

auch Anlaufstelle für Männer, die Fragen zur Gesundheit oder ein gesundheitliches Problem haben.

- In der Öffentlichkeit muss stärker ein Bewusstsein für Männer- und Frauengesundheit geschaffen werden. Aber auch an den medizinischen Universitäten, in der medizinischen Forschung und bei (niedergelassenen) Ärzten und Ärztinnen müssen Initiativen von der öffentlichen Hand bzw. von den zuständigen Trägern unterstützt werden. Eine wichtige Rolle nimmt hier die mit Jänner 2010 geschaffene Professur für Gender-Medizin an der Medizinischen Universität Wien ein.
- Initiativen sollten verstärkt werden. Volksvertreter und Parlamentarier sollten mit gutem Beispiel vorangehen und Männergesundheit als Bürgeranliegen verstehen. Wenn die Männer nicht von selbst kommen, muss man zu ihnen gehen (Sport, Clubs, Arbeitsplätze, etc.). Regionale Initiativen, die auch öffentlich finanziert werden, sind unverzichtbarer Bestandteil der Männergesundheitsarbeit. Einrichtungen wie das Männergesundheitszentrum MEN im Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien leisten hier wertvolle Pionierarbeit. Von deren Erfahrung kann viel beim Aufbau analoger Strukturen gelernt werden.
- Österreich hat – national betrachtet – in der Männergesundheit die europäische Vorreiterrolle, die es zur Zeit der Präsentation des ersten österreichischen Männergesundheitsberichts 2004 (BMSG) inne hatte, verloren und kann nun von anderen Ländern lernen: Irland z.B. hat eine eigene Men's Health Policy (2009 bis 2014). In Großbritannien werden Men's Health Weeks mit Spezialthemen (z.B. Krebs) veranstaltet, die viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens berühren. Daher ist eine vernetzte Zusammenarbeit unterschiedlicher Ministerien notwendig: Gesundheit, Soziales und Arbeit, Unterricht, Wissenschaft, Wirtschaft – um nur die Wesentlichsten für das Thema zu nennen. Auf politischer Ebene könnte es um eine Art nationalen Aktionsplan bzw. eine Landkarte gehen, die die einzelnen regionalen Initiativen registriert und vernetzt, sowie den zusätzlichen Bedarf auch unter Berücksichtigung geographischer Aspekte formuliert.
- Die Gesundheitsförderung und die Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins müssen in der Schwangerschaft beginnen und in Kindergarten, Volksschule und den weiterführenden Schulen konsequent umgesetzt werden. Kinder müssen im Bedarfsfall auch außerhalb der Familie gesundes Verhalten lernen.
- Medien müssen sensibilisiert und regelmäßig informiert werden und Medienkooperationen müssen eingegangen werden. Hier ist vor allem der öffentlich-rechtliche Bereich – insbesondere das ORF-Fernsehen und die ORF-Radios – gefordert. Männer brauchen hierzu Vorbilder und müssen neue Verhaltensweisen lernen und ein neues Bewusstsein entwickeln. Hochspezialisierte medizinische Reports sind dabei weniger zielführend.

- Die Aktivitäten der Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes sollten politisch weiterhin intensiv unterstützt werden. Männer in bestimmten Berufen und Branchen (Bergbau, Bauwesen, Sachgütererzeugung, Land- und Forstwirtschaft) sind einem vergleichsweise höheren Risiko ausgesetzt. Dass entsprechende Maßnahmen greifen, zeigt auch der aktuelle Fehlzeitenreport des WIFO (Leoni, 2010): Krankenstände, die durch Arbeitsunfälle verursacht sind, haben im zeitlichen Verlauf seit den 1970er Jahren stark abgenommen.
- Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle für die Gesundheit der Berufstätigen. Dies gilt durch die spezifische Branchen- und Berufswahl verstärkt für Männer, die an ihrem Arbeitsplatz insgesamt häufiger körperlichen Belastungen ausgesetzt sind. Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten daher nicht nur auf das individuelle Verhalten der Erwerbstätigen abzielen, sondern sich vielmehr (zusätzlich) auf die Arbeitsorganisation und die Gestaltung der Rahmenbedingungen konzentrieren. Zur detaillierten Analyse der Zusammenhänge zwischen Belastungen am Arbeitsplatz und der Gesundheit sind in Österreich aktuelle Daten (2011) aus den Forschungsprogrammen Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich verfügbar.
- Weiteren Forschungsbedarf zu Maßnahmen der beruflichen Gesundheitsförderung gibt es insbesondere in der Zielgruppe der Migranten und Migrantinnen, die verstärkt ungünstigeren Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind (vgl. 2.2). Präventive Strategien sollten daher insbesondere auch auf diese Zielgruppe zugeschnitten sein bzw. von dieser wahrgenommen werden können.

2.1.2 SOZIALE UNGLEICHHEIT, GENDER MEDIZIN UND MIGRATION

„Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“, lautet die vielzitierte Definition von Gesundheit, auf die sich die internationale Staatengemeinschaft im Rahmen der WHO bereits im Jahr 1946 festgelegt hatte. Sie war damit der Zeit um ein gutes halbes Jahrhundert voraus, denn erst in den letzten beiden Jahrzehnten richtete sich das wissenschaftliche Interesse zusehends auf einen positiven Begriff von Gesundheit, der „mehr“ umfasst als nur die bloße Abwesenheit von Krankheit. Herzlich stellte in einer groß angelegten Untersuchung 1973 fest, welche Bilder die Menschen selbst von Gesundheit haben: Neben dem Unversehrtsein und dem Fehlen von Krankheiten ist Gesundheit auch eine Reserve, sie ist Leistungsfähigkeit, Fitness, Teilhabe am sozialen Geschehen und sie ist Gleichgewicht, Wohlbefinden, eine positive Emotion, Erleben von Sinn, positivem Selbstwert und Kontrolle über das eigene Leben. Erst in den vergangenen Jahren wurde auch in den wissenschaftlichen Modellen stärker an der Lebenswelt der Menschen angeknüpft und Gesundheit im biopsychosozialen Gesamtgeschehen beschrieben, positiv und mehrdimensional konzipiert und als kontinuierlicher Prozess aufgefasst (vgl. Greiner, 1998).

Die Formulierung der sozialmedizinischen Grunderkenntnis, wonach Gesundheit (bzw. Krankheit) von sozialen Prozessen beeinflusst, wenn nicht sogar entscheidend verursacht ist, liegt über eineinhalb Jahrhunderte zurück:

„Die künstlichen Seuchen sind vielmehr Attribute der Gesellschaft, Produkte der falschen oder nicht auf alle Klassen verbreiteten Cultur; sie deuten auf Mängel, welche durch die staatliche und gesellschaftliche Gestaltung erzeugt werden [...] Wenn die Krankheit der Ausdruck des unter ungünstigen Bedingungen verlaufenden Einzellebens ist, so müssen Seuchen das Anzeichen großer Störungen des Massenlebens sein.“ (Virchow, 1849, S. 121).

Gesundheitliche Ungleichheit ist weitgehend soziale Ungleichheit. Und es ist damit auch eher das soziale Geschlecht und die Lebensführung als das biologische Geschlecht, das für die Gesundheit ausschlaggebend ist: So zeigten beispielsweise Untersuchungen in den USA, dass die Lebensweise die Gesundheit zu ca. 50 Prozent beeinflusst, die biologische Veranlagung jedoch nur zu etwa 20 Prozent (Rásky, 1998).

Die Lebenserwartung in Westeuropa steigt seit Jahrzehnten stetig und zum Teil relativ rasch an. Noch nie wurden die Menschen so alt wie heute und noch nie konnten sie so viel Lebenszeit in Gesundheit verbringen. Parallel zu diesen Entwicklungen schreiben sich soziale Ungleichheiten fort; der soziale Gradient¹ hinsichtlich der Mortalität² und Morbidität³ lässt sich nach wie vor in deutlicher Weise feststellen, da sich gerade bei Personen, die sozial schlechter gestellt sind, die gesundheitliche Situation insgesamt langsamer verbessert als bei den besser gestellten Schichten (vgl. Graham & Kelly, 2004). Die bisherigen politischen und wissenschaftlichen Bemühungen konnten dem Einfluss der „Kerndimensionen sozialer Ungleichheit“ – Bildung, Beruf und Einkommen – auf die gesundheitliche Lage nur sehr wenig bis gar nichts entgegen setzen. Profitiert haben meist Gruppen mit höherem sozioökonomischen Potenzial (vgl. Richter & Hurrelmann, 2006).

Für die Erklärung des Einflusses sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit werden in der aktuellen Forschung im Wesentlichen fünf Erklärungsansätze verwendet (vgl. Richter & Hurrelmann, 2006; Behrens, 2006; Jungbauer-Gans & Gross, 2006):

1. Unter den ersten Ansätzen zur Erklärung des sozialen Gradienten der Gesundheit waren **Selektionsprozesse** im Sinne von Social-Drift-Hypothesen („Soziale Verschiebung bzw. sozialer Abstieg“), die davon ausgingen, dass eine negative Gesundheit im Sinne von sozialer Selektion zu einem Abstieg in der gesellschaftlichen Hierarchie und zum Verlust von sozioökonomischem Potenzial führt. Krankheit löst demnach einen sozialen Abstiegspro-

¹ Als sozialer Gradient werden Unterschiede zwischen soziodemographischen Gruppen wie Frauen und Männern, Menschen mit unterschiedlichen Schulabschlüssen, beruflichen Positionen etc. verstanden.

² Mortalität bezeichnet die Sterblichkeitsrate einer Krankheit, d.h. wie viel Personen einer Gesellschaft in einem bestimmten Zeitraum an der betreffenden Krankheit sterben.

³ Morbidität ist die Häufigkeit, mit der eine bestimmte Krankheit in einer Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe auftritt.

zess aus, während es Gesunden möglich ist, sozial aufzusteigen. Die Mobilitätsvorgänge sind keineswegs zu bestreiten, da Gesundheit in vielen Konzepten Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit beinhaltet und negative Gesundheit zu Arbeitsplatz- und Einkommensverlust führen kann. Mackenbach (2006) weist jedoch darauf hin, dass die Anzahl an Personen, die durch Krankheit sozial absteigen, insgesamt zu gering ist, um entscheidenden Einfluss auf die beobachteten Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Parametern zu nehmen.

2. **Materielle Erklärungsansätze** gehen von der genau umgekehrten Wirkungsrichtung aus, und zwar davon, dass Unterschiede im sozioökonomischen Potenzial zu unterschiedlichen gesundheitlichen Lagen führen. Bei diesen Hypothesen spielen geringe finanzielle Mittel sowie materielle Güter und damit das Vorliegen gesundheitsschädlicher Umwelten (Wohnen, Leben, Arbeit etc.) eine entscheidende Rolle bei der Erklärung des sozialen Gradienten.
3. **Kulturell-verhaltensbezogenen Ansätze** gehen ebenfalls davon aus, dass soziale Ungleichheit auf die Gesundheit wirkt, betonen jedoch den Begriff der Kultur, die von unterschiedlichen sozialen Statusgruppen geprägt und entwickelt wird. Diese umfassen insbesondere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die schließlich einen direkten Einfluss auf die Gesundheit nehmen.
4. Ein weiterer Ansatz ist die **Versorgungsforschung**, die sich mit dem unterschiedlichen Zugang von Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsbezogenen und medizinischen Dienstleistungen beschäftigt. Dieser Forschungszweig spielt für die vorliegende Arbeit keine nennenswerte Rolle.
5. Der für die vorliegende Untersuchung besonders relevante Ansatz wird von Richter und Hurrelmann (2006) als **psychosozialer Erklärungsansatz** bezeichnet. Dieser weniger soziologisch, sondern vielmehr psychologisch orientierte Ansatz berücksichtigt neben materiellen Faktoren – womit er die übrigen Ansätze integriert – auch psychologische und psychosoziale Faktoren, wie z.B. kritische Life-Events (Lebenserfahrungen, wie Tod eines Angehörigen, Geburt eines Kindes, Arbeitsplatzverlust, etc.), Alltagsbelastungen, berufliche Gratifikationskrisen⁴, soziale Arbeitsbedingungen, Arbeitsklima etc. Insbesondere spielt in diesen Erklärungsansätzen der Begriff der Ressource eine zentrale Rolle.

In der Debatte von gesundheitlicher Ungleichheit dominieren vertikale Erklärungsfaktoren, anhand derer die Gesellschaft in „oben“ und „unten“ gegliedert wird. Diese umfassen die Kerndimensionen Bildung, Beruf und Einkommen und konstituieren die Schichtzugehörigkeit, die über

⁴ Der Begriff Gratifikationskrise wurde von Siegrist (z.B. 1996, 2005) geprägt und bezeichnet negative und belastende Erfahrungen, die aus einem Ungleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung (Gehalt, Aufstieg, Anerkennung etc.) entstehen und zu schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen führen können.

Einzelursachen die Gesundheit beeinflusst: So sind z.B. berufliche Positionen mit unterschiedlichen Ressourcen und Belastungen, Bildung mit Wissensbeständen über Krankheiten und Gesundheitsrisiken, höheres Einkommen mit besserem Zugang zum Gesundheitssystem und medizinischen Netzwerken verbunden. Es sind also Ressourcen, Lebenschancen, Mentalitäten, Wissensbestände, Meinungen und Verhaltensweisen, die Gesundheit beeinflussen bzw. determinieren (Hradil, 2006). Neben dem Einfluss der angeführten vertikalen Faktoren sind diese Determinanten auch von horizontalen Faktoren wie Alter, ethnische Zugehörigkeit, Region, Wohngebiet und insbesondere vom Geschlecht abhängig. Als horizontale Dimension durchzieht das Geschlecht sämtliche Lebensbereiche und damit auch die Gesundheit (Babitsch, 2006). Von Relevanz hierbei sind die noch wenig erforschten Wechselwirkungen zwischen den Determinanten und Dimensionen von Gesundheit und Geschlecht. So ist von Interesse, ob schichtbedingte gesundheitliche Ungleichheiten bei Männern und Frauen gleichermaßen zum Tragen kommen. Hierfür gibt es den allgemeingültigen Befund, dass in puncto Mortalität und Morbidität bei Männern starke sozioökonomische Unterschiede festzustellen sind (Richter & Hurrelmann, 2006; Mackenbach, 2006; Babitsch, 2006). Darüber hinaus sind auch die sozialen Unterschiede im Risikoverhalten bei Männern stärker ausgeprägt.

Richter und Hurrelmann (2006, S. 12) beschreiben drei große Herausforderungen für die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema der gesundheitlichen Ungleichheit: Die erste Herausforderung stellt die Beschreibung, Darstellung und Analyse der sozioökonomischen Ungleichheit im gesundheitlichen Umfeld dar. Die weiteren Herausforderungen sind die Erklärung dieser Ungleichheiten und sodann die Entwicklung von Maßnahmen zu deren Reduzierung. Ansatzpunkte sind hier das Verstehen der Produktion und Reproduktion dieser Ungleichheiten, um an den Einflussfaktoren und Mechanismen ansetzen zu können.

An den drei zitierten Aspekten orientiert sich auch die Darstellung der Männergesundheit:

1. **Beschreibung** von gesundheitlichen Unterschieden zwischen Männern und Frauen.
2. **Erklärungen** für diese Unterschiede anhand der verschiedenen Ansätze (Lebensstile, Belastungen, Mentalitäten und Einstellungen, die zu bestimmtem Verhalten führen).
3. Politische **Handlungsempfehlungen** zur Reduzierung der Ungleichheit bzw. Unterstützung gesundheitsförderlicher Maßnahmen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Notwendigkeiten.

Erst seit einem knappen Jahrzehnt setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, im Bereich der Medizin auf die unterschiedlichen (sozialen) Bedürfnisse und Besonderheiten von Männern und Frauen stärker Rücksicht zu nehmen als bisher. In diesem Zusammenhang ist auch die Einleitung der Kurzfassung des ersten österreichischen Männergesundheitsberichts zu sehen: „Da viele Männer ihre gesundheitlichen Beschwerden negieren, wurden ihre speziellen gesundheitlichen Probleme lange Zeit, auch von der Fachöffentlichkeit, nicht entsprechend wahrgenommen.“ (Habl et al., 2004). Auch der Einwand, Medizin sei männlich dominiert und alleine

schon daher besser auf die Bedürfnisse der Männer abgestimmt, ist im Prinzip richtig, greift unseres Erachtens aber zu kurz, da erst eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise für beide – Männer und Frauen – zu optimalen medizinischen Erkenntnissen und Handlungen führen kann.

Das Forschungsgebiet der **Gender Medizin** ist auf europäischer Ebene als relativ jung einzustufen, wiewohl bereits eine Reihe von Erkenntnissen zu geschlechtsspezifischen Bedürfnissen in der Medizin vorliegen, die zum einen auf biologischen Unterschieden („biologisches Geschlecht“) und zum anderen auf unterschiedlichen Lebensstilen, Rollenvorstellungen und gesellschaftlichen bzw. sozialen Orientierungen („soziales Geschlecht“) beruhen. So schätzen Frauen beispielsweise ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Männer, haben eine höhere Morbiditätsrate (Risiko, krank zu werden), suchen häufiger professionelle Hilfe auf als Männer, erhalten mehr Medikamente verschrieben und ihre Symptomschilderungen werden häufiger auf psychische Probleme zurückgeführt (Vortrag von Gutiérrez-Lobos, 30.09.2009). Männer wiederum zeigen schwächere Entzündungsreaktionen, werden häufiger wegen Suchterkrankungen behandelt (Rieder & Lohff, 2004), benötigen und vertragen höhere Dosen in der HIV-Therapie, reagieren auf Medikamente mit anderen Nebenwirkungen und zeigen bei Herzinfarkten andere Symptome als Frauen (GESUND + LEBEN, 03/2009), was in einer männerfokussierten Medizin für Frauen fatal enden kann, wenn ihre Symptome nicht richtig erkannt werden.

Anhand der Auflistung wird deutlich, dass neben den biologischen und sozialen Faktoren auf Seiten der Patienten und Patientinnen auch unterschiedliche sozial bedingte Erwartungen auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen eine wesentliche Rolle spielen. Im Jänner 2010 wurde an der Medizinischen Universität Wien (MUW) ein eigener Lehrstuhl für Gender Medizin eingerichtet, den die Ärztin Alexandra Kautzky-Willer innehat. Sie betont in einem Interview in der Zeitung Der Standard vom 07.02.2010, dass die Gender Medizin für beide Geschlechter gelte und durch ihre Ergebnisse auch den Männern nutze, wiewohl gerade aus frauenspezifischer Perspektive durch die ursprüngliche Orientierung der Medizin am Mann Aufholbedarf bestünde. An den Stichworten Osteoporose und psychische Erkrankungen werde jedoch deutlich, dass hier die Medizin den Männern nicht gerecht werde. Im ersten Fall wurden Medikamente hauptsächlich an Frauen getestet, im zweiten Fall sind Ärzte und Ärztinnen generell weniger bereit, Männern psychische Erkrankungen zuzuschreiben. Ein wichtiges Forschungsfeld der Gender Medizin sei es überdies, die Beziehungen zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen und die unterschiedlichen Kommunikationsstile und -bedürfnisse zu erforschen. Männer und Frauen benötigten einen unterschiedlichen Zugang, um die Compliance (Therapietreue) zu erhöhen. Während für Frauen die emotionale Ebene besonders wichtig sei, bevorzugen Männer klare Anweisungen und Empfehlungen.

Gender Medizin sei ein Ausdruck einer allgemeinen Entwicklung der Medizin in Richtung einer personalisierten Medizin, die stärker auf die individuellen Bedürfnisse und den sozialen Hinter-

grund eingeht. Dies sei insbesondere für Migranten und Migrantinnen wichtig und hier vor allem für die Frauen, die in der Regel noch schlechter versorgt seien als Migranten, so Kautzky-Willer.

In den folgenden Abschnitten dieses Kapitels wird stets auch versucht, die spezifische **Situation der Migranten und Migrantinnen** zu beleuchten, wo dies durch die verwendeten Quellen möglich ist. Die Zahl der nicht in Österreich geborenen bzw. von nicht-österreichischen Eltern abstammenden Patienten und Patientinnen bzw. Klienten und Klientinnen steigt an und wird sich in den nächsten Jahren weiter nach oben entwickeln.

Migration wird von vielen als Gesundheitsrisiko eingestuft. Die Argumente hierfür sind so plausibel wie naheliegend: Migration bedeute eine Zäsur, traumatisierende Ereignisse im Heimatland, Ausweisungsbedrohungen, Unsicherheit, Diskriminierung, etc. Migranten und Migrantinnen haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, armutsgefährdet zu sein als die autochthone („angestammte“) Bevölkerung, haben schlechtere Arbeitsbedingungen und damit einhergehend einen niedrigeren sozioökonomischen Status (vgl. hierzu auch Kapitel 2.2“); durch sprachliche Barrieren kommt es zu Informationsdefiziten bezüglich der Gesundheitsversorgung und zu Missverständnissen zwischen Patienten und Patientinnen und den Beschäftigten in den Gesundheitsdiensten. Eine Reihe von Seminaren, Tagungen und Pressekonferenzen haben in den vergangenen Jahren diese Probleme aufgezeigt und auch Lösungsvorschläge erarbeitet. Verwiesen sei an dieser Stelle exemplarisch auf das Seminar „Migration und Gesundheit“ (BMGF, 11.10.2004), eine Pressekonferenz des Landeskrankenhauses Salzburg vom 24.11.2009 zum Thema „Migration und Gesundheit: Verstehen kann heilen – Transkulturelle Kompetenz schafft Gesundheit“ und auf den Tätigkeitsbericht 2009 des Instituts für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd und MEN).

Durch die genannten Faktoren sind Migranten und Migrantinnen größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Wiewohl diese Zusammenhänge prinzipiell richtig sind, ist die Befundlage etwas schwieriger zu erfassen, erläuterte Oliver Razum auf einer Tagung zum Thema „Soziale Lage – Gender – Gesundheit“ am 28.10.2008 in Wien, die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) veranstaltet wurde (BMAK, 2008).

Razum spricht in seinem Vortrag folgende Aspekte und Probleme an, die die Analyse der Situation der Migranten und Migrantinnen in Deutschland und auch in Österreich begleiten:

- Es fehlt eine einheitliche Definition für Migranten und Migrantinnen, die sich nicht durch die Erhebung des Geburtslandes und der Staatsangehörigkeit erschöpfen kann, sondern auch die individuell-biographische Entwicklung (Einbürgerung, Migration der Elterngeneration etc.) berücksichtigen muss.
- Die offiziellen Datenquellen enthalten meist nur sehr dürftige Informationen zum Migrationsstatus. So bietet die amtliche Statistik eine Fülle von Informationen, die meist jedoch nur auf Basis der aktuellen Staatsangehörigkeit ausgewertet werden kann. Dies gilt auch für die

in diesem Kapitel verwendeten Quellen der Statistik Austria (2007, 2009b), die in den publizierten Berichts- und Tabellenbänden nur die Differenzierung zwischen österreichischen und nicht-österreichischen Staatsbürger/innen und Österreich bzw. Nicht-Österreich als Geburtsland erlauben. Dies wird jedoch der Heterogenität der Gruppe der Migranten und Migrantinnen nicht gerecht. Neben detaillierteren Analyseebenen wäre auch die zusätzliche Angabe des sozioökonomischen Hintergrunds von Interesse, um beurteilen zu können, welche Unterschiede zur Mehrheitsbevölkerung auf ungleiche Lebensbedingungen im Zielland zurückzuführen sind und welche z.B. auf sprachliche Barrieren und biographische Aspekte.

- Es werden in Ergänzung zu den amtlichen Statistiken auch spezielle Studien benötigt, die die beschriebenen konzeptionellen Probleme (Definition des Migrationshintergrunds) berücksichtigen und insbesondere den sozioökonomischen Status erfassen. Auch die Analyse von individuellen Fällen ist von großer Bedeutung für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen.
- Die Beurteilung von Befunden fordert ein verstärktes Denken in Erklärungsmodellen und kann sich nicht im Referieren von empirischen Daten erschöpfen. Mit Modellen kann auch erklärt werden, warum Migranten und Migrantinnen, die sich erst kurz im Zielland aufhalten, oftmals einen unerwartet guten Gesundheitszustand haben. Menschen, die migrieren, weisen oft eine besonders gute Konstitution auf, die vergleichsweise benachteiligenden Lebensbedingungen im Zielland wirken jedoch erst langfristig.
- Darüber hinaus lassen Migranten und Migrantinnen oft ein beträchtliches Gesundheitsrisiko im Herkunftsland zurück. Razum erwähnt hier das Beispiel der Müttersterblichkeit. Vergleicht man das Risiko der Migrantinnen mit jenen der Frauen aus ihrem Herkunftsland, so ist die positive Auswirkung der Migration oft enorm, da das Risiko drastisch reduziert wird. Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung zeigt sich am Beispiel der Türkinnen in Deutschland zu Beginn der Aufzeichnungen (1980) noch ein deutlicher Nachteil im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung, der sich ab 1986 jedoch dauerhaft nivelliert hat. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung hat sich in dieser Frage demnach verbessert. Migration stellt oftmals einen gesundheitlichen Übergang dar – Migranten und Migrantinnen lassen das Risiko von Infektionskrankheiten in ihren Herkunftsländern zurück, die Auswirkungen des westlichen, industriellen Lebensstils, der zur Häufung chronischer, nicht übertragbarer Krankheiten führt, nimmt vergleichsweise langsam zu. Migranten und Migrantinnen vollziehen diesen Übergang, der in den Zielländern oft ganze Jahrzehnte dauert, quasi über Nacht.
- Razum resümiert, dass in der gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen und in der Zusammenarbeit zwischen Migranten und Migrantinnen und Gesundheitsdiensten noch vieles im Argen liege. Es sei aber auf allen Seiten schon einiges erreicht worden

und man dürfe nicht nur die negativen Seiten sehen, sondern auch das, was von und für Migranten und Migrantinnen Positives erreicht worden sei.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die Ausführungen meist auf die für Österreich besonders bedeutsamen Gruppen der Migranten und Migrantinnen aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien beziehen. Die spezifischen Probleme und Bedürfnisse können jedoch auch auf Menschen aus anderen Ländern übertragen werden. Eine Ausnahme bilden prinzipiell jene Migranten und Migrantinnen, die aus anderen westlichen Ländern oder Ländern der ehemaligen EU-15 stammen. Hier sind wesentlich geringere Unterschiede in den Lebensbedingungen zu Österreich gegeben.

2.1.3 LEBENSERWARTUNG UND TODESURSACHEN

Die **Lebenserwartung bei der Geburt** ist einer der stärksten objektiven Indikatoren zur Beschreibung des gesundheitlichen Geschehens in einer Gesellschaft. Im Jahr 2008 betrug die Lebenserwartung bei der Geburt für Männer 77,6 Jahre, jene für Frauen 83,0 Jahre (Tabelle 1). Die Differenz in zu erwartenden Lebensjahren beträgt zwischen den Geschlechtern somit 5,4 Jahre zuungunsten der Männer. Diese Differenz ist seit Vorliegen entsprechender Daten ausgehend von 1868 und seit den jährlichen Aufzeichnungen der Statistik Austria ab 1951 von der Größenordnung her weitgehend stabil und hat sich langsam um 1,5 Jahre (im Schnitt) verringert. Ein Teil der Ursachen für die unterschiedliche Lebenserwartung ist in jüngeren Lebensjahren zu suchen: Die Differenz in noch erwartbaren Lebensjahren nimmt mit dem Alter ab. So können 2008 60-jährige Männer mit durchschnittlich 21,3 weiteren Lebensjahren rechnen, Frauen der gleichen Altersklasse mit 25,1 Jahren. Der Abstand hat sich im Vergleich zur Lebenserwartung bei der Geburt auf 3,8 Jahre verringert. In den ausgewiesenen Altersklassen 15 / 30 / 45 / 60 Jahre ist mit steigendem Alter eine linear verlaufende Verringerung dieses Unterschieds festzustellen (Statistisches Jahrbuch 2010: Statistik Austria, 2009a; Gesundheitsstatistik 2008: Statistik Austria, 2009b).

Infobox: Statistisches Jahrbuch 2009 und Gesundheitsstatistik 2008

Die Berichte werden jährlich von der Statistik Austria erstellt und wurden in der aktuellen Version für den Männerbericht herangezogen. Bei den Statistiken handelt es sich um Daten aus zählbaren Verwaltungsbeständen und nur ergänzend um Bevölkerungsbefragungen im Rahmen des Mikrozensus.

Die verwendeten Quellen aus den Jahrbüchern und der Gesundheitsstatistik sind u.a.:

- ◆ als Basis: Zentrales Melderegister (ZMR)
- ◆ Todesursachenstatistik, Krebsregister
- ◆ Sozialversicherungsträger (Krankenstände, Berufsunfälle etc.)

Habl et al. (2004) verweisen im ersten österreichischen Männergesundheitsbericht auf regionale Unterschiede in der Lebenserwartung, wonach Männer in Vorarlberg, Tirol und Salzburg „deutlich“ über dem Bundesdurchschnitt sowie Männer in Wien und Burgenland „deutlich“ und in Niederösterreich „leicht“ unter dem Schnitt liegen. Im Beobachtungszeitraum 1991 bis 2001 zeigt sich jedoch eine moderate Angleichung der regionalen Unterschiede.

Tabelle 1: Lebenserwartung

Kalenderjahr		Männer		Frauen	
		bei der Geburt	mit 60 Jahren	bei der Geburt	mit 60 Jahren
1970		66,5	14,9	73,4	18,8
1980		69,0	16,3	76,1	20,3
1990		72,2	17,8	78,9	22,2
2000		75,1	19,7	81,1	23,8
2001		75,6	20,2	81,6	24,2
2002		75,8	20,2	81,7	24,2
2003		75,9	20,2	81,5	24,1
2004		76,4	20,6	82,1	24,6
2005		76,6	20,7	82,2	24,6
2006		77,1	21,0	82,6	24,9
2007		77,3	21,2	82,8	25,1
2008		77,6	21,3	83,0	25,1
1999	Jahre in guter Gesundheit	58,6	7,8	60,9	8,7
	Anteil in %	78,3	50,0	75,3	45,1
2006	Jahre in guter Gesundheit	61,8	8,8	63,2	9,0
	Anteil in %	80,2	51,2	76,4	43,7

Quelle: Gesundheitsstatistik 2008 (Statistik Austria, 2009b).

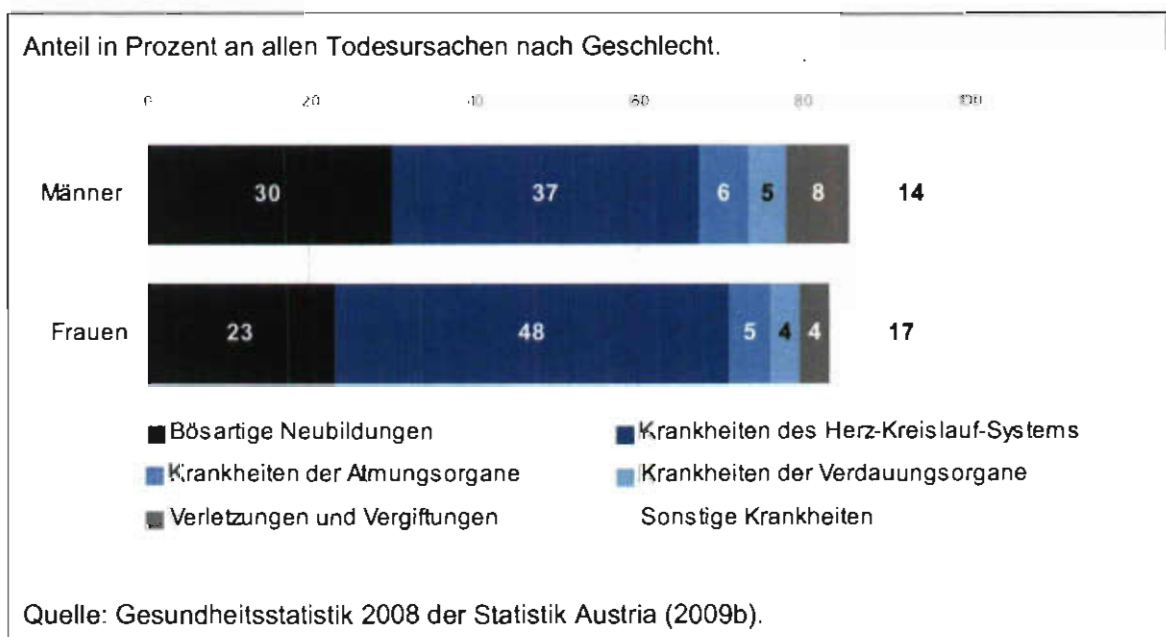
Mit dem Anstieg der **Lebenserwartung** ist die Frage nach dem qualitativen Niveau verbunden, womit sich die Frage stellt: Können die gewonnenen Lebensjahre **in guter Gesundheit** verbracht werden? Hierfür wird eine Maßzahl aus Sterblichkeit und Gesundheitszustand errechnet, die die Lebenserwartung in gesunde und kranke Jahre teilt (Gesundheitsstatistik 2008, S. 35). Die aktuellsten vorliegenden Zahlen stammen aus dem Jahr 2006. Männer konnten bei der Geburt mit 61,8 Jahren in guter Gesundheit, Frauen mit 63,2 entsprechenden Jahren rechnen. Die Differenz liegt somit lediglich bei 1,4 Jahren zuungunsten der Männer. In Prozent der ge-

samten Lebenserwartung bedeutet dies 80,2 Prozent „gesunde“ Jahre für Männer und 76,4 Prozent solcher Jahre für Frauen. Wesentliche und berechnungsrelevante Faktoren hierfür sind die subjektive Beurteilung der Gesundheit, die von Männern besser eingestuft wird (Kap. 2.1.4, Grafik 4) und die geringeren Einschränkungserfahrungen im höheren Alter (Kap. 2.1.4).

Die **positive Entwicklung der Lebenserwartung** bei der Geburt ist auf den starken Rückgang in der Säuglings- und Kindersterblichkeit zur Mitte des 20. Jahrhunderts sowie auf den Rückgang der Sterblichkeit im höheren Alter ab den 1970er-Jahren zurückzuführen – wobei hier die Letalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgenommen hat; diese Abnahme beträgt für die Jahre 1998 bis 2008 40,7 Prozent; die Krebssterblichkeit ist in besagtem Zeitraum um 11,2 Prozent gesunken (altersstandardisierte Angaben).

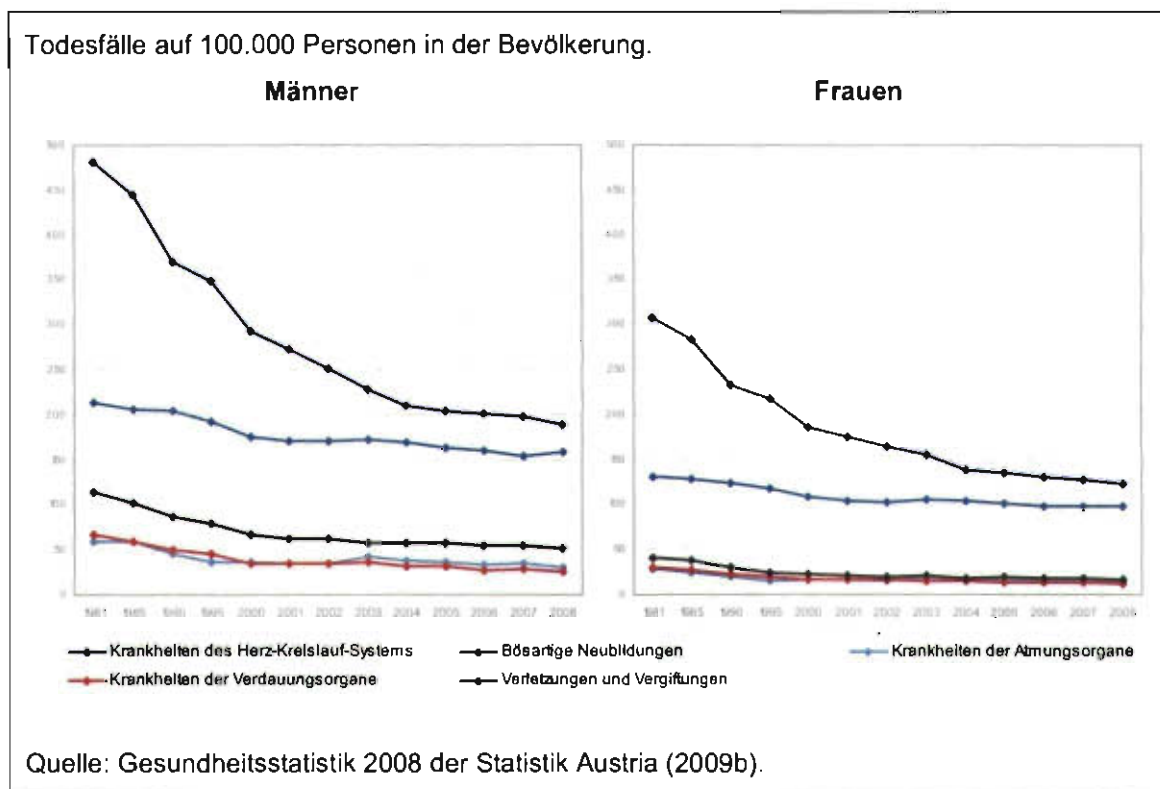
Die **Todesursachen** unterscheiden sich deutlich zwischen Männern und Frauen (Grafik 1), wobei die Unterschiede vor allem im Hinblick auf Krebs und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (HKS) gegeben sind. Beide Ursachengruppen dominieren zwar bei beiden Geschlechtern, jedoch mit unterschiedlicher Gewichtigkeit: Während im Jahr 2008 bei den Männern 37 Prozent der Todesfälle auf Krankheiten des HKS zurückzuführen waren, lag der entsprechende Anteil bei den Frauen bei 48 Prozent. An Krebs starben bei den Männern 30 Prozent und bei den Frauen 23 Prozent. Die übrigen Hauptgruppen von Todesursachen sind Krankheiten der Atmungsorgane, der Verdauung und sonstige Krankheiten. Rund acht Prozent der Männer, jedoch nur rund vier Prozent der Frauen sind an Verletzungen, Unfällen und Vergiftungen gestorben.

Grafik 1: Todesursachen



Die **Sterblichkeit** der Männer ist **insgesamt** höher als jene der Frauen: So starben 2008 je 100.000 der Bevölkerung 539 Männer, jedoch nur 325 Frauen (altersstandardisiert). Die Sterblichkeit an Krankheiten des HKS (189 Männer vs. 124 Frauen je 100.000 der Bevölkerung) und Krebs (159 Männer vs. 97 Frauen) spielt bei Männern eine ungleich größere Rolle. Auch bei Verletzungen und Unfällen sind Männer deutlich stärker gefährdet (52 vs. 18 Frauen). Dies ist vor allem auch auf ein höheres Risiko von tödlichen Arbeits- und Autounfällen, sowie die höhere Selbstmordrate (siehe Kap. 2.1.5) zurückzuführen. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass die Entwicklung der Sterblichkeit bei den Männern und hier insbesondere im Bereich der HKS einen stark fallenden Verlauf nimmt (Grafik 2).

Grafik 2: Sterblichkeit



Von relevanter Bedeutung ist auch die Differenzierung der geschlechtsspezifischen **Todesursachen nach Lebensphasen** (vgl. Tabellen 2 und 3). Während 83,4 Prozent der Todesfälle von Frauen nach dem 70. Lebensjahr eintreten, sind es bei den Männern nur 64,1 Prozent. Männer sterben demnach an Ursachen, die stark vom Lebensstil abhängen. Die höhere Sterblichkeit zeigt sich bereits kurz nach der Geburt. So waren im Jahr 2008 175 Todesfälle von männlichen Babys unter einem Jahr zu beklagen; im gleichen Zeitraum starben 112 kleine Mädchen. Die Ursachen sind Komplikationen vor, während oder unmittelbar nach der Geburt sowie angeborene Fehlbildungen. Der plötzliche Kindstod als Ursache ist bei Knaben etwa doppelt so häufig (9,7 Prozent) wie bei Mädchen (4,5 Prozent). Im Alter von ein bis neun Jahren sind nur geringfügige Unterschiede in der Sterblichkeit zu verzeichnen, danach geht die Schere weit auf, und es sterben in den Altersklassen bis 70 Jahren etwa doppelt so viele Jungen und

Männer wie Mädchen und Frauen. Im höheren Alter gleicht sich das Verhältnis zunächst aus und kehrt sich schließlich um. Die häufigste Todesursache sind bei den Männern bis zur Altersklasse von 39 Jahren Unfälle, gefolgt von Selbstmord und Drogenmissbrauch (Tabelle 2). Dies gilt für junge Frauen nur bis zu einem Alter von 30 Jahren, danach rückt der Krebs als Todesursache mit großem Abstand an die erste Stelle, gefolgt von Krankheiten des HKS. Bei Männern zeigt sich dieses Muster erst zehn Jahre später. Die höhere Sterblichkeit in jüngeren Jahren ist daher nicht primär auf biologische oder rein körperliche Ursachen zurückzuführen, sondern auf Unfälle, psychische Überlastungen und Destabilisierungen (Suizid, Drogenmissbrauch). Daher wären bei der Förderung eines gesünderen Lebensstils bei Männern für die jüngeren Altersklassen jedenfalls Programme für ein risikobewussteres Verhalten sowie die Förderung von mehr Offenheit in der Gesellschaft für die Behandlung psychischer Probleme angezeigt.

Tabelle 2: Todesursachen nach Lebensphasen bei Männern

Anteile in Prozent.

Alter	Todesfälle	In % der jeweiligen Altersgruppe bei insgesamt 35.156 Todesfällen				
		1.	2.	3.	4.	5.
Unter 1 Jahr	175	Komplikationen vor, während und nach der Geburt 48,0	Angeborene Fehlbildungen 29,7	Plötzlicher Kindstod 9,7	Krankheiten des Nervensystems 2,9	Infektionskrankheiten 2,3
1 bis 9 Jahre	49	Unfälle 36,7	Angeborene Fehlbildungen 20,4	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 10,2	Krebs 10,2	Krankheiten der Atmungsorgane 6,1
10 bis 19 Jahre	173	Unfälle 40,5	Selbstmord 14,5	Drogenmissbrauch 10,4	Krankheiten des Nervensystems 8,7	Krebs 7,5
20 bis 29 Jahre	403	Unfälle 36,7	Selbstmord 18,6	Drogenmissbrauch 16,6	Krebs 8,9	Herz-Kreislauf-Krankheiten 4,0
30 bis 39 Jahre	534	Unfälle 23,2	Selbstmord 23,0	Krebs 12,2	Herz-Kreislauf-Krankheiten 8,1	Drogenmissbrauch 7,3
40 bis 49 Jahre	1.527	Krebs 25,3	Herz-Kreislauf-Krankheiten 21,2	Selbstmord 12,0	Unfälle 10,5	Krankheiten der Verdauungsorgane 9,0
50 bis 59 Jahre	3.217	Krebs 39,1	Herz-Kreislauf-Krankheiten 20,5	Krankheiten der Verdauungsorgane 10,6	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 6,2	Unfälle 5,8
60 bis 69 Jahre	6.533	Krebs 41,6	Herz-Kreislauf-Krankheiten 27,7	Krankheiten der Verdauungsorgane 6,5	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 6,3	Krankheiten der Atmungsorgane 4,0
70 bis 79 Jahre	8.996	Herz-Kreislauf-Krankheiten 37,1	Krebs 34,8	Krankheiten der Atmungsorgane 6,8	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 6,0	Krankheiten der Verdauungsorgane 3,9
80 bis 89 Jahre	10.802	Herz-Kreislauf-Krankheiten 49,0	Krebs 23,8	Krankheiten der Atmungsorgane 7,8	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 4,8	Krankheiten des Nervensystems 3,6
90 Jahre und älter	2.747	Herz-Kreislauf-Krankheiten 59,6	Krebs 14,8	Krankheiten der Atmungsorgane 6,8	Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 3,3	Unfälle 3,2

Quelle: Gesundheitsstatistik 2008 der Statistik Austria (2009b).

Tabelle 3: Todesursachen nach Lebensphasen bei Frauen

Anteile in Prozent.						
Alter	Todesfälle	In % der jeweiligen Altersgruppe bei insgesamt 35.156 Todesfällen				
		1.	2.	3.	4.	5.
Unter 1 Jahr	112	Komplikationen vor, während und nach der Geburt 58,9	Angeborene Fehlbildungen 27,7	Plötzlicher Kindstod 4,5	Krankheiten des Nervensystems 2,7	Infektionskrankheiten 2,7
1 bis 9 Jahre	43	Angeborene Fehlbildungen 25,6	Krebs 16,3	Krankheiten des Nervensystems 16,3	Unfälle 14,0	Herz-Kreislauf-Krankheiten 7,0
10 bis 19 Jahre	85	Unfälle 30,6	Krebs 14,1	Selbstmord 9,4	Drogenmissbrauch 8,2	Krankheiten des Nervensystems 8,2
20 bis 29 Jahre	142	Unfälle 23,2	Selbstmord 15,5	Krebs 14,8	Drogenmissbrauch 10,6	Herz-Kreislauf-Krankheiten 8,3
30 bis 39 Jahre	234	Krebs 42,3	Herz-Kreislauf-Krankheiten 12,0	Selbstmord 8,1	Unfälle 5,6	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 5,1
40 bis 49 Jahre	756	Krebs 45,5	Herz-Kreislauf-Krankheiten 13,2	Selbstmord 7,4	Krankheiten der Verdauungsorgane 6,6	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 5,0
50 bis 59 Jahre	1.697	Krebs 56,4	Herz-Kreislauf-Krankheiten 13,8	Krankheiten der Verdauungsorgane 6,3	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 4,8	Selbstmord 3,9
60 bis 69 Jahre	3.545	Krebs 50,8	Herz-Kreislauf-Krankheiten 20,4	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 6,5	Krankheiten der Verdauungsorgane 5,1	Krankheiten der Atmungsorgane 4,8
70 bis 79 Jahre	6.822	Herz-Kreislauf-Krankheiten 37,2	Krebs 32,9	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 8,0	Krankheiten der Atmungsorgane 5,2	Krankheiten der Verdauungsorgane 4,0
80 bis 89 Jahre	18.151	Herz-Kreislauf-Krankheiten 54,9	Krebs 17,0	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 6,8	Krankheiten der Atmungsorgane 5,3	Krankheiten des Nervensystems 4,0
90 Jahre und älter	8.340	Herz-Kreislauf-Krankheiten 66,6	Krebs 7,7	Krankheiten der Atmungsorgane 5,4	Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten 4,5	Krankheiten des Nervensystems 2,8

Quelle: Gesundheitsstatistik 2008 der Statistik Austria (2009b).

2.1.4 GESCHLECHTSSPEZIFISCHE MORBIDITÄT

Objektive Daten über gesundheitliche Beeinträchtigungen gibt es nur für ganz wenige Erkrankungen, wie z.B. für Krebs, dessen Diagnose bereits seit mehr als 20 Jahren im Österreichischen Krebsregister der Statistik Austria geführt wird. Daten aus Spitalsentlassungen können nur einen groben Hinweis für die Häufigkeit von Krankheiten geben. Hierfür soll auf subjektive Daten, die in bevölkerungsrepräsentativen Surveys gesammelt werden, zurückgegriffen werden. Für Aussagen zur Gesamtbevölkerung eignet sich dazu die Österreichische Gesundheits-

befragung 2006/2007 (Statistik Austria, 2007), die vom damaligen BMGFJ und der Statistik Austria durchgeführt wurde. Daten zur unselbständig erwerbstätigen Bevölkerung liefert der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich (IFES, 2010a; vgl. Kap. 2.1.6).

Infobox: Gesundheitsbefragung 2006/2007

Die Statistik Austria führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur vom März 2006 bis Februar 2007 eine österreichweite Erhebung zum Thema Gesundheit durch.

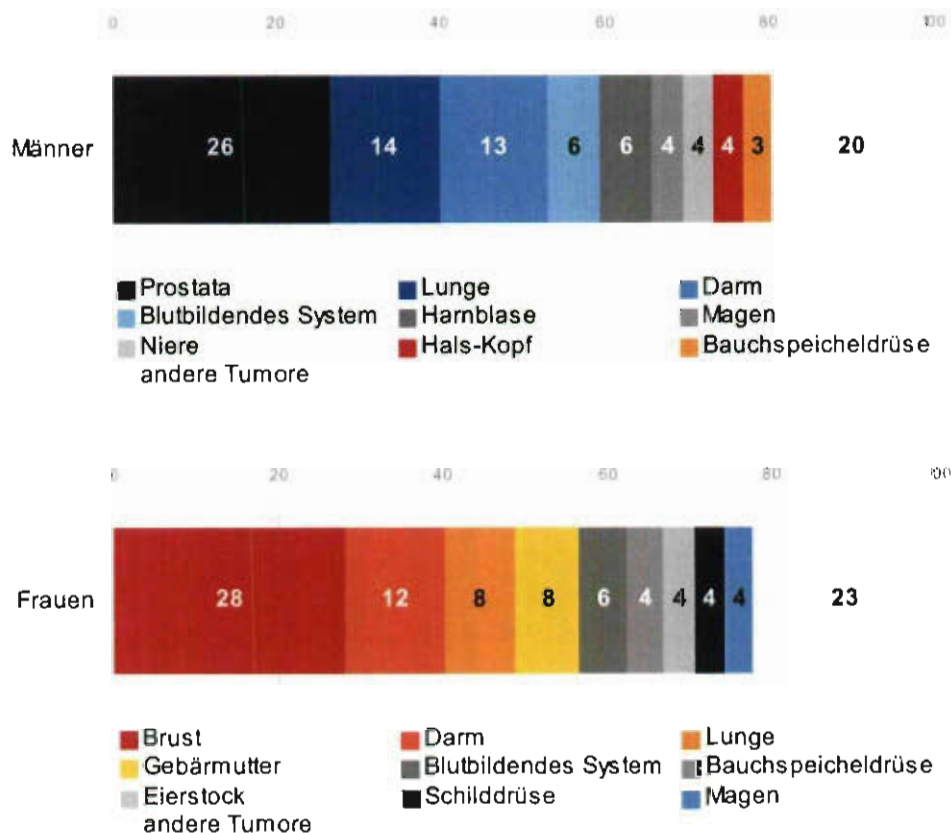
Daten zur Untersuchung:

- ◆ 15.000 persönliche und computerunterstützt durchgeführte Interviews (CAPI – Computer Assisted Personal Interviewing). Die Erhebung über die Lebensqualität erfolgte durch die befragten Personen mittels eines selbstauszufüllenden Papierfragebogens im Anschluss an das persönliche Interview.
- ◆ Grundgesamtheit: österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (hochgerechnet 6,9 Mio. Personen).

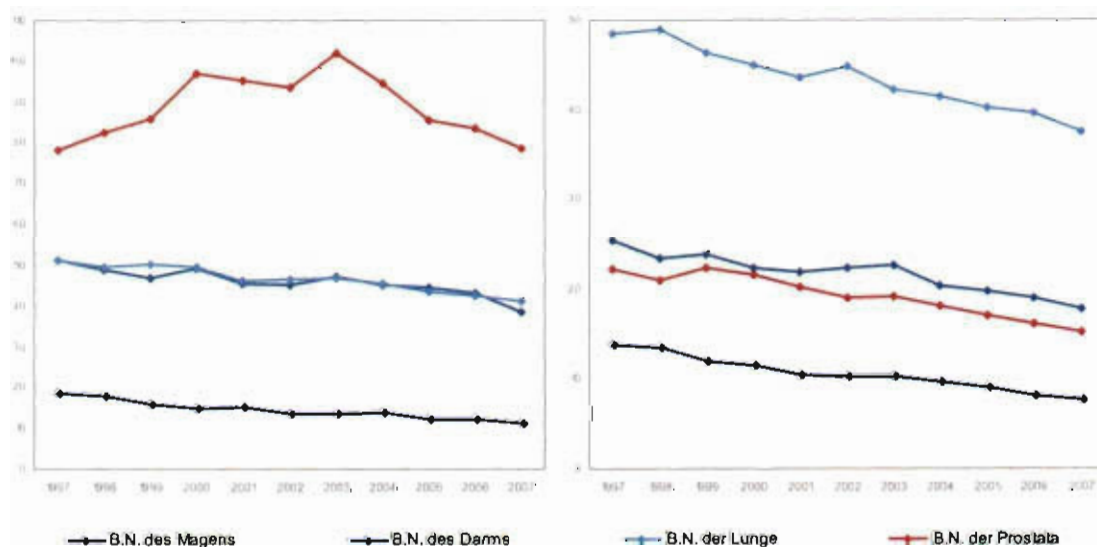
Das Österreichische **Krebs**register verzeichnet sowohl bei den Sterblichkeitsraten als auch bei den Neuerkrankungen fallende und damit positive Trends (vgl. Grafik 3). Unter den Neuerkrankungen nehmen bösartige Neubildungen an der Prostata mit Abstand den ersten Platz ein, gefolgt von Tumoren in Lunge und Darm. Die Inzidenz (Neuerkrankungen) von Prostatakrebs hat in den Jahren 1997 bis 2003 deutlich zu- und dann wieder stark abgenommen, sodass derzeit wieder das Niveau von 1997 erreicht ist. Die entsprechende Sterblichkeitsrate ist hingegen stetig zurückgegangen. Die häufigste Krebstodesursache ist bei Männern Lungenkrebs.

Grafik 3: Krebs – Neuerkrankungen und Sterblichkeit

Anteil in Prozent der Tumorarten an den bösartigen Neubildungen.



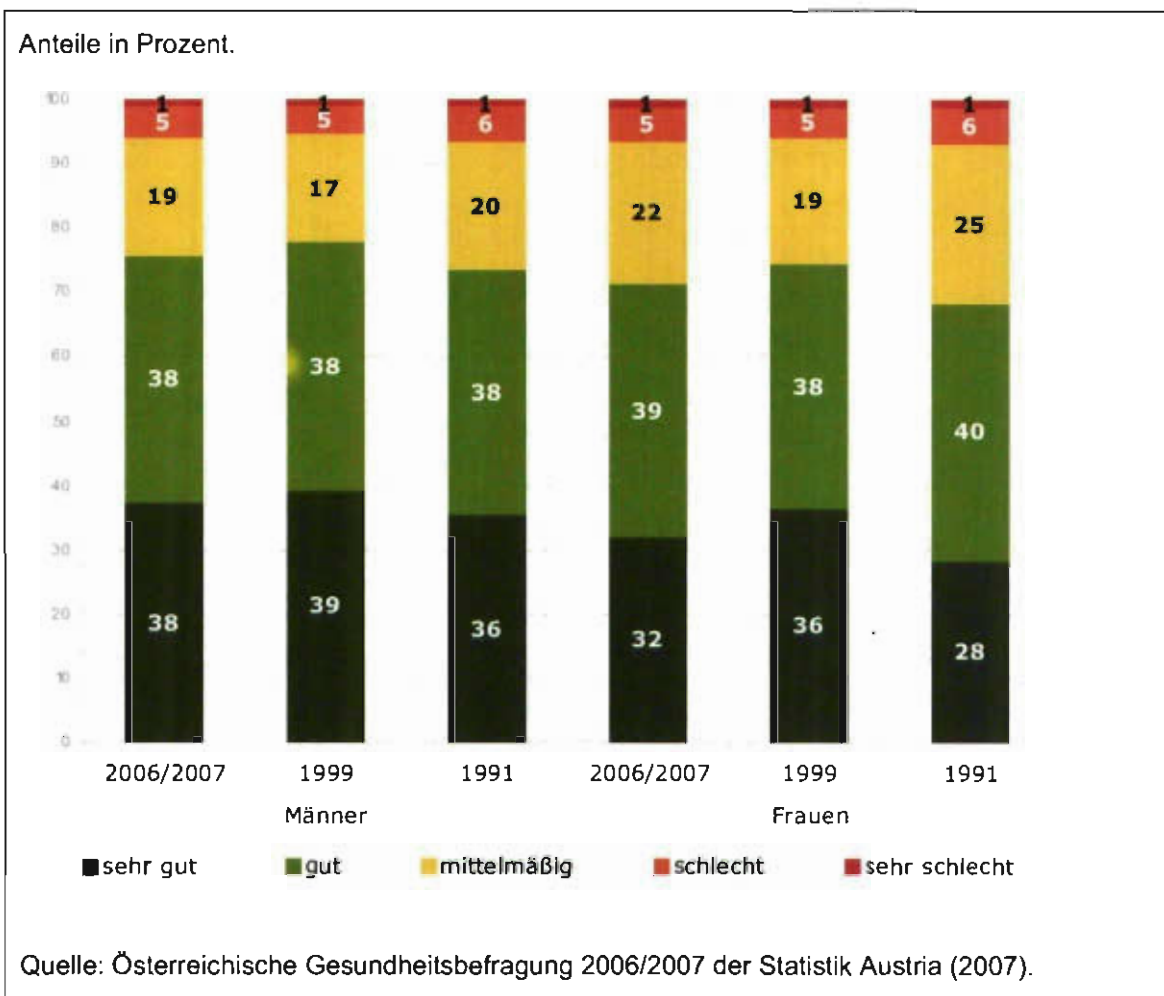
Neuerkrankungen (linke Grafik) und Sterblichkeit (rechte Grafik) je 100.000 Männer.



Quelle: Gesundheitsstatistik 2008 der Statistik Austria (2009b).

Der Mediziner Siegfried Meryn führt den Rückgang der Sterblichkeit auf den medizinischen Fortschritt in Österreich zurück, der gerade bei der Behandlung von Krebs beeindruckend sei. Verbesserte Früherkennung bzw. ein geändertes Gesundheitsverhalten von Männern seien seiner Ansicht nach nicht dafür verantwortlich, wenngleich es punktuell zu positiven Entwicklungen wie z.B. in der Diagnose von Prostatakrebs gekommen sei. Daher sei es in der Statistik auch zu einem Anstieg von Neuerkrankungen um die Jahrtausendwende gekommen. Dass sich die medizinische Versorgung und nicht das Gesundheitsverhalten verbessert habe, zeige sich auch darin, dass die Zahl der Neuerkrankungen nur geringfügig abnehme bzw. stagniere, die Sterblichkeit jedoch deutlich zurückgegangen sei.

Grafik 4: Subjektiver Gesundheitszustand



Männer bewerten ihren **subjektiven Gesundheitszustand** im Allgemeinen positiver als Frauen, wobei die Unterschiede aber als eher gering einzustufen sind (vgl. Grafik 4). Während 39,4 Prozent der Männer im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 die entsprechende Frage mit „sehr gut“ beantworteten, lag der Anteil bei den Frauen bei 35,6 Prozent. Die Unterschiede zeigen sich schließlich in der Kategorie „mittelmäßig“ mit umgekehrten Vorzeichen: 20,2 Prozent der Frauen, aber nur 16,8 Prozent der Männer wählten diese Katego-

rie. Bei den übrigen Antwortmöglichkeiten betragen die Anteilsunterschiede weniger als einen Prozentpunkt. Bei beiden Geschlechtern ist seit 1991 ein positiver Trend in dieser Frage zu verzeichnen, wobei sich die Differenz von 1991 bis 1999 deutlich verringert hat und seither relativ konstant ist.

Der Gesundheitszustand wird von Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft de facto gleich eingeschätzt wie von Personen mit einer anderen Staatszugehörigkeit. Hinsichtlich des Geburtslandes weisen im Ausland Geborene mit insgesamt 72 Prozent positiven Einstufungen eine etwas niedrigere Quote auf als in Österreich Geborene (76%). Differenzierungen zwischen den Herkunftsländern sowie zwischen Frauen und Männern mit Migrationshintergrund sind auf Basis der Tabellen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 nicht möglich.

Die Unterschiede sind zum Teil durch den höheren Anteil an älteren Personen bei den Frauen bedingt. Vergleicht man Männer und Frauen gleicher Altersgruppen, so zeigt sich, dass Männer seltener **funktionale Einschränkungen** aufweisen als Frauen. So berichten knapp sieben von zehn Männern im Alter von 60 bis 75 Jahren, keinerlei funktionale Einschränkungen (z.B. beim Treppen steigen, Bücken und Niederknien, eine Einkaufstasche tragen etc.) im Alltag zu haben, bei den Frauen sind es 62 Prozent. In der älteren Altersklasse ab 75 Jahren sind die Unterschiede zugunsten der Männer noch größer: Während 47 Prozent der männlichen Befragten von keinerlei Einschränkungen berichteten, waren es bei den Frauen nur 26 Prozent. Aus diesen Befunden ergibt sich schließlich der höhere Anteil an Lebensjahren bei guter Gesundheit (Tabelle 1, Kap. 2.1.3) bei den Männern.

Die Befundlage ist jedoch zu hinterfragen. Zum einen ist nur der relative Anteil an gesunden Lebensjahren bei den Männern höher als bei den Frauen. Dies sei laut Meryn jedoch klar, wenn man bedenkt, dass früher sterbende Männer erst gar nicht in das Alter kommen, um gewisse Beschwerden zu entwickeln. Zum anderen wisse man, dass Männer eine geringere Sensibilität gegenüber Symptomen hätten und diese häufiger ignorierten. Die Tatsache, dass Männer ihre Gesundheit subjektiv besser einschätzten, sei daher nur mit Vorsicht optimistisch zu bewerten (vgl. auch Andersen et al, 2008).

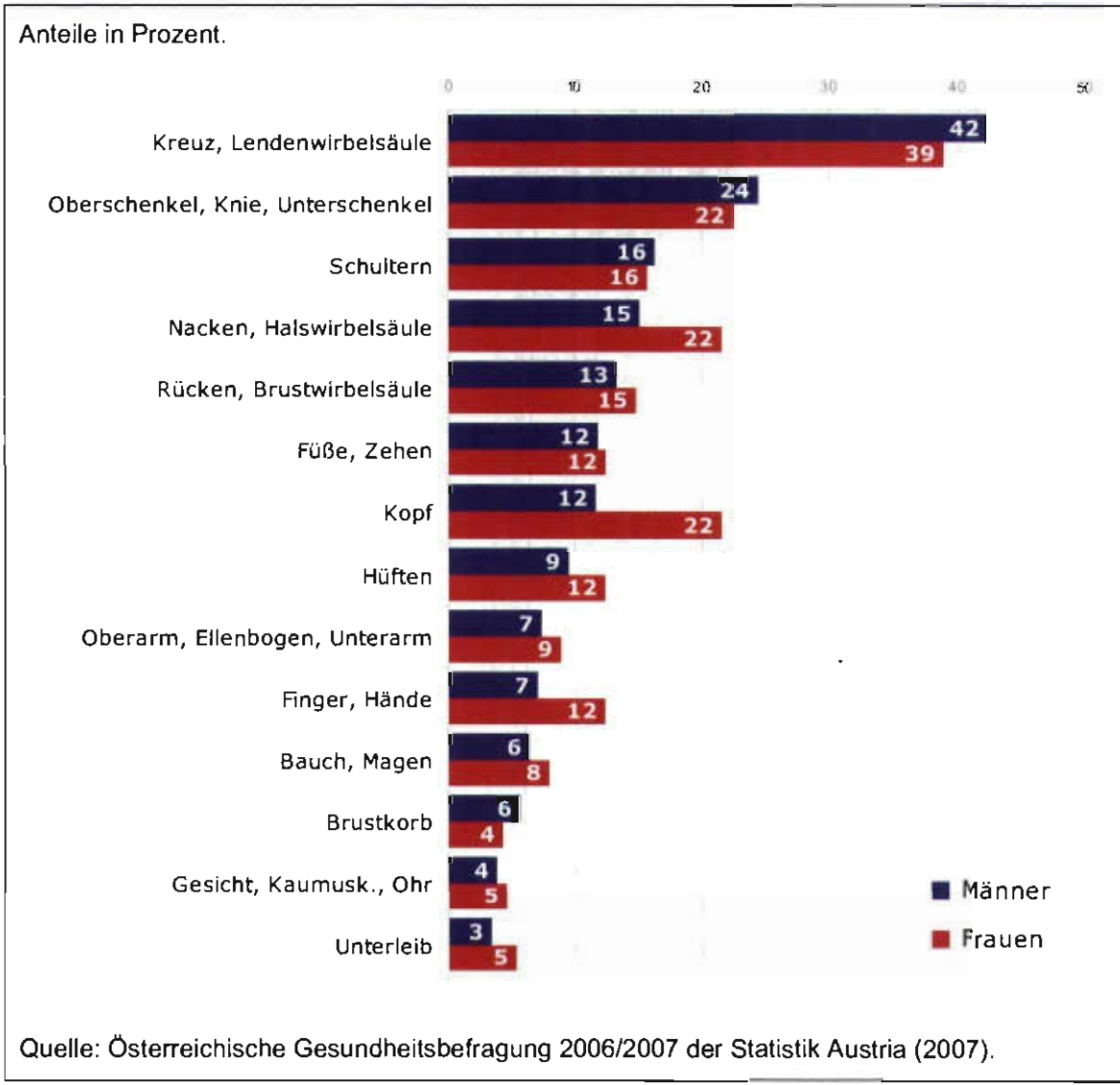
Bei nahezu allen im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 abgefragten **chronischen Krankheiten** sind Frauen stärker betroffen als Männer – dies gilt insbesondere für die Top-5 Beeinträchtigungen: Wirbelsäulenbeschwerden (39% der Frauen vs. 36% der Männer), Allergien (25 vs. 18), Bluthochdruck (23 vs. 20), Kopfschmerzen (26 vs. 12) und Gelenksrheumatismus (20 vs 13).

Beim **Schmerzgeschehen** innerhalb der letzten zwölf Monate dominieren Kreuzbeschwerden die Liste der Beeinträchtigungen (Grafik 5). Hiervon sind Männer mit 42 Prozent etwas häufiger betroffen als Frauen (38%). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern halten sich insgesamt in engen Grenzen, mit Ausnahme von Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (22%

der Frauen vs. 15% der Männer) und Kopfschmerzen (22 vs. 11), von denen Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer.

Allgemein sei bei den niedrigeren Prävalenzraten der Männer zu berücksichtigen, dass hier auch die Sensibilität geringer sei als bei den Frauen, so Meryn. Symptome würden demnach „übersehen“ oder als „nicht wichtig“ eingestuft, etwa nach der Prämisse: „Es ist ja nichts.“ Erinert sei hier auch an das „Ein Indianer kennt keinen Schmerz“, das bei Männern nach wie vor verinnerlicht sei.

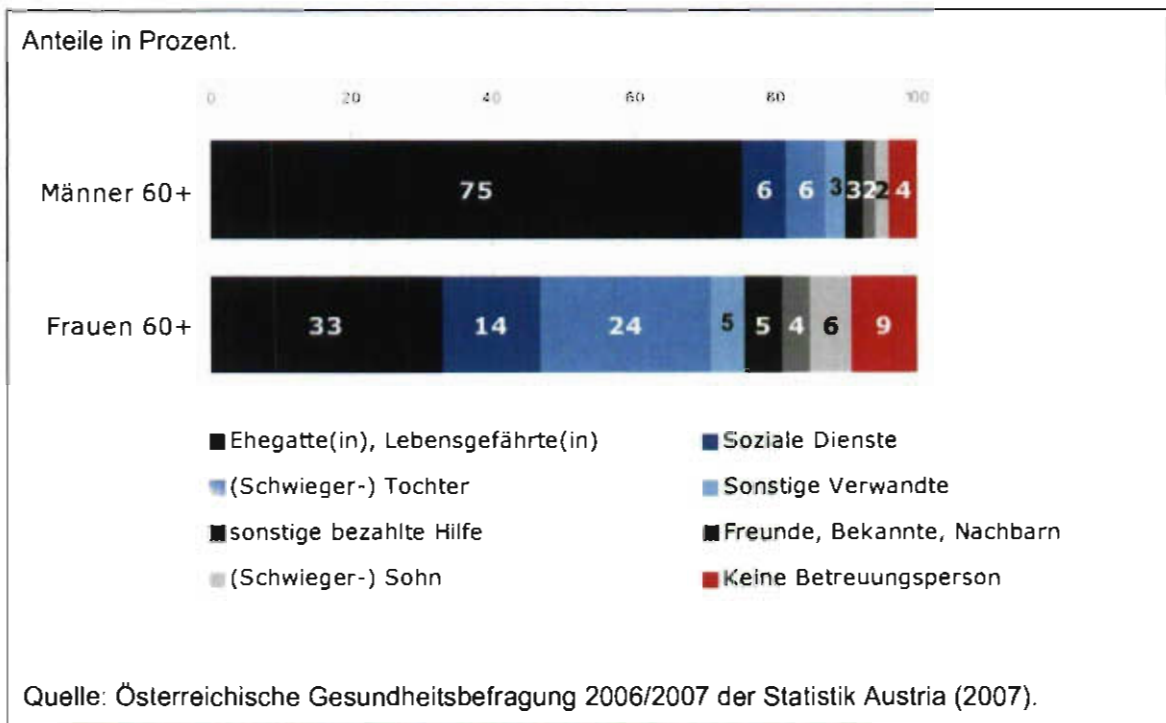
Grafik 5: Schmerzgeschehen und Einschränkungen



Der genaue **Pflegebedarf** (älterer Menschen) in Österreich ist nicht bekannt. Die Angaben aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 zu Problemen in der Verrichtung von Basisaktivitäten lassen darauf schließen, dass 471.000 Menschen Hilfe benötigen, davon 174.000 Männer (und 297.000 Frauen). Diese Zahlen entsprechen auch in etwa den Größenordnungen von Pflegegeldbezieher/innen, unter denen der Anteil der Frauen 67,2 Prozent be-

trägt (2007). Insgesamt bezogen rund 135.000 Männer und 278.000 Frauen Pflegegeld (Gesundheitsstatistik 2008). Die Situation bezüglich der Pflege bei akuten Krankheiten oder allgemeiner Hilfsbedürftigkeit gestaltet sich für die Geschlechter sehr unterschiedlich (Grafik 6): Während rund drei Viertel aller Männer (über 60 Jahren) von ihren Ehefrauen oder Lebensgefährtinnen betreut werden, trifft dies nur auf etwa ein Drittel der Frauen zu. Diese sind in stärkerem Maße auf ihre Töchter oder andere Verwandte angewiesen.

Grafik 6: Pflege im Bedarfsfall



2.1.5 LEBENSSTIL, VORSORGE UND RISIKOVERHALTEN

Physische und psychische Gesundheit hängen von einer Reihe von Faktoren ab – ein wesentlicher davon ist der Lebensstil. Darunter versteht man ein Bündel von Verhaltensweisen und Einstellungen, die weitgehend verfestigt sind und an denen sich eine Person in ihren täglichen Entscheidungen und ihrem Tun orientiert. Diese entstehen meist schon in der Kindheit bzw. in der Jugend, d.h. analoge geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich bereits in jungen Jahren feststellen (Kap. 2.1.7).

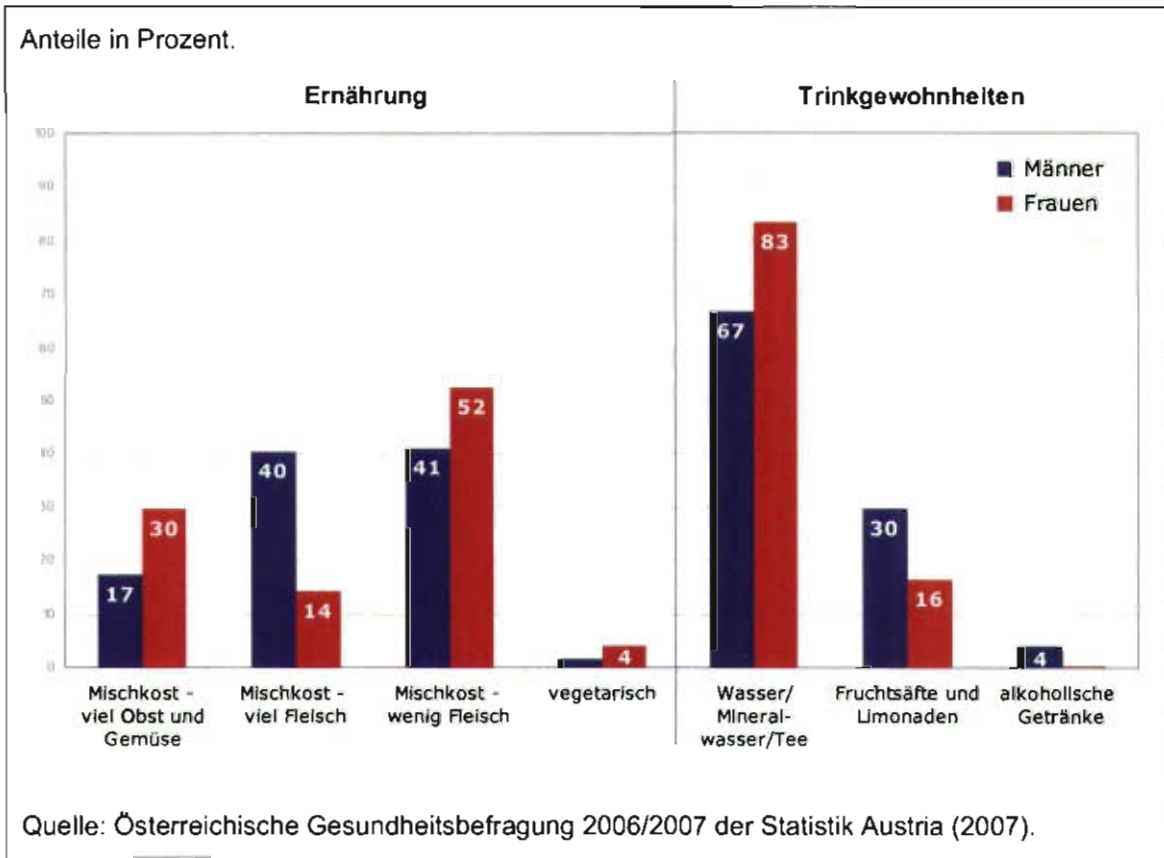
Im Folgenden sollen die Besonderheiten des männlichen Lebensstils aufgelistet werden (Gesundheitsbefragung 2006/2007):

- **Ernährung – Männer essen mehr Fleisch:** Rund vier von zehn Männern bevorzugen Mischkost mit viel Fleisch (Frauen: 14 Prozent), ebensoviele Mischkost mit wenig Fleisch (Frauen: 52 Prozent). Es fehlen daher häufig Obst und Gemüse am Speisezettel – nur 17

Prozent der Männer achten bei ihrer Kost auf ein ausgewogenes Verhältnis (Frauen: 30 Prozent). Der kleine Rest ernährt sich vegetarisch.

- **Trinkgewohnheiten – Männer greifen häufiger zu Fruchtsäften und gezuckerten Limonaden:** Zwei Drittel der Männer und 83 Prozent der Frauen trinken vorwiegend Wasser, Mineralwasser oder ungezuckerten Tee, um den Durst zu stillen. 30 Prozent greifen vorwiegend zu Fruchtsäften und gezuckerten Limonaden (Frauen: 16%). Bei den jüngeren Männern unter 30 Jahren sind es sogar 43 Prozent (Frauen: 27%).

Grafik 7: Ernährung und Trinkgewohnheiten



- **Gewicht – Männer sind häufiger übergewichtig als Frauen:** Während nur 42 Prozent der Männer normalgewichtig sind, trifft dies auf 54 Prozent der Frauen zu. Seit 1999 ist bei den Männern ein positiver Trend (damals 36 Prozent normalgewichtig) festzustellen; bei den Frauen verhält es sich umgekehrt (damals: 66 Prozent normalgewichtig). Stark adipös sind aktuell je rund 13 Prozent der Männer und Frauen – Tendenz bei beiden steigend.

Tabelle 4: Gewicht

Anteile in Prozent.

Geschlecht, Alter (in Jahren)	Untergewicht BMI<18,5		Normalgewicht BMI 18,5-<25		Übergewicht BMI 25-<30		Adipositas BMI 30 und mehr	
	1999	2006/07	1999	2006/07	1999	2006/07	1999	2006/07
Männer (in %)								
Insgesamt	0,9	0,6	35,6	41,6	54,4	44,9	9,1	12,8
20 bis 29	1,5	0,7	52,2	69,5	42,4	24,0	3,9	5,7
30 bis 44	0,7	0,5	38,5	44,6	53,4	44,0	7,4	10,8
45 bis 59	0,6	0,4	26,6	30,2	59,9	52,2	12,9	17,2
60 bis 74	0,7	0,5	25,7	28,1	60,1	52,9	13,5	18,6
75+ Jahre	1,8	2,4	35,4	37,9	56,1	51,5	6,7	8,1
Frauen (in %)								
Insgesamt	3,3	2,9	66,1	53,8	21,5	29,9	9,1	13,4
20 bis 29	6,7	7,6	80,8	72,5	9,1	14,1	3,4	5,8
30 bis 44	3,7	3,1	74,2	64,0	15,8	23,4	6,3	9,4
45 bis 59	1,7	1,7	59,5	48,5	26,9	33,3	11,9	16,5
60 bis 74	1,5	1,0	50,9	36,8	32,0	41,3	15,6	20,9
75+ Jahre	3,8	1,6	61,2	42,7	26,9	40,7	8,2	15,0

Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria (2007).

- **Alkohol – Männer trinken häufiger und mehr Alkohol:** Ein Drittel der Männer, aber nur 15 Prozent der Frauen geben an, am Vortag der Befragung (Sonntag bis Donnerstag) Alkohol getrunken zu haben. Im Schnitt konsumierten Männer dabei zwei Standardgläser⁵ und Frauen ein Standardglas. Am Wochenende wird mehr getrunken: 42 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen konsumierten am Wochenende vor der Befragung Alkohol. Auch die Trinkmenge ist dann größer: Zweieinhalb Standardgläser bei Männern und eineinhalb bei Frauen. Sowohl unter der Woche als auch am Wochenende trinken junge Männer (unter 30) die größte Menge Alkohol. Im Rahmen der Befragung wurde auch festgestellt, dass sieben Prozent der männlichen und rund zwei Prozent der weiblichen Bevölkerung ein problematisches Trinkverhalten aufweisen.

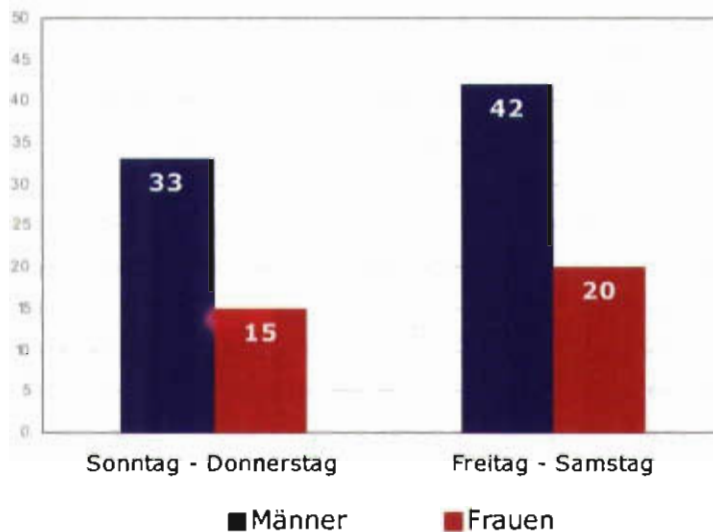
⁵ etwa 20g reiner Alkohol, z.B. ein halber Liter Bier oder ein Viertel Wein

Grafik 8: Trinkgewohnheiten

Alkoholkonsum in den letzten vier Wochen vor der Befragung.
Anteile in Prozent.

Geschlecht	Anzahl der Tage mit Alkoholkonsum während der letzten vier Wochen				
	0 Tage	1-7 Tage	8-14 Tage	15-21 Tage	22-28 Tage
Männer	28,3	34,1	19,8	6,9	10,9
Frauen	49,9	34,8	9,4	3,0	2,9

Alkoholkonsum an Tagen vor der Befragung.
Anteile in Prozent.



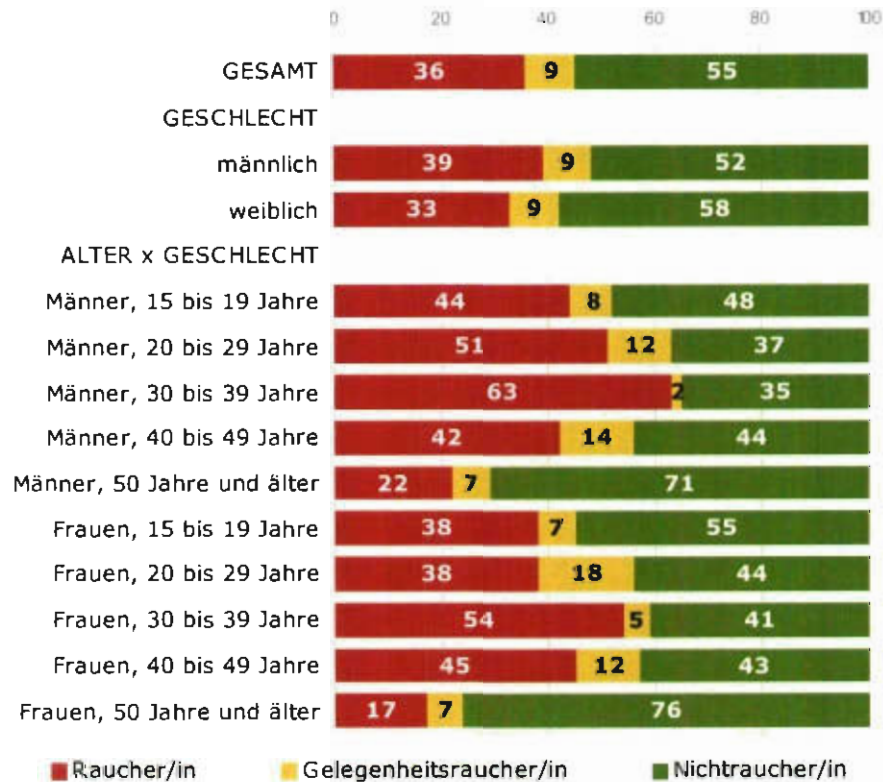
Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria (2007).

- Rauchen – Männer greifen häufiger zur Zigarette:** Laut Statistik Austria rauchten im Jahr 2006/2007 27,5 Prozent der Männer und 19,4 Prozent der Frauen täglich. Während die Tendenz bei den Männern seit 1972 (38,7 Prozent der Männer waren tägliche Raucher; Frauen: 9,8 Prozent) kontinuierlich nach unten zeigt, steigt der Anteil an Raucherinnen sukzessive an. Andere Studien zum Rauchverhalten weisen stets höhere Raucherquoten auf als die Erhebungen der Statistik Austria: Bei einer vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI-Sucht) im Jahr 2004 (zitiert unter Uhl et al., 2005) durchgeführten Studie zum Substanzgebrauch gaben 39,4 Prozent der Männer und 37,2 Prozent der Frauen an, täglich zu rauchen, weitere 8,7 Prozent bzw. 9,3 Prozent stufen sich als Gelegenheitsraucher ein. Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) 2010 durchgeführte Studie des IFES (2010c) erfasst unter den Männern 39 Prozent Raucher und neun Pro-

zent Gelegenheitsraucher; bei den Frauen liegen die entsprechenden Anteile bei 33 bzw. neun Prozent.

Grafik 9: Rauchverhalten

Anteile in Prozent.



Quelle: IFES (2010c).

	1972	1979	1986	1997	2006/07
Männer	38,7	35,3	34,6	30,0	27,5
Frauen	9,8	13,6	17,5	18,8	19,4

Quelle: Statistisches Jahrbuch Österreichs 2010 der Statistik Austria (2009a).

Während sich bezüglich der Ernährungsgewohnheiten (Essen und Trinken) keine Unterschiede zwischen ausländischen und österreichischen Staatsbürger/innen ergeben, lässt sich beim Rauchen und in der Frage der körperlichen Aktivität ein ungesünderes und beim Alkoholkonsum ein gesünderes Verhalten der ausländischen Bevölkerung feststellen. Die Differenz der Raucheranteile zwischen österreichischen und nicht-österreichischen Staatsbürger/innen lässt sich auf Basis der Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria auf etwa 10 Prozentpunkte beziffern. Ebenso groß ist die Differenz zuungunsten der ausländischen Bevölkerung bei

den Anteilen an Personen, die sich körperlich betätigen und dabei ins Schwitzen kommen (45% vs. 55%). Umgekehrt verhält es sich in puncto Alkoholkonsum: 39 Prozent der ausländischen Bürger/innen geben an, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keinen Alkohol getrunken zu haben und liegen damit deutlich vor den Österreicher/innen mit 18%.

Im Jahr 2008 nahmen laut Gesundheitsstatistik zehn Prozent aller Männer eine **Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch, bei den Frauen waren es 13 Prozent. Zehn Jahre davor waren es etwa sieben Prozent der Männer und elf Prozent der Frauen – bei den Männern wächst die Zahl der Inanspruchnehmenden damit etwas schneller als bei den Frauen. Im Zeitraum 1998 bis 2008 hat der Frauenanteil an den durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen von 61,8 Prozent auf 58,7 Prozent abgenommen. Insgesamt bleibt die Gesundenuntersuchung jedoch eine Angelegenheit einer relativ kleinen Minderheit – sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der **Inanspruchnahme von Arztpraxen und Ambulanzen** sind überschaubar: 75,6 Prozent der Männer und 81,8 Prozent der Frauen haben laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2006/2007 eine/n Allgemeinmediziner/in aufgesucht. Die Geschlechterproportion (Frauen zu Männer) beträgt damit 1,2. Größere Unterschiede nach Facharztgruppen lassen sich bei Physiotherapie (1,5) sowie Orthopädie, Dermatologie und Augenheilkunde (je 1,4) feststellen. Diese Befunde decken sich mit den spezifischen Morbiditätsmustern (vgl. Kap. 2.1.4).

Wie sind nun diese Unterschiede bei Vorsorge und Arztbesuch einzuschätzen? Meryn verweist bei der Differenz in der Vorsorge darauf, dass die Anteilsunterschiede zwischen Frauen und Männern immerhin 30 Prozent betragen. Der Mann sei hier schon als „Vorsorgemuffel“ zu verstehen, zahlreiche Studien wiesen auch darauf hin, dass Männer bei Beschwerden viel länger warteten, bis sie einen Arzt aufsuchten. Nicht selten höre man: „Ich hab ja nichts, ich hatte ja nur Kopfweg in den letzten Monaten.“ Die Frage, ob hinter der Entscheidung des Mannes, zur Vorsorge oder zum Arzt zu gehen, häufig dessen Frau stehe, bejaht Meryn. Die Vorsorge passiere oft erst auf Druck der Frauen, auch der Arztbesuch werde häufig von ihnen initiiert. Nicht selten höre man, dass der Mann von der Frau „hergeschickt“ worden sei. Oft begleiteten diese ihre Männer und erklärten den Ärzten, welches Anliegen nun zu behandeln sei. Es sei daher wichtig, dass entsprechende Schritte gesetzt werden, damit es hier zu einer Verhaltensänderung komme, damit Männer auch von sich aus tätig werden (vgl. dazu auch Kap. 2.1.8).

Im **Straßenverkehr** ereigneten sich 2008 in Österreich insgesamt rund 39.000 **Unfälle mit Personenschaden**. 56 Prozent der Verunglückten und 75 Prozent der Getöteten waren Männer (absolut: 500), d.h. Männer sind im Allgemeinen häufiger und im Besonderen an schweren Unfällen beteiligt. Der geschlechtsspezifische Unterschied bei den letalen Folgen ist vor allem auch auf Motorradfahrer zurückzuführen – bei den Unfällen mit Beteiligung eines Motorrads waren 86 Prozent der Lenker männlich, was natürlich auch mit der Dominanz der Männer unter den Motorradfahrer/innen zusammenhängt. Bei PKW-Unfällen ist das Geschlechterverhältnis

ausgewogen. Von den im Straßenverkehr tödlich verunglückten Männern waren 38 Prozent zwischen 15 und 34 Jahre alt, bei den Frauen fielen 27 Prozent in diese Altersgruppe.

Der zeitliche Verlauf zeigt einen starken Rückgang der im Straßenverkehr verunglückten Männer auf ein Drittel des Niveaus der frühen 80er Jahre: Damals kamen im Schnitt noch 1.500 bei Verkehrsunfällen zu Tode. Bei den Frauen mussten rund 500 Tote jährlich beklagt werden, heute sind es um die 170 Fälle.

Eine weitere Risikoquelle für jüngere Männer stellen **Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten** dar, die in Kapitel 2.1.6 näher dargestellt werden.

Im Jahr 2008 haben 962 Männer **Selbstmord** begangen – damit ist die Zahl der Suizide weiter rückläufig. In den frühen 1980er Jahren lagen die Statistiken noch jenseits der 1.400 Fälle und sind seit 2006 unterhalb der 1.000er-Marke. Frauen begehen deutlich seltener Selbstmord: Im Jahr 2008 waren es 303 Frauen – deren Zahl ist von etwa 600 Fällen in den 1980er Jahren relativ gesehen noch deutlicher zurückgegangen als jene der Männer.

Die Zahl der Unfall- und Selbstmordopfer sind seit Jahrzehnten rückläufig. Jegliche in der Prävention gesetzten Maßnahmen sind als erfolgreich einzustufen und weiterhin zu unterstützen. Als erste Zielgröße für Männer kann hier durchaus das derzeitige Niveau bei den Frauen angesetzt werden, das bei Selbstmord unter einem Drittel und bei Verkehrsunfällen unter einem Viertel des Niveaus der Männer liegt.

Einen sehr unerfreulichen Verlauf hingegen nimmt die Zahl der Toten aufgrund von **Drogenmissbrauch**. Die Statistik Austria verzeichnete 2008 174 Männer und 50 Frauen, die durch Drogenabhängigkeit zu Tode gekommen sind. Bei beiden Geschlechtern stellt dies seit den frühen 1980er Jahren den Spitzenwert dar. Während das aktuelle Niveau bei den Frauen auch in den vergangenen Jahren (2005 bis 2007) registriert wurde, ist bei den Männern ein Anstieg festzustellen (2003 bis 2007: etwa 140 bis 150 Fälle). Weigl et al. (2009) kommen in ihrem Bericht zur Drogensituation jedoch zu dem Schluss, dass diese Tendenzen nicht bestätigt seien, da sich in den vergangenen Jahren die Zahl der Verdachtsfälle, die nicht durch eine gerichtliche Obduktion oder sanitätspolizeiliche Leichenöffnung verifiziert wurden, deutlich erhöht habe. Gesichert seien für 2008 daher nur 169 Fälle. Bei diesen liegt das durchschnittliche Sterbealter (Median) bei 25,7 Jahren, der Anteil der unter 20-Jährigen beträgt 13 Prozent. Mit 21 Prozent liegt der Anteil der Frauen an den Drogentoten im langjährigen Durchschnitt.

2.1.6 GESUNDHEIT UND ARBEITEN

Im Jahr 2008 wurden in Österreich 3,5 Millionen Krankenstandsfälle verzeichnet, wovon 1,9 Millionen auf Männer entfielen. Im Zeitraum von 1999 bis 2004 ist die Zahl der Krankenstände zurückgegangen, seit 2005 steigt sie wieder, auch die Dauer hat sich von 11,5 Tagen (2006) wieder auf aktuell 12,5 Tage pro Berufstätigen erhöht. Auf jeden erwerbstätigen Mann entfallen dabei 13,0 Tage, auf jede erwerbstätige Frau hingegen 11,9 Tage. Die Schere zwischen Männern und Frauen liegt damit bei etwa einem Tag und hat sich seit Ende der 1990er Jahre sukzessive von einem Niveau von 2,5 Tagen deutlich verringert (Gesundheitsstatistik 2008).

Ein umfassendes Abbild zur berufsbedingten gesundheitlichen Lage geben das Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007 zum Thema „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ (Statistik Austria, 2009c) sowie der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich (IFES, 2010a).

Infobox: Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme 2007

Bei dieser Publikation der Statistik Austria handelt es sich um ein Modul der Arbeitskräfteerhebung, die im Rahmen des kontinuierlichen Mikrozensus durchgeführt wird. Alle Personen, die in einem ausgewählten Haushalt ihren Hauptwohnsitz haben, werden erfasst. Für Personen ab 18 Jahren besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Auskunftserteilung, für jüngere Personen geben andere Haushaltsmitglieder die erforderlichen Auskünfte. Jeder Haushalt wird fünf Mal in vierteljährlichem Abstand befragt und scheidet dann wieder aus der Stichprobe aus. Die Erstbefragungen finden im Normalfall durch persönliche Befragungen in den Haushalten statt, die vier Folgebefragungen durch telefonische Befragungen über das Telefonstudio der Statistik Austria.

Die Stichprobe umfasst im Jahresdurchschnitt 2007 pro Quartal insgesamt rund 22.100 Wohnungen bzw. Haushalte.

Von den 151.000 **Arbeitsunfällen**, die die Sozialversicherung im Jahr 2008 registrierte, betreffen 77 Prozent Männer – der Anteil liegt somit deutlich über dem Männeranteil an den Beschäftigten von 54 Prozent (vgl. Kap. 2.2). 85 Prozent der von der Sozialversicherung anerkannten Berufskrankheitsfällen (2008: 1.870) entfielen auf Männer. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sind im Zeitraum zwischen 1990 und 1998 um rund ein Drittel zurückgegangen und seither auf relativ konstantem Niveau. Höhere Zahlen weist die Arbeitskräfteerhebung (2009) aus, die auf persönlichen Befragungen beruht: Hier werden 217.000 Arbeitsunfälle – das sind 5,1 Prozent aller Erwerbstätigen – erfasst, von denen rund 70 Prozent auf Männer entfallen. Damit liegt das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, bei Männern bei 6,5 Prozent, bei Frauen hingegen nur bei 3,4 Prozent. Die Gründe für das höhere berufliche Unfallrisiko für Männer sind hauptsächlich in den Arbeitsbedingungen zu sehen, die wiederum mit bestimmten Berufen und Branchen verknüpft sind. Die Auswertungen zeigen, dass gerade männerspezifische Branchen wie Bergbau, Bauwesen, Sachgütererzeugung sowie die Land- und Forstwirtschaft insgesamt sehr hohe Anteile an den Unfällen auf sich vereinen (kumuliert 38 Prozent).

Infobox: Österreichischer Arbeitsgesundheitsmonitor der AK Oberösterreich

Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor wurde 2005 vom IFES im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich entwickelt. Es wird ein sehr breiter Gesundheitsbegriff (körperliche Beschwerden, psychisches Befinden und Positiv-Indikatoren) umgesetzt. Schwerpunkt der Analysen sind die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit.

Daten zur Untersuchung:

- ◆ rund 1.000 persönliche Interviews pro Quartal kontinuierlich seit Anfang 2008 (aktuell: 10.000 Interviews insgesamt).
- ◆ Grundgesamtheit: Österreich, unselbständige Beschäftigte sowie Arbeitslose und freie Dienstnehmer/innen; die Stichprobe wird durch eine mehrfach geschichtete Zufallsauswahl gezogen.
- ◆ Informationen und veröffentlichte Unterlagen können beim IFES oder der Arbeiterkammer Oberösterreich bezogen werden.

Literatur: Raml (2009).

Neben dem individuellen Verhalten und dem Lebensstil spielen die Arbeitsbedingungen eine zentrale Rolle im Entstehungsgefüge von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. in der Aufrechterhaltung von positiven Indikatoren der Gesundheit. Aus den Daten des Sondermoduls zur Arbeitskräfteerhebung 2007 (Statistik Austria, 2009c) und des Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitors (IFES, 2010a) lassen sich folgende Hauptkenntnisse ziehen, die anschließend mit detaillierten Fakten belegt werden sollen:

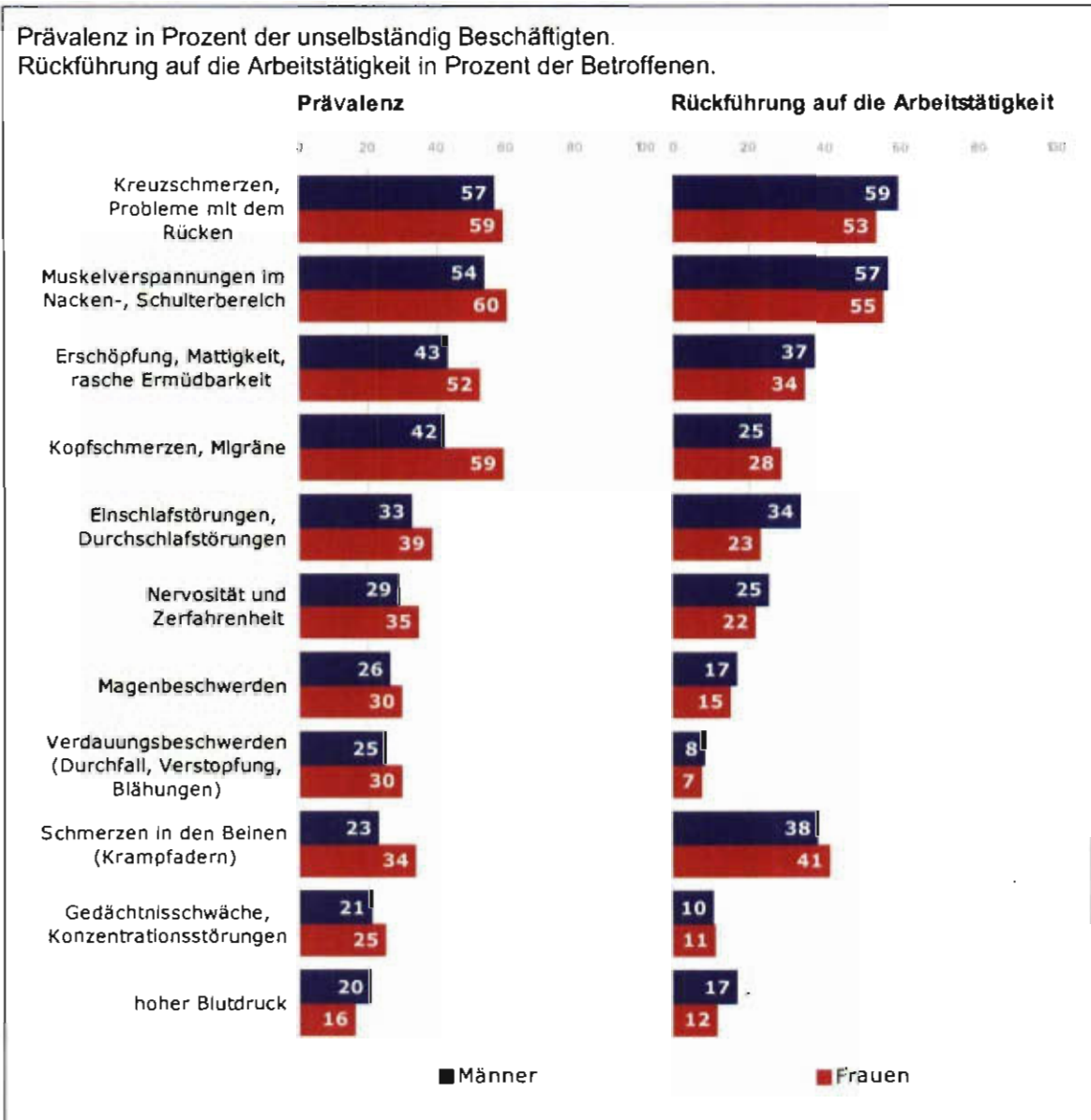
1. Erwerbstätige Männer berichten insgesamt seltener von körperlichen Beschwerden und psychischen Befindensbeeinträchtigungen als erwerbstätige Frauen.
2. Männer sind am Arbeitsplatz deutlich häufiger physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt.
3. Weder Männern noch Frauen ist die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Gesundheit ausreichend bewusst.
4. Arbeitsbelastungen haben bei Männern einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit als bei Frauen.

Probleme mit dem Rücken und Muskelverspannungen stehen ganz oben auf der Liste der **körperlichen Beeinträchtigungen** bei den Berufstätigen. Im Österreichischen Gesundheitsmonitor wird für den Zeitraum der „letzten vier Wochen“ erfragt, wie häufig gesundheitliche Probleme aufgetreten sind. Die nachstehenden Angaben beziehen sich auf jene Gruppe, die im besagten Zeitraum davon betroffen war. 57 Prozent der Männer berichten von Kreuzschmerzen bzw. Problemen mit dem Rücken, 54 Prozent litten unter Muskelverspannungen, 43 Prozent fühlten sich niedergeschlagen bzw. matt und 42 Prozent hatten Kopfschmerzen. Sämtliche Prävalenzraten der Männer liegen damit zum Teil sehr deutlich unter jenen der Frauen (vgl. Grafik 10). Neben der stärkeren Betroffenheit von Frauen werden in der Literatur für diese Unterschiede, die sich de facto in jeder Befragung feststellen lassen, auch geschlechtsspezifische Wahrneh-

mungstendenzen verantwortlich gemacht, wonach Frauen körperlichen Prozessen eine höhere Aufmerksamkeit beimessen und es sozial auch eher toleriert wird, wenn Frauen von körperlichen und/oder psychischen Problemen berichten (vgl. Sieverding & Gromus 2001; Sieverding, 2002, 2004, 2005a, 2005b; Weißenböck & Scheibenreif, 2006; Franzkowiak, 2003; Höpflinger, 2009). Da das Ausmaß derartiger kognitiver Prozesse nur schwer eingeschätzt werden kann, sind insbesondere geschlechtsspezifische Zusammenhangsstrukturen zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit von höherem Interesse.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen im Wechselspiel aus Belastungen und Ressourcen (vgl. Kap. 2.2). Geht es um die Beschreibung der Arbeitsbedingungen, berichten Männer wesentlich häufiger von **physischen und psychischen Belastungen** am Arbeitsplatz als Frauen. Laut Arbeitskräfteerhebung 2007 weisen 68 Prozent der Männer zumindest eine physische oder psychische Belastung auf; bei den Frauen liegt der Anteil bei 51 Prozent. Zu den physischen Belastungen werden hauptsächlich Umweltfaktoren wie Chemikalien, Staub, Lärm, Rauch, aber auch starke körperliche Anstrengungen gezählt – 55 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen sind zumindest von einer solchen Belastungsquelle betroffen. Auch bei den psychischen Belastungen liegen die Männer mit 38 Prozent vor den Frauen mit 29 Prozent – gezählt werden hier z.B. Zeitdruck, Gewalt oder Belästigungen.

Grafik 10: Selbstberichtete Symptome



Quelle: Österreichischer Arbeitsgesundheitsmonitor der AK OÖ (IFES, 2010a).

Lesebeispiel: 42 Prozent der Männer berichteten von Kopfschmerzen in den vier Wochen vor der Befragung. Von diesen Betroffenen führte jedoch nur ein Viertel das Leiden auf die Arbeitstätigkeit zurück.

Im Arbeitsgesundheitsmonitor werden berufliche Belastungen sehr detailliert erfasst und von den Befragten nach ihrer Intensität eingestuft. Berücksichtigt man hier „sehr starke“ oder „starke“ Belastungen, stehen sowohl psychische als auch physische Faktoren bei den Männern an oberster Stelle: Zeitdruck (34%), hohe Verantwortung gegenüber Menschen oder Gütern (25%), dauernd hohe Konzentration (23%), Lärm (21%), häufige Bildschirmarbeit, schwere körperliche Anstrengung (je 19%), Witterung, Staub (je 18%) sowie einseitige körperliche Belastungen

(17%). In den physischen Kategorien rangieren die Männer deutlich vor den Frauen, in den psychischen Kategorien liegen die Geschlechter meist gleichauf (vgl. Grafik 11).

Grafik 11: Belastungen am Arbeitsplatz

Anteile in Prozent (sehr starke und starke Belastung), Item sind eine Auswahl aus einer umfangreicheren Liste.



Quelle: Österreichischer Arbeitsgesundheitsmonitor der AK OÖ (IFES, 2010a; Raml, 2010).

Um den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit zu beschreiben, werden **Risikofaktoren** berechnet, die angeben, um wie viel das Risiko einer Beeinträchtigung steigt, wenn eine Belastung vorliegt oder nicht. Aufschluss darüber gibt Tabelle 5, in der die Risikofaktoren für ausgewählte Beeinträchtigungen und Belastungen getrennt für Männer und Frauen dargestellt sind. Das Bild zeigt, dass Männer unter Belastung nahezu durchwegs höhere Risikofaktoren aufweisen. Die Unterschiede zwischen belasteten und nicht belasteten Männern sind daher deutlich höher als bei den Frauen, d.h. Arbeitsbedingungen üben einen größeren Einfluss aus: Die Arbeitsbedingungen sind bei den Männern unterschiedlicher ausgeprägt. Im Wesentlichen weisen die Ergebnisse auf jene Gruppe von Männern hin, die körperlich sehr schwere Arbeiten verrichten, die ein sehr hohes Risiko für entsprechende Beschwerden mit sich

bringen. Zwei Beispiele: Wenn Männer Probleme mit ihrem Vorgesetzten haben, steigt das Risiko für Schlafstörungen um den Faktor 2,3 – bei Frauen um den Faktoren 1,7. Fühlen sich Männer am Arbeitsplatz ständig kontrolliert, so weisen sie ein doppelt so hohes Risiko für hohen Blutdruck auf als ihre unbelasteten Kollegen; bei den Frauen liegt der Faktor mit 1,6 deutlich niedriger.

Bündelt man sämtliche Angaben zu den Arbeitsbedingungen zu einem Arbeitsklima-Index (berücksichtigt werden 25 Indikatoren; IFES, 2010b) werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede noch deutlicher. Teilt man die Erwerbstätigen anhand des Arbeitsklima-Index in vier gleich große Gruppen – beginnend vom Viertel mit den höchsten (und damit positivsten) Werten bis hin zum Viertel mit den niedrigsten (und damit negativsten) Werten – und vergleicht schließlich die Prävalenzen von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen zwischen diesen Gruppen, lassen sich deutliche Unterschiede in der Stärke der Zusammenhänge zwischen Männern und Frauen feststellen. Dies betrifft in erster Linie das relative Risiko; in absoluten Prozentpunkten sind die Zuwächse im Auftreten von Beschwerden annähernd gleich groß. Da dies bei den Männern jedoch von niedrigerem Niveau ausgeht, ist der Einfluss der Arbeitsbedingungen bei den Männern als größer einzuschätzen. Ein Beispiel: Nur zehn Prozent der Männer, die ihre Arbeitsbedingungen als sehr positiv beschreiben, leiden unter Magenbeschwerden; bei den Männern mit sehr ungünstigen Arbeitsbedingungen sind es 42 Prozent; der Unterschied beträgt also 32 Prozentpunkte, das relative Risiko liegt beim Faktor 4,1 – d.h. unter ungünstigen Rahmenbedingungen ist das Risiko, an Magenbeschwerden zu leiden, 4,1-Mal so hoch wie unter sehr günstigen Rahmenbedingungen. Bei den Frauen beträgt das Verhältnis positiv zu negativ 14 zu 47 Prozent; die absolute Prozentpunktdifferenz beträgt also 33 Punkte und unterscheidet sich damit de facto nicht von der Differenz bei den Männern. Bedingt durch das höhere Prävalenzniveau in der Gruppe mit besonders günstigen Arbeitsbedingungen, liegt der Risikofaktor mit 3,3 jedoch deutlich niedriger. Dieses Bild zeigt sich auch in Bezug auf die anderen im Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor erhobenen Daten (vgl. Tabelle 5). Daraus ist zu schließen, dass für Männer im Bereich der Gesundheit die Arbeitsbedingungen insgesamt einen höheren Einfluss ausüben bzw. in der Gruppe der Männer stärker auf die Unterschiede in den Arbeitsbedingungen eingegangen werden muss. Daraus können auch maßgeschneiderte Interventionen für einzelne Berufe, die ja quasi eine Bündelung spezifischer Arbeitsbedingungen sind, entwickelt werden.

Tabelle 5: Risikofaktoren einzelner Arbeitsbedingungen für die Gesundheit

Anteile in Prozent der jeweiligen Gruppe.

Relatives Risiko = 1. Viertel (schlechte Arbeitsbedingungen) / 4. Viertel (gute Arbeitsbed.).

	Männer				relatives Risiko	Differenz niedrigste und höchste AKI-Viertel
	1.Viertel	2.Viertel	3.Viertel	4.Viertel		
Kreuzschmerzen, Probleme mit dem Rücken	72	62	47	33	2,18	39
Muskelferspannungen im Nacken-, Schulterbereich	67	58	51	30	2,24	37
Erschöpfung, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit	61	46	34	22	2,77	39
Kopfschmerzen, Migräne	58	41	38	27	2,13	31
Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen	48	32	25	17	2,82	31
Nervosität und Zerfahrenheit	45	32	20	12	3,87	33
Magenbeschwerden	42	27	21	10	4,14	32
Verdauungsbeschwerden (Durchfall, Verstopfung, Blähungen)	41	26	20	12	3,42	29
Schmerzen in den Beinen (Krampf-adem)	37	22	17	9	4,01	27
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	35	21	16	10	3,65	25
hoher Blutdruck	30	21	13	11	2,73	19
	Frauen				relatives Risiko	Differenz niedrigste und höchste AKI-Viertel
	1.Viertel	2.Viertel	3.Viertel	4.Viertel		
Kreuzschmerzen, Probleme mit dem Rücken	72	64	52	37	1,94	35
Muskelferspannungen im Nacken-, Schulterbereich	73	67	53	43	1,70	30
Erschöpfung, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit	69	58	48	32	2,19	38
Kopfschmerzen, Migräne	72	63	56	43	1,66	28
Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen	54	40	32	22	2,39	31
Nervosität und Zerfahrenheit	51	39	29	18	2,79	33
Magenbeschwerden	47	33	24	14	3,26	33
Verdauungsbeschwerden (Durchfall, Verstopfung, Blähungen)	46	34	25	17	2,62	28
Schmerzen in den Beinen (Krampf-adem)	48	37	26	13	3,62	35
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	39	28	20	11	3,72	29
hoher Blutdruck	25	17	14	7	3,76	18

Quelle: Österreichischer Arbeitsgesundheitsmonitor der AK OÖ (IFES, 2010a).

Für gesundheitsfördernde Programme, die vor allem an den Arbeitsbedingungen ansetzen und somit eine verhältnisbezogene Perspektive verfolgen, erweist es sich als Hürde, dass hierfür das Bewusstsein unter den Beschäftigten nicht gegeben ist – weder bei den Männern noch bei den Frauen. Fragt man die von einer Beschwerde Betroffenen, ob sie diese auf ihre Arbeit zurückführen, zeigt sich, dass dies nur sehr wenige tun. Vielmehr sehen sie die Ursachen für ihre Beschwerden und Beeinträchtigungen hauptsächlich außerhalb der Arbeit, was, wie die Ergebnisse zu den Risikofaktoren zeigen, auf empirischer Basis hinterfragt werden kann. Rückenschmerzen und Muskelverspannung werden noch von etwa sechs von zehn Betroffenen auf die Arbeitstätigkeit zurückgeführt, Beschwerden mit psychischem oder stärker psychosomatischem Hintergrund wie z.B. Magenbeschwerden (16%), Konzentrationsstörungen (11%) oder hoher Blutdruck (14%) werden nur von kleinen Minderheiten mit der Arbeit in Verbindung gebracht. Insgesamt zeigt das Bild, dass Männer hier nur ein geringfügig höheres Bewusstsein aufweisen, was grundsätzlich angesichts geschlechtsspezifischer Wahrnehmungsunterschiede (vgl. Sieverding & Gromus 2001; Sieverding, 2002, 2004, 2005a, 2005b; Weißenböck & Scheibenreif, 2006; Franzkowiak, 2003; Höpflinger, 2009) bemerkenswert ist (vgl. Grafik 10). Zu vermuten ist hier jedoch, dass die häufiger manuell geprägte Arbeit die kausale Verknüpfung der Arbeitsbedingungen mit der Gesundheit erleichtert.

Neben den körperlichen Beschwerden spielen auch psychische Beeinträchtigungen und positive Indikatoren in der Gesundheitsforschung eine wesentliche Rolle. Im Arbeitsgesundheitsmonitor werden folgende psychische Beeinträchtigungen erhoben: Nicht-Abschalten-Können, Gereiztheit, Depressivität, Arbeitsunlust, Entfremdung und Stressempfinden. Generell betrachtet halten sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Grenzen: 63 Prozent der Männer fühlen sich häufig unter Druck und Stress (65% der Frauen), 52 Prozent verspüren häufig Arbeitsunlust (47%), 37 Prozent können nach der Arbeit nur sehr schwer oder gar nicht abschalten und nehmen die Probleme mit nach Hause (38%), 35 Prozent leiden unter depressiven Gemütsverstimnungen (32%), 32 Prozent sind häufig gereizt gegenüber ihren Mitmenschen (29%) und 35 Prozent haben oft das Gefühl, die Vorgänge in der Welt nicht mehr zu durchschauen (36%). Geht man in der Analyse in die Tiefe und betrachtet den sozialen Gradienten im Sinne der Schulbildung oder beruflichen Position, zeigt sich, dass Männer mit Pflichtschulabschluss bzw. in Arbeiterberufen deutlich höhere Beeinträchtigungen aufweisen als ihre Kollegen mit höherer Bildung und in (leitenden) Angestelltenpositionen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede halten sich in diesem Kontext – im Gegensatz zu den körperlichen Beschwerden – in Grenzen, d.h. das soziale Gefälle innerhalb der Geschlechtergruppen ist annähernd gleich stark ausgeprägt.

Bei den Positiv-Indikatoren sind gerade im Bereich der sozialen Gesundheit große geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen: Während sich 64 Prozent der Männer stark für ihr soziales Leben interessieren und 73 Prozent aktiv am sozialen Geschehen ihres Umfelds teilhaben, liegen die entsprechenden Anteile bei den Frauen für soziales Interesse bei 73 Prozent sowie für die soziale Partizipation bei 82 Prozent. In puncto Sinnerleben (Männer: 47%, Frauen: 49%),

Selbstwirksamkeit (55% vs. 54%), Wachstumsbedürfnis (60% vs. 64%) und allgemeines Wohlbefinden (beide 70%) sind die Unterschiede gering. Hinsichtlich aller positiven Aspekte von Gesundheit erweisen sich geringe Schulbildung und damit zusammenhängend eine niedrigere berufliche Position als äußerst negativ für ein positives Selbstbild und ein ausgeglichenes Verhältnis zum sozialen Leben. Gerade für Männer sind im sozialen Bereich die Auswirkungen drastisch: Nur 46 Prozent der Arbeiter bzw. Männer mit Pflichtschulabschluss haben eine ausgeprägte soziale Orientierung und vergleichsweise geringe 66 Prozent nehmen am sozialen Leben teil. Hier kommt es zur Nichtbefriedigung menschlicher Grundbedürfnisse und insgesamt auch zu Störungen eines positiven Selbstbildes (Selbstvertrauen, Entwicklung, Sinn), die unter dem Blickwinkel einer ganzheitlichen Gesundheit als besonders „ungesund“ eingestuft werden müssen.

Das in Teilbereichen besonders stark ausgeprägte soziale Gefälle innerhalb der Gruppe der Männer zeigt, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in diesem Bereich noch viel stärker den sozialen Gradienten berücksichtigen und bildungsferne Schichten ansprechen müssen. Gerade die (männlichen) **working poor** (vgl. auch Kap. 2.2) sind besonders benachteiligt, wenn es um die Verteilung von Glück, Lebenschancen und Gesundheit geht.

Für eine Tagung zum Thema (Un)gleich? – Gesundheitsförderung und Prävention in Linz (Raml, 10.06.2010) wurde die gesundheitliche Situation der working poor im Detail untersucht. Dabei zeigt sich, dass erwerbstätige Personen, die in armutsgefährdeten Haushalten leben, deutlich häufiger über körperliche und psychische Symptome klagen, als die Gesamtheit der unselbständig Beschäftigten. Insbesondere im Vergleich zu Personen, die mit ihrem Einkommen sehr gut leben können, zeigen sich sehr hohe Risikowerte für die benachteiligte Gruppe: Körperliche Symptome treten meist doppelt so häufig auf; psychische Probleme sind um etwa 50 Prozent häufiger festzustellen.

Für 47 Prozent der working poor ist es schwierig, ihrer Arbeitstätigkeit und ihrem Leben Sinn zuzuschreiben; bei Personen mit ausreichendem Einkommen sind es hingegen nur 31 Prozent. Knapp die Hälfte der armutsgefährdeten Erwerbstätigen zeigen Symptome depressiver Verstimmung – ohne Geldsorgen liegt der Anteil nur bei 23 Prozent. Ein deutliches Bild ergibt sich auch im Bereich der psychischen Erschöpfung und Niedergeschlagenheit: Während zwei Drittel der finanziell Benachteiligten als belastet anzusehen sind, ist es bei jenen mit ausreichenden finanziellen Mitteln nur jede/r Dritte.

Die starke Benachteiligung der working poor im Bereich der Gesundheit gehen mit schlechten Arbeitsbedingungen einher: 43 Prozent sind in die Gruppe mit den vergleichsweise schlechtesten Arbeitsbedingungen einzuordnen.

In Zusammenhang mit working poor ist auch der **Migrationshintergrund** von Interesse, der mit einem rund doppelt so hohen Risiko zur Armutsgefährdung und deutlich schlechteren Arbeitsbedingungen (vgl. Kap. 2.2) einhergeht. Aus dem Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor

der Arbeiterkammer Oberösterreich lassen sich eine Reihe von Nachteilen für die Migranten und Migrantinnen feststellen.

Während 40 Prozent der Arbeitnehmer/innen ohne Migrationshintergrund ihre gesundheitliche Verfassung als sehr gut einstufen, sind es bei den Migranten und Migrantinnen nur 28 Prozent. Die Verschiebung findet vor allem auf die Kategorie „mittelmäßig“ statt, die von 24 Prozent der Migrant/-innen, aber nur von 13 Prozent der arbeitenden Mehrheitsbevölkerung gewählt wird. Im dezidiert negativen Spektrum der Skala beträgt das Verhältnis sechs zu drei Prozent.

Die subjektive Sicht auf die Gesundheit korrespondiert mit den Ergebnissen zu den körperlichen Symptomen, bei denen die Migranten und Migrantinnen in den meisten Fällen höhere Werte aufweisen. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich bei den Rückenbeschwerden (65% vs. 57%) Kopfschmerzen (57% vs. 49%) und Schmerzen in den Beinen (32% vs. 27%). Es handelt sich damit um jene Symptome, die mit dem Stützapparat und Muskelverspannungen zu tun haben und einen starken Zusammenhang mit körperlichen Arbeitsbelastungen aufweisen. Migranten und Migrantinnen führen häufiger manuelle Tätigkeiten aus und bewerten ihre Arbeitsbedingungen deutlich negativer (vgl. Kap. 2.2). Statistische Analysen, die diese Zusammenhänge im Bereich der Arbeitsbedingungen berücksichtigen, zeigen, dass die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den unselbständig beschäftigten Migranten und Migrantinnen und der angestammten Bevölkerung nicht im Migrationsstatus an sich begründet sind, sondern durch die damit einhergehenden negativeren Arbeitsbedingungen verursacht werden.

Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind auf Basis dieser Erkenntnisse gleichzeitig Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten. Da sich negative Arbeitsbedingungen gerade in der migrantischen Bevölkerung häufen, sind bei der Planung entsprechender Aktivitäten und Programme sprachliche und kulturelle Besonderheiten zu berücksichtigen, damit diese auch von der Zielgruppe verstanden werden können. Dass gesundheitliche Angebote von Migranten und Migrantinnen angenommen werden, zeigen die Erfahrungen des Instituts für Frauen- und Männergesundheit, das in Wien tätig ist (vgl. Kap. 2.1.8).

2.1.7 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT IM JUGENDALTER

Verhaltensweisen, die in jungen Jahren angenommen werden, prägen oft sehr stark das weitere Leben. Daher ist auch im Bereich der Gesundheit davon auszugehen, dass der Grundstein für gesundheitsbezogene Lebensstile und gesundheitliche Ungleichheiten im Erwachsenenalter bereits im Kindes- und Jugendalter gelegt wird. So zeigen die nachfolgenden Ergebnisse, dass geschlechtsspezifische Differenzen, die sich im Erwachsenenalter feststellen lassen, bereits bei den Jugendlichen beobachtet werden können.

Während das Gesundheitsverhalten in der Kindheit noch sehr stark dem Einfluss der Eltern unterliegt, bestimmen die Jugendlichen zunehmend selbst über ihr Gesundheitsverhalten. Die Shell Jugendstudie 2006 (Hurrelmann, Albert & TNS Infratest Sozialforschung; zitiert unter Shell Deutschland Holding, 2006), die in Deutschland durchgeführt wurde, zeigt hier sehr deutlich, dass sowohl die Gesundheit als auch die damit verbundenen Lebensstile sehr stark von der sozialen Schicht, in der die Jugendlichen aufwachsen, geprägt werden. Gerade ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Bewegung und regelmäßiger Tabak- und Alkoholkonsum sind bei Jugendlichen aus der Unterschicht sehr stark verbreitet. Im Folgenden geht es primär um geschlechtsspezifische Unterschiede und um die Situation der männlichen Jugendlichen, es ist jedoch stets ein gesichertes Ergebnis, dass negative Verhaltensweisen und gesundheitliche Beeinträchtigungen einen starken sozialen Gradienten aufweisen. Wenn z.B. davon die Rede ist, dass Burschen wesentlich häufiger Alkohol trinken als Mädchen, dann gewinnt diese Differenz für die jungen Männer aus sozioökonomisch benachteiligten Familien noch einmal an Schärfe.

Gesundheitsförderung und gesundheitsbewusstes Verhalten ist daher gerade in Schulen zu forcieren, in denen diese Jugendlichen überwiegend vorzufinden sind. Darüber hinaus ist hier zu berücksichtigen, dass sich die schlechter gestellten Schichten zunehmend aus Personen mit Migrationshintergrund rekrutieren, sodass hier auch kulturelle und sprachliche Besonderheiten zu berücksichtigen sind (z.B. Angebote in unterschiedlichen Sprachen und mit Proponenten unterschiedlicher Herkunft). Bevor nun die Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen beschrieben werden, sei noch darauf hingewiesen, dass im Bereich der Gesundheitserziehung die Schule eine zentrale Rolle einnimmt. Sie ermöglicht es, alle Jugendlichen auch über die staatliche Einflussosphäre zu erreichen. Nach Beendigung der Schulpflicht sind Jugendliche, die ihre Schullaufbahn beenden, ungleich schwerer zu erreichen. Und gerade bei diesen handelt es sich wiederum um junge Menschen aus den benachteiligten Schichten (vgl. Schmied & Reidl, 2008).

Als Basis-Datenquelle dient der WHO-HBSC-Survey 2006, der europaweit durchgeführt wurde und die Gesundheit im Lebenszusammenhang bei den 11- bis 15-Jährigen untersucht (Dür & Griebler, 2007; auch bezeichnet als HBSC 2006). Für ältere Jugendliche sollen Ergebnisse aus der deutschen Shell Jugendstudie (2006), der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 sowie aus Spezialstudien referiert werden.

Infobox: WHO-HBSC-Survey 2006

Der Survey zur Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) wurde im Schuljahr 2005/2006 in Österreich bereits zum siebenten Mal durchgeführt. Die Studie wird international seit 1986 im Vierjahresrhythmus durchgeführt und erlaubt sowohl die Analyse von Zeitreihen als auch internationale Vergleiche. Mittlerweile nehmen 42 Länder an der Untersuchung teil.

Daten zur Untersuchung:

- ◆ Knapp 4.100 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11 bis 15 Jahren haben an einer anonymen schriftlichen Befragung teilgenommen; der Fragebogen wurde in den Schulen verteilt; die Untersuchung wurde von den Klassenvorständen geleitet.
- ◆ Die Stichprobe ist nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland quotiert und basiert auf einer Zufallsauswahl; die Untersuchung ist österreichrepräsentativ.

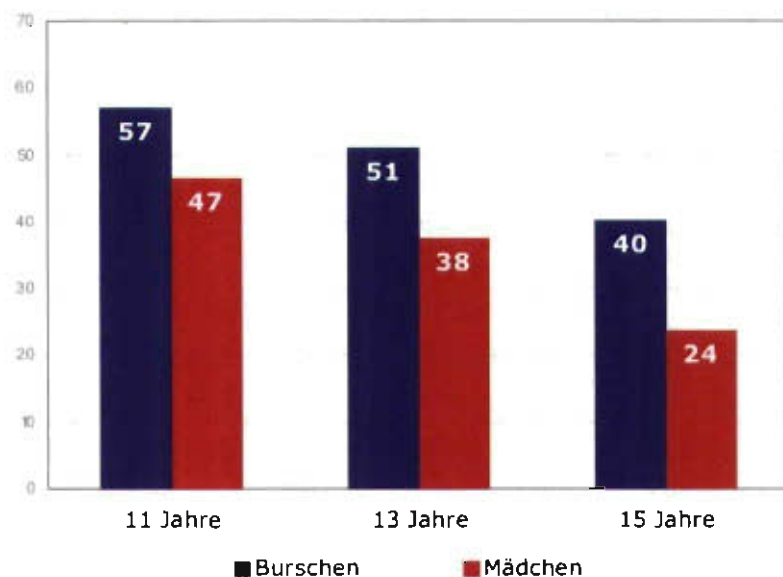
Burschen stufen wie die erwachsenen Männer ihren **subjektiven Gesundheitszustand** deutlich positiver ein als Mädchen: 40 Prozent der 15-jährigen Burschen, aber nur 24 Prozent der gleichaltrigen Mädchen beschreiben ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“. Dieser Anteil liegt bei den Jüngeren deutlich höher (vgl. Grafik 12), auch die Schere zwischen Buben und Mädchen geht stärker auseinander. Das „Pubertätsloch der Gesundheit“ ist gerade bei Mädchen subjektiv gesehen bedeutsamer als bei den Burschen (Dür & Griebler, 2007, S. 17). Die Shell Jugendstudie (2006) weist für die Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen bei gleicher Fragestellung 38 Prozent Burschen und 33 Prozent Mädchen aus, die ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ bezeichnen. Die Autoren und Autorinnen charakterisieren den Verlauf ebenfalls als über das Alter hin deutlich abnehmend, wobei sich der Trend über die Gruppe der 15-Jährigen hinaus bis hin zu den 18- bis 25-Jährigen fortsetzt. Eine Ursache hierfür wird im steigenden gesellschaftlichen Druck auf Jugendliche mit zunehmendem Alter gesehen (Shell Jugendstudie, 2006; S. 18).

Rechnet man jene hinzu, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ einschätzen, so geben insgesamt 89 Prozent der österreichischen 15-jährigen Burschen und 77 Prozent der gleichaltrigen Mädchen ein positives Urteil ab. Für die folgende Altersgruppe gibt es Daten in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, allerdings ist das positive Ende der Skala mit „sehr gut“ bezeichnet und nicht mit dem stärkeren Begriff „ausgezeichnet“. 68 Prozent der 15- bis 30-jährigen Burschen und 60 Prozent der gleichaltrigen Mädchen bezeichnen ihre allgemeine Gesundheit als „sehr gut“. Es ist unter methodischen Gesichtspunkten kaum möglich, die beiden Skalen miteinander zu vergleichen: Zählt man hier nämlich auch die Anteile an „gut“ – das in der 5er Skala, die mit „sehr gut“ beginnt, eine andere Bedeutung einnimmt, als in der 4er-Skala von „ausgezeichnet“, „gut“, „eher gut“ und „schlecht“ – hinzu, kommt man auf 95 bzw. 92 Prozent. Das gemeinsame Fazit der Daten ist, dass junge Männer eine deutlich positivere subjektive Sicht ihrer Gesundheit haben, damit höheres Wohlbefinden artikulieren und die Differenz gerade im Jugendalter zu den Mädchen besonders groß ist. Es ist darüber hinaus gesichert,

dass mit Eintritt in die Pubertät ein Absinken des Wohlbefindens stattfindet und das Niveau davor nicht wieder erreicht wird.

Grafik 12: Subjektiver Gesundheitszustand bei Jugendlichen

Anteile der Einstufungen „ausgezeichnet“ in Prozent.



Quelle: HBSC 2006.

Die Faktenlage zum subjektiven Wohlbefinden fügt sich sehr gut in das Bild zu den **körperlichen und psychischen Beschwerden** bei den Jugendlichen. 67 Prozent der 15-jährigen Burschen, aber nur 50 Prozent der Mädchen geben an, keine körperlichen oder psychischen Beschwerden zu haben, bei den 11-Jährigen liegen die beiden Geschlechter noch eng beisammen (70% vs. 66%), wobei die Jungen de facto auf dem gleichen Niveau bleiben und die Mädchen eine deutliche Zunahme an Beschwerden verzeichnen. Am häufigsten werden die weiblichen Jugendlichen (15-Jährige) von Kopfschmerzen geplagt (21% im Vergleich zu 6% bei den Burschen), gefolgt von Schlafproblemen (19% vs. 13%) und schlechter Laune, die belastend wirkt (18% vs. 10%). Auch bei den übrigen abgefragten Beschwerden wie z.B. Magenschmerzen, Kreuzschmerzen, Schwindel, Nervosität etc. liegen die Mädchen deutlich vor den Burschen.

Freizeit- und Gesundheitsverhalten sind bei den Jugendlichen eng miteinander verknüpft (vgl. hierzu auch Kapitel 1.1). Junge Männer sind **körperlich aktiver** als junge Frauen: Während 41 Prozent der 15-jährigen Burschen an zumindest vier Tagen pro Woche körperlich so aktiv sind, dass sie ins Schwitzen kommen, sind es bei den Mädchen nur 19 Prozent. Bei beiden Geschlechtern ist die Tendenz mit zunehmendem Alter fallend, die Schere zwischen den Geschlechtern geht zuungunsten der Mädchen weiter auseinander: Bei den 11-Jährigen liegen die entsprechenden Anteile noch bei 53 bzw. 41 Prozent.

Die körperliche Aktivität der Jungen bedingt eine höhere **Verletzungshäufigkeit**: 51 Prozent der 15-jährigen Burschen haben sich in den vergangenen zwölf Monaten vor der Befragung verletzt und mussten folglich von einem Arzt behandelt werden. Bei den Mädchen waren es 41 Prozent. In den jüngeren Altersgruppen liegen die Anteile deutlich niedriger bei 40 Prozent bzw. 32 Prozent. Da sich die Jüngeren somit seltener verletzen, aber häufiger körperlich aktiv sind, liegt der Schluss nahe, dass die Art der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter auch riskanter wird bzw. Mutproben einen höheren Anteil und Stellenwert – gerade bei den Burschen – einnehmen.

Trotz insgesamt höherer körperlicher Aktivität sind Buben häufiger **übergewichtig** als Mädchen. Es ist daher von stärkeren Gegensätzen innerhalb der Gruppe der Burschen auszugehen. 19 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. 8 Prozent der Mädchen sind übergewichtig oder adipös (3% vs. 1%). Bei den 11-Jährigen liegen die Anteile bei 16 bzw. 8 Prozent – tendenziell zeigt sich eine altersbedingte Zunahme bei den jungen Männern, bei den Mädchen jedoch eine Stagnation des Anteils. Diese Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind jedoch eher gering, die Tendenz ist statistisch nicht gut abgesichert. Der Grundstein für Übergewicht wird schon in der Kindheit gelegt, wenn das Gesundheitsverhalten noch sehr stark von den Eltern bestimmt wird. Eine wichtige Rolle spielen auch geschlechtsspezifische Wahrnehmungen des eigenen Körpers: In der deutschen Shell Jugendstudie gaben 61 Prozent der jugendlichen Männer an, „genau das richtige Gewicht“ zu haben, jedoch nur 49 Prozent der Mädchen. Von diesen wiederum empfanden sich 43 Prozent als zu dick (24% der Burschen). Immerhin 16 Prozent der männlichen Jugendlichen empfinden sich sogar als zu dünn, aber nur 8 Prozent der weiblichen Jugendlichen. Zurückgeführt wird dies von den Autoren auf gesellschaftlich propagierte Schönheitsideale, die für Frauenkörper sehr schlanke bis untergewichtige Bilder und für Männer den sportlichen Körper umfassen. Frauen orientieren sich stärker an diesen Idealen, wobei beobachtet wird, dass dieses Thema für Jungen immer wichtiger wird (Shell Jugendstudie 2006, S. 89).

Die Berichte aus den Stellungskommissionen des Österreichischen Bundesheeres (Artikel Online auf www.oe24.at und www.orf.at; der genaue Link findet sich im Literaturverzeichnis) liefern schon seit Jahren stets ansteigende Zahlen an übergewichtigen jungen Männern. Anfang 2010 wurden die Ergebnisse von 55.000 stellungspflichtigen 18-Jährigen ausgewertet und dabei festgestellt, dass der Anteil an Burschen mit mehr als 100 Kilogramm 6,5 Prozent beträgt, was einer Verdoppelung des Anteils in den letzten zehn Jahren entspricht. Der BMI hat im Schnitt von 22,6 auf 23,4 zugenommen. Das ÖBIG, heute GÖG, erhob 2006 einen Anteil von 14,8 Prozent übergewichtigen und weiteren 5,3 Prozent adipösen Rekruten (vgl. auch den Ersten Österreichischen Adipositasbericht von Kiefer et al., 2006).

Meryn weist darauf hin, dass die Förderung des Gesundheitsbewusstseins bereits in der Schwangerschaft und damit bei den werdenden Eltern beginnen müsse. Eine Studie aus den USA unterstreicht hier die Wichtigkeit des Rollenlernens. So kopieren Söhne ihre Väter und

Töchter ihre Mütter, wenn es um besonders ungesundes Essverhalten geht (Perez-Pastor et al., 2009; siehe auch Artikel in Der Standard vom 13.07.2009).

Im Bereich der **Ernährung** weisen männliche Jugendliche ein weniger gesundes Verhalten auf. Burschen konsumieren weniger Obst (69% an weniger als fünf Tagen in der Woche; Mädchen: 53%) und Gemüse (74% an weniger als fünf Tagen; Mädchen: 65%), wobei sich das ungesunde Verhalten mit zunehmendem Alter verstärkt. Das bedeutet, dass mit zunehmender Eigenständigkeit in der Zusammensetzung des Speiseplans die Ausgewogenheit nachlässt und Prinzipien einer gesunden Ernährung entweder nicht bekannt sind oder nicht umgesetzt werden (können). Dies gilt auch für die Zunahme des Konsums von Süßigkeiten und Limonaden: 43 Prozent der 15-jährigen Burschen konsumieren an mehr als fünf Tagen pro Woche Süßigkeiten; bei den Mädchen sind es mit 47 Prozent etwas mehr. Limonaden sind hingegen wieder deutlicher Burschensache: 47 Prozent konsumieren an mehr als fünf Tagen in der Woche süße Getränke, bei den Mädchen ist es nur ein Drittel. Ebenso wie in den anderen Bereichen verfestigen sich auch die Unterschiede im Ernährungsverhalten im Erwachsenenalter (vgl. Kap. 2.1.5).

Im HBSC-Survey gaben 19 Prozent der 15-jährigen Burschen und 21 Prozent der gleichaltrigen Mädchen an, täglich zu **rauchen**. Jeweils weitere acht Prozent rauchen wöchentlich und jeweils ebenso viele gelegentlich. Damit ergibt sich eine Nichtraucherquote von 65 Prozent bei den Burschen bzw. 63 Prozent bei den Mädchen. Während Mädchen häufiger rauchen, greifen Burschen intensiver zur Zigarette: 27 Prozent der Raucher (22% der Raucherinnen) konsumieren mehr als zehn Zigaretten täglich, 12 Prozent (Mädchen: 8%) sogar mehr als ein Päckchen. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 werden für die Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen bei den Männern ein Anteil an täglichen Rauchern von 26 Prozent und bei den Frauen von 21 Prozent ausgewiesen. Diese Anteile dürften jedoch viel zu gering sein. In der deutschen Shell-Studie rauchen 17 Prozent der 15- bis 17-Jährigen und bereits 35 Prozent der 18- bis 21-Jährigen sowie 38 Prozent der 22- bis 25-Jährigen. Die Ergebnisse wurden in diesen Altersgruppen nicht nach Geschlecht getrennt ausgewiesen. In der österreichrepräsentativen Erhebung zum Substanzgebrauch von 2004 (Uhl et al., 2005) ist für die Altersklasse der 14- und 15-Jährigen eine tägliche Raucherquote von 25 Prozent und für die Gruppe der 16- bis 19-Jährigen ein Anteil von 44 Prozent ausgewiesen (ebenfalls nicht nach Geschlecht getrennt). Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse können die IFES-Ergebnisse (2010c) als plausibel eingestuft werden: 44 Prozent der 15- bis 19-jährigen Burschen geben an, täglich zu rauchen (weitere 8% gelegentlich); bei den Frauen dieser Altersgruppe liegt der Anteil bei 38 Prozent (plus 7% gelegentlich). Die Befunde zu den Entwicklungen in den vergangenen Jahren sind unterschiedlich: Im Vergleich zum HBSC-Survey von 2002 haben die Raucheranteile 2006 abgenommen; die Statistik Austria (2007) weist im Vergleich zu 1997 jedoch 2006/2007 deutlich angestiegene Anteile aus (1997: 22% tägliche Raucher – 2006/2007: 26%; 1997: 15% tägliche Raucherinnen – 2006/2007: 22%).

Weitaus größer sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim **Alkoholkonsum**. 41 Prozent der 15-jährigen männlichen Jugendlichen, aber nur 32 Prozent der weiblichen Jugendlichen geben an, wöchentlich oder öfter alkoholische Getränke zu konsumieren. 32 Prozent der Burschen waren im Monat vor der Befragung mindestens einmal stark betrunken; bei den Mädchen waren es 26 Prozent (HBSC 2006). In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 gaben 39 Prozent der 15- bis 20-jährigen Männer und 22 Prozent der gleichaltrigen Frauen an, am letzten Freitag bzw. Samstag Alkohol getrunken zu haben. Bei 29 Prozent der Burschen, aber nur bei 8 Prozent der Mädchen lag der Konsum bei mehr als fünf Standardgläsern Alkohol. In der deutschen Shell Studie geben 49 Prozent der männlichen Jugendlichen (12 bis 25 Jahre) und 31 Prozent der jungen Frauen an, wöchentlich Alkohol zu konsumieren. Aus den zitierten Quellen ist gesichert, dass junge Männer häufiger und mehr Alkohol trinken – ein Verhaltensfaktum, dass sich im Erwachsenenalter (vgl. Kap. 2.1.5) fortsetzt. In einer Studie zu den jugendlichen Alkoholszenen (Eisenbach-Stangl et al., 2008) werden unterschiedliche Konsummuster von jungen Männern und Frauen beschrieben. Die Burschen setzen den Einstieg in den Alkoholkonsum demnach bewusst und experimentell und haben beim ersten Mal auch einen Rausch. Der aktuelle Konsum wird als „rituelles Besäufnis in Männergesellschaft“ charakterisiert und dient der Demonstration „männlicher Stärke vor Zuseherinnen“. Die Folgen dieses Musters sind meist „extrem“, und Alkohol wird als „männliche Droge“ eingestuft. Junge Frauen hingegen steigen meist „heimlich und versehentlich“ in den Alkoholkonsum ein. Dieser ist gerade in männlicher Gesellschaft mäßig und kontrolliert, da sie sich „schämen“ und „ängstlich“ vor eigenen Beeinträchtigungen und deren Folgen im Sinne unerwünschter Sexualkontakte sind.

Aktuelle Zahlen aus Oberösterreich (Seyer et al., 2010) zum Komatrinken bzw. akutem Alkoholmissbrauch, der medizinisch versorgt werden musste, belegen, dass dies etwa doppelt bis dreifach so häufig junge Männer betrifft. So wurden 2008 bei den 16- bis 17-Jährigen 207 Burschen und 107 Mädchen behandelt. Unter den 18- bis 19-Jährigen ist das Ungleichgewicht noch größer: 149 Männer und 51 Frauen mussten versorgt werden.

Eine Studie der OECD (2009a, 2009b) ergibt, dass österreichische Jugendliche vergleichsweise viel rauchen und trinken und dass sich gerade bei männlichen Jugendlichen die Zahl der Übergewichtigen in den vergangenen Jahren fast verdoppelt hat. 30 Prozent der 15-jährigen Mädchen und 24 Prozent der gleichaltrigen Buben rauchen zumindest wöchentlich. Der Gesamtschnitt liegt damit bei 27 Prozent; für die OECD-Länder liegt im Vergleichszeitraum der entsprechende Anteil bei nur 17 Prozent.

Meryn weist im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten auf die besorgniserregenden negativen Entwicklungen hin: Mädchen greifen immer häufiger zur Zigarette und überholen die Burschen in diesem negativen „Wettbewerb“, Buben seien immer häufiger übergewichtig und noch nie sei die Zahl der jungen Männer mit mehr als 100 Kilogramm Körpergewicht bei der Musterung größer gewesen als heute, Komatrinken (vgl. Seyer et al., 2010) sei kaum mehr als Randphänomen zu bezeichnen und so fort. Hier müsse dringend angesetzt werden und es be-

dürfe mutiger Schritte, um die Gesellschaft anders zu gestalten. Dies bedeute sowohl vermehrte Aufklärung und Stärkung des Gesundheitsbewusstseins, aber auch z.B. Rauchverbote in Lokalen und öffentlichen Gebäuden, um zu zeigen, dass hier die Gesundheit anderer gefährdet werde.

14 Prozent der 15-jährigen Burschen und 13 Prozent der Mädchen haben nach eigenen Angaben schon einmal Cannabis konsumiert; für den Zeitraum der letzten zwölf Monate vor der Befragung liegen die Anteile bei zehn bzw. acht Prozent (HBSC 2006). Auf europäischer Ebene wurde das Projekt ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) eingerichtet, um den Substanzgebrauch der jungen Europäer/innen zu untersuchen. Bei Tabak- und Alkoholkonsum liegt Österreich im (negativen) Spitzenfeld bzw. an erster Stelle (Tabak). Bei anderen Substanzen und illegalen **Drogen** liegen die heimischen Jugendlichen im Mittelfeld (vgl. Hibell et al., 2007). 2007 gaben 25 Prozent der 15- bis 16-jährigen Burschen an, schon einmal illegale Drogen konsumiert zu haben, bei den Mädchen sind es mit 18 Prozent deutlich weniger. Beide Anteile sind seit 2003 relativ stabil: Damals waren es 27 Prozent der Burschen und 20 Prozent der Mädchen. Als relevant sind hier vor allem Marihuana oder Haschisch (Buben und Mädchen: je 19%) und Schnüffelstoffe (Burschen: 17%, Mädchen: 11%) anzusehen, deren Konsum gerade bei den Burschen seit 2003 zugenommen hat (14%).

2.1.8 ANSÄTZE ZUR MÄNNERARBEIT IM BEREICH GESUNDHEIT

Für Österreich wird im Bereich der Männergesundheit von den Autoren und Autorinnen des ersten österreichischen Männergesundheitsberichts (BMSG, 2004) eine Vorreiterrolle in Anspruch genommen und durch folgende Fakten unterlegt (Habl et al., 2004, S. 2):

- Wien gab 1999 als erste europäische Region einen Männergesundheitsbericht in Auftrag.
- In Österreich wurde 2001 die ISMH – Internationale Gesellschaft für Männergesundheit – von Prof. Siegfried Meryn und Prof. Michael Marberger gegründet; [Anmerkung: Diese veranstaltete 2009 mittlerweile zum sechsten Mal den „Weltkongress für Männergesundheit“].
- Im Wiener Kaiser-Franz-Josef-Spital wurde 2002 mit MEN das erste Männergesundheitszentrum eingerichtet, das sehr eng mit dem Frauengesundheitszentrum FEM zusammenarbeitet.

Durch die Berichtslegung und das dadurch im Aufbau begriffene Monitoring von Gesundheitsfragen mit männerspezifischem Fokus wird ein wichtiger Schritt gesetzt bzw. die Voraussetzung für die Planung von politischen Maßnahmen geschaffen. Dennoch habe Österreich diese Vorreiterrolle längst eingebüßt, so Meryn. Andere Länder seien jetzt schon viel weiter. Als Beispiel nennt der Experte vor allem Irland, das eine eigene Men's Health Policy für die Jahre 2009 bis

2014 formuliert hat, die konkrete politische Ziele im Bereich der Männergesundheit beinhaltet und dafür auch öffentliche Gelder bereit stellt. Auch in Großbritannien und den USA sei man schon viel weiter. In England beispielsweise wurden medizinische Untersuchungen in Fußballstadien öffentlich finanziert, um der Prämisse Rechnung zu tragen, man müsse zu den Männern gehen, wenn sie nicht selbst zum Arzt kämen. Auch in Motorradclubs und an den Arbeitsplätzen habe es ähnliche Aktionen gegeben. Hinderlich sei in Österreich vor allem, dass die Männergesundheit nicht auf breiter politischer Basis getragen werde und in der Politik vielfach die ungerechtfertigte Angst bestehe, damit Interessen der Frauenpolitik zu widersprechen. Vielmehr müsse jedoch Männergesundheit ein Anliegen aller Bürgerinnen und Bürger sein. Es sei nun einmal eine Tatsache, dass Männer im Bereich der Gesundheit zahlreiche Nachteile aufweisen, deren Auswirkungen für die Gesellschaft äußerst negativ sind.

Dass in regionalen Initiativen jedoch wertvolle Arbeit geleistet wird, zeigt das **Institut für Frauen- und Männergesundheit** (Wien) mit den drei Standorten FEM (Ignaz Semmelweis Frauenklinik, Elternambulanz im Wilhelminenspital), FEM Süd und MEN (beide Kaiser-Franz-Josef-Spital). Die Zusammenarbeit im Institutsverband verdeutliche die gute Vernetzung der Arbeit im Bereich der Männer- und Frauengesundheit, erörtert Romeo Bissuti, Leiter des MEN, das gemeinsame Interesse geschlechtsspezifischer Beratungsangebote. Maßnahmen im Bereich der Männergesundheit wirken sich automatisch auf Maßnahmen im Bereich der Frauengesundheit aus. Man lerne hier sehr viel voneinander, und vielfach würden auch Paare betreut bzw. Beratung in Beziehungsangelegenheiten geleistet.

Zu Bissutis Klienten und Klientinnen zählen überwiegend Männer (und Frauen), die sozial benachteiligt sind, also schlechtere Jobs ausüben, geringes Einkommen haben, keine höhere schulische Bildung haben oder sogar obdachlos sind. In seiner täglichen Arbeit sieht er, dass sich diese Männer prinzipiell sehr schwer tun, über ihre Anliegen zu reden. Dieses Nicht-Reden sei ein besonders problematisches Verhalten, weil es der Lösung von Problemen im Weg stehe. Die Männer würden sich aber zusehends gegenüber anderen Männern öffnen und Hilfe annehmen. Auch die zahlreichen muttersprachlichen Angebote würden sehr gut ankommen, vor allem in der türkischstämmigen Gemeinschaft, die sehr stark vernetzt sei.

Die Basisfinanzierung von FEM, FEM Süd und MEN übernimmt der Wiener Krankenanstaltenverbund. Die zunehmende Projektarbeit fördern weitere Einrichtungen der Stadt Wien (z.B. Fonds Soziales Wien, Wiener Gesundheitsförderung – WIG, Magistratsabteilungen 15, 17 und 57), der Bund (z.B. Fonds Gesundes Österreich, Bundessozialamt, BMASK, BMG, Lebensministerium) sowie private Unternehmen wie Unilever.

Die Schwerpunkte von MEN sind vielfältig und gehen über den Bereich der eigentlichen Gesundheit hinaus: Vorsorge, sexuelle und organische Gesundheit, psychische Probleme, Familie, Beziehungen, Arbeitswelt, Süchte, Risikobereitschaft, Gewaltprävention, Konfliktlösung, Migration, Trauma, sexuelle Missbrauchserfahrungen, Ernährung, Bewegung, Entspannung, sexuelle

Orientierung usw. Es wird deutlich, dass hier ein Ansatz verfolgt wird, der versucht, die Lebensbedingungen der Klienten und Klientinnen zu berücksichtigen und abzudecken.

Die Vielfalt der Arbeit spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der Klienten und Klientinnen von MEN wider, insbesondere die muttersprachliche Arbeit betreffend. So wurden beispielsweise 2009 im Bereich der individuellen Beratungen 418 Personen in insgesamt 1.625 Sitzungen betreut. 41 Prozent der Klienten nahmen eine türkischsprachige Beratung in Anspruch, 35 Prozent wurden deutschsprachig betreut und 15 Prozent bosnisch/kroatisch/serbisch. Der Rest entfiel auf andere Sprachen, von denen insgesamt acht angeboten werden können. Es wird deutlich, dass diese Einrichtung gerade im Migrationsbereich erfolgreiche Arbeit leistet und es schafft, Zugang zu fremdsprachigen Bürger/innen zu finden.

Neben der laufenden Beratungs-, Therapie- und Workshoptätigkeit wurden 2009 eine Reihe von Projekten umgesetzt: 6. Favoritner Männergesundheitstag, Young, Free & Healthy - Gendersensibler Gesundheitstag und Jugendgesundheitsbroschüre „Ich kenn mich aus!“, „Wieder Wohnen“, Boys´ Day 2009, Herz Kreislauf Prävention für türkischsprachige Männer, Schlank ohne Diät usw.

Neben eines politischen Konsenses bedürfe es vor allem auch eines stärkeren (überregionalen) Bewusstseins für die Thematik – sowohl in der Öffentlichkeit als auch unter den Ärzten und Ärztinnen und den Wissenschaftler/innen. Gender-Medizin werde noch oft mit Frauengesundheit gleichgesetzt, meint Meryn. Dabei würden doch alle von einem breiteren und umfassenderen Blickwinkel profitieren.

Auf Basis der Gespräche mit den Experten Meryn und Krepler können folgende Maßnahmen, die auch im ersten Männergesundheitsbericht zum Teil schon gefordert wurden, empfohlen werden:

- **Medizinische Maßnahmen:** Erhöhung der Treffsicherheit und Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen, Aufwertung und Standardisierung von Arzt- und Therapeutengesprächen, Abklärung des Begriffes „Männerarzt“. Gender-Medizin darf nicht mehr nur als Frauengesundheit aufgefasst werden.
- Krepler schlägt die **Einrichtung eines Center of Competence (CoC) für Männergesundheit** vor: Ein solches Kompetenzzentrum müsse finanziell ausgestattet und von politischer Seite in Auftrag gegeben werden. Als Auftragnehmer kommen bestehende, interessierte und fachlich versierte Einrichtungen, Spitäler oder Kliniken in Frage. Der Auftrag besteht im Wesentlichen darin, das CoC aufzubauen und eine Organisationsstruktur zu etablieren. Es ist wichtig, dass sich an einem solchen Kompetenzzentrum etablierte Spitäler und Institutionen beteiligen und vernetzen. So kann bereits vorhandenes Wissen gebündelt und im Sinne der Bevölkerung und der Patienten genutzt werden. Das Zentrum selbst ist auch eine direkte Anlaufstelle für Männer, die Fragen zur Gesundheit oder gesundheitliche Probleme

haben. Ein CoC funktioniert wie ein Netzwerk: Egal, an welchem Punkt Männer andocken, werden sie unter Nutzung des Wissens des gesamten Netzwerks behandelt. Erkenntnisse, die aus der Behandlung bzw. aus dem Kontakt heraus entstehen, kommen dem gesamten Netzwerk zugute. Krepler betont, dass durch das wissenschaftliche Fundament ein Kompetenzzentrum besondere Attraktivität für Experten und Expertinnen und Forscher/innen habe und damit weiteres Expertenwissen aufnehmen. Durch herausragende Arbeit werde es möglich, internationalen Ruf zu erreichen und dadurch weitere finanzielle Mittel für die Weiterentwicklung zu generieren. Die wesentlichen **Ziele eines CoC für Männergesundheit** können u.a. sein:

- Zusammenarbeit bei der Betreuung von Patienten,
 - Koordination von medizinischen, pflegerischen und administrativen Vorgehensweisen,
 - Funktion als Referenzinstitution für männerspezifische Gesundheitsfragen,
 - Weitergabe des Wissens (Studierende, Ärzteausbildung, -weiterbildung, Öffentlichkeit),
 - vernetzte Ansprechstellen für Männer in allen Gesundheitsfragen und gesundheitlichen Lagen,
 - Nutzung von Synergien zwischen Patientenbetreuung, Forschung und Lehre,
 - Kooperation mit anderen Kompetenzzentren,
 - Kommunikation mit Selbsthilfegruppen und Beratungseinrichtungen,
 - Grundlagenforschung und angewandte Forschung auf internationalem Niveau
-
- **Psychosoziale und pädagogische Maßnahmen:** Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz gesundheitsbewusster Männer, Forcierung der Gesundheitserziehung und Beeinflussung individuellen Verhaltens. Hier müsse bereits in der Schwangerschaft der Frau angesetzt werden und im weiteren Verlauf im Kindergarten und der Volksschule konsequent fortgesetzt werden, betont Meryn. Im Speziellen kritisiert er, dass Schulärzte und -ärztinnen viel zu wenig Zeit hätten, um auf die Schüler/innen einzugehen. Der Turnunterricht laut Lehrplan finde viel zu oft gar nicht erst statt. Dass im (vor-)schulischen Bereich zu wenig getan werde, führe oft dazu, dass man den Jungen bis zur Stellung gar nichts in Sachen Gesundheit beibringe. Daher dürfe man sich nicht wundern, wenn die Zahl der übergewichtigen jungen Männer stark zugenommen habe. Auch Krepler verweist auf die Notwendigkeit, die soziale Situation (z.B. Bildungshintergrund, Einkommenssituation etc.) in den Mittelpunkt des (politischen) Interesses zu stellen. Ausgehend davon ließen sich die Lebenssituation verstehen und notwendige Maßnahmen daran anpassen. Ein weiterer Punkt sei die geographische und epidemiologische Analyse, die auch männerspezifisch erfolgen könne. Dadurch werde Planung im medizinischen Bereich ermöglicht, indem Ärzte, Spitäler und niedergelassene Ärzte rechtzeitig über bevorstehende – durch den soziodemographischen Wandel bedingte – Trends informiert und vorbereitet werden. Schließlich wisse man, wie

sich die Bevölkerung der einzelnen Regionen zusammensetze und welche (geschlechts-spezifischen) Bedürfnisse die Bevölkerung in welchem Alter habe.

- **Politische Maßnahmen:** Ausstattung des Kompetenzzentrums für Buben- und Männergesundheitsfragen mit finanziellen Mitteln, Förderung geschlechtsspezifischer Forschungsprojekte, Koordination der Vernetzung der Expertise durch die Männerpolitische Grundsatzabteilung des BMASK. An dieser Stelle soll auch das Argument des Experten Krepler besonders hervorgehoben werden, wonach sich gut geplante finanzielle Investitionen jedenfalls refinanzieren. Man denke hierbei daran, dass in die Prävention investiertes Geld nicht nur Folgekosten im Gesundheitsbereich („Krankheitskosten“) verhindert, sondern auch Reparaturmaßnahmen im sozialen Bereich erspart, wenn es z.B. um die Zahlung von Frühpensionen oder um die Versorgung von Familienmitgliedern oder Hinterbliebenen geht.
- **Mediale Begleitmaßnahmen** zur nachhaltigen Verbreitung der Bedeutung von Männergesundheit und Lebensstiländerungen. Der Weltkongress für Männergesundheit kann als ein wichtiger Beitrag zur medialen Bewusstseinsbildung gesehen werden. Gefordert ist auch der öffentlich-rechtliche Bereich. Darüber hinaus muss man Medien mit Grundlagenwissen versorgen, damit diese auch Bewusstsein schaffen und Verhalten beeinflussen können. Spekulative Berichte über Hormone seien schön und gut, dienen aber der Sache nicht. Bei den Frauen funktioniert das viel besser. Meryn erläutert dies an einem anschaulichen Beispiel: Hier werde häufig über Brustkrebs berichtet, Identifikationsfiguren (Sängerinnen, Politikerinnen etc.) berichten über ihre Erfahrungen, es werde über das Risiko und mögliche Vorsorgeuntersuchungen informiert und diese auch kritisch diskutiert. Dadurch werde es Frauen möglich, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und sie lernen, was man präventiv tun kann.
- **Gesundheitsförderung in speziellen Settings:** Verkehr, Arbeitsumfeld, Sport. Man müsse eben zu den Männern gehen, wenn sie nicht selbst kommen. So könne Bewusstsein geschaffen werden. In vielen Ländern werden hierfür öffentliche Gelder bereit gestellt, und Parlamentarier nehmen an den Aktionen teil.

Schmied und Reidl (2008) vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung haben eine Studie zur Sexualität und Aufklärung **männlicher Jugendlicher** verfasst und in Zusammenarbeit mit Experten und Expertinnen auch eine Reihe von **Angeboten und Strategien** entwickelt, wie Burschen besonders gut angesprochen werden können. Diese lassen sich durchaus vom Bereich der Sexualität auf die Gesundheit allgemein umlegen. Es werden folgende Angebote vorgeschlagen:

- Angebote für Schulklassen: Die Vorteile liegen in der leichten Erreichbarkeit und im Zugang zu den Jugendlichen; als Nachteil wird der Zwangscharakter von solchen Veranstaltungen gesehen.

- Angebote für Gruppen außerhalb der Schule: In erster Linie werden hier Sportvereine, Jugendzentren und Beratungsstellen (Männerberatung, Männergesundheitszentrum Wien) gesehen.
- Persönliche Einzelberatung: Diese wird von Burschen vergleichsweise selten in Anspruch genommen, das Angebot dürfte damit zu hochschwellig sein.
- Beratung über Telefon und Internet: Die wichtigste Telefonberatung, die gut in Anspruch genommen wird, ist „Rat auf Draht“ des ORF. Beratungen per E-Mail, Chat mit Experten bzw. in Foren mit anderen Usern gewinnen an Bedeutung.
- Schriftliches Informationsmaterial: Dieses ist in Österreich zu den verschiedensten Themen – gerade im Bereich der Sexualität – vorhanden. Es wird von jenen, die in der Beratung tätig sind, auch verwendet. Broschüren sollten nicht nur aufgelegt, sondern mit persönlichen Gesprächen verknüpft werden.

In der Beratung von Burschen empfehlen Schmied und Reidl folgende Strategien:

- Spielerischer Zugang; hier sind vor allem Rollenspiele gemeint, mit denen die Burschen in die Thematik einsteigen können, aber auch Exkursionen und jugendgerecht aufbereitetes Material;
- Einbeziehung erwachsener Personen aus dem Umfeld, d.h. es sollte eine persönliche Beziehung vorhanden sein; das sind Eltern, Lehrer, Ansprechpartner im Freizeitbereich usw.
- Einbringen der männlichen Identität des Beraters; hierfür ist eine ausreichende Reflexion der männlichen Rolle seitens des Beraters notwendig; männliche Vorbilder sind sehr wichtig;
- Berücksichtigung der Ausgangslage bzw. des sozialen Hintergrunds; für viele Burschen sind die Beratungsangebote zu hochschwellig; Meryn meint in Bezug auf Männer, dass diese selten „von selbst“ kämen – man müsse daher zu ihnen kommen;
- Burschengerechter Kommunikationsstil; es hat sich als problematisch erwiesen, Burschen direkt anzusprechen, die „männliche Sprachlosigkeit“ im sozialen Kontext sollte zuerst überwunden werden;
- Grundlagenwissen sicherstellen, das den Jugendlichen in geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden kann;
- Geschlechtertrennung und Mischung der Geschlechter – nicht jedes Thema eignet sich für einen koedukativen Zugang; dies gilt insbesondere für den Bereich der Sexualität;

- Peer Education – das Lernen von und mit Gleichaltrigen – ist teilweise bei jungen Männern erschwert, da sie sehr stark in Konkurrenz zueinander stehen; dennoch gebe es gute Erfahrungen mit Sommercamps oder ähnlichem.

LITERATUR

- Andersen, H.H., Grabka, M. & Schwarze, J. (2008) In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik, Bonn, S. 261ff.
- Babitsch, B. (2006). Die Kategorie Geschlecht: Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens, J. (2006). Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008). Soziale Lage – Gender – und Gesundheit. Tagungsband zur Veranstaltung vom 28.10.2008. Wien: BMASK.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen Schüler/innen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ).
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (2009): Jahresbericht 2009: Stand der Drogenproblematik in Europa, Luxembourg.
- Franzkowiak, Peter: Gesundheits- und Krankheitsverhalten, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Schwabenheim a.d.Selz: Verlag Peter Sabo, S. 119-121.
- Graham, H. & Kelly, M. (2004). Health Inequalities. Concepts, Frameworks & Policy. London: Health Development Agency.
- Greiner, B. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz, Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Habl, C., Birner, A., Hlava, A. & Winkler, P. (2004). Erster Österreichischer Männergesundheitsbericht mit besonderer Berücksichtigung der Männergesundheitsvorsorge. Im Auftrag der männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG), Wien.
- Herzlich, C. (1973). Health and Illness: A Social Psychological Analysis. London: Academic Press.
- Hibell, Björn/ Guttormsson, Ulf/ Ahlström, Salme/ Balakireva, Olga/ Bjarnason, Thoroddur/ Kokkevi, Anna/ Kraus, Ludwig (2009): The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries [ESPAD-Bericht 2007. Substanzkonsum unter Schülerinnen und Schülern in 35 europäischen Ländern], Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Schweden. [URL: <http://www.espad.org/espad-reports> und <http://www.isg.co.at/espad/index.htm>; 21.05.2010].
- Höpflinger, François (2009): Frauen im Alter – die heimliche Mehrheit. [URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1K.html>, 21.05.2010].
- Hradil, S. (2006). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht – Lage – Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Eisenbach-Stangl, I., Bernardis, A., Fellöcker, K., Haberhauer-Stidl, J. & Schmied, G. (2008): Jugendliche Alkoholszenen. Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- IFES (2010a). Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor. Im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich. Erste Ergebnisse und Wissenschaftliche Grundlagen. Wien: Institut für empirische Sozialforschung IFES GmbH. Archivnummer: 21400082.
- IFES (2010b). Der Österreichische Arbeitsklima-Index. Im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich. Ergebnisse im Zeitverlauf seit 1997 und Wissenschaftliche Grundlagen. Wien: Institut für empirische Sozialforschung IFES GmbH. Archivnummer: 214000096.
- IFES (2010c). Evaluation des Rauchergesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Wien: Institut für empirische Sozialforschung IFES GmbH. Archivnummer: 23005001.
[URL: http://www.ifes.at/upload/1270754323_Rauchergesetz.pdf; 20.05.2010].
- Jungbauer-Gans, M. & Gross, C. (2006). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kiefer I., Rieder A., Rathmanner T., Meidlinger B., Baritsch C., Lawrence K., Dorner T., Kunze M.: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Verein Altern mit Zukunft (Hrsg.), August 2006.
[URL: <http://www.adipositas-austria.org/>; 21.05.2010].
- Leoni, T. (2010). Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). Download unter:
[URL: http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?typeid=8&display_mode=2&fid=23923&id=39561, 05.12.2010].
- Mackenbach, J.P. (2006). Health Inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU. London: Department of Health.
- ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006). Daten zu Stellungsuntersuchungen des Österreichischen Bundesheeres.
- OECD (2009a), Health at a Glance 2009: OECD Indicators, OECD Publishing.
[URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-en; 21.05.2010].
- OECD (2009b), Doing Better for Children, OECD Publishing. [URL: http://www.oecd.org/document/40/0,3343,de_34968570_34968855_43554408_1_1_1_1,00.html; 21.05.2010. Ländernotiz Österreich: http://www.oecd.org/document/60/0,3343,de_34968570_35008930_43589052_1_1_1_1,00.html; 21.05.2010].
- Perez-Pastor, E. M./ Metcalf, B. S./ Hosking, J./ Jeffery, A. N./ Voss, L. D./ Wilkin, T. J.: Assortative weight gain in mother–daughter and father–son pairs: an emerging source of childhood obesity. Longitudinal study of trios (EarlyBird 43), in: International Journal of Obesity 33, p. 727-735, 12 May 2009.
[URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19434065>; 21.05.2010].
- Raml, R. (2009). Positive Indikatoren der Gesundheit im Kontext Arbeit. Eine interdisziplinäre Erweiterung des Gesundheitsbegriffs und dessen Folgen für die Differenzierung gesundheitlicher Lagen bei unselbständig Beschäftigten. Medizinische Universität Graz: Unveröff. Dissertation.
- Raml, R. (2010). Gesundheitliche Ungleichheit bei Arbeitnehmer/innen. Ergebnisse aus dem Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor. Tagung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse in Kooperation mit der Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz: 10.06.2010.

- Raml, R. (2010a). Gesundheitliche Ungleichheit bei Arbeitnehmer/innen unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts und des Migrationshintergrunds. Ergebnisse aus dem Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitor. Tagung zur Österreichischen Arbeitsschutzstrategie der Arbeitsgruppe 3 „Prävention von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen“ im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK). Wien: 22.06.2010.
- Rásky, E. (1998). Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz und Steiermark. Im Auftrag des Landes Steiermark. Graz.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmied, G. & Reidl, C. (2008). Männliche Jugendliche: Sexualität und Aufklärung. Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit für Burschen unterschiedlicher sozialer und kultureller Herkunft. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.
- Seyer, S., Gschwandtner, F., Paulik, R. & Lehner, R. (2010). Factsheet. Abhängigkeit und Drogenkonsum. Linz: Institut für Suchtprävention, Pro Mente Oberösterreich.
- Shell Deutschland Holding (Hrsg.). *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie* (6., neu bearb. u. erw. Auflage). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Sieverding, M. & Gromus, B. (2001). Gesundheits- und Krankheitsverhalten im Geschlechtervergleich. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie (Schwerpunktheft)*, 9 (1).
- Sieverding, Monika (2002): Gender and health-related attitudes: The role of a "macho" self-concept, in: G. Weidner, S.M. Kopp, and M. Kristenson (Editors), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*, NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Volume 327 (p. 237-250), Amsterdam: IOS Press.
- Sieverding, M. (2004). Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit! *Psychomed*, 16, S. 25-30.
- Sieverding, Monika (2005a): Präventives Verhalten im Geschlechtervergleich, *Forum Deutsche Krebsgesellschaft*, 19(5), S. 50-52.
- Sieverding, Monika (2005b): Geschlecht und Gesundheit, in: R. Schwarzer (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie (Serie D)*, Göttingen: Hogrefe.
- STATISTIK AUSTRIA (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Verlag Österreich GmbH. [Bezug: www.statistik.at].
- STATISTIK AUSTRIA (2009a). *Statistisches Jahrbuch Österreichs 2010*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- STATISTIK AUSTRIA (2009b). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- STATISTIK AUSTRIA (2009c). *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Ein Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007*. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobra, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005): *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004, Kreuztabellen*. Wien, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Virchow, R. (1849): Die Epidemien von 1848. In: *Gesammelte Abhandlungen auf dem Gebiete der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre*. 2 Bde., Berlin, Bd. 1, S. 117-123.

Weigl, Marion/ Busch, Martin/ Eggerth, Alexander/ Horvath, Ilonka/ Knaller, Christine/ Türscherl, Elisabeth/ Wirl, Charlotte (2009): Bericht zur Drogensituation 2009, Wien. [URL: <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?doc=CMS1164184142810&channel=CH0755>; 21.05.2010].

Weißböck, Verena/ Scheibenreif, Claudia (2006): Unterschiedliches Gesundheitsbewusstsein – wie Frauen und Männer auf sich achten. [URL: <http://www.therapie-weissenboeck.at/fachartikel/gesundheit.php>; 21.05.2010].

Artikel in Zeitungen und Online-Medien

- „Wir werden immer dicker!“ am 04. 02. 2009
http://www.oe24.at/oesterreich/politik/Wir_werden_immer_dicker_427102.ece
- „Junge Männer zu dick für das Bundesheer“ am 09.02.2010
<http://vorarlberg.orf.at/stories/421829/>
- „Rekruten werden immer dicker“ am 06.10.2005
<http://tirol.orf.at/stories/62519/>
- „Lebensstil der Mutter prägend für Tochter“ am 13.07.2009
<http://derstandard.at/1246542039126/Fettsucht-Lebensstil-der-Mutter-praegend-fuer-Tochter>
- „Kleiner Unterschied – große (Neben)Wirkung“, Ausgabe 03/2009
Männer und Frauen erkranken anders und reagieren auf Medikamente und Therapien unterschiedlich. Gendermedizin beschäftigt sich mit diesen differenzierten Anforderungen von Frau und Mann an die Medizin.
<http://www.gesundundleben.at/index.php?id=1568>

Sonstige Quellen (Seminare, Interviews, Pressekonferenzen, Tätigkeitsberichte)

- „Was ist Gender Medizin?“, Vortrag von Dr. Karin Gutiérrez-Lobos am 30.09.2009
http://www.fraunderwirtschaft.at/media/uploads/vortrag_gutierrez_300909.pdf
- „Gender Medizin als ‚uferloses Gebiet‘“, Interview mit Dr. Alexandra Kautzky-Willer, Der Standard vom 07.02.2010.
<http://diestandard.at/1263706728342/Interview-Gender-Medizin-als-uferloses-Gebiet>
- Seminar „Migration und Gesundheit“ – Zusammenfassungen und Empfehlungen der Workshops, am 11.10.2004, IOM – International Organization for Migration, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) und Fonds Gesundes Österreich.
http://community.attac.at/uploads/media/Seminar_Migration_und_Gesundheit_2004_01.pdf
- Pressekonferenz „Migration und Gesundheit: Verstehen kann heilen – Transkulturelle Kompetenz schafft Gesundheit“, 24.11.2009, Landesklinikum Salzburg.
http://www.salk.at/80_6129.html und <http://www.salk.at/DMS/2-20091202-104809.pdf>

- Tätigkeitsbericht 2009 des Instituts für Frauen- und Männergesundheit (FEM, FEM Süd, MEN), Bastiengasse 36-38, 1180 Wien.

Interviewte Experten

- ◆ Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn, Vize-Präsident des European Men's Health Forum, Generalsekretär der International Society for Men's Health & Gender (ISMH).
- ◆ Univ.-Prof. Dr. Reinhard Krepler, Direktor der Teilunternehmung und Ärztlicher Direktor am AKH Wien. Universitätsprofessor an der Medizinischen Universität Wien.
- ◆ Mag. Romeo Bissuti, Leiter des Männergesundheitszentrums MEN im Kaiser-Franz-Josef-Spital.

Alle Online-Quellen wurden zuletzt verifiziert am 24.10.2010.

GRAFIKEN

Grafik 1: Todesursachen	151
Grafik 2: Sterblichkeit	152
Grafik 3: Krebs – Neuerkrankungen und Sterblichkeit.....	157
Grafik 4: Subjektiver Gesundheitszustand.....	158
Grafik 5: Schmerzgeschehen und Einschränkungen	160
Grafik 6: Pflege im Bedarfsfall	161
Grafik 7: Ernährung und Trinkgewohnheiten	162
Grafik 8: Trinkgewohnheiten.....	164
Grafik 9: Rauchverhalten.....	165
Grafik 10: Selbstberichtete Symptome	171
Grafik 11: Belastungen am Arbeitsplatz	172
Grafik 12: Subjektiver Gesundheitszustand bei Jugendlichen.....	180

TABELLEN

Tabelle 1: Lebenserwartung	150
Tabelle 2: Todesursachen nach Lebensphasen bei Männern	154
Tabelle 3: Todesursachen nach Lebensphasen bei Frauen.....	155
Tabelle 4: Gewicht.....	163
Tabelle 5: Risikofaktoren einzelner Arbeitsbedingungen für die Gesundheit.....	174

2.2 ERWERBSLEBEN

INHALTSVERZEICHNIS

2.2	Erwerbsleben	197
2.2.1	Die wichtigsten Erkenntnisse	198
2.2.2	Erwerbsbeteiligung.....	201
2.2.3	Arbeitsrechtliche und berufliche Stellung	209
2.2.4	Allgemeine Arbeitsmarktsegregation.....	216
2.2.5	Arbeitsalltag	218
2.2.6	Einkommen	226
2.2.7	Working Poor	236
2.2.8	Lebenslanges Lernen.....	247
	Literatur.....	255
	Grafiken.....	259
	Tabellen	259

2.2.1 DIE WICHTIGSTEN ERKENNTNISSE

Wenn es um die subjektive Sicht der Dinge und die Zufriedenheit mit verschiedenen Facetten der Arbeits- und Wirtschaftswelt geht, lassen sich zwar Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, diese fallen aber eher gering aus. Von besonderem Interesse sind daher objektive Daten bzw. subjektive Daten im Detail bzw. im Zeitverlauf. Durch die Kombination von amtlicher Statistik und Befragungsdaten lässt sich ein umfassendes Bild von den spezifischen Bedürfnissen von Männern und Frauen in der Berufswelt erstellen:

- Gut drei Viertel der Männer im erwerbsfähigen Alter gingen 2010 im Jahresschnitt einer Beschäftigung nach, bei den Frauen lag der Anteil bei 66,4 Prozent. Die Zuwächse an erwerbstätigen Personen in den vergangenen 10 bis 15 Jahren resultieren vor allem aus dem Anstieg der Frauenbeschäftigung. Aktuell sind 46,4 Prozent aller Erwerbstätigen weiblich, 1994 waren es zum Vergleich 43,1 Prozent.
- Die Zuwächse an Erwerbstätigen in den letzten 15 Jahren basieren überwiegend auf Teilzeitarbeitsplätzen. Bei den Männern hat sich der Anteil an Teilzeitbeschäftigten von 1994 auf 2010 verdoppelt (4,2% auf 9,0%), auch bei den Frauen ist ein starker Anstieg von 26,0 auf 43,8 Prozent festzustellen. Im EU-Vergleich sind Österreichs Frauen zwar insgesamt häufiger erwerbstätig, stehen aber auch wesentlich öfter in einem Teilzeit-Beschäftigungsverhältnis.
- Männer mit Teilzeitjob wollen häufiger mehr arbeiten als ihre teilzeitbeschäftigten Kolleginnen. Da ihre Zahl jedoch insgesamt sehr gering ist, ergibt sich für Männer eine Unterbeschäftigungsquote von 2,6 Prozent. Bei den Frauen sind es doppelt so viele (5,0%), die gerne mehr arbeiten würden und auch kurzfristig für den Arbeitsmarkt verfügbar wären. Wird mehr als 40 Stunden pro Woche gearbeitet, wünscht sich die breite Mehrheit eine Arbeitszeitreduktion. Überstunden stellen eine auf Dauer nicht gewünschte Belastung für die Arbeitnehmer/innen dar. Insgesamt wollen 35 Prozent der berufstätigen Männer, aber nur 26 Prozent der Frauen weniger Stunden pro Woche arbeiten (unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das Entgelt).
- Die Arbeitslosigkeit lag im Jahresschnitt 2010 für Männer bei 4,6 Prozent, bei Frauen bei 4,2 Prozent. In Zeiten des Konjunkturunbruchs ist die entsprechende Quote bei den Männern höher als bei den Frauen, da die männerdominierte Industrie am raschesten davon betroffen ist. Auch von den aktuellen Rahmenbedingungen (2008/2009) sind Männer stärker betroffen: Die Arbeitslosigkeit ist gestiegen, das Arbeitszeitvolumen hat sich – auch durch Kurzarbeit – verringert. Entsprechend ist die Quote an Teilzeitbeschäftigten gestiegen, Leiharbeiter in der Industrie wurden in diesen beiden Jahren verstärkt abgebaut und der subjektive Druck im Sinne verminderter Perspektiven am Arbeitsmarkt ist gestiegen. Im

Jahr 2010 waren die Arbeitslosenquoten wieder rückläufig, insbesondere steigt die Zahl an beschäftigten Leiharbeiter/innen (in der Industrie) wieder deutlich an.

- Die Zahl der Arbeiter und Arbeiterinnen unter den unselbständig Beschäftigten ist seit den späten 1980er Jahren stark rückläufig, sodass seit der Jahrtausendwende erstmals auch mehr Männer in Angestellten- (44,1%) als in Arbeiterberufen (37,9%) arbeiten. Bei den Frauen dominieren Angestellte mit 61,2 Prozent gegenüber 20,2 Prozent in Arbeiterinnenberufen. Der Rest ist jeweils im öffentlichen Dienst beschäftigt.
- Männer sind am häufigsten in handwerklichen und technischen Berufen zu finden. Etwas weniger als jeder zehnte Mann besetzt eine Führungsposition. Diese Gruppe der Männer stellt damit drei von vier Führungskräften. Frauen dominieren drei Berufsfelder: nichttechnische Kräfte mit mittlerer Qualifikation (z.B. Gesundheitsdienstleistungen), Bürokräfte, Dienstleistungen im Verkauf und Handel.
- 58 Prozent der Männer sind im Dienstleistungssektor (inkl. öffentlicher Dienst) beschäftigt, 37 Prozent in der Produktion, der Rest in der Land- und Forstwirtschaft. Bei den Frauen überwiegen die Dienstleistungsberufe mit 83,4 Prozent.
- Das Verdienstgefälle auf Basis der Bruttostundenverdienste liegt in Österreich bei 25,5 Prozent zuungunsten der Frauen. Durch Faktoren wie Zugehörigkeitsdauer zum Betrieb, Schulbildung, Art des Berufes und Branche können 7,4 Prozentpunkte davon erklärt werden. Der Rest (18,1 Prozentpunkte) ist auf nicht berücksichtigte Faktoren oder auf das Geschlecht an sich zurückzuführen. In diesem Zusammenhang wird von Diskriminierungseffekten gesprochen. Eine weitere Studie (für 2007; Böheim et al., 2010) weist Brutto-Lohndifferenzen von 23,4 Prozent für Vollzeitbeschäftigte im privaten Sektor auf, wovon nach Berücksichtigung von erklärenden Faktoren 12,6 Prozent übrig bleiben.
- Männer haben im Zeitraum 1997 bis 2008 durchschnittlich um 2,2 Prozent jährlich mehr verdient. Das aktuelle Brutto-Jahreseinkommen beträgt 29.938 Euro. Bei den Frauen waren die Zuwachsraten mit 1,8 Prozent jährlich geringer – das aktuelle Einkommen liegt bei 17.704 Euro. Die Verdienstschere hat sich dadurch seit 1997 erhöht. Zwei Perspektiven sind hier wichtig: Erstens wird ein Teil des Gefälles durch die steuerliche Umverteilung und den Bezug von Pensionen und Transferleistungen verringert sowie durch unterschiedliche Arbeitsbedingungen – Beschäftigungsdauer, Beruf, Branche etc. – erklärt. Zweitens sind abseits der Umverteilung und der wissenschaftlichen Erklärung für einen Teil der Unterschiede die realen Lebenswelten zu berücksichtigen, die in Summe zu den Differenzen führen. Wenngleich also Frauen z.B. weniger lange in einem Betrieb tätig sind und daher weniger verdienen, ist zu fragen, warum das so ist und weshalb Frauen durch Elternkarenz und Kindererziehung besonders lange vom Arbeitsmarkt weg sind und Schwierigkeiten beim Wiedereinstieg haben.

- Etwa sieben Prozent aller Erwerbstätigen sind *working poor*, haben also eine Arbeit und leben dennoch in einem armutsgefährdeten Haushalt. Männer und Frauen sind in etwa gleich hohem Ausmaß davon betroffen. Zentrale Risikofaktoren sind: Arbeitslosigkeit, Teilzeitbeschäftigung, unregelmäßige Beschäftigung sowie geringfügige Beschäftigung. Die Thematik gewinnt zunehmend an Brisanz: Laut einer aktuellen Auswertung der Arbeiterkammer Oberösterreich (Pressekonzferenz am 10.09.2010) ist die Zahl der *working poor* unter den unselbständig Beschäftigten von 256.000 im Jahr 2000 auf 350.000 im Jahr 2010 angestiegen (+ 37%).
- *Working poor* weisen eine Reihe von Folgebelastungen auf: Arbeitsplatzunsicherheit, Zukunftsängste, verminderte Arbeitsmarktchancen sowie hohe gesundheitliche Belastungen.
- Rund vier von zehn erwerbstätigen Männern und Frauen haben im Jahr 2006/07 eine arbeitsbezogene Bildungsmaßnahme in Anspruch genommen. Frauen nehmen bei gleicher Bildung und gleichem Erwerbsstatus etwas häufiger an einer Fortbildungsmaßnahme teil, Männer tun dies jedoch mit einem deutlich höheren Stundenaufwand.
- Berufliche Gründe spielen bei Männern im Hinblick auf Weiterbildung eine größere Rolle als bei Frauen, bei denen auch private Gründe einen nennenswerten Anteil ausmachen. Die betrieblichen Rahmenbedingungen sind für Männer insgesamt besser: Sie können ihre Weiterbildung zu größeren Anteilen während der bezahlten Arbeitszeit absolvieren. Auch bei der Finanzierung zeigt sich der Arbeitgeber bei den Männern spendabler, sodass Frauen im Schnitt mehr Geld aus der privaten Tasche für Fortbildung zahlen müssen.

Als **spezifische Männerperspektiven** ergeben sich für das Berufsleben:

- Männer sind stärker am Beruf und an beruflichem Erfolg orientiert. Die gesellschaftlichen Werte betonen nach wie vor die grundlegende männliche Versorgerrolle des Haushalts bei gleichzeitig stärkerer Gleichberechtigung von Männern und Frauen und stärkerer Beteiligung des Mannes am Familienleben. Frauen nehmen im Gegenzug häufiger am Erwerbsleben teil und sichern somit den Haushalt ebenfalls finanziell ab.
- Der Arbeitsmarkt ist komplexer geworden, die ökonomische Unsicherheit gestiegen. Der Druck auf die Arbeitnehmer/innen nimmt zu. Dies trifft insbesondere die stärker beruflich orientierten Männer. „Ihre Welt“ ist unruhiger geworden. Die Anpassungsmöglichkeiten sind vielfältig und nicht absehbar. Eine Möglichkeit liegt in der stärkeren Betonung des Außerberuflichen und insbesondere der Familie. Ein relevanter Faktor ist die Wahlfreiheit – vielfach werden Männer durch ökonomische Zwänge in die berufliche Rolle gedrängt. Eine Diskussion von gleichberechtigter Aufteilung von beruflichen und familiären Pflichten darf nicht verabsäumen, diese Zwänge für Männer und ihre Familien zu berücksichtigen.

- Nach wie vor werden beruflicher Erfolg bzw. Aufstieg und die stärkere Übernahme familiärer Pflichten – bis hin zur Väterkarenz – als nicht vereinbar gesehen. Weder die (männlichen) Beschäftigten selbst, noch die (männlichen) Führungskräfte halten beides gleichzeitig für machbar (vgl. Kap. 3.2). Verschärft wird diese Spannung dadurch, dass beruflicher Einstieg und Entwicklung mit der Phase der Familiengründung zusammenfällt.

2.2.2 ERWERBSBETEILIGUNG

Die Daten zur Erwerbsbeteiligung in der österreichischen Bevölkerung werden von der Statistik Austria im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erfasst und jährlich veröffentlicht. Für den vorliegenden Männerbericht sind die aktuell verfügbaren Zahlen aus den Jahren 2008 (Arbeitskräfteerhebung 2008; Statistik Austria, 2009a) und 2009 (Schnellbericht zur Arbeitsmarktstatistik 2009; Statistik Austria, 2010 und 2011). Dargestellt wird das Labour-Force-Konzept (LFK), das auch von Eurostat, dem Statistikamt der Europäischen Union, verwendet wird. Dieses Konzept beschreibt im Detail die Zuordnung von Personen zu Erwerbstätigen, Nicht-Erwerbspersonen und Arbeitslosen auf Basis der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO).

Die **wichtigsten Definitionen** im Überblick (Statistik Austria, 2010, 2011):

- Als **erwerbstätig** gilt eine Person, wenn sie in der Referenzwoche – auf die sich die Befragung der Personen bezieht – mindestens eine Stunde gearbeitet hat. Hat sie außerhalb dieser Woche gearbeitet, so darf die Tätigkeit nicht länger als drei Monate zurückliegen. Als erwerbstätig gelten auch Frauen in Mutterschutz, Karenz- oder Kindergeldbezieher/innen mit aufrechtem Dienstverhältnis und Personen, die aufgrund von Krankheit oder Unfällen vorübergehend arbeitsunfähig sind.
- Als **arbeitslos** gilt eine Person dann, wenn sie nicht erwerbstätig ist, aber aktive Schritte zur Arbeitssuche unternimmt und auch kurzfristig Arbeit aufnehmen kann. Hinzu gezählt werden auch Personen, die eine aufrechte Stellenzusage haben, die sie in den nächsten drei Monaten antreten.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen und jene der Arbeitslosen ergeben zusammen die Gruppe der **Erwerbspersonen**. Es sind damit also Personen gemeint, die entweder am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben.
- Die **Erwerbsquote** errechnet sich schließlich als Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung in Privathaushalten. Gewöhnlich wird dieser Wert für die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen berechnet.
- Die **Erwerbstätigenquote** ist der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung in Privathaushalten und wird ebenfalls üblicherweise für die 15- bis 64-Jährigen ausgewiesen. Für die **Arbeitslosenquote** werden in Österreich zwei Berechnungen durchgeführt: Einerseits

jene nach dem LFK der Eurostat und andererseits eine nationale Berechnung, die auf Daten des Arbeitsmarktservice (AMS) und der Sozialversicherungsträger beruht. Diese fällt meist etwas höher aus.

- Neben den Erwerbstätigen und den Arbeitslosen erfasst das LFK die **Nicht-Erwerbspersonen**. Hierzu zählen z.B. Schüler/innen, Studierende, Präsenz- und Zivildienstler, Pensionisten und Pensionistinnen, dauerhaft Kranke oder Arbeitsunfähige, im Haushalt tätige Personen etc.

Neben dem LFK wird in der Erhebung noch das Lebensunterhaltskonzept (LUK) umgesetzt, das auf einer Selbsteinstufung der Befragten in die oben angeführten Kategorien beruht. Diese erfolgt meist nach dem Überwiegensprinzip und weicht insbesondere dann vom LFK ab, wenn eine Person selten oder gelegentlich einer Tätigkeit nachgeht. So werden im LFK Studierende, die nebenbei wenige Stunden arbeiten, zu den Erwerbstätigen gezählt. An den geeigneten Stellen werden daher auch Daten nach dem LUK dargestellt.

Die Entwicklungen im Bereich der Erwerbsbeteiligung bzw. am Arbeitsmarkt, die von der Statistik Austria umfassend aufgezeichnet werden, werden aus methodischen Gründen meist ab dem Jahr 2004 beschrieben. Ab diesem Jahr wurde neben Änderungen in der Stichprobenziehung und der Erhebungsmethode auch der Erhebungszeitraum auf eine ganzjährige Erhebung umgestellt. Die Konsequenzen aus dem letzten Punkt sind aufgrund saisonaler Einflüsse auf den Arbeitsmarkt besonders gravierend (Statistik Austria, 2010, S. 3).

Infobox: Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria

Die Arbeitskräfteerhebung wird jährlich von der Statistik Austria publiziert und im Rahmen des kontinuierlichen Mikrozensus durchgeführt. Alle Personen, die in einem ausgewählten Haushalt ihren Hauptwohnsitz haben, werden erfasst. Für Personen ab 18 Jahren besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Auskunftserteilung, für jüngere Personen geben andere Haushaltsmitglieder die erforderlichen Auskünfte (so genannte Proxy-Interviews). Jeder Haushalt wird fünf Mal in vierteljährlichem Abstand befragt und scheidet dann wieder aus der Stichprobe aus. Die Erstbefragungen finden im Normalfall persönlich in den Haushalten statt, die vier Folgebefragungen telefonisch über das Telefonstudio der Statistik Austria.

Die Stichprobe umfasst im Jahresdurchschnitt 2008 pro Quartal insgesamt rund 22.200 Wohnungen bzw. Haushalte.

Die Hauptthemen der Erhebung sind:

- ◆ Soziodemographischer Hintergrund (Bildung, Haushaltszusammensetzung etc.)
- ◆ Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit
- ◆ Arbeitszeit
- ◆ Lebensunterhalt
- ◆ Vereinbarkeit von Familie und Beruf

In Österreich waren nach dem Labour-Force-Konzept (LFK) im Jahr 2009 rund 4.078.000 Personen (2010: 4.096.000) **erwerbstätig**, davon 2.186.000 Männer und 1.892.000 Frauen (2010:

2.197.000 Männer und 1.899.000 Frauen). Der Anteil der Männer an den Erwerbstätigen beträgt somit 53,6 Prozent und ist innerhalb der letzten 15 Jahre kontinuierlich gesunken (1994: 56,9%; 1999: 56,4%; 2004: 55,0%). Die deutlichen Zuwächse an erwerbstätigen Personen in den vergangenen zehn Jahren – in den frühen 90er Jahren war eine Stagnation zu verzeichnen – sind daher in größerem Ausmaß auf die Zunahme erwerbstätiger Frauen zurückzuführen. Im Jahr 1999 gingen 3.669.000 Personen einer Tätigkeit nach, der Zuwachs zum Jahr 2010 beträgt demnach 427.000 Personen und ist mit einem Anteil von 300.000 Frauen überwiegend weiblich geprägt. Diese Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit ist auf einen starken Anstieg von Teilzeitarbeitsplätzen bei gleichzeitigem Abbau von Vollzeitarbeitsplätzen zurückzuführen (siehe hierzu auch den Frauenbericht 2010 des Bundeskanzleramts, S. 127; auch zitiert als: BKA Österreich, 2010).

Im Jahr der beginnenden Wirtschaftskrise (von 2008 auf 2009) ergibt das Saldo aus Zustrom in den und Abgang aus dem Arbeitsmarkt ein Minus von 13.000 Personen. Dieser Rückgang wird ausschließlich von Männern verursacht, von denen 37.000 aus der Erwerbstätigkeit ausgeschieden sind; bei den Frauen ist hingegen ein Plus von 24.000 Personen zu verzeichnen. Diese unterschiedlichen Entwicklungen sind auf die branchenspezifischen Auswirkungen der wirtschaftlichen Krise zurückzuführen, womit bereits an diesen Basiskennzahlen deutlich wird, dass diese Krise Männer stärker direkt betrifft als Frauen (vgl. auch Kapitel 2.2.2).

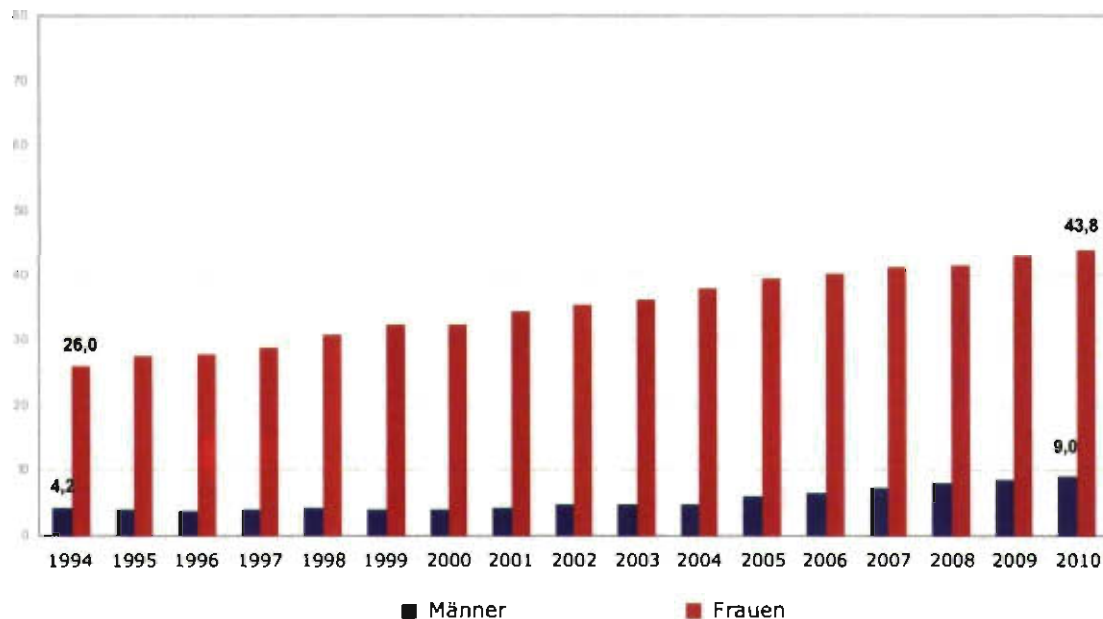
Die Erwerbsquote lag 2010 in Österreich für die relevante Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bei 75,1 Prozent, wobei jene der Männer mit 80,9 Prozent deutlich über jener der Frauen liegt (69,3%). Interessanter ist die **Quote der Erwerbstätigen**, also jener Personen, die am Erwerbsleben teilnehmen und nicht arbeitslos sind. Diese lag 2010 in Österreich bei 71,7 Prozent in der relevanten Altersgruppe. Bei den Männern gingen 77,1 Prozent einer Tätigkeit nach, bei den Frauen 66,4 Prozent. Der Unterschied beträgt demnach etwas mehr als zehn Prozentpunkte. Im EU-Vergleich liegt die Erwerbstätigenquote bei den Frauen deutlich über dem Schnitt von rund 59 Prozent, die Differenz zwischen den Quoten bei den Männern und den Frauen ist bei einem Gesamtschnitt der EU-27 von rund 14 Prozentpunkten als unterdurchschnittlich einzustufen. Länder mit einer geringen Differenz (etwa 3 bis 7 Prozentpunkte) sind ausschließlich im Norden Europas und hier insbesondere in Skandinavien zu finden. Große Differenzen mit bis zu 25 Prozentpunkten weisen hingegen die Länder in Süd- und Osteuropa auf (vgl. auch Frauenbericht 2010, S. 131). Bei den Frauen ist darüber hinaus beim Labour-Force-Konzept zu berücksichtigen, dass etwa 65.000 Frauen in Elternkarenz zu den Erwerbstätigen gezählt werden. Zieht man diese bei der Quote ab, so ergeben sich statt 66,4 Prozent 64,1 Prozent der Frauen im Erwerbsalter, die aktuell einer Tätigkeit nachgehen.

Österreich konnte damit das EU-Ziel, die Erwerbstätigkeit der Frauen bis 2010 auf über 60 Prozent im Gesamtschnitt zu heben, bereits erreichen. Allerdings ist die Teilzeitquote von 42,9 Prozent im Jahr 2009 EU-weit relativ hoch (EU-27: 31,1%). Bei den Männern lag der entsprechende Anteil bei 8,7 Prozent – im Vergleich zum Jahr 2004 ist es zu einer Verdoppelung die-

ser Quote gekommen (4,8%). Mit einem Anstieg um 5,1 Prozentpunkte in besagtem Zeitraum ist auch bei den Frauen ein deutlicher Zuwachs der Teilzeitbeschäftigten zu verzeichnen. Der stetig ansteigende Trend hat sich in der Wirtschaftskrise weiter fortgesetzt, jedoch nicht verstärkt. Auf deutlich unterschiedlichem Niveau sind jedenfalls beide Geschlechter vom steigenden Ausmaß einer Teilzeiterwerbstätigkeit betroffen (Grafik 1).

Grafik 1: Teilzeitquoten im Zeitverlauf

Anteil an Teilzeitbeschäftigten in Prozent. Ab 2004 erfolgt die Zuordnung laut Selbsteinstufung, davor auf Basis der Wochenarbeitszeit (< 36 Stunden).



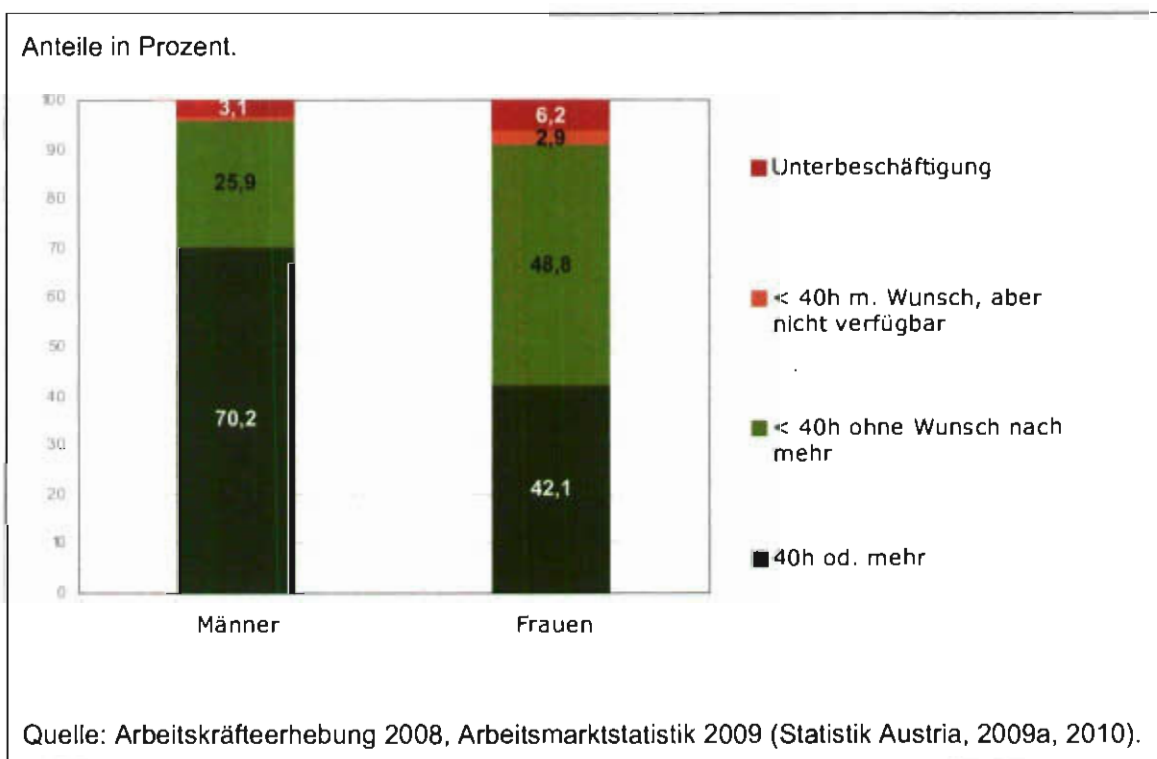
Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2010 (Statistik Austria, 2009a, 2011).

Personen, die weniger als 40 Stunden pro Woche arbeiten, wurden in der Arbeitskräfteerhebung auch gefragt, ob sie eine **Ausdehnung der Arbeitszeit** wünschen. Diese Frage bejahen 13,0 Prozent der Männer und 15,6 Prozent der Frauen, d.h. prinzipiell ist es nur ein geringer Anteil der Betroffenen, die sich mehr Arbeit wünschen. Bei den Männern ist dieser Trend jedoch stärker ansteigend als bei den Frauen: 2004 lag der Anteil noch bei 9,3 Prozent und ist gerade im Jahr der Krise von 2008 auf 2009 von 10,0 Prozent um drei Punkte (auf 13,0%) angestiegen. Bei den Frauen lag der Anteil 2004 bei 13,7 Prozent und ist von 2008 auf 2009 sogar leicht gesunken – von 16,1 auf 15,6 Prozent. Als Hauptgrund hierfür ist bei den Männern die Kurzarbeit anzuführen, die im Jahr 2009 in zahlreichen männertypischen Branchen (v.a. Industrie und Gewerbe) eingeführt wurde. Diese Interpretation geht auch Hand in Hand mit einem Anstieg der

Quote der **Unterbeschäftigung**¹, die von 2008 auf 2009 bei den Männern von 2,2 auf 3,1 Prozent (2010: 2,6%) aller Erwerbstätigen gestiegen ist; bei den Frauen blieb diese hingegen in den letzten vier Jahren in der Bandbreite von 6,2 bis 6,6 Prozent weitgehend konstant (2010: 5,0%). Dass die Unterbeschäftigungsquote bei Frauen doppelt so hoch liegt wie bei Männern, ist auf die insgesamt höhere Quote an Teilzeitbeschäftigten zurückzuführen. Auf alle Erwerbstätigen bezogen sind 4,5 Prozent als unterbeschäftigt einzustufen.

Die Beschäftigungsverhältnisse der Männer sind vom zeitlichen Umfang her umfassender, die Teilzeitquote (laut Selbsteinstufung) bei zwar steigender Tendenz sehr gering. Fasst man die Angaben zu den Arbeitszeiten und zur Unterbeschäftigung zusammen, so sind 2009 70,2 Prozent der Männer mit 40 oder mehr Stunden pro Woche ausgelastet, 25,9 Prozent haben eine geringere Arbeitszeit, sind damit jedoch zufrieden und wünschen sich keine Ausweitung. Bei den Frauen hatten hingegen nur 42,1 Prozent eine Beschäftigung im Ausmaß von 40 Stunden oder mehr pro Woche; 48,8 Prozent arbeiteten weniger Stunden und waren damit zufrieden (vgl. Grafik 2).

Grafik 2: Beschäftigungsausmaß



Im Jahr 2009 waren nach internationaler Definition 5,0 Prozent (2010: 4,6%) der Männer (Erwerbspersonen) und 4,6 Prozent (2010: 4,2%) der Frauen von **Arbeitslosigkeit** betroffen. Be-

¹ Unterbeschäftigung ist definiert durch den Wunsch nach höherer Arbeitszeit bei gleichzeitiger Verfügbarkeit der Arbeitskraft innerhalb von zwei Wochen, d.h. der Wunsch darf nicht auf die fernere Zukunft bezogen sein, sondern muss unmittelbare Relevanz haben.

zogen auf die österreichischen AMS- und Hauptverbandsdaten ergibt sich für die unselbständig Beschäftigten eine Arbeitslosenquote bei den Männern von 8,0 (2010: 7,5%) und bei den Frauen von 6,4 Prozent (2010: 6,3%). Ungeachtet der Definition ist es im vergangenen Jahr gerade bei den Männern zu einem deutlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit gekommen: 2008 lag diese noch bei 3,6 Prozent, bei den Frauen ist der Anstieg wesentlich moderater ausgehend von 4,1 Prozent erfolgt. Die Anteile von Langzeitarbeitslosen sind stabil auf niedrigem Niveau und liegen bei 1,1 (Männer) bzw. 1,0 Prozent (Frauen). Durch die Wirtschaftskrise hat sich auch die grundlegende Tatsache, dass bei den Frauen die Arbeitslosigkeit stets über jener der Männer liegt, umgekehrt. Dies war auch in geringerem Ausmaß in den Jahren 2001 bis 2003 der Fall, als die Wirtschaft nach dem Platzen der Internetblase (d.i. Spekulationsblase an den Börsen, die vor allem Unternehmen der New Economy betraf) im Jahr 2000 in einer angespannten Phase war. In wirtschaftlich stabileren Phasen geht die Arbeitslosigkeit bei den Männern stärker zurück, d.h. es sind bei den Männern insgesamt stärkere Schwankungen festzustellen. Dieser Trend zeigte sich auch wieder im Juni 2010, als die Arbeitslosigkeit in Österreich um 7,3 Prozent im Vergleich zum Juni 2009 zurückging. Am stärksten zurückgegangen ist die Arbeitslosigkeit bei den Männern, die einen Rückgang von 11,7% aufweisen, gefolgt von den jungen Menschen (15 - 24 Jahre) mit einem Minus von 10,1%. Hingegen sank die Arbeitslosigkeit bei den Frauen nur um 1,7 Prozent. Der Anstieg an Arbeitsplätzen ist vor allem in der Industrie und hier bei Zeitarbeitsplätzen zu verzeichnen (Der Standard vom 01.07.2010) – das sind genau jene Arbeitsplätze, die in der Krise besonders stark abgebaut wurden.

Tabelle 1: Arbeitslosigkeit nach internationaler Definition im Zeitverlauf

Angaben in Prozent.

	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	2010
Männer	3,9	3,6	3,3	3,4	4,1	4,3	4,5	4,9	4,3	3,9	3,6	5,0	4,6
Frauen	4,6	3,9	3,8	3,8	3,9	4,2	5,4	5,5	5,2	5,0	4,1	4,6	4,2

Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2010 (Statistik Austria, 2011).

Jüngere Menschen sind in stärkerem Ausmaß von Arbeitslosigkeit betroffen: 10,5 Prozent (2010: 8,9%) der Männer im Alter von 15 bis 24 Jahren und 9,4 Prozent (2010: 8,8%) der gleichaltrigen Frauen waren 2009 ohne Arbeit. Bei beiden Geschlechtern ist es im Vergleich zu 2008 zu einem Anstieg gekommen (Männer: 7,9%; Frauen: 8,2%). Im Jahr 2004 waren die Anteile ähnlich hoch, sind aber seither deutlich rückläufig. Dieser positive Trend wurde durch die Wirtschaftskrise jedoch gestoppt.

Arbeitslosigkeit ist auch eine Frage der **Herkunft** bzw. des **Migrationshintergrunds** und damit zusammenhängend mit der Qualifikation im Sinne der höchsten erworbenen Schulbildung. Ins-

gesamt 9,5 Prozent (2010: 8,2%) der Erwerbspersonen, die nicht in Österreich geboren sind, waren im Jahr 2009 arbeitslos. Bei den Männern dieser Gruppe betrug der Anteil 10,6 Prozent (2010: 8,7%), bei den Frauen 8,1 Prozent (2010: 7,5%). Für die in Österreich Geborenen lagen die Anteile bei beiden Geschlechtern bei 3,9 Prozent (2010: 3,7% bei den Männern und 3,5% bei den Frauen), d.h. die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arbeitslosigkeit sind in erster Linie auf Unterschiede in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund zurückzuführen. Innerhalb der Gruppe der Migranten und Migrantinnen sind wiederum Personen mit einem türkischen Migrationshintergrund häufiger arbeitslos (17,7%, Statistik Austria, 2010d). Die Wirtschaftskrise tangiert jedenfalls nicht die berufstätigen Männer gleichermaßen, sondern vor allem Männer mit Migrationshintergrund und damit zusammenhängend in erhöhtem Maße Männer mit niedrigerer **Schulbildung**. Bei den Pflichtschulabsolventen und Pflichtschulabsolventinnen sind die Differenzen zwischen Männern und Frauen am größten: 11,5 Prozent der Männer und 9,0 Prozent der Frauen mit entsprechender Schulbildung sind arbeitslos. Bei Personen mit Universitätsabschluss liegt die Arbeitslosenquote bei den Männern mit 2,2 Prozent sogar niedriger als bei den Frauen mit 2,9 Prozent.

Ein genauer Blick auf die Entwicklung der Erwerbstätigen- und Arbeitslosenquoten zeigt, dass besonders Männer, die in der Türkei geboren sind, von der wirtschaftlichen Krise betroffen sind. Lag der Anteil an Erwerbstätigen bei den türkischstämmigen Männern im Jahr 2008 noch bei 75,2 Prozent, so ist er im Jahr 2009 auf 66,1 Prozent gesunken (Statistik Austria, 2010, 2010d). Bei Männern, die aus dem ehemaligen Jugoslawien stammen, ist der Anteil von 75,8 Prozent auf 71,6 Prozent zurückgegangen. In Österreich Geborene spürten die Auswirkungen am wenigsten: Die Erwerbstätigenquote verzeichnet ein vergleichsweise geringes Minus von 79,2 Prozent auf 77,7 Prozent. Es muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die zitierten Daten den Migrationshintergrund nicht vollständig abbilden, da als Kriterien in der Regel nur Staatsangehörigkeit und Geburtsland vorliegen bzw. ausgewiesen werden, womit vor allem keine Daten über die zweite Generation der Zugewanderten publiziert sind. Seit 2008 wird in der Arbeitskräfteerhebung (Mikrozensus) auch das Geburtsland der Eltern erhoben, auf Basis dessen der Migrationshintergrund abgeleitet werden kann. Erste Ergebnisse dazu sind in einer eigenen Publikation zur Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich zusammengefasst (Statistik Austria, 2009f).

Migranten und Migrantinnen sind unterschiedlich gut in den österreichischen Arbeitsmarkt integriert, wobei die Unterschiede bei den in der Türkei Geborenen besonders groß sind: 66,1 Prozent der türkischstämmigen Männer, aber nur 37,3 Prozent der Frauen (Jahresdurchschnitte 2009, Statistik Austria, 2010). Bei Migranten und Migrantinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich geringer: 71,6 Prozent der Männer und 62,2 Prozent der Frauen waren 2009 erwerbstätig. Als Gründe für die geringere Erwerbsbeteiligung von Migrantinnen werden aus dem Mikrozensus traditionelle Rollenbilder, Sprachprobleme (insbesondere in der ersten Generation), Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche und eine höhere Kinderzahl angeführt. Dementsprechend stufen sich Migrantinnen bei der Frage

des vorwiegenden Lebensunterhalts besonders häufig als Haushaltsführende ein (Statistik Austria, 2009f, S. 37).

77,5 Prozent der arbeitslosen Männer streben eine unselbständige Vollzeitbeschäftigung an, jedoch nur 43,7 Prozent der Frauen. Diese tendieren mit 33,7 Prozent wesentlich stärker zu einer Teilzeitbeschäftigung als Männer (18,4%). 12,1 Prozent der Männer und 19,6 Prozent der Frauen ist es egal, ob es sich um eine Vollzeit- oder Teilzeitstelle handelt, und nur 4,1 Prozent der Männer und 3,0 Prozent der Frauen wollen sich selbständig machen.

Ein wesentlicher Grund für die stärkere Teilzeiterwerbstätigkeit der Frauen liegt im Spannungsfeld der Vereinbarkeit von Beruf und Familie: So gaben etwa 40 Prozent der teilzeitbeschäftigten Frauen an, aufgrund von Betreuungspflichten oder pflegebedürftiger Erwachsener nicht mehr zu arbeiten (vgl. Frauenbericht 2010, S. 135; Statistik Austria, 2009a; Kap. 3.2). Die Statistik Austria verzeichnet im Lebensunterhaltskonzept (LUK) im Jahr 2009 rund 122.000 Frauen, aber nur 3.000 Männer, die in **Elternkarenz** sind, das entspricht einem Anteil von 2,4 Prozent. Die aktuelle Statistik des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend weist mit Stand September 2010 (BMWFJ, 2010) 6.962 Väter unter den insgesamt 149.015 Kinderbetreuungsgeldbezieher/innen aus – ein Anteil von 4,7 Prozent (zur Väterkarenz siehe auch Kap. 3.1). Der Anteil der Männer unter den Kinderbetreuungsgeld-Bezieher/innen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen (2002: 0,9%, 2004: 3%, 2006: 3,5%, 2008: 3,9%). In Relation zu allen erwerbstätigen Männern sind die steigenden Anteile jedoch nach wie vor kaum abzubilden. Der Wert der Statistik Austria für die Männer stellt daher einen Schätzwert dar, da der Anteil so gering ist und sich an der Grenze der statistischen Messbarkeit im Rahmen einer Mikrozensuserhebung befindet. Die Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme seitens der Männer werden in Kapitel 3.1 ausführlich besprochen. Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sei auf das Kapitel 3.2 verwiesen.

Ein deutlicher Unterschied im Bereich der Nicht-Erwerbspersonen ergibt sich im Bereich der **unbezahlten haushaltsführenden Tätigkeit**: 11.000 Männer und 442.000 Frauen gaben 2009 an, ausschließlich dieser Tätigkeit nachzugehen. Schränkt man die Auswertung auf die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen ein, so sind es nur noch 323.000 Frauen, die im Erwerbsalter im Haushalt tätig sind. Für die Männer ist angesichts der geringen Gesamtzahl keine Aufschlüsselung der Werte nach Altersgruppen (statistisch) zulässig. Der Frauenbericht 2010 relativiert diesen Wert weiter und bezieht sich auf die Gruppe der Frauen von 25 bis 54 Jahren. Diese Lebensphase wird als Haupterwerbsalter angesehen. In dieser Altersgruppe stehen 1,4 Millionen erwerbstätigen und 53.000 arbeitslosen Frauen „lediglich 193.000 ausschließlich haushaltsführende Frauen gegenüber.“ (S. 129). Damit wird argumentiert, dass die Hausarbeit für Frauen deutlich an Stellenwert verloren hat.

2.2.3 ARBEITSRECHTLICHE UND BERUFLICHE STELLUNG

Von den rund 2,19 Millionen erwerbstätigen Männern im Jahresdurchschnitt 2009 sind insgesamt 1,85 Millionen **unselbständig** – das entspricht einem Anteil von 84,6 Prozent (Tabelle 2). Weitere 13,6 Prozent der Männer sind **selbständig**; die kleine Restgruppe (1,8%) umfasst mit-helfende Familienangehörige in einem Unternehmen. Bei den 1,89 Millionen erwerbstätigen Frauen hingegen liegt die Quote der Unselbständigen deutlich höher (89,0 Prozent bzw. 1,68 Millionen); der Anteil an Selbständigen beträgt 8,5 Prozent.

Im Hinblick auf die **arbeitsrechtliche Stellung** ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb der Gruppe der unselbständig Beschäftigten: Während bei den Männern 37,9 Prozent als Arbeiter und 44,0 Prozent als Angestellte tätig sind, verhalten sich die Anteile bei den Frauen mit 20,2 Prozent bzw. 61,2 Prozent umgekehrt, wobei die Differenz wesentlich größer und damit die Schwerpunktbildung bei den Frauen auf Angestelltenberufe ausgeprägter ist. Im öffentlichen Dienst stehen 12,3 Prozent der Männer und 13,2 Prozent der Frauen. Der Rest verteilt sich zu ähnlichen Anteilen auf Lehrlinge und freie Dienstnehmer/innen.

Die langfristige Entwicklung zeigt bei beiden Geschlechtern einen Rückgang der Arbeiterschaft bei gleichzeitigem Ansteigen der Angestelltenverhältnisse. So waren im Jahr 1998 bei den Männern noch 45,7 Prozent der unselbständig Beschäftigten Arbeiter (Frauen: 26,9%).

Rund 54.000 Personen waren 2009 als **freie Dienstnehmer/innen** beschäftigt, wobei der Anteil der Männer 44,4 Prozent beträgt. Das Segment hat sich in den vergangenen fünf Jahren kaum verändert und ist von der Tendenz her seit den Höchstständen in den Jahren 2007 und 2008 wieder rückläufig, was zum Teil auch auf die arbeitsrechtlichen Änderungen und die damit einhergehende Anpassungen an feste Dienstverhältnisse zurückzuführen ist. Dies betrifft insbesondere die Pflicht zur Arbeiterkammer-Mitgliedschaft, abzuführende Sozialversicherungsbeiträge (Pensions-, Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Insolvenzgeldversicherung), Einzahlung in die Abfertigungskasse usw (vgl. Arbeiterkammer Oberösterreich, 2009).

Tabelle 2: Arbeitsrechtliche Stellung im Zeitverlauf

Arbeitsrechtliche Stellung der unselbständig Beschäftigten.

Jahr	Erwerbstätige insgesamt in 1.000	in % auf Basis der unselbständig Erwerbstätigen			
		Unselbständige insgesamt	Arbeiter/Innen	Angestellte	Öffentlich Bedienstete
Männer					
1978	1.914,5	84,3	47,0		46,5
1988	1.972,2	86,5	47,5		46,3
1998	2.054,7	85,8	45,7		50,0
2004	2.061,5	85,3	39,1	42,6	12,8
2009	2.185,5	84,5	37,9	44,1	12,3
Frauen					
1978	1.165,8	79,2	34,8		59,4
1988	1.320,9	83,2	29,8		64,3
1998	1.572,3	86,7	26,9		70,0
2004	1.682,5	89,7	21,2	61,3	12,8
2009	1892,1	89,0	20,2	61,2	13,2

* Angestellte und öffentlich Bedienstete werden in den Zeitreihen der Statistik Austria gemeinsam ausgewiesen. ** Rest: freie Dienstnehmer/innen und Lehrlinge.
Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2009 (Statistik Austria, 2009a, 2010).

Eine rückläufige Tendenz verzeichnete von 2008 auf 2009 auch die **Leiharbeit**, wenngleich die Gründe hierfür in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu sehen sind. So waren zum Höchststand 2008 insgesamt 71.100 Personen als Leiharbeiter/innen tätig, 2009 ist deren Anzahl auf 65.000 gesunken. Von diesen waren 43.800 Männer, das bedeutet einen Anteil von 67,4 Prozent (Statistik Austria, 2010). Bezogen auf alle unselbständig erwerbstätigen Männer liegt die Leiharbeitsquote bei 2,4 Prozent; bei den Frauen beträgt sie 1,3 Prozent. Die Gründe für den höheren Männeranteil liegen in der manuellen Beschaffenheit der Arbeit, die von Leiharbeitsfirmen primär angeboten wird. So lag der Anteil der Arbeiter/innen im Jahr 2000 bei der Leiharbeit bei 82,7 Prozent (Wroblewski, 2001; BMWA, 2005) und war 2009 mit 77,4 Prozent unverändert hoch (Arbeiterkammer Österreich, 2010). Ergänzend zu den Daten der Statistik Austria gibt es auch Stichtagsdaten (Juli des Jahres), die von der Arbeiterkammer (2010) bzw. dem BMASK (2009c, 2010) veröffentlicht werden. Durch die methodischen Unterschiede weist diese Statistik bei den Frauen nur 13.300 Leiharbeiterinnen (Stichtagserfassung durch ein Web-

portal, das von den Arbeitskräfteüberlassern befüllt wird) statt 21.100 (auf ganzjähriger Befragungsbasis) aus; bei den Männern liegt die Zahl de facto auf gleicher Höhe. Entsprechend diesen Zahlen liegt der Anteil der Männer bei den überlassenen Arbeitskräften sogar bei 76,7 Prozent. Für das Jahr 2010 wird seitens des BMASK im Vergleich zum Jahr 2009 ein Zuwachs um rund 9.000 Arbeitskräfte ausgewiesen (2009: 57.200; 2010: 66.100), der im Wesentlichen auf die Industrie zurückzuführen ist. Die Zahl der Zeitarbeitskräfte befindet sich Mitte 2010 beinahe wieder auf Vorkrisenniveau (2008: 68.100).

Im Bereich der Arbeitskräfteüberlassung kann für die letzten Jahre von einer Konsolidierung auf höherem Niveau gesprochen werden. Die starke Wachstumsphase der 90er Jahre sowie zu Beginn des neuen Jahrtausends ist derzeit zumindest gebremst. Durch die Wirtschaftskrise ist die Größe dieser Gruppe erstmals wieder gesunken, da hiervon in erster Linie die Industrie betroffen war. So ist die Zahl der Leiharbeitskräfte in der Industrie 2008 auf 2009 von 26.000 auf 17.500 gesunken. In den übrigen Branchen ist deren Anzahl weitgehend konstant geblieben. Die Erholung am Arbeitsmarkt im Sommer 2010 wurde in den Detailanalysen vor allem auf den Anstieg bei Leiharbeitskräften zurückgeführt (Der Standard vom 01.07.2010).

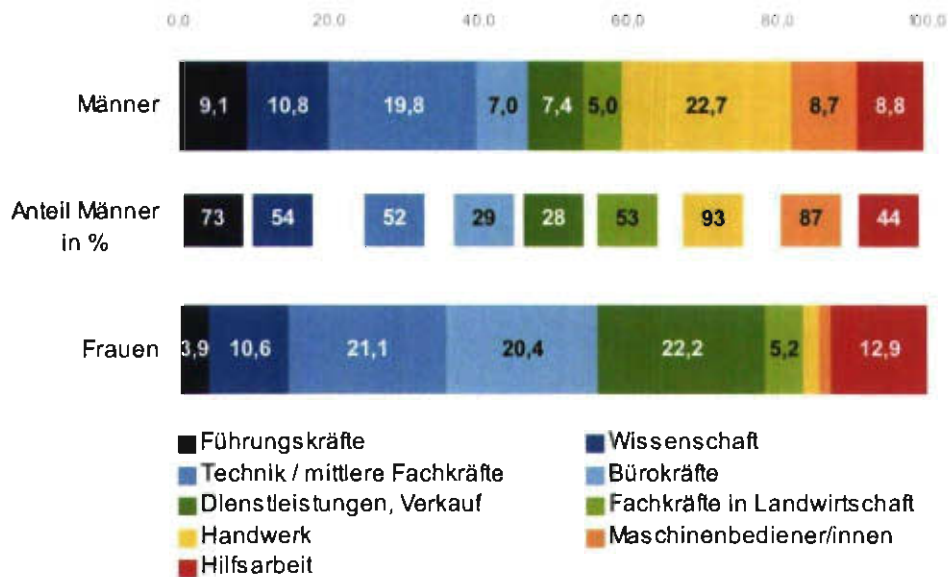
Die durchschnittliche Dauer der Überlassung liegt bei etwa sechs Monaten, gut ein Viertel der Leiharbeiter/innen ist länger als ein Jahr beim Beschäftigerbetrieb tätig. Der Schritt zur Leiharbeit ist selten freiwillig – lediglich 27 Prozent der männlichen Leiharbeiter geben an, diese Art des Beschäftigungsverhältnisses selbst so zu wollen. Für 48 Prozent gab es hingegen keine Alternative. Gut ein Viertel wurde vom Arbeitsamt zu einem Arbeitskräfteüberlasser vermittelt. Mit der Dauer der Überlassung steigt auch die Hoffnung auf einen fixen Arbeitsplatz im Beschäftigerbetrieb – so rechnen sich insgesamt 28 Prozent der Leiharbeiter Chancen in dieser Hinsicht aus; unter ihnen sind sehr viele mit einer durchgehenden Beschäftigungsdauer im selben Betrieb von mehr als zwölf Monaten (IFES, 2010a).

Im Rahmen der Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria (2009a, 2010) werden die Berufshauptgruppen nach ISCO-Standard erfasst. Diesen entsprechend sind 9,1 Prozent der erwerbstätigen Männer, aber nur 3,9 Prozent der Frauen in einer Führungsposition als Geschäftsführer/innen oder Bereichsleiter/innen in größeren Unternehmen tätig. Der Männeranteil unter allen Führungskräften beträgt damit 72,8 Prozent.

Die Hauptberufsfelder der Männer sind handwerkliche Tätigkeiten (22,7%) und Berufe mittlerer Qualifikation mit vorwiegend technischer Ausrichtung (19,8%). Der Handwerksberuf ist mit 92,7 Prozent fest in männlicher Hand. Bei den Frauen stehen drei Bereiche an vorderster Stelle: Dienstleistungsberufe auf der Ebene von Verkäuferinnen und personenbezogener Dienstleistungen (22,2%), Berufe mittlerer Qualifikation mit vorwiegend nichttechnischem Schwerpunkt wie etwa Gesundheitsfachkräfte (21,1%) sowie Bürokräfte und kaufmännische Angestellte (20,4%). Unter den Bürofachkräften und personenbezogenen Dienstleister/innen sind Männer mit Anteilen von knapp unter 30 Prozent vergleichsweise selten vertreten (Grafik 3).

Grafik 3: Berufshauptgruppen nach ISCO

Anteile in Prozent. „Anteil Männer in%“ bezieht sich auf das Geschlechterverhältnis in den einzelnen Hauptgruppen.



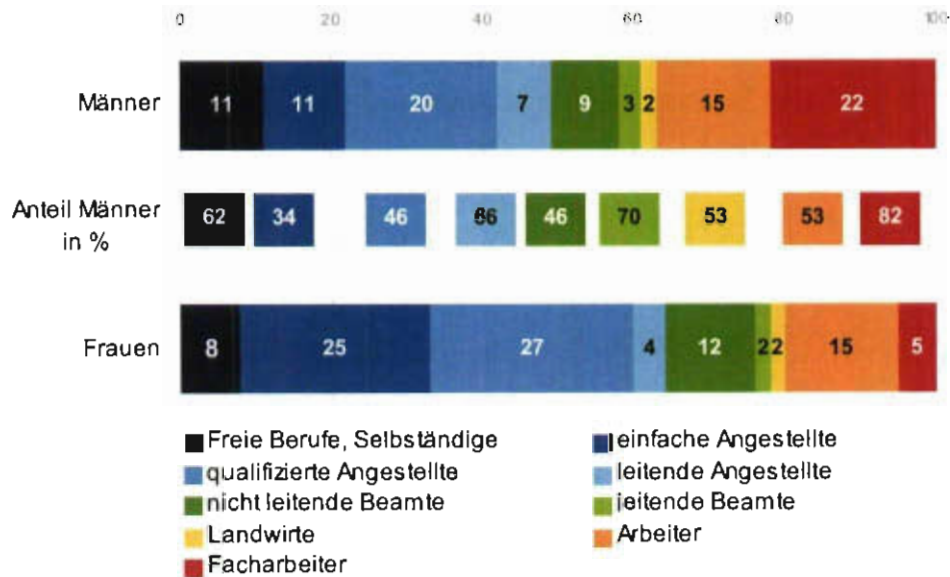
Lesebeispiel: 8,8 Prozent aller Männer arbeiten als Hilfsarbeiter, bei den Frauen sind es 12,9 Prozent. In der Gruppe der Hilfsarbeiter/innen stellen die Männer damit 44 Prozent der Arbeitskräfte.

Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2009 (Statistik Austria, 2009a, 2010).

Im Rahmen repräsentativer Bevölkerungsumfragen wird im IFES Quartal für Quartal auch die berufliche Stellung der Befragten erfasst (Grafik 4). Diese deckt sich in den Hauptgruppen (selbständig/unselbständig; Arbeiter/Angestellte/öffentlicher Dienst etc.) mit den Erhebungen der Statistik Austria. Darüber hinaus bietet die Befragung des IFES jedoch eine Unterscheidung in einfache, qualifizierte und leitende Tätigkeiten in den jeweiligen Sektoren, die auf der Selbsteinstufung der Befragten beruht. So dominieren Männer vor allem Facharbeiter-, Meister- und Vorarbeiterberufe (82,2%), leitende Beamtenpositionen (69,7%), leitende Angestelltenberufe (66,0%) sowie freie Berufe (61,8%) und Inhaberpositionen von Firmen (62,3%). Frauen hingegen stellen einen besonders hohen Anteil bei den einfachen Angestellten (66,1% Frauenanteil), den nicht-leitenden Beamten und Beamtinnen (53,8%), aber auch im Bereich der qualifizierten Angestellten (53,6%).

Grafik 4: Berufliche Stellung

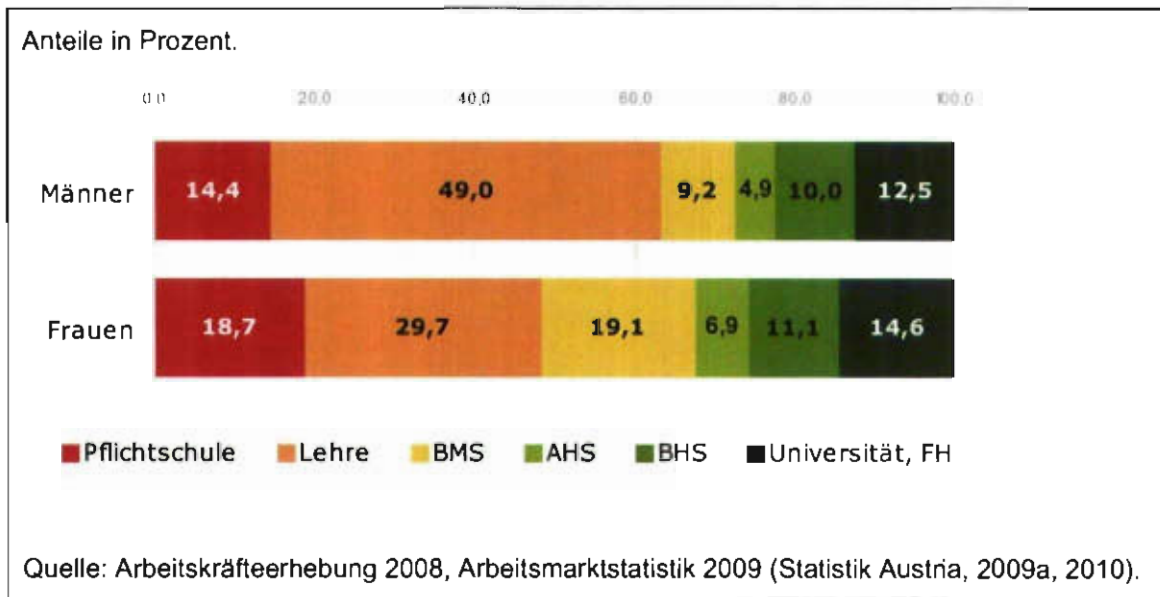
Anteile in Prozent. „Anteil Männer in %“ bezieht sich auf das Geschlechterverhältnis in den einzelnen Hauptgruppen.



Lesebeispiel: Sieben Prozent aller Männer sind leitende Angestellte, bei den Frauen sind es vier Prozent. Unter allen leitenden Angestellten liegt der Männeranteil bei 66 Prozent.

Quelle: Quartalsweise Bevölkerungsbefragung von jeweils 2.000 Personen (IFES, 2010b).

Die berufliche Stellung spiegelt sich nur bedingt im formalen Bildungsniveau der Erwerbstätigen (Grafik 5) wider: So fügt sich zwar die Dominanz von Lehrabschlüssen bei den Männern (49,0%; bei den Frauen: 29,7%) auch gut in den Schwerpunkt handwerklicher Berufe ein, der Anteil der Universitäts- und Maturaabschlüsse ist bei den berufstätigen Frauen jedoch höher (32,6% vs. 27,4%), ohne einen entsprechenden Niederschlag in der Höhe der beruflichen Position zu finden. Frauen sind zwar häufig in qualifizierten, seltener jedoch in leitenden Positionen zu finden.

Grafik 5: Höchste abgeschlossene Schulbildung der Erwerbstätigen

Differenziert man die beruflichen Positionen nach dem höchsten Schulabschluss, so erreichen 23,3 Prozent der Männer mit Universitätsabschluss (inkl. Fachhochschulen und Akademien), aber nur 7,8 Prozent der Frauen eine führende Tätigkeit. Diese sind zu 64,8 Prozent in höheren qualifizierten, aber auch zu 22,2 Prozent in mittleren (nicht manuellen) Positionen tätig. Bei den Männern sind dies hingegen nur 60,4 Prozent bzw. 11,7 Prozent.

Auch Frauen mit Maturaabschlüssen gelangen seltener über eine mittlere Tätigkeit hinaus – nur etwa 3,6 bis 4,4 Prozent (je nach Art des Abschlusses) nehmen eine Führungsposition ein. Bei den Männern sind die Anteile mit 12,6 bis 15,3 Prozent etwa dreimal bis viermal so hoch (Statistik Austria, 2009a; siehe auch Frauenbericht 2010, S. 149f).

Das Bildungsprofil der erwerbstätigen Zuwanderer erweist sich als polarisierter als jenes der im Inland Geborenen, d.h. Migranten und Migrantinnen weisen häufiger niedrige und hohe Schulabschlüsse auf (alle Daten auf Basis des 2. Quartals 2008; Statistik Austria, 2009f). 27,9 Prozent der Zuwanderer, aber nur 14,2 Prozent der in Österreich Geborenen haben lediglich eine Pflichtschule abgeschlossen; in puncto Hochschulabschlüsse liegen die Migranten und Migrantinnen mit einem Anteil von 16,3 Prozent vor den hierzulande Geborenen mit 12,9 Prozent. Auch die Maturaquote ist mit 18,7 Prozent gegenüber 15,8 Prozent höher. Der wesentliche Unterschied ergibt sich daher in der berufsbezogenen Ausbildung, der Lehre. Diese für im Inland Geborene besonders zentrale Kategorie (42,5%) spielt bei Migranten und Migrantinnen eine vergleichsweise geringere Rolle (28,4%).

Betrachtet man die Schulbildung nach den relevanten Herkunftsländern, so fällt auf, dass besonders viele aus der Türkei (66,2%) und aus dem ehemaligen Jugoslawien (47,7%) Stam-

mende nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen. Die Zuwanderergruppe der Deutschen hat überproportional häufig einen Matura- oder Universitätsabschluss (54,6%).

Tabelle 3: Berufliche Position nach Bildungsniveau

Angaben in Prozent, auf Basis der Schulabschlüsse unselbständig Erwerbstätiger.

Bildungsniveau	Hilfstätigkeit, angelernnte Tätigkeit	Facharbeiter/in Meister/in	Mittlere Tätigkeit (nicht manuell)	Qualifizierte Tätigkeit (nicht manuell)	Führende Tätigkeit (nicht manuell)
Männer					
Gesamt	26,8	25,2	20,0	19,5	8,4
Pflichtschule	76,0	7,2	12,6	2,8	*
Lehre	27,3	41,3	18,7	8,3	4,4
BMS	16,1	17,3	34,8	21,3	10,6
AHS	23,5	4,1	29,8	30,0	12,8
BHS	8,7	7,2	28,6	40,2	15,3
Unl, FH	3,4	*	11,7	60,4	23,3
Frauen					
Gesamt	28,6	8,4	38,9	20,6	3,5
Pflichtschule	76,3	2,0	18,6	2,3	*
Lehre	31,9	15,9	43,0	6,6	2,6
BMS	14,9	11,8	53,5	16,3	3,5
AHS	23,1	3,5	45,9	23,2	4,4
BHS	12,7	3,4	49,1	31,2	3,6
Unl, FH	3,6	1,6	22,2	64,8	7,8

Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2009 (Statistik Austria, 2009a, 2010).

Unter den Migranten und Migrantinnen arbeitet knapp die Hälfte (49,0%) in Arbeiterberufen, weitere 42,2 Prozent sind Angestellte (inkl. Beamte und Vertragsbedienstete) und 8,8 Prozent selbständig. Bei den im Inland geborenen Erwerbstätigen sind nur 24,7 Prozent Arbeiter/innen; es dominieren die Angestelltenberufe mit 60,3 Prozent; der Rest (15,0%) ist selbständig (alle Daten auf Basis des 2. Quartals 2008; Statistik Austria, 2009f). Besonders häufig üben Zugewanderte aus der Türkei (74,5%) und dem ehemaligen Jugoslawien (71,1%) einen Arbeiterberuf aus.

Das Berufsgruppenbild zeigt einen deutlichen Schwerpunkt von Hilfsarbeitskräften unter den Migranten und Migrantinnen. Entsprechend geringer sind die Anteile bei den technischen Berufen, bei den Bürokräften und kaufmännischen Angestellten sowie bei Fachkräften in der Landwirtschaft.

2.2.4 ALLGEMEINE ARBEITSMARKTSEGREGATION

Die Entwicklungen im Bereich der arbeitsrechtlichen Stellung der Erwerbstätigen (Kapitel 2.2.3) gehen Hand in Hand mit Veränderungen in den Wirtschaftssektoren (Tabelle 4). Derzeit sind 58,0 Prozent der Männer im Dienstleistungsbereich, 36,7 Prozent in der Industrie und im Gewerbe sowie 5,4 Prozent in der Land- und Forstwirtschaft tätig. Vor zehn Jahren waren 51,6 Prozent in der Dienstleistung und 42,4 Prozent in der Produktion beschäftigt. Im Jahr 1978 waren die Größenverhältnisse nahezu exakt umgekehrt. Bei den unselbständig erwerbstätigen Frauen wächst der Dienstleistungsbereich ebenfalls, jedoch auf hohem Niveau, sodass insgesamt die strukturellen Veränderungen bei den Frauen in dieser Hinsicht weniger umfassend sind als bei den Männern: So lag der Anteil der in der Dienstleistungsbranche tätigen Frauen 1998 bereits bei 78,2 Prozent und ist bis 2009 auf 83,4 Prozent angewachsen (1978: 61,6%).

Tabelle 4: Entwicklung der Wirtschaftssektoren

Erwerbstätige insgesamt. Der Dienstleistungssektor inkludiert den öffentlichen Dienst.

Jahr	Wirtschaftssektor	Frauen in 1.000	Frauen in %	Männer in 1.000	Männer in %
1978	Insgesamt	1.185,8		1.914,5	
	Land- und Forstwirtschaft	154,5	13,3	173,0	9,0
	Produktion	293,1	25,2	976,7	51,1
	Dienstleistungen	716,5	61,6	763,1	39,9
1988	Insgesamt	1.320,9		1.972,2	
	Land- und Forstwirtschaft	124,5	9,5	145,8	7,4
	Produktion	275,9	21,0	960,2	48,9
	Dienstleistungen	912,0	69,5	858,9	43,7
1998	Insgesamt	1.572,3		2.054,7	
	Land- und Forstwirtschaft	117,7	7,5	122,9	6,0
	Produktion	225,0	14,3	872,2	42,4
	Dienstleistungen	1.229,6	78,2	1.059,7	51,8
2009	Insgesamt	1.892,1		2.185,5	
	Land- und Forstwirtschaft	97,3	5,1	117,1	5,4
	Produktion	216,8	11,5	801,8	36,7
	Dienstleistungen	1.578,0	83,4	1.266,7	58,0

Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2009 (Statistik Austria, 2009a, 2010).

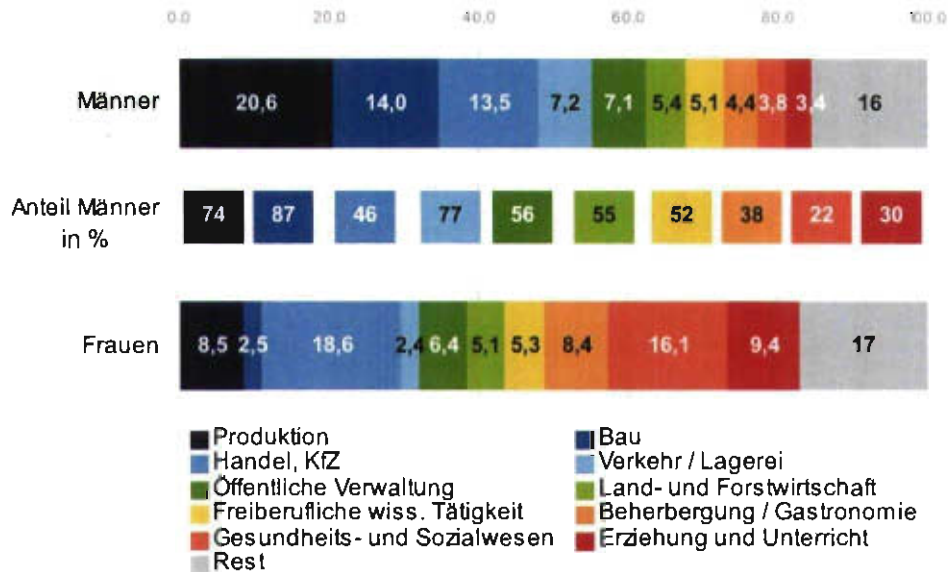
Das Beschäftigungswachstum in den vergangenen Jahrzehnten ist zu großen Anteilen auf die zunehmende Frauenerwerbstätigkeit zurückzuführen, die vor allem im Dienstleistungssektor stattgefunden hat. Betrachtet man die Ergebnisse nach Branchen, zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Schwerpunkte, die sich auch in den Berufsbildern widerspiegeln (vgl. Kap. 2.2.3). Diese Unterschiede werden im Folgenden auch unter dem Begriff der horizontalen Arbeitsmarktsegregation zusammengefasst; die vertikale Segregation umfasst im Gegensatz dazu die Unterschiede in der beruflichen Hierarchie im Sinne der Verantwortungsübernahme (führende/leitende, qualifizierte vs. einfache Tätigkeiten und Hilfstätigkeiten), die in Kapitel 2.2.3 dargestellt sind.

Die horizontale Differenzierung nach Branchen (Grafik 6) ergibt für Männer drei und für Frauen zwei Haupttätigkeitsgebiete: Von den rund 2,2 Millionen erwerbstätigen Männern sind 20,6 Prozent in der Produktion, 14,0 Prozent am Bau und 13,5 Prozent im Handel (inkl. KfZ-Handel und Reparatur) tätig. Von der Zahl der Arbeitskräfte her sind die nächst-größten Branchen die öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung sowie Verkehr und Lagerei (je 7,1%). Bei den Frauen ist die Konzentration auf einige wenige Branchen etwas geringer: Von den rund 1,9 Millionen erwerbstätigen Frauen arbeiten 18,6 Prozent im Handel und 16,1 Prozent im Gesundheitswesen. Die nächst-größten Branchen sind Erziehung und Unterricht (9,4%), Produktion (8,5%) sowie Beherbergung und Gastronomie (8,4%).

Beurteilt man die Arbeitsmarktsegregation anhand des Männer- bzw. Frauenanteils in einzelnen Branchen, so sind die mit Abstand geringsten Männeranteile in den Branchen Gesundheits- und Sozialwesen (21,6%) sowie Erziehung und Unterricht (29,6%) festzustellen. Auch in der von der Größe her noch relevanten Branche Beherbergung und Gastronomie (37,6%) ist ein vergleichsweise geringer Männeranteil festzustellen. Besonders männerdominiert sind hingegen das Baugewerbe (86,5%), Energie- und Wasserversorgung (84,3%) sowie Bergbau (80,2%). In den großen Branchen Verkehr (77,4%) und Produktion (73,7%) sind ebenfalls vorwiegend Männer im Einsatz.

Grafik 6: Branchen

Anteile in Prozent. „Anteil Männer in%“ bezieht sich auf das Geschlechterverhältnis in den einzelnen Hauptgruppen.



Lesebeispiel: Rund 21 Prozent aller Männer arbeiten in der Produktion, bei den Frauen sind es 8,5 Prozent. 74 Prozent aller Produktionsbeschäftigten sind Männer.

Quelle: Arbeitskräfteerhebung 2008, Arbeitsmarktstatistik 2009 (Statistik Austria, 2009a, 2010).

2.2.5 ARBEITSALLTAG

In diesem Abschnitt werden spezifische Themen aufgegriffen, um den beruflichen Alltag der Männer etwas detaillierter zu beleuchten. Von besonderem Interesse sind dabei die berufliche Zufriedenheit bzw. das Arbeitsklima, berufliche Belastungen, Arbeitszeitregelungen, Sonderformen der Arbeitszeit und Überstunden sowie Karriereverläufe und -erwartungen von Männern.

Arbeitsklima, Arbeitszufriedenheit

Von der aktuellen Wirtschaftskrise sind Männer stärker betroffen als Frauen. Die steigende Arbeitslosigkeit und die Unterbeschäftigung sind hauptsächlich auf die Rückgänge an Arbeitsplätzen in der Industrie und im Baugewerbe sowie die eingeführte Kurzarbeit zurückzuführen. Die weniger betroffenen Branchen wie Handel und Tourismus bzw. die gar nicht betroffenen Branchen wie Gesundheitswesen sowie Unterricht und Erziehung sind stärker von den Frauen dominiert (vgl. Kap. 2.2.7). Dadurch sind die direkten Auswirkungen für Frauen derzeit weniger stark als für Männer (z.B. Die Presse, 25.08.2009; Die Zeit, 27.07.2009, Die Süddeutsche, 30.06.2009). Auch die klimatische bzw. subjektive Wahrnehmung der wirtschaftlichen Lage fällt seitens der Männer negativer aus.

Laut Österreichischem Arbeitsklima-Index der Arbeiterkammer Oberösterreich sagen für den Zeitraum 2008 bis 2010 (IFES, 2010a) 35 Prozent der unselbständig beschäftigten Männer, dass sie mit ihrem Beruf insgesamt sehr zufrieden sind, weitere 44 Prozent vergeben auf einer fünfstufigen Skala den Wert 2. Bei den Frauen betragen die jeweiligen Anteile 39 bzw. 41 Prozent – die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind demnach relativ gering. Die restlichen Personen geben jeweils an, mit ihrer Arbeit wenig bis gar nicht zufrieden zu sein. Als Resümee kann für Männer und Frauen festgehalten werden, dass etwa zwei Drittel Verbesserungsmöglichkeiten in ihrer beruflichen Tätigkeit sehen und zumindest mit Teilaspekten unzufrieden sind, je ein Fünftel äußert sich dezidiert negativ und kann als weitreichend unzufrieden eingestuft werden.

Infobox: Der Österreichische Arbeitsklima-Index der Arbeiterkammer Oberösterreich

Der Arbeitsklima-Index der Arbeiterkammer Oberösterreich ist eine österreichweit repräsentative Befragung von unselbständig Beschäftigten, freien Dienstnehmer/innen und Arbeitslosen. Die Erhebungen finden quartalsweise im Umfang von rund 1.000 Personen statt und decken ein breites inhaltliches Spektrum an Arbeitsbedingungen ab. Neben klassischen Faktoren, die die Arbeitsbedingungen in den Betrieben umfassen, werden vor allem Erwartungen individueller Zukunftschancen als auch die Wahrnehmung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen erfasst. Der Arbeitsklima-Index wird vierteljährlich im Rahmen einer Pressekonferenz der Arbeiterkammer Oberösterreich und den Sozialforschungsinstituten IFES und SORA präsentiert.

Der Arbeitsklima-Index wird in vier Unterbereiche gegliedert:

1. **Gesellschaft und Wirtschaft:** subjektive Wahrnehmung der wirtschaftlichen Entwicklung und die Zufriedenheit mit dem gesellschaftlichen Status als Arbeitnehmer/in
2. **Betrieb:** betriebliche Führung und Arbeitskultur, gesellschaftlicher Status des Betriebs
3. **Arbeit:** Beurteilungen der Arbeitssituationen (Arbeitskollegen, Vorgesetzte, Arbeitstätigkeit an sich etc.) und beruflichen Belastungen
4. **Erwartungen:** persönliche Aufstiegsmöglichkeiten und die zukünftige Entwicklung des Betriebes und der Arbeitsplätze im Sinne der Arbeitsplatzsicherheit.

Daten zur Untersuchung:

- ◆ 1.000 persönliche Interviews österreichweit pro Quartal seit 1997; aktuell rund 50.000 Interviews.
- ◆ Die Erhebung der Daten erfolgt im Rahmen einer Mehrthemenumfrage des IFES.
- ◆ Die aktuellen Ergebnisse und Trends werden vierteljährlich im Rahmen einer Pressekonferenz präsentiert und in einem Newsletter dokumentiert.
- ◆ Literatur: Michenthaler & Hofinger (1998), Hofinger et al. (2009), AK OÖ (2009a).

Berufliche Unzufriedenheit kann auf eine Reihe unterschiedlicher Aspekte bezogen sein, z.B. auf die Arbeitszeitregelung, die Aufstiegs-, Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, auf die Mitbestimmung im Betrieb, auf den Sinn und den Entscheidungsspielraum der Arbeitstätigkeit, auf die Kollegen und Kolleginnen und Vorgesetzten etc. In all diesen allgemeinen Facetten der beruflichen Welt unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig. Selbst hinsichtlich des Einkommens ergeben sich de facto keine Unterschiede in der Zufriedenheit, wiewohl objek-

tiv eine nicht erklärbare – im Sinne von durch Leistung und Arbeitsausmaß bedingte – Benachteiligung der Frauen festzustellen ist (Frauenbericht 2010, Kapitel 4; Kap. 2.2. im vorliegenden Bericht). 18 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen geben an, mit ihrem Einkommen sehr zufrieden zu sein. Die Note 2 wird von 43 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen vergeben. Bei beiden Geschlechtern sind jeweils 15 Prozent mit ihrem Einkommen gar nicht zufrieden. Danach gefragt, wie gut die unselbständigen Arbeitnehmer/innen von ihrem Einkommen leben können, äußern sich die Männer positiver: 12 Prozent können sehr gut davon leben, weitere 40 Prozent sagen, es reiche vollkommen aus. 40 Prozent tun sich schwer, mit dem Einkommen auszukommen und für 7 Prozent reicht es nicht, um die grundlegenden Bedürfnisse im Leben abzudecken. Für Frauen gestaltet sich dieser Aspekt schwieriger: 9 Prozent können von ihrem Einkommen sehr gut leben und für 35 Prozent reicht es vollkommen aus. 44 Prozent kommen gerade durch und 11 Prozent geben an, dass es nicht ausreicht. Wiewohl die geschlechtsspezifischen Unterschiede von Bedeutung sind, haben die Ergebnisse für beide Geschlechter Relevanz: Zusammengefasst haben 47 Prozent der Männer und 55 Prozent der Frauen Probleme, mit dem Einkommen auszukommen (IFES, 2010a). Abgesehen von Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit hat der finanzielle Druck auch Auswirkungen auf die Gesundheit (Raml, 2010; Kap. 2.1 zur gesundheitlichen Situation von *working poor*). Detailliertere Ergebnisse zur Einkommenssituation von Frauen und Männern werden in den Kapiteln 2.2.6 (Einkommen) und 2.2.7 (*working poor*) referiert.

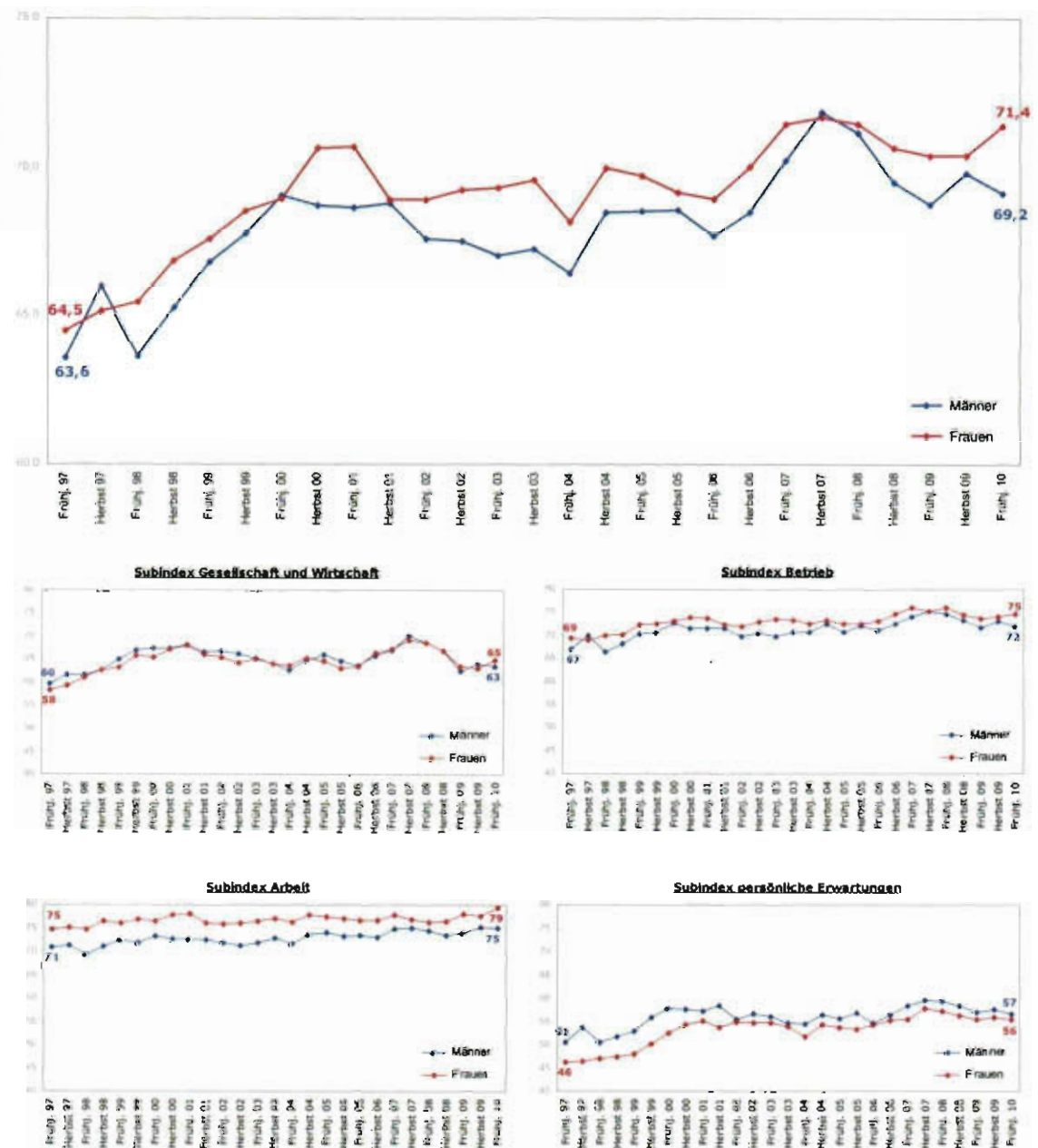
Für den gesamten Untersuchungszeitraum des Arbeitsklima-Index (seit 1997) gilt, dass Männer meist etwas weniger zufrieden mit Ihrer Arbeit sind als Frauen. Insbesondere in wirtschaftlich angespannten Zeiten wie um die Jahrtausendwende und in den Jahren ab 2008 geraten Männer stärker unter Druck als Frauen. In den Jahren der – industriellen und bauwirtschaftlichen – Hochkonjunktur in den Jahren 2007 und Anfang 2008 lagen die Männer hinsichtlich ihres subjektiven Arbeitsklimas gleichauf mit den Frauen. Die aktuellen Anspannungen in der Weltwirtschaft und die unterschiedlich starke Betroffenheit der Branchen haben zu einem Aufgehen der Schere zwischen den Geschlechtern geführt. Da im Arbeitsklima-Index neben der Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Arbeitgeber auch die subjektive Wahrnehmung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfasst wird, reagiert das Instrument sehr sensibel auf Erwartungen und Druck „von außen“: So gesehen war die Erholung des Arbeitsklimas bei den Männern im Herbst 2009 auf entsprechende Medienberichte und das Erreichen der wirtschaftlichen Talsohle zurückzuführen, infolgedessen es zur Erwartungshaltung, dass es ab nun wieder bergauf gehe, gekommen ist. Diese Erwartungshaltung wurde jedoch enttäuscht: Die wirtschaftliche Situation bleibt – insbesondere auch am Arbeitsmarkt – angespannt und von Ungewissheit geprägt. Darüber hinaus dürfte auch das Klima in den Betrieben der betroffenen Branchen durch den Arbeitsplatzabbau rauer werden.

Die vier Teilbereiche des Arbeitsklima-Index (siehe Infobox) haben sich in den vergangenen Jahren unterschiedlich entwickelt und geben ein umfassendes Bild von der subjektiven Sicht der Arbeitnehmer/innen (Grafik 7).

Die gesellschaftliche Stellung und die allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen werden von Männern und Frauen weitgehend gleich beurteilt. Seit Anfang 2008 haben sich hier die Wahrnehmungen der Arbeitnehmer/innen deutlich eingetrübt, liegen jedoch nach wie vor über den Einschätzungen der 90er Jahre, sodass die Österreicher/innen das wirtschaftliche Umfeld nach wie vor positiv sehen.

Grafik 7: Entwicklung der Indikatoren des Arbeitsklima-Index

Indexwerte von 0 bis 100 – je höher der Wert, desto besser das Arbeitsklima bzw. die Arbeitszufriedenheit.



Quelle: Österreichischer Arbeitsgesundheitsmonitor der AK ÖÖ (IFES, 2010a).

Berufliche Belastungen

Die Zufriedenheit in den Bereichen des betrieblichen Umfelds und der unmittelbaren Arbeitsbedingungen ist bei den Frauen seit Beginn der Messungen höher als bei den Männern. Diese Einschätzung beruht vor allem auf der unterschiedlichen Wahrnehmung beruflicher Belastungen, denen Männer insgesamt stärker ausgesetzt sind als Frauen (vgl. Grafik 3 in Kap. 2.1). Bedingt durch die unterschiedlichen beruflichen Schwerpunkte gilt dies vor allem für physische Belastungen wie Lärm (21% der Männer sind hier sehr stark belastet; gegenüber 9% der Frauen), schwere körperliche Anstrengung (19% vs. 12%), Staub und unangenehme Witterungsverhältnisse (jeweils 18% vs. 5%). Auch die Erhebungen der Statistik Austria (2009f) ergeben, dass 55 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen mindestens einer physischen Belastung am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Bei den psychischen Belastungen betragen die entsprechenden Anteile 38 bzw. 29 Prozent. Fasst man die beiden Gruppen von Belastungen zusammen, so sind 68 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen mindestens einer Belastungsquelle im Beruf ausgesetzt. Die Auswirkungen der Belastungen auf die Gesundheit werden in Kapitel 2.1 vertiefend dargestellt.

Der vierte Subindex des Österreichischen Arbeitsklima-Index, der die persönlichen Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsmarktchancen erfasst, fällt bei den Männern tendenziell etwas positiver aus als bei den Frauen, wobei die Unterschiede seit der Jahrtausendwende nur noch sehr gering sind (Grafik 7). Auch die Aufstiegsperspektiven haben in den vergangenen Jahren abgenommen.

Um die Gesamtsituation von Migranten und Migrantinnen am Arbeitsplatz zu beschreiben, können aus dem Arbeitsklima-Index der berechnete Gesamtindex und in weiterer Folge auf Basis dessen eine Einteilung der Erwerbstätigen in vier Gruppen von – stets relativ betrachtet – sehr schlechten bis hin zu sehr guten Arbeitsbedingungen vorgenommen werden, um die Einschätzung der Mittelwertsunterschiede beim Index interpretieren zu können. Während in Österreich geborene Erwerbstätige auf einer Skala von 0 bis 100 im Schnitt insgesamt 70 Indexpunkte erzielen, liegt der Wert bei den Migranten und Migrantinnen aus dem EU-Ausland bzw. aus Westeuropa bei 68 Punkten und bei jenen aus – den für Österreich besonders relevanten Herkunftsländern – der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien sowie aus Polen bei nur 64 Punkten. Dieser Unterschied ist als sehr groß einzustufen. Noch deutlicher wird dies, wenn die Erwerbstätigen anhand ihres Gesamtindex in vier gleich große Gruppen eingeteilt werden. Bei dieser Vorgehensweise bildet das Viertel mit den geringsten Werten eine Gruppe, das zweite Viertel mit etwas höheren Werten eine Gruppe, das dritte Viertel ebenso eine Gruppe bis hin zum letzten Viertel mit den höchsten Werten schließlich jene Gruppe mit den vergleichsweise besten Arbeitsbedingungen (auf Basis subjektiver Urteile). Die in Österreich Geborenen stellen angesichts ihrer Größe bei dieser Methode die Referenzgruppe dar, auf jede Gruppe entfällt rund ein Viertel der Erwerbstätigen. Bei den Migranten und Migrantinnen ergibt sich jedoch keine Gleichverteilung auf diese vier Gruppen: So befinden sich 39 Prozent der Erwerbstätigen aus Ländern wie der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien und Polen in jener Gruppe mit den ver-

gleichweise schlechtesten Arbeitsbedingungen. In der zweiten Gruppe landen mit 28 Prozent ebenfalls überproportional viele, sodass in den beiden Gruppen mit den besseren bzw. besten Arbeitsbedingungen schließlich nur noch 21 Prozent bzw. 12 Prozent zu finden sind.

Arbeitszeit und Arbeitszeitregelungen

Wesentliche Punkte, die vor allem im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (vgl. Kap. 3.2) von Bedeutung sind, sind der Umfang der Erwerbsbeteiligung und die Arbeitszeitregelungen, die für die unselbständigen Arbeitnehmer/innen gelten. Daten hierzu liegen von der Statistik Austria im Rahmen der Arbeitskräfteerhebung sowie aus dem Österreichischen Arbeitsklima-Index der Arbeiterkammer Oberösterreich vor. Die beiden Datenquellen sind zueinander konsistent, daher werden im vorliegenden Bericht nur die Daten aus dem Arbeitsklima-Index zitiert, da diese auch Aufschluss über Abweichungen zwischen Wunsch und Wirklichkeit geben. 34 Prozent der Männer sind mit ihrer Arbeitszeitregelung sehr zufrieden, weitere 41 Prozent sind als eher zufrieden einzustufen. Bei den Frauen sind 39 Prozent sehr und 38 Prozent eher zufrieden. Unzufriedenheit äußern vor allem Personen mit Nacht- und Schichtarbeit und unregelmäßigen Arbeitszeiten, die sich meist durch Arbeit auf Abruf ergeben. 11 Prozent der unselbständig erwerbstätigen Männer und 8 Prozent der Frauen fühlen sich in dieser Hinsicht in ihrem Beruf (sehr) stark belastet.

Unselbständig erwerbstätige Männer arbeiten im Schnitt 41,1 Stunden, Frauen 32,4 Stunden pro Woche (Statistik Austria, 2010). Die Unterschiede ergeben sich primär aus den unterschiedlichen Anteilen der Teilzeitarbeit. Betrachtet man Vollzeit-erwerbstätige und Teilzeiterwerbstätige getrennt, so nivellieren sich die durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten von Männern und Frauen. Bei den Vollzeit-erwerbstätigen liegen die Durchschnitte bei 42,9 bzw. 41,3 Stunden, bei Teilzeit bei 20,3 und 21,5 Stunden.

Nach der Wunscharbeitszeit – bei entsprechenden Auswirkungen auf das Entgelt – gefragt, sagen 35 Prozent der Männer, dass sie gerne weniger arbeiten würden; bei den Frauen liegt der entsprechende Anteil bei 26 Prozent. Mehr arbeiten würden gerne 4 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen. Diese Werte aus dem Arbeitsklima-Index decken sich mit den Angaben zur Unterbeschäftigung der Statistik Austria (vgl. Kap. 2.2.1).

21 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen geben an, häufig Überstunden zu leisten; auf 45 bzw. 41 Prozent trifft dies gelegentlich zu, der Rest macht keine Überstunden. Betrachtet man nun alle Personen, die mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiten – der Anteil beträgt hierfür bei den Männern 32 Prozent und bei den Frauen 14 Prozent –, wünschen sich jeweils etwa drei Viertel der Gruppe eine geringere Arbeitszeit. De facto niemand (weniger als 2 Prozent der Referenzgruppe) wünscht sich eine weitere Ausdehnung der Arbeitszeit, wenn mehr als 40 Stunden in der Woche gearbeitet wird. Überstunden sind daher auch als Belastung oder zumindest als von den Arbeitnehmer/innen wenig erwünscht anzusehen.

Personen, die weniger als 36 Stunden pro Woche arbeiten, sind zu großen Teilen mit ihrer Arbeitszeit zufrieden. Weniger Arbeit wünschen sich in dieser Gruppe 10 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen. Während bei den Frauen ebenso viele mehr arbeiten wollen, sind es bei den Männern mit 22 Prozent deutlich mehr. Damit rundet sich das Bild ab, wonach sich Männer das Teilzeitausmaß ihrer Tätigkeit weniger häufig von sich aus wünschen als Frauen (vgl. Kap. 2.2.2).

Männliche Berufsperspektiven

Die strukturellen Entwicklungen in der beruflichen Welt – höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen, weitere Stärkung des Dienstleistungssektors etc. – und die geänderten sozialen Rahmenbedingungen, Wertemuster und Rollenbilder führen zu verstärkten Anpassungsleistungen von Männern und Frauen.

Eine Generation früher sei die Welt noch einfacher und überschaubarer gewesen, erklärt Herbert Janig, Professor für Psychologie an der Universität Klagenfurt. Die Zusammenhänge zwischen persönlichem Streben und den resultierenden Ergebnissen seien klarer gewesen – wer die Matura gemacht hat oder ein Studium abgeschlossen hat, konnte sich auf beruflichen Erfolg verlassen. In der vielzitierten „Generation Praktikum“ müssen auch höher Gebildete um Geld, Karriere und berufliches Fortkommen ringen.

Welche Perspektiven haben Männer heute in der beruflichen Welt? Zum einen sind die Lebensentwürfe, an denen man sich orientieren kann, zahlreicher geworden. Es gibt viel mehr Möglichkeiten, wie man sein Leben gestalten und verlaufen lassen kann. Wahlmöglichkeiten bedeuten aber auch höhere Komplexität und persönliche Konflikte. Zum anderen sind die Zusammenhänge brüchig geworden und die (ökonomische) Unsicherheit hat stark zugenommen, sodass die eingeschlagenen Wege oft wieder verlassen werden müssen. Durch die Abkopplung der Wirtschaft von der Nationalpolitik werden die Erwartungen an die Berufstätigen stärker vom Markt bestimmt. Die Anforderungen nehmen zu, mehr Flexibilität werde gefordert. Das bedeute für viele mehrfachen Jobwechsel und Neuanfang und damit längere Phasen der Unsicherheit und Ungewissheit, so Janig. Insgesamt könne daher von einer größeren Unsicherheit und einem stärkeren Druck auf die Männer in der Berufswelt gesprochen werden. Man dürfe dabei nicht stets Männer in oberen Führungspositionen im Auge haben. Auch für die breite Masse der Erwerbstätigen in hierarchisch niedrigeren Positionen und für die qualifizierte Mitte ist der Druck größer geworden. Nicht nur vermeintlich privilegierte Gruppen müssen sich auf die höhere Unsicherheit einstellen.

Zahlreiche Sozial- und Wertestudien (Beham & Haller, 2005; Kapella & Rille-Pfeiffer, 2007) belegen den Wandel von traditionellen Wertemustern hin zu mehr Gleichberechtigung beider Geschlechter. Männer orientieren sich stärker am Familienleben und Frauen beteiligen sich häufiger am Berufsleben (vgl. Kap. 3.2). Die Einstellungen sind vom Grundtenor her nach wie vor in der traditionellen Aufgabenteilung verhaftet: Während sich der Mann heute stärker in der

Kindererziehung und im Haushalt engagieren möchte bzw. soll, ist es jedoch nach wie vor seine Hauptaufgabe, die Familie grundsätzlich finanziell abzusichern. Dabei wird er nun verstärkt von der Frau bzw. der Mutter unterstützt, für die die berufliche Verwirklichung und die ökonomische Unabhängigkeit vom Mann an Bedeutung gewinnt. Dennoch bleibt es ihre Hauptaufgabe, die Kinder zu versorgen und gerade in den ersten Lebensjahren gilt das für viele als unverzichtbar.

Für Männer folgt daraus, dass sie nach wie vor die Versorgerrolle übernehmen und sich damit auch stärker am Beruf orientieren. Beruflicher Erfolg und berufliche Absicherung sind daher auch vor dem Hintergrund der finanziellen Versorgung der Familie zu sehen. Forcieren Männer aktiv ihren beruflichen Aufstieg, verbringen sie auch mehr Zeit im Beruf. Häufige Abwesenheit oder gar eine längere Karenzzeit sind für viele mit Karriere nicht vereinbar (vgl. Kap. 3.2; Fischer & Kotai-Szarka, 2005). Es ist wichtig, dass man berücksichtigt, dass Entscheidungen nicht immer vollständig freiwillig erfolgen: Der Wunsch, mehr Zeit für die Familie zu haben, lässt sich für viele Männer angesichts der langfristigen Versorgungsnotwendigkeiten nicht immer im gewünschten Ausmaß realisieren. So sei auch zu bedenken, dass die Phasen der Familiengründung und der beruflichen Festigung in etwa zur gleichen Zeit erfolgen, betont Janig. Und nicht nur beruflicher Aufstieg begrenzt die zeitlichen Möglichkeiten für die Familie, sondern auch die Arbeitsbedingungen im Allgemeinen, die es vielfach nicht zulassen, entsprechend seinen Bedürfnissen zu leben.

Im Spannungsfeld beruflicher und familiärer Werte und Bedürfnisse sind zusammengefasst folgende Aspekte bzw. Thesen zu berücksichtigen, die im Wesentlichen für beide Geschlechter gelten, jedoch geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Druck erzeugen:

- Die Zahl möglicher Lebensentwürfe hat zugenommen, die Komplexität bezüglich der zu treffenden Entscheidungen hat zugenommen.
- Bisherige Zusammenhänge sind brüchig geworden: z.B. bedeutet hohe Schulbildung nicht mehr automatisch beruflichen Erfolg.
- Die Erwerbsbiographien werden auch bei Männern häufiger durch Jobwechsel unterbrochen. Die beruflichen Anforderungen sind teilweise widersprüchlich und bewegen sich im Spannungsfeld Flexibilität und Kontinuität.
- Von vielen Männern und Frauen, Vätern und Müttern werden beruflicher Aufstieg und familiäre Verpflichtungen für nicht vereinbar gehalten. Hier hat in weiten Teilen der beruflichen Welt noch kein Umdenken stattgefunden. Dies gilt insbesondere für männliche Führungskräfte.
- Trotz Wertewandels von traditionellen Rollenbildern hin zu einer gleichberechtigten Sichtweise kommt den Männern nach wie vor die Versorgerrolle des Haushalts und den Müttern gerade in der frühkindlichen Entwicklungsphase die Erzieherrolle zu. Aus ökonomischen Grün-

den wird das Einkommen der Frauen als Zusatzeinkommen gesehen und im Entscheidungsfall eher auf dieses verzichtet.

2.2.6 EINKOMMEN

Verdienstunterschiede zwischen Männern und Frauen sind ein vieldiskutierter und durch Fakten sehr gut belegter Bereich geschlechtsspezifischer Ungleichheit in der Arbeitswelt. Gerade aus der Perspektive der Frauen ist dieses Thema von zentraler Bedeutung, hängt daran doch die finanzielle bzw. ökonomische Unabhängigkeit von den Männern (vgl. hierzu auch die Argumente im Frauenbericht, 2010, Kap. 4 und insbesondere 4.1). Für die Beurteilung der Unterschiede und in weiterer Folge des Grades der Abhängigkeit sind eine Reihe von Faktoren von zentraler Bedeutung, wie etwa: Ausmaß der Erwerbsbeteiligung (Teilzeit vs. Vollzeit), Branche, Beruf, Schulbildung, Zugehörigkeit zum Betrieb etc. Diese Faktoren werden auch dazu verwendet, Einkommensunterschiede zu erklären und als „gerechtfertigt“ einzuordnen. Auch in diesem Bericht soll der Einfluss dieser Faktoren dargestellt werden, um schließlich jene Größenordnung zu bestimmen, die nicht erklärt werden kann und zum Teil rein geschlechtsspezifisch begründet ist. Will man diesen nicht erklärbaren Rest beziffern, so muss man Männer und Frauen mit gleichen Bedingungen untersuchen und statistisch analysieren. Dadurch erkennt man, dass Einkommensungleichheit bis zu einem gewissen Grad erklärt werden kann und unter gleichen Voraussetzungen für Männer und Frauen nicht so groß erscheint wie auf den ersten Blick. Dennoch ist es wichtig, die Lohn- und Gehaltsunterschiede nicht ausschließlich um diese Struktureffekte bereinigt darzustellen, weil eine solche Bereinigung schließlich nicht der Lebenswelt der Menschen entspricht. Denn immerhin bewirken gesellschaftliche Mechanismen, Rollenbilder, Meinungen, Einstellungen und Werte, dass Frauen zum einen eine geringere Erwerbsbeteiligung aufweisen und, wenn sie erwerbstätig sind, wesentlich häufiger einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen (vgl. Kap. 2.2.2). Es sind beinahe ausschließlich Frauen, die die Elternkarenz in Anspruch nehmen (vgl. Kap. 3.2) und dadurch häufiger Lücken in ihrer Erwerbsbiographie aufweisen und mit den zahlreichen Schwierigkeiten des Wiedereinsteigens in das Erwerbsleben konfrontiert sind. Dadurch ergeben sich Probleme des Anschlusses und der Erneuerung von Qualifikationen und eine verminderte Dauer der Betriebszugehörigkeit und eine Einschränkung der Aufstiegsmöglichkeiten (siehe u.a. Frauenbericht, 2010; OECD, 2007). Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfordert auf struktureller Ebene (Teilzeitarbeit) stärkere Anpassungsleistungen der Frauen (vgl. Kap. 3.2), die sich unmittelbar auf die Höhe des Einkommens auswirken.

Die nachfolgenden Darstellungen basieren auf zwei Hauptquellen, der Verdienststrukturerhebung 2006 der Statistik Austria (2009) und dem Allgemeinen Einkommensbericht 2008 des Rechnungshofes (2008). Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Einkommen der rund 3,6 Millionen unselbständig Beschäftigten.

Infobox: Verdienststrukturerhebung 2006 und Allgemeiner Einkommensbericht 2008

Verdienststrukturerhebung 2006 der Statistik Austria:

Ziel der Erhebung ist die zuverlässige und detaillierte Sammlung von Information über die Höhe und Struktur der Verdienste von unselbständig Beschäftigten im Produktions- und Dienstleistungsbereich. Die Studie wird in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union durchgeführt. Auf Grundlage der EU-Verordnung (EG) Nr. 530/1999 werden ab 2002 im Abstand von vier Jahren die Daten erhoben und ausgewertet. Schwerpunkte sind die umfassende Information über Brutostunden-, Bruttomonats- und Bruttojahresverdienste sowie zur Arbeitszeit der Beschäftigten. Analysiert wird die Struktur nach Branchen, Berufen, Bildung, Alter, Geschlecht sowie weiteren persönlichen und arbeitsplatzbezogenen Merkmalen.

Allgemeiner Einkommensbericht 2008 des Rechnungshofes:

Der Allgemeine Einkommensbericht (AEB) beruht auf Art. 1 § 8 (4) des Bezügebegrenzungs-gesetzes 1997 (i.d.g.F.) und wird im Auftrag des Rechnungshofes erstellt. Gemäß Art. 1 § 8(4) hat der Rechnungshof über „(...) die durchschnittlichen Einkommen einschließlich der Sozial- und Sachleistungen der gesamten Bevölkerung – nach Branchen, Berufsgruppen und Funktionen getrennt – zu berichten.“

Der Bericht liefert einen umfassenden Überblick über die Einkommen aller Erwerbstätigen sowie der Pensionisten und Pensionistinnen in Österreich und beruht in erster Linie auf Administrativdaten, insbesondere Steuer- und Sozialversicherungsdaten. Weiters wurden die Daten des Mikrozensus einbezogen.

Allgemeines Verdienstgefälle und Erklärungsmodelle

Die Unterschiede in den Verdiensten zwischen Männern und Frauen werden seit Jahrzehnten diskutiert. Das Prinzip, dass für gleiche Arbeit gleicher Lohn zu bezahlen ist, wurde bereits in den Gründungsverträgen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft im Jahr 1957 verankert und wurde in den Jahren 1975 (EWG-Vertrag) und 2002 (Nizza) konkretisiert. In Österreich wurde in diesem Kontext das Gleichbehandlungsgesetz von 1979 erlassen, das die Gleichstellung der Geschlechter am Arbeitsmarkt vorsieht. Dieses Gesetz wurde 1992 im Zuge der EU-Beitrittsverhandlungen an geltendes EU-Recht angepasst. 1993 wurde für den öffentlichen Dienst das Frauenförderungsgebot eingerichtet, wonach bis zur Erreichung einer 40%-Quote im Personalwesen Frauen bei gleicher Qualifikation zu bevorzugen sind.

Trotz dieser Bemühungen beträgt das Verdienstgefälle in Österreich 25,5 Prozent zuungunsten der Frauen. Diese Zahl wird auf Basis der Brutostundenverdienste berechnet, die für Männer 15,0 Euro und für Frauen 11,2 Euro betragen. Im EU-Vergleich zählt Österreich zu jenen Ländern mit den größten Unterschieden zwischen Männern und Frauen. Die Differenzen waren nur in der Slowakei (25,8%) und in Estland (30,3%) höher. Der Schnitt der EU-27 beträgt 17,7 Prozent – hier liegt Österreich sogar deutlich darüber. Die Vergleiche zwischen den EU-Ländern (Europäische Kommission, 2003, 2006, 2006a, 2007, 2009) zeigen, dass in Ländern mit geringer Erwerbsbeteiligung von Frauen (Italien, Malta etc.) ein geringeres Verdienstgefälle festzustellen ist. Begründet wird das unter anderem mit Selektionseffekten, wonach in diese Arbeitsmärkte verstärkt Frauen mit höherer Qualifikation drängen, sodass die Verdienstunterschiede

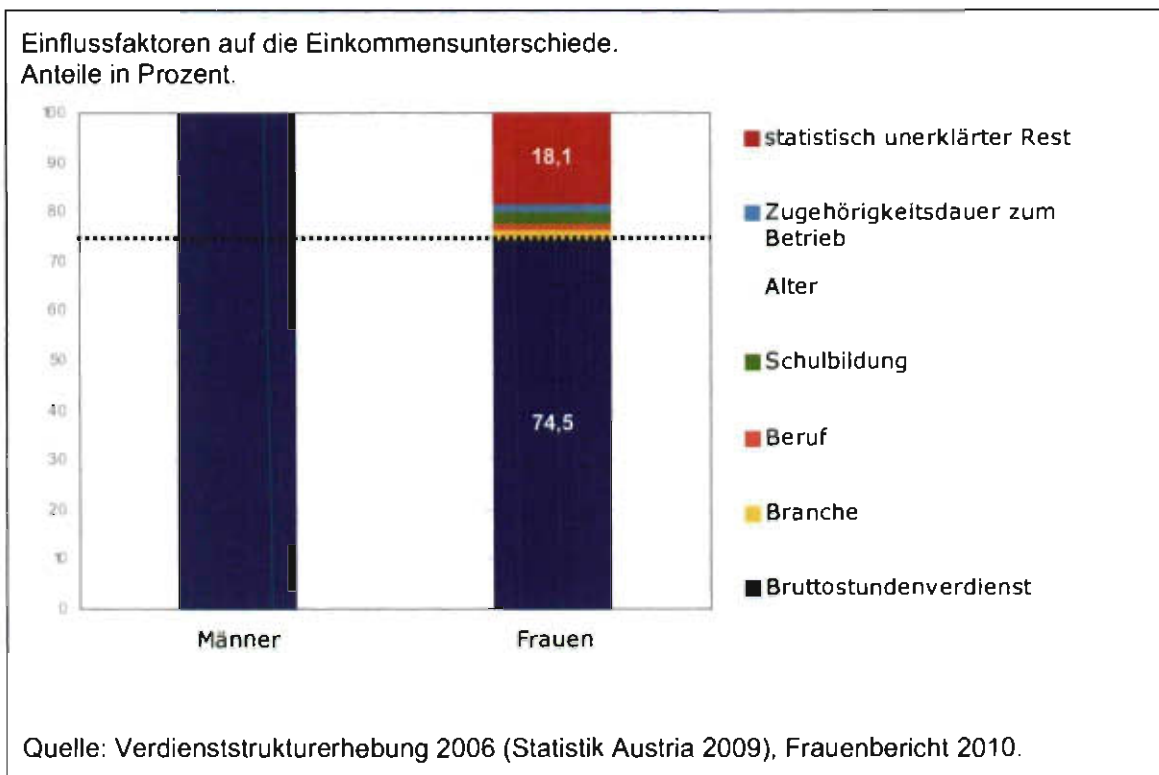
insgesamt geringer ausfallen. Eine hohe Segregation (Aufteilung) des Arbeitsmarktes zwischen Männern und Frauen mit großen Einkommensunterschieden zwischen den Branchen und Berufen erhöht in der Regel auch das Verdienstgefälle (vgl. auch Frauenbericht 2010, S. 197).

Auf Basis der Bruttostundenverdienste wurde im Frauenbericht 2010 (S. 198) ein Erklärungsmodell für die geschlechtsspezifischen Unterschiede berechnet (siehe Grafik 8). In diesem Modell werden Teile der Einkommensunterschiede auf relevante Beschäftigungsfaktoren – Alter, Schulbildung, Zugehörigkeitsdauer zum Unternehmen, Beruf, Branche – zurückgeführt. Dadurch können insgesamt 7,4 Prozentpunkte der Differenz von 25,5 Prozent erklärt werden. Das größte Gewicht (in Prozentpunkten) entfällt dabei auf die höchste abgeschlossene Schulbildung (2,2 Prozentpunkte), gefolgt von der Zugehörigkeitsdauer zum Unternehmen (1,9) und den Unterschieden in der Branchenzugehörigkeit bzw. der horizontalen Arbeitsmarktsegregation (1,8). Der Beruf steuert noch 1,4 Punkte bei, das Alter hat mit 0,1 Punkten keinen Einfluss, wiewohl sich über das Alter hinweg die Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern erhöhen (Frauenbericht 2010, S. 208). Da in dem Modell noch eine zweite Zeitkomponente (Zugehörigkeit zum Betrieb) enthalten ist, setzt sich in einer statistischen Analyse das „erklärende“ Merkmal durch, d.h. dass die mit dem Lebensalter zunehmenden Verdienstunterschiede auf die dadurch bedingte unterschiedlich lange Zugehörigkeit zu einem Betrieb zurückzuführen sind. Durch die häufigeren und längeren Unterbrechungen des Erwerbslebens bei den Frauen kommt es hier zu einer kürzen Zugehörigkeitsdauer im Betrieb, was sich vermindern auf das Einkommen auswirkt.

Die Unterschiede bezüglich des unterschiedlichen Ausmaßes an Teilzeit- und Vollzeitertätigkeit zwischen Frauen und Männern (Kap. 3.2) wurden hier nicht berücksichtigt, da es sich um Bruttostundenverdienste handelt. Dennoch sind Teilzeit- und Vollzeitjobs auf Stundenbasis nicht gleich bezahlt (Statistik Austria, 2009b): Der Bruttostundenlohn beträgt bei Vollzeitjobs 14,2 Euro, bei Teilzeitjobs jedoch nur 11,1 Euro. Bei Männern ist die Differenz erwartungsgemäß größer (15,2 vs. 13,0 Euro) als bei Frauen (11,8 vs. 10,6), da bei Ersteren Teilzeitarbeit nur von einer kleinen Minderheit ausgeübt wird, die sich meist von der breiten Mehrheit deutlicher abhebt.

Insgesamt bleiben nach dem Berechnungsmodell 18,1 Prozentpunkte des Unterschieds bei den Bruttostundenverdiensten unerklärt, d.h. diese können nicht auf die in der Analyse berücksichtigten Faktoren zurückgeführt werden. Die Summe dieser Effekte wird im Frauenbericht 2010 (S. 198) als Diskriminierungseffekt bezeichnet, wiewohl angemerkt wird, dass eine Reihe von „lohnrelevanten Unterschieden“ nicht berücksichtigt wurden und „der Anteil der Diskriminierung somit tendenziell überschätzt wird.“ Berücksichtigt werden muss jedoch auch, dass hinter den erklärenden Faktoren ebenfalls Diskriminierungsprozesse stehen können, die zur faktischen Arbeitsmarktsegregation führen. Dementsprechend würde sich eine Unterschätzung eines Diskriminierungseffekts ergeben.

Grafik 8: Erklärung geschlechtsspezifischer Einkommensunterschiede



In einer Studie der Johannes-Kepler-Universität Linz, des WIFO, der Statistik Austria und der Universität Wien (Böheim et al., 2010) wird berechnet, dass die Brutto-Lohnunterschiede zwischen vollzeitbeschäftigten Männern und Frauen im Jahr 2007 im privaten Sektor 23,4 Prozent betragen; für 2002 wird mit 25,9 Prozent noch ein höherer Wert ausgewiesen. Die korrigierten Lohndifferenzen sind im Vergleichszeitraum von 17,7 Prozent auf 12,6 Prozent gesunken.

Einkommen der unselbständig Erwerbstätigen

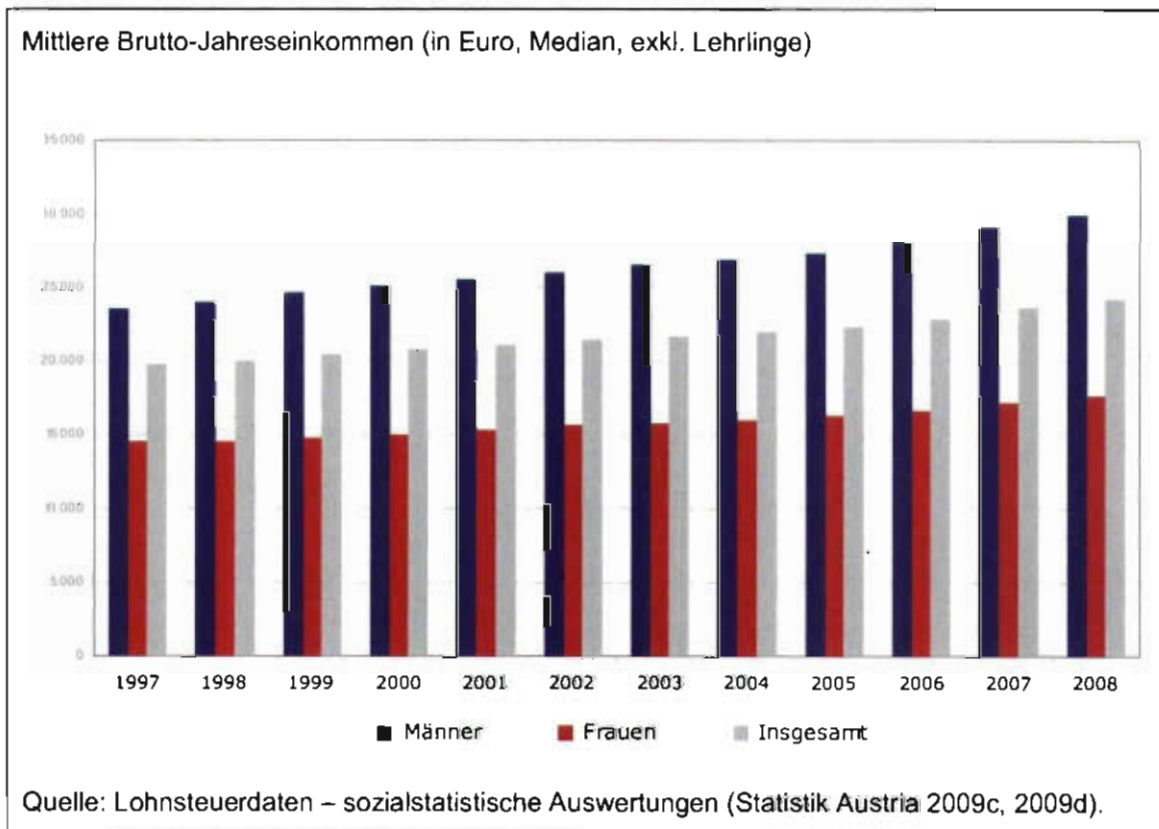
Im Zeitraum 1997 bis 2008 stiegen die mittleren Brutto-Jahreseinkommen aller unselbständig Erwerbstätigen (ohne Lehrlinge) in Österreich von 19.808 Euro auf 24.257 Euro (Grafik 9) – das entspricht einer Gesamtsteigerung von 22,5 Prozent und einer mittleren jährlichen Zuwachsrate von 1,9 Prozent. Bei den Männern haben sich die Einkommen insgesamt um 27,2 Prozent von 23.542 Euro auf 29.938 Euro erhöht (mittlere jährliche Wachstumsrate: 2,2%). Bei den Frauen liegt die Gesamtsteigerung mit 21,9 Prozent deutlich niedriger (jährlich: 1,8%) – die Einkommen sind von 14.522 Euro auf 17.704 Euro gestiegen (Statistik Austria 2009c). Rechnet man die Gruppe der Lehrlinge hinzu, verringern sich die Einkommensunterschiede, da in dieser Verdienstphase bzw. Altersphase de facto keine geschlechtsspezifischen Verdienstunterschiede festzustellen sind (vgl. zu diesen Werten den Frauenbericht 2010, S. 200).

Durch die niedrigeren Wachstumsraten bei den Frauen haben sich die 1997 festgestellten Einkommensunterschiede fortgesetzt bzw. noch vergrößert. Betrug 1997 das mittlere Einkommen

(Median) der Frauen 61,7 Prozent des mittleren Einkommens der Männer, lag der entsprechende Wert 2008 bei 59,1 Prozent.

Für 2007 liegen im Allgemeinen Einkommensbericht des Rechnungshofes (2008) Auswertungen für ganzjährig Vollzeit-Erwerbstätige (ohne Lehrlinge) vor. Demnach verdienten Männer dieser Gruppe 35.674 Euro brutto im Jahr, bei den Frauen waren es 27.979 Euro (Tabelle 6). Der Anteil des mittleren Einkommens der Frauen am Einkommen der Männer beträgt damit 78,4 Prozent – die Differenz hat sich unter Berücksichtigung des Beschäftigungsausmaßes deutlich reduziert. Dabei werden jedoch 57 Prozent der Frauen und 34 Prozent der Männer aus der Berechnung ausgeschlossen, der Frauenanteil an den unselbständig Erwerbstätigen dieser Kategorie beträgt nur noch 36 Prozent (statt insgesamt 47%).

Grafik 9: Entwicklung des Einkommens unselbständig Erwerbstätiger



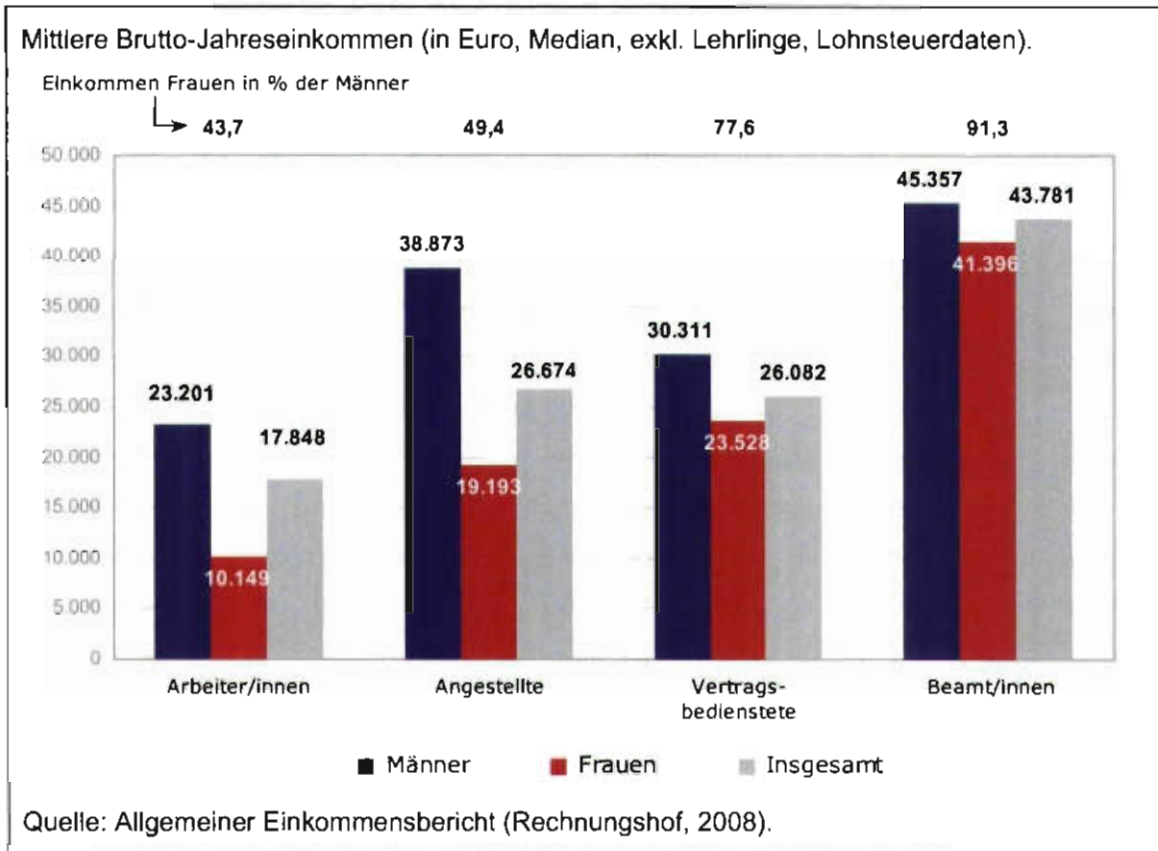
Die Differenz zwischen den Einkommen von Männern und Frauen verringert sich auch durch die abgabenrechtliche Bevorzugung niedrigerer Einkommen: Im Jahr 2007 verdienten die Männer im Schnitt 20.573 Euro netto, bei den Frauen waren es 13.651 Euro (exkl. Lehrlinge; Statistik Austria 2009d). Der Anteil des Nettoeinkommens der Frauen am mittleren Einkommen der Männer beträgt damit 66,4 Prozent (2007) anstatt 59,3 Prozent auf Basis der Brutto-Jahreseinkünfte (ebenfalls 2007.).

Einkommensunterschiede nach arbeitsrechtlicher Stellung

Das höchste Einkommen unter den Männern erzielen die Beamten, die im Jahr 2008 rund 45.400 Euro jährlich verdienten. Mit einem Verdienst von rund 41.400 Euro verdienen Beamtinnen 91,3 Prozent des Einkommens der Männer. Im öffentlichen Dienst ist damit die Schere zwischen Männern und Frauen am geringsten. Die größten Unterschiede ergeben sich in dieser Hinsicht bei den Arbeiter/innen – Frauen verdienen hier nur 43,7 Prozent dessen, was Männer im Durchschnitt verdienen. Um diese Unterschiede zu beurteilen, müssen die Teilzeitquoten und das Qualifikations- bzw. Verantwortungsniveau berücksichtigt werden, wodurch ein Teil der Differenzen erklärt werden kann.

Dennoch sind auch die unbereinigten Daten von Interesse, da sie die Lebenswelt der Männer und Frauen widerspiegeln. So kommen Arbeiterinnen nur auf ein Bruttojahreseinkommen von 10.100 Euro, die männlichen Kollegen verdienen 23.200 Euro. Auch bei den Angestellten sind die Unterschiede besonders groß: Männer verdienen im Schnitt 38.900 Euro, Frauen lediglich 19.200 Euro. Der Frauenanteil ist unter den Hilfsarbeiter/innen und den einfachen und qualifizierten Angestellten höher, Männer dominieren stärker Facharbeiterberufe und leitende Positionen im Angestelltenbereich (siehe Kap. 2.2.4).

Die Struktur der Einkommensunterschiede zeigt, dass am ehesten im öffentlichen Dienst jene Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Frauen annähernd gleich hohe Einkommen ermöglichen wie den Männern.

Grafik 10: Einkommen nach arbeitsrechtlicher Stellung

Einkommensunterschiede nach Funktionen und Berufsgruppen

Mit Ausnahme der akademischen Berufe, in denen Vollzeit erwerbstätige Frauen 83,0 Prozent des Einkommens der Männer erzielen, liegen die entsprechenden Quoten deutlich darunter und bewegen sich im Bereich von zwei Drittel bis drei Viertel des Niveaus der Männer. Selbst in Führungspositionen verdienen Frauen Vollzeit nur 63,1 Prozent ihrer männlichen Kollegen (Tabelle 5). Ähnliche Differenzen sind auch auf allen Qualifikationsebenen bei den Arbeiter/innen und Angestellten festzustellen. Lediglich im öffentlichen Dienst liegen die Einkommensmöglichkeiten der Frauen weniger deutlich unter jenen der Männer (Tabelle 6).

Tabelle 5: Einkommen nach Berufsgruppen

Mittlere Brutto-Jahreseinkommen (in Euro, Median, exkl. Lehrlinge, Befragungsdaten der Arbeitskräfteerhebung / Mikrozensus).

Beruf (ISCO-88 Berufshauptgruppen)	Alle		Nur ganzjährig Vollzeit					
	Frauen in %	Mittlere Brutto- jahreseinkommen in Euro		Einkom- men Frauen : Männer in %	Frauen in %	Mittlere Brutto- jahreseinkommen in Euro		Einkom- men Frauen : Männer in %
		Frauen	Männer			Frauen	Männer	
Insgesamt	47	18.607	30.774	60,5	36	27.078	34.839	77,7
1 Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende Verwaltungsbedienstete und Führungskräfte in der Privatwirtschaft	24	33.367	56.976	58,6	19	37.821	59.985	63,1
2 Akademische Berufe	48	37.375	49.252	75,9	43	44.774	53.919	83,0
3 Techniker/innen und gleichrangige nichttechnische Berufe	51	24.398	37.933	64,3	42	31.998	41.960	76,3
4 Bürokräfte, kaufmännische Angestellte	70	21.127	33.288	63,5	59	27.642	35.948	76,9
5 Dienstleistungsberufe, Verkäufer/innen in Geschäften und auf Märkten	71	14.152	22.332	63,4	59	20.587	31.340	65,7
6 Fachkräfte in der Land- und Forstwirtschaft	48	13.130	20.229	64,9	41	16.660	27.535	60,5
7 Handwerks- und verw. Berufe	7	18.187	28.010	64,9	6	21.359	30.657	69,7
8 Anlagen- und Maschinenbediener/innen sowie Montierer/innen	13	18.867	28.804	65,5	11	22.619	30.971	73,0
9 Hilfsarbeitskräfte	55	12.963	23.640	54,8	41	20.540	27.842	73,8

Quelle: Allgemeiner Einkommensbericht 2008 (Rechnungshof, 2008).

Tabelle 6: Einkommen nach Funktionen und sozialrechtlicher Stellung

Mittlere Brutto-Jahreseinkommen (in Euro, Median, exkl. Lehrlinge, Befragungsdaten der Arbeitskräfteerhebung / Mikrozensus)

Funktionen	Alle				Nur ganzjährig Vollzeit			
	Frauen in %	Mittlere Brutto- jahreseinkommen in Euro		Einkommen Frauen : Männer in %	Frauen in %	Mittlere Brutto- jahreseinkommen in Euro		Einkommen Frauen : Männer in %
		Frauen	Männer			Frauen	Männer	
Insgesamt	47	18.607	30.774	60,5	36	27.078	34.839	77,7
Arbeiter/Innen	33	13.513	26.291	51,4	22	19.972	29.446	67,8
Hilfsarbeiter/innen	57	11.929	19.080	62,5	49	19.381	24.725	78,4
Angelernte Arbeiter/Innen	35	14.778	26.203	56,4	25	20.707	29.211	70,9
Facharbeiter/innen	13	14.588	27.876	52,3	8	18.136	30.113	60,2
Vorarbeiter/innen/ Meister/innen	7	22.993	34.943	65,8	6	27.959	37.038	75,5
Angestellte	56	19.440	37.132	52,4	44	28.210	43.035	65,6
Hilfs- und angelernte Tätigkeiten	68	11.108	15.195	73,1	54	19.583	27.684	70,7
Facharbeiter/innen/ Meister/innen	52	17.989	32.152	55,9	38	22.571	34.455	65,5
Mittlere Tätigkeiten	68	19.411	31.745	61,1	56	26.506	35.960	73,7
Höhere Tätigkeiten	47	27.830	43.455	64,0	38	34.348	46.383	74,1
Hochqualifizierte Tätigkeiten	37	35.374	51.781	68,3	30	40.804	55.529	73,5
Führende Tätigkeiten	25	36.906	60.360	61,1	20	45.082	63.114	71,4
Öffentlich Bedienstete	48	31.379	40.367	77,7	40	36.399	41.210	88,3
Hilfs- und angelernte Tätigkeiten	45	20.216	29.420	68,7	33	24.337	30.177	80,6
Facharbeiter/innen/ Meister/innen	22	26.934	33.532	80,3	16	31.211	33.883	92,1
Mittlere Tätigkeiten	50	28.293	37.543	75,4	41	32.118	38.114	84,3
Höhere Tätigkeiten	58	36.527	47.121	77,5	51	40.274	47.805	84,2
Hochqualifizierte Tätigkeiten	48	39.359	54.164	72,7	43	44.774	55.855	80,2
Führende Tätigkeiten	25	45.210	56.935	79,4	25	45.327	57.154	79,3

Quelle: Allgemeiner Einkommensbericht 2008 (Rechnungshof, 2008).

Einkommensunterschiede nach Branchen

Mit Abstand am geringsten sind die Gehälter von Vollzeit erwerbstätigen Männern (21.500 Euro) und Frauen (18.400 Euro) in der Gastronomie. Während sich die Verdienste von Frauen in zahlreichen anderen Branchen unter 30.000 Euro im Jahr bewegen, liegen sie für Männer stets darüber. Am höchsten sind die Einkommen für Männer im Kredit- und Versicherungswesen (55.900 Euro), gefolgt von der Energie- und Wasserversorgung (51.500), die jedoch eine sehr kleine Branche ist. Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind im Unter-

richtswesen sowie im Kredit- und Versicherungsbereich festzustellen, wo das Bruttojahreseinkommen der Frauen etwa zwei Drittel von jenem der Männer beträgt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Einkommen nach Branchen

Mittlere Brutto-Jahreseinkommen (in Euro, Median, exkl. Lehrlinge, Lohnsteuerdaten; ÖNACE-Abschnitte aus 2003).

ÖNACE-Abschnitte	Alle				Nur ganzjährig Vollzeit			
	Frauen in %	Mittlere Bruttojahres- einkommen in Euro		Einkom- men Frauen : Männer In %	Frauen in %	Mittlere Bruttojahres- einkommen in Euro		Einkom- men Frauen : Männer in %
		Frauen	Männer			Frauen	Männer	
Insgesamt	47	17.217	29.057	59,3	36	27.979	35.674	76,4
C Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	14	18.866	32.635	57,8	9	33.091	37.790	87,6
D Sachgütererzeugung	28	19.878	33.278	59,7	21	25.544	36.396	70,2
E Energie- und Wasserversorgung	18	28.546	48.872	58,4	12	37.593	51.536	72,9
F Bauwesen	12	15.256	25.582	59,6	10	26.629	31.304	85,1
G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen und Gebrauchsgütern	57	14.967	26.713	56,0	41	23.092	31.516	73,3
H Beherbergungs- und Gaststättenwesen	62	8.729	11.751	74,3	56	18.380	21.538	85,3
I Verkehr und Nachrichtenübermittlung	25	20.000	29.417	68,0	18	28.459	32.956	86,4
J Kredit- und Versicherungswesen	52	28.754	51.265	56,1	42	38.276	55.912	68,5
K Realitätenwesen, Vermietung beweglicher Sachen, Erbringung von unternehmensbezogenen Dienstleistungen	48	14.621	23.293	62,8	41	26.603	37.024	71,9
L Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	58	27.834	38.575	72,2	49	35.175	40.726	86,4
M Unterrichtswesen	56	17.599	27.387	64,3	47	29.082	45.725	63,6
N Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	80	17.538	26.066	67,3	71	27.554	33.864	81,4
O Erbringung von sonstigen öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen	59	13.535	24.156	56,0	49	23.274	34.632	67,2

Quelle: Allgemeiner Einkommensbericht 2008 (Rechnungshof, 2008).

2.2.7 WORKING POOR

6,7 Prozent aller österreichischen Erwerbstätigen wohnten im Jahr 2008 in Haushalten, deren Einkommen so gering war, dass sie als armutsgefährdet eingestuft werden. 247.000 Personen waren also *working poor* – armutsgefährdet, obwohl sie (mindestens) einen Job hatten (BMASK, 2009a, S. 108). Der Anteil der Männer lag mit 53 Prozent knapp über der Hälfte. Eigentlich ist Armut in Österreich ein überwiegend weibliches Phänomen: So liegt die Armutsgefährdungsquote bei Frauen stets höher als bei Männern – auch im Jahr 2008, als 13,4 Prozent der Österreicherinnen, aber nur 10,6 Prozent der Österreicher ein Armutsrisiko trugen (AAK, 2009, S. 10). Sind aber Männer von jenem Phänomen stärker betroffen, das im Zusammenhang mit der aktuellen Armutsdiskussion wohl am meisten geeignet ist zu irritieren und zu verunsichern, nämlich, dass man arm sein könnte, obwohl man einer bezahlten Arbeit nachgeht? Antworten liefern im Folgenden die europaweit standardisiert durchgeführten Armutsstatistiken, eine kürzlich für das Bundesland Salzburg erarbeitete Studie und der Arbeitsklima-Index der Arbeiterkammer Oberösterreich. Die wesentlichen Zahlen und Fakten, die in diesem Abschnitt referiert werden, sind in Tabelle 8 zusammengefasst.

Die Definition von Armut und ihre Folgen

Armut, wie sie heute in den westlichen Industriestaaten beobachtet und statistisch erfasst wird, ist ein komplexes Phänomen. Sie ist meist auf ein Bündel von Ursachen zurückzuführen und tritt in vielerlei Gestalt auf. Die nach außen sichtbare Armut, wie sie uns etwa bei wohnungslosen Menschen unmittelbar entgegentritt, ist vergleichsweise selten geworden. Vereinfacht gesagt wird Armut aktuell über den Vergleich mit dem Durchschnitt – also einen fiktiven Normalzustand – definiert, und zwar sowohl was das Einkommen als auch was die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben anlangt.

Menschen gelten als **armutsgefährdet**, wenn ihr Haushalt weniger zur Verfügung hat als 60 Prozent des Medians² des äquivalisierten Haushaltseinkommens eines Landes. Äquivalisiert bedeutet, dass das Gesamteinkommen eines Haushaltes (Erwerbseinkommen, Pensionen und Sozialleistungen) entsprechend seiner Größe (Anzahl der Haushaltsmitglieder) und Zusammensetzung (Kinder, Erwachsene) gewichtet wird.³ Das Äquivalenzeinkommen ermöglicht es,

² Der Median ist genau die Grenze zwischen der oberen und der unteren Hälfte einer Verteilung, das heißt, die Hälfte der Fälle liegt darüber, die andere darunter. Der Median unterscheidet sich vom arithmetischen Mittel insofern, als er nicht auf so genannte Ausreißer, also besonders niedrige oder besonders hohe Werte reagiert.

³ Der Fixbedarf eines Haushaltes sowie der Bedarf jedes erwachsenen Haushaltsmitglieds erhielten 2008 jeweils ein Gewicht von 0,5, jedes Kind eines von 0,3. Konkret ergeben sich also zum Beispiel für eine dreiköpfige Familie mit einem Kind Bedarfsäquivalente von 1,8. Hat diese Familie ein jährliches Nettoeinkommen von 30.000,- Euro entspricht dies dem Lebensstandard, den ein Einpersonenhaushalt bei einem Jahreseinkommen von 16.667,- Euro erreicht (BMASK, 2009, S. 39ff.).

verschiedene Haushaltstypen zu vergleichen. **Working poor** sind Armutsgefährdete, die im jeweiligen Referenzjahr nicht mehr als sechs Monate arbeitslos waren.⁴

Armutsgefährdung führt keineswegs automatisch in **manifeste Armut**. Nur wer am Mindestlebensstandard nicht vollständig teilhaben kann, gilt als arm. Festgemacht wird der Teilhabemangel an einigen typischen Problemlagen⁵, von denen mindestens zwei auftreten müssen, damit aus der Armutsgefährdung manifeste Armut wird.

Die Bezugsgröße für die europäische – und damit auch die österreichische – Armutsstatistik ist also der Haushalt und nicht das Individuum. Daraus ergebe sich, dass die **Daten wenig geeignet** sind, um **Geschlechtsunterschiede abzubilden**, erläuterten Ursula Till-Tentschert und Nadja Lamei, beide Armutsexpertinnen der Statistik Austria. Aus der Erhebungsmethode erkläre sich zum Beispiel, weshalb die Armutsgefährdungsquote⁶ der Männer – trotz ihres höheren Einkommens (siehe Kap. 2.2.7) – nur so wenig unter jener der Frauen liege. Man wisse zwar, erklärte Nadja Lamei weiter, wer welches Einkommen und wie viel der Haushalt insgesamt beziehe, aber nicht, wie die Mittel innerhalb des Haushalts verteilt würden oder wer in welchem Maße über sie verfügen könne. Das sei die „Black Box“ der aktuellen Armutsstatistiken⁷. Dass mehr männliche *working poor* als weibliche gezählt würden, sage nicht viel über die individuelle Armutslage von erwerbstätigen Männern und Frauen aus, sondern liege daran, dass die Männer nach wie vor stärker ins Arbeitsleben eingegliedert seien, dass ihre Absolutzahl also schlichtweg größer sei, so Nadja Lamei weiter. Noch immer sei der Mann im Normalfall der Hauptverdiener in der Familie. Zwar sei die Frauenerwerbsquote gestiegen (siehe Kapitel 2.2.2) und deshalb das alte male breadwinner model abgelöst worden, in dem der Mann als Alleinverdiener im Beruf gestanden sei und die Frau sich um Haus- und Familienarbeit gekümmert habe, den Frauen würde aber auch heute meist nur die Rolle der Zuverdienerin zukommen.⁸ Dass es häufig gerade dieser Zuverdienst der Frauen ist, der darüber entscheidet, ob der Haushalt und damit die Familie in eine Armutsgefährdung rutscht oder nicht, sei im Folgenden erläutert.

⁴ „EU-SILC Definition ab 2007: Personen im Erwerbsalter (20-64), die im Referenzjahr laut Haupttätigkeitskalender zumindest ein Monat erwerbstätig waren und deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle liegt. Personen, die im Referenzjahr mehr als sechs Monate arbeitslos waren, sind nicht berücksichtigt.“ (ebenda, S. 188)

⁵ Dazu gehören Schwierigkeiten, (i) die Wohnung angemessen zu heizen, (ii) regelmäßige Zahlungen zu begleichen, (iii) zum Arzt bzw. Zahnarzt zu gehen, (iv) unerwartete Ausgaben bis zu 900,- Euro aufzubringen, (v) neue Kleidung zu kaufen, (vi) jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder vergleichbare vegetarische Speisen zu essen und (vii) einmal im Monat Freunde oder Verwandte zum Essen einzuladen (ebenda, S. 178ff.)

⁶ „Maß für die Häufigkeit der Armutsgefährdung, definiert als Anteil der Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle liegt“ (BMASK, 2009, S. 177f.)

⁷ Ab 2010 werde es ein Modul in der EU-SILC Erhebung geben, das sich mit der Aufteilung der Einkommen im Haushalt beschäftige. Das seien erste Ansätze, denn eine wirkliche Quantifizierung sei angesichts des ohnehin schon sehr komplizierten und komplexen Erhebungsinstrumentes nicht zu leisten, sagte Nadja Lamei.

⁸ Siehe dazu auch IAA 2009, S. 10 und Statistik Austria, 2009, S. 39.

Armutsgefährdung mit und ohne Arbeit

Die Armutsgefährdungsschwelle lag 2008 für einen Einpersonenhaushalt bei 951,- Euro im Monat (dies entspricht einem Jahresvierzehntel von 815,- Euro), über eine Million Österreicher/innen – davon 451.000 Männer – waren armutsgefährdet (BMASK, 2009b, S. 33), das sind 12,4 Prozent der Bevölkerung (BMASK, 2009a, S. 28). Etwas niedriger, nämlich bei elf Prozent, liegt die Armutsgefährdung bei Personen im Erwerbsalter (20 bis 64 Jahre) (BMASK, 2009a, S. 56). Rund die Hälfte der Armutsgefährdeten erreicht den Mindestlebensstandard in einem Maße nicht, dass sie als manifest arm gelten. Unter ihnen sind 212.000 Männer, das sind fünf Prozent aller männlichen Österreicher (BMASK, 2009b, S. 37).

Wie eng Armut und Erwerbsarbeit zusammenhängen, ist am eindrucksvollsten an jenen abzulesen, die keinen Job haben: Die Armutsgefährdungsquote der Personen, die 2007 länger als sechs Monate **arbeitslos** waren, lag bei 39 Prozent – und damit ganze 33 Prozentpunkte über der Quote der ganzjährig Erwerbstätigen und immerhin noch 26 Punkte über jener der Personen, die nur zeitweilig, aber länger als ein halbes Jahr gearbeitet haben (BMASK, 2009a, S. 56f.). Das Angebot der Nichtregierungsorganisationen, die in der Armutsprävention und -bekämpfung tätig sind, bestätigt die große Bedeutung der Erwerbsarbeit für Armutsgefährdete: Mehr als 55 Prozent der im Rahmen einer Studie der Österreichischen Armutskonferenz befragten Unterstützungseinrichtungen gaben an, dass sie sich – hauptsächlich in der Klienten- und Klientinnenarbeit – mit dem Problembereich Arbeiten und Arbeitslosigkeit befassen; kein anderes Themenfeld wurde auch nur annähernd so häufig genannt (Dawid/Heitzmann 2006, S. 10).

Trotzdem sind es bei weitem nicht die Arbeitslosen, die die größte Gruppe unter den Armutsgefährdeten im Erwerbsalter bilden. Ihr Anteil erreichte 2008 18 Prozent, jener der Erwerbstätigen aber 46 Prozent. **Unter den 247.000 armutsgefährdeten österreichischen Erwerbstätigen bildeten 2008 jene die Mehrheit (52%), die im ganzen Jahr davor einem normalen Vollzeitjob nachgegangen sind** (BMASK, 2009a, S. 56ff.). Wie Birgit Buchinger es in ihrer Studie über Niedrigverdiener und -verdienerinnen in Salzburg ausdrückt: *Working poor* sind zu einem hohen Anteil Menschen, die „in der Mitte der Gesellschaft“ leben (Buchinger, 2010).

Die vielen Wege in die Armut – trotz Erwerbstätigkeit

Drei Faktoren sind ausschlaggebend dafür, ob eine Armutsgefährdung trotz Erwerbsarbeit eintritt: der Job selbst – insbesondere die Höhe des Einkommens und die Beschäftigungsform –, die Zusammensetzung des Haushaltes und die Anzahl der erwerbstätigen Personen im Haushalt. Viele Daten liegen nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt vor. Wie oben erläutert, sind geschlechtsspezifische Unterschiede nicht sonderlich aussagekräftig, weil das Haushaltseinkommen als Basis der Berechnungen herangezogen wird. Die folgende kurze Beschreibung der *working poor* gilt für 132.000 Österreicher und 116.000 Österreicherinnen gleichermaßen (BMASK, 2009a, S. 59) – und zwar zu Recht, denn die Daten zeigen deutlich, dass in einem

Mehrpersonenhaushalt nur Mann und Frau gemeinsam dazu beitragen können, das Armutsrisiko zu vermindern.

Bei der **Höhe des Einkommens** sind Männer im Vorteil, wie in Kapitel 2.2.6 gezeigt wird. Eine fundierte Qualifikation und eine gute berufliche Stellung wirken positiv auf das Einkommen und vermindern daher die Armutsgefährdung, doch bereits bei einer mittleren Qualifikationsebene besteht ein überdurchschnittliches Armutsrisiko (BMASK, 2009a, S. 61). Von Bedeutung für die Einkommenshöhe ist auch die Branche: Im Dienstleistungssektor (mit Ausnahme von Banken und Versicherungen), im Handel, im Unterrichts- und Gesundheitswesen, im Tourismus sowie in der Bekleidungs- und Lederindustrie bleiben die Durchschnittseinkommen deutlich hinter dem Median zurück (Guger/Marterbauer 2009: 45) Eine besonders nachteilige Stellung am Arbeitsmarkt haben Personen mit nicht-österreichischer Herkunft: Ihre niedrige Qualifikation bzw. die in Österreich nicht anerkannten Schul- und Universitätsabschlüsse lassen ihnen häufig nur den Weg in Jobs am untersten Ende der beruflichen Hierarchie offen. Die Folge ist ein deutlich niedrigeres Medianeinkommen und eine stark überdurchschnittliche Armutsgefährdung: Während unselbständig erwerbstätige, gebürtige Österreicher/innen ein Armutsrisiko von sechs Prozent tragen, liegt der Vergleichswert für eingebürgerte Österreicher/innen doppelt so hoch – für Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft, die von außerhalb der EU oder EFTA stammen, sogar fast dreimal so hoch (17%) (BMASK, 2009a, S. 63).

Prekäre Beschäftigungsformen weichen vom Normalarbeitsverhältnis ab – bei geringfügigen Beschäftigungen durch die geringe Anzahl von Arbeitsstunden pro Woche, bei Werkverträgen, freien Dienstverträgen und befristeten Angestelltenverhältnissen durch die Unregelmäßigkeit und die Unsicherheit⁹ sowie bei Niedriglohnbeschäftigungen durch einen Stundenlohn, der nicht einmal bei Vollbeschäftigung ein Monatseinkommen von 1.000,- Euro ermöglicht. All diese Beschäftigungsformen führen gegenüber dem Durchschnittswert der Erwerbstätigen (11%) zu erhöhten Armutsgefährdungsquoten: leicht erhöht bei den unregelmäßig (15%) und den geringfügig (16%) Beschäftigten, deutlich erhöht bei den Niedriglohneempfängern und -empfängerinnen (28%) (BMASK, 2009a, S. 63ff.).

Überdurchschnittlich häufig finden sich *working poor* in Familien mit mehr als drei (insbesondere kleinen) Kindern, bei Alleinerziehenden sowie unter alleinlebenden Männern und Frauen. Diese **Haushaltstypen** tragen auch unabhängig von der Frage *working poor* ein erhöhtes Armutsrisiko (BMASK, 2009a, S. 69).

Die Armutsgefährdung liegt in Haushalten, in denen alle Erwachsenen im Erwerbsalter vollzeitbeschäftigt sind, also volle **Erwerbsbeteiligung** erreicht wird, bei fünf Prozent, und zwar egal, ob es sich um Einpersonen- oder Mehrpersonenhaushalte handelt. Wenn ein Erwachsener

⁹ Unregelmäßig Beschäftigte tragen ihr Armutsrisiko sozusagen auch in die Zukunft: Sie haben häufig keinen oder einen geringen Pensionsanspruch, bekommen keine Sonderzahlungen und sind auf relativ teure Selbstversicherungen angewiesen (Halmer/Hauenschild/Höferl 2009, S. 258).

nicht oder nur teilzeitbeschäftigt ist, erhöht sich die Gefährdungsquote für Mehrpersonenhaushalte auf zwölf Prozent, für Einpersonenhaushalte schnellst sie jedoch richtiggehend in die Höhe: auf 30 Prozent (BMASK, 2009a, S. 66). Nadja Lamei erklärt dieses Phänomen: Das Erwerbspotential der Männer sei stark ausgeschöpft, der Lebensstandard eines Haushaltes könne in vielen Fällen nur über den Verdienst der Frau gesteigert werden – auch wenn es sich dabei nur um einen Zuverdienst handle und auch wenn dieser aus einem prekären, schlecht bezahlten Arbeitsverhältnis stamme. Die Analysen zeigten, dass ein Einkommen oft nicht ausreiche, um Haushalte über die Armutsgefährdungsschwelle zu heben. Die Erwerbstätigkeit der Frauen sei auf diese Weise ein Mittel, den Haushalt aus der Armutsgefährdung zu bringen. Einpersonenhaushalte oder Ein-Eltern-Haushalte seien deutlich benachteiligt, weil es dort keine Möglichkeit eines Zuverdienstes gebe. Diese Erklärung wird durch eine Auswertung eindrucksvoll bestätigt, die Mehrpersonenhaushalte, in denen eine Frau erwerbstätig ist, mit jenen vergleicht, wo das nicht der Fall ist: Immer liegen die Armutsgefährdungsquoten um mindestens zehn Prozentpunkte niedriger, wenn zumindest eine Frau im Haushalt einem Beruf nachgeht: Bei Mehrpersonenhaushalten ohne Kinder lauten die jeweiligen Quoten vier (eine Frau erwerbstätig) und 14 (keine Frau erwerbstätig) Prozent, bei Mehrpersonenhaushalten mit einem Kind sechs und 20 Prozent, bei Haushalten mit zwei Kindern sieben und 18 Prozent und bei jenen mit mindestens drei Kindern 14 und 28 Prozent (BMASK, 2009a, S. 71).

Forschungsdokumentation: In der Mitte der Gesellschaft

Infobox: In der Mitte der Gesellschaft

Titel der Studie: „In der Mitte der Gesellschaft“. Zur sozialen Lage und Armutsgefährdung von niedrigverdienenden Beschäftigten im Bundesland Salzburg.

Autorin: Birgit Buchinger, 2010

Die Studie hatte einen dreistufigen Aufbau:

1. Im ersten Schritt wurden Strukturmerkmale von Niedrigverdienenden in Salzburg, die bis zu der Schwelle von 1.500,- Euro brutto monatlich verdienen, an Hand der Sozialversicherungsdaten ausgearbeitet.
2. Auf dieser Basis wurde im zweiten Schritt eine Stichprobe von 420 Personen gezogen, deren Befragung Erkenntnisse über die Lebenszusammenhänge und Lebenslagen dieser Gruppe sowie die Risikofaktoren liefern sollte.
3. In der dritten, qualitativen Phase wurden Tiefeninterviews mit zehn Niedrigverdiener/inne/n geführt – vier Männern und sechs Frauen.

Die Forscher/innen entschieden sich dafür, die Gruppe der Niedrigeinkommensbezieher/innen weit zu definieren, da sie die jeweils „normalen“ Arbeitsverhältnisse sowohl für Männer als auch für Frauen erfassen wollten. So fanden zum Beispiel auch Teilzeitbeschäftigungen Berücksichtigung, die für Frauen, aber nicht für Männer zur „Normalität“ gehören (vgl. Kap. 2.2.2). Die Folge war, dass fast die Hälfte der 2007 unselbständig Erwerbstätigen im Bundesland in die Analyse einbezogen wurden – dieser hohe Anteil überraschte die Autorinnen und machte ihnen