

ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN



ÖBIG

1. ÖSTERREICHISCHER MÄNNERGESUNDHEITSBERICHT

**IM AUFTRAG DER
MÄNNERPOLITISCHEN GRUNDSATZABTEILUNG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ**

Impressum:

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK)

Männerpolitische Grundsatzabteilung (Sektion V / Abteilung 5)

A - 1010 Wien, Stubenring 1

Erscheinungsjahr:

2004

Internetadresse:

<http://www.bmsk.gv.at>

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet und CD-Rom.

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



MÄNNERGESUNDHEITSBERICHT

1. Österreichischer Männergesundheitsbericht
mit besonderer Berücksichtigung der
Männergesundheitsvorsorge

ENDBERICHT

Claudia Habl
Andreas Birner
Anton Hlava
Petra Winkler

unter Mitarbeit von
Heike Holzer
Zdenka Soucek

Wien, März 2004

Im Auftrag der
Männerpolitischen Grundsatzabteilung des
Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz

Die in diesem Bericht verwendeten personenbezogenen Ausdrücke wie z. B. „Ärzte“ umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

Einleitung

Männergesundheit ist das beliebteste um nicht zu sagen populärste Thema im Rahmen der Männerpolitik und Männerforschung. Jedermann/frau wird ein verstärktes Engagement für Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln befürworten. Es ist unmittelbar auch kein „Verteilungskampf“ um die Ressourcen zu befürchten und die Gesundheit eines Geschlechts, ob Frauen oder Männer, nützt in der Regel beiden Geschlechtern, der Reproduktion der Gesellschaft überhaupt und entlastet zugleich das ohnehin angespannte Gesundheitsbudget der öffentlichen Hand.

Geht man, wie im vorliegenden Gesundheitsbericht sowie der begleitenden Publikation „Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit“, der geschlechtsspezifischen Problemlage im Gesundheitsbereich auf den Grund, spiegeln sich darin die sozial- und geschlechterpolitischen Verhältnisse unserer Zeit wider. Gesundheit ist ein die ganze Persönlichkeit umfassender Begriff. Umwälzungen im Rollen- und Identitätsverständnis der Geschlechter schlagen sich auf die Leib-Seele Einheit, auf die geistige Potenz der Menschen insgesamt nieder. Geschlechtsspezifische Forschung rückt heute vermehrt die Männer ins Blickfeld. Der Mediziner weiß, dass Männer weniger gern Hilfe im Rahmen der traditionellen Gesundheitsvorsorge in Anspruch nehmen als Frauen. Die geschlechtsspezifische Gesundheits- bzw. Männerforschung soll herausfinden, wie Männer mit dem ihnen eigenen Körperbewusstsein motiviert werden können, gesundheitsbewusster zu leben. Diesem Ziel hat sich die Männerpolitische Grundsatzabteilung verpflichtet und in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen sowie namhaften Experten und Expertinnen im Bereich der Männergesundheit daran gearbeitet.

Im Rahmen der Besprechung der erhobenen Ergebnisse sind da und dort Zweifel an der realitätsgerechten Selbsteinschätzung von Männern hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und Gesundheitsbewusstseins aufgetaucht. Einerseits werden Antriebslosigkeit, Ängste oder Depressionen von Männern nur selten als Beschwerden angeführt, andererseits ist die zweithäufigste „externe“ Todesursache (nach den Unfallfolgen) bei Männern, der Selbstmord. Dieser ist bei Männern mehr als doppelt so häufig anzutreffen als bei Frauen. Wenn man noch eine Dunkelziffer aus den „Unfällen“ mit Todesfolge dazurechnet, welche auch als getarnte Selbstmorde bezeichnet werden können, spricht dies weniger für den vermeintlich ausgeglichenen psychischen Zustand der Männer. Männer geben überwiegend an, seelisch ausgeglichen zu sein (nur ca. 3% unausgeglichen), aber andererseits werden von einer großen Anzahl (bei ca. 70 %) von Männern, vor allem mittleren Alters, mehr Informationen zu seelischer Gesundheit gefordert.

Ziel einer modernen, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand berücksichtigenden Gesundheitspolitik ist es, schon sehr früh in Erziehung und Schulbildung die Kinder und Jugendlichen zu einem sorgsamem Umgang mit ihrem Körper, also mit ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, auch geschlechtsspezifisch anzuleiten. Sie sollen erlernen, dass ihr Körper Grundlage für ein glückliches und erfolgreiches Leben darstellt und in welchen Situationen und welchem Lebensalter Besonderheiten zu beachten sind. Die wissenschaftliche Beschäftigung mit geschlechtsspezifischer Medizin (Gender Medicine) arbeitet weltweit dar-

an, das diesbezügliche Wissens- und Lehrgebäude zu erstellen und weiter zu entwickeln. Der vorliegende Bericht ist als Teil dieser Initiative zu sehen.

Bei Männern dürfte es der gegenwärtigen Rollenerwartung entsprechen, weniger sorgsam mit dem eigenen Körper zu sein, als Frauen. Männer neigen beruflich und in der Freizeit zur Überbeanspruchung ihres Körpers und bemerken Probleme später als die Frauen, die regelmäßig einen Frauenarzt konsultieren. Bei Männern wird erst in einem höheren Lebensalter die Notwendigkeit der regelmäßigen Untersuchung durch einen Urologen evident. Aber auch im höheren Lebensalter wissen die Männer um die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen Bescheid, nehmen sie meist aber erst in Anspruch, wenn eine deutliche Symptomatik aufgetreten ist. Die Maßnahmen zur erfolgreichen Verbesserung der Männergesundheit müssen daher breit angelegt sein und alle medizinischen Fachrichtungen umfassen. Die Freude an Betätigung im Sport kann und soll für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung von Männern genützt werden. Der vorliegende Bericht gibt viele Hinweise auf solche Verbesserungspotentiale und wird den Grundstein dazu legen, diese auch zu nützen.

Univ. Prof. Dr. Reinhard Krepler
Ärztlicher Direktor des Allgemeinen
Krankenhauses der Stadt Wien

Dr. Johannes Berchtold
Leiter der Männerpolitischen
Grundsatzabteilung
des Bundesministeriums für Soziales
und Konsumentenschutz

Kurzfassung

Da viele Männer ihre gesundheitlichen Beschwerden negieren, wurden ihre speziellen gesundheitlichen Probleme lange Zeit, auch von der Fachöffentlichkeit, nicht entsprechend wahrgenommen.

Es ist aber nun Tatsache, dass

Männer in Österreich im Schnitt um 5,7 Jahre früher sterben als Frauen,

Männer von nicht geschlechtsspezifischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Leberzirrhose und Lungenkrebs, überproportional häufig betroffen sind,

Männer mit viel höherer Wahrscheinlichkeit Selbstmord begehen als Frauen,

Männer die Mehrheit der Opfer des Straßenverkehrs und von schweren Arbeitsunfällen, die zu bleibenden Schäden führen, bilden

und

sich dennoch im Schnitt gesünder fühlen als Frauen sowie

seltener zum Hausarzt gehen.

Inhalte

Im vorliegenden ersten bundesweiten Männergesundheitsbericht, den das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) im Auftrag der männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) erstellt hat, wurden oben stehende Erkenntnisse mit Daten belegt und - zumindest in Ansätzen - Erklärungen dafür gefunden.

Weitere Berichtsinhalte sind die Darstellung von gesundheitlichen Einflussgrößen (z. B. Lebensstil, Arbeitsbedingungen, Belastungssituationen) und von epidemiologischen Daten sowie eine Erhebung und Analyse des Gesundheitsverhaltens bzw. -handelns der österreichischen Männer. Aufgabe der Studie war ergänzend die Identifizierung von Best-Practice Modellen der Männergesundheit verbunden mit Vorschlägen für zielgruppengerechte Vorsorgemaßnahmen.

Parallel zu diesem Bericht wurde unter Federführung der männerpolitischen Grundsatzabteilung eine Begleitstudie zur Diskussion ethischer, psychosozialer und philosophischer Fragestellungen des Themas in Form einer Aufsatzsammlung erstellt. Beide Berichte wenden sich an mehrere Zielgruppen: an (gesundheits-)politische Entscheidungsträger, an die interessierte Fachöffentlichkeit und nicht zuletzt auch an die breite Öffentlichkeit.

Die Vorreiterrolle Österreichs in der Männergesundheitsforschung, dokumentiert durch den vorliegenden Bericht sowie die schon erwähnte Parallelpublikation wird auch durch weitere österreichische Initiativen sichtbar:

Wien gab als erste europäische Region einen Männergesundheitsbericht in Auftrag

In Österreich wurde im Jahr 2001 die internationale Gesellschaft für Männergesundheit (International Society for Men's Health and Gender, ISMH) gegründet

In Wien wurde mit dem M.E.N. im Kaiser-Franz-Josef Spital das EU-weit erste Männergesundheitszentrum eingerichtet

Die männerpolitische Grundsatzabteilung hat mit der Studie „Suizide von Männern in Österreich“ (BMSG 2003b) die Grundlagenforschung im Bereich männlichen Risiko- und Gesundheitsverhaltens begonnen

Bevölkerungs- und Sozialstruktur

Von den über acht Millionen Einwohnern Österreichs sind **3,9 Millionen männlichen Geschlechts** (Stand 2001), was einem Anteil von rund 48 Prozent entspricht. Etwa ein Viertel davon sind Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre, und zwölf Prozent sind über 64 Jahre alt. Jeder zehnte in Österreich lebende Mann ist ausländischer Staatsbürger, davon sind wiederum 15 Prozent EU-Bürger. Zwischen 1991 und 2001 hat die Zahl der Männer in Österreich mit 3,6 Prozent etwas stärker zugenommen als jene der Frauen. Gestiegen ist dabei jedoch nur der Anteil der über 64-jährigen Männer, der sich vermutlich bis zum Jahr 2010 auf 15,3 Prozent und bis zum Jahr 2020 auf 18 Prozent erhöhen wird.

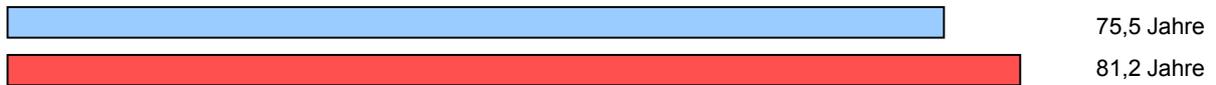
Knapp mehr als ein Viertel der über 14-jährigen österreichischen Männer verfügte im Jahr 2001 über keinen oder ausschließlich über einen Pflichtschulabschluss. Ein Fünftel hatte maturiert, wobei rund acht Prozent aller Männer zusätzlich über einen Hochschulabschluss verfügten.

Die **Erwerbsquote** der Männer betrug im Jahr 2001 82,4 Prozent aller erwerbsfähigen Männer. Dabei waren etwa 1,75 Millionen Männer unselbstständig beschäftigt, und drei Viertel dieser Männer waren in den Branchen Sachgütererzeugung, Handel und Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern, öffentliche Verwaltung und Bauwesen tätig. Das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der Männer betrug im Jahr 2001 € 2.306,-.

Im Rahmen der Erwerbstätigkeit werden von mehr als der Hälfte der erwerbstätigen Männer mehr als 39 Arbeitsstunden pro Woche geleistet, fast jeder fünfte erwerbstätige Mann arbeitet mehr als 45 Stunden pro Woche. Die jährlichen Krankenstände pro unselbstständig erwerbstätigen Mann (Stand 2001: 14,1 Tage) gingen zwischen 1991 und 2001 ebenso zurück wie die Durchschnittsdauer eines Krankenstandesfalles. Beide Werte sind jedoch höher als bei unselbstständig erwerbstätigen Frauen.

Gesundheitszustand

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Österreicher im Jahr 2002 betrug



Personen, die vor Erreichen des 65. Lebensjahrs sterben (1991 bis 2001) sind zu



Selbstmord begingen im Schnitt der Jahre 1992 bis 2001 zu



Anteil an Rauchern in der Bevölkerung über 14 Jahre (1999)



Auf eine gesunde Ernährung achteten im Jahr 1999



Von den aktuell rund 330.000 chronischen Alkoholikern sind



Im Jahr 2002 an einem alkoholbedingten Verkehrsunfall beteiligte Autofahrer waren zu



Mindestens einmal wöchentlich schweißtreibenden Sport üben aus (1999)



An einer Gesundenuntersuchung teilgenommen haben im Schnitt der letzten zehn Jahre



Stationäre Patienten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2001 (ohne Schwangerschaftsindikationen)

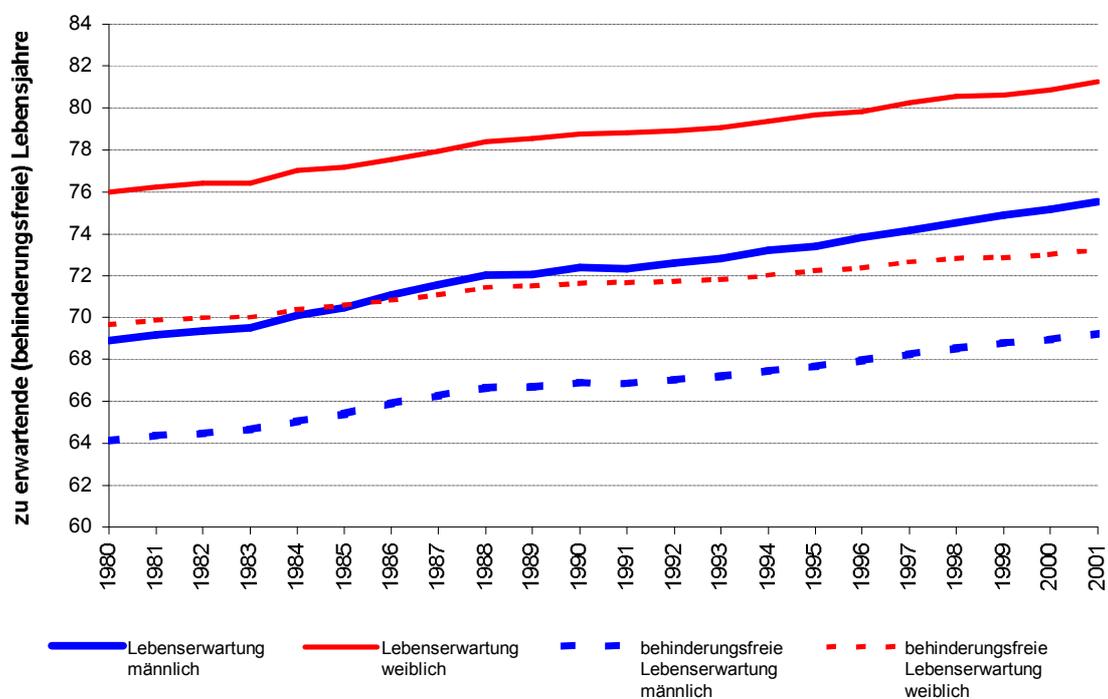


Quellen: Kapitel 2 und 3 des Männergesundheitsberichts; ÖBIG-eigene Berechnungen

Rund 31 Prozent der über 19-jährigen Österreicher sind ledig, 61 Prozent verheiratet, drei Prozent verwitwet und fünf Prozent geschieden. Naturgemäß ist der Anteil der ledigen Männer in der Gruppe der 20- bis 44-Jährigen mit 51 Prozent am höchsten, während der Anteil der verheirateten (81 %) ebenso wie der geschiedenen Männer (7%) in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen am höchsten ist.

Die Lebenserwartung der österreichischen Männer bei der Geburt betrug im Jahr 2001 etwa 75,5 Jahre und entspricht damit jener der Frauen vor mehr als 20 Jahren. Aktuell beträgt der geschlechtsspezifische Unterschied in der Lebenserwartung 5,7 Jahre (vgl. dazu Abbildung 1). Dieser Unterschied ist zwar seit 1997 konstant geblieben, doch langfristig ist ein Trend in Richtung einer Verringerung dieses Unterschiedes zu beobachten. Im Vergleich zu den Männern anderer Länder der Europäischen Union haben Österreicher eine relativ hohe Lebenserwartung.

Abbildung 1: Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich nach Geschlecht, 1980 bis 2001



Quelle: Kapitel 2 des Männergesundheitsberichts; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die behinderungsfreie Lebenserwartung ist nicht im gleichen Ausmaß gestiegen wie die Lebenserwartung insgesamt. Österreichweit konnten Männer im Jahr 2001 mit etwa 69 behinderungsfreien Lebensjahren rechnen, das sind zwei Jahre mehr als 1992. Der restliche Zugewinn an Lebenserwartung, also etwa ein Jahr, ist mit erheblichen geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen verbunden.

Sterblichkeit und Morbidität

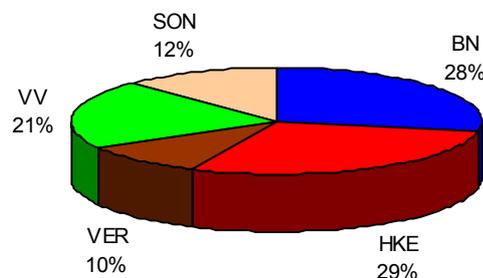
Entsprechend der geringeren Lebenserwartung der Männer ist ihre Sterblichkeit im Vergleich zu Frauen deutlich höher. Im Zeitraum von 1992 bis 2001 war die Sterblichkeit bei Männern um nahezu 70 Prozent höher als bei Frauen, bei den unter 65-Jährigen war die Sterblichkeit der Männer mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen.

Bereits bei der Säuglingssterblichkeit zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Jahr 2001 starben in Österreich im Schnitt 3,7 Mädchen, aber sechs Buben innerhalb des ersten Lebensjahres pro 1.000 Lebendgeborenen. Häufigste Ursachen sind „angeborene Missbildungen“, „nicht näher bezeichnete Unreife“ sowie „sonstige perinatale Todesursachen“. Bei Kindern unter fünf Jahren übersteigt die Sterblichkeit der Buben jene der Mädchen um nahezu ein Drittel.

Todesursachen

Die häufigsten Todesursachen bei Männern sind ebenso wie bei Frauen Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs. Wie Abbildung 2 zeigt, wurden in den Jahren 1992 bis 2001 bei fast der Hälfte der verstorbenen Männer eine Herz-Kreislauferkrankung und bei etwa 27 Prozent Krebs als Todesursache festgestellt. Bei den unter 65-Jährigen ist der Anteil der Herz-Kreislauferkrankungen als Todesursache deutlich geringer, wobei bei den Männern insbesondere der Anteil der gewaltsamen Todesursachen höher ist, während bei den Frauen Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen dominieren.

Abbildung 2: Sterbefälle der unter 65-jährigen Männer nach Haupttodesursachen, 1992 bis 2001



BN = Bösartige Neubildungen, HKE = Herz-Kreislauferkrankungen, VER = Krankheiten der Verdauungsorgane, VV = Verletzungen und Vergiftungen, SON = Sonstige Todesursachen

Quelle: Kapitel 2 des Männergesundheitsberichts; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Sterblichkeit aufgrund von **Herz-Kreislauferkrankungen** - vor allem ischämischen Herzkrankheiten konnte innerhalb der letzten zehn Jahre und insbesondere seit 1997 deutlich reduziert werden, während die Krankenhäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen gestiegen ist. Die Ursache für den Mortalitätsrückgang kann also darin begründet sein, dass Herz-Kreislauferkrankungen früher erkannt und behandelt werden als vor zehn Jahren.

Auf **Krebs** zurückzuführende Todesfälle sind nur leicht zurückgegangen, obwohl die Krankenhaushäufigkeit um rund 37 Prozent gestiegen ist. Ein Viertel aller krebsbedingten Todesfälle bei Männern ist auf Lungenkrebs zurückzuführen. Zweithäufigste Todesursache bei bösartigen Neubildungen ist Prostatakrebs, gefolgt von Dickdarm-, Rektum-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs. Auffällig im Vergleich zu den Frauen ist der mehr als doppelt so hohe Anteil an Tod durch Lungenkrebs. Beinahe drei Viertel aller Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs im Zeitraum 1992 bis 2001 betrafen Männer. Bezüglich der Inzidenzrate liegt Prostatakrebs vor Lungenkrebs.

Auch bei anderen **Lungenkrankheiten** (vor allem chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten und Lungenentzündungen) ist die Mortalitätsrate bei Männern höher als bei Frauen. Knapp 2.000 Männer sterben in Österreich jährlich an Lungenkrankheiten. Die Mortalitätsrate bei Männern ist mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen, die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Lungenkrankheiten ist bei Männern um die Hälfte höher als bei Frauen, wobei der geschlechtsspezifische Unterschied bei den über 45-Jährigen besonders deutlich wird.

Eine weitere typisch männliche Erkrankung betrifft die **Leber**. In Österreich sterben jährlich rund 1.200 Männer, aber nur etwa halb so viele Frauen, an chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose. Das entspricht einer Mortalitätsrate von 30 Männern und zehn Frauen pro 100.000 Einwohner, womit Österreich sowohl bei Männern als auch bei Frauen höher liegt als alle anderen westeuropäischen Länder. Die Mortalitätsrate ist bei beiden Geschlechtern entsprechend dem westeuropäischen Trend seit 1992 rückläufig. Die Krankenhaushäufigkeit ist bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen.

Die häufigste **externe Todesursache** (Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen) bei österreichischen Männern, nach Unfällen insgesamt, ist Selbstmord. In den vergangenen zehn Jahren begingen jährlich rund 1.200 Männer Selbstmord (40 % aller externen Todesursachen). Als Folge eines Verkehrsunfalls sterben jährlich etwas mehr als 700 Männer (ein Viertel aller externen Todesursachen). Doppelt so viele Männer wie Frauen sterben aufgrund einer Verletzung oder einer Vergiftung und dreimal so viele Männer verüben Selbstmord. Österreichische Männer begehen im Vergleich zu den Männern anderer europäischer Länder relativ häufig Selbstmord, nur in Finnland, Ungarn und zuletzt in Belgien ist die Rate noch höher. Die jährliche Entwicklung der externen Todesursachen war im Zeitraum 1992 bis 2001 leicht rückläufig.

Die mehr als doppelt so hohe Selbstmordrate bei Männern steht im krassen Widerspruch zur Krankenhaushäufigkeit von psychischen Erkrankungen (die bei Männern und Frauen etwa gleich hoch ist) und zu den Selbstauskünften im Mikrozensus, wonach bei allen Beschwerden, die auf eine psychische Krankheit hinweisen können, der Anteil der betroffenen Frauen deutlich höher war als jener der Männer. Grundsätzlich manifestieren sich Depressionen bei Männern anders als bei Frauen: Neben dem Leitsymptom der Erkrankung - einer depressiven Verstimmung - gehören bei Männern v. a. auch Ärger, Irritabilität und Feindseligkeit zum psychopathologischen Spektrum. Dabei präsentiert sich die Irritabilität meist als ein Stimmungszustand, der mit einer reduzierten Impulskontrolle bzw. vermehrtem Ärger oder Aggressivität einhergeht.

Männer sterben auch häufiger an **Diabetes** als Frauen (13 von 100.000 Männern gegenüber 10 von 100.000 Frauen pro Jahr) und werden etwa gleich oft wie Frauen aufgrund dieser

Krankheit stationär behandelt. Bis zu einem Alter von etwa 40 Jahren spielt Diabetes fast keine Rolle. Bei Männern steigt ab etwa 40 Jahren die Anzahl der Diabetes-Diagnosen stark an, bei Frauen etwas später. Bei der Mikrozensus-Erhebung gaben nur zwei Prozent der Männer (gegenüber 2,3 % der Frauen) an, einen erhöhten Blutzuckerspiegel aufzuweisen.

Bezogen auf die häufigsten Diagnosen, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, werden Männer häufiger stationär behandelt als Frauen. Ohne Berücksichtigung von Schwangerschaftsindikationen ist die **Krankenhaushäufigkeit** insgesamt bei Männern etwas höher als bei Frauen. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen bei den Diagnosen „Verletzungen und Vergiftungen“ (die Krankenhaushäufigkeit der Männer ist um 50 % höher als diejenige der Frauen), bei Lungenkrankheiten (um 40 % höher), Herz-Kreislaufkrankungen (um 30 % höher) und Verdauungserkrankungen (um 20 % höher).

Ein gegenteiliges Bild zeigt sich hingegen bei der Inanspruchnahme von Hausärzten: Männer suchen - über alle Bildungsniveaus und Altersgruppen hinweg - seltener Allgemeinärzte auf als Frauen, besuchen tendenziell aber häufiger Ambulanzen/Ambulatorien.

Sterblichkeit nach Altersgruppen

Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit für männliche Österreicher, bis zum frühen Erwachsenenalter zu sterben, höher als bei weiblichen. Diese Differenz bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit nimmt aber mit steigendem Alter tendenziell wieder ab.

Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen sind Verletzungen und Vergiftungen, die bei jungen Männern mehr als doppelt so häufig sind wie beim weiblichen Geschlecht. In der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen beträgt die Gesamtmortalität der Männer das Zwei- bis Dreifache jener der Frauen. Der größte Unterschied besteht bei Verletzungen und Vergiftungen (bei Männern viermal so häufig). Herz-Kreislaufkrankungen führen bei Männern dieser Altersgruppe doppelt so häufig zum Tod wie bei Frauen und auch die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen ist für Männer deutlich höher. Nur tödliche Krebserkrankungen kommen bei 20- bis 44-jährigen Frauen öfter vor als bei Männern dieser Altersgruppe.

In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen ist die Mortalität der Männer immer noch mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. Krebssterblichkeit und Herz-Kreislaufsterblichkeit steigen insbesondere bei den Männern stark an, während Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache relativ an Bedeutung verlieren. In der Gruppe der über 64-Jährigen sind mehr als 80 Prozent aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen zurückzuführen. Die Sterblichkeit der Männer ist in dieser Altersgruppe nur mehr eineinhalb mal so hoch wie die Sterblichkeit der Frauen.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung

Rund drei Viertel der Österreicher und Österreicherinnen schätzen gemäß einer Erhebung aus dem Jahr 1999 ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Männer schätzen - wie fast überall in Europa - ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen, wobei die Un-

terschiede mit zunehmendem Alter größer werden. Neben dem Alter als bedeutendstem Faktor dürfte der Bildungsstatus (und damit verbunden auch die Art der beruflichen Tätigkeit sowie das verfügbare Einkommen) einen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche Befinden ausüben: Je höher das Bildungsniveau ist, desto höher ist die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.

Rund 1,7 Prozent der Österreicher benötigen bei wichtigen persönlichen Verrichtungen manchmal und 3,7 Prozent häufig oder immer Hilfe. Der Anteil der häufig oder stets auf fremde Hilfe angewiesenen Personen ist bei Männern etwas niedriger als bei Frauen. Naturgemäß steigt der Anteil der wegen Behinderungen häufig auf fremde Hilfe angewiesenen Personen mit zunehmendem Alter - bei den über 85-Jährigen beträgt er mehr als 22 Prozent. Bei Tätigkeiten des täglichen Lebens sind 1,9 Prozent der Bevölkerung auf fremde Hilfe angewiesen.

2002 bezogen 348.000 Österreicher und Österreicherinnen (4,3 % der Bevölkerung) Pflegegeld. Rund 16.000 Personen davon waren als in hohem Ausmaß (Stufen 6 und 7) pflegebedürftig eingestuft, wobei das Ausmaß der Behinderungen und damit der Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter steigt. Die Anzahl der Pflegegeld beziehenden Frauen war mehr als doppelt so hoch wie jene der Männer.

Gesundheitliche Einflussfaktoren

Nach Auswertungen der Mikrozensus-Daten von 1999 sind rund ein Viertel bis ein Drittel der österreichischen Männer übergewichtig und elf Prozent sind mit einem Body-Mass-Index von über 30 als stark übergewichtig zu beurteilen. Der Anteil der dicken Männer ist damit deutlich höher als jener der übergewichtigen Frauen (weniger als ein Fünftel), bei den stark übergewichtigen Personen ist kein geschlechtsspezifischer Unterschied festzustellen. Die Anteile an übergewichtigen und stark übergewichtigen Männern steigen mit zunehmendem Lebensalter bis zur Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen deutlich an. Übergewicht erhöht - als häufige unmittelbare Folge ungünstiger Verhaltensweisen - das Risiko beispielsweise einer Herz-Kreislauf- oder Diabeteserkrankung erheblich.

Gesunde **Ernährung** vermag einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheitserhaltung und Wohlbefinden zu leisten. Die Auswertungen zeigen, dass gesunde Ernährung bei Männern einen deutlich geringeren Stellenwert einnimmt als bei Frauen. Unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten der Geschlechter dürften sich bereits in früher Kindheit herausbilden und über weite Lebensabschnitte beibehalten werden. Männer essen seltener Obst und Gemüse und bevorzugen in weit höherem Ausmaß fleischreichere und eher deftige Speisen.

Österreichische Männer greifen auch häufiger zur **Zigarette** und konsumieren täglich häufiger und eine deutlich höhere Menge an **Alkohol** als Frauen. Auch die Verkehrssicherheit ist durch alkoholisierte Männer wesentlich stärker beeinträchtigt als durch alkoholisierte Frauen. Bedenklich ist vor allem der hohe Raucheranteil bei den männlichen Jugendlichen (37 %), der zwischen 1991 und 1999 von allen Altersgruppen am stärksten anstieg.

Gesundheitsvorsorge ist in Österreich seit Jahren eine Domäne der Frauen (Männer zu Frauen = 47 : 53 Prozent), obwohl sich die Inanspruchnahmehäufigkeit langsam angleicht. In den Jahren 1991 bis 2002 haben rund 8,8 Prozent aller Männer über 19 Jahre an einer kos-

tenlosen Gesundenuntersuchung teilgenommen. Derzeit wird die Vorsorgeuntersuchung gerade vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer überarbeitet, um sie mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer auszurichten.

Eine männerzentrierte Vorsorgemaßnahme ist die Früherkennung von Prostata- und Hodenkrebs. Eine mögliche Früherkennung von Prostatakrebs kann dabei durch die Durchführung eines bestimmten Tests erfolgen, bei dem die Konzentration eines bestimmten Enzyms, des prostataspezifischen Antigens (PSA), im Blut gemessen wird.

Arbeits- und Lebensumfeld

Der überwiegende Teil der Männer verbringt etwa zwei Drittel des Lebens im Erwerbsleben, wodurch **berufliche Belastungen** für die männliche Gesundheit von entscheidender Bedeutung sind. So fühlen sich Männer durch den Beruf weitaus häufiger gesundheitlich belastet (starker Zeitdruck, schwere körperliche Arbeit, Konflikte am Arbeitsplatz) als es bei Frauen der Fall ist. Männer sind auch um ein Vielfaches öfter Opfer von Arbeitsunfällen als Frauen, wobei Männer außerdem mehr in unfallträchtigen Branchen beschäftigt sind. Auch die Betroffenheit von anerkannten Berufskrankheiten ist bei Männern höher als bei Frauen, wobei hier vor allem die Schwerhörigkeit durch Lärm als besonders häufige männerdominierte Berufskrankheit hervorzuheben ist.

Umgekehrt zum Arbeitsumfeld fühlen sich Männer von Belastungen durch das **Lebensumfeld** bzw. durch den Mix an Belastungen durch das Lebensumfeld und den Beruf weniger betroffen als Frauen. Eine Untersuchung des ÖBIG ergab, dass fast alle in einer Familie mit Partnerin und Kindern lebenden Männer sich seelisch ausgeglichen fühlen, bei den allein lebenden Männern jedoch nur knapp mehr als die Hälfte.

Sport und Bewegung wird von Männern in größerem Ausmaß als von Frauen betrieben, wobei Männer mit höherer Schulbildung tendenziell häufiger Sport als Männer mit niedrigem Bildungsstatus betreiben. Ein Grund dafür mag auch sein, dass letztere vermutlich höheren körperlichen Belastungen im Beruf ausgesetzt sind.

ÖBIG-Survey

Die Hintergründe des Gesundheitsverhaltens und die Ursachen für Wahrnehmungsdefizite von Männern in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand wurden mittels einer repräsentativen, bundesweiten telefonischen Befragung von 500 Männern zwischen 16 und 87 Jahren erforscht.

Die am meisten genannten **Beschwerden** betrafen Bluthochdruck, Rückenschmerzen und Unfallfolgen. Antriebslosigkeit, Ängste oder depressive Verstimmungen wurden nur von einer kleinen Minderheit der befragten Männer angeführt. Bezüglich des seelisch-psychischen Zustandes war der weitaus überwiegende Teil der Männer zufrieden, nur drei Prozent der Befragten gaben an, unausgeglichen zu sein.

Vier von fünf befragten Männern glauben, gesundheitsbewusst zu leben, wobei das **Gesundheitsbewusstsein** bei älteren Männern deutlicher ausgeprägt ist als bei jüngeren und

auch mit zunehmendem Ausbildungsniveau steigt. Gesunde Bewegung, vorsichtiges Fahrverhalten, gesunde Ernährung, regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung und sportliche Betätigungen wurden am häufigsten als persönliche Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung angeführt.

Von den nicht gesundheitsbewusst lebenden Männern wurden als häufigste Gründe dafür ungesunde Ernährung, Nikotinmissbrauch, Bewegungsmangel und Alkoholabusus genannt. Die häufigsten Begründungen waren die Freude am Genuss, mangelnde Selbstbestimmung und Zeitknappheit.

Abbildung 3: Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren nach Altersgruppen - Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden

bis 19 Jahre	20 bis 44 Jahre
Stress (55 bzw. 69 %) Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (21 bzw. 38 %) Zu wenig Schlaf (55 %) Mangelndes Gesundheitsbewusstsein (34 %) Ungesunde Ernährung (34 %)	Stress (59 bzw. 66 %) Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (35 bzw. 41 %) Zu wenig Schlaf (36 %) Rauchen (29 %) Zu wenig Bewegung (31 %)
45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Stress (44 bzw. 59 %) Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (20 bzw. 29 %) Mangelndes Gesundheitsbewusstsein (30 %) Ungesunde Ernährung (26 %) Zu wenig Bewegung (31%)	Stress (12 bzw. 67 %) Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (3 bzw. 67 %) Beeinträchtigung Wohnort (27 %) Ungesunde Ernährung (21%) Zu wenig Bewegung (18%)

Der 1. Wert in der Klammer bezieht sich dabei auf alle Befragten und der 2. Wert auf alle Berufstätigen

Quelle: Kapitel 3 des Männergesundheitsberichts; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die größte **Bedrohung** ihrer Gesundheit sehen österreichische Männer, insbesondere berufstätige Männer, im Stress. Als weitere Bedrohungsfaktoren wurden häufig Schlafmangel, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung sowie zu geringes Gesundheitsbewusstsein genannt. Von mehr als jedem fünften Mann wird eine Bedrohung der eigenen Gesundheit auch in Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, Rauchen, der Ausübung gefährlicher Berufe oder in der zu geringen Sensibilität für körperliche Warnsignale gesehen.

Die bedeutenste Informationsquelle in Fragen gesundheitlicher Belange und den größten Einfluss auf das eigene Gesundheitsverhalten sind laut Survey die Familie bzw. die engere Wohnumgebung. Weitere häufig genannte Informationsquellen sind Arzt sowie Freunde und Bekannte. Printmedien, TV/Radio, Arbeits- oder Vereinskollegen weisen einen weitaus geringeren Stellenwert auf, die geringste Bedeutung haben Prominente.

Problemlagen

Männer haben tendenziell ein höheres Risiko im Laufe ihres Lebens an einer geschlechtsindifferenten Erkrankung zu leiden als Frauen. Sie erkranken zwar nur halb so oft an bösartigen Neubildungen wie Frauen, sterben aber doppelt so oft daran. Darüber hinaus nehmen

Männer Gesundheitsleistungen mit Präventivcharakter, wie kostenlose Vorsorgeuntersuchungen, deutlich seltener in Anspruch und zeigen ein geringeres Gesundheitsbewusstsein. In der Folge leiden sie häufiger an vermeidbaren Erkrankungen als gleichaltrige Frauen: Österreichische Männer haben beispielsweise das dreifache Risiko an einer Leberzirrhose zu sterben und erkranken nach wie vor häufiger an Lungenkarzinomen als Frauen, auch wenn diese Unterschiede immer geringer werden.

Aus den Mikrozensus-Daten und anderen öffentlichen Statistiken, dem ÖBIG-Survey und den Expertengesprächen konnten folgende Problemfelder und Einflussfaktoren identifiziert werden, die die Gesundheit von Männern in besonderem Ausmaß belasten:

Lebensstil (Ernährung, Alkohol, Bewegung, Rauchen)

Stress

Erhöhte Unfallhäufigkeiten, die speziell bei jungen Männern auf ein bewusstes, höheres Risikoverhalten zurückzuführen sind

Körperliche Belastungen, z. B. durch Schwer- und Schichtarbeit

Geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, speziell im Bereich der Gesundheitsvorsorge

Best-Practice Modelle

Dass Österreich ein Vorreiter in Sachen Männergesundheit ist, zeigt sich auch an der Gründung der Internationalen Gesellschaft für Männergesundheit (ISMH) anlässlich des in Wien abgehaltenen ersten Weltkongresses zur Männergesundheit im Jahr 2001, dem mittlerweile zwei weitere Tagungen folgten. Das Hauptziel der ISMH ist der Aufbau eines internationalen und interdisziplinären Netzwerkes von Männergesundheitsforschern, das einen regelmäßigen Austausch von relevanten Forschungsergebnissen und in der Folge eine weltweite Verringerung der Mortalität und Morbidität von Männern ermöglichen soll.

Eine breitenwirksamer Weg, Männern ein aktives Gesundheitshandeln nahe zu bringen, sind Gesundheitsinformationsveranstaltungen wie Männergesundheitstage, die beispielsweise schon viermal in Wien, dreimal in Niederösterreich und zweimal in Salzburg stattgefunden haben. Eine weitere taugliche Methode ist die Einrichtung männerspezifischer Gesundheitseinrichtungen, wie das Männergesundheitszentrum M.E.N. im Wiener Kaiser-Franz-Josef Spital oder im Bereich der Urologie die men-doc Ambulanz im Krankenhaus Lainz, wobei eine Evaluierung der Effizienz dieser Einrichtungen interessant wäre. Von M.E.N und vom Österreichischen Institut für Familienforschung werden auch Workshops an Schulen, z. B. zum Wandel der Geschlechterrollen oder zu sexueller Gesundheit angeboten. Daneben offerieren auch einige Männerberatungsstellen vereinzelt Gesundheitsberatung.

Gesundheitskampagnen, die sich ausschließlich an Männer richten, gibt es v. a. im Bereich der sexuellen Gesundheit, speziell zu den Themen Erektionsstörungen und Krebsvorsorge. Eine aktuelle, breitenwirksame Kampagne wurde im Oktober 2003 von der ISMH in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer, der Österreichischen Krebshilfe und der Stadt Wien unter dem Motto „Männersache Gesundheit“ gestartet. Das Ziel der Kampagne ist, Männer im Sin-

ne einer „Anleitung zum Gesundbleiben“ zu motivieren, besser auf ihre eigene Gesundheit zu achten.

Als wichtiger Teilbereich von Prävention und Gesundheitsförderung wurden Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsprogramme identifiziert. Derzeit wird die für alle Österreicher und Österreicherinnen einmal jährlich kostenlos angebotene Gesundenuntersuchung gerade vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer überarbeitet, um sie mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer auszurichten bzw. sie in Zukunft auf das Geschlecht und das Alter des Patienten abzustimmen. Eine weitere Initiative sind sogenannte Männergesundheitspässe, wie das Andro-CHECK-Pickerl.

Nicht explizit geschlechtsspezifisch ausgestaltete Best-Practice Projekte sind z. B. ein vom Fonds Gesundes Österreich ausgeschriebener Betriebsküchenwettbewerb, das nationale österreichische Verkehrssicherheitsprogramm und das deutsche Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“.

Maßnahmenplanung

Die im Bericht vorgeschlagenen Präventiv- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf der Analyse von bestehenden mänderspezifischen Gesundheitsangeboten und wurden in rund zweistündigen Gesprächen mit 31 Männergesundheitsexperten (Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, Soziologen, Sozialmedizinern, Pädagogen, Sozialarbeitern, Gesundheitsförderungsexperten, Journalisten und Ökonomen) vom ÖBIG erarbeitet und mit den Projektbeiratsmitgliedern abgestimmt.

Folgende Aktivitäten sollen dabei im Mittelpunkt stehen:

Medizinische Maßnahmen, z. B. Erhöhung der Treffsicherheit und Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen, Aufwertung und Standardisierung von Arzt- oder Therapeutengesprächen sowie Vorschlag einer Abklärung des Begriffes „Männerarzt“;

Psychosoziale und pädagogische Maßnahmen mit u. a. dem Ziel einer Reduktion der Zahl von rauchenden Männern und einer stärkeren Forcierung von Gesundheitserziehung im Kindesalter sowie einer Steigerung gesellschaftlicher Akzeptanz gesundheitsbewusster Männer;

Politische Maßnahmen, wie die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für Buben- und Männergesundheitsfragen in der männerpolitischen Grundsatzabteilung des BMSG zur Vernetzung von Männergesundheitsexperten und -einrichtungen in Österreich; Ausbau geschlechtsspezifischer Forschungsprojekte durch die Männerabteilung

Mediale Begleitmaßnahmen, um eine nachhaltige Verbreitung der Bedeutung von Männergesundheit und Lebensstiländerungen zu erreichen;

Settingbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus den Bereichen Verkehr, Arbeitsumfeld und Sport.

Speziell dem Lebensbereich Sport soll in Zukunft mehr Aufmerksamkeit hinsichtlich der Vorsorge gewidmet werden, da Erfahrungen aus Deutschland und die Ergebnisse des ÖBIG-

Survey zeigen, dass Männern die Bedeutung von Sport und Bewegung für ein gesundheitliches Wohlbefinden bewusst ist. Ein Vorschlag ist daher, den „Gesündesten Fußballverein Österreichs“ zu suchen. Dieser Fußball - Gesundheitscup soll vom BMSG in Abstimmung mit dem Staatssekretariat für Sport und dem Österreichischen Fußballbund unter enger Einbeziehung von österreichischen Medien veranstaltet werden.

Die von der Männerabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz herausgegebene Studie zu Suiziden von Männern in Österreich (BMSG 2003b) war ein wichtiger Schritt zur Bestimmung männlicher Risikogruppen. Weitere wichtige Forschungsprojekte wären eine tiefergehende Motivforschung und die Erarbeitung von Präventionsmodellen, die als Grundlage für geschlechtsspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung dienen könnten.

Fazit

Das Gesundheitswesen steht vor der Aufgabe, in Zukunft geschlechtssensibler zu agieren und die Bedeutung des Geschlechts systematisch zu berücksichtigen. Das Ziel ist dabei nicht die Ausweitung von Versorgungsleistungen sondern eine Erhöhung der Bedürfnisorientierung und damit der Treffsicherheit des Angebots, d. h. eine differenziertere Ausrichtung auf verschiedene Zielgruppen, darunter Männer.

Ein wichtiger erster Schritt dazu erfolgte mit der Erstellung des vorliegenden, umfassenden österreichischen Männergesundheitsberichts. Die Ergebnisse der Analysen zeigen jedoch, dass die Ursachenforschung im Bereich der Männergesundheit auch hierzulande noch intensiviert werden muss, obwohl Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine Vorreiterrolle einnimmt. Zusätzlich ist aus Sicht der Experten eine bessere Abstimmung der Gesundheitsangebote auf die Bedürfnisse der Männer, speziell im Bereich der Gesundheitsvorsorge erforderlich.

Dies soll unter anderem mit der raschen Umsetzung der im Bericht vorgeschlagenen Maßnahmen erfolgen, wobei als nächster Schritt die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für Buben- und Männergesundheitsfragen am Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz vorgeschlagen wird. Damit soll eine koordinierte Vernetzung der Akteure der Männergesundheit in Österreich und eine bessere Abstimmung der vorhandenen männerzentrierten Gesundheits- und Beratungsangebote ermöglicht werden.

Danksagung

Wir danken den Mitgliedern des Projektbeirats und den interviewten Experten für ihre Unterstützung bei der Erstellung des ersten gesamtösterreichischen Männergesundheitsberichts, insbesondere für Ihre unentgeltliche Teilnahme an den Projektbeiratssitzungen im ÖBIG.

Dank gebührt auch dem Leiter der männerpolitischen Grundsatzabteilung im Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Herrn Dr. Johannes Berchtold sowie seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, insbesondere Dr. Daniela Fender-Tarczaly, Mag. Marion Schirnböck-Madjera und Mag. Alexander Braun für ihr Interesse an dem Thema Männergesundheit und für ihre tatkräftige Unterstützung.

Mitglieder des Projektbeirats

Univ.Prof. Dr. phil. Peter Berger (Institut für Biomedizinische Altersforschung, Abt. Endokrinologie an der Universität Innsbruck)

Dr. Michael Eisenmenger (Facharzt für Urologie und Andrologie, Obmann der Bundesfachgruppe Urologie in der ÖAK, Präsident des Berufsverbandes der Österreichischen Urologen)

Dr. Allan Guggenbühl (Psychologe, Leiter des Instituts für Konfliktmanagement und Mythodrama in Zürich)

Univ.Prof. Dr. Reinhard Krepler (Ärztlicher Leiter des AKH Wien)

Univ.Prof. Prim. Dr. Michael Marberger (Vorstand der Universitätsklinik für Urologie am AKH Wien)

Univ.Prof. Dr. Siegfried Meryn (Institut für Medizinische Aus- und Weiterbildung am AKH Wien, Präsident der International Society for Men's Health & Gender, ISMH)

Univ.Prof. Dr. Richard Horst Noack, Ph. D. (Vorstand des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität Graz)

Univ.Prof. Dr. Anita Rieder (Institut für Sozialmedizin der Universität Wien, Vorsitzende der Public Health Kommission des OSR)

Univ.Prof. Prim. Dr. Karl Silberbauer (Leiter der Internen Abteilung des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt)

Univ.Prof. Dr. Gernot Sonneck (Vorstand des Instituts für medizinische Psychologie an der Universität Wien)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Aufbau	4
2 Ausgewählte Kennzahlen zur österreichischen Männergesundheit	7
2.1 Einleitung	7
2.2 Soziodemographie	7
2.2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung	7
2.2.2 Beschäftigung und Arbeitsmarkt	10
2.2.3 Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnen	12
2.3 Gesundheitszustand	14
2.3.1 Lebenserwartung	14
2.3.2 Sterblichkeit	18
2.3.3 Morbidität	31
2.3.4 Arztbesuchshäufigkeiten	41
2.4 Einflussfaktoren	43
2.4.1 Somatische Basisdaten	43
2.4.2 Ernährung	44
2.4.3 Sport und Bewegung	46
2.4.4 Suchtverhalten	48
2.4.5 Arbeitsumfeld	51
2.4.6 Lebensumfeld	56
2.4.7 Gesundheitsvorsorge	57
2.5 Zusammenfassung	60
3 Motivforschung	68
3.1 Einleitung	68
3.2 Methode	68
3.3 Ergebnisse	70
3.3.1 Gesundheitszustand	70
3.3.2 Beschwerden	72
3.3.3 Gesundheitsbewusstsein	74
3.3.4 Gründe für ungesunde Lebensweise	77
3.3.5 Bedrohungsfaktoren für die eigene Gesundheit	79
3.3.6 Gesundheitsinformation	81
3.3.7 Maßnahmen für die Gesundheit der Männer	83
3.4 Zusammenfassung	86
4 Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Männer	88

4.1	Ausgangslage	88
4.2	Best-Practice Modelle	90
4.2.1	Männerzentrierte Gesundheitsangebote und -initiativen.....	91
4.2.2	Geschlechtsindifferente Projekte	99
4.3	Maßnahmenvorschläge.....	100
4.3.1	Medizinische Maßnahmen	101
4.3.2	Psychosoziale und pädagogische Maßnahmen	104
4.3.3	Politische Maßnahmen	107
4.3.4	Mediale Begleitmaßnahmen	109
4.3.5	Settingbezogene Gesundheitsförderung	109
4.4	Resümee	114
	Literatur- und Quellenverzeichnis	117
	Anhang	125
	Tabellenanhang	145

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1:	Kennzahlen - Altersstruktur in Österreich im Vergleich der Jahre 2001, 2010 und 2020 (Anteile an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht)	8
Abbildung 2.2:	Kennzahlen - Bevölkerungsanteile der über 14-jährigen Männer und Frauen differenziert nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in Prozent, 2001	9
Abbildung 2.3:	Kennzahlen - Die Entwicklung der Zahl der unselbstständig beschäftigten Männer, der männlichen Arbeitslosen und der männlichen Arbeitslosenquote, 1991 bis 2001 (Indexdarstellung 1991=100).....	11
Abbildung 2.4:	Kennzahlen - Familienstand der männlichen Bevölkerung nach Altersgruppen, 1999.....	13
Abbildung 2.5:	Kennzahlen - Anteile der männlichen Bevölkerung in Prozent nach der Haushaltsgröße (Zahl der im Haushalt lebenden Personen) und nach Altersgruppen, 1999.....	14
Abbildung 2.6:	Kennzahlen - Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich nach Geschlecht, 1980 bis 2001	17
Abbildung 2.7:	Kennzahlen - Sterbefälle der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht, 1992 bis 2001.....	19
Abbildung 2.8:	Kennzahlen - Entwicklung der Mortalität der österreichischen Männer nach Haupttodesursachen, 1992 bis 2001	21
Abbildung 2.9:	Kennzahlen - Entwicklung der Mortalität der unter 65-jährigen österreichischen Männer und Frauen nach Haupttodesursachen, 1992 bis 2001	22
Abbildung 2.10:	Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen der 0- bis 19- und 20- bis 44-Jährigen nach Geschlecht, 1992 bis 2001.....	23
Abbildung 2.11:	Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen der bis 45- bis 64-Jährigen und der über 64-Jährigen nach Geschlecht, 1992 bis 2001	24
Abbildung 2.12:	Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Herz-Kreislaufkrankungen, 1992 bis 2001.....	26
Abbildung 2.13:	Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Krebslokalisationen, 1992 bis 2001	28
Abbildung 2.14:	Sterblichkeit von Männern aufgrund von Lungen- und Prostatakrebs nach 5-Jahres-Altersgruppen ab dem 40. Lebensjahr, 1992 bis 2001	29
Abbildung 2.15:	Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, 1992 bis 2001	31
Abbildung 2.16:	Kennzahlen - Krankenhausmorbidity der österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Diagnosengruppen, 2001.....	33
Abbildung 2.17:	Kennzahlen - Krankenhausmorbidity der männlichen österreichischen Bevölkerung nach ausgewählten Diagnosengruppen, 1992 bis 2001	34

Abbildung 2.18:	Kennzahlen - Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt der 0- bis 19-Jährigen und der 20- bis 44-Jährigen nach Geschlecht, 2001	35
Abbildung 2.19:	Kennzahlen - Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt der 45- bis 64-Jährigen und der über 64-Jährigen nach Geschlecht, 2001.....	35
Abbildung 2.20:	Kennzahlen - Anteil von Männern und Frauen, die mindestens einmal jährlich einen Allgemeinarzt aufsuchen nach Ausbildungsniveau, 1999.....	42
Abbildung 2.21:	Kennzahlen - Häufigkeit der wöchentlichen sportlichen Aktivitäten zur körperlichen Ertüchtigung (mit Schwitzen) der 45- bis 64-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Ausbildungsniveau, 1999	47
Abbildung 2.22:	Kennzahlen - Täglicher Zigarettenkonsum der österreichischen Männer und Frauen - Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen, 1999.....	49
Abbildung 2.23:	Kennzahlen - Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) nach Altersgruppen, 2001.....	53
Abbildung 2.24:	Kennzahlen - Tödliche Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) nach Altersgruppen, 2001.....	54
Abbildung 2.25:	Kennzahlen - Die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten von Männern und Frauen, 1995 bis 2001	55
Abbildung 2.26:	Kennzahlen - Inanspruchnahme der Basisgesundenuntersuchung in Österreich nach Geschlecht, 1991 bis 2002.....	58
Abbildung 3.1:	Survey - Verteilung der befragten Männer auf Altersgruppen und Ausbildungsniveau	69
Abbildung 3.2:	Survey - Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand nach Altersgruppen	70
Abbildung 3.3:	Survey - Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Männer ab 20 Jahren.....	71
Abbildung 3.4:	Survey - Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach Lebensform (Haushaltsstruktur).....	72
Abbildung 3.5:	Survey - Häufige gesundheitliche Beschwerden	73
Abbildung 3.6:	Survey - Häufige Beschwerden nach Altersgruppen: Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden	74
Abbildung 3.7:	Survey - Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach gesundheitsbezogenem Lebensstil.....	75
Abbildung 3.8:	Survey - Persönliche gesundheitsfördernde Aktivitäten	76
Abbildung 3.9:	Survey - Gründe für eigene ungesunde Verhaltensweisen	78
Abbildung 3.10:	Survey - Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren	79
Abbildung 3.11:	Survey - Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren nach Altersgruppen – Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden.....	80
Abbildung 3.12:	Survey - Informationsquellen für Gesundheitsthemen mit sehr großer Bedeutung bzw. das Gesundheitsverhalten sehr stark beeinflussende Personen und Institutionen	81

Abbildung 3.13: Survey - Informationsquellen für Gesundheitsthemen mit sehr großer Bedeutung bzw. das Gesundheitsverhalten sehr stark beeinflussende Personen und Institutionen nach Altersgruppen - Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden	82
Abbildung 3.14: Survey - Nennung von als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer	84
Abbildung 3.15: Survey - Nennung von häufig als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer: Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden.....	85

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen, 1992 bis 2000.....	25
Tabelle 2.2: Kennzahlen - Die häufigsten Krebstodesursachen in Österreich, 1992 bis 2001	27
Tabelle 2.3: Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Österreich nach Geschlecht, 1992 bis 2001.....	30
Karte 2.1: Kennzahlen - Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung nach Bundesländern, 1991 bis 2001	16
Karte 2.2: Kennzahlen - Mortalität der männlichen Bevölkerung nach politischen Bezirken, 1992 bis 2001	20

Bitte beachten Sie auch die Datentabellen im Anhang.

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
AMS	Österreichisches Arbeitsmarktservice
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AVOS	Arbeitskreis für Vorsorgemedizin
BGF	Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement der Stadt Wien
BM	Bundesministerium
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BSMG	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, vormals Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BMI	Body-Mass-Index
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BN	Krebserkrankungen (ICD9 140.x-239.x)
COPD	Chronische obstruktive Lungenerkrankung
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
Ed.	Edition, Ausgabe
EMHF	European Men's Health Forum
EU	Europäische Union
exkl.	exklusive
EW	Einwohner
F.E.M.	Wiener Frauengesundheitszentrum
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GIZ	Gesundheitsinformationszentrum der Salzburger Gebietskrankenkasse
H	Heft
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HKE	Herz-Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD9	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 9
ISMH	International Society for Men's Health and Gender
Jg.	Jahrgang
VI	

KA	Krankenanstalt
KFJ	Kaiser-Franz-Josef Spital
KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
KH	Krankenhaus
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
LE	Lebenserwartung
LÖGD	Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
MA-L	Magistratsabteilung L der Stadt Wien, inzwischen Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement
M.E.N.	Männergesundheitszentrum im Kaiser-Franz-Josef Spital in Wien
NER	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD9 320.x-389.x)
Nr.	Nummer
OR	Orthopädische Erkrankungen (ICD9 710.x-739.x)
ÖAL	Österreichischer Arbeitsring für Lärmbekämpfung
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖFB	Österreichischer Fußballbund
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
ÖGIS	Österreichisches Gesundheitsinformationssystem am ÖBIG
ÖGHM	Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin
ÖIF	Österreichisches Institut für Familienforschung
OSR	Oberster Sanitätsrat
Prof.	Professor
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
PSY	Psychiatrische Krankheiten (ICD9 290.x-319.x)
PUL	Krankheiten der Atmungsorgane (ICD9 460.x-519.x)
S.	Seite
SIGIS	Service- und Informationsstelle für Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen
SON	Sonstige Todesursachen
SW	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD9 240.x-279.x)
u. a.	unter anderem
u. ä.	und ähnliches
URO	Krankheiten der Urogenitalorgane (ICD9 580.x-629.x)
v. a.	vor allem

VER	Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x)
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
VU	Vorsorgeuntersuchung
VV	Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WHO EURO	WHO Regional Office for Europe
WWW	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Studien im In- und Ausland haben gezeigt, dass Männer im Durchschnitt eine niedrigere Lebenserwartung sowie ein höheres Erkrankungsrisiko als Frauen aufweisen und Gesundheitsleistungen tendenziell in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen. So ist die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern europaweit im Schnitt um zirka sieben Jahre (Stand 2001) geringer als jene von Frauen, wobei sich diese Lücke in der Lebenserwartung nach Schätzungen von Eurostat bis zum Jahr 2050 in Europa auf vier Jahre reduzieren (Lebenserwartung Frauen 87 Jahre, Männer 84 Jahre) wird. Darüber hinaus nehmen Männer Gesundheitsleistungen mit Präventivcharakter deutlich seltener in Anspruch und zeigen ein geringeres Gesundheitsbewusstsein, weshalb sie in der Folge häufiger an vermeidbaren Erkrankungen leiden als gleichaltrige Frauen (White/Cash 2003a, Courtenay 2001, Rieder 2002).

Tatsächlich wird erst seit wenigen Jahren akzeptiert, dass Frauen und Männer an unterschiedlichen Krankheiten mit unterschiedlichen Symptomen und Verläufen leiden und auch ein anderes Verständnis von Gesundheit haben. Diese Tatsache ist vielen Ärzten jedoch noch nicht ausreichend bewusst, obwohl die gesundheitsrelevante Bedeutung des biologischen und sozialen Geschlechts inzwischen außer Zweifel steht (Sozialministerium Baden-Württemberg 2000, Hurrelmann/Kolip 2002).

Interessant ist, dass das Thema Männergesundheit eine völlig andere Entwicklung genommen hat als Frauengesundheit. Während der Bedarf an frauenspezifischen Gesundheitsangeboten als Folge der Frauenbewegung und einer gesellschaftspolitischen Debatte im Zuge der Straffreistellung des Schwangerschaftsabbruchs entstand, kam der Impuls für eine männergesundheitsorientierte Forschung von naturwissenschaftlicher bzw. industrieller Seite (Hurrelmann/Kolip 2002). Dieser auch in Österreich bemerkbare globale Trend ging von einem Wandel der geschlechtlichen Rollenverteilung aus und erhielt vor rund fünf Jahren mit der Etablierung einer neuartigen medikamentösen Behandlungsmöglichkeit von Erektionsstörungen einen weiteren entscheidenden Impuls. Zusätzlich entflamte in Österreich eine Diskussion über eine altersbedingte Hormonbehandlung von Männern.

Nunmehr widmet sich die Fachöffentlichkeit vermehrt den schon länger bekannten, aber dennoch wenig beachteten Defiziten in der Männergesundheit, was sich auch in einem steigenden Interesse der Politik und in weiterer Folge der Medien und der Öffentlichkeit bemerkbar machte (Klotz 2002).

Österreich setzte im Bereich der mÄnnerspezifischen Forschung über die Grenzen reichende Initiativen:

Wien gab als erste europÄische Region einen MÄnnergesundheitsbericht in Auftrag

In Österreich wurde auf Initiative von Prof. Meryn und Prof. Marberger im Jahr 2001 die internationale Gesellschaft für MÄnnergesundheit (International Society for Men's Health and Gender, ISMH) gegründet

In Österreich wurde das EU-weit erste MÄnnergesundheitszentrum eingerichtet (vgl. dazu Punkt 4.2.1)

Die mÄnnerpolitische Grundsatzabteilung hat mit der Studie „Suizide von MÄnnern in Österreich“ (BMSG 2003b) die Grundlagenforschung im Bereich mÄnnlichen Risiko- und Gesundheitsverhaltens begonnen

Die ISMH veranstaltete in der Folge im November 2001 einen der ersten weltweiten MÄnnergesundheitskongresse (ISMH 2001 und 2002). In Deutschland gibt es zwar auch derartige Bestrebungen, diese haben aber im Gegensatz zu Österreich noch zu keiner Erstellung eines MÄnnergesundheitsberichtes geföhrt, obwohl das vom Initiativkreis MÄnnergesundheit, dem namhafte Experten wie Professor Hurrelmann oder Dr. Klotz angehören, immer wieder gefordert wird (Switchboard 8-9/2002).

Ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsversorgung ist die Gesundheitsföhderung bzw. Prävention. Dieser wird heutzutage ein immer größerer Stellenwert beigemessen, denn sie bewirkt eine Verbesserung der Lebensqualität und zÄhlt gemeinsam mit der Gesundheitsföhderung in Entsprechung der 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedeten Ottawa-Charta zu den Schlüsselpbegriffen einer zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung. Prävention definiert dabei verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen, die auf eine Verminderung identifizierter Risiken für spezifische Erkrankungen und auf eine Steigerung der Eigenkompetenz abzielen.

Präventionsmaßnahmen beschränken sich nicht allein auf medizinische Prophylaxe, sondern betreffen auch andere Lebensbereiche. So sind auch Unfallverhütungsmaßnahmen (z. B. Temporeduktion im Straßenverkehr) oder eine Umstellung des Lebensstils (z. B. Einschränkung des Alkoholkonsums, Änderung des ErnÄhrungsverhaltens) als Gesundheitsvorsorge-maßnahmen zu bezeichnen. Letzterer Aspekt ist für die sogenannte Krankheitslast einer Person von wesentlicher Bedeutung, da - speziell in westlichen LÄndern - lebensstilbedingte Erkrankungen einen großen Teil der Todesursachen bedingen.

Die Vermutung liegt nahe, dass Gesundheit(svorsorge) und Gesundheitsverhalten nicht nur von Alter, sozialer Schicht, Bildung und Arbeitsumfeld abhÄngig sind, sondern auch vom Geschlecht. Da MÄnner durch gängige Präventionsmaßnahmen nicht in ausreichendem Maß erreicht werden können, sollen nun neue Wege - auch hinsichtlich einer Bewusstmachung der Problematik in der Öffentlichkeit - bei der Gesundheitsprävention beschritten werden.

Darüber hinaus wird MÄnnergesundheit noch immer eher kurativmedizinisch diskutiert, was auch an der Einstellung der MÄnner liegen mag: MÄnner sind überwiegend an einer Kurie-

rung von Symptomen denn an der Erforschung der Ursachen oder Hintergründe ihrer Krankheit interessiert.

Die männerpolitische Grundsatzabteilung (Abteilung V/6) des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG) hat daher das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) im November 2002 mit einem entsprechenden Forschungsauftrag betraut. Parallel dazu wurde unter Federführung der männerpolitischen Abteilung eine Begleitstudie zur Diskussion ethischer, psychosozialer und philosophischer Fragestellungen des Themas in Form einer Aufsatzsammlung erarbeitet.

Eine geschlechtssensible Behandlung des Themas Gesundheit entspricht auch der Vorgabe der Europäischen Union (EU), bei jeglicher Art von gesetzlichen Regelungen, politischen Ideen und administrativen Entscheidungen für Geschlechtergerechtigkeit Sorge zu tragen (Politik des Gender Mainstreaming, Vertrag von Amsterdam 1999). Für die Gesundheitspolitik bedeutet dies, Geschlechterunterschiede in allen Bereichen mitzudenken: bei der Gesundheitsversorgung, bei der Formulierung von Gesundheitszielen, bei Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, in der Gesundheitsberichterstattung und auch in der Forschung.

1.2 Zielsetzung

Die WHO empfiehlt zur Förderung und Bewahrung von Gesundheit regelmäßige geschlechtsspezifische Monitorings- und Berichtssysteme, worunter unter anderem auch an die Politik und die Öffentlichkeit bzw. Medien gerichtete Männergesundheitsberichte verstanden werden.

Ein Ziel des vorliegenden Berichts ist daher eine umfassende, aktuelle Darstellung

von demographischen und sozialen Faktoren,

von epidemiologischen Kennzahlen,

der männergesundheitsbezogenen Einflussgrößen wie Lebens- und Arbeitsbedingungen und nicht zuletzt

des Lebensstils,

da Untersuchungen in den USA ergaben, dass die Lebensweise die Gesundheit etwa zu 50 Prozent beeinflusst, während die biologische Disposition („Veranlagung“) nur rund 20 Prozent bedingt (Rásky 1998).

Ein weiteres Ziel des Projekts - neben einer umfassenden Bestandsaufnahme des Gesundheitszustandes der österreichischen Männer - ist die Identifikation von spezifischen Problemlagen und Risikofaktoren. Des Weiteren sollen in Österreich bestehende geschlechtsspezifische Unterschiede bei Morbidität und Mortalität dargestellt und deren Hintergründe aufgezeigt werden.

Im Zuge des Projekts sollen außerdem die Hintergründe des Gesundheitsverhaltens bzw. -handelns von Männern beleuchtet werden, um die Bedeutung von gesundheitsförderndem Verhalten und die Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit transparent zu machen.

Abschließend sollen österreichische und ausgewählte ausländische Best-Practice Modelle der Männergesundheit vorgestellt und, darauf aufbauend, zielgruppengerechte medizinische, psychosoziale/pädagogische, mediale und politische sowie settingbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen vorgeschlagen werden. Damit sollen neben einer Dokumentation von männergesundheitsrelevanten Einflussgrößen auch Maßnahmen, die zu einer Verbesserung des männlichen Gesundheits(vorsorge)verhaltens führen, aufgezeigt werden.

Auf spezifische Probleme und besondere Bedürfnisse von Randgruppen der Gesellschaft wie Obdachlose oder Drogenabhängige wird im Rahmen des gegenständlichen Berichts nicht eingegangen, da der Fokus der Studie auf den „durchschnittlichen“ österreichischen Mann gerichtet war. Im Bericht nicht behandelt wird auch die breite Thematik der Männerberatung und Männerarbeit, da dazu - ebenfalls im Auftrag der männerpolitischen Grundsatzabteilung des BMSG - gleichzeitig eine gesonderte Studie mit dem Arbeitstitel „Männerarbeit in Österreich. Beratung - Bildung - Begegnung“ erstellt wurde.

1.3 Aufbau

Im Folgenden werden die Projektinhalte und die im jeweiligen Projektteil angewandte Methodik skizziert, wobei sich die Studie thematisch in drei Teilbereiche gliedert. Eine nähere Erläuterung der Vorgehensweise befindet sich im jeweiligen Kapitel. Details zur Methode können auch den „Bemerkungen zur Datenqualität“ und den „Begriffsbestimmungen und Methoden“ im Anhang entnommen werden.

Bei der Berichterstellung wurde das ÖBIG von einem wissenschaftlichen Projektbeirat mit zehn namhaften Experten der Männergesundheit (Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Sozialmediziner und Psychologen, vgl. Danksagung) unterstützt.

Kapitel 2: Kennzahlen zur Männergesundheit

Der erste Teil des Berichts umfasst die Erhebung und Aufbereitung von Kennzahlen zur Männergesundheit sowie die Darstellung von Einflussfaktoren auf die Gesundheit. In der Analyse wird gezeigt, durch welche Krankheiten und Risikofaktoren die Gesundheit österreichischer Männer besonders gefährdet ist.

Dies erfolgt

durch eine umfassende Darstellung von Parametern wie Mortalitäts- und Morbiditätskennzahlen (Lebenserwartung, Todesursachen, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, u. a.) und

eine systematische Aufstellung von Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Männern (Arbeitsbedingungen, soziale Lage, Suchtverhalten, u. a.), wobei soziodemographische Daten

die Darstellung der Situation der Männer in Österreich abrunden.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil dieses Studienteils ist die Identifikation von männertypischen Erkrankungen wie Prostatakrebs und lebensstilbedingten Risikofaktoren, die durch entsprechende Vorsorgemaßnahmen verhindert bzw. deren Folgen vermindert werden könnten. Die ermittelten Defizite wurden in der Folge als Ansatzpunkt für die Entwicklung von gruppenspezifischen Vorsorgemaßnahmen herangezogen. Im Zentrum des Interesses stand - wie bereits erläutert - der „durchschnittliche“ österreichische Mann.

Als primäre Datenquelle für die Erstellung des Berichts dienten amtliche Statistiken von Statistik Austria, dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG), dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT), der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), dem Kuratorium für Verkehrssicherheit (KFV), dem Österreichischen Arbeitsmarktsservice (AMS) sowie von einzelnen Krankenkassen.

Generell ist festzustellen, dass zur Beschreibung von Mortalität und Krankenhausmorbidity recht zuverlässige Daten zur Verfügung standen, dass jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität“ ein erhebliches Datendefizit besteht. Durch den Mangel an nach einheitlichen Schemata dokumentierten Daten in Bezug auf Ressourcen und Kosten im gesamten Gesundheitswesen sind systemumfassende Darstellungen erschwert. Außerdem ist bei einigen Datenquellen auf Einschränkungen in der Verlässlichkeit der Daten hinzuweisen (vgl. dazu Abschnitt „Bemerkungen zur Datenqualität“ im Anhang).

Die Auswertungsergebnisse wurden in qualitativer Hinsicht durch eine deutschsprachige Literaturrecherche und Informationen aus internationalen Berichten zur Männergesundheit vervollständigt.

Kapitel 3: Motivforschung

Der Inhalt dieses Kapitels besteht aus Ergebnissen eines Survey, der sich mit dem gesundheitsrelevanten Handeln der männlichen österreichischen Bevölkerung und ihrem Umgang mit eigenen Gesundheitsangelegenheiten befasste. Mit dem ÖBIG-Survey sollten Ursachen für Wahrnehmungsdefizite von Männern in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand, wie sie beispielsweise Auswertungen des letzten Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ zeigten, festgestellt werden.

Darüber hinaus wurden die Hauptinformationsquellen für gesundheitliche Fragen von Männern erhoben, der Einfluss von Belastungen auf die Gesundheit festgestellt und das Interesse an möglichen Präventivmaßnahmen ausgelotet. Die Erhebung wurde durch Fragen zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes sowie zum Lebensstil (Alkohol- und Nikotinkonsum, allein oder in einem Familienverband lebend, usw.) vervollständigt. Die Fragenliste befindet sich im Anhang.

Methodisch erfolgte die Erhebung in Zusammenarbeit mit der Neuberger Research GmbH aus Wien. Diese führte im August 2003 eine repräsentative, bundesweite telefonische Befragung von 500 österreichischen Männern ab 16 Jahren durch. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Kapitel 4: Maßnahmenplanung

Aufgrund einer umfangreichen Literaturrecherche und Interviews mit 31 Männergesundheitsexperten sowie der Hinweise der Projektbeiratsmitglieder konnten Best-Practice Modelle der Männergesundheit identifiziert und in der Folge Vorsorge- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen abgeleitet werden. Die im Durchschnitt zweistündigen Gespräche wurden mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, Soziologen, Sozialmedizinern, Pädagogen, Sozialarbeitern, Gesundheitsförderungsexperten, Journalisten und Ökonomen geführt und fanden im Zeitraum 21. August bis 30. Oktober 2003 statt.

Eine Liste der Gesprächspartner und der Gesprächsleitfaden befinden sich im Anhang.

Die so gewonnenen Vorschläge wurden durch das ÖBIG aufbereitet, kategorisiert und im Anschluss in einem Workshop mit dem Projektbeirat auf ihre Relevanz geprüft. Schließlich wurde ein Maßnahmenkatalog, gegliedert nach medizinischen und psychosozialen Präventivmaßnahmen sowie pädagogischen, medialen und politischen Begleitmaßnahmen und drei auf das Lebensumfeld („Setting“) bezogene Gesundheitsförderungsvorschläge entwickelt. Die Maßnahmen zielen darauf ab, das Vorsorgeverhalten und das Gesundheitshandeln der österreichischen Männer positiv zu beeinflussen.

2 Ausgewählte Kennzahlen zur österreichischen Männergesundheit

2.1 Einleitung

Ziel der Analyse ist, die soziodemographische Situation der Männer in Österreich zu erfassen und aufzuzeigen, durch welche Krankheiten und Risikofaktoren die Gesundheit der Männer besonders gefährdet ist.

Das Kapitel gliedert sich - in Anlehnung an die Empfehlungen der EU zum Bereich Gesundheitsberichterstattung (Aktionsprogramm zur öffentlichen Gesundheit 1997-2001) - in die Abschnitte „Soziodemographie“, „Gesundheitszustand“ und „Einflussfaktoren“:

Im Abschnitt „Soziodemographie“ werden die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung, die Beschäftigungs- und Arbeitsmarktsituation sowie der Bereich Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnen analysiert.

Im Abschnitt „Gesundheitszustand“ werden Kennzahlen zur Lebenserwartung und zur Sterblichkeit von Männern in Österreich beschrieben.

Im Abschnitt „Einflussfaktoren“ werden ausgewählte Kennzahlen zu den Bereichen Ernährung, Sport und Bewegung, Suchtverhalten, Arbeitsumfeld, Lebensumfeld sowie Gesundheitsvorsorge ausgewertet.

2.2 Soziodemographie

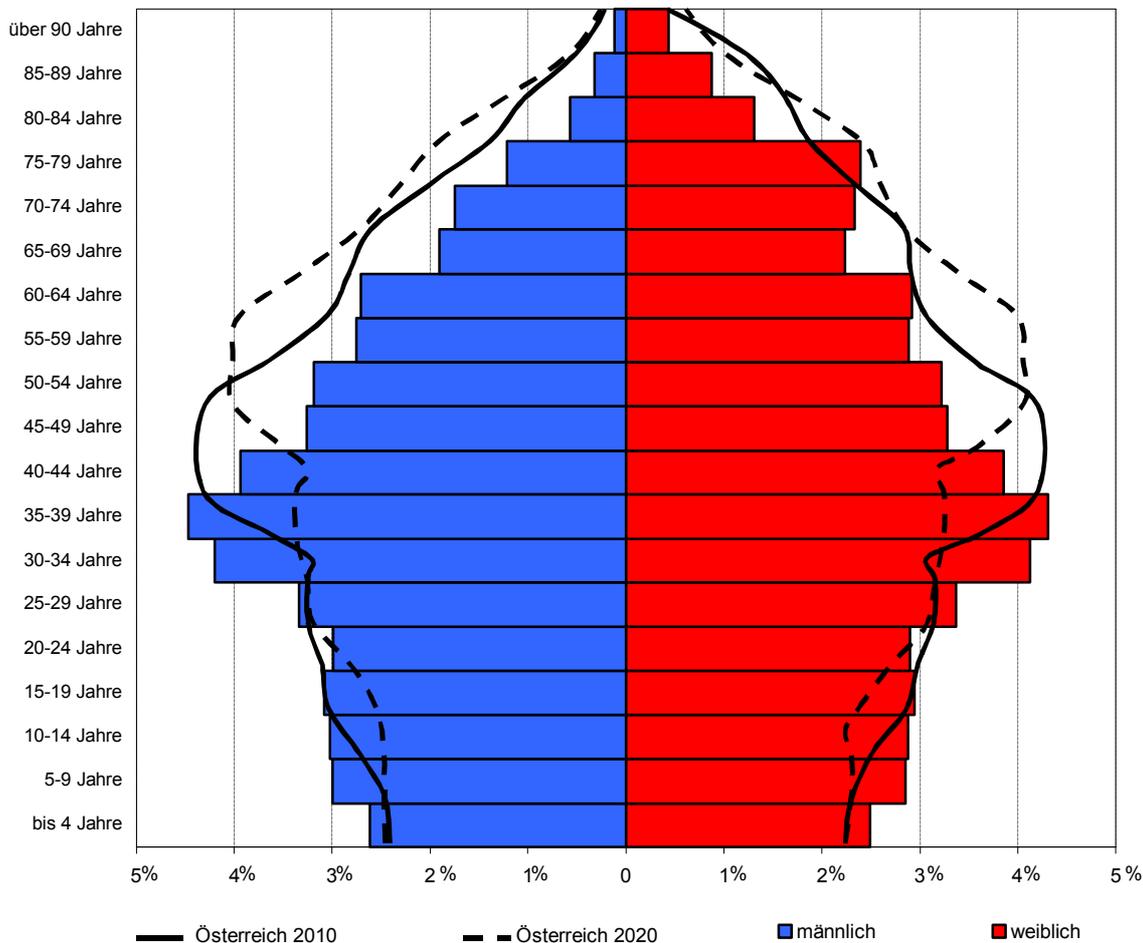
2.2.1 Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Im Jahr 2001 lebten in Österreich rund 8,03 Millionen Menschen, davon 48 Prozent (rund 3,9 Millionen) Männer. Etwa ein Viertel der männlichen Bevölkerung waren Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre), 39 Prozent zählten zu den jüngeren Männern im erwerbsfähigen Alter (20 bis 44 Jahre), ein Viertel zählte zu den älteren Männern des erwerbsfähigen Alters und etwa zwölf Prozent oder 472.000 Männer waren über 64 Jahre alt. Der Anteil an männlichen Kindern und Jugendlichen sowie an Männern im erwerbsfähigen Alter an den Männern insgesamt ist höher als bei den Frauen, der Anteil der über 64-Jährigen ist hingegen deutlich niedriger (vgl. Tabelle A 1 im Tabellenanhang).

Im Jahr 1991 wurden in Österreich etwa 7,8 Millionen Einwohner gezählt: 3,75 Millionen Männer und 4,04 Millionen Frauen. Zwischen 1991 und 2001 ist die Einwohnerzahl somit um 236.682 Personen oder drei Prozent gestiegen. Der Zuwachs bei den Männern war mit 3,6 Prozent um etwa einen Prozentpunkt höher als bei den Frauen, wobei sich die männlichen

Bevölkerungszunahmen ausschließlich auf die Altersgruppen von 45 bis 64 Jahren (12,5 %) und 65 Jahre und älter (16,6 %) beschränkten.

Abbildung 2.1: Kennzahlen - Altersstruktur in Österreich im Vergleich der Jahre 2001, 2010 und 2020 (Anteile an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht)



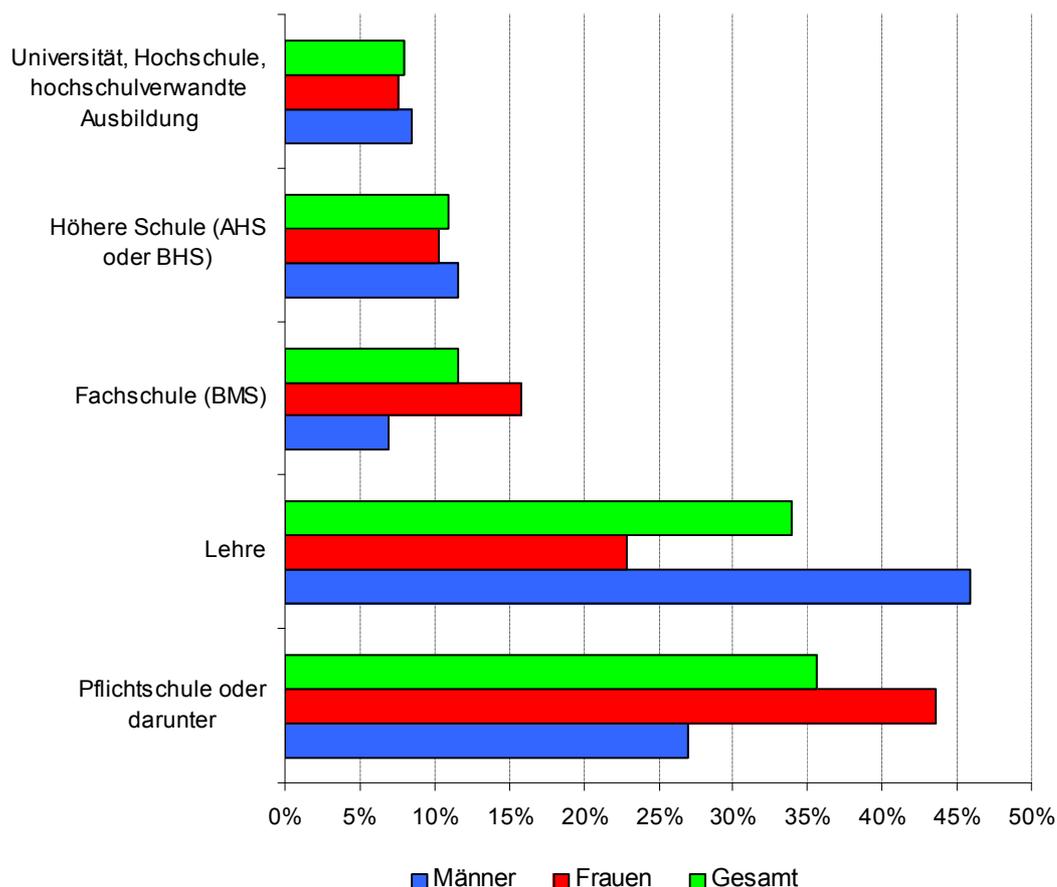
Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und Volkszählung 2001; Statistik Austria 2003a; ÖBIG-eigene Berechnungen

Eine Betrachtung der Veränderungen der Altersstruktur der in Österreich lebenden Männer in diesem Zeitraum zeigt, dass ausschließlich der Anteil der über 64-jährigen Männer gestiegen ist (um 5,4 %-Punkte auf 12,1 %). Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die Bundesländer Ost- und Südösterreichs (vgl. Tabelle A 1 im Tabellenanhang). Entwickelt sich die Lebenserwartung der Männer (vgl. Kapitel 2.3.1) ähnlich wie bei den Frauen, wird der Bevölkerungszuwachs in dieser Altersgruppe noch weiter steigen. Gemäß einer Bevölkerungsvorausschätzung der Statistik Austria (Statistik Austria 2003) wird der Anteil der über

64-Jährigen bei den Männern bis zum Jahr 2010 auf 15,3 Prozent und bis zum Jahr 2020 auf 18 Prozent ansteigen.

Differenziert man die Wohnbevölkerung nach der Staatsbürgerschaft, so zeigt sich, dass im Jahr 2001 in Österreich rund 711.000 Ausländer lebten, das sind 8,9 Prozent der gesamten Wohnbevölkerung. Davon waren rund 374.000 männlich, das sind 52,6 Prozent der Ausländer. Damit ist fast jeder Zehnte in Österreich lebende Mann ausländischer Staatsbürger. Nur knapp weniger als 15 Prozent der männlichen Ausländer sind EU-Bürger. Die höchsten Ausländeranteile an der männlichen Bevölkerung weisen die Bundesländer Wien (18 %), Vorarlberg (14,3 %) und Salzburg (12,3 %) auf. In den Jahren 1991 bis 2001 ist die Zahl der in Österreich lebenden Ausländer um 37,2 Prozent gestiegen, wobei der relative Zuwachs bei den Männern mit knapp 28 Prozent deutlich geringer war als bei den Frauen mit fast 50 Prozent. Der Ausländeranteil stieg damit bei den Männern um 1,8 und bei den Frauen um 2,6 Prozentpunkte (vgl. Tabelle A 2 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.2: Kennzahlen - Bevölkerungsanteile der über 14-jährigen Männer und Frauen differenziert nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung in Prozent, 2001



AHS = Allgemeinbildende Höhere Schule, BMS = Berufsbildende mittlere Schule

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 2001, ÖBIG-eigene Berechnungen

Differenziert man die männliche Bevölkerung nach deren höchster abgeschlossener Ausbildung (Statistik Austria - Volkszählung 2001), so zeigt sich, dass im Jahr 2001 knapp mehr als ein Viertel der in Österreich lebenden über 14-jährigen Männer über keinen Pflichtschulabschluss oder ausschließlich über einen solchen verfügten (Frauen: 44 %). 46 Prozent der über 14-jährigen Männer wiesen als höchsten Ausbildungsstand einen Lehrabschluss (Frauen: 23 %) auf und sieben Prozent den Abschluss einer Fachschule (Frauen: 16 %). Ein Fünftel der männlichen Bevölkerung hatte maturiert (Frauen: 18 %), wobei bei zwölf Prozent der Männer die Matura den höchsten Ausbildungsabschluss darstellte (Frauen: 10 %) und acht Prozent (Frauen ebenfalls 8 %) zusätzlich über einen Hochschul- bzw. Universitätsabschluss oder einen hochschulverwandten Ausbildungsabschluss verfügten (vgl. Abbildung 2.2 und Tabelle A 3 im Tabellenanhang).

2.2.2 Beschäftigung und Arbeitsmarkt

Im Jahr 2001 gab es in Österreich gemäß Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger rund 3,15 Millionen unselbstständig Beschäftigte. Davon waren rund 1,75 Millionen oder 56 Prozent Männer. Im Jahr 1991 waren es 59 Prozent von insgesamt rund drei Millionen Beschäftigten, der Anteil der Männer ist kontinuierlich gesunken (vgl. Abbildung 2.3 und Tabelle A 7 im Tabellenanhang).

Die Erwerbsquote der Männer im erwerbsfähigen Alter (unselbstständige männliche Erwerbspersonen in Prozent der 15- bis unter 65-jährigen männlichen Bevölkerung) ist zwischen 1991 und 2001 von 81,4 Prozent auf 82,4 Prozent leicht angestiegen, was ausschließlich auf den Rückgang der Anzahl der Männer im erwerbsfähigen Alter zurückzuführen ist. Die durchschnittliche Erwerbsquote der Frauen zwischen 15 und 60 Jahren belief sich im Vergleich auf 64,8 Prozent (Stand 2001). Die höchsten männlichen Erwerbsquoten wiesen im Jahr 2001 die Bundesländer Vorarlberg (87,7 %) und Oberösterreich (84,2 %) auf. Am geringsten waren sie im Burgenland und in Kärnten (je 80,3 %) und mit 80,7 Prozent in der Steiermark (vgl. Tabelle A 5 im Tabellenanhang).

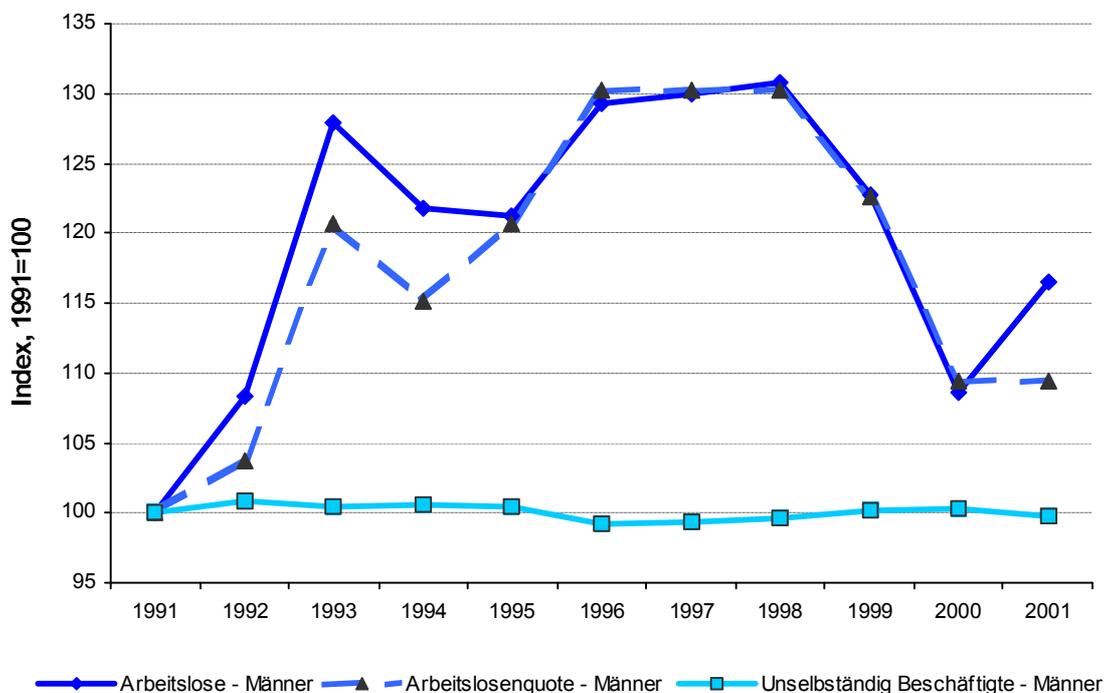
Im Jahr 2001 war jeder vierte unselbstständig beschäftigte Mann in der Sachgütererzeugung tätig. Rund 14 Prozent arbeiteten im Bereich Handel und Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern, 13 Prozent waren in der öffentlichen Verwaltung (inkl. Sozialversicherung) beschäftigt und knapp mehr als zwölf Prozent im Bauwesen. Jeder zehnte unselbstständig beschäftigte Mann war dem Bereich Verkehr und Nachrichtenübermittlung zuzurechnen, wobei regional zum Teil große Unterschiede bestehen. Insgesamt stellten die genannten Wirtschaftsklassen im Jahr 2001 drei Viertel der unselbstständig beschäftigten Männer. Die Sachgütererzeugung, das Bauwesen sowie die Wirtschaftsklasse Handel, Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern sind jedoch in allen Bundesländern beschäftigungsintensive Branchen, wobei in der Sachgütererzeugung und vor allem im Bauwesen zum überwiegenden Teil Männer beschäftigt sind (vgl. Tabelle A 6 im Tabellenanhang).

Im Monatsdurchschnitt des Jahres 2001 waren 115.322 Männer beim AMS als arbeitslos vorgemerkt. Fast jeder vierte arbeitslose Mann war 50 Jahre oder älter. 15 Prozent der arbeitslosen Männer waren jünger als 25 Jahre alt. Der Anteil der langzeitarbeitslosen Männer

(länger als 180 Tage als arbeitslos beim AMS vorgemerkt) betrug 17 Prozent. Die Arbeitslosenquote (vorgemerkte Arbeitslose in Prozent der unselbstständig Berufstätigen) lag im Jahr 2001 bei sechs Prozent, wobei jene der Männer mit 5,8 Prozent etwas geringer war als jene der Frauen mit 6,2 Prozent (vgl. Tabelle A 4 im Tabellenanhang).

Im Durchschnitt der Jahre 1991 bis 2001 waren jährlich rund 118.500 Männer als arbeitslos gemeldet. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Arbeitslosenquote von 6,2 Prozent. Die Arbeitslosenquote der Männer stieg im Laufe der 1990er Jahre aufgrund wirtschaftsstruktureller Veränderungen stark an - insbesondere in den Jahren 1996 bis 1998 - und sank bis zum Jahr 2000 auf rund 109 Prozent des Ausgangswertes von 1991. Dann machte sich jedoch abermals ein bis heute anhaltender Aufwärtstrend bemerkbar (vgl. Abbildung 2.3).

Abbildung 2.3: Kennzahlen - Die Entwicklung der Zahl der unselbstständig beschäftigten Männer, der männlichen Arbeitslosen und der männlichen Arbeitslosenquote, 1991 bis 2001 (Indexdarstellung 1991=100)



Quellen: AMS Österreich - Arbeitsmarktstatistik 1991-2001, HVSVT - Beschäftigungsstatistik 1991-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der Männer betrug im Jahr 2001 € 2.306,-, jenes der Frauen € 1.601,- (diese Werte sind nicht um unterschiedliche Lebens- und Wochenarbeitszeiten, Branchenzugehörigkeiten und andere Einflussfaktoren bereinigt). Seit 1996 stiegen die durchschnittlichen Männereinkommen um 11,6 Prozent, die Fraueneinkommen um zehn Prozent. Am meisten verdienten die Männer im Jahr 2001 in den Bun-

desländern Vorarlberg, Wien und Oberösterreich, am wenigsten in den Bundesländern Burgenland, Kärnten und Niederösterreich (vgl. Tabelle A 8 im Tabellenanhang).

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 2001 der Statistik Austria arbeiten 16 Prozent der erwerbstätigen Männer weniger als 25 Stunden pro Woche (im Rahmen der Erwerbstätigkeit tatsächlich geleistete wöchentliche Arbeitsstunden), bei 28 Prozent der männlichen Erwerbstätigen sind es 25 bis 39 Stunden. Mit 56 Prozent arbeitet mehr als die Hälfte der erwerbstätigen Männer mehr als 39 Stunden pro Woche. Bei rund 38 Prozent sind es 40 bis 44 Stunden, bei elf Prozent sind es 45 bis 59 Stunden und sieben Prozent der erwerbstätigen Männer arbeiten pro Woche mehr als 59 Stunden. Dies deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen des ÖBIG-Survey (vgl. Kapitel 3), in dem 21 Prozent der befragten berufstätigen Männer angaben, durchschnittlich mehr als 50 Stunden pro Woche erwerbsmäßig zu arbeiten.

Die jährlichen Krankenstandsfälle pro unselbstständig erwerbstätigen Mann sind zwischen 1991 und 2001 um 5,9 Prozent auf 1,1 Fälle zurückgegangen, womit das Niveau der weiblichen Erwerbstätigen erreicht wurde. Ebenso hat sich in diesem Zeitraum die Anzahl der jährlichen Krankenstandstage pro unselbstständig erwerbstätigen Mann reduziert: um 12,9 Prozent auf 14,1 (Frauen: 12,6 Tage). Die durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall betrug im Jahr 2001 bei den Männern 12,8 und bei den Frauen zwölf Tage - bei beiden Geschlechtern um einen Tag weniger als 1991 (vgl. Tabelle A 12 im Tabellenanhang). Die Ursachen für den beobachteten Rückgang der Krankenstände und der Krankenstandsdauer liegen vermutlich einerseits in der Tertiärisierung der Wirtschaftsstruktur und in einer zunehmenden Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes.

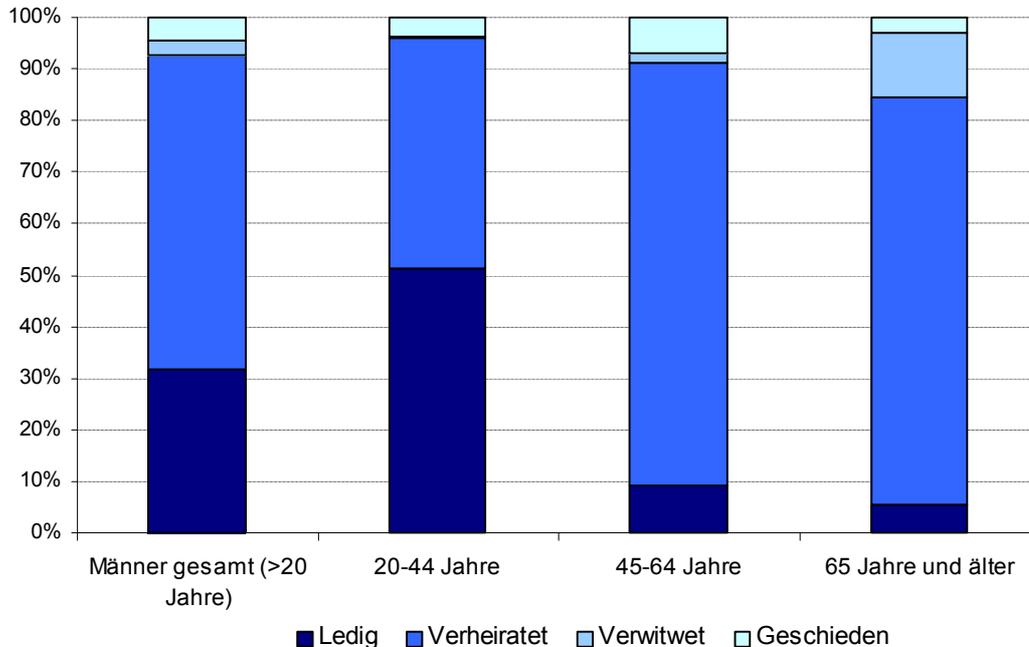
2.2.3 Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnen

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 der Statistik Austria sind in Österreich rund 31 Prozent der über 19-jährigen Männer ledig, 61 Prozent verheiratet, drei Prozent verwitwet und fünf Prozent geschieden. Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass rund jeder zweite Mann im Alter von 20 bis 44 Jahren noch ledig ist und rund 45 Prozent verheiratet sind. Vier Prozent sind bereits wieder geschieden. In der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren ist nur noch jeder zehnte Mann ledig, dafür sind 81 Prozent verheiratet. Der Anteil der geschiedenen Männer steigt auf sieben Prozent an und zwei Prozent sind bereits verwitwet. Bei den über 64-jährigen Männern ist dann nur noch jeder zwanzigste Mann ledig und drei Viertel sind verheiratet. Mehr als jeder zehnte Mann dieser Alterklasse ist Witwer und der Anteil der Geschiedenen ist mit drei Prozent der geringste (vgl. Abbildung 2.4 und Tabelle A 11 im Tabellenanhang).

Ein Vergleich mit dem Jahr 1991 zeigt, dass der Anteil der ledigen Männer in allen Altersgruppen zugenommen hat (insgesamt um 5 %-Punkte), am stärksten war der Anteilswachstum bei den 20- bis 44-Jährigen mit rund sieben Prozentpunkten. Umgekehrt dazu hat der Anteil der verheirateten Männer in etwa dem gleichen Ausmaß abgenommen. Auch der Anteil der Witwer hat insgesamt leicht abgenommen (-0,5 %-Punkte) insbesondere bei den über 64-jährigen Männern. Der Anteil der geschiedenen Männer ist hingegen im selben Aus-

maß gestiegen - hier jedoch fast ausschließlich bei den 20- bis 44-jährigen Männern (vgl. Tabelle A 11 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.4: Kennzahlen - Familienstand der männlichen Bevölkerung nach Altersgruppen, 1999

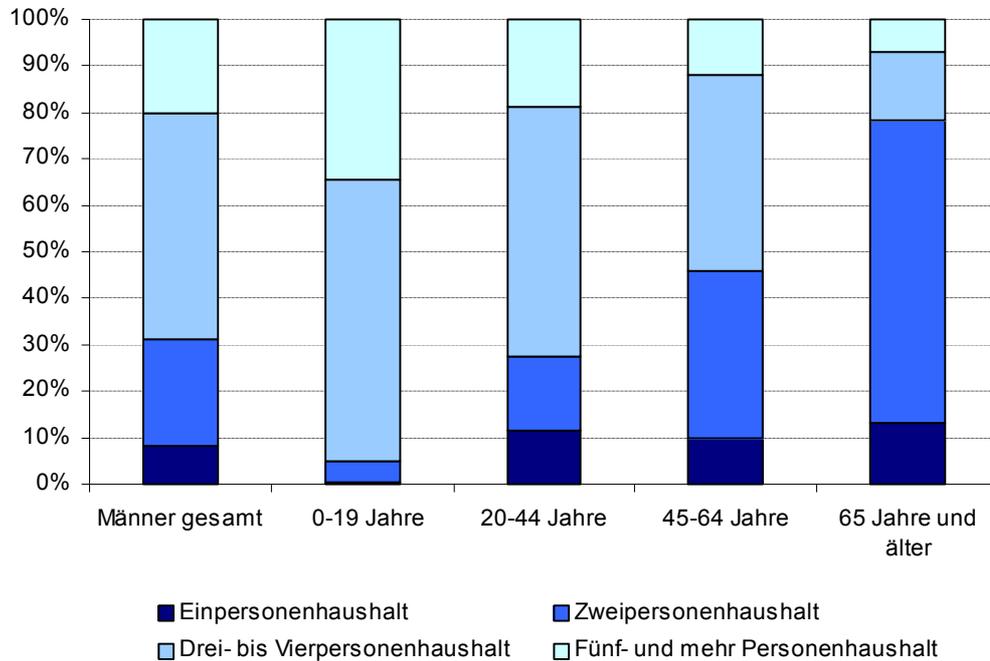


Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz); ÖBIG-eigene Berechnungen

Ergänzt man diese Informationen über den Familienstand mit den Daten des Mikrozensus 1999 zu den im Haushalt lebenden Personen, so zeigt sich, dass in Österreich mehr als jeder vierte Mann in einem Vierpersonenhaushalt lebt. Rund jeweils ein Fünftel der Männer wohnt in einem Zwei- bzw. Dreipersonenhaushalt oder in einem Haushalt mit mehr als vier Personen. Acht Prozent leben in Singlehaushalten.

Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass die unter 20-jährige männliche Bevölkerung überdurchschnittlich stark in Vierpersonenhaushalten und noch größeren Haushalten lebt. Bei den 20- bis 44-Jährigen zeigen die Single- sowie Drei- und Vierpersonenhaushalte überdurchschnittliche Werte (Lebensabschnitt der Partnersuche und Familiengründung). In der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Männer sind die Single-, die Zwei- und die Dreipersonenhaushalte überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Bei den über 64-jährigen Männern dominieren eindeutig die Zweipersonenhaushalte, die Singlehaushalte zeigen ebenfalls überdurchschnittliche Anteile (vgl. Abbildung 2.5). Die Entwicklung zwischen 1991 und 1999 weist auf eine Verschiebung zu kleineren Haushalten hin. Während die Haushalte mit mehr als vier Personen Anteile verlieren, zeigen die Ein- und Zweipersonenhaushalte Anteilsgewinne (vgl. Tabelle A 10 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.5: Kennzahlen - Anteile der männlichen Bevölkerung in Prozent nach der Haushaltsgröße (Zahl der im Haushalt lebenden Personen) und nach Altersgruppen, 1999



Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit (nicht imputierter Datensatz), ÖBIG-eigene Berechnungen

Diesem Trend zu kleineren Haushalten entsprechend hat sich auch die Wohnnutzfläche pro Person zwischen 1991 und 1999 erhöht. Verfügte im Jahr 1991 noch rund ein Fünftel der Männer über eine Wohnnutzfläche pro Person von unter 20 m², waren es im Jahr 1999 nur noch 16 Prozent. Umgekehrt stieg der Anteil der Männer mit einer Wohnnutzfläche pro Kopf von 40 m² und mehr von 22 Prozent im Jahr 1991 auf 29 Prozent im Jahr 1999 (vgl. Tabelle A 9 im Tabellenanhang).

2.3 Gesundheitszustand

2.3.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist ein zentraler Indikator zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung. Sie wird aus den Ergebnissen der Volkszählungen und aus der Todesursachenstatistik berechnet, bei der Berechnung der behinderungsfreien Lebenserwartung werden Ergebnisse aus den Mikrozensus-Erhebungen von Statistik Austria einbezogen.

Lebenserwartung bei der Geburt

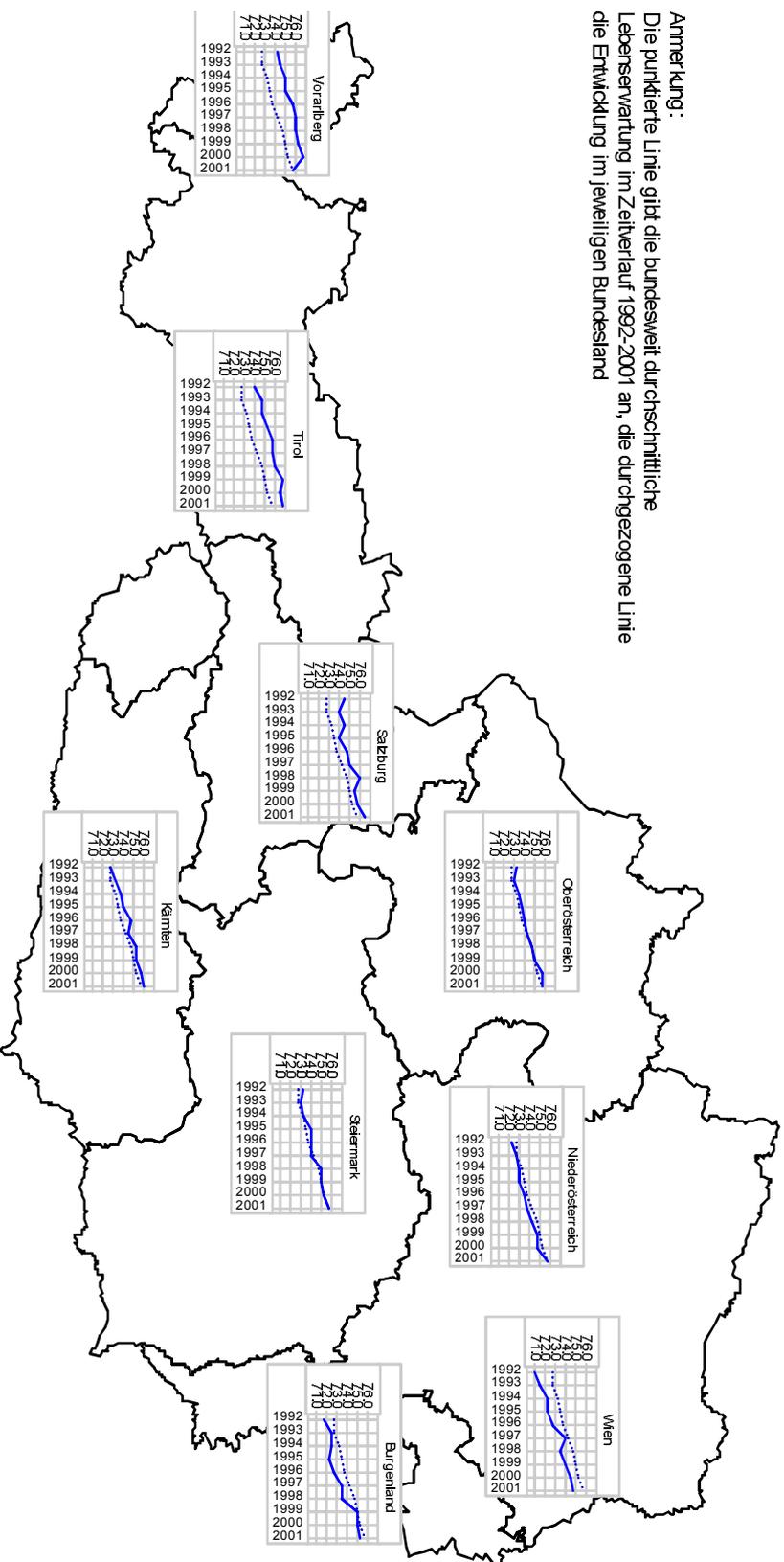
Die Lebenserwartung bei der Geburt der österreichischen Männer betrug im Jahr 2001 etwa 75,5 Jahre und entspricht damit jener der Frauen vor mehr als 20 Jahren. Im Jahr 2001 betrug der geschlechtsspezifische Unterschied in der Lebenserwartung 5,7 Jahre. Dieser Unterschied ist zwar seit 1997 konstant geblieben, doch langfristig ist ein Trend in Richtung einer Verringerung dieses Unterschiedes zu beobachten, denn zu Beginn der 1980er Jahre betrug der Unterschied noch sieben und zu Beginn der 1990er Jahre sechseinhalb Jahre (vgl. Tabelle A 13 im Tabellenanhang). Im Vergleich zu den Männern anderer europäischer Länder haben die Österreicher eine relativ hohe Lebenserwartung bzw. ist sie seit den 1980er Jahren vergleichsweise - um 9,3 Prozent - am höchsten gestiegen. Im Jahr 2000 lag nur die Lebenserwartung der Schweden, Schweizer, Isländer und Malteser über jener der Österreicher (vgl. White/Cash 2003a).

Nicht so deutlich wie der geschlechtsspezifische Unterschied, aber trotzdem sichtbar, sind regionale Unterschiede in der Lebenserwartung: Während jetzt geborene Knaben im Osten Österreichs im Durchschnitt mit etwa 75 Lebensjahren rechnen können, beträgt die entsprechende Lebenserwartung in den westlichen Bundesländern 76 bis 77 Jahre.

Im gesamten Beobachtungszeitraum lag die Lebenserwartung der Männer in Vorarlberg, Tirol und Salzburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt, diejenige der Männer in Wien und im Burgenland (deutlich) sowie in Niederösterreich (leicht) stets darunter. In den letzten zehn Jahren ist jedoch eine Angleichung an den Bundesdurchschnitt zu beobachten. Der Rückgang der Lebenserwartung von 2000 auf 2001 in Vorarlberg zeigt nicht zwangsweise eine Trendänderung an, sondern es kann sich auch um eine kurzfristige Ausnahme handeln. Zu interpretieren ist die Lebenserwartung nur anhand eines längeren Zeitverlaufes und nicht eines einzelnen Jahres (vgl. Karte 2.1 und Abbildung 2.6).

Karte 2.1: Kennzahlen - Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung nach Bundesländern, 1991 bis 2001

Anmerkung:
 Die punktierte Linie gibt die bundesweit durchschnittliche Lebenserwartung im Zeitverlauf 1992-2001 an, die durchgezogene Linie die Entwicklung im jeweiligen Bundesland



Maßstab 1 : 2.500.000

Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 1992-2001, Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

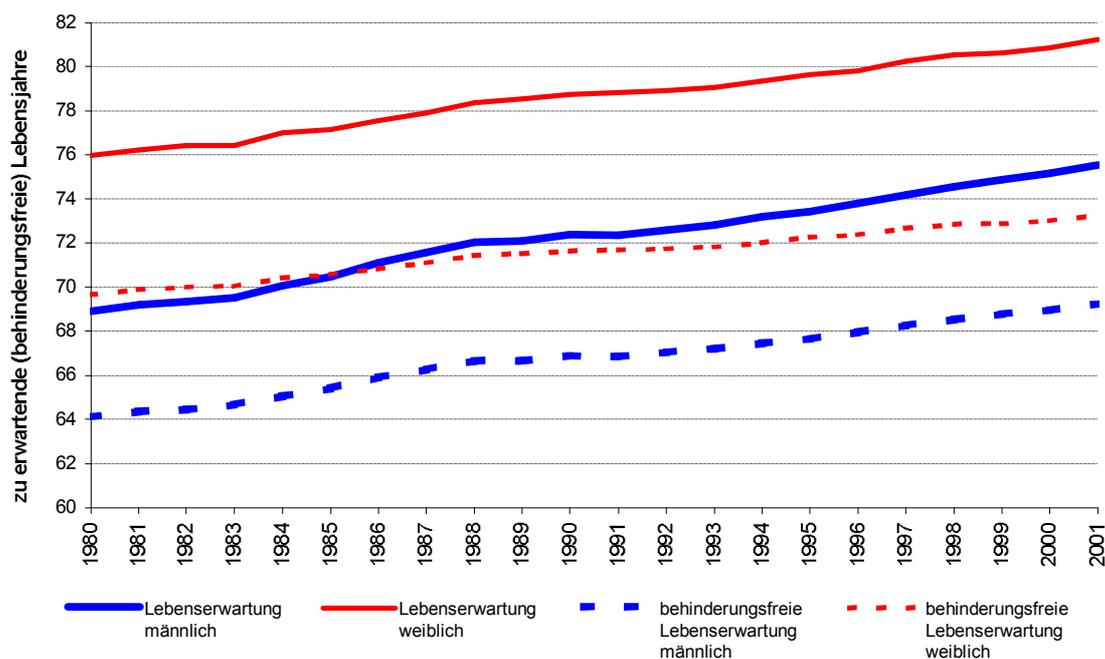
Behinderungsfreie Lebenserwartung

Die behinderungsfreie Lebenserwartung ist ein Indikator dafür, ob sich mit der steigenden Lebenserwartung auch die Lebensqualität von älteren Menschen erhöht oder ob lediglich die Zeitspanne, die mit körperlichen oder geistigen Gebrechen verbracht wird, verlängert wird. Auch die behinderungsfreie Lebenserwartung ist für Männer geringer als für Frauen, doch der Unterschied ist geringer als bei der Lebenserwartung insgesamt, das heißt, Frauen verbringen mehr Lebensjahre mit Behinderung als Männer (vgl. Abbildung 2.6).

Die behinderungsfreie Lebenserwartung ist nicht im gleichen Ausmaß gestiegen wie die Lebenserwartung insgesamt. Österreichweit konnten Männer im Jahr 2001 mit etwa 69 behinderungsfreien Lebensjahren rechnen, das sind zwei Jahre mehr als 1992.

Der restliche Zugewinn an Lebenserwartung, also etwa ein Jahr, ist mit erheblichen geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen verbunden. Die regionale Streuung der behinderungsfreien Lebenserwartung korrespondiert weitgehend mit der Lebenserwartung insgesamt.

Abbildung 2.6: Kennzahlen - Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich nach Geschlecht, 1980 bis 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1981, 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1980-2001, Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“; ÖBIG-eigene Berechnungen

Fernere Lebenserwartung

Unter der „ferneren Lebenserwartung“ wird die Anzahl jener Lebensjahre verstanden, die ein Mensch ab einem gewissen Alter statistisch gesehen noch erleben wird. Der Zugewinn an Lebenserwartung von etwa drei Jahren bei den österreichischen Männern zwischen 1992 und 2001 ist zum Großteil auf die Reduktion der Sterblichkeit älterer Männer zurückzuführen. Ein 65-jähriger Mann konnte 1992 mit 14,6 weiteren Lebensjahren rechnen, im Jahr 2001 hingegen bereits mit 16,2 Jahren, das entspricht einem Zuwachs von etwa eineinhalb Jahren. Der größte Gewinn fernerer Lebenserwartung seit 1992 ist in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Tirol zu beobachten (vgl. Tabelle A 15 im Tabellenanhang).

2.3.2 Sterblichkeit

Die Sterblichkeit (Mortalität, Relation zwischen der Anzahl der Verstorbenen und der Wohnbevölkerung, altersstandardisiert) wird zumeist in der Dimension „Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr“ angegeben. Nach dem international gebräuchlichen Konzept des „Avoidable Death“ („vermeidbare Sterblichkeit“) bzw. des „Premature Death“ („vorzeitige Sterblichkeit“) wird bei der Berechnung dieses Indikators häufig nur die Altersgruppe der unter 75-Jährigen oder der unter 65-Jährigen berücksichtigt. Damit werden auch statistische Probleme, die sich aus Unklarheiten bezüglich der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen ergeben, reduziert. Im Folgenden wird auch auf die Sterblichkeit der unter 65-Jährigen im Zeitraum 1992 bis 2001 Bezug genommen.

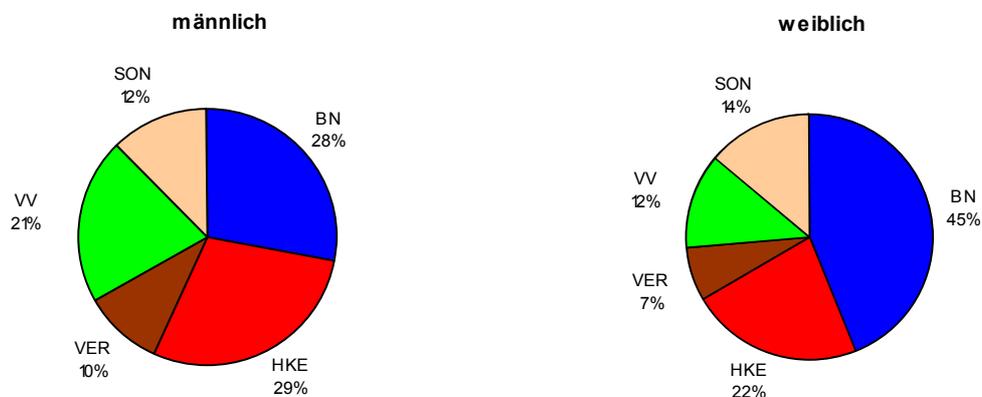
Entsprechend der geringeren Lebenserwartung der Männer ist ihre Sterblichkeit im Vergleich zu Frauen deutlich höher. Von 1992 bis 2001 starben in Österreich im Durchschnitt jährlich 940 Männer pro 100.000 männliche Einwohner, aber nur 560 Frauen pro 100.000 weibliche Einwohner. Das heißt, die Sterblichkeit liegt bei den Männern um nahezu 70 Prozent über der Sterblichkeit der Frauen. Bei den unter 65-Jährigen ist der Unterschied noch deutlicher: hier ist die Sterblichkeit der Männer mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen.

Bereits bei der Säuglingssterblichkeit zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Jahr 2001 starben in Österreich 3,7 Mädchen, aber sechs Buben innerhalb des ersten Lebensjahres pro 1.000 Lebendgeborenen. Bei Mädchen ist die Säuglingssterblichkeit langfristig kontinuierlich zurückgegangen, während bei Buben nach 1999 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten war. Häufigste Ursachen waren „angeborene Missbildungen“, „nicht näher bezeichnete Unreife“ sowie „sonstige perinatale Todesursachen“. Auch in Deutschland sterben schon zu Beginn des Lebens mehr Buben als Mädchen, beispielsweise überwiegt bei den Totgeburten die Zahl der männlichen Babys (115 zu 100) und Knaben sterben häufiger am plötzlichen Kindstod innerhalb der ersten drei Lebensmonate als Mädchen (Altgeld 2002).

Der plötzliche Kindstod hat während der letzten 20 Jahre allerdings an Bedeutung verloren. Im Jahr 2001 erlitten in Österreich sechs Prozent der verstorbenen Säuglinge den „plötzlichen Kindstod“. Im Vergleich mit den Ländern der europäischen Union rangiert Österreich hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit mit den Niederlanden, Frankreich und Spanien im Mittelfeld. Deutlich niedrigere Säuglingssterblichkeiten weisen die skandinavischen Länder und Deutschland auf.

Die häufigsten Todesursachen sind bei Männern ebenso wie bei Frauen Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebs. In den Jahren 1992 bis 2001 wurde bei fast der Hälfte der verstorbenen Männer eine Herz-Kreislauf-erkrankung und bei etwa 27 Prozent Krebs als Todesursache festgestellt. Bei den unter 65-Jährigen nimmt der Anteil der Herz-Kreislauf-erkrankungen als Todesursache deutlich ab, wobei bei den Männern insbesondere der Anteil der gewaltsamen Todesursachen steigt, während bei den Frauen die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen dominieren. Bei den unter 65-jährigen Männern versterben je knapp 30 Prozent an Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Krebs und rund 20 Prozent aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen. Zehn Prozent der Todesfälle von unter 65-jährigen Männern sind auf Krankheiten der Verdauungsorgane zurückzuführen (vgl. Abbildung 2.7).

Abbildung 2.7: Kennzahlen - Sterbefälle der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht, 1992 bis 2001

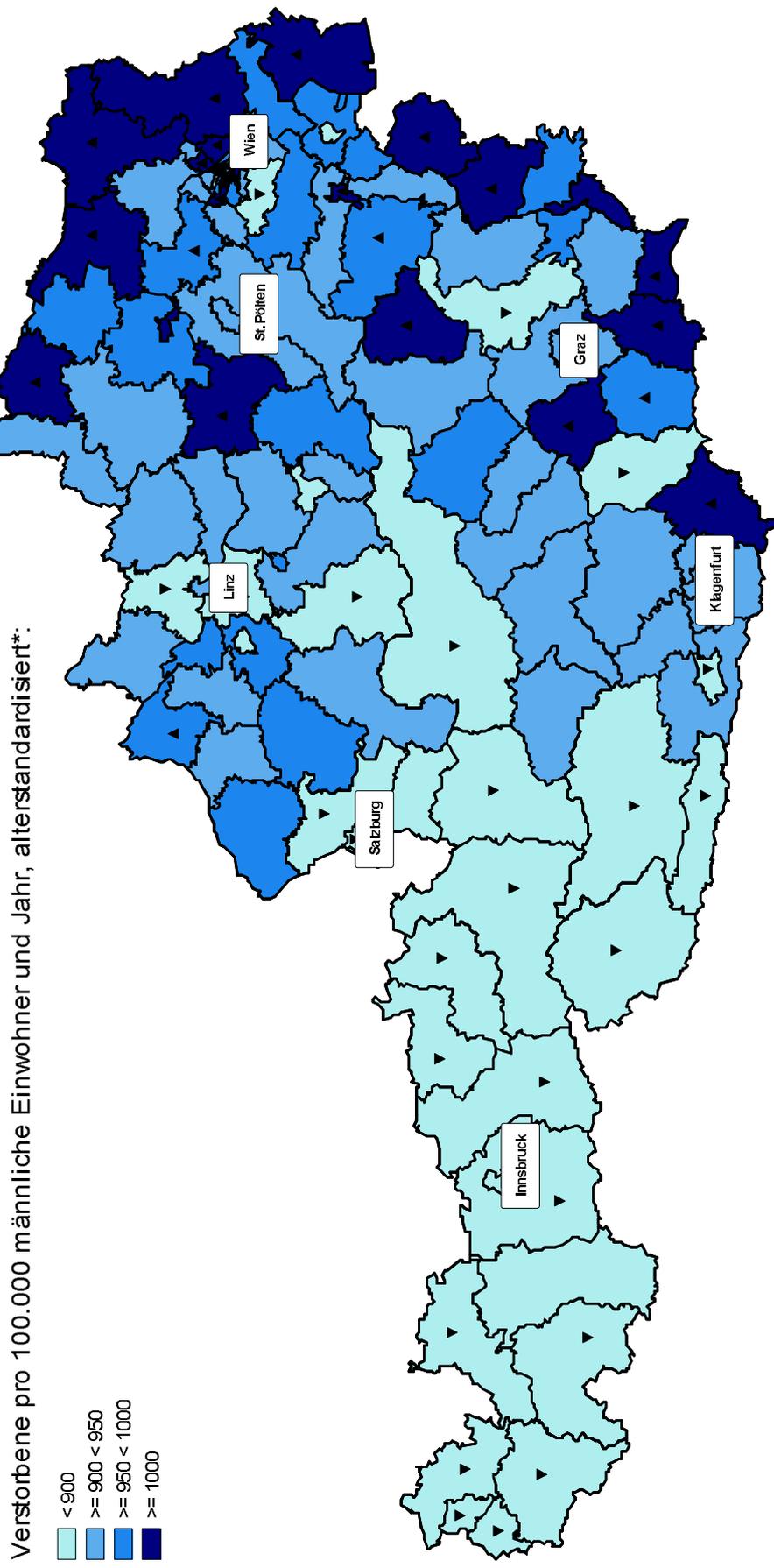


BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislauf-erkrankungen (ICD9 390.x-459.x),
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x),
 SON = Sonstige Todesursachen

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001;
 ÖBIG-eigene Berechnungen

Entsprechend dem regionalen Gefälle innerhalb Österreichs bei der Lebenserwartung sinkt auch die Mortalität von Osten nach Westen, wobei in einer bezirksweisen Darstellung die Bezirke an der Ostgrenze (nördliches Weinviertel, Burgenland, Südsteiermark) die höchsten Mortalitätsraten bei Männern aufweisen (vgl. Karte 2.2). Bei Frauen besteht zwar dieser Unterschied zwischen dem Osten und Westen Österreichs auch, die Bezirke an der Ostgrenze zeigen jedoch nicht diese auffallend hohe Mortalität (vgl. Tabelle A 16 im Tabellenanhang).

Karte 2.2: Kennzahlen - Mortalität der männlichen Bevölkerung nach politischen Bezirken, 1992 bis 2001

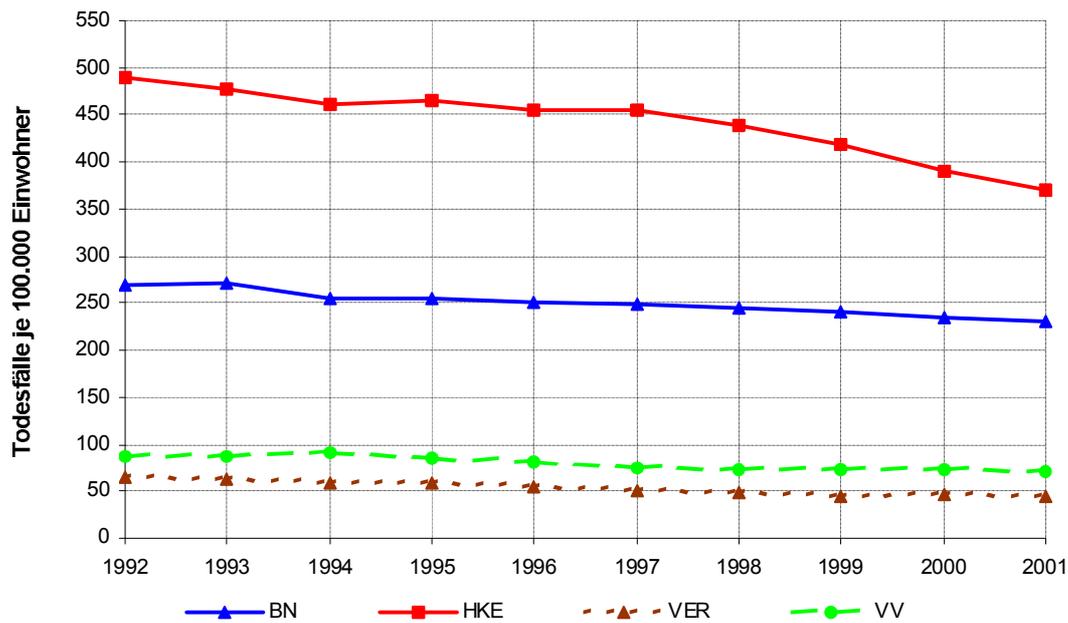


* Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Maßstab 1 : 2.500.000
Quellen: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 1992-2001; Volkszählungen 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen.

Die Sterblichkeit aufgrund der häufigsten Todesursache - der Herz-Kreislauferkrankungen - konnte innerhalb der letzten zehn Jahre und insbesondere seit 1997 deutlich reduziert werden: Während im Jahr 1992 noch knapp 500 Männer (pro 100.000 männliche Einwohner) an Herz-Kreislauferkrankungen starben, waren es im Jahr 2001 weniger als 400. Die auf Krebs zurückzuführenden Todesfälle sind hingegen nur leicht zurückgegangen (vgl. Abbildung 2.8).

Abbildung 2.8: Kennzahlen - Entwicklung der Mortalität der österreichischen Männer nach Haupttodesursachen, 1992 bis 2001

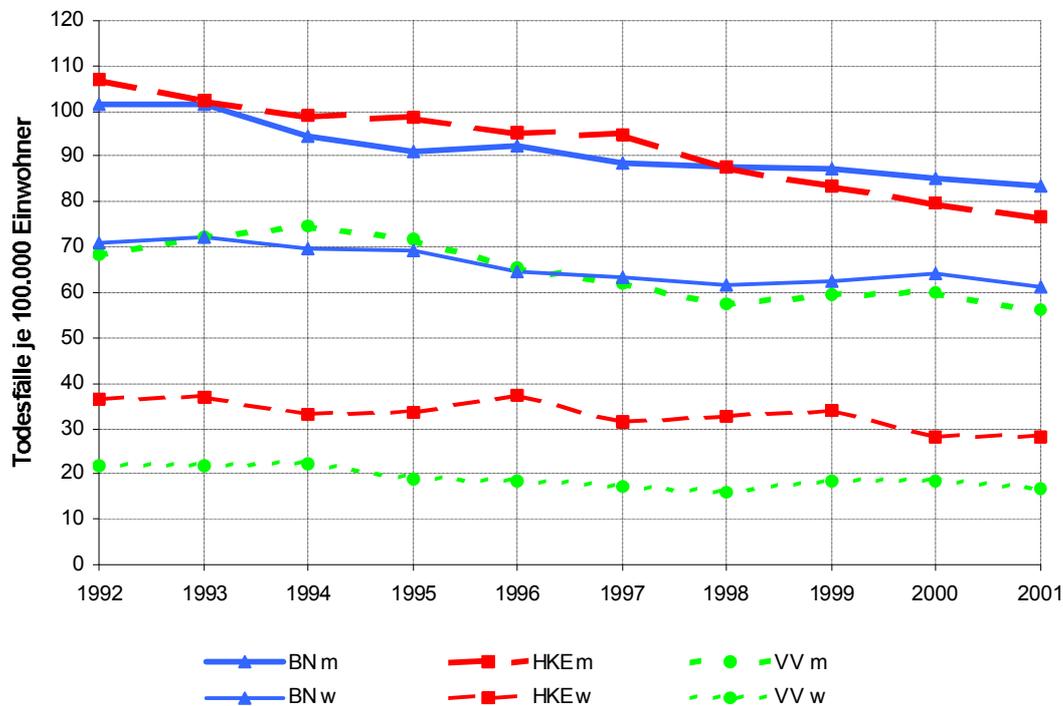


BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislauferkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001;
 ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Häufigkeit von Todesfällen aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen und aufgrund von Krebserkrankungen halten sich bei den unter 65-Jährigen etwa die Waage. Beide Todesursachen sind seit 1992 kontinuierlich seltener geworden. Während zu Beginn der 1990er Jahre jeweils etwa 100 (von 100.000) österreichische Männer unter 65 Jahre jährlich an einer dieser beiden Todesursachen starben, waren es zu Beginn des 21. Jahrhunderts nur mehr etwa 80 von 100.000 männlichen Einwohnern. Größeren Schwankungen innerhalb des Beobachtungszeitraumes waren die Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen unterworfen, insgesamt zeigt sich jedoch auch hier ein kleiner Rückgang von 70 auf knapp unter 60 Todesfälle (bezogen auf 100.000 Männer). Bei allen drei Todesursachen war der Rückgang der Sterblichkeit der unter 65-jährigen Männern deutlicher als jener der Frauen (vgl. Abbildung 2.9)

Abbildung 2.9: Kennzahlen - Entwicklung der Mortalität der unter 65-jährigen österreichischen Männer und Frauen nach Haupttodesursachen, 1992 bis 2001



BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
 VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001;
 ÖBIG-eigene Berechnungen

Die häufigsten Todesursachen nach Altersgruppen

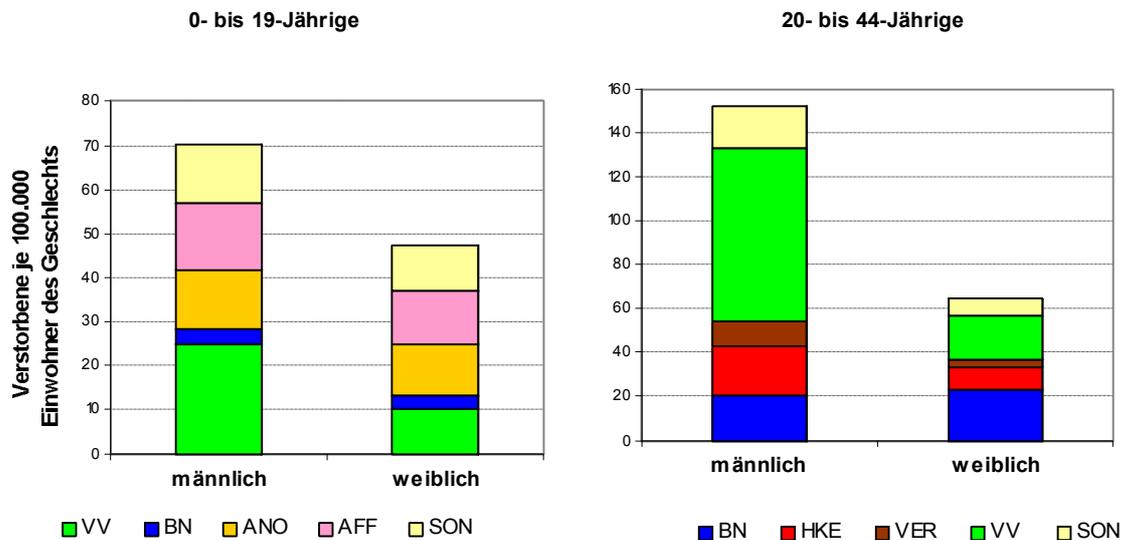
Bereits bei den Kindern unter fünf Jahren übersteigt die Sterblichkeit der Buben jene der Mädchen um nahezu ein Drittel (was auch auf die höhere Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist). Die Differenz bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit steigt mit zunehmendem Alter bis zum frühen Erwachsenenalter und nimmt mit steigendem Alter wieder tendenziell ab.

Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen sind Verletzungen und Vergiftungen, die bei Buben und jungen Männern mehr als doppelt so häufig sind wie beim weiblichen Geschlecht. Doch auch kongenitale Anomalien und bestimmten Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben sowie die Summe der sonstigen Todesursachen kommen beim männlichen Geschlecht häufiger vor als beim weiblichen. Nur tödliche Krebserkrankungen sind in dieser Altersgruppe geschlechtsunabhängig.

In der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen beträgt die Gesamtmortalität der Männer das Zwei- bis Dreifache jener der Frauen. Der größte Unterschied besteht bei Verletzungen und Vergiftungen, die bei Männern viermal so häufig zum Tod führen wie bei Frauen.

Herz-Kreislauferkrankungen führen bei Männern dieser Altersgruppe doppelt so häufig zum Tod wie bei Frauen, und auch die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen ist für Männer deutlich höher als für Frauen. Nur tödliche Krebserkrankungen kommen bei 20- bis 44-jährigen Frauen öfter vor als bei Männern dieser Altersgruppe (vgl. Abbildung 2.10).

Abbildung 2.10: Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen der 0- bis 19- und 20- bis 44-Jährigen nach Geschlecht, 1992 bis 2001

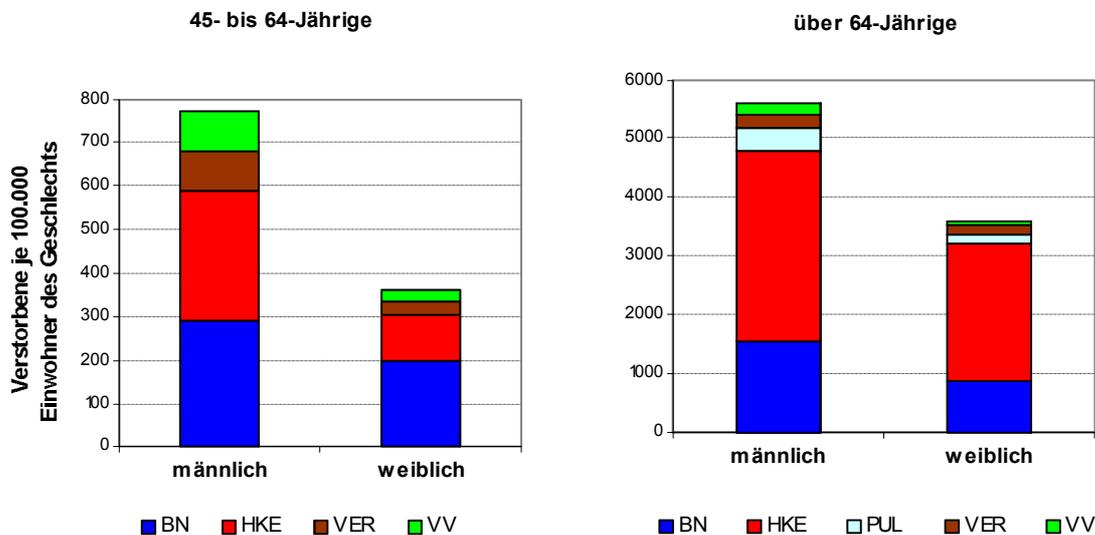


BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislauferkrankungen (ICD9 390.x-459.x),
 VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), ANO = Kongenitale Anomalien (ICD9 740.x-759.x),
 AFF = Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben (ICD9 760.x-779.x),
 VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x), SON = Sonstige Todesursachen

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001;
 ÖBIG-eigene Berechnungen

In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen ist die Mortalität der Männer immer noch mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. Die Krebssterblichkeit und die Herz-Kreislaufsterblichkeit steigen insbesondere bei den Männern stark an, während Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache relativ an Bedeutung verlieren. In der Gruppe der über 64-Jährigen sind mehr als 80 Prozent aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen zurückzuführen. Die Sterblichkeit der Männer ist in dieser Altersgruppe nur mehr eineinhalb mal so hoch wie die Sterblichkeit der Frauen (vgl. Abbildung 2.11).

Abbildung 2.11: Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen der bis 45- bis 64-Jährigen und der über 64-Jährigen nach Geschlecht, 1992 bis 2001



BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislaufkrankungen (ICD9 390.x-459.x), PUL = Pulmologische Erkrankungen (ICD9 460.x-519.x), VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Da bei Männern Verletzungen und Vergiftungen in jungen Jahren und Herz-Kreislaufkrankungen erst in höherem Alter die häufigste Todesursache darstellen, zeigt sich für die einzelnen Todesursachen eine völlig andere Gewichtung, wenn die „potenziell verlorenen Lebensjahre“ (durch Tod im Alter unter 65 Jahren) gemessen werden. Bei Männern gingen im Zeitraum von 1992 bis 2001 mit Abstand die meisten Lebensjahre durch Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen verloren, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen spielten eine vergleichsweise geringe Rolle. Bei Frauen sind die meisten verlorenen Lebensjahre den Krebserkrankungen zuzuschreiben, und auch bei Frauen spielen Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen eine bedeutende Rolle. An einer Herz-Kreislaufkrankung sterben Frauen hingegen nur selten vor ihrem 65. Lebensjahr.

Herz-Kreislaufkrankungen

An Herz-Kreislaufkrankungen sterben in Österreich jährlich mehr als 17.000 Männer (im Durchschnitt der Jahre 1992 bis 2001). Knapp die Hälfte davon ist auf ischämische Herzerkrankungen (vor allem akuter Herzinfarkt) zurückzuführen. Bei jeweils etwa 20 Prozent der Herz-Kreislauf-Todesfälle werden als Ursache andere Formen von Herzkrankheiten und Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (vor allem Schlaganfall) angeführt.

Bei Frauen haben ischämische Herzerkrankungen etwas weniger Gewicht: Für etwa 35 Prozent der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen sind ischämische Herzerkrankungen verantwortlich, knapp die Hälfte davon ist Herzinfarkt. Entsprechend höher als bei

den Männern sind mit jeweils einem Viertel die Anteile der sonstigen Herzkrankheiten sowie der Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (vgl. Tabelle 2.1).

In keinem anderen westeuropäischen Land ist der Anteil an Todesfällen durch Herz-Kreislaufkrankungen bei Männern so groß wie in Österreich. Während in Österreich fast die Hälfte aller Männer (aller Altersgruppen) an Herz-Kreislaufkrankungen verstirbt - ähnlich hohe Raten weisen Griechenland und Schweden auf - sind es in Spanien und Frankreich nur rund 30 Prozent (vgl. White/Cash 2003a).

Tabelle 2.1: Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufkrankungen, 1992 bis 2000

Todesursache	Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen pro Jahr				Anteil an männlich und weiblich insgesamt, in %	
	männlich		weiblich		männlich	weiblich
	absolut	in % ¹⁾	absolut	in % ¹⁾		
Ischämische Herzkrankheiten	8.026	46	8.713	35	48	52
<i>davon: Akuter Myokardinfarkt</i>	<i>4.587</i>	<i>26</i>	<i>3.876</i>	<i>16</i>	<i>54</i>	<i>46</i>
Sonstige Formen von Herzkrankheiten	3.846	22	6.558	26	37	63
Krankheiten d. zerebrovaskulär. Systems	3.494	20	6.197	25	36	64
Krankheiten d. Arterien, Arteriolen und Kapillaren	889	5	1.460	6	38	62

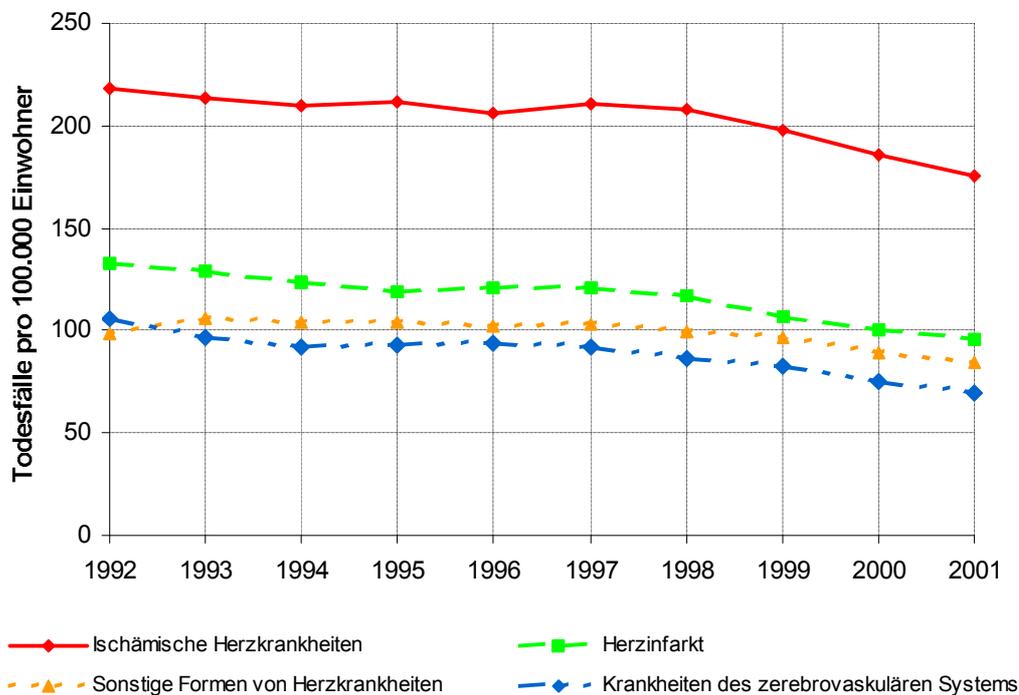
¹⁾ in Prozent aller Herz-Kreislauf-Todesursachen

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Sterblichkeit sowohl aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen insgesamt als auch aufgrund der wichtigsten Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe ist während der 1990er Jahre kontinuierlich zurückgegangen. Besonders deutlich ist dieser Rückgang ab dem Jahr 1998: Während im Jahr 1992 noch etwa 220 Männer (pro 100.000 männliche Einwohner) an einer ischämischen Herzkrankheit verstarben, waren es im Jahr 2001 nur mehr knapp 180 (pro 100.000 männliche Einwohner), das entspricht einem Rückgang von 20 Prozent. Noch deutlicher ist der prozentuelle Rückgang - bei niedrigeren Absolutwerten - beim Herzinfarkt (30 Prozent) und bei den Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (34 Prozent). Hinsichtlich der Reduktion der Sterblichkeit aufgrund von zerebrovaskulären Erkrankungen liegt Österreich im Spitzenfeld im Vergleich zu den anderen westeuropäischen Ländern. Nur in Luxemburg war der Rückgang seit 1980 noch deutlicher (vgl. White/Cash 2003a).

Bezüglich der Mortalitätsrate aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten bei Männern befindet sich Österreich im oberen Feld, aber nicht an der Spitze der westeuropäischen Länder. In Finnland und Irland sterben jährlich rund 240 Männer (pro 100.000 Einwohner), was dem Stand der ersten Hälfte der 1980er Jahre in Österreich entspricht. Deutlich niedriger sind die Mortalitätsraten aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten bei den Südeuropäern (Frankreich rund 70, Portugal und Spanien rund 100), aber auch in den Beneluxländern (Luxemburg etwas mehr als 100, Belgien und Niederlande rund 130, vgl. White/Cash 2003a).

Abbildung 2.12: Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Herz-Kreislaufferkrankungen, 1992 bis 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Krebs

An Krebserkrankungen sterben in Österreich jährlich rund 10.000 Männer, die meisten davon an Lungenkrebs (ein Viertel aller krebsbedingten Todesfälle). Zweithäufigste Todesursache bei bösartigen Neubildungen ist Prostatakrebs, gefolgt von Dickdarm-, Rektum-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs. Auffällig im Vergleich zu den Frauen ist der mehr als doppelt so hohe Anteil an Tod durch Lungenkrebs, wenngleich die Mortalitätsrate aufgrund von Lungenkrebs bei Frauen seit 1980 tendenziell zugenommen hat.

Beinahe drei Viertel aller Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs im Zeitraum 1992 bis 2001 betrafen Männer. Sehr hoch war der Anteil der männlichen Krebstodesfälle mit jeweils zwei Dritteln aller Todesfälle auch bei den Lokalisationen Gallenblase und Harnblase.

Tabelle 2.2: Kennzahlen - Die häufigsten Krebstodesursachen in Österreich, 1992 bis 2001

Lokalisation	Krebs-Todesfälle pro Jahr 1992-2001				Verhältnis Männer und Frauen insgesamt, in %	
	Männer		Frauen		männlich	weiblich
	absolut	in % ¹⁾	absolut	in % ¹⁾		
Lunge	2.347	24	890	10	73	27
Prostata	1.173	12	-	-	-	-
Dickdarm	845	9	915	10	48	52
Magen	757	8	707	8	52	48
Pankreas	539	6	655	7	45	55
Rektum, Anus	460	5	413	4	53	47
Gallenblase	417	4	223	5	65	35
Harnblase	336	3	176	2	66	34
Niere	313	3	261	3	55	45
Gehirn	219	2	190	2	54	46

¹⁾ in Prozent aller Krebstodesfälle

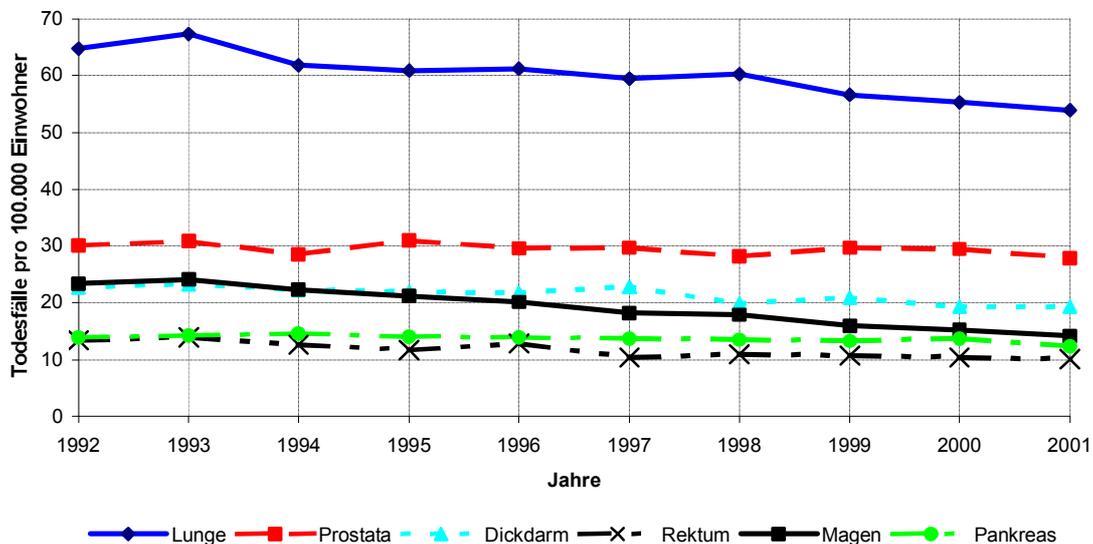
Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Eine Zeitreihenanalyse der Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen bei Männern von 1992 bis 2001 zeigt bei allen Lokalisationen einen Rückgang, insbesondere ist die Sterblichkeit aufgrund von Lungen- und Magenkrebs zurückgegangen. Im Jahr 1992 starben etwa 65 Männer (bezogen auf 100.000 männliche Einwohner) an Lungenkrebs, im Jahr 2001 waren es nur mehr 54. Das entspricht einem Rückgang von 17 Prozent.

Die Mortalitätsrate bei österreichischen Männern aufgrund von Lungenkrebs ist im Vergleich zu anderen Ländern der Europäischen Union eher niedrig. Sehr niedrig ist die Mortalitätsrate in Schweden (weniger als 40), Portugal und Norwegen (etwas über 40), sehr hoch ist die Rate in Belgien (im Jahr 1995 noch über 100) und in den Niederlanden, wo allerdings ein massiver Rückgang seit 1985 zu einer Verringerung der Übersterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs geführt hat. Die Mortalitätsrate aufgrund von Magenkrebs hingegen liegt bei österreichischen Männern relativ hoch, insbesondere bei Männern ab 65 Jahren. Im Vergleich mit 17 anderen europäischen Ländern lagen Ende der 1990er Jahre nur die entsprechenden Werte von Portugal und Italien höher (vgl. White/Cash 2003a).

Noch deutlicher war der relative Rückgang beim weniger häufigen Magen- und Darmkrebs. Die Sterblichkeit aufgrund von Magenkrebs konnte um knapp 40 Prozent (von 23 auf 14 Todesfälle pro 100.000 männliche Einwohner), von Rektumkrebs um 25 Prozent (von 13 auf 10) und von Dickdarmkrebs um 15 Prozent (von 23 auf 19) gesenkt werden. Die Todesfälle der anderen Lokalisationen waren leicht sinkend oder stagnierend (vgl. Abbildung 2.13).

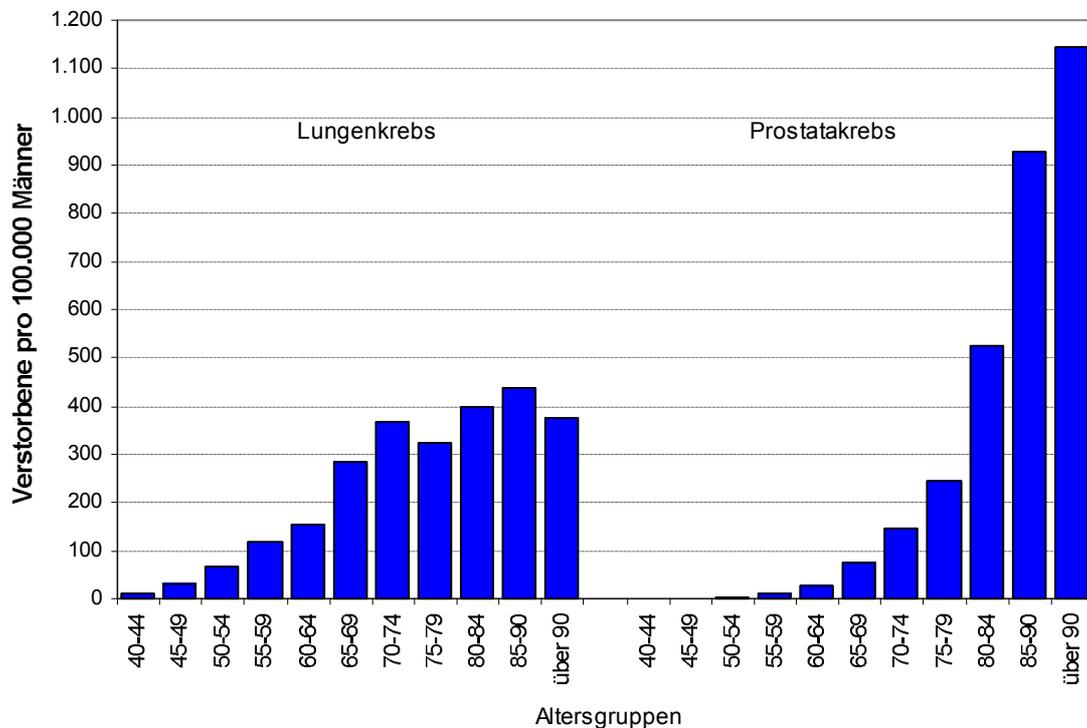
Abbildung 2.13: Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Krebslokalisationen, 1992 bis 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Lungenkrebs kann schon in relativ frühem Alter zum Tod führen. In der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen sterben pro Jahr rund 250 und in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen 550 Männer an Lungenkrebs. Lungenkrebs ist in fast allen Altersgruppen die häufigste Krebstodesursache bei Männern über 35 Jahren. Erst ab etwa 80 Jahren führt Prostatakrebs häufiger zum Tod (vgl. Abbildung 2.14). Die Sterblichkeitsrate von Dickdarm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs steigt ab etwa 45 Jahren stark an: Je rund 50 Männer der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen sterben an diesen beiden Krebsarten pro Jahr. Mit zunehmendem Alter ist Dickdarmkrebs (jährlich rund 150 Todesfälle bei den 55- bis 64-Jährigen) deutlich häufiger als Bauchspeicheldrüsenkrebs, wobei bei rechtzeitiger Erkennung von Dickdarmkrebs eher Aussicht auf Heilung besteht als bei Bauchspeicheldrüsenkrebs. Prostatakrebs manifestiert sich tendenziell in einem späteren Lebensabschnitt, wobei die Letalität mit zunehmendem Alter steigt.

Abbildung 2.14: Sterblichkeit von Männern aufgrund von Lungen- und Prostatakrebs nach 5-Jahres-Altersgruppen ab dem 40. Lebensjahr, 1992 bis 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Externe Todesursachen

Die häufigste externe Todesursache (Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen) bei österreichischen Männern nach Unfällen insgesamt ist Selbstmord. In den vergangenen zehn Jahren begingen jährlich rund 1.200 Männer Selbstmord, das entspricht 40 Prozent aller externen Todesursachen. Als Folge eines Verkehrsunfalls sterben jährlich etwas mehr als 700 Männer, das entspricht einem Viertel aller externer Todesursachen. Etwa 500 Männer kommen jährlich durch Sturz zu Tode (16 %) und für 450 Männer jährlich enden sonstige Unfälle tödlich (14 %). Mit Ausnahme der Unfälle durch Sturz sind von drei Vierteln der meisten externen Todesursachen Männer betroffen.

Tabelle 2.3: Kennzahlen - Die häufigsten Todesursachen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen in Österreich nach Geschlecht, 1992 bis 2001

Todesursache	Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen pro Jahr, 1992-2001				Verteilung der Todesfälle auf Geschlecht, in %	
	männlich		weiblich		männlich	weiblich
	absolut	in % ¹⁾	absolut	in % ¹⁾		
Selbstmord	1.220	39	439	29	74	26
Kfz-Unfälle im Verkehr	738	24	263	17	74	26
Unfälle durch Sturz	501	16	539	35	48	52
Sonstige Unfälle	454	14	161	11	74	26
Vergiftungen	92	3	27	2	77	23

¹⁾ in Prozent aller tödlichen Verletzungen und Vergiftungen

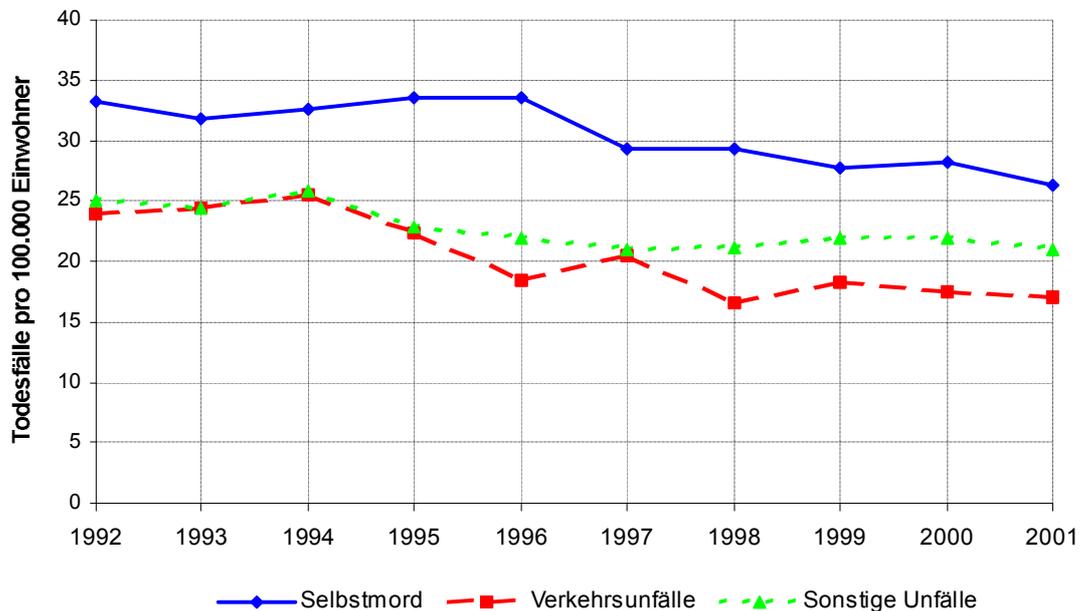
Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die jährliche Entwicklung der externen Todesursachen war im Zeitraum 1992 bis 2001 leicht rückläufig. Im Jahr 1992 begingen 33 von 100.000 männlichen Einwohnern Selbstmord, im Jahr 2001 waren es 26. Zu Beginn der Betrachtungsperiode starben jeweils etwa 25 Männer an Verkehrsunfällen oder sonstigen Unfällen, 2001 waren es nur mehr 17 beziehungsweise 21 pro 100.000 männliche Einwohner.

Dem Suizid ist auch eine statistisch-epidemiologische Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz gewidmet (BMSG 2003b). Darin wird der Rückgang der Selbstmordrate, der bereits seit Mitte der 1980er Jahre zu beobachten ist, bestätigt. Es wird allerdings auch gezeigt, dass dieser Rückgang bei Frauen deutlicher ausgeprägt war als bei Männern. Die Suizidrate ist in den inneralpinen Bezirken Salzburgs und Kärntens sowie in der Obersteiermark auffallend hoch. Sonneck stellt regional- und altersbedingte geschlechtsspezifische Unterschiede im Suizidverhalten fest: In Wien besteht der geringste und im Burgenland der höchste Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Selbstmordrate, in den Altersgruppen der ganz Jungen (bis 29-Jährigen) und ganz Alten (älter als 75) verüben besonders viele Männer im Vergleich zu Frauen Selbstmord. Geschiedene und insbesondere Verwitwete sind hinsichtlich Selbstmord besonders gefährdet.

Österreichische Männer begehen im Vergleich zu den Männern anderer europäischer Länder relativ häufig Selbstmord, nur in Finnland und zuletzt in Belgien ist die Rate noch höher. Seit 1980 haben sich die länderweisen Unterschiede verringert. Am seltensten begehen griechische Männer Selbstmord, die Rate lag während der letzten 20 Jahre relativ konstant bei fünf Selbstmorden pro 100.000 Männer (vgl. White/Cash 2003a).

Abbildung 2.15: Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, 1992 bis 2001



Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1991-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

2.3.3 Morbidität

Im Gegensatz zur Ermittlung der Sterblichkeit aus der Todesursachenstatistik, die weitgehend Vollständigkeit und gute Datenqualität (letztere bedingt durch die relativ hohe Obduktionsrate in Österreich) gewährleistet, kann es bei der Interpretation regional vergleichender Auswertungen von Daten zur Morbidität, also der Häufigkeit von Erkrankungen zu Verzerrungen kommen. Entsprechende Datenquellen sind die Krebsstatistik, die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) sowie die Mikrozensus-Erhebungen des Statistischen Zentralamtes.

So ist etwa die Tatsache zu berücksichtigen, dass die aus der DLD berechnete Krankenhaushäufigkeit nicht nur durch epidemiologische Faktoren, sondern auch durch verschiedene andere Faktoren (z. B. durch die regionale Akutbettendichte, die Verkehrswege, Zahl und Fächermix der niedergelassenen Ärzte oder durch regionalwirtschaftliche Faktoren) beeinflusst wird. Aus diesem Grund wird bei der Analyse der Krankenhausmorbidität auf regionale Vergleiche verzichtet. Die jüngsten Daten aus der DLD stehen für das Jahr 2001 vollständig zur Verfügung.

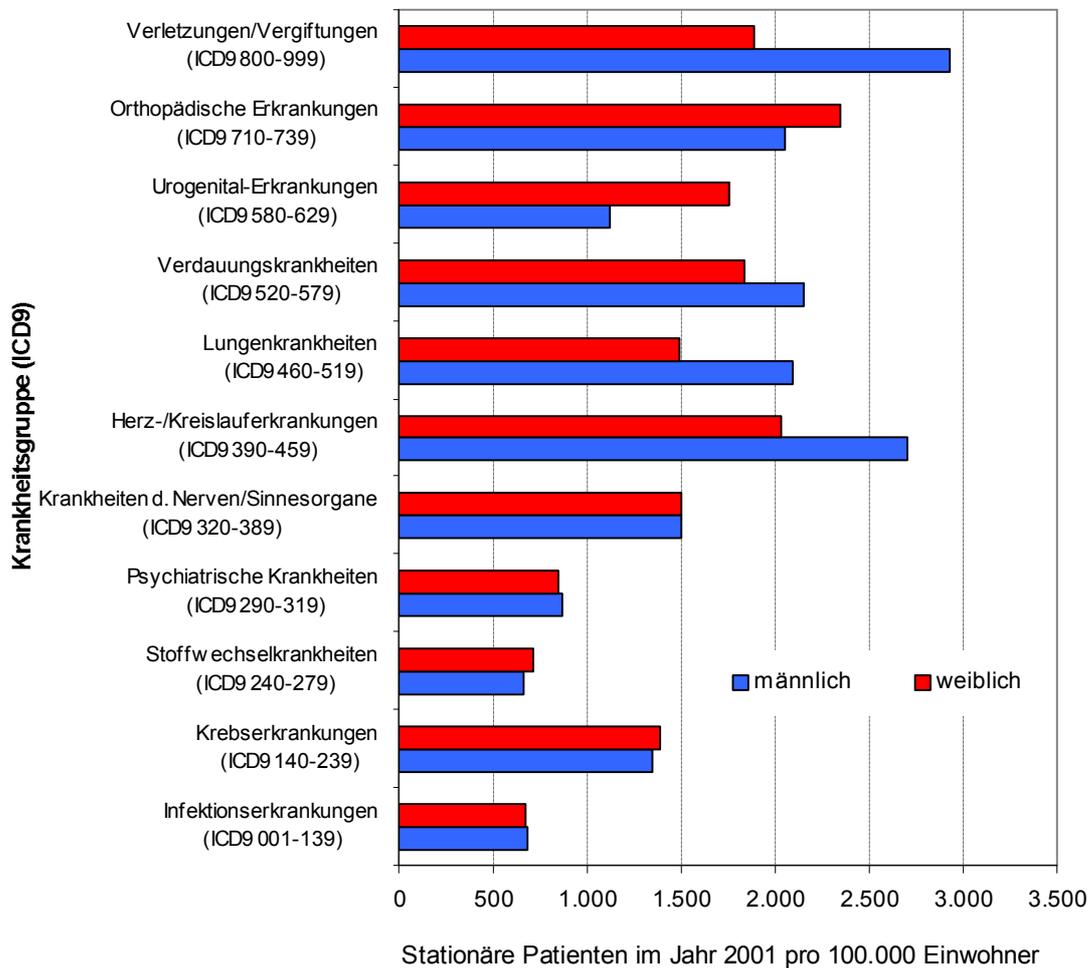
Während zur Krebsinzidenz und zur „stationären“ Morbidität (also für „hochakute Morbidität“) flächendeckende Datengrundlagen zur Verfügung stehen, ist die Abbildung der „ambulanten“ Morbidität aufgrund mangelnder adäquater Datengrundlagen besonders schwierig. In der Regel wird daher zur Abbildung dieser „ambulanten“ Morbidität auf Survey-Daten zurückge-

griffen. Die aktuellste derartige Erhebung ist das von Statistik Austria im September 1999 durchgeführte Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, das mit praktisch identischem Fragenprogramm auch schon 1981 und 1991 durchgeführt wurde. Im Rahmen des Mikrozensus 1999 wurden österreichweit rund 60.000 Personen erfasst, wobei zu beachten ist, dass dafür keine Auskunftspflicht bestand (mehr als ein Fünftel der befragten Personen lehnte 1999 die Beantwortung der Fragen zur Gesundheit ab) und dass Personen in Altersheimen, psychiatrischen Krankenanstalten, Strafvollzugsanstalten u. ä. (die sogenannte „Anstaltsbevölkerung“; ca. 1 % der Gesamtbevölkerung) bei diesen Mikrozensus-Erhebungen nicht erfasst wurden.

Die häufigsten Ursachen für eine Krankenhausaufnahme eines männlichen Österreicherers sind Herz-Kreislaufkrankungen (einschließlich Wiederaufnahmen knapp 163.000 Fälle im Jahr 2001) und Krebserkrankungen (rund 146.000 Fälle). Schließt man Wiederaufnahmen innerhalb eines Jahres aus, steht allerdings die Diagnose „Verletzungen und Vergiftungen“ an erster Stelle. Rund 114.000 Männer (3.000 Patienten pro 100.000 männliche Einwohner) mussten aufgrund einer Verletzung oder Vergiftung im Jahr 2001 stationär aufgenommen werden. An zweiter Stelle stehen Herz-Kreislaufkrankungen (rund 112.000 Patienten), gefolgt von Erkrankungen des Verdauungstraktes (rund 85.000 Patienten), orthopädischen Erkrankungen (knapp 84.000 Patienten) und Lungenkrankheiten (rund 76.000 Patienten). Unter Ausschluss der Wiederaufnahmen sind Krebserkrankungen nur die siebent-häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt von österreichischen Männern.

Bei Frauen sind orthopädische Erkrankungen die häufigste Ursache für Spitalsaufnahmen (ohne Wiederaufnahmen). Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen bei den Diagnosen „Verletzungen und Vergiftungen“ (die Krankenhaushäufigkeit der Männer ist um 50 % höher als diejenige der Frauen), bei Lungenkrankheiten (um 40 % höher), Herz-Kreislaufkrankungen (um 30 % höher) und Verdauungserkrankungen (um 20 % höher). Abgesehen von den Schwangerschaftsindikationen ist die Krankenhaushäufigkeit von Frauen nur bei Urogenital- und orthopädischen Erkrankungen höher als jene der Männer (vgl. Abbildung 2.16). Insbesondere aufgrund dieser drei selten zum Tod führenden Indikationen ist die Krankenhaushäufigkeit von Frauen trotz höherer Lebenserwartung höher als jene von Männern (im Jahr 2001 lag die Krankenhaushäufigkeit insgesamt bei Frauen um vier Prozent höher als bei Männern, vgl. Tabelle A 17 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.16: Kennzahlen - Krankenhausmorbidity der österreichischen Bevölkerung nach Geschlecht und Diagnosengruppen, 2001

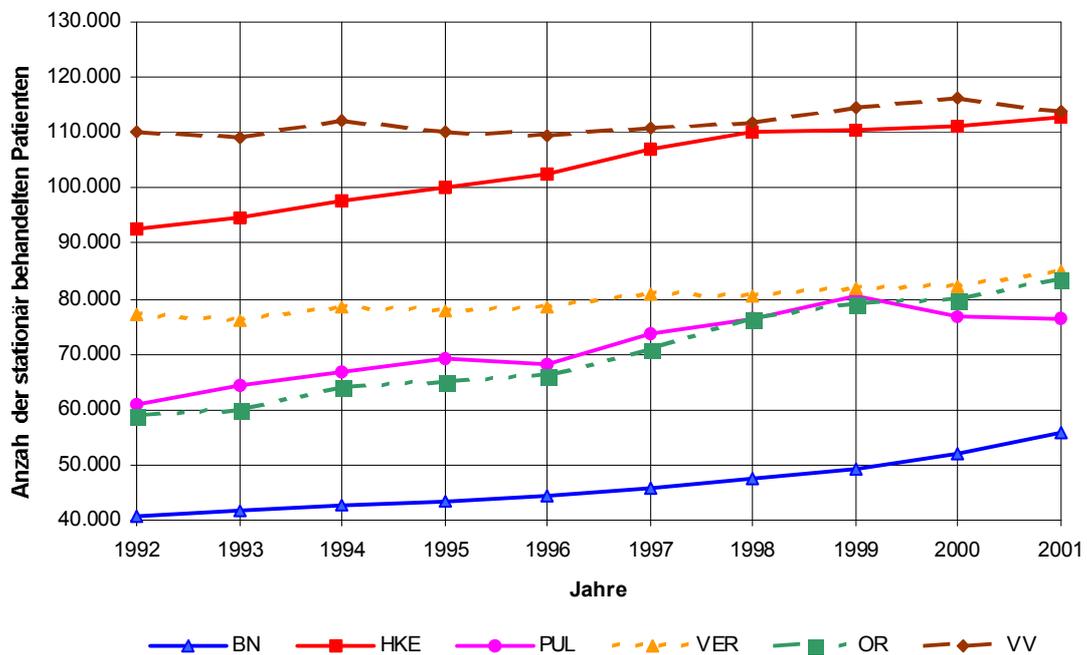


Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die zeitliche Entwicklung in der Krankenhaushäufigkeit der österreichischen Bevölkerung ist von zwei Phänomenen gekennzeichnet, die auch den europaweit beobachteten Trends entsprechen: Einerseits stieg die Zahl der stationären Fälle (einschließlich Mehrfachaufnahmen) und Patienten kontinuierlich an, andererseits sank die durchschnittliche Belagsdauer im Krankenhaus um insgesamt mehr als 20 Prozent ebenso kontinuierlich. Auch die Krankenhaushäufigkeit der Männer ist - im Gegensatz zur sinkenden Mortalität - während des Beobachtungszeitraumes 1992 bis 2001 angestiegen.

Innerhalb der Hauptdiagnosengruppen waren bei Herz-Kreislaufkrankungen (Anstieg um 20 %), orthopädischen Erkrankungen (Anstieg um 30 %) und Lungenerkrankungen (Anstieg um 26 %) besonders hohe Steigerungsraten zu beobachten (vgl. Abbildung 2.17).

Abbildung 2.17: Kennzahlen - Krankenhausmorbidity der männlichen österreichischen Bevölkerung nach ausgewählten Diagnosegruppen, 1992 bis 2001



BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislauferkrankungen (ICD9 390.x-459.x)
 PUL = Pulmologische Erkrankungen (ICD9 460.x-519.x), VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), OR = Orthopädische Erkrankungen (ICD9 710.x-739.x),
 VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)

Quellen: BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 1992 bis 2001;
 ÖBIG-eigene Berechnungen

Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenhaushäufigkeit ist bei jungen Menschen am größten (Knaben und junge Männer werden um rund ein Fünftel öfter stationär behandelt als Mädchen und junge Frauen), doch auch im Erwachsenenalter ist die Krankheitslast, gemessen an der Zahl der stationären Behandlungen pro 100.000 Einwohner (der häufigsten Diagnosen, abgesehen von Schwangerschaftsindikationen), bei Männern größer als bei Frauen (vgl. Abbildung 2.18).

Abbildung 2.18: Kennzahlen - Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt der 0- bis 19-Jährigen und der 20- bis 44-Jährigen nach Geschlecht, 2001

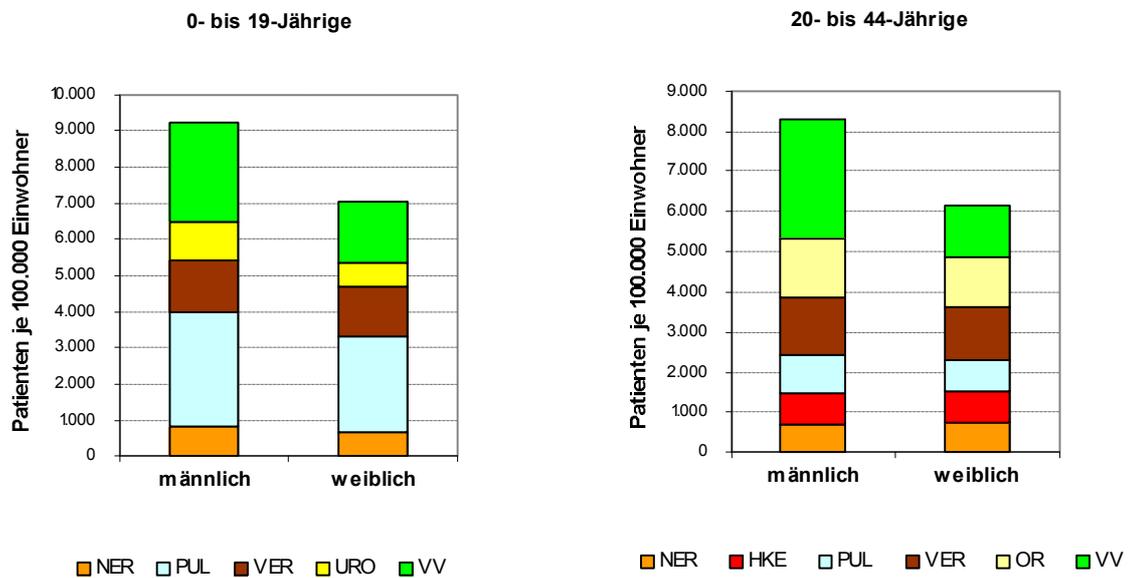
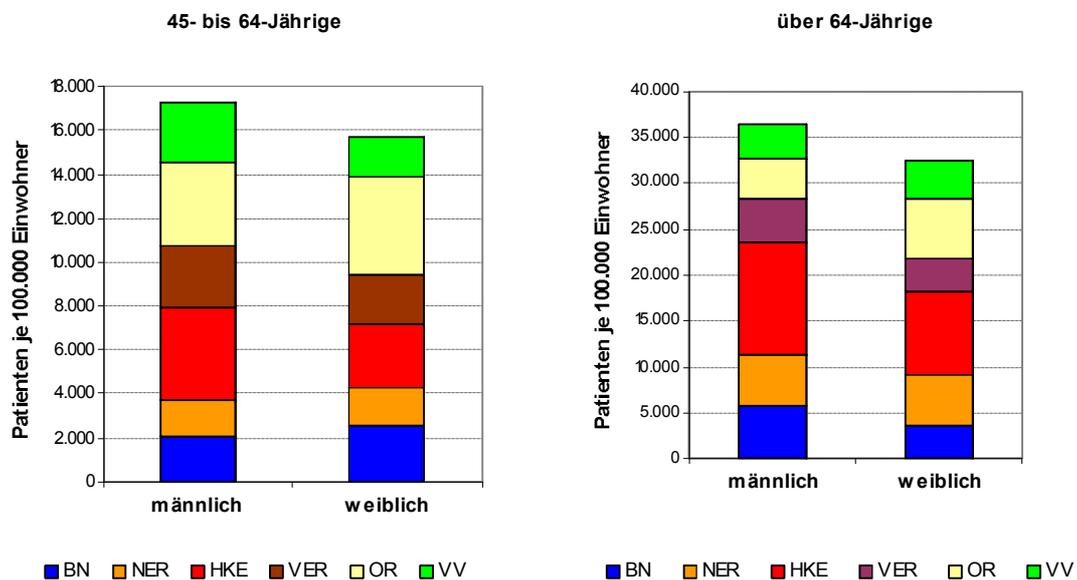


Abbildung 2.19: Kennzahlen - Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt der 45- bis 64-Jährigen und der über 64-Jährigen nach Geschlecht, 2001



BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislaufferkrankungen (ICD9 390.x-459.x), NER = Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD9 320.x-389.x), OR = Orthopädische Erkrankungen (ICD9 710.x-739.x), PUL = Pulmologische Erkrankungen (ICD9 460.x-519.x), URO = Krankheiten der Urogenitalorgane (ICD9 580.x-629.x), VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)

Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Herz-Kreislaferkrankungen

Im Jahr 2001 starben in Österreich mehr als 15.000 Männer, darunter rund 3.000 unter 65 Jahren, an Herz-Kreislaferkrankungen. Die österreichischen Männer sind dadurch im europäischen Vergleich die negativen Spitzenreiter: in Frankreich sterben im Vergleich um fast die Hälfte weniger Männer an Herz-Kreislaferkrankungen (White/Cash 2003b).

Auch in Österreich war während der 1990er Jahre ein Rückgang der Mortalität zu beobachten, der bei den unter 65-Jährigen deutlicher ist (um rund ein Fünftel) als bei den Männern insgesamt (um rund 15 %). Demgegenüber ist die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen gestiegen (siehe Abbildung 2.17). Die Ursache für den Mortalitätsrückgang kann also darin begründet sein, dass Herz-Kreislaferkrankungen früher erkannt und behandelt werden als vor zehn Jahren.

Mehr als ein Viertel der männlichen Herz-Kreislauf-Patienten werden aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit stationär behandelt. Bei jeweils rund einem Fünftel der Herz-Kreislauf-Patienten werden sonstige Formen von Herzkrankheiten oder Krankheiten des zerebrovaskulären Systems diagnostiziert. Bei Frauen ist der Anteil an ischämischen Herzkrankheiten in Bezug auf alle Patientinnen mit Herz-Kreislaferkrankungen geringer und entsprechend höher ist der Anteil der zerebrovaskulären Erkrankungen und der sonstigen Herzerkrankungen.

Anhaltspunkte für die „ambulante Morbidität“ von Herz-Kreislaferkrankungen bzw. deren Risikofaktoren ergeben sich aus den Ergebnissen des Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“. Im Jahr 1999 gaben 1,8 Prozent der Männer (rund 70.000) an, unter Bluthochdruck zu leiden, 1,65 Prozent (rund 60.000) erlitten im Befragungsjahr einen Herzinfarkt oder hatten eine andere Herzerkrankung. Männer leiden demgemäß ähnlich oft an Herzerkrankungen wie Frauen, es gaben jedoch etwa doppelt so viele Frauen an, an Bluthochdruck zu leiden. Diese Selbsteinschätzung steht im Widerspruch zur Prävalenz von Herz-Kreislaferkrankungen. Möglicherweise schätzen viele Männer ihre Herz-Kreislaufbeschwerden falsch ein und wissen nicht über ihren Blutdruck Bescheid. Auch Experten schätzen die Rate von Menschen mit Bluthochdruck deutlich höher (10 bis 20 % aller Männer) ein. Im Rahmen des ÖBIG-Survey gaben rund ein Fünftel der Befragten bzw. ein Drittel der über 40-Jährigen einen erhöhten Blutdruck an.

Bei der Nennung von Beschwerden im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung 1999 (Mehrfachnennungen waren möglich) gaben rund sieben Prozent (270.000) der Männer Kreislaufstörungen und jeweils rund vier Prozent Schwindel, Herzbeschwerden und Atembeschwerden (150.000 bis 160.000) an. Alle diese Beschwerden wurden von Frauen häufiger genannt als von Männern, obwohl sowohl die Sterblichkeit als auch die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislaferkrankungen bei Männern deutlich höher ist als bei Frauen.

Krebs

Gemäß der österreichischen Krebsstatistik, die für die Jahre 1995 bis 1999 zur Verfügung steht, werden in Österreich jährlich 3.750 Prostatakrebs-Neuerkrankungen diagnostiziert. Prostatakrebs ist damit die häufigste Krebserkrankung der Männer (rund ein Fünftel aller Lo-

kalisationen von bösartigen Neubildungen). Die zweithäufigste Krebslokalisation bei Männern betrifft die Lunge (14 Prozent), gefolgt von Dickdarm, Harnblase, Haut, Rektum und Magen (je acht bis fünf Prozent). Bei den Frauen dominiert der Brustkrebs (rund 4.500 Neuerkrankungen pro Jahr, ein Viertel aller Lokalisationen). An zweiter Stelle folgt bei Frauen Dickdarmkrebs (9 % der Neuerkrankungen). Sodann sind Haut und Lunge (je rund 6 %), Magen, Rektum, Gebärmutter und Eierstock (je 5 %) häufig von Krebs betroffen.

Es sind allerdings Probleme in Bezug auf die Vollständigkeit des Krebsregisters bekannt, sodass diese Daten hinsichtlich der absoluten Werte nicht sehr valide erscheinen. Doch auch eine Auswertung der DLD bestätigt die Reihung der häufigsten Krebslokalisationen. Demgemäß wurden im Durchschnitt der Jahre 1992 bis 2001 rund 5.600 Männer aufgrund eines Prostata-Karzinoms und rund 5.200 Männer aufgrund einer Krebserkrankung der Atemwege stationär behandelt. Die nächst häufigen Krebsbehandlungen in einem Krankenhaus betreffen die Harnblase (rund 2.000 Männer jährlich), den Magen und den Dickdarm (je rund 760 pro Jahr). Ein Trend zu vermehrter Krankenhaushäufigkeit im Beobachtungszeitraum zeigt sich bei Lungenkrebs und Prostatakrebs. Die Anzahl der Behandlungen aufgrund von Magenkrebs sank im Verlauf der 1990er Jahre und stieg in den Jahren 2000 und 2001 wieder an.

Die Inzidenzrate der meisten Krebslokalisationen ist ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre weitgehend konstant geblieben oder rückläufig gewesen. Nur die Prostatakrebsinzidenz ist seit 1990 kontinuierlich gestiegen, nämlich von 65 auf 97 Fälle pro 100.000 Männer. Da die Mortalitätsrate aufgrund von Prostatakrebs im gleichen Zeitraum weitgehend konstant blieb (vgl. Punkt 2.3.2), ist davon auszugehen, dass aufgrund der PSA-Untersuchungen, die zumindest in einigen Bundesländern sehr forciert wurden, die Karzinome früher entdeckt und damit besser behandelt werden können, wodurch die Überlebensrate steigt. Diese Beobachtung gibt besonderen Anlass zu entsprechenden Präventionsmaßnahmen.

Im Vergleich zu 16 anderen europäischen Ländern liegt Österreich hinsichtlich der Mortalitätsrate aufgrund eines Prostatakarzinoms im unteren Drittel. Am niedrigsten sind die Raten in den südeuropäischen Ländern Spanien, Italien und Griechenland (vgl. White/Cash 2003a).

Hodenkrebs gehört nicht zu den häufigsten Krebslokalisationen, hat aber insofern eine besondere Bedeutung, als er vor allem junge Männer betrifft. Die Heilungschancen bei Hodenkrebs sind sehr hoch. In Österreich sterben jährlich zehn bis 20 Männer an Hodenkrebs, jährlich erkranken rund 330 Männer an Hodenkrebs (das entspricht knapp acht Männern pro 100.000 Einwohner).

Lungenkrankheiten

Knapp 2.000 Männer sterben in Österreich jährlich an Lungenkrankheiten. Die Mortalitätsrate bei Männern ist mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen. 60 Prozent dieser Todesfälle sind auf chronisch obstruktive Lungenkrankheiten (COPD) und 25 Prozent auf Lungenentzündungen zurückzuführen. Die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Lungenkrankheiten ist bei Männern um die Hälfte höher als bei Frauen, wobei der geschlechtsspezifische Unterschied bei den über 45-Jährigen eklatant wird. Die Angaben gemäß Selbstauskunft im Mikrozensus,

an chronischer Bronchitis oder Lungenasthma zu leiden bzw. innerhalb des Jahres vor der Befragung an einer Lungenentzündung erkrankt zu sein, bilden den geschlechtsspezifischen Unterschied nicht ab. Im ÖBIG-Survey gaben immerhin sechs Prozent der befragten Männer an, an Asthma zu leiden.

Krankheiten der Leber

In Österreich sterben jährlich rund 1.200 Männer, aber nur etwa halb so viele Frauen, an chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose. Das entspricht einer Mortalitätsrate von 30 Männern und zehn Frauen pro 100.000 Einwohner. Bei beiden Geschlechtern ist entsprechend dem westeuropäischen Trend die Mortalitätsrate seit 1992 rückläufig. Es besteht bei dieser Krankheit eine besonders hohe Korrelation mit dem Alter. Bei knapp 4.000 Männern (und 2.000 Frauen) jährlich ist aufgrund dieser Diagnose ein Krankenhausaufenthalt erforderlich. Die Krankenhaushäufigkeit ist damit bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen (100 Männer, aber 45 Frauen pro 100.000 Einwohner).

Die Sterblichkeitsrate aufgrund von chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose ist seit Anfang der 1990er Jahre in Österreich höher als in allen anderen westeuropäischen Ländern, insbesondere bei Männern, aber auch bei Frauen.

Der große geschlechtsspezifische Unterschied in Österreich entspricht dem westeuropäischen Durchschnitt. Geringer ist der Unterschied insbesondere in Italien und in Ländern mit einer relativ niedrigen Mortalitätsrate wie in Irland, Norwegen, in den Niederlanden oder in Großbritannien (vgl. White/Cash 2003a).

Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten sind in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar und werden außerdem mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft. Dennoch sterben in Österreich jährlich rund 250 Personen an Infektionskrankheiten, rund die Hälfte davon sind Männer. Die meisten davon sterben an Tuberkulose oder an einer Sepsis. Gemäß der Statistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten des BMGF fielen im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen, Salmonellose, Scharlach und Tuberkulose.

Bis zum Stichtag 3. November 2003 sind gemäß der österreichischen AIDS-Statistik des BMGF rund 1.100 Männer in Österreich an AIDS verstorben - gegenüber nur 240 Frauen. Fast die Hälfte der in Österreich bisher an AIDS verstorbenen Männer war homosexuell und etwas mehr als ein Fünftel war drogenabhängig. Zu Beginn der 1990er Jahre war der bisherige Höhepunkt mit jährlich 100 bis 130 männlichen Todesfällen pro Jahr. Seither ist der Trend rückläufig. Im Jahr 2002 starben 14 Männer und drei Frauen in Österreich an AIDS. Diese Entwicklung entspricht dem europaweiten Trend. Österreich liegt damit auf ähnlichem Mortalitätsniveau wie viele andere europäische Staaten. Deutlich höher war gegen Ende der 1990er Jahre die AIDS-Sterblichkeitsrate beispielsweise in Spanien und Portugal (vgl. White/Cash 2003a).

Auch die Anzahl der Neuerkrankungen hat ihren bisherigen Höhepunkt Mitte der 1990er Jahre überschritten. Derzeit erkranken rund 30 Männer und 20 Frauen jährlich an AIDS.

Die häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten neben AIDS sind Lues und Gonorrhö. Beide Krankheiten betreffen Männer wie Frauen gleichermaßen und waren innerhalb der letzten 20 Jahre rückläufig, wenngleich in einigen Ländern (Finnland und Norwegen) ein neuerlicher Zuwachs abzusehen ist (vgl. White/Cash 2003a). In Österreich werden jährlich rund 400 Neuerkrankungen an Gonorrhö und 200 an Lues gemeldet (vgl. BMSG 2001c).

Psychische Erkrankungen

Jährlich begehen rund 1.200 Männer in Österreich Selbstmord. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist enorm (vgl. Punkt 2.3.2), insbesondere bei jungen und ganz alten Männern. Oft sind es Folgewirkungen von psychischen Erkrankungen, zu denen auch Abhängigkeits-erkrankungen zählen, die Menschen in den Selbstmord treiben. Wie Sonneck gezeigt hat, sind Geschiedene und insbesondere Verwitwete hinsichtlich Selbstmord besonders gefährdet. Die mehr als doppelt so hohe Selbstmordrate bei Männern steht im krassen Widerspruch zur Krankenhaushäufigkeit von psychischen Erkrankungen, die bei Männern und Frauen etwa gleich hoch ist, und zu den Selbstauskünften im Mikrozensus: Bei allen Beschwerden, die auf eine psychische Krankheit hinweisen können (Schlafstörungen, Schwäche und Müdigkeit, Nervosität, Depression, Übelkeit und Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Migräne) war der Anteil der betroffenen Frauen deutlich höher als jener der Männer. Schwierig ist dabei, Männern die Notwendigkeit einer Behandlung nahe zu bringen: am erfolgreichsten funktioniert das über biologische Ursachenmodelle - im Sinne einer Neurotransmitterstörung, da Männer psychodynamische Erklärungen oft nicht annehmen wollen (Hasenöhl 2003). Im ÖBIG-Survey gaben rund zwei Prozent der Männer an, unter Antriebslosigkeit, Ängsten und depressiven Verstimmungen zu leiden.

Dies entspricht der Beobachtung mehrerer Ärzte, die im Zuge des Experteninterviews zum Männergesundheitsbericht angaben, dass Männer oft unter Depressionen leiden, es sich aber oft nicht eingestehen wollen.

Behinderungen

Bei der Frage nach dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Bevölkerung durch Behinderungen kann derzeit im Wesentlichen auf zwei Datenquellen zurückgegriffen werden: Die Mikrozensus-Erhebung 1999 und die Anzahl der Pflegegeldbezieher. Bei der Mikrozensus-Erhebung 1999 von Statistik Austria wurde im Rahmen des Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ erkundet, ob aus gesundheitlichen Gründen einerseits wichtige persönliche Verrichtungen (Essen, Waschen, Toilette aufsuchen) sowie andererseits wichtige Tätigkeiten des täglichen Lebens (Einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, etc.) nicht selber ausgeübt werden können und ob der/die Befragte dabei nie, manchmal, häufig oder immer auf fremde Hilfe angewiesen ist. Gemäß dieser Erhebung sind 1,7 Prozent der österreichischen Bevölkerung bei wichtigen persönlichen Verrichtungen manchmal und 3,7 Prozent häufig oder immer auf Hilfe angewiesen. Der Anteil der häufig oder stets auf fremde Hilfe angewiesenen Personen ist bei Männern mit 3,5 Prozent etwas niedriger als bei Frauen (3,9 %). Naturge-

mäß steigt der Anteil der wegen Behinderungen häufig auf fremde Hilfe angewiesenen Personen mit zunehmendem Alter - er beträgt bei den 65- bis 74-Jährigen 3,4 Prozent, bei den 75- bis 84-Jährigen nahezu neun Prozent und bei den über 85-Jährigen mehr als 22 Prozent. Bei Tätigkeiten des täglichen Lebens sind 1,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung (1,3 % der Männer bzw. 2,4 % der Frauen) auf fremde Hilfe angewiesen.

Als zweite Datenquelle für das Ausmaß der Beeinträchtigung der Bevölkerung durch Behinderungen stand die Anzahl der Bezieher von Pflegegeld für die Jahre 2000 und 2002 zur Verfügung. Der Anspruch auf Bezug von Pflegegeld besteht seit dem Inkrafttreten des Bundespflegegeldgesetzes und der entsprechenden Landesgesetze im Juli 1993 für pflegebedürftige Personen unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit, vom Einkommen, von Vermögen und Alter der pflegebedürftigen Person. Voraussetzung für den Bezug von Pflegegeld ist ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung, der voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird. Die Höhe des Geldbezugs ist vom Ausmaß der Behinderung abhängig, wobei die Einstufung in eine der sieben vorgesehenen Stufen anhand ärztlicher Gutachten erfolgt. Je stärker die Behinderung und damit das Ausmaß der monatlich erforderlichen Stunden an Pflegeleistungen ist, desto höher ist die Stufe und damit der Pflegegeldbezug.

2002 bezogen rund 348.000 Österreicher und Österreicherinnen Pflegegeld, das waren rund 4,3 Prozent der Gesamtbevölkerung. Mehr als die Hälfte dieser Personen war den Stufen eins und zwei zugeordnet, rund 41 Prozent den Stufen drei bis fünf und 4,6 Prozent (rund 16.000 Personen) den Stufen mit den höchsten Graden an Pflegebedürftigkeit (6 und 7). Die Anzahl der Pflegegeld beziehenden Frauen war mit rund 236.000 mehr als doppelt so hoch wie jene der Männer, wobei die Frauenanteile in den niedrigeren Pflegegeldstufen stärker überwiegen als in den höheren. In den betrachteten Altersgruppen bis 60 Jahre beziehen allerdings prozentuell mehr Männer Pflegegeld als Frauen.

Die Anzahl der Pflegegeldbezieher ist österreichweit zwischen 2000 und 2002 um ca. 8.000 Männer und rd. 12.000 Frauen (7,5 bzw. 5,3 %) gestiegen. Die höchsten Zuwächse in absoluten Zahlen waren dabei in den unteren Pflegegeldstufen zu verzeichnen, der prozentuelle Anstieg war allerdings (mit ca. 14 %) bei den Pflegegeldbeziehern der beiden höchsten Stufen am stärksten.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung

Informationen über die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit stehen aus den beiden Mikrozensus-Sonderprogrammen „Fragen zur Gesundheit“ der Jahre 1991 und 1999 zur Verfügung. Die Frage nach der Einschätzung der eigenen Gesundheit wurde nur an Personen über 15 Jahre gerichtet; die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes wurde dabei nach fünf Kategorien („sehr gut“ - „gut“ - „mittelmäßig“ - „schlecht“ - „sehr schlecht“) erhoben.

Der überwiegende Anteil der Auskunft erteilenden Österreicher und Österreicherinnen - rund drei Viertel - schätzen gemäß der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 1999 ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Rund ein Fünftel der Auskunft erteilenden

Personen beurteilte den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“; rund fünf bis sechs Prozent beurteilten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. Dabei ist der Anteil der den eigenen Gesundheitszustand schlecht oder sehr schlecht beurteilenden Befragten bei Frauen geringfügig höher als bei den Männern, während der Anteil der sich gut oder sehr gut fühlenden Personen bei den Männern insgesamt etwas höher als bei den Frauen ist. Mit zunehmendem Alter werden diese geschlechtsspezifischen Unterschiede tendenziell größer.

Der Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung dürfte sich in den 1990er Jahren verbessert haben - die Anteile der den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzenden Personen war bei der Befragung im Jahr 1999 bei beiden Geschlechtern und in nahezu allen betrachteten Altersgruppen höher als bei der gleich angelegten Befragung im Jahr 1991, während die Anteile der sich nur mittelmäßig oder schlecht bzw. sehr schlecht fühlenden Befragten niedriger waren.

Neben dem Alter als wohl bedeutendster Faktor dürfte der Bildungsstatus (und damit verbunden auch die Art der beruflichen Tätigkeit und das verfügbare Einkommen) einen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche Befinden ausüben. Einerseits sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der sich gut oder sehr gut fühlenden Menschen deutlich, während der Anteil der den Gesundheitszustand nur mittelmäßig oder gar schlecht bzw. sehr schlecht einschätzenden Personen steigt. Andererseits zeigen sich innerhalb der betrachteten Altersgruppen auch deutliche Unterschiede der Einschätzung des Gesundheitszustandes bei den verschiedenen Bildungsschichten. Je höher das Bildungsniveau ist, desto höher sind die Anteile der sich gut und sehr gut fühlenden Menschen und desto geringer die Anteile der sich nur mittelmäßig oder schlecht (bzw. sehr schlecht) fühlenden Personen. Diese bildungsschichtspezifischen Unterschiede werden mit zunehmendem Alter (und damit zunehmender Zeitdauer unterschiedlicher beruflicher Tätigkeiten und durch unterschiedliche Einkommen mitverursachte unterschiedliche Verhaltensweisen und Lebensstile) zudem deutlich größer.

Auch in der im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz erstellten Studie von Zulehner wird bestätigt, dass sich Männer insgesamt etwas gesünder fühlen als Frauen (Zulehner 2003). Gemäß der Studie zugrunde gelegter Typologie von Männern und Frauen zeigt sich außerdem, dass sich moderne Männer und Frauen deutlich gesünder fühlen als traditionelle.

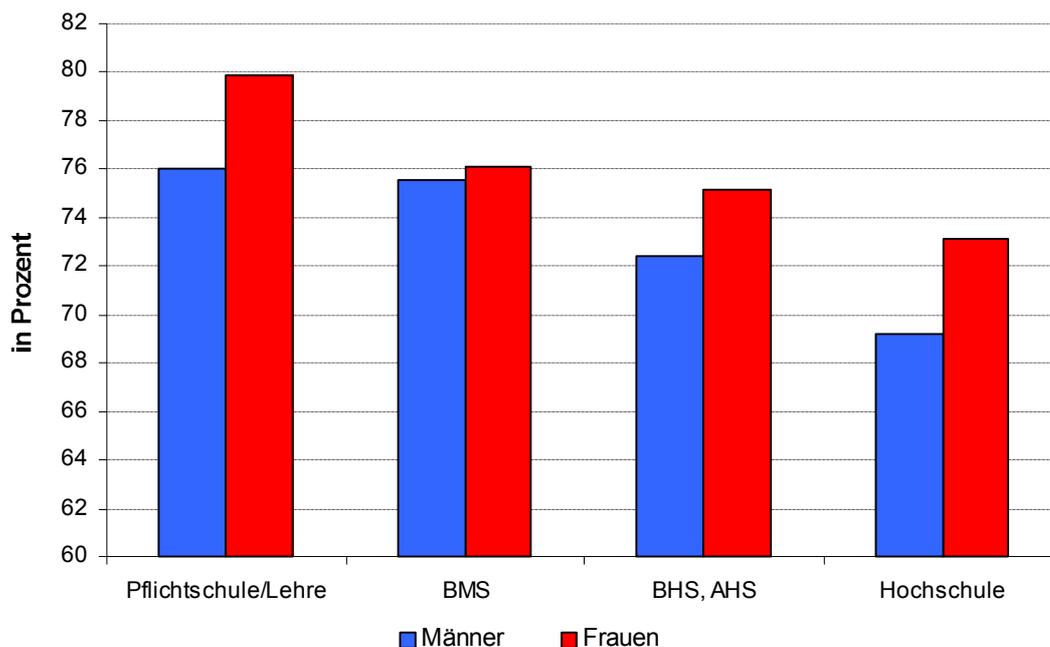
Im Vergleich zu den beiden Nachbarländern Deutschland und Italien empfinden österreichische Männer ihre eigene Gesundheit als gut. Gesünder fühlen sich die Männer insbesondere in Griechenland und Irland (vgl. White/Cash 2003a). In allen 17 von White/Cash untersuchten Ländern fühlen sich Männer gesünder als Frauen.

2.3.4 Arztbesuchshäufigkeiten

Abbildung 2.20 zeigt, dass österreichische Männer - unabhängig von der Ausbildung - im Schnitt seltener einen niedergelassenen Allgemeinarzt aufsuchen als Frauen. Damit sind sie in Europa nicht allein: Ein EU-Vergleich aus dem Jahr 1998 hat ergeben, dass ungefähr 76

Prozent der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren mindestens einmal jährlich einen Arztkontakt hatten, während es bei den Männern nur 69 Prozent waren (Eurostat 2002). Wenig überraschend nimmt die Anzahl der Arztbesuche mit steigendem Alter zu. So konsultieren etwa 21,6 Prozent der männlichen Pflichtschulabsolventen mehr als zehnmal jährlich einen Allgemeinarzt, während dies nur bei fünf Prozent der 15- bis 19-Jährigen der Fall ist.

Abbildung 2.20: Kennzahlen - Anteil von Männern und Frauen, die mindestens einmal jährlich einen Allgemeinarzt aufsuchen nach Ausbildungsniveau, 1999



Quelle: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“; ÖBIG-eigene Berechnungen

Weitere Auswertungen aus dem Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ 1999 haben ergeben, dass Männer tendenziell eher Fachärzte bzw. Ambulanzen/ Ambulatorien aufsuchen als Allgemeinärzte. Männer besuchen auch über alle Bildungsniveaus und Altersstufen hinaus häufiger Ambulanzen/Ambulatorien als Frauen.

Die Wartezeiten von Männern bei Ärzten sind durchwegs kürzer als jene von Frauen. Beispielsweise warten im Schnitt 41 Prozent der Männer aller Altersstufen weniger als zehn Minuten bzw. überhaupt nicht auf ihre Konsultation, während dies nur auf 38 Prozent der Frauen zutrifft.

2.4 Einflussfaktoren

2.4.1 Somatische Basisdaten

In westlichen Industrieländern ist ein Großteil aller Todesursachen auf lebensstilbedingte Erkrankungen zurückzuführen. Zur Entwicklung gezielter und effektiver Präventionsprogramme ist daher eine möglichst genaue bevölkerungsgruppenspezifische Kenntnis sowohl von gesundheitsförderlichen als auch von potenziell gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen von großer Bedeutung. Die Hauptrisikofaktoren für die häufigsten Krankheiten und Todesursachen, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, sind unter anderem anhand der somatischen Basisdaten ablesbar. Österreichweite Aussagen dazu können aus den Befragungen im Rahmen der bereits erwähnten Mikrozensus-Sonderprogramme „Fragen zur Gesundheit“ von Statistik Austria aus den Jahren 1991 und 1999 abgeleitet werden.

Körpergewicht

Nach den Definitionen von EUROSTAT gilt ein Body-Mass-Index (BMI) von 21 bis unter 26 kg/m² als „normal“. Bei einem BMI von 18 bis unter 21 gilt die betreffende Person als untergewichtig und bei einem BMI von weniger als 18 als stark untergewichtig. Eine Person mit einem BMI zwischen 26 und 30 ist laut EUROSTAT als übergewichtig einzustufen, ab einem BMI von 30 als stark übergewichtig. Die Bedeutung des BMI ist vor allem in Hinblick darauf zu sehen, dass insbesondere Übergewicht (BMI>26) und Fettleibigkeit („Adipositas“, BMI>30) - als häufige unmittelbare Folge ungünstiger Verhaltensweisen - das Risiko beispielsweise einer Herz-Kreislauf- oder Diabeteserkrankung erheblich erhöhen.

Da beim Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ regelmäßig auch Körpergröße und Körpergewicht der befragten Person erhoben werden, kann der BMI für jede antwortende Person individuell errechnet und hinsichtlich seiner Verteilung in der Bevölkerung auch im zeitlichen Längsschnitt verglichen werden.

Übergewichtig (mit einem BMI zwischen 26 und 30) ist gemäß den Auswertungen der Mikrozensus-Daten von 1999 rund ein Viertel bis ein Drittel der bei der Befragung Auskunft erteilenden österreichischen Männer, der Anteil der übergewichtigen Männer ist damit deutlich höher als jener der übergewichtigen Frauen (weniger als ein Fünftel). Der Anteil der Bevölkerung mit starkem Übergewicht (BMI von 30 und mehr) war bei Frauen und Männern mit etwa elf Prozent der Auskunft erteilenden Befragten annähernd gleich hoch. Die Anteile an übergewichtigen und stark übergewichtigen Männern steigen mit zunehmendem Lebensalter bis zur Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen deutlich an, in der höchsten betrachteten Altersgruppe liegen sie wieder deutlich unter dem Wert dieser Altersgruppe.

Die Anteile an übergewichtigen und stark übergewichtigen Männern liegen in den Bundesländern Burgenland, Oberösterreich, Steiermark und Niederösterreich über dem österreichischen Durchschnitt, in den westösterreichischen Bundesländern darunter. Zwischen 1991 und 1999 stieg der Anteil der übergewichtigen Männer leicht an, jener der stark Übergewichtigen (adipösen) Männer deutlich stärker, und zwar in allen betrachteten Altersgruppen, wo-

bei die Zunahme bei der Gruppe der Männer im Alter von 65 Jahren und mehr am stärksten war (vgl. Tabelle A 18 im Tabellenanhang).

Blutzucker (Diabetes)

Bei rund 600 verstorbenen Männern pro Jahr wird Zuckerkrankheit als Haupttodesursache angegeben, das sind etwa 13 pro 100.000 Männer. Demgegenüber sterben nur zehn von 100.000 Frauen aufgrund von Diabetes mellitus. Die Mortalitätsrate aufgrund von Diabetes liegt in Westeuropa etwa im Mittelfeld (vgl. White/Cash 2003a). Außerdem werden jährlich rund 35.000 Personen, davon sind rund die Hälfte Männer, aufgrund dieser Diagnose in einem Krankenhaus behandelt. Bei etwa doppelt so vielen Personen wird Diabetes in der Nebendiagnose angegeben.

Bis zu einem Alter von etwa 40 Jahren spielt Diabetes fast keine Rolle. Bei Männern steigt ab etwa 40 Jahren die Anzahl der Diabetes-Diagnosen stark an, bei Frauen etwas später. Bei der Mikrozensus-Erhebung gaben nur zwei Prozent der Männer (gegenüber 2,3 % der Frauen) an, einen erhöhten Blutzuckerspiegel aufzuweisen. Laut dem ÖBIG-Survey haben rund fünf Prozent der Männer (das entspricht rund 200.000 Männern) erhöhte Zuckerwerte. Letzteres kommt den Expertenaussagen, dass „mehr als 500.000 Menschen in Österreich an Diabetes leiden“ (vgl. www.diabetes-austria.com) deutlich näher. Die regionale Verteilung der Diabetes-Prävalenz, welche in Ostösterreich weit höher als in Westösterreich ist, stimmt mit dem Anteil an Übergewichtigen (vgl. Punkt 2.3.3) weitgehend überein.

Blutfette (Cholesterin)

Flächendeckende Daten betreffend das Gesamtcholesterin im Blut stehen nur aus den Untersuchungen des Bundesheers und daher nur für männliche Jugendliche zur Verfügung. Diesen Untersuchungen zu Folge lag der Anteil der Stellungspflichtigen mit Gesamtcholesterin im Blut größer als 200 mg/dl, was einem gesundheitsbedrohlichen Wert entspricht, Mitte der 1990er Jahre noch bei etwa neun Prozent. Seither ist der Wert kontinuierlich auf über elf Prozent (Stand 2001) angestiegen.

Wenngleich davon auszugehen ist, dass die Hypercholesterinämie bei einem hohen Anteil der hier betroffenen Personen erblich bedingt ist, sollte der erwähnte Trend in den nächsten Jahren genauer beobachtet werden, zumal dabei auch die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten eine Rolle spielen könnte.

2.4.2 Ernährung

Gesunde Ernährung vermag einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheitserhaltung und Wohlbefinden zu leisten. Eine Reihe von Erkrankungen kann neben anderen Ursachen, darunter auch genetische Disposition, durch fehlerhafte oder falsche Ernährung mitverursacht werden. Zu diesen Krankheiten zählen insbesondere Diabetes, Gicht, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck, ischämische Herzerkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Informationen darüber, welche Bedeutung gesunde Ernährung für die österreichische Bevölkerung im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit hat, stehen aus den Mikrozensus-Sonderprogrammen „Fragen zur Gesundheit“ der Jahre 1991 und 1999 (Statistik Austria) zur Verfügung. Auswertungen dieser Datenquellen zeigen, dass gesunde Ernährung bei Männern offenbar einen deutlich geringeren Stellenwert aufweist als bei Frauen. 42 Prozent sich gesundheitsbewusst ernährenden Frauen standen nur rund 32 Prozent sich gesundheitsbewusst ernährende Männer gegenüber. Markante Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigten sich dabei in allen Bundesländern sowie in allen betrachteten Altersgruppen, in den jüngeren Gruppen aber deutlich stärker ausgeprägt. Ein Grund dafür könnte auch darin liegen, dass die gesundheitlichen Folgen einer eher ungesunden Ernährung der Männer in jüngeren Jahren in späteren Lebensabschnitten eine gesündere Ernährungsweise gleichsam „erzwingen“.

Unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten der Geschlechter dürften sich bereits in früher Kindheit herausbilden und über weite Lebensabschnitte beibehalten werden: So sind bereits im Schulalter rund 1,5 mal mehr Buben von Adipositas (Fettleibigkeit; BMI über 30) betroffen als Mädchen (Meryn 2003). Dasselbe Bild zeigt sich auch im Erwachsenenalter: In Wien sind beispielsweise 14,5 Prozent der Bevölkerung, davon 60 Prozent Männer übergewichtig. Bei Männern erfolgt die Gewichtszunahme, die letztlich zu Übergewicht führt vorwiegend ab dem 40. Lebensjahr (Institut für Ernährungswissenschaften 1998). Die Ursachen dafür liegen im Großteil an der unausgewogenen und mangelhaften Ernährung, deren Ursprünge nach Ergebnissen der WHO-Untersuchung „Health Behaviour in School-Aged Children“ schon auf falsches Essverhalten in der Kindheit zurückzuführen sind.

Anhand des WHO-Survey, dem Befragungsergebnisse von 4.316 österreichischen Schülern zwischen elf und 15 Jahren zugrunde liegen, können folgende Aussagen gemacht werden (LBI für Medizin und Gesundheitssoziologie 2000):

Mädchen ernähren sich grundsätzlich besser; schließlich steht bei 74 Prozent Obst und bei 23 Prozent Gemüse auf dem täglichen Speiseplan. Unter den Buben liegen diese Vergleichswerte bei 63 Prozent (Obst) und bei 19 Prozent (Gemüse). Obst und Gemüse gelten als Grundnahrungsmittel, die meist von den Eltern eingekauft und zubereitet werden. Da bei jüngeren Kindern die Familienorientierung noch größer ist, sind ernährungsphysiologisch gute Essgewohnheiten eher bei maximal Elfjährigen zu finden.

Fast alle Kinder verzehren zuviel Industriezucker. Immerhin geben 38 Prozent der Buben und Mädchen an, täglich Süßigkeiten zu konsumieren, was als gesundheitsabträgliches Ernährungsverhalten gewertet wird.

Bei Fastfood-Produkten, die nicht Bestandteil der häuslichen Grundernährung sind, liegen die Buben (8 %) vor den Mädchen (3 %). Der Verzehr von Hot dogs, Hamburgern und Würsteln erfolgt meist mit Gleichaltrigen im Freizeitbereich, wobei hier schichtspezifische Unterschiede deutlich werden.

Mit Blick auf soziale Merkmale erfolgte auch eine Auswertung des Obstkonsums in den unterschiedlichen Schultypen. Aussagekräftig ist, dass nur 57 Prozent der Schüler aus Haupt- und Polytechnischen Schulen im Vergleich zu 70 Prozent der AHS-Schüler täglich frisches Obst essen.

Ein detailliertes Bild über die tatsächlichen Ernährungsgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung bietet der „Österreichische Ernährungsbericht 2003“ (BMGF/Institut für Ernährungswissenschaften 2003). In diesem Bericht werden oben genannte geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Selbsteinschätzung der Ernährungsweisen durch die Ergebnisse einer österreichweiten Untersuchung des Instituts für Ernährungswissenschaft über das tatsächliche Ernährungsverhalten bei Erwachsenen ab dem 20. Lebensjahr (n = 887) untermauert: Männer greifen deutlich weniger zu Obst und Gemüse, sie bevorzugen in weit höherem Ausmaß fleischreiche Speisen und die so genannte (eher deftige) „österreichische Hausmannskost“. Nur 19 Prozent der österreichischen Männer essen gemäß den Ergebnissen dieser Studie „Standardkost mit Gesundheitsaspekten“ (weniger Fleisch, mehr Gemüse und Vollkornprodukte), während der entsprechende Anteil bei den Frauen 25 Prozent beträgt. Neben den geschlechtsspezifischen Unterschieden wurden auch deutliche bildungsschichtspezifische Unterschiede festgestellt: Je höher der Bildungsgrad, desto höher die Anteile der Personen mit fleischärmerer Ernährungsweise und höheren Anteilen an Gemüse- und Obstkonsum (BMGF/Institut für Ernährungswissenschaften 2003).

2.4.3 Sport und Bewegung

Dass Sport und Bewegung gut für die Gesundheit sind, ist nicht nur unter Experten unbestritten, sondern auch in der Öffentlichkeit und Politik breit akzeptiert. Förderung von Sport und Bewegung als Teil des Lebensstils in einem modernen Gesundheits- und Sozialsystem dient dabei nicht nur der Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, sondern hilft auch, volkswirtschaftliche Kosten zu sparen (vgl. dazu BMSG 1999).

Rund 39 Prozent der 1999 im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ interviewten und Auskunft erteilenden Männer im Alter von über 15 Jahren gaben an, regelmäßig Sport und Bewegung zum Zwecke der Erhaltung der Gesundheit zu betreiben. Der Anteil ist bei den Männern höher als bei den Frauen, wobei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Bevölkerung in der zweiten Hälfte des Erwerbsalters (45 bis 64 Jahre) deutlich geringer sind als bei den jüngeren und vor allem bei der älteren Bevölkerungsschicht, die - auch auf Grund der mit höherem Alter verbundenen stärkeren Belastung durch Krankheiten und Behinderungen - generell deutlich weniger Sport betreibt.

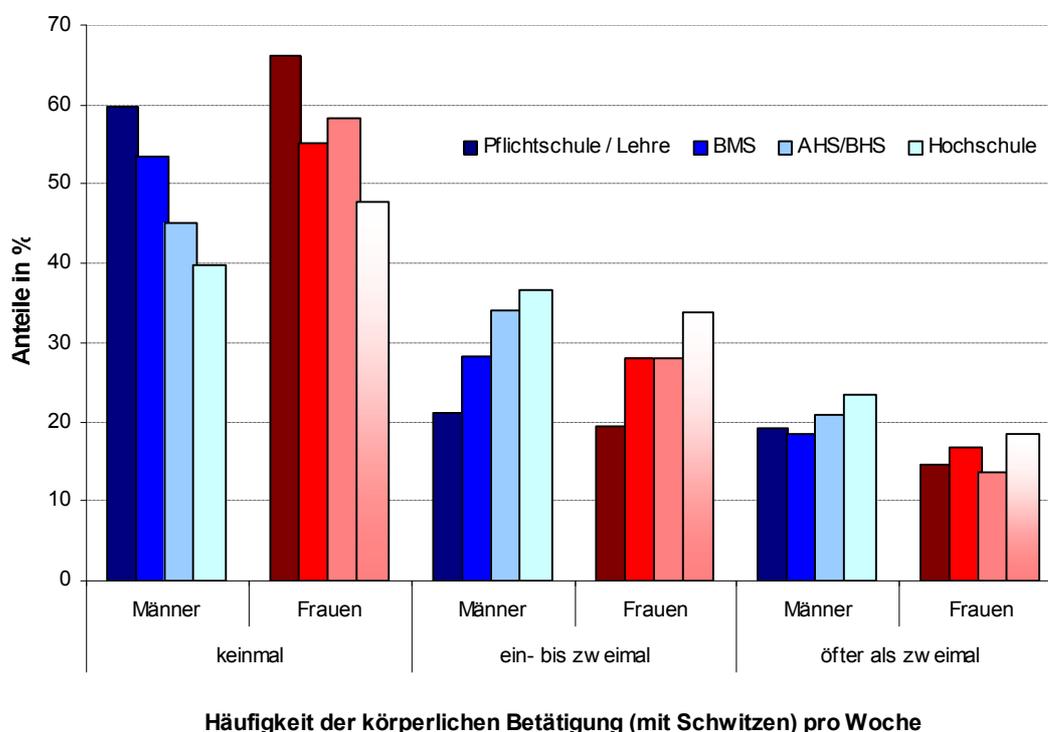
Bei den über 65-Jährigen gaben immerhin noch ca. 30 Prozent der befragten Männer an, regelmäßig Sport und Bewegung zu betreiben, während es bei den Frauen dieser Altersgruppe nur rund 23 Prozent sind (was auch auf höhere Anteile hochbetagter Menschen bei den Frauen zurückzuführen sein mag). Die Unterschiede zwischen den sportlich aktiven Anteilen von Männern und Frauen sind im Erwerbsalter deutlich geringer als bei den Jugendlichen und den über 64-Jährigen.

Den größten Stellenwert zur Gesundheitserhaltung weisen sportliche Aktivitäten bei den Männern in den westösterreichischen Bundesländern und in der Steiermark auf, den mit Abstand geringsten bei den burgenländischen und Wiener Männern. In allen betrachteten Altersgruppen zeigte sich bei Vergleich der Befragungsergebnisse von 1991 und 1999, dass die Anteile annähernd gleich blieben oder leicht zugenommen haben; die stärksten Zunahmen

sind in der Gruppe der jugendlichen Männer und der Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren zu beobachten.

Rund ein Viertel der bei der Befragung im Jahr 1999 Auskunft erteilenden Männer gab an, einmal bis zweimal wöchentlich bewusst Aktivitäten zur körperlichen Ertüchtigung zu setzen und dabei ins Schwitzen zu kommen, jeder fünfte Mann sogar mehr als zweimal pro Woche. (Die entsprechenden Anteile bei der weiblichen Bevölkerung liegen bei rund 22 bzw. 14 Prozent.)

Abbildung 2.21: Kennzahlen - Häufigkeit der wöchentlichen sportlichen Aktivitäten zur körperlichen Ertüchtigung (mit Schwitzen) der 45- bis 64-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Ausbildungsniveau, 1999



Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“; ÖBIG-eigene Berechnungen

Einen wesentlichen Einfluss dürfte der Bildungsstatus auf das Ausmaß der sportlichen Aktivitäten ausüben. Bei Betrachtung der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen (bei dieser Einschränkung bleiben Personen ohne fertige Ausbildung einerseits sowie Personen mit altersbedingten körperlichen Beeinträchtigungen andererseits sowie generell hauptsächlich altersbedingte Unterschiede weitgehend ausgeklammert) zeigt sich, dass sowohl der Anteil der ein- bis zweimal pro Woche als auch der Anteil der mehr als zweimal pro Woche Sport zum Zweck der körperlichen Ertüchtigung ausübenden Personen in Bevölkerungsgruppen mit höherer Schulbildung tendenziell zunimmt, wobei dieser Zusammenhang bei den Männern au-

genscheinlicher ist als bei den Frauen (vgl. Abbildung 2.21). Dies mag auch mit der Art der beruflichen Tätigkeit zu tun haben, die bei Personen mit niedrigerem Bildungsstatus häufiger mit körperlich anstrengender Arbeit verbunden ist, was den Bedarf dieser Bevölkerungsgruppe an mit körperlichen Anstrengungen verbundenen Freizeitbetätigungen erheblich reduzieren könnte.

2.4.4 Suchtverhalten

Allgemeiner Überblick

Sowohl legale (v. a. Alkohol, Tabak und Medikamente) als auch illegale Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis, etc.) können zu einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes führen. Eine quantitative Beurteilung des problematischen Konsums von Suchtmitteln aller Art - insbesondere aber von illegalen Drogen - ist aufgrund der hohen Dunkelziffer, die unter anderem durch die mit der Sucht einhergehenden Stigmatisierung der Betroffenen bedingt ist, sehr schwierig. Die vorliegenden Daten zeigen jedoch, dass illegale Drogen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit - verglichen mit legalen Substanzen wie Alkohol und Tabak - quantitativ vergleichsweise geringe Probleme verursachen. Im folgenden Abschnitt werden daher die beiden für die Männergesundheit in Österreich wesentlichen Suchtmittel Alkohol und Tabak näher untersucht.

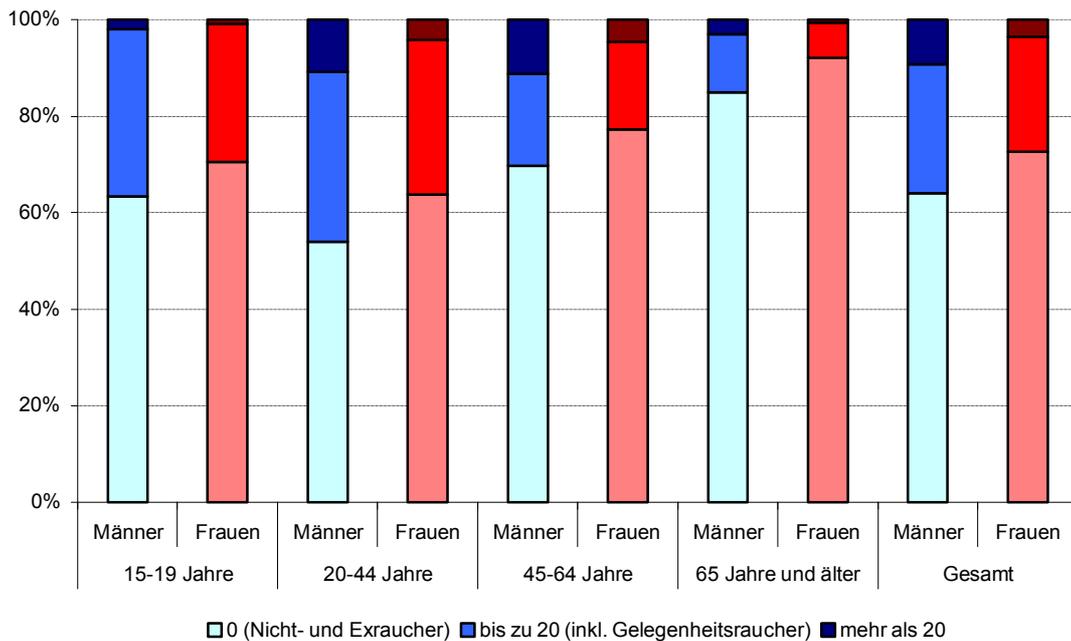
In geschlechtsspezifischer Hinsicht gibt es sowohl Unterschiede bei den Konsumpräferenzen (klassische „Männerdrogen“ wie Tabak und Alkohol sowie klassische „Frauendrogen“ wie etwa Psychopharmaka) als auch bei den Konsumstilen („harte“ und „weiche“ Konsumstile). Untersuchungen (z. B. Eisenbach-Stangl 2002) und Datenauswertungen (siehe weiter unten) zeigen, dass sich bei den Konsumpräferenzen die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den letzten drei Jahrzehnten bei gewissen Produkten (v. a. Zigaretten) verringert haben. Bei den Konsumstilen blieben die geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen jedoch relativ stabil. So ist der „harte“ Konsumstil, charakterisiert durch höhere Konsummenge und häufigere Einnahme, nach wie vor stärker bei Männern zu beobachten, der „weiche“ Konsumstil eher bei Frauen.

Rauchen

Gemäß den derzeit vorliegenden Ergebnissen des Mikrozensus 1999 rauchen in Österreich 35 Prozent der über 14-jährigen Männer täglich Zigaretten (der Konsum anderer Tabakwaren wird im Mikrozensus nicht erfragt). Bei den Frauen sind es immerhin bereits 27 Prozent. Mehr als jeder vierte Mann raucht bis zu 20 Zigaretten täglich und rund jeder zehnte Mann ist mit mehr als 20 Stück pro Tag als starker Raucher zu bezeichnen. Der Raucheranteil ist in der Altersklasse der 20- bis 44-jährigen Männer mit 44 Prozent am höchsten und nimmt dann mit zunehmendem Alter deutlich ab. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang der hohe Raucheranteil von fast 37 Prozent bei den männlichen Jugendlichen (im Alter zwischen 15 und 19 Jahre); (vgl. Abbildung 2.22).

Differenziert nach Bundesländern weisen die ostösterreichischen Bundesländer und Vorarlberg bei den Männern deutlich über dem Österreichdurchschnitt liegende Raucheranteile an der Bevölkerung auf. Deutlich geringere Raucheranteile als im Bundesdurchschnitt finden sich hingegen bei den Männern in der Steiermark und in Kärnten (vgl. Tabelle A 19 im Tabellenanhang).

Abbildung 2.22: Kennzahlen - Täglicher Zigarettenkonsum der österreichischen Männer und Frauen - Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen, 1999



Quelle: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz); ÖBIG-eigene Berechnungen

Zwischen 1991 und 1999 ist österreichweit der Raucheranteil an der Bevölkerung gestiegen, bei den Männern mit 0,6 Prozentpunkten jedoch deutlich weniger als bei den Frauen (5,1 %-Punkte). Der Anteil der starken Raucher (mehr als 20 Zigaretten täglich) ist bei den Männern um 2,6 Prozentpunkte zurück gegangen, der Anteil der bis zu 20 Zigaretten pro Tag konsumierenden Männer hingegen um 3,3 Prozentpunkte gestiegen. Am stärksten stieg der Raucheranteil bei den 15- bis 19-Jährigen, wo er sich bei den Buben um neun Prozentpunkte erhöhte (vgl. Tabelle A 19 im Tabellenanhang).

Alkohol

Schätzungen (BMSG 2001a) gehen davon aus, dass es in Österreich rund 330.000 chronische Alkoholiker gibt. 80 Prozent davon sind Männer. Der durchschnittlich pro Tag von Erwachsenen (über 15-Jährige) konsumierte Alkohol beträgt nach Berechnungen von Uhl (BMSG 2001a) in Österreich rund 31 Gramm, wobei dieser Wert bei den Männern mit 51 Gramm deutlich höher ist als bei den Frauen mit 13 Gramm.

Alkoholkonsum ist eine sozial akzeptierte Verhaltensweise, wobei der Umgang mit dieser legalen Droge vorwiegend im Jugendalter erlernt wird. Erste Alkoholerfahrungen werden gemäß einer Untersuchung (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) des Ludwig-Boltzmann-Instituts (LBI) für Medizin- und Gesundheitssoziologie aus dem Jahr 1998 zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr gemacht, wobei Buben mehr und öfter Alkohol konsumieren als Mädchen. 28 Prozent der 15-jährigen Buben geben an, bereits mehrmals einen Vollrausch gehabt zu haben, während die Vergleichszahl bei den Mädchen 19 Prozent ausmacht (LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2000).

Betrachtet man die potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit (alkoholbedingte bzw. häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehende Todesfälle) nach Kerndiagnosen (Alkohol-Psychosen, Alkoholismus, chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose), so zeigt sich, dass Männer - passend zum Konsumverhalten - von diesem Problem wesentlich stärker betroffen sind als Frauen. Im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 2001 starben pro Jahr in der Altersgruppe der unter 45-Jährigen sechs Männer pro 100.000 Einwohner an diesen Kerndiagnosen, in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Männer waren es 81 Todesfälle und bei den über 64-jährigen Männern waren es 125 Tote pro 100.000 Einwohner. Im Vergleich zur Periode 1992 bis 1996 ist ein deutlicher Rückgang der potenziell alkoholassoziierten Sterblichkeit bei fast allen Altersgruppen festzustellen. Regional differenziert lag die potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit nach Kerndiagnosen im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 2001 bei den 45- bis 64-jährigen Männern im Burgenland (und hier im Südburgenland) statistisch signifikant über dem Österreichdurchschnitt (vgl. Tabelle A 20 im Tabellenanhang). Bei den über 64-jährigen Männern war es das niederösterreichische Weinviertel. Generell zeigt sich in den Regionen Ost- und Südösterreichs vor allem bei den Männern eine stärkere Betroffenheit als in den westösterreichischen Regionen.

Im Straßenverkehr erhält der Alkoholkonsum ebenfalls eine geschlechtsspezifische und gesundheitsrelevante Bedeutung. Aus einer Untersuchung von Uhl und Springer (BMSG 2001a) wird ersichtlich, dass sich Männer weit häufiger alkoholisiert hinter das Steuer setzen als Frauen, und dass Alkoholisierung am Steuer bei Personen mit problematischem Alkoholkonsum (höhere Betroffenheit bei Männern) viel öfter festzustellen ist, als bei Personen mit einem unproblematischen Konsumstil. Das findet auch seinen Niederschlag in der Unfallstatistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit. Im Durchschnitt der Jahre 1997 bis 2001 waren vier Prozent der an Verkehrsunfällen beteiligten männlichen Lenker alkoholisiert, bei den Frauen waren es hingegen „nur“ 0,8 Prozent. Das ist sicherlich auch mit ein Grund dafür, dass 81 Prozent der in diesem Zeitraum bei Alkoholunfällen getöteten oder schwer verletzten Personen Männer sind.

Gemäß dem ÖBIG-Survey (vgl. Kapitel 3) konsumieren rund 14 Prozent der Männer täglich Alkohol. Fast jeder vierte Mann trinkt nicht täglich aber mehrmals pro Woche alkoholische Getränke und jeder Fünfte einmal pro Woche. Folgende Auswertungsergebnisse seien hier besonders hervorgehoben:

Auswertung nach Familienstand: Der Anteil jener Männer, die selten oder nie Alkohol trinken, ist bei den allein lebenden Männern mit 37,5 Prozent am geringsten und steigt dann mit Partnerschaft (40 %) und Partnerschaft und Kindern (41 %).

Auswertung nach Alter: Der Anteil der täglichen Alkoholtrinker steigt mit dem Alter.

Auswertung nach Berufsstatus: Jeder zehnte berufstätige Mann trinkt täglich Alkohol, bei den Pensionisten ist es jeder Fünfte; in Ausbildung befindliche Männer trinken nahezu nie täglich Alkohol (vgl. hierzu auch weiter oben die Auswertung nach dem Alter).

Auswertung nach Zigarettenkonsum: Fast die Hälfte der Nichtraucher trinkt nie oder zumindest nicht wöchentlich Alkohol, bei den Rauchern beträgt dieser Anteil - je nach täglichem Zigarettenkonsum - ein Viertel bis zu einem Drittel (vgl. hierzu auch die Auswertungen im Abschnitt „Rauchen“).

Auswertung nach seelischer Ausgeglichenheit: Fast jeder zweite Mann, der angibt immer seelisch ausgeglichen zu sein, trinkt nie oder zumindest nicht wöchentlich Alkohol; bei weniger ausgeglichenen oder zum Teil unausgeglichenen Männern ist diese Trinkgewohnheit jedoch nur noch bei knapp weniger als 40 Prozent zu finden.

2.4.5 Arbeitsumfeld

82,4 Prozent der Männer im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) sind erwerbstätig (beschäftigt oder als arbeitslos vorgemerkt). Damit verbringt der weitaus überwiegende Teil der Männer etwa zwei Drittel ihres Lebens im Erwerbsleben. Drei Viertel der 1,75 Millionen (Jahr 2001) unselbstständig beschäftigten Männer waren in den Branchen Sachgütererzeugung, Handel und Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern, öffentliche Verwaltung und Bauwesen tätig, wobei in der Sachgütererzeugung und vor allem im Bauwesen zum überwiegenden Teil Männer beschäftigt waren (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Starker Zeitdruck und schwere körperliche Belastung

Von den in der Tabelle A 22 im Tabellenanhang dargestellten Belastungskategorien, die im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999 erhoben wurden, stellt der starke Zeitdruck den bedeutendsten Belastungsfaktor für österreichische Männer dar - etwas mehr als ein Fünftel der befragten Männer gab an, davon betroffen zu sein. Ebenso wie bei dieser Belastungsart sind auch bei den am zweit- und dritthäufigsten genannten Belastungen - jener durch schwere körperliche Arbeit (rund 15 %) sowie jener durch Konfliktsituationen am Arbeitsplatz (rund 7 %) die Anteile der davon betroffenen Personen bei den Männern markant höher als bei den Frauen. Diese Unterschiede mögen zu einem Teil auch durch die höhere Erwerbsquote der männlichen Bevölkerung bedingt sein.

Die Betroffenheit durch diese Belastungsfaktoren ist bei den Männern im Erwerbsalter besonders stark ausgeprägt - bei den 20- bis 44-Jährigen gab mehr als ein Viertel der Befragten an, starkem Zeitdruck ausgesetzt zu sein (vgl. Punkt 2.2.2), mehr als ein Fünftel gab Belastungen durch schwere körperliche Arbeit als Belastungsfaktor an. Diese Belastungsfaktoren spielen bei den unter Zwanzigjährigen eine weit geringere und bei den über 65-Jährigen fast überhaupt keine Rolle. Allerdings gab (1999) bereits fast jeder Achte der befragten Jugendlichen (15- bis 19-Jährige) an, durch schwere körperliche Arbeit belastet zu sein: In die-

ser Altersgruppe stellt die schwere körperliche Arbeit den bedeutendsten Belastungsfaktor für Männer dar (vgl. Tabelle A 22 im Tabellenanhang).

Sowohl hinsichtlich der Anteile an Männern, die durch Zeitdruck belastet sind, als auch hinsichtlich der Anteile an Männern, die durch schwere körperliche Arbeit belastet sind, liegen das Burgenland, Oberösterreich und die Steiermark über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt. Die Anteile der durch schwere körperliche Arbeit belasteten Männer sind in den eher dienstleistungsorientierten Bundesländern Wien und Salzburg, aber auch in Vorarlberg am geringsten (vgl. Tabelle A 22 im Tabellenanhang).

Ein Vergleich der Daten des Mikrozensus 1999 mit den Befragungsergebnissen aus 1991 zeigt, dass die Belastung durch alle in die Befragung einbezogenen Faktoren in den 1990er Jahren insgesamt zugenommen haben dürfte.

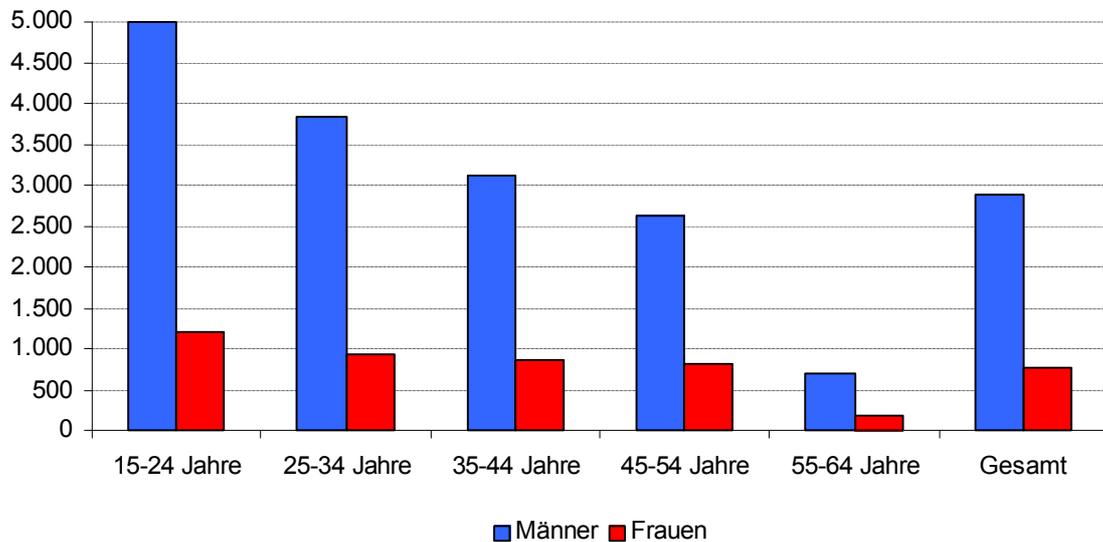
Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Aufgrund der anteilmäßig höheren Teilnahme und einem erhöhten branchenspezifischen Gefährdungspotenzial sind Männer von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten stärker betroffen als Frauen. Gemäß einer Auswertung der Statistiken der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zu den anerkannten Arbeitsunfällen sowie zu den anerkannten Berufskrankheiten in den Jahren 1995 bis 2001 zeigt sich hier folgendes Bild (vgl. Tabelle A 21 im Tabellenanhang).

Im Jahr 2001 ereigneten sich pro 100.000 männliche Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) 2.891 anerkannte Arbeitsunfälle von Männern. Das ist das Vierfache des Wertes der Frauen. Die Häufigkeit der Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner ist bei den jungen Männern (15 bis 24 Jahre) am höchsten und nimmt mit dem Alter kontinuierlich ab (vgl. Abbildung 2.23). Im Bundesländervergleich weisen die Bundesländer Kärnten, Oberösterreich, Salzburg und die Steiermark überdurchschnittliche Werte (altersstandardisiert) auf, am geringsten ist der Wert in Tirol. Hierfür spielt der unterschiedliche Branchenmix in den Bundesländern eine wesentliche Rolle.

4,6 Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) endeten im Jahr 2001 bei den Männern tödlich (Frauen: 0,3). Hier weisen die 15- bis 24-Jährigen jedoch den geringsten Wert auf, am höchsten ist die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner bei den 25- bis 44-jährigen Männern (vgl. Abbildung 2.24). Überdurchschnittliche Werte (altersstandardisiert) finden sich hier vor allem im Burgenland, der Steiermark und Salzburg, am niedrigsten sind sie in Oberösterreich und Wien.

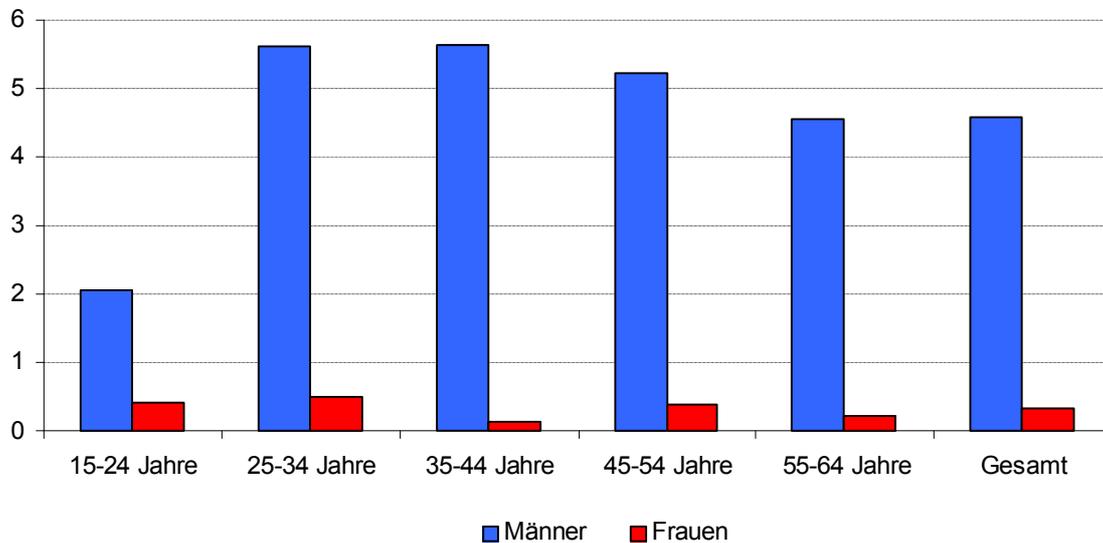
Abbildung 2.23: Kennzahlen - Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) nach Altersgruppen, 2001



Quellen: AUVA - Arbeitsunfälle 2001, Statistik Austria - Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Zahl der Arbeitsunfälle (insgesamt und mit tödlichem Ausgang) pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter ist bei den Männern in allen Altersklassen seit dem Jahr 1995 erheblich und nahezu kontinuierlich zurückgegangen und erreichte im Jahr 2001 73 Prozent des Niveaus von 1995. Auch die tödlichen Arbeitsunfälle pro 100.000 Männer waren im Jahr 2001 um 25 Prozent niedriger als 1995. Neben Verbesserungen im Arbeitsschutz ist ein nicht unerheblicher Grund für diese rückläufige Entwicklung im intensiven wirtschaftlichen Strukturwandel zu vermuten, der eine Verschiebung der männlichen Beschäftigung von eher unfallgefährdenden Branchen des Sekundärsektors zum weniger unfallträchtigen Dienstleistungssektor bewirkt. In den Jahren 1995 bis 2001 passierten 74 Prozent der Arbeitsunfälle von Männern in den Wirtschaftsbereichen Sachgütererzeugung (36 % der Arbeitsunfälle - allein 10 % in der Metallerzeugung und -bearbeitung, aber nur 25 % der unselbstständig beschäftigten Männer) Bauwesen (27 % der Arbeitsunfälle, aber nur 12 % der unselbstständig beschäftigten Männer), und Handel, Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern (11 % der Arbeitsunfälle, aber 14 % der unselbstständig beschäftigten Männer).

Abbildung 2.24: Kennzahlen - Tödliche Arbeitsunfälle pro 100.000 Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) nach Altersgruppen, 2001

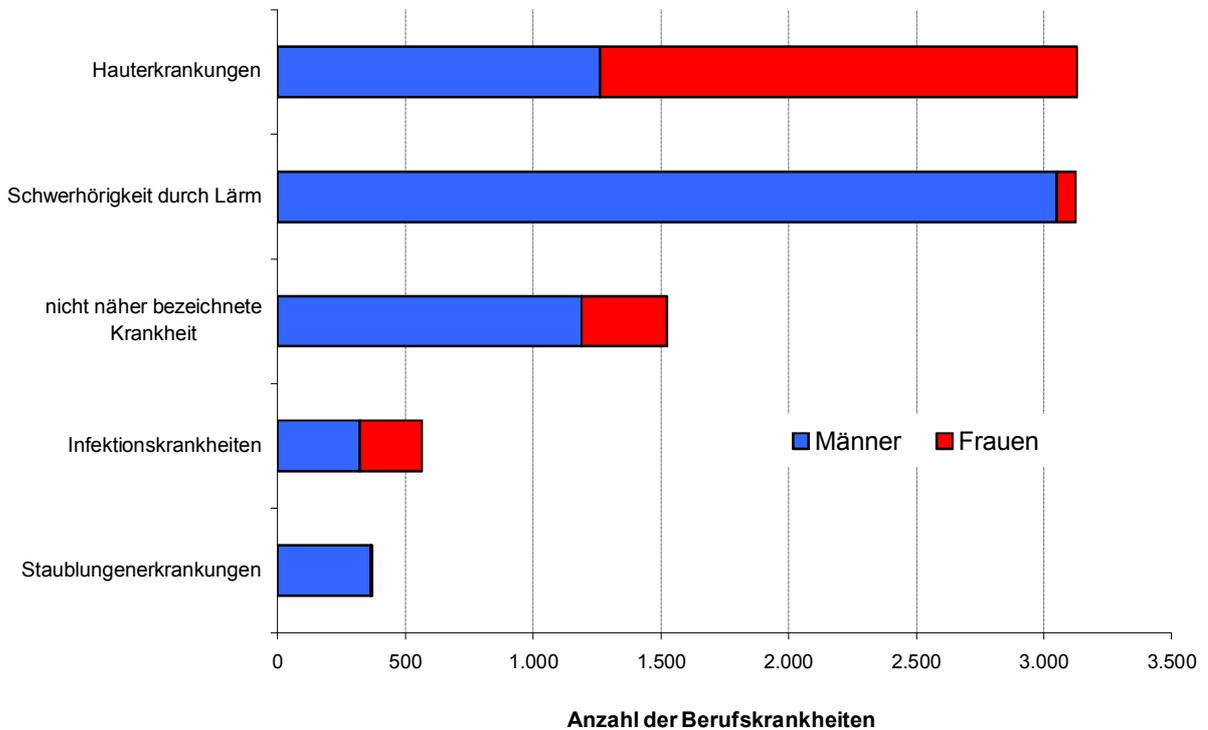


Quellen: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Statistik Austria - Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Ein weiteres wichtiges Thema im Bereiche Männergesundheit und Arbeitswelt stellen die Berufskrankheiten dar. Im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2001 litten 36,7 Männer pro 100.000 männliche Einwohner im Erwerbsalter (15 bis unter 65 Jahre) an einer anerkannten Berufskrankheit. Bei den Frauen war die Betroffenheit deutlich geringer (13,6). Einen tödlichen Ausgang nahm eine Berufskrankheit in diesem Zeitraum bei 0,7 Männern pro 100.000 männlichen Einwohnern. Auch hier ist der Wert bei den Frauen erheblich niedriger (0,02). Eine Auswertung nach Altersgruppen erscheint hier nicht sinnvoll, da die Berufskrankheit erst im Jahr der behördlichen Anerkennung statistisch erfasst wird und daher von Fall zu Fall unterschiedlich lange Wartezeiten bis zur Anerkennung vorliegen.

Differenziert nach Wirtschaftsklassen treten Berufskrankheiten am häufigsten im Bauwesen auf. Jede fünfte im Zeitraum 1995 bis 2001 bei Männern anerkannte Berufskrankheit entstand bei Beschäftigten dieses Wirtschaftsbereichs, gefolgt von der Metallerzeugung (11 %) und der Herstellung von Nahrungs- und Genussmitteln (9 %). Dann folgt der Maschinenbau mit sieben Prozent. Mit insgesamt 47 Prozent sind fast die Hälfte aller Berufskrankheiten der Männer zwischen 1995 und 2001 diesen vier Wirtschaftsklassen zuzurechnen.

Abbildung 2.25 Kennzahlen - Die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten von Männern und Frauen, 1995 bis 2001



Quelle: AUVA - Anerkannte Berufskrankheiten 1995-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Die häufigsten anerkannten Berufskrankheiten in den Jahren 1995 bis 2001 waren Hauterkrankungen (3.130 Fälle) und Schwerhörigkeit durch Lärm¹ (3.126), gefolgt von der Gruppe der nicht näher bezeichneten Berufskrankheiten (1.525 Fälle), Infektionskrankheiten (566 Fälle) sowie der Gruppe der Staublungenerkrankungen (371 Fälle). Insgesamt decken diese Krankheiten 97 Prozent der Fälle der in den Jahren 1995 bis 2001 anerkannten Berufskrankheiten ab, wobei allein für Lärmrenten jährlich rund sechs Millionen Euro aufgewendet werden (ÖAL 2003). 72 Prozent aller Fälle der in diesem Zeitraum anerkannten Berufskrankheiten betreffen Männer (28 % Frauen), wobei Männer im Vergleich zu Frauen vor allem von durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit und Staublungenerkrankungen betroffen waren (vgl. Abbildung 2.25).

¹ In Summe sind in Österreich rund 400.000 Arbeitnehmer von Lärm am Arbeitsplatz betroffen. Bei Kontrollen werden im Schnitt 25% der Betroffenen ohne geeigneten Gehörschutz angetroffen.

2.4.6 Lebensumfeld

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 der Statistik Austria sind in Österreich rund 31 Prozent der über 19-jährigen Männer ledig, 61 Prozent verheiratet, drei Prozent verwitwet und fünf Prozent geschieden. Ein Vergleich mit dem Jahr 1991 zeigt, dass der Anteil der ledigen Männer im selben Ausmaß gestiegen ist, wie der Anteil der verheirateten Männer zurückgegangen ist. Im Jahr 1999 lebte in Österreich jeder vierte Mann in einem Vierpersonenhaushalt, rund jeweils ein Fünftel wohnte in einem Zwei- bzw. Dreipersonenhaushalt oder in einem Haushalt mit mehr als vier Personen. Acht Prozent lebten in Singlehaushalten. Die Entwicklung zwischen 1991 und 1999 zeigt eine Verschiebung hin zu kleineren Haushalten (vgl. Kapitel 2.2.3).

Bei den Belastungen der Männer durch das Lebensumfeld zeigte sich folgendes Bild: Von den in der Tabelle A 21 im Tabellenanhang dargestellten Belastungskategorien, die im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999 erhoben wurden, sind die Belastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie jene durch Beruf und Pflegefälle in der Familie für die österreichischen Männer von weitaus geringerer Bedeutung als jene durch starken Zeitdruck und schwere körperliche Arbeit. Namentlich durch Haushalt, Kinder und Beruf fühlten sich Frauen (mit rund 9 %) in weitaus stärkerem Ausmaß belastet als Männer (ca. 2 %). Der Anteil der befragten Personen, die angaben, durch Beruf und Pflegefälle in der Familie belastet zu sein, war 1999 bei beiden Geschlechtern mit eins bis 1,5 Prozent jedoch bereits annähernd gleich hoch, während dieser Anteil 1991 bei den Frauen noch mehr als doppelt so hoch war als bei den Männern. Naturgemäß waren die Anteile an belasteten Männern und Frauen bei den Altersgruppen im Erwerbsalter am höchsten.

Ein Vergleich der Daten des Mikrozensus 1999 mit jenen aus dem Jahr 1991 zeigt, dass die Belastung durch alle in die Befragung einbezogenen Faktoren in den 1990er Jahren insgesamt zugenommen haben dürfte. Die relativ stärksten Zunahmen (prozentuelle Veränderungen der Anteile) zeigten sich bei den Männern bei den Belastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Beruf und Pflegefälle in der Familie, während bei den österreichischen Frauen die Belastung durch Konfliktsituationen am Arbeitsplatz und durch starken Zeitdruck relativ am stärksten gestiegen sind. Das lässt eine Annäherung der geschlechter-spezifischen Rollen vermuten.

Die Ergebnisse des ÖBIG-Survey (vgl. Kapitel 3) zeigen, dass 13 Prozent der über 15-jährigen Männer allein leben, ein Drittel der Männer lebt in einer kinderlosen Partnerschaft, ebenso ein Drittel in einer Partnerschaft mit Kindern. Rund ein Fünftel der Männer lebt zwar ohne Partnerin, aber mit Kindern oder anderen Verwandten in einem Haushalt. Knapp mehr als jeder zehnte Mann verbringt mehr als 30 Stunden pro Woche mit Haus- und Gartenarbeit, bei 17 Prozent sind es immerhin noch mehr als 20 Stunden und bei 18 Prozent noch mehr als zehn Stunden pro Woche. Diese Anteile sind verständlicherweise bei Pensionisten sowie bei in Partnerschaft lebenden Männern und bei Familienvätern höher als im Durchschnitt.

Folgende Auswertungsergebnisse seien im Zusammenhang mit dem Lebensumfeld besonders hervorgehoben:

Auswertung nach Alkoholkonsum: Der Anteil jener Männer, die selten oder nie Alkohol trinken, ist bei den allein lebenden Männern mit 37,5 Prozent am geringsten und steigt dann mit Partnerschaft (40 %) und Partnerschaft und Kindern (41 %).

Auswertung nach Zigarettenkonsum: Der Anteil der Raucher, die täglich 20 oder mehr Zigaretten rauchen ist bei den in Partnerschaft mit Kindern lebenden Männern mit 22 Prozent am höchsten. In dieser Haushaltsstrukturkategorie sind allerdings die 20- bis 44-Jährigen überdurchschnittlich stark vertreten, wo auch der tägliche Zigarettenkonsum überdurchschnittlich ist.

Auswertung nach seelischer Ausgeglichenheit: Fast 90 Prozent der in einer Partnerschaft mit Kindern lebenden Männer fühlt sich nahezu immer oder überwiegend seelisch ausgeglichen. Bei den allein mit einer Partnerin oder ohne Partnerin aber mit Kindern oder sonstigen Verwandten lebenden Männern ist das bei noch etwas mehr als drei Viertel der Männer der Fall. Bei den allein lebenden Männern weist diesen seelischen Befindlichkeitszustand nur noch knapp mehr als die Hälfte der Männer auf.

2.4.7 Gesundheitsvorsorge

Obwohl Männern - wie in einigen Untersuchungen (z. B. Eurostat 2002, Alber/Kohler 2003) und auch im ÖBIG-Survey gezeigt wurde - die Bedeutung von Gesundheitsvorsorge durchaus bewusst ist, neigen sie dazu, ärztliche oder therapeutische Hilfe für sich selbst erst beim Auftreten von über längere Zeit bestehenden Krankheitssymptomen oder Unwohlsein in Anspruch zu nehmen. Die Ursachen darin sind einerseits im mechanistischen Körperbild von Männern und dem Ignorieren von Beschwerden zu sehen und andererseits der Tatsache zuzuschreiben, dass Männer das Gefühl haben, in der Gesellschaft funktionieren zu müssen und keine Schwächen zeigen zu dürfen, um dem gültigen Männerbild zu entsprechen.

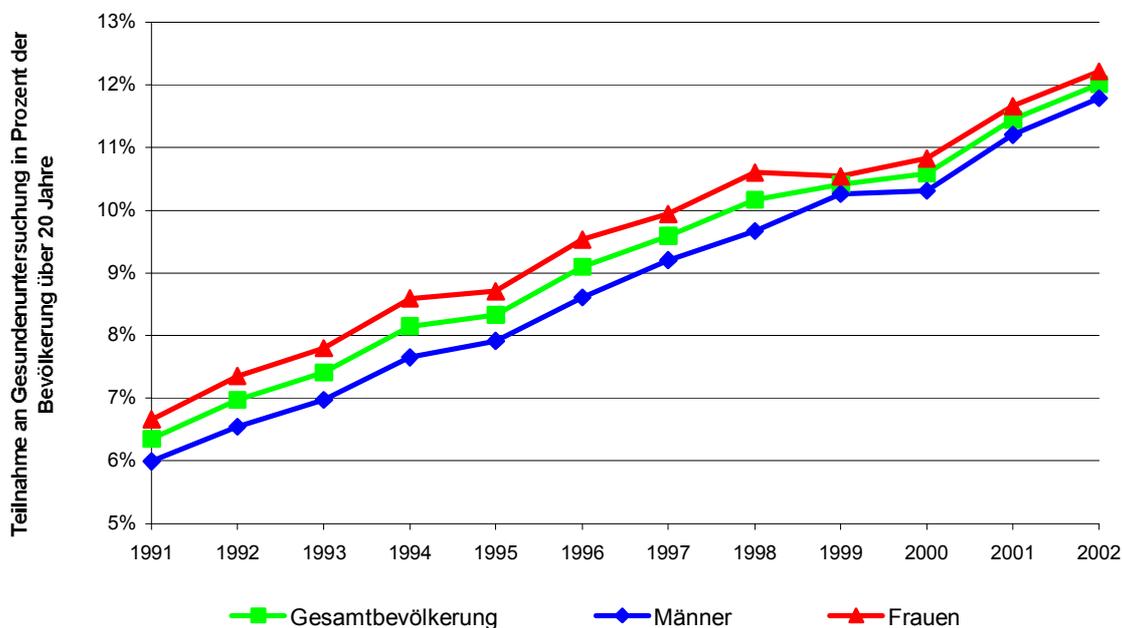
Vorsorgeuntersuchungen sind Maßnahmen zur Früherkennung von bestehenden Erkrankungen und Gesundheitsrisiken, mit dem Ziel die Heilungs- und Behandlungschancen zu verbessern. Die Palette der Vorsorgeuntersuchungen reicht dabei von schulärztlichen Untersuchungen über Gesundenuntersuchungen hin zu ganz speziellen Untersuchungen, wie z. B. humangenetische Untersuchungen bei Schwangeren. Dafür wurden von der öffentlichen Hand im Jahr 1996 rund € 102 Millionen aufgewendet (BMSG 2000).

Bedeutende Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge in Österreich sind neben Impfprogrammen die Mutter-Kind-Pass-Untersuchung und die von der Sozialversicherung angebotene Gesundenuntersuchung. Während noch etwa gleich viele Mädchen und Buben alle Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen absolvieren, ist dieses Verhältnis bei der Teilnahme an der Gesundenuntersuchung völlig anders. In den Jahren 1991 bis 2002 haben sich rund 8,8 Prozent aller Männer (im Vergleich zu 9,5 % aller Frauen) über 19 Jahren einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen, die von Personen ab dem 19. Lebensjahr - auch wenn sie nicht krankenversichert sind - einmal jährlich kostenlos in Anspruch genommen werden kann (HVSVT 2003).

Die Gesundenuntersuchung besteht aus einer für Männer und Frauen gleichen Basisuntersuchung, in der beispielsweise der Blutzuckerspiegel gemessen wird und sieht für Frauen zusätzlich eine gynäkologische Untersuchung vor. Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr ist in Abständen von zwei Jahren weiters eine beidseitige Mammographie vorgesehen. Für berufstätige Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren, d. h. Lehrlinge besteht ebenfalls die Möglichkeit einer kostenlosen körperlichen Untersuchung verbunden mit einer Gesundheits- und Sexualberatung.

Durchgeführt werden können die Untersuchungen von praktischen Ärzten, Gynäkologen, Internisten und Pulmologen sowie durch eigene Einrichtungen der Sozialversicherung bzw. im Fall der Lehrlingsuntersuchung auch an Berufsschulen.

Abbildung 2.26: Kennzahlen - Inanspruchnahme der Basisgesundheitsuntersuchung in Österreich nach Geschlecht, 1991 bis 2002



Quellen: HVSVT 1992-2003, Statistik Austria 2003, ÖBIG-eigene Berechnungen

Positiv ist dabei, wie Abbildung 2.26 zeigt, dass insgesamt die Inanspruchnahme in den letzten zehn Jahren gestiegen ist und hier insbesondere bei den Männern in stärkerem Ausmaß als bei den Frauen. Dennoch war das Inanspruchnahmeverhältnis bei der Basisuntersuchung im Jahr 2002 immer noch 53,1 Prozent zu 46,9 Prozent zu Gunsten der Frauen. Die Jugendlichenuntersuchung bietet hingegen ein differenziertes Bild: Hier nehmen tendenziell um rund fünf Prozent mehr Buben als Mädchen eines Geburtsjahrgangs das Angebot in Anspruch (MA-L 2001). Diese Aussage ist jedoch durch die Tatsache, dass im Verhältnis auch mehr Buben wie Mädchen eine Lehre absolvieren, zu relativieren.

Dass Vorsorgeuntersuchungen dennoch einen hohen Stellenwert bei Männern genießen, unterstreicht ein Ergebnis des im Zuge der Projekts durchgeführten Survey (vgl. dazu das nachfolgende Kapitel 3). Drei Viertel der befragten Männer nannten hier auf die Frage nach wichtig erachteten Maßnahmen zur Förderung der Männergesundheit eine persönliche Einladung zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung an erster Stelle.

Dies wird auch bei einer Betrachtung von vorbeugenden zahnärztlichen Behandlungen (Kariesprophylaxe und dgl.) in Wien deutlich: Während sich 10,4 Prozent aller Männer mindestens einmal einer derartigen, im Allgemeinen kostenpflichtigen Behandlung unterzogen, taten dies nur 9,5 Prozent der Frauen (Stand 2002). Am höchsten war die Inanspruchnahmerate bei 25- bis 44-jährigen Männern mit Matura (Magistrat der Stadt Wien 2003).

Im Herbst 2003 wurde das Konzept der Vorsorgeuntersuchung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖAK) überarbeitet, um sie mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer auszurichten (vgl. dazu Punkt 4.3.1).

Prostatalkrebs

Eine männerzentrierte Vorsorgemaßnahme betrifft die Früherkennung von Hoden- und Prostatakrebs, die aber nicht Bestandteil der Gesundenuntersuchung - analog etwa der Mammographie für Frauen ist. Eine mögliche Früherkennung von Prostatakrebs kann beispielsweise durch die Durchführung eines bestimmten Tests erfolgen. Bei diesem wird die Konzentration eines bestimmten Enzyms, das von der Vorsteherdrüse gebildet wird - des prostataspezifischen Antigens (PSA) - im Blut gemessen (Meryn/Kindel 2002). Ein erhöhter PSA-Wert kann dabei auf eine gutartige Vergrößerung der Prostata hinweisen oder einen bösartigen Tumor identifizieren, bevor er tastbar ist.

Nach Österling gelten als Normalwerte, differenziert nach dem Lebensalter, für die Enzymkonzentration (Plas et al. 2000; Eisenmenger 2003):

bis zum 50. Lebensjahr: maximal 2,5 Nanogramm pro Milliliter Blut (ng/ml)

zwischen dem 51. und dem 60. Lebensjahr: max. 3,5 ng/ml

zwischen dem 61. und dem 70. Lebensjahr: max. 4,5 ng/ml und

über dem 70. Lebensjahr: max. 6,5 ng/ml.

Bei einem Überschreiten der Grenzwerte sind speziell bei jüngeren Männern weitere diagnostische Maßnahmen wie eine Prostatapunktion sinnvoll. Bei einem Wert von über zehn ng/ml ist die Wahrscheinlichkeit eines Prostatakarzinoms jedenfalls massiv erhöht. Bei der Interpretation der Laborwerte muss jedoch berücksichtigt werden, dass nach rektalen Prostatuntersuchungen der PSA-Wert auch erhöht sein kann. Daher ist im Normalfall eine einmalige Messung des Werts nicht ausreichend. Der Berufsverband der Urologen Österreichs empfiehlt die Untersuchung, deren Kosten jedoch nur in begründeten Fällen von der Sozialversicherung getragen werden, jährlich zu wiederholen, da die Entwicklung des PSA-Wertes wichtig für die Früherkennung ist. Darüber hinaus soll auch eine digitale Untersuchung vorgenommen werden, da es Karzinome gibt, die nicht durch einen erhöhten PSA-Wert, son-

dem durch einen suspekten Palpationsbefund erkannt werden. Eine jährliche Zunahme um mehr als 0,75 ng/ml ist beispielsweise ebenfalls karzinomverdächtig. Das Messintervall kann auf zwei Jahre verlängert werden, wenn das PSA sehr niedrig ist, und z. B. unter 1,0 ng/ml liegt (Eisenmenger 2003).

Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey aus dem Jahr 2000/2001 hat gezeigt, dass rund die Hälfte aller Wiener Männer über 60 Jahren schon einmal eine Prostatauntersuchung absolviert hat. Auffallend ist, dass fast zwei Drittel der Männer aller Altersgruppen, die über maximal einen Pflichtschulabschluss verfügen, sich noch nie einer Prostatavorsorgeuntersuchung unterzogen haben, während es bei den Akademikern rund 47 Prozent sind (Magistrat der Stadt Wien 2003). Auch hier zeigt sich also das bekannte Bild, dass Personen, die einer niedrigeren Sozialschicht zugehörig sind, ein schlechteres Gesundheitsverhalten aufweisen als Personen einer höheren Schicht.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass in Wien rund 36 Prozent der Männer über eine zusätzliche Krankenversicherung (Sonderklasseversicherung, Taggeldversicherung, Auslandsreisekrankenversicherung, usw.) verfügen, aber im Vergleich dazu nur ein Viertel aller Frauen (Magistrat der Stadt Wien 2003). Die Ursache dafür liegt aber vermutlich nicht in einer erhöhten Sensibilität der Männer für ihre Gesundheit, sondern einerseits in der Tatsache, dass mit steigendem Einkommen und Bildungsstand die Wahrscheinlichkeit für eine Zusatzversicherung steigt und andererseits Männer bei Vorliegen von Erkrankungen auf eine rasche Behandlung mehr Wert legen als Frauen.

2.5 Zusammenfassung

Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Im Jahr 2001 lebten in Österreich rund 3,9 Millionen Männer, das sind 48 Prozent der österreichischen Bevölkerung. Jeder zehnte in Österreich lebende Mann ist ausländischer Staatsbürger, davon sind wiederum 15 Prozent EU-Bürger. Rund ein Viertel der männlichen Bevölkerung Österreichs sind Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre), zwölf Prozent sind über 64 Jahre alt. Zwischen 1991 und 2001 hat die Anzahl der Männer in Österreich mit 3,6 Prozent etwas stärker zugenommen als jene der Frauen. Gestiegen ist dabei jedoch nur der Anteil der über 64-jährigen Männer, der sich gemäß einer Schätzung der Statistik Austria bis zum Jahr 2010 auf 15,3 Prozent und bis zum Jahr 2020 auf 18 Prozent erhöhen wird. Knapp mehr als ein Viertel der über 14-jährigen österreichischen Männer verfügte im Jahr 2001 über keinen oder ausschließlich über einen Pflichtschulabschluss. Ein Fünftel hatte maturiert, wobei rund acht Prozent aller Männer zusätzlich über einen Hochschulabschluss verfügten.

Beschäftigung und Arbeitsmarkt

Die Erwerbsquote der Männer im erwerbsfähigen Alter betrug im Jahr 2001 82,4 Prozent. In diesen Jahren waren in Österreich rund 1,75 Millionen Männer unselbstständig beschäftigt, das sind 56 Prozent der unselbstständig Beschäftigten insgesamt. Drei Viertel der unselbst-

ständig beschäftigten Männer waren in den Branchen Sachgütererzeugung, Handel und Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern, öffentliche Verwaltung und Bauwesen tätig, wobei in der Sachgütererzeugung und vor allem im Bauwesen zum überwiegenden Teil Männer beschäftigt waren. Das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der Männer betrug im Jahr 2001 € 2.306,-. Im Rahmen der Erwerbstätigkeit werden von mehr als der Hälfte der erwerbstätigen Männer mehr als 39 Arbeitsstunden pro Woche geleistet, fast jeder fünfte erwerbstätige Mann arbeitet mehr als 45 Stunden pro Woche. Die jährlichen Krankenstände pro unselbstständig erwerbstätigen Mann sind zwischen 1991 und 2001 ebenso zurückgegangen wie die Krankenstandsdauer pro Jahr und die Durchschnittsdauer pro Krankenstandsfall.

Im Durchschnitt der Jahre 1991 bis 2001 waren jährlich rund 118.500 Männer als arbeitslos gemeldet. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Arbeitslosenquote von 6,2 Prozent. Im Jahr 2001 war jeder vierte arbeitslose Mann 50 Jahre oder älter und 15 Prozent waren jünger als 25 Jahre alt. 17 Prozent der arbeitslosen Männer waren beim AMS länger als 180 Tage als arbeitslos vorgemerkt.

Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnen

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 der Statistik Austria sind in Österreich rund 31 Prozent der über 19-jährigen Männer ledig, 61 Prozent verheiratet, drei Prozent verwitwet und fünf Prozent geschieden. Naturgemäß ist der Anteil der ledigen Männer in der Gruppe der 20- bis 44-Jährigen mit 51 Prozent am höchsten, während der Anteil der verheirateten (81 %) ebenso wie der geschiedenen Männer (7%) in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen am höchsten ist. Ein Vergleich mit dem Jahr 1991 zeigt, dass der Anteil der ledigen Männer im selben Ausmaß gestiegen ist, wie der Anteil der verheirateten Männer zurückgegangen ist.

Im Jahr 1999 lebte in Österreich jeder vierte Mann in einem Vierpersonenhaushalt, rund jeweils ein Fünftel wohnte in einem Zwei- bzw. Dreipersonenhaushalt oder in einem Haushalt mit mehr als vier Personen. Acht Prozent lebte in Singlehaushalten. Differenziert nach Altersgruppen zeigen sich den Lebensphasen der Männer entsprechende Unterschiede. Die Entwicklung zwischen 1991 und 1999 weist auf eine Verschiebung zu kleineren Haushalten hin, wobei sich die Wohnnutzfläche pro Mann erhöht hat.

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt der österreichischen Männer betrug im Jahr 2001 etwa 75,5 Jahre und lag damit um knapp sechs Lebensjahre unter der Lebenserwartung der Frauen. Dieser Unterschied ist zwar seit 1997 konstant geblieben, doch langfristig ist ein Trend in Richtung einer Verringerung dieses Unterschiedes zu beobachten. Im Vergleich zu den Männern anderer Länder der Europäischen Union haben die österreichischen Männer eine relativ hohe Lebenserwartung.

Die behinderungsfreie Lebenserwartung ist nicht im gleichen Ausmaß gestiegen wie die Lebenserwartung insgesamt. Österreichweit konnten Männer im Jahr 2001 mit etwa 69 behinderungsfreien Lebensjahren rechnen, das sind zwei Jahre mehr als 1992. Der restliche Zu-

gewinn an Lebenserwartung, also etwa ein Jahr, ist mit erheblichen geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen verbunden.

Sterblichkeit und Morbidität

Entsprechend der geringeren Lebenserwartung der Männer ist ihre Sterblichkeit im Vergleich zu Frauen deutlich höher. Im Zeitraum von 1992 bis 2001 war die Sterblichkeit bei Männern um nahezu 70 Prozent höher als bei Frauen, bei den unter 65-Jährigen war die Sterblichkeit der Männer mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen.

Bereits bei der Säuglingssterblichkeit zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Männliche Babys sterben innerhalb des ersten Lebensjahres häufiger als weibliche. Häufigste Ursachen sind „angeborene Missbildungen“, „nicht näher bezeichnete Unreife“ sowie „sonstige perinatale Todesursachen“. Bei Kindern unter fünf Jahren übersteigt die Sterblichkeit der Buben jene der Mädchen um nahezu ein Drittel.

Die häufigsten Todesursachen bei Männern sind ebenso wie bei Frauen Herz-Kreislauf-erkrankungen und Krebs. In den Jahren 1992 bis 2001 wurden bei fast der Hälfte der verstorbenen Männer eine Herz-Kreislauf-erkrankung und bei etwa 27 Prozent Krebs als Todesursache festgestellt. Bei den unter 65-Jährigen ist der Anteil der Herz-Kreislauf-erkrankungen als Todesursache deutlich geringer, wobei bei den Männern insbesondere der Anteil der gewaltsamen Todesursachen höher ist, während bei den Frauen Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen dominieren.

Die Sterblichkeit aufgrund von **Herz-Kreislauf-erkrankungen** - vor allem ischämischen Herz-krankheiten (darunter wiederum insbesondere akutem Myokardinfarkt) - konnte innerhalb der letzten zehn Jahre und insbesondere seit 1997 deutlich (von 1992 bis 2001 um 20 %) reduziert werden. Demgegenüber ist die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-erkrankungen um 20 Prozent gestiegen. Die Ursache für den Mortalitätsrückgang kann also darin begründet sein, dass Herz-Kreislauf-erkrankungen früher erkannt und behandelt werden als vor zehn Jahren.

Auf **Krebs** zurückzuführende Todesfälle sind hingegen nur leicht zurückgegangen, obwohl die Krankenhaushäufigkeit um rund 37 Prozent gestiegen ist. Ein Viertel aller krebisbedingten Todesfälle bei Männern ist auf Lungenkrebs zurückzuführen. Zweithäufigste Todesursache bei bösartigen Neubildungen ist Prostatakrebs, gefolgt von Dickdarm-, Rektum-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs. Auffällig im Vergleich zu den Frauen ist der mehr als doppelt so hohe Anteil an Tod durch Lungenkrebs. Beinahe drei Viertel aller Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs im Zeitraum 1992 bis 2001 betraf Männer. Bezüglich der Inzidenzrate liegt Prostatakrebs vor Lungenkrebs.

Auch bei anderen **Lungenkrankheiten** (vor allem chronisch obstruktive Lungenkrankheiten und Lungenentzündungen) ist die Mortalitätsrate bei Männern höher als bei Frauen. Knapp 2.000 Männer sterben in Österreich jährlich an Lungenkrankheiten. Die Mortalitätsrate bei Männern ist mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen, die Krankenhaushäufigkeit aufgrund von Lungenkrankheiten ist bei Männern um die Hälfte höher als bei Frauen, wobei der geschlechtsspezifische Unterschied bei den über 45-Jährigen eklatant wird.

Eine weitere typisch männliche Krankheit betrifft die **Leber**. In Österreich sterben jährlich rund 1.200 Männer, aber nur etwa halb so viele Frauen, an chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose. Das entspricht einer Mortalitätsrate von 30 Männern und 10 Frauen pro 100.000 Einwohner, womit Österreich sowohl bei Männern als auch bei Frauen höher liegt als alle anderen westeuropäischen Länder. Die Mortalitätsrate ist bei beiden Geschlechtern entsprechend dem westeuropäischen Trend seit 1992 rückläufig. Die Krankenhaushäufigkeit ist bei Männern mehr als doppelt so hoch als bei Frauen.

Die häufigste **externe Todesursache** (Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen) bei österreichischen Männern nach Unfällen insgesamt ist Selbstmord. In den vergangenen zehn Jahren begingen jährlich rund 1.200 Männer Selbstmord (40 Prozent % aller externen Todesursachen). Als Folge eines Verkehrsunfalls sterben jährlich etwas mehr als 700 Männer (ein Viertel aller externer Todesursachen). Doppelt so viele Männer wie Frauen sterben aufgrund einer Verletzung oder einer Vergiftung und drei Mal so viele Männer verüben Selbstmord. Die jährliche Entwicklung der externen Todesursachen war im Zeitraum 1992 bis 2001 leicht rückläufig. Österreichische Männer begehen im Vergleich zu den Männern anderer europäischer Länder relativ häufig Selbstmord, nur in Finnland und zuletzt in Belgien ist die Rate noch höher.

Die mehr als doppelt so hohe Selbstmordrate bei Männern steht im krassen Widerspruch zur Krankenhaushäufigkeit von psychischen Erkrankungen, die bei Männern und Frauen etwa gleich hoch ist, und zu den Selbstauskünften im Mikrozensus, demnach bei allen Beschwerden, die auf eine psychische Krankheit hinweisen können, der Anteil der betroffenen Frauen deutlich höher war als jener der Männer.

Bezogen auf die häufigsten Diagnosen, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, werden Männer häufiger stationär behandelt als Frauen. Doch aufgrund der Schwangerschaftsindikationen, der Urogenital- und orthopädischen Erkrankungen, welche selten zum Tod führen, ist die **Krankenhaushäufigkeit** insgesamt bei Frauen etwas höher als bei Männern. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen bei den Diagnosen „Verletzungen und Vergiftungen“ (die Krankenhaushäufigkeit der Männer ist um 50 % höher als diejenige der Frauen), bei Lungenerkrankungen (um 40 % höher), Herz-Kreislaufkrankungen (um 30 % höher) und Verdauungserkrankungen (um 20 % höher). Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenhaushäufigkeit ist bei jungen Menschen am größten (Knaben und junge Männer werden um rund ein Fünftel öfter stationär behandelt als Mädchen und junge Frauen).

Sterblichkeit nach Altersgruppen

Die Differenz bei der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit steigt mit zunehmendem Alter bis zum frühen Erwachsenenalter und nimmt mit steigendem Alter wieder tendenziell ab.

Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen sind Verletzungen und Vergiftungen, die bei Buben und jungen Männern mehr als doppelt so häufig sind wie beim weiblichen Geschlecht. In der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen beträgt die Gesamt mortalität der Männer das Zwei- bis Dreifache jener der Frauen. Der größte Unterschied besteht bei Ver-

letzungen und Vergiftungen (bei Männern viermal so häufig). Herz-Kreislaufkrankungen führen bei Männern dieser Altersgruppe doppelt so häufig zum Tod wie bei Frauen, und auch die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen ist für Männer deutlich höher. Nur tödliche Krebserkrankungen kommen bei 20- bis 44-jährigen Frauen öfter vor als bei Männern dieser Altersgruppe.

In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen ist die Mortalität der Männer immer noch mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. Krebssterblichkeit und Herz-Kreislaufsterblichkeit steigen insbesondere bei den Männern stark an, während Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache relativ an Bedeutung verlieren. In der Gruppe der über 64-Jährigen sind mehr als 80 Prozent aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen zurückzuführen. Die Sterblichkeit der Männer ist in dieser Altersgruppe nur mehr eineinhalb mal so hoch wie die Sterblichkeit der Frauen.

Behinderungen

Rund 1,7 Prozent der Österreicher benötigen bei wichtigen persönlichen Verrichtungen manchmal und 3,7 Prozent häufig oder immer Hilfe. Der Anteil der häufig oder stets auf fremde Hilfe angewiesenen Personen ist bei Männern etwas niedriger als bei Frauen. Naturgemäß steigt der Anteil der wegen Behinderungen häufig auf fremde Hilfe angewiesenen Personen mit zunehmendem Alter - bei den über 85-Jährigen beträgt er mehr als 22 Prozent. Bei Tätigkeiten des täglichen Lebens sind 1,9 Prozent der Bevölkerung auf fremde Hilfe angewiesen.

2002 bezogen rund 348.000 Österreicher und Österreicherinnen (4,3 %) Pflegegeld, waren also als pflegebedürftig eingestuft. Rund 16.000 Personen davon waren als in hohem Ausmaß (Stufen 6 und 7) pflegebedürftig eingestuft. Die Anzahl der Pflegegeld beziehenden Frauen war mehr als doppelt so hoch wie jene der Männer. Mit zunehmendem Alter steigt das Ausmaß der Behinderungen und damit der Pflegebedürftigkeit: Bei der über 80-jährigen Bevölkerung Österreichs beträgt der Anteil mehr als 50 Prozent. Die Anzahl der Pflegegeldbezieher ist österreichweit zwischen 2000 und 2002 um rund sechs Prozent gestiegen.

Gesundheitliche Selbsteinschätzung

Der überwiegende Anteil der Österreicher und Österreicherinnen - rund drei Viertel - schätzt gemäß einer Erhebung aus dem Jahr 1999 ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Rund ein Fünftel der Auskunft erteilenden Personen beurteilte den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“; rund fünf bis sechs Prozent beurteilten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht. Männer schätzen ihren Gesundheitszustand in geringfügigem Ausmaß besser ein als Frauen, mit zunehmendem Alter werden diese geschlechtsspezifischen Unterschiede tendenziell größer.

Neben dem Alter als wohl bedeutendstem Faktor dürfte der Bildungsstatus (und damit verbunden auch die Art der beruflichen Tätigkeit sowie das verfügbare Einkommen) einen wesentlichen Einfluss auf das gesundheitliche Befinden ausüben: Je höher das Bildungsniveau ist, desto höher ist die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit.

Sowohl internationale Untersuchungen als auch eine Studie von Zulehner (vgl. White/Cash 2003a und Zulehner 2003) bestätigen, dass sich Männer in allen Altersgruppen gesünder fühlen als Frauen.

Somatische Basisdaten

Die Bedeutung des **Body-Mass-Index** (BMI) ist vor allem in Hinblick darauf zu sehen, dass insbesondere Übergewicht (BMI>26) und Fettleibigkeit („Adipositas“, BMI>30) - als häufige unmittelbare Folge ungünstiger Verhaltensweisen - das Risiko beispielsweise einer Herz-Kreislauf- oder Diabeteserkrankung erheblich erhöht. Übergewichtig (mit einem BMI zwischen 26 und 30) ist gemäß den Auswertungen der Mikrozensus-Daten von 1999 rund ein Viertel bis ein Drittel der österreichischen Männer, stark übergewichtig sind elf Prozent. Der Anteil der übergewichtigen Männer ist damit deutlich höher als jener der übergewichtigen Frauen (weniger als ein Fünftel), bei den stark übergewichtigen Personen ist kein geschlechtsspezifischer Unterschied festzustellen. Die Anteile an übergewichtigen und stark übergewichtigen Männern steigen mit zunehmendem Lebensalter bis zur Altersklasse der 45- bis 64-Jährigen deutlich an, in der höchsten betrachteten Altersgruppe liegen sie wieder deutlich unter dem Wert dieser Altersgruppe.

Männer sterben häufiger an **Diabetes** als Frauen (13 von 100.000 Männern gegenüber 10 von 100.000 Frauen pro Jahr) und werden etwa gleich oft wie Frauen aufgrund dieser Krankheit stationär behandelt. Die Mortalitätsrate aufgrund von Diabetes liegt in Westeuropa etwa im Mittelfeld (vgl. White/Cash 2003a). Bis zu einem Alter von etwa 40 Jahren spielt Diabetes fast keine Rolle. Bei Männern steigt ab etwa 40 Jahren die Anzahl der Diabetes-Diagnosen stark an, bei Frauen etwas später. Bei der Mikrozensus-Erhebung gaben nur zwei Prozent der Männer (gegenüber 2,3 % der Frauen) an, einen erhöhten Blutzuckerspiegel aufzuweisen. Laut dem ÖBIG-Survey leiden rund fünf Prozent der Männer (das entspricht rund 200.000 Männern) an Diabetes. Dies kommt den Expertenaussagen nahe. Die regionale Verteilung der Diabetes-Prävalenz, welche in Ostösterreich weit höher als in Westösterreich ist, stimmt mit dem Anteil an Übergewichtigen weitgehend überein.

Ernährung

Gesunde Ernährung vermag einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheitserhaltung und Wohlbefinden zu leisten. Die Auswertungen zeigen, dass gesunde Ernährung bei Männern offenbar einen deutlich geringeren Stellenwert einnimmt als bei Frauen. Unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten der Geschlechter dürften sich bereits in früher Kindheit herausbilden und über weite Lebensabschnitte beibehalten werden. Hinweise dafür finden sich in alters- und geschlechtsspezifischen Auswertungen zur Adipositas, sowie in Untersuchungen zu falschem Essverhalten in der Kindheit. Gemäß dem „Österreichischen Ernährungsbericht 2003“ (BMGF/Institut für Ernährungswissenschaften 2003) - der ein detailliertes Bild über die tatsächlichen Ernährungsgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung bietet - greifen Männer deutlich weniger zu Obst und Gemüse. Sie bevorzugen in weit höherem Ausmaß fleischreichere und eher deftige Speisen. Je höher der Bildungsgrad, desto höher die Anteile der Personen mit fleischärmerer Ernährungsweise und höheren Anteilen an Gemüse- und Obstkonsum.

Sport und Bewegung

Dass Sport und Bewegung gut für die Gesundheit ist, ist nicht nur unter Experten unbestritten, sondern allgemein akzeptiert. Die Kennzahlenanalyse zeigte, dass der Anteil der zur Gesunderhaltung regelmäßig Sport und Bewegung betreibenden Bevölkerung bei den Männern höher ist als bei den Frauen. Senioren beiderlei Geschlechts betreiben - auch auf Grund der mit höherem Alter verbundenen stärkeren Belastung durch Krankheiten und Behinderungen - generell deutlich weniger Sport. Einen wesentlichen Einfluss dürfte der Bildungsstatus auf das Ausmaß der sportlichen Aktivitäten ausüben. Männer mit höherer Schulbildung betreiben tendenziell häufiger Sport als Männer mit niedrigem Bildungsstatus, was jedoch auch im Zusammenhang mit unterschiedlichen körperlichen Belastungen im Beruf zu sehen ist.

Suchtverhalten

Die Kennzahlenanalyse beschränkte sich, da illegale Drogen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit eine quantitativ vergleichsweise geringe Rolle spielen, auf die beiden für die Männergesundheit in Österreich wesentlichen Suchtmittel Alkohol und Tabak. Die Untersuchung zeigte, dass anteilmäßig mehr Männer (35 %) als Frauen (27 %) - und das täglich häufiger - zur Zigarette greifen. Bedenklich ist vor allem der hohe Raucheranteil bei den männlichen Jugendlichen (37 %), der zwischen 1991 und 1999 von allen Altersgruppen am stärksten anstieg. Bezüglich des Suchtmittels Alkohol ist festzuhalten, dass gemäß Schätzungen 80 Prozent der rund 330.000 chronischen Alkoholiker in Österreich Männer sind. Männer konsumieren täglich häufiger und eine deutlich höhere Menge an Alkohol als Frauen und sterben demnach auch häufiger an potenziell alkoholassoziierten Krankheiten. Auch die Verkehrssicherheit ist durch alkoholisierte Männer wesentlich stärker beeinträchtigt als durch alkoholisierte Frauen.

Die Auswertungen des ÖBIG-Survey aus dem Jahr 2003 zeigten, dass - differenziert nach dem Bildungsstand der Männer - die männlichen Hochschulabsolventen die niedrigsten Raucheranteile aufweisen und Männer mit Lehrberufen den höchsten. Ebenso steigen die Raucheranteile mit der Häufigkeit des Alkoholkonsums und der dabei zugeführten Alkoholmenge. Es finden sich auch Hinweise darauf, dass mit der seelischen Ausgeglichenheit der Männer die Neigung zum Konsum von Alkohol und Zigaretten abnimmt. Im Gegensatz zum Zigarettenkonsum steigt der tägliche Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter.

Arbeitsumfeld

Der weitaus überwiegende Teil der Männer verbringt etwa zwei Drittel seines Lebens im Erwerbsleben, wodurch berufliche Belastungen für die männliche Gesundheit von entscheidender Bedeutung sind. So fühlen sich Männer durch den Beruf auch häufiger gesundheitlich belastet (starker Zeitdruck, schwere körperliche Arbeit, Konflikte am Arbeitsplatz) als es bei Frauen der Fall ist. Männer sind auch um ein Vielfaches öfter Opfer von Arbeitsunfällen als Frauen, wobei Männer auch mehr in unfallträchtigen Branchen beschäftigt sind. Auch die Betroffenheit von anerkannten Berufskrankheiten ist bei Männern höher als bei Frauen, wo-

bei hier vor allem die Schwerhörigkeit durch Lärm als besonders häufige und männerdominierte Berufskrankheit hervorzuheben ist.

Lebensumfeld

Umgekehrt zum Arbeitsumfeld fühlen sich Männer von Belastungen durch das Lebensumfeld bzw. durch den Mix an Belastungen durch das Lebensumfeld und den Beruf weniger betroffen als Frauen. Die Auswertungen des ÖBIG-Survey aus dem Jahre 2003 zeigen, dass fast alle in einer Familie mit Partnerin und Kindern lebenden Männer sich seelisch ausgeglichen fühlen, bei den allein lebenden Männern ist das nur bei knapp mehr als der Hälfte der Fall. Knapp mehr als jeder zehnte Mann verbringt mehr als 30 Stunden pro Woche mit Haus- und Gartenarbeit, bei 17 Prozent sind es immerhin noch mehr als 20 Stunden und bei 18 Prozent noch mehr als zehn Stunden pro Woche. Diese Anteile sind verständlicherweise bei Pensionisten sowie bei in Partnerschaft lebenden Männern und bei Familienvätern höher als im Durchschnitt.

Gesundheitsvorsorge

Die Teilnahme an der von der österreichischen Sozialversicherung kostenlos angebotenen Gesundenuntersuchung ist seit Jahren eine Domäne der Frauen (Männer zu Frauen = 47 : 53 Prozent), obwohl sich die Inanspruchnahmehäufigkeit langsam angleicht. In den Jahren 1991 bis 2002 haben rund 8,8 Prozent aller Männer über 19 Jahre (im Vergleich zu 9,5 % aller Frauen) an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. Derzeit wird die Vorsorgeuntersuchung gerade vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer überarbeitet, um sie mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer auszurichten.

Eine männerzentrierte Vorsorgemaßnahme ist die Früherkennung von Prostata- und Hodenkrebs. Eine mögliche Früherkennung von Prostatakrebs kann dabei durch die Durchführung eines bestimmten Tests erfolgen, bei dem die Konzentration eines bestimmten Enzyms, des prostataspezifischen Antigens (PSA) im Blut gemessen wird. Ein erhöhter PSA-Wert kann dabei auf eine gutartige Vergrößerung der Prostata hinweisen oder einen bösartigen Tumor identifizieren, bevor er tastbar ist.

3 Motivforschung

3.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, die Hintergründe von männlichem Gesundheitsverhalten und -handeln zu beleuchten. Den Ursachen für Wahrnehmungsdefizite von Männern in Bezug auf den eigenen Gesundheitszustand - die beispielsweise auch Auswertungen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ aus dem Jahr 1999 aufzeigen - soll auf den Grund gegangen werden.

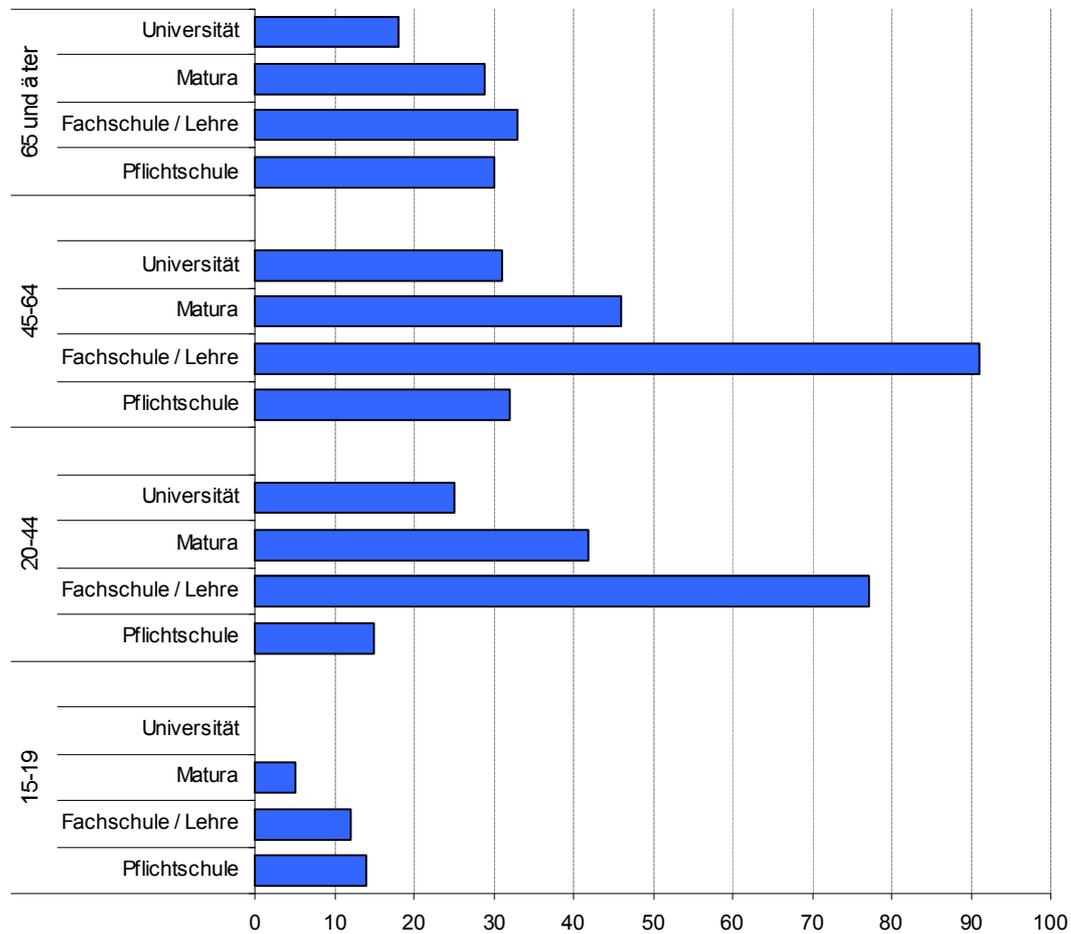
Mittels telefonischer Befragung von in Österreich wohnhaften Männern wurden u. a. das Interesse an potenziellen Präventionsmaßnahmen und die Hauptinformationsquellen für gesundheitliche Fragen erkundet. Dieser Survey wurde durch Fragen zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, nach der typischen Behandlung von Erkrankungen sowie zu ihrem Lebensstil (Alkohol- und Nikotinkonsum, allein oder in einem Familienverband lebend, usw.) vervollständigt (vgl. Frageliste im Anhang).

3.2 Methode

Die Erhebung erfolgte unter Beachtung der ESOMAR-Richtlinien¹ in Zusammenarbeit mit der Neuberger Research GmbH aus Wien. Diese führte im Sommer 2003 (18. bis 22. August) eine repräsentative, bundesweite telefonische Befragung von 500 in Österreich wohnhaften Männern im Alter von ab 16 bis 87 Jahren durch. Neben den Fragen zu Gesundheitsthemen wurden auch soziodemographische und sozioökonomische Merkmale der Befragten (höchste abgeschlossene Schulbildung, beruflicher Status, Familienstand usw.) erhoben. Die folgende Abbildung 3.1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe nach Altersgruppen und Ausbildungsniveau.

¹ Richtlinien für den korrekten Erhebungsablauf und die korrekte Datenbetreuung im Sinne der Vorgaben der Weltorganisation für Markt- und Meinungsforschung ESOMAR

Abbildung 3.1: Survey - Verteilung der befragten Männer auf Altersgruppen und Ausbildungsniveau



Quelle: ÖBIG 2003

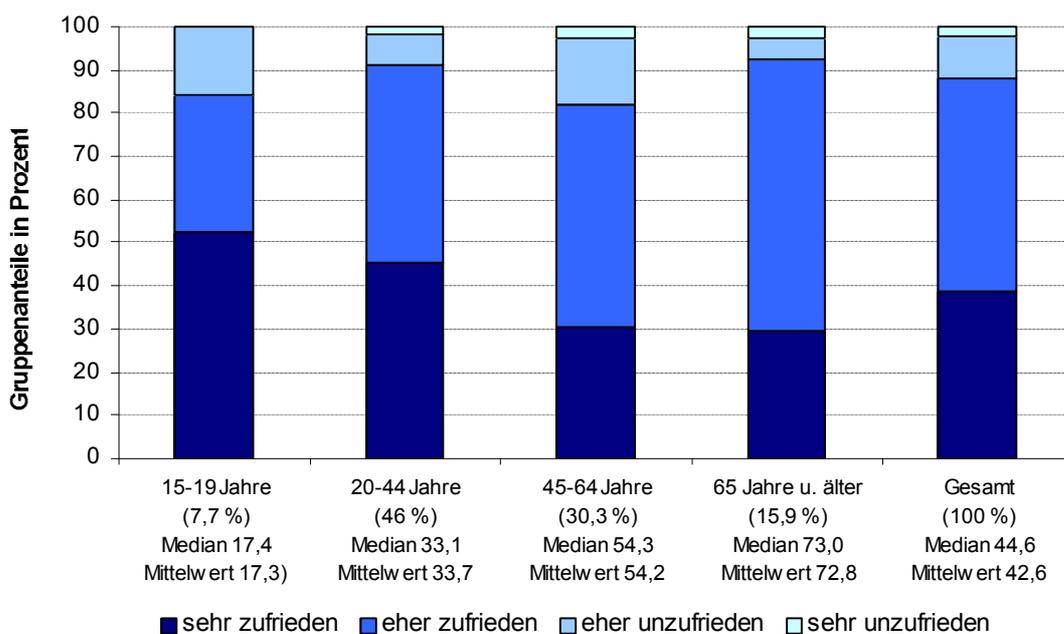
Abweichungen in der Stichprobe hinsichtlich Alterszusammensetzung und Ausbildungsniveau von der Grundgesamtheit wurden durch entsprechende Gewichtungsfaktoren bei den Auswertungen berücksichtigt. Die Auswertungen im ÖBIG erfolgten mit dem Statistik-Programm SPSS, überwiegend in Form von Kreuztabellen. Zur Messung der Unabhängigkeit der (meist nominalskalierten) Variablen der Kreuztabellen und damit des statistischen Zusammenhangs zwischen diesen Variablen sowie der Signifikanz wurde der Chi-Quadrat-Test (nach Pearson) durchgeführt, Signifikanzen $<0,05$ werden hierbei als (statistisch) signifikant bezeichnet. Zur besseren Einordnung des Alters der Respondenten werden in der Folge für jede Gruppe der Altersdurchschnitt und der Median angegeben. Der Median drückt aus, dass genau die Hälfte aller Ausprägungen über oder unter diesem Wert liegen.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Gesundheitszustand

Zum überwiegenden Teil sind die befragten Männer mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden (rund 49 %) oder sogar sehr zufrieden (39 %). Nur jeder zehnte Befragte war mit dem Gesundheitszustand „eher unzufrieden“, jeder fünfzigste Befragte sehr unzufrieden. Der Anteil der sehr zufriedenen Männer sinkt mit zunehmendem Alter, während der Anteil der „eher zufriedenen“ tendenziell zunimmt. Wider Erwarten ist der Anteil der mit der eigenen Gesundheit eher unzufriedenen und sehr unzufriedenen Männer in den Altersgruppen der über 64-Jährigen und der 20- bis 44-Jährigen deutlich geringer als in den beiden anderen betrachteten Altersgruppen; am höchsten ist er bei den Männern in der zweiten Hälfte des Erwerbsalters (45 bis 64 Jahre; vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2: Survey - Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand nach Altersgruppen

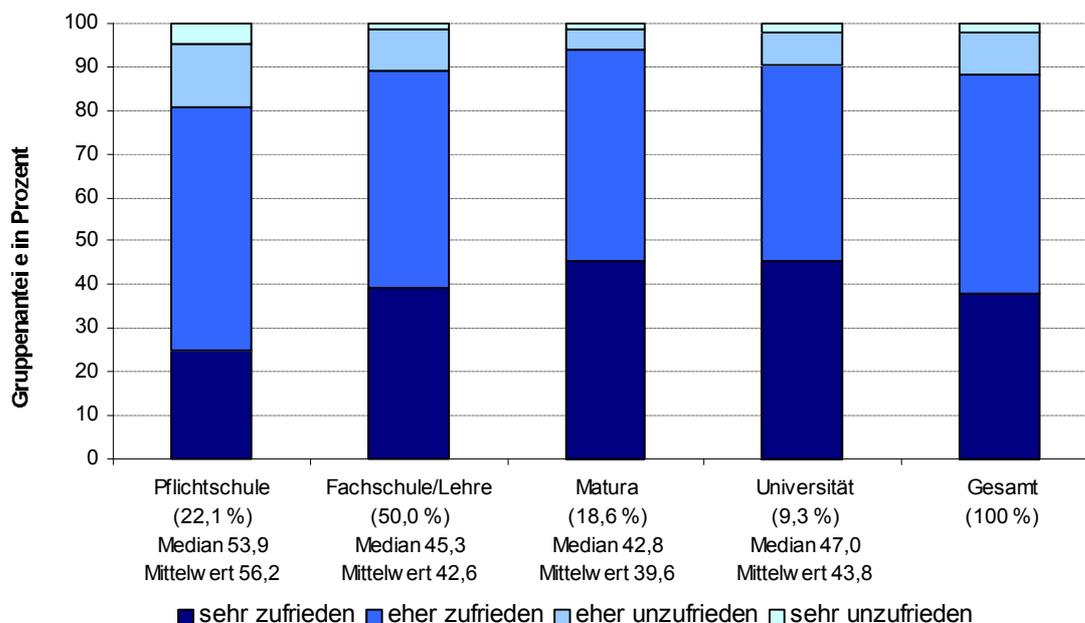


Quelle: ÖBIG 2003

Wie auch in anderen Quellen (vgl. Statistik Austria, Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ 1991 und 1999) lässt sich aus den Befragungsergebnissen ein Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand (bzw. der eigenen Einschätzung des Befragten) und dem Ausbildungsniveau ableiten: Je höher das Ausbildungsniveau ist, desto besser wird im Allgemeinen der Gesundheitszustand beurteilt. (Bei dieser Auswertung wurden nur Männer ab 20 berücksichtigt, um Verzerrungen durch Jugendliche in Ausbildung zu vermeiden.) Auffällig ist dabei, dass der Anteil der eher und sehr unzufriedenen Männer in der Gruppe der

Universitätsabsolventen höher ist als bei den Männern mit Maturaniveau (vgl. Abbildung 3.3), was zum Teil auch mit dem etwas höheren Durchschnittsalter in dieser Gruppe zusammenhängen könnte. Diese Auffälligkeit zeigt sich auch bei den Mikrozensus-Erhebungen.

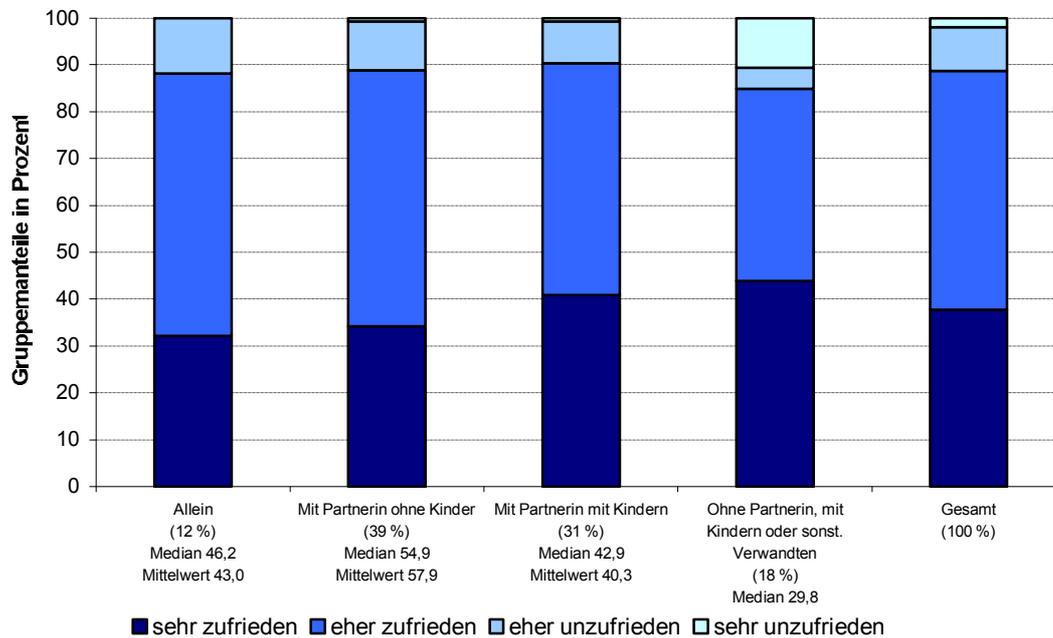
Abbildung 3.3: Survey - Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung der Männer ab 20 Jahren



Quelle: ÖBIG 2003

Die Betrachtung des Gesundheitszustandes nach unterschiedlichen Lebensformen / Haushaltsstrukturen zeigt, dass allein lebende Männer (12 % der Befragten) und Männer, die ohne Partnerin (aber mit Kindern oder sonstigen Verwandten) in einem Haushalt leben, tendenziell etwas unzufriedener mit ihrer Gesundheit sind als Männer, die mit einer Partnerin zusammen leben. Das höchste Maß an Zufriedenheit weist die Gruppe der Männer auf, die mit einer Partnerin und mit Kindern gemeinsam leben. Diese Gruppe weist aber mit knapp über 40 Jahren ein geringeres Durchschnittsalter auf als jene der Männer, die nur mit einer Partnerin gemeinsam leben (knapp 58 Jahre). Obgleich die Gruppe der ohne Partnerin, aber mit Kindern oder sonstigen Verwandten lebenden Männer mit 23 Jahren das geringste Durchschnittsalter aufweist (hier sind auch die noch bei ihren Eltern wohnenden Jugendlichen subsumiert), weist diese Gruppe den höchsten Anteil mit ihrem Gesundheitszustand sehr unzufriedenen Männer auf (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4: Survey - Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach Lebensform (Haushaltsstruktur)



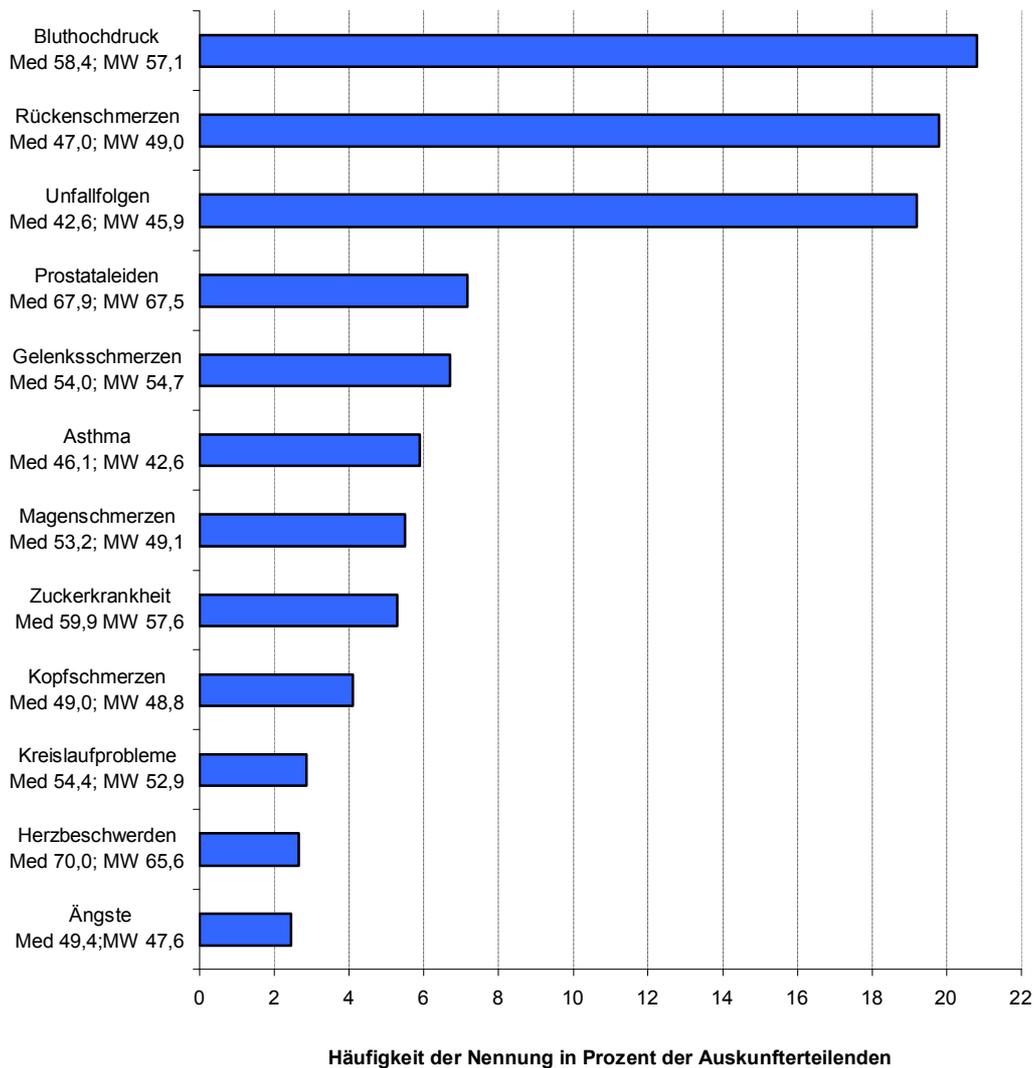
Quelle: ÖBIG 2003

Bezüglich des seelischen/psychischen Zustandes gaben weniger als drei Prozent der befragten Männer an, „nur wenig ausgeglichen“ oder überwiegend unausgeglichen zu sein, etwas weniger als 20 Prozent gaben Stimmungsschwankungen an („teils-teils“). Nahezu 80 Prozent der befragten Männer sind nahezu immer oder überwiegend ausgeglichen. Der Anteil der immer oder überwiegend ausgeglichenen Männer ist in der Altersgruppe der 45 bis 64-Jährigen und bei den allein lebenden Männern auffällig niedriger als in den übrigen Gruppen, bei der Betrachtung nach höchster abgeschlossener Schulbildung zeigten sich diesbezüglich keine signifikanten oder auffälligen Zusammenhänge. Der höchste Anteil bezüglich der seelischen Ausgeglichenheit zufriedener Männer findet sich bei den Männern, die mit Partnerin und Kindern leben, der geringste bei den allein lebenden Männern.

3.3.2 Beschwerden

Im Zuge der Befragung wurde nach der Häufigkeit von elf ausgewählten körperlichen Beschwerden sowie nach der Häufigkeit von „Antriebslosigkeit / Ängsten / depressiven Verstimmungen“ gefragt. Die mit Abstand am häufigsten genannten Beschwerden resultieren aus Bluthochdruck (21 % der Männer), Rückenschmerzen (20 %) und Unfallfolgen (19 %). Das Durchschnittsalter der häufig von diesen Beschwerden betroffenen Männer betrug 58, 47 bzw. 43 Jahre. Von den übrigen angeführten Beschwerden sind jeweils deutlich weniger als zehn Prozent der Männer betroffen, am geringsten war der Anteil jener Männer, der angab, häufig von Antriebslosigkeit oder Ängsten betroffen zu sein (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5: Survey - Häufige gesundheitliche Beschwerden



Med = Median des Alters in Jahren, MW = Mittelwert des Alters in Jahren

Quelle: ÖBIG 2003

Mit zunehmendem Alter nimmt einerseits die Anzahl der unterschiedlichen Beschwerden zu und andererseits auch der Anteil der Männer, die von den unterschiedlichen Beschwerden betroffen sind. Auffällig ist der relativ hohe Anteil (stets mehr als 10 %) an Männern in allen betrachteten Altersgruppen, die häufig unter Unfallfolgen und unter Rückenschmerzen leiden (vgl. Abbildung 3.6). Bei den Beschwerden zeigten sich mit Ausnahme der zu erwartenden altersbedingten Abhängigkeiten nahezu keine auffälligen Zusammenhänge zwischen den betrachteten Gruppen und der Anteile der Männer, die häufig unter bestimmten Beschwerden leiden. Einzig Bluthochdruck kommt bei den Pflichtschulabsolventen in signifikant höherem Ausmaß vor als bei anderen Bildungsschichten, was mit dem höheren Durchschnittsalter (54

Jahre) dieser Altersgruppe zusammenhängen kann, aber auch mit einer tendenziell ungesünderen Lebens-, insbesondere Ernährungsweise (vgl. Punkt 2.4.2).

Abbildung 3.6: Survey - Häufige Beschwerden nach Altersgruppen: Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden

bis 19 Jahre	20 bis 44 Jahre
Rückenschmerzen (13%) Unfallfolgen (11%)	Rückenschmerzen (16%) Unfallfolgen (21%)

45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Rückenschmerzen (25%) Unfallfolgen (17%) Bluthochdruck (32%) Gelenksschmerzen (14%)	Rückenschmerzen (23%) Unfallfolgen (22%) Bluthochdruck (44%) Prostataleiden (31%) Herzbeschwerden (12%)

Quelle: ÖBIG 2003

Je nach Art und Schwere der angegebenen Beschwerde streuen die Anteile der Männer, die sich keiner Behandlung unterziehen, zwischen 7,4 Prozent (bei der Zuckerkrankheit) und 46 Prozent (bei den Ängsten und depressiven Verstimmungen). Ängste und depressive Verstimmungen werden zum überwiegenden Teil überhaupt nicht behandelt, der Anteil der diese Beschwerden nur selbst behandelnden Männer ist etwas niedriger, der Arzt wird deswegen nur von einem kleinen Anteil aufgesucht. Aber auch Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Magenprobleme bleiben zu relativ hohen Anteilen (21 bis 32 %) unbehandelt, diese Beschwerden werden von vielen Männern durch Selbstmedikation behandelt. Bei den genannten ernsthaften Erkrankungen (Asthma, Herzbeschwerden, Zuckerkrankheit und Prostataleiden) sowie auch bei Unfallfolgen werden in überwiegenderem Ausmaß Ärzte konsultiert; jedoch gaben auch bei diesen Erkrankungsformen relativ hohe Anteile der befragten Männer an, die Beschwerden nur selbst oder überhaupt nicht zu behandeln. Allerdings sind diesbezügliche Aussagen auf Grund der geringen Fallzahlen statistisch nicht gut abgesichert.

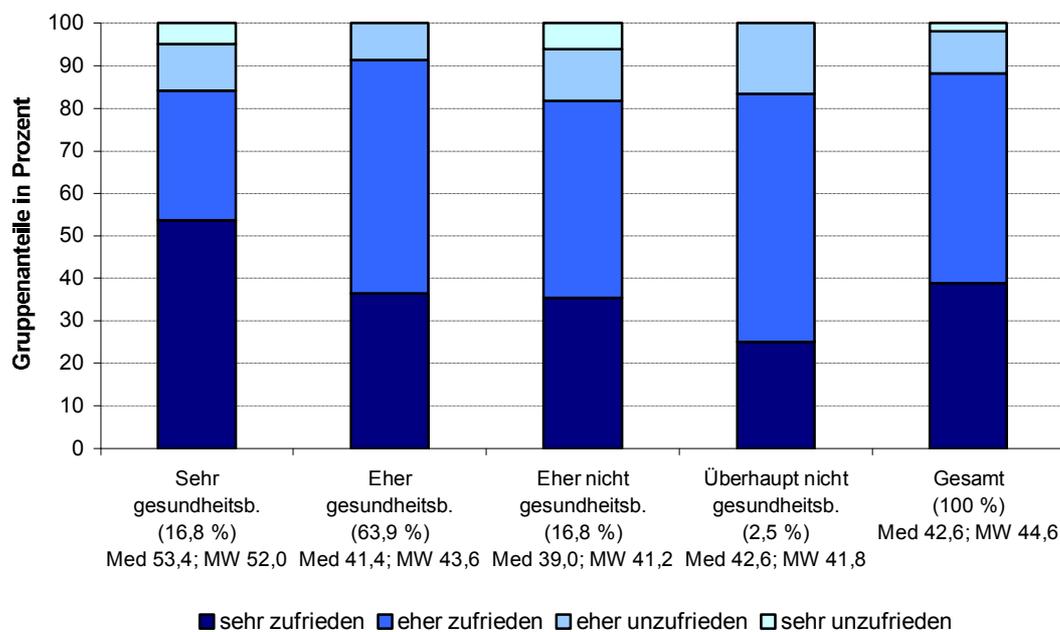
3.3.3 Gesundheitsbewusstsein

Der überwiegende Teil der befragten Männer (ca. 80 %) gab an, gesundheitsbewusst oder sogar sehr gesundheitsbewusst zu leben. Die Gruppe der sehr gesundheitsbewusst lebenden Männer weist zwar den höchsten Anteil an mit dem Gesundheitszustand sehr Zufriedenen auf, der Anteil der mit dem Gesundheitszustand eher oder sehr unzufriedenen Männer ist hier aber mit nahezu 20 Prozent ähnlich hoch wie bei jenen Männern, die nicht gesundheitsbewusst leben (vgl. Abbildung 3.7). Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass

bereits bestehende Beschwerden oder Erkrankungen eine gesundheitsbewusste Lebensweise erzwingen.

Darauf weist auch die Tatsache hin, dass das Gesundheitsbewusstsein in höheren Altersgruppen signifikant höher ist als in den jüngeren; die Anteile der sehr oder eher gesundheitsbewusst lebenden Männer steigt von 73 Prozent bei den 20- bis 44-Jährigen auf mehr als 90 Prozent bei den über 64-Jährigen. Während die Anteile der gesundheitsbewusst lebenden Männer bei niedrigeren Bildungsschichten (Pflichtschulabsolventen und Lehr- bzw. Fachschulabsolventen) unter 80 Prozent liegen, betragen sie bei den Männern mit Matura- und Hochschulniveau ungefähr 85 Prozent. Bei Betrachtung des Gesundheitsbewusstseins nach der Haushaltsstruktur zeigen sich die höchsten Anteile gesund lebender Männer bei den ohne Partnerin, aber mit Kindern oder sonstigen Verwandten lebenden und bei den mit Partnerin, aber ohne Kinder lebenden Männern, den deutlich geringsten Anteil weist die Gruppe der allein lebenden Männer auf.

Abbildung 3.7: Survey - Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach gesundheitsbezogenem Lebensstil



Med = Median des Alters in Jahren; MW= Mittelwert des Alters in Jahren

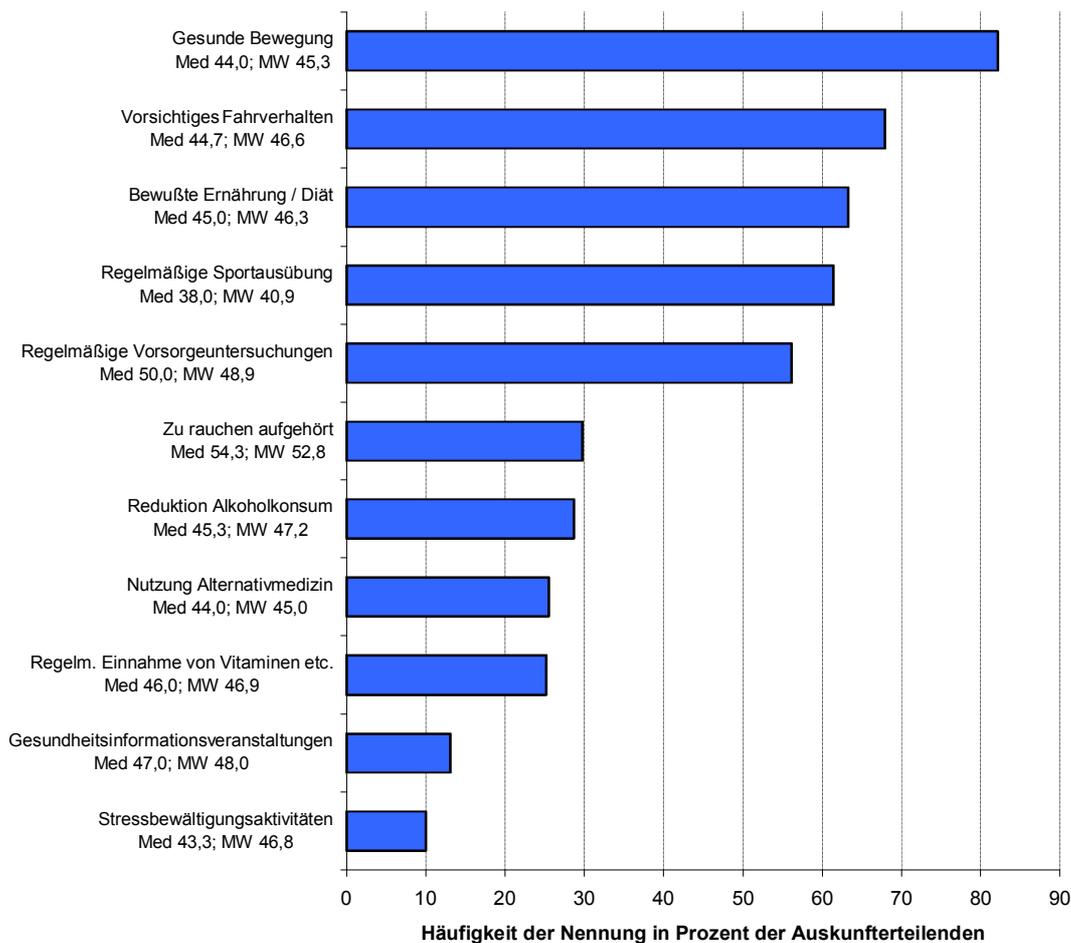
Quelle: ÖBIG 2003

Auf die Frage nach den Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung wurden am häufigsten (von jeweils mehr als 50 % der Befragten) „gesunde Bewegung“, vorsichtiges Fahrverhalten, bewusste Ernährung / Diät, regelmäßige Sportausübung sowie die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen genannt. Etwas weniger als ein Drittel gab an, mit dem Rauchen aufgehört oder den Alkoholkonsum reduziert zu haben. Nahezu jeder vierte Mann nutzt alternativmedizinische Angebote (z. B. Homöopathie), etwa die gleiche Anzahl nimmt regelmäßig Vitamine

zu sich. Einen relativ geringen Stellenwert weisen Besuche von Gesundheitsinformationsveranstaltungen (13 %) und Stressbewältigungsaktivitäten (10 %) auf.

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, der Besuch von Gesundheitsinformationsveranstaltungen, die Beendigung des Tabakkonsums sowie die Reduktion des Alkoholkonsums wurden mehrheitlich von älteren Männern als wichtige persönliche gesundheitsfördernde Aktivität genannt, während Stressbewältigungsaktivitäten und regelmäßiger Sport eher von jüngeren Männern ausgeübt werden (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8: Survey - Persönliche gesundheitsfördernde Aktivitäten



Med = Median des Alters in Jahren, MW= Mittelwert des Alters in Jahren

Quelle: ÖBIG 2003

Bei Betrachtung der Survey-Ergebnisse differenziert nach unterschiedlicher Ausbildung der befragten Männer zeigt sich, dass vornehmlich die gesunde Ernährung und der Besuch von Gesundheitsveranstaltungen, aber auch das vorsichtige Fahrverhalten und die Inanspruch-

nahme alternativmedizinischer Einrichtungen tendenziell vermehrt von Männern höherer Bildungsschichten als gesundheitsfördernde Aktivitäten realisiert werden.

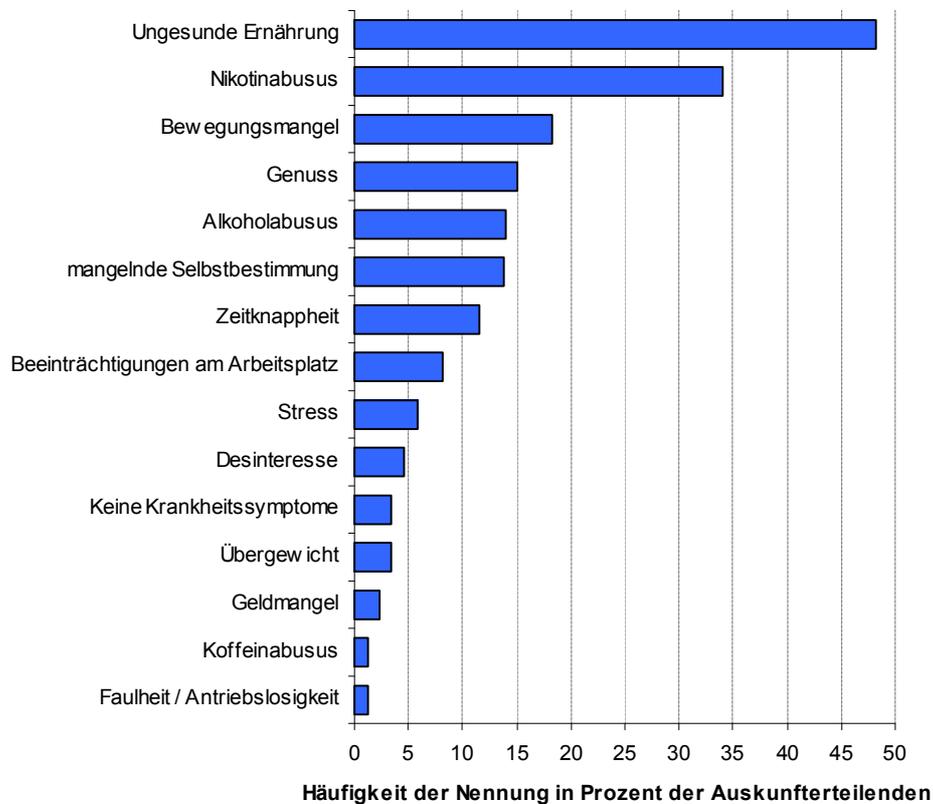
Bezüglich der unterschiedlichen Haushaltsformen bestehen signifikante Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen und dem vorsichtigen Fahrverhalten (deutlich überdurchschnittlich bei mit Partnerin lebenden Männern), bei der Einstellung des Nikotinkonsums (deutlich höchster Anteil bei den Männern mit Partnerin ohne Kinder) sowie bei der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Angebote (deutlich höchster Anteil bei den Männern mit Partnerin und Kindern). Auffällig ist auch, dass allein lebende Männer zu einem sehr geringen Anteil auf gesunde Ernährung achten.

3.3.4 Gründe für ungesunde Lebensweise

Knapp weniger als ein Fünftel der befragten Männer gab bei der Befragung an, „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ gesundheitsbewusst zu leben. Ungesunde Verhaltensweisen bestehen hauptsächlich in ungesunder Ernährung (48 %), Nikotinmissbrauch (35 %), Bewegungsmangel (17,3 %) und Alkoholabusus (15 %). Als Hauptursachen für ungesunde Lebensweise wurden Hedonismus (15 %), mangelnde Möglichkeiten der Selbstbestimmung (14 %), Zeitknappheit (12 %) und Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz (9 %) genannt (vgl. Abbildung 3.9).

Auf Grund der relativ geringen Anzahl der Auskunft erteilenden Personen (der Anteil der bei Fragen dieser Art keine Auskunft erteilenden Personen ist relativ hoch, zudem lag der Anteil der nach eigenen Angaben ungesund lebenden Männer unter 20 %) sind zuverlässige und statistisch gut abgesicherte Aussagen nach Personengruppen nicht möglich.

Abbildung 3.9: Survey - Gründe für eigene ungesunde Verhaltensweisen



Quelle: ÖBIG 2003

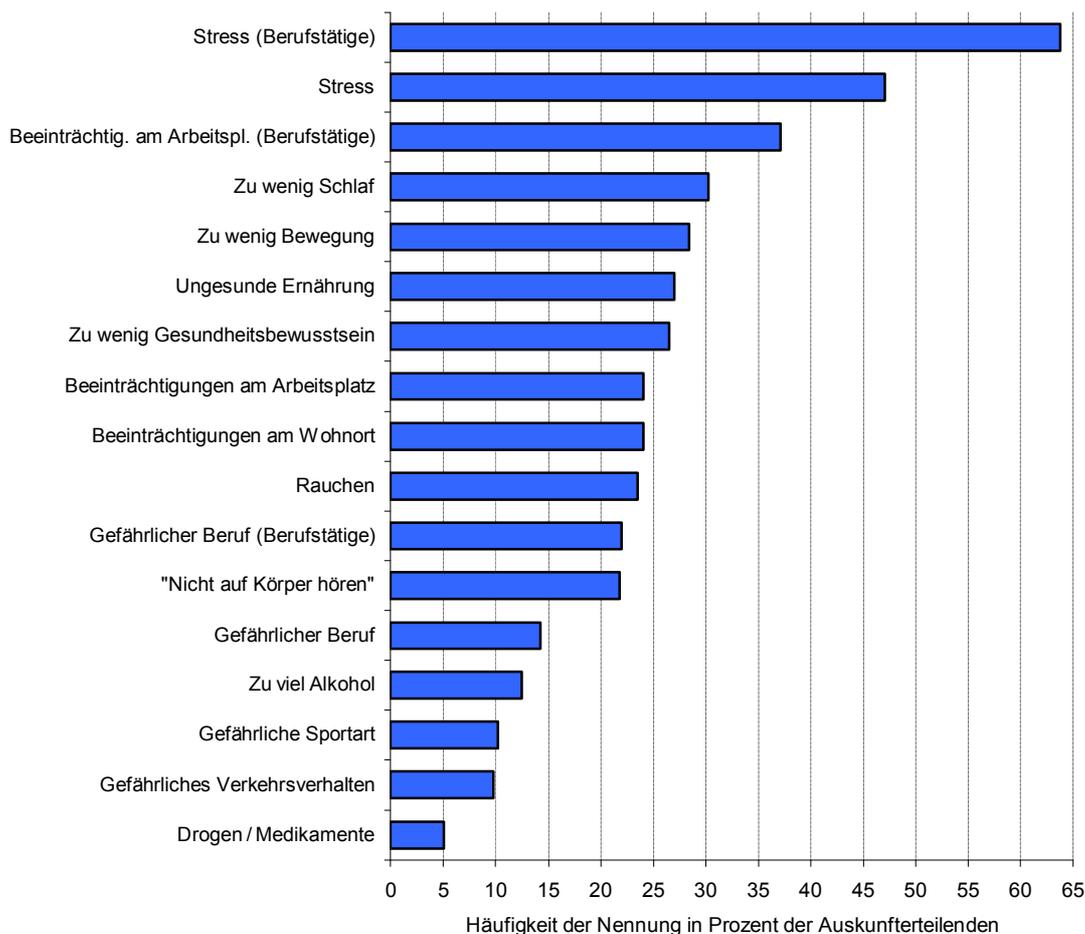
Die Auswertungen deuten aber darauf hin, dass die ungesunde Ernährungsweise, Alkohol- und Nikotinmissbrauch vornehmlich jüngere Männer, Bewegungsmangel eher ältere Männer betreffen. Schlechte Ernährungsgewohnheiten dürften bei Männern niedriger Bildungsschichten und bei ohne Partnerin lebenden Männern weiter verbreitet sein als bei anderen Gruppen. Während Nikotinabusus bei niedriger gebildeten Schichten etwas häufiger vorkommt, wurde ungesunder Alkoholkonsum häufiger von besser ausgebildeten Männern und am häufigsten von alleine lebenden Männern als Grund der ungesunden Lebensweise genannt.

Diese aus dem ÖBIG-Survey ableitbaren Tendenzen decken sich weitgehend mit Auswertungsergebnissen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ (Statistik Austria 1999; vgl. Abschnitt 2.4); Fragen zum Alkoholkonsum wurden im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung nicht gestellt.

3.3.5 Bedrohungsfaktoren für die eigene Gesundheit

Im Rahmen der Befragung wurde auch zu ergründen versucht, worin österreichische Männer ihre Gesundheit bedroht sehen, bzw. welche Umstände im derzeitigen Lebensabschnitt der Gesundheit am meisten abträglich sind. Dabei wurde nach insgesamt 14 ausgewählten Kategorien gefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Abbildung 3.10: Survey - Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren



Quelle: ÖBIG 2003

Das größte Gefährdungspotenzial sehen österreichische Männer im Stress - fast jeder zweite Befragte und nahezu zwei Drittel der davon Berufstätigen nannte Stress als wesentlichen Bedrohungsfaktor. Stress wurde auch in allen betrachteten Altersgruppen am häufigsten genannt. 37 Prozent der Berufstätigen nannten auch Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz als wichtigen gesundheitsgefährdenden Faktor. Weitere häufig genannte Bedrohungsfaktoren sind „zu wenig Schlaf“ (30 %; betrifft vorwiegend jüngere Männer), Bewegungsmangel (28 %; betrifft vorwiegend Männer im Erwerbsalter), ungesunde Ernährung (27 %; betrifft alle

Altersgruppen, davon die über 64-Jährigen anteilmäßig im geringsten Ausmaß) sowie zu geringes Gesundheitsbewusstsein (27 %; betrifft vorwiegend jüngere Männer). Am unteren Ende der Skala gesundheitsschädigender Einflüsse stehen bei den österreichischen Männern Alkoholkonsum (12 %), gefährliches Verkehrsverhalten und die Ausübung gefährlicher Sportarten (jeweils 10 %) sowie Drogen und Medikamente (5 %). Diese vier insgesamt relativ unbedeutenden Bedrohungsfaktoren wurden überwiegend von Männern in jüngeren Altersgruppen genannt.

Abbildung 3.11: Survey - Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren nach Altersgruppen – Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden

bis 19 Jahre	20 bis 44 Jahre
Stress (55 bzw. 69 %)	Stress (59 bzw. 66 %)
Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (21 bzw. 38 %)	Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (35 bzw. 41 %)
Zu wenig Schlaf (55 %)	Zu wenig Schlaf (36 %)
Mangelndes Gesundheitsbewusstsein (34 %)	Rauchen (29 %)
Ungesunde Ernährung (34 %)	Zu wenig Bewegung (31 %)

45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Stress (44 bzw. 59 %)	Stress (12 bzw. 67 %)
Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (20 bzw. 29 %)	Beeinträchtigung am Arbeitsplatz (3 bzw. 67 %)
Mangelndes Gesundheitsbewusstsein (30 %)	Beeinträchtigung Wohnort (27 %)
Ungesunde Ernährung (26 %)	Ungesunde Ernährung (21%)
Zu wenig Bewegung (31%)	Zu wenig Bewegung (18%)

Der 1. Wert in der Klammer bezieht sich dabei auf alle Befragten und der 2. Wert auf alle Berufstätigen

Quelle: ÖBIG 2003

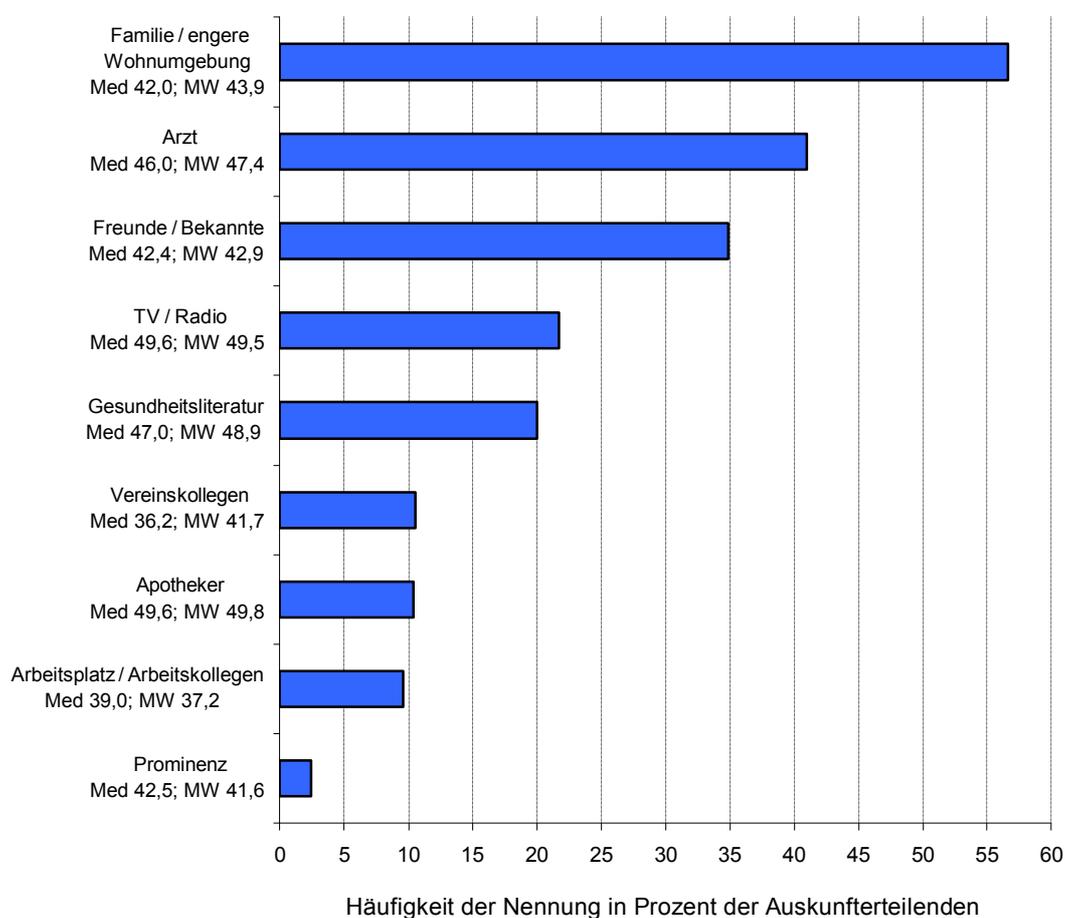
Signifikante Zusammenhänge zeigten sich bei den Auswertungen nach Ausbildung und Haushaltsstruktur bei den Bedrohungsfaktoren Stress (mit rund 54 % überproportional betroffen sind Fachschul-/Lehre-Absolventen und Universitätsabsolventen) sowie mit Partnerin und Kindern lebende Männer (66 %; diese Gruppe weist aber auch einen sehr hohen Anteil an Berufstätigen auf), von zu wenig Schlaf sind vorwiegend allein lebende Männer (44 %) betroffen.

Die Frage, ob das Einkommen ein wesentlicher Einflussfaktor für die Gesundheit ist, wurde von rund der Hälfte der Befragten bejaht. Besonders hohe Zustimmung findet die These, dass ärmere Menschen häufiger erkranken und weniger gesund sind als reichere, bei den älteren Befragten sowie bei den Universitätsabsolventen.

3.3.6 Gesundheitsinformation

Bei der Frage nach der Bedeutung wichtiger Informationsquellen zu Fragen der Gesundheit bzw. der Bedeutung des Einflusses von Personen oder Institutionen auf das Gesundheitsverhalten wurden neun verschiedene Kategorien zur Auswahl vorgegeben, deren Bedeutung bzw. Einfluss als sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig oder überhaupt nicht wichtig einzustufen waren (vgl. Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12: Survey - Informationsquellen für Gesundheitsthemen mit sehr großer Bedeutung bzw. das Gesundheitsverhalten sehr stark beeinflussende Personen und Institutionen



Med = Median des Alters in Jahren; MW= Mittelwert des Alters in Jahren

Quelle: ÖBIG 2003

Die Ergebnisse der Befragungsauswertungen zeigen, dass für eine große Mehrheit der österreichischen Männer (57 %) die Familie oder engere Wohnumgebung als der wichtigste Einflussfaktor für das Gesundheitsverhalten und als die wichtigste Informationsquelle angesehen wird: Dies trifft für alle Bildungsschichten und mit Ausnahme der Gruppe der über 64-

Jährigen - für sie ist der Arzt die wichtigste Informationsquelle - auch für alle betrachteten Altersgruppen zu. Für allein lebende Männer haben als Informationsquelle in gesundheitlichen Belangen sowohl Arzt als auch Freunde und Bekannte einen höheren Stellenwert als die Familie. Als zweit- bzw. drittwichtigste Informationsquelle wird von österreichischen Männern der Arzt (41 %) bzw. Freunde und Bekannte (35 %) genannt. Einen deutlich geringeren Einfluss haben TV/Radio (22 %) und Printmedien (20 %). Vereinskollegen, Apotheker und Arbeitsplatz bzw. Arbeitskollegen wurden nur von etwa jedem zehnten Mann als sehr wichtige Informationsquelle genannt. Die mit großem Abstand geringste Bedeutung als sehr wichtige Informationsquelle wird prominenten Personen beigemessen (2,5 %).

Abbildung 3.13: Survey - Informationsquellen für Gesundheitsthemen mit sehr großer Bedeutung bzw. das Gesundheitsverhalten sehr stark beeinflussende Personen und Institutionen nach Altersgruppen - Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunfterteilenden

bis 19 Jahre	20 bis 44 Jahre
Familie / engere Wohnumgebung (62 %)	Familie / engere Wohnumgebung (57 %)
Freunde / Bekannte (58 %)	Freunde / Bekannte (31 %)
Arzt (23 %)	Arzt (39 %)
Apotheke (8 %)	Literatur (18 %)
Arbeitsplatz / Arbeitskollegen (24 %)	TV / Radio (18 %)

45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Familie / engere Wohnumgebung (58 %)	Familie / engere Wohnumgebung (51 %)
Freunde / Bekannte (36 %)	Freunde / Bekannte (34 %)
Arzt (44 %)	Arzt (52 %)
TV / Radio (26 %)	TV / Radio (33 %)
Literatur (25 %)	Literatur (26 %)

Quelle: ÖBIG 2003

Diese Ergebnisse hinsichtlich der Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen weichen zum Teil erheblich von einer von der Stadt Wien im Zeitraum 2000/2001 durchgeführten Befragung der Wiener und Wienerinnen ab (vgl. BGF 2001), in welcher Printmedien als häufigste Informationsquelle genannt wurde, gefolgt von Radio und Fernsehen sowie Arzt. „Gespräche mit Verwandten oder Bekannten“ kommt gemäß dem Wiener Gesundheitssurvey ein geringerer Stellenwert zu. Es ist allerdings zu beachten, dass bei dieser Untersuchung nach der Häufigkeit der Nutzung der Informationsquellen gefragt wurde, während bei der vorliegenden österreichweiten Erhebung ausdrücklich nach der Wichtigkeit als Informationsquelle und auch nach dem Einflussfaktor dieser Quelle auf das eigene Gesundheitsverhalten gefragt wurde.

Eine breitenwirksame Methode, Männern die Bedeutung eines aktiven Gesundheitshandelns nahe zu bringen, ist das Angebot von niederschweligen und kostenfreien, Gesundheitsveranstaltungen. Nach dem ÖBIG-Survey haben rund 13 Prozent der befragten Männer schon mindestens einmal eine Gesundheitsinformationsveranstaltung, darunter auch männergesundheitsspezifische Veranstaltungen besucht. Auch hier zeigte sich das bekannte Bild (vgl. FGÖ 2002), dass Akademiker (21 Prozent der Befragten) mehr als doppelt so häufig wie Pflichtschulabsolventen (8%) ein derartiges Präventionsangebot in Anspruch genommen haben. Des Weiteren haben 91 Prozent der Männer, die aus einem Ort mit unter 2.000 Einwohnern stammen noch nie eine Männergesundheitsveranstaltung besucht, während das bei den Bewohnern von Kleinstädten immerhin nur bei 83 Prozent der Fall war.

Am häufigstes Beispiel für eine Gesundheitsinformationsveranstaltung wurden von den Befragten verschiedene Männergesundstage oder Fitnessmeilen genannt.

3.3.7 Maßnahmen für die Gesundheit der Männer

Im Zuge der Befragung wurden die Männer ersucht, 15 ausgewählte Maßnahmen für die Gesunderhaltung von Männern zu bewerten. Als Antwortkategorien standen hier „wichtig“ und „nicht wichtig“ zur Auswahl.

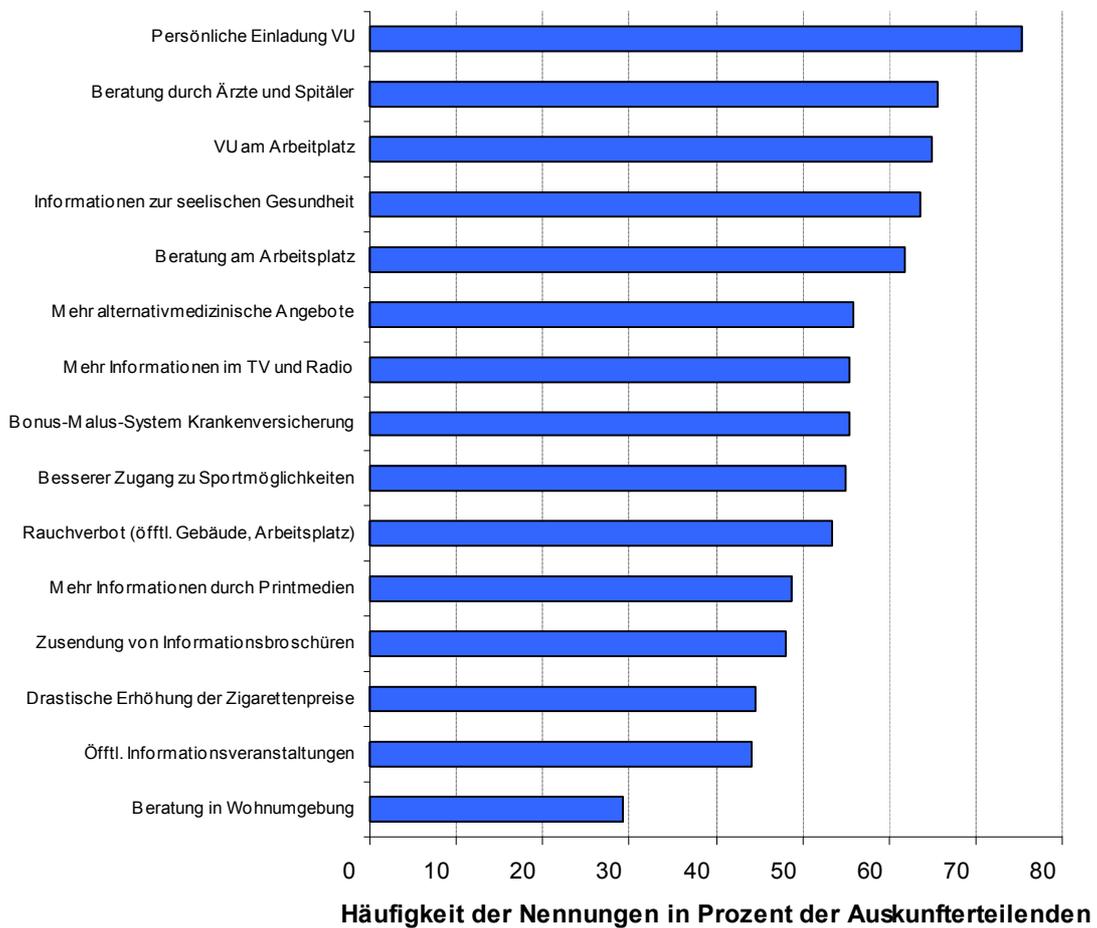
Entgegen Erfahrungen aus der Praxis, die belegen, dass persönliche Einladungen zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung eher geringe Erfolge aufweisen¹, wurde von der Mehrheit der Männer aller betrachteten Altersgruppen diese Maßnahme am häufigsten (75 %) als wichtig eingestuft. Insbesondere Männer im Erwerbsalter schätzen diese Maßnahme zu einem hohen Ausmaß als wichtig ein. Diese Einschätzung teilen die Männer aller Bildungsniveaus. Ohne Partnerin, aber mit Kindern oder sonstigen Verwandten lebende Männer messen dieser Maßnahme allerdings deutlich geringere Bedeutung bei, während sie von Männern, die mit Partnerin und Kindern leben, als besonders wichtig angesehen wird.

Weitere als bedeutsam eingeschätzte Maßnahmen für die Gesundheit der Männer werden in Beratung durch Ärzte und Spitäler und in Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz, Informationen zur seelischen Gesundheit (63-65 %), sowie in Beratungen am Arbeitsplatz (62 %) gesehen. Von mehr als 50 Prozent der Auskunft erteilenden Männer wurden zudem noch die Verstärkung von alternativmedizinischen Angeboten, die Erhöhung des Informationsangebots in Fernsehen und Radio, die Einführung eines Bonus-Malus-Systems im Krankenversicherungssystem, die Verbesserung des Zugangs zu Möglichkeiten für Sportausübung sowie ein Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden und am Arbeitsplatz als wichtige Maßnahme eingestuft. Die geringste Wichtigkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen wird den Beratungen in der engeren Wohnumgebung beigemessen - nur 29 Prozent der Auskunft erteilenden Männer erachteten diese Maßnahme als wichtig, wobei weder hinsichtlich der Altersgruppen, Bildungsschichten oder Haushaltsstrukturen signifikante Unterschiede bestehen.

¹ Im Bundesland Salzburg wurden im Zeitraum 1995 bis 1996 persönliche Einladungen zur Prostatakrebs Früherkennung an die in Frage kommende Salzburger Bevölkerung versendet, wobei nur etwa 17 Prozent der angeschriebenen Personen der Einladung Folge leisteten (vgl. Punkt 4.2.1).

Die Auswertungen der Befragungsergebnisse zeigen auch, dass die signifikantesten Unterschiede bei der Einschätzung der Wichtigkeit von Maßnahmen für Männergesundheit zwischen den Männern unterschiedlicher Altersgruppen bestehen und nur in wenigen Fällen signifikante Unterschiede bei den Gruppen nach Bildungsniveau oder nach Haushaltsgröße zu beobachten sind. Informationen durch Printmedien und die Zusendung von Informationsbroschüren etwa werden von Absolventen einer Lehre oder Fachschule deutlich wichtiger eingestuft als von Personen anderer Ausbildungsniveaus. Der Einführung von Bonus-Malus-Systemen in das Versicherungssystem wird primär von Männern mit Partnerin und Kindern und am wenigsten von allein lebenden Männern hohe Bedeutung beigemessen. In erster Linie sollte daher bei der gruppenspezifischen Ausrichtung und Planung von Maßnahmen auf altersspezifische Unterschiede geachtet werden.

Abbildung 3.14: Survey - Nennung von als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer



VU = Vorsorgeuntersuchung

Quelle: ÖBIG 2003

Während die persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung von allen Altersgruppen als wichtigste Maßnahme für die Gesundheit der Männer betrachtet wird, bestehen bei der Einschätzung der anderen Maßnahmen altersgruppenspezifische Unterschiede. So nimmt die Einschätzung der alternativmedizinischen Angebote und des besseren Zugangs zu Sportmöglichkeiten ebenso wie auch einer „drastischen“ Erhöhung der Zigarettenpreise als wichtige Maßnahme mit zunehmendem Alter ab. Rauchverbote, die Einführung von Bonus-Malus-Systemen im Krankenversicherungssystem und vermehrte Informationsangebote in TV und Radio stellen für die älteren Männer wichtigere Maßnahmen dar (vgl. Abbildung 3.15).

Abbildung 3.15: Survey - Nennung von häufig als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer: Häufigkeiten der Nennungen in Prozent der Auskunftsteilenden

bis 19 Jahre	20 bis 44 Jahre
Persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (71 %)	Persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (76 %)
Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz (64 %)	Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz (66 %)
Beratung durch Ärzte und Spitäler (62 %)	Beratung durch Ärzte und Spitäler (69 %)
Mehr alternativmedizinische Angebote (66 %)	Beratung am Arbeitsplatz (66 %)
Besserer Zugang zu Sportmöglichkeiten (63 %)	Informationen zur seelischen Gesundheit (70 %)

45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (82 %)	Persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (63 %)
Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz (72 %)	Mehr Informationen im TV / Radio (54 %)
Beratung durch Ärzte und Spitäler (69 %)	Beratung durch Ärzte und Spitäler (52 %)
Beratung am Arbeitsplatz (65 %)	Rauchverbot (in öffentlichen Gebäuden, Arbeitsplatz) (57 %)
Informationen zur seelischen Gesundheit (62 %)	Bonus-Malus-System Krankenversicherung (54 %)

Quelle: ÖBIG 2003

Obwohl im ÖBIG-Survey von rund der Hälfte der Männer eine Ausweitung von komplementärmedizinischen Angeboten als wichtige Gesundheitsmaßnahme bezeichnet wurde, besteht bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen ein deutliches Gefälle zwischen Frauen und Männern. Eine aktuelle Wiener Untersuchung hat ergeben, dass mit Ausnahme von autogenem Training alle komplementärmedizinischen Angebote wie Massagen, Akupunktur, homöopathische Arzneimittel oder Anwendungen mit speziellen Apparaten häufiger von Frauen als von Männern genutzt werden. Es ist auffällig, dass die Nutzung derartiger Angebote mit steigendem Bildungsniveau zunimmt (Magistrat der Stadt Wien 2003). Die am häufigsten genutzten Angebote sind nach Massagen und Homöopathie Akupunktur bzw. Akupressur. Sie werden in Österreich vor allem zur Schmerzbekämpfung und bei Problemen mit dem Bewegungsapparat, gefolgt von Migräne und vegetativen Beschwerden (Schlafstörungen)

eingesetzt, wobei speziell bei der Schmerztherapie das Verhältnis zwischen Männern und Frauen etwa gleich ist. Doppelt so viele Männer wie Frauen versuchen eine Raucherentwöhnung mit Hilfe von Akupunktur, wobei das Durchschnittsalter der Patienten 40 bis 50 Jahre ist (Interview: Österreichische Akupunkturgesellschaft 2003).

In der Homöopathie sind rund ein Drittel der erwachsenen Patienten Männer, bei Kindern ist das Verhältnis hingegen ausgewogen. Auffällig ist, dass Männer häufig erst homöopathische Angebote annehmen, wenn andere Interventionen nicht erfolgreich waren, was sich auch dadurch äußert, dass Männer mit Beschwerden deutlich später Hilfe suchen als Frauen (Interview: ÖGHM 2003)

3.4 Zusammenfassung

Im Sommer 2003 führte das ÖBIG in Zusammenarbeit mit dem Unternehmen Neuberger Research eine bundesweite, repräsentative telefonische Befragung österreichischer Männer im Alter zwischen 16 und 87 Jahren durch, um die Motive von Männern für ihr Gesundheitsverhalten zu erforschen. Weitere Ziele waren, Bedrohungsfaktoren für die Gesundheit aus Sicht der Männer zu ergründen sowie die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen und in der Folge die Wichtigkeit unterschiedlicher Maßnahmen für die Gesundheit zu eruieren.

Darüber hinaus wurden Informationen zum körperlichen und seelischen Gesundheitszustand und zu soziodemographischen Merkmalen (Alter, beruflicher Status, Ausbildung...) erhoben. Ziel war nicht nur, generell für österreichische Männer die entsprechenden Informationen zu erhalten, sondern auch festzustellen, ob (statistisch) signifikante oder doch zumindest auffällige Unterschiede zwischen Männern unterschiedlicher Altersgruppen, Bildungsschichten oder zwischen Männern, die in unterschiedlichen Haushaltsformen leben, bestehen.

Gesundheitszustand

Drei von vier befragten Männern sind mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden oder sogar sehr zufrieden, etwa zehn Prozent eher unzufrieden und rund zwei Prozent sehr unzufrieden. Die höchsten Anteile der mit dem Gesundheitszustand unzufriedenen Männer finden sich in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Männer, tendenziell steigt die Zufriedenheit mit dem Ausbildungsniveau.

Auch bezüglich des seelisch-psychischen Zustandes ist der weitaus überwiegende Teil der Männer zufrieden, nur drei Prozent der Befragten gaben an, unausgeglichen zu sein.

Die am meisten genannten häufigen Beschwerden betreffen Bluthochdruck, Rückenschmerzen und Unfallfolgen. Antriebslosigkeit, Ängste oder depressive Verstimmungen wurden nur von einer kleinen Minderheit der befragten Männer angeführt.

Gesundheitsbewusstsein

Vier von fünf befragten Männern glauben, gesundheitsbewusst zu leben. Gesundheitsbewusstsein ist bei älteren Männern deutlicher ausgeprägt als bei jüngeren und steigt auch mit zunehmendem Ausbildungsniveau. Gesunde Bewegung, vorsichtiges Fahrverhalten, gesunde Ernährung, regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung und sportliche Betätigungen wurden am häufigsten als persönliche Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung angeführt.

Von den nicht gesundheitsbewusst lebenden Männern wurden als häufigste Gründe dafür ungesunde Ernährung, Nikotinmissbrauch, Bewegungsmangel und Alkoholabusus genannt. Die häufigsten Begründungen waren die Freude am Genuss, mangelnde Selbstbestimmung und Zeitknappheit.

Bedrohungsfaktoren

Die größte Bedrohung ihrer Gesundheit sehen österreichische Männer, insbesondere berufstätige Männer, im Stress. Als weitere Bedrohungsfaktoren wurden häufig Schlafmangel, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung sowie zu geringes Gesundheitsbewusstsein genannt. Von mehr als jedem fünften Mann wird eine Bedrohung der eigenen Gesundheit auch in Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz, Rauchen, der Ausübung gefährlicher Berufe oder in der zu geringen Sensibilität für körperliche Warnsignale gesehen.

Informationsquellen

Die bedeutenste Informationsquelle in Fragen gesundheitlicher Belange und den größten Einfluss auf das eigene Gesundheitsverhalten haben laut Survey die Familie bzw. die engere Wohnumgebung. Weitere häufig genannte Informationsquellen sind Arzt sowie Freunde und Bekannte. Printmedien, TV/Radio, Arbeits- oder Vereinskollegen weisen einen weitaus geringeren Stellenwert auf, die geringste Bedeutung haben Prominente.

Maßnahmen für die Gesundheit der Männer

Die persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung wurde von Männern aller Altersgruppen mit großer Mehrheit am häufigsten als wichtige Maßnahme zur Erhaltung der Gesundheit genannt. Weitere häufig als wichtig angeführte Maßnahmen sind Beratung durch Ärzte und in Spitälern, Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz, Informationen zur seelischen Gesundheit sowie Beratungen am Arbeitsplatz. Demgegenüber wird Beratung in der engeren Wohnumgebung von den wenigsten Männern als wichtige Maßnahme erachtet. Hier zeigen sich unterschiedliche Einschätzungen zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen. Die Planung von Maßnahmen sollte daher in erster Linie auf altersspezifische Anforderungen Bedacht nehmen.

4 Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Männer

4.1 Ausgangslage

In der Prävention und Gesundheitsförderung wird grundsätzlich zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden sowie nach Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention differenziert (BMSG 2001b).

Unter Primärprävention versteht man alle Aktivitäten und Maßnahmen, die auf die Vermeidung von Erkrankungen oder gesundheitsschädigendem Verhalten abzielen.

Sekundärprävention beinhaltet alle Maßnahmen zur Früherkennung von bereits bestehenden Erkrankungen oder von Krankheitsrisiken (Krankheitsentstehung) und

Tertiärprävention umfasst schließlich alle Maßnahmen zur positiven Beeinflussung bzw. Verzögerung des Krankheitsverlaufes, Rückfallprophylaxe bzw. zur Verringerung von Folgeschäden (Rehabilitation).

Zielrichtung der Verhältnisprävention sind die Umstände und die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben. Zumeist ist von einer verhältnispräventiven Maßnahme eine größere Gruppe von Menschen gleichzeitig betroffen. Beispiele für derartige Maßnahmen sind z. B. saubere Trinkwasserversorgung oder auf betrieblicher Ebene die Arbeits- und Rahmenbedingungen, die den Arbeitnehmern ein „gesundes“ Arbeiten ermöglichen sollen. Maßnahmen der Verhaltensprävention richten sich hingegen auf das Verhalten Einzelner ohne Berücksichtigung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen, Beispiele wären daher individuelle Lebensstiländerungen wie eine Nikotinentwöhnung.

Gesundheitsförderung ist ein Ansatz, der an die Konzepte der Prävention anschließt, aber über die individuumsbezogenen Maßnahmen hinausgeht. Gesundheitsförderung bezeichnet „... zusammenfassend die vorbeugenden, präventiven Zugänge zu allen Aktivitäten und Maßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen beeinflussen, wobei hygienische, medizinische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale und ökologische Aspekte vertreten sein können und verhältnisbezogene ebenso wie verhaltensbezogene Dimensionen berücksichtigt werden. Vielfach wird dieser Begriff weitergehend gebraucht: nicht nur Schutz vor Risiko und Krankheit, also Bewahrung von Gesundheit, sondern Verbesserung und Steigerung von nie ganz vollkommener Gesundheit“ (Laaser et al. 1993).

Darunter werden also jene Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, die Lebenswelt und die Lebenssituation von Bevölkerungsgruppen in Bezug auf ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderungsprogramme fokussieren häufig ein spezielles Thema, wie Rauchen oder Alkohol, oder bestimmte Lebenswelten (sogenannte Settings), wie z. B. Schule, Arbeitsplatz oder Krankenhaus (BMSG 2000).

Im Jahr 1996 wurden in Österreich von der öffentlichen Hand € 806,7 Millionen für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben, der Großteil davon für Impfprogramme, Vorsorgeuntersuchungen, Suchtprävention, Mutter-Kind-Passuntersuchungen und alle Arten von rehabilitativen Maßnahmen (BMSG 2001b).

Einen Meilenstein in der Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich bildete das Gesundheitsförderungsgesetz aus dem Jahr 1998. Im Rahmen dieses Gesetzes stellt der Bund für Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die Gesundheit beeinflussende seelische, geistige und soziale Faktoren jährliche Mittel von € 7,27 Millionen zur Verfügung, deren administrative und inhaltliche Abwicklung durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) erfolgt. Bis März 2003 wurden beim FGÖ 13, im weitesten Sinn männerbezogene, Gesundheitsprojekte zur Förderung eingereicht. Davon wurden zwei (das weiter unten erwähnte Itzlinger Vorsorgeprojekt und eines zum Thema "Stoppt AIDS") genehmigt, sechs vom Antragsteller zurückgezogen bzw. vom FGÖ abgelehnt und sechs waren zum Zeitpunkt des Gesprächs in Bearbeitung (Interview: FGÖ 2003).

Zielsetzung

Das Ziel von Gesundheitsvorsorge ist, die Lebensqualität und -dauer zu verbessern und die Krankheitslast des Einzelnen zu verringern. Es ist daher wichtig, die Lebensbedingungen von Männern so zu verändern, dass auslösende und verstärkende Faktoren möglichst aller Störungen und Behinderungen beseitigt oder in ihren Auswirkungen gering gehalten werden.

Als Leitlinie dient dabei die Reduktion des geschlechtsspezifischen Unterschieds in der Lebenserwartung, d. h. der Lücke in der durchschnittlichen Lebenserwartung von sechs Jahren, die aber nur zu etwa zwei Dritteln durch individuelles Verhalten und das Gesundheitssystem bzw. die Gesundheitspolitik beeinflussbar ist. Ein Drittel des Unterschiedes scheint jedoch genetische Gründe zu haben, die im Y-Chromosom des Mannes respektive im Fehlen vom zweiten X-Chromosom begründet liegen, welches einen Schutz gegen ein krankes erstes X-Chromosom bieten kann. Bis dato ist keine wissenschaftliche Strategie bekannt, die es ermöglicht, die genetisch bedingte Differenz zwischen Männern und Frauen zu kompensieren. Eine Annäherung der Lebenserwartung ist daher vor allem durch eine Änderung von lebensstilbedingten Verhaltensweisen möglich (Hesch 2003).

Im Zuge der Forschung hat sich die Gruppe der unter 45-jährigen Männer, mit einem eher geringeren Bildungsgrad als Zielgruppe mit besonders dringendem Präventionsbedarf herauskristallisiert, da diese Männer durch die derzeitigen Vorsorgeangebote nicht oder in nicht ausreichendem Maß erreicht werden. Des Weiteren ist es nach übereinstimmender Meinung aller befragten Experten erforderlich, Vorsorgemaßnahmen für Kinder so früh wie möglich zu setzen und Kinder- und Jugendprogrammen genauso viel Aufmerksamkeit zu schenken wie jenen für Erwachsene. In diesem Zusammenhang wurde von Experten der Begriff Gesundheitserziehung verwendet.

Darüber hinaus ist aber beispielsweise eine positive Änderung des Lebensstils, wie eine Nikotinentwöhnung für jede Zielgruppe, unabhängig vom Alter und auch vom jeweiligen Geschlecht sinnvoll. Der Schwerpunkt der Handlungsempfehlungen liegt aber dennoch auf einer männerzentrierten Präventions- und Gesundheitsförderung, wobei sich die vorgestellten Vorsorgemodelle primär für Personen bis etwa 75 Jahre eignen.

Aus den Mikrozensus-Daten und anderen öffentlichen Statistiken, dem ÖBIG-Survey und den Expertengesprächen konnten folgende Problemfelder und Einflussfaktoren identifiziert werden, die die Gesundheit von Männern in besonderem Ausmaß belasten:

Lebensstil (Ernährung, Alkohol, Bewegung, Rauchen)

Stress

Erhöhte Unfallhäufigkeiten, die speziell bei jungen Männern auf ein bewusstes, höheres Risikoverhalten zurückzuführen sind

Körperliche Belastungen, z. B. durch Schwer- und Schichtarbeit

Geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, speziell im Bereich der Gesundheitsvorsorge

4.2 Best-Practice Modelle

Dieser Abschnitt präsentiert Projekte zur Förderung der Männergesundheit, spezifische Gesundheitsangebote, Kampagnen und Veranstaltungen, die entweder von den Projektbeiratsmitgliedern genannt oder durch umfangreiche Literatur- und Internetrecherchen identifiziert wurden. In die Darstellung flossen auch Hinweise aus den Experteninterviews und Ergebnisse aus dem ÖBIG-Survey z. B. bezüglich der Frage, ob schon einmal eine Gesundheitsinformationsveranstaltung besucht wurde und worum es dort gegangen sei (vgl. Frageliste im Anhang).

Neben den nachfolgend dargestellten Best-Practice Modellen gibt es in Österreich noch eine Vielzahl von Projekten, die aber entweder nur lokalen Charakter haben, auf den Bereich Wellness und/oder sexuelle Gesundheit konzentriert sind, oder primär von Pharmaunternehmen veranstaltet werden. Diese wurden hier nicht berücksichtigt. Eine Kombination einer Initiative zum Thema „sexuelle Gesundheit“, das nur durch die finanzielle Unterstützung eines Pharmaunternehmens möglich war, trifft beispielsweise auf das Pilotprojekt einer offenen Ambulanz im Krankenhaus Wiener Neustadt mit dem Titel „Männergesundheitstage für mehr Standfestigkeit“ zu.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wird im Bericht auf die breite Thematik der Männerarbeit und -beratung nicht näher eingegangen, da - ebenfalls im Auftrag der männerpolitischen Grundsatzabteilung des BMSG - eine gesonderte Studie erstellt wurde.

4.2.1 Männerzentrierte Gesundheitsangebote und -initiativen

Männergesundheitsveranstaltungen

Dass Österreich ein Vorreiter in Sachen Männergesundheit ist, zeigt sich auch an der Gründung der **Internationalen Gesellschaft für Männergesundheit** (International Society for Men's Health, ISMH) anlässlich des in Wien abgehaltenen ersten **Weltkongresses zur Männergesundheit** (World Congress on Men's Health, WCMH) im Jahr 2001. Das Hauptziel der Gesellschaft ist der Aufbau eines internationalen und interdisziplinären Netzwerkes von Männergesundheitsforschern, das einen regelmäßigen Austausch von relevanten Forschungsergebnissen und in Folge eine weltweite Verringerung der Mortalität und Morbidität von Männern ermöglichen soll (Interview: ISMH 2003). Bisher wurden unter der Leitung des Generalsekretärs Professor Dr. Meryn und des Präsidenten Professor Dr. Marberger von der ISMH drei Fachkongresse in Wien veranstaltet (vgl. www.univie.ac.at/ismh/german/home.htm).

Der erste Kongress fand unter dem Motto „From Boys to men. The Future of Men's Health“ von 2. bis 4. November 2001 statt und konnte 400 Wissenschaftler aus 17 Ländern nach Wien locken. Der 2. WCMH im Oktober 2002 bot bereits 700 Experten der Männergesundheit, überwiegend Medizinern, aus 72 Ländern eine Plattform zum wissenschaftlichen Austausch, wobei das Thema dieses Mal „Sex & Gender Matter - From Boys to Men - From Science to Practice“ lautete. Der dritte Weltkongress stand im Zeichen der ärztlichen Praxis (Titel: „The male patient in your daily practice“) und fand unter der Beteiligung von 500 Experten vom 24. bis 26. Oktober 2003 in Wien statt. Der nächste Kongress ist für den 8./9. Oktober 2004 terminisiert und soll dieses Mal unter dem Titel „Der Mann als Patient“ speziell als Plattform und Fortbildungsveranstaltung für deutschsprachige Wissenschaftler fungieren (www.wcmh.info).

Gleichsam das „Kick-off“ Meeting für den gegenständlichen Bericht bildete die vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen veranstaltete **Enquete vom 11. Oktober 2001**. In dieser wurde unter dem Titel „Der gebrauchte Mann? - Männliche Identität im Wandel“ von einem namhaften Fachpublikum erstmals der Bedarf an einer männerbezogenen Forschung im Bereich der Gesundheit und Psyche diskutiert (BMSG 2003a).

Eine breitenwirksame Methode, Männern die Bedeutung eines aktiven Gesundheitshandelns nahe zu bringen, ist das Angebot von niederschweligen, da zentralen und kostenfreien, Gesundheitsveranstaltungen (vgl. Punkt 3.3.6). Von Männern am meisten genutzt werden dabei verschiedene **Männergesundheitsstage** oder **Fitnessmeilen**. Erstere haben beispielsweise schon viermal in Wien, dreimal in Niederösterreich und zweimal in Salzburg stattgefunden. In Wien veranstalteten die Plattform Männergesundheit, in Niederösterreich der Verein Andromed (vgl. www.andromed.at), der sich der Bewusstseinsbildung von Männern bezüglich ihres Lebensstils verschrieben hat und in Salzburg das Männerbüro Salzburg diese Informationstage.

In diesen meist von einer Messe begleiteten Veranstaltungen wird, neben der Möglichkeit von individueller Beratung und kostenlosen Gesundheitsüberprüfungen (Blutdruckmessung, Ergometertraining, Durchführung von verschiedenen Labortests, usw.) an sogenannten Ge-

sundheitscheckpunkten, auch eine Vielzahl von Vorträgen und Diskussionen - oft aufgelockert durch Showelemente - angeboten. Speziell der Trend der Wiener Veranstaltung, welche mit rund 30.000 Besuchern die größte in Österreich ist, geht - aufgrund einer steigenden Präsenz von Ausstellern verschiedenster Produkte und Dienstleistungen - stark in Richtung einer Gesundheitsmesse.

Auf europäischer Ebene gibt es vor allem in Deutschland, der Schweiz und in Großbritannien Männergesundheitsveranstaltungen. Die weltweit größte Aktion, um Bewusstsein für den Bedarf an einer männerorientierten medizinischen Forschung, Diagnosestellung und Therapie zu schaffen, ist die weltweite jährliche **Männergesundheitswoche**. Die letzte fand von 9. bis 15. Juni 2003 unter der Beteiligung von lokalen Initiativen aus Österreich, England, Wales, Schottland, Australien und USA statt. Darüber hinaus finanzierte die Schweizer Gesellschaft für Gesundheitsförderung einige Pilotprojekte zum Thema Männergesundheit (Baker/Banks 2001, ISMH 2003).

Ein weiteres Beispiel für eine derartige Initiative ist das vom Salzburger Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (AVOS) unterstützte Vorsorgeprojekt des Männerbüros der Diözese Salzburg für Buben von 16 bis 19 Jahre und für Männer im mittleren Lebensalter (vgl. www.avos.at/service/sonstige, Männerbüro Salzburg 2002). Das Projekt wurde im Jahr 2001 im Salzburger Stadtteil Itzling, in dem viele unterprivilegierte Männer leben, durchgeführt. Aktivitäten umfassten u. a. die Organisation von Sportveranstaltungen (wie ein Vater-Sohn Fußballturnier), in deren Rahmen über die Bedeutung von Ernährung und Alkoholkonsum für die Gesundheit informiert wurde, oder die Organisation von Gesundheitstagen in Itzlinger Betrieben. In diesem Rahmen fanden auch die bereits erwähnten, zwölf Tage dauernden, Itzlinger Männergesundheitstage und - unabhängig davon - im Jahr 2002 die 1. Pinzgauer Männergesundheitstage statt (Männerbüro Salzburg 2003).

Auch von Unternehmen wurden zum Teil **betriebliche Gesundheitstage** für Männer angeboten, so z. B. von dem Papierunternehmen Neusiedler AG vom 8. bis 10. Mai 2001 in den Werken in Hausmening und Kematen.

Daneben haben auch die österreichischen Männerberatungsstellen seit dem Jahr 2000 bereits drei Männertagungen (in Wien, Tirol und Oberösterreich), in denen auch gesundheits-spezifische Fragestellungen behandelt wurden, organisiert. Bei der letzten Tagung, die unter dem Motto „kraftvoll und lebendig mann sein“ stand, diskutierten über 200 Männer und einige Frauen unter der Federführung des Urologen Dr. Dunzinger kritisch über das Thema Hormonersatztherapien für Männer (Waidhofer 2003). Daneben wurden die Möglichkeiten einer verbesserten Selbstwahrnehmung und Entwicklungschancen von Männern besprochen. Die 4. Männertagung mit dem Titel „baustelle mann“ ist für 28. April bis 2. Mai 2004 in Kärnten geplant.

Laut Expertenbefragung ist die Teilnahme von Männern an Vorträgen oder das Interesse an Selbsterfahrungsworkshops - auch zu reinen Männerthemen wie Hodenselbstuntersuchung - durchwegs gering. Die beste Resonanz wiesen noch Kurse oder Workshops auf, die am Thema Wellness oder „Genuss“ ansetzen wie Kurse für „Gesundes Kochen“ für Männer (Männerbüro Salzburg 2002 und 2003, Interviews: GIZ Salzburg, M.E.N und ÖIF 2003).

Gesundheitsberichterstattung

Nach Empfehlungen der WHO, zielgruppen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsberichte zu erstellen, beauftragte die Stadt Wien Professor Dr. Rieder und Professor Dr. Kunze mit der Erstellung des **Wiener Männergesundheitsberichts**, der im Jahr 1999 publiziert wurde (MA-L 1999). Der Bericht stieß auf große internationale Resonanz (z. B. Altgeld 2003), da es sich um den ersten derartigen deutschsprachigen Bericht handelte.

Die Studie begann mit einer Diskussion des Begriffs „Männergesundheit“ und beschrieb die verschiedenen Erwartungen und Stereotypen, denen Männer ausgesetzt sind. Weitere Inhalte waren neben verschiedenen epidemiologischen Daten (Lebenserwartung, Gesundheitszustand) der Wiener Männer eine übersichtliche Darstellung der soziodemographischen und politischen Lage unter Einbeziehung der Situation von Obdachlosen und Migranten. Daneben wurde den Feldern Lifestyle, sexuelle und seelische Gesundheit breiter Raum gewidmet. In den Abschnitten Gesundheitsversorgung bzw. Gesundheitsförderung wurde auf den Bedarf an männerspezifischen Einrichtungen wie Gesundheitsberatungseinrichtungen, Telefon-Hotlines, Selbsthilfeangeboten sowie psychologischer Beratung hingewiesen. Präventionsmaßnahmen sollten sich vor allem auf eine Reduktion der Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen (v.a. Lungen-, Darm- und Blasenkrebs) sowie auf Unfallverhütung im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz konzentrieren. Den Abschluss des Berichts bildete eine detaillierte Analyse der Situation von männlichen Senioren in Wien (MA-L 1999).

In Deutschland gibt es zwar auch Bestrebungen, einen Männergesundheitsbericht zu erstellen, diese waren aber bisher nicht erfolgreich, obwohl das vom Initiativkreis Männergesundheit, dem namhafte Experten wie Prof. Hurrelmann oder Dr. Klotz angehören, laufend von der öffentlichen Hand gefordert wird (Switchboard 8-9/2002). Als Ursachen dafür werden vom deutschen Männerarzt Dr. Hesch die starke Zersplitterung von Männer(gesundheits-)initiativen und die unterschiedlichen Interessenlagen der Männergruppen angesehen.

Gesundheitseinrichtungen und -angebote

Ein Manko besteht in Österreich jedenfalls noch beim Angebot an niederschweligen Gesundheitseinrichtungen. Während in fast allen Bundesländern Gesundheitszentren für Frauen existieren, gibt es ein entsprechendes Angebot für Männer bisher nur in Wien. Dort wurde dem Bedarf an ganzheitlichen Gesundheitsangeboten durch die Eröffnung eines **Männergesundheitszentrums** am Wiener Kaiser-Franz-Josef Spital (KFJ) mit dem Namen **M.E.N.** (Männer, Väter, Buben) - in Anlehnung an das dort bestehende Frauengesundheitszentrum F.E.M (Frauen, Eltern, Mädchen) - per 30. September 2002 Rechnung getragen. Die Aufgabe des M.E.N., das auf Initiative der ärztlichen Leiterin des KFJ, Frau Dr. Endler gegründet wurde, ist, Männer abseits von der reinen Schulmedizin über die psychosoziale Dimension von Gesundheit anzusprechen - so ist am M.E.N. auch nicht immer ein Arzt anwesend. Das Angebot des M.E.N., das jedenfalls keine Kopie des F.E.M. ist, umfasst Gesundheitsberatung, Vorträge und Kurse, Workshops für Schulen sowie bedarfsweise ärztliche Beratung. Ein „Gesundheitscheck“ wie in der mendoc-Ambulanz (vgl. weiter unten) wird im M.E.N. nicht

angeboten, da eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten der Umgebung sowie mit anderen Institutionen, wie der Krebshilfe oder dem Herzfonds, besteht.

Ein großer Vorteil des Zentrums ist das mehrsprachige Angebot, vor allem im Bereich der Beratung (englisch, türkisch, bosnisch, kroatisch, serbisch). Die Erstberatung erfolgt kostenlos, für Kurse z. B. zum Thema „Rauchen aufhören, aber wie?“, Geburtsvorbereitung oder Traditioneller Chinesischer Medizin werden Beiträge zwischen € 5,- und € 7,- verlangt (M.E.N. 2003).

Sehr gut angenommen wird das Angebot von **Workshops an Schulen**, z. B. zu Geschlechterrollen oder zu sexueller Gesundheit, wie es auch das Institut für Familienforschung mit seinem „lovetalks“ Projekt anbietet (Interview: ÖIF 2003). Aus der Erfahrung der Mitarbeiter des M.E.N. ist es sinnvoll, derartige Workshops für Buben und Mädchen getrennt abzuhalten bzw. am Ende einen gemeinsamen Abschluss zu machen. Da das Geschlecht des Tutors bzw. Vortragenden wichtig ist, soll die „Gesundheitserziehung“ von Buben bevorzugt durch Männer oder noch besser in Zusammenarbeit mit etwa Gleichaltrigen, sogenannten Peers erfolgen (Interview: M.E.N. 2003). Diese Vorgangsweise empfehlen auch Männerberater oder Ärzte, speziell wenn es sich um intime gesundheitliche oder seelische Probleme handelt.

Daneben offerieren einige **Männerberatungsstellen**, z. B. jene in der Steiermark (vgl. www.maennerberatung.at) oder die der katholischen Männerbewegung in Salzburg und in Vorarlberg neben ihren sonstigen Angeboten auch Gesundheitsberatung für Männer aus ganzheitlicher Sicht (Interviews: Männerbüro Feldkirch 2003, Männerbüro Salzburg 2003).

Ein weiteres sehr gut angenommenes Angebot, speziell für Männer im mittleren Lebensalter (45 bis 65 Jahre) mit Bedarf an einem urologischen „Gesundheitscheck“ oder für Männer mit Sexual- und Potenzstörungen bietet die von Professor Dr. Pflüger geleitete **mendoc-Ambulanz** für Männergesundheitsfragen. Diese im Krankenhaus Lainz in Wien angesiedelte urologische Spezialambulanz bietet mehrsprachige Beratung und Behandlung (englisch, kroatisch, serbisch und türkisch), bei Bedarf in Zusammenarbeit mit einem Sexualtherapeuten an. Im Jahr 2002 wurden in der urologischen Ambulanz 5.236 Patienten (davon 2.442 stationär) und in der Sexualambulanz 349 Patienten, davon 33 stationär behandelt (Interview: men-doc 2003).

Ein spezielles Service von mendoc ist die Website www.mendoc.at, auf der in einer für Laien verständlichen Weise Informationen zu verschiedenen Männererkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten angeboten sowie der Ablauf einer Untersuchung erläutert werden. Im Schnitt verzeichnet die Website im Monat etwa 2.530 Zugriffe (Durchschnitt 1/2002 bis 7/2003). Eine weitere serviceorientierte Website zum Thema Männergesundheit ist jene von Dr. Pfau aus Linz (www.maennerarzt.at).

Wartezeiten sowohl auf Termine als auch bei einem Termin stellen für Männer einen wichtigen limitierenden Faktor dar und wurde auch von mehreren Gesprächspartnern thematisiert. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Männer extrem auf Wartezeiten (Prof. Pflüger: „vereinzelt beschwert sich ein Patient schon wegen zehn Minuten“) reagieren, obwohl die durchschnittlichen Wartezeiten, wie in Punkt 2.3.4 dargestellt wurde, durchwegs kürzer als bei Frauen sind.

Im Idealfall sollten laut Prof. Pflüger mÄnnerspezifische Gesundheitseinrichtungen in Form einer **Gruppenpraxis** konzipiert werden, in der Allgemeinmediziner, Ärzte verschiedener Fachrichtungen (Urologen oder Andrologen, Internisten, evt. Endokrinologen, Neurologen) und Therapeuten (Psychotherapeuten, Sexualtherapeuten) sowie z. B. Ernährungsberater oder Sozialarbeiter interdisziplinär zusammenarbeiten (vgl. dazu Punkt 4.3.1).

Zur **psychischen Gesundheit von Männern** gibt es in Österreich noch wenige geschlechtssensible Angebote. Zwar wird das Thema zum Teil in Zusammenhang mit den Problemkreisen Gewalt, Drogen oder AIDS behandelt, aber viele Therapieformen sind eher frauenorientiert (Guggenbühl 1998). Depressionen manifestieren sich - wie erst seit wenigen Jahren bekannt ist - bei Männern anders als bei Frauen. Dies mag auch der Grund dafur sein, dass Frauen scheinbar doppelt so häufig an Depressionen leiden wie Männer. Obwohl eine depressive Verstimmung das Leitsymptom der Erkrankung darstellt, gehoren auch rger, Irritabilität, Feindseligkeit und Aggression zum psychopathologischen Spektrum. Dabei präsentiert sich die Irritabilität meist als ein Stimmungszustand, der mit einer reduzierten Impulskontrolle, bzw. vermehrtem rger oder Aggressivität einhergeht. Inzwischen haben einige Studien bereits den direkten Zusammenhang zwischen Depression und Aggressivität bei Männern nachgewiesen bzw. belegen, dass häusliche Gewalt oft ihre Ursachen in einer depressiven Symptomatik hat (rztewoche 4/2001).

Gerade in diesem Bereich ist eine differenzierte Gestaltung von Vorsorge- und Therapiemöglichkeiten äußerst wichtig. Einen ersten Schritt dazu hat die Landesstelle Salzburg des Berufsverbandes der sterreichischen Psychologen mit der Etablierung eines mnnerpsychologischen Angebots unter dem Titel „Die Seele des Mannes“ gesetzt. Das Konzept sieht laut der Initiatorin des Projekts, Frau Mag. Somweber ein Coaching von Männern vor, das sie zum Selbsterkennen von Problemen und dem Erarbeiten von Lösungsstrategien befähigen soll (Interview: GIZ Salzburg 2003). Die Idee zur Initiative gaben die bereits erwähnten Salzburger Männergesundheitstage, in deren Rahmen einige Männer einen Bedarf an psychologischer Betreuung abseits von klassischer Therapie äußerten. Ergänzt wird das Pilotangebot durch eine Art moderierte Selbsthilfegruppe zum Thema mit dem Namen „JederMnner“ (Rathner 2003).

An dieser Stelle soll noch erwähnt werden, dass es in Österreich nur sehr wenige **Selbsthilfegruppen zum Thema Männergesundheit** gibt. Dennoch sind rund 30 Prozent aller Teilnehmer an Selbsthilfegruppen - inklusive der Anonymen Alkoholiker - Männer (mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren, FG 2003). Mnnergesundheitszentrierte Selbsthilfegruppen beschäftigen sich nach dem Verzeichnis sterreichischer Selbsthilfegruppen (SIGIS) primär mit männerspezifischen Krebserkrankungen wie Hoden- und Prostatakrebs (Interview: FG 2003).

Männerzentrierte Gesundheitskampagnen

Die meisten Gesundheitskampagnen, die sich ausschließlich an Männer richten, gibt es im Bereich der sexuellen Gesundheit, speziell Erektionsstörungen und Krebsvorsorge. In Österreich gibt es aber darüber hinaus eine aktuelle Informationsoffensive der ISMH in Zusammenarbeit mit der K, der sterreichischen Krebshilfe und der Stadt Wien, unterstützt

durch das BMGF zum Thema Männergesundheit. Ziel der im Oktober 2003 gestarteten Informationskampagne „**Männersache Gesundheit**“ ist, Männer im Sinne einer „Anleitung zum Gesundbleiben“ zu motivieren, besser auf ihre eigene Gesundheit zu achten und Vorsorgeangebote wesentlich aktiver als bisher in Anspruch zu nehmen. Die Plakate und Broschüren zur Kampagne wurden in Zusammenarbeit aller Partner der Initiative sowie der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM), dem Berufsverband Österreichischer Urologen sowie der Österreichischen Gesellschaft für Urologie erstellt. Die Broschüre bietet Informationen zu den häufigsten Erkrankungen der Männer, wie Krebs und Herz-Kreislauf-Leiden. Ebenfalls enthalten sind darin Tipps zur Gesunderhaltung (z. B. Ernährung) und Gesundheitsvorsorge sowie Informationen über das Angebot von Beratungsstellen, wie etwa die Österreichische Krebshilfe oder entsprechende Einrichtungen der Stadt Wien. Außerdem ist eine Reihe von privaten Organisationen, die Anlaufstellen bei Gesundheitsfragen repräsentieren, verzeichnet (ISMH 2003, ISMH / Österreichische Krebshilfe 2003).

Im Jahr 2004 ist eine Fortsetzung der Kampagne mit dem Titel „**Mann und Krebs**“ geplant, im Jahr 2005 soll der Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelegt werden. Alle diese Broschüren sind bzw. werden nach ähnlichem Layout gestaltet, um Kontinuität zu vermitteln. Sie richten sich an die Öffentlichkeit und liegen in allen Ordinationen auf. Durch das Setzen jährlicher Schwerpunkte soll eine Kette von männerspezifischen Präventionsmaßnahmen mit nachhaltiger Wirkung geschaffen werden.

Vorsorgeuntersuchungen

Ein wichtiger Teilbereich von Prävention und Gesundheitsförderung sind **Vorsorge- bzw. Screeninguntersuchungen**. Diese Maßnahmen der Sekundärprävention werden in Österreich von Männern in weitaus geringerem Maße als von Frauen in Anspruch genommen, gleichzeitig wurden sie aber im ÖBIG-Survey von den Befragten, mit einer persönlichen Einladung dazu als wichtige Präventionsmaßnahme eingestuft (vgl. Punkt 2.4.7 und Punkt 3.3.7). Für Männer ist neben der allgemeinen Gesundenuntersuchung, die von der Sozialversicherung angeboten wird, die Untersuchung in Hinblick auf Hoden- und Prostatakrebs von besonderer Bedeutung. Immerhin ist 65 Prozent der österreichischen Männer, nach einer Erhebung der Krebshilfe, bekannt, dass es Prostata-Vorsorgeuntersuchungen gibt (MA-L 1999).

Im Jänner 1995 lud die Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) in Zusammenarbeit mit der Salzburger Krebshilfe alle in Salzburg wohnhaften Männer zwischen 45 und 75 Jahren (= 38.152 Personen) mit einem **persönlichen Schreiben zur Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm** ein. Nach einer Laufzeit von fast zwei Jahren (1. Februar 1995 bis 31. Dezember 1996) wurde mit einer Respondenz von 17 Prozent der eingeladenen Männer, wobei die höchste Teilnahme in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen verzeichnet wurde, ein eher ernüchterndes Resümee gezogen. Die meisten Untersuchungen wurden von niedergelassenen Allgemeinärzten vorgenommen. Diese Aktion wurde seither nicht wiederholt (Österreichische Krebshilfe Salzburg 1997).

Eine weitere Initiative im Bereich der urologischen Vorsorge sind sogenannte **Männergesundheitspässe**. Beispielsweise hat der Berufsverband der Österreichischen Urologen im

Sommer 2002 im Rahmen des AndroCHECK-Programms (vgl. www.androcheck.at) einen Vorsorgepass für Männer über 45 Jahre eingeführt (Eisenmenger 2003). Nach Absolvierung des vorgeschlagenen, jährlich zu wiederholenden Untersuchungsprogramms, das eine allgemeine und urologische Anamnese sowie eine Statuserhebung inklusive Inspektion und Palpation des Urogenitaltraktes, eine Ultraschalluntersuchung, eine Harnstrahlmessung und die Kontrolle des PSA-Wertes umfasst, erhält der Patient einen der PKW-Prüfplakette (Pickerl) nachempfundenen Stempel in seinen Pass. Diese Idee wurde bei der Einführung durch einen TV-Spot begleitet. Der Hintergrund des „Pickerls“ war die Idee, Männern nahe zu bringen, mit dem selben Selbstverständnis, mit dem sie ihre Fahrzeuge einmal jährlich fachmännisch überprüfen lassen, auch jährlich einmal ihren Gesundheitszustand zu kontrollieren (Interview: Berufsverband der Österreichischen Urologen 2003). Das Ziel dieses Vorsorgeprogramms ist eine Verbesserung der urologischen Vorsorge durch eine regelmäßige Messung des PSA-Wertes, der Miktion, der Erektion und des Hormonstatus (Interview: Dozent Jungwirth 2003).

Neben dem AndroCHECK-Programm gibt eine Vielzahl von anderen Männergesundheitspässen (abgesehen vom im Herbst 2003 durch das BMGF vorgestellten Vorsorgepass, der sich an die gesamte Bevölkerung richten wird), wie jenen vom Verband der oberösterreichischen Urologen (Forum Prostata) entwickelten Vorsorgepass. Darüber hinaus verwenden viele Urologen eigene Recall-Systeme und auch die im Bereich der Männergesundheit tätigen Pharmaunternehmen z. B. Abbott oder Pfizer haben eigene Gesundheitspässe und -broschüren entwickelt (PSA-Pass, Gesundheitsmanager, usw.).

Aufgrund der verschiedenen im Umlauf befindlichen Männerpässe liegen keine Daten zur Inanspruchnahme vor. Aus Sicht des ÖBIG empfiehlt es sich, um eine bessere Transparenz für den Patienten zu gewährleisten, das System dieser Vorsorgepässe zu vereinheitlichen. Derzeit hängt die Abgabe eines Passes vom jeweiligen Arzt ab.

Ausländische Best-Practice Modelle

Nachdem - wie bereits erwähnt - Männergesundheit erst in den letzten fünf Jahren als Thema der öffentlichen Gesundheitsversorgung erkannt worden ist und Österreich ein Vorbereiter des Themas war, gibt es in der Europäischen Union ein vergleichsweise geringes männerzentriertes Gesundheitsangebot. Das Männergesundheitszentrum M.E.N. erhielt seit seiner Gründung schon mehrere Interessenbekundungen zur Erläuterung eines Konzepts, z. B. für Berlin (Interview: M.E.N. 2003).

Neben Österreich ist **Großbritannien** der EU-Mitgliedsstaat mit den meisten Männergesundheits-Aktivitäten. Großbritannien ist auch Gründungsland der **Europäischen Plattform für Männergesundheit** (European Men's Health Forum, EMHF) mit Sitz in Brüssel (vgl. dazu www.emhf.org). Darüber hinaus gibt es eine englische, schottische und walisische Männergesundheitsgesellschaft. Eine der bemerkenswertesten Aktivitäten der EMHS war die Erstellung eines vergleichenden Berichts über den Gesundheitszustand von Männern in 17 europäischen Ländern (alle EU-Länder, Malta und Island), der im Herbst 2003 publiziert wurde (Cash/White 2003a, Cash/White 2003b). Ein weiteres Projekt von EMHF ist der Aufbau einer öffentlich zugänglichen Datenbank, in der europaweit alle Akteure der Männergesundheit -

Institutionen, Universitätsinstitute, Initiativen, Forscher, Ärzte, öffentliche Stellen - erfasst werden sollen. Unter dem Stichwort „Austria“ waren im Herbst 2003 fünf Personen und zwei Institutionen verzeichnet (www.emhf.database.org).

Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind als Modellbeispiele die Entwicklung spezieller Gesundheitsangebote in der **Primärversorgung in Schottland** und im Setting Sport (vgl. Punkt 4.3.5) ein **Fußballprojekt für junge Männer** namens „Alive and Kicking“ zu nennen. Eine weitere erfolgreiche sehr gute Peer-basierte Maßnahme ist ein englisches Suchtpräventionsprojekt, wo speziell geschulte junge Männer in Pubs gehen und dort ihre Geschlechtsgenossen über die Gefahren von Alkohol und Nikotinkonsum hinweisen (Interview: ISMH 2003).

Das Ziel des im September 2000 begonnenen Projekts des nationalen schottischen Gesundheitsdienstes war, Männer zu einer regelmäßigen Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten auf niedergelassener Ebene zu bewegen. Der Hintergrund war, dass viele Männer erst beim Auftreten massiver oder länger bestehender Krankheitssymptome ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, wodurch sowohl die Heilungsraten als auch die Kosten der Behandlung negativ beeinflusst wurden. Der Großraum Glasgow wurde als Zielgebiet des Modellprojekts ausgewählt, weil die Morbiditätsrate in dieser Region, speziell bei älteren Männern am höchsten war. Mit Hilfe einer Bedarfserhebung wurden als eine der Hauptzugangsbarrieren neben dem Negieren von Beschwerden lange Wartezeiten in den Praxen der Allgemeinärzte bzw. zu kurze Arztgespräche identifiziert. Diese Probleme wurden durch die Gründung einer zentralen Anlaufstelle (einer Art Ambulanz) für Männer, die durchgehend geöffnet hat und über speziell geschultes Gesundheitspersonal verfügt, gelöst (NHS Glasgow 2001, Scottish Health Feedback 2001).

Der Ausgangspunkt des Projekts „Alive and Kicking“ in der englischen Provinz Coventry war eine Befragung junger Männer (16 bis 29 Jahre) zum Stellenwert von Gesundheit in ihrem Leben. Ein Ergebnis zeigte, dass fast alle Befragten gute Gesundheit in irgendeiner Form mit Sport und Bewegung assoziierten. In einer vergleichbaren Befragung junger Mädchen waren die Topantworten hingegen gute Beziehungen (zu Freunden/Familie) und „sich Wohlfühlen“. Von großer Bedeutung war für beide Geschlechter auch eine gesunde Ernährung. In der Folge konzipierte das Gesundheitsförderungsteam der Region ein Präventionsprojekt für junge Männer im Bereich Sport (Davidson/Lloyd 2001).

Fußball wurde als Zielsportart ausgewählt, weil rund 35.000 Bewohner der Region im Alter von 18 bis 35 Jahren einmal wöchentlich Fußball spielten und diese Fußballer zumeist einer benachteiligten sozialen Schicht (gekennzeichnet durch ein niedriges Bildungsniveau, hohe Arbeitslosigkeit und einen ungesunden Lebenswandel) angehörten. Wie in vielen europäischen Ländern ist auch in Großbritannien die Morbidität und Mortalität in niedrigen sozialen Schichten höher als in anderen sozialen Gruppen. Deshalb haben Präventionsmaßnahmen in dieser Gruppe eine stärkere Wirkung als bei Angehörigen höherer sozialer Gruppen.

In Zusammenarbeit mit zwei regionalen Fußballverbänden wurden zusätzlich zum üblichen Training und den Wettkämpfen Workshops zu acht verschiedenen Gesundheitsthemen abgehalten. Die Teilnehmer (im Schnitt 16 pro Verein) mussten dabei verschiedene Aufgaben und Tests absolvieren, wobei der jeweilige Fußballclub - je nach Teilnehmerzahl und Anzahl

der ausgefüllten Aufgabenbögen - Punkte erhielt. Beim Erreichen bestimmter Punktwerte bekam jeder Club Preise, wie z. B. Fußbälle. Die Siegermannschaft, jene mit dem höchsten Punktescore aus einer Kombination der Ergebnisse der Tests und der Spielresultate, wurde mit neuen Trikots ausgestattet, wobei die Siegerehrung im Rahmenprogramm eines wichtigen nationalen Fußballspiels landesweit vom Fernsehen übertragen wurde (Davidson/Lloyd 2001).

4.2.2 Geschlechtsindifferente Projekte

Folgende Projekte bzw. Angebote sind nicht explizit geschlechtsspezifisch ausgestaltet, jedoch sind Männer die Hauptzielgruppe der Initiativen bzw. profitieren davon im Vergleich zu Frauen mehr.

Betriebsküchenwettbewerb des Fonds Gesundes Österreich

Die Zielsetzung dieses Projekts des FGÖ mit dem Titel „Österreichische Betriebsküchen achten auf gesunde Ernährung“ war, das Kantinenessen in österreichischen Betrieben zu verbessern. Dazu wurde im Rahmen der „Bewusst lebt besser“ Ernährungskampagne der sogenannte Küchenoskar 2002 ausgelobt. 45 Großküchen reichten Ernährungskonzepte und Speisenpläne ein, die von einer siebenköpfigen Jury aus Ernährungswissenschaftlern und Journalisten hinsichtlich ihres Nährwertes, ihres Abwechslungsreichtums, ihrer Umsetzung im betrieblichen Alltag und der Akzeptanz bei den Mitarbeitern des Unternehmens bewertet wurden. Schließlich wurden drei Sieger (BMW, Domus Facility Management und Lenzing) gekürt und auf Basis der eingesandten Konzepte und Rezepte ein „Küchenhandbuch“ für Großküchen erarbeitet.

Bei diesem Projekt handelt es sich um ein gutes Beispiel für eine kombinierte Verhaltens- und Verhältnispräventionsmaßnahme, denn einerseits wurden in den Betrieben Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass sich die Beschäftigten bewusst ernähren können, andererseits wurden die Leute im Zuge des Projekts zu Lebensstiländerungen bewogen.

Nationales Verkehrssicherheitsprogramm

Das Ziel dieser Initiative des österreichischen Verkehrsministeriums ist die Halbierung der Getötetenzahlen im Straßenverkehr im Zeitraum 2002 bis 2010 (Basis: Anzahl der Todesfälle von 1998 bis 2000) bzw. eine Reduktion der Unfälle mit Personenschäden um 20 Prozent.

Dazu wurden 100 verschiedene Maßnahmen in die vier Kategorien Mensch - Infrastruktur - Fahrzeug - Rahmenbedingungen eingeordnet und nach einer Prioritätenreihung der Fokus auf das Thema Rückhaltesysteme, Alkohol- und Geschwindigkeitskontrolle, Sanierung von Unfallhäufungsstellen sowie eine Verbesserung der LKW-Sicherheit gelegt (BMVIT 2002). Eine Überprüfung des Zielerreichungsgrades ist im Jahr 2004 vorgesehen.

Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“

Das Ziel dieser 1999 gestarteten Initiative der Deutschen Ärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund ist, jedem Interessierten ein qualitätsgesichertes gesundheitsförderliches Bewegungsangebot in seiner unmittelbaren Umgebung zu ermögli-

chen. Je nach individuellem Bedarf - sei es zur Förderung des Stütz- und Bewegungsapparats, des Herz-Kreislaufsystems oder zur Stressbewältigung und auch für verschiedene Altersgruppen - soll der Arzt auf spezifische Angebote der Sportvereine verweisen können (vgl. www.sportprogesundheit.de).

Um die gesundheitsförderliche Qualität der Bewegungsangebote der Sportvereine zu sichern, wurden acht Qualitätskriterien festgelegt, zu deren Einhaltung sich die Sportvereine verpflichten müssen. Unter anderem werden einheitliche Organisationsstrukturen (z. B. Kursdauer mindestens zwölf Einheiten, Teilnehmerbegrenzung auf maximal 20 Personen) und Qualifikationserfordernisse für Trainer vorgegeben. Die Einhaltung der Qualitätskriterien wird durch die Sportvereine gewährleistet und die Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbunds geprüft. Auf der Bundesebene ist eine wissenschaftliche Evaluation vorgesehen, die die Beurteilung der Wirksamkeit des Gesamtkonzepts ermöglichen wird (Bundesärztekammer 2003).

4.3 Maßnahmenvorschläge

Das Gesundheitswesen steht vor der Aufgabe, in Zukunft geschlechtssensibler zu agieren und daher die Bedeutung des Geschlechts systematisch zu berücksichtigen. Das Ziel ist dabei nicht die Ausweitung von Versorgungsleistungen sondern eine bessere Treffsicherheit des Angebots, d. h. eine differenziertere Ausrichtung auf die verschiedenen Zielgruppen, darunter Männer. Bei den empfohlenen Aktivitäten handelt es sich im Großen und Ganzen um Gesundheitsförderungsaktivitäten und Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention.

Bei den folgenden Empfehlungen wurde zwar der Schwerpunkt auf männerzentrierte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gelegt, aber es werden auch geschlechtsindifferente, allgemeine Maßnahmen empfohlen, wenn zu erwarten ist, dass Männer in starkem Ausmaß von ihrer Umsetzung profitieren würden. Bei allen männerbezogenen Maßnahmen wurde nach Möglichkeit berücksichtigt, dass Männer leichter aus einer Gruppe bzw. wie es Guggenbühl nennt, aus einem Kollektiv heraus aktiviert und motiviert werden können als aus dem persönlichen Umfeld heraus (Guggenbühl 1998). Dies wird auch durch die Ergebnisse des ÖBIG-Survey untermauert: Hier gibt rund ein Viertel vor allem der jungen Männer bis 34 Jahre an, dass ihren Arbeits- oder Sportvereinskollegen eine wichtige Rolle in ihrem Gesundheitsverhalten zukommt.

Bei der Umsetzung der Maßnahmen muss weiters auf die Kontinuität und nachhaltige Wirkung geachtet werden, da nur so das Ziel - einen Paradigmenwechsel in der Männergesundheit - zu erreichen ist. Nicht nur die Männer müssen lernen, die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und Wohlbefinden selbst mitzutragen, sondern auch die Gesellschaft muss lernen zu akzeptieren, dass es für Männer unabdingbar ist, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern.

Die im Folgenden vorgestellten Präventiv- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren einerseits auf der Recherche und Analyse von bestehenden männerspezifischen Gesundheitsvorsorgeangeboten (vgl. Best-Practice Modelle) und wurden andererseits in rund zweistündigen Gesprächen mit 31 Männergesundheitsexperten (Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, Soziologen, Sozialmediziner, Pädagogen, Sozialarbeitern, Gesundheitsförderungsexperten, Journalisten und Ökonomen) erarbeitet.

Die Gespräche fanden anhand eines strukturierten Gesprächsleitfadens im Zeitraum 21. August bis 30. Oktober 2003 statt. Eine Liste der Gesprächspartner sowie des Gesprächsleitfadens befindet sich im Anhang.

4.3.1 Medizinische Maßnahmen

Ziel: Erhöhung der Treffsicherheit und Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen

Im ÖBIG-Survey war die häufigste Antwort auf die Frage nach wichtig erachteten Maßnahmen zur Förderung der Männergesundheit eine persönliche Einladung zu einer Vorsorgeuntersuchung. Dennoch entspricht - wie in Abschnitt 2.4 gezeigt wurde - das Vorsorgeverhalten der Männer dieser Aussage nicht. Die verschiedenen Früherkennungsprogramme, wie das AndroCHECK-Pickerl werden derzeit noch nicht optimal genutzt. Darüber hinaus hängt es z. B. vom jeweiligen Urologen ab, ob er solche Pässe ausgibt oder nicht.

Ein erster wichtiger Schritt zur Lösung dieses Problems wurde von der Gesundheitspolitik bereits gesetzt, in dem der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit einer Modernisierung des Angebots an Vorsorgeuntersuchungen in Österreich betraut wurde. In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer bzw. Fachgesellschaften hat der Hauptverband ein zielgruppenorientiertes Konzept für eine Gesundenuntersuchung NEU erarbeitet, um damit besser auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer eingehen zu können. Das Ziel ist, den Menschen eine Information für sein individuelles Risiko zu vermitteln und ihm gleichzeitig zu zeigen, wie er seinen Lebensstil ändern könnte.

So soll die Gesundenuntersuchung ab Ende 2004 modulartig aufgebaut und geschlechts- bzw. altersgruppenspezifisch ausgestaltet werden. Bei der Entwicklung der Vorschläge wurden evidenzbasierte Maßnahmen aus Kanada, den USA, Neuseeland, Deutschland, Australien, Italien und Finnland analysiert und der österreichischen Situation angepasst. Eine wichtigere Rolle als bisher wird auch das Arztgespräch haben, das in Richtung einer Lebensstilberatung hin ausgeweitet werden soll. Dabei sollen v. a. der Alkohol- und Tabakkonsum, das Ernährungsverhalten (z. B. soll der Body-Mass-Index bestimmt werden) und das Problem der Bewegungsarmut thematisiert werden. Vermutlich wird die Gesundenuntersuchung NEU auch nicht mehr in einjährigen sondern in längeren Intervallen (zwei bis drei Jahre) erfolgen. Als Qualitätssicherungsmaßnahme soll die Gesundenuntersuchung NEU mittelfristig nur

mehr von Ärzten oder Einrichtungen, die über ein noch zu entwickelndes „Vorsorgezertifikat“ verfügen, angeboten werden dürfen (Interview: HVSVT 2003).

Von Sozialmedizinern wurde in diesem Zusammenhang davor gewarnt, die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen und Screenings in der Prävention überzubewerten; es sei wichtiger, die Eigenkompetenz der Männer z. B. durch eine bessere Gesundheitserziehung zu stärken (Interview: Institut für Sozialmedizin 2003). Ein gutes Beispiel dafür wäre die Selbstuntersuchung der Hoden, die jeder Mann ab 20 Jahre einmal monatlich zur Früherkennung von Hodenkrebs durchführen sollte. Beginnender Hodenkrebs äußert sich durch eine schmerzlose Vergrößerung der Hoden, die leicht ertastet werden kann. Derzeit fehlen aber noch Konzepte, Männer für diese einfache Präventionsmaßnahme zu gewinnen.

Ein weiterer Expertenvorschlag, der in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Bundesheer umgesetzt werden könnte, sieht vor, die Stellungsuntersuchung, die alle österreichischen Männer absolvieren müssen, auszuweiten. Im Rahmen der Stellungsuntersuchung könnte den Jugendlichen in ergänzenden Workshops die Bedeutung eines eigenverantwortlichen Gesundheitshandelns nahe gebracht und sie mit männerspezifischen Vorsorgeangeboten vertraut gemacht werden. Unabhängig davon sollte das Gespräch zum Abschluss der Stellungsuntersuchung um eine Lebensstilberatung ergänzt werden.

Ziel: Aufwertung der Bedeutung von Arzt- oder Therapeutengesprächen

Von den befragten Ärzten und Therapeuten wurde verschiedentlich thematisiert, dass Männer aktiver als Frauen auf ihre Befindlichkeit oder auf das Bestehen von Problemen - nicht nur gesundheitlicher, sondern auch familiärer Art - angesprochen werden sollten. So sollten Ärzte und Therapeuten nicht allgemein fragen: „Geht es Ihnen gut?“, sondern beispielsweise langjährige Diabetiker konkret auf eventuelle Erektionsprobleme ansprechen. Es wäre aus Sicht der Experten dazu wünschenswert, bereits in der Ausbildung von Medizinern oder Psychologen die Bedeutung von Gesprächsführung stärker zu betonen.

Lernen könnten Ärzte dabei von der Alternativmedizin: Bei einer homöopathischen Behandlung ist der erste Schritt immer ein ausführliches, bis zu zwei Stunden dauerndes Gespräch, bei dem der Befindlichkeit bzw. den Problemen der Patienten mit ganzheitlichen, nicht nur symptomorientierten Fragestellungen auf den Grund gegangen wird (Interview: ÖGHM 2003).

Als Beitrag zu einer Ausweitung und Vereinheitlichung des Anamnese- bzw. Arztgesprächs bei Vorsorgeuntersuchungen wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin ein umfangreicher Gesundheitstest entworfen. Mit diesem rund 237 - darunter geschlechtsspezifischen - Fragen umfassenden, standardisierten Gesundheitstest (vgl. dazu www.aekstmk.or.at/vorsorge/frgbogen_oegam_V01.pdf) soll es Patienten ermöglicht werden, sich besser mit ihrer Gesundheit auseinander zu setzen, um beim nächsten Arztgespräch nicht „sprachlos“ oder überfordert zu sein (Interview: ÖGAM 2003, Hasenöhr 2003). Die Bandbreite der Fragen reicht von einer familiären Anamnese über Belastungen im Beruf, dem Erfassen von Risikofaktoren im Bereich Ernährung, Stress, Alkohol, Nikotin und Bewegungsmangel bis hin zu konkreten Fragen zu einzelnen Krankheitssymptomen (Sodbrennen und dgl.).

In einem nächsten Schritt sind noch die weitere Verbreitung des Bekanntheitsgrades dieses Gesundheitstests und eine Erhöhung der Akzeptanz bei den Ärzten erforderlich. Beispielsweise könnte die Fragenliste auf den Websites des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zum Download angeboten werden.

Speziell für Männer könnte dieser Gesundheitstest der ÖGAM um eine Checkliste bzw. einen Gesundheitspass (vgl. dazu Punkt 4.2.1) ergänzt werden, um Männern einen raschen Überblick über Vorsorgetermine, eigene Laborparameter und empfohlene Präventionsmaßnahmen ab einem bestimmten Alter (z. B. Männer mit 45 Jahren sollen eine urologische Untersuchung absolvieren) zu ermöglichen.

Ziel: Klärung des Terminus „Männerarzt“

Die meisten Auffassungsunterschiede im Zuge der Interviews gab es bei der Frage nach dem sogenannten „Männerarzt“. Sogenannt deshalb, weil diese Berufsbezeichnung derzeit in Österreich nicht existent bzw. geschützt ist und sich in der Folge eigentlich jeder Arzt bzw. Gesundheitsprofessionist als Männerarzt bezeichnen kann. Während ein Teil der Experten im Andrologen¹ den einzig legitimen Männerarzt sieht und andere die Etablierung eines Zusatzfaches Männergesundheit, das von allen Ärzten, insbesondere Allgemeinmediziner ab absolviert werden könnte, forderten, stellten einige der Interviewten - vor allem Nichtmediziner - die Notwendigkeit eines Männerarztes in Abrede.

So wurde beispielsweise argumentiert, dass über die Aufgaben eines Urologen hinaus ein Männerarzt benötigt würde, der das gesamte Spektrum des „Mannseins“ abdecken könnte. Diese Männerärzte müssten in ihre Überlegungen die Urologie genauso einbeziehen wie die Endokrinologie, die Psychiatrie, die Dermatologie (Männerhaut ist anders als Frauenhaut), und die Sportmedizin (Interviews: Dr. Pfau und Dr. Dunzinger 2003). Generell wurde ein Pendant zum Gynäkologen, dem Frauenarzt gefordert - ein Arzt, der Männer ab der Phase der Pubertät begleitet und sich konsequent erwachsenen und alternden Männern widmet. Der Urologe hätte jedenfalls nicht die gleiche Bedeutung für Männer wie der Gynäkologe für Frauen (vgl. dazu auch Meryn/Kindel 2002, Waidhofer 2003).

Eine der Ursachen für die beschriebene verspätete Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Männer oder besser die rechtzeitigere von Frauen, wird in der Tatsache gesehen, dass Mädchen - bedingt durch das Einsetzen der Regelblutung - zu einem viel früheren Zeitpunkt als Buben Kontakt mit einem Arzt hätten und der in Folge bei gesundheitlichen Problemen eher Hilfe in Anspruch nehmen würden. Letzteres mag aber auch darin begründet sein, dass Frauen eine sensiblere Körperwahrnehmung als Männer haben und es in unserer Gesellschaft für Frauen einfacher ist, sich hilfebedürftig zu zeigen.

¹ Die "Männerheilkunde" Andrologie beschäftigt sich mit dem Bau und der Funktion der männlichen Geschlechtsorgane, hauptsächlich in Bezug auf die Zeugungs- und Fortpflanzungsfähigkeit und deren Störungen. In Österreich kann nur ein urologischer Facharzt eine Zusatzausbildung zum Andrologen absolvieren (vgl. dazu Bundesgesetzblatt Nr. 152/1994).

Als Konsens kann festgehalten werden, dass in Zukunft alle Gesundheitsberufe verstärkt auf geschlechtsspezifische Aspekte von Erkrankungen und Risikofaktoren achten müssten und vorzugsweise die Männergesundheit integriert bzw. multidisziplinär gesehen werden muss. Der Mann als Patient soll jedenfalls nicht der Spielball von unterschiedlichen, zum Teil vielleicht auch ökonomisch motivierten, Interessenkonflikten werden.

Darüber hinaus wäre von Seiten der Ärzteschaft in Zusammenarbeit mit dem Bund rasch zu klären, ob wirklich ein Bedarf an einem Spezialisten für Männergesundheit, egal ob als eigene Disziplin oder als Weiterbildungs-/Vertiefungsrichtung, besteht oder ob die Aufgaben eines solchen Arztes nicht - wie Professor Pflüger angeregt hat (vgl. dazu Punkt 4.2.1) - durch ein spezielles Zentrum, in dem verschiedene Fachrichtungen (Ärzte, Therapeuten, Ernährungsberatern usw.) interdisziplinär mit dem Ziel der Gesundheitsförderung zusammenarbeiten, wahrgenommen werden sollten. Sofern ein Bedarf an einem Männerarzt festgestellt wird, muss ein entsprechendes Curriculum entwickelt und in der Folge der Begriff geschützt werden, um die Bevölkerung nicht zu verwirren.

4.3.2 Psychosoziale und pädagogische Maßnahmen

Ziel: Reduktion der Zahl von rauchenden Männern

Da koronare Herzerkrankungen und Lungenkrebs zu den häufigsten Todesursachen der österreichischen Männer gehören und beide Erkrankungen durch Tabakkonsum gefördert werden, wurde von fast allen Experten, insbesondere von den Professoren Marberger, Rieder, Silberbauer und vom deutschen Experten Dr. Hesch eine signifikante Reduktion des Tabakkonsums von Männern in den nächsten zehn Jahren gefordert. Wie in Punkt 2.4.4 dargestellt rauchten im Jahr 1999 35 Prozent der österreichischen Männer täglich, jeder zehnte Mann sogar mehr als 20 Zigaretten.

Beim ÖBIG-Survey war eine der Hauptnennungen bei der Frage nach einer ungesunden Lebensweise ebenfalls Rauchen (vgl. Abschnitt 3.3). 44,5 Prozent der Befragten forderten gleichzeitig eine „drastische“ Erhöhung der Zigarettenpreise als wichtige Präventionsmaßnahme bzw. wurde mit zunehmendem Alter der Befragten auch eine Ausweitung der derzeit bestehenden Rauchverbote, z. B. in allen öffentlichen Gebäuden gefordert.

Während eine Ausweitung von Rauchverboten von den befragten Experten nicht nur positiv gesehen wurde - argumentiert wurde damit, dass positive Anreize negativen vorzuziehen wären und eine Stigmatisierung von Rauchern speziell bei Jugendlichen kontraproduktiv wäre - stimmten alle der Empfehlung zu, in Hinkunft Raucher als spezielle Zielgruppe von Gesundheitsvorsorgeprogrammen zu sehen. Professor Rieder ergänzte dazu, dass jegliche Form von Rauchertherapie (z. B. ambulante und stationäre Nikotinentwöhnung, Akupunktur, sonstige Hilfsmittel, wie Nikotinpflaster oder -kaugummis usw.) geschlechtssensibel gestaltet werden sollte. Speziell müssten Männer anders als Frauen dazu motiviert werden. Letztere hören beispielsweise häufig im Zuge einer Schwangerschaft auf zu rauchen (Interviews: Prof. Rieder und Prof. Marberger 2003). Vom Projektbeirat wurden die Bestrebungen der Politik Nikotinentwöhnungsmaßnahmen in Zukunft flächendeckend im Rahmen der Kranken-

versicherung anzubieten (bisher gab es unterschiedliche Vorgangsweisen der einzelnen Krankenkassen) begrüßt.

Als Begleitmaßnahmen wurden analog zu der aktuellen Diskussion auf europäischer Ebene das Verbot von Kleinpackungen (können sich Kinder leichter leisten) und ein Verbot von Zigarettenautomaten sowie eine weitergehende Einschränkung von Werbung bis hin zum völligen Werbeverbot diskutiert.

Ziel: Forcierung von Gesundheitserziehung ab der Geburt

Zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes sind Eltern besonders empfänglich für lebensstilbezogene Gesundheitsmaßnahmen, z. B. ist dies häufig der letzte Anstoß für Männer, das Rauchen aufzugeben. Erreicht werden können die Eltern in diesem Zeitraum im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen. Da der Bezug des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat des Kindes an die zeitgerechte Absolvierung von fünf Untersuchungen der werdenden Mutter und fünf Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat gekoppelt ist, ist nach dem vom Jahr 1997 bis Ende 2001 beobachteten Rückgang (unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung) aber wieder ein Anstieg der Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Passleistungen zu erwarten.

Im Zuge dieser zehn Termine könnten die Eltern darüber informiert werden, dass sie durch ihr Verhalten (als Vorbild) und ihre Erziehung darüber mitentscheiden, ob ihr Kind rauchen wird, Gewichtsprobleme haben oder Freude an Bewegung und gesunder Ernährung entwickeln wird. Da insbesondere bei Ernährungsfragen der soziale Status, das Einkommen und das gesamte familiäre Umfeld eine große Rolle spielen, sollen sozial benachteiligte Personen hinsichtlich der Bedeutung von Stillen bis hin zur Bedeutung von Obst und Alkoholvermeidung geschult werden. Diese Maßnahme könnte kurzfristig mit vom untersuchenden Arzt durchzuführenden Beratungsgesprächen umgesetzt werden.

Ziel: Ausweitung von geschlechtssensibler, bubenbezogener Gesundheitsförderung

Bei der Frage nach dem Zeitpunkt, zu dem Gesundheitsförderung einsetzen sollte, meinten alle Befragten analog zur Literatur, dass die Grundlagen für den Lebensstil beeinflussende Faktoren bereits im Kindesalter, durch das Elternhaus, den Kindergarten, Schule und Freunde gelegt würden (Hurrelmann/Kolip 2001, Guggenbühl 1998). Unerwünschte Verhaltensweisen können daher zu diesem Zeitpunkt am effizientesten hintan gehalten und gesundheitsförderliche Aktivitäten können spielerisch gefördert und etabliert werden. Daher müsse - zusätzlich zu den im Idealfall bestehenden familiären Handlungsmustern - spätestens im Schulalter eine professionelle Gesundheitserziehung einsetzen.

Generell sollten bei einer bubenbezogenen Gesundheitsförderung folgende Tatsachen berücksichtigt werden:

Für eine erfolgreiche Aktivierung von Kindern ist es wichtig, sie - anfangs spielerisch - mit der Tatsache vertraut zu machen, dass sie ihre Gesundheit mitgestalten können. Dabei müssen unbedingt mit positiven Anreizen gearbeitet und Protektivfaktoren wie Bewegung gefördert werden.

Die bloße Warnung vor Risikoverhalten wie Alkohol- und Drogenkonsum ist - wie in der Literatur (z. B. Neubauer 2003, Eisenbach-Stangl 2002) dargelegt wurde - nicht zielführend. Es soll hingegen eine Stärkung der Eigenkompetenz erfolgen.

Eine Einbeziehung der Kinder im Sinne von Arbeitsgruppen und Workshops und das Aufzeigen, inwieweit sie persönlich z. B. von Gewalt betroffen sind und wie man darauf reagieren könnte, funktioniert besser als Plakatkampagnen à la „Sei gegen Gewalt!“ (Interview: ÖIF 2003).

Einer der Schlüssel von Gesundheitsförderung ist das Konzept der Peer-Education, das auf der Idee basiert, dass Jugendliche von anderen Jugendlichen lernen. Gute Erfolge damit wurden bisher insbesondere in der Suchtprävention, bei sexueller Gesundheit und beim Thema Konfliktlösungsverhalten erzielt. Peers sind jedenfalls wichtiger als Idole.

Bei der Behandlung von sensiblen Themen wie sexuelle Gesundheit und Verhütung soll die Gesundheitserziehung von Buben und Mädchen getrennt erfolgen. Nach Meinung einiger Experten, wie des schweizerischen Psychologen Dr. Guggenbühl oder des Sozialarbeiters Thomas Fröhlich von M.E.N. sollen diese Themen Buben im Idealfall durch Geschlechts- bzw. Rollengenossen nahe gebracht werden.

Bessere Ausbildung des Lehrpersonals im Bereich einer geschlechtssensiblen Gesundheitserziehung, wobei es wichtig ist, Rollenklischees von Buben und Mädchen aufzubrechen.

Wichtig ist auch zu beachten, dass Jugendliche Gesundheit grundsätzlich als Selbstverständlichkeit ansehen, was ihre Risikobereitschaft erhöht.

Im Allgemeinen interessieren sich Mädchen mehr für Gesundheit und verhalten sich in Bezug auf Ernährung und Rauchen gesundheitsbewusster als Buben, nur Sport treiben Buben mehr (LBI für Gesundheitssoziologie 2000). Im jugendlichen Alter bilden sich also schon Schwerpunkte im Gesundheitskonzept heraus: körperliche Funktionsfähigkeit bei Buben und subjektives Wohlbefinden bei Mädchen (Bründel/Hurrelmann 1999).

Zu erwähnen ist an dieser Stelle noch, dass je nach Quelle (Rachle 2003, Rossi/Winkler 2003 etc.) drei bis neunmal so viele Buben wie Mädchen von einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) betroffen sind. Dies zeigt sich auch daran, dass Buben doppelt so häufig wie Mädchen in ihrer Schullaufbahn mindestens einmal ein Jahr wiederholen müssen (Meryn 2003) und dass 68 Prozent der österreichischen Sonderschüler (Stand: 2002) Buben sind. Dies ist nach Aussagen von Experten des Pädagogischen Instituts in Linz jedoch kein Zeichen dafür, dass Buben weniger intellektuelle Fähigkeiten hätten als Mädchen, sondern läge in den bei Buben häufiger auftretenden Verhaltensauffälligkeiten begründet (Nitsch/Schwarz 2003). Guggenbühl vertritt dazu die Auffassung, dass es an den einseitigen Bewertungsmaßstäben unseres Erziehungssystems liegt, dass Buben allgemein als verhaltensauffälliger gelten und ein schlechteres Image haben. Den Buben werde zuwenig an sozialen Gefäßen angeboten, die ihre geschlechtsspezifischen Bedürfnisse aufzufangen in der Lage sind. Guggenbühl arbeitet derzeit im Auftrag des BMSG an einer Studie zu Buben- und Burschenarbeit.

Eine gute Idee wäre es nach Meinung der Professoren Krepler, Meryn und Sonneck analog zu englischen Initiativen aufsuchende Ansätze in der Gesundheitsförderung zu verstärken. Bei diesen Initiativen wird in der Sprache der Jugendlichen direkt in Lokalitäten wie Pubs z. B. über Suizidvorsorge („wie kann man erkennen, dass der Freund depressiv ist“) informiert oder mit drastischen Plakaten auf die Gefahren von übermäßigem Alkoholkonsum hingewiesen. Ein österreichisches Beispiel für eine Umsetzung dieses Konzepts ist die Aktion „Kein Alkohol unter 16 Jahre“ der Stadt Graz. Dabei suchen Streetworker Grazer „In-Lokale“ auf und versuchen in persönlichen Gesprächen, Jugendliche auf alternative Konsummöglichkeiten hinzuweisen.

Ziel: Erhöhung der Akzeptanz des Gesundheitsvorsorgeverhaltens von Männern

Es muss gesellschaftlich akzeptabel werden, dass sich Männer um die eigene Gesundheit kümmern, damit sich Männer in Zukunft nicht mehr dazu genötigt fühlen - wie von den interviewten Ärzten übereinstimmend berichtet wurde - sich für bestimmte Untersuchungen frei zu nehmen oder diese gar in anderen Orten zu absolvieren, um zu vermeiden, dass die soziale Umgebung davon erfährt. Ein derartiger Paradigmenwechsel - weg vom starken, sich keine Gefühle erlaubenden und Probleme mit sich selbst klärenden Mann hin zu einem Mann, dem das Eingestehen von gesundheitlichen oder seelischen Problemen nicht als Schwäche ausgelegt wird - kann jedoch nur in einem längeren Zeitraum von zehn bis zwanzig Jahren erreicht werden. Ein solcher Paradigmenwechsel müsste aber auch die Erwartungshaltungen von Frauen miteinbeziehen.

Erreicht werden könnte dies aus Sicht der befragten Experten am ehesten über den aktuellen, schon einige Jahre anhaltenden Wellness- und Fitnesstrend. Daran anknüpfend könnten Männer auf eine positive Weise zu einem aktiveren Gesundheitshandeln motiviert werden. Dies kann dabei auch am Arbeitsplatz (Vorträge und Gesundheitsangebote wie Gymnastik oder ein Fitnessmenü in der Kantine) aber auch über Vereinsaktivitäten (Leistungsdiagnostische Tests im Sportclub) erfolgen. Wie bereits erläutert, ist zwar die erste Informations- und Motivationsquelle für ihr Gesundheitshandeln die nähere soziale Umgebung und dabei besonders häufig die Partnerin, aber im Vergleich dazu haben das berufliche Umfeld und der Freundeskreis einen höheren Einfluss.

4.3.3 Politische Maßnahmen

Ziel: Bessere Vernetzung von Männergesundheitsexperten und -einrichtungen in Österreich

Wie unter Punkt 4.2.1 erwähnt, bildete eine Enquete der männerpolitischen Grundsatzabteilung den Start für die Erstellung eines österreichweiten Männergesundheitsberichts (BMSG 2003a). Eine Fortsetzung dieser Möglichkeit eines Austauschs und der Vernetzung wurde von rund 60 Prozent der interviewten Experten explizit als eine ideale Plattform für eine weitere Diskussion des Themas genannt. Idealerweise sollen neben Medizinern verschiedener Fachrichtungen in verstärktem Maße auch Männerberater, Sozialarbeiter, Therapeuten, Pädagogen, Forscher, Ökonomen, Gesundheitsförderungsexperten und Politiker miteingebunden werden.

Dieser Forderung soll durch die Etablierung eines **nationalen Kompetenzzentrums für Buben- und Männergesundheitsfragen** nachgekommen werden. Dieses Zentrum soll gleichermaßen eine Anlaufstelle für Experten und die interessierte breite Öffentlichkeit sein und als Schnittstelle zwischen den einzelnen, auch regionalen, Aktivitäten im Bereich der Männergesundheit fungieren. Speziell letztere Rolle ist von großer Bedeutung, da in Österreich noch ein Manko in der Vernetzung und Abstimmung der verschiedenen Männergesundheitsangebote und deren Akteure besteht. Sehr wichtig erscheint außerdem, bei der Etablierung eines derartigen Kompetenzzentrums auf Bundesebene sowohl das österreichische Büro der ISMH bzw. das Institut für Sozialmedizin und den Fonds Gesundes Österreich mit einzubeziehen. Das Kompetenzzentrum sollte dabei in der männerpolitischen Grundsatzabteilung des BMSG lokalisiert werden, da diese sich durch die vielfältigen Aktivitäten in der Männerarbeit bereits als Ideengeber in der Männer- und Bubenberatung etabliert hat. Darüber hinaus verfügt sie über einen hohen Akzeptanz- und Bekanntheitsgrad bei österreichischen Akteuren der Männerberatung und -gesundheit.

Neben der Rolle als Schnittstelle der Männerarbeit und -beratung in Österreich sollte das Zentrum auch Forschungsaktivitäten setzen, durch die beispielsweise der Wandel der sozialen Rolle des Mannes (Stichwort: Ernährer werden nicht mehr benötigt?, soziale Netzwerkbildung) und geschlechtsspezifische Unterschiede (hinsichtlich Lebensstil und Lebensqualität) in verschiedenen Lebensaltersphasen dargestellt und kritisch hinterfragt werden. Gleichzeitig könnte das Zentrum Leitlinien für eine geschlechtsspezifische Forschung sowie der Erforschung der Zusammenhänge zwischen subjektiv empfundenem Gesundheitszustand und objektiv feststellbarem Gesundheitszustand entwickeln. Eine weitere wichtige Aufgabe des Zentrums wäre es, einen regelmäßigen elektronischen Newsletter zu publizieren. Beiträge zu diesem Newsletter sollten durch alle in der österreichischen Männergesundheit aktiven Gruppen und Initiativen aber durchaus auch durch Schulen möglich sein.

Die Finanzierung des Kompetenzzentrums könnte dabei einerseits durch Bereitstellung eines Sockelbetrags von rund € 100.000,- durch den Bund erfolgen und andererseits durch Förderungen der Pharmaindustrie oder des FGÖ ergänzt werden.

Ziel: Bestehende Gesundheitsangebote sollen männerfreundlicher werden

Um obiges Ziel zu erreichen, sollen in einem ersten Schritt bestehende männerspezifische Einrichtungen wie das Männergesundheitszentrum M.E.N., Männergesundheitstage sowie andere **Gesundheitsförderungsangebote** in Österreich hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Orientierung an den Bedürfnissen von Männern **evaluiert** werden. Dabei sollen die wichtigsten Zugangsbarrieren in der Männergesundheit, analog zum vorgestellten Projekt des NHS Glasgow (vgl. Punkt 4.2.1) mittels einer Fragebogenerhebung identifiziert werden.

Darauf aufbauend sollen von der Politik in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderungsexperten und Ärzten sowie Therapeuten innerhalb der nächsten drei bis fünf Jahre Strukturqualitätsmerkmale von Männergesundheitsangeboten (z. B. zentrale Lage einer Einrichtung, lange Öffnungszeiten, geringe Wartezeiten, Mix von verschiedenen medizinischen Fächern aber auch von komplementärmedizinischen Angeboten und Therapeuten bzw. Beratung an einer Stelle) definiert und in weiterer Folge entsprechende Standards festgelegt werden.

4.3.4 Mediale Begleitmaßnahmen

Genau so wichtig wie eine Umsetzung aller vorgestellten Maßnahmen ist eine weite Verbreitung der Empfehlungen in der Öffentlichkeit, insbesondere unter der Vorgabe der Erhöhung der Akzeptanz von männlichem Vorsorgeverhalten in der Gesellschaft, das einem Paradigmenwechsel gleichkommt. So wäre - um die Aufmerksamkeit der Bevölkerung zu gewinnen - für die Etablierung eines Kompetenzzentrums der Männergesundheit jedenfalls das begleitende Setzen von öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten, z. B. im Rahmen der vorgestellten Kampagne „Männersache Gesundheit“ der ISMH (vgl. Punkt 4.2.1), unerlässlich.

Positiv wurde von den befragten Männergesundheitsexperten in diesem Zusammenhang angemerkt, dass im Vergleich zu vor fünf Jahren, Männergesundheit inzwischen auch in Massenmedien thematisiert werde. Allerdings wurde dabei die fehlende Nachhaltigkeit und die Oberflächlichkeit der Informationen kritisiert.

Ziel: Nachhaltige Verbreitung der Bedeutung von Lebensstiländerungen für Männer

Eine wichtige Forderung der befragten Experten war, den österreichischen Männern mehr als bisher zu vermitteln, dass sie ihr gesundheitliches und seelisches Wohlbefinden zumindest teilweise selbst beeinflussen können. Das Überbringen derartiger Botschaften kann in der heutigen marketing- und konsumorientierten Gesellschaft jedoch nur durch eine ansprechende, nicht belehrende „Verpackung“ geschehen. Dabei sind, wie Ergebnisse des ÖBIG-Survey und andere Untersuchungen, wie der Wiener Gesundheitssurvey (BMGF 2003) zeigen, speziell für Männer die Medien TV, Radio und Internet wichtigere Informationsquellen als Zeitungen oder Broschüren.

Es ist daher die Aufgabe der öffentlichen Hand durch breite Medienarbeit (Plakatkampagnen, TV-Spots) die Bedeutung von Vorsorge darzustellen und allen Österreichern, insbesondere den Männern klarzumachen, dass beispielsweise die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen oder das Einbekennen von Schmerzen kein Zeichen von Schwäche ist.

4.3.5 Settingbezogene Gesundheitsförderung

Verkehr

Ziel: Erhöhung der Verkehrssicherheit

Neben dem in Punkt 4.2.2 erwähnten Maßnahmenprogramm des nationalen Verkehrssicherheitsplans, mit dem Ziel die Anzahl an Verkehrstoten bis zum Jahr 2010 zu halbieren, besteht auch Konsens unter den Experten, dass vor der Einführung einer strengeren Straßenverkehrsordnung die derzeit geltenden Verkehrsregeln stärker und auch genauer überwacht werden sollten. So plädiert etwa der österreichische Verkehrsexperte Prof. Knoflacher dafür, die derzeit bestehende Praxis der Exekutive bei der Überwachung von bestehenden Tempolimits eine Überschreitung zwischen zehn und 20 Stundenkilometern zu tolerieren, zu

beenden. Diese Toleranz bewirkt eine Erhöhung der Unfallrate und der Anzahl der Todesopfer in der Größenordnung von 20 bis 40 Prozent (Knoflacher/Zukal 2000).

Die Hauptzielgruppe von verkehrsbezogenen Maßnahmen sind Jugendliche und junge Männer, da diese, wie in Abschnitt 2.3 erläutert, überdurchschnittlich oft Opfer von Verkehrsunfällen werden. Dies ist zum einen auf eine hohe Risikobereitschaft (Suche nach Nervenkitzel) zurückzuführen, zum anderen aber auch in einem Unvermögen begründet, Gefahren richtig einschätzen zu können. Primäre Unfallursachen sind nach einer Analyse des Kuratoriums für Verkehrssicherheit (KfV) überhöhte Geschwindigkeit, Alkoholisierung und das Halten eines zu geringen Abstandes (BMVIT 2000).

Da die Einführung des Probeführerscheins im Jahr 1992 deutliche Rückgänge in der Unfallstatistik der 18- und 19-jährigen Pkw-Lenker bei Unfällen mit Folgeschäden (1992-1996: minus 14%) bewirkt hat, wird von verschiedenen Seiten - Verkehrsexperten, Ärzten, Schulvertretern, Familienverbänden und Umweltgruppen - die Einführung eines sogenannten Punkteführerscheins gefordert. Damit soll nach Meinung des KfV eine weitere Verminderung der Verkehrsunfallstodesfälle um jährlich 100 Getötete ermöglicht werden (KfV 1997, KfV 1998). Das Konzept sieht die Einführung eines Strafpunktekatalogs für bestimmte, schwere Verkehrsvergehen für alle Fahrzeuglenker vor, wobei - je nach vorliegender Punkteanzahl - die Betroffenen zu einer Nachschulung verpflichtet werden. Bei wiederholten Verstößen gegen die Straßenverkehrsordnung kann die Lenkerberechtigung auch zeitweise oder für Dauer entzogen werden. Das Hauptaugenmerk liegt aber auf einer Nachschulung und Sensibilisierung der Betroffenen. Der Punkteführerschein ist also als Präventiv- und Bewährungsmodell und nicht als weitere Sanktionierungsmöglichkeit konzipiert (KfV 2003).

In den letzten zwei Jahren gab es speziell zum Thema Alkohol im Straßenverkehr zwei vom Bund geförderte Kampagnen: Mit dem Slogan „Drink + Drive = Death“ und dem Konzept der „Alkoholselbstkontrolle“ (Slogan: Wenn ich fahr‘, dann trink‘ ich nicht, und wenn ich trink‘, dann fahr‘ ich nicht) sollten im Rahmen des Verkehrssicherheitsprogramms 2003 vor allem Jugendliche von 16 bis 29 Jahre für die Gefahren des Alkohols im Straßenverkehr sensibilisiert und zum freiwilligen Verzicht auf Alkoholkonsum aufgerufen werden. Die erfolgreichste Maßnahme im Kampf gegen alkoholbedingte Verkehrsunfälle war die Einführung der 0,5 Promille Grenze für Autolenker im Jahr 1998.

Arbeitswelt

Ziel: Ausweitung des Angebots an betrieblicher Gesundheitsförderung

Ein wichtiges Ergebnis des ÖBIG-Survey und der Experteninterviews war, dass betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowohl von Männern gut angenommen als auch von den Experten uneingeschränkt positiv gesehen werden. Effiziente Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können zu einer Senkung der Krankenstände, zu erhöhter Motivation der Mitarbeiter und damit zu gesteigerter Arbeitsproduktivität und geringerer Mitarbeiterfluktuation führen.

Die Angebotspalette betrieblicher Gesundheitsförderung geht in Österreich von arbeitsmedizinischer Beratung inklusive der Möglichkeit einer Gesundenuntersuchung im Betrieb, über Maßnahmen der Arbeitsplatzsicherheit und Ergonomie hin zu Ernährungsangeboten (z. B. kostenlose Versorgung mit Obst, kein Alkoholverkauf in Kantinen) bis zu dem Abhalten von betrieblichen Männergesundheitstagen (vgl. dazu Punkt 4.2.1). Eine Ausweitung dieser Maßnahmen z. B. hinsichtlich von Stressbewältigungsstrategien oder der Aufwertung von Kommunikation in Betrieben wie sie durch den Fonds Gesundes Österreich und das österreichische Netzwerk betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. www.wko.at/sp/bgf/bgf.htm) geplant ist, ist jedenfalls begrüßenswert.

Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben auf betrieblicher Ebene auch - wie schon im Wiener Männergesundheitsbericht festgestellt (MA-L 1999) wurde - Arbeitsschutzmaßnahmen, vor allem im Bereich der Lärmreduzierung. Nach Aussagen der AUVA sind rund 400.000 Österreicher von Lärm am Arbeitsplatz betroffen, bei Kontrollen würden aber im Schnitt 25 Prozent der Betroffenen ohne geeigneten Gehörschutz angetroffen. Neben einer Intensivierung der Schulung von Arbeitnehmern zur Einhaltung von Lärmschutzmaßnahmen setzt die AUVA daher verstärkt verhältnisbezogene Präventionsmaßnahmen. Diese umfassen eine technische Beratung und Maßnahmen zur Lärminderung, vor allem bei Neubauten (z. B. lärmabsorbierende Gestaltung von Räumen, Konzentration von lärmenden Maschinen in einem Raum, usw., Interview: AUVA 2003).

Sport

Dass Sport und Bewegung gut für die Gesundheit sind, ist nicht nur unter Experten unbestritten, sondern auch in der Öffentlichkeit und Politik breit akzeptiert. Förderung von Sport und Bewegung als Teil des Lebensstils in einem modernen Gesundheits- und Sozialsystem dient dabei nicht nur der Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, sondern hilft auch, volkswirtschaftliche Kosten zu sparen (vgl. dazu BMSG 1999).

Personen, die sich regelmäßig sportlich betätigen, stärken dadurch ihr Herz-Kreislaufsystem, den Stoffwechsel und ihren Bewegungsapparat, wobei die psychosoziale Komponente ebenfalls von Bedeutung ist. Österreichische Männer leiden im europäischen Vergleich am weitesten häufigsten an Herz-Kreislaufkrankungen. Dabei ist zu vermuten, dass analog zu einer deutschen Untersuchung Männer, die einer geringen sozialen Schicht angehören, ein doppelt so hohes Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung tragen gegenüber Männern, die einer höheren Sozialschicht angehören. Das Risiko von Rückenleiden ist um das 1,8-fache erhöht, und die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken ist bei unterschichtangehörigen Männern um den Faktor 2,1 höher als bei Männern der Oberschicht (Helmert 1994).

Obwohl Männern, die einer niedrigen Gesellschaftsschicht angehören, der Zusammenhang zwischen ihrem Lebensstil und ihrem Gesundheitszustand oft nicht bewusst ist, wissen sie dennoch aufgrund des bestehenden Fitnesstrends, dass Bewegung gut für die Gesundheit ist. Beispielsweise forderten im ÖBIG-Survey über 50 Prozent der Männer einen besseren Zugang zu Sportmöglichkeiten oder Sportmöglichkeiten in der Nähe des Arbeitsplatzes.

Generell sollen alle Gesundheitsangebote einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen. Dies gilt auch für Sport: über die Bewegungsangebote hinaus sollen in Vereinen vielfältige Anregungen zur langfristigen Herausbildung eines gesunden Lebensstils durch Stärkung physischer, psychischer und sozialer Faktoren gegeben werden.

Positive Aspekte von Gesundheitsprogrammen im Sportverein sind u. a.:

Herausbildung eines gesunden Lebensstils (z. B. durch Motivation zum regelmäßigen Sporttreiben)

Stärkung von physischen Gesundheitsressourcen (z. B. durch Verbesserung und Erhalt der Fitness)

Verminderung von Risikofaktoren (z. B. durch Verringerung von Übergewicht und Bluthochdruck)

Stärkung von psychosozialen Ressourcen und Wohlbefinden (z. B. durch Schulung der Körperwahrnehmung, Entspannung, Erleben von sozialer Einbindung)

Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden (z. B. durch Reduktion von Verspannungen, Rückenproblemen).

Im Jahr 2001 waren 2,3 Millionen Österreicher, davon über zwei Drittel Männer, insgesamt in 12.652 verschiedenen Sportverbänden bzw. -vereinen organisiert (Statistik Austria 2003). Die beiden größten Fachsportorganisationen mit je über 400.000 ordentlichen Mitgliedern sind der Österreichische Fußballbund und der Verband der alpinen Vereine in Österreich. In der Folge wurde - aufgrund der besseren Medientauglichkeit und der Bedeutung im Schulsport - Fußball als Setting einer breitenwirksamen Präventionsmaßnahme für Männer ausgewählt.

Ziel: Den gesündesten Fußballverein Österreichs zu finden

Dieses Ziel sollte mittels der Auslobung eines Fußball - Gesundheitscups durch das BMSG in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Fußballbund (ÖFB) und dem Staatssekretariat für Sport erreicht werden. Der Erfolg der Maßnahme hängt dabei in hohem Maße von der Mitarbeit der österreichischen Sportjournalisten und der Printmedien bzw. des Fernsehens ab. Teilnahmeberechtigt wären alle aktiven (Jugend- und Kampfmannschaften) und nicht aktiven („Alte Herren“) Mitglieder österreichischer Amateurfußballvereine, wobei diese durch bestimmte Aktivitäten ihrer Fans unterstützt werden können.

Im Folgenden werden die Eckpunkte des **ÖFB-Gesundheitscups** in Anlehnung an das weiter vorne beschriebene englische „Alive and Kicking“ Projekt (vgl. auch Davidson/Lloyd 2001) umrissen, wobei der Wettbewerb grundsätzlich auf drei Säulen aufbaut:

1. Das Absolvieren von Fußballspielen im Rahmen des normalen Meisterschaftsbetriebs;
2. Die Teilnahme an Workshops bzw. Gesundheitsschulungen mit abschließender Wissensüberprüfung mittels Bewältigung eines Gesundheitsquiz bzw. dem Ausfüllen von Arbeitsblätter;
3. Durchführung bestimmter sportmedizinischer Tests.

Beschränkt sich die Aktivität in Punkt 1 noch auf alle aktiven Vereinsmitglieder, sollen sich an den Punkten 2 und 3 auch möglichst viele nichtaktive Mitglieder bzw. Fans des jeweiligen Vereins beteiligen und damit zum Erfolg ihrer Mannschaft beitragen.

Ziel jedes Vereins ist es, möglichst viele Punkte zu sammeln. Neben Punkten, die auf den Ergebnissen der Meisterschaftsspiele basieren (in Abweichung von der üblichen Zählweise gibt es für einen Sieg zehn Punkte und für ein Unentschieden fünf Punkte, für eine Niederlage keine Punkte) können auch durch die Teilnahme an fünf Workshops bzw. Vortragsabenden zu gesundheitsrelevanten Themen (Ernährung, Rauchen, Alkohol, Kommunikation usw.) Punkte erreicht werden. Dabei gibt es für jeden Workshopteilnehmer einen Punkt und für jeden, der im Anschluss daran ein Aufgabenblatt ausfüllt bzw. einen kurzen „Test“ besteht, weitere drei Punkte.

Zusätzlich soll zu Beginn und am Ende des Wettbewerbs eine leistungsdiagnostische Untersuchung, die z. B. aus einem Lungenfunktionstest, einer Laktat- und Blutzuckermessung, der Messung des Blutdrucks und der Absolvierung einer kurzen Laufstrecke (rund 800 Meter) mit Zeitmessung bestehen könnte, durchgeführt werden. Auch hier würde der Verein für jeden Teilnehmer jeweils einen Punkt und für jede Person, deren Werte sich bei der zweiten Untersuchung verbessert haben, zusätzlich fünf Punkte erhalten.

Die jeweiligen Workshops und Schulungen bzw. dazugehörenden Aufgabenbögen und Tests sollten dabei in Zusammenarbeit mit dem ÖFB und Sportmedizinern bzw. dem Universitäts-sportinstitut entwickelt werden. Auch die sportmedizinischen Tests müssen unter Einbindung von renommierten Leistungsdiagnostikern erstellt und durchgeführt werden. Die Tests sollten dabei im Bedarfsfall - wenn beispielsweise ein medizinisches Problem erkannt wird - durch ein ärztliches Gespräch ergänzt werden.

Sieger des Wettbewerbs erhalten neben Trikots für die gesamte Mannschaft jeweils einen vom Bund zur Verfügung gestellten Pokal und den Titel „Gesündester Fußballverein Österreichs“ als Siegespreis. Die Siegerehrung könnte dabei im Rahmen eines Ländermatches im Rahmen der nächsten Fußballweltmeisterschaftsqualifikation stattfinden. Nach Vereinbarung sollten auch alle teilnehmenden Vereine, die eine bestimmte Punktegrenze überschreiten, kleinere Preise, wie Eintrittskarten in Fußballmatches der Bundesliga oder Fußbälle bzw. Sportlernahrung erhalten.

Von hoher Bedeutung für den Erfolg der Maßnahme ist eine breitenwirksame Propagierung des Wettbewerbs durch österreichische Printmedien oder Fernsehstationen sowie eine Werbung durch namhafte Sportmediziner und bekannte Fußballer.

Der Wettbewerb könnte - in Abstimmung mit dem österreichischen Fußballbund - mit Beginn der Herbstmeisterschaften 2004 gestartet und im Frühjahr 2005 abgeschlossen werden. Eine Möglichkeit wäre es auch, vorerst einmal ein Pilotprojekt in einer Bezirksliga durchzuführen. Bei Erfolg könnte der Wettbewerb auf ganz Österreich ausgeweitet und regelmäßig, z. B. alle zwei Jahre durchgeführt werden.

4.4 Resümee

Das Gesundheitswesen steht vor der Aufgabe, in Zukunft geschlechtssensibler zu agieren und daher die Bedeutung des Geschlechts systematisch zu berücksichtigen. Das Ziel ist dabei nicht die Ausweitung von Versorgungsleistungen sondern eine bessere Treffsicherheit des Angebots, d. h. eine differenziertere Ausrichtung auf die verschiedenen Zielgruppen, darunter Männer.

Eine der Aufgaben im Rahmen des gegenständlichen Berichts war daher, bestehende Best-Practice Modelle der Männergesundheit zu identifizieren und Handlungsempfehlungen für männerspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen abzugeben. Als wichtigste Belastungssituationen der Männer wurden der Lebensstil, erhöhte Unfallhäufigkeiten, eine geringere oder verspätete Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorgeleistungen und eine im Vergleich zu Frauen erhöhte Morbidität identifiziert.

Best-Practice-Modelle

Aufgrund der im internationalen Vergleich hohen Anzahl von männerzentrierten Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung und -vorsorge kann Österreich als Vorreiter in Sachen Männergesundheit bezeichnet werden. So wurde der erste deutschsprachige Männergesundheitsbericht im Jahr 1999 in Wien erstellt. Ein weiteres Beispiel für die Vorreiterrolle ist die Gründung der Internationalen Gesellschaft für Männergesundheit (ISMH) anlässlich des in Wien abgehaltenen ersten Weltkongresses zur Männergesundheit (World Congress on Men's Health, WCMH) im Jahr 2001. Bisher wurden von der ISMH bereits drei Fachkongresse in Wien veranstaltet.

Als eine breitenwirksame Methode, Männern die Bedeutung aktiven Gesundheitshandelns nahe zu bringen, wurden niederschwellige, kostenfreie Gesundheitsveranstaltungen so wie Männergesundheitstage identifiziert, die beispielsweise schon viermal in Wien, dreimal in Niederösterreich und zweimal in Salzburg stattgefunden haben. Mönnerspezifische Gesundheitseinrichtungen sind das Wiener Männergesundheitszentrum M.E.N. im Kaiser-Franz-Josef Spital und im Bereich der Urologie die men-doc Ambulanz in Lainz. Von M.E.N und vom Institut für Familienforschung (ÖIF) werden auch Workshops an Schulen, z. B. zu Geschlechterrollen oder zu sexueller Gesundheit angeboten. Daneben offerieren auch einige Männerberatungsstellen Gesundheitsberatung für Männer.

Gesundheitskampagnen, die sich ausschließlich an Männer richten, gibt es v. a. im Bereich der sexuellen Gesundheit, speziell zu Erektionsstörungen und Krebsvorsorge. Eine aktuelle breitere Kampagne wurde im Oktober 2003 von der ISMH in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Krebshilfe und der Stadt Wien unter dem Motto „Männersache Gesundheit“ gestartet. Das Ziel der Kampagne ist, Männer im Sinne einer „Anleitung zum Gesundbleiben“ zu motivieren, besser auf ihre eigene Gesundheit zu achten.

Als wichtiger Teilbereich von Prävention und Gesundheitsförderung wurden Vorsorgeuntersuchungen und Früherkennungsprogramme identifiziert. Diese Maßnahmen der Sekundärprävention werden von Männern zwar in weitaus geringerem Maße als von Frauen in Anspruch genommen, gleichzeitig wurde aber im ÖBIG-Survey von den Befragten eine persönliche Einladung dazu als wichtige Präventionsmaßnahme eingestuft. Eine weitere Initiative sind sogenannte Männergesundheitspässe wie das AndroCHECK-Pickerl.

Außerdem wurden zwei Best-Practice Modelle aus dem Ausland - ein Primärversorgungsprojekt aus Schottland und ein in England durchgeführtes Fußballprojekt für junge Männer namens „Alive and Kicking“ vorgestellt. Abschließend wurden noch drei nicht explizit geschlechtsspezifisch ausgestaltete Projekte, namentlich ein vom FGÖ ausgelobter Betriebsküchenwettbewerb, das nationale österreichische Verkehrssicherheitsprogramm und das deutsche Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ skizziert.

Maßnahmenempfehlungen

Aus der Literatur und Expertengesprächen wurden in Abstimmung mit dem Projektbeirat und dem Auftraggeber rund 20 Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen, gegliedert in fünf Kategorien erarbeitet. Für eine Umsetzung der in Abschnitt 4.3 vorgeschlagenen Maßnahmen ist noch eine Prioritätenreihung von Seiten der öffentlichen Hand erforderlich.

Dabei handelt es sich um:

medizinische Maßnahmen, z. B. zur Erhöhung der Treffsicherheit und Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen, der Aufwertung und Standardisierung von Arzt- oder Therapeutengesprächen sowie dem Vorschlag einer Definition des Begriffes „Männerarzt“;

psychosoziale und pädagogische Maßnahmen mit u. a. dem Ziel einer Reduktion der Zahl von rauchenden Männern und einer stärkeren Forcierung von Gesundheitserziehung sowie einer Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz von gesundheitsbewussten Männern;

politische Maßnahmen, wie die Einrichtung eines nationalen Kompetenzzentrums für Buben- und Männergesundheitsfragen in der männerpolitischen Grundsatzabteilung des BMSG zur besseren Vernetzung von Männergesundheitsexperten und -einrichtungen in Österreich; Ausbau geschlechtsspezifischer Forschungsprojekte durch die Männerabteilung;

mediale Begleitmaßnahmen, um eine nachhaltige Verbreitung der Bedeutung von Männergesundheit und Lebensstiländerungen zu erreichen und

drei settingbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen aus den Bereichen Verkehr, Arbeitsumfeld und Sport.

Speziell dem Lebensbereich Sport soll in Zukunft mehr Aufmerksamkeit im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gewidmet werden, da Erfahrungen aus Deutschland und die Ergebnisse des ÖBIG-Survey zeigen, dass Männern die Bedeutung von Sport und Bewegung für ein gesundheitliches Wohlbefinden wichtig ist. Ein Vorschlag ist daher, den „**Gesündesten Fußballverein Österreichs**“ zu suchen. Dieser Fußball - Gesundheitscup soll

vom BMSG in Abstimmung mit dem Staatssekretariat für Sport und dem Österreichischen Fußballbund unter enger Einbeziehung von österreichischen Medien veranstaltet werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Alber, J.; Kohler, U. 2003

Health, Access to Health Care Services, and Family Care Activities as Dimensions of Well-Being in Europe. Berlin (unveröffentlicht)

Altgeld, T. 2002

Männergesundheit - eine unbekannte Größe in der medizinischen Versorgung? In: Niedersächsisches Ärzteblatt Nr. 6/2002. Zit in online:
www.haeverlag.de/archiv/index.html?http://www.haeverlag.de/archiv/n0602_02.htm

Ärzteweche 4/2001

Depressive Männer sind anders. Ärzteweche 15. Jg., Heft Nr. 4, 2001

Badura, B.; Litsch, M., Vetter, Ch., 2001

Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Springer

Baker, P.; Banks, I. 2001

Men's Health in Europe. In: WCMH 2001: 1st World Congress on Men's Health. Proceedings & Abstracts. Vienna

BGF 2001

Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Wien

BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002

Bericht zur gesundheitlichen Lage in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklungen in West- und Ostdeutschland. Stuttgart

BMGF 2003

Österreichische AIDS-Statistik, Periodischer Bericht, 3. November 2003

BMGF; Institut für Ernährungswissenschaften 2003

Österreichischer Ernährungsbericht 2003. 1. Auflage, Wien 2003

BMSG 1999

Sport und Gesundheit. Die Auswirkungen des Sport auf die Gesundheit. Eine sozioökonomische Analyse. Wien

BMSG 2000

Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2000. Wien

BMSG 2001a

Handbuch Alkohol - Österreich; Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001. Wien (überarbeitete Internetversion Jänner 2002)

BMSG 2001b

Präventionsausgaben. Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Schriftenreihe: Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte, Nr. 2/2001. Wien

BMSG 2001c

Statistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten, EDV-Datensatz

BMSG 2002a

Geschlechtsspezifische Disparitäten. Statistische Analysen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden. Wien

BMSG 2002b

Gewalt macht krank. Dokumentation der Enquete vom 20.11.2001. Wien

BMSG 2003a

Dokumentation der 1. Männerpolitischen Enquete im BMSG: „Der gebrauchte Mann? Männliche Identität im Wandel“. Männerpolitik in Österreich. Wien

BMSG 2003b

Suizide von Männern in Österreich. Wien

BMVIT 2002

Strategien für mehr Verkehrssicherheit auf der Strasse. Österreichs Verkehrssicherheitsprogramm 2002-2010. Wien

Bründel, H.; Hurrelmann, K. 1999

Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Stuttgart

Courtney, W. 2001

Men's Health in the USA. In: WCMH 2001: 1st World Congress on Men's Health. Proceedings & Abstracts. Vienna

Davidson, N.; Lloyd, T. (Hrsg.) 2001

Promoting Men's Health. A Guide for Practitioners. London

Deutsche Bundesärztekammer 2003

Pressekonferenz anlässlich der Präsentation des Qualitätssiegels „Sport pro Gesundheit“. Zit. in online:

www.bundesaerztekammer.de/30/Praevention/10Gesund/50Sportpro/index.html

Eisenbach-Stangl, I. 2002

Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums von psychotropen Substanzen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg. 25 2002 Nr. 1/2

Eisenmenger, M. 2003

Schriftliche Mitteilungen vom 23. November und vom 4. Dezember 2003

Eurostat 2002

Das Leben von Männern und Frauen in Europa. Ein statistisches Portrait. Daten aus den Jahren 1980-2000. Brüssel

FGÖ 2002

Männergesundheit als Policy. In: Gesundes Österreich, Heft 3, 2002. S. 16-17

FGÖ 2003

Wirkung von Selbsthilfegruppen auf Persönlichkeit und Lebensqualität. Wien

Gesterkamp, T.; Schnack, D. 1996

Hauptsache Arbeit? Männer zwischen Beruf und Familie. Reinbeck

GesundheitsAkademie 1998

Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt a.M.

Guggenbühl, A. 1998

Männer, Mythen, Mächte. Ein Versuch Männer zu verstehen. Ed. Rabenreihe, Zürich

Hana, D.; Hellmich, E.; Hübner, H. et al. 2000

Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. Medien Impulse Nr. 6/2000, S. 37-47. Zit. in online: www.mediamanual.at/mediamanual/themen/pdf/gesundheit/32hana.pdf

Hasenöhr, N. 2003

Problempatient Mann. In: Ärztemagazin Nr. 47/2003 vom 21. November 2003, S. 34-36

Helmert, U. 1994

Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren in West-Deutschland. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen 1994. S. 187-207

Hesch, U. 2003

Die Gesundheit des älter werdenden Mannes. Zit. in online:

www.hesch.org/docs/index.asp?id=5791&sp=D&m1=5786&m2=5791&m3=&domid=675

Hurrelmann, K.; Kolip, P. (Hrsg.) 2002

Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern

HVSVT 1992

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1992. Wien

HVSVT 1993

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1993. Wien

HVSVT 1994

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1994. Wien

HVSVT 1995

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1995. Wien

HVSVT 1996

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1996. Wien

HVSVT 1997

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1997. Wien

HVSVT 1998

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1998. Wien

HVSVT 1999

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 1999. Wien

HVSVT 2000

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2000. Wien

HVSVT 2001

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2001. Wien

HVSVT 2002

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2002. Wien

HVSVT 2003

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2003. Wien

ISMH 2001

1st World Congress on Men's Health 2001. Sex & Gender Matter - from Boys to men. The Future of Men's Health. Proceedings & Abstracts. 2. bis 4. November 2001 in Wien

ISMH 2002

2nd World Congress on Men's Health. Sex & Gender Matter - from Boys to Men - from Science to Practice. Proceedings & Abstracts. 25. bis 27. Oktober 2002 in Wien

ISMH 2003

Gebt Männern eine Chance. Presseinformation zur internationalen Männergesundheitswoche 2003. Wien

ISMH 2003

Kampagne für Vorsorgemedizin „Männersache Gesundheit“. Presseinformation vom 2. Oktober 2003.

ISMH, Österreichische Krebshilfe 2003

„Männersache Gesundheit“. Anleitung zum Gesundbleiben für Männer. Broschüre. Wien

KfV 1997

Mehr Verkehrssicherheits-Maßnahmen für Risikogruppe junger Lenker notwendig! Aussendung vom 26. Mai 1997. Wien

KfV 1998

Aussendung zur 2. Sitzung der Plattform für den Punkteführerschein. Wien 1998

KfV 1999

Unfallstatistik 1998. Heft 26, Wien

KfV 2000

Unfallstatistik 1999. Heft 27, Wien

KfV 2001

Unfallstatistik 2000. Heft 31, Wien

KfV 2002

Unfallstatistik 2001. Heft 32, Wien

KfV 2003a

Unfallstatistik 2002. Heft 34, Wien

KfV 2003b

Punkteführerschein - notwendige Maßnahme gegen Verkehrssünder. Aussendung vom 15. September 2003

Klotz, T. 1998

Der frühe Tod des starken Geschlechts. Forum Männergesundheit. Göttingen

Klotz, T. 2002

Spezifische Gesundheitsprobleme von Männern. In: Hurrelmann/Kolip (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern. S. 241-307

Knoflacher, H; Zukal, H. 2000

Gefährliche Toleranz bei Geschwindigkeitsüberwachung. In: Zeitschrift für Verkehrsrecht, Nr. 11/2000. S. 391 ff. Wien

Kolip, P.; Schmidt, B. 1999

Gender and health in adolescence. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

Kunst, A.; Mackenbach, J. 1994

Measuring socio-economic inequalities in health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Zit. in online: www.who.dk/Document/PAE/Mearpd416.pdf

Laaser, U.; Hurrelmann, K.; Wolters, P. 1993

Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel 1993, S. 176-203

LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2000

Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 5.WHO-HBSC-Surveys 1998 und die Trends für die 90er Jahre. Schriftenreihe „Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte“ des BMSG 2/2000. Wien

Lögd 2000

Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld

M.E.N 2003

Programm 2003. Wien

Magistrat der Stadt Wien 2003

Lebensstile in Wien. Wien

MA-L 1999

Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien

MA-L 2001

Gesundheit von Lehrlingen in Wien. Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1/2001. Wien

Männerbüro Salzburg 2002

Jahresbericht 2001. Salzburg

Männerbüro Salzburg 2003

Jahresbericht 2002. Salzburg

Maschewsky-Schneider, U. 2003

Gender-Orientierung in der Gesundheitspolitik. In: Public Health Forum 11, Heft 40, S. 6f.

Maschewsky-Schneider, U.; Fuchs, B. 2002

Gender Bias - Gender Research. Entwicklung und Anwendung von methodologischen Standards zu geschlechtsspezifischer Forschung. Public Health Zentrum Berlin. Zit. in online: www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/schlussbericht.pdf

Meryn, S. 2003

Männergesundheits in Österreich. In: ÖÄZ vom 10.9.2003, S. 22-28

Meryn, S.; Kindel, G. 2002

Kursbuch Mann. Der große Männerratgeber. München

Meryn, S.; Metka, M.; Kindel, G. 1999

Der Mann 2000. Wien

Meryn, S.; Steiner M. 2003

Is being a man a disease? In: Men's Health Journal, Vol. 1, No. 4, p. 70

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
2000

Gesundheitsbericht NRW - Gesundheit von Frauen und Männern. Bielefeld, Landesinstitut
für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2000

Neubauer, G. 2003

Wie geht's den Jungs. Jungengesundheit und Aspekte einer jungebezogenen Gesundheits-
förderung. In: Blickpunkt Der Mann, Nr. 1/2003

Neuberger Research 2003

Empirische Untersuchung zur Männergesundheit. Repräsentative bundesweite Telefonum-
frage unter österreichischen Männern. Wien

NHS Greater Glasgow 2001

Developing Accessible Health Services for Men. A proposal to pilot men's health 'MOT' ser-
vices in Greater Glasgow (Draft). Glasgow

Nitsch, H.; Schwarz, W. 2003

Koedukation. Reform auf halbem Weg. In: Das Schulblatt, Nr. 2/2003, S. 8f.

ÖAL 2003

Broschüre zum Internationalen Tag gegen Lärm. Zit. in online:
www.oal.at/main/tl2/inad2003/INAD_2003_2.pdf vom 25. April 2003

Österreichische Krebshilfe Salzburg 1997

Zwischenbericht der Prostata-Aktion der Krebshilfe Salzburg. Salzburg

Plas, E; Riedl, C.; Pflüger, H. 2000

Andropause. Mythos oder Realität. Stuttgart - New York

Rachle, G. 2003

Sind Mädchen und Buben gleichermaßen von ADHS betroffen? Zit. in online:
www.computronic.at/~cbbjk10/forum/message.php3?forum=90&message=10 vom 23.5.2003

Rásky, E. 1998

Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz und Steiermark. Im Auftrag des Landes Stei-
ermark. Graz

Rathner, S. 2003

Selbsthilfegruppe „JederMänner“. Salzburg

Rieder, A. 2002

Männergesundheit, Frauengesundheit - Sex und Gender. In: Der Hausarzt, Heft 6/2002

Rieder, A. 2003

Männer haben geringeres Gesundheits- und Vorsorgebewusstsein. Zit. in online:
www.infoline.at/maennergesundheit/vorsorge.htm

Rossi, P.; Winkler, M. 2003
Fragen und Antworten zu ADHS bei Erwachsenen. Zit. in online: www.adhs.ch/add/add-faq.htm#11

Scottish Health Feedback 2001
Supporting Primary Care to develop more accessible services for Men (Draft). Glasgow

SGKK; Österreichische Krebshilfe 1997
Prostata-Aktion der Österreichischen Krebshilfe Salzburg. Salzburg

Sozialministerium Baden-Württemberg 2000
Frauengesundheit. Zur gesundheitlichen Situation der Frau in Baden-Württemberg. Stuttgart

Statistik Austria 2003a
Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2003. Wien

Statistik Austria 2003b
Statistisches Jahrbuch 2003. Wien

Switchboard 8-9/2002
Initiative Männergesundheitsbericht. 14. Jg. Heft 153, August/September 2002, S.

Waidhofer, E. 2003
krafvoll und lebendig mann sein. Innsbruck-Wien

White, A.; Cash, K. 2003a
The State of Men's Health Across 17 European Countries. Brussels

White, A.; Cash, K. 2003b
The State of Men's Health in Europe. In: eurohealth, Vol. 9, Nr. 2/2003, S. 28-31

WHO 2002
Der Europäische Gesundheitsbericht 2002. Kopenhagen

Wimmer-Puchinger, B.; Hörndler, M.; Findl, I. et al 1995
Austrian Women's Health Profile. Wien

Zulehner, P. 2003
MannsBilder. Ein Jahrzehnt Männerentwicklung. Linz

Anhang

Frageliste für ÖBIG-Survey

Begriffsbestimmungen und Methoden

Bemerkungen zur Datenqualität

Liste der Gesprächspartner

Gesprächsleitfaden für Experteninterviews

Frageliste für ÖBIG-Survey

Listennr.: Adreßnr.: Interviewernr.: Tel.: Paginiernr.:											
FRAGE NR.	FRAGE	ANTWORT	WEITER MIT FRAGE								
	Guten Tag, hier spricht von neuberger research. Wir führen im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes in ganz Österreich eine Umfrage zum wichtigen Thema Männergesundheit durch.										
1	Sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand alles in allem gesehen... ^ INT.:VORLESEN NUR 1 NENNUNG!	- sehr zufrieden 1 - eher zufrieden 2 - eher unzufrieden 3 - oder sehr unzufrieden 4	2								
2.	Ich nenne Ihnen jetzt einige gesundheitliche Probleme, die in der Bevölkerung häufig vertreten sind. Sagen Sie mir bitte zu jedem Problem, ob Sie davon häufig, manchmal oder so gut wie nie betroffen sind. ^ INT.:PROBLEME EINZELN ABFRAGEN!	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center">häufig</td> <td style="text-align:center">manchmal</td> <td style="text-align:center">nie</td> </tr> <tr> <td>- Rückenschmerzen</td> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> <td style="text-align:center">3</td> </tr> </table>		häufig	manchmal	nie	- Rückenschmerzen	1	2	3	3
	häufig	manchmal	nie								
- Rückenschmerzen	1	2	3								
	- Und was tun Sie im allgemeinen gegen Ihre Rückenschmerzen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?		1 2 3								
	- Kopfschmerzen / Migräne - Und was tun Sie im allgemeinen gegen Ihre Kopfschmerzen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Rheuma / Gelenkschmerzen bzw. -entzündung - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Magen- / Darmprobleme z. B. Sodbrennen - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Atemwegserkrankungen / Asthma / Bronchitis - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Antriebslosigkeit / Ängste / depressive Verstimmungen - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Herzbeschwerden - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Kreislaufprobleme - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	1 2 3	1 2 3								
	- Bluthochdruck - Und was tun Sie im allgemeinen dagegen? - Gehen Sie zum Arzt - versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect - oder unternehmen Sie gar nichts?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:center">ja</td> <td style="text-align:center">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center">1</td> <td style="text-align:center">2</td> </tr> </table>	ja	nein	1	2	1 2 3				
ja	nein										
1	2										

FRAGE NR.	FRAGE	ANTWORT			WEITER MIT FRAGE
	<p>- Prostataleiden</p> <p>- Und was tun Sie im allgemeinen dagegen?</p> <p>- Gehen Sie zum Arzt</p> <p>- versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect</p> <p>- oder unternehmen Sie gar nichts?</p>	1	2		
	<p>- Zuckerkrankheit</p> <p>- Und was tun Sie im allgemeinen dagegen?</p> <p>- Gehen Sie zum Arzt</p> <p>- versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect</p> <p>- oder unternehmen Sie gar nichts?</p>	ja 1	nein 2		
	<p>- Folgen eines Arbeits- oder Freizeitunfalles</p> <p>- Und was tun Sie im allgemeinen dagegen?</p> <p>- Gehen Sie zum Arzt</p> <p>- versuchen Sie sich selbst zu behandeln, beispielsweise durch Einnahme von Medikamenten, Alternativmedizin ect</p> <p>- oder unternehmen Sie gar nichts?</p>	1	2		
3.	Abgesehen von Ihrem körperlichen Gesundheitszustand. Sind Sie nahezu immer seelisch ausgeglichen, zufrieden und glücklich, überwiegend ausgeglichen, teils, teils, nur wenig ausgeglichen oder überwiegend unausgeglichen, traurig und nur wenig glücklich?	- nahezu immer ausgeglichen	1		4
		- überwiegend ausgeglichen	2		
		- teils-teils	3		
		- nur wenig ausgeglichen	4		
		- überwiegend unausgeglichen	5		
4.	Und würden Sie sagen, dass Sie alles in allem .. ^ INT.:VORLESEN! NUR 1 NENNUNG!	- sehr gesundheitsbewußt	1		5
		- eher gesundheitsbewußt	2		
		- eher nicht gesundheitsbewußt	3		6
		- oder überhaupt nicht gesundheitsbewußt leben?	4		
5.	Wie fördern Sie Ihre Gesundheit, was tun Sie dafür? ^ INT.:ANTWORTEN EINTRAGEN!				7
6.	Sie haben gesagt, dass Sie nicht besonders gesundheitsbewußt leben. Können Sie mir bitte dafür die wesentlichsten Gründe sagen? ^ INT.:ANTWORTEN EINTRAGEN!				7
7	Es gibt die verschiedensten Möglichkeiten, seine Gesundheit zu fördern, bzw. zu erhalten. Worauf achten Sie persönlich? ^ INT.:ITEMSABFRAGEN				
	-	ja	nein	trifft n. zu	8
	- früher geraucht und jetzt damit aufgehört	1	2	3	
	- Reduktion des Alkoholkonsums	1	2	3	
	- vorsichtiges Fahrverhalten mit dem Auto, Motorrad ect. um Unfälle zu vermeiden	1	2	3	
	- bewußte Ernährung, Diät	1	2		
	- gesunde Bewegung	1	2		
	- regelmäßige Sportausübung	1	2		
	- regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen	1	2		
	- regelmäßige Einnahme von Vitaminen oder Nahrungsergänzungsmittel	1	2		
	- Nutzung von alternativmedizinischen Angeboten wie Homöopathie, Bachblüten, Akupunktur, ect.	1	2		
	- regelmäßige Streßbewältigung durch autogenes Training, Yoga, Tai Chi etc.	1	2		

FRAGE NR.	FRAGE	ANTWORT	WEITER MIT FRAGE
8	Haben Sie bereits Gesundheitsinformationsveranstaltungen wie Männergesundheitsstage, betriebliche Gesundheitstage oder Fitnessmeilen besucht?	- ja 1	9
		- nein 2	10
9.	Und was war das, worum ist es da gegangen? ^ INT.:ANTWORTEN EINTRAGEN!		10
10	Wodurch fühlen Sie sich in Ihrer eigenen Gesundheit bedroht, was glauben Sie, schadet in Ihrem derzeitigen Lebensabschnitt Ihrer eigenen Gesundheit? ^ INT.:ITEMS VORLESEN MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH!	- Stress 1	11
		- ungesunde Ernährung 2	
		- zu wenig Schlaf 3	
		- zu viel Alkohol 4	
		- Rauchen 5	
		- zu wenig Bewegung, zu wenig Sport 6	
		- Drogen, bzw. Medikamentenmißbrauch 7	
		- Beeinträchtigung am Wohnort z. B. Lärm, Luftverschmutzung 8	
- Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz 9			
- Ausübung eines gefährlichen Berufs 10			
- Ausübung einer gefährlichen Sportart 11			
- riskantes Auto- bzw. Motorradfahren 12			
- weil Sie sich um die eigene Gesundheit zuwenig kümmern 13			
- weil Sie nicht auf Ihren Körper hören 14			
11	Gesundheit ist ein wichtiges Thema. Wie informieren Sie sich über Gesundheitsthemen bzw. was beeinflusst Ihr Gesundheitsverhalten besonders? Sagen Sie mir bitte zu jedem Punkt, den ich ihnen nenne ob er für Sie dafür eine sehr große Rolle, große Rolle eher geringe Rolle oder überhaupt keine Rolle spielt ^ INT.:AUSSAGEN EINZELN ABFRAGEN!	sehr eher e.nicht ü.nicht trifft n. zu	12
		- Familie / engere Wohnumgebung 1 2 3 4	
		- Freunde / Bekannte 1 2 3 4	
		- Arzt 1 2 3 4	
		- Apotheker 1 2 3 4	
		- Prominenz aus Sport, Kultur, etc. 1 2 3 4	
		- Bücher bzw. Broschüren zum Thema Gesundheit, Gesundheitsratgeber in Zeitungen bzw. Zeitschriften 1 2 3 4	
- Sendungen im Fernsehen bzw. Radio 1 2 3 4			
- Arbeitsplatz / Arbeitskollegen 1 2 3 4 5			
- Vereinskollegen 1 2 3 4 5			
12	Es ist notwendig Maßnahmen für die Gesundheit der Männer zu setzen. Sagen sie mir bitte zu jeder Maßnahme, die ich Ihnen nenne, ob Sie sie persönlich für eher wichtig oder für eher weniger wichtig halten ^ INT.:MASSNAHMEN EINZELN ABFRAGEN!	wicht.n.wicht. k.A.	
		- persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung 1 2 3	
		- Möglichkeiten zur Vorsorgeuntersuchung am Arbeitsplatz 1 2 3	
		- öffentliche Informationsveranstaltungen zur Männergesundheit 1 2 3	
		- männerspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote am Arbeitsplatz wie z. B. zu den Themen gesunde Ernährung, ausreichende Bewegung, weniger Stress 1 2 3	
		- männerspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote in der Wohnumgebung 1 2 3	
		- männerspezifische Beratungs- und Betreuungsangebote bei Ärzten und Spitälern 1 2 3	
- mehr alternativmedizinische Angebote 1 2 3			
- drastische Erhöhung der Zigaretten- und Tabakpreise 1 2 3			
- Verminderung des Krankenversicherungsbeitrages bei gesunder Lebensweise - ähnlich wie beim Bonus-Malus System 1 2 3			

FRAGE NR.	FRAGE	ANTWORT	WEITER MIT FRAGE
		wicht.n.wicht. k.A.	
	- spezielle Informationen zur seelischen Gesundheit	1 2 3	13
	- verbesserter Zugang zu Sportmöglichkeiten	1 2 3	
	- Zusendung von Informationsbroschüren zu Männergesundheitsthemen	1 2 3	
	- mehr Informationen durch Zeitungen und Zeitschriften	1 2 3	
	- striktes Rauchverbot am Arbeitsplatz und in öffentlichen Bereichen wie z. B. Bahnhöfen	1 2 3	
	- mehr Informationen durch das Radio bzw. Fernsehen	1 2 3	
13	Es wird behauptet, dass die Gesundheit mit dem Einkommen zusammenhängt. Demnach erkranken ärmere Menschen häufiger und sind weniger gesund als reichere. Stimmen Sie dieser Ansicht eher zu oder eher nicht zu?	- stimme zu 1 - stimme nicht zu 2 - w.n./k.A. 5	14
14	Sagen Sie mir noch wie viele Zigaretten Sie durchschnittlich am Tag rauchen? ^ INT.:VORLESEN NUR 1 NENNUNG!	- Nichtraucher 1 - weniger als 20 (ein Paket) 2 - 20 (ein Paket) 3 - 20 (ein Paket) und mehr 4 - k.A. 5	15
15	Und trinken Sie Alkohol, also Bier, Schnaps oder Wein .. ^ INT.:VORLESEN NUR 1 NENNUNG!	- (fast) täglich 1 - mehrmals pro Woche 2 - einmal pro Woche 3 - seltener 4	16
		- nie 5 - k.A. 6	17
16	Und wieviel trinken Sie da üblicherweise... ^ INT.:VORLESEN NUR 1 NENNUNG!	- ein Viertel Wein bzw. einen halben Liter Bier 1 - 2 Viertel Wein bzw. einen Liter Bier 2 - 3 Viertel Wein bzw. 3 große Bier 3 - 4 Viertel Wein bzw. 4 große Bier 4 - mehr als 4 Viertel Wein bzw. 4 große Bier 5 - k.A. 6	17
17	Wie groß sind Sie? ^ INT.:EINTRAGEN IN ZENTIMETER!	-	18
18	Und wie viel wiegen Sie zur Zeit? ^ INT.:EINTRAGEN IN KILOGRAMM!	-	STA1
STA 1.	Darf ich zum Abschluß noch kurz einige statistische Daten fragen. Sind Sie berufstätig? Was davon trifft auf Sie zu? ^ INT.: VORLESEN!	- berufstätig 1 - Pensionist / Rentner 2 - Hausmann 3 - in Ausbildung 4 - arbeitslos 5 - Sonstiges (Karenz etc.) 6	ST2 STA 3
STA 2.	Wieviele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich in der Woche? ^ INT.:STUNDEN EINTRAGEN!	-	STA3
STA 3.	Wieviele Stunden verbringen Sie durchschnittlich in der Woche mit Haus- bzw. Gartenarbeiten? ^ INT.:STUNDEN EINTRAGEN!	-	STA4
		- keine 99	
STA 4.	Und wieviel Zeit verwenden Sie durchschnittlich in der Woche für Vereinsarbeit, freiwillige Feuerwehr, caritative Tätigkeiten, etc.? ^ INT.:STUNDEN EINTRAGEN!	-	STA5
		- keine 99	
STA 5.	Und welche höchste abgeschlossene Schulausbildung haben sie? ^ INT.:VORLESEN ! NUR EINE NENNUNG!	- Volksschule / Hauptschule 1 - Fachschule / abgeschlossene Lehre 2 - Matura 3 - Universität 4	STA 6

FRAGE NR.	FRAGE	ANTWORT	WEITER MIT FRAGE
STA 6.	Leben Sie in Ihrem Haushalt...? ^ INT.:VORLESEN ! MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH!	<ul style="list-style-type: none"> - alleine 1 - mit Partnerin 2 - mit Kindern 3 - mit anderen Verwandten 4 	STA 7
STA 7.	Altersgruppen:	<ul style="list-style-type: none"> - 16 bis 24 Jahre 1 - 25 bis 29 Jahre 2 - 30 bis 34 Jahre 3 - 35 bis 39 Jahre 4 - 40 bis 44 Jahre 5 - 45 bis 49 Jahre 6 - 50 bis 54 Jahre 7 - 55 bis 59 Jahre 8 - 60 bis 64 Jahre 9 - 65 bis 69 Jahre 10 - 70 Jahre und mehr 11 	

Begriffsbestimmungen und Methoden

Body-Mass-Index (BMI): Gilt als die sinnvollste Maßzahl, um die Unter- oder Übergewichtigkeit erwachsener Personen zu bestimmen, wenn lediglich Körpergewicht und Körpergröße bekannt sind; der BMI ergibt sich aus der Division des Körpergewichts (in Kilogramm) durch die Körpergröße (in Meter) zum Quadrat; bei festgestelltem Übergewicht ($BMI > 26$) und insbesondere bei Fettleibigkeit („Adipositas“, $BMI > 30$) steigen auch die Gesundheitsrisiken erheblich, vor allem die Zahl der Herz- und Gefäßleiden und der an Diabetes Erkrankten.

Inzidenzrate: Anzahl der Neuerkrankungen in Bezug auf eine bestimmte Krankheit pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und auf einen bestimmten Zeitraum, zumeist ein Jahr (altersstandardisiert).

Krankenhausfälle: Stationär versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen).

Krankenhausthäufigkeit: Stationär versorgte Fälle (inkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

Krankenhausmorbidity: Stationär versorgte Patienten (exkl. Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert). Da die „Mehrfachaufnahmen“ durch Vergleich von Einzeldatensätzen im Hinblick auf Gleichheit von Geburtsdatum, Wohnpostleitzahl und Geschlecht identifiziert werden, kann es in Postleitzahl-Regionen mit hoher Einwohnerzahl (z. B. Wien-Favoriten) zu Verzerrungen kommen.

Krankenhauspatienten: Stationär versorgte Personen (exkl. Mehrfachaufnahmen).

Krebsinzidenzrate: Anzahl der Neuerkrankungen an Krebs pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert).

Lebenserwartung: Erwartbare Lebensjahre ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum (dargestellt in „Sterbetafeln“) auf die jeweilige Wohnbevölkerung; „Behinderungsfreie Lebenserwartung - disability free life expectancy, DFLE“: Erwartbare Lebensjahre ohne Behinderung ab der Geburt oder ab einem bestimmten Alter; ermittelt durch Umlegung der Sterbewahrscheinlichkeiten sowie der Wahrscheinlichkeiten des Eintretens einer „wesentlichen Behinderung“ (funktionelle Einbußen der körperlichen bzw. geistigen Fähigkeiten, die zur dauernden Hilfs-/Pflegebedürftigkeit führen, ermittelt aus den Mikrozensus-Erhebungen von ST.AT 1991 und 1999 über die Frage „Benötigen Sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens?“) für jede Altersgruppe und beide Geschlechter im Beobachtungszeitraum für die jeweilige Wohnbevölkerung. Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Lebenserwartung können geringfügige Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „Sterbetafeln“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

Mehrfachaufnahme: Patient, der innerhalb des betrachteten Zeitraumes mehr als ein Mal in einer österreichischen Krankenanstalt (unabhängig davon, ob diese mit der erstversorgen-

den KA ident ist oder nicht) stationär aufgenommen wurde (definiert über Gleichheit von Geburtsdatum, Geschlecht, Wohnpostleitzahl sowie - bei entsprechender Einschränkung der Selektion - der Hauptdiagnose).

Morbidität: Anzahl der Erkrankten (Inzidenz) bzw. der aktuell an einer bestimmten Erkrankung leidenden Personen (Prävalenz) pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung.

Potenziell alkoholassoziierte Todesursachen: Unter potenziell alkoholassoziierter Sterblichkeit versteht man die alkoholbedingte bzw. häufig im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Alkoholismus stehenden Todesfälle je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert). Im Handbuch Alkohol - Österreich 2001 (BMSG 2001a) werden diesbezüglich eine Reihe von Todesursachen nach ICD-9-Codierung angeführt, die eine hohe Wahrscheinlichkeit besitzen, alkoholverursacht zu sein. Im Rahmen der Erstellung von Gesundheitsberichten des ÖBIG für die Bundesländer Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg wurde vom ÖBIG gemeinsam mit den Vertretern dieser Bundesländer die Unterscheidung dieser Todesursachen in „Kerndiagnosen“ (sehr hohe Wahrscheinlichkeit des alkoholbedingten Todes) und „andere Diagnosen“ (hohe Wahrscheinlichkeit des alkoholbedingten Todes) diskutiert und beschlossen. Im vorliegenden Bericht beschränkt sich die Darstellung der potenziell alkoholassozierten Todesursachen auf die Kerndiagnosen (Alkohol-Psychosen (ICD 9 291), Alkoholismus (ICD 9 303), Chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (ICD 9 571)).

Prävalenzrate: Anzahl der aktuell an einer bestimmten Krankheit Leidenden pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. Stichtag (altersstandardisiert).

Signifikanz: Feststellung, dass es sich bei beobachteten bzw. errechneten Unterschieden zwischen Gruppen von Merkmalsträgern (Gruppen von Personen, Regionen, etc.) nicht nur um Zufall innerhalb der „statistischen Schwankungsbreite“ handelt, sondern dass diese Unterschiede einem systematischen Effekt zuzuschreiben („statistisch signifikant“) sind; diese Feststellung wird nach Durchführung eines statistischen Testverfahrens vorgenommen.

Stationäre Fälle: Im Krankenhaus zur Behandlung aufgenommene Personen (inkl. tagesklinisch versorgte Patienten).

Sterblichkeit (Mortalität): Verstorbene pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung und Jahr (altersstandardisiert). Die im vorliegenden Bericht enthaltenen Indikatoren zur Sterblichkeit können geringfügige Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung der „standardisierten Sterblichkeit“ unterschiedliche Altersgruppen verwendet wurden.

Standardisierung: Um einen methodisch sauberen Vergleich von Verhältniszahlen (z. B. Sterblichkeit, Krebsinzidenz, Krankenhaushäufigkeit) zwischen Regionen bzw. Zeiträumen durchführen zu können, werden altersbereinigte („standardisierte“) Raten berechnet. Durch diese „Altersstandardisierung“ wird der Einfluss der unterschiedlichen Altersstruktur von Regionen bzw. in den betrachteten Zeiträumen ausgeschaltet.

Bemerkungen zur Datenqualität

Die für den vorliegenden Bericht herangezogenen Daten und Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf den Zeitraum 1992 bis 2001 (Berichtszeitraum). Die Zuordnung von Sterbefällen, Krankheitsfällen, Patienten, befragten Personen, etc. erfolgte nach dem Wohnortprinzip (bei Neugeborenen durch Zuordnung nach dem Wohnort der Mutter), und zwar auf Ebene der politischen Bezirke, so weit dies die vorliegenden Daten zuließen.

Die verwendeten Daten und die daraus erstellten Auswertungen sind in Bezug auf ihre Qualität, Vollständigkeit und Verlässlichkeit unterschiedlich zu bewerten. Es wurden primär die Datenquellen der routinemäßigen amtlichen Statistik herangezogen, von denen die wichtigsten Quellen hinsichtlich Datenbereitsteller, Inhalten, Bezugszeitraum (Zeitraum, für den die Daten verfügbar sind), höchster sinnvoller räumlicher Auflösung, Validität und Verwendungszwecken wie folgt stichwortartig beschrieben werden können:

AUVA-Statistik: Datenbereitsteller: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt; Anerkannte Arbeitsunfälle, Wegunfälle und Berufskrankheiten differenziert nach Alter, Geschlecht, Wirtschaftsklasse, Art der Berufskrankheit, Politischer Bezirk des Wohnortes, Politischer Bezirk des Arbeitsortes, tödlichem Ausgang; Validität hoch, jedoch mit zunehmender regionaler Differenzierung abnehmend.

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (Datenbereitsteller: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen bzw. Statistik Austria; stationäre Fälle nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- bzw. Nebendiagnosen sowie medizinischen Einzelleistungen; Validität relativ hoch, jedoch für epidemiologische Auswertungen nur bedingt verwendbar - z.B.: aufgrund von Verzerrungen durch hohe Krankenhausmorbidity in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungs-Systems; Grundlage für die Berechnung der Krankenhausmorbidity).

Krebsstatistik (Datenbereitsteller: Statistik Austria, regionale Krebsregister; Krebsneuerkrankungen nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation; Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich, daher insgesamt eingeschränkte Verlässlichkeit; Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz).

Mikrozensus-Erhebungen (Datenbereitsteller: Statistik Austria, Landesstatistikämter; Gesundheitszustand und gesundheitliche Rahmenbedingungen der Befragten; Validität zum Teil eingeschränkt, da Angaben aus Selbstauskunft der Befragten resultierend, Stichprobengröße regional sehr unterschiedlich und zeitliche Längsschnitte aufgrund unterschiedlicher Technik der Fragestellung teilweise problematisch; Grundlage für Auswertungen zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand, Gesundheitsbeeinträchtigungen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen etc.; in der Regel wird nur die über 15jährige Bevölkerung als Bezugsbevölkerung herangezogen). Aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Mikrozensus-Erhebungen um Stichprobenerhebungen handelt, ist bei der Interpretation der Auswertungsergebnisse zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse zum Teil erhebliche statistische Schwankungsbreiten aufweisen können. Die im vorliegenden Bericht enthaltenen, aus den

Mikrozensus-Erhebungen 1999 errechneten Indikatoren (z. B. zum subjektiven Gesundheitszustand oder zum Gesundheitsverhalten) können Unterschiede zu den von ST.AT publizierten Werten aufweisen, da bei der Ermittlung dieser Indikatoren durch das ÖBIG nicht der „imputierte“ Datensatz (= der um fehlende Angaben nach dem Prinzip der „ähnlichsten Spender“ vervollständigte Datensatz), sondern der Rohdatensatz verwendet wurde. Grund dafür ist, dass für das Berichtsjahr 1991 ausschließlich nicht imputierte Daten vorliegen und Vergleiche zwischen den beiden Jahren nur mit gleichartigen Datensätzen sinnvoll erscheinen.

Todesursachenstatistik (Datenbereitsteller: Statistik Austria; Verstorbene nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache; Validität hoch, jedoch mit zunehmender Differenzierung nach Haupttodesursachen und nach Regionen abnehmend; Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung).

Volkszählungen 1991 und 2001 (Datenbereitsteller: Statistik Austria, Landesstatistik-Ämter; Einwohner nach Alter, Geschlecht, Wohnort und sozioökonomischen Merkmalen; Validität sehr hoch; als Bezugsgröße Grundlage für die Berechnung der meisten Gesundheitsindikatoren).

Liste der Interviewpartner

OA Dr. Michael Dunzinger	Facharzt für Urologie und Andrologie, KH der Barmherzigen Schwestern in Linz, Abteilung für Urologie, Privatpraxis für Andrologie in Linz
Dr. Michael Eisenmenger	Facharzt für Urologie und Andrologie, Obmann der Bundesfachgruppe Urologie in der ÖÄK, Präsident des Berufsverbandes der Österr. Urologen
ÄL Dr. Margit Endler	Ärztliche Leiterin des Kaiser-Franz-Josef Spitals
DSA Thomas Fröhlich	Sozialarbeiter, Leiter des Männergesundheitszentrums M.E.N. im Kaiser-Franz-Josef Spital
Frau Sylvia Groth, M.A.	Medizinsoziologin, Geschäftsführerin des Vereins Frauengesundheits- zentrum Graz
Dr. Allan Guggenbühl	Psychologe, Leiter des Instituts für Konfliktmanagement und My- thodrama in Zürich
Mag. Birgit Heindl-Becker	Unternehmensberaterin, Studienautorin im Bereich Männerarbeit
Prof. Dr. Prof. h.c. Dieter Hesch	Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Rheumatologie, Leiter des Hommageinstituts in Konstanz
Dr. Markus Hofer	Philosoph und Theologe, Leiter des Männerbüros der Diözese Feldkirch
Doz. Dr. Andreas Jungwirth	Facharzt für Urologie und Andrologie, Landeslinik für Urologie im LKH Salzburg, Leiter des andrologischen Arbeitskreises der ÖGU
Herr Olaf Kapella	Diplomierter Sozialpädagoge, Österr. Institut für Familienforschung in Wien
Prof. Prim. Dr. Michael Marberger	Vorstand der Universitätsklinik für Urologie am AKH Wien

Prof. Dr. Alexander Meng	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Leiter der Schmerz-, TCM- und Akupunkturambulanz der Neurologischen Abteilung am KH Lainz in Wien Vorstandsmitglied der Österr. Gesellschaft für Akupunktur
Prof. Dr. Siegfried Meryn	Arzt, Institut für Medizinische Aus- und Weiterbildung am AKH Wien, Präsident der International Society for Men's Health & Gender
Prof. Dr. Richard Horst Noack, Ph. D.	Sozialmediziner, Arzt, Vorstand des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität Graz
OA Dr. Gerald Ohrenberger	Facharzt für Interne Medizin, Oberarzt an der Internen Abteilung im KH der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt
Dr. Georg Pfau	Arzt für Allgemeinmedizin, Andrologische Praxis in Linz
Prof. Prim. Dr. Heinz Pflüger	Facharzt für Urologie und Andrologie, Leiter der urologischen Abteilung und der mendoc-Ambulanz am KH Lainz
Dr. Ernest Pichlbauer	Medizinischer Experte am ÖBIG
Doz. Prim. Dr. Michael Rauchenwald	Facharzt für Urologie und Andrologie, Urologische Abteilung im KH St. Pölten
Dr. Erwin Rebhandl	Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin, Präsident der Österr. Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
Univ.Prof. Dr. Anita Rieder	Sozialmedizinerin, Institut für Sozialmedizin der Universität Wien, Vorsitzende der Public Health Kommission des OSR
Mag. Gerlinde Rohrauer	Psychologin, Fonds Gesundes Österreich
Dr. Klaus Ropin	Biologe, Fonds Gesundes Österreich
Dr. Horst Schalk	Niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin in Wien

Mag. Eberhard Siegl	Kommunikationswissenschaftler und Soziologe, Leiter des Männerbüros der Diözese Salzburg
Prof. Prim. Dr. Karl Silberbauer	Facharzt für Interne Medizin, Leiter der Internen Abteilung des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt
Mag. Karin Singer	Leiterin der Abteilung für Prävention und Gesund- heitsförderung am Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Mag. Margit Somweber	Psychologin, Gesundheitsinformationszentrum der SGKK, Gründerin des Arbeitskreises für Männerpsychologie
Dr. Susanne Stöckl-Gibs	Ärztin, Präsidentin der Österr. Gesellschaft für Homöopathi- sche Medizin
Mag. Alexandra Wucher	Psychologin, Leiterin des Vorsorgebereichs beim Arbeitskreis Vor- sorge- und Sozialmedizin in Bregenz

Gesprächsleitfaden zum Männergesundheitsbericht

Interview mit Name (Ausbildung, Funktion, Institution) am Datum

Ihre Sichtweise der Männergesundheit in Österreich: Wo stehen wir? Wie schaut es mit der Akzeptanz in der

→ Medizin

→ Politik

→ Öffentlichkeit aus?

Wie kann Stellenwert verbessert werden - ist dies erforderlich?

Gesundheitliche Situation von österreichischen Männern generell - was ist Hauptproblem?
→

Hintergründe von männlichem Gesundheitshandeln
→

Wie kann man Gesundheitshandeln beeinflussen/verbessern? →

Was könnten potentielle, zielführende Präventiv- und Vorsorgemaßnahmen für österreichische Männer sein?

→ medizinische

→ psychosoziale / pädagogische

→ mediale

→ politische

Best-Practice Modelle für Männergesundheit bzw. Präventionsmaßnahmen (national und international)

→ Rolle der Vorsorgeuntersuchungen

→ Androcheck-Konzept vs. men-doc

→ Männergesundheit als Additivfach?

→ Aufgaben/Rolle eines pot. "Männerarztes" - wer soll das sein? Braucht man ihn?

Zeitpunkt, wo welche Vorsorge einsetzen muss

→ Kindergarten/Schulalter?

→ Mittleres Lebensalter

→ Senioren ab 70 Jahre

Wie erreicht man Männer vor Auftreten von Beschwerden, Symptomen?

weitere Unterlagen/Gesprächspartner:

Tabellenanhang

Tabelle A 1:	Kennzahlen - Altersstruktur der Bevölkerung 2001 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern	146
Tabelle A 2:	Kennzahlen - Bevölkerungsstruktur nach Staatsbürgerschaft 2001 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern	147
Tabelle A 3:	Kennzahlen - Wohnbevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren nach höchster abgeschlossener Schulbildung 2001	148
Tabelle A 4:	Kennzahlen - Entwicklung von Arbeitslosenzahl und Arbeitslosenquote zwischen 1991 und 2001 nach Bundesländern	149
Tabelle A 5:	Kennzahlen - Erwerbsquote, Arbeitslosigkeit nach Alter und Dauer 2001 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern	150
Tabelle A 6:	Kennzahlen - Unselbstständig Beschäftigte 2001 nach Wirtschaftsklassen und Bundesländern	151
Tabelle A 7:	Kennzahlen - Unselbstständig Beschäftigte 1991 bis 2001	152
Tabelle A 8:	Kennzahlen - Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen 2001 nach Bundesländern	152
Tabelle A 9:	Kennzahlen - Bevölkerungsanteile nach der Wohnnutzfläche pro Person 1999 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern	153
Tabelle A 10:	Kennzahlen - Bevölkerungsanteile nach der Haushaltsgröße 1999 und Entwicklung seit 1991 nach Altersgruppen und Bundesländern.....	154
Tabelle A 11:	Kennzahlen - Bevölkerungsanteile (20 Jahre und älter) nach dem Familienstand 1999 und Entwicklung seit 1991 nach Altersgruppen und Bundesländern.....	155
Tabelle A 12:	Kennzahlen - Krankenstandsstatistik 1991, 1996, 2001	156
Tabelle A 13:	Kennzahlen - Lebenserwartung bei der Geburt, 1980-2001.....	157
Tabelle A 14:	Kennzahlen - Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung bei der Geburt, 1992-2001	158
Tabelle A 15:	Kennzahlen - Entwicklung der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 1992-2001	159
Tabelle A 16:	Kennzahlen - (Gesamt-)Sterblichkeit nach Haupttodesursachen, Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern, 1992-2001.....	160
Tabelle A 17:	Kennzahlen - Krankenhausmorbidity nach Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht und Bundesländern 2001	161
Tabelle A 18:	Kennzahlen - Anteile unter- und übergewichtiger Personen in der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern, 1991 und 1999	162
Tabelle A 19:	Kennzahlen - Zigarettenkonsum nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern, 1991 und 1999	163
Tabelle A 20:	Kennzahlen - Potenziell alkoholassoziierte Sterblichkeit 1992-2001 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern	164
Tabelle A 21:	Kennzahlen - Arbeits- und Wegunfälle im Zeitraum nach Alter, Geschlecht und Bundesländer, 1995 bis 2001	165
Tabelle A 22:	Kennzahlen - Belastungen durch Beruf und Familie - Anteile in der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern sowie Art der Belastung, 1991 und 1999.....	166

Tabelle A 1: Kennzahlen - Altersstruktur der Bevölkerung 2001 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern

Region		Einwohner 2001	Anteile der Altersgruppen in Prozent			
			0 bis 19	20 bis 44	45 bis 64	65 und älter
Österreich, männlich		3.889.189	24,2	39,1	24,6	12,1
Österreich, weiblich		4.143.737	21,6	36,0	23,8	18,6
Österreich insgesamt		8.032.926	22,9	37,5	24,2	15,5
männlich	Burgenland	135.357	22,3	37,8	25,6	14,3
	Kärnten	270.200	24,4	38,1	24,4	13,1
	Niederösterreich	754.953	24,3	37,6	25,4	12,8
	Oberösterreich	672.541	25,9	39,1	23,4	11,6
	Salzburg	249.015	25,8	39,2	24,1	10,9
	Steiermark	574.432	23,6	39,2	24,1	13,2
	Tirol	328.010	26,0	40,0	23,1	10,9
	Vorarlberg Wien	173.337 731.344	27,1 21,3	39,7 40,6	23,3 26,2	9,9 11,9
Region		Einwohner 1991	Anteile 2001 der Altersgruppen in Prozent			
			0 bis 19	20 bis 44	45 bis 64	65 und älter
Österreich, männlich		3.754.185	25,4	41,2	26,7	6,7
Österreich, weiblich		4.041.934	22,4	36,7	28,0	12,9
Österreich insgesamt		7.796.119	23,8	38,9	27,3	9,9
männlich	Burgenland	131.500	25,1	39,9	28,3	6,7
	Kärnten	264.911	26,7	40,1	26,1	7,1
	Niederösterreich	715.748	25,2	39,5	28,4	6,9
	Oberösterreich	650.514	26,8	41,9	25,3	6,0
	Salzburg	232.366	27,5	41,4	25,0	6,1
	Steiermark	573.183	25,7	40,7	26,6	7,0
	Tirol	307.283	27,9	42,0	24,2	5,9
	Vorarlberg Wien	164.155 714.525	29,3 21,1	41,9 42,7	24,0 28,3	4,8 8,0
Region		Veränderung 91-01 in %	Veränderung der Anteile in Prozentpunkten			
			0 bis 19	20 bis 44	45 bis 64	65 und älter
Österreich, männlich		3,6	-1,2	-2,1	-2,1	5,4
Österreich, weiblich		2,5	-0,8	-0,8	-4,2	5,7
Österreich insgesamt		3,0	-1,0	-1,4	-3,2	5,5
männlich	Burgenland	3,6	-1,2	-2,1	-2,1	5,4
	Kärnten	2,5	-0,8	-0,8	-4,2	5,7
	Niederösterreich	3,0	-1,0	-1,4	-3,2	5,5
	Oberösterreich	3,6	-1,2	-2,1	-2,1	5,4
	Salzburg	2,5	-0,8	-0,8	-4,2	5,7
	Steiermark	3,0	-1,0	-1,4	-3,2	5,5
	Tirol	3,6	-1,2	-2,1	-2,1	5,4
	Vorarlberg Wien	2,5 3,0	-0,8 -1,0	-0,8 -1,4	-4,2 -3,2	5,7 5,5

Quelle: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A.2: Kennzahlen - Bevölkerungsstruktur nach Staatsbürgerschaft 2001 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern

Region	Ausländer 2001	Anteile an der Bevölkerung nach Staatsbürgerschaft in Prozent			Veränderung 1991 - 2001 Ausländer in Prozent	Ausländeranteil in Prozentpunkten
		EU-Ausland	andere Staaten	Ausländer gesamt		
Österreich, männlich	374.389	1,4	8,3	9,6	27,7	1,8
Österreich, weiblich	336.537	1,3	6,8	8,1	49,9	2,6
Österreich insgesamt	710.926	1,3	7,5	8,9	37,2	2,2
Burgenland	6.397	0,6	4,1	4,7	44,0	1,3
Kärnten	16.273	1,3	4,7	6,0	67,6	2,4
Niederösterreich	49.960	0,8	5,8	6,6	26,9	1,1
Oberösterreich	53.344	1,0	6,9	7,9	22,7	1,2
Salzburg	30.622	2,3	10,0	12,3	49,2	3,5
Steiermark	29.027	0,8	4,3	5,1	54,5	1,8
Tirol	32.379	2,8	7,1	9,9	31,4	1,9
Vorarlberg	24.844	2,4	12,0	14,3	0,1	-0,8
Wien	131.543	1,7	16,3	18,0	22,5	3,0

Quelle: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 3: Kennzahlen - Wohnbevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren nach höchster abgeschlossener Schulbildung 2001

Region	Anteile nach höchster abgeschlossener Ausbildung in Prozent, 2001				
	Universität, Hochschule*)	Höhere Schule (AHS oder BHS)	Fachschule (BMS)	Lehre	Pflichtschule oder darunter
Österreich, männlich	8,5	11,6	7,0	45,9	27,0
Österreich, weiblich	7,5	10,3	15,8	22,9	43,5
Österreich insgesamt	8,0	10,9	11,5	33,9	35,6

*) inklusive hochschulverwandte Ausbildung

Quelle: Statistik Austria - Volkszählung 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 4: Kennzahlen - Entwicklung von Arbeitslosenzahl und Arbeitslosenquote zwischen 1991 und 2001 nach Bundesländern

Region	Arbeitslose 2001 absolut	Entwicklung der Arbeitslosenzahl zwischen 1991 und 2001: Index, 1991=100											
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Österreich, männlich	115.322	100,0	108,3	128,0	121,8	121,2	129,3	129,9	130,8	122,8	108,6	116,5	
Österreich, weiblich	88.565	100,0	99,8	111,1	109,7	111,2	119,1	121,8	125,9	116,5	100,9	102,9	
Österreich insgesamt	203.887	100,0	104,4	120,1	116,2	116,6	124,6	126,1	128,5	119,8	105,0	110,2	
männlich	Burgenland	4.071	100,0	99,4	112,9	100,9	106,3	120,4	123,6	124,4	117,9	111,5	123,0
	Kärnten	8.729	100,0	108,1	125,4	115,8	122,4	135,9	129,3	128,1	121,9	107,9	113,9
	Niederösterreich	19.588	100,0	106,6	127,4	122,4	119,8	131,8	133,4	134,1	130,0	118,0	128,9
	Oberösterreich	12.247	100,0	110,6	136,9	122,6	113,2	119,6	113,1	108,9	102,7	87,8	91,6
weiblich	Salzburg	5.230	100,0	107,7	130,3	119,4	124,9	136,0	144,1	142,1	129,6	113,2	123,9
	Steiermark	16.827	100,0	111,2	130,2	122,1	119,3	118,5	112,3	113,7	107,1	100,5	100,5
	Tirol	7.655	100,0	106,2	123,6	122,8	128,3	134,8	140,5	134,6	120,3	104,4	112,9
	Vorarlberg	2.931	100,0	126,5	180,0	173,2	154,7	174,3	182,2	169,1	150,3	119,8	122,7
Wien	38.042	100,0	106,6	122,2	120,8	123,2	132,2	137,9	144,5	135,2	120,4	129,7	
Region	Arbeitslosenquote¹ 2001 absolut	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Österreich, männlich	5,8	100,0	103,8	120,8	115,1	120,8	130,2	130,2	130,2	122,6	109,4	109,4	
Österreich, weiblich	6,2	100,0	91,7	101,4	94,4	94,4	101,4	102,8	104,2	95,8	81,9	86,1	
Österreich insgesamt	6,0	100,0	101,7	117,2	112,1	113,8	120,7	122,4	124,1	115,5	100,0	103,4	
männlich	Burgenland	6,1	100,0	96,2	107,7	98,1	146,2	161,5	163,5	165,4	155,8	146,2	117,3
	Kärnten	6,8	100,0	105,1	120,3	111,9	133,9	149,2	142,4	140,7	135,6	120,3	115,3
	Niederösterreich	5,2	100,0	102,3	120,9	116,3	134,9	148,8	148,8	148,8	144,2	132,6	120,9
	Oberösterreich	3,5	100,0	107,5	130,0	117,5	117,5	125,0	120,0	115,0	107,5	92,5	87,5
weiblich	Salzburg	4,2	100,0	100,0	121,6	110,8	113,5	124,3	132,4	132,4	121,6	105,4	113,5
	Steiermark	5,9	100,0	110,2	127,1	118,6	128,8	128,8	122,0	122,0	115,3	103,4	100,0
	Tirol	4,7	100,0	104,5	120,5	118,2	127,3	134,1	140,9	134,1	118,2	102,3	106,8
	Vorarlberg	3,2	100,0	121,4	171,4	160,7	164,3	189,3	196,4	182,1	160,7	128,6	114,3
Wien	9,7	100,0	95,2	109,5	106,0	94,0	102,4	107,1	111,9	104,8	95,2	115,5	

Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich, ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ Arbeitslosenquote: Vorgemerkte Arbeitslose in % der unselbstständig Beschäftigten

Tabelle A 5: Kennzahlen - Erwerbsquote, Arbeitslosigkeit nach Alter und Dauer 2001 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern

Region		Erwerbsquote ¹ 2001	Anteile an den Arbeitslosen in Prozent 2001			
			Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen			Langzeit- arbeitslose ²
			15 bis 24	25 bis 49	50 und älter	
Österreich, männlich		82,4	14,9	61,7	23,5	17,0
Österreich, weiblich		64,8	15,6	66,6	17,8	19,6
Österreich insgesamt		74,0	15,2	63,8	21,0	18,1
männlich	Burgenland	80,3	16,1	61,8	22,1	12,8
	Kärnten	80,3	17,0	66,6	16,4	10,8
	Niederösterreich	81,6	15,4	56,8	27,8	17,6
	Oberösterreich	84,2	19,0	64,3	16,7	9,5
	Salzburg	82,4	17,6	64,3	18,1	7,6
	Steiermark	80,7	16,3	63,2	20,5	14,5
	Tirol	82,5	18,1	66,3	15,6	5,6
	Vorarlberg Wien	87,7 82,9	18,9 10,7	57,9 60,5	23,2 28,8	11,7 32,1
Region		Erwerbsquote ¹ 1991	Anteile an den Arbeitslosen in Prozent 1991			
			Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen			Langzeit- arbeitslose ²
			15 bis 24	25 bis 49	50 und älter	
Österreich, männlich		81,4	20,7	60,2	19,2	26,0
Österreich, weiblich		63,4	22,6	62,0	15,4	31,0
Österreich insgesamt		72,8	21,6	61,0	17,4	28,3
männlich	Burgenland	80,0	21,2	60,1	18,7	13,8
	Kärnten	80,1	23,5	64,6	12,0	9,9
	Niederösterreich	81,5	20,0	53,6	26,4	27,3
	Oberösterreich	82,0	22,2	54,3	23,5	25,4
	Salzburg	83,1	24,6	64,5	10,9	8,1
	Steiermark	79,1	22,4	56,4	21,2	25,1
	Tirol	82,4	24,3	62,8	12,9	6,8
	Vorarlberg Wien	85,7 81,4	28,1 16,5	57,8 66,2	14,1 17,3	12,3 39,9
Region		Erwerbsquote ¹	Entwicklung zwischen 1001 und 2001 in Prozentpunkten			
			Arbeitslosigkeit nach Altersgruppen			Langzeit- arbeitslose ²
			15 bis 24	25 bis 49	50 und älter	
Österreich, männlich		1,0	-5,8	1,5	4,3	-9,0
Österreich, weiblich		1,4	-7,1	4,6	2,4	-11,4
Österreich insgesamt		1,2	-6,4	2,8	3,6	-10,2
männlich	Burgenland	0,3	-5,0	1,7	3,3	-1,0
	Kärnten	0,2	-6,5	2,0	4,4	0,9
	Niederösterreich	0,1	-4,6	3,3	1,4	-9,7
	Oberösterreich	2,2	-3,2	10,0	-6,8	-15,9
	Salzburg	-0,7	-7,0	-0,3	7,3	-0,5
	Steiermark	1,6	-6,1	6,8	-0,7	-10,6
	Tirol	0,1	-6,2	3,6	2,7	-1,2
	Vorarlberg Wien	2,0 1,5	-9,2 -5,8	0,2 -5,7	9,1 11,5	-0,6 -7,8

Quelle: Arbeitsmarktservice Österreich, ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ Erwerbsquote: Unselbstständige Erwerbspersonen in % der 15- bis unter 65jährigen männlichen bzw. 15- bis unter 60jährigen weiblichen Wohnbevölkerung

² Langzeitarbeitslosigkeit: Länger als 180 Tage als arbeitslos vorgemerkt

Tabelle A 6: Kennzahlen - Unselbstständig Beschäftigte 2001 nach Wirtschaftsklassen und Bundesländern

Region	ins-gesamt	Anteile der Wirtschaftsklassen ¹ an den unselbstständig Beschäftigten insgesamt in Prozent																		
		A/B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	PD	KU	
Österreich, männlich	1.748.303	0,9	0,7	25,1	1,4	12,4	13,9	3,3	10,0	3,3	7,5	13,1	2,5	2,1	3,1	0,0	0,1	0,7	0,1	
Österreich, weiblich	1.399.874	0,7	0,1	12,5	0,3	2,2	18,2	6,6	3,5	3,8	9,8	17,2	5,8	8,6	6,3	0,3	0,1	0,0	4,1	
Österreich insgesamt	3.148.177	0,8	0,4	19,5	0,9	7,9	15,8	4,8	7,1	3,5	8,5	14,9	4,0	4,9	4,5	0,1	0,1	0,4	1,9	
männlich																				
Burgenland	44.813	2,2	0,4	17,3	1,7	19,3	11,4	3,4	8,4	3,4	3,4	19,0	3,8	2,7	3,4	0,1	0,0	0,1	0,1	
Kärnten	107.552	1,2	1,6	25,2	2,3	13,7	13,1	3,1	9,3	3,4	5,0	12,8	3,0	2,6	2,9	0,0	0,0	0,9	0,0	
Niederösterreich	294.816	1,4	0,8	26,7	1,0	12,7	15,6	2,3	10,7	2,3	4,8	13,5	2,8	2,3	2,5	0,0	0,0	0,6	0,1	
Oberösterreich	310.410	0,7	0,7	34,7	1,6	12,8	12,7	1,6	8,3	2,6	7,4	9,6	2,8	1,6	2,4	0,0	0,0	0,5	0,1	
Salzburg	117.329	0,9	0,7	20,5	1,6	12,3	16,3	5,8	11,2	3,9	6,2	12,1	2,3	1,9	3,3	0,0	0,0	0,9	0,0	
Steiermark	245.975	1,0	1,3	30,1	1,8	11,7	13,5	2,1	8,5	2,6	6,0	13,7	2,9	1,4	2,5	0,0	0,0	0,8	0,1	
Tirol	150.112	1,2	0,5	21,9	1,7	13,1	13,7	6,8	11,8	3,4	4,6	9,9	3,1	3,5	3,1	0,0	0,0	1,7	0,1	
Vorarlberg	76.165	0,7	0,2	36,2	1,9	12,7	11,5	4,0	8,6	3,1	4,0	8,4	2,8	3,1	2,4	0,0	0,0	0,4	0,0	
Wien	401.131	0,4	0,2	14,9	0,7	10,8	14,2	4,0	11,5	4,7	13,6	17,0	1,2	1,7	4,6	0,0	0,3	0,3	0,1	

- A: Land- und Forstwirtschaft
- B: Fischerei und Fischzucht
- C: Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
- D: Sachgütererzeugung
- E: Energie- und Wasserversorgung
- F: Bauwesen
- G: Handel, Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern
- H: Beherbergungs- und Gaststättenwesen
- I: Verkehr und Nachrichtenübermittlung
- J: Kredit- und Versicherungswesen

- K: Realitätenwesen und Unternehmensleistungen
- L: Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung
- M: Unternehmensewesen
- N: Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen
- O: Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen
- P: Private Haushalte
- Q: Exterritoriale Organisationen
- PD: Präsenzleiner
- KU: Karenzurlaubler/innen

Quellen: Statistik Austria, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ Wirtschaftsklassen nach Abschnitten der CNACE 1995:

Tabelle A 7: Kennzahlen - Unselbstständig Beschäftigte 1991 bis 2001

Jahr	Unselbstständig Beschäftigte				
	Gesamt absolut	männlich		weiblich	
		Absolut	Anteil in %	Absolut	Anteil in %
1991	2.995.361	1.751.719	58,5	1.243.642	41,5
1992	3.054.065	1.766.675	57,8	1.287.390	42,2
1993	3.057.271	1.758.858	57,5	1.298.413	42,5
1994	3.069.424	1.760.812	57,4	1.308.612	42,6
1995	3.069.536	1.758.374	57,3	1.311.162	42,7
1996	3.046.904	1.738.335	57,1	1.308.569	42,9
1997	3.055.305	1.739.927	56,9	1.315.378	43,1
1998	3.075.850	1.744.518	56,7	1.331.332	43,3
1999	3.106.120	1.754.157	56,5	1.351.963	43,5
2000	3.133.173	1.757.219	56,1	1.375.954	43,9
2001	3.148.177	1.748.303	55,5	1.399.874	44,5

Quellen: Statistik Austria, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 8: Kennzahlen - Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen 2001 nach Bundesländern

Region		Durchschnittliches monatliches Bruttoeinkommen		
		2001	1996	Entwicklung 1996-2001 in Prozent
Österreich, männlich		31.732	28.424	11,6
Österreich, weiblich		22.034	20.031	10,0
Österreich insgesamt		27.309	24.730	10,4
männlich	Burgenland	27.561	24.790	11,2
	Kärnten	30.329	27.088	12,0
	Niederösterreich	30.339	27.623	9,8
	Oberösterreich	32.416	29.003	11,8
	Salzburg	31.206	28.277	10,4
	Steiermark	31.062	27.641	12,4
	Tirol	30.516	27.293	11,8
	Vorarlberg	33.472	29.758	12,5
	Wien	32.576	29.518	10,4

Quellen: Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 9: Kennzahlen - Bevölkerungsanteile nach der Wohnnutzfläche pro Person 1999 und Entwicklung seit 1991 nach Bundesländern

Region		Bevölkerungsanteile in Prozent nach der Wohnnutzfläche pro Person 1999				
		kleiner 10 m ²	10 bis 19 m ²	20 bis 29 m ²	30 bis 39 m ²	40 m ² und mehr
Österreich, männlich		1,1	14,6	30,2	24,1	29,1
Österreich, weiblich		0,8	13,4	27,3	23,1	34,7
Österreich insgesamt		1,0	14,0	28,7	23,6	32,0
männlich	Burgenland	0,2	8,3	27,5	28,9	34,7
	Kärnten	0,3	10,7	28,6	26,1	32,9
	Niederösterreich	1,1	11,2	28,5	23,9	33,8
	Oberösterreich	1,0	15,1	30,1	23,8	29,6
	Salzburg	0,3	14,6	33,9	24,6	26,4
	Steiermark	0,4	13,6	32,1	26,2	27,4
	Tirol	0,7	14,5	35,1	21,9	27,8
	Vorarlberg	0,0	13,8	31,5	26,1	28,6
Wien		3,2	21,5	27,4	21,4	24,6
Region		Bevölkerungsanteile in Prozent nach der Wohnnutzfläche pro Person 1991				
		kleiner 10 m ²	10 bis 19 m ²	20 bis 29 m ²	30 bis 39 m ²	40 m ² und mehr
Österreich, männlich		1,5	19,4	34,4	22,1	21,7
Österreich, weiblich		1,3	17,5	31,6	21,1	27,8
Österreich insgesamt		1,4	18,4	32,9	21,6	24,8
männlich	Burgenland	0,4	11,9	31,9	28,5	27,1
	Kärnten	1,8	17,4	32,8	23,8	23,8
	Niederösterreich	1,1	17,1	29,9	24,6	25,7
	Oberösterreich	0,3	19,1	38,5	21,5	20,0
	Salzburg	1,6	21,4	36,9	19,1	20,8
	Steiermark	1,2	22,2	36,7	20,4	18,5
	Tirol	0,6	19,7	35,6	23,9	20,0
	Vorarlberg	1,2	21,6	34,1	22,1	21,1
Wien		4,0	20,4	33,4	19,7	21,2
Region		Veränderung der Bevölkerungsanteile zwischen 1991 und 1999 in Prozentpunkten				
		kleiner 10 m ²	10 bis 19 m ²	20 bis 29 m ²	30 bis 39 m ²	40 m ² und mehr
Österreich, männlich		-0,4	-4,8	-4,3	2,0	7,5
Österreich, weiblich		-0,5	-4,1	-4,2	2,0	6,9
Österreich insgesamt		-0,5	-4,4	-4,3	2,0	7,2
männlich	Burgenland	-0,2	-3,7	-4,4	0,5	7,5
	Kärnten	-1,5	-6,7	-4,2	2,2	9,0
	Niederösterreich	0,0	-5,8	-1,4	-0,7	8,1
	Oberösterreich	0,6	-4,1	-8,4	2,3	9,6
	Salzburg	-1,3	-6,8	-3,0	5,5	5,6
	Steiermark	-0,9	-8,6	-4,7	5,8	8,9
	Tirol	0,1	-5,1	-0,5	-2,1	7,7
	Vorarlberg	-1,2	-7,8	-2,5	4,0	7,5
Wien		-0,9	1,0	-6,0	1,7	3,5

Anm.: Bei kursiv dargestellten Tabellenwerten beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %

Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz); ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 10: Kennzahlen - Bevölkerungsanteile nach der Haushaltsgröße 1999 und Entwicklung seit 1991 nach Altersgruppen und Bundesländern

Region	Anteil der Bevölkerung in Prozent der in Haushalten folgender Größe lebt												Veränderung 1991-1999 in Prozentpunkten					
	1991						1999											
	Eine Pers.	Zwei Pers.	Drei Pers.	Vier Pers.	Fünf Pers.	6 und mehr	Eine Pers.	Zwei Pers.	Drei Pers.	Vier Pers.	Fünf Pers.	6 und mehr	Eine Pers.	Zwei Pers.	Drei Pers.	Vier Pers.	Fünf Pers.	6 und mehr
Osterreich, männlich	6,2	21,3	21,8	26,1	13,7	10,1	8,3	22,5	21,2	27,1	12,1	7,9	2,1	1,2	-0,7	1,1	-1,7	-2,1
0-19 Jahre	0,1	3,8	19,1	36,9	22,4	17,2	0,4	4,5	19,0	40,9	21,1	13,2	0,3	0,7	0,0	4,0	-1,3	-4,0
20-44 Jahre	7,3	14,7	25,6	29,6	13,7	9,0	11,6	15,6	24,5	29,2	11,7	7,2	4,4	0,9	-1,1	-0,5	-2,0	-1,9
45-64 Jahre	8,0	34,3	24,0	18,2	9,2	6,0	9,6	36,2	23,3	18,9	7,0	4,7	1,6	1,8	-0,7	0,7	-2,2	-1,3
65 und älter	12,9	59,6	10,8	3,7	2,7	4,8	12,6	61,9	10,2	3,9	2,2	4,6	-0,3	2,3	-0,6	0,2	-0,6	-0,2
Osterreich, weiblich	14,2	22,0	18,6	22,5	12,4	9,5	14,6	24,3	18,9	23,6	10,5	7,4	0,5	2,3	0,2	1,1	-1,9	-2,1
0-19 Jahre	0,2	4,0	17,1	37,1	22,8	18,5	0,5	5,4	18,7	40,8	20,0	13,9	0,3	1,4	1,6	3,7	-2,8	-4,6
20-44 Jahre	7,6	16,5	23,6	28,9	14,0	9,1	8,5	18,5	24,0	29,8	11,9	7,3	0,9	2,0	0,4	0,8	-2,1	-1,8
45-64 Jahre	13,3	39,8	22,0	13,0	6,6	5,0	15,9	42,3	20,7	12,5	4,8	3,6	2,6	2,5	-1,3	-0,5	-1,9	-1,3
65 und älter	45,3	34,0	7,0	3,1	3,4	4,5	42,6	38,0	7,0	3,5	2,8	3,9	-2,7	3,9	0,0	0,5	-0,5	-0,6
Burgenland	3,5	17,1	22,4	32,1	15,2	9,4	5,2	18,3	20,3	31,7	14,3	9,7	1,6	1,3	-2,1	-0,4	-0,9	0,3
Kärnten	5,3	18,5	22,8	28,7	13,1	11,2	7,0	21,3	20,7	29,5	10,6	9,5	1,8	2,8	-2,2	0,8	-2,5	-1,7
Niederösterreich	4,4	20,1	22,3	26,7	14,6	10,2	6,1	20,4	21,3	28,0	13,4	9,4	1,7	0,3	-1,0	1,3	-1,3	-0,8
Oberösterreich	3,6	18,6	21,9	26,1	16,7	12,6	6,5	21,0	19,1	29,7	14,0	9,1	3,0	2,5	-2,8	3,6	-2,7	-3,5
Salzburg	4,9	20,8	20,5	27,6	16,2	9,9	8,1	21,5	22,3	29,4	12,4	6,2	3,2	0,8	1,7	1,9	-3,8	-3,7
Steiermark	5,6	19,1	20,3	26,4	13,4	14,2	6,3	20,9	23,0	28,0	11,6	9,8	0,7	1,7	2,7	1,6	-1,8	-4,4
Tirol	5,2	16,2	21,2	27,9	17,3	12,0	6,4	20,3	22,6	28,9	13,5	8,2	1,3	4,1	1,4	1,0	-3,8	-3,8
Vorarlberg	4,2	18,3	19,5	27,9	18,5	11,5	6,8	20,6	19,3	27,9	17,2	8,1	2,5	2,3	-0,3	0,0	-1,3	-3,3
Wien	12,3	31,2	23,8	22,2	6,8	2,4	15,6	30,2	21,8	19,8	7,2	3,2	3,3	-1,0	-2,0	-2,4	0,5	0,8

Anm.: Bei kursiv dargestellten Tabellenwerten beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %

Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz); ÖBIS-eigene Berechnungen

Table A 11: Kennzahlen - Bevölkerungsanteile (20 Jahre und älter) nach dem Familienstand 1999 und Entwicklung seit 1991 nach Altersgruppen und Bundesländern

Region	Anteil der Bevölkerung (20 Jahre und älter) in Prozent nach dem Familienstand						Veränderung 1991-1999 in Prozentpunkten					
	1991			1999			1991			1999		
	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden
Österreich, männlich	26,4	65,5	3,1	4,0	31,3	60,6	2,6	4,5	4,9	-4,9	-0,5	0,5
20-44 Jahre	44,3	51,8	0,2	3,5	51,2	44,7	0,2	3,7	6,8	-7,1	0,0	0,2
45-64 Jahre	6,1	85,2	2,8	5,7	9,3	81,4	2,1	6,9	3,2	-3,8	-0,7	1,3
65 und älter	3,6	74,2	13,9	2,7	5,3	75,3	11,9	2,9	1,7	1,1	-2,0	0,1
Österreich, weiblich	19,3	57,2	16,5	6,2	23,3	54,2	14,9	6,9	4,0	-3,0	-1,6	0,7
20-44 Jahre	32,9	59,5	1,1	6,3	40,7	52,5	0,8	5,9	7,8	-7,0	-0,3	-0,3
45-64 Jahre	6,5	74,1	11,9	7,3	8,1	71,5	9,4	10,8	1,6	-2,6	-2,5	3,5
65 und älter	8,8	32,7	51,0	4,8	8,5	37,0	48,1	4,2	-0,3	4,3	-2,9	-0,6
männlich	25,1	69,1	3,2	2,3	29,5	64,4	2,7	2,9	4,4	-4,7	-0,5	0,6
Kärnten	30,9	61,8	2,5	4,3	33,4	59,8	2,3	4,0	2,5	-2,0	-0,1	-0,3
Niederösterreich	23,2	67,8	3,6	3,4	27,2	64,2	2,8	4,1	4,1	-3,6	-0,9	0,7
Oberösterreich	26,3	68,0	2,2	2,8	29,3	62,7	2,9	4,6	3,0	-5,3	0,6	1,8
Salzburg	25,8	67,8	2,8	3,3	30,1	62,6	3,0	4,1	4,2	-5,2	0,2	0,9
Steiermark	27,2	64,9	3,3	3,5	33,6	59,5	2,1	4,3	6,4	-5,4	-1,2	0,8
Tirol	28,9	65,9	2,3	2,6	31,8	62,4	2,5	3,2	2,8	-3,5	0,2	0,6
Vorarlberg	27,1	66,0	3,0	3,8	30,1	63,0	2,3	4,5	2,9	-3,0	-0,7	0,7
Wien	26,3	61,6	3,7	7,1	35,3	53,8	2,6	6,4	9,1	-7,8	-1,1	-0,7

Ann.: Bei kursiv dargestellten Tabellenwerten beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %

Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz); ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 12: Kennzahlen - Krankenstandsstatistik 1991, 1996, 2001

Region	Krankenstandsfälle pro unselbstständig Erwerbstätigen ¹			
	1991	1996	2001	Veränderung 1991-1999 in Prozent
Österreich, männlich	1,2	1,2	1,1	-5,9
Österreich, weiblich	1,1	1,0	1,1	-1,9
Österreich insgesamt	1,1	1,1	1,1	-4,4
Region	Krankenstandsdauer pro unselbstständig Erwerbstätigen ¹ in Tagen			
	1991	1996	2001	Veränderung 1991-1999 in Prozent
Österreich, männlich	16,2	15,1	14,1	-12,9
Österreich, weiblich	14,0	12,6	12,6	-9,7
Österreich insgesamt	15,3	14,0	13,4	-11,9
Region	Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen			
	1991	1996	2001	Veränderung 1991-1999 in Prozent
Österreich, männlich	13,8	13,2	12,8	-7,2
Österreich, weiblich	13,1	12,5	12,0	-8,4
Österreich insgesamt	13,5	12,9	12,4	-8,1

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ Unselbstständig Erwerbstätige ohne pragmatisierte Bedienstete

Tabelle A 13: Kennzahlen - Lebenserwartung bei der Geburt, 1980-2001

Region	zu erwartende Lebensjahre														Durchschnittliche Veränderung p.a. 1992-2001
	1980	1985	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001		
Österreich, männlich	68,9	70,5	72,4	72,6	72,8	73,2	73,4	73,8	74,1	74,6	74,9	75,2	75,5	0,3	
Österreich, weiblich	76,0	77,2	78,7	78,9	79,1	79,4	79,7	79,8	80,3	80,5	80,6	80,9	81,2	0,8	
Österreich insgesamt	72,6	74,0	75,7	75,9	76,1	76,4	76,7	76,9	77,3	77,7	77,9	78,1	78,5	1,1	
männlich	Burgenland	67,3	69,1	71,8	71,7	72,5	72,4	72,1	72,8	73,4	73,4	73,4	74,8	75,1	1,3
	Kärnten	69,1	70,3	72,4	72,7	73,1	73,7	73,9	74,4	74,4	75,3	75,0	75,6	75,9	0,7
	Niederösterreich	68,3	70,2	72,0	72,2	72,7	72,9	73,1	73,5	73,7	74,2	74,7	74,7	75,6	1,0
	Oberösterreich	69,2	70,9	73,0	73,2	73,0	73,5	73,7	73,8	74,1	74,6	75,0	75,6	75,8	0,9
	Salzburg	70,2	71,5	73,5	74,4	74,0	74,4	74,0	74,6	74,9	75,8	75,4	75,8	76,3	0,8
männlich	Steiermark	68,9	70,5	72,4	73,1	72,9	73,2	73,9	73,9	73,9	74,8	74,8	75,1	75,6	1,0
	Tirol	70,5	71,3	73,4	74,0	74,6	74,6	75,1	75,5	75,5	75,9	76,5	76,5	76,6	1,0
	Vorarlberg	70,0	72,1	73,5	74,1	74,4	74,9	75,0	75,6	75,9	76,0	76,2	76,7	75,7	0,8
	Wien	68,6	69,9	71,5	70,9	71,5	72,2	72,2	72,8	73,8	73,5	74,1	74,3	74,6	1,4

Anm.: Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden gibt es Abweichungen von den entsprechenden Werten der Gesundheitsberichte von Statistik Austria

Quellen: Statistik Austria - Demographisches Jahrbuch 1999, Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 14: Kennzahlen - Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung bei der Geburt, 1992-2001

Region	zu erwartende behinderungsfreie Lebensjahre										Durchschnittliche Veränderung p.a. 1992-2001
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Österreich, männlich	67,0	67,2	67,5	67,6	68,0	68,2	68,5	68,8	68,9	69,2	0,25
Österreich, weiblich	71,7	71,8	72,0	72,3	72,4	72,7	72,8	72,8	73,0	73,2	0,17
Österreich insgesamt	69,5	69,6	69,8	70,0	70,2	70,5	70,7	70,9	71,0	71,3	0,21
Burgenland	66,3	67,1	66,9	66,7	67,3	67,7	67,7	69,0	68,7	68,9	0,30
Kärnten	67,0	67,4	67,9	68,0	68,5	68,5	69,1	69,0	69,3	69,4	0,26
Niederösterreich	66,8	67,1	67,2	67,4	67,7	67,9	68,3	68,7	68,6	69,3	0,27
Oberösterreich	67,6	67,3	67,7	67,9	68,0	68,2	68,6	68,9	69,4	69,5	0,24
Salzburg	68,4	68,1	68,3	68,1	68,5	68,7	69,5	69,1	69,3	69,8	0,18
Steiermark	67,5	67,3	67,5	68,1	68,1	68,1	68,7	68,7	68,9	69,3	0,22
Tirol	68,2	68,6	68,5	68,9	69,2	69,3	69,5	69,9	69,8	70,1	0,21
Vorarlberg	68,1	68,4	68,7	68,8	69,3	69,6	69,6	69,6	70,0	69,3	0,18
Wien	65,7	66,1	66,7	66,7	67,1	68,0	67,8	68,1	68,3	68,5	0,31

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001, Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, ÖBIO-eigene Berechnungen

Tabelle A 15: Kennzahlen - Entwicklung der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, 1992-2001

Region	zu erwartende verbleibende Lebensjahre im Alter von 65 Jahren										Veränderung 1992-2001
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Österreich, männlich	14,6	14,7	15,0	15,0	15,1	15,2	15,4	15,6	16,0	16,2	1,6
Österreich, weiblich	17,8	18,0	18,1	18,2	18,4	18,6	18,8	19,0	19,2	19,4	1,6
Österreich insgesamt	16,6	16,7	16,9	16,9	17,0	17,2	17,4	17,5	17,8	18,0	1,5
männlich											
Burgenland	14,2	14,2	14,6	14,3	14,4	14,8	14,8	15,1	15,6	15,8	1,6
Kärnten	15,0	14,9	15,3	15,3	15,6	15,4	15,7	15,4	16,2	16,5	1,5
Niederösterreich	14,2	14,7	14,8	14,8	14,8	14,9	15,2	15,4	15,7	16,0	1,8
Oberösterreich	14,8	14,7	15,1	15,1	15,0	15,2	15,3	15,6	16,0	16,1	1,2
Salzburg	15,6	15,2	15,7	15,4	15,8	15,8	16,0	16,0	16,6	16,7	1,1
Steiermark	14,7	14,6	14,8	15,0	15,0	15,1	15,4	15,5	15,9	16,1	1,4
weiblich											
Tirol	15,0	15,5	15,9	16,1	16,1	15,9	16,3	16,8	16,8	16,8	1,8
Vorarlberg	15,6	15,4	15,9	15,8	15,9	15,7	16,0	16,6	16,9	16,5	0,9
Wien	14,2	14,4	14,4	14,4	14,9	15,0	14,9	15,3	15,6	16,0	1,8

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001, Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“, OBI-G-eigene Berechnungen

Tabelle A 16: Kennzahlen - (Gesamt-)Sterblichkeit nach Haupttodesursachen, Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern, 1992-2001

Region	Einwohner 2001	Sterblichkeit ¹ 1992-2001, altersstandardisiert ²												
		all	BN	SW	PSY	NER	HKE	PUL	VER	URO	VW			
Österreich, männlich	3.889.189	939	249	17	7	14	441	49	53	8	79			
0-19 Jahre	940.916	70	4	1	1	3	2	1	1	0	25			
20-44 Jahre	1.520.499	152	20	5	5	3	22	2	12	1	78			
45-64 Jahre	955.827	852	292	15	15	9	294	26	96	5	92			
65 und älter	471.947	5.927	1.529	107	14	84	3.262	373	226	63	195			
Österreich, weiblich	4.143.737	562	152	14	2	9	288	22	25	6	27			
0-19 Jahre	896.523	47	3	1	0	2	2	1	0	0	10			
20-44 Jahre	1.490.245	65	23	2	1	2	10	1	4	0	19			
45-64 Jahre	987.237	399	199	7	4	7	102	10	32	3	29			
65 und älter	769.732	3.871	848	101	4	56	2.348	168	140	45	93			
Burgenland	135.357	1.082	277	17	6	13	464	51	73	8	75			
Kärnten	270.200	970	253	17	7	11	394	49	51	9	86			
Niederösterreich	754.953	1.021	249	19	8	13	461	49	57	8	81			
Oberösterreich	672.541	878	241	16	5	15	430	58	53	7	80			
Salzburg	249.015	809	227	14	5	13	388	47	46	10	87			
Steiermark	574.432	998	251	19	8	12	432	46	58	9	84			
Tirol	328.010	771	235	10	7	12	376	48	35	8	76			
Vorarlberg	173.337	697	246	13	10	15	385	42	36	8	59			
Wien	731.344	1.114	261	21	8	15	499	46	54	9	74			

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)
 BN = Kreislauferkrankungen (ICD9 140.x - 239.x)
 SW = Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
 (ICD9 240.x-279.x)
 PSY = Psychiatrische Krankheiten (ICD9 290.x-319.x)

PUL = Krankheiten der Atmungsorgane (ICD9 480.x-519.x)
 HKE = Herz-/Kreislauferkrankungen (ICD9 390.x - 459.x)
 NER = Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
 (ICD9 320.x - 389.x)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x - 579.x)
 URO = Krankheiten der Urogenitalorgane (ICD9 580.x - 629.x)
 VW = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x - 999.x)

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ Todesfälle je 100.000 Einwohner
² Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Tabelle A 17: Kennzahlen - Krankenhausmortalität nach Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht und Bundesländern 2001¹

Region	Einwohner 2001	Stationäre Patienten (ohne Mehrfachaufnahmen) pro 100.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit ²)										
		all	BN	SW	PSY	NER	HKE	PUL	VER	URO	OR	VW
Österreich, männlich	3.890.033	16.786	1.343	663	863	1.498	2.709	2.090	2.150	1.124	2.052	2.928
0 - 19	940.938	12.925	185	197	431	813	161	3.149	1.456	1.058	381	2.765
20 - 44	1.520.524	10.690	372	241	955	714	744	996	1.385	519	1.494	2.981
45 - 64	955.910	20.278	2.075	1.175	1.007	1.648	4.213	1.544	2.837	1.201	3.795	2.701
65 und älter	472.691	38.427	5.818	2.075	1.377	5.455	12.255	4.015	4.850	3.054	4.274	3.702
Österreich, weiblich	4.144.652	17.527	1.387	710	849	1.498	2.035	1.485	1.832	1.756	2.347	1.889
0 - 19	896.536	11.036	217	193	415	697	106	2.614	1.409	627	319	1.685
20 - 44	1.490.282	16.354	878	374	816	727	785	783	1.311	1.989	1.259	1.297
45 - 64	987.328	19.550	2.504	1.130	1.046	1.735	2.936	893	2.223	2.529	4.451	1.882
65 und älter	770.506	33.777	3.557	2.189	1.647	5.528	9.044	2.087	3.715	2.238	6.375	4.329
Burgenland	135.392	15.427	1.411	615	519	1.178	2.723	1.890	2.295	979	1.849	2.453
Kärnten	270.219	18.517	1.406	813	1.164	1.522	2.687	2.419	2.210	1.010	2.463	3.602
Niederösterreich	755.086	16.398	1.306	695	682	1.432	2.778	1.958	2.028	1.155	2.065	2.825
Oberösterreich	672.676	18.381	1.321	767	960	1.980	2.926	2.240	2.185	1.212	2.452	3.209
Salzburg	249.036	17.111	1.254	590	1.018	1.568	2.634	1.868	2.269	1.049	2.068	3.531
Steiermark	574.842	16.530	1.330	571	866	1.250	2.644	1.950	2.434	871	2.072	3.102
Tirol	328.061	16.590	1.384	522	866	1.425	2.295	2.198	2.058	1.296	1.905	3.192
Vorarlberg	173.357	16.776	1.523	495	819	1.361	2.566	2.191	2.379	1.272	1.987	2.787
Wien	731.344	15.478	1.348	662	873	1.432	2.708	2.124	1.909	1.201	1.643	2.165

alle = alle Todesursachen (ICD9 001.x - 999.x)

BN = Kreislauferkrankungen (ICD9 140.x - 239.x)

SW = Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD9 240.x - 279.x)

PUL = Krankheiten der Atmungsorgane (ICD9 480.x - 519.x)

HKE = Herz-Kreislauferkrankungen (ICD9 390.x - 459.x)

NER = Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD9 320.x - 389.x)

OR = Orthopädische Erkrankungen (ICD9 710.x - 739.x)

VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x - 579.x)

URO = Krankheiten der Urogenitalorgane (ICD9 580.x - 629.x)

VW = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x - 999.x)

PSY = Psychiatrische Krankheiten (ICD9 290.x - 319.x)

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, BMSG - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2000; ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ altersstandardisiert
² Standardbevölkerung = Europabevölkerung

Tabelle A 18: Kennzahlen - Anteile unter- und übergewichtiger Personen in der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern, 1991 und 1999

Altersgruppen / Bundesland	Anteil (in Prozent) der befragten Personen mit ...										Veränderung 1991-1999 in Prozentpunkten					
	keine Angaben		starkem Untergewicht (BMI < 18)		Untergewicht (18 ≤ BMI < 21)		Normalgewicht (21 ≤ BMI < 26)		Übergewicht (26 ≤ BMI < 30)		starkem Übergewicht (BMI ≥ 30)		keine Angaben	stark untergewichtig	Normalgewicht	stark übergewichtig
	1991	1999	1991	1999	1991	1999	1991	1999	1991	1999	1991	1999				
Österreich, männlich	17,9	22,5	0,8	1,3	7,0	6,4	45,8	39,1	22,0	22,1	6,5	8,6	4,6	0,5	-6,7	2,1
15 - 19	20,1	26,3	4,1	5,8	26,3	25,9	44,7	36,2	4,0	4,0	0,8	1,9	6,1	1,7	-8,6	1,1
20 - 44	18,8	23,9	0,4	0,9	7,2	6,1	51,0	44,4	18,2	18,6	4,4	6,1	5,2	0,4	-6,6	1,7
45 - 64	16,3	20,8	0,4	0,6	2,4	2,2	39,7	34,1	30,7	29,4	10,5	13,0	4,4	0,3	-5,6	2,4
65 und älter	17,7	19,7	1,4	1,1	6,1	4,0	46,4	35,9	22,9	28,5	5,6	10,9	2,0	-0,3	-10,5	5,4
Österreich, weiblich	17,6	21,4	2,4	2,8	17,5	16,9	40,8	35,7	14,9	14,7	6,9	8,6	3,8	0,4	-5,1	1,6
15 - 19	21,0	25,5	7,2	11,2	37,8	34,7	31,3	23,9	2,2	3,2	0,5	1,5	4,5	3,9	-7,4	1,0
20 - 44	17,6	22,2	2,9	2,8	25,5	23,7	41,8	37,0	8,6	9,0	3,6	5,3	4,6	-0,1	-4,8	1,6
45 - 64	16,3	20,4	0,8	1,2	6,9	8,7	41,6	37,4	22,8	20,0	11,5	12,3	4,1	0,4	-4,3	0,8
65 und älter	18,8	19,6	2,1	1,8	11,4	8,9	41,0	35,4	18,7	22,1	7,9	12,3	0,8	-0,3	-5,6	4,3
männlich	7,6	13,5	0,8	1,0	5,6	5,8	44,3	38,6	30,8	27,7	10,9	13,4	5,9	0,2	-5,7	2,5
Burgenland	7,6	13,5	0,8	1,0	5,6	5,8	44,3	38,6	30,8	27,7	10,9	13,4	5,9	0,2	-5,7	2,5
Kärnten	21,9	23,1	0,6	1,6	6,6	5,3	44,1	40,8	21,4	22,0	5,4	7,2	1,2	1,0	-3,3	1,8
Niederösterreich	16,9	23,0	0,9	0,9	5,7	5,5	43,0	37,3	24,5	22,9	9,0	10,3	6,1	0,0	-5,7	1,3
Oberösterreich	16,7	18,9	0,7	1,1	7,1	6,8	45,3	39,4	22,9	24,5	7,3	9,3	2,3	0,3	-6,0	2,0
Salzburg	22,0	31,0	0,7	1,4	7,5	7,0	46,0	37,0	18,2	18,3	5,6	5,2	9,0	0,7	-8,9	-0,4
Steiermark	19,6	16,7	0,8	1,9	6,0	5,7	46,6	40,5	22,2	25,0	4,7	10,1	-2,9	1,2	-6,1	5,3
Tirol	16,8	21,6	1,1	1,7	8,9	8,1	51,8	43,4	17,7	19,3	3,6	6,0	4,7	0,6	-8,4	2,3
Vorarlberg	20,9	28,8	1,0	1,6	8,2	7,3	48,6	37,9	17,0	17,6	4,4	6,8	8,0	0,6	-10,7	2,4
Wien	19,9	28,7	0,7	0,4	7,7	6,0	42,1	36,8	22,6	20,1	7,0	7,9	8,8	-0,3	-5,3	0,9

Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz);
ÖBI-G-eigene Berechnungen

Tabelle A 19: Kennzahlen - Zigarettenkonsum nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern, 1991 und 1999

Region	Anteile der über 14-jährigen Bevölkerung mit täglichem Zigarettenkonsum in Prozent				Entwicklung 1991-1999 in Prozent				
	1991		1999		1991		1999		
	0 (Nicht- und Ex- raucher)	bis zu 20 (inkl. Gelegenheits- raucher)	0 (Nicht- und Ex- raucher)	bis zu 20 (inkl. Gelegenheits- raucher)	0 (Nicht- und Ex- raucher)	bis zu 20 (inkl. Gelegenheits- raucher)	0 (Nicht- und Ex- raucher)	bis zu 20 (inkl. Gelegenheits- raucher)	
Österreich, männlich	64,7	23,5	11,8	64,0	26,8	9,2	-0,6	3,3	-2,6
15-19 Jahre	72,2	24,7	3,1	63,4	34,6	2,0	-8,8	9,8	-1,0
20-44 Jahre	55,6	29,9	14,5	54,0	35,1	10,9	-1,6	5,2	-3,6
45-64 Jahre	67,7	18,8	13,5	69,8	19,0	11,2	2,1	0,1	-2,2
65 und älter	83,2	12,2	4,5	84,8	12,1	3,1	1,6	-0,2	-1,5
Österreich, weiblich	77,9	18,2	3,9	72,6	23,8	3,6	-5,3	5,6	-0,3
15-19 Jahre	84,3	15,3	0,4	70,5	28,6	0,9	-13,7	13,3	0,4
20-44 Jahre	67,6	27,0	5,4	63,8	32,0	4,3	-3,9	5,0	-1,1
45-64 Jahre	83,2	12,5	4,2	77,3	18,1	4,6	-6,0	5,5	0,4
65 und älter	94,7	4,6	0,7	92,0	7,4	0,6	-2,7	2,8	-0,1
Burgenland	64,5	24,3	11,1	62,4	29,9	7,6	-2,1	5,6	-3,5
Kärnten	65,2	25,9	8,9	67,5	27,2	5,3	2,4	1,3	-3,6
Niederösterreich	65,2	23,9	10,9	62,0	28,1	9,9	-3,1	4,2	-1,0
Oberösterreich	67,4	22,9	9,7	64,2	27,5	8,3	-3,2	4,6	-1,4
Salzburg	69,7	23,0	7,3	65,6	27,7	6,8	-4,2	4,7	-0,5
Steiermark	64,4	23,8	11,9	67,8	23,6	8,6	3,5	-0,1	-3,3
Tirol	68,3	21,2	10,5	65,8	24,2	10,1	-2,5	2,9	-0,4
Vorarlberg	67,5	22,1	10,3	63,4	28,6	8,0	-4,1	6,5	-2,4
Wien	57,7	24,3	17,9	60,7	27,2	12,1	3,0	2,9	-5,9

Anm.: Bei kursiv dargestellte Tabellenwerte beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als +/- 20 %

Quellen: Statistik Austria - Volkszählungen 1991 und 2001, Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierter Datensatz), ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A 20: Kennzahlen - Potenziell alkoholassoziierte¹ Sterblichkeit 1992-2001 nach Geschlecht, Altersgruppen und Bundesländern

Region	Todesfälle je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert					
	1992 bis 1996			1997 bis 2001		
	bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	bis 44 Jahre	45 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
Österreich, männlich	7	103	132	6	81	125
Österreich, weiblich	2	30	50	2	26	42
Burgenland	11	164	214	6	122	173
Kärnten	8	109	118	6	86	119
Niederösterreich	9	119	144	7	86	141
Oberösterreich	8	97	133	5	77	123
Salzburg	6	75	111	6	67	86
Steiermark	8	117	149	7	92	132
Tirol	3	59	87	4	52	94
Vorarlberg	5	76	82	3	62	96
Wien	7	100	125	6	84	123

Anm.: Kursiv dargestellte Tabellenwerte liegen statistisch signifikant über dem Bundesdurchschnitt

Quellen: Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001, Todesursachenstatistik 1992-2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

¹ Kerndiagnosen: ICD9 291: Alkohol-Psyosen; ICD9: Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit); ICD9 571: Chronische Leberkrankheiten und Leberzirrhose

Tabelle A 21: Kennzahlen - Arbeits- und Wegunfälle im Zeitraum nach Alter, Geschlecht und Bundesländer, 1995 bis 2001

Region		Arbeitsunfälle pro 100.00 Einwohner (altersstandardisiert)													
		Arbeitsunfälle insgesamt							tödliche Arbeitsunfälle						
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich, männlich		3.941	3.698	3.201	3.062	3.173	3.107	2.891	6,1	6,0	5,4	5,1	5,3	5,2	4,6
15-24 Jahre		6.390	5.951	5.060	4.931	5.223	5.340	4.996	4,9	3,7	5,1	2,9	3,9	3,4	2,1
25-34 Jahre		5.759	5.350	4.617	4.339	4.371	4.211	3.826	8,6	5,6	6,3	6,2	5,2	5,5	5,6
35-44 Jahre		4.178	3.907	3.420	3.269	3.387	3.336	3.113	7,9	8,4	5,0	5,7	5,4	7,1	5,6
45-54 Jahre		3.509	3.310	2.864	2.737	2.879	2.736	2.621	6,9	7,2	6,8	7,5	7,4	7,2	5,2
55-64 Jahre		920	936	857	820	834	762	699	3,3	5,2	4,1	3,4	4,5	3,7	4,6
Österreich, weiblich		854	839	731	717	772	781	756	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3
15-24 Jahre		1.392	1.323	1.124	1.123	1.208	1.258	1.216	0,2	0,4	0,2	0,0	0,0	0,2	0,4
25-34 Jahre		1.000	1.012	900	909	963	962	933	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5
35-44 Jahre		982	956	831	806	867	894	852	0,7	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2
45-54 Jahre		922	906	807	760	820	824	804	0,2	0,6	0,2	0,2	0,8	0,0	0,4
55-64 Jahre		189	203	178	173	196	174	176	0,2	0,5	0,2	0,2	0,4	0,0	0,2
männlich	Burgenland	4.166	3.862	2.479	2.285	2.639	2.579	2.356	5,7	5,4	5,9	4,1	7,4	5,9	7,6
	Kärnten	5.126	4.723	4.164	4.156	4.376	4.408	4.204	5,7	4,3	10,8	6,6	3,5	7,7	5,7
	Niederösterreich	3.894	3.667	2.782	2.584	2.585	2.486	2.293	6,8	6,0	6,0	4,0	5,7	4,2	3,3
	Oberösterreich	4.479	4.130	4.009	3.911	3.879	4.026	3.726	5,0	6,6	3,2	4,1	4,2	5,5	2,8
	Salzburg	4.255	4.127	4.098	3.806	4.083	3.996	3.696	9,0	13,8	5,0	9,5	9,1	8,3	7,3
	Steiermark	4.108	3.880	3.837	3.748	3.969	3.786	3.540	7,5	7,5	6,1	7,9	8,6	6,4	7,5
	Tirol	3.562	3.364	2.043	1.853	1.984	1.919	1.807	8,5	8,6	7,2	5,9	8,5	6,2	7,0
	Vorarlberg	4.274	3.933	2.620	2.196	2.499	2.406	2.268	8,1	1,3	6,8	7,0	3,3	7,9	3,3
	Wien	3.006	2.855	2.615	2.557	2.644	2.477	2.308	4,0	3,0	3,4	2,6	1,7	3,2	3,0
Region		Wegunfälle pro 100.00 Einwohner (altersstandardisiert)													
		Wegunfälle insgesamt							tödliche Wegunfälle						
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Österreich, männlich		302	285	230	211	229	211	201	3,1	1,8	2,2	1,7	1,5	1,5	1,6
15-24 Jahre		561	485	411	398	429	402	395	4,2	2,6	2,5	2,1	3,2	2,4	3,5
25-34 Jahre		393	392	303	284	280	273	242	4,2	1,6	2,0	3,0	1,5	3,3	1,7
35-44 Jahre		286	270	220	196	214	207	201	2,7	2,0	2,7	1,7	1,5	1,4	2,1
45-54 Jahre		268	250	197	164	205	171	172	3,4	2,0	3,6	1,6	1,2	0,8	1,4
55-64 Jahre		78	94	72	65	74	58	48	1,3	1,0	0,2	0,2	0,5	0,2	0,0
Österreich, weiblich		250	239	197	183	197	193	182	1,0	0,6	0,9	0,3	0,6	0,6	0,6
15-24 Jahre		403	362	312	294	322	324	311	2,1	1,0	2,2	1,4	1,6	2,1	0,9
25-34 Jahre		274	265	220	213	242	216	219	1,1	1,3	1,1	0,3	0,8	0,8	0,8
35-44 Jahre		261	254	213	186	197	208	184	1,0	0,5	0,7	0,0	0,6	0,3	0,6
45-54 Jahre		313	307	237	222	231	221	205	1,2	0,6	0,6	0,0	0,0	0,2	0,6
55-64 Jahre		55	54	44	40	42	44	37	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2
männlich	Burgenland	249	235	139	127	114	132	113	6,7	0,0	2,1	1,9	3,4	0,0	2,7
	Kärnten	334	285	245	213	261	227	195	3,2	2,0	0,9	1,8	0,5	3,3	2,4
	Niederösterreich	272	260	183	157	166	151	147	5,2	2,8	2,5	1,1	2,3	3,0	2,6
	Oberösterreich	359	323	298	279	276	281	268	4,5	2,0	4,1	3,4	1,2	1,1	1,8
	Salzburg	344	333	274	266	298	271	276	2,1	1,8	2,5	1,0	2,0	0,5	1,0
	Steiermark	292	291	275	243	289	258	248	2,0	2,2	2,5	1,9	2,4	1,5	1,2
	Tirol	242	210	116	102	125	116	98	2,4	2,4	2,0	1,2	0,9	2,9	2,6
	Vorarlberg	269	266	131	120	134	105	111	0,0	0,0	2,3	2,7	0,0	0,0	0,7
	Wien	305	301	245	242	257	226	216	1,0	0,8	0,3	0,5	0,6	0,1	0,2

Quellen: AUVA, Statistik Austria - Volkszählung 1991 und 2001; ÖBIG-eigene Berechnungen

Table A 22: Kennzahlen - Belastungen durch Beruf und Familie - Anteile in der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern sowie Art der Belastung, 1991 und 1999

Altersgruppe / Bundesland	Anteile (in Prozent) der befragten Personen mit Belastung durch ...								Veränderung 1991-1999 in Prozentpunkten						
	schwere körperl. Arbeit		starken Zeitdruck		Konfliktsit. am Arbeitsplatz		Haushalt, Kinder und Beruf		Beruf und Pflegefälle in der Familie		körperl. Arbeit	starker Zeitdruck	Konfliktsit. am Arbeitsplatz	Haush., Kin-der, Beruf	Beruf u. Pflegefälle
	1991	1999	1991	1999	1991	1999	1991	1999	1991	1999					
Österreich, männlich	13,2	15,2	18,0	21,0	4,7	7,1	0,7	2,0	0,5	1,1	2,0	3,0	2,4	1,2	0,6
15-19 Jahre	10,2	12,1	6,2	5,1	1,0	1,5	0,0	0,3	0,1	0,2	1,9	-1,1	0,6	0,3	0,2
20-44 Jahre	16,9	20,8	23,6	27,3	6,2	10,0	1,1	3,2	0,5	1,5	3,9	3,6	3,9	2,0	1,0
45-64 Jahre	12,5	15,4	18,2	25,0	5,0	8,2	0,5	1,7	0,6	1,4	3,0	6,8	3,2	1,3	0,8
65 und älter	0,3	1,0	0,4	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,7	-0,1	0,1	0,1	-0,1
Österreich, weiblich	4,3	5,8	8,6	13,0	2,2	4,0	7,4	9,1	1,1	1,4	1,5	4,4	1,9	1,7	0,2
15-19 Jahre	1,8	3,6	6,9	2,7	1,5	2,1	0,2	0,4	0,0	0,2	1,8	-4,2	0,6	0,2	0,2
20-44 Jahre	5,5	8,3	13,3	20,3	3,4	6,7	12,8	16,4	1,1	1,9	2,8	7,0	3,3	3,6	0,8
45-64 Jahre	5,0	7,0	7,1	14,4	1,8	3,9	5,8	8,1	1,4	1,9	2,0	7,3	2,0	2,2	0,4
65 und älter	0,5	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,6	0,1	0,4	0,1	-0,2	0,0	0,0	-0,4	-0,3
Burgenland	14,0	17,3	15,4	22,6	3,3	7,6	0,7	1,0	0,5	0,3	3,3	7,2	4,4	0,3	-0,1
Kärnten	12,1	16,1	14,3	20,8	2,3	4,2	0,7	1,4	0,6	0,6	4,0	6,6	1,9	0,7	0,0
Niederösterreich	15,1	15,0	20,2	20,6	5,8	7,7	0,9	1,9	0,7	0,7	-0,1	0,4	1,9	1,0	-0,1
Oberösterreich	4,9	17,7	20,5	25,7	6,2	8,7	0,9	1,5	0,7	0,4	2,7	5,2	2,5	0,6	-0,3
Sa zburg	12,8	12,6	17,6	20,4	3,8	6,1	0,6	1,5	0,4	0,7	-0,2	2,7	2,3	0,9	0,3
Steiermark	13,9	19,3	16,0	25,3	3,7	7,2	0,4	6,1	0,2	5,2	5,4	9,3	3,5	5,7	5,0
Tirol	14,9	14,8	17,5	22,0	4,1	6,0	0,6	1,1	0,2	0,8	-0,1	4,5	1,9	0,5	0,6
Vorarlberg	11,5	11,8	18,3	19,1	4,8	7,1	0,5	0,9	0,4	0,5	0,3	0,8	2,3	0,4	0,0
Wien	9,4	9,9	21,5	21,0	8,0	7,8	0,9	1,7	0,6	0,6	0,5	-0,5	-0,2	0,8	0,0

Quellen: Statistik Austria - Ergebnisse der Mikrozensus-Erhebung 1991 und 1999, Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ (nicht imputierte Daten); ÖBIG-eigene Berechnungen

