) Die Möglichkeit, das Schicksal der Frucht selbst zu bestimmen, d. h. einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zu ziehen, wird von Familien mit entwicklungsgestörten Kindern zweifellos wesentlich häufiger in Anspruch genommen als dies früher der Fall war.
 - b) Die Zahl der Familien mit mehr als einem behinderten Kind innerhalb unseres Krankengutes ist in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen. Die 1977 publizierte Zahl von insgesamt 600 Familien kam in ihrem Hauptteil bis zum Jahre 1968 zustande.
 - c) Familien, die trotz eines entwicklungsgestörten Kindes den Wunsch nach weiteren Kindern haben, können heute mit den Möglichkeiten einer umfassenden humangenetischen Beratung im Rahmen der Familienplanung wesentlich „sicherer“ beraten werden. Die Frage nach dem Wiederholungsrisiko kann

heute für zahlreiche Erkrankungen aus dem Formenkreis der Behinderungen schon mit gewisser Exaktheit beantwortet werden. Eine optimale Schwangerenüberwachung mit Kontrolle zahlreicher Faktoren in Blut und Harn, aber auch der erwähnten Amnionozentese (Fruchtwasserpunktion), läßt heute eine Reihe von Erkrankungen bereits in der ersten Phase der Schwangerschaft erkennen. Die Komplikationen vor, während und unmittelbar nach der Geburt sind beim derzeitigen Stand der Medizin in Österreich auf ein Minimum reduzierbar. Eine moderne Geburts-Überwachung und eine eventuell erforderliche optimale Frühgeburten-Aufzucht läßt die Zahl der manifesten schweren Behinderungen deutlich vermindern.

10.5 Die Lösung des entwicklungsgestörten Kindes aus der Familie

Im folgenden sind die Faktoren aufgeführt, die zu einer Trennung des Kindes von der Familie führen:

1. Krankheit oder Tod der betreuenden Person
2. Trennung der Eltern
3. Zunahme der Verhaltensstörungen und Aggressionen
4. Abbau geistiger Fähigkeiten
5. Zunehmender Verlust der Kontrollfunktion über Stuhl und Harn.

Eine besondere Situation stellt die Heim-Einweisung aus heilpädagogischen Gründen dar. Hier sind es vor allem zwei Gründe, die als Ursachen in Frage kommen:

1. Am Wohnort der Familie existiert keine dem entwicklungsgestörten Kind gerechte pädagogische Institution.
2. Der Transport in eine solche Institution ist unmöglich.

Die Frage, inwieweit das Kind, das im Heim untergebracht ist, nunmehr der Familie entfremdet wird, ist individuell sehr unterschiedlich zu beantworten. Hier ist der ursprüngliche Kontakt zum Kind sicher maßgebend. Die Möglichkeiten des Besuches des Kindes im Heim, die Frequenz und Intensität dieser Besuche beeinflussen die Position des entwicklungsgestörten Kindes entscheidend.

Die Möglichkeit, daß das behinderte Kind vom Heim aus regelmäßig nach Hause kommt, muß gegeben sein. Es ist jedoch nicht selten, daß solche Besuche zu Hause auf Schwierigkeiten stoßen, d. h. die Entfremdung des entwicklungsgestörten Kindes von seinen Angehörigen, aber auch deren Entfremdung dem entwicklungsgestörten Kind gegenüber, sind Komplikationen, die nur durch regelmäßige Besprechungen mit den Angehörigen verhindert bzw. gemildert werden können. Die psychosoziale Betreuung der Beziehungen zwischen dem entwicklungsgestörten Kind und seinen Angehörigen ist in Österreich derzeit sicherlich zu gering. Hier wäre eine intensive Betreuung der Familien durch Sozialarbeiter unbedingt nötig.

10.6 Die heilpädagogische Betreuung entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher

Österreich hat heute ein in den letzten drei Jahrzehnten systematisch ausgebautes System der heilpädagogischen Betreuung entwicklungsgestörter Kinder, das allerdings für die verschiedenen Altersbereiche und auch regional gewisse Struktur-Unterschiede aufweist.

Im Vorschulbereich ist zweifellos noch immer ein Mangel an Sonderkindergärten festzustellen. In einzelnen Bundesländern existieren ambulante Teams, die allerdings vorwiegend den Bereich der körperbehinderten Vorschulkinder abdecken: In Kärnten und im Burgenland werden von diesen Teams auch geistig bzw. mehrfach behinderte Kinder betreut.

International beispielhaft ist zweifellos das Schulsystem für den Pflichtschulbereich. Hier sind es die sogenannten Allgemeinen Sonderschulen für Schwachbegabte, die Sonderschulen für Schwerstbehinderte sowie die Sonderschulen für Körperbehinderte, unterteilt in zwei Richtungen, nämlich in Klassen mit der Norm entsprechenden Intelligenz und jene mit sogenannten Mehrfachbehinderten, d. h. Kinder, die außer der spezifischen Körperbehinderung auch Störungen der Intelligenz bzw. der Sinnesrezeption aufweisen.

Im Bereich der Hör- und Seh-Störungen existieren in Österreich entsprechende Institute in mehreren Bundesländern, die aber heute nur zum Teil auch Mehrfachbehinderte aufnehmen, d. h. Hör- und Sehbehinderte mit geistiger Retardierung besondere heilpädagogische Methoden erfordern.

Hier hat das Schul-System noch nicht jene erforderliche Angleichung an die biologische Realität vollzogen, die aus der Tatsache resultiert, daß das einfach behinderte Kind, das sehgestörte bzw. hörgestörte Kind mit unauffälliger intellektueller Leistungsfähigkeit quantitativ immer mehr in den Hintergrund tritt und die Mehrfachbehinderungen immer zahlreicher werden.

Während in den Städten im Sonderschulwesen in mehrklassigen Schulen, dem jeweiligen Alter und dem jeweiligen Reifegrad entsprechend werden kann, sind in ländlichen Bereichen zwangsläufig Einzelklassen mit mehr und vielstufigem Unterricht die Regel. Sie stellen oft durch allzu starke Variation der zu betreuenden Schüler nach Art der Behinderung und dem Alter eine Belastung und Herausforderung für den Lehrer dar. Ein besonderes Problem ist in diesen Klassen die Mischung behinderter mit sozial verwahrlosten Kindern, die ja mit anderen Maßnahmen geführt und gefördert werden müßten, welche aber die Kraft und Aufmerksamkeit des Lehrers besonders stark absorbieren.

In der Mehrzahl der österreichischen Sonderschulen wird erkannt und realisiert, daß auch schwerstbehinderte Kinder bildungsfähig sind. Während in der Sonderschule für Schwerstbehinderte die intellektuelle Leistungsfähigkeit auch unter einem IQ von 60 liegt, ist der Spielraum der Allgemeinen Sonderschule zwischen einem IQ von 60 und 90 gelegen. Die jeweiligen Einschulungs- und Umschulungs-Normen sind zwar im Schulunterrichtsgesetz verankert, werden jedoch unterschiedlich gehandhabt.

In Österreich gibt es derzeit eine Reihe von Internaten mit den verschiedenen Typen der Sonderschule. Hier werden jene Kinder untergebracht, die in ihrem Wohnort keine Möglichkeit des Schulbesuchs haben. Diese Internate haben zum großen Teil ein international beachtliches, heilpädagogisch-spezifisch fachliches und strukturell-architektonisches Niveau.

Die nachschulische Betreuung ist ein besonders schwieriges Kapitel. Die berufliche Integration behinderter Jugendlicher ist heute ein zentrales Problem der Behindertenarbeit

in Österreich. Der Arbeitsmarkt ist aus vielen Gründen nicht in der Lage, alle jene Behinderten zu integrieren, die dazu fähig wären und dafür in vielen Jahren ausgebildet wurden. Das Abgangszeugnis einer Allgemeinen Sonderschule bedeutet in der Öffentlichkeit immer noch eine soziale Diskriminierung, sodaß Lehrberufe nur sehr selten ergriffen werden können. Die Betreuung Schwerstbehinderter in beschäftigungstherapeutischen Werkstätten (so z. B. Jugend am Werk, Lebenshilfe einzelner Städte) ist zwar im Ausbau, aber keineswegs noch bundesweit als perfekt anzusehen.

Die gestützte Werkstätte für Behinderte mit annähernd normaler bzw. nur teilweise begrenzter Arbeitsfähigkeit ist in Österreich noch zu wenig entwickelt, wird aber für die Zukunft als breitgestreutes System unerlässlich sein. Ein entsprechendes Rehabilitationskonzept wurde vom Bundesministerium für soziale Verwaltung bereits vorgelegt. Die Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind ausführlich im Heft „Wirtschaftliche und soziale Situation der Familie“ im Kapitel „Vorsorgen für die Familie in Notsituationen“ dargestellt.

Hierzu ist festzustellen, daß frühere Vorstellungen vom Arbeitseinsatz der Behinderten in der Landwirtschaft heute nur in Einzelfällen befürwortet werden können, da sich gerade diese Arbeit als wenig „behindertengerecht“ erwiesen hat. Vielmehr ist, wie die Erfahrung zeigt, die Stückarbeit, die von den Institutionen als Lohnarbeit geleistet wird, die Arbeit der Wahl.

Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit der Behinderten in den Werkstätten sind in hohem Maß von der Persönlichkeit des Betreuers abhängig. Es ist teilweise faszinierend, welche Arbeiten unter richtiger Führung geleistet werden. Das Erfolgserlebnis des Behinderten wird hier zum Angelpunkt seines Lebens.

Die Aufnahme eines Behinderten in eine Institution mit Internat wird immer dann notwendig, wenn am Wohnort eine solche Betreuung nicht möglich ist, oder die Familie die Betreuung nicht mehr zu leisten vermag.

Mit dem Älterwerden der behinderten Kinder werden auch ihre Angehörigen älter. Das Nachlassen der Erziehungsaktivitäten führt häufig zu einem drastischen Rückgang vieler Funktionen und Fähigkeiten des Behinderten. Hier ist einer der wesentlichsten Ansätze der Behindertenbetreuung in Österreich zu suchen.

11 ALKOHOL-, DROGEN- UND MEDIKAMENTEN-MISSBRAUCH IN DER FAMILIE

Die Konsumation der Drogen Alkohol als Genußmittel, als soziale, die Kommunikation fördernde sowie als „tolerierte Freizeitdroge“, die imstande ist, bestimmte psychische Mechanismen des Individuums in Richtung einer gehobenen Stimmungslage und leichten Euphorie zu beeinflussen, ist in unserem Bundesgebiet enkulturiert und als „Normalverhalten“ zu betrachten. Man kann von sozialem, kontrolliertem Trinken immer dann sprechen, wenn Alkohol in einer Weise konsumiert wird, die dem Individuum und der Gemeinschaft nicht schadet, wenn das Individuum eine ihrer Umwelt entsprechende Trunksitte entwickelt, einschätzen kann, wieviel es verträgt und imstande ist, sich den Regulierungen, die für die Einnahme

alkoholischer Getränke in der Gesellschaft entwickelt wurden, zu unterwerfen. (Z. B.: Einhalten der gesetzlich festgelegten Trinkmengen vor Inbetriebnahme eines Kfz.) Nun kann Alkohol, als das Rausch- und Suchtmittel, das es nun einmal ist, in mehrfacher Weise mißbräuchlich eingenommen werden.

Zu den abweichenden Formen des Alkoholkonsums, die noch nicht dem Erscheinungsbild des Alkoholismus zuzurechnen, aber anderseits bereits durchaus geeignet sind, menschliche Interaktionen in negativer Weise zu beeinflussen, gehört

der akute Rausch, die akute Intoxikation mittels Alkohol mit seinen Auswirkungen auf Selbstkontrolle, aggressiver Enthemmung und sexueller Vollzugshemmung,
das „Problemtrinken“,
das unverantwortliche Trinken.

Der Begriff „Problemtrinken“ wurde aus der amerikanischen Literatur übernommen. Er ist ebenso schwer zu definieren wie der Begriff „Alkoholismus“. Eine Reihe von Arbeiten hat versucht, Charakteristika von Personen, die Probleme mit Alkohol haben, zu entwerfen. Zu diesen gehören: häufiges Betrunkensein, Sauftouren, Wirkungstrinken (welches Reaktionen einschließt, die auf eine körperliche Abhängigkeit und auf Kontrollverlust hinweisen), psychologische Abhängigkeit, Störungen des normalen Sozialverhaltens (Schwierigkeiten mit Partner oder Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn, Arbeitgebern, der Polizei). Problemtrinken soll häufiger bei Männern, vor allem in der Altersgruppe der frühen Zwanzigerjahre, bei Ledigen, Getrennten oder Geschiedenen zu beobachten sein und in der Großstadt die größte Verbreitung finden.

Auch die Definition des „unverantwortlichen Trinkens“ wurde der amerikanischen Literatur entnommen. Von dem NIAAA (dem Amerikanischen Nationalen Institut für Alkoholmißbrauch und Alkoholismus) wurden Vorschläge für den verantwortlichen Gebrauch von Alkohol entworfen.

Der Genuß von Alkohol soll soziale Beziehungen verbessern und sie nicht verschlechtern oder zerstören;
der Genuß von Alkohol soll Beigabe zu einer Aktivität und nicht die Hauptsache sein;
Alkohol mit anderen Drogen gemeinsam soll nur vorsichtig gebraucht werden;
die menschliche Würde soll durch den Genuß von Alkohol nicht beeinträchtigt werden.

Abweichungen von diesen Regeln würden Anzeichen unverantwortlichen Trinkens und auch des Problemtrinkens ans Tageslicht bringen. Eines oder mehrere der folgenden Zeichen können in diesem Sinne verstanden werden:

Schnelles Trinken, um die Wirkung des Alkohols rasch zu spüren.
Den Tag mit einem Schluck beginnen.
Allein trinken, wegen des Wunsches, der Realität, der Langeweile oder der Einsamkeit zu entfliehen. Wenn Trinkverhalten vom Arbeitgeber, dem Ehepartner oder anderen kritisiert wird und wenn es dazu kommt, daß durch das Trinken Unregelmäßigkeiten und Leistungsverminderung in der Arbeit auftreten.

Wenn sachliche Gründe für das Trinken angeführt werden, wie z. B. „Ich brauche schnell noch einen Schluck, um mich zu entspannen“ oder „Laß uns schnell noch einen trinken, bevor wir gehen.“ Deutliche Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen nach einem oder mehreren Gläsern.

Häufiges Zuvieltrinken oder Berauschtsein.

Erinnerungslücken durch Alkohol.

Die psychologische Auswirkung des Katers erfordert ein Glas, um das Unwohlsein zu überwinden, wodurch der Teufelskreis in Gang kommt: Je mehr man trinkt, desto schlechter fühlt man sich und desto mehr trinkt man.

Die Notwendigkeit ärztlicher oder Krankenhausbehandlung oder häufige kleine Unfälle oder körperliche Beschwerden als Folge des Trinkens.

Diese oben beschriebenen Kennzeichen stehen für ein Trinkverhalten, das an der Grenze des eindeutig pathologischen Trinkverhaltens liegt, das als „Alkoholismus“, „Alkoholabhängigkeit“, „Alkoholkrankheit“ in verschiedenen Ausprägungen bekannt ist, es ist das Trinkverhalten, das am besten mit „Alkoholmißbrauch“ gleichzusetzen ist. Die schwereren, krankhaften Ausgestaltungen sind oftmals als Resultat dieses Mißbrauchs zu verstehen, jedoch keineswegs regelmäßig.

Man muß darauf hinweisen, daß der Krankheitsbegriff des Alkoholismus nicht überdehnt werden sollte, sodaß unter ihm dann alle Formen übermäßigen Trinkens und/oder unverantwortlichen Trinkens subsummiert werden. Dies geschieht jedoch oft, sowohl von Seiten des Laienpublikums, als auch von Seiten von Medizinern, die nicht spezielle Erfahrungen auf dem Forschungsgebiet des Alkoholismus oder der Suchtkrankheiten sammeln konnten. So wird z. B. häufig der unzulässige Schluß gezogen, daß Verkehrsunfälle, die im berauschten Zustand verursacht wurden, auf Alkoholismus des berauschten Fahrers hinweisen. Dies kann, muß jedoch keineswegs der Fall sein. Der Terminus „Alkoholismus“, „Alkoholkrankheit“ sollte den Fällen vorbehalten bleiben, wo tatsächlich eine körperliche oder psychische Krankheit vorhanden ist. Nur diese bestimmten Formen des exzessiven Trinkens sind auch der medizinisch-psychiatrischen Behandlung zugänglich. Die anderen Formen des übermäßigen Trinkens – so schwerwiegend sie auch seien, können vorwiegend mittels der Methoden der angewandten Soziologie, einschließlich der Gerichtsbarkeit behandelt werden. Die medizinischen Berufe können sich in präventiver, beratender Weise an der Behandlung des Problems beteiligen, bzw. bei Vorliegen einer anders gearteten psychischen Problematik durch Behandlung dieser auch den übersteigenden Alkoholkonsum in den Griff zu bekommen helfen.

Grundsätzlich sind nach der Jellinek'schen Klassifikation (1960) zwei deutlich voneinander verschiedene Muster des Alkoholismus abzugrenzen: gamma-Alkoholismus und delta-Alkoholismus. Der gamma-Alkoholiker ist auch als Rauschtrinker zu bezeichnen. Er ist charakterisiert durch ein pathologisches Phänomen, das als „Kontrollverlust“ oder deutlicher „Verlust der Kontrollierbarkeit der Alkoholaufnahme“ bezeichnet wird. Darunter wird verstanden, daß ein Individuum nach einer verschieden langen Zeit exzessiver Alkoholkonsumation folgendes Phänomen erkennen läßt: Sobald eine kleine Alkoholmenge in den Körper gelangt ist, entsteht Verlangen nach mehr Alkohol,

das so lange anhält, bis der Trinker zu betrunken oder zu krank für eine weitere Alkoholaufnahme ist. Dieser Kontrollverlust wirkt erst, wenn der Mensch zu trinken begonnen hat, steht nicht am Beginn eines neuerlichen Exzesses. Außerdem bleibt dem Alkoholsüchtigen dieser Art die Entscheidung frei, ob er in einer gegebenen Situation trinken will oder nicht. Dementsprechend kann der gamma-Alkoholiker einige Zeit freiwillig abstinent bleiben.

Diese Form der Alkoholsucht zeigt gewöhnlich eine phasenhafte Entwicklung. Zunächst besteht die voralkoholische, symptomatische Phase. In dieser tritt beim späteren Alkoholiker ein Phänomen auf, das wir als „Erleichterungs-trinken“ bezeichnen wollen. Diese befriedigende Erleichterung durch das Trinken, die schließlich täglich aufgesucht wird, steht in Gegensatz zu den Empfindungen des durchschnittlichen sozialen Alkoholkonsumenten. Gegen Ende dieser ersten Phase tritt eine Erhöhung der Alkoholtoleranz ein, d. h. der Trinker braucht zur Erreichung des erwünschten Beruhigungsstadiums eine etwas größere Menge Alkohol als zuvor.

Die zweite Phase ist die prodromale. An ihrem Beginn steht das Auftreten „alkoholischer Palimpseste“. Darunter versteht man, daß ein Trinker nach Einnahme einer nicht ungewöhnlich hohen Dosis Alkohols, wobei er keine Zeichen sichtbarer Berausung erkennen ließ und durchaus gesprächs- oder arbeitsfähig war, am nächsten Tag überhaupt keine Erinnerung daran hat, was innerhalb dieses Zeitraums vorfiel. Zur Prodromalphase gehören auch noch andere Zeichen; heimliches Trinken, gieriges Trinken, dauerndes Denken an Alkohol, Schuldgefühle wegen des Trinkens, die alkoholischen Getränke haben aufgehört, Getränke zu sein, und wurden zu einer Medizin, die der nunmehr Süchtige „braucht“. Die Toleranz nimmt weiter zu, dementsprechend kommt es auch weiterhin nicht zur häufigen öffentlichen Berausung. Hingegen nehmen die Palimpseste in ihrer Häufigkeit zu. *Jellinek* bezeichnete den Zustand, in dem sich der Alkoholkranke in dieser Phase versetzt als „Narkose der Seele“. In diesem Stadium werden bereits Störungen nervöser und metabolischer Vorgänge bestehen. Am Ende dieser prodromalen, bzw. am Beginn der nunmehr folgenden kritischen Phase steht das Auftreten des bereits beschriebenen „Kontrollverlusts“.

Auch die kritische Phase läßt eine Reihe von Charakteristika erkennen. Der Trinker beginnt nach Erklärungen seines Verhaltens zu suchen und sich ein Rationalisierungssystem sowohl für sich selbst wie auch für seine Bezugspersonen zu entwerfen. Gleichzeitig plagen ihn jedoch Schuldgefühle, verliert er an Selbstachtung, was er wieder durch großspuriges Benehmen zu kompensieren versucht. Es kommt zu gravierenden Auswirkungen im sozialen Feld. Der Trinker beginnt sich isoliert zu fühlen, gibt den andern die Schuld an seinem Verhalten, wird aggressiv; als Folge davon wieder entwickelt er einen Zustand dauernder Zerknirschung, was wieder zum Anlaß fortgesetzten Trinkens wird. Er folgt jedoch dem sozialen Druck und versucht Phasen dauernder Abstinenz einzuschieben. Seine Einstellung gegenüber Freunden, Bekannten, Familienangehörigen ändert sich immer mehr. Er beginnt Freunde fallenzulassen, seine Arbeit zu vernachlässigen, sich immer mehr auf Alkohol zu konzentrieren, die äußeren Interessen gehen verloren, die zwischenmenschlichen Beziehungen werden neu interpretiert,

insbesondere entwickelt der Erkrankte ein äußerstes Selbstmitleid. Er legt sich ein Lager von Alkoholika an, vernachlässigt seine sonstige Ernährung, trinkt nun bereits morgendlich. Trunkenheit ist in dieser kritischen Phase die Regel, wird jedoch zumeist erst in den Abendstunden erreicht. *Jellinek*, (1951) meinte: „Der Beginn des ‚Kontrollverlustes‘ ist der Anfang des ‚Krankheitsprozesses‘ der Alkoholsucht, der auf das exzessive, symptomatische Trinken aufgepropft ist. Dieser Krankheitsprozeß unterminiert fortschreitend die moralischen und körperlichen Widerstände des Süchtigen“.

In dieser kritischen Phase treten schwere Störungen des familiären Bezugssystems auf. Zunächst machen die Angehörigen die Beobachtung, daß sich der Trinkstil ändert und beginnen den Erkrankten zu warnen oder zu tadeln. Als Folge der beschriebenen prozeßhaften Entwicklung verändert sich das Familienleben in seiner Gesamtheit. Ehepartner und Kinder beginnen sich zurückzuziehen.

Als letzte Phase durchläuft der gamma-Alkoholiker die chronische Phase seiner speziellen Form der Alkoholabhängigkeit. In dieser wird er vom Alkohol zunehmend beherrscht. Der Rauschzustand ist nunmehr am Tag bereits zu beobachten, außerdem entwickelt das erkrankte Individuum nunmehr die Sitten der „verlängerten Räusche“. D. h. daß er mehrere Tage in betrunkenem Zustand verharrt, bis er völlig unfähig ist, irgend etwas zu unternehmen. In dieser Periode kommt es zu immer bemerkbarer werdenden Erscheinungen des ethischen Abbaus und der Beeinträchtigung der Denkfähigkeit. Diese Symptome haben noch nicht den Charakter der Irreversibilität. In etwa 10% können alkoholische Psychosen auftreten. Die sozialen Bezüge brechen weitgehend ab, bzw. verändern sie sich in schwerwiegender Weise, als Trinkkumpane gefunden werden, die unter dem ursprünglichen Niveau des Erkankten liegen. In dieser Phase tritt auch ein Phänomen auf, das als Verlust der Alkoholtoleranz bezeichnet wird. Eine halb so große Trinkmenge als vorher reicht aus, um bei dem Individuum einen stuporösen Zustand hervorzurufen. Der Erkrankte leidet unter unbestimmten Ängsten, Zittern, einer ausgeprägten motorischen Hemmung. All diese Symptome können durch Alkoholeinnahme wieder zum Verschwinden gebracht werden – das Trinken wird damit zur Zwangshandlung.

Dieser Typus der Alkoholkrankheit ist in den meisten hochentwickelten Industriestaaten vorherrschend. In Ländern allerdings, wo Weinbau betrieben wird, wie auch in Österreich, spielt er keine derart überragende Rolle. An dem Patientengut, das im Genesungshaus Kalksburg Aufnahme findet, läßt sich erkennen, daß Frauen eher zur Entwicklung des gamma-Alkoholismus neigen und daß ein eindeutiges West-Ost-Gefälle besteht.

Eine Überblicksuntersuchung über die Aufnahmen der Jahre 1969–1974 (Springer, 1975) brachte dieses Gefälle deutlich zur Darstellung.

Tabelle 1

Typus des Alkoholismus	Wien	Nieder-österreich	Burgen-land Patienten %	Ober-österreich	Vorarlberg
gamma	44,3	40,8	26,3	51,6	50,0
delta	50,5	55,5	67,3	43,2	40,4

Die statistische Auswertung des Patientengutes 1976 ergibt, daß 41% der weiblichen gegenüber 32% der männlichen Patienten das Bild des gamma-Alkoholismus erkennen ließen. Dagegen bestand bei 50,5% der männlichen Patienten ein delta-Alkoholismus, wie er sich bei Frauen nur in 17% finden ließ.

Beim delta-Alkoholismus lassen sich abgegrenzte Phasen nicht derart klar erkennen. Der Verlauf dieser Erkrankung ist wesentlich ruhiger. Die soziale Störung des Erkrankten ist nicht so ausgeprägt wie beim gamma-Alkoholismus. Zur Phänomenologie dieses Typus von Alkoholismus gehört es, daß täglich große Mengen alkoholischer Getränke konsumiert werden, die jedoch gleichmäßig über den Tag verteilt eingenommen werden, sodaß es zu keiner sichtbaren Berausung kommt, auch wenn das Stadium der körperlichen Abhängigkeit bereits erreicht ist. Diese Art des Alkoholismus ist typisch für Weinbauregionen. Man kann sagen, daß zunächst vom Erkrankten sozial getrunken wird, – dies in einer Umwelt, in der hohe Einnahmemengen die Regel sind. Für den quantitativ hohen Konsum sind keine psychopathologischen oder sozialen Störfelder als Ursache zu suchen, er entspricht vielmehr einem kulturellen Verhaltensmuster. Dementsprechend ist eine Phase des Erleichterungstrinkens nicht zu beobachten. Die Alkoholtoleranz steigt nichtsdestoweniger, im Lauf von Jahren kommt es auf diese Weise zur Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit von Alkohol. Eine psychische Abhängigkeit von der Substanz muß nicht in entsprechender Weise zur Ausprägung gekommen sein. Wie bei anderen Abhängigkeitsprozessen von chemischen Substanzen kommt es jedoch zu Entzugserscheinungen physischer Art, wenn mit der Einnahme der Substanz ausgesetzt wird. Diese Entzugserscheinungen können von geringen Ausprägungen, die unter dem Bild eines vegetativen Reizsyndroms mit Zittern, Schwitzen, verstärkter, ängstlich betonter Traumaktivität, allgemeiner psychomotorischer Unruhe usw. verlaufen, bis zu schweren Zustandsbildern, einschließlich generalisierter Krampferscheinungen (epileptischer Entzugsanfall) und psychotischer Erscheinungen (Entzugsdelirium, Delirium Tremens) zur Beobachtung kommen. Die Ausbildung dieser Form der Abhängigkeit kann 15–20 Jahre in Anspruch nehmen. Erst gegen Ende dieser Zeit wird die Ausbildung der Sucht auch der Umgebung bemerkbar, wenn wie auch beim gamma-Alkoholiker alkoholische Amnesien, „Palimpseste“, Veränderungen der geistigen Fähigkeiten und der ethischen Einstellung auftreten. Schließlich kommt es ebenfalls zum Toleranzverlust und damit auch zum Auftreten von Zuständen sichtbarer Berausung.

Die familiären Bezüge werden von dieser Verlaufsform des Alkoholismus nicht in derselben Art betroffen wie beim gamma-Alkoholismus. Eine soziale Desintegration des Erkrankten, wie bei dieser anderen Verlaufsform, liegt nicht vor. Hingegen entsteht eine Belastung des Familienverbandes aus dem Umstand, daß Folgeerkrankungen des Alkoholismus, wie Erkrankungen der Leber, des peripheren Nervensystems, des Magens usw., beim delta-Alkoholiker ungleich häufiger zu beobachten sind und dementsprechend für die Familie eine Situation entsteht, die der entspricht, daß ein chronisch somatisch krankes Familienmitglied im Verband lebt. Dazu kommt noch, daß der delta-Alkoholiker auch mehr zur Entwicklung alkoholischer Psychosen tendiert; man spricht auch vom „deliranten Trinker“.

Um die beiden Verlaufsformen des Alkoholismus kurz und prägnant in bezug auf die abhängige Konsumsituation zu definieren: Der gamma-Alkoholiker kann nicht aufhören zu trinken, wenn er einmal begonnen hat, der delta-Alkoholiker kann sich des Trinkens nicht enthalten, um nicht unter Entzugserscheinungen leiden zu müssen. Dementsprechend kann der gamma-Alkoholiker auch längere Trinkpausen einlegen, der delta-Alkoholiker hingegen ist gezwungen, täglich Alkohol zu konsumieren. Das Ausmaß des Problems ist nicht exakt zu bestimmen, da mit Dunkelziffern zu rechnen ist. Auf jeden Fall stellt der Alkoholismus nach wie vor eines der ernstzunehmendsten gesundheits- und familienpolitischen Probleme dar.

11.1 Daten zur Schätzung der Ausdehnung des Problems

Das Anton Proksch-Institut führte 1978 gemeinsam mit dem IFES eine Repräsentativerhebung über die Trinkgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung durch. Besonderes Anliegen dieser Studie war die Erfassung als vom Alkoholismus gefährdeter Personen zu bezeichnender Individuen. Der Grad der Gefährdung wurde anhand der Häufigkeit der Einnahme und der Höhe der Dosierung alkoholischer Substanzen, aber auch der Motivation zum Trinken ermittelt. Als kritisch in bezug auf physische Gefährdung wurde eine Einnahme von mehr als 60 g reinem Alkohol pro Tag bei täglichem Konsum gewertet, psychische Gefährdung wurde anhand der angegebenen Trinkmotivation erfaßt. Als gefährdet in dieser Hinsicht galten Personen, die zumindest zwei der folgenden Angaben bejahten: „Ich trinke Alkohol, um zu vergessen“, „..., um mich zu entspannen“, „..., um meine Schwierigkeiten zu vergessen“, „..., weil er mir über schlechte Laune hinweghilft“ und „..., wenn ich abgespannt und nervös bin.“

Folgende Ergebnisse erbrachte die Studie:

Nur 17% der Befragten (Österreicher zwischen 16 und 69 Jahren) erklärten, alkoholabstinent zu leben. (11% der Männer, 22% der Frauen.)

24% aller Befragten, das bedeutet 29% aller Nicht-Abstinenten, trinkt täglich Alkohol. (37% der Männer und 12% der Frauen.)

Im Durchschnitt wird von allen erwachsenen Nicht-Abstinenten viermal pro Woche Alkohol getrunken. (Von Männern 5mal, von Frauen 3mal.)

4% der Befragten haben mindestens einen Rausch pro Woche.

16% der Nicht-Abstinenten oder 13% der 16- bis 69jährigen Österreicher überhaupt ist durch die konsumierte Menge von mehr als 421 Gramm reinen Alkohols bereits als physisch gefährdet zu betrachten, davon wieder sind nach den vorliegenden Ergebnissen die Mehrzahl bereits als Delta-Alkoholiker zu klassifizieren, da sie auch täglich trinken.

Wenn die psychisch Gefährdeten in „Problemtrinker“ und „gamma-Alkoholiker“ aufgeschlüsselt werden, sind zur ersten Gruppe etwa 10% aller Nicht-Abstinenten und zur zweiten Gruppe etwa 5% zu rechnen.

Insgesamt ergibt sich demnach eine erschreckend hohe Zahl von alkoholismusgefährdeten Personen in unserem Bundesgebiet. Sie dürfte sich um die Million herum bewegen. Es bestehen außerdem regionale Schwerpunkte:

besonders betroffen sind Niederösterreich, Oberösterreich, Burgenland und Steiermark im Hinblick auf die konsumierte Menge; Steiermark, Wien und das Burgenland in bezug auf die erhebbaren Problemtrinker.

Erwähnenswert ist weiterhin, daß bis zum 15. Lebensjahr 40% der Kinder und Jugendlichen in tolerierter Form mit Alkohol in Berührung kommen, die Bestimmungen des Jugendschutzes können hieran scheinbar wenig ändern. Bis zum 18. Lebensjahr haben dann bereits 78% der Kinder und Jugendlichen Bekanntschaft mit der Drogen Alkohol geschlossen. Daraus sind allerdings keine Rückschlüsse zu ziehen, inwieweit von einer Zunahme des „Alkoholismus“ bei Jugendlichen gesprochen werden kann. De facto haben ähnliche Untersuchungen, die in der Zwischenkriegszeit durchgeführt wurden, ähnliche Resultate erbracht (zitiert bei Springer, 1977).

Wieviele Familien vom Alkoholismus betroffen sein könnten, ist nicht exakt zu erheben, jedoch können einige Aussagen über familiäre Situation und Zivilstand bei bereits diagnostizierten Alkoholkranken getroffen werden.

Tabelle 2: Zivilstand der Patienten des Genesungsheims Kalksburg, 1976 in %

	männlich	weiblich	gesamt
ledig	18,80	20,25	19,77
verheiratet	54,60	42,20	51,56
geschieden	15,10	19,40	16,15

Insgesamt handelt es sich um 960 Fälle (Erstaufnahmen), bei einem Durchschnittsalter von 38 Jahren. 7% der männlichen und 10% der weiblichen Patienten leben in zweiter Ehe. Aufschlußreich ist auch eine Darstellung der Kinderzahl.

Tabelle 3: Kinderzahl, 1976, in %

	männlich	weiblich	gesamt
1 Kind	21,75	27,80	23,23
2 Kinder	20,50	32,20	21,25
3 Kinder	12,50	6,30	10,94
4 und mehr	10,50	4,60	9,06

D. h., daß 70,9% der verheirateten Frauen und 65,25% der verheirateten Männer Familien gründeten, in denen zumindest ein Kind geboren wurde. Mit dem Partner in gutem Einvernehmen zu leben, gibt jedoch nur knapp die Hälfte der Patienten an, wobei sich außerdem wieder eine geschlechtliche Differenzierung erkennen läßt. Während 1976 51,4% der männlichen Patienten angaben, in gutem Einvernehmen mit ihrem Partner zu leben, waren es nur 38% der Frauen, die dasselbe behaupteten. Rund 25% der weiblichen Patienten gab außerdem an, daß sie mit ihrem Partner derzeit oder grundsätzlich ein schlechtes Verhältnis hätten. Analoges wurde von männlichen Patienten nur in 12,7% behauptet.

Diese gestörte Beziehung zum Ehepartner war nach den eigenen Angaben der Patienten auch maßgeblich am Trinken beteiligt bzw. diente sie als Motivation für die Aufrechterhaltung der Trunksitte. Immerhin 27% der Patientinnen gaben an, daß die Störung der Beziehung zum Ehepartner sie zum Trinken motiviert habe. Demgegenüber ließ sich dieselbe Angabe nur bei 14,4% der männlichen Patienten erheben. Für 18,14% der Frauen und 13,16% der Männer war die familiäre Spannung Grund, sich freiwillig behandeln zu lassen.

Die gestörte Beziehung zum Partner, in der Alkoholkranke leben, äußert sich auch in einer überdurchschnittlich hohen

Scheidungsrate. Dies wird anhand einer Gegenüberstellung der an einer Stichprobe aus dem Patientengut erhobenen Daten mit den Ergebnissen der letzten Volkszählung dargestellt.

Tabelle 4: Geschiedene. Gegenüberstellung der Daten zu den Erwartungswerten in %

Männer (N = 1568)

Alter	Erwartungswert	tatsächlicher Wert	n
20-24	7	45	67
25-29	31	83	145
30-34	51	168	197
35-39	49	123	269
40-44	42	115	312
45-49	40	154	279
50-54	38	151	146
55-59	36	64	110
60-69	35	116	43

Frauen (N = 103)

Alter	Erwartungswert	tatsächlicher Wert	n
20-29	33	118	17
30-34	66	158	19
35-39	60	222	18
40-44	52	217	23
45-49	56	294	17
50-69	59	111	9

Die gefundenen Differenzen sind statistisch hochsignifikant. Auffällig ist, daß die hohe Scheidungsrate in allen Altersgruppen aufzufinden ist. Wie nicht anders zu erwarten, ergibt sich auch, daß Alkoholkranke deutlich unterdurchschnittlich oft verheiratet sind. Dies läßt sich allerdings nicht allein auf die hohe Scheidungsrate zurückführen. Alkoholkranke als Gruppe scheinen doch erhöhte Schwierigkeiten aufzuweisen, sich einen Partner zunächst zu finden und ihn dann zu halten.

Tabelle 5: Verheiratete. Gegenüberstellung der Daten zu den Erwartungswerten in %

Männer

Alter	Erwartungswert	tatsächlicher Wert	n
20-24	214	209	67
25-29	580	476	145
30-34	746	579	197
35-39	819	721	269
40-44	850	798	312
45-49	870	781	279
50-54	879	760	146
55-59	878	845	110
60-69	831	767	43

Frauen

Alter	Erwartungswert	tatsächlicher Wert	n
20-29	596	529	17
30-34	800	632	19
35-39	823	389	18
40-44	819	609	23
45-49	788	529	17
50-69	576	333	9

Auch diese Zahlen muß man berücksichtigen, wenn man das Problem der Sucht für den mikrosoziologischen Bereich erfassen möchte. Nur dann läßt sich nämlich ermessen, wie selten eine halbwegs funktionierende Partnerschaft in einer Beziehung, in der der eine Partner alkoholkrank ist, bestehen dürfte und daß eine schwere Störung der familiären Bezüge anzunehmen ist, die teils auf soziale Sachverhalte, teils aber auch auf eine wesentliche Problematik des Suchtkranken zurückzuführen ist. Diese

Bemerkungen beziehen sich auf alkoholkranke Individuen. Selbst auf regelmäßig alkoholische Getränke konsumierende Personen, die noch keine Anzeichen einer pathologischen (süchtigen) Entwicklung erkennen lassen, treffen sie nicht mehr in vollem Gewicht zu.

11.1.1 Alkohol in der Schwangerschaft und das genetische Problem des Alkoholismus

Seit längerer Zeit beansprucht die Problematik eines eventuellen Zusammenhangs zwischen erhöhtem Alkoholkonsum oder Alkoholismus und dem Auftreten krankhafter Erbanlagen besonderes Forschungsinteresse. So wurde behauptet, daß sich unter den Nachkommen von Alkoholikern in viel größerer Zahl als sonst in der Bevölkerung allerlei geistige Störungen und Schwächezustände finden lassen, die mindestens zum Teil erblich seien. Lenz, 1929, behauptete, daß etwa ein Drittel aller Epileptiker, Schwachsinnigen und Idioten von Trinkern abstamme. Auch bei Eltern von Schizophrenen wurde nach demselben Autor unverhältnismäßig oftmals Alkoholismus festgestellt. Nun ist die Schädigung der Nachkommenschaft durch ein Toxin auf mehrfache Weise möglich; die Differenzierung dieser Möglichkeiten ist notwendig, wird jedoch gerne vernachlässigt. Folgende Mechanismen können angenommen werden:

- Schädigung des Keimepithels bei dauernder Alkoholfuhr und dadurch Entstehung geschädigter Keimzellen;
- die akute Vergiftung der männlichen oder weiblichen Keimzellen: die Zeugung im Rausch;
- die Vergiftung der Frucht im Mutterleib.

In dieser Fragestellung wurde zumeist auf den Alkoholismus des Vaters Wert gelegt. Frühe Untersuchungen erbrachten, daß bei Alkoholikern eine Beeinträchtigung des Keimgewebes nahezu regelmäßig zu erwarten sei. An diese frühen Beobachtungen und Überlegungen schlossen sich Tierversuche an, in denen die Nachkommenschaft chronisch alkoholisierten Tiere untersucht wurde. Damals wurden unter diesen Nachkommen vermehrt Schwächezustände und Mißbildungen beschrieben; bei Paarung derart genetisch beeinträchtigter Tiere zeigten sich krankhafte Anlagen auch in den Folgegenerationen. Die Übertragbarkeit derartiger Tierexperimente bzw. ihrer Ergebnisse auf menschliche Verhältnisse ist ein eigenes Problem, auf das hier nicht weiter eingegangen wird.

An sich sind die Zusammenhänge zwischen väterlichem Alkoholismus, Keimschädigung und genetischen Schäden der Frucht auch heute noch unklar, bzw. gelten sie für eine Reihe von Autoren als unbelegbar. Größeres Gewicht wird heute auf das Problem des Alkoholismus der Mutter gelegt. Daß die Zeugung im Rausch einen besonderen Einfluß ausübe, ist eher als volkstümliches Mythos anzusehen.

Die transplazentare Passage von Äthylalkohol ist bekannt. Sie wurde im Tierversuch wie auch beim Menschen nachgewiesen. Seit langem weiß man auch darüber Bescheid, daß Äthylalkohol die Embryonalentwicklung stören und Mißbildungen hervorrufen kann (Wlassak, 1922). Unbekannt ist, ob der Alkohol selbst diesen teratogenen Effekt aufweist oder einer seiner Metaboliten oder ein Begleitstoff. Auch sekundäre Faktoren, wie Mangelernährung sind zu berücksichtigen. Daß mütterlicher Alkoholismus eine Gefahrenquelle für die embryonale Entwicklung darstellt, wurde bereits im 19. Jahrhun-

dert, vor allem in England, beschrieben. Danach würden die Kinder von Alkoholikerinnen krank und schwach geboren, sähen eingeschrumpft und alt aus. Sullivan, 1900, beschrieb eine Sterblichkeit der Kinder trunksüchtiger Mütter von 55,8% bis zum Ende des zweiten Lebensjahres. Seit 1968, dem Zeitpunkt einer Veröffentlichung von Lemoine und Mitarbeitern spricht man von einem „Fetalen Alkoholsyndrom“ (Ijaiya und Ma., 1976) oder einer „Alkoholembryopathie“ (Majewski, 1978). Nach Majewski besteht dieses Syndrom aus folgenden typischen Symptomen bzw. Anomalien: intrauteriner und postnataler Minderwuchs, Mikrozephalie, statomotorische und geistige Retardierung; die Gesichtsentwicklung ist ebenfalls typisch verändert: es bestehen Epicanthus, Ptose der Oberlider, antimongoloide Lidachsen und ein verkürzter Nasenrücken mit nach vorn gerichteten Narinen. Auch sind Retrogenie und hoher Gaumen, gelegentlich auch eine Gaumenspalte zu beobachten. Daneben bietet sich dem Untersucher ein vielfältiges Bild von stärker oder schwächer ausgeprägten Mißbildungen oder Fehlentwicklungen. Recht häufig sollen Hirnfehlbildungen sein, vor allem Hydrocephalie, jedoch werden auch Herzfehler, Anomalien der Geschlechtsorgane oftmals gefunden. Veränderungen der Handbildung werden von Majewski ebenfalls oftmals gesehen.

Berücksichtigt sollte werden, daß Majewski den Standpunkt vertritt, daß es insbesondere dann zum Auftreten des Syndroms kommt, wenn die Mutter während der Schwangerschaft trinkt und bereits alkoholkrank ist. Es ist nicht die Trinkmenge, die von ausschlaggebender Bedeutung wird, sondern eher das Krankheitsstadium der Mutter. Daraus könnte geschlossen werden, daß neben dem Alkohol sekundäre Faktoren wirksam werden, in dem Sinne, daß eine bereits vorliegende Stoffwechselstörung der Mutter als teratogenes Agens hinzutritt.

Im Zusammenhang mit genetischen Fragestellungen, die sich aus der Alkoholismus-Forschung ergeben, kommt ebenfalls seit den frühesten Versuchen, die auf diesem Gebiet gemacht wurden, der Frage nach einer Vererbbarkeit des Alkoholismus selbst erhöhte Aufmerksamkeit zu. Eine direkte genetische Übertragung des Alkoholismus bzw. eine genetische Prädisposition, wie sie z. B. im Tierversuch nachzuweisen ist, wurde für den Menschen zwar immer wieder von verschiedenen Autoren angenommen, jedoch niemals hinlänglich bewiesen. Neue Nahrung erfahren derartige Annahmen in den letzten Jahren durch Untersuchungen an Kindern von Alkoholikern, die jedoch getrennt von diesen alkoholkranken biologischen Eltern als Adoptivkinder aufwuchsen. (Goodwin und Ma., 1973). Diese Untersuchung erbrachte, daß unter diesen Personen eine deutlich höhere Anzahl alkoholbezogene Probleme entwickelte als eine Kontrollgruppe. Die Differenz erhellt sich an folgendem Sachverhalt in besonderer Weise: Von 55 Kindern alkoholkranker Eltern waren acht zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits in psychiatrischer stationärer Behandlung gewesen. Von diesen acht wiederum waren sechs als Alkoholiker diagnostiziert worden. Demgegenüber waren nur zwei der 78 Kontrollpersonen überhaupt psychiatrisch hospitalisiert worden. Innerhalb der Kontrollgruppe waren vier Personen als Alkoholiker diagnostiziert, jedoch noch nie in stationärer Behandlung gewesen. Von zehn Alkoholikern in der Kerngruppe waren neun psychiatrisch behandelt worden, gegenüber nur einem von vier in der Kontrollgruppe. Auch zum Zeitpunkt der Untersuchung ließ sich in der

Kerngruppe eine höhere Inzidenz von Alkoholismus und alkoholabhängigen Problemen nachweisen. *Goodwin* und *Ma.* schlossen aus diesen Resultaten, daß für schwere Formen des Alkoholmißbrauchs möglicherweise eine genetische Prädisposition anzunehmen wäre, weisen jedoch selbst darauf hin, daß diese Annahme noch nicht als bewiesen gesehen werden sollte.

Um die Natur einer eventuellen genetischen Übertragung von Alkoholismus aufzuhellen, wurden Studien nach verschiedenen Gesichtspunkten durchgeführt. Diese erbrachten widersprüchliche Resultate. Es handelt sich um wissenschaftliche Pionieraktivität, aus der noch keine allgemeingültigen Resultate zu erwarten sind.

Andere Strömungen in der Familienforschung befassen sich mit der Inzidenz psychopathologischer Auffälligkeiten in der Familie Alkoholkranker, bzw. pathologischen Interaktionsstrukturen, die pathoplastisch wirksam werden. Ergebnisse einer Reihe von Studien sprechen dafür, daß das Risiko, zum Alkoholiker zu werden, größer ist, wenn in einer Familie eine Person Alkoholiker ist, in der Familie die Neigung zu affektiven Verstimmungen bei mindestens einem Familienmitglied besteht, in der Familie zumindest eine Person eine Persönlichkeitsstörung erkennen läßt.

Obwohl das Risiko für ein männliches Individuum besonders hoch ist, haben internationale Studien dennoch ergeben, daß in derartigen Familien auch Frauen relativ häufiger als in Kontrollpopulationen alkoholkrank werden. All diese Untersuchungen können jedoch, bisher zumindest, Einflüsse von Seiten der Interaktionsstrukturen und des Environments nicht von genetischen Faktoren abgrenzen.

Anhand des Krankengutes des Genesungsheimes Kalksburg konnte festgestellt werden, daß eine familiäre Belastung in bezug auf Alkoholismus des Vaters in nahezu genau einem Drittel der Fälle festzustellen war. Über die einzelnen Bundesländer besteht eine gewisse Streuung. Die stärkste Belastung war im Burgenland festzustellen, wo nahezu 40% der Väter unserer Patienten als alkoholkrank angegeben wurden. Während der Alkoholismus der Mutter eine nur geringe Rolle zu spielen scheint, wurden über die Großeltern von den Patienten immer noch interessante Angaben gemacht. Auch Alkoholismus der Geschwister wurde in einer immerhin in Betracht zu ziehenden Häufigkeit angegeben.

Tabelle 6: Familiäre Belastung

	Wien	Nieder- österreich	Burgen- land	Steier- mark	Ober- österreich	Vor- arlberg
Vater	29,9	33,3	39,8	28,1	35,2	29,3
Mutter	2,1	1,4	3,4	2,2	1,5	3,2
Geschwister	4,6	7,6	9,7	3,0	10,1	8,1
Großeltern	7,6	6,6	7,9	9,6	8,8	10,1

Quelle: A. Springer „Alkoholismus in Österreich“

Die Resultate weisen darauf hin, daß intrafamiliär ein gewisser Überträgermechanismus des übermäßigen und krankhaften Konsumierens alkoholischer Getränke besteht. Damit bestätigen sich wissenschaftliche Annahmen, die bereits ins 18. Jahrhundert zurückreichen. Damals sagte z. B. der erste bedeutende amerikanische Arzt, *Dr. Benjamin Wash*, daß der Alkoholismus „bestimmten erblichen, familiären und ansteckenden Krankheiten ähnlich ist“. Jedoch ist darauf hinzuweisen,

daß weder aus den zugänglichen Arbeiten, noch auch aus den Resultaten der Studie „Alkoholismus in Österreich“ schlüssig hervorgeht, ob die Neigung zu Alkoholismus tatsächlich erblich bedingt ist.

11.2 Drogenmißbrauch

Daß bestimmte psychotrope Substanzen eingenommen werden und zu Abhängigkeit und/oder Sucht führen ist eine anthropologische Konstante. Dieses Faktum findet erst dann wieder Beachtung, wenn es zu einer epidemieartigen Zunahme der Einnahme dieser Substanzen kommt, die sich über die Einschränkungen und Regulierungen, die für die Konsumation der entsprechenden Substanzen bestehen, hinwegsetzt.

Kulturhistorisch gesehen kommt es im späten 19. und 20. Jahrhundert etwa in Abständen von 30 Jahren zu derartigen Wellen. Die letzte derartige ließ sich in den sechziger Jahren beobachten und seither kommt der Abhängigkeit von entweder generell verbotenen oder nach bestimmten Verordnungen einzunehmenden Substanzen wieder größereres Interesse zu. Der soziale Impakt, der in den sechziger Jahren in Verbindung mit der illegalen Drogenkonsumation bestand, ist heute allerdings nicht mehr zu verspüren, dementsprechend ist auch die Auseinandersetzung um dieses gesellschaftliche Problem ruhiger geworden. Seine Bedeutung sollte auch nicht überschätzt werden. Das Drogenproblem Nr. 1 war, ist und bleibt der Alkoholismus.

Die Art und Weise, in der Massenkonsum psychotroper Substanzen vor allem bei Jugendlichen während des letzten Jahrzehnts in Erscheinung trat, führte zu definitorischen Schwierigkeiten. Ursprünglich hatte man von süchtiger Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nur dann gesprochen, wenn die pharmakologische Suchtdefinition zutraf: nach dieser liegt Sucht nur dann vor, wenn eine Substanz zu Gewöhnung, Toleranz und Dosissteigerung, sowie zum Auftreten von körperlichen Krankheitssymptomen beim Absetzen (Abstinenzerscheinungen) führt.

Nach dieser Definition sind jedoch nur Opium, Barbiturate und Alkohol als Suchtmittel zu bezeichnen, womit die Mehrzahl der vor allem von Jugendlichen mißbrauchten Substanzen nicht erfaßt würde. Aus diesem Grund wurden von Seiten der WHO mehrmals Modifikationen der Begriffsbildung durchgeführt. 1964 wurde dann der Terminus „Drug Dependence“ – „Drogenabhängigkeit“ eingeführt.

Innerhalb der Drogenabhängigkeit unterscheidet man seither deskriptiv-pharmakologisch sieben Typen: Morphinotyp, Kokaintyp, Cannabistyp, Amphetamintyp, Khatyp, Barbiturattyp, Halluzinogentyp.

Für eine differenzierte Betrachtungsweise der Phänomene, die mit dem Drogenmißbrauch zusammenhängen ist jedoch ein Festhalten an den alten, nach pharmakologischen Grundsätzen errichteten Prinzipien unerlässlich. Die körperlich abhängigmachenden Substanzen müssen in ihrer Gefährlichkeit wesentlich höher eingeschätzt werden als die andern, die, wenn es zu einer kollektiven, epidemieartigen Konsumation kommt, mehr soziale als medizinische Probleme bewirken.

11.2.1 Rausch- und Suchtmittel in der Schwangerschaft; genetische Probleme

Das Eintreten einer Schwangerschaft ist bei schwer morphinabhängigen Frauen kein allzu häufiges Ereignis, wohl als Folge davon, daß es zu schweren Störungen der hormonellen Kybernetik kommt, die oftmals bereits nach relativ kurzer Dauer der voll ausgebildeten Sucht beobachtbar werden. Zum psychopathologischen und sozialen Bild der Süchtigen gehört es, daß sie sich im allgemeinen zu regelmäßigen Schwangerenuntersuchungen nicht einfindet. Die eingenommene Dosis wird oftmals im Verlauf der Schwangerschaft reduziert. Ein Spontanabortus scheint bei suchtkranken Frauen nicht gesichert häufiger zu sein. Jedoch ist Morphinabhängigkeit der Mutter ein häufiger Grund für verzögertes intrauterines Wachstum. Man schätzt, daß mehr als 50% der Kinder dieser Frauen ein Geburtsgewicht von weniger als 2 500 Gramm aufweisen. Ein großer Prozentsatz dieser Kinder ist auch kleiner als erwartbar wäre. Obwohl möglicherweise Mangelernährung der Mutter eine Ursache dieser Sachverhalte ist, bestehen dennoch genügend Hinweise dafür, daß Morphin selbst das fetale Wachstum beeinträchtigt. Daneben besteht eine ungewöhnlich hohe Inzidenz von Frühreife. Eine Beendigung der Schwangerschaft bereits vor der 38. Woche ist relativ häufig.

Da süchtige Frauen relativ häufig geschlechtskrank sind (viele finanzieren sich ihre Sucht durch Prostitution), besteht das Risiko von kongenitaler Syphilis, amniotischer Gonorrhöe, sowie gonorrhöischer Blepharitis als Folge einer Infektion, die während des Geburtsaktes stattfindet. In letzter Zeit wurde von verschiedenen Autoren ein erhöhtes Auftreten von fetaler Anoxie mit Aspiration und von congenitaler Pneumonie beschrieben.

Wie schon beim Alkoholismus ausführlich beschrieben, liegen die Verhältnisse in bezug auf genetische Schädigungen auch bei den anderen Süchtigen. Eine gesicherte Inzidenz von Mißbildungen oder Erbkrankheiten bei Kindern suchtkranker Frauen ist bisher noch nicht beschrieben worden.

Auch die Überlegungen zu direkten oder indirekten genetischen Verankerungen süchtigen Verhaltens entsprechen denen, die bereits früher anhand des Alkoholismus dargestellt wurden. Sie sind aus schon angeführten Gründen noch nicht als gesichertes Wissen anzusprechen.

Neugeborene von Müttern, die bis zuletzt Morphinsubstanzen einnehmen, entwickeln im allgemeinen innerhalb der ersten 24 Stunden des extrauterinen Lebens, nur selten später als nach drei Tagen ein Abstinenzsyndrom, da sie als Folge der transplazentaren Passage des Morphins bei längerer derartiger Exposition bereits im Uterus süchtig wurden. Anzeichen von Entzugserscheinungen können auch während des intrauterinen Lebens gesehen werden, wenn die Mutter abrupt aufhört Opiate einzunehmen.

Nach amerikanischen Angaben kann man damit rechnen, daß etwa die Hälfte der Neugeborenen morphinabhängiger Mütter mittelschwere bis schwere Entzugserscheinungen erkennen läßt, die andere Hälfte nur geringe oder gar keine. (Glass und Ma., 1975). Zwischen 1973 und 1975 zeigte jedes 20. Kind, das im Harlem Hospital Center geboren wurde, derartige Symptome. Es handelt sich nahezu ausschließlich um Morphinentzüge. Die Autoren geben jedoch an, daß ganz selten auch andere Substanzen

während der Schwangerschaft eingenommen werden. Auf jeden Fall muß man damit rechnen, daß z. B. Barbiturate genommen wurden, wenn die Suchtkranke gerade kein Morphin erhalten konnte.

Üblicherweise verlaufen die Entzugserscheinungen der Neugeborenen benign, restituierten von selbst. Oftmals ist keine medikamentöse Behandlung nötig.

Während die Versorgung des Neugeborenen, das ein akutes Abstinenzsyndrom aufweist relativ einfach ist, und im allgemeinen keine besonderen medizinischen Probleme aufwirft, ist die Langzeitprognose dieser Kinder fraglich.

11.2.2 Drogenmißbrauch und -abhängigkeit im familiären Verband

In den USA nimmt man an, daß jeden Tag in New York City ein Kind süchtiger Eltern an den Folgen von Mißhandlungen oder von Vernachlässigung stirbt. Es hat sich daher in den USA eingebürgert, das Kind nur dann der Mutter zu überlassen, wenn sie sich in irgendein Behandlungsprogramm einbauen läßt. Sonst wird versucht, das Kind entweder zu einem Verwandten, meist der Großmutter, oder zu Stiefeltern in Pflege zu geben.

Es liegen noch kaum ernstzunehmende Follow-Up-Studien über die Schicksale dieser Kinder vor, sodaß es verfrüht wäre, Generalisationen zur Darstellung zu bringen.

Die Situation Suchtkranker ist, abgesehen von den Problemen, die die Abhängigkeit mit sich bringt, durch ihre illegale „Untergrundexistenz“, zu der sie in gewissem Ausmaß gezwungen werden, verschärft. Daraus resultiert naturgemäß eine gewisse Einengung auf eigene Bedürfnisse und Interessen und ein Verlust sozialer Interessen und Bezüge, was sich auch in der Einstellung zum eigenen Kind bemerkbar machen kann. Die hohen Kosten, die eine voll ausgebildete Sucht erfordert, führen zu ökonomischen Notsituationen und dem Ausweichen in prostitutives oder delinquentes Verhalten. Die sozialen Bezüge sind zumeist auf Kontakte in der Subkultur eingeschränkt. All diese sozialen Faktoren reduzieren die Chancen der Kinder Süchtiger.

11.2.3 Drogenkonsum von Jugendlichen

In einer kontrollierten Studie, in der soziale Variable bei jugendlichen Drogenabhängigen, ebenfalls jugendlichen problematischen Alkoholkonsumenten und Kontrollpersonen erhoben wurden, ließen sich doch Unterschiede in der familiären Situation der drei untersuchten Populationen erkennen:

	Drogenabhängige	„Alkoholiker“	Kontrollen
Familie intakt	40,84%	65,62%	78,12%
Mutter berufstätig	46,84%	37,50%	37,50%
Schulschwierigkeiten	31,25%	25,00%	15,60%

Der hohe Prozentsatz berufstätiger Mütter der drogenabhängigen Jugendlichen resultiert daraus, daß diese Mütter in ebenfalls übermäßiger Häufigkeit allein mit dem Kind lebten und dadurch die Berufstätigkeit auch tatsächlich von hemmendem Einfluß auf die Beschäftigung mit dem Kind werden mußte, das von Anfang an relativ isoliert lebte, Sozialisationsmängel zeigte, die sich auch in seinem Unvermögen, sich den Anforderungen der Schule und der Klassengemeinschaft anzupassen, niederschlugen.

Zeigten sich in dieser Studie Kausalfaktoren, die aus der „Broken Home Situation“ Drogenabhängiger abzuleiten waren, so ist nicht zu übersehen, daß auch scheinbar („Fassadenfamilien“) oder tatsächlich intakte Familien Interaktionsstrukturen aufweisen können, die zur Förderung drogenkonsumierenden Verhaltens Jugendlicher beitragen können.

Psychotrope Substanzen sind imstande den Level der triebhaften Steuerung zu beeinflussen. Dementsprechend werden sie konsumiert oder auch mißbraucht, wenn Angst den eigenen Triebansprüchen gegenüber besteht. Die gebräuchlich eingenommenen Substanzen kann man nach ihrer Wirkungsqualität in dieser Richtung klassifizieren:

Drogen, die primäre Triebe reduzieren: Barbiturate, Alkohol, Morphin.

Drogen, die primäre Triebe enthemmen: Alkohol, Tranquillizer, Cannabis in jeweils kleinen Dosen.

Drogen, die Triebe verstärken: Kokain, Amphetamine und ähnliche Substanzen (Appetitzügler).

Drogen, die illusorische oder künstliche Triebbefriedigung vermitteln: Halluzinogene.

Diese Fähigkeit der psychotropen Substanzen, der Rausch- und Suchtmittel ist es, die Altersstufen, für die Triebansprüche in besonderer Weise problematisch sind, besonders anfällig für ihre Einnahme werden läßt. Die Drogen fungieren dann praktisch als künstlich zugeführte Triebabwehr.

Bestimmte familiäre Interaktionen können diese entwicklungsmäßig verankerte Möglichkeit zusätzlich fördern, indem sie den bestehenden Triebkonflikt verstärken und die altersgemäße Ablösungsproblematik in bestimmte pathologische Richtungen drängen.

Schließlich wird auch noch gerne auf das modellierende Verhalten der Eltern hingewiesen. Kinder aus Haushalten, in denen geraucht und getrunken wird, in denen ein Angehöriger in abhängiger Weise Alkohol oder Psycho-pharmaka konsumiert, sollen demnach häufiger ebenfalls zum Experimentieren mit Drogen und zur Entwicklung von Abhängigkeit neigen. Es ist jedoch fraglich, ob eine derart „monolithische“ Erklärung sinnvoll ist.

In „intakten Familien“ konnte mehrfach eine typisch anmutende Familienkonstellation erkannt werden: Ein schwacher, „abwesender“ Vater, eine überbesorgte, bindende Mutter, die die Zeichen chronischer Depressivität erkennen läßt, ein infantilisierter, abhängiger und süchtiger Sohn. Diese familiäre Konstellation ist allerdings nicht als spezifisch für die Entwicklung von Süchtigkeit zu bezeichnen; sie findet sich auch bei psychosexuellen Störungen, vor allem Störungen der geschlechtlichen Identität des Sohnes.

Die Einnahme von Drogen als fehlgeleitete Lösung aus dem familiären Verband kann für den Jugendlichen auch die Tendenz beinhalten, sich einem weiteren sozialen Verband anzuschließen. Er findet durch die durch die Drogeneinnahme vermittelte Kommunikation Zugang zu subkulturell organisierten Verbänden. Diese können ihm, zumindest für gewisse Zeit, die vermißte Sicherheit und den Schutz, den die Familie immerhin bot, ersetzen. Zeugnis dieser Ambivalenz der Elterngeneration gegenüber ist der Umstand, daß innerhalb der „Drogensubkultur“ häufig wesentlich ältere Personen Schlüsselpositionen innehaben, bzw. als Ideologen fungieren.

Es werden in gewisser Weise „Gegeneltern“ gesucht. Dieser Sachverhalt entspricht einer bereits von *Anna Freud* als für die Adoleszenz typisch beschriebenen Tendenz. Anderseits bietet die lockere subkulturelle Organisation die Möglichkeit, keine engen, intimen Beziehungen einzugehen, das heißt, der Flucht vor den eigenen Triebansprüchen zu genügen. Die Gemeinschaft entsteht um einen künstlichen, sekundären Trieb. Dieser spezifische Beziehungsmodus macht die Problematik der Familiengründung von seiten Süchtiger deutlich. Die Fähigkeit der Suchtkranken, familienbildend zu fungieren ist durch verschiedenste Faktoren eingeschränkt: sein psychosoziales Niveau, seine Angst vor Beziehung mit affektiven Werten, seine Flucht vor Triebansprüchen; wahrscheinlich erst zuletzt durch den chronisch toxischen Einfluß der mißbrauchten Substanzen.

11.2.4 Die Verbreitung des illegalen Drogenkonsums

Die tatsächliche Ausbreitung, die der Konsum, Mißbrauch und die Abhängigkeit von nicht legalisierten psychotropen Stoffen gefunden hat, ist nicht einmal grob zu schätzen.

Harte Daten sind lediglich der Statistik, die über Krankenhausaufnahmen, polizeiliche Meldungen und Verhaftungen vorliegt, zu entnehmen. Im Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz wurden 1977 insgesamt 1 062 Personen als Drogenabhängige gemeldet. Dies bedeutete gegenüber 1976 eine Steigerung, da es damals lediglich 763 Personen waren. Anderseits lagen wieder Anfang der siebziger Jahre wesentlich höhere Zahlen vor, so daß zumindest derzeit nicht davon gesprochen werden kann, daß den Meldungen entsprechend dem Suchtgiftgesetz eine zunehmende Ausbreitung des illegalen Drogenkonsums zu entnehmen ist. Zu vermerken ist jedoch, daß nunmehr das Heroin einen festen Platz auf dem Drogenmarkt innehat und in zunehmendem Maß konsumiert wird.

Das bedeutet, daß das Drogenproblem nicht nur als ein quantitatives, sondern auch als ein qualitatives zu sehen ist.

11.3 Legalisierte Substanzen

Die Rolle der Abhängigkeit von medizinisch gebräuchlichen, verschreibbaren Substanzen ist noch ungenügend untersucht.

Dem unabeweisbaren Faktum, daß jede wirksame, insbesondere jede angenehm wirksame psychotrope Substanz zur mißbräuchlichen, d. h. außermedizinischen, selbstverordneten Anwendung verleitet, wird von seiten der Industrie, die für die Herstellung dieser Substanzen verantwortlich ist, aber auch von seiten der klinischen Anwendung der Substanzen viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Alle der im vorhergehenden Abschnitt dieses Kapitels angeführten Substanzen waren einmal als Heilmittel im Gebrauch, oder sind es teilweise auch heute noch, ihre suchtmachende Eigenschaft wurde erst erkannt, nachdem sie bereits längere Zeit im medizinischen Einsatz standen.

Zur mißbräuchlichen Einnahme sind aus dem Spektrum der heute der Psychiatrie zur Verfügung stehenden Drogen vor allem drei Substanzgruppen geeignet: die

Tranquillizer (Meprobamat, Benzodiazepine, Diazepam, usw.), die

Stimulantien (Weckmittel, Appetitzügler) und die Sedativa, Hypnotika (alle Schlafmittel und Beruhigungsmittel).

Daneben werden weiterhin Analgetica (schmerzstillende Substanzen) mißbräuchlich eingenommen.

In seltenen Fällen werden auch antipsychotisch wirksame, hochpotente Drogen wie Neuroleptika und Antidepressiva in hohen Dosen mißbräuchlich eingenommen, was allerdings wegen der dabei auftretenden Nebenerscheinungen nur episodisch geschieht. Ein besonders gelagertes Problem stellt auch hier wieder der Medikamentenmißbrauch durch Jugendliche dar. Eine Reihe von medizinisch gebräuchlichen Substanzen, wie z. B. Antiemetica (Reisemedikamente), Antihistaminika (Hustenmittel) entfaltet, in Überdosis eingenommen, Wirkungen, die sie mit den nichtlegalisierten Halluzinogenen auf eine Stufe stellt, nur daß zumeist die somatischen Störungen, die durch diese mißbräuchliche Einnahme entstehen, schwerer verlaufen. Jugendliche experimentieren mit all diesen Substanzen, nehmen extrem hohe Dosen ein und kommen dadurch auf diese Effekte drauf. So entsteht ein eigener Typ der mißbräuchlichen Verwendung von Medikamenten, indem nämlich deren toxische Potenz zur angestrebten Wirkung umfunktioniert wird.

11.3.1 Psychopharmaka in der Schwangerschaft, genetische Probleme

Wie beim Alkohol und bei den nicht legalisierten Substanzen ist die mögliche teratogene Wirksamkeit der psychotropen Substanzen Objekt humangenetischer Forschung; schlüssige Resultate sind noch nicht als gesichert darzustellen. Generell wird jedoch empfohlen, daß Schwangere innerhalb des ersten Trimenons keine Psychopharmaka zu sich nehmen sollen. Allerdings besteht eine gewisse Evidenz dafür, daß auch die Verabreichung zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft gewisse Entwicklungshemmungen setzen kann. So wurde beobachtet, daß Kinder, deren Mütter nach dem ersten Trimenon mit Neuroleptika behandelt wurden, in der Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt waren.

11.3.2 Die „Sozietoxizität“ der Psychopharmaka

Unter diesem Begriff versteht man das Auftreten unerwünschter Verhaltensweisen durch die Einnahme psychotroper Substanzen. Insbesondere Tranquillizer übernehmen in zunehmendem Maß die Funktion eines „Problemlösers“, wie sie der Alkohol von Alters her innehalt. In der Zwischenzeit häufen sich warnende Stimmen, die darauf hinweisen, daß die Verwendung dieser Substanzen zu diesem Zweck à la longue keine anderen Resultate zeitigt als die Einnahme von Alkohol oder Cannabis: zunächst Abhängigkeit, bei chronischer Einnahme eine Wesensveränderung. Ist einmal Abhängigkeit von Tranquillizern eingetreten, geht die Entwöhnung unter denselben Schwierigkeiten vor sich, wie bei Alkohol oder Barbituraten. Daß die Abhängigkeit nur eine psychische sei, wird durch von verschiedenen Autoren festgehaltene Erfahrungen widerlegt. Beim Entzug von Tranquillizern wurden körperliche Entzugserscheinungen beobachtet.

Die verbreitete Meinung, Tranquillizer seien eine gangbare und vor allem ökonomische Alternative zur Behandlung

von emotionellen Störungen, neurotischen Reaktionen usw., übersieht, daß in einem gewissen Prozentsatz der Fälle Abhängigkeit zu erwarten ist, die dann möglicherweise die kostspieligste Art der Behandlung, den stationären Entzug, notwendig macht.

Durch die Tranquillizerbehandlung werden nicht nur unerwünschte, aggressive, negative Reaktionen eingedämmt, auch der Antrieb zur positiven Kontaktaufnahme wird reduziert. Die Interaktionsstruktur kann bleibend gestört werden, bzw. nur durch die chronische Einnahme von Tranquillizern in Balance gehalten werden. Auf diese Weise wird die normale Reaktivität eines Individuums als pathologisch etikettiert und die erzwungene Reduktion und Anpassung als Heilung beschrieben.

11.3.3 Geschlechtsspezifische Formen von Medikamentenmißbrauch

Die oben beschriebene Situation trifft vor allem für Frauen zu. Dies hat mehrere Ursachen:

Frauen nehmen die Rolle des „designierten Patienten“ leichter an als Männer, Frauen empfinden sich oftmals subjektiv gestört, Frauen besuchen wesentlich häufiger Arztordinarien und Beratungsstellen, Frauen werden von Ärzten, aber auch an anderen Orten, wie z. B. an belastenden Arbeitsplätzen häufiger Tranquillizer verabreicht als Männern.

Diese Verhältnisse sind bereits mehrfach an verschiedenen Orten beschrieben worden und können als relativ gesichert gelten (Beckmann, Meeks & Kelly, 1970, usw.). So konnte man zur Zeit der letzten Jahrhundertwende mehr weibliche als männliche Morphinisten feststellen. Die Ursache dafür ist in dem Umstand zu finden, daß damals in den gebräuchlichen Mixturen zur Schmerzbekämpfung Morphin enthalten war und diese Mixturen den Frauen gegen Menstruationsbeschwerden verordnet wurden (Springer, 1977).

Eine weitere mehr das weibliche Geschlecht betreffende Abhängigkeit ist die von zentralen Stimulantien und anderen Appetitzüglern. Diese Substanzen führen darüber hinaus bei vielen Frauen zu Verstimmungszuständen, Unruhe, Schlafstörungen, was wieder dazu führt, daß sie Tranquillizer oder Schlafmittel erhalten. Auf diese Weise entsteht eine Mischabhängigkeit oder Polytoxikomanie.

Die kombinierte Einnahme alkoholischer Getränke und bestimmter Psychopharmaka, vor allem von Tranquillizern, führt bereits frühzeitig zu bestimmten Symptomen, wie man sie beim Alkoholiker erst in relativ fortgeschrittenen Stadien des Krankheitsprozesses sehen kann; insbesondere treten schwere Beeinträchtigungen der Gedächtnisfunktion in den Vordergrund: „black outs“, Amnesien, u. s. w., somit Erscheinungen, die dem Familienverband in besonderer Weise deutlich werden.

11.4 Behandlung und Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung ist nach Art der Gefährdung des Patienten differenziert einzusetzen. Psychisch labile „Normalkonsumenten“ und „Problemtrinker“ bedürfen einer psychologischen Beratung, medizinischen Untersuchung und Aufklärung, im gegebenen Fall wohl auch einer psychotherapeutischen Betreuung. Diese Arten von sozialer Einflußnahme können durchaus ambulant durchgeführt

werden. Sind jedoch bereits eindeutige Anzeichen zu erheben, daß ein Alkoholismus vorliegt, ist stationäre „Entzugsbehandlung“ unbedingt angezeigt. Diese gliedert sich in zwei Anteile: zunächst eine Entgiftungsphase, in der medizinische Betreuung unbedingt erforderlich sein kann, um die Entzugserscheinungen des Patienten zu kontrollieren, nach dieser selten länger als ein bis zwei Wochen dauernden Phase besteht die Phase der Restitution, die erheblich längere Zeit in Anspruch nehmen kann. In dieser treten als betreuende Maßnahmen psychologische und soziale Hilfestellungen in den Vordergrund.

Wie lange eine derartige Behandlung dauern soll, kann nicht allgemeingültig festgesetzt werden, die Situation des Einzelfalles sollte immer Berücksichtigung finden. Das Anton Proksch-Institut/Genesungsheim Kalksburg, das trotz seiner Ausweitung immer noch als Modellstation, nicht nur für österreichische Verhältnisse, gelten kann, vertritt den Standpunkt, daß die stationäre Behandlung auf jeden Fall nicht zu lange dauern sollte, um den Patienten nicht allzusehr der Arbeitswelt und seiner Familie zu entfremden. Dementsprechend beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer derzeit etwa sechs Wochen. Allerdings ist diese Methode an das Vorhandensein effizienter Einrichtungen zur ambulanten Nachbetreuung gebunden.

Die ambulante Langzeitbehandlung, die sich an die stationäre Entzugsbehandlung anschließt wird als Teamarbeit durchgeführt. Medizinisch ausgebildetes Personal ist ebenso wichtig, wie Laienpersonal, insbesondere solches, das selbst einmal suchtkrank war. Nach diesem Prinzip funktionieren die „Anonymen Alkoholiker“, die in anderen Ländern, wie vor allem der BRD und den USA wesentlich stärker in die Behandlung von Alkoholikern integriert sind als in Österreich.

1977 wurden im Anton Proksch-Institut 1 246 Männer und 417 Frauen stationär behandelt. Das sind insgesamt 1 663 Patienten. Davon stammten 807 aus Wien, 321 aus Niederösterreich, 249 aus Oberösterreich und 99 aus dem Bundesland Steiermark. 51 kamen aus dem Burgenland, 54 aus Kärnten, 63 aus Salzburg, 10 aus Tirol, 4 aus Vorarlberg und 5 aus dem Ausland.

In den fünf Ambulanzen, die zur Nachbetreuung zur Verfügung stehen, wurden insgesamt 37 322 Behandlungen durchgeführt. 29 297 davon wurden an männlichen Patienten durchgeführt 8 025 an weiblichen.

In den größten dieser Ambulanzen, im Rahmen des Sozialmedizinischen Beratungsdienstes der Caritas Wien, wurden in diesem Jahr an 1 332 betreuten Patienten 15 611 Behandlungen durchgeführt. In dieser Ambulanz wird auf die Sanierung der familiären Verhältnisse besonderes Gewicht gelegt und dementsprechend eine Reihe von Veranstaltungen für Angehörige angeboten. Insgesamt sprachen etwa 10 000 Angehörige vor, die auch teilweise zu Gruppentherapien beigezogen wurden. Weiters wurden Angehörigen-Informationsabende durchgeführt, wie auch andere soziale Veranstaltungen mit der Zielsetzung der Resozialisierung gestörter Familien.

Spezialisierte Krankenhäuser im Sinn des Anton Proksch-Institutes gibt es in Österreich nicht in ausreichender Anzahl; sie existieren in Vorarlberg, Oberösterreich und in kleinerem Ausmaß auch in Tirol. Sonst stehen zur Behandlung von Alkoholkranken lediglich die Stationen in

Nervenkliniken und Landeskrankenhäusern zur Verfügung, die jedoch zumeist keine ausreichende Behandlung anbieten können.

Beratung bei Alkoholproblemen und Betreuung leisten weiters in bestimmten Orten die Bezirkshauptmannschaften, soziale Dienststellen, Stellen der Caritas, sowie auch Einzelinitiativen interessierter Ärzte. In Wien existieren acht Beratungsstellen, im Burgenland fünf, in Kärnten drei (alle in Klagenfurt), in Niederösterreich eine (St. Pölten), in Oberösterreich 16, Salzburg drei (alle in Stadt Salzburg), in der Steiermark vier, in Tirol zwei (ausschließlich Innsbruck) und in Vorarlberg zwei.

Die zahlenmäßig stärkste und auch initiativste Gruppe Anonymer Alkoholiker befindet sich in Salzburg.

Einen wie großen Anteil der sozialmedizinischen Betreuung die Alkoholkranken verkörpern, läßt sich vielleicht am Beispiel der psycho-sozialen Betreuung der Caritas in St. Pölten verdeutlichen. Diese Stelle hat die Betreuung psychisch Behindeter, Alkoholiker und Drogenabhängiger im Einzugsgebiet des LKH Mauer und der Gerichtsbezirke Kirchberg/Wagram, Ravelsbach und Hollabrunn übernommen. 1976 wurden insgesamt 460 Fälle in die Nachbetreuung aufgenommen: davon 274 wegen Alkoholismus (266 Männer und acht Frauen), gegenüber nur insgesamt 186 Patienten wegen aller anderen psychischen Störungen (114 Männer und 72 Frauen). Insgesamt 454 Fälle wurden aus der Nachbetreuung ausgeschieden: davon 254 Alkoholiker. Eine Untersuchung dieser ausgeschiedenen Fälle ergab, daß als Grundlage des Ausscheidens bei mehr als der Hälfte der Alkoholismus-Patienten eine Konsolidierung ihrer Verhältnisse gedient hatte. Ebenso erfreulich ist, daß nur in geringem Prozentsatz die Weiterführung der Behandlung wegen Aussichtslosigkeit aufgegeben wurde (29 Fälle oder 12%).

11.4.1 Die Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher

Diese stellt ein großes Problem dar. Aus verschiedenen Gründen ist die Behandlung selbst sehr schwierig. Hier spielt das Alter der Betroffenen eine große Rolle, aber auch andere Ursachen gewinnen Bedeutung. Die Einnahme der Suchtmittel gewährt intensive Befriedigung, die soziale Eingliederung in eine Subkultur bringt ein gewisses Maß von Geborgenheit und Kontakt mit sich, welch letzterer den drogenabhängigen Jugendlichen, die oftmals sehr scheu und lediglich imstande sind, sich in Gruppen, die nach dem Prinzip der Ähnlichkeit gestaltet sind, aufzuhalten, wichtig ist. Zusätzlich weist eine ganz große Anzahl der drogenabhängigen Jugendlichen primäre Sozialisationsmängel auf und hat außer den Kontaktchwierigkeiten im privaten Bereich auch erhebliche Schwierigkeiten im beruflichen Leben. So waren z. B. unter den 1062 Personen, die 1977 dem Gesundheitsministerium als drogenabhängig gemeldet wurden 502 ohne Beruf. Eine ambulante Behandlung ist nahezu unmöglich, wenn die Abhängigkeit einmal voll ausgeprägt ist, wodurch auch die Arbeit von Beratungsstellen erschwert wird.

Einrichtungen zur stationären Behandlung sind nicht in ausreichendem Maß vorhanden. Die Behandlung ist aufwendig, erfordert lange Aufenthalte im Behandlungszentrum, und ist aus diesem Grund und da sie personalintensiv sein muß, kostspielig. Therapeutische Experimente mit alternativen Formen von Behandlung, wie etwa Synanon, existieren in Österreich bisher nicht.

Literatur

- Erne H., Bruppacher R.: Familiäre Faktoren und Zigarettenkonsum bei Adoleszenten. Sozial- und Präventivmedizin 20(1975)236
- Flamm H.: Präventivmedizin in Österreich. Öst. Ärzteztg. 24(1969)641
- Flamm H., Kunze M., Kunze M. J.: Rauchen und Gesundheit in Österreich. Öst. Ärzteztg. 29(1974)751
- Flamm H., Kunze M., Kunze M. J.: Lebenserwartung in Österreich. Öst. Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, 1976
- Grabner E., Holzner J. H., Irsigler K., Kotzaurek R., Kunze M., Popper L., Schedy E., Schindl K., Ulm R.: Gesundenuntersuchungen, 2. Bericht. Öst. Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, 1977.
- Gredler B., Kunze M.: Einfluß verschiedener Todesursachen auf die Lebenserwartung in Österreich. Lebensversicherungsmedizin, im Druck
- Jahn A., Kunze M.: Erste Ergebnisse einer Untersuchung über das Gesundheitswissen von Schülern. Mitt. öst. SanitVerwalt. 75(1974)371
- Kunze M.: Was weiß der Jugendliche über seine gesundheitliche Gefährdung? Zschr. f. Allgemeinmedizin 51(1975)300
- Kunze M.: Gesundheitsvorsorge. Modellfall Tabakrauchen. Soziale Sicherheit 28(1975 a)356
- Kunze M.: Gesundheitswissen, Gesundheitserziehung, Gesundheitsverhalten. proc. Human Ecology Meeting, Wien 15.-19. 9. 1975, Georgi Publishing Company, 1977
- Kunze M., Herberg D., Gredler B., Kunze M. J.: Rauchgewohnheiten und Abstinenzverhalten jugendlicher Raucherinnen. Wr. med. Wschr. 127(1977)166
- Kunze M.: Ernährungsgewohnheiten in Österreich. Mitt. öst. SanitVerwalt. 79(1978)59
- Martinek E.: Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus März 1972. 1., 2., 3., 4. Teil, Stat. Nachr. 27 (1972) 487, 584; 28 (1973) 8, 65
- Österreichisches Statistisches Zentralamt: Gesundheitsdaten aus dem Mikrozensus September 1973. Beiträge zur Österreichischen Statistik, Heft 422. Wien, 1976
- Österreichisches Statistisches Zentralamt: Sozialstatistische Daten 1977. Wien, 1977
- Popper L.: Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich 1959/1963 und 1969/1973. Öst. Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien, 1975
- Tölle R.: Zigarettenrauchen. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1974
- World Health Organisation: Smoking and its Effect on Health. WHO Techn. Rep. Ser. 568. Geneva, 1975
- Dirisamer-Moser B.: Zugangsfilter und Bewältigungsstrategien des Krankheitsverhaltens im Fall der Erkrankung eines Kindes, Phil. Diss., unveröff. Man., Wien, 1978
- Forster R., Pelikan J. M.: Krankheit als Karriereprozeß: Zur Entstehung, Verteilung und Versorgung psychischer Störungen, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 1977, H. 3/4
- Mechanic D.: Medical Sociology, The Free Press, New York, 1968
- Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prerta G.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett, Stuttgart 1977
- Siegrist J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie, München/Berlin/Wien, 1974
- Pädagogische Akademie des Bundes, Wien: Künftige Lehrer und die Sexualerziehung. Erhebung im Feber 1972
- Mechler W. J.: Schülersexualität und Sexualerziehung. Jugend & Volk, Wien-München, 1977
- Schmied J.: Schule und Sexualerziehung. Soziologische Forschungen, Schriftenreihe des Institutes für Allgemeine Soziologie und Sozialphilosophie an der Hochschule Linz, 1974.
- Skala I.: Kompaktsseminar „Sexualerziehung in der Pflichtschule“, Persönliche Mitteilung
- Springer-Kremser M.: Psychische Probleme in der Adoleszenz. Informationstagung des Bundeskanzleramtes für Familienberater (Ärzte), 28./29. 10. 1977, Schloß Laudon, Wien
- Bundesministerium für Unterricht und Kunst: Sexualerziehung in den Schulen, Zl. 510.765-I/4 d/70, Rundschreiben Nr. 193/1970
- Beck A.: Familienplanung im Krankenhaus – Erfahrungsbericht einer Ambulanz, Österr. Ärztezeitung, 32 : 1273, 1977
- Grafinger J.: Soziologische Aspekte der Familienplanung, Diss., Phil. Fakultät Wien, 1973
- Grant J. A., Heald F. P.: Complications of adolescent pregnancy, Clin. Pediat. (Philad.) 11 : 567, 1972
- Haller M.: Die Frau in der Gesellschaft, Band 2 „Familie und soziale Mobilität“, Diss., Wien 1973
- Kantero R.: Medical and social aspects of teenage pregnancy. Proc. IIInd. International symposium on pediatric and adolescent gynecology, Lausanne, 1976
- List A.: Eheschließung und Geburt des ersten Kindes. Mitteilung aus Statistik und Verwaltung der Stadt Wien, Nr. 4, S. 9, 1973
- Niswander K. R., Gordon M.: The women and their pregnancies. Saunders W. B. Comp., Philadelphia; 154, 1972
- Österr. Institut für Raumplanung, K. Cserjan, Kinderzahl und soziale Situation von Wiener Familien, Inst. für Stadtforschung, Nr. 45, 1976
- Münz R., Pelikan J. M.: Geburt oder Abtreibung, Gesellschaftswissenschaftliche Studien. Verlag Jugend & Volk, 1978
- Wimmer H.: Partnerschaft und Familienplanung, Diss. Phil. Fakultät, Wien 1977
- Alberman E. D., Goldstein H.: The „at risk“ register: a statistical evaluation. Brit. J. Prev. Soc. Med. 24, 129–135, 1970
- Berger E., Berger-Margulies J.: The frequency of minor nervous dysfunction. Im Druck (a)
- Berger E. (Hrsg.): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Huber, Bern, 1977 (a)
- Berger E., Friedrich M. H.: Anamnesedokumentation zu einer neuropsychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche. Zschr. Kinder- u. Jugendpsychiat. 5, 14–18, 1977 (a)
- Berger E. (Hrsg.): Minimale cerebrale Dysfunktion – kritischer Literaturüberblick. Huber, Bern, 1977 (b)
- Chow K. L.: Neuronal changes in the visual system following visual deprivation, in Jung R. (Ed.): Handbook of sensory physiology, Vol. VII/3/A. Springer, Berlin, New York 1973
- Churchill J. A., Masland R. S., Naylor A. A., Asworth M. R.: The etiology of cerebral palsy in preterm infants. Develop. Med. Child Neurology 16, 143–149, 1974
- Davie R., Butler N., Goldstein H.: From birth to seven. Longman, London 1972
- Deutscher Bildungsrat: Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher. Klett, Stuttgart 1974
- Erikson E. H.: Kindheit und Gesellschaft. Klett, Stuttgart 1968 (Orig.: Norton, New York 1950)
- Essen J., Peckam C.: Nocturnal enuresis in childhood. Develop. Med. Child Neurol. 18, 577–589, 1976
- Hagberg B.: Auswirkungen prä-, peri- und postnataler Prävention neurologischer Störungen in Schweden. Mschr. Kinderheilkunde 124, 114–118, 1976
- Haworth J. C., McRae K. N., Dilling L. A.: Prognosis of infants of diabetic mothers in relation to neonatal hypoglycemia. Develop. Med. Child. Neurol. 18, 471–479, 1976
- Hohenauer L., Wilk F.: Überlegungen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit in Oberösterreich seit 1972. Wr. Med. Wschr. 127, 391–393, 1977
- Lamb M. E.: Interactions between eight-month-old children and their fathers and mothers, in Lamb M. E. (Ed.): The role of the father in child development. Wiley, New York 1976
- Lozoff B., Brittenham G. M., Trause M. A., Kennel J. H., Klaus M. H.: The mother-newborn relationship: limits of adaptability. J. Pediatrics 91, 1–12, 1977
- Müller-Braunschweig H.: Die Wirkung der frühen Erfahrung. Klett, Stuttgart 1975
- Neligan G. A., Prudham D.: Family factors affecting child development. Arch. Dis. childhood 51, 853–858, 1976
- North A. F., Mazumdar S., Logrillo V. M.: Birthweight, gestational age and perinatal deaths in infants of diabetic mothers. J. Pediatrics 90, 444–447, 1977
- Pape K. E., Buncic J. C., Ashby S., Fitzhardinge P. M.: The status at two years of low-birth-weight infants born in 1974 with birth weight of less than 1001 g. J. Pediatr. 92, 253–260, 1978
- Papoušek H.: Entwicklung der Lernfähigkeit im Säuglingsalter, in Nissen G. (Hrsg.): Intelligenz, Lernen, Lernstörungen. Springer, Berlin 1977
- Piaget J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Klett, Stuttgart 1975
- Prechtl H. F. R.: Neurological findings in newborn infants after pre- and perinatal complications, in Jonxis, Visser, Troelstra (Eds.): Aspects of prematurity and dysmaturity. Stenfert Kroese, Leiden 1968
- Riesen A. H. (Ed.): The developmental neuropsychology of sensory deprivation. Academic Press, New York 1975

- Rutter M.: Bindung und Trennung in der frühen Kindheit. Juventa, München 1978 (Orig.: Penguin, London 1972)
- Shepherd M., Oppenheim B., Mitchell S.: Auffälliges Verhalten bei Kindern. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen 1973 (Orig.: Univers. London Press 1971)
- Silverman D. T.: Maternal smoking and birthweight am. Epide J., 105, 513-521, 1977
- Steuber H.: Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. Prax. Kinderpsychol.-Psychiat. 22, 246-250, 1973
- Czermak H.: Die Gesundheitsverhältnisse der Kinder in Österreich. Verlag Brüder Hollinek, Wien 1970
- Beckmann D., Brähler E., Richter H. E.: Paardynamik und Gesundheitsverhalten. In: Familie und seelische Krankheit. Hrsg.: Richter H. E. et al. Rowohlt 1976
- Glass L., Evans H. E., Rajegowda B. K.: Neonatal Narcotic Withdrawal. In Richter (Hrsg.) Op. cit.
- Goodwin D. W. und Ma.: Alcohol Problems in Adoptees Raised Apart From Alcoholic Biological Parents. Arch. Gen. Psychiat. Vol. 28, Feb. 1973, 238
- Ijaiya K., Schwenk A., Gladtke E.: Fetales Alkoholsyndrom. Dr. Med. WSchr. 101, 1976, 1563
- Jellinek E. M.: zit. aus: Das Problem des Alkoholismus, 1956, op. cit.
- Majewski F.: Über schädigende Einflüsse des Alkohols auf die Nachkommen. Nervenarzt, 49, 410-416, 1978
- Springer A.: Das Krankengut der Stiftung „Genesungsheim Kalksburg“. In Kryspin-Exner und Ma, op. cit.
- Sullivan W. C.: The children of the female drunkard. Med. Temp. Rev. 3., 1900, 72
- Wlassak R.: Grundriß der Alkoholfrage. Leipzig: 1922, Hirzel