

In der Folge werden wichtige Wiener Gesundheitsdaten unter geschlechtsspezifischen Aspekten kurz beschrieben, um die jeweils spezifischen Gesundheitsprobleme

von Frauen und Männern aufzuzeigen. Anschließend werden jene Faktoren dargestellt, die zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede herangezogen werden können.

## 6.1 Geschlechtsspezifische Befunde zu Morbidity und Mortalität

### Lebenserwartung

Einer der markantesten Unterschiede im Kontext von Gesundheit und Krankheit ist die um etwa fünf Jahre höhere Lebenserwartung von Frauen in Wien. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt derzeit (2002) für weibliche Neugeborene bei 80,8, für männliche Neugeborene bei 74,9 Jahren.<sup>224</sup>

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede verringern sich jedoch, wenn die Lebenserwartung in sehr guter bzw. guter Gesundheit betrachtet wird: Sie betrug im Jahr 1999 in Wien für ein weibliches Neugeborenes 59, für ein männliches 57 Jahre. Zugespielt formuliert bedeutet dies, dass Frauen zwar länger leben, dabei aber mehr leiden bzw. länger krank sind.<sup>225</sup>

### Mortalität

Die geringere Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung ist einerseits auf die höhere **Säuglingssterblichkeit** bei männlichen Neugeborenen zurückzuführen (2001: 7,6 Promille bei männlichen gegenüber 5,0 Promille bei weiblichen Neugeborenen), zum anderen auf den größeren Anteil der Männer an den **vorzeitigen Sterbefällen** (vor dem 65. Lebensjahr). So waren im Jahr 2001 in Wien 31 Prozent der verstorbenen Männer jünger als 65 Jahre, aber nur 13 Prozent der Frauen.<sup>226</sup>

Im Erwachsenenalter bestimmen vier Todesursachen das vorzeitige Mortalitätsgeschehen: bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen), Krankheiten des Herzkreislauf-Systems, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten der Verdauungsorgane. Mit Ausnahme der bösartigen Neubildungen in der Altersgruppe 25 bis 44 Jahre liegt das Sterblichkeitsrisiko für unter 65-jährige Männer bei allen angeführten Todesursachen deutlich über jenem der gleichaltrigen Frauen.

Folgende Krankheiten tragen in Wien (Auswertungen für 2002) zur **Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung bis zum 65. Lebensjahr** bei:<sup>227</sup>

- akuter Myokardinfarkt: +203 Prozent
- Diabetes mellitus: +81 Prozent
- Drogenabhängigkeit, Toxikomanie: +167 Prozent
- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (v. a. Rauchen): +62 Prozent
- bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge (v. a. Rauchen): +132 Prozent
- chronische Leberkrankheit und -zirrhose (v. a. Alkohol): +130 Prozent
- Unfälle: +182 Prozent
- Suizid: +171 Prozent

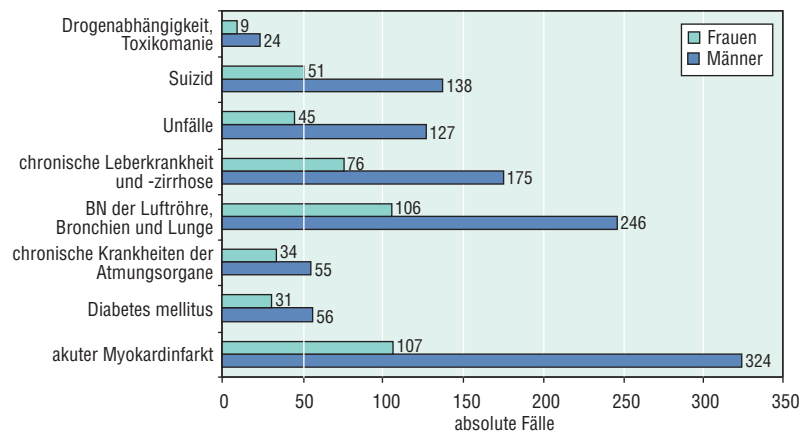
Die Analyse der Todesursachenstatistik liefert Hinweise darauf, dass die Frühsterblichkeit vor allem durch solche Krankheiten erklärt werden kann, die durch einen starken Verhaltensaspekt beeinflusst sind, während biologische Faktoren eine vergleichsweise geringe Rolle spielen.

<sup>224</sup> Vgl. Abschnitt – Lebenserwartung und Mortalität.

<sup>225</sup> Vgl. Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

<sup>226</sup> Vgl. Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

<sup>227</sup> Stadt Wien (2003), Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien.

**Grafik 6.1:** Gestorbene jünger als 65 Jahre nach ausgewählten Todesursachen, Wien 2002

Quelle: MA 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien.

## Morbidität

Laut Mikrozensus 1999 ist in Wien die **subjektive Einschätzung der Gesundheit** bei Frauen geringfügig negativer als bei Männern. Dies zeigt sich nicht nur insgesamt, sondern auch in den einzelnen Altersgruppen.

Im Rahmen der Mikrozensushebung 1999 gaben Frauen zudem mehr **Beschwerden** an als Männer: durchschnittlich 1,8 Beschwerden bei Frauen stehen durchschnittlich 1,4 Beschwerden bei Männern gegenüber. Zudem haben Frauen nicht nur häufiger Beschwerden, sie geben auch vermehrt bestimmte Beschwerden an. Abgesehen von Herz- und Zahnbeschwerden treten alle Arten von Beschwerden bei Frauen häufiger auf, wobei vor allem psychische Aspekte im Vordergrund stehen. So leiden Frauen deutlich häufiger als Männer unter Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Schwäche bzw. Müdigkeit, Nervosität, Kreislaufstörungen und Kopfschmerzen.

Wiener Frauen leiden eigenen Angaben zufolge auch etwas öfter an **chronischen Krankheiten** als Wiener Männer (Frauen: 31 Prozent, Männer: 28 Prozent). Dazu sind sie auch zahlenmäßig von mehr chronischen Krankheiten betroffen als Männer: Einem Durchschnittswert von 0,41 Krankheiten bei Männern steht ein durchschnittlicher Wert von 0,55 bei Frauen gegenüber. Bei den 45- bis 59-Jährigen liegt die Betroffenheit

der Frauen (41 Prozent) klar über jener der Männer (36 Prozent), in allen anderen Altersgruppen ist sie aber relativ ausgeglichen. Insbesondere sind Frauen häufiger als Männer von niedrigem Blutdruck, verschiedenen Herzkrankheiten, Venenentzündung, Augenkrankheiten, Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten, chronischer Bronchitis, Gallenblasenentzündung, Hautallergien, Schäden an der Wirbelsäule, Erkrankungen der Gelenke, Rheumatismus und Nervenentzündungen betroffen. Männer leiden hingegen öfter an Asthma und sonstigen Hautkrankheiten. Bei den restlichen chronischen Erkrankungen ergeben sich keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede. Zudem sind Männer in Wien häufiger übergewichtig als Frauen.

Zumindest in der erwerbstätigen Bevölkerung spiegelt sich der subjektiv schlechtere Gesundheitszustand von Frauen nicht in der Arbeitsunfähigkeit wider: Frauen weisen mit 11,4 Tagen eine geringere **Krankenstandsdauer** auf als Männer (12,3 Tage). Hinsichtlich der **Krankenstandsfälle** lässt sich bei Frauen eine leichte Überrepräsentanz bei urogenitalen Erkrankungen, bei Krankheiten der Luftwege und Atmungsorgane sowie bei den Krankheiten des Nervensystems erkennen. Männer weisen hingegen einen doppelt so hohen Anteil bei den Unfällen auf. Geringfügig erhöht ist zudem der Anteil des männlichen Geschlechts bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes.<sup>228</sup>

<sup>228</sup> Vgl. Kapitel 4.7 – Krankenstände.

## 6.2 Erklärungsansätze

Die beschriebenen geschlechtsspezifischen Unterschiede treten in gleicher Deutlichkeit auch in anderen entwickelten Ländern auf. VERBRUGGE hat die verschiedenen Erklärungsansätze systematisiert.<sup>229</sup> Grundsätzlich beziehen sich diese auf eine Differenzierung zwischen biologischem und sozialem Geschlecht. Während das biologische Geschlecht (engl.: *sex*) aufgrund des Chromosomensatzes zum Zeitpunkt der Befruchtung festgelegt ist, bezieht sich das soziale Geschlecht (engl.: *gender*) auf differentielle Geschlechtsrollen und geschlechtsspezifische Handlungsanforderungen.

Zur Erklärung der Geschlechtsunterschiede in Morbidität und Mortalität können fünf zentrale Faktoren herangezogen werden: biologisch-genetische Faktoren, Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten, methodische Artefakte, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sowie erworbene Risiken. Diese werden in der Folge kurz dargestellt.

### Biologisch genetische Faktoren

Biologische Erklärungsansätze stützen sich auf die unterschiedliche hormonelle und immunologische Ausstattung von Frauen und Männern. So werden die höhere Sterblichkeit männlicher Neugeborener und die größere Anfälligkeit von Knaben für Infektionskrankheiten auf genetische Unterschiede zurückgeführt. Auch macht das Vorhandensein nur eines X-Chromosoms Knaben anfälliger für auf dem X-Chromosom rezessiv vererbte Krankheiten (z. B. die Bluterkrankheit). Es wird zudem vermutet, dass Genabschnitte auf dem X-Chromosom die Produktion des Immunglobulins IgM steuern. In jüngster Zeit konnte auch eine chromosomengebundene Krebsanfälligkeit nachgewiesen werden. So wurde ein Genabschnitt identifiziert, der die Entstehung einer bestimmten Form des weiblichen Brustkrebses begünstigt. Weiters bieten die weiblichen Sexualhormone einen Schutz vor koronaren Herzkrankheiten.

Biologische Erklärungsansätze scheinen vor allem zur männlichen Übersterblichkeit in den ersten Lebensjahren beizutragen. In späteren Lebensabschnitten gewinnen lebensstilbedingte Faktoren und psychologische Einflussfaktoren an Bedeutung.

### Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten

Frauen und Männer unterscheiden sich deutlich in ihrer Bereitschaft, über Beschwerden Auskunft zu geben. Frauen reden mit anderen eher über körperliche und psychosomatische Symptome – dies gilt sowohl für ihr Gespräch mit FreundInnen und Verwandten als auch für ihr Gespräch mit ÄrztInnen. Die geringere Bereitschaft von Männern, über Beschwerden zu sprechen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird mit der Unvereinbarkeit von Krankenrolle und männlichem Selbstbild erklärt. Diese Geschlechterdifferenz wird sowohl in Befragungen als auch in der Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfe deutlich.

Ungeklärt ist bisher, ob Frauen und Männer sich bereits in der Wahrnehmung von Beschwerden unterscheiden (im Sinne einer höheren Toleranzschwelle bei Schmerzen und körperlichem Unbehagen bei Männern) oder ob sich die Geschlechter lediglich in ihrer Bereitschaft, über Beschwerden Auskunft zu geben, unterscheiden.

### Methodische Artefakte

In Ländern, in welchen Aussagen über die gesundheitliche Lage auf der Basis von Befragungen getroffen werden, müssen methodische Artefakte berücksichtigt werden. Da die Befragungen in der Regel in Haushalten erhoben werden und Frauen eine geringere Erwerbsrate aufweisen als Männer, ist es wahrscheinlicher, dass die befragte Person eine Frau ist. Frauen berichten jedoch anders über Beschwerden (sowohl ihre eigenen als auch jene der Haushaltsmitglieder) als Männer.

### Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Das medizinische Versorgungssystem reagiert unterschiedlich auf Krankheiten bzw. Beschwerden von Frauen und Männern. So konnte gezeigt werden, dass Frauen und Männer bei Myokardinfarkten unterschiedlich behandelt werden. Trotz gleicher oder schwerer Symptomatik werden Frauen häufig weniger aufwendig diagnostiziert und therapiert als Männer.

<sup>229</sup> VERBRUGGE, L. M. (1998).

Ebenso fällt auf, dass Frauen zwar häufiger angeben an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu leiden als Männer (und zwar bei allen einzelnen im Mikrozensus erhobenen Erkrankungsformen<sup>230</sup> sowie anderen österreich-bezogenen Befragungen<sup>231</sup>), doch gibt es eindeutige geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Diagnose, Einweisungspraxis in ein Spital sowie Therapie.<sup>232 233</sup>

Auch bestehen Geschlechtsstereotypen in der Arzt/Ärztin-PatientIn-Interaktion: Während bei weiblichen Patienten psychosomatische Aspekte explizit in die Diagnostik einfließen, werden von männlichen Patienten geäußerte Beschwerden überwiegend in rein somatischen Kategorien erfasst. Dies zeigt sich bereits im Jugendalter. Pubertierende Mädchen bekommen Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel bedeutend häufiger verschrieben als gleichaltrige Burschen. Vergleichbare Beschwerden bei jungen Männern werden Wachstumsschüben zugeschrieben; ihnen wird der Rat erteilt, mehr Sport zu betreiben und viel Gemüse zu essen.<sup>234</sup>

### Erworbene Risiken

Frauen und Männer unterscheiden sich sowohl in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten als auch in ihren Arbeits- und Lebensbedingungen.

### Arbeits- und Lebensbedingungen

Frauen und Männer sehen sich – solange ihnen vor dem Hintergrund geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung unterschiedliche soziale Handlungsfelder zugewiesen werden – unterschiedlichen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt. Gleichzeitig verfügen sie auch über unterschiedliche Ressourcen. Erst in den letzten Jahren wurde versucht, diese geschlechtsspezifischen Belastungen bei der Bildung von Risikogruppen zu berücksichtigen. So befassen sich Forschungsprojekte mit der gesundheitlichen Lage etwa von Frauen aus unteren sozialen Schichten, von älteren Frauen mit einem pflegebedürftigen Partner oder von allein erziehenden Müttern.

### Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Individuellen und kollektiven gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen kommt als Verursachungsfaktor für Krankheit ein großes Gewicht zu. Die *Centers for Disease Control* (CDC) schätzen den Beitrag des individuellen Verhaltens bei den zehn bedeutendsten Todesursachen auf etwa 50 Prozent. Zahlreiche Geschlechtsunterschiede lassen sich auf diesen Faktor zurückführen, denn Männer und Frauen unterscheiden sich im Ernährungs- und Bewegungsverhalten, in der Exposition zu Risiken in der Freizeit- und Arbeitswelt, in der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie im stressbezogenen Verhalten.

Die beiden wichtigsten Faktoren für Geschlechtsunterschiede bei den vorzeitigen Todesfällen sind der Tabak- und Alkoholkonsum. Sowohl Herz-Kreislauf-Erkrankungen als auch einige Krebserkrankungen (z. B. Lungenkrebs, Krebserkrankungen der Mundhöhle und andere Krebserkrankungen) stehen in engem Zusammenhang mit dem regelmäßigen Konsum von Zigaretten und anderen Tabakprodukten. Nach RETHERFORD sind bis zu 75 Prozent der Geschlechtsunterschiede in der Sterblichkeit auf Unterschiede im Tabakkonsum zurückzuführen. Auch ist der übermäßige Konsum von Alkohol ein wesentlicher Faktor, der zu vorzeitigen Todesfällen beiträgt. Sowohl die höhere Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung an chronischen Lebererkrankungen als auch an Unfällen ist in erster Linie durch geschlechtsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum bedingt.<sup>235</sup>

Als Grund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten werden in der Literatur unterschiedliche Sozialisationsbedingungen und -ziele genannt. Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass Individuen sich als Männer und Frauen in der sozialen Welt bewegen und geschlechtstypisches Gesundheitsverhalten auch dazu dient, Männlichkeit und Weiblichkeit darzustellen.

<sup>230</sup> Statistik Austria (2002a).

<sup>231</sup> Ludwig Boltzmann-Institut (1995), S. 29.

<sup>232</sup> HOCHLEITNER (1999), S. 50–53.

<sup>233</sup> Siehe dazu auch den aktuellen Frauengesundheitsbericht des Landes Steiermark (2004).

<sup>234</sup> KOLIP, P. (1998).

<sup>235</sup> Vgl. KOLIP, P. (1998).

In diesem Kapitel werden die nach Geschlecht verschiedenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Wien nicht gesondert dargestellt, da diese weiter unten im Kapitel „Gesundheitsverhalten“ beschrieben werden. Auch kann auf den Bericht „Lebensstile in Wien“<sup>236</sup> verwiesen werden, der sich mit dieser Problematik ausführlich auseinandersetzt.

### Demographische Faktoren

Nicht zuletzt muss aber auch das durchschnittlich höhere Lebensalter von Frauen (bzw. die vermehrt im hohen Alter auftretenden chronischen Krankheiten) in die Betrachtung geschlechtsspezifischer gesundheitlicher Unterschiede miteinbezogen werden. In diesem Zusammenhang sei auf die bereits publizierten ausführlichen Berichte zu Lebenserwartung und Mortalität<sup>237</sup> sowie zu chronischen Krankheiten<sup>238</sup> verwiesen.

<sup>236</sup> Stadt Wien (2003), Lebensstile in Wien.

<sup>237</sup> Stadt Wien (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien.

<sup>238</sup> Stadt Wien (2004), Chronische Krankheiten in Wien.

**VII.  
KINDER UND JUGEND-  
LICHE**

***CHILDREN AND YOUNG  
PEOPLE***

## INHALT

<b>7 KINDER UND JUGENDLICHE</b>	<b>251</b>
7.1 GEBURTENSTATISTIK	251
7.2 HALTUNGSSTÖRUNGEN	258
7.3 ZAHNGESUNDHEIT	261
7.4 ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN	264
7.4.1 Übergewicht und Adipositas messen und interpretieren	265
7.4.2 Adipositas-Prävalenzen in Wien und Österreich	266
7.4.3 Übergewicht, Schicht und Lebensstile in Österreich	269
7.4.4 Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	272
7.5 GESUNDHEITSVERHALTEN VON SCHULKINDERN: RESULTATE DER HBSC-STUDIE FÜR WIEN	274
7.5.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit	275
7.5.2 Einfluss von Familie und Schule	276
7.5.3 Ernährungsverhalten	278
7.5.4 Rauchgewohnheiten	279
7.5.5 Alkoholkonsum	281
7.5.6 Körperliche Aktivität	281
7.6 STELLUNGSUNTERSUCHUNGEN 2002	284

## 6 GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN

**Zusammenfassung**

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Morbidität und Mortalität zeigt sich in den westlichen Industrieländern ein Paradox: Frauen haben eine höhere Lebenserwartung, sind aber gleichzeitig unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand und weisen mehr chronische, psychische und psychosomatische Krankheiten bzw. Störungen auf.

Die niedrigere Lebenserwartung der Männer wird vor allem durch die Übersterblichkeit der männlichen Bevölkerung vor dem 65. Lebensjahr verursacht, welche wiederum großteils auf verhaltensbedingte Todesursachen zurückzuführen ist (Unfälle, Herzinfarkt, Leberzirrhose, Lungenkrebs, etc.).

Allgemein werden die angesprochenen geschlechtsspezifischen Unterschiede mittels folgender Faktoren erklärt: biologisch-genetische Faktoren, Symptomwahrnehmung und Krankheitsverhalten, methodische Artefakte, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem sowie erworbene Risiken (dazu zählen Arbeits- und Lebensbedingungen sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen). Aber auch das durchschnittlich höhere Lebensalter von Frauen (bzw. die vermehrt im hohen Alter auftretenden chronischen Krankheiten) zählen zu bestimmenden Faktoren bei den genannten geschlechtsspezifischen Unterschieden.

**Summary: The Health Situation of Women and Men**

*In the western industrialised countries a paradox can be perceived concerning the gender-specific differences in morbidity and mortality: women have a higher life expectancy, but at the same time they feel less content with their state of health and have more chronic, mental, and psychosomatic disorders or diseases.*

*The lower life expectancy for men is mainly due to the higher mortality rate of the male population before the age of 65, which is primarily due to lifestyle-dependent causes of death (accidents, cardiac infarctions, cirrhosis of the liver, lung cancer, etc.).*

*In general these gender-specific differences can be traced back to the following factors: biological-genetic factors, symptom perception and illness behaviour, methodological artefacts, experiences with the public health system, and acquired risks (working and living environment, health relevant behaviour). The higher average life expectancy for women (and the higher frequency of chronic diseases in old age), however, are also an important factor in these gender-specific differences.*

Zahlreiche Studien haben die großen geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit nachgewiesen. Kaum ein anderer Faktor eignet sich gleichermaßen zur einfachen Differenzierung des Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehens. Dabei tritt in den westlichen Industrieländern ein **Paradox** auf: Frauen leben zwar länger als Männer, gleichzeitig sind sie aber unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand und leiden häufiger unter psychischen Störungen und psychosomatischen Beschwerden. Epi-

demologische Studien zeigen, dass die Prävalenz von nicht bedrohlichen akuten sowie chronischen Krankheiten bei Frauen höher ist, während Männer häufiger von lebensbedrohlichen Krankheiten betroffen sind. Die Befunde zu Morbidität und Mortalität werden ergänzt durch geschlechtsspezifisches Risiko-, Vorsorge- und Krankheitsverhalten und durch eine geschlechtsspezifische Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Prozesse.<sup>223</sup>

<sup>223</sup> Vgl. KOLIP, P. (1998).