

5 SOZIOÖKONOMISCHE UND POLITISCHE SITUATION

Zusammenfassung

Soziale Faktoren wie dauerhafte finanzielle Sorgen, unsicherer Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit, belastende Lebensereignisse, schlechte soziale Integration, geringes Selbstwertgefühl, problematische Kindheit und Fatalismus sind Determinanten, die Morbidität und Mortalität mitbestimmen. Menschen, die unter schlechten sozialen und ökonomischen Umständen leben müssen, haben das doppelte Risiko, ernsthaft krank zu werden und vorzeitig zu sterben. Zwischen oberen und unteren sozioökonomischen Verhältnissen gibt es in bezug auf den Gesundheitszustand einen kontinuierlichen Sozialgradienten. Krankheiten, körperliche Beschwerden und vorzeitige Todesfälle kommen im unteren Bereich der Sozialhierarchie wesentlich häufiger vor als im oberen Bereich.

Bildung und Einkommen sind wichtige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Die Mortalität zeigt bildungsspezifische Unterschiede, die bei Männern wesentlich stärker ausgeprägt sind als bei Frauen und auf alle Todesursachen zutreffen. Insgesamt ist in Österreich die Sterblichkeit von erwerbstätigen Männern mit Pflichtschulabschluß etwa zweimal höher als bei Männern mit Hochschulabschluß.

Summary

Social factors such as ongoing financial worries, insecure employment or unemployment, burdensome events, poor social integration, low self-esteem, problematic childhood and fatalism are determinants that contribute to morbidity and mortality. Persons who live under poor social and economic circumstances are at double risk of becoming seriously ill and of dying prematurely. There is a direct linear connection between socioeconomic conditions and physical ailments and early death, which is much more frequent in the lower part of the socioeconomic scale.

Education and income importantly influence the state of health. Mortality is specifically related to education: this is more pronounced among men than among women and holds true regardless of the cause of death. Overall, mortality for working men with only compulsory education is about twice that of men with higher education.

5.1 Soziale Faktoren und Gesundheit

Jeder Mensch ist für sein Gesundheitsverhalten – gesunden Lebensstil – zunächst einmal selbst verantwortlich. Dies betrifft Alkoholkonsum, Rauchen, mangelnde Bewegung, gesunde Ernährung. Darüber hinaus gibt es aber Faktoren, die der einzelne nicht unbedingt unter Kontrolle hat: soziale und ökonomische Faktoren.

Sogar in reichen Ländern leben Reichere länger und gesünder als Ärmere. Diese Unterschiede zeigen sehr deutlich den gewaltigen Einfluß von Lebensstil, Arbeitsplatz, Wohnen und sozialem Umfeld auf Gesundheit und Langlebigkeit. Damit stellt sich der Sozialfaktor als einer der wesentlichsten Faktoren auf die Gesundheit der Menschen dar (WHO, 1998). Die stärkere Beeinflussung der Gesundheit der Männer durch sozioökonomische Faktoren hat sich bereits bei der Untersuchung der Lebenserwartung gezeigt.

Unterschiede in bezug auf Mortalität und Gesundheitszustand sind weitestgehend bekannt. Ökonomische und sozialpsychologische Ursachen für diese Unterschiede müssen noch identifiziert und näher untersucht werden (DOBLHAMMER et al., 1998).

Schlechte soziale und ökonomische Umstände beeinflussen das gesamte Leben. Menschen, die unter diesen Bedingungen leben müssen, haben das doppelte Risiko, ernsthaft krank zu werden und vorzeitig zu sterben. Zwischen oberen und unteren sozioökonomischen Verhältnissen gibt es in bezug auf den Gesundheitszustand einen kontinuierlichen Sozialgradienten (WHO, 1998). In Großbritannien sank die Beschäftigungsrate von chronisch Kranken während der Rezession im Jahr 1993 auf 78 % bei Managern und Personen in hochqualifizierten Berufen, bei den Arbeitern und ungelerten Arbeitern auf 42 % (BARTLEY et al., 1997).

Die Gesundheit im mittleren Alter und im Alter hängt natürlich auch davon ab, wie die Lebensumstände in den vorangegangenen Jahren waren. Die Wissenschaft ist sich darüber einig, daß Gesundheit und damit verbundene soziale Verteilung über einen gesamten Lebenslauf untersucht werden müssen. In der Gesundheitspolitik ist es wesentlich, präventive Maßnahmen zu setzen, die eine Vermeidung der Akkumulation von sozialen Nachteilen für die Bevölkerung zum Ziel haben. „Life course research“ zeigt, wie Sozial- und Gesundheitspolitik von heute die Gesundheit der älteren Personen in der Zukunft beeinflusst (BARTLEY, 1997).

Die Lebenserwartung hat zwar in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen, jedoch waren die Verbesserungen bei Nichtarbeitern und Personen mit erlernten manuellen Berufen größer als bei den ungelerten Arbeitern.

Der Einfluß der Sozialfaktoren auf den Gesundheitszustand einer Person ist unumstritten, die biologischen Mechanismen sind jedoch noch nicht geklärt. Es gibt nur wenige Untersuchungen, die ein lebenslanges Follow-up beinhalten und die sozioökonomischen Faktoren mit einbeziehen. Die wenigen Studien dazu meinen, Hinweise darauf gefunden zu haben, daß die soziale Situation in der Jugend und im Kindesalter besonders einflußreich auf frühzeitiges Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, während Krebserkrankungen und das Risiko, an nichtkardiovaskulären Erkrankungen und Ursachen außer Krebs zu sterben, vor allem mit den Lebensumständen im Erwachsenenalter zusammenhängen sollen (BRUNNER, 1997).

60

Rauchen, Ernährung und andere Verhaltensfaktoren mit biologischen Effekten beeinflussen zwar stark das Erkrankungs- und Sterberisiko, jedoch erklären sie nicht alles. Psychosoziale Faktoren, wie z.B. Selbstbewußtsein, haben eine enge Beziehung auch zum Sozialstatus und damit zum Risikoverhalten. Es gibt somit Hinweise, daß psychologische Charakteristiken des jeweiligen Sozialstatus in direkter Beziehung zu biologischen Funktionen stehen.

In der Whitehall-II-Studie wurde das Vorkommen bestimmter psychosozialer Charakteristika im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsstatus besonders gut untersucht (MARMOT et al., 1991). Die Prävalenz dieser Faktoren nahm stufenweise mit geringer werdender Karrierestufe zu. Diese psychosozialen Faktoren sind nach heutigem Wissen eine länger dauernde finanziell angespannte Situation, ein unsicherer Arbeitsplatz, belastende Lebensereignisse, gering ausgeprägte soziale Netzwerke, geringes Selbstwertgefühl und Fatalismus (BRUNNER, 1997). In der Whitehall-II-Studie zeigte sich bei den untersuchten Männern in bezug auf Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, daß Gesamtcholesterinwerte und LDL-Cholesterinwerte sich kaum zwischen den verschiedenen Berufspositionen unterschieden, die HDL-Cholesterinwerte in den Berufsklassen mit höheren Positionen jedoch signifikant höher waren als bei den Untergebenen (BRUNNER, 1997).

Geringe Jobkontrolle wird mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko verbunden. Personen mit geringer Jobkontrolle (wenig Autonomie und Entscheidungsmöglichkeit) haben ein höheres Risiko für eine koronare Herzkrankheit (BOSMA et al., 1997). Im Civil-Service-Bereich zeigte die Whitehall-II-Studie, daß geringe Jobkontrolle mit schlechterer Gesundheit, höherer Krankenstandsrate und anderen Lebensstilfaktoren wie ungesundem Ernährungsverhalten verbunden ist. Es wurden sogar bei geringer Jobkontrolle höhere Fibrinogenspiegel als Marker für ein erhöhtes koronares Risiko gemessen (BRUNNER, 1997).

Krankheiten, körperliche Beschwerden und vorzeitige Todesfälle kommen im unteren Bereich der Sozialhierarchie wesentlich häufiger vor als im oberen Bereich. Dieser Sozialgradient in Bezug auf den Gesundheitszustand reflektiert die materiellen Nachteile, soziale Unsicherheit und Anwesenheit von Mangel an sozialer Integration (nach WHO Europe, 1998).

Unterschiede im Gesundheitszustand zeigen sich auch deutlich bei Unterschieden im Einkommen. Die tatsächlichen Ursachen können mit den bisher durchgeführten Studien noch nicht vollständig geklärt werden. VAN DOORSLAER et al. haben in ihrem 1997 publizierten Ländervergleich die Einkommensunterschiede in Bezug auf Einkommensunterschiede in neun Industrieländern untersucht. Anhand von Daten von Gesundheitssurveys fanden sie in allen Ländern einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus und Einkommensunterschieden. Ein höheres Einkommen begünstigt einen besseren Gesundheitszustand (VAN DOORSLAER et al., 1997). In anderen ähnlichen Untersuchungen, in denen der sozioökonomischen Status in die Untersuchungen miteinbezogen war, waren bei Männern die Unterschiede in Bezug auf den selbstberichteten Gesundheitszustand besonders deutlich (VAN DOORSLAER et al., 1992; KUNST et al., 1995).

Die WHO sieht zehn Aspekte der sozialen Determinanten der Gesundheit, die in die Ziele der Gesundheitspolitik miteinzubeziehen sind:

1. Die Notwendigkeit von politischen Strategien, um Menschen vor lange anhaltenden gesundheitlichen Nachteilen zu bewahren.
2. Das Wissen um den Einfluß des sozialen und psychologischen Umfeldes auf die Gesundheit.
3. Die Wichtigkeit einer gesicherten Kindheit.
4. Der Einfluß der Arbeit auf die Gesundheit.
5. Die Probleme der Arbeitslosigkeit und Job-Unsicherheit.
6. Die Rolle von sozialen Beziehungen (Freundschaften, ...).
7. Die Gefahren der sozialen Desintegration.
8. Die Effekte von Alkohol und anderen Drogen.
9. Die Notwendigkeit, daß jeder Zugang zu gesundem Essen hat.
10. Die Notwendigkeit von gesünderen und sichereren Transportmitteln (WHO Europe, 1998).

Eine Reihe dieser Determinanten treffen verstärkt auf die männliche Bevölkerung zu.

5.2 Sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität bei Männern

DOBLHAMMER-REITER untersuchte in Österreich die Unterschiede in der Sterblichkeit in Abhängigkeit vom Sozialstatus, und dies nach Geschlecht. Für Wien stehen keine vergleichbaren Daten zur Verfügung. Es ist anzunehmen, daß die vor allem bei Männern vorgefundene Abhängigkeit der Mortalität vom sozioökonomischen Status auch auf die Wiener männliche Bevölkerung zutrifft.

Die Sterblichkeit von Männern im Alter zwischen 35 und 39 Jahren mit Pflichtschulabschluss ist 3,63mal so hoch als die von Männern mit Hochschulabschluss. Insgesamt ist die Sterblichkeit von Männern im erwerbstätigen Alter bei den Pflichtschulabsolventen 2,09mal höher als bei Hochschulabsolventen. Mit jeder zusätzlichen Bildungsstufe sinkt die Übersterblichkeit. Für Männer mit Lehrausbildung ist sie nur mehr 1,79mal höher, bei BMS-Absolventen 1,44mal höher und bei AHS/BHS-Absolventen 1,25mal höher.

Bei den über 65jährigen Männern reduzieren sich diese Sterblichkeitsunterschiede nach Altersgrad, signifikante Unterschiede bleiben jedoch bestehen. Es bleibt immer noch die Übersterblichkeit der Pflichtschulabsolventen mit 47 %, bei Lehrabsolventen mit 40 %, bei BMS-Abgängern mit 30 % und bei AHS/BHS-Absolventen mit 7 %.

Die Autorin dieser Untersuchung faßte für die drei Altersgruppen grundsätzliche Unterschiede zusammen: Es zeigten sich nur in der Altersgruppe der 35- bis 49jährigen Unterschiede in der Sterblichkeit in allen fünf Bildungsgruppen. Charakteristisch ist die extreme Übersterblichkeit der niedrigeren Bildungsschichten.

In der Altersgruppe der 50- bis 64jährigen reduziert sich die Übersterblichkeit der Pflichtschulabsolventen auf 58 % und ist somit um vieles geringer als bei jüngeren Personen. Auch die Unterschiede in den anderen Bildungsgruppen nehmen ab.

In der Altersgruppe der 65- bis 89jährigen wird das bildungsspezifische Sterberisiko inhomogener. Bei den 70- bis 74jährigen und 80- bis 84jährigen sind die Unterschiede jedoch ähnlich ausgeprägt wie bei den 50- bis 64jährigen.

Der ökonomische Status wird jedoch vor allem durch den Berufsstatus gemessen, da Bildung natürlich nicht gleichbedeutend mit höherem Einkommen stehen muß. Bildung wird verstärkt mit den Lebensstilfaktoren, wie Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel etc., im Zusammenhang gesehen.

DOBLHAMMER untersuchte bei der Sterblichkeit von Männern auch die Abhängigkeit vom Berufsstatus und der jeweiligen Bildung.

So unterscheidet sich das Sterberisiko von jüngeren Männern mit Lehrabschluß stärker nach beruflichem Status als das der Pflichtschulabsolventen. Die Sterblichkeit von jüngeren Männern mit Lehrabschluß, die als ungelernte Arbeiter beschäftigt sind, ist um 57 % höher als von Angestellten und Beamten. Bei Pflichtschulabsolventen beträgt der Unterschied nur 20 %. Die Sterblichkeit von Angestellten und Beamten mit Pflichtschulabschluß ist um 25 % höher als jene von Lehrabsolventen mit gleicher beruflicher Stellung. Ähnliches wurde für Bauern herausgefunden. Hingegen ist die Sterblichkeit von Pflichtschulabsolventen unter den Selbständigen und Facharbeitern niedriger als von Lehrabsolventen. Angelernte Arbeiter und Hilfsarbeiter beider Bildungsgruppen haben in etwa ein vergleichbares Sterberisiko.

62

Weiters wurde der Zusammenhang zwischen Bildung und Todesursache untersucht. Unterteilt werden die Todesursachen in fünf große Gruppen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, alle anderen natürlichen Todesursachen, Unfälle, Selbstmorde.

In allen fünf Erkrankungsgruppen lassen sich Unterschiede nach Bildungsgruppen erkennen. Grundsätzlich sind, wie auf der Ebene der Gesamtmortalität, die Unterschiede bei jüngeren Männern stärker ausgeprägt als bei älteren Männern. Die größten Bildungsunterschiede lassen sich bei den Selbstmorden feststellen. Die Selbstmordsterblichkeit von Pflichtschulabsolventen im Alter von 35 bis 64 Jahren ist 2,98mal höher als in der höchsten Bildungsstufe. Bei älteren Männern beträgt die Übersterblichkeit immer noch 164 %. Auch bei tödlichen Unfällen zeigt sich ein hoher und signifikanter Bildungsgradient. Die Übersterblichkeit von Pflichtschulabsolventen beträgt im Alter von 35 bis 64 Jahren 149 % und reduziert sich bei älteren Männern auf 66 %.

Warum die bildungsspezifischen Unterschiede bei den Männern mit zunehmendem Alter geringer werden, wird verschiedentlich diskutiert (bei den Frauen nehmen diese Unterschiede mit dem Alter zu). Zum einen werden Kohorteneffekte für die Schwankungen in den älteren Altersgruppen verantwortlich gemacht, zum anderen Selektionseffekte und die mit zunehmendem Alter sich verändernden Anteile der Todesursachen (44 % aller Todesfälle bei den 35- bis 64jährigen Männern sind auf Unfälle und Selbstmorde zurückzuführen).

Zusammengefaßt zeigt sich, daß bildungsspezifische Unterschiede in der Mortalität bei Männern größer sind als bei Frauen. Bei Unfällen und Selbstmorden ist dies besonders deutlich ausgeprägt. Diese nehmen einen hohen Anteil an der Sterblichkeit der jüngeren Männer ein und sind auch für den Großteil der geschlechtsspezifischen Unterschiede verantwortlich (DOBLHAMMER-REITER, 1996).

5.3 Bildung und Beruf

Die überwiegende Zahl der Wiener Männer hat als höchste Ausbildung einen Lehrabschluß. 21,7 % waren in einer höheren Schule, und bei 19,65 % der Wiener Männer ist der höchste abschluß die Pflichtschule. In Gesamtösterreich sind es 44,5 % der Männer, die einen Lehrabschluß als höchste berufliche Ausbildung haben, 26,8 % einen Pflichtschulabschluß, und 14 % haben eine höhere Schule abgeschlossen. Damit gibt es in Wien mehr Männer, die eine höhere Schule abgeschlossen haben, als im gesamtösterreichischen Durchschnitt (ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen) (Tab. 5.3.1).

Tabelle 5.3.1: Höchste abgeschlossene Schulbildung der männlichen Bevölkerung (ab 15 Jahren) in Österreich und Wien, in 1.000

Schulbildung	Wien		Österreich	
	absolut	%	absolut	%
Lehrabschluß (Berufsschule)	242,1	38,3	1.425,3	44,5
höhere Schule	137,3	21,7	445,6	26,8
Pflichtschule	124,0	19,6	858,0	26,8
Universität, Hochschule	75,4	12,0	203,4	14,0
BMS (ohne Berufsschule)	44,3	7,0	229,7	14,0
hochschulverwandte Lehranstalt	9,5	1,5	42,2	1,5
zusammen	632,6		3.203,8	

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

In den beiden zurückliegenden Dekaden fand im Schulwesen eine generelle Ausweitung des Schulbesuchs, die Beseitigung der geschlechtsspezifischen Unterschiede im Niveau der Bildung und eine deutliche Gewichtsverlagerung von allgemeinbildenden zu berufsbildenden Schulen statt.

Die Prognosen zeigen für Männer wie Frauen eine Steigerung der Maturantenzahlen, der Studierenden an Universitäten sowie der Hörerzahlen (Tab. 5.3.2). Außerdem wird prognostiziert, dass im Jahr 2010 jeder zweite maturieren wird. Allgemein wird der Männeranteil bei den Maturierenden bei den Erstinskribierenden sowie bei den Hörerzahlen im Verhältnis zu den Frauen zu steigen (DELL'MOUR et al., 1996) (Tab. 5.3.3).

Tabelle 5.3.2: Entwicklung der Maturantenzahlen von 1971 bis 1995, Prognosewerte bis 2010 in Prozent des Durchschnitts der 18- bis 20jährigen

Maturajahr	insgesamt	männlich	Anteil Männer
1971	16,3	17,4	55,3
1976	19,0	19,9	52,9
1981	20,7	21,1	51,5
1986	25,6	24,5	49,2
1991	29,2	26,1	46,8
1995	33,0	28,2	45,0
1996	33,8	29,4	45,4
1997	33,9	29,6	44,9
1998	34,7	30,1	44,2
1999	35,5	30,8	44,4
2000	36,8	31,3	44,1
2001	38,1	32,2	44,1
2002	39,1	33,0	44,1
2003	39,9	33,9	44,3
2004	40,6	34,5	44,3
2005	40,7	34,7	44,2
2010	43,1	34,7	43,9

Quelle: DELL'MOUR et al., 1996

64

Tabelle 5.3.3: Entwicklung des Männeranteils an den Erstinskribierenden und an den Hörerzahlen von 1976 bis 1995 und Prognose bis 2010 (Angaben in Prozent)

Studienjahr	Männeranteil an den Erstinskribierenden	Männeranteil an den Hörerzahlen
1976	56,3	64
1981	53,6	59
1986	52,1	56
1991	50,8	55
1992	49,1	55
1993	48,9	55
1994	47,5	54
1995	47,3	54
1996	47,4	53
1997	46,9	53
1998	46,3	53
1999	46,2	52
2000	45,9	52
2005	46,3	51
2010	45,9	50

Quelle: DELL'MOUR et al., 1996

Tabelle 5.3.4: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Wiener Männer 1991 nach Bezirk
(Angaben in Prozent)

Bezirk	Hochschule und verwandte Lehranstalt	höhere Schule	Fachschule	Lehre	allgemeinbildende höhere Schule
1	37,4	20,4	7,0	18,3	16,9
2	8,8	13,0	7,2	41,5	29,4
3	14,4	15,9	7,8	34,9	7,0
4	24,4	18,7	6,4	28,0	22,6
5	10,8	14,1	7,2	38,5	29,4
6	18,7	19,2	7,7	30,9	23,5
7	19,1	19,4	7,2	30,4	23,9
8	26,4	20,1	7,1	26,4	20,0
9	21,2	18,8	7,4	30,2	22,5
10	5,1	11,3	7,2	48,5	27,9
11	3,4	10,5	7,1	52,1	26,9
12	8,3	13,0	7,1	43,0	28,6
13	27,9	21,4	8,3	28,6	13,9
14	12,8	16,1	8,7	40,6	21,8
15	6,2	11,4	6,9	40,9	34,6
16	7,6	12,6	7,4	42,4	30,1
17	12,6	14,1	7,8	36,9	28,5
18	24,8	17,4	6,6	30,0	21,2
19	25,5	19,5	7,7	30,6	16,7
20	5,4	10,7	6,3	45,2	32,4
21	5,7	12,7	8,0	52,4	21,2
22	5,5	12,5	8,2	53,4	20,5
23	11,2	17,1	8,7	45,0	18,0

Quelle: MA 66, Statistisches Amt, 1995

Der höchste Anteil an Männern mit Hochschul- oder hochschulverwandter Ausbildung findet sich im 1. Bezirk, der niedrigste im 11. Bezirk mit 3,4 %, der höchste Anteil mit höherer Schule abgeschlossen ist im 13. Bezirk, der niedrigste im 11. Bezirk, bei den Fachschulen ist der höchste Anteil im 23. und der niedrigste im 20. Bezirk, bei den Lehrabschlüssen der höchste im 22. Bezirk und der niedrigste im 1. Bezirk, bei den allgemeinbildenden höheren Schulen der höchste im 15., der niedrigste im 3. Bezirk (Tab. 5.3.4).

Tabelle 5.3.5: Quote der berufstätigen Männer, die im Bezirk wohnen, nach Stellung im Beruf 1991 (Angaben in Prozent)

Bezirk	Selbstständige	mithelfende Familienangehörige	Angestellte, Beamte mit Universität oder Maturaabschluß	Angestellte, Beamte mit Fachschul- oder Lehrabschluß	Angestellte, Beamte mit Pflichtschulabschluß	Facharbeiter	angelernte Arbeiter	Hilfsarbeiter	Lehrlinge
1	25,6	0,7	38,4	12,4	5,8	6,5	4,9	4,3	1,4
2	8,2	0,4	16,3	20,5	6,0	20,7	10,6	14,2	3,0
3	9,1	0,4	23,1	19,6	6,0	16,6	10,0	12,7	2,6
4	13,8	0,2	32,6	15,5	7,3	12,9	7,9	7,8	2,1
5	8,5	0,3	18,5	19,7	5,6	19,2	11,3	14,3	2,6
6	13,0	0,5	27,8	17,5	5,6	14,6	9,2	9,6	2,1
7	13,1	0,4	27,9	17,7	5,8	13,5	9,1	10,6	1,9
8	14,6	0,5	34,8	15,2	4,8	11,9	7,5	8,5	2,2
9	11,8	0,4	30,3	18,3	6,0	13,6	7,9	9,4	2,3
10	5,2	0,2	13,3	27,2	6,2	21,0	11,1	12,7	3,1
11	4,9	0,3	11,5	30,2	6,6	21,2	10,4	11,1	3,7
12	6,5	0,2	16,8	24,1	6,1	18,8	10,9	13,5	3,2
13	12,9	0,3	39,7	21,5	5,6	9,5	5,0	4,1	1,4
14	7,7	0,2	24,0	25,9	6,3	16,3	8,1	9,2	2,4
15	5,9	0,3	12,9	20,1	5,3	21,2	12,9	18,1	3,3
16	6,5	0,3	15,4	22,8	5,3	19,1	11,4	16,5	2,7
17	8,3	0,2	20,8	20,1	5,3	17,3	10,3	15,4	2,5
18	12,2	0,3	32,5	17,3	5,8	12,8	7,4	9,3	2,4
19	13,6	0,5	34,7	21,0	5,6	11,1	6,5	5,1	1,9
20	5,4	0,2	12,2	24,2	6,0	19,8	12,0	17,4	2,8
21	5,4	0,3	15,8	32,0	6,2	20,4	9,4	7,2	3,3
22	5,7	0,3	15,6	33,1	6,3	19,9	9,0	6,2	3,9
23	7,8	0,3	23,9	29,9	5,0	16,4	7,5	6,4	2,6

66

Quelle: MA 66, Statistisches Amt, 1995

Im 1. Bezirk ist die Rate der Selbstständigen (25,6 %) und der mithelfenden Familienangehörigen (0,7 %) am höchsten, die Rate der Facharbeiter (6,5 %), der ungelerten Arbeiter (4,9 %) und der Angestellten/Beamten mit Pflichtschul- oder Lehrabschluß (12,4 %) am niedrigsten. Im 4. Bezirk finden sich die meisten Angestellten/Beamten mit Pflichtschulabschluß (7,3 %), die wenigsten gibt es im 8. Bezirk (4,8 %). Im 10. Bezirk ist die Rate der mithelfenden Familienangehörigen am geringsten (0,2 %). Im 11. Bezirk gibt es zwar die meisten Facharbeiter (21,2 %), aber die wenigsten Selbstständigen (4,9 %) und Angestellten/Beamten mit Universitätsabschluß/Matura (11,5 %). Der 13. Bezirk hat die wenigsten Lehrlinge (1,4 %) und Hilfsarbeiter (4,1 %), dafür die höchste Rate bei den Angestellten/Beamten mit Universitätsabschluß bzw. Matura (39,7 %). Der 15. Bezirk ist der mit den meisten ungelerten Arbeitern (12,9 %) und Hilfsarbeitern (18,1 %), der 22. Bezirk hat die meisten Lehrlinge (3,9 %) und Angestellten/Beamten mit Fachschul- oder Lehrabschluß (33,1 %) (MA 66, Statistisches Amt, 1995) (Tab. 5.3.5).

5.4 Einkommen

In Österreich verdienten die männlichen Arbeiter 1997 durchschnittlich öS 24.694,- brutto (Frauen: öS 15.703,-), die Angestellten öS 35.394,- (Frauen: öS 21.181,-). In Wien lagen die durchschnittlichen Verdienste von Arbeitern bei öS 23.905,- (Frauen: öS 16.240,-) und von Angestellten bei öS 36.270,- (Frauen: öS 23.968,-). Das höchste Lohnniveau findet sich in beiden Erwerbsverhältnissen in Vorarlberg, das niedrigste jeweils im Burgenland (ÖSTAT, 1998) (Tab. 5.4.1).

Tabelle 5.4.1: Durchschnittliches Bruttoeinkommen der männlichen Arbeiter und Angestellten
Bundesländervergleich 1997 (Angaben in öS)

Bundesland	Arbeiter	Angestellte
Vorarlberg	26.069	38.104
Kärnten	25.708	32.604
Oberösterreich	25.529	36.331
Steiermark	24.790	34.442
Salzburg	24.511	34.999
Niederösterreich	24.467	33.796
Tirol	24.231	33.359
Wien	23.905	36.270
Burgenland	22.067	30.496

Quelle: ÖSTAT, 1998

Die ökonomische Situation der SeniorInnen in Wien ist bereits ausführlich im WIENER SENIORSUNDHEITSBERICHT dargestellt worden. Daraus geht hervor, daß ältere Männer grundsätzlich ein höheres monatliches Einkommen als Seniorinnen verfügen. Dieses Einkommen nimmt mit dem Grad von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab. Beschwerdefreie Männer besitzen durchschnittlich ein monatliches Einkommen von öS 19.824,-, welches bei geringfügiger Beeinträchtigung auf öS 18.130,- zurückgeht, bei Dauerbeeinträchtigung auf öS 16.692,- und bei Pflegebedürftigkeit auf öS 14.060,-. Bei Männern ab 70 Jahren sind die entsprechenden Einkommensverluste bei Beeinträchtigung auf öS 19.142,-, öS 14.829,-, öS 17.736,-, öS 15.931,-. Diese Einkommensverluste betreffen Männer, die mit Partnerin leben, ebensolange das Haushaltseinkommen insgesamt höher ist.

Insgesamt sind 6 % der Wiener Seniorinnen ohne eigenes Einkommen. Männer sind von dieser Situation nicht betroffen. Die ökonomisch aktive Population ist weltweit überwiegend männlich (Tab. 5.4.2).

Tabelle 5.4.2: Prozentsatz der ökonomisch aktiven Population

Land	Männer	Frauen
China	45	15
Indien	65	14
Europäische Union	15	5
USA	27	14
Indonesien	68	30
Brasilien	46	11
Russische Föderation	24	11
Pakistan	62	9

Quelle: Diczfalusy, 1998

5.5 Familiensituation

Die Mehrzahl der Wiener Männer (46,7 %) ist verheiratet, 44,5 % sind ledig (Tab. 5.5.1).

Tabelle 5.5.1: Familienstand der männlichen Wiener Bevölkerung 1997 in 1.000

Familienstand	absolut	in %
verheiratet	352,8	46,7
ledig	336,2	44,5
geschieden	45,7	6,1
verwitwet	20,3	2,7
absolut	755,0	

Quelle: ÖSTAT, 1998

Bezüglich des Familienstandes der Wiener SeniorInnen zeigt sich, daß auch das Alleinleben im Alter weiblich ist. Drei Viertel der Senioren sind verheiratet, während dies nur auf ein Drittel der Frauen zutrifft. Davon sind alle Altersgruppen der SeniorInnen betroffen. Auch bei den Hochbetagten ist noch immer die Hälfte der Männer verheiratet. Die Gründe für diese Situation liegen in der höheren Lebenserwartung der Frauen sowie in der Tatsache, daß Männer meist älter sind als ihre Frauen und daß viele Ehemänner heutiger Seniorinnen im Zweiten Weltkrieg gefallen sind. In den nachfolgenden Generationen wird die Singularisierungstendenz zunächst abnehmen, jedoch wieder ansteigen, wenn die heutigen jungen Erwachsenen im Seniorenalter sind. Dies erklärt sich durch geringe Heiratsneigung, hohe Scheidungsrate, geringe Kinderanzahl und Tendenz zum Alleinleben.

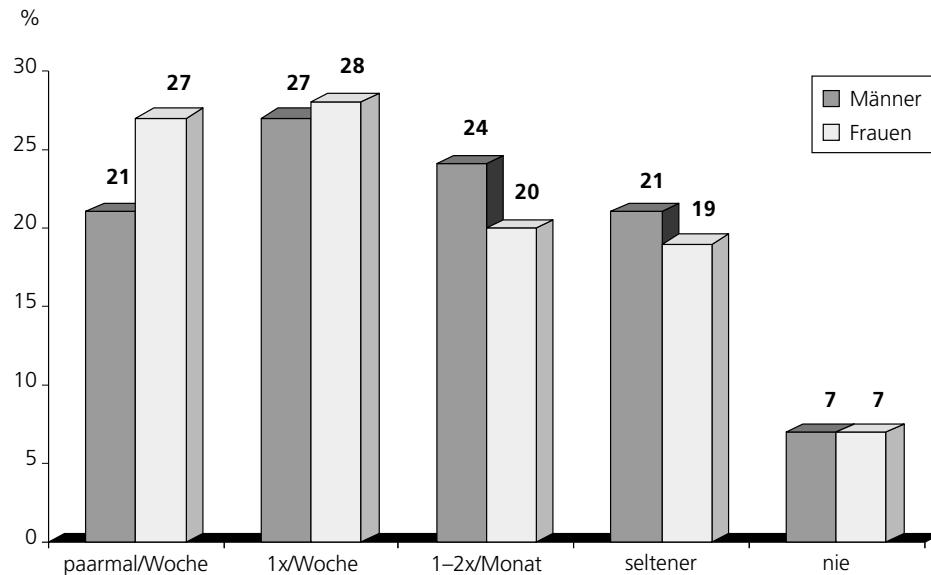
68

Die Volkszählung 1991 ergab, daß nur 20 % der Männer über 60 Jahre allein leben (bei den Frauen sind es über die Hälfte). Bei den älteren Senioren sind es ebenfalls nur 28 %. Ältere Männer leben am häufigsten mit ihren Partnerinnen und/oder Kindern zusammen. 77 % der Männer über 60 Jahre lebten in diesem Haushaltstyp, auch bei den Hochbetagten waren dies immer noch 51 %.

5.6 Sozialkontakte

Die Studie „Leben in Wien“ beleuchtet einige Aspekte von sozialer Integration. Dabei lassen sich bezüglich des Freundes- oder Bekanntenkreises geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Männer haben einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis als Frauen. 7 % der Frauen und 3 % der Männer haben laut eigenen Angaben keinen Freundeskreis.

Bei Verwandtschaftstreffen liegen die Frauen vor den Männern. Von 8.032 WienerInnen treffen sich 27 % der Frauen und 21 % der Männer ein paarmal pro Woche mit jemandem. 27 % der Männer treffen sich einmal pro Woche mit ihren Verwandten, 24 % ein- bis zweimal pro Monat, 21 % seltener. 7 % der Männer und ebenso viele Frauen treffen sich nie mit ihren Verwandten („Leben in Wien“, 1995) (Abb. 5.6.1).

Abbildung 5.6.1: Treffen mit Verwandten, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Quelle: „Leben in Wien“, Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1998/2

In den STATISTISCHEN MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN 1998 wurden die Beziehungen zwischen Kontaktfreudigkeit und Alter, Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Anzahl Beschwerden untersucht. Bei den Wiener Männern ist von den 20- bis 29jährigen über 50 % (51 %) sehr kontaktfreudig, 12 % sind kontaktschwach, und der Rest von 37 % wird als kreisorientiert eingestuft. Bei den ab 60jährigen ist die Gruppe der Kontaktfreudigen schon etwas kleiner (42 %), dagegen die der Kontaktschwachen um 5 % größer (17 %). Bei den 30- bis 39jährigen und bei den 40- bis 49jährigen betragen die Kontaktfreudigen 43 % und 42 %, bei den 50- bis 59jährigen steigt diese Zahl wieder auf 49 % (STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN, 1998).

5.5 Familiensituation

Die Mehrzahl der Wiener Männer (46,7 %) ist verheiratet, 44,5 % sind ledig (Tab. 5.5.1).

Tabelle 5.5.1: Familienstand der männlichen Wiener Bevölkerung 1997 in 1.000

Familienstand	absolut	in %
verheiratet	352,8	46,7
ledig	336,2	44,5
geschieden	45,7	6,1
verwitwet	20,3	2,7
absolut	755,0	

Quelle: ÖSTAT, 1998

Bezüglich des Familienstandes der Wiener SeniorInnen zeigt sich, daß auch das Alleinleben im Alter weiblich ist. Drei Viertel der Senioren sind verheiratet, während dies nur auf ein Drittel der Frauen zutrifft. Davon sind alle Altersgruppen der SeniorInnen betroffen. Auch bei den Hochbetagten ist noch immer die Hälfte der Männer verheiratet. Die Gründe für diese Situation liegen in der höheren Lebenserwartung der Frauen sowie in der Tatsache, daß Männer meist älter sind als ihre Frauen und daß viele Ehemänner heutiger Seniorinnen im Zweiten Weltkrieg gefallen sind. In den nachfolgenden Generationen wird die Singularisierungstendenz zunächst abnehmen, jedoch wieder ansteigen, wenn die heutigen jungen Erwachsenen im Seniorenalter sind. Dies erklärt sich durch geringe Heiratsneigung, hohe Scheidungsrate, geringe Kinderanzahl und Tendenz zum Alleinleben.

68

Die Volkszählung 1991 ergab, daß nur 20 % der Männer über 60 Jahre allein leben (bei den Frauen sind es über die Hälfte). Bei den älteren Senioren sind es ebenfalls nur 28 %. Ältere Männer leben am häufigsten mit ihren Partnerinnen und/oder Kindern zusammen. 77 % der Männer über 60 Jahre lebten in diesem Haushaltstyp, auch bei den Hochbetagten waren dies immer noch 51 %.

5.6 Sozialkontakte

Die Studie „Leben in Wien“ beleuchtet einige Aspekte von sozialer Integration. Dabei lassen sich bezüglich des Freundes- oder Bekanntenkreises geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Männer haben einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis als Frauen. 7 % der Frauen und 3 % der Männer haben laut eigenen Angaben keinen Freundeskreis.

Bei Verwandtschaftstreffen liegen die Frauen vor den Männern. Von 8.032 WienerInnen treffen sich 27 % der Frauen und 21 % der Männer ein paarmal pro Woche mit jemandem. 27 % der Männer treffen sich einmal pro Woche mit ihren Verwandten, 24 % ein- bis zweimal pro Monat, 21 % seltener. 7 % der Männer und ebenso viele Frauen treffen sich nie mit ihren Verwandten („Leben in Wien“, 1995) (Abb. 5.6.1).

5.7 Arbeitslosigkeit

Zusammenfassung

Die Arbeitslosenrate in Österreich war im Dezember 1998 im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren am höchsten. Bei den Männern fand sich im Jahr 1998 die höchste Arbeitslosenrate seit 1990. In Wien waren im Dezember 1998 annähernd 60 % aller Arbeitslosen Männer. Ihr Durchschnittsalter betrug 40 Jahre. Die Anzahl der Arbeitslosen steigt mit abnehmender Schulbildung. Rund ein Drittel der männlichen Wiener Arbeitslosen ist ein Jahr oder länger als arbeitslos gemeldet. Arbeitslose weisen eine erhöhte Erkrankungsrate und eine höhere Sterblichkeit auf. Auch die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes von arbeitslosen Männern ist generell schlechter. Sie haben auch einen höheren Konsum an Zigaretten, Alkohol und Medikamenten.

Summary

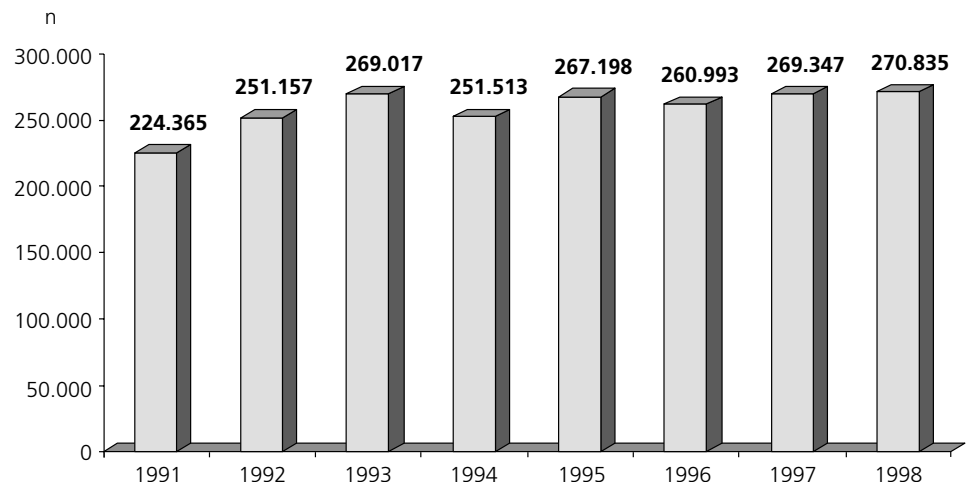
In December of 1998 the unemployment rate in Austria was at its highest level in many years. For men the rate for the year was the highest since 1990, and in December of that year close to 60 % of the unemployed were men. Their average age was 40. The number of those out of work is inversely related to the level of education. About a third of the male unemployed in Vienna have been registered as out of work for a year or more. The unemployed suffer from increased rates of morbidity and mortality. Subjectively, too, unemployed men report declined health status, and they consume increased amounts of cigarettes, alcohol and medications.

70

5.7.1 Epidemiologie der Arbeitslosigkeit

In Österreich betrug im Dezember 1998 die Zahl der Arbeitslosen 270.835. Das sind im Vergleich zum Dezember des Vorjahres, als 269.347 gemeldet waren, um 1.488 mehr. Vergleicht man die Arbeitslosenraten, die jeweils im Dezember vorlagen, so findet man 1998 die höchste Rate seit 1991 (AMS, 1998) (Abb. 5.7.1).

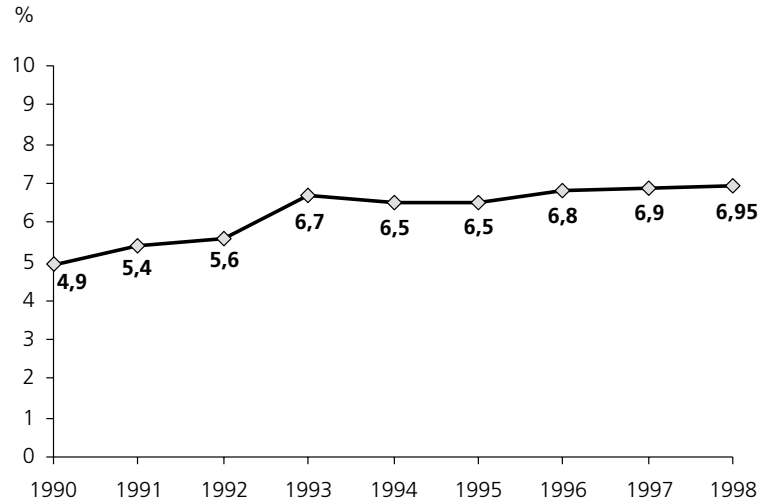
Abbildung 5.7.1: Gemeldete Arbeitslose in Österreich im Monat Dezember 1991–1998



Quelle: AMS, 1998

Betrachtet man die Arbeitslosigkeit der Männer in Österreich seit 1990, läßt sich generell eine Tendenz erkennen. Lediglich von 1993 auf 1994 bzw. 1995 fiel die Arbeitslosenrate um 0,2 % ab. 1998 erreichte sie den Höchstwert mit 6,9 % (AMS, 1998) (Abb. 5.7.2).

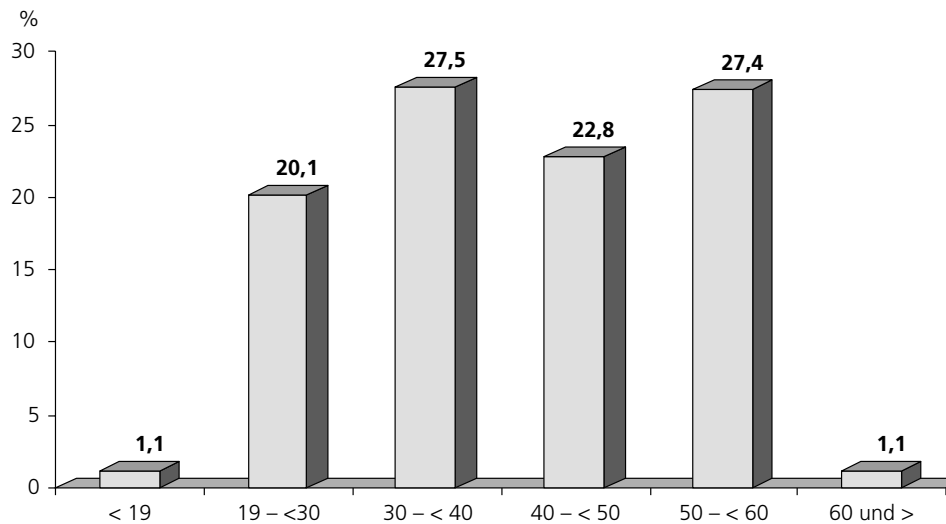
Abbildung 5.7.2: Arbeitslosenrate der Männer seit 1990 in Österreich (Angaben in Prozent)



Quelle: AMS, 1998

In Wien waren im Dezember 1998 insgesamt 78.220 Personen, davon 46.070 Männer (58,9 %) arbeitslos gemeldet. Die höchste Arbeitslosigkeit findet man in der Altersgruppe der 30- bis 40jährigen (27,5 %) und der 50- bis unter 60jährigen (Abb. 5.7.3). Das Durchschnittsalter männlicher Arbeitsloser beträgt 40 Jahre (AMS, 1998).

Abbildung 5.7.3: Altersverteilung der arbeitslosen Männer in Wien im Dezember 1998 (Angaben in Prozent, Alterseinteilung in Jahre)



Quelle: AMS, 1998

Betrachtet man die Verteilung der männlichen Arbeitslosen auf die einzelnen Branchen, findet man mehr als die Hälfte aller arbeitslosen Männer, nämlich 23.500, in der Branche Industrie und Gewerbe. 6.711 Männer sind im Bereich Handel und Verkehr, 5.447 im Bereich Dienstleistungen und 5.428 in der Branche Handel und Büro vorgemerkt (AMS, 1998) (Tab. 5.7.1).

Tabelle 5.7.1: Arbeitslose Männer in Wien im Dezember 1998 nach Berufen

Berufseinteilung	Anzahl der Arbeitslosen	Anteil der Arbeitslosen in %
Industrie, Gewerbe	23.500	51,0
Handel, Verkehr	6.711	14,6
Dienstleistungen	5.447	11,8
Verwaltung, Büro	5.428	11,8
Technische Berufe	2.181	4,7
Gesundheit, Lehrberufe	1.899	4,1
Land- und Forstwirtschaft	902	2,0
unbestimmt	2	0,0

Quelle: AMS, 1998

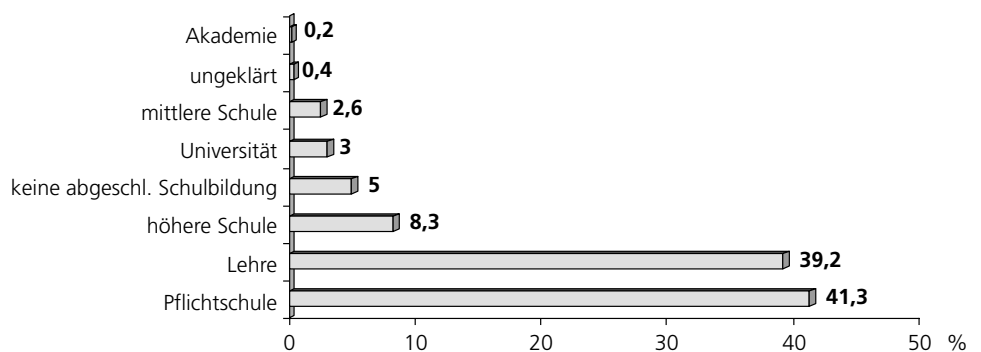
Ungeachtet der Abgänge ist im Vergleich zu November 1998 die Zahl der arbeitslosen Männer um 42,5 % gestiegen, die der Frauen dagegen nur um 7,6 %. Dies ist auf die saisonbedingte Arbeitslosigkeit im Baugewerbe sowie in der Land- und Forstwirtschaft zurückzuführen.

72

Von den insgesamt 46.070 arbeitslosen Männern sind 36.376 Inländer (79,0 %) und 9.694 Ausländer (21,0 %).

Die größte Gruppe bei den arbeitslosen Männern in Wien stellen jene Männer dar, die die Pflichtschule (18.730) oder eine Lehre (17.756) abgeschlossen haben. 5.010 Männer haben eine höhere oder mittlere Schule abgeschlossen, und 2.266 Männer (5,0 %) verfügen über keine abgeschlossene Schulausbildung (AMS, 1998) (Abb. 5.7.4).

Abbildung 5.7.4: Schulbildung der männlichen Arbeitslosen in Wien (Angaben in Prozent)



Quelle: AMS, 1998

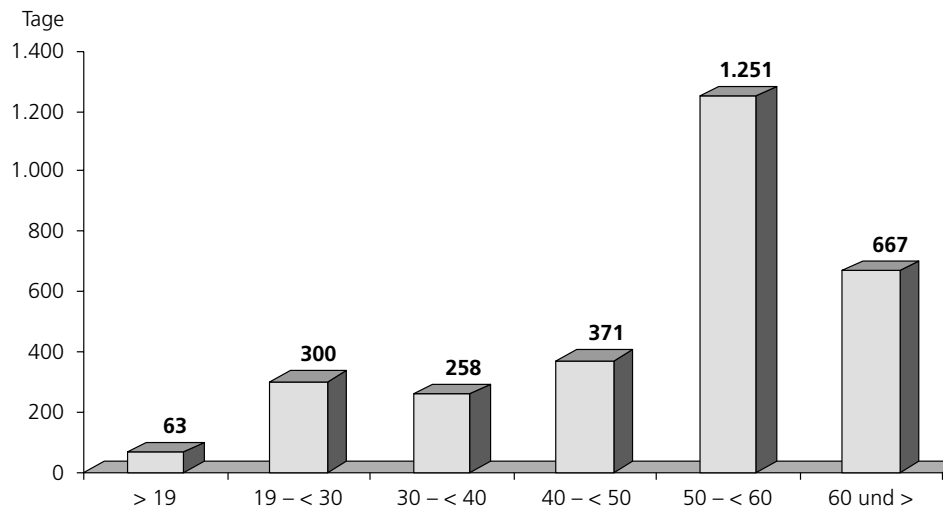
5.7.2 Langzeitarbeitslosigkeit

Von den 46.070 arbeitslosen Männern in Wien sind 19.396 weniger als drei Monate als gemeldet, 7.179 drei bis sechs Monate, 6.625 sechs Monate bis ein Jahr. Eine beträchtliche Zahl von 12.870 Männern ist ein Jahr oder länger vorgemerkt, in diesem Fall spricht man von Langzeitarbeitslosigkeit. In Wien sind insgesamt 21.207 Personen als langzeitarbeitslos eingetragen. Insgesamt stellen die Männer 61 % aller Langzeitarbeitslosen Wiens.

Die durchschnittliche Vormerkdauer bei den Männern Österreichs beträgt 367 Tage, dies sind 137 Tage mehr, als beim Gesamtdurchschnitt aller Wiener Arbeitslosen anfallen.

Mit dem Alter der Männer steigt auch die Dauer der Arbeitslosigkeit. So sind die 15- bis 19-Jährigen mit durchschnittlich 63 Tagen am kürzesten arbeitslos, während die 50- bis 59-Jährigen mit durchschnittlich 1.251 Tagen am längsten von der Arbeitslosigkeit betroffen sind. Dazwischen liegen mit ansteigender Dauer die restlichen Altersgruppen. Das Durchschnittsalter der männlichen Langzeitarbeitslosen liegt bei 46 Jahren (AMS, 1998) (Abb. 5.7.5).

Abbildung 5.7.5: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen in Tagen (Alterseinteilung)



Quelle: AMS, 1998

Das bfi Wien führte für den vorliegenden Männergesundheitsbericht für den Zeitraum von 1.1.1998 bis 30.9.1998 eine Erhebung unter männlichen Arbeitslosen durch, die zu dieser Zeit in den Programmen des bfi betreut wurden. Die Männer wurden in diesen Programmen abhängig von der Altersgruppe oder hinsichtlich anderer sozialer Aspekte, wie z.B. der Dauer der Arbeitslosigkeit, in verschiedene Gruppen eingeteilt. So waren von 849 Männern rund 20 % (171 Männer) in Programmen für Langzeitarbeitslose. In dem Programm „BerufsOrientierung für Langzeitarbeitslose“ nahmen 124 Männer und an dem Programm „BerufsOrientierung für ältere Langzeitarbeitslose“ 47 Männer teil. Die anderen Programme waren nicht speziell für Langzeitarbeitslose eingerichtet: Bildungsseminar „AKTIV“ mit 47 Männern, „Aufleb“ (eine Lebenshilfestiftung) und Regionale Insolvenzstiftung Wien mit 237 Männern, „METALL und Wegweiser“ mit 390 männlichen Teilnehmern (bfi, 1998).

5.7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Es gibt eine Reihe von Studien, die zeigen, daß Arbeitslosigkeit mit einer erhöhten Erkrankungsrate und erhöhter Sterblichkeit verbunden ist. Es kommt auch zu einer erhöhten Symptomenpräsenz. Im Rahmen der Deutschen Herz-Präventionsstudie schätzten Arbeitslose ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein als Beschäftigte, zudem hatten Arbeitslose einen höheren Schmerzmittelverbrauch (BAMMAN et al., 1994).

STUDNICKA et al. untersuchten in Österreich (1988) den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen bei Arbeitslosen. Sie fanden eine Steigerung bei den Allgemeinmedizinern um 40 % und bei Fachärzten um 89 % im Zeitraum 1983 bis 1988. Die Symptomenhäufigkeit und der Gesundheitszustand verändern sich im Laufe der Arbeitslosigkeit. Am Beginn der Arbeitslosigkeit fanden die Autoren eine erhöhte Beschwerدهäufigkeit, welche sich dann wieder verringerte, nach 3 bis 6 Monaten Arbeitslosigkeit verschlechterte sich jedoch der Gesundheitszustand erneut.

Die Aufenthaltsdauer der Arbeitslosen in Krankenhäusern überstieg die von Beschäftigten um mehr als das Zweifache, bei den über 50jährigen Männern um das Vierfache.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit erhöht die Zahl der Krankheitsepisoden zwischen 10 und 30 % gegenüber der Zeit der Beschäftigung. Der Gesundheitszustand wird von Arbeitslosen stets schlechter eingestuft, und zwar von Männern noch deutlich schlechter als von Frauen. Bei STUDNICKA et al. schätzten 68,8 % der arbeitslosen Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut bzw. gut ein, im Vergleich zu 81,7 % der beschäftigten Männer. Bei den Frauen waren es 80,2 % im Vergleich zu 78,4 %.

Ein sehr ähnliches Ergebnis lieferte auch eine deutsche Untersuchung (ELKELES et al., 1993). Die Autoren faßten ihre Untersuchung (empirische Analysen der Daten des sozioökonomischen Panels, 5.516 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren, jährliche Daten 1984 bis 1988) folgendermaßen zusammen: Es gibt Unterschiede bei der Gesundheit zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Personen. Arbeitslose haben eine geringere Gesundheitszufriedenheit und nennen in größerem Ausmaß gesundheitliche Belastungen. In der genannten Untersuchung wurde dies nur zum Teil durch gesundheitsrelevante soziodemographische Merkmale der Arbeitslosen bedingt. Es ergaben sich jedoch keine Anhaltspunkte für einen kausalen Einfluß der Arbeitslosigkeit, also manifestierende Folgen der Arbeitslosigkeit. Die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen werden von den Autoren darauf zurückgeführt, daß im Untersuchungszeitraum primär gesundheitlich beeinträchtigte Personen häufiger entlassen wurden und daß es den gesünderen unter den Arbeitslosen eher gelang, wieder in einen Beruf zurückzukehren (sogenannte Selektionshypothese) (ELKELES et al., 1993).

Ebenfalls in Deutschland sind CLAUSSEN und ULMERT der Frage nachgegangen, ob Arbeitslose eher krank oder Kranke eher arbeitslos werden. Sie nehmen an, daß beide Theorien für die relativ hohe Morbidität der Arbeitslosen eine Rolle spielen.

In ihrer Untersuchung an einer Zufallsstichprobe von 374 Personen im Alter zwischen 16 und 63 Jahren, die mehr als 12 Wochen arbeitslos gemeldet waren, war sowohl die Prävalenz selbstberichteter chronischer Krankheiten als auch die Prävalenz gesundheitsbedingter reduzierter Arbeitskapazität bei Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen (Referenzpopulation) erhöht. Bei einer Nachuntersuchung nach 2 Jahren waren 41 % der Befragten wieder beschäftigt. Eine krankheitsbedingte Selektion in Richtung Langzeitarbeitslosigkeit war für diejenigen Personen gefunden worden, die entweder vom Arzt oder im psychometrischen Test (im Rahmen der Studie) als psychiatrisch eingestuft worden waren.

Die Chance für die Wiederbeschäftigung lag bei kranken Personen im Vergleich zu gesunden bei etwa 50 %. Bei den Wiederbeschäftigten haben sich auch die mentalen Probleme reduziert (CLAUSSEN et al., 1998).

5.7.3.1 Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Wien

Die SERMO-Studie (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997) zeigt, daß der Gesundheitszustand der Arbeitslosen als generell schlechter einzustufen ist. So nehmen die Wiener Arbeitslosen ihren Gesundheitszustand als schlechter wahr als die Erwerbstätigen. Diese negativere Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes ist vermutlich auf häufigere chronische Krankheiten und momentane Erkrankungen zurückzuführen. Außerdem finden sich unter den Arbeitslosen wesentlich mehr regelmäßige Raucher und tägliche Alkoholkonsumenten. Auch der Medikamentenkonsum der Arbeitslosen ist höher als bei den Erwerbstätigen.

Männerspezifische Ergebnisse liegen aus dieser Studie zwar nicht vor. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Unterschiede in bezug auf den Gesundheitszustand arbeitsloser Männer und nicht-arbeitsloser Männer mit denen aus der Literatur vergleichbar sind. Detaillierte Zahlen sind den Factsheets des Gesundheitsförderungsplans der Stadt Wien (1998) zu entnehmen (FACT SHEETS, 1998).

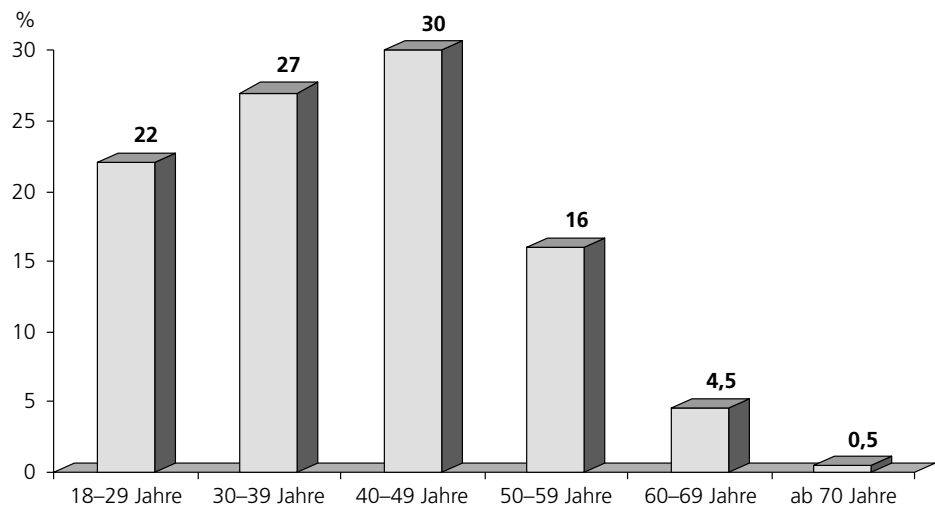
5.8 Obdachlosigkeit bei Männern in Wien

Während Obdachlosigkeit in den siebziger Jahren als Strafbestand galt, begann man sich in den achtziger Jahre intensiver mit der Problematik der Obdachlosigkeit zu beschäftigen. Anlass war das Entstehen des Sozialreferates für Nichtsebhafte in der Josefstädterstraße (1982); die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze für Bürger in Not“ war ein weiterer Schritt, um das Problem in Angriff zu nehmen. Das Ziel war und ist, möglichst viele Obdachlose in Wohnungen zu bringen, wobei die Stadt Wien die Erstinvestition übernimmt und die Miete der ersten beiden Jahre von Organisationen wie Caritas oder Volkshilfe bezahlt wird. Auf diese Weise konnten im Jahr 1989 bereits 1.000 Menschen von der Straße geholt und in Gemeindewohnungen untergebracht werden (SCHARINGER, 1993).

Im Jahre 1993 waren in Wien rund 2.400 Obdachlose – untergebracht in einer öffentlichen oder privaten Organisation – und 2.300 bis 2.400 auf der Straße lebende Personen registriert, was eine Gesamtzahl von 4.700 bis 4.800 ergibt. Laut Sozialstadträtin Grete Laska wurden 1998 6.000 Obdachlose betreut.

Ausgehend von der Studie des IFES, „Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien“ (SCHARINGER, 1993), sind 81 % der Obdachlosen männlich und 19 % weiblich.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind alle Altersgruppen vertreten. Das Alter der Obdachlosen reichte von 18 bis 80 Jahren, das mittlere Alter lag bei 39,5 Jahren. Unter den Männern ist die Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren am stärksten vertreten. In den letzten Jahren sind zunehmend jüngere Personen von der Obdachlosigkeit betroffen (SCHARINGER, 1993) (Abb. 5.8.1).

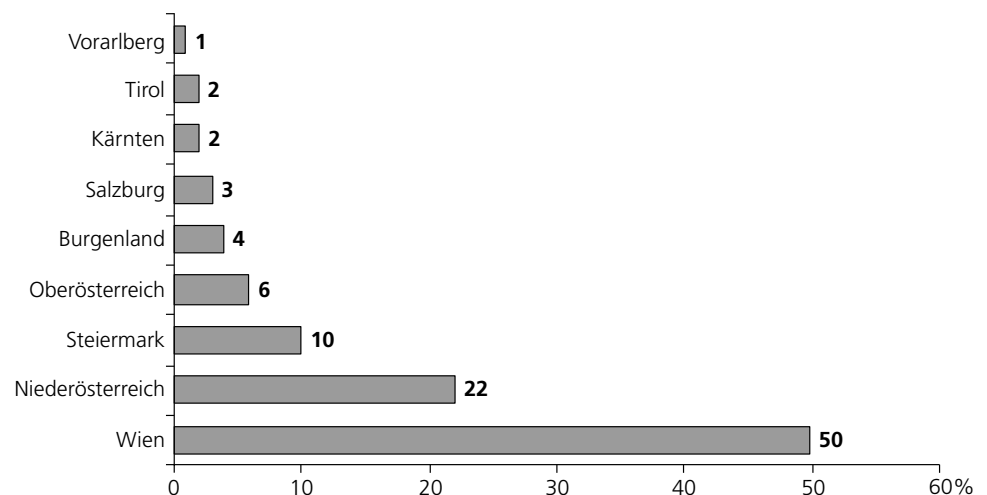
Abbildung 5.8.1: Altersverteilung der männlichen Obdachlosen in Wien (Angaben in Prozent)

Quelle: IFES, 1993

113 Personen (48 %) der befragten Obdachlosen waren gebürtige Wiener, 122 (52 %) stammten nicht aus Wien. Von diesen Zuwanderern kamen 98 Personen aus den anderen österreichischen Bundesländern und nur 24 aus dem Ausland. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, daß Ausländer weniger von Obdachlosigkeit betroffen sind als österreichische Staatsbürger. Sie sind lediglich aufgrund ihrer Familienstruktur und spezifischer Wohnverhältnisse weniger auf der Straße anzutreffen. Von den Zuwanderern aus den anderen Bundesländern stammen 30 % aus ländlichen Regionen, der Rest aus Großstädten.

76

Bei den männlichen Obdachlosen stammte die Hälfte aus Wien, 22 % kamen aus Niederösterreich und 10 % aus der Steiermark. Am geringsten ist der Zustrom aus Vorarlberg (Abb. 5.8.2).

Abbildung 5.8.2: Herkunft der männlichen Obdachlosen in Wien (Angaben in Prozent)

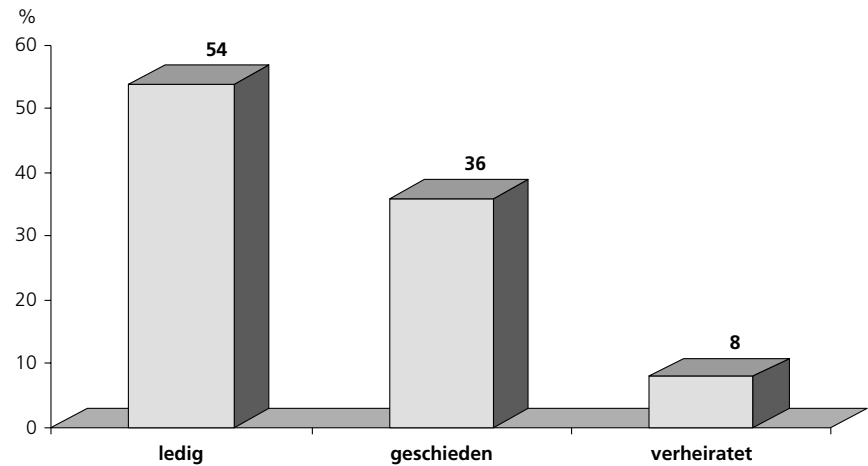
Quelle: IFES, 1993

Die IFES-Studie verweist darauf, daß in letzter Zeit auch immer mehr Frauen von Obdachlosigkeit betroffen sind, wobei aber die Probleme der Männer stärker von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden, während die der Frauen eher im Hintergrund stehen. Bei Männern sind häufig familiäre und materielle Gründe, wie Verlust des Arbeitsplatzes oder Inhaftierung, die Ursache für Obdachlosigkeit.

keit. Bei der Bewältigung dieser Probleme berufen sich Männer wesentlich häufiger auf öffentliche Hilfe als Frauen, die eher in der familiären und freundschaftlichen Umgebung Zuflucht suchen (SCHARINGER, 1993).

Die meisten männlichen Obdachlosen sind ledig (über die Hälfte). Ein großer Anteil ist geschieden und nur sehr wenige sind verheiratet (Abb. 5.8.3).

Abbildung 5.8.3: Familienstand der männlichen Obdachlosen in Wien (Angaben in Prozent)



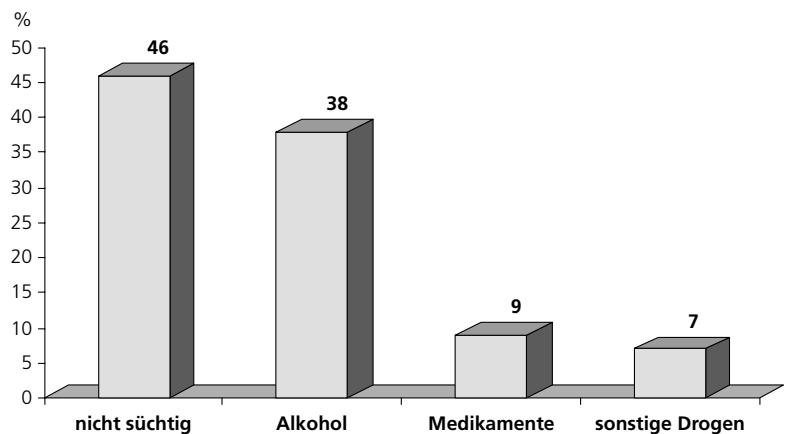
Quelle: IFES, 1993

Im Winter 1986/87 wurde das Caritas-Betreuungszentrum GRUFT gegründet. Am Anfang war es nur eine kleine Wärmestube, mittlerweile ist es eine ständige Hilfseinrichtung.

Aus den Aufzeichnungen der GRUFT geht hervor, daß Beziehungskrisen, finanzielle Probleme, Scheidungs- und Arbeitsverlust häufig zu Straffälligkeit führen. So sind mehr als die Hälfte der männlichen Obdachlosen (65 %) bereits vorbestraft. Dies führt weiter zur Isolation in der Familie und im Freundeskreis.

38 % der männlichen Obdachlosen konsumieren regelmäßig Alkohol und 9 % regelmäßig Medikamente, wobei sich sowohl die Alkohol- als auch die Tablettensucht in den meisten Fällen vor der Obdachlosigkeit entwickelt und nicht die Ursache ist (Abb. 5.8.4).

Abbildung 5.8.4: Suchtmittelgebrauch der männlichen Obdachlosen (Angaben in Prozent)



Quelle: Gruft, 1997

In den meisten Fällen ist die Obdachlosigkeit ein langfristiges Problem. So sind 18 % der in der IFES-Studie befragten männlichen Obdachlosen seit über zehn Jahren ohne Unterkunft. Je länger die Obdachlosigkeit dauert, umso größer wird auch die Schwierigkeit der Reintegration in den Arbeits- und Wohnungsmarkt (Tab. 5.8.1).

Tabelle 5.8.1: Dauer der Obdachlosigkeit der männlichen Wiener Obdachlosen

Obdachlosigkeit seit:	männliche Obdachlose	
	absolut	in %
6 Monaten	19	10
6 Monaten bis 1 Jahr	19	10
1 bis 3 Jahren	44	23
3 bis 5 Jahren	32	17
5 bis 10 Jahren	42	22
über 10 Jahren	34	18
gesamt	191	100

Quelle: IFES, 1993

Mangelhafte Berufs- und Schulausbildung stellen ein weiteres Problem dar. 42 % haben einen Pflichtschulabschluß, etwa die Hälfte aller männlichen Obdachlosen einen Berufsschulabschluß. Eine höhere Schule haben aber nur 4 % der Obdachlosen abgeschlossen, während beim Wiener Durchschnitt der Prozentsatz fünfmal so hoch ist. Einen Hochschulabschluß weisen 2 % der Obdachlosen und 10 % der männlichen Wiener Bevölkerung auf (Tab. 5.8.2).

78

Tabelle 5.8.2: Schulabschluß der männlichen Obdachlosen im Vergleich zur männlichen Wiener Bevölkerung (Angaben in Prozent)

Schulabschluß	Obdachlose	Wiener Bevölkerung
Pflichtschule	42	23
Berufsschule	48	47
höhere Schule	4	20
Hochschule	2	10
ohne Schulabschluß	4	0

Quelle: IFES, 1993

Es dürfen die physischen und psychischen Auswirkungen der Obdachlosigkeit nicht außer acht gelassen werden. Zwar besteht die Möglichkeit der medizinischen Betreuung, oft ist aber die Hemmschwelle, einen unbekanntem Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen, groß. Außerdem sind die wenigen medizinischen Einrichtungen, die den Obdachlosen zur Verfügung stehen, überlastet. In diesem Fall könnte die Einrichtung von Gesundheitsteams, die direkt auf der Straße ihren Dienst versehen, in Erwägung gezogen werden. Weiters könnte die Nachbetreuung aus dem Krankenhaus entlassener Obdachloser von solchen Organisationen übernommen werden. Ebenso stellt das Älterwerden der Obdachlosen ein zu lösendes Problem für die betreuenden Organisationen dar, da sie zunehmend spezieller Pflege bedürfen.

Für viele Obdachlose ist die Unterbringung in Massenunterkünften ein Grund, die sozialen Einrichtungen nach kurzer Zeit wieder zu verlassen, da sie ihre Privatsphäre auf der Straße noch eher gewahrt sehen. Aber auch für jene, die länger in diesen Einrichtungen wohnen, stellt diese Wohnungs-

5.7.3.1 Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Wien

Die SERMO-Studie (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997) zeigt, daß der Gesundheitszustand der Arbeitslosen als generell schlechter einzustufen ist. So nehmen die Wiener Arbeitslosen ihren Gesundheitszustand als schlechter wahr als die Erwerbstätigen. Diese negativere Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes ist vermutlich auf häufigere chronische Krankheiten und momentane Erkrankungen zurückzuführen. Außerdem finden sich unter den Arbeitslosen wesentlich mehr regelmäßige Raucher und tägliche Alkoholkonsumenten. Auch der Medikamentenkonsum der Arbeitslosen ist höher als bei den Erwerbstätigen.

Männerspezifische Ergebnisse liegen aus dieser Studie zwar nicht vor. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Unterschiede in bezug auf den Gesundheitszustand arbeitsloser Männer und nicht-arbeitsloser Männer mit denen aus der Literatur vergleichbar sind. Detaillierte Zahlen sind den Factsheets des Gesundheitsförderungsplans der Stadt Wien (1998) zu entnehmen (FACT SHEETS, 1998).

5.8 Obdachlosigkeit bei Männern in Wien

Während Obdachlosigkeit in den siebziger Jahren als Strafbestand galt, begann man sich in den achtziger Jahren intensiver mit der Problematik der Obdachlosigkeit zu beschäftigen. Anlass war das Entstehen des Sozialreferates für Nichtsebhafte in der Josefstädterstraße (1982); die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze für Bürger in Not“ war ein weiterer Schritt, um das Problem in Angriff zu nehmen. Das Ziel war und ist, möglichst viele Obdachlose in Wohnungen zu bringen, wobei die Stadt Wien die Erstinvestition übernimmt und die Miete der ersten beiden Jahre von Organisationen wie Caritas oder Volkshilfe bezahlt wird. Auf diese Weise konnten im Jahr 1989 bereits 1.000 Menschen von der Straße geholt und in Gemeindewohnungen untergebracht werden (SCHARINGER, 1993).

Im Jahre 1993 waren in Wien rund 2.400 Obdachlose – untergebracht in einer öffentlichen oder privaten Organisation – und 2.300 bis 2.400 auf der Straße lebende Personen registriert, was eine Gesamtzahl von 4.700 bis 4.800 ergibt. Laut Sozialstadträtin Grete Laska wurden 1998 6.000 Obdachlose betreut.

Ausgehend von der Studie des IFES, „Zur sozialen Situation von akut Obdachlosen in Wien“ (SCHARINGER, 1993), sind 81 % der Obdachlosen männlich und 19 % weiblich.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind alle Altersgruppen vertreten. Das Alter der Obdachlosen reicht von 18 bis 80 Jahren, das mittlere Alter lag bei 39,5 Jahren. Unter den Männern ist die Altersgruppe von 40 bis 49 Jahren am stärksten vertreten. In den letzten Jahren sind zunehmend jüngere Personen von der Obdachlosigkeit betroffen (SCHARINGER, 1993) (Abb. 5.8.1).

form eine psychische und physische Belastung dar. Ein ernsthaftes Problem für die Obdachlosen sind zudem die Stigmatisierung, die oft genug durch den Protest der Anrainer zum Ausdruck kommt. Die Einrichtung kleinerer Einheiten könnte in diesen Fällen Abhilfe schaffen.

Unabhängig vom Geschlecht ist bei Obdachlosen das Risiko, vorzeitig zu sterben, im Vergleich mit anderen sozialen Gruppen am höchsten. Meist sind Faktoren wie Armut, Krankheit, Einsamkeit und die daraus resultierenden Probleme die Ursache. Darüber hinaus erhalten Obdachlose wenig Unterstützung (WHO, 1997).

Die Öffentlichkeit sollte vermehrt mit dem Problem der Obdachlosigkeit konfrontiert werden.

Neben der Betreuung der Obdachlosen sollte auch der Prävention von Wohnungslosigkeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dabei sind frühzeitige Information der zuständigen Behörden über die rechtliche Interventionsmöglichkeiten von dieser Seite und Beratung bzw. später auch eine gezielte Betreuung von großer Wichtigkeit (SCHARINGER, 1993).

5.9 Migration/ausländische Männer in Wien

Zusammenfassung

Der AusländerInnenanteil in Wien beträgt 16,5 %. Der Anteil der Männer überwiegt den Frauenanteil, da viele ohne ihre Familien in Österreich leben. Die meisten Migranten kommen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei. Der Großteil arbeitet als Hilfs- und Anlernarbeiter. Die Problembereiche sind vor allem Probleme mit der Arbeitserlaubnis, Wohnprobleme, Trennung von der Familie, sprachliche Barrieren und Integrations-schwierigkeiten. Migranten haben weniger Gesundheitsprobleme als Inländer. Das hat sicher verschiedene Ursachen, wie etwa das geringere Durchschnittsalter der Migranten. Männer geben, wie bei den meisten Gesundheitssurveys, einen besseren Gesundheitszustand an als Frauen.

Summary

16.5 % of the population of Vienna are of non-Austrian origin. The percentage of men in the foreign population is higher than in the Austrian and Viennese population, because wives are often from their native countries. Most of the male migrants come from the previous republics of Yugoslavia and Turkey and many of them are occupied as unskilled workers. The main identified problems are those related to language, work permits, living conditions, separation from the family and integration in the environment. In comparison to the Austrian population the self-reported health status is better among immigrants. This may be due to age. Men report fewer health problems than do women, which is a common feature of most health surveys, not only among immigrants.

Der Ausländeranteil betrug bei der Volkszählung 1991 in Österreich 6,6 Prozent, was einer Zahl von 517.690 Menschen entspricht. In Wien wurden 196.652 (12,8 %) AusländerInnen registriert, womit die Bundeshauptstadt Wien an zweiter Stelle hinter Vorarlberg (13,3 %) liegt. Den größten Anteil stellten dabei MigrantInnen aus dem heutigen Ex-Jugoslawien mit 44 %. Auf Türken folgten 22,3 %, auf Deutsche 4,6 %. Unter den anderen Nationalitäten sind Polen (11.053), Tschechoslowaken (2.619), Rumänen (2.532) und Italiener (2.532) vertreten als Ungarn (3.539), Tschechoslowaken (2.619), Rumänen (2.532) und Italiener (2.532) (ÖSTAT, 1993).

1997 waren in Wien 270.893 Ausländer registriert, was einem Anteil von 16,5 % entspricht. Der Anteil aller Männer an der gesamten Wiener Bevölkerung beträgt 46,7 %. Unter den Inländern

der Männeranteil bei 45,2 %, unter den Ausländern bei 54,2 %. Der Anteil der männlichen Ausländer an der Gesamtbevölkerung liegt bei 9,0 % (Tab. 5.9.1, Tab. 5.9.2).

Der Männeranteil ist unter der ausländischen Bevölkerung mit 54,2 % größer als jener der Frauen (45,2 %). Teilweise ist diese Differenz darauf zurückzuführen, daß ausländische Männer ohne Frauen und Kinder in Österreich leben.

Tabelle 5.9.1: Gesamte inländische und ausländische Wohnbevölkerung in Wien 1997

Alter in Jahren	Wohnbevölkerung in Wien		
	gesamt	Inländer	Ausländer
0–14	240.576	189.599	50.977
15–29	313.030	239.916	73.114
30–44	398.561	310.680	87.881
45–59	326.519	283.137	43.382
60–74	198.327	186.173	12.154
75+	123.267	120.674	2.593
85+	36.747	35.955	792
gesamt	1.637.027	1.366.134	270.893

Quelle: ÖSTAT, 1998

Tabelle 5.9.2: Anteil der aus- und inländischen Männer in Wien 1997 (Angaben: absolut und in Prozent)

Alter in Jahren	Männer			Anteil der Männer in %		
	gesamt	Inländer	Ausländer	gesamt	Inländer	Ausländer
0–14	123.420	97.084	26.336	51,3	51,2	51,7
15–29	154.356	118.359	35.997	49,3	49,3	49,2
30–44	202.340	150.829	51.511	50,8	48,5	58,6
45–59	159.411	133.869	25.542	48,8	47,3	58,9
60–74	81.898	75.834	6.064	41,3	40,7	49,9
75+	34.602	33.514	1.088	28,1	27,8	42,0
85+	8.432	8.161	271	22,9	22,7	34,2
gesamt	764.459	617.650	146.809	46,7	45,2	54,2

Quelle: ÖSTAT, 1998; eigene Berechnungen

Bei der Geschlechterverteilung nach Nationalität zeigt sich, daß unter den österreichischen Staatsbürgern die Frauen überwiegen, bei den jugoslawischen MigrantInnen ist das Verhältnis ausgewogen, und bei den türkischen überwiegen die Männer (Tab. 5.9.3). In Wien sieht die Verteilung, abgesehen von der Zahlengröße, ähnlich aus (Tab. 5.9.4).

Tabelle 5.9.3: Nationalität in Österreich, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Geschlecht	Staatsbürgerschaft		
	österreichisch	ex-jugoslawisch	türkisch
männlich	47,30	50,60	55,50
weiblich	52,70	49,40	44,50

Quelle: Csitkovics et al., 1997

Tabelle 5.9.4: Nationalität in Wien, nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Geschlecht	Staatsbürgerschaft		
	österreichisch	ex-jugoslawisch	türkisch
männlich	45,3	49,2	53,4
weiblich	54,7	50,8	46,6

Quelle: Csitkovics et al., 1997

Verglichen mit der österreichischen Bevölkerung sind AusländerInnen generell jünger, wobei sich der Altersstruktur einige nationalitätenspezifische Besonderheiten auffallen. Bei der türkischen Bevölkerung ist der Anteil der 15jährigen mit 31,5 % am höchsten, gefolgt von der rumänischen mit 20,1 % und der ehemals jugoslawischen mit 19,9 %. Mit 18 % haben die Deutschen den höchsten Anteil an über 60jährigen, noch vor den Italienern mit 9 %. Bei den anderen Nationalitäten liegt der Anteil zwischen 4 und über 1 %.

Die Erwerbsbeteiligung der männlichen ausländischen Wiener Bevölkerung betrug 87 % und ist damit höher als die inländische, da sie meist die Ursache der Migration ist. Außerdem gibt es wie bei der rumänischen Bevölkerung nationalitätenspezifische Unterschiede, wobei die Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei sowie aus Polen, Ungarn, Rumänien und der ehemaligen Tschechoslowakei überdurchschnittlich hohe Erwerbsquoten aufweisen (CSITKOVICS et al., 1996). Auch bezüglich des Dienstverhältnisses bestehen Unterschiede. Migranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei sind vorwiegend als Hilfs- und Anlernarbeiter tätig, die deutschen als Angestellte.

In Wien arbeiten über 50 % der erwerbstätigen Ausländer in den Wirtschaftsbereichen Bauwesen (26 %), Handel und Lagerung (15 %) sowie Metallverarbeitung (10 %). Die Ausländerinnen konzentrieren sich vor allem auf die Bereiche Körperpflege und Reinigung (21 %), Gastgewerbe (14 %) sowie Handel und Lagerung (11 %) sowie auf das Gesundheits- und Fürsorgewesen (7 %). Nahezu ausschließlich sind sie von Arbeitsplätzen im öffentlichen Dienst, im Versicherungs- und Bankwesen sowie im Unterrichts- und Forschungswesen.

Auch die Qualität der von AusländerInnen eingenommenen Arbeitsplätze ist meist gering, wobei diese oft durch Lärm, Hitze, Feuchtigkeit und Schichtarbeit gekennzeichnet (CSITKOVICS et al., 1997).

Verglichen mit Gesamtösterreich besteht in Wien ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden. Dies trägt der Prozentsatz bei Österreichern 2,3 %, bei Türken 3,4 % und bei Staatsbürgern der ehemaligen Jugoslawien 4,6 %.

Bezüglich der nationalen, sozialen, altersmäßigen und beruflichen Zusammensetzung ist die ausländische Bevölkerung sehr heterogen. Doch die Mehrheit kann der unteren Sozialschicht zugeordnet werden. Es gibt einige Faktoren, die sowohl gesundheitliche als auch seelische Belastungen verursachen können: mangelnde Deutschkenntnisse, die den Erwerb von Wissen als auch die Kommunikation erschweren.

möglichkeiten einschränken, rechtliche Integrationsbarrieren bezüglich Verbleibemöglichkeit in Österreich und Zugang zum Arbeits- und Wohnungsmarkt oder die räumliche Trennung von der Familie. Lediglich das eher niedrige Alter der ausländischen Bevölkerung und die bereits von der jeweiligen Nationalität gebildeten sozialen Netzwerke können die Belastung reduzieren (CSITKOVICS et al., 1991).

Im Rahmen der Sondererhebung des Mikrozensus 1991 über die Gesundheitssituation und das Gesundheitsverhalten wurden erstmals auch AusländerInnen befragt. Dabei kam man zu dem Ergebnis, daß Migration nicht als Ursache von Krankheit gesehen werden kann. Laut CSITKOVICS et al. (1997) ist die Zufriedenheit über die Gesundheit bei der ausländischen Bevölkerung sogar größer als bei der inländischen Bevölkerung. Zielsetzungen und Migrationsmotive können die Einstellung zur Migration erheblich beeinflussen.

Zusammenfassend kommen CSITKOVICS et al. (1997) zu folgenden Ergebnissen bezüglich der Sozialstruktur der MigrantInnen: Türkische und ex-jugoslawische Einwanderer weisen meist einen niedrigeren Bildungsstandard auf, sind häufiger erwerbstätig, aber auch häufiger arbeitslos als Österreicher und leben größtenteils in alten Wohnhäusern mit kleinen Wohnungen und schlechten sanitären Anlagen. Auch gleichen ex-jugoslawische und türkische Migranten in ihrer Sozialstruktur wesentlich weniger der österreichischen Bevölkerung als Migranten sonstiger Nationalität. Diese weisen sogar einen höheren Bildungsgrad auf als Österreicher, arbeiten wöchentlich mehr Stunden und befinden sich häufiger in einem Angestelltenverhältnis.

Bezüglich des Gesundheitszustandes von AusländerInnen in Wien geben CSITKOVICS et al. folgende Informationen: Ex-Jugoslawen und Türken klagen bedeutend häufiger als Österreicher und Staatsbürger anderer Staaten über Beschwerden durch körperliche Arbeit. Belastungen durch Zeitdruck und Konflikte am Arbeitsplatz sind jedoch wesentlich seltener.

Alle in Österreich lebenden Bevölkerungsgruppen sehen gesunde Ernährung und sportliche Aktivität als wichtige Faktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Sie kommen aber bei Ex-Jugoslawen und Türken wesentlich seltener zum Tragen. Gesundheitsinformationen werden hauptsächlich aus Printmedien, Radio und Fernsehen, von Ärzten und Bekannten eingeholt, wobei sich aber Österreicher und sonstige Migranten öfter Informationen einholen als Türken und Ex-Jugoslawen (CSITKOVICS et al., 1997).

82

Österreichische Staatsbürger berichten deutlich häufiger über Erkrankungen im vergangenen Jahr als Migranten. Bei beiden Gruppen stehen Erkältungskrankheiten an erster Stelle. Österreichische Staatsbürger in Wien leiden jedoch öfter an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Erkrankungen der Atmungsorgane als nichtösterreichische Staatsbürger. Bei allen in Wien Befragten besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Anzahl der Erkrankungen im vergangenen Jahr. Österreichische Staatsbürger nannten eine signifikant längere Dauer der Krankheit und hatten doppelt so häufig Krankenhausaufenthalte. Sie nehmen auch mehr und regelmäßiger Medikamente ein, wobei in Wien die Unterschiede ausgeprägter sind als im übrigen Bundesgebiet. Sonstige Migranten bilden aber hinsichtlich der Medikamenteneinnahme das Schlußlicht (CSITKOVICS et al., 1997).

Generell kann man sagen, daß Migranten eine Hebung des Wiener Gesundheitszustandes bewirken. Auch hängt die subjektive Beurteilung der eigenen Gesundheit von der Region Wiens ab. So geben österreichische Staatsbürger in den Bezirken 1 bis 9, 10 bis 12, 15, 20 bis 23 häufigere Krankheitsnennungen an als in den Bezirken 13, 14, 16 bis 19. Bei den Migranten zeigen sich diesbezüglich Abweichungen. So werden die wenigsten Beschwerden in den Bezirken 10 bis 12, 15, 20 bis 23 angegeben.

Auch in bezug auf das Geschlecht lassen sich Unterschiede feststellen. So liegen die Krankheitsnennungen von österreichischen Männern mit 48,9 % um 10 % hinter jenen der Frauen (58,7 %). Die männlichen Migranten liegen mit 25,8 % sogar um rund 15 % hinter ihren Frauen (40,3 %).

Nur 1,5 % der berufstätigen österreichischen Männer bezeichnen sich durch Haushalt, Kinder und Beruf belastet. Sie geben aber mehr Krankheitsnennungen an als Männer ohne diese Dreifachbelastung. Bei belasteten Männern treten dafür gesundheitliche Probleme häufiger auf als bei vergleichbaren Frauen. Bei in Wien lebenden Migranten geben Männer überhaupt keine derartige Dreifach-

belastung an. Es besteht auch ein signifikant höherer Zusammenhang zwischen physischen Beschwerden und Belastung als bei österreichischen StaatsbürgerInnen (CSITKOVICS et al., 1997).

Rund drei Viertel der männlichen Ausländer (74,2 %) geben keine Beschwerden an. Bei den österreichischen Männern sind nur 51,1 % ohne Krankheiten. Dagegen geben immerhin 8 % der Ausländer vier oder mehr Krankheiten an, wobei es bei den Migranten nur 1,9 % sind. (Tab. 5.9)

Tabelle 5.9.5: Physische Beschwerden der männlichen Ausländer und österreichischen Staatsbürger (Angaben in Prozent)

Anzahl der Krankheiten	Ausländer	österreich. Staatsbürger
keine	74,2	51,1
eine	12,6	22,9
zwei oder drei	11,3	18,0
vier und mehr	1,9	8,0

Quelle: Csitkovics et al., 1997

Bei österreichischen Staatsbürgern läßt sich ein Zusammenhang zwischen Belastungen und Konfliktsituationen am Arbeitsplatz und psychischen Beschwerden feststellen, während dies bei den Ausländern nicht der Fall zu sein scheint.

Bei der Gegenüberstellung von österreichischen und nichtösterreichischen Staatsbürgern auf Gesundheit kamen CSITKOVICS et al. (1997) zu folgenden Ergebnissen: Österreichische Staatsbürger in Wien beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlechter denn jene im Bundesgebiet, Migranten jedoch positiver. Österreichische Staatsbürger in Wien klagen häufiger über physische Krankheiten als Migranten. Auch chronische Krankheiten treten bei den Österreichern häufiger auf. Einer der Gründe dafür dürfte im geringeren Durchschnittsalter der MigrantInnen liegen.

Generell beurteilen ausländische Männer ihren Gesundheitszustand als besser denn Frauen. Dies trifft auch auf die inländische Bevölkerung zu. Außerdem beeinflusst der Familienstand das Gesundheitsempfinden stärker, als dies bei ÖsterreicherInnen der Fall ist.

Migranten geben weniger Erkrankungen an als Österreicher, jedoch haben Arbeiter, zu denen Ex-Jugoslawen und Türken zählen, ein höheres Erkrankungsrisiko als Angestellte. Das heißt, das Krankheitsempfinden nicht kulturspezifisch ist, sondern auf soziale Umstände und die Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden kann.

VI.
GESUNDHEITSSTA
HEALTHSTATUS

6.1	EPIDEMIOLOGIE	87
6.1.1	KRANKENHAUSENTLASSUNGSSTATISTIK	88
6.1.2	SELF-REPORTED MORBIDITY	90
6.1.2.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit	90
6.1.2.2	SERMO-Studie	91
6.1.3	TODESURSACHEN IN WIEN UND GESAMTÖSTERREICH	93
6.1.4	MITTLERES STERBEALTER DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN	96
6.1.5	VERLORENE LEBENSJAHRE DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN	97
6.1.6	HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN	100
6.1.7	DIABETES MELLITUS	106
6.1.8	KREBS	109
6.1.8.1	Prostatakarzinom	112
6.1.8.2	Lungenkrebs	116
6.1.8.3	Kolorektalkrebs	117
6.1.8.4	Blasenkrebs	118
6.1.8.5	Magenkrebs	119
6.1.8.6	Hodenkrebs	120
6.1.8.7	Prävention	121
6.1.9	CHRONISCHE LEBERERKRANKUNGEN UND LEBERZIRRHOSE	122
6.1.10	UNFÄLLE ALS TODESURSACHE	123
6.1.10.1	Selbstmord als Todesursache	126