

4 DEMOGRAPHIE

4.1 Bevölkerungsstruktur Österreichs und Wiens

Zusammenfassung

Die heutige Bevölkerungsstruktur Wiens ist insgesamt durch einen geringeren Männeranteil (47,2 %) gekennzeichnet. Bis zur Altersgruppe der 45- bis 60jährigen ist der Anteil der Männer jedoch höher als jener der Frauen. Der Anteil der 75jährigen und älteren Männer ist mit 28,1 % im Vergleich zu den Frauen relativ niedrig. Ursachen sind die kürzere Lebenserwartung der Männer und die Folgen der beiden Weltkriege.

Die demographischen Prognosen deuten auf einen Ausgleich der Geschlechteranteile bei den jüngeren Senioren bis zum Jahr 2030 hin (94 Männer auf 100 Frauen). Ein ebensolcher Trend zeichnet sich bei den 75- bis 85jährigen (61 Männer auf 100 Frauen) und bei den über 85jährigen ab.

Insgesamt wird in Wien der Anteil der Männer weiterhin unter der älteren Bevölkerung geringer sein als der Anteil der Frauen, jedoch ist aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Männer und der Abnahme der Säuglingssterblichkeit unter den männlichen Neugeborenen (erstmalig liegt in Wien die Säuglingssterblichkeit bei den Knaben unter jener der Mädchen) ein Ausgleich innerhalb der Geschlechter im Alter zu erwarten.

Summary

The present-day population structure of Vienna is characterized by a low proportion of men (47.2 %) than women. However, up to the age of 60, the proportion of men is higher than that of women. The proportion of 75-year-old men in the population (28.1 %) is relatively low in comparison to women. The reasons are the shorter life expectancy of men and the consequences of the World Wars. Demographic projections point to an equalisation of the proportions of men and women among those 60 to 75 by the year 2030 (94 men to 100 women). A similar trend is also visible for 75 to 85-year-olds (61 men to 100 women) and for those over 85.

Österreich hatte im Jahresdurchschnitt 1997 eine Bevölkerungszahl von 8,07 Millionen (der Männeranteil 48,5 % und der Anteil der weiblichen Bevölkerung 51,5 % auf Basis der Volkszählung 1998). Die Geschlechterverteilung der einzelnen Altersgruppen ist in der angeführten Tabelle ersichtlich.

Tabelle 4.1.1: Österreichische Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 1997 nach Geschlecht und Altersgruppen

	Männer		Frauen		insgesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
0 bis unter 15 Jahre	713.227	18,2	679.394	16,3	1.392.621	17,2
15 bis unter 30 Jahre	832.656	21,2	808.462	19,5	1.641.118	20,3
30 bis unter 45 Jahre	993.589	25,4	947.932	22,8	1.941.521	24,1
45 bis unter 60 Jahre	750.600	19,2	753.062	18,1	1.503.662	18,6
60 bis unter 75 Jahre	464.201	11,8	597.881	14,4	1.062.082	13,2
75 Jahre und älter	163.039	4,2	368.139	8,9	531.178	6,6
insgesamt	3.917.312	100,0	4.154.870	100,0	8.072.182	100,0

Quelle: ÖSTAT, 1998

Vergleicht man die Anzahl der Männer mit jener der Frauen, so zeigt sich, daß in den Altersgruppen der unter 15jährigen, der 15- bis unter 30jährigen und der 30- bis unter 45jährigen der Anteil der Männer überwiegt. In der ersten Gruppe beträgt die Differenz 33.833, was 3 % der gesamten Bevölkerung unter 15 Jahren entspricht. Bei den anderen beiden Gruppen sind dies 24.194, 1,47 % der 15- bis unter 30jährigen, und 45.657 Männer bzw. 2,3 % der 30- bis unter 45jährigen. Ab der Gruppe der 45- bis unter 60jährigen kehrt sich das Verhältnis um, und die Frauen überwiegen. Dies entspricht 0,6 % bei den 45- bis unter 60jährigen, 1,2 % bei den 60- bis unter 75jährigen und beträchtliche 38 % bei den 75jährigen und älteren (ÖSTAT, 1998).

44

Die Wiener und Wienerinnen zählten 1997 1,60 Millionen. Davon waren 47,2 % männlichen und 52,5 % weiblichen Geschlechts. Mit leichten Unterschieden finden sich in Wien die gleichen Geschlechterverhältnisse in den einzelnen Altersgruppen wie in Gesamtösterreich. Nur die Altersgruppe der 15- bis unter 30jährigen weist zum gesamtösterreichischen Bild einen Unterschied auf. Hier finden sich mit einem Gesamtanteil an dieser Altersgruppe von 2 % um 4.318 weniger Männer als Frauen. Bei den 30- bis unter 45jährigen überwiegen die Männer mit einer Differenz von 6.119, was 2 % dieser Altersgruppe entspricht. Eine ebensolche Verteilung findet sich bei den unter 15jährigen. Hier überwiegen die Männer mit einem Anteil von 3 %, bzw. sind es um 6.264 mehr Männer. Ab dem 45. Lebensjahr ist auch in Wien der Männeranteil geringer: um 7.697 bzw. 3 % bei den 45- bis unter 60jährigen, um 34.531 bzw. 18 % bei den 60- bis unter 75jährigen und 54.237 (Tab. 4.1.2) bzw. 44 % bei den 75jährigen und älteren (Tab. 4.1.2) (ÖSTAT, 1998).

Tabelle 4.1.2: Wiener Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 1997 nach Geschlecht und Altersgruppen

	Männer		Frauen		insgesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
0 bis unter 15 Jahre	123.420	16,3	117.156	13,9	240.576	15,0
15 bis unter 30 Jahre	154.356	20,4	158.674	18,8	313.030	19,6
30 bis unter 45 Jahre	202.340	26,8	196.221	23,2	398.561	24,9
45 bis unter 60 Jahre	159.411	21,1	167.108	19,8	326.519	20,4
60 bis unter 75 Jahre	81.898	10,8	116.429	13,8	198.327	12,4
75 Jahre und älter	34.602	4,6	88.665	10,5	123.267	7,7
gesamt	756.027	100,0	844.253	100,0	1.600.280	100,0

Quelle: ÖSTAT, 1998

Hinter dieser zahlenmäßigen Unausgewogenheit stehen biologische und historische Gegebenheiten. So spielen für das momentane Ungleichgewicht sowohl die kürzere Lebenserwartung der Männer als auch die Folgen zweier Weltkriege eine Rolle. Deshalb zeigt der Vergleich Männer – Frauen die massive geschlechtliche Unausgewogenheit vor allem in der Altersgruppe der 75jährigen Frauen auftritt. Hier trifft man in Wien um 44 % weniger Männer als Frauen. Eine ähnliche, abgeschwächte Situation findet sich auch bei der 60- bis unter 75jährigen Wiener Bevölkerung.

Im Jahr 1997 gab es in Wien mit 7.926 um 4,5 % mehr männliche als weibliche Lebendgeborene. Knaben weisen mit einem durchschnittlichen Geburtsgewicht von 3.400 g ein um 200 g höheres Geburtsgewicht als Mädchen auf. Von den etwas mehr als 1 % der lebend geborenen Säuflinge mit einem Geburtsgewicht über 4.500 g zählen rund 70 % zum männlichen Geschlecht. Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g wiegen lediglich 5,7 % der männlichen, aber immerhin 7,2 % der weiblichen Säuflinge. In Wien war bei den Knaben die Säuglingssterblichkeit 1997 äußerst gering. In den letzten Jahren ist sie beim männlichen Geschlecht stark zurückgegangen, und männliche Säuglinge zeigen nun mit erstmals eine niedrigere Sterblichkeit als weibliche Säuglinge (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN 1997). Die höhere Säuglingssterblichkeit bei männlichen Säuglingen war immer eine der Ursachen für die kürzere Lebenserwartung der Männer. Diese Ursache trifft nun in diesem Bezug nicht mehr auf die männliche Wiener Bevölkerung zu.

4.2 Bevölkerungsentwicklung der österreichischen männlichen Bevölkerung und der männlichen Bevölkerung in Wien

Die Gesamtzahl der österreichischen Bevölkerung und die geschlechtsspezifische Verteilung sind vorerst stabil bleiben und erst in 30 Jahren sinken (ÖSTAT, 1998). Insgesamt ist gegenwärtig die Zahl der männlichen Bevölkerung geringfügig niedriger als die der Frauen, dies gilt sowohl für Wien als auch für Österreich. In Wien tritt vor allem innerhalb der Bevölkerung höheren Alters verstärkt die „Feminisierung“ auf.

Die 321.594 Wiener Senioren (Senioren = über 60 Jahre) verteilen sich auf 116.500 Männer und 205.094 Frauen. Die Männer machen demnach nur 36,2 % aller über 60jährigen aus bzw. auf 100 Frauen 56 Männer.

Je älter, desto sichtbarer wird der Trend der Feminisierung. Bei den über 75jährigen stehen 100 Männer immerhin 88.665 Frauen gegenüber, womit auf 100 Frauen nur 39 Männer entfallen. Die Hochbetagten sind nur mehr zu weniger als einem Viertel männlich: 8.432 Männer im Alter von über 85 Jahren stehen 28.315 Frauen dieses Alters gegenüber, womit nur 30 Männer auf 100 Frauen entfallen. Gründe für dieses Männerdefizit liegen in der kürzeren Lebenserwartung der Männer, die sie leben derzeit im Schnitt um 6,3 Jahre kürzer als Frauen. Des Weiteren begünstigt die Strukturveränderung der Wiener Bevölkerung in Verbindung mit dem Geschlechtsunterschied in der Lebenserwartung einen überproportionalen Frauenanteil bei den Senioren. Weiters sind historische Ereignisse zu berücksichtigen, da die Gefallenenerluste des Zweiten Weltkriegs vor allem die Jahrgänge des Alter von derzeit etwa 70 Jahren betroffen hatten und gerade diese Altersgruppe ein deutliches Männerdefizit aufweist. Dieses geschlechtsspezifische Ungleichgewicht ist heute geringer als vor etwa zehn Jahren, da von den Kriegsgefallenen des Zweiten Weltkriegs nicht mehr betroffene Jahrgänge die Altersgrenze von 60 Jahren überschreiten und gleichzeitig betroffene Jahrgänge in den höheren Altersgruppen durch Sterblichkeit reduziert werden. Beispielsweise entfielen 1980 auf 100 Frauen 61 Männer auf 100 Frauen. Wie demographische Prognosen zeigen, bleibt das Alter – und das hohe Alter – auch weiterhin ein von Frauen dominierter Lebensabschnitt. Das allmähliche Sterben der Kriegsgeneration wird das zahlenmäßige Ungleichgewicht der Geschlechter abmildern. Die Zahl älterer Männer wächst in den kommenden Jahrzehnten deutlich stärker als die Zahl älterer Frauen. Während das Durchschnittsalter der österreichischen Männer bis 2050 um 10 Jahre ansteigen wird (von 37,0 auf 47,0), wird das Durchschnittsalter der Frauen nur um 9,1 Jahre ansteigen (ÖSTAT, 1998). Die Bevölkerungsprognose des ÖSTAT läßt bei den Senioren bereits für das Jahr 2000 61 Männer, für 2015 74 Männer und für das Jahr 2030 82 Männer auf 100 Frauen zu (ÖSTAT, 1998). Bei jüngeren Senioren wird sogar mit einem nahezu ausgeglichenen Verhältnis zu rechnen.

rechnet. Im Jahr 2030 sollen in der Altersgruppe der 60- bis 74-jährigen 94 Männer auf 100 Frauen entfallen. Ebenso gleichen sich der Männer- und Frauenanteil bei den älteren Senioren an, wo laut Prognose im Jahr 2030 61 Männer auf 100 Frauen entfallen werden und bei Hochaltrigen (85 und älter) der Anteil bei 45 Männern pro 100 Frauen liegen wird (ÖSTAT, 1998).

Anscheinend hat die Feminisierung im Alter bereits ihren Höhepunkt überschritten und ist rückläufig. Wenn man außerdem berücksichtigt, daß sich auch die Lebenserwartungsunterschiede zwischen Mann und Frau, wie prognostiziert, verringern, dürfte eine Normalisierung der Geschlechterproportionen im Alter zu erwarten sein.

4.3 Lebenserwartung

Zusammenfassung

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt liegt in Österreich für Männer bei 73,9 und für Frauen bei 80,2 Jahren (Stand 1996). Seit 1950 zeigt sich ein steigender Trend bezüglich der Lebenserwartung, wobei bei den Männern in den letzten Jahren eine Steigerung um 1,6 Jahre stattfand. In Wien haben die Männer eine Lebenserwartung von durchschnittlich 73 Jahren, was etwa ein Jahr unter dem gesamtösterreichischen Durchschnitt liegt.

Die Lebenserwartung der Männer hat ein enormes Potential, weiter zu wachsen, da viele frühzeitig auftretenden Todesfälle verhinderbar sind. Die Lebenserwartung ist eng mit dem Lebensstil verknüpft. Im Erwachsenenalter sind es Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, dabei vorwiegend Tumore der Atemwege und der Verdauungsorgane, sowie Unfälle, die die Lebenserwartung der Männer beeinträchtigen. Das präventive Potential ist als groß zu erachten. Die Gesundheitserwartung (Lebenserwartung frei von Behinderung) der Männer liegt heute bei 95 %. Unmittelbares Ziel der Krankheitskontrolle muß es sein, diese behinderungsfreie Lebenserwartung parallel zur steigenden Lebenserwartung zu führen.

Die Einflußfaktoren auf die Lebenserwartung der Männer und warum die Lebenserwartung um einiges kürzer ist als jene der Frauen, bedürfen einer weiteren eingehenden Erforschung, vor allem sozioökonomische Einflüsse sind noch weitgehend unbekannt.

Summary

In Austria the average life expectancy at birth is 73.9 years for men and 80.2 for women (as at 1996). Since 1950 there has been an upward trend in life expectancy, and in the last six years the increase for men has been 1.6 years. In Vienna male life expectancy is 73 years, which is about one year below the country average.

There is enormous potential for growth in male life expectancy. Many early deaths are preventable. Life expectancy is closely related to lifestyle, and, in the adult male, is depressed by cardiac and cardiovascular diseases, cancer – primarily of the respiratory and digestive systems – and accidents. Health expectancy (life expectancy free of disability) is 95 % today. The immediate goal of disease control is to maintain disability-free life expectancy parallel with the increase in life expectancy generally.

Additional in-depth research is needed into the factors influencing male life expectancy and the reason why it lags behind.

Lebenserwartung definiert sich als die Zahl der Jahre, die ein Individuum eines bestimmten Alters noch zu leben hat, falls die heutige Mortalitätstendenz weiterhin anhält. Sie ist eine statistische Konstruktion, die auf existierenden altersspezifischen Sterbeziffern beruht (ACKERMANN-LIEBOWITZ et al., 1986; BISIG et al., 1996).

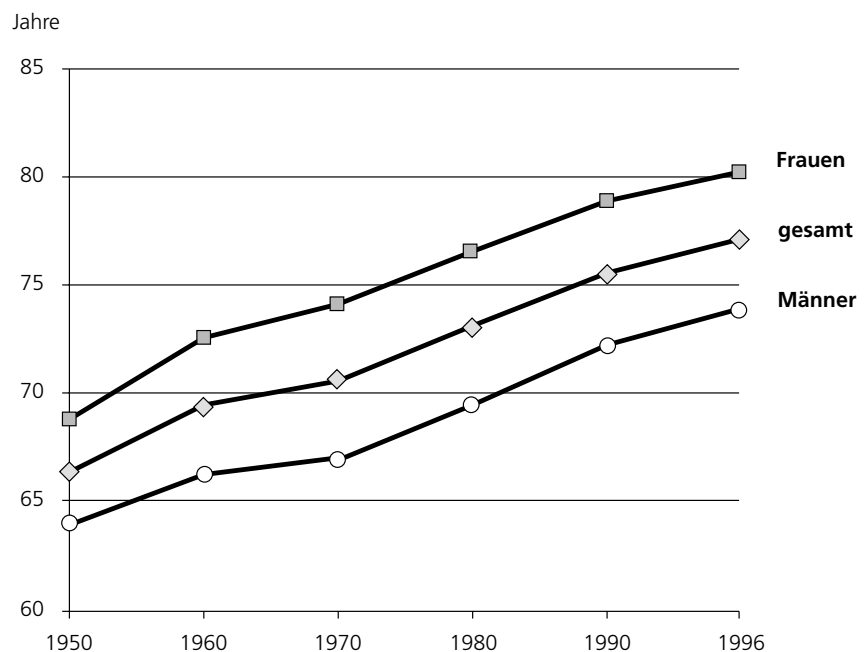
Weil man die effektive Lebenserwartung der heute Geborenen erst in hundert Jahren beziffern könnte, behilft man sich mit einem mathematischen Wert, der auf einer Hochrechnung der altersspezifischen Sterbeziffern der Beobachtungsperiode auf die ganze Lebensdauer beruht. Die Lebenserwartung ist ein Durchschnittswert, wobei sich beträchtliche Unterschiede, wie z.B. sozialer Art, verbergen können (INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN, 1994).

Da sich die Mortalitätsraten im Laufe der Zeit verändern werden, wird die so berechnete Lebenserwartung in Wirklichkeit für keine einzelne Person eine prognostische Gültigkeit haben. Trotzdem erlaubt die Lebenserwartung eine klarere Vorstellung von der Größenordnung der Sterblichkeit als etwa die Sterblichkeitsraten, und zudem ist ihre Berechnung unabhängig von der Altersstruktur der untersuchten Bevölkerung. Die durchschnittliche Lebenserwartung dient deshalb als häufig benutzter Gesundheitsindikator (ABELIN et al., 1996).

4.3.1 Lebenserwartung und Trends der Lebenserwartung der österreichischen und Wiener Bevölkerung

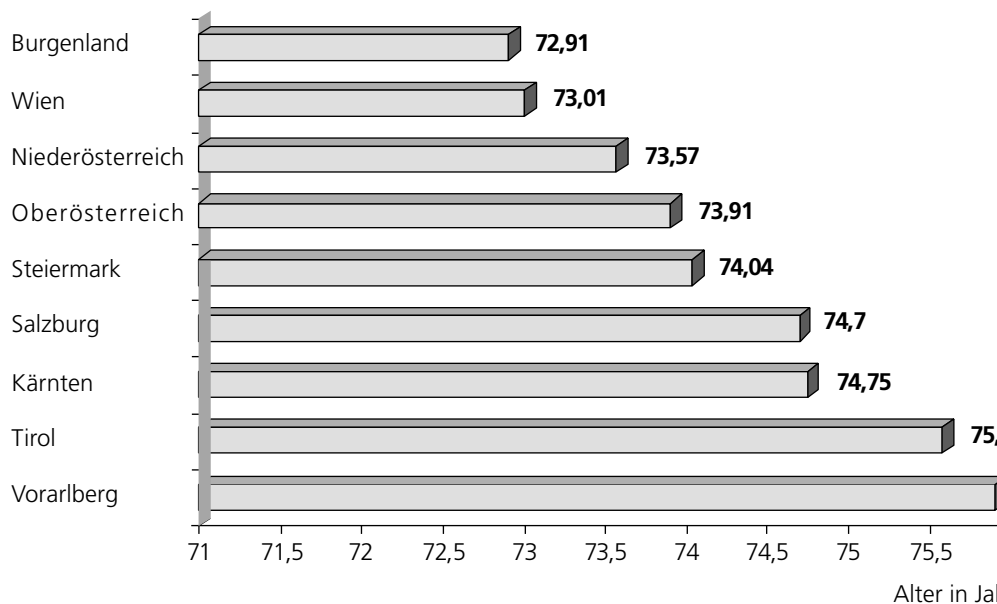
Die durchschnittliche Lebenserwartung lag in Österreich 1996 bei der Geburt bei 77,1 Jahren, wobei die der Männer 73,9 Jahre und die der Frauen 80,2 Jahre betrug. Seit dem Jahre 1950 zeigt sie eine steigende Tendenz, wobei alleine in den letzten sechs Jahren bei den Männern eine Steigerung um 1,6 Jahre und bei den Frauen um 1,3 Jahre stattfand (Abb. 4.3.1).

Abbildung 4.3.1: Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich 1950 bis 1996



Quelle: ÖSTAT, 1998

Unterschiede in der Lebenserwartung der Männer findet man auch innerhalb von Österreich. Die burgenländischen und die Wiener Männer haben die niedrigste Lebenserwartung (Abb. 4.3.2).

Abbildung 4.3.2: Lebenserwartung der Männer bei der Geburt 1996 nach Bundesländern

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die höchste Lebenserwartung innerhalb von Österreich findet man bei den Männern von Vorarlberg und Tirols (Abb. 4.3.2). Die Differenz der Lebenserwartung 1996 zwischen den Wienern und den Vorarlberger Männern beträgt 2,89 Jahre (ÖSTAT, 1998). Die Differenz zur weiblichen Lebenserwartung beträgt 6 Jahre.

Für jedes Lebensalter und Geschlecht kann eine mittlere Lebenserwartung errechnet werden, die abhängig von der Sterblichkeit einer Bevölkerung ist. Ein 30jähriger Mann hatte in Österreich 1996 eine mittlere altersspezifische Lebenserwartung von 45,32 Jahren, das heißt, es kann gerechnet werden, daß dieser 30jährige mit hoher Wahrscheinlichkeit insgesamt 75,32 Jahre alt wird. Ein 70jähriger Mann hatte 1996 noch immer eine mittlere Lebenserwartung von 14,8 Jahren. Vergleicht man die mittlere Lebenserwartung der letzten 20 Jahre, dann zeigt sich, daß die Lebenserwartung der Männer ab dem 50. Lebensjahr ein enormer Zuwachs (durchschnittlich fast um 50 %) zu verzeichnen ist: Insbesondere bei den Männern mit 70 Jahren kam es zwischen 1976 und 1996 zu einer Steigerung der mittleren Lebenserwartung um 5,34 Jahre (Tab. 4.3.1).

Tabelle 4.3.1: Mittlere Lebenserwartung der Männer in Österreich 1976, 1986 und 1996

Genaueres Alter in Jahren	Mittlere Lebenserwartung in Jahren			Differenz in % 1976–1996
	1976	1986	1996	
0	68,18	71,0	73,93	8,4 %
10	59,93	62,08	64,47	7,6 %
20	50,45	52,44	54,78	8,6 %
30	41,22	43,11	45,32	10,0 %
40	32,00	33,85	35,89	12,2 %
50	23,43	25,07	31,93	36,3 %
60	15,75	17,36	23,03	46,2 %
70	9,47	10,84	14,81	56,4 %
80	5,37	5,97	8,03	49,5 %

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Eine Gegenüberstellung der verschiedenen Lebensalter zeigt, daß die Lebenserwartung aufgrund der Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit vor allem für die Jüngeren stark zugenommen hat. In den letzten Jahrzehnten entfällt die Mehrzahl der gewonnenen Lebensjahre auf die Zeit nach dem 65. Geburtstag (INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN, 1994).

Den kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung der letzten Jahre führt man nicht nur auf eine gesunkene Säuglingssterblichkeit oder auf die Senkung der Sterblichkeit im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter zurück, sondern auch ganz wesentlich auf eine verringerte Alterssterblichkeit (KY-TIR, 1994).

50

4.3.2 Lebenserwartung im internationalen Vergleich

Die Lebenserwartung Neugeborener hat in den letzten hundert Jahren in den Industrieländern deutlich zugenommen. In Österreich, in der Schweiz und in Deutschland ist sie auf mehr als die Hälfte angestiegen. Nach einem starken Zuwachs der Lebenserwartung in den fünfziger Jahren waren die sechziger Jahre durch stagnative Tendenzen gekennzeichnet, die in den OECD-Ländern durch abermalige große Verbesserungen während der siebziger und achtziger Jahre abgelöst wurden (MAXWALD, 1994). In den ehemals kommunistischen Ländern wurde diese Stagnationsphase bis heute nicht überwunden; teilweise ist es sogar zu einem Rückgang der Lebenserwartung gekommen (KUNZE et al., 1990; MAXWALD, 1994).

Die höchste Lebenserwartung, sowohl bei Männern als auch Frauen, findet man in Japan, gefolgt von Schweden und der Schweiz. Österreich liegt im Mittelfeld. Besonders ungünstige Lebenserwartungen sind nach wie vor in der Russischen Föderation, in Rumänien und in Ungarn zu finden (Tab. 4.3.2).

Die Lebenserwartung in der Russischen Föderation entspricht der Lebenserwartung in Entwicklungsländern, die laut Berechnungen der WHO 1997 bei 65 Jahren lag (WHO, 1998).

Tabelle 4.3.2: Lebenserwartung 1996 bei der Geburt – internationale Vergleiche
(Angaben in Jahren)

Land	Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)			Land	Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren)	
	gesamt	Männer	Frauen		gesamt	Männer
Japan	80,2	77,0	83,3	Österreich	77,1	73,9
Schweden	79,0	76,5	81,5	Belgien	76,9	73,5
Schweiz	78,8	75,7	81,9	Finnland	76,8	73,0
Norwegen	78,1	75,1	81,1	Griechenland	76,8	75,0
Italien	78,1	74,9	81,3	Neuseeland	76,1	72,7
Island	78,0	75,9 ²⁾	80,0 ²⁾	USA	76,1	72,7
Spanien	78,0	74,4	81,6	Deutschland	76,0	72,7
Kanada	77,9	74,8 ¹⁾	81,0 ¹⁾	Ungarn	72,3	65,3
Australien	77,9	75,0 ²⁾	80,8 ²⁾	Rumänien	69,2	65,3
Niederlande	77,5	74,7	80,3	Russ. Föderation	64,4	57,6 ²⁾

1) 1993; 2) 1995

Quelle: ÖSTAT, 1998

4.3.3 Die niedrigere Lebenserwartung der Männer

Generell ist die höhere Lebenserwartung der Frauen durch eine stärkere Verbesserung im Zeitverlauf und geringere internationale Unterschiede im Vergleich zur männlichen Lebenserwartung gekennzeichnet. Der Vorsprung der Frauen gegenüber den Männern in der Lebenserwartung bei der Geburt bewegt sich zwischen 5,2 Jahren in Griechenland und 9,7 Jahren in der ehemaligen Sowjetunion. Tendenziell ist der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung in Ländern mit ungünstigen Lebenserwartung am größten (ehemalige Sowjetunion, Polen, Ungarn, ehemalige Tschechoslowakei und Portugal). Umgekehrt sind die geringsten Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen in Ländern mit hoher Lebenserwartung zu finden. Ausnahmen sind Frankreich, die Schweiz und bedingt auch Finnland, wo Frauen eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer, obwohl die Lebenserwartung insgesamt hoch ist (MAXWALD, 1994).

In Österreich liegt die Lebenserwartung der Männer um 6,3 Jahre niedriger als die der Frauen (ÖSTAT, 1998).

Frauen haben ihren Vorsprung in der Lebenserwartung seit 1965 sogar noch ausgebaut, was den Abstand zwischen männlicher und weiblicher Lebenserwartung in Ländern mit ungünstigen Lebenserwartungsverhältnissen besonders stark anwuchs (MAXWALD, 1994).

Seit den frühen achtziger Jahren verbesserte sich die Lebenserwartung der Männer stärker als bei den Frauen, was in den letzten zehn Jahren zu einer Reduktion des Vorsprungs der weiblichen gegenüber der männlichen Lebenserwartung gekommen ist. Es wird diskutiert, ob damit der langfristige Prozess der Auseinanderentwicklung der männlichen und weiblichen Mortalität nachhaltig gestoppt oder sogar in einen Trend zur Konvergenz umgekehrt worden ist (MAXWALD, 1994). Um dieses zu beurteilen, muß wohl erst die weitere Entwicklung abgewartet werden.

Noch vor hundert Jahren gab es geringe geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Lebenserwartung. Im folgenden sollen die für die heutige Differenz diskutierten Ursachen angeführt werden.

Epidemiologische Analysen und Erhebungen nennen einige Gründe, warum die Lebenserwartung der Männer niedriger ist als jene der Frauen:

In der Neugeborenenphase wie auch in der frühen Kindheit treten bei Knaben häufiger Gesundheitsstörungen auf. Es finden sich häufiger als bei Mädchen Unreife, Mißbildungen, Schäden durch den Geburtsverlauf und andere pathologische Zustände. In der frühen Kindheit wie auch in der Jugend und im frühen Erwachsenenalter gewinnen Unfälle als Todesursache vorrangige Bedeutung. Das männliche Geschlecht ist dabei wesentlich gefährdeter als das weibliche Geschlecht (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986). Bereits im Kindesalter wird von Knaben riskanter gespielt, und es wird eine höhere Unfallrate mit schwerwiegenden Folgen bereits in diesem Alter beobachtet. Besonders betroffen ist in bezug auf Unfälle insgesamt die Gruppe der unter 24jährigen, wobei pro Todesfall natürlich eine erhebliche Anzahl von Lebensjahren verlorengehen. Deshalb tragen Unfälle auch wesentlich zur kürzeren Lebenserwartung der Männer bei.

Die Lebenserwartung ist weiters eng mit dem Lebensstil verknüpft. Im Erwachsenenalter sind es Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, dabei vorwiegend Tumore der Atemwege und der Verdauungsorgane, und die Unfälle, die die Lebenserwartung der Männer beeinträchtigen (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986). Die Risikofaktoren für diese Erkrankungen bzw. für diese Ereignisse sind bei Männern häufiger anzutreffen. Es finden sich deutliche Unterschiede im Risiko- und im Präventionsverhalten von Männern und Frauen. So würde zum Beispiel die Ausschaltung der Todesursache Herzkrankheiten bei den Männern über 5 Jahre an mittlerer Lebenserwartung bringen, bei den Frauen über 3 Jahre (fiktive Lebenserwartung) (FLAMM et al., 1976).

Die Sozialisation, die geschlechtsabhängig vor sich geht, wird von Sozialwissenschaftlern als indirekter und direkter Einflußfaktor auf die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen gesehen. In der westlichen Gesellschaft wird ein Risikoverhalten bei männlichen Mitgliedern akzeptiert, sogar gefördert bzw. gefordert, und Sozialisationsphänomene (Beispiel Alkohol) bestimmen das Verbrauchsverhalten (ARNOLD, 1988).

Der höhere Alkoholkonsum der Männer macht sich einerseits in der höheren Sterblichkeit an alkoholassoziierten Erkrankungen bemerkbar, andererseits wiederum indirekt in der Unfallrate.

52

Der höhere Zigarettenkonsum der Männer ist ein weiterer Grund, warum die Sterblichkeit von Männern und Frauen sich unterschiedlich gestaltet. Die Todesraten an tabakassoziierten Erkrankungen sind bei Männern wesentlich höher als bei Frauen. Es gibt jedoch Hochrechnungen, die voraussagen, daß die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen sich durch die veränderten Rauchgewohnheiten der Frauen verringern wird (ARNOLD, 1988). Seit Mitte der siebziger Jahre hat sich der Prozentsatz der Raucherinnen etwa verdoppelt (RIEDER et al., 1993). Zusätzlich zum Risiko- und Präventionsverhalten werden auch Arbeitsbelastungen, wie höhere Schadstoffbelastungen am Arbeitsplatz, angeführt (ACKERMANN-LIEBRICH et al., 1986).

Immer wieder wird diskutiert, daß die häufigeren Arztbesuche von Frauen auch zu ihrer höheren Lebenserwartung beitragen. Aus der Statistik ist ersichtlich, daß Frauen häufiger Ärzte aus Gründen verminderter Leistungsfähigkeit oder akuter Befindensstörungen aufsuchen. Die größte Differenz bei der Arztbesuchshäufigkeit wird während der „reproduktiven“ Jahre der Frau registriert. Bei ernsten und schweren Symptomen, wie etwa Herzinfarkt und Krebserkrankungen, warten Frauen laut Untersuchungen jedoch ebensolange zu, bis sie zum Arzt gehen, wie Männer (ARNOLD, 1988).

Es kommt somit zu einem Auseinanderklaffen zwischen Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit bei beiden Geschlechtern. Frauen zeigen eine höhere Erkrankungshäufigkeit. Als Erklärungen gelten eine höhere Symptommhäufigkeit bei Frauen sowie deren höhere Bereitwilligkeit, bei Umfragen über Symptome und Erkrankungen zu berichten (ARNOLD, 1988). Weiters wird vermutet, daß bei Männern im Gegensatz zu den Frauen die Krankheitsursachen direkt in Beziehung zu den Todesursachen stehen, hingegen bei den Frauen die Krankheitsursachen weniger zu den Todesursachen beitragen als zu den Krankheitshäufigkeiten (ARNOLD, 1988).

4.3.4 Lebenserwartungsprognosen

Die durchschnittliche Lebenserwartung wird in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen. Für das Jahr 2025 liegt eine Schätzung der WHO für Österreich vor, die davon ausgeht, daß sich die

durchschnittliche Lebenserwartung um weitere drei Jahre, von 77 auf 80 Jahre, erhöht (WHO, 1998). Bei der ferneren Lebenserwartung der 60jährigen lag der Zugewinn der vergangenen Jahre z.B. in Österreich bei den Männern bei 0,77 Jahren, bei den Frauen bei 1,2 Jahren im Jahrzehnt.

Die Prognose des Österreichischen Statistischen Zentralamtes für das Jahr 2030 geht bei den Männern vom exakt gleichen Wert von 0,77 Jahren aus, bei den Frauen wird ein etwas geringerer Zuwachs geschätzt, nämlich 0,9 Jahre/Jahrzehnt. Die fernere Lebenserwartung von 60jährigen Frauen von 2000 bis mit im ersten Drittel des nächsten Jahrhunderts 25,9 Jahre betragen, von 60jährigen Männern von 2000 bis 2030 12,9 Jahre. Argumente für den geringeren Zuwachs an Lebenserwartung sind, daß sich das Verhalten junger Frauen in Richtung eines riskanteren Lebensstils entwickelt und sich jenem der Männer nähert (KYTIR, 1994).

In bezug auf die Entwicklung der Lebenserwartung werden unterschiedliche Szenarien skizziert. In den Prognosen aufgrund eines „Low mortality“-Szenarios berechnet, ergibt sich für das Jahr 2030 eine mittlere Lebenserwartung für Männer von 90 Jahren und für Frauen von 95 Jahren. Das Szenario dieser Prognosen wird jedoch für unwahrscheinlich gehalten, da sie voraussetzen, daß jedes weibliche Neugeborene älter als 97 Jahre wird, jedes zweite männliche Neugeborene älter als 97 Jahre. Die Lebenserwartungsgewinne sind aber nur dann in diesem Ausmaß realisierbar, wenn die künftigen Altengenerationen deutlich gesünder sind als heute (KYTIR, 1994).

In welchem Maße die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Lebenserwartung durch biologische Faktoren (hormonale und immunologische Geschlechtsunterschiede) oder durch Verhaltensfaktoren (Risikofaktoren, Lebensstil) determiniert werden, wird letztendlich sehr unterschiedlich diskutiert. In den letzten Jahrzehnten beobachtete Zunahme der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung doch den Schluß zu, daß Verhaltens- bzw. Risikofaktoren sehr bedeutsam sind, auch wenn es sich um eine Interaktion biologischer und sozialer Faktoren auszugehen ist (HÖPFLINGER et al., 1994).

4.3.5 Gesundheitserwartung – behinderungsfreie Lebenserwartung

Heute ist es für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nicht mehr ausreichend, ausschließlich die Lebenserwartung als Indikator heranzuziehen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, der sinkenden Mortalität im höheren Lebensalter und der Frage nach der Qualität der gelebten Jahre ist die Notwendigkeit nach weiteren Indikatoren für die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung entstanden. Es sind dies Indikatoren einer sogenannten Gesundheitserwartung. Diese Indikatoren informieren über den funktionellen Status der Bevölkerung, ihre Vitalität sowie ihre subjektive und objektive Lebensqualität. Die Lebenserwartung ohne ernsthafte Behinderung ist um die Indikatoren Morbidität und Lebensqualität erweitert worden.

Der Begriff der Gesundheitserwartung ist in den USA bereits 1964 erstmals erwähnt worden. 1974 wurde eine erste Berechnung vorgeschlagen, und 1984 hat die WHO durch eine Expertengruppe zur Epidemiologie des Alters ein Modell zur Berechnung vorgelegt. Die Experten, die an der Berechnung arbeiten, haben sich zu einer Gruppe zusammengeschlossen – REVES (Réseau Européen pour l'Évaluation de la Vie en Santé/International Network on Health Expectancy and the Disability Process). 1990 wurde die behinderungsfreie Lebenserwartung als optimaler Indikator in die „Gesundheit für alle“ des europäischen Regionalbüros der WHO aufgenommen.

Aus 48 Ländern liegen Berechnungen der Gesundheitserwartung vor, die aufgrund der unterschiedlichen nationalen Gesundheitskontrolle, auf Basis derer die Berechnungen erfolgten, nicht direkt für einen direkten Vergleich geeignet sind. Zumeist wird aber jetzt in eine Lebenserwartung ohne ernsthafte schwere Behinderung und eine Lebenserwartung ohne Behinderung unterschieden.

Das Modell zur Berechnung der Gesundheitserwartung unterscheidet zwischen dem Leben mit Einschränkungen und dem Überleben ohne behindernde chronische Krankheit.

Die Entwicklung der Lebenserwartung ohne ernsthafte Behinderung 65jähriger Männer zeigt in manchen Ländern parallel zur Entwicklung der Gesamtlebenserwartung.

Die Ergebnisse der Vergleiche deutet die WHO als Pandemie leichter und mäßiger, aber nicht schwerwiegender Behinderungen. Der Rückgang der Mortalität kann zwar zu einem Anstieg bei der Prävalenz chronischer Krankheiten führen, die zu Behinderungen führen können, diese sind aber weniger schwerwiegend.

Die „Lebenserwartung frei von Behinderung oder Krankheit“ (DFLE) wird von der WHO und der OECD nicht nur als wichtiger Indikator zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, sondern auch als Indikator für die Erreichung zentraler gesundheitspolitischer Zielsetzungen gesehen.

1992 lag in Österreich die behinderungsfreie Lebensspanne für weibliche Neugeborene bei 72,4 Jahren, für männliche Neugeborene bei 69,0 Jahren. Im statistischen Durchschnitt müssen Männer weitere 3,9 Jahre und Frauen 6,9 Jahre mit funktionalen Behinderungen leben, die so schwer sind, daß sie für wichtige Tätigkeiten des täglichen Lebens oder sogar für wichtige persönliche Verrichtungen die Hilfe Dritter benötigen. Anhand des österreichischen Beispiels stellt sich der prozentuelle Anteil der behinderungsfreien Lebenszeit an der Gesamtlebenszeit für Frauen mit 91,3 % dar, für Männer mit 94,7 % (KYTIR, 1994).

Ein etwas anderes Bild bietet sich, wenn man die sozioökonomischen Unterschiede mit einbezieht.

DOBLHAMMER et al. (1998) untersuchten die sozioökonomischen Einflüsse auf behinderungsfreie Lebenserwartung und Gesundheitserwartung in Österreich. Aus ihren Untersuchungen geht hervor, daß nicht nur die Mortalität (DOBLHAMMER-REITER, 1996), sondern auch die Morbidität bei Männern und Frauen enorme Unterschiede auf Basis von Bildungsdifferenzen aufweist. Beide Gesundheitsindikatoren – funktionelle Einschränkungen und subjektiver Gesundheitszustand (self-perceived health) – beinhalten Unterschiede im Gesundheitszustand, abhängig vom Bildungsgrad.

54

Die Gesundheitsunterschiede bei Männern sind größer als bei Frauen. Männer haben mit einer längeren Periode in schlechtem Gesundheitszustand zu rechnen als Frauen. Die Geschlechtsunterschiede fallen besonders bei geringerer Bildung deutlich aus.

Die Berechnungen von DOBLHAMMER und KYTIR zeigen, daß Männer mit höherer Ausbildung zwischen dem 30. und 75. Lebensjahr 41,6 Jahre Lebenserwartung zu erwarten haben, in der niedrigsten Bildungsgruppe 39,2 Jahre. Die Ratio zwischen höchster und niedrigster Bildungsgruppe beträgt 1,71 (für Frauen 1,45).

Männer mit dem geringsten Ausbildungsgrad leben 2,7mal länger mit Behinderungen als die mit dem höchsten Bildungsstand, obwohl sie zudem auch noch eine höhere Sterblichkeit aufweisen. Die letztere Gruppe hat in bezug auf die Self-perceived Health 1,8 Jahre in schlechter Gesundheit zu erwarten, im Vergleich zu 3,6 Jahren bei Männern mit dem geringsten Bildungsstand. Das bedeutet, daß Männer mit dem geringsten Bildungsstand zweimal so viele Jahre in schlechterem Gesundheitszustand erleben als Männer mit höherem Ausbildungsstand. Ähnliches zeigte sich auch für Frauen, jedoch sind die Unterschiede in bezug auf den Bildungsstand nicht derartig ausgeprägt.

Eine der Schlußfolgerungen der Autoren ist, daß die Gesundheitserwartung vor allem vom Geschlecht abhängt und nicht so sehr vom sozioökonomischen Background. Sie fordern auch eine weitere wissenschaftliche Beschäftigung mit der Gesundheitserwartung der österreichischen Bevölkerung. Es ist bis dato nicht geklärt, ob der Anstieg der Lebenserwartung auch einen Anstieg in der Zahl der gesunden Jahre bedeutet. Weiters sollen die sozioökonomischen Unterschiede in der Gesundheitserwartung näher untersucht werden, da dies gute Indikatoren für den Erfolg von Wohlfahrts- und Sozialprogrammen sind (DOBLHAMMER et al., 1998).

Im höheren Lebensalter überwiegen bei der insgesamt noch zu erwartenden Lebensspanne die in „Krankheit“ verbrachten Jahre über die „gesunden“ Jahre. Bei Männern ist dies erst nach dem 80. Lebensjahr der Fall, bei Frauen hingegen bereits nach dem 75. Lebensjahr. Ein 85jähriger Mann kann immer noch mit beinahe gleich vielen weiteren Lebensjahren ohne funktionale Behinderungen (2,2 Jahre) wie mit Behinderungen (2,9 Jahre) rechnen. Für 85jährige Frauen sieht dieses Verhältnis weit ungünstiger aus: 1,4 Jahren ohne funktionale Behinderungen stehen weitere 4,2 Jahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gegenüber (KYTIR, 1994).

Stellt man einen Vergleich der Spanne der behinderungsfreien Lebenserwartung westlicher Industriestaaten an, so zeigen die österreichischen wie auch die Schweizer Morbiditätsdaten ein optimistisches Bild (KYTIR, 1994). In Deutschland verbringen 70jährige Männer und Frauen im Durchschnitt 60 bis 70 % ihrer verbleibenden Lebenszeit in relativ guter Gesundheit (HÖPFLINGER, 1999). Daten zur behinderungsfreien Lebenserwartung in Wien sind nicht vorhanden.

V.
SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION
SOCIOECONOMICAL SITUATION

V. SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION	57–84
5.1 SOZIALE FAKTOREN UND GESUNDHEIT	59
5.2 SOZIOÖKONOMISCHE UNTERSCHIEDE IN DER MORTALITÄT BEI MÄNNERN	61
5.3 BILDUNG UND BERUF	63
5.4 EINKOMMEN	66
5.5 FAMILIENSITUATION	68
5.6 SOZIALKONTAKTE	68
5.7 ARBEITSLOSIGKEIT	70
5.7.1 EPIDEMIOLOGIE DER ARBEITSLOSIGKEIT	70
5.7.2 LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT	73
5.7.3 ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT	74
5.7.3.1 Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Wien	75
5.8 OBDACHLOSIGKEIT BEI MÄNNERN IN WIEN	75
5.9 MIGRATION/AUSLÄNDISCHE MÄNNER IN WIEN	79