



GESUNDHEIT VON MÄNNERN UND FRAUEN IN OBERÖSTERREICH

1. oberösterreichischer Gender-Gesundheitsbericht

Institut für Gesundheitsplanung
Mag. Richard Birgmann
MMag. Martin Reif
Mag.^a Sandra Doblhammer

Mitarbeit von:
Mag.^a Sarah Sebinger, OÖ GKK
Mag.^a Friederike Widholm, Frauengesundheitszentrum Linz
Mag.^a Doris Mandl, Frauengesundheitszentrum Wels
Dr. Eduard Waidhofer, Männerberatung OÖ
Dr. Richard Schneeberger, Männerberatung OÖ

GESUNDHEIT VON MÄNNERN UND FRAUEN IN OBERÖSTERREICH

1. OBERÖSTERREICHISCHER GENDER-GESUNDHEITSBERICHT

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung
Verfasser: Mag.^a Sandra Doblhammer
Mag. Richard Birgmann
MMag. Martin Reif

Redaktionelle
Betreuung: Mag. Markus Peböck
Elena Madlschenter

Mitarbeit von: Mag.^a Sarah Sebinger, OÖ GKK
Mag.^a Friederike Widholm, Frauengesundheitszentrum Linz
Mag.^a Doris Mandl, Frauengesundheitszentrum Wels
Dr. Eduard Waidhofer, Männerberatung OÖ
Dr. Richard Schneebauer, Männerberatung OÖ

Layout: Elena Madlschenter
Layout Titelblatt: pulpmedia.at
Druck: Birner Druck GmbH
Preis: 14,40 Euro
ISBN 978-3-902487-14-8

Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler. Alle Rechte vorbehalten. Etwaige Rundungsungenauigkeiten, die sich aus der Verteilung der Daten ergeben können, wurden grundsätzlich nicht korrigiert.

VORWORT

Wesentlicher Beitrag für gendergerechte Gesundheitsförderung

Gesundheit ist neben Arbeitsplatzsicherheit und sozialem Umfeld einer der entscheidenden Faktoren für unsere Lebensqualität und für unseren Wohlstand. Der nun erstmals für Oberösterreich vorliegende Bericht des Instituts für Gesundheitsplanung zur "Gesundheit von Männern und Frauen in Oberösterreich" liefert nicht nur wichtige Anhaltspunkte zur Gesundheit der oberösterreichischen Bevölkerung, er ist auch ein wesentlicher Leitfaden für eine geschlechtergerechte Gesundheitsförderung in unserem Bundesland. Durch die Darstellung gesundheitlicher und sozialer Problemlagen können wir erkennen, ob Defizite in der Gesundheitsversorgung herrschen und wo Handlungsbedarf besteht.

Interessante Einblicke liefert der Bericht im Bezug auf die Gesundheit in verschiedenen Lebenslagen und Altersstufen. Speziell ältere Menschen und sozial Schwächere bedürfen unserer besonderen Aufmerksamkeit und Obsorge. Wenig überraschend schneiden die Frauen in punkto Gesundheitsbewusstsein besser ab als die Herren der Schöpfung. Sie leben gesünder, achten auf ihre Ernährung und trinken weniger Alkohol.

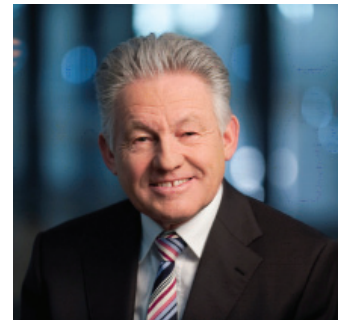
Ein großer Anteil der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher bewertet den eigenen Gesundheitszustand als positiv. Als Gesundheitsreferent sehe ich das zugleich als Bestätigung und als Auftrag, den Gesundheitsstandort Oberösterreich weiter voranzutreiben, um auch in den nächsten Jahrzehnten den wachsenden Anforderungen der medizinischen Versorgung in einer sich wandelnden Gesellschaft gerecht zu werden. Alleine im Jahr 2010 investierten wir eine Rekordsumme von 735 Millionen Euro in die Gesundheit. Im Mittelpunkt stehen die Sicherung der flächendeckenden Versorgung, eine exemplarische Spitalsreform sowie der Ausbau von Präventionsmaßnahmen und des Gesundheits-Bildungsstandortes OÖ. Mit dem Qualitätszertifikat "Gesunde Gemeinde" konnte ein Meilenstein in der Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene gesetzt werden.

Der erste oberösterreichische Gender-Gesundheitsbericht liefert maßgebliche Impulse für die Innovativkraft des Gesundheitslandes OÖ. Den Verantwortlichen am Institut für Gesundheitsplanung möchte ich dazu ganz herzlich gratulieren und danke für ihre engagierte Arbeit.

Ihr



Dr. Josef Pühringer
Landeshauptmann



VORWORT

Gesundheitspolitik braucht fundierte Grundlagen

Wer die Gesundheit der Menschen verbessern und maßgeschneiderte Versorgung im Krankheitsfall anbieten will, muss verstehen, wie Gesundheit und Krankheit entstehen. In kaum einem Bereich sind die Zusammenhänge so komplex, die wirklichen Ursachen so schwer erkennbar wie in der Gesundheitspolitik. Und selten wird die öffentliche Diskussion so von Mythen und Verkürzungen dominiert wie hier.

Umso wertvoller sind Gesundheitsberichte wie der vorliegende zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden in Gesundheit, Verhalten und Gesundheitsempfinden. Auf Basis solcher fundierter Daten und Analysen können wir Strategien entwickeln, um unsere Angebote noch besser auf die Bedürfnisse von Frauen und Männern zuzuschneiden.



Felix Hinterwirth
Obmann der OÖ
Gebietskrankenkasse



Zusammenfassung.....	8
Einleitung.....	16
1. Stand der Forschung.....	20
1.1. Frauengesundheitsbewegung.....	21
1.2. Männergesundheitsinitiative.....	21
1.3. Stand der Gesundheitsberichterstattung in Österreich.....	21
1.3.1. Ausgangspunkt und Elemente der Frauen- und Männergesundheitsberichte in Österreich.....	21
1.3.2. Chronologie der Frauen- und Männergesundheitsberichte in Österreich.....	22
1.3.3. Charakteristika bisheriger Frauen- und Männergesundheitsberichte in Österreich.....	23
1.3.4. Zusammenfassung einiger wesentlicher Ergebnisse.....	25
1.3.5. Exkurs - Ergebnisse des Forschungsprojekts zur „Gesundheit Linzer Frauen“.....	26
2. Genderrelevante Ergebnisse zur sozialen Lage und strukturelle Gesundheitsdeterminanten.....	30
2.1. Haushalte und Lebensumstände.....	31
2.2. Bildung von Frauen und Männern.....	34
2.3. Beschäftigungsstatus von Frauen und Männern.....	35
2.4. Einkommenssituation von Frauen und Männern.....	38
3. Genderrelevante Ergebnisse zu Gesundheit und Krankheit.....	42
3.1. Lebenserwartung von Frauen und Männern.....	43
3.2. Sterblichkeit von Frauen und Männern.....	44
3.2.1. Säuglingssterblichkeit.....	44
3.2.2. Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern.....	45
3.3. Erkrankungen von Frauen und Männern.....	49
3.3.1. Krankenhausaufenthalte von Frauen und Männern.....	49
3.3.2. Medikamentenverordnungen an Frauen und Männer.....	53
3.3.3. Krankenstände (Arbeitsunfähigkeit) von Frauen und Männern.....	57
3.3.4. Herz-Kreislaufkrankungen.....	62
3.3.5. Krebserkrankungen.....	64
3.3.6. Psychische Erkrankungen.....	65
3.3.7. Krankheiten des Bewegungsapparates.....	68
3.3.8. Diabetes mellitus.....	70
Exkurs - Fragestellungen und Eckpunkte der Erhebung „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“.....	74
4. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, soziale und individuelle Ressourcen sowie subjektiver Gesundheitszustand im Geschlechtervergleich.....	78
4.1. Verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminanten.....	79
4.1.1. Alkoholkonsum.....	79
4.1.2. Tabakkonsum.....	87
4.1.3. Ernährungsverhalten.....	91
4.1.4. Bewegung und körperliche Aktivität im Alltag.....	96
4.2. Verhalten im Krankheitsfall und Gesundheitsverhalten.....	100
4.2.1. Verhalten im Krankheitsfall.....	100
4.2.2. Gesundheitserhaltung.....	101
4.2.3. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.....	103
4.3. Soziale und individuelle Ressourcen zur Gesundheitsförderung.....	108
4.3.1. Soziale Ressourcen: Unterstützung und Kommunikation.....	108
4.3.2. Individuelle Ressourcen: Kontrollüberzeugungen.....	111
4.4. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensqualität.....	114
4.4.1. Lebensqualität und Wohlbefinden allgemein.....	114
4.4.2. Physische Gesundheit.....	115
4.4.3. Psychische Gesundheit.....	116
4.4.4. Soziale Beziehungen.....	117
4.4.5. Umweltbedingungen.....	117
5. Lebenslagen und Gesundheit.....	120
5.1. Beschreibung der Lebenslagen-Cluster.....	121
5.1.1. Typ 1: „Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit eher geringen familiären Bindungen“ (kurz: „Sozial Begünstigte“).....	121
5.1.2. Typ 2: „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“.....	122
5.1.3. Typ 3: „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“.....	122
5.1.4. Typ 4: „Sozial schwächere Männer und Frauen“.....	122
5.1.5. Typ 5: „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“.....	122
5.1.6. Typ 6: „PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)“.....	123
5.2. Lebenslagen und Belastungen.....	123

INHALT

5.2.1.	Persönliches Belastungsprofil Typ 1.....	125
5.2.2.	Persönliches Belastungsprofil Typ 2.....	126
5.2.3.	Persönliches Belastungsprofil Typ 3.....	127
5.2.4.	Persönliches Belastungsprofil Typ 4.....	128
5.2.5.	Persönliches Belastungsprofil Typ 5.....	129
5.2.6.	Persönliches Belastungsprofil Typ 6.....	130
5.2.7.	Berufliches Belastungsprofil Typ 1.....	133
5.2.8.	Berufliches Belastungsprofil Typ 2.....	134
5.2.9.	Berufliches Belastungsprofil Typ 3.....	135
5.2.10.	Berufliches Belastungsprofil Typ 4.....	136
5.3.	Lebenslagen und individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	138
5.3.1.	Alkoholkonsum.....	138
5.3.2.	Nikotinkonsum.....	148
5.3.3.	Adipositas.....	155
5.4.	Lebenslagen und Aktivitäten der Gesundheitserhaltung.....	158
5.5.	Lebenslagen und Veränderungsbereitschaft zu gesünderer Lebensweise.....	163
5.6.	Lebenslagen und Angebote zur Gesundheitsförderung.....	168
5.6.1.	Gewünschte Angebotsformen.....	168
5.6.2.	Einschätzung des bestehenden Angebots.....	171
5.7.	Lebenslagen und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	173
5.7.1.	Allgemeine Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Gesundheit.....	173
5.7.2.	Physische Gesundheit.....	176
5.7.3.	Psychische Gesundheit.....	178
5.7.4.	Soziale Beziehungen.....	179
5.7.5.	Gesundheitsrelevante Umwelt (physische, soziale und sozialstrukturelle Umwelt).....	181
5.8.	Zusammenfassung: Lebenslagentypen und Gesundheit.....	184
5.8.1.	Typ 1 - Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit geringen familiären Bindungen.....	184
5.8.2.	Typ 2 - Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen.....	184
5.8.3.	Typ 3 - Berufstätige Männer mit familiären Bindungen.....	185
5.8.4.	Typ 4 - Sozial schwächere Männer und Frauen.....	185
5.8.5.	Typ 5 - Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer).....	186
5.8.6.	Typ 6 - PensionistInnen (und Erwerbsunfähige).....	186
6.	Schlussfolgerungen und mögliche Ansatzpunkte für Maßnahmen.....	188
6.1.	Gendergerechte Tabakprävention.....	189
6.2.	Umgang mit Stress.....	189
6.3.	Bewegung und körperliche Aktivität fördern.....	189
6.4.	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	189
6.5.	Aufsuchende Gesundheitsarbeit.....	189
6.6.	Gesundheitsförderung in Schulen und Kindergärten.....	189
6.7.	Persönliche Beratung/Begleitung als Angebotsform der Gesundheitsförderung.....	189
6.8.	Beratungsinhalte der Vorsorgeuntersuchung.....	189
6.9.	Entwicklung eines Leitfadens.....	190
7.	Verzeichnisse und Literatur.....	192
7.1.	Abbildungsverzeichnis.....	193
7.2.	Tabellenverzeichnis.....	196
7.3.	Literatur.....	197

Anhang: Fragebogen „Gesundheitsvorsorge und -verhalten von Frauen und Männern in OÖ“

ZUSAMMEN- FASSUNG

Bisher sind in Österreich insgesamt zehn Frauengesundheitsberichte und zwei Männergesundheitsberichte entstanden. Zwei der Frauengesundheitsberichte und ein Männergesundheitsbericht wurden für Gesamtösterreich angefertigt. Die übrigen Berichte stammen aus den Bundesländern, wobei der Bericht „Gesundheit Linzer Frauen“ aus dem Jahr 1995 als erster Frauengesundheitsbericht Österreichs angesehen werden kann. Während es bisher also entweder Frauen- oder Männergesundheitsberichte gegeben hat, möchte der vorliegende Bericht erstmals Frauen und Männer gleichermaßen berücksichtigen.

Soziale Lage und strukturelle Gesundheitsdeterminanten

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Haushaltsform in unterschiedlichen Lebensphasen. So leben Frauen bis etwa zum 55. Lebensjahr seltener in Einpersonenhaushalten als Männer. Ab dem 60. Lebensjahr nimmt der Anteil der weiblichen Einpersonenhaushalte jedoch stetig zu. So sind ab dem 80. Lebensjahr etwa 85 Prozent aller Einpersonenhaushalte weiblich. Frauen sind deutlich häufiger alleinerziehend als Männer: In Oberösterreich stehen 42.500 alleinerziehende Mütter 5.500 alleinerziehenden Vätern gegenüber. Bei 77 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen wird die hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit durch die Partnerin bzw. den Partner erbracht. Nur vier Prozent der Männer aber 22 Prozent der Frauen nehmen keine Kinderbetreuung durch andere in Anspruch. Auch bei der Bildung werden Unterschiede zwischen Frauen und Männern ersichtlich: Jede vierte Frau zwischen 25 und 64 Jahren hat als höchste abgeschlossene Ausbildung einen Pflichtschulabschluss. Bei Männern ist dieser Anteil mit 15 Prozent deutlich geringer. Unterschiede gibt es auch bei der Beschäftigung und beim Einkommen: Nur etwa fünf Prozent der erwerbstätigen Männer aber knapp 42 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind teilzeitbeschäftigt. Bei den EinkommensbezieherInnen (ArbeitnehmerInnen und PensionistInnen) erhalten 54 Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer weniger als 15.000 Euro pro Jahr. (Kapitel 2)

Gesundheit und Krankheit

Frauen haben eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer. In Oberösterreich beträgt im Jahr 2007 die Lebenserwartung eines Mannes bei der Geburt 77,7 Jahre und jene einer Frau 83,4 Jahre. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Herz-Kreislauferkrankungen die häufigste Todesursache. Auf 100.000 Männer kommen pro Jahr 373 Todesfälle in Folge von Herz-Kreislauferkrankungen. Bei den Frauen sind dies 246 pro 100.000. Auch die Krebsmortalität ist bei Männern (221 pro 100.000) höher als bei Frauen (130 pro 100.000). Bei den frühen Todesfällen (vor dem 65. Lebensjahr) gibt es gravierende Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bei den Männern treten 27 Prozent aller Todesfälle vor dem 65. Lebensjahr ein, bei den Frauen elf Prozent aller Todesfälle. Auch beim Krankenstandsgeschehen werden Unterschiede zwischen Frauen und Männern deutlich: Während die mei-

sten Krankenstandstage von Frauen auf Krankheiten des Atmungssystems (24 Prozent) gefolgt von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (22 Prozent) und Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere äußere Ursachen (13 Prozent) zurückgehen, spielen bei Männern wiederum Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere äußere Ursachen die wichtigste Rolle (26 Prozent), gefolgt von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (23 Prozent) und Krankheiten des Atmungssystems (22 Prozent).

Betrachtet man die Krankenhausaufenthalte, so weisen 20 Prozent der Frauen und 17 Prozent der Männer mindestens eine stationäre Krankenhausbehandlung pro Jahr auf. Bei Frauen (13 Prozent der Belegstage) als auch bei Männern (16 Prozent der Belegstage) sind die meisten Krankenhausaufenthalte auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. Jeweils zwölf Prozent aller Belegstage kommen bei Frauen und Männern aufgrund von psychischen Erkrankungen zustande. Der Anteil der Belegstage, die aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen zustande kommen, ist bei Männern mit 13 Prozent größer als bei Frauen (10 Prozent). Zwölf Prozent der Belegstage von Frauen und zehn Prozent der Belegstage von Männern sind auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurückzuführen. Neun Prozent der Krankenhausaufenthalte von Frauen gehen auf bösartige Neubildungen zurück. Bei den Männern sind es zehn Prozent. Diese angeführten fünf Diagnosegruppen verursachen 56 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Frauen und 61 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Männern. Frauen bekommen pro Jahr deutlich mehr Medikamente als Männer verordnet (Frauen: 12.300 Packungen je 1.000; Männer: 8.500 Packungen je 1.000). Bis zum 70. Lebensjahr unterscheiden sich Frauen und Männer jedoch nur geringfügig in der Verordnungsmenge. Erst ab diesem Alter bekommen Frauen deutlich mehr Medikamente verordnet als Männer. Sowohl bei Frauen als auch Männern stellen Herz-Kreislauf Medikamente die größte Gruppe unter den Medikamentenverordnungen dar. Danach folgen Medikamente des Verdauungstrakts bzw. des Stoffwechselsystems. Bereits an dritter Stelle rangieren Medikamente des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.). Diese machen bei Frauen 16 Prozent und bei Männern zwölf Prozent aller Medikamentenverordnungen aus. (Kapitel 3)

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, soziale und individuelle Ressourcen sowie subjektiver Gesundheitszustand im Geschlechtervergleich

Alkohol

Männer weisen einen stärkeren Alkoholkonsum als Frauen auf, d.h. Männer trinken mehr und häufiger Alkohol als Frauen. 23 Prozent der Frauen und nur zehn Prozent der Männer trinken keinen Alkohol, aber neun Prozent der Männer und nur ein Prozent der Frauen fallen in die Risikogruppe der täglichen Konsumenten. Die Bereitschaft,

ZUSAMMENFASSUNG

den Alkoholkonsum für die Gesundheit zu reduzieren, ist bei Frauen (50 Prozent „ja“, 19 Prozent „eher ja“) stärker ausgeprägt als bei Männern (35 Prozent „ja“, 34 Prozent „eher ja“).

Alkohol „gehört“ für viele in der Gesellschaft „dazu“, man wird „schief angesehen“, wenn man keinen Alkohol trinkt. Männer zeigen allerdings eine stärkere Affinität zu Alkohol(konsum) als Frauen. Rund 60 Prozent der Männer und nur 33 Prozent der Frauen stimmen der Aussage zu, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde lustiger sei. 41 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen halten „ein wenig Alkohol am Abend“ sogar als für die Gesundheit zuträglich. (Kapitel 4.1.1)

Tabakkonsum

75 Prozent der Frauen und 70 Prozent der Männer rauchen nicht, wobei deutlich mehr Frauen davon nie geraucht haben (52 Prozent zu 38 Prozent der Männer).

Bei den männlichen Rauchern liegen die Anteile in jüngeren Altersgruppen von 18 bis 34 Jahren insgesamt am höchsten und deutlich über dem Durchschnitt.

Bei den weiblichen Raucherinnen liegt nur der Anteil in der jüngsten Gruppe (18 bis 24 Jahre) deutlich höher als im Durchschnitt und fällt dann auf das durchschnittliche Maß bzw. darunter ab. Insgesamt liegt der Anteil der RaucherInnen in den älteren Altersgruppen deutlich unter dem Durchschnitt.

Bei den Frauen ist die Bereitschaft, das Rauchen aufzuhören oder zu reduzieren, mit 47 Prozent höher als bei den Männern (40 Prozent). 30 Prozent der rauchenden Frauen und 32 Prozent der rauchenden Männer geben an, innerhalb der letzten zwölf Monate ernsthaft versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören. (Kapitel 4.1.2)

Ernährungsverhalten

Frauen achten mehr auf gesunde Ernährung (52 Prozent) als Männer (32 Prozent). Für weitere 40 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer ist gesunde Ernährung eher ein Thema im Alltag.

60 Prozent der Frauen und nur 43 Prozent der Männer liegen im Bereich des Normalgewichtes. Von Übergewicht sind vor allem Männer betroffen: 40 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen haben Übergewicht. 16 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen sind adipös.

Frauen zeigen eine deutlich höhere Bereitschaft, der Gesundheit zuliebe ihr Ernährungsverhalten zu verändern (63 Prozent zu nur 46 Prozent der Männer).

Darüber hinaus scheint ein Rollenklischee zu greifen: Der Aussage „Gerade Frauen sollten über gesunde Ernährung Bescheid wissen“ wird mehrheitlich von Männern wie Frauen zugestimmt. Insgesamt rund zwei Drittel der Befragten sehen dies (eher) so. Bemerkenswerterweise haben gerade Frauen diese Erwartung an das eigene Geschlecht (36 Prozent der Frauen stimmen hier voll und ganz zu, im Vergleich zu 25 Prozent der Männer). (Kapitel 4.1.3)

Bewegung und körperliche Aktivität

Insgesamt zeigen sich die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher als durchaus bewegungsfreudig und im Alltag aktiv: 80 Prozent der Frauen sowie 74 Prozent der Männer kommen durchschnittlich zwei- bis dreimal pro Woche durch körperliche Aktivität ins Schwitzen (z.B.: durch Joggen, Hausarbeit, Gartenarbeit, schnelles oder langes Radfahren oder Aerobic). Grundsätzlich besteht ein großes Potential, die Menschen in Oberösterreich zu mehr Bewegung im Alltag zu bringen: vor allem Frauen zeigen sich motiviert, zukünftig für die Gesundheit mehr Aktivitäten im Alltag einzubauen (62 Prozent gegenüber 46 Prozent der Männer). (Kapitel 4.1.4)

Verhalten im Krankheitsfall und Gesundheitsverhalten

Im Krankheitsfall verwenden signifikant mehr Frauen als Männer rezeptfreie Medikamente, homöopathische oder alternative Heilmittel sowie Hausmittel, um wieder gesund zu werden. Beim Arztbesuch gilt für Frauen wie Männer gleichermaßen: Rund drei Viertel suchen nur verzögert einen Arzt/eine Ärztin auf, jede vierte bis fünfte Person vermeidet überhaupt den Gang in die Praxis. Rund ein Drittel aller Männer und Frauen waren noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung, mit zunehmendem Alter nimmt dieser Anteil ab. Bei Frauen wird in der Vorsorgeuntersuchung in geringerem Maße das Thema Alkohol angesprochen als bei Männern (unabhängig vom tatsächlichen Trinkverhalten). Ebenfalls unabhängig vom Rauchverhalten wird bei Männern im Zuge einer Vorsorgeberatung der Nikotinkonsum häufiger angesprochen als bei Frauen. (Kapitel 4.2)

Soziale und individuelle Ressourcen zur Gesundheitsförderung

Bezüglich der sozialen Ressourcen geben jeweils 34 Prozent der Frauen und Männer an, dass sie mit den persönlichen Beziehungen sehr zufrieden sind, weitere 50 Prozent sind zufrieden. Auch die soziale Unterstützung durch Freunde ist für 26 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer sehr zufriedenstellend und zusätzliche 50 Prozent der Frauen und Männer zeigen sich zufrieden.

Rund 86 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen haben durchschnittlich drei bis vier vertraute Personen im näheren Umfeld, mit denen sie über persönliche Themen sprechen können. 78 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer wenden sich hauptsächlich an Frauen für persönliche Gespräche. Für 42 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen stehen gleich viele Männer wie Frauen zur Verfügung. Arbeit und Beruf ist das Gesprächsthema Nummer eins im persönlichen Umfeld, aber auch über Beziehungen, gesundes Leben, Tipps bei Erkrankungen (vor allem bei Frauen) oder finanzielle Angelegenheiten wird gesprochen.

Bezüglich der individuellen Ressourcen sieht ein überwiegender Teil der Befragten die Kontrolle über die Gesundheit in sich selbst: Für 97 Prozent der Männer und 96 Pro-

zent der Frauen wird die Gesundheit dadurch bestimmt, was sie selbst dafür tun. Um Krankheit zu vermeiden, ist es für 75 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen gut, sich von der Hausärztin/dem Hausarzt beraten zu lassen.

Der Aussage, dass die schnelle Genesung nach einer Krankheit durch reines Glück bestimmt wird, schließt sich nur ein kleiner Teil an: Zehn Prozent der Frauen und neun Prozent der Männer teilen diese Ansicht. (Kapitel 4.3)

Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensqualität

Gut die Hälfte aller Befragten weist eine „gute“ Lebensqualität auf (Frauen und Männer jeweils zirka 52 Prozent). Für etwas mehr Frauen (23 Prozent) als Männer (18 Prozent) ist die Lebensqualität insgesamt sehr gut. Das Alter erweist sich dabei als wichtige Bestimmgröße: Ganz junge Menschen zeigen sich mit ihrer Lebensqualität äußerst zufrieden, ältere Menschen ab 55 Jahren liegen eher im Mittelmaß.

Mit dem subjektiven Gesundheitszustand sind wiederum mehr als die Hälfte zufrieden (Frauen: 55 Prozent, Männer: 56 Prozent). 14 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen sind damit sogar sehr zufrieden. Jeweils über elf Prozent der Männer und Frauen sind allerdings unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrer Gesundheit.

Die physische Gesundheit der Befragten wird mehrheitlich als normal bis überdurchschnittlich gut beurteilt. In den Bereichen physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und gesunde Umweltbedingungen liegen jeweils knapp über die Hälfte der Männer und Frauen im Normalbereich. Jeweils rund ein Viertel beurteilt diese Gesundheitsaspekte als überdurchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich.

Im Bereich der psychischen Gesundheit weisen mehr Frauen (26 Prozent) als Männer (22 Prozent) eine unterdurchschnittlich gute psychische Gesundheit auf.

Die sozialen Beziehungen stellen sich für mehr Männer (28 Prozent) als Frauen (23 Prozent) als unterdurchschnittlich gut dar. (Kapitel 4.4)

Lebenslagen und Belastungen

Für die Betrachtung von Gesundheitsaspekten aus der Genderperspektive müssen geschlechtsspezifische Lebenslagen und -situationen mit berücksichtigt werden. Um diese abbilden zu können, wurden bei der Befragung einige sozialdemographische und sozioökonomische Merkmale (mit-) erhoben. Mittels clusteranalytischen Verfahren konnten dann sechs Gruppen gebildet werden, die sich hinsichtlich dieser Merkmale ähnlich sind und als „Realtypen“ für verschiedene Lebenslagen angesehen werden können.

Diese sind:

Typ 1: „Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit eher geringen familiären Bindungen“ (Kurz: „Sozial Begünstigte“)

Typ 2: „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“

Typ 3: „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“

Typ 4: „Sozial schwächere Männer und Frauen“

Typ 5: „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“

Typ 6: PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)

(Details siehe: Kapitel 5.1)

Finanzielle Probleme, Probleme im Familien-/Freundeskreis sowie Belastungen durch Hausarbeit stellen insgesamt die häufigsten persönlichen Belastungen der befragten Frauen und Männer dar. Frauen geben mit 69 Prozent mindestens eine persönliche Belastung an, das sind deutlich mehr als bei den Männern (55 Prozent). Frauen sind darüber hinaus stärker durch Hausarbeit (Frauen 34 Prozent, Männer 16 Prozent) und Probleme im Familien-/Freundeskreis (Frauen 32 Prozent, Männer 21 Prozent) belastet. Auch Belastungen durch Betreuungsaufgaben (etwa Kinderbetreuung oder Pflege) betreffen mehr Frauen (26 Prozent) als Männer (15 Prozent). Personen aus der durch eine Clusteranalyse hervorgegangenen Lebenslagengruppe „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“ nennen die häufigsten persönlichen Belastungen (77 Prozent), gefolgt von der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ (71 Prozent). Im Mittelfeld liegen die Gruppen „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und die „Sozial Begünstigten“. In geringerem Ausmaß von persönlichen Belastungen betroffen fühlen sich die Gruppen „PensionistInnen“ (57 Prozent) und „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (51 Prozent).

Bezüglich der beruflichen Belastungen kann festgehalten werden, dass die bei weitem meisten Beschäftigten (Männer wie Frauen) von Stress/Zeitdruck im Beruf betroffen (63 Prozent) sind. Jeweils rund ein Drittel ist ungünstigen Umweltbedingungen ausgesetzt, fühlt sich überfordert oder erfährt zu wenig Anerkennung in der beruflichen Tätigkeit.

90 Prozent der erwerbstätigen Männer und 82 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind von mindestens einer beruflichen Belastung betroffen. Manche der Belastungen nennen Männer häufiger als Frauen. Hinsichtlich Stress/Zeitdruck sind Männer stärker betroffen (69 Prozent) als Frauen (57 Prozent), auch was die Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (Männer 41 Prozent, Frauen 26 Prozent), Überforderung (Männer 38 Prozent, Frauen 28 Prozent) oder unregelmäßige Arbeitszeit (Männer 32 Prozent, Frauen 18 Prozent) betrifft, fühlen sich Männer hier insgesamt stärker belastet.

Am stärksten fallen die beruflichen Belastungen in der Gruppe der „Berufstätigen Männer mit familiären Bindungen“ (92 Prozent nennen mindestens eine Belastung) und in der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ aus (89 Prozent).

Im Mittelfeld rangiert die Gruppe der „Sozial Begünstigten“ (86 Prozent). Am wenigsten belastet im beruflichen Alltag fühlen sich „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ (54 Prozent). (Kapitel 5.2)

Lebenslagen und individuelle Gesundheitsdeterminanten

Alkoholkonsum

Auf der Verhaltensebene zeigen nach den Lebenslagen-Gruppen betrachtet insbesondere Männer der Gruppe „PensionistInnen“ eine deutlich höhere Trinkfrequenz (30 Prozent trinken an mindestens vier Tagen/Woche Alkohol) als die restlichen befragten Männer (18 Prozent). Allerdings sind bei den männlichen Pensionisten nach der konsumierten Menge pro Woche keine Unterschiede mehr zu den übrigen Männern feststellbar. Für die befragten Frauen lassen sich weder hinsichtlich Trinkfrequenz noch hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.

Auf der Einstellungsebene sind in den verschiedenen Lebenslagen-Gruppen verschiedene Einstellungsmuster bezüglich des Alkoholkonsums festzustellen, wobei das Geschlecht innerhalb der Gruppen eine vermittelnde Rolle spielt.

„Sozial begünstigte“ Männer wie Frauen stimmen häufiger als in den übrigen Gruppen zu, dass es ihnen mit Alkohol „leichter fällt, jemanden kennen zu lernen“ (Männer 41 Prozent, Frauen 26 Prozent). Für Männer dieser Gruppe spielt der Aspekt „in Zukunft weniger zu trinken“ eine geringere Rolle als für die restlichen Männer (26 Prozent gegenüber 36 Prozent) und für Frauen desselben Clusters ist es „in einer gemütlichen Runde mit Alkohol lustiger“ (40 Prozent gegenüber 33 Prozent). „Berufstätige Männer und Frauen mit familiärer Bindung“ (Lebenslagen-Gruppen 2 und 3) stimmen weniger häufig der Aussage „regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend ist der Gesundheit förderlich“ zu. Für „Sozial schwächere“ Frauen scheint Alkohol als soziale Komponente weniger wichtig zu sein, als für die restlichen befragten Frauen. Sie stimmen den Aussagen „es fällt leichter jemanden kennen zu lernen“, „man wird ohne Alkohol in einer Runde schief angesehen“ und „in einer gemütlichen Runde ist es mit Alkohol lustiger“ deutlich weniger zu. Allerdings im persönlichen Umgang mit Alkohol wird der Aussage „wenn ich unglücklich bin, trinke ich zu viel“ in höherem Ausmaß zugestimmt.

Auch für „Sozial schwächere“ Männer scheint die soziale Funktion von Alkohol nicht so stark ausgeprägt zu sein, sie stimmen der Aussage „in einer gemütlichen Runde ist es mit Alkohol lustiger“ in geringerem Ausmaß zu (44 Prozent gegenüber 61 Prozent der restlichen Männer). Für die Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ sind keine signifikanten Unterschiede beobachtbar. Bei den „PensionistInnen“ steigt der Anteil derer, die sich „schon öfter vorgenommen haben, in Zukunft weniger zu trinken“ (gilt für Männer wie Frauen gleichermaßen). Sie halten darüber hinaus häufiger „den regelmäßigen Alkoholkonsum am Abend der Gesundheit zuträglich“ und neigen stärker zu der Aussage, dass „man schief angesehen wird, wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt“. (Kapitel 5.3.1)

Lebenslagen und Nikotinkonsum

Hinsichtlich des Nikotinkonsums sind Unterschiede zwischen den einzelnen Lebenslagen-Gruppen beobachtbar. Insbesondere das Rauchverhalten „Sozial begünstigter Frauen“ sowie „Sozial schwächerer Männer und Frauen“ sticht hervor.

Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ weisen einen signifikant höheren Raucherinnenanteil auf. Männer dieser Gruppe weichen nicht wesentlich von den restlichen befragten Männern ab.

„Berufstätige Männer und Frauen mit familiären Bindungen“ (Gruppen 2 und 3) legen ebenfalls ein durchschnittliches Rauchverhalten an den Tag.

„Sozial schwächere Männer und Frauen“ weisen eine höhere RaucherInnenquote auf als die restlichen Befragten. 43 Prozent der Männer (gegenüber 29 Prozent) und 33 Prozent der Frauen (gegenüber 25 Prozent) dieser Gruppe rauchen zumindest gelegentlich.

„Nicht erwerbstätige Frauen“ weisen eine etwas geringere Raucherinnenquote auf als die restlichen befragten Frauen. Auch Männer und Frauen aus der Gruppe der „PensionistInnen“ weisen eine geringere RaucherInnenquote auf. (Kapitel 5.3.2)

Lebenslagen und Adipositas

Nach den Lebenslagen sind vor allem drei Gruppen häufiger von Adipositas betroffen als andere: „PensionistInnen“, „Sozial schwächere Frauen“ und „Nicht erwerbstätige Frauen“. Den höchsten Anteil an adipösen Personen weist die Gruppe der „PensionistInnen“ mit insgesamt 21 Prozent (gegenüber 14 Prozent im Durchschnitt) auf. Dies ist vor allem auf das höhere Alter zurückzuführen. Einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen mit Adipositas weist auch die Gruppe der „Sozial schwächeren Frauen und Männer“ auf. Dies ist vor allem auf die stärkere Betroffenheit der Frauen in dieser Gruppe zurückzuführen, die mit 21 Prozent deutlich über dem Durchschnitt der restlichen Frauen liegen (15 Prozent). Bei den Männern dieser Gruppe zeigt sich kein wesentlicher Unterschied zum Durchschnitt. In der Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ ist die Rate an Adipösen ebenfalls überdurchschnittlich. „Erwerbstätige Frauen mit familiärer Bindung“ weisen einen unterdurchschnittlichen Anteil mit Adipositas auf (6 Prozent gegenüber 15 Prozent im Durchschnitt aller Frauen). (Kapitel 5.3.3)

Lebenslagen und Aktivitäten der Gesundheitserhaltung

Die betrachteten Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung umfassen die Dimensionen Bewegung, gesunde Ernährung und aktiver Stressabbau/Entspannung. Am bewegungsfreudigsten zeigen sich „PensionistInnen“ (Männer wie Frauen) sowie „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“. Diese Gruppen liegen hinsichtlich körperlicher Aktivitäten über dem Durchschnitt. Deutlich geringere Aufmerksamkeit auf Bewegung zur Gesundheitserhaltung legen „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (32 Prozent gegenüber 43 Prozent bei den restlichen Män-

nen), „Sozial schwächere Männer und Frauen“ (Männer: 29 Prozent gegenüber 39 Prozent; Frauen: 30 Prozent gegenüber 38 Prozent) und „Nicht erwerbstätige Frauen“ (32 Prozent gegenüber 39 Prozent).

Im Bereich gesunder Ernährung liegen „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ ebenfalls deutlich zurück. Nur 26 Prozent (gegenüber 37 Prozent der restlichen Männer) setzen diesbezüglich gezielte Handlungen. Auch für Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ hat gesunde Ernährung einen unterdurchschnittlichen Stellenwert (43 Prozent gegenüber 54 Prozent der restlichen Frauen). Für pensionierte Männer hat gesunde Ernährung im Vergleich zu den restlichen Männern ein höheres Gewicht (42 Prozent gegenüber 29 Prozent).

Gezielte Aktivitäten im Bereich Entspannung bzw. Stressabbau haben insbesondere für Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ einen höheren Stellenwert (15 Prozent gegenüber durchschnittlich zehn Prozent). Für alle anderen Gruppen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zum Durchschnitt erkennen. (Kapitel 5.4)

Lebenslagen und Veränderungsbereitschaft zu gesünderer Lebensweise

Veränderungsbereitschaften zu einer gesünderen Lebensweise sind auch abhängig von der jeweiligen Lebenssituation. In allen Lebenslagen-Gruppen, ausgenommen die der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ (diese liegen in allen Aspekten im Durchschnitt), zeigen sich Unterschiede bezüglich der Veränderungsbereitschaft.

Bezüglich dem Vorhaben, künftig mehr auf gesündere Ernährung achten zu wollen, zeigen sich vor allem „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ und „Sozial schwächere Frauen“ weniger häufig bereit, ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern. Lediglich „Sozial schwächere Männer“ zeigen eine höhere Veränderungsbereitschaft. Für alle anderen Gruppen liegt die Veränderungsbereitschaft im Durchschnitt.

Bezüglich der Bereitschaft zur Reduktion des Alkoholkonsums zeigen sich Männer und Frauen der „Sozial Begünstigten“ in einem geringeren Ausmaß bereit, künftig weniger Alkohol konsumieren zu wollen (Männer: 25 Prozent gegenüber 35 Prozent im Durchschnitt; Frauen: 33 Prozent gegenüber 49 Prozent). Nur männliche „Pensionisten“ zeigen sich hinsichtlich Einschränkung des Alkoholkonsums häufiger Veränderungsbereit als der Durchschnitt (41 Prozent gegenüber 30 Prozent der übrigen Männer). Für alle anderen Gruppen konnten keine wesentlichen Unterschiede ausgemacht werden.

Was die Verminderung des Nikotinkonsums angeht, zeigen sich nur „Sozial begünstigte Frauen“ in geringerem Ausmaß bereit, etwas zu verändern (41 Prozent gegenüber 51 Prozent). Personen aus allen anderen Gruppen zeigen ein durchschnittliches Veränderungspotential bezüglich der Reduktion des Nikotinkonsums.

Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung im Bereich Bewegung ist bei „Sozial schwächeren Frauen“ sowie den „PensionistInnen“ (Männer wie Frauen) unterdurchschnittlich. Nur „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ signalisieren eine etwas höhere Bereitschaft, mehr Bewegung machen zu wollen. Alle anderen Gruppen liegen im

Durchschnitt.

Bezüglich gezielter Aktivitäten zum Stressabbau zeigen vor allem „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und „Sozial schwächere Männer“ ein überdurchschnittliches Ausmaß an Veränderungsbereitschaft. Letztere weisen eine deutlich größere Veränderungsbereitschaft als der Durchschnitt auf: 55 Prozent gegenüber 44 Prozent der restlichen befragten Männer.

Weniger bereit, für Stressabbau und Reduzierung von Belastungen etwas zu tun, zeigen sich „Pensionistinnen“ (55 Prozent gegenüber 61 Prozent der übrigen Frauen). Alle anderen Gruppen liegen wiederum im Durchschnitt. (Kapitel 5.5)

Lebenslagen und Angebote der Gesundheitsförderung

Bezüglich der gewünschten Angebotsformen wird von allen Lebenslagen-Gruppen die persönliche Beratung am häufigsten gewünscht. Persönliche Begleitung (etwa in Form von Coaching) wird darüber hinaus insbesondere von „Sozial begünstigten Frauen“ und „Berufstätigen Frauen mit familiären Bindungen“ überdurchschnittlich oft gewünscht. Bei den „Nicht erwerbstätigen Frauen“ sowie den „PensionistInnen“ ist der Wunsch nach persönlicher Begleitung unterdurchschnittlich. Kurse oder Seminare zum Thema wurden von den „Sozial begünstigten“ Frauen sowie den „Berufstätigen Frauen mit familiären Bindungen“ häufiger gewünscht als von den restlichen befragten Frauen. Männer aus der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ würden sich mehr Angebote in Form von Informationsmaterial/Broschüren wünschen (32 Prozent gegenüber 22 Prozent der restlichen Männer). Weibliche „Pensionistinnen“ würden sich darüber hinaus mehr Selbsthilfegruppen oder Aktivgruppen wünschen (22 Prozent gegenüber 17 Prozent der restlichen Frauen), während in dieser Gruppe dem Angebot an Kursen/Seminaren ein geringerer Stellenwert eingeräumt wird.

Bezüglich der Einschätzung des bestehenden Angebotes der Gesundheitsförderung unterscheiden sich bei den Frauen nur die „Pensionistinnen“ signifikant von den übrigen Frauen. Sie sehen in höherem Ausmaß ein ausreichendes Angebot an verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten (69 Prozent gegenüber 61 Prozent insgesamt). Auch die männlichen „Pensionisten“ fallen durch einen höheren Anteil auf, der ausreichend Angebot sieht (75 Prozent gegenüber 63 Prozent insgesamt). Ähnliches gilt für „Sozial schwächere“ Männer: Sie sehen weniger häufig einen Angebotsmangel, sondern orten besonders oft zu viel Angebot („Mehr als genug“ - 15 Prozent). „Sozial begünstigte Männer“ sowie „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ würden sich im Gegensatz dazu mehr Angebot wünschen: sie zeichnen sich durch einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen aus, welche zu wenig Angebot sehen (39 Prozent bzw. 35 Prozent). (Kapitel 5.6)

Lebenslagen und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Lebenslagen-Gruppen „Erwerbstätige Frauen/Männer mit familiären Bindungen“ und „Sozial begünstigte Frauen“ weisen ein überdurchschnittlich hohes Ausmaß an „guter bzw. sehr guter Lebensqualität“ auf. Deutlich unter dem Durchschnitt ist der Anteil bei den Frauen und Männern aus der Gruppe der „Sozial Benachteiligten“. Ebenso verfügen „PensionistInnen“ in geringerem Ausmaß über eine gute Lebensqualität. Innerhalb der Gruppen lassen sich nur für die „PensionistInnen“ signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, wobei Frauen in etwas höherem Ausmaß (69 Prozent) über eine gute oder sehr gute Lebensqualität als Männer (59 Prozent) verfügen.

Frauen und Männer der Lebenslagen-Gruppe „Erwerbstätige mit familiärer Bindung“ zeigen sich am zufriedensten mit ihrer Gesundheit. In deutlich geringerem Ausmaß zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind „Sozial schwächere“ Frauen und Männer sowie die „PensionistInnen“. Innerhalb der Lebenslagen-Gruppen lassen sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Gesundheit keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen ausmachen.

Hinsichtlich des Aspekts „physische Gesundheit“ unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant. Die Lebenslagen-Gruppen „Sozial Begünstigte“, „Erwerbstätige Frauen/Männer mit familiären Bindungen“ und „Nicht erwerbstätige Frauen/Männer“ weisen in höherem Ausmaß einen guten physischen Gesundheitszustand auf. Bei schlechterer physischer Gesundheit sind erwartungsgemäß pensionierte Männer und Frauen, nicht zuletzt aufgrund des höheren Alters dieser Gruppe. Obwohl die Gruppe „Sozial Schwächere“ kaum Personen über 60 Jahren enthält, entspricht der Anteil mit unterdurchschnittlicher physischer Gesundheit hier dem der 60- bis 80-Jährigen. Die Gruppe der „Sozial schwächeren Männer und Frauen“ ist zudem deutlich stärker von psychischen Problemen betroffen. Sie weisen eine stark unterdurchschnittliche psychische Gesundheit auf. Dies gilt auch für Personen aus der Gruppe der „PensionistInnen“, wobei hier das Alter zu berücksichtigen ist (mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil an Personen mit guter psychischer Gesundheit allgemein).

Insgesamt weisen Frauen etwas häufiger (77 Prozent) als Männer (73 Prozent) positive und unterstützende soziale Beziehungen auf. Mit zunehmendem Alter ist eine Abnahme zu beobachten. In überdurchschnittlichem Maß können sich „Erwerbstätige Frauen/Männer mit familiären Bindungen“ auf ein positives soziales Umfeld stützen. „PensionistInnen“ weisen in unterdurchschnittlichem Maß positive soziale Kontakte auf.

Die gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen (physische, soziale und sozialstrukturelle Umwelt) stellen sich für „Berufstätige Frauen/Männer mit familiären Bedingungen“ etwas günstiger dar als im Durchschnitt. Deutlich schlechtere Bedingungen finden Frauen und Männer der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ vor. (Kapitel 5.7)

Schlussfolgerungen und mögliche Ansatzpunkte für Maßnahmen

Der Bericht schließt mit mehreren Schlussfolgerungen und Ansatzpunkten für Maßnahmen, die von einem einberufenen Fachbeirat¹ angeregt wurden. Diese betreffen thematisch unter anderem eine genderechte Tabakprävention, Angebote zum Umgang mit Stress, die Förderung von Bewegung und körperlichen Aktivitäten, Angebote der Sportvereine und der Gesunden Gemeinde, umfassende und strukturell gelebte betriebliche Gesundheitsförderung, aufsuchende Gesundheitsarbeit mit der Zielgruppe der sozial schwächeren Frauen und Männer, den Ausbau der schulischen Gesundheitsförderung sowie die Entwicklung eines Leitfadens für genderechte Gesundheitsförderung. (Kapitel 6)

¹ Der Fachbeirat setzte sich aus folgenden Personen zusammen: Mag.^a Doris Mandl (Frauengesundheitszentrum Wels), Mag.^a Sarah Sebinger (OÖGKK), Mag.^a Friederike Widholm (Frauengesundheitszentrum Linz), Dr. Richard Schneebeauer (Männerberatung OÖ), Dr. Eduard Waidhofer (Männerberatung OÖ)

EINLEITUNG

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass sich Männer und Frauen bezüglich Gesundheit und Krankheit unterscheiden. Männer und Frauen weisen ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein auf, sie unterscheiden sich im Krankheitsspektrum ebenso wie in der Krankheitsbewältigung. Anhand vieler Indikatoren kann man in westlichen Industrieländern von einem Geschlechterparadox der Gesundheitsforschung sprechen: So haben Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer, gleichzeitig schätzen sie ihren Gesundheitszustand aber schlechter ein. Während die Verbreitung nicht bedrohlicher, akuter und chronischer Erkrankungen bei Frauen größer ist, sind Männer häufiger von lebensbedrohlichen Erkrankungen betroffen. Männer und Frauen haben etwa die gleiche Anzahl an bei guter Gesundheit verbrachter Lebensjahre. Die Übersterblichkeit von Männern gegenüber Frauen ist vor allem auf verhaltensbedingte Todesursachen (Unfälle, Suizid, Leberzirrhose usw.) von Männern vor dem 65. Lebensjahr zurückzuführen.²

Gesundheit wird im Wesentlichen durch das biologische Geschlecht („sex“) und „gender“ als die soziale Geschlechterrolle bestimmt. Beide Begriffe, „sex“ und „gender“, zeigen ihre Auswirkungen auf die Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit anderen sozialen Ungleichheiten wie der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungs- und Einkommensschicht oder einer ethnischen Bevölkerungsgruppe.

Der Gesundheitszustand des/der Einzelnen wird durch diese Faktoren in einer komplexen Wechselwirkung determiniert. Aber auch das Risikoverhalten, die Wahrnehmung von Gesundheit, Krankheit und Behinderung und der Zugang von Frauen und Männern zu medizinischen und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen werden durch diese Faktoren beeinflusst und auf unterschiedliche Weise bestimmt.³ Daraus lässt sich ableiten, dass die Problemdefinition als Ausgangspunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Regel unter der Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden auf Basis einer gendersensiblen Gesundheitsberichterstattung erfolgen sollte.⁴

Der vorliegende Gesundheitsbericht möchte folgenden Inhalten und Aspekten gerecht werden:

- Schaffung eines Überblicks über die bisherige geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung in Österreich.
- Aufzeigen von Unterschieden von oberösterreichischen Frauen und Männern bezüglich struktureller Gesundheitsdeterminanten anhand von Routinedaten.
- Verdeutlichung von Unterschieden von oberösterreichischen Frauen und Männern bezüglich Lebenserwartung, Todesursachen sowie dem Krankheitsgeschehen anhand von Routinedaten.

- Durchführung geschlechtsspezifischer Analysen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, sozialer und individueller Ressourcen sowie des subjektiven Gesundheitszustands anhand speziell erhobener Umfragedaten.
- Betrachtung von Gesundheitsaspekten aus der Genderperspektive anhand geschlechtsspezifischer Lebenslagen und Lebenssituationen anhand speziell erhobener Umfragedaten.
- Aufzeigen von Schlussfolgerungen für die Zukunft.

Der vorliegende Bericht setzt sich inhaltlich aus drei Teilen zusammen. Im ersten Kapitel wird kurz auf die unterschiedliche Entwicklung der Frauengesundheitsbewegung und der Männergesundheitsinitiative eingegangen. Daran anschließend sollen die Ursprünge der geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichterstattung in Österreich beleuchtet werden. Um einen Überblick über die bisherigen Frauen- und Männergesundheitsberichte auf Bundesländer- und Bundesebene zu bekommen, werden diese nicht nur chronologisch aufgelistet, sondern auch inhaltlich charakterisiert. Anhand der vier aktuellsten⁵ Frauen- und Männergesundheitsberichte sollen wesentliche Ergebnisse der Berichte diskutiert werden. Besondere Beachtung wird dem Forschungsbericht „Gesundheit Linzer Frauen“ gewidmet, der als der erste Frauengesundheitsbericht Österreichs angesehen werden kann. Dieser Bericht ist nicht nur aus lokaler Sicht interessant, sondern auch deshalb, weil er für den vorliegenden Bericht wichtige Anknüpfungspunkte bietet.

Im zweiten Teil des Berichts sollen genderrelevante Sekundärdaten zur sozialen Lage und zu strukturellen Gesundheitsdeterminanten (Kapitel 2) sowie zu Gesundheit und Krankheit (Kapitel 3) ins Zentrum der Betrachtung gerückt werden. Als strukturelle Gesundheitsdeterminanten werden hier soziale und wirtschaftliche Faktoren, die den Gesundheitszustand von einzelnen Menschen oder ganzer Gemeinschaften bestimmen können, verstanden. So werden Aspekte der Lebensumstände wie Haushaltsformen, Familientypen und Betreuungsaufgaben ebenso thematisiert wie Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommenssituation von Frauen und Männern.

Unterschiede in Gesundheit und Krankheit von oberösterreichischen Männern und Frauen (Kapitel 3) sollen anhand der Lebenserwartung, der Mortalität, Krankenhausaufenthalten, Medikamentenverordnungen sowie dem Krankenstandsgeschehen aufgezeigt werden. Zusätzlich werden einige Erkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Diabetes mellitus) genauer unter dem Geschlechtsaspekt analysiert.

Der dritte Teil des Berichts (Kapitel 4 und Kapitel 5) fußt auf einer vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführten schriftlichen Befragung.

² Kolip 2003, S. 642-643

³ BMGFJ 2006, S 39

⁴ Kolip 2007, S. 21

⁵ Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, Wiener Männergesundheitsbericht 1999, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht (2004)

Im Kapitel 4 soll ein Geschlechtervergleich hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, sozialer und individueller Ressourcen sowie des subjektiven Gesundheitszustands angestellt werden, um einen Einblick in unterschiedlich risikoreiches oder präventives bzw. gesundheitsförderndes Verhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich zu erhalten. Der Begriff „gesundheitsrelevantes Verhalten“ umfasst dabei gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie z.B. Rauchen und Alkoholkonsum ebenso wie Verhalten zur Gesundheitsförderung (z.B. regelmäßige Bewegung und gesunde Ernährung), aber auch das Verhalten im Krankheitsfall und die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen. Unter „sozialen Ressourcen“ sind in diesem Zusammenhang die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch Freunde und persönliche Beziehungen sowie Möglichkeiten (intimer) Kommunikation mit vertrauten Personen aus Familie und engstem Umfeld zu verstehen. Als „individuelle Ressourcen“ werden Kontrollüberzeugungen der Menschen verstanden. Kontrollüberzeugungen sind Annahmen darüber, wie ein Individuum die Ursachen für sein/ihr eigenes Verhalten und damit verknüpfte Ereignisse verortet: in sich selbst (interner *locus of control*) oder außerhalb der eigenen Einflussmöglichkeiten (externer *locus of control*).

Der subjektive Gesundheitszustand wird anhand der drei Dimensionen körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden sowie anhand einer allgemeinen Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustandes der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher dargestellt.

Im Kapitel 5 erfolgt die Betrachtung von Gesundheitsspekten aus der Genderperspektive anhand geschlechtsspezifischer Lebenslagen und Lebenssituationen. Anhand von sozialdemographischen, sozioökonomischen, soziodemographischen, sozioökonomischen, sozio-kulturellen sowie familiären/lebensgemeinschaftsbezogenen Merkmalen sollen unterschiedliche Lebenslagen mittels der Erzeugung von Lebenslagentypen (Clusteranalyse) abgebildet und unter anderem hinsichtlich Belastungen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Veränderungsbereitschaft zu gesünderer Lebensweise und den gewünschten Angebotsformen der Gesundheitsförderung analysiert werden. Nicht zuletzt sollen Auswertungen unterschiedlicher Lebenslagen unter Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Aufschlüsse über besonders belastete Menschen geben.

1. STAND DER FORSCHUNG

1.1. Frauengesundheitsbewegung

Gesundheit aus der Geschlechterperspektive (der Frau) zu betrachten, hat ihre Wurzeln zum einen in der Frauengesundheitsbewegung der 1970er Jahre und zum anderen in der sozialwissenschaftlichen Frauenforschung.⁶ Die Frauengesundheit ist dabei im Kontext mit der Politik der Gleichstellung von Frauen und Männern zu sehen. Wesentliche Triebfedern waren in den 1970er Jahren die Frauenpolitik der Vereinten Nationen und die Gesundheitspolitik der Weltgesundheitsorganisation.⁷ Die Frauengesundheitsbewegung entwickelte sich, weil sich Frauen in der Medizin nicht hinreichend berücksichtigt fanden. Dies manifestierte sich in der männlichen Dominanz in der medizinischen Forschung sowie in der Orientierung am Mann als Forschungsobjekt. So wurden Medikamente beispielsweise ohne spezifischer Berücksichtigung der anatomischen und psychischen Besonderheiten der Frau sowohl in Zusammensetzung als auch in der Dosierung an den Wirkungen am Durchschnittsmann entwickelt.⁸ Die praktische Selbsthilfe von Frauen war die bedeutendste Strategie der Frauengesundheitsbewegung in den USA und Deutschland und fand sich Jahre später in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Begriff des Empowerments in der Gesundheitsförderung wieder.⁹ In den 1980er Jahren wurde Gesundheit zum zentralen Begriff in der Forderung zur Selbstbestimmung der Frau. Zu den zentralen Themen der Frauengesundheit gehören seither die Forderung nach frauengerechten Rahmenbedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch, die Ablehnung gegenüber der zunehmenden Technisierung der Geburt, die Kritik an der Medikalisierung des weiblichen Körpers, die Kritik des systematischen Ausschlusses von Frauen aus klinisch-medizinischen Studien, das Auftreten gegen die paternalistisch geprägte Biomedizin und die Einforderung eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsparadigmas.¹⁰

Anders als in Deutschland oder den USA, wo die Frauengesundheitsbewegung eine gesellschaftspolitisch bedeutende Graswurzelbewegung¹¹ war, kämpften in Österreich stets engagierte Health Professionals oder Politikerinnen - im Sinne einer Advocacy (Anwaltschaft) - um bestimmte Leistungen für Frauen bzw. Patientinnen. Heute sind es in Österreich die Frauengesundheitszentren, welche als Interessensvertreter immer mehr die Anwaltschaft für die Gesundheit von Frauen im Gesundheitsversorgungssystem übernehmen und zur Aktivierung der Selbsthilferessourcen von Frauen beitragen.¹²

⁶ Wimmer-Puchinger 2008, S. 31

⁷ Baldaszi, Urbas 2006, S. 35

⁸ Stiehler 2004, S. 16

⁹ Rásky 2006, S. 74

¹⁰ Wimmer-Puchinger 2008, S. 31

¹¹ Als Graswurzelbewegung wird im deutschsprachigen Raum eine politische oder gesellschaftliche Initiative bezeichnet, die aus der Basis der Bevölkerung entsteht.

¹² Rásky 2006, S. 75

1.2. Männergesundheitsinitiative

Die Männergesundheitsinitiative bzw. das Thema Männergesundheit hat einen ganz anderen Verlauf als die Frauengesundheitsbewegung genommen. Ihren Ursprung hat sie deutlich später als die Frauengesundheitsbewegung. Anders als in der Frauengesundheitsbewegung gingen die entscheidenden Impulse nicht aus einer gesellschaftspolitischen Debatte sondern von naturwissenschaftlicher und industrieller Seite aus.¹³ Die aufkommende männergesundheitsorientierte Forschung hat ihren Ursprung in einem Wandel der geschlechtlichen Rollenverteilung und erhielt mit der (zufälligen) Entdeckung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeit¹⁴ von Erektionsstörungen einen zusätzlichen Schub.¹⁵ Die Bremer Sozialepidemiologin und Gender-Forscherin Petra Kolip sieht im Bereich der Männergesundheit eine Kommerzialisierung, die sich durch Fokussierung auf Themen wie männliche Potenz, Sexualität und körperliche Fitness auszeichnet.¹⁶ Als wichtige Meilensteine der Männergesundheit in Österreich sind die Eröffnung der Wiener Männerberatung (1984), der erste Wiener Männergesundheitsbericht (1999), die Gründung der in Wien ansässigen International Society for Men's Health & Gender (2001), die Einrichtung der Männerpolitischen Grundsatzabteilung im BMSG (2001), der Erste Weltkongress für Männergesundheit (2002), die Errichtung des Männergesundheitszentrums m.e.n. in Wien (2002) und der 1. Österreichische Männergesundheitsbericht (2004) zu nennen.¹⁷

1.3. Stand der Gesundheitsberichterstattung in Österreich

1.3.1. Ausgangspunkt und Elemente der Frauen- und Männergesundheitsberichte in Österreich

Ausgangspunkt der Frauengesundheitsberichterstattung war die „Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen“, welche als Abschlussdokument der WHO Konferenz „Women's Health Counts“ im Jahre 1994 verabschiedet wurde.¹⁸ In dieser Erklärung wird unter anderem die regelmäßige Publikation von Frauengesundheitsberichten empfohlen. Inhaltliche Basis dieser Berichte sind die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegebenen Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten, welche 90 Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen beinhalten. Diese Indikatoren bilden im Wesentlichen sieben Dimensionen der Frauengesundheit ab:

¹³ ÖBIG 2004, S. 1

¹⁴ Markteinführung 1998

¹⁵ ÖBIG 2004, S. 1

¹⁶ BMGFJ 2006, S. 41

¹⁷ BMGFJ 2006, S. 41

¹⁸ Baldaszi, Urbas 2006, S. 64

- Demographische Situation (Geburtenrate, Sterberate usw.)
- Sozioökonomische Situation (Frauenquoten, Bildung, Einkommen, Arbeitssituation, usw.)
- Politische Entwicklungen (Ziele, Dokumente, Diskussion der Frauengesundheitspolitik)
- Gesundheitszustand (Morbidität und Mortalität, Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensphasen von Frauen)
- Gesunder Lebensstil (Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenkonsum; Stress, usw.)
- Umwelt und Arbeit (Umweltbezogene Erkrankungen, Berufskrankheiten, usw.)
- Gesundheitsversorgung, -einrichtungen (Zugang und Inanspruchnahme, Qualität, usw.)¹⁹

In der Männergesundheitsberichterstattung hat Österreich eine internationale Vorreiterrolle inne. Der Wiener Männergesundheitsbericht 1999 ist nicht nur der erste deutschsprachige Männergesundheitsbericht²⁰, sondern der weltweit erste Bericht über den Gesundheitsstatus der männlichen Bevölkerung einer Großstadt.²¹ Der Bericht war eine Folge des 1. Wiener Frauengesundheitsberichtes aus dem Jahr 1996 und der im Anschluss geführten politischen Diskussion zur Frauengesundheit, welche in einem Wiener Frauengesundheitsprogramm (1998) mündete. Nun wurden auch Themen der Männergesundheit thematisiert und diskutiert. Daraufhin erteilte die Stadt Wien den Auftrag zur Erstellung eines Männergesundheitsberichts.²²

1.3.2. Chronologie der Frauen- und Männergesundheitsbericht in Österreich

Tabelle 1: Bisherige Frauen- oder Männergesundheitsberichte in Österreich (Stand Ende 2009)

Jahr	Region	Titel (Frauengesundheitsberichte)	Verlag/Herausgeber
1995	Linz	Gesundheit Linzer Frauen	Linzer Frauenbüro
1995	Österreich	Women's Health Profiles - Erster Österreichischer Frauengesundheitsbericht	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)
1997	Wien	1. Wiener Frauengesundheitsbericht	Frauenbüro der Stadt Wien
1998	Vorarlberg	Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg	Landesregierung Vorarlberg
1998	Steiermark	Frauen & Mädchen Gesundheitsbericht Graz und Steiermark	Institut für Sozialmedizin/Karl-Franzens-Universität Graz
1999	Niederösterreich	NÖ Frauengesundheitsbericht	Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abteilung Gesundheitswesen - Sanitätsdirektion
2000	Salzburg	Salzburger Frauengesundheitsbericht	Büro für Frauenfragen und Gleichbehandlung des Landes Salzburg, Frauenbüro der Stadt Salzburg
2003	Steiermark	Frauengesundheitsbericht für die Steiermark	Amt der Steiermärkischen Landesregierung
2006	Österreich	Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)
2006	Wien	Wiener Frauengesundheitsbericht 2006	Stadt Wien

¹⁹ Baldaszti, Urbas 2006, S. 77

²⁰ Stiehler 2004, S. 20

²¹ <http://www.presseportal.de/meldung/185841/>, letzter Zugriff: 07.01.2010

²² Csitkovits, Schmidl 2004, S. 105

Jahr	Region	Titel (Männergesundheitsberichte)	Verlag/Herausgeber
1999	Wien	Wiener Männergesundheitsbericht 1999	Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion
2004	Österreich	1. österreichischer Männergesundheitsbericht	BMSG Männerpolitische Grundsatzabteilung

Bisher wurden in Österreich 10 Frauengesundheitsberichte angefertigt. Demgegenüber stehen zwei Männergesundheitsberichte. Zwei der Frauengesundheitsberichte und ein Männergesundheitsbericht wurden für Gesamtösterreich angefertigt. Der erste Frauengesundheitsbericht datiert aus dem Jahr 1995 und wurde vom Linzer Frauenbüro herausgegeben.²³ Noch im selben Jahr veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen den ersten österreichweiten Frauengesundheitsbericht. Zwei Jahre später erschien der 1. Wiener Frauengesundheitsbericht. Im Jahr 1998 gab es zwei einschlägige Publikationen: Zum einen den Bericht „Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg“, zum anderen den „Frauen und Mädchen Gesundheitsbericht Graz und Steiermark“. Im Jahr 1999 erschien der erste Frauengesundheitsbericht Niederösterreichs. Der Salzburger Frauengesundheitsbericht wurde im Jahr 2000 publiziert. Die Steiermark fertigte als erstes Bundesland im Jahr 2003 einen zweiten Frauengesundheitsbericht an. Der erste Männergesundheitsbericht wurde im Jahr 1999 für Wien veröffentlicht. 2004 folgte der 1. Österreichische Männergesundheitsbericht. Die bislang²⁴ letzten Frauengesundheitsberichte erschienen beide im Jahr 2006: Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen publizierte den zweiten österreichweiten Frauengesundheitsbericht und die Stadt Wien gab ebenfalls den zweiten Wiener Frauengesundheitsbericht heraus. Einen Gender-Bericht hat es bislang in Österreich noch nicht gegeben.

1.3.3. Charakteristika bisheriger Frauen- und Männergesundheitsberichte in Österreich

Frauengesundheitsberichte auf Bundesländerebene (chronologisch)

Gesundheit Linzer Frauen (1995)

Der Bericht „Gesundheit Linzer Frauen“ ist der erste Frauengesundheitsbericht Österreichs. Grundlage des Berichts ist eine standardisierte Befragung von 450 Linzer Frauen sowie zusätzlich 15 mündliche Leitfadenterviews. Der Bericht setzt sich mit den „vielfältigen (gesundheitsschädigenden) Risikofaktoren in den unterschiedlichen Lebensbereichen“, wie etwa der Arbeitswelt, der Familie oder dem Wohnumfeld und auch den „(gesundheitsfördernden) personalen und sozialen Unterstützungsfaktoren von Frauen in Zusammenhang mit Gesundheit“ auseinander. Außerdem wurden mittels der

Befragung auch Wünsche der Frauen an das Gesundheitsangebot erhoben.

Der Bericht schließt mit Schlussfolgerungen und konkreten Forderungen an EntscheidungsträgerInnen.²⁵

1. Wiener Frauengesundheitsbericht (1997)

Die Datenbasis des 1. Wiener Frauengesundheitsberichts setzt sich vor allem aus Mikrozensus, Statistiken der Ämter und aus eigenen Statistiken und Berechnungen zusammen. Zwar werden die einzelnen Themenbereiche umfangreich kommentiert, eine „Analyse der Daten oder eine kritische Auseinandersetzung mit dem statistischen Material bezogen auf die Geschlechtsspezifität erfolgt jedoch nicht.“²⁶ Auch dieser Bericht beinhaltet Handlungsoptionen, welche in einem Gesamtresümee dargelegt werden.²⁷

Daten und Fakten zur gesundheitlichen und psychosozialen Lage der Frau in Vorarlberg (1998)

Dieser Frauengesundheitsbericht kann als Medizinalstatistik charakterisiert werden.²⁸ Manche Daten, wie jene zur Gesundenuntersuchung, sind nicht nach dem Geschlecht differenziert. Gesundheitsrelevante Bereiche (z.B. Arbeit) werden anhand von Versicherungsdaten illustriert, jedoch nicht hinreichend analysiert. Handlungsempfehlungen und Maßnahmenvorschläge sind kaum vorhanden.²⁹

Frauen & Mädchen Gesundheitsbericht Graz und Steiermark (1998)

Der erste Frauengesundheitsbericht der Steiermark datiert aus dem Jahr 1998. Die Datenbasis setzt sich aus bestehenden Daten sowie Umfragedaten zusammen. Der Bericht leistet zum einen eine Bestandsaufnahme frauenspezifischer Gesundheitsdaten in der Steiermark, zum anderen besteht er aus einem gesundheitspolitisch handlungsorientierten Teil, welcher die Rahmenbedingungen zur Sicherung und Verbesserung der Gesundheit von Frauen aufzeigt. Berücksichtigung finden hier die vier Lebensphasen von Mädchen bzw. Frauen (Lebensphase (1) der Mädchen/Jugendlichen und Frauen zwischen 15 und 19 Jahren, Lebensphase (2) der Frauen von 20 bis 44 Jahren, Lebensphase (3) der Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren, Lebensphase (4) der Frauen über 65 Jahre), zu denen jeweils konkrete Ziele der Gesundheitsförderung formuliert werden.

²³ Rásky 2000, S. 325

²⁴ Stand Ende 2009

²⁵ Beham et al. 1995

²⁶ Rásky 2000, S. 325

²⁷ Rásky 2000, S. 325

²⁸ Rásky 2000, S. 325

²⁹ Rásky 2000, S. 325

NÖ Frauengesundheitsbericht (1999)

Neben den Routinedaten werden im NÖ Frauengesundheitsbericht in erster Linie Mikrozensusdaten verwendet, welche schwerpunktmäßig Risikofaktoren sowie die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen abbilden.³⁰

Die im Bericht enthaltenen Handlungsempfehlungen sind nach den Lebensphasen (abgeleitet aus dem Frauen- und Mädchengesundheitsbericht Graz & Steiermark 1998) von Frauen strukturiert.

Salzburger Frauengesundheitsbericht (2000)

Der Bericht basiert auf einer Kombination von quantitativen Methoden (Fragebogenerhebung und Analyse von Sekundärdaten) und qualitativen Methoden (teilstrukturierte Interviews und aktivierende Gruppenarbeit).³¹ Ausgehend von einem komplexen Gesundheitsbegriff werden die häuslichen und beruflichen Situationen der Bürgerinnen in ihren unterschiedlichen Lebenslagen berücksichtigt. So wird u.a. dargelegt, dass die gesundheitliche Situation der Frauen durch die Verknüpfung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren beeinflusst wird und sich aus gesellschaftlichen Rahmenbedingungen vielfältige Belastungsstrukturen ergeben. Der Bericht enthält diverse Handlungsempfehlungen, welche unter anderem die soziale Absicherung und eine frauengerechte, bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung thematisieren.

Frauengesundheitsbericht für die Steiermark (2003)

Die Datenbasis des Frauengesundheitsberichts für die Steiermark (2003) bilden vor allem Routinedaten (Todesursachenstatistik, Krebsregister und Daten der steirischen Krankenanstalten), Daten der Landesstatistik Steiermark zum sozialen Umfeld sowie Daten zweier Umfragen aus den Jahren 1999 und 2000. Anders als im Mädchen- und Frauengesundheitsbericht aus dem Jahr 1998 finden sich in diesem Bericht viele epidemiologische Daten. Aus den Ergebnissen der einzelnen Kapitel werden jeweils Schlussfolgerungen abgeleitet. Eine Besonderheit stellt ein Kapitel zum Stand der Gesundheitsberichterstattung dar. Die Schlussfolgerungen bzw. Maßnahmenempfehlungen dieses Kapitels betreffen neben einer Verbesserung der Datenlage und einer Evaluierung und Verbesserung des steirischen Gesundheitsinformationssystems den Aufbau einer organisatorischen Einheit zur Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung in der Steiermark.³²

Wiener Frauengesundheitsbericht 2006

Der Wiener Frauengesundheitsbericht greift auf verschiedene Basisindikatoren (Lebenserwartung, Sterblichkeit, Todesursachen und eine Auswahl an Erkrankungen) zurück. Weiters wird der gesundheitsbezogene Lebensstil und die Gesundheit in den verschiedenen Lebensphasen analysiert.

Darüber hinaus beinhaltet der Bericht eine Vielzahl an für Frauen relevanten Gesundheitsanliegen und Spezialthemen, wie z.B. Gewalt gegen Frauen, unerfüllter Kinderwunsch oder die Problematiken von vulnerablen Gruppen (wie z.B. Alleinerzieherinnen oder Migrantinnen). Ausgehend von den dargestellten Informationen zur Frauengesundheit in Wien werden diverse Handlungsempfehlungen abgeleitet.

*Frauengesundheitsberichte auf Bundesebene (chronologisch)***Women's Health Profiles - Erster Österreichischer Frauengesundheitsbericht**

1995 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen den ersten österreichweiten Frauengesundheitsbericht. Der Bericht orientiert sich an den Richtlinien zur Erstellung von Frauengesundheitsberichten (siehe 1.3.1), welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgegeben wurden.

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006

Die Datenbasis des Berichts setzt sich aus administrativen Gesundheitsstatistiken (z.B. Todesursachenstatistik, Spitalsentlassungsstatistik, Krebsregister, usw.) und Umfragedaten (Mikrozensus) zusammen. Der Bericht nimmt Gesundheit unter gender mainstreaming-Aspekten unter die Lupe und fokussiert insbesondere auf die Gesundheit von Frauen. Einleitend werden politische und institutionelle Rahmenbedingungen der Gesundheit von Mädchen und Frauen in Österreich dargestellt. Über den Gesundheitszustand und Gesundheitsdaten aus der Gender-Perspektive wird berichtet, wobei den Themen Frauen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Frauen und Krebs besonderer Raum gewährt wird. Als weiteren Hauptteil behandelt die Untersuchung die Gesundheit von Frauen und Mädchen in unterschiedlichen Lebensphasen. Weitere Kapitel sind der Gewalt gegen Frauen gewidmet sowie dem Zugang von Frauen zum Gesundheitssystem. Die Dimensionen Frauen, Arbeit und Gesundheit, umweltbezogene Umweltrisiken, frauenspezifische Gesundheitsversorgung und last but not least geschlechtsspezifische Prävention und Gesundheitsförderung runden den Bericht ab.

*Männergesundheitsbericht auf Bundesländerebene***Wiener Männergesundheitsbericht (1999)**

Der Wiener Männergesundheitsbericht aus dem Jahr 1999 ist der erste deutschsprachige Männergesundheitsbericht.³³ Am Beginn des Berichts werden Erwartungen und Stereotypen, mit denen Männer konfrontiert sind, thematisiert. Aufbauend auf der Darstellung demographischer Daten sowie des Gesundheitszustandes der männlichen Bevölkerung versucht der Wiener Männergesundheitsbericht die für den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung von Männern bedeutendsten Gesundheitsbereiche herauszuarbeiten. Ein eigenes Kapitel mit Handlungsempfehlungen fehlt.

³⁰ Räskey 2000, S. 325

³¹ <http://www.oeph.at/nl/nl2001%2001.htm>, letzter Zugriff: 12.12.2009

³² Grasser 2003, S. 54-55

³³ Stiehler 2004, S. 20

Allerdings beinhaltet ein Resümee am Ende des Berichts einige Maßnahmenvorschläge (z.B. Reduktion von Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen und Krebserkrankungen sowie Unfallverhütung im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz).

Männergesundheitsbericht auf Bundesebene

1. Österreichischer Männergesundheitsbericht

Zur Datenbasis des 1. Österreichischen Männergesundheitsberichts zählen primär routinemäßig erhobene Daten (z.B. Todesursachenstatistik, Krebsstatistik, LKF-Daten, Volkszählung, AUVA-Statistik) sowie Daten aus dem Mikrozensus. Außerdem wurde eine telefonische Befragung (n=500) durchgeführt, mit deren Hilfe unter anderem das Interesse an potenziellen Präventionsmaßnahmen und die Hauptinformationsquellen für gesundheitliche Fragen erörtert werden sollten.

Inhaltlich werden unter anderem die unterschiedliche Lebenserwartung, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Stress, Unfälle, körperliche Belastungen durch Schicht- und Schwerarbeit und Defizite in der Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge thematisiert. Der Bericht beinhaltet ein Kapitel mit vielen Handlungsempfehlungen. Die darin geäußerten Maßnahmenvorschläge sind unterteilt in medizinische, psychosoziale und pädagogische, politische, mediale und Setting bezogene Maßnahmen.

1.3.4. Zusammenfassung einiger wesentlicher Ergebnisse³⁴

Anhand der jeweils aktuellsten beiden letzten Frauen- und Männergesundheitsberichte sollen an dieser Stelle einige Ergebnisse der Berichte diskutiert werden. Eine Diskussion sämtlicher Ergebnisse der sehr umfangreichen Berichte würde den Rahmen sprengen. Die betrachteten Berichte umfassen die wesentlichen Elemente eines Gesundheitsberichts. Sie beinhalten Daten zur Soziodemographie, der Lebenserwartung und Mortalität sowie dem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand. Dies geschieht jeweils aus Frauensicht bei Frauengesundheitsberichten und aus Männersicht bei den Männergesundheitsberichten, wobei zur Einordnung der Ergebnisse meistens Daten des jeweiligen anderen Geschlechts als Vergleichswerte herangezogen werden.

Alle vier Berichte setzen sich mit der Demographie auseinander. 52 Prozent der Bevölkerung sind Frauen und 48 Prozent sind Männer.³⁵ Bei den über 75-Jährigen sind zwei Drittel der Bevölkerung Frauen. Daher spricht man auch von der Feminisierung des Alters.³⁶ Bevölkerungsprognosen deuten jedoch darauf hin, dass dieser deutliche Überhang an Frauen in den nächsten Jahrzehnten etwas abnehmen wird.³⁷

Die Gesamtfertilität ist in den letzten Jahrzehnten rückläufig und das durchschnittliche Fertilitätsalter³⁸ ist auf 28,6 Jahre angestiegen.^{39,40}

Die Erwerbsquote von Frauen hat in den letzten Jahren zugenommen, wobei Teilzeitbeschäftigungen bei Frauen überdurchschnittlich häufig sind. Was die verschiedenen Familientypen in Österreich betrifft, ist seit den 1970er Jahren eine kontinuierliche Abnahme von Ehepaaren mit Kindern zu verzeichnen. Dazu ist eine Zunahme von Lebensgemeinschaften (mit und ohne Kindern) und von AlleinerzieherInnen beobachtbar.⁴¹

In allen vier Berichten sind auch Lebenserwartung und Mortalität Thema.

Die Lebenserwartung der Frauen (75,5 Jahre) ist fast 5,7 Jahre höher als jene der Männer (81,2 Jahre). Diesbezüglich ist bei beiden Geschlechtern ein West-Ost-Gefälle zu beobachten, d.h. die Lebenserwartung ist in den westlichen Bundesländern höher als in den östlichen.⁴² Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs die häufigsten Todesursachen. An dritter Stelle stehen bei den Frauen Erkrankungen der Atmungsorgane, gefolgt von Erkrankungen der Verdauungsorgane an vierter Stelle. Bei männlichen Verstorbenen waren Verletzungen und Vergiftungen die dritthäufigste Todesursache. Weiter im Ranking folgen Erkrankungen der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane.

Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es bei Todesfällen in Folge von Erkrankungen der Leber: Jährlich sterben in Österreich 1.200 Männer aber nur halb so viele Frauen an den Folgen chronischer Leberkrankheit oder Leberzirrhose. Weiters begehen dreimal so viele Männer (1.200 pro Jahr) als Frauen Selbstmord.⁴³

Selbstverständlich werden in allen vier betrachteten geschlechtsspezifischen Gesundheitsberichten verschiedene Erkrankungen thematisiert. Der Österreichische Frauengesundheitsbericht verweist darauf, dass erst seit den 1990er Jahren Frauen in kardiologische Studien miteinbezogen und die Daten gesondert ausgewertet wurden. Österreichische Studien haben ergeben, dass sich Frauen hinsichtlich der Symptompräsentation von Männern unterscheiden, eine höhere Mortalität bei Herzinfarkten und Herzoperationen aufweisen und zusätzlich eine eingeschränkte Zugangschance auf Spitzenmedizin haben.

Männer sterben häufiger an Krebs als Frauen. Die häufigsten Krebsneuerkrankungen bei Frauen sind Brustkrebs (29 Prozent), gefolgt von Krebs der Verdauungsorgane (26 Prozent), der Genitalorgane (15 Prozent) und der Atmungsorgane (7 Prozent).⁴⁴

³⁴ anhand der Berichte: Wiener Frauengesundheitsbericht 2006, Wiener Männergesundheitsbericht 1999, Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht (2004)

³⁵ ÖBIG 2004, S. 7

³⁶ BMGFJ 2006, S. 18

³⁷ Schmeiser-Rieder, Kunze 1999

³⁸ Mittelwert des Alters aller Frauen, die innerhalb eines Geburtsjahrgangs Kinder geboren haben.

³⁹ 1990: 27,2 Jahre

⁴⁰ BMGFJ 2006, S. 18

⁴¹ BMGFJ 2006, S. 19

⁴² BMGFJ 2006, S. 19

⁴³ ÖBIG 2004, S. 63

⁴⁴ BMGFJ 2006, S. 19-20

Bei den Männern sind die häufigsten krebisbedingten Todesfälle auf Lungenkrebs (25 Prozent), gefolgt von Prostatakrebs, Dickdarm-, Rektum-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs zurückzuführen. Drei Viertel aller Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs im Zeitraum von 1992 bis 2001 haben Männer betroffen.⁴⁵

Beide Frauengesundheitsberichte⁴⁶ gehen auf die unterschiedlichen Lebensphasen von Frauen ein. In den unterschiedlichen Lebensphasen von Frauen spielen unterschiedliche Dinge eine Rolle. So werden in der Lebensphase von Mädchen und jungen Frauen unter anderem Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährungsverhalten und Essstörungen thematisiert. Dabei kommt der Wiener Frauengesundheitsbericht zu dem Ergebnis, dass bereits jedes zweite Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren eine Diät gemacht hat, während bei den Burschen nur jeder siebente eine diesbezügliche Erfahrung gemacht hat. Außerdem sind die Zahlen von stationären Spitalsaufenthalten aufgrund einer Essstörung in den letzten Jahren gestiegen. Weiters wird in dieser Lebensphase die Pubertät, die erste Regelblutung, der erste Geschlechtsverkehr sowie das Thema der Teenagerschwangerschaften erläutert. Laut Österreichischem Frauengesundheitsbericht gab es im Jahr 2002 zwölf Geburten von Müttern unter 15 Jahren und 3.244 Geburten von 15- bis 19-jährigen Mädchen. Die Teenagerschwangerschaften sind in Österreich rückläufig. In der Lebensphase „Frauen im reproduktiven Alter“ wird unter anderem die psychische Gesundheit, der gesundheitsbezogene Lebensstil, die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Gesundheit und Geburt angesprochen. Bei der psychischen Gesundheit kritisiert der Bericht den Mangel an epidemiologischen Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen. Daher wird auf Studien aus dem Ausland verwiesen, welche aufzeigen, dass Frauen doppelt so häufig an Depressionen leiden wie Männer, Angststörungen unter Frauen weiter verbreitet sind und Essstörungen fast ausschließlich Frauen betreffen. Als Erklärungsansätze für die Geschlechtsunterschiede wird vor allem auf die tradierte Frauenrolle verwiesen. Was den gesundheitsbezogenen Lebensstil betrifft, zeigt ein Ergebnis des Österreichischen Frauengesundheitsberichts, dass zwar mehr Männer (54 Prozent) als Frauen (21 Prozent) Übergewichtig sind, aber gleich viele Männer und Frauen in Österreich adipös sind (9 Prozent). Bezüglich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit wird unter anderem die Verhütung angesprochen. Auch hier wird auf einen Mangel an Studien verwiesen. Die häufigste Verhütungsmethode stellt die Pille dar: Etwa ein Drittel der Frauen zwischen 20 und 54 Jahren verwenden sie. Als zweitbeliebteste Verhütungsmethode gilt das Kondom, das von einem Fünftel der Frauen dieses Alters zur Empfängnisverhütung verwendet wird. Während von jungen Frauen häufiger Pille und Kondom verwendet werden, bevorzugen ältere verstärkt die Spirale.

⁴⁵ ÖBIG 2004, S. 62

⁴⁶ erstmals wurden unterschiedliche Lebensphasen von Frauen im Frauen und Mädchen Gesundheitsbericht Steiermark & Graz (1998) berücksichtigt.

Eine weitere Lebensphase setzt sich mit dem gesunden Altern auseinander. Hier wird unter anderem auf die Osteoporose und deren Vorstufe, die Osteopenie eingegangen. Auch hier kritisiert der Österreichische Frauengesundheitsbericht die schlechte Datenlage zur Inzidenz und Prävalenz dieser Erkrankungen in Österreich. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 20 Prozent der Frauen und fünf bis acht Prozent der Männer über 50 Jahren an Osteoporose leiden. Demnach sind in Österreich 301.000 Frauen von dieser Erkrankung betroffen.⁴⁷ Ein weiteres Thema dieser Lebensphase greift der Wiener Frauengesundheitsbericht auf, indem er die Singularisierung - die besonders (alte) Frauen betrifft - anspricht. Demnach sind mehr als drei Viertel der Wiener Frauen im Alter von (über) 85 Jahren verwitwet, jedoch nur 40 Prozent der Männer.⁴⁸

1.3.5. Exkurs - Ergebnisse des Forschungsprojekts zur „Gesundheit Linzer Frauen“

Bereits Mitte der 1990er Jahre setzten sich in Oberösterreich Wissenschaftlerinnen mit dem Forschungsprojekt „Gesundheit Linzer Frauen“ und somit mit dem Thema Gender und Gesundheit auseinander. Heute gilt der Forschungsbericht als erster Frauengesundheitsbericht Österreichs. Grund genug, sich an dieser Stelle mit einigen wichtigen Erkenntnissen und Ergebnissen der Studie auseinanderzusetzen. Grundlage des Berichts ist eine standardisierte Befragung von 450 Linzer Frauen sowie zusätzlich 15 mündliche Leitfadeninterviews.

Als häufigste Befindlichkeitsstörungen von Linzer Frauen konnten Rücken- und Kreuzschmerzen, Ein- und Durchschlafstörungen, Rastlosigkeit und Unruhe, Schwächegefühl und Mattigkeit sowie Kopfschmerzen identifiziert werden. Bei den Erkrankungen spielen Probleme mit dem Blutdruck (zu hoch oder zu niedrig), Bandscheibenleiden/Wirbelsäulenbeschwerden, starke Kopfschmerzen/Migräne und Allergien die bedeutendste Rolle.

Bei der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands erwiesen sich organische Erkrankungen, gefolgt von altersbedingten Beschwerden und typischen Frauenbeschwerden (dazu zählen Kopfschmerzen, Übelkeit und Menstruationsbeschwerden) als einflussreichste Faktoren. Auf die Beurteilung des körperlichen Wohlbefindens haben altersbedingte Beschwerden gefolgt von psychischen Beschwerden den größten Einfluss.

Die Studie ergab, dass Frauen neben konkreten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (gesunde Ernährung oder Vermeidung von übermäßigem Nikotinkonsum) auch in Faktoren wie zum Beispiel zufriedenstellenden sozialen Beziehungen einen wichtigen Beitrag für ihre Gesundheit sehen. Diese Sichtweise wird durch Ergebnisse der Studie belegt: So zeigte sich beispielsweise, dass, je zufriedener die befragten Linzer Frauen mit ihrer derzeitigen familiären Situation sind, desto besser beurteilen sie ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden und desto besser bewerten sie ihre körperliche Verfassung. Auch die Zufriedenheit mit der Partnerschaft wirkt sich positiv auf das seelische Wohlbefinden aus.

⁴⁷ BMGFJ 2006, S. 25

⁴⁸ Baldaszi, Urbas 2006, S. 315

Neben Belastungsfaktoren in der Wohnung bzw. Wohnumgebung (hier spielen Luftverschmutzung, Lärmbelästigung durch Verkehr oder Betriebe, unangenehme Nachbarn und schlechte Ausstattung des Hauses eine Rolle) wurden auch Belastungen durch die Berufsarbeit erhoben. Die häufigsten Belastungen, denen Linzer Frauen bei ihrer Berufsarbeit ausgesetzt sind, sind in absteigender Reihenfolge: großer Zeitdruck, Belastungen durch unsicheren Arbeitsplatz, körperliche Anstrengung, hohe Verantwortung, schlechte Bezahlung, schlechte Aufstiegsmöglichkeiten und Konflikte mit Kollegen/-innen oder Vorgesetzten. Das Ausmaß an Freizeit von Linzer Frauen wird vor allem durch das Vorhandensein von Kindern unter 15 Jahren, der Betreuung und Pflege von alten und kranken Personen, durch Beanspruchungen häuslicher Tätigkeiten und hohe zeitliche Beanspruchungen durch den Beruf (Überstunden, ständiger Arbeits- und Zeitdruck) eingeschränkt. Dennoch zeigen sich Linzer Frauen mit Ausmaß (83 Prozent) und inhaltlicher Gestaltung der Freizeit (85 Prozent) mehrheitlich zufrieden. Es zeigte sich allerdings, dass weniger das Ausmaß als die Zufriedenheit mit der inhaltlichen Gestaltung der Freizeit für den allgemeinen Gesundheitszustand von Bedeutung ist. Frauen, die mit der inhaltlichen Gestaltung ihrer Freizeit zufriedener sind, haben einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, eine bessere körperliche Verfassung und auch ein besseres psychisches und physisches Wohlbefinden.

Die Studie untersuchte auch die Bedeutung kritischer Lebensereignisse für die Gesundheit. Nur 14 Prozent der befragten Linzer Frauen waren innerhalb der letzten zwei Jahre nicht von einem kritischen Lebensereignis wie z.B. Tod eines/r nahen Familienangehörigen oder nahen Freundes/in, Orts- bzw. Wohnungswechsel, massive Konflikte in der Familie oder einer eigenen schweren Erkrankung betroffen. Besonders negative Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand sowie das psychische und physische Wohlbefinden haben massive Konflikte in der Familie. Günstig für die Gesundheit wirken sich hingegen Life-Events wie „Wiedereintritt in den Beruf“ aus. Interessanterweise konnte kein Zusammenhang zwischen Lebensereignissen wie Scheidung, eigener Arbeitslosigkeit oder einer schweren Erkrankung eines nahen Familienangehörigen und Gesundheitszustand festgestellt werden. Negativ auf die Gesundheit (vor allem auf das seelische Befinden) wirkt es sich aus, wenn ein gehäuftes Auftreten von kritischen Lebensereignissen vorliegt. Die Auswirkung von kritischen Lebensereignissen auf die Gesundheit hängt mit den persönlichen Ressourcen der Frauen zusammen. Frauen, die mit aktiven Reaktions- und Situationskontrollversuchen oder Gesprächen in der Familie auf kritische Ereignisse reagieren, schätzen sich gesünder ein als Frauen, welche Coping-Stile wie Resignation und Selbstbeschuldigung an den Tag legen. Ein interessantes und überraschendes Ergebnis der Studie ist, dass bei den sozialen Ressourcen von Frauen nicht die Größe eines sozialen Netzwerkes von zentraler Bedeutung (in Zusammenhang mit Gesundheit) ist, sondern vielmehr die Qualität von Sozialbeziehungen. Während also zwischen der Größe des sozialen Netzwerkes und Gesundheit kein Zusammenhang besteht, schätzen Frauen, die sich mehr soziale Unterstützung wünschen bzw. sich derzeit mangelhaft sozial

unterstützt fühlen, ihren Gesundheitszustand als schlechter ein und weisen eine höhere Anzahl an Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen auf. Frauen, die den Wunsch nach Unterstützung im Allgemeinen sehr häufig äußern, sind eher Alleinerzieherinnen sowie Migrantinnen.

Mittels Clusteranalyse konnten in der Studie fünf unterschiedliche Belastungsmuster von Linzer Frauen identifiziert werden:

- a) durch familiäre Anforderungen und Probleme sowie durch Wohnung bzw. Wohnumgebung belastete Frauen,
- b) durch die Wohnung bzw. die Wohnumgebung belastete Frauen,
- c) durch hohe familiäre Anforderungen belastete Frauen,
- d) durch Beruf und Haushalt belastete Frauen (Mehrfachbelastung),
- e) keine bzw. nur gering belastete Frauen.

Frauen, die der ersten Gruppe (a) zugeordnet werden konnten (insgesamt ein Fünftel aller Befragten), sind meist in einem Alter zwischen 30 und 45 Jahren, leben meist in Haushalten mit Partnern und Kindern und sind, verglichen mit den anderen Gruppen, zu einem größeren Anteil in Karenzurlaub. Außerdem sind sie eher nicht erwerbstätig. Trotz der vielen familiären Anforderungen und Aufgaben (wie z.B. Kinderbetreuung) bewerten diese Frauen ihr seelisches und körperliches Wohlbefinden positiver als beruflich stark belastete Frauen. Den allgemeinen Gesundheitszustand schätzen sie jedoch als ähnlich negativ ein wie Frauen mit einer hohen Anzahl beruflicher Belastungen.

Der zweiten Gruppe (b) gehören vor allem ältere, alleinstehende Frauen an, die durch negative Faktoren der Wohnung und des Wohnumfeldes besonders belastet sind. Diese Gruppe besteht ebenfalls aus etwa 20 Prozent aller befragten Frauen.

Der dritten Gruppe (c) können sieben Prozent der befragten Linzer Frauen zugeordnet werden. Dabei handelt es sich vor allem um Frauen, die meist nicht erwerbstätig sind („Voll“-Hausfrauen) und deren hohe Anzahl an Belastungen aus Tätigkeiten zu Hause entsteht. Diese Frauen leben meistens in Kernfamilien mit Partner und Kindern.

Der vierten Gruppe (d) gehören ebenfalls sieben Prozent der befragten Frauen an. Ihre Belastungssituation ergibt sich aus hohen Anforderungen in Beruf und Haushalt (Mehrfachbelastung). Der Gruppe gehören mehrheitlich Frauen zwischen 20 und 45 Jahren an, welche eher als Hilfsarbeiterinnen sowie einfache oder mittlere Angestellte arbeiten. Verglichen mit allen anderen Gruppen beurteilen die mehrfach belasteten Frauen ihren allgemeinen Gesundheitszustand am negativsten. Auch das körperliche und seelische Wohlbefinden ist in dieser Gruppe schlechter als in allen anderen.

Die größte Gruppe (e), welcher fast die Hälfte aller befragten Linzer Frauen angehört, zeichnet sich durch ein insgesamt geringes Ausmaß an Belastungen in allen Lebensbereichen aus. In dieser Gruppe finden sich nur wenige Frauen zwischen 30 und 45, was im Umkehrschluss

bedeutet, dass Frauen dieses Alters besonders vielen Belastungen unterschiedlicher Bereiche ausgesetzt sind. Ebenfalls unterrepräsentiert in dieser Gruppe: Hilfsarbeiterinnen und Facharbeiterinnen. Insgesamt weisen Frauen mit geringem Ausmaß an Belastungen in allen Lebensbereichen verglichen mit allen anderen Gruppen erwartungsgemäß den besten selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand auf.

Abschließend fordern die Autorinnen der Studie den Abbau von belastenden Faktoren in den einzelnen Lebensbereichen, genauso wie die Stärkung der personalen und sozialen Ressourcen von Linzer Frauen. Diese zwei Hauptforderungen haben zum Ziel, die Gesundheit der Frauen zu fördern und das Gesundheitsrisiko ausgehend von Belastungen und Stresssituationen zu minimieren.⁴⁹

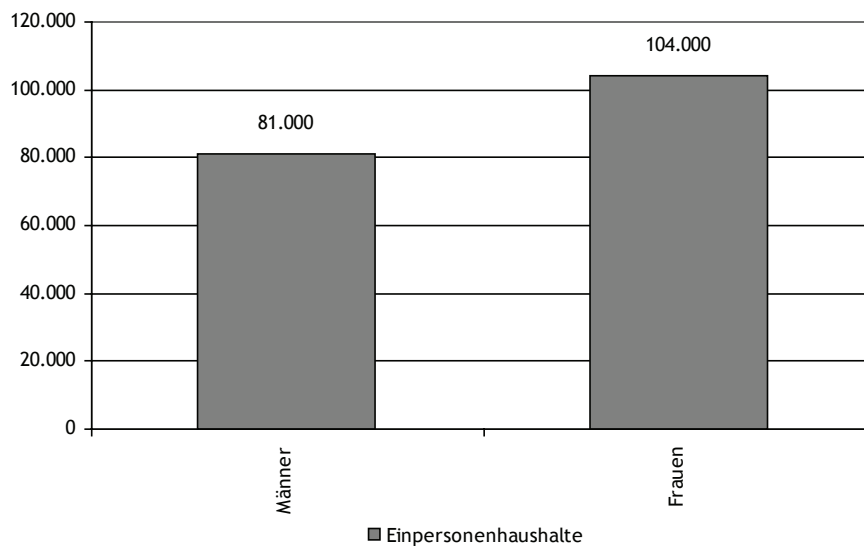
⁴⁹ Beham et al. 1995, S. 331-342

2. GENDERRELE- VANTE ERGEBNISSE ZUR SOZIALEN LAGE UND STRUKTURELLE GESUND- HEITSDETERMINANTEN

2.1. Haushalte und Lebensumstände

In Oberösterreich gibt es insgesamt etwa 185.000 Einpersonenhaushalte. Dies sind 32 Prozent aller Haushalte (Abbildung 1).

Abbildung 1: Einpersonenhaushalte nach Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2008)

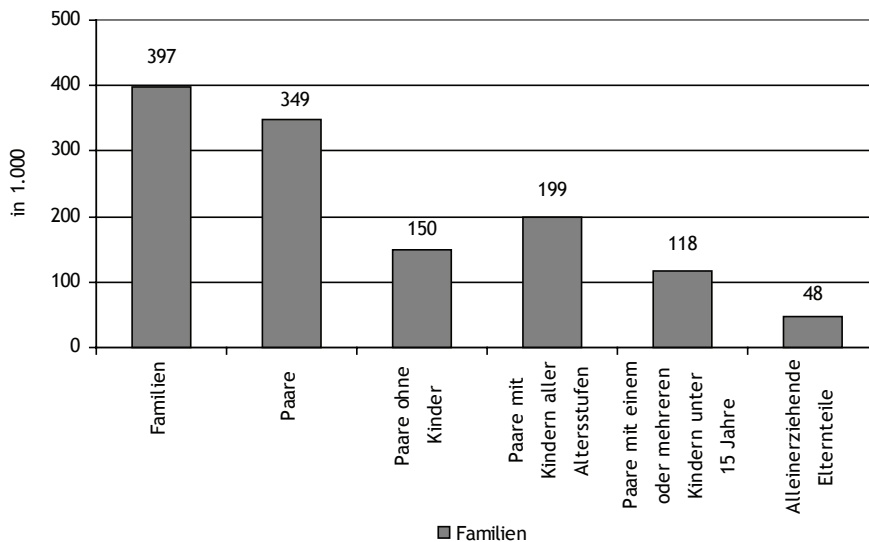


Quelle: Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/haushalte/023302.html

Frauen leben bis zirka zum 55. Lebensjahr seltener in Einpersonenhaushalten als Männer. Ab dem 60. Lebensjahr nimmt der Anteil der weiblichen Einpersonenhaushalte aufgrund der geringeren Lebenserwartung von Männern stetig zu. So sind ab dem 80. Lebensjahr etwa 85 Prozent aller Einpersonenhaushalte weiblich.

Insgesamt gibt es in Oberösterreich etwa 397.000 Familien. 349.000 dieser Familien bestehen aus Paaren mit und ohne Kinder (Abbildung 2).

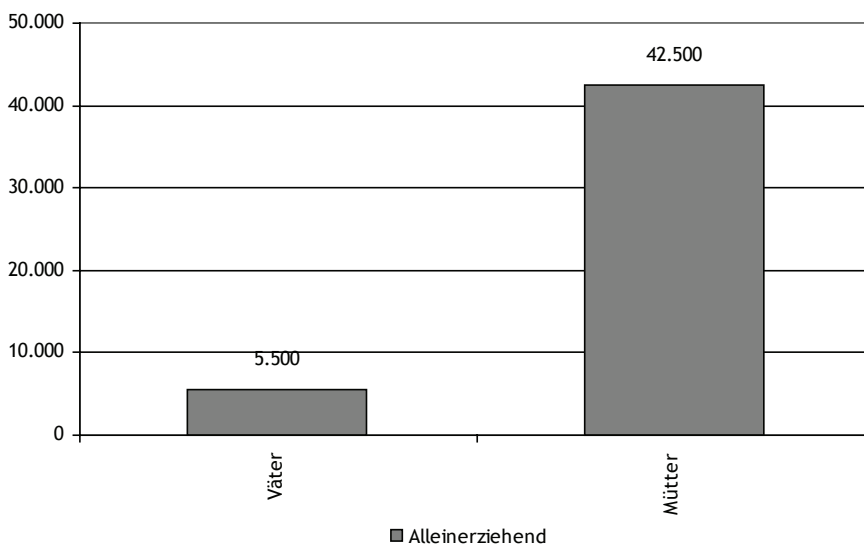
Abbildung 2: Familien nach Familientyp in Oberösterreich (Jahresdurchschnitt 2008)



Quelle: Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023081.html

In zusätzlichen 48.000 Fällen ist ein Elternteil alleinerziehend. Knapp 150.000 Paare leben ohne Kinder und 199.000 mit Kindern. Von letzteren leben etwa 118.000 mit einem oder mehreren Kindern unter 15 Jahren im Haushalt.

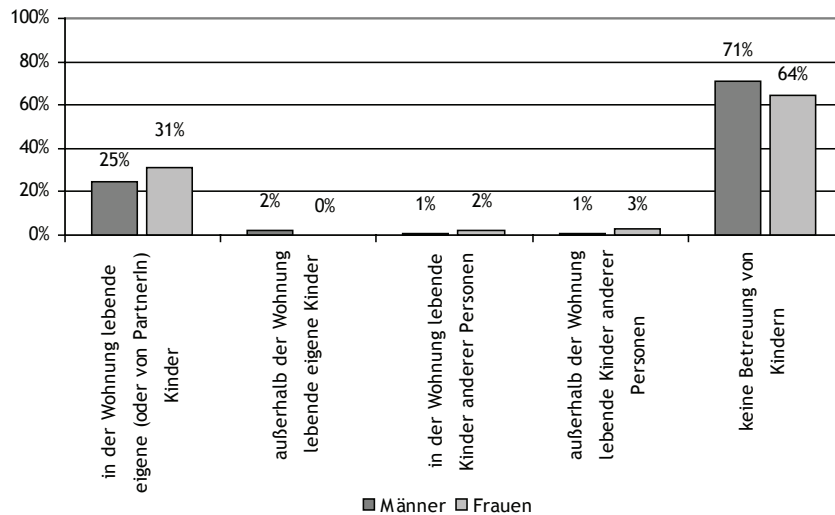
Abbildung 3: Alleinerziehende Mütter und Väter in Oberösterreich (Jahresdurchschnitt 2008)



Quelle: Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023081.html

42.500 alleinerziehende Mütter stehen 5.500 alleinerziehenden Vätern gegenüber (Abbildung 3).

Abbildung 4: Betreuung von Kindern unter 15 Jahren (2005)

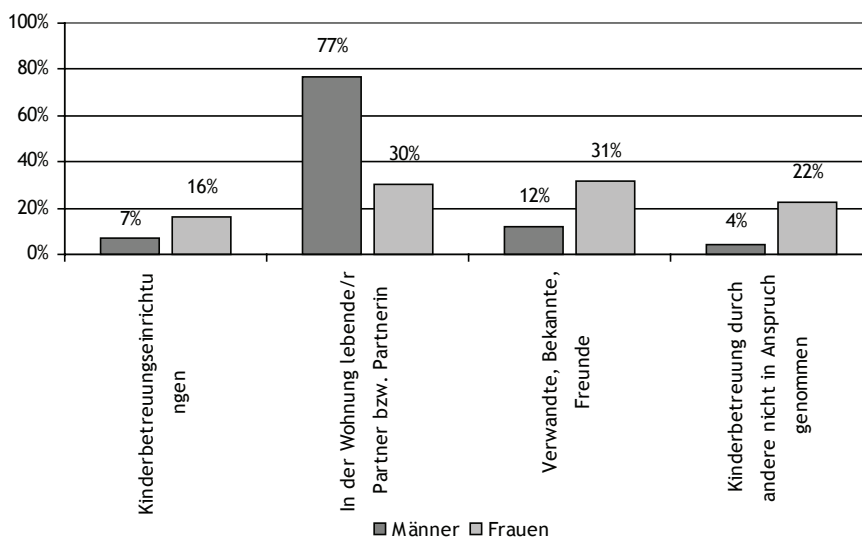


Quelle: Statistik Austria - Statistisches Jahrbuch 2009; oberösterreichische Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren

31 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer zwischen 15 und 64 Jahren erbringen Betreuungsaufgaben von eigenen Kindern unter 15 Jahren im Haushalt.

64 Prozent der Frauen und 71 Prozent der Männer zwischen 15 und 64 Jahren haben keine Kinder zu betreuen.

Abbildung 5: Hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit (2005)

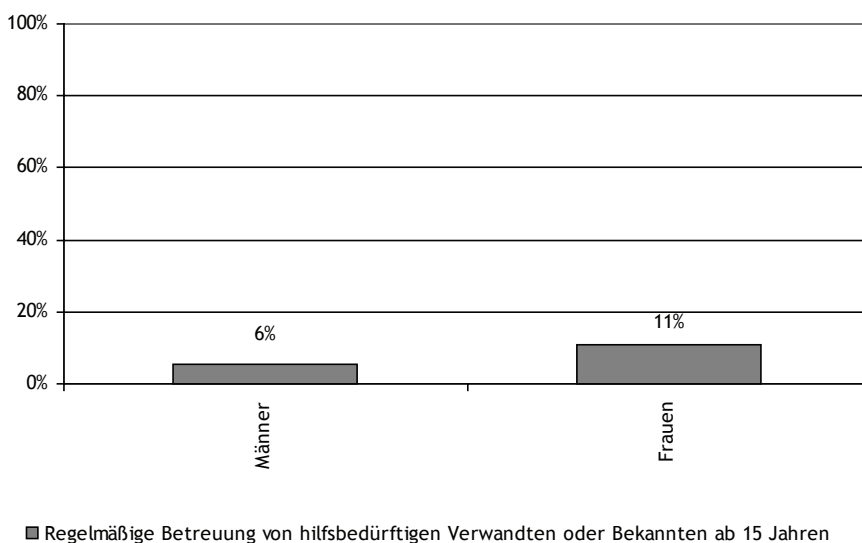


Quelle: Statistik Austria - Statistisches Jahrbuch 2009; oberösterreichische Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren

77 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen geben an, dass die hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit durch die Partnerin bzw. den Partner erfolgt. 16 Prozent der Frauen und sieben Prozent der Männer wissen ihre Kinder während der Arbeitszeit von Kinderbetreuungseinrichtungen versorgt. Verwandte,

Bekannte oder Freunde übernehmen die Betreuung der Kinder während der Arbeitszeit für 31 Prozent der Frauen und zwölf Prozent der Männer. Nur vier Prozent der Männer aber 22 Prozent der Frauen geben an, dass keine Kinderbetreuung durch andere in Anspruch genommen wird.

Abbildung 6: Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten oder Bekannten ab 15 Jahren (2005)



Quelle: Statistik Austria - Statistisches Jahrbuch 2009; oberösterreichische Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren

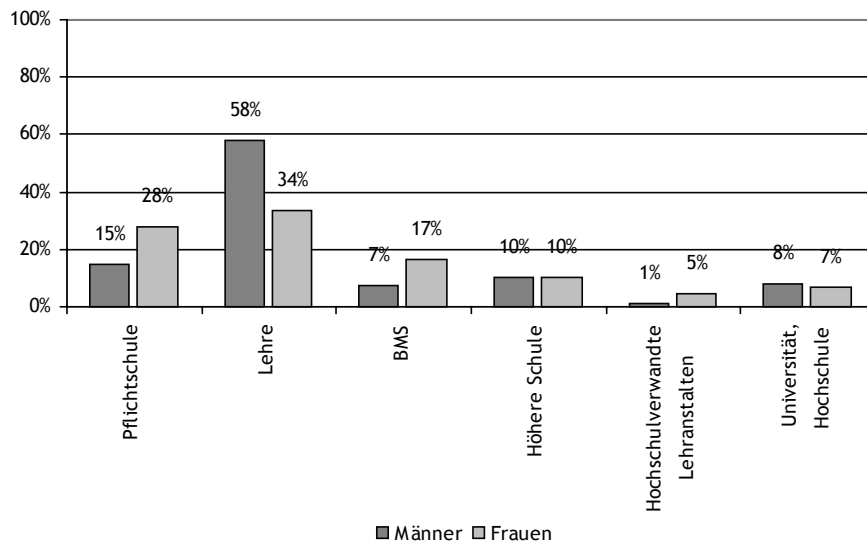
Die Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten oder Bekannten wird ebenfalls in größerem Ausmaß von Frauen als von Männern geleistet: Sechs Prozent der Männer und

elf Prozent der Frauen zwischen 15 und 64 Jahren übernehmen die Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten oder Bekannten.

2.2. Bildung von Frauen und Männern

Etwas mehr als jede vierte Frau (28 Prozent) zwischen 25 und 64 Jahren hat als höchste abgeschlossene Ausbildung einen Pflichtschulabschluss, während dies auf nur 15 Prozent der Männer zutrifft.

Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria - Bildung in Zahlen 2007/2008; Wohnbevölkerung von 25 bis 64 Jahren im Jahr 2007

58 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen haben einen Lehrabschluss. Der Anteil an BMS-AbsolventInnen ist bei den Frauen mit 17 Prozent größer als bei den Männern (7 Prozent). Während die Anteile an AbsolventInnen von

Höheren Schulen und Universität/Hochschule bei beiden Geschlechtern gleich bzw. fast gleich sind, haben mehr Frauen (5 Prozent) einen Abschluss in einer hochschulverwandten Lehranstalt als Männer (1 Prozent).

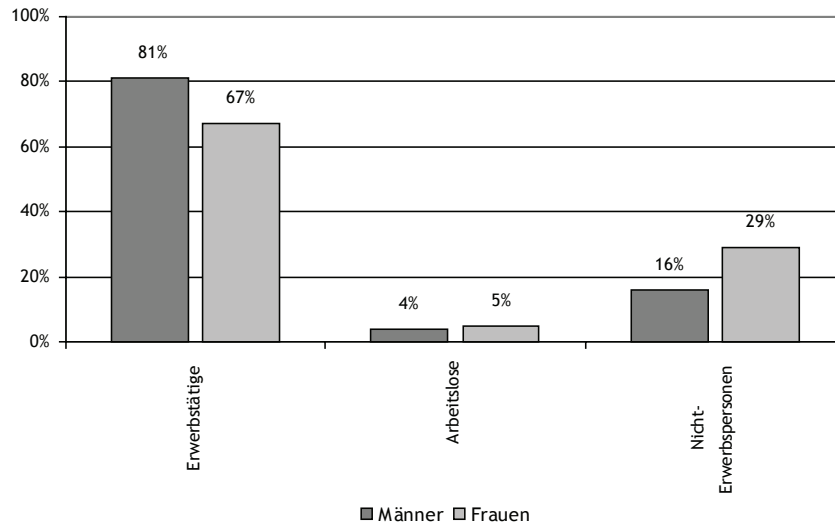
2.3. Beschäftigungsstatus von Frauen und Männern

Die Erwerbstätigenquote⁵⁰ liegt im Jahr 2009 bei den Männern bei 81 Prozent (etwa 379.000) und 67 Prozent bei den Frauen (etwa 314.000). Knapp vier Prozent der Männer (14.600) und knapp fünf Prozent der Frauen (15.000)

zwischen 15 und 64 Jahren gelten im Jahresdurchschnitt 2009 als arbeitslos. Als Nicht-Erwerbstätige gelten im Jahr 2009 rund 77.000 Männer und etwa 137.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

⁵⁰ Erwerbstätigenquote = Anteil der Erwerbstätigen (ohne Arbeitslose) an der Bevölkerung von 15 bis 64 Jahren

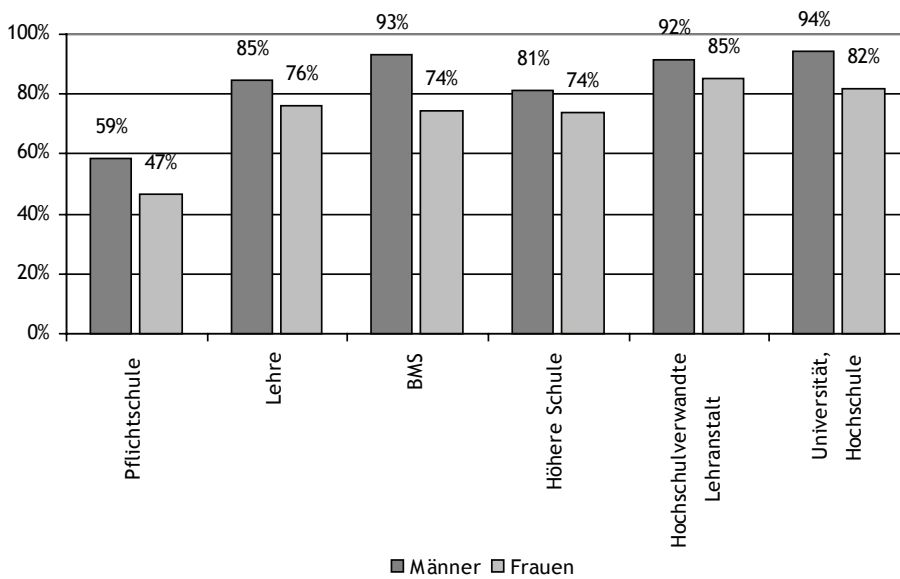
Abbildung 8: Oberösterreichische Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2009) in Prozent



Quelle: Statistik Austria - Arbeitskräfteerhebung 2009

Bei den Frauen liegt die Erwerbstätigenquote bei Absolventinnen einer hochschulverwandten Lehranstalt mit etwa 85 Prozent am höchsten.

Abbildung 9: Erwerbstätigenquoten für 15- bis 64-Jährige nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2009)

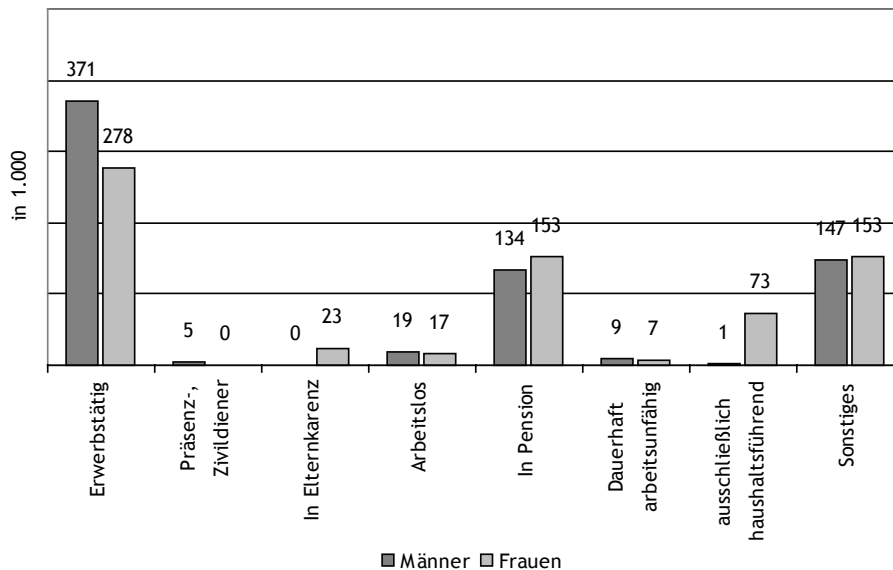


Quelle: Statistik Austria - Arbeitskräfteerhebung 2009

Am niedrigsten gestaltet sich die Erwerbstätigenquote bei Frauen mit Pflichtschulabschluss: Hier ist nur knapp jede zweite Frau erwerbstätig. Bei den Männern sind 94 Prozent jener, die einen Abschluss einer Universität/Hoch-

schule haben, erwerbstätig. Auch bei den Männern ist die Erwerbstätigenquote bei den Pflichtschulabsolventen mit knapp 59 Prozent am niedrigsten.

Abbildung 10: Bevölkerung nach Lebensunterhalt, Erwerbsstatus und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2009)

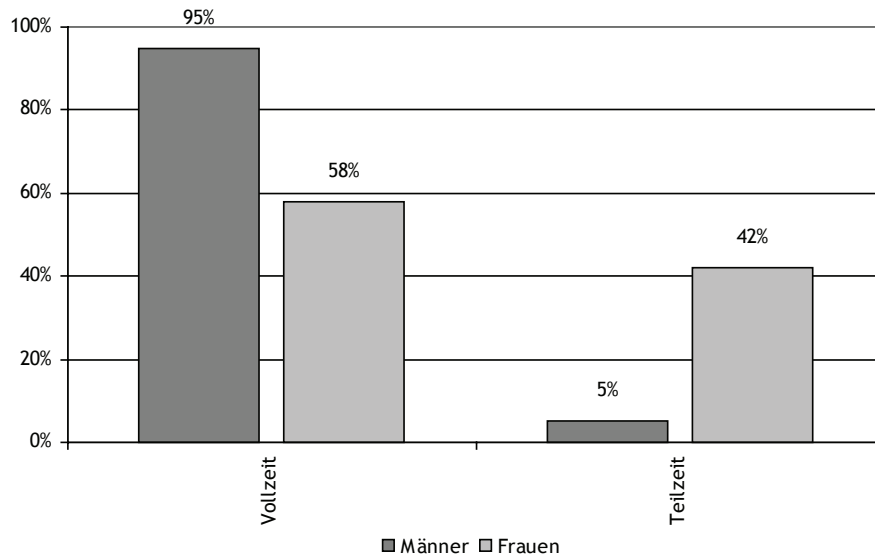


Quelle: Statistik Austria - Arbeitskräfteerhebung 2009

Von insgesamt etwa 686.000 oberösterreichischen Männern sind knapp 371.000 (54 Prozent) erwerbstätig. Bei den Frauen sind es 278.000 (39 Prozent) von insgesamt knapp 704.000 Bürgerinnen. Etwa 73.000 Frauen aber nur

zirka 1.300 Männer in Oberösterreich sind ausschließlich haushaltsführend. Ähnlich gravierende Unterschiede gibt es bei der Elternkarenz: Knapp 23.000 Frauen aber nur 200 Männer waren im Jahr 2009 in Elternkarenz.

Abbildung 11: Erwerbstätige nach Arbeitszeitmerkmalen und Geschlecht



Quelle: Statistik Austria - Arbeitskräfteerhebung 2009

95 Prozent der erwerbstätigen Männer und 58 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind vollzeitbeschäftigt. Nur etwa fünf Prozent der oberösterreichischen Männer aber knapp

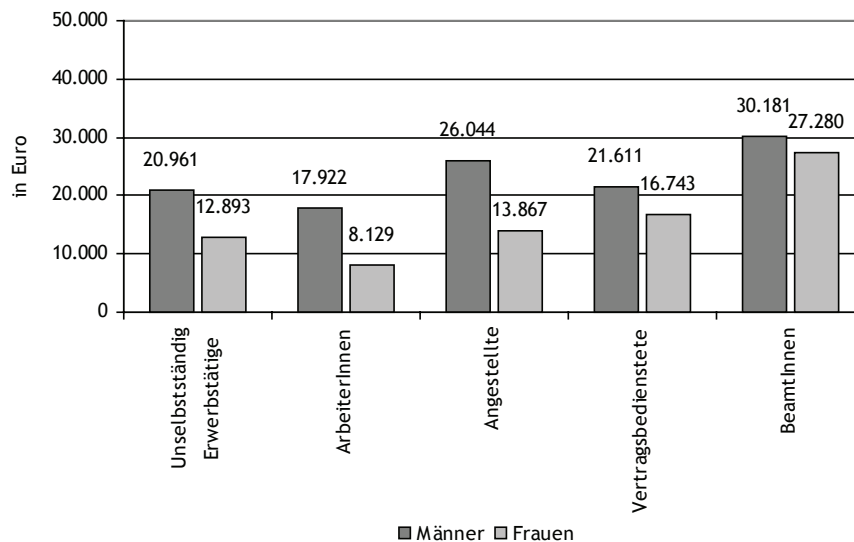
42 Prozent der oberösterreichischen Frauen sind teilzeitbeschäftigt.

2.4. Einkommenssituation von Frauen und Männern

Frauen weisen durchgehend ein geringeres Nettojahreseinkommen als Männer auf. Die geringsten Unterschiede gibt es bei den BeamtInnen, gefolgt von den Vertragsbediensteten. Große Unterschiede gibt es jedoch bei den ArbeiterInnen und den Angestellten, was neben der

schlechteren Bezahlung auch auf den bei Frauen höheren Anteil an Teilzeitarbeit zurückzuführen sein dürfte (Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchschnittliches Nettojahreseinkommen von Frauen und Männern in Oberösterreich (2006)

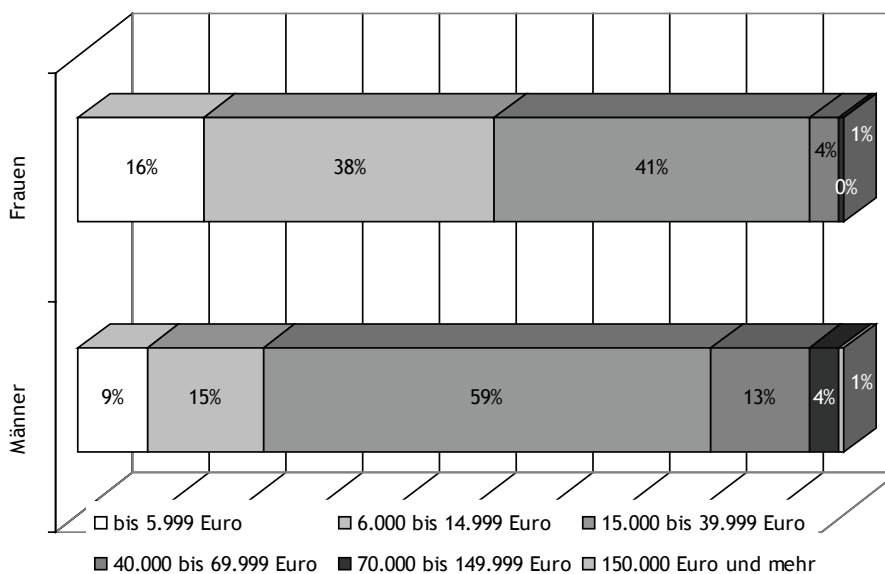


Quelle: Statistik Austria - Statistisches Jahrbuch 2009

Betrachtet man die Einkommenshöhe von EinkommensbezieherInnen (ArbeitnehmerInnen und PensionistInnen) so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Frauen (54 Pro-

zent) im Jahr weniger als 15.000 Euro beziehen (Männer: 24 Prozent) (Abbildung 13).

Abbildung 13: Verteilung der Einkommenshöhe von EinkommensbezieherInnen (ArbeitnehmerInnen und PensionistInnen)



Quelle: Statistik Austria - Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommenssteuer 2007; eigene Berechnungen

Fakten

- Frauen leben bis etwa zum 55. Lebensjahr seltener in Einpersonenhaushalten als Männer. Ab dem 60. Lebensjahr nimmt der Anteil der weiblichen Einpersonenhaushalte jedoch stetig zu. So sind ab dem 80. Lebensjahr etwa 85 Prozent aller Einpersonenhaushalte weiblich.
- In Oberösterreich stehen 42.500 alleinerziehende Mütter 5.500 alleinerziehenden Vätern gegenüber.
- Bei 77 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen wird die hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit durch die Partnerin bzw. den Partner erbracht. Nur vier Prozent der Männer aber 22 Prozent der Frauen nehmen keine Kinderbetreuung durch andere in Anspruch.
- Jede vierte Frau zwischen 25 und 64 Jahren hat als höchste abgeschlossene Ausbildung einen Pflichtschulabschluss. Bei Männern ist dieser Anteil mit 15 Prozent deutlich geringer.
- Nur etwa fünf Prozent der erwerbstätigen Männer aber 42 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind teilzeitbeschäftigt.
- Bei den EinkommensbezieherInnen (ArbeitnehmerInnen und PensionistInnen) erhalten 54 Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer weniger als 15.000 Euro pro Jahr.

3. GENDERRELE- VANTE ERGEBNISSE ZU GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

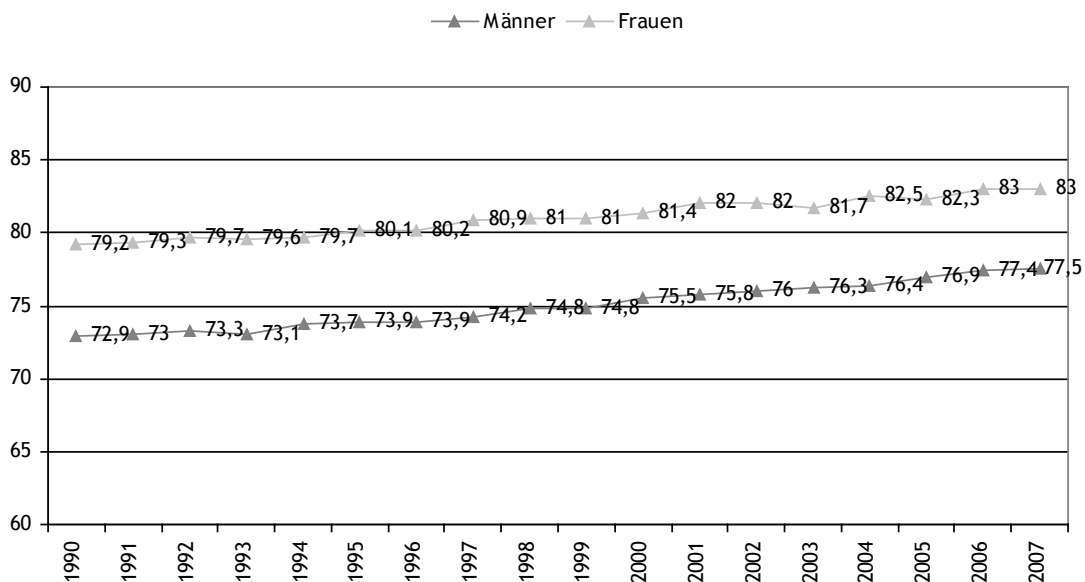
3.1. Lebenserwartung von Frauen und Männern

Einen gewichtigen Unterschied im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern stellt die unterschiedliche Lebenserwartung dar. Eine Frau hat bei der Geburt eine um etwa fünf Jahre höhere Lebenserwartung als ein Mann. Als Begründung für diesen Unterschied werden vor allem zwei Erklärungsansätze angeführt: Einerseits sind Frauen aufgrund biologischer und genetischer

Faktoren resistenter als Männer, andererseits verhalten sich Männer gesundheitlich riskanter und sind weniger gesundheitsbewusst als Frauen.⁵¹

In den letzten Jahrzehnten hat die Lebenserwartung in Österreich stark zugenommen. Verglichen mit dem Jahr 1970 hat die Lebenserwartung bei der Geburt bei Männern um 10,9 und bei Frauen um 9,5 Jahre zugenommen.

Abbildung 14: Lebenserwartung von Frauen und Männern in OÖ



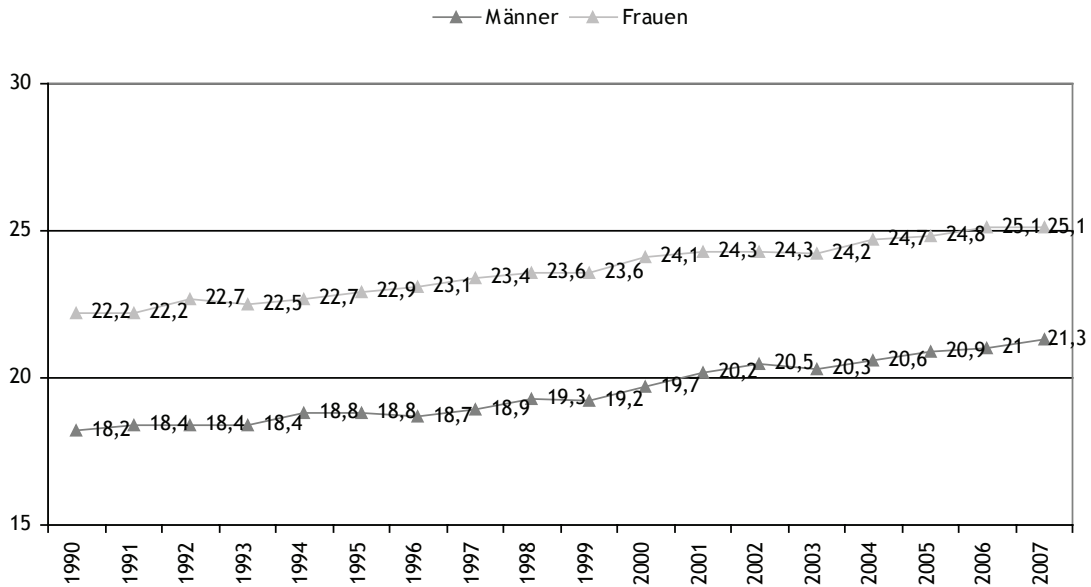
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997, 1998, 2004, 2005, 2007

In Oberösterreich beträgt im Jahr 2007 die Lebenserwartung eines Mannes bei der Geburt 77,7 und jene einer Frau 83,4 Jahre. Auch die weitere Lebenserwartung ab

dem 60. Lebensjahr hat zugenommen (Abbildung 15): Im Zeitraum zwischen 1990 und 2007 nahm die Lebenserwartung mit 60 Jahren bei Frauen um 11,7 Prozent bzw. 2,6 Jahre zu (von 22,2 auf 25,1 Jahre), die der Männer um

⁵¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Abbildung 15: Weitere Lebenserwartung von Frauen und Männern in OÖ mit 60 Jahren



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997, 1998, 2004, 2005, 2007

14,8 Prozent bzw. 2,7 Jahre (von 18,2 auf 21,3 Jahre). Derzeit hat eine oberösterreichische Frau, die das 60. Lebensjahr erreicht hat, eine fernere Lebenserwartung

von etwa 25 Jahren. Ein oberösterreichischer Mann hat an seinem 60. Geburtstag eine weitere Lebenserwartung von etwa 21 Jahren.

3.2. Sterblichkeit von Frauen und Männern

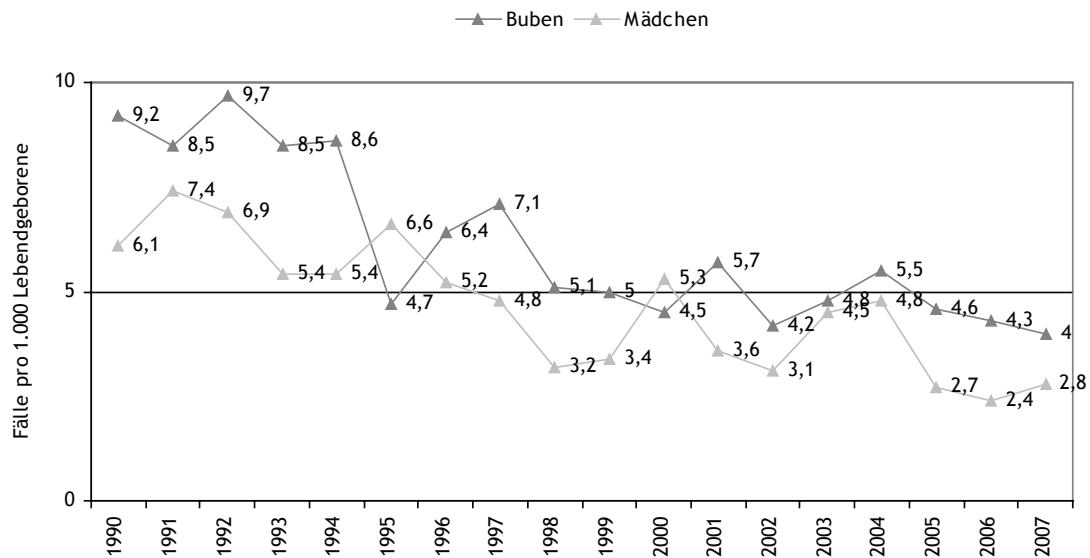
3.2.1. Säuglingssterblichkeit

Von der Säuglingssterblichkeit sind Buben etwas häufiger betroffen als Mädchen. Dies ist einer von mehreren Grün-

den für die geringere Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung.⁵²

⁵² Kolip 2003, S. 644

Abbildung 16: Säuglingssterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene nach Geschlecht (ÖÖ)



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997,1998,2004,2005,2007

In den letzten Jahrzehnten und Jahren ist die Säuglingssterblichkeit bei beiden Geschlechtern rückläufig. Im Jahr 2007 verstarben von 1.000 lebend geborenen Mädchen 2,8

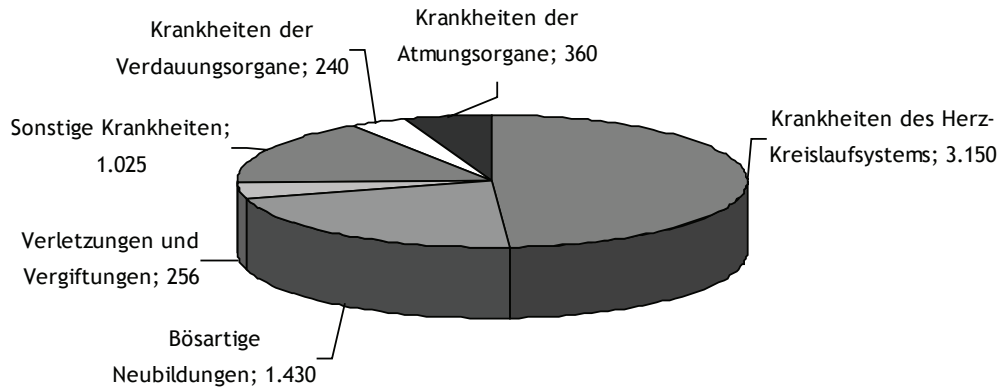
innerhalb der ersten zwölf Monate. Im selben Jahr kamen auf 1.000 lebend geborene Buben 4 Todesfälle innerhalb des ersten Lebensjahres.

3.2.2. Häufigste Todesursachen von Frauen und Männern

Insgesamt verstarben im Jahr 2008 11.966 Personen im Bundesland Oberösterreich - 6.461 Frauen und 5.505 Männer. Sowohl bei Frauen (3.150 Fälle bzw. 49 Prozent aller Todesfälle) als auch bei den Männern (2.141 Fälle bzw. 39 Prozent aller Todesfälle) sind Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems die häufigste Todesursache. 1.430 Frauen (oder 22 Prozent aller weiblichen Todesfälle) starben in Folge einer Krebserkrankung (Männer: 1.566 Todesfälle bzw. 28 Prozent aller männlichen Todesfälle). 360 Frauen (6 Prozent) und 383 Männer (7 Prozent) verstarben an den

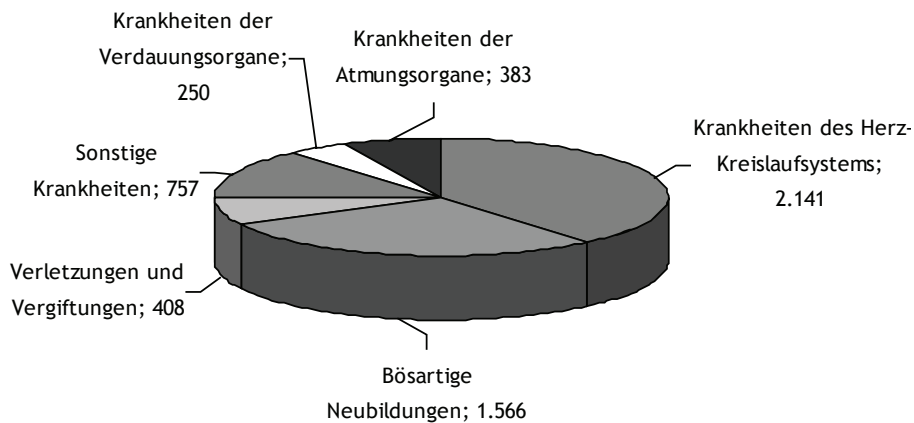
Folgen einer Atemwegserkrankung, 256 Frauen (4 Prozent) und 408 Männer (7 Prozent) an Verletzungen und Vergiftungen (wobei Verkehrsunfälle eine Untergruppe von Verletzungen und Vergiftungen darstellen). 240 Frauen (4 Prozent) und 250 Männer (5 Prozent) verstarben im Jahr 2008 an den Folgen einer Erkrankung der Verdauungsorgane. 1.025 Frauen (16 Prozent) und 757 Männer (14 Prozent) verstarben an sonstigen Krankheiten.

Abbildung 17: Todesfälle von Frauen in OÖ (2008)



Quelle: Amt der Oö Landesregierung - Abteilung Statistik; http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?SessionID=SID-46944670-D849B745&xmliid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm

Abbildung 18: Todesfälle von Männern in OÖ (2008)

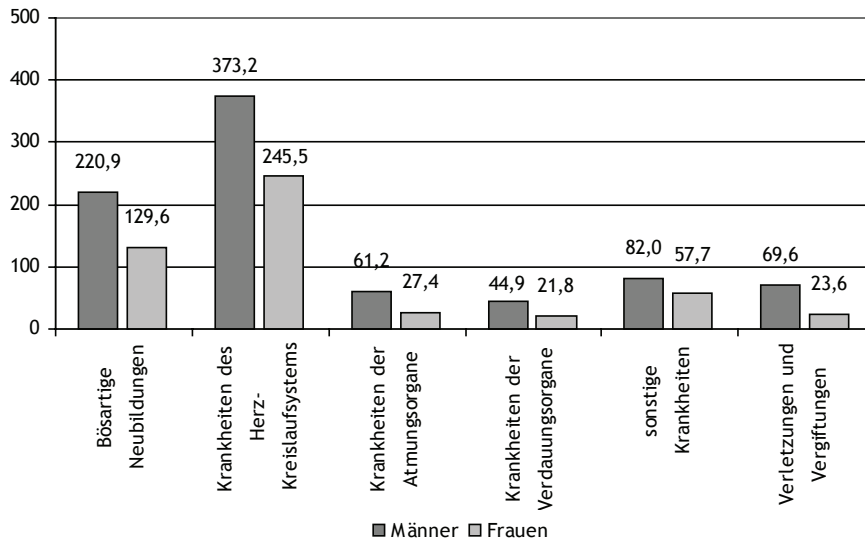


Quelle: Amt der Oö Landesregierung - Abteilung Statistik; http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?SessionID=SID-46944670-D849B745&xmliid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm

Die altersstandardisierten Mortalitätsraten sind zur Illustration der Geschlechterunterschiede bei den Haupttodesursachen um einiges aussagekräftiger bzw. stabiler.

Hierfür wurden sämtliche Todesfälle der Jahre 1998 bis 2004 zusammengefasst.⁵³

Abbildung 19: Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 für Oberösterreich



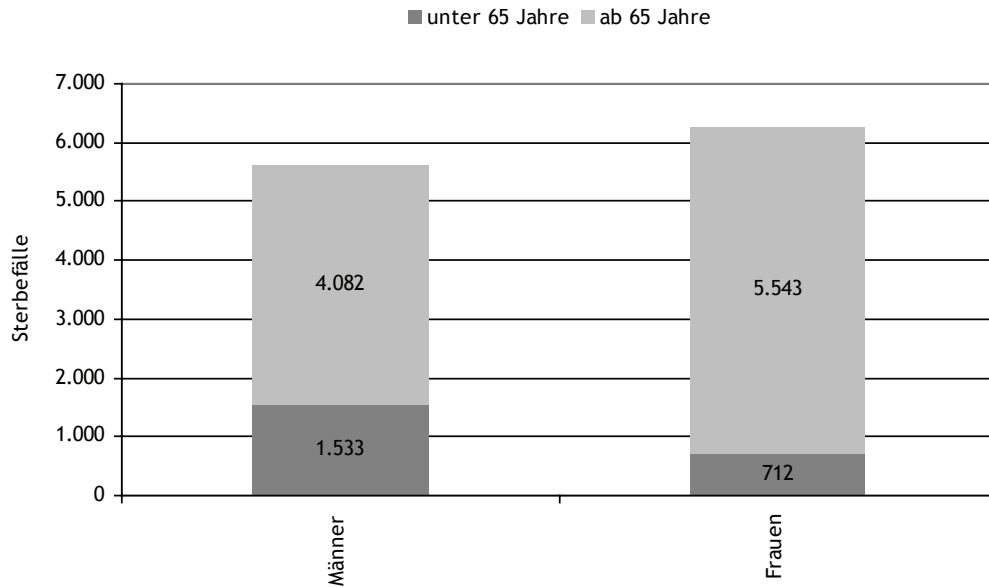
Quelle: Statistik Austria: Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004

Auf 100.000 Männer kommen pro Jahr knapp 221 Todesfälle in Folge von Krebserkrankungen. Bei den Frauen sind es knapp 130 Fälle pro 100.000 im Jahr. Auch die Herz-Kreislaufmortalität ist bei Männern (373/100.000) höher als bei Frauen (246/100.000). Auf 100.000 Männer kommen pro Jahr 61 Todesfälle in Folge von Atemwegserkrankungen. Bei den Frauen sind dies 27 pro 100.000. Von Todesfällen in Folge von Verletzungen und Vergiftungen sind Männer (70/100.000) deutlich häufiger betroffen als Frauen.

Etwa 19 Prozent aller Todesfälle in Oberösterreich sind als „frühe“ Todesfälle einzustufen, da sie vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres eintreten. Hier gibt es dramatische Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Während 27 Prozent aller Todesfälle von Männern vor Erreichen des 65. Lebensjahres eintreten, sind dies bei den Frauen elf Prozent aller Todesfälle.^{54,55}

⁵³ Statistik Austria 2007a
⁵⁴ Jahr 2004
⁵⁵ IGP 2006, S. 65

Abbildung 20: Sterbefälle unter bzw. ab 65 Jahren in OÖ (2004)

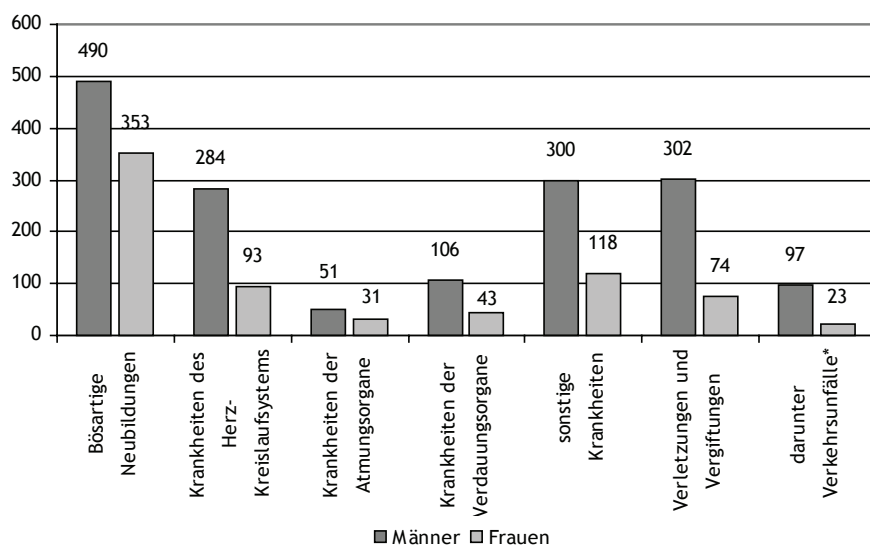


Quelle: IGP 2006, S. 65

Die frühen Todesfälle (unter 65 Jahre) verteilen sich wie folgt (Abbildung 21): 490 Männer und 353 Frauen unter 65 Jahren verstarben im Jahr 2004 an Krebs. Große Unterschiede bei den vorzeitigen Todesfällen gibt es zwischen den Geschlechtern in Folge von Herz-Kreislaufkrank-

kungen (Männer 284; Frauen 93) ebenso wie infolge von Verletzungen und Vergiftungen (Männer 302; Frauen 74). Hervorzuheben ist, dass viermal so viele Männer (97) wie Frauen (23) bei Verkehrsunfällen im Jahr 2004 umkamen.

Abbildung 21: Anzahl der Sterbefälle unter 65 Jahren nach Todesursachen in OÖ (2004)



Quelle: IGP 2006, S. 67; *Verkehrsunfälle sind eine Untergruppe der Gruppe Verletzungen und Vergiftungen

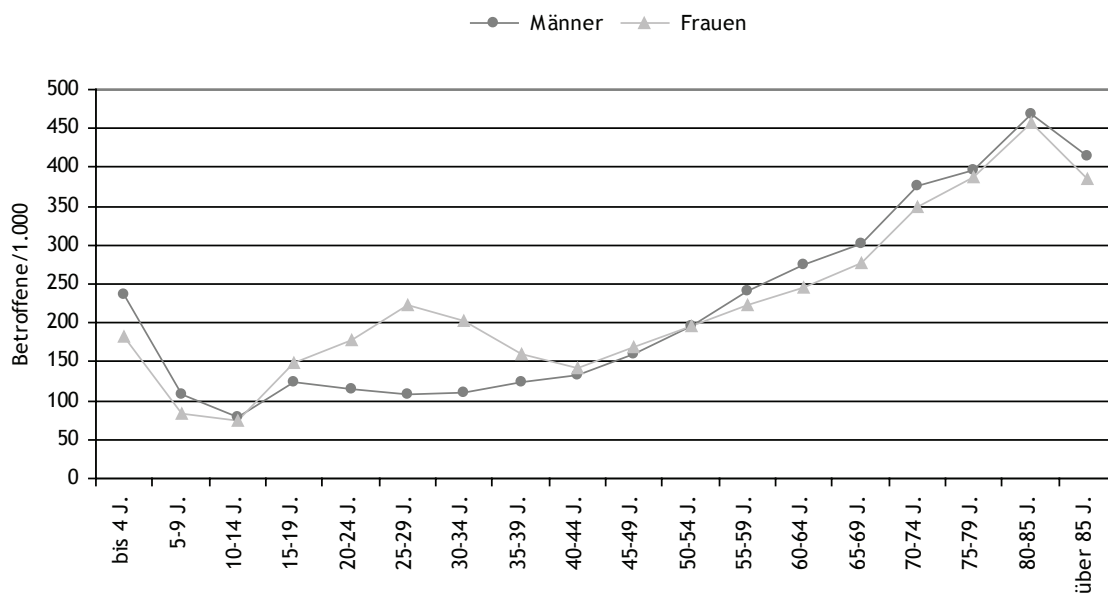
Nicht zuletzt der Überhang der frühen Sterbefälle bei den Männern ist ein wesentlicher Grund für die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern.

3.3. Erkrankungen von Frauen und Männern

3.3.1. Krankenhausaufenthalte von Frauen und Männern

Insgesamt weisen rund 19 Prozent der OÖ Bevölkerung mindestens eine Krankenhausbehandlung innerhalb eines Jahres auf (Männer 17 Prozent, Frauen 20 Prozent).

Abbildung 22: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)

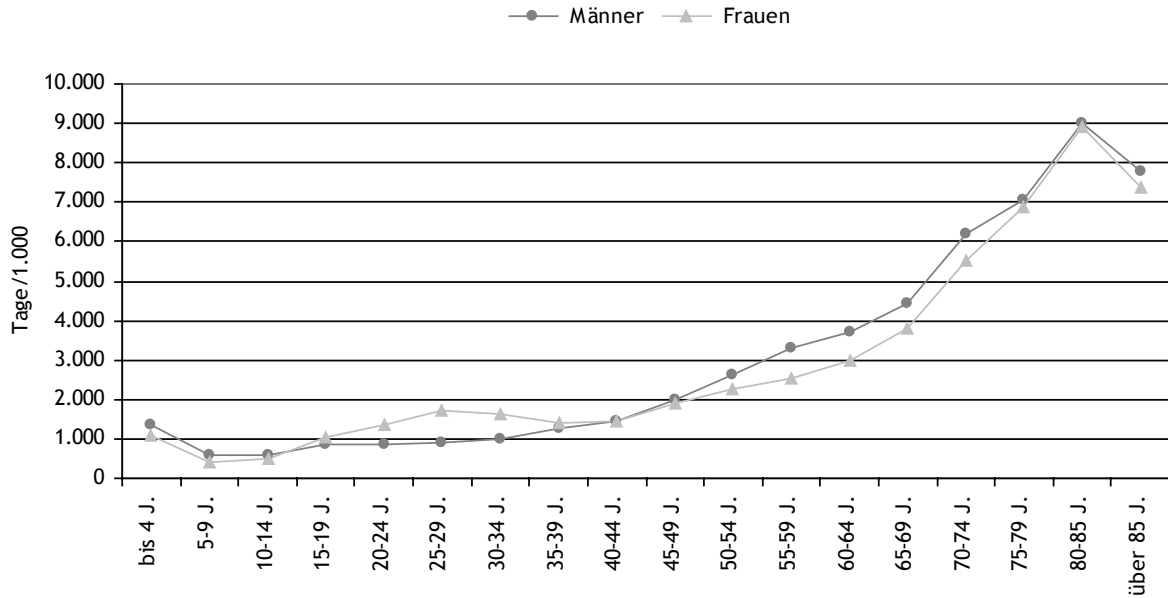


Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

Die Betroffenenquoten von Männern und Frauen verlaufen sehr ähnlich. Eine Ausnahme ist im Alter zwischen etwa 20 und 40 Jahren festzustellen (Abbildung 22). Die erhöhte Anzahl an Krankenhausaufenthalten von Frauen ist in dieser Lebensphase vor allem auf Krankenhausaufenthalte im Zusammenhang mit der Geburt zu sehen.

Auf 1.000 Frauen entfallen insgesamt 2.300 Krankenhausbelegstage pro Jahr. Bei den Männern sind es etwa 2.000 Krankenhausbelegstage pro 1.000 Männer.

Abbildung 23: Krankenhaustage nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007)

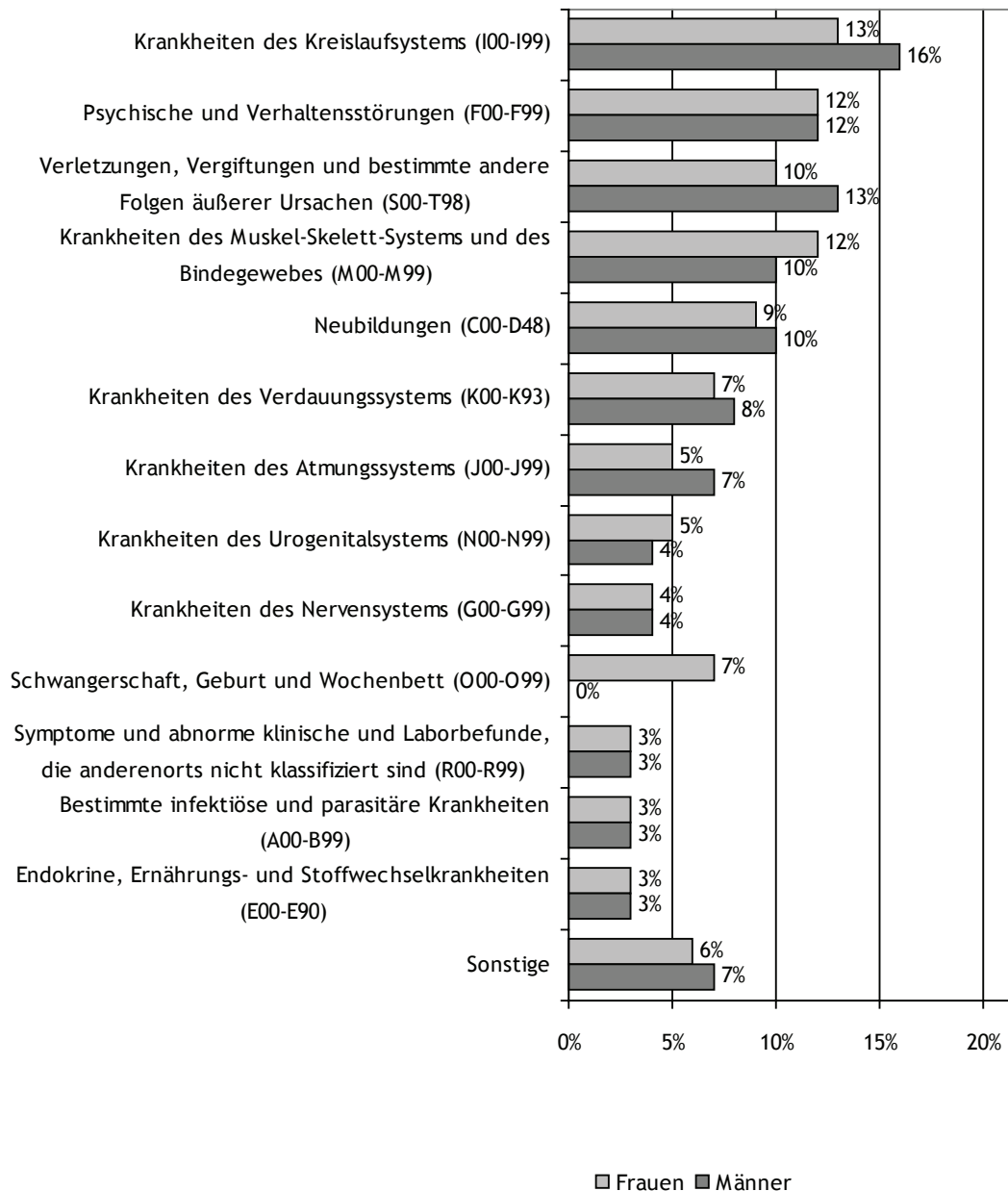


Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Krankenhaustage innerhalb eines Jahres je 1.000 Einw. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

Die erhöhte Anzahl an Krankenhausbelegtagen von Frauen gegenüber Männern im Alter zwischen 20 und 40 Jahren dürften im Wesentlichen auf Entbindungen zurückzuführen sein. Zwischen dem 50. und dem 75. Lebensjahr weisen dann Männer mehr Krankenhaustage als Frauen auf.

Die Krankenhaustage verteilen sich folgendermaßen auf Diagnosegruppen (ICD-10 - Kapitel) (Abbildung 24):

Abbildung 24: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)



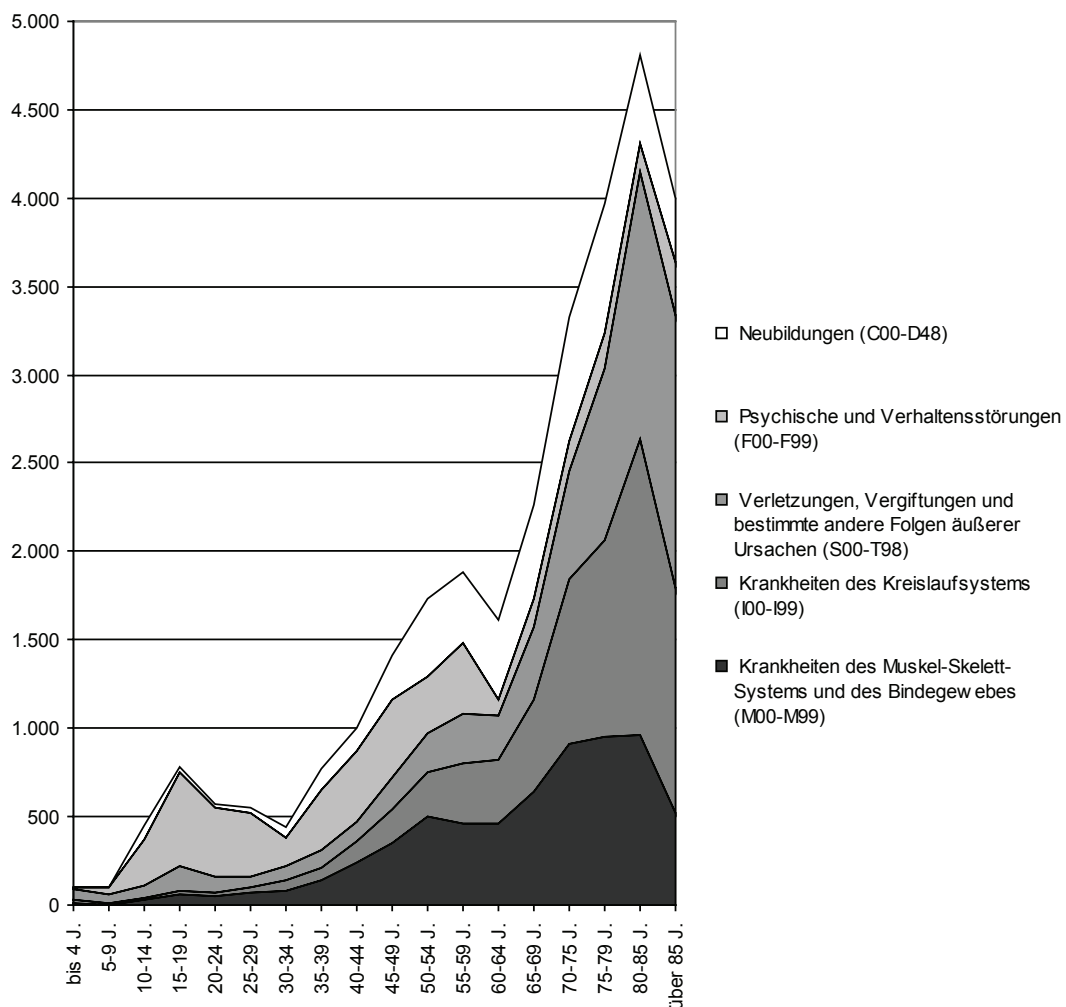
GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Anteil an den Krankenhaustagen (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

Sowohl bei Frauen (13 Prozent der Belegstage) als auch bei Männern (16 Prozent der Belegstage) sind die meisten Krankenhausbelegstage auf Krankheiten des Kreislaufsystems zurückzuführen. Jeweils zwölf Prozent aller Belegstage kommen bei Frauen und Männern aufgrund von psychischen Erkrankungen zustande. Der Anteil der Belegstage, die aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen zustande kommen, ist bei Männern mit 13 Prozent größer als bei Frauen (zehn Prozent). Zwölf Prozent der Belegstage von Frauen und zehn Prozent der Belegstage von Männern sind auf Erkrankungen des Bewegungsapparates zurückzuführen. Neun Prozent der Krankenhaustage von Frauen gehen auf Neubildungen zurück. Bei den Männern sind es zehn Prozent. Diese eben angeführten fünf Diagnosegruppen verursachen 56 Prozent der Krankenhaustage von Frauen und 61 Prozent der Krankenhaustage von Männern.

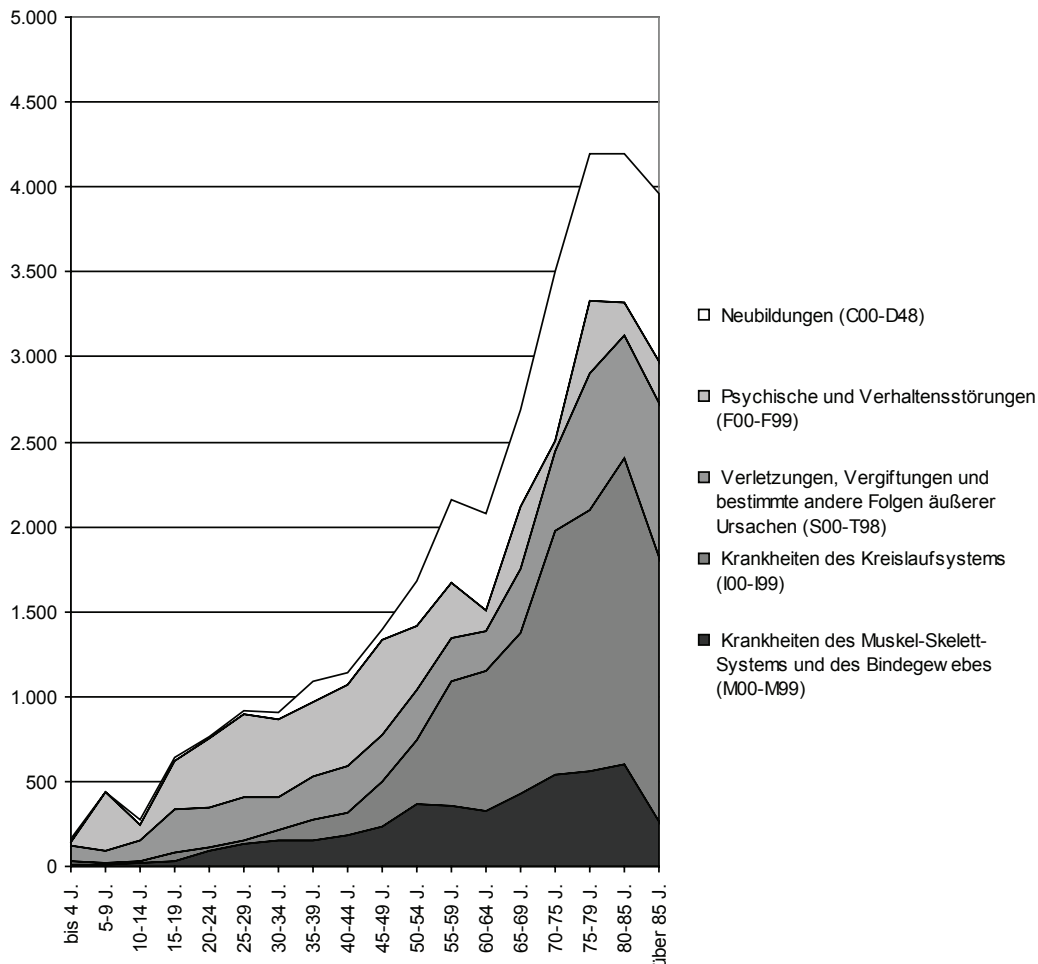
Abbildung 25 und Abbildung 26 zeigen die Verteilung der Krankenhaustage der fünf häufigsten Diagnosegruppen nach dem Alter für Frauen und Männer. Die Krankenhaustage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems nehmen mit dem Alter bei beiden Geschlechtern stark zu, wobei eine deutliche Zunahme bei den Männern bereits ab dem 55. Lebensjahr einsetzt, während dies bei Frauen erst ab etwa dem 70. Lebensjahr der Fall ist. Im höheren Alter spielen bei den Frauen weiters Krankenhaustage aufgrund von Verletzungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems eine Rolle. Bei den Männern im höheren Alter sind - neben den bereits erwähnten Krankenhaustagen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - viele Krankenhaustage infolge von Verletzungen als auch infolge von Neubildungen festzustellen.

Abbildung 25: Verteilung der Krankenhaustage der fünf häufigsten Diagnosegruppen nach Alter - Frauen



Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen); Krankenhaustage je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK.

Abbildung 26: Verteilung der Krankenhaustage der fünf häufigsten Diagnosegruppen nach Alter - Männer



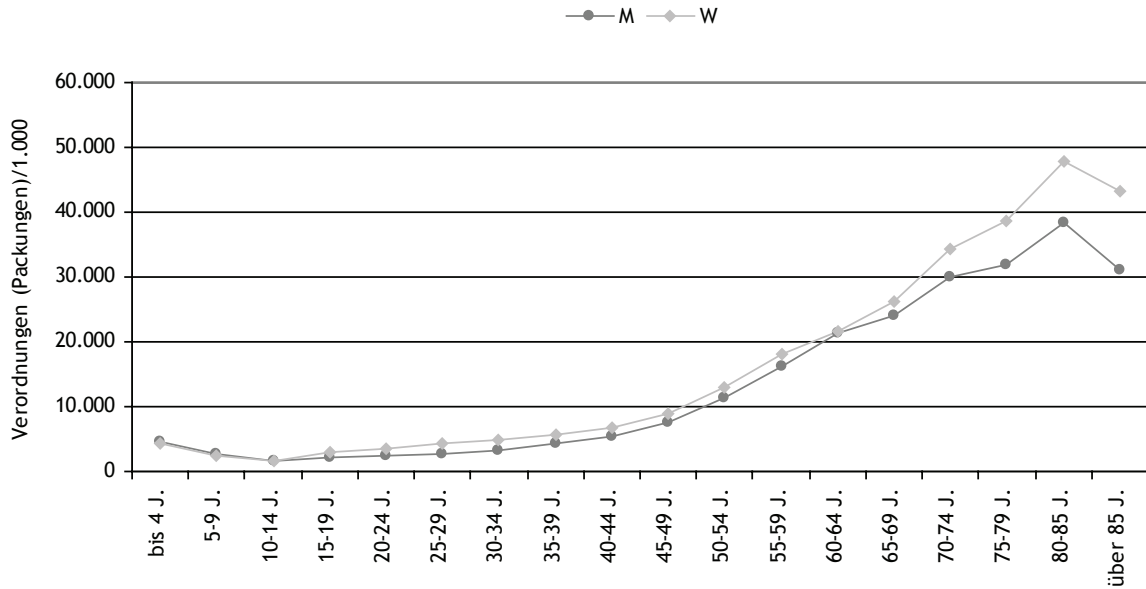
Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Krankenhaustage je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

3.3.2. Medikamentenverordnungen an Frauen und Männer

Insgesamt entfallen auf 1.000 EinwohnerInnen innerhalb eines Jahres durchschnittlich 10.700 verordnete Medikamentenpackungen. Bei Frauen ist die verordnete Menge

an Medikamentenpackungen mit 12.300 Packungen pro 1.000 Frauen deutlich größer als bei Männern (8.500 Packungen pro 1.000).

Abbildung 27: Medikamentenverordnungen (Packungen) nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)

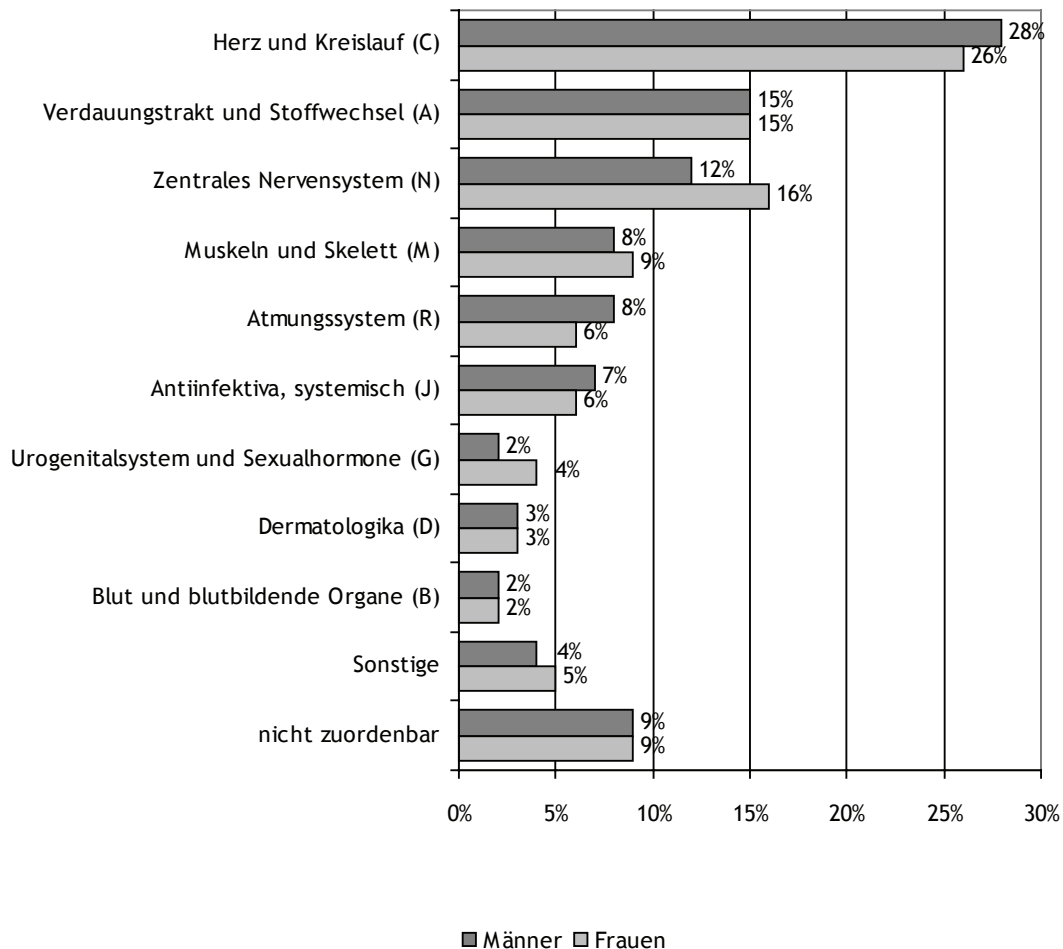


Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Medikamentenverordnungen (Packungen) innerhalb eines Jahres je 1.000 Einw. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

In den meisten Altersgruppen unterscheiden sich Frauen und Männer nur geringfügig in der Verordnungsmenge. Ab dem 70. Lebensjahr weisen Frauen jedoch deutlich höhere Verordnungsmengen als Männer auf.

Sowohl bei Frauen als auch bei Männern stellen Herz-Kreislaufmedikamente die größte Gruppe unter den Medikamentenverordnungen dar: 28 Prozent aller Medikamentenverordnungen an Männer und 26 Prozent aller Medikamentenverordnungen an Frauen sind Herz-Kreislaufmedikamente.

Abbildung 28: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)

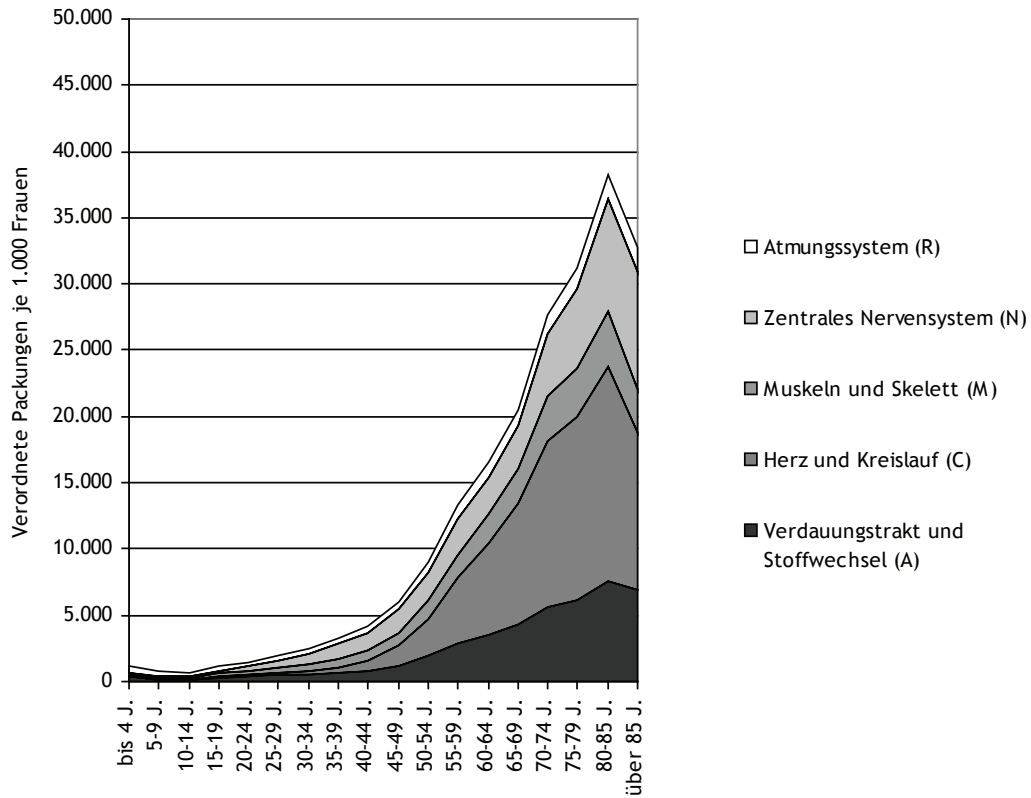


Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Anteil an den Medikamentenverordnungen (Packungen); Mittelwert 2005 bis 2007; nur Versicherte der OÖGKK

Jeweils 15 Prozent sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern Medikamente des Verdauungstrakts bzw. des Stoffwechselsystems. Medikamente des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.) machen bei Frauen 16 Prozent und bei Männern zwölf Prozent aller Medikamentenverordnungen aus. Medikamente für Muskeln und Skelett machen bei Frauen neun und bei Männern acht Prozent aller Medikamentenverordnungen aus, weitere sechs Prozent bei den Frauen und acht Prozent bei den Männern sind Verordnungen von Medikamenten für das Atmungssystem. Diese eben angeführten fünf häufigsten Medikamentengruppen (nach anatomischen ATC-Gruppen) verursachen 72 Prozent der Medikamentenverordnungen für Frauen und 71 Prozent der Medikamentenverordnungen für Männer.

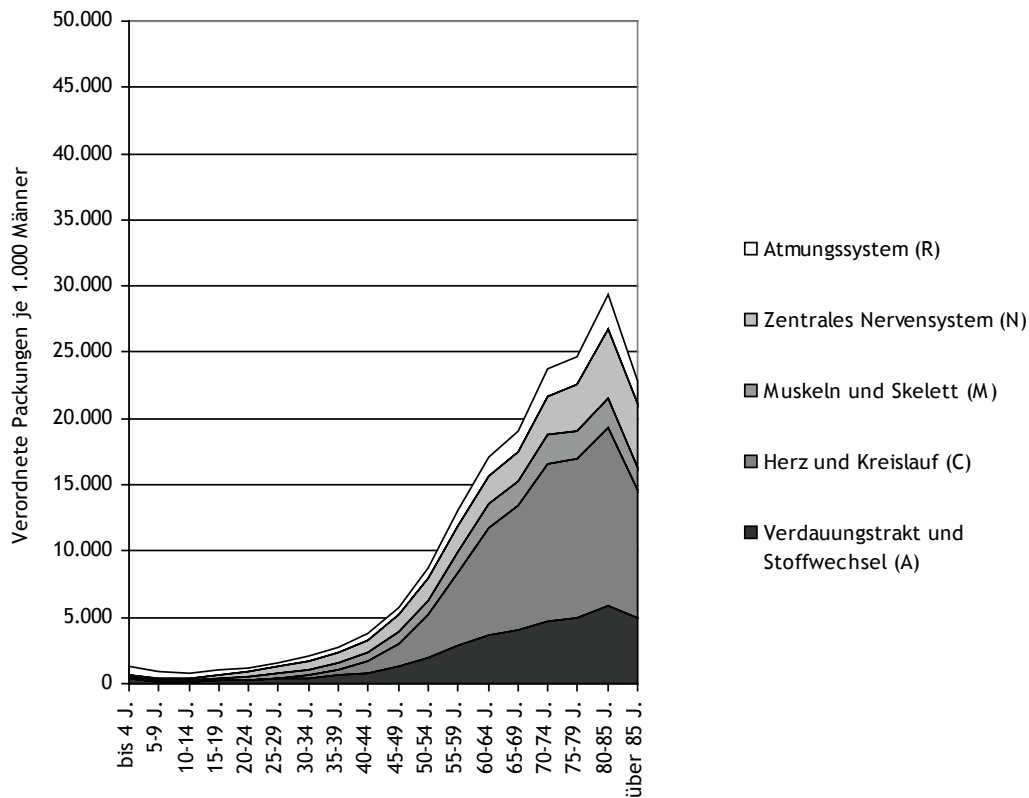
Die Verordnungsmenge von Medikamenten zur Behandlung von Erkrankungen des Atmungssystems nimmt bei Männern mit dem Alter stärker zu als bei Frauen. Dies dürfte unter anderem auf Unterschiede hinsichtlich des biographischen Tabakkonsums zurückzuführen sein. Ab dem 50. Lebensjahr nimmt bei Frauen und Männern die Verordnungsmenge von Herz-Kreislaufmedikamenten stark zu. Auch die Verordnungsmenge von Medikamenten zur Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.), des Bewegungsapparates und des Verdauungstrakts steigen mit dem Alter bei beiden Geschlechtern (bei Frauen auf einem höherem Niveau) an.

Abbildung 29: Verteilung der Verordnungsmenge der fünf häufigsten Medikamentengruppen (nach anatomischen ATC-Gruppen) nach Altersgruppen - Frauen



Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Verordnete Packungen je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

Abbildung 30: Verteilung der Verordnungsmenge der fünf häufigsten Medikamentengruppen (nach anatomische ATC-Gruppen) nach Altersgruppen - Männer



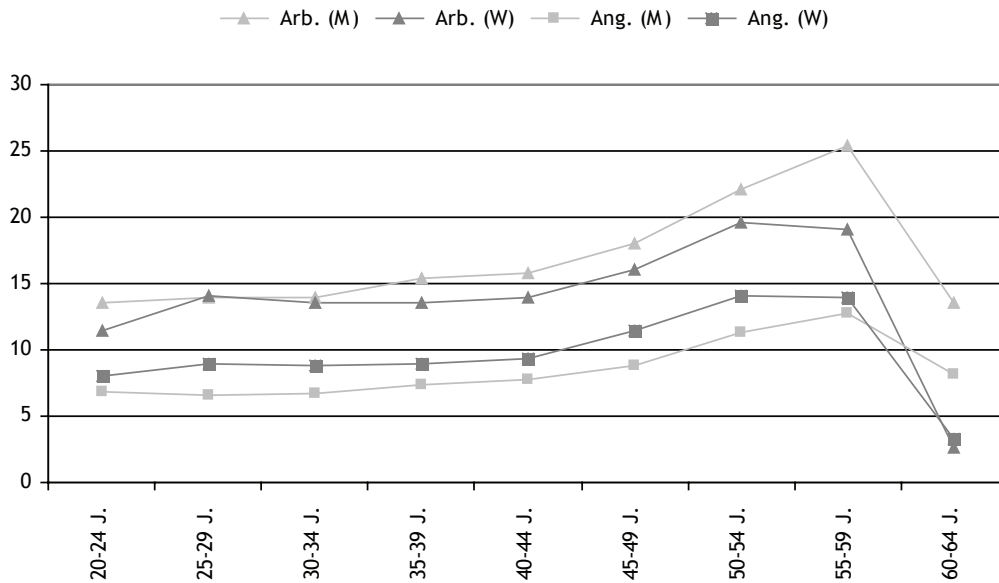
Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Verordnete Packungen je 1.000 Ew. (Mittelwert 2005 bis 2007); nur Versicherte der OÖGKK

3.3.3. Krankenstände (Arbeitsunfähigkeit) von Frauen und Männern

Die Anzahl der Krankenstandstage pro Beschäftigter und Beschäftigtem im Jahr steigt mit zunehmendem Alter an. Bei Arbeiterinnen im Alter von 20 bis 44 Jahren liegt die Rate zwischen 12 und 14 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-

Tagen) je Beschäftigter. Bei Arbeitern im gleichen Alter liegt die Rate zwischen 14 und 16 AU-Tagen pro Beschäftigtem. Danach steigt die Rate bei Arbeiterinnen und Arbeitern weiter an.

Abbildung 31: Krankenstandstage je Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005 bis 2007)



Quelle: OÖGKK; FOKO (eigene Berechnungen)

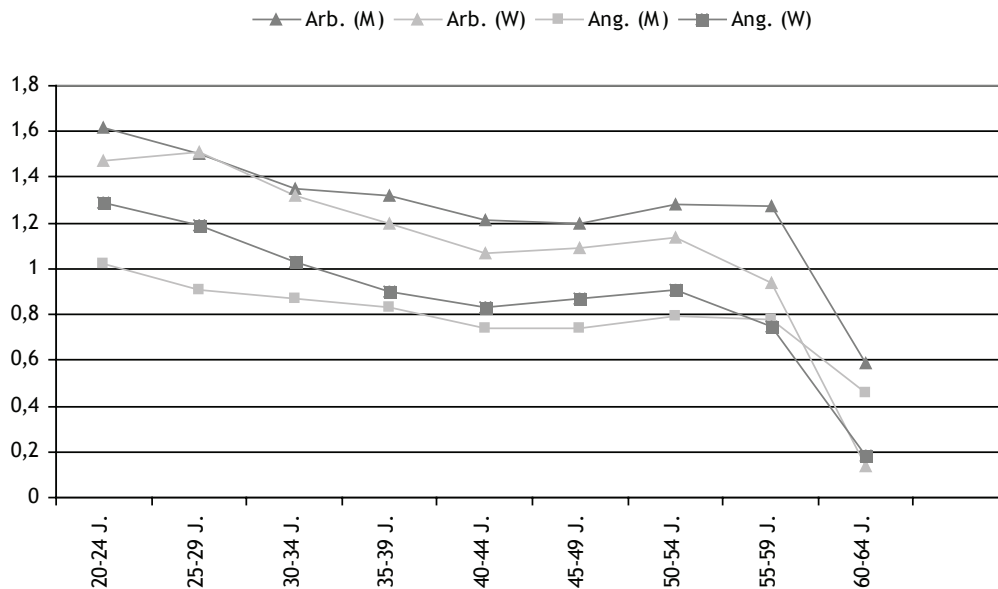
In der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen kommen auf eine beschäftigte Arbeiterin 20 AU-Tage und einen beschäftigten Arbeiter 22 AU-Tage pro Jahr. Bei den über 60-jährigen Beschäftigten geht die Häufigkeit der Krankenstandstage bei beiden Geschlechtern stark zurück, was mit dem Ausscheiden der gesundheitlich stärker belasteten ArbeitnehmerInnen aus dem Arbeitsleben zusammenhängen dürfte („Healthy Worker Effekt“).

Angestellte Frauen und Männer weisen insgesamt weniger Krankenstandstage pro Beschäftigter/m und Jahr auf. Interessant ist allerdings, dass, anders als bei den ArbeiterInnen, Frauen in allen Altersgruppen etwas mehr AU-Tage/Beschäftigter als Männer aufweisen. Auch hier

steigt jedoch erwartungsgemäß die Anzahl der AU-Tage je Beschäftigter/m mit dem Alter an. Und auch hier ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang bei über 60-Jährigen zu beobachten.

Im Gegensatz zu den durchschnittlichen Krankenstandstagen sinkt die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter. Das bedeutet, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weisen weniger, aber dafür längere Krankenstände auf.

Abbildung 32: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigten) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005 bis 2007)

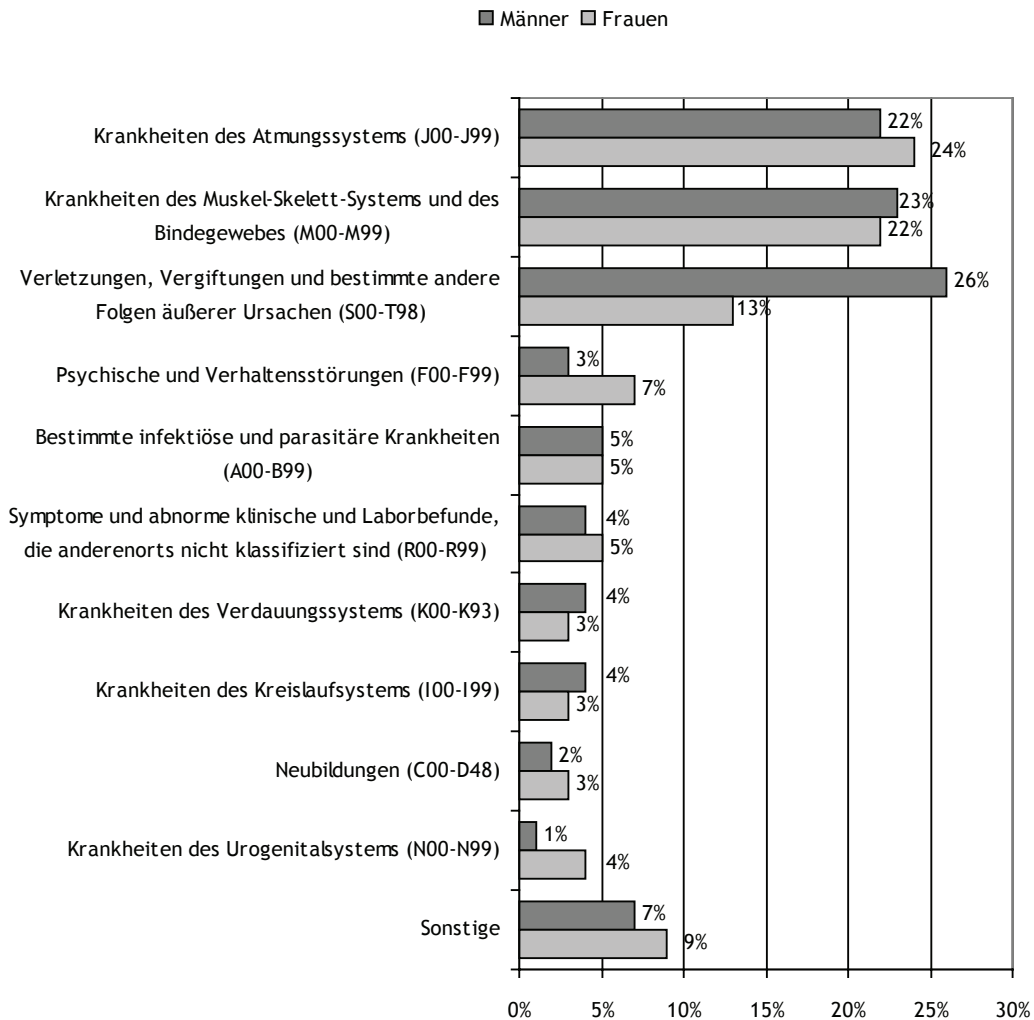


Quelle: OÖGKK; FOKO (eigene Berechnungen); als Erkrankungsfälle wird die Arbeitsunfähigkeit einer Person mit einer bestimmten Diagnose innerhalb eines Quartals gezählt; mehrere Erkrankungsperioden mit derselben Diagnose innerhalb eines Quartals werden als ein Fall betrachtet

Bei Arbeiterinnen sinkt die Rate von etwa 1,5 Krankenstände/Jahr im Alter zwischen 20 und 29 Jahren auf 0,9 Krankenstände/Jahr im Alter zwischen 55 und 59 Jahren. Arbeiter weisen in fast allen Altersgruppen (ausgenommen zwischen 25 und 34 Jahren) eine höhere Erkrankungshäufigkeit als Arbeiterinnen auf. Bei den Angestellten ist das Bild wieder umgedreht: Hier ist die Erkrankungshäufigkeit in allen Altersgruppen bei Frauen höher als bei Männern.

Die meisten Krankenstandstage von Frauen gehen auf Krankheiten des Atmungssystems (24 Prozent) gefolgt von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (Skelett/Muskelsystem) (22 Prozent) zurück. Bei Männern wiederum spielen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere äußere Ursachen die wichtigste Rolle: 26 Prozent der Krankenstandstage von Männern lassen sich auf diese zurückführen - bei Frauen resultieren nur 13 Prozent der Krankenstandstage aus dieser Ursache.

Abbildung 33: Krankenstandstage 2005 bis 2007 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)

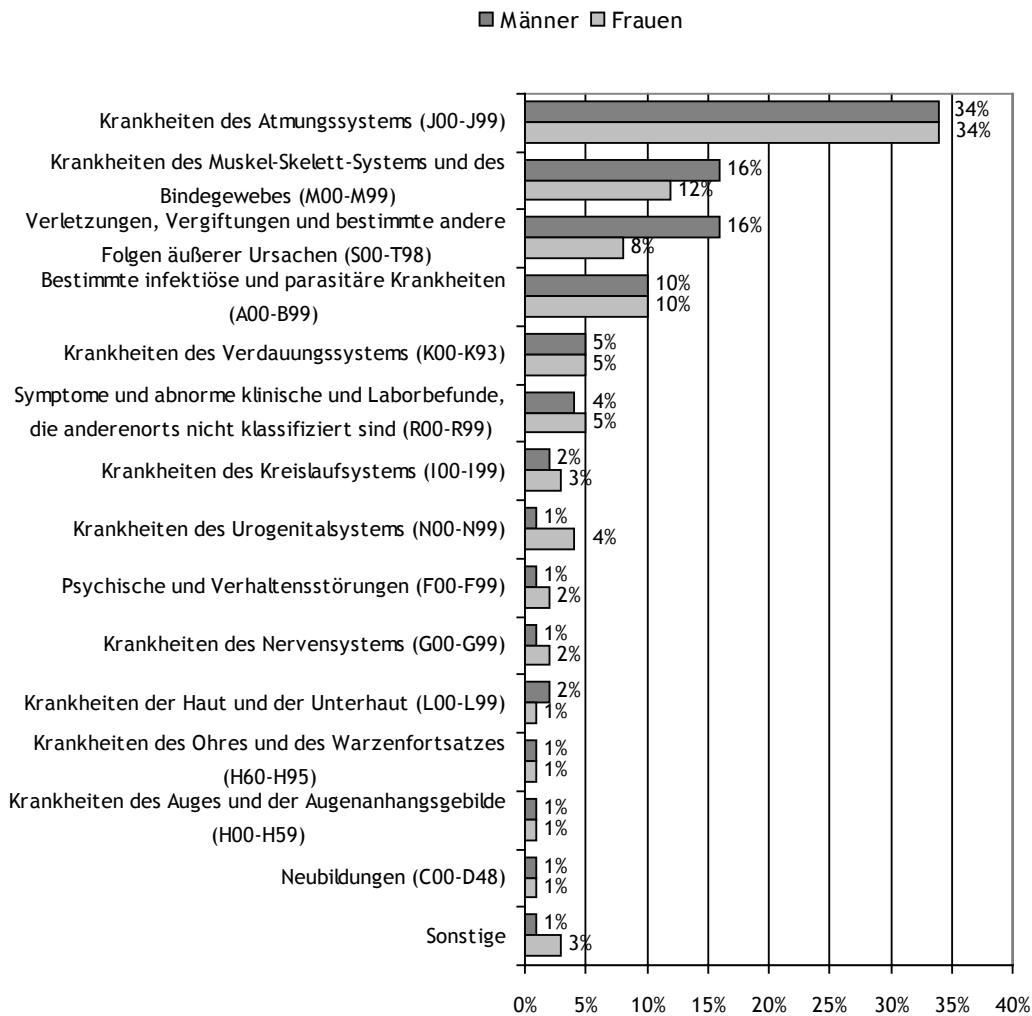


Quelle: OÖGKK; FOKO (eigene Berechnungen); Anteil an den AU-Tagen

Wahrnehmbare Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Bedeutung von Diagnosegruppen für die Anzahl an Krankenstandstagen gibt es noch bei psychischen Erkrankungen (Frauen: sieben Prozent aller Krankenstandstage; Männer: drei Prozent aller Krankenstandstage) und Krankheiten des Urogenitalsystems (Frauen: vier Prozent aller Krankenstandstage; Männer: ein Prozent aller Krankenstandstage).

Betrachtet man die Diagnosegruppe danach, wie viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer innerhalb eines Jahres erkranken (bzw. mindestens einen Krankenstand dieser Diagnose aufweisen), so weisen Erkrankungen der Atemwege sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit Abstand die höchste Betroffenenquote auf. Je 34 Prozent der beschäftigten Frauen und Männer weisen mindestens einen Krankenstand mit einer solchen Diagnose auf (Abbildung 34).

Abbildung 34: Betroffenenquote (Mittelwert 2005 bis 2007) nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel)



Quelle: OÖGKK; FOKO (eigene Berechnungen); Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem Krankenstand infolge der jeweiligen Diagnose innerhalb eines Jahres

16 Prozent der Männer und zwölf Prozent der Frauen weisen innerhalb eines Jahres einen oder mehrere Krankenstände aufgrund von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates auf. Von Krankenständen infolge von

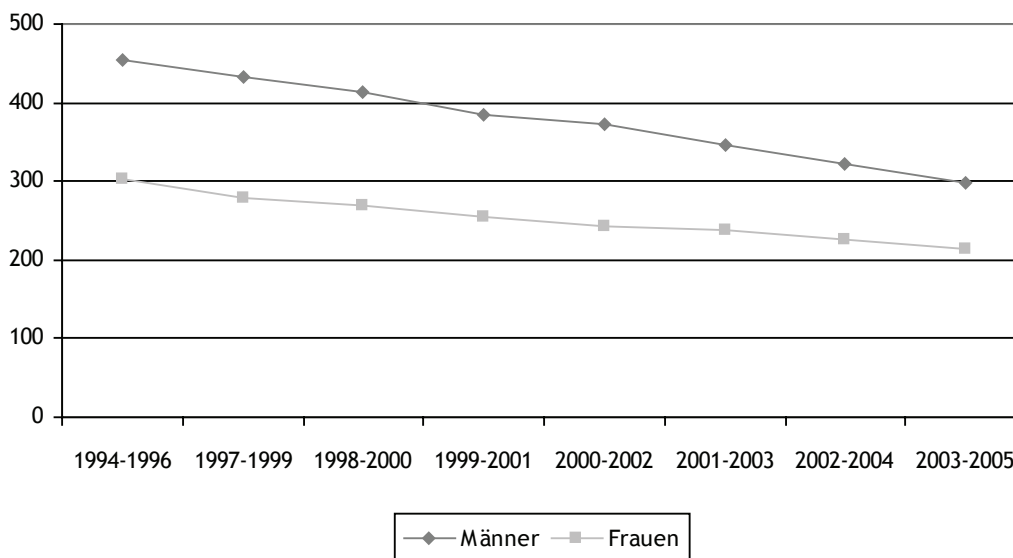
Verletzungen, Vergiftungen und anderen äußeren Ursachen sind 16 Prozent der beschäftigten Männer und acht Prozent der beschäftigten Frauen innerhalb eines Jahres betroffen.

3.3.4. Herz-Kreislaufferkrankungen

In Oberösterreich verstarben 2007 rund 5.300 Menschen an Herz-Kreislaufferkrankungen (3.171 Frauen und 2.148 Männer). Das sind 44 Prozent der Sterbefälle dieses Jahres. Davon waren sieben Prozent unter 65 Jahre alt (3 Prozent der Frauen und 13 Prozent der Männer). Bei den Frauen sind zwölf und bei den Männern 20 Prozent aller frühen Sterbefälle (also solche, die vor dem 65. Lebensjahr eintreten) auf Herz-Kreislaufferkrankungen zurückzuführen.

In den letzten Jahren ist die Herz-Kreislaufmortalität sowohl bei Frauen als auch bei Männern stark zurückgegangen. Die standardisierte Mortalitätsrate sank zwischen 1994 und 2005 um 31 Prozent, bei Männern von 454 auf 298 pro 100.000 (minus 34 Prozent) und bei Frauen von 302 auf 215 pro 100.000 (minus 29 Prozent)(Abbildung 35).

Abbildung 35: Entwicklung Herz-Kreislaufmortalität in OÖ (1994 bis 2005)

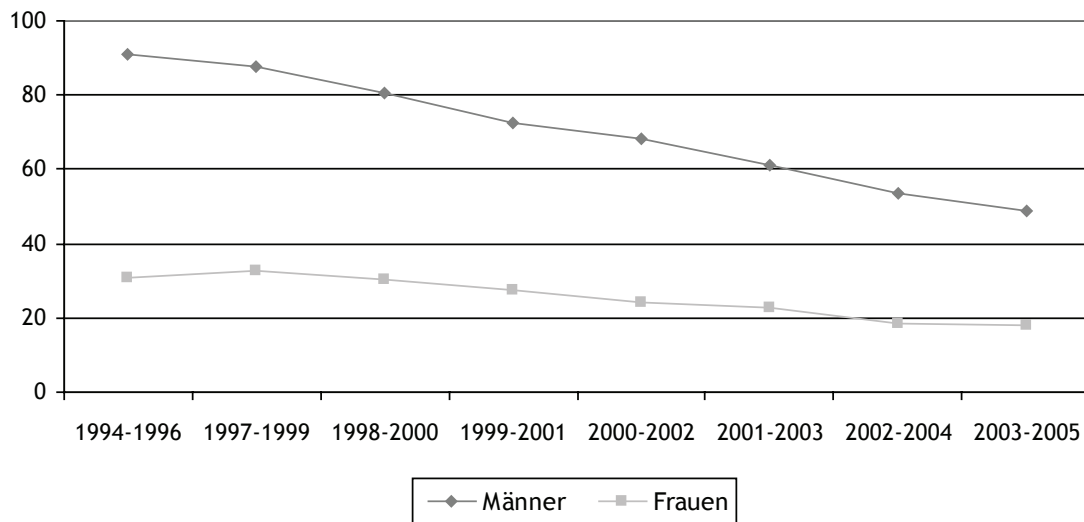


Quelle: OÖGKK; FOKO (eigene Berechnungen); Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem Krankenstand infolge der jeweiligen Diagnose innerhalb eines Jahres

Auch die frühzeitige Herz-Kreislaufmortalität (Abbildung 36) bei unter 65-Jährigen ging in Oberösterreich seit Mitte der Neunziger Jahre bei beiden Geschlechtern stark

zurück. Bei Männern betrug der Rückgang 47 Prozent (von 91,1 auf 48,7/100.000) und bei Frauen 41 Prozent (von 30,8 auf 18,2/100.000).

Abbildung 36: Entwicklung Herz-Kreislaufmortalität unter 65 Jahren in OÖ (1994 bis 2005)



Quelle: Eurostat; Standardisierte Rate (pro 100.000)

2006 kamen auf 1.000 OberösterreicherInnen durchschnittlich 37,9 Krankenhausaufenthalte mit einer Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose (Männer 79,0, Frauen 36,8). Insgesamt sind dies über 53.000 Krankenhausbehandlungen (oder zwölf Prozent aller Krankenhausbehand-

lungen dieses Jahres). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen verstarben etwa vier Prozent der Behandlungsfälle. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer⁵⁶ beträgt bei Frauen 6,7 und bei Männern 6,2 Tage (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Spitalsentlassungen 2006 in Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Aufenthaltsdauer - Wohnbundesland Oberösterreich

Hauptdiagnosegruppen (Kapitel) (ICD-10. Rev.)	Geschlecht	Stationäre Aufenthalte			Aufenthaltsdauer für Aufenthalte von ... bis ... Tage		
		insgesamt	darunter 0-Tagesaufenthalte	darunter verstorben	arithmet. Mittel		Median
					1 + Tage	1-28 Tage	
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	Z	53.135	2.151	2.046	7,5	6,5	4,8
	M	26.812	1.177	968	7,2	6,2	4,5
	W	26.323	974	1.078	7,8	6,7	5,2

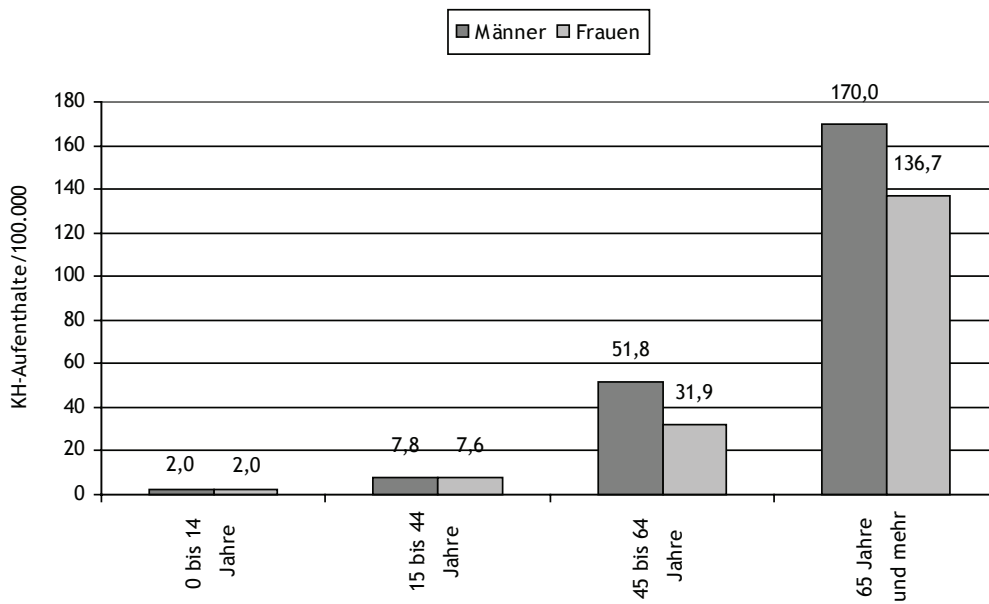
Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007

⁵⁶ arithmetisches Mittel (1-28 Tage)

In der Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren kommen auf 1.000 EinwohnerInnen 41,8 Krankenhausaufenthalte mit Herz-Kreislauf-Hauptdiagnose (Männer 51,8 und Frauen 31,9). In der Altersgruppe über 65 Jahren steigt

die Rate auf 150 pro 1.000 (Männer 170,0 und Frauen 136,7) (Abbildung 37).

Abbildung 37: Spitalsentlassungen 2006 in Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen - Wohnbundesland Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007; eigene Berechnungen

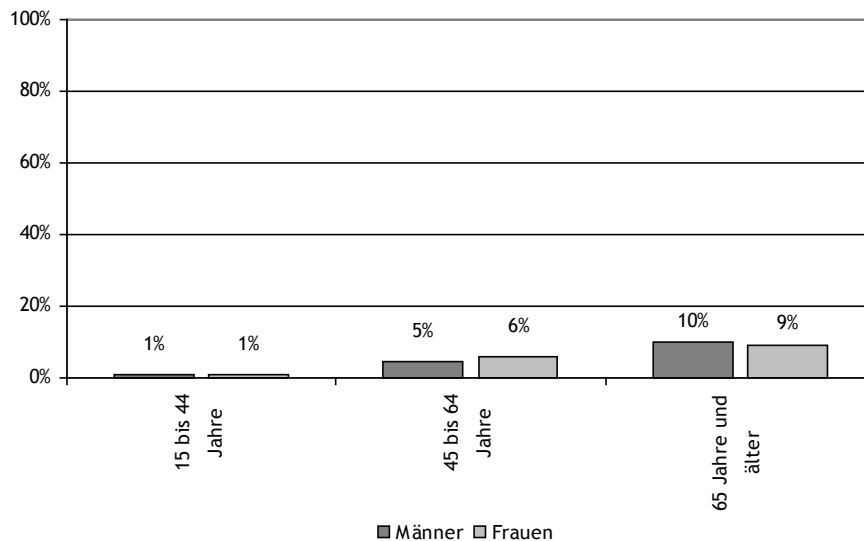
3.3.5. Krebserkrankungen

In Oberösterreich verstarben 2007 2.930 Menschen an Krebs (1.383 Frauen und 1.556 Männer). Das sind über ein Viertel der Sterbefälle dieses Jahres. Davon waren 27 Prozent unter 65 Jahre alt (25 Prozent der Frauen und 29 Prozent der Männer). 38 Prozent aller Sterbefälle unter 65 Jahren gehen auf bösartige Neubildungen zurück (Männer 32 Prozent, Frauen 51 Prozent).

Rund vier bis fünf Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung geben an⁵⁷, dass sie schon einmal an Krebs erkrankt sind. Bei den 15- bis 44-Jährigen beträgt der Anteil rund ein Prozent, unter 45- bis 64-Jährigen fünf Prozent und in der Altersgruppe über 65 Jahren neun Prozent. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind kaum vorhanden (Abbildung 38).

⁵⁷ ATHIS (Austrian Health Interview Survey) 2006/07

Abbildung 38: Lebenszeitprävalenz von Krebs



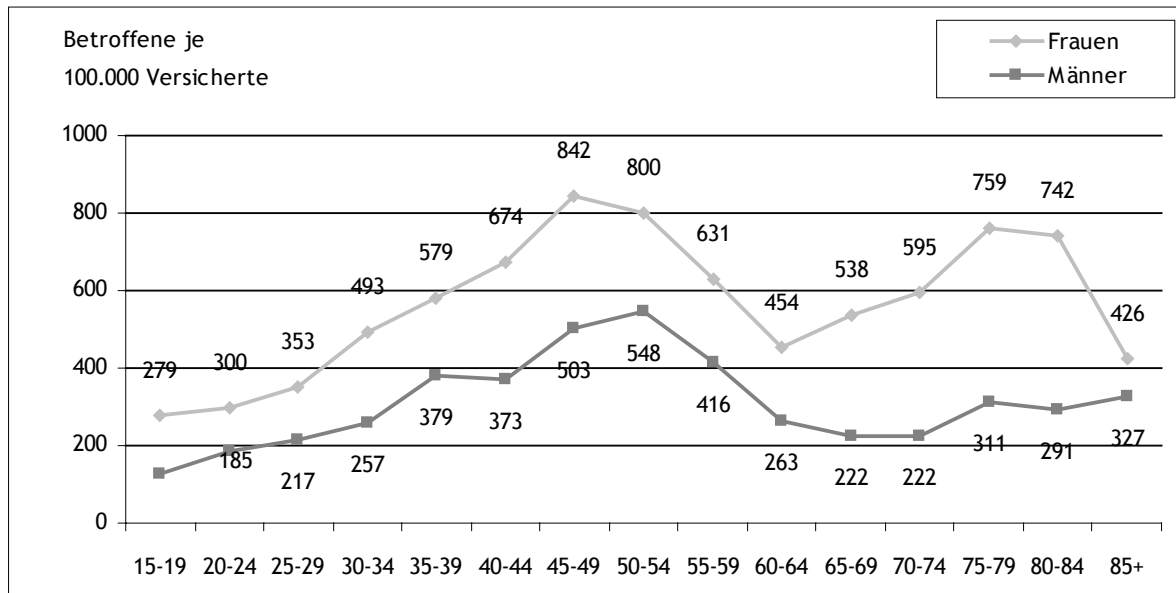
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

3.3.6. Psychische Erkrankungen

Die Wahrscheinlichkeit aufgrund einer affektiven Störung in einem Krankenhaus behandelt zu werden, ist für Frauen deutlich höher als für Männer. Insgesamt betrachtet finden sich unter den Frauen fast doppelt so viele mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt mit dieser Hauptdiagnose (480 je 100.000) als unter den Männern (260 je 100.000). Dieser Unterschied ist jedoch nicht in allen Altersgruppen gleich stark ausgeprägt. Besonders hoch ist dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen in den Altersgruppen über 60 Jahren.

Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen sind vor allem in den Altersgruppen zwischen 45 und 59 Jahren stark verbreitet, bei Frauen auch zwischen dem 70. und 85. Lebensjahr. Die Rate steigt bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen (sowohl bei Männern als auch bei Frauen) an. In dieser Altersgruppe beträgt die Betroffenenquote bei Frauen rund 840 Betroffene/100.000 und bei Männern über 500 pro 100.000. In den Altersgruppen zwischen 55 und 65 Jahren sinkt die Rate wieder etwas ab. Im höheren Alter bis 70 Jahren beginnt die Betroffenenquote - insbesondere bei Frauen - wieder anzusteigen (Abbildung 39).

Abbildung 39: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund affektiver Störungen (F30 - F39)



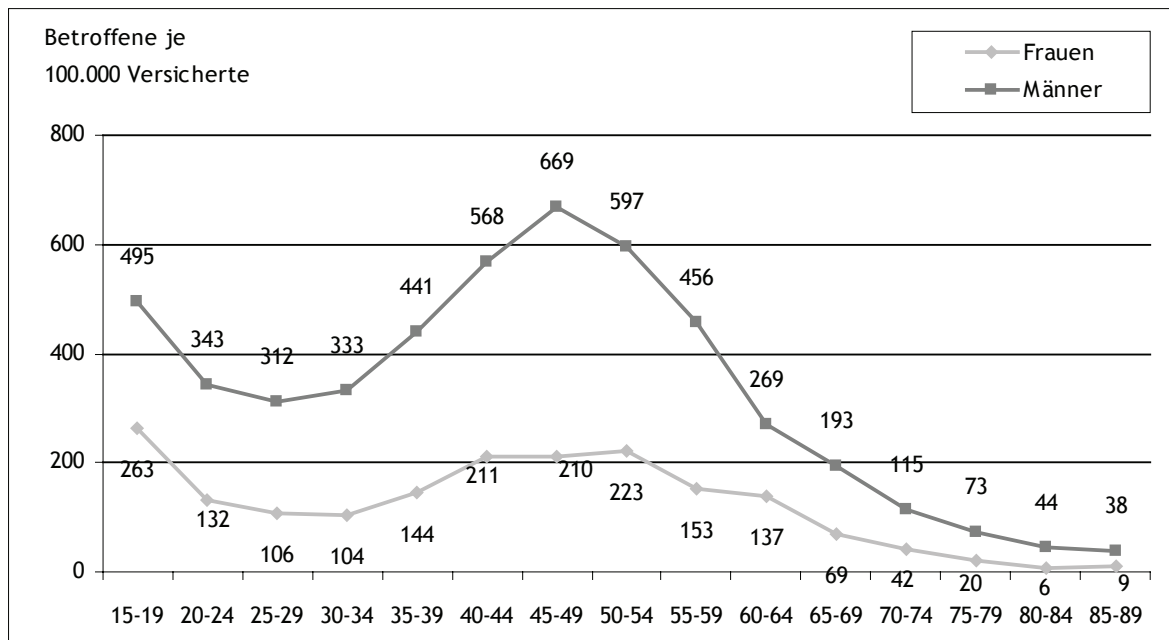
Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2007-2009 (Durchschnitt); eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Zahlen gerundet

Der Großteil der durch psychotrope Substanzen bedingten Krankenhaufälle geht auf Alkoholdiagnosen zurück. Männer sind in praktisch allen Altersgruppen (abgesehen von den 70- bis 80-Jährigen) deutlich häufiger betroffen als Frauen.

Bei den 15- bis 19-jährigen Männern werden 495 von 100.000 OÖGKK-Versicherten mit einer Alkoholdiagnose im Krankenhaus behandelt. Die Gruppe der 20- bis 34-Jährigen liegt etwas unter diesem Wert (312 bis 343/100.000). Daraufhin steigt die Prävalenz der Alkoholbehandlungen bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen kontinuierlich an (bis auf 669 Betroffene je 100.000) und sinkt dann mit zunehmendem Alter wieder kontinuierlich ab.

Auch bei 20- bis 34-jährigen Frauen ist, im Vergleich zu den unter 20-Jährigen, ein Rückgang zu erkennen (von 263 Fällen/100.000 auf 104 Fälle). Mit zunehmendem Alter steigt dann der Anteil der betroffenen Frauen bis auf 223/100.000 Fälle in der Altersgruppe zwischen 50 und 54 Jahren. Bei den älteren Frauen nimmt der Anteil der Betroffenen wieder kontinuierlich ab (Abbildung 40).

Abbildung 40: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch Alkohol



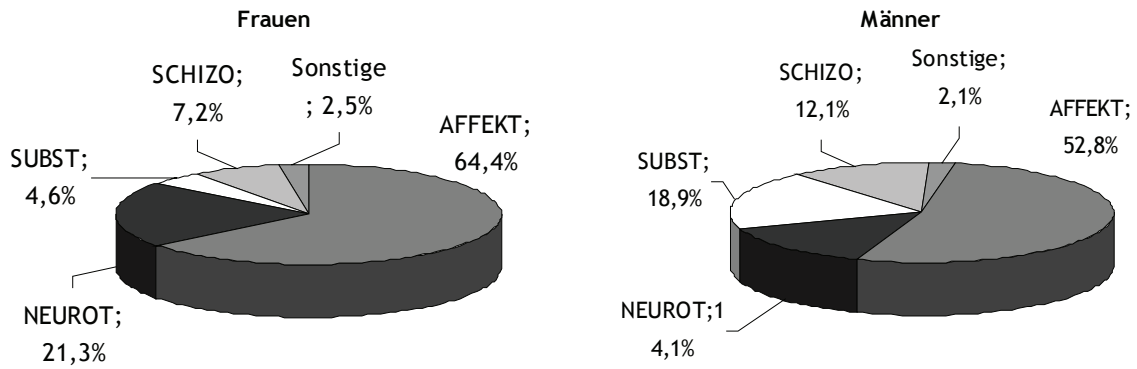
Quelle: FOKO; Krankenhausaufenthalte 2007-2009 (Durchschnitt); eigene Berechnungen; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; Zahlen gerundet

GESUNDHEIT UND
KRANKHEIT

Bei den Krankenständen der Frauen sind mehr als die Hälfte (54 Prozent) der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage auf affektive Störungen zurückzuführen und weitere 36 Prozent auf die Gruppe der neurotischen Störungen.

Bei den Krankenstandstagen der Männer haben Störungen aufgrund psychotroper Substanzen eine größere Bedeutung (13 Prozent) als bei Frauen (drei Prozent). Aber auch für männliche Erwerbstätige ist die Gruppe der affektiven Erkrankungen für weitaus die meisten psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich (49 Prozent) (Abbildung 41).

Abbildung 41: Anteil der psychiatrischen Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer und Frauen)



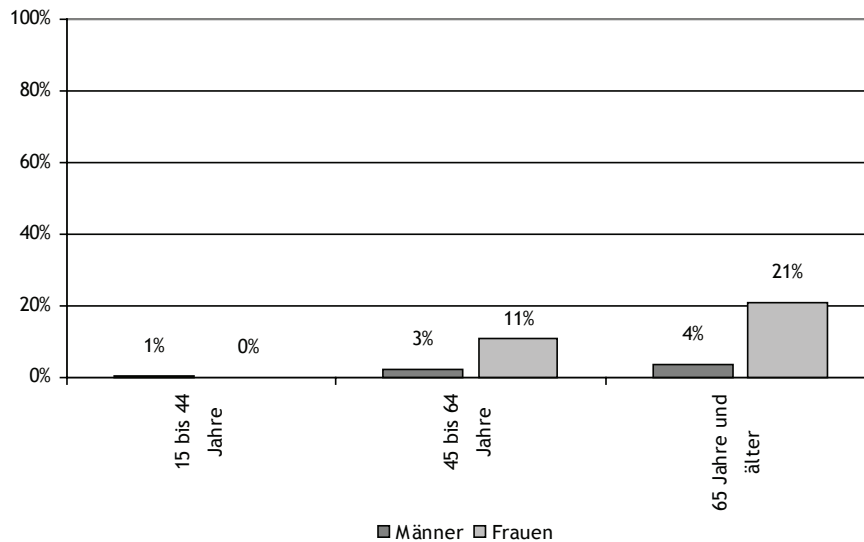
Quelle: FOKO; Arbeitsunfähigkeitsmeldungen 2007-2009; nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich; AFFEKT=Affektive Störungen (F30-F39); SUBST=Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19); NEUROT=Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48); SCHIZO=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29); Sonstige=Sonstige psychische Störung

3.3.7. Krankheiten des Bewegungsapparates

Während es bei der 12-Monatsprävalenz bei Wirbelsäulenbeschwerden in allen Altersgruppen nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, sind Frauen deutlich häufiger von Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Osteoporose betroffen. Sowohl bei Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus als auch bei Osteoporose nimmt der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit steigendem Alter zu.

Bei den über 65-Jährigen sind 28 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen laut Selbstauskunft von Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus betroffen (12-Monatsprävalenz). Noch deutlicher sind die Unterschiede bei der Osteoporose (siehe Abbildung 42). Während nur vier Prozent der Männer ab dem 65. Lebensjahr von Osteoporose betroffen sind, sind es bei den Frauen fünfmal so viele (21 Prozent).

Abbildung 42: Osteoporose (12-Monatsprävalenz)

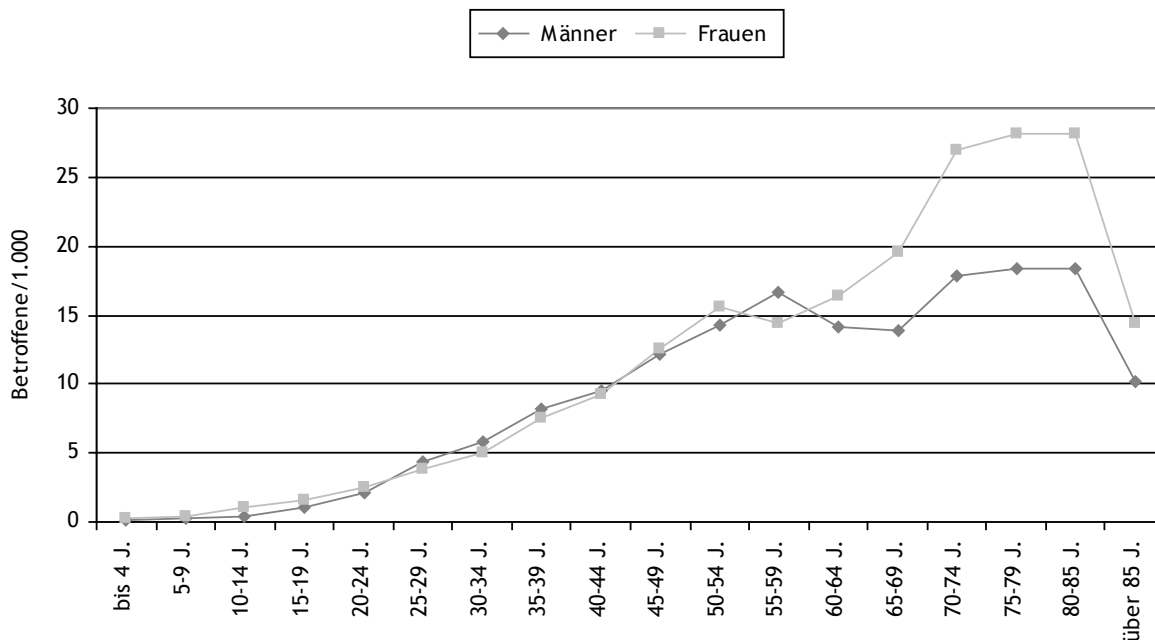


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Von 1.000 EinwohnerInnen sind innerhalb eines Jahres 8,6 Personen von einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Wirbelsäulen- und Rückenproblemen betroffen, wobei Frauen mehr Krankenhausaufenthalte aufweisen als Männer (Männer: 7,6/1.000; Frauen: 9,7/1.000). Bis zum etwa 60. Lebensjahr unterscheiden sich Männer und Frauen

hinsichtlich einschlägiger Krankenhausaufenthalte kaum. Im höheren Alter weisen Frauen aber deutlich häufiger Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Erkrankung von Rücken oder Wirbelsäule auf als Männer (Abbildung 43).

Abbildung 43: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54); (Mittelwert 2004 bis 2006); nur Versicherte der OÖGKK

Bei Erkrankungen der Gelenke ist die Betroffenenquote (Krankenhausaufenthalte) ähnlich. Ab dem 45. Lebensjahr ist ein starker Anstieg an Krankenhausaufenthalten zu beobachten, wobei in den Altersgruppen über 50 Jahren Frauen deutlich mehr Krankenhausaufenthalte aufweisen als Männer.

Ein anderes Bild ergibt sich bei den Krankenständen: Männer sind innerhalb eines Jahres häufiger aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke im Krankenstand als Frauen, wobei bei beiden Geschlechtern die Häufigkeit mit dem Alter gleichmäßig zunimmt.⁵⁸

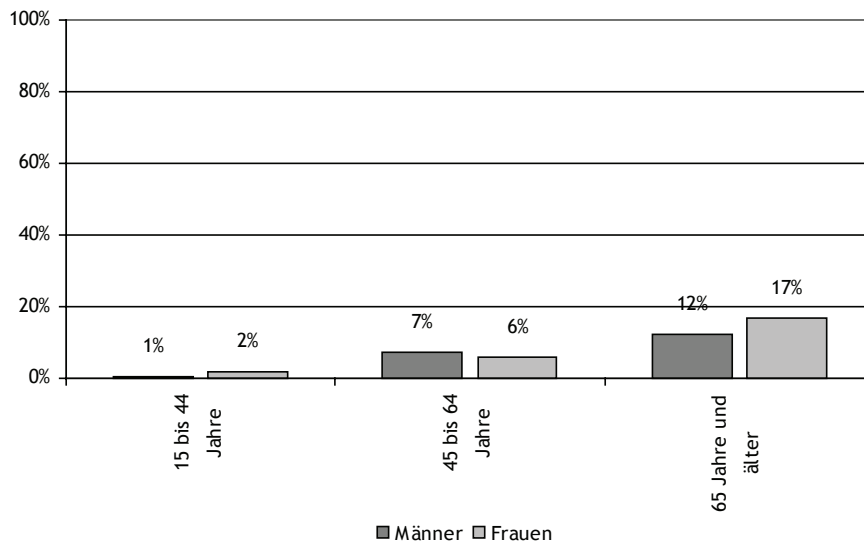
3.3.8. Diabetes mellitus

Fünf Prozent der über 15-jährigen Männer und sieben Prozent der über 15-jährigen Frauen haben laut Selbstangabe Diabeteserfahrung. In der Altersgruppe unter 45 Jahren liegt der Anteil unter zwei Prozent. Bei den 45- bis 64-Jährigen waren rund sechs Prozent schon einmal

betroffen (sieben Prozent der Männer und sechs Prozent der Frauen) und in der Altersgruppe über 65 Jahren steigt der Anteil auf zirka 15 Prozent (17 Prozent der Frauen und zwölf Prozent der Männer) (Abbildung 44).

⁵⁸ Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen). Personen mit mindestens einer Arbeitsfähigkeitsmeldung innerhalb eines Jahres; ICD-10: Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur erwerbstätige Versicherte der OÖGKK.

Abbildung 44: Lebenszeitprävalenz Diabetes mellitus

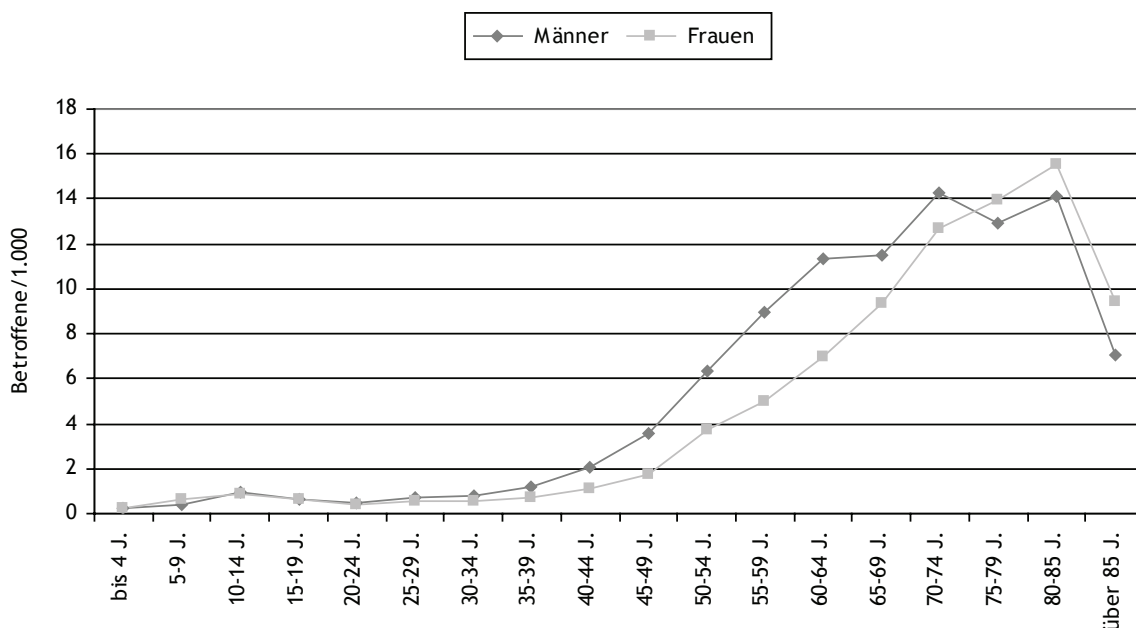


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (eigene Berechnungen)

Innerhalb eines Jahres sind von 1.000 Personen durchschnittlich 3,5 von (mindestens) einem Krankenhausaufenthalt infolge von Diabetes mellitus betroffen. Der An-

teil steigt mit zunehmendem Alter ab dem 40. Lebensjahr bei Frauen und Männern kontinuierlich an, wobei Männer bis zum 75. Lebensjahr häufiger betroffen sind (Abbildung 45).

Abbildung 45: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006)



Quelle: OÖGKK; FOKO II (eigene Berechnungen); Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: Diabetes mellitus (E10-E14); (Mittelwert 2004 bis 2006); nur Versicherte der OÖGKK

Insgesamt werden innerhalb eines Jahres an 3,1 Prozent der Bevölkerung Antidiabetika verordnet. Der Anteil steigt ab dem 40. Lebensjahr mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern stark an - bei Männern dennoch et-

was stärker als bei Frauen. In der Altersgruppe zwischen 70 und 75 Jahren erhalten rund 15 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen Antidiabetika.⁵⁹

Fakten

- Frauen haben eine höhere Lebenserwartung als Männer. In Oberösterreich beträgt im Jahr 2007 die Lebenserwartung eines Mannes bei der Geburt 77,7 Jahre und jene einer Frau 83,4 Jahre.
- Auf 100.000 Männer kommen pro Jahr 373 Todesfälle in Folge von Herz-Kreislauferkrankungen. Bei den Frauen sind dies 246 pro 100.000. Auch die Krebsmortalität ist bei Männern (221 pro 100.000) höher als bei Frauen (130 pro 100.000).
- Bei den frühen Todesfällen (vor dem 65. Lebensjahr) gibt es gravierende Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Bei den Männern treten 27 Prozent aller Todesfälle vor dem 65. Lebensjahr ein, bei den Frauen elf Prozent aller Todesfälle.
- Frauen bekommen pro Jahr deutlich mehr Medikamente als Männer verordnet (Frauen: 12.300 Packungen je 1.000; Männer: 8.500 Packungen je 1.000). Bis zum 70. Lebensjahr unterscheiden sich Frauen und Männer jedoch nur geringfügig in der Verordnungsmenge. Erst ab diesem Alter bekommen Frauen deutlich mehr Medikamente verordnet.
- Die meisten Krankenstandstage von Frauen gehen auf Krankheiten des Atmungssystems (24 Prozent) gefolgt von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (22 Prozent) zurück. Bei Männern wiederum spielen Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere äußere Ursachen die wichtigste Rolle (26 Prozent), gefolgt von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (23 Prozent).

- Pro Jahr weisen deutlich mehr Frauen (480 pro 100.000) als Männer (260 pro 100.000) einen Krankenhausaufenthalt mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung auf. Von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (vor allem Alkohol) sind Männer wiederum deutlich häufiger als Frauen betroffen.
- Während es bei Wirbelsäulenbeschwerden in allen Altersgruppen nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt (12-Monatsprävalenz), sind Frauen deutlich häufiger von Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Osteoporose betroffen. So sind beispielsweise nur vier Prozent der Männer ab dem 65. Lebensjahr, jedoch 21 Prozent der Frauen von Osteoporose betroffen.
- Im höheren Alter weisen Frauen deutlich häufiger Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Erkrankung von Rücken oder Wirbelsäule auf als Männer. Männer sind innerhalb eines Jahres wiederum häufiger aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke im Krankenstand als Frauen.

⁵⁹ Quelle: OÖGKK, FOKO II (eigene Berechnungen).

Personen mit mindestens einer Verordnung von Antidiabetika innerhalb eines Jahres (ATC-A10) (Mittelwert 2004 bis 2006). Nur Versicherte der OÖGKK.

EXKURS

Exkurs - Fragestellungen und Eckpunkte der Erhebung „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“

Die folgenden Ergebnisse der Kapitel 4 und 5 basieren auf einer Erhebung, die das Institut für Gesundheitsplanung im Jahr 2007 durchgeführt hat. Das Hauptanliegen dieser Erhebung war, genderspezifische Lebensbedingungen und Gesundheitsdeterminanten zu identifizieren. Es sollte untersucht werden, welchen Einfluss das Geschlecht bzw. auch genderspezifische Lebenslagen auf unterschiedliche Verhaltensweisen hinsichtlich Gesundheit (z.B.: schädigendes bzw. Risikoverhalten wie Rauchen oder förderndes Verhalten wie das Achten auf gesunde Ernährung) haben (können).

Insbesondere sollte als Schwerpunkt auf unterschiedliche Lebenswelten und -realitäten von Männern wie Frauen Rücksicht genommen werden. Genderspezifische Lebenslagen sollten aufschlussreiche Hinweise dafür geben, welche Gruppen etwa für spezifische Angebote zur Gesundheitsförderung eher zugänglich oder resistent sind, wer von besonderen Belastungen geprägt ist oder welche Gruppen besonderen Stellenwert auf gesundheitsförderliche Aktivitäten legen. Es stellte sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, wie Personen aus unterschiedlichen Lebenslagen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität und ihren Gesundheitszustand einschätzen.

Anschließend daran war das Ziel eine praxisrelevante Analyse der Daten. Es sollten Anknüpfungspunkte für Potentiale von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten identifiziert werden. Basis der genderrelevanten Analyse hierfür waren die gefundenen Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich sowie innerhalb der identifizierten Gender-Lebenslagen. Die Fragestellung wurde in 2 Schritten aufgearbeitet:

a) In Kapitel 4 wird zunächst auf der gesundheitsrelevanten Verhaltens-ebene sowie im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand nach Unterschieden und Gemeinsamkeiten bei Männern und Frauen gesucht. Dieser Geschlechtervergleich liefert Einsichten in unterschiedliches risikoreiches oder präventives bzw. gesundheitsförderndes Verhalten von Männern und Frauen.

b) Genderspezifische Lebenslagen werden dargestellt (Kapitel 5) und auf ihre Einflüsse auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten untersucht.

Erhebung und Datengrundlage

Die Befragung erfolgte postalisch mittels eines standardisierten Fragebogens, der eigens für die genannten Fragestellungen entwickelt wurde. Bei der Fragebogenerstellung wurde das IGP von mehreren ExpertInnen unterstützt. Zum Test des Erhebungsinstruments wurden 30 Pretests durchgeführt.

Zielgruppe der Erhebung waren alle Versicherten der OÖGKK (Hauptversicherte und Mitversicherte) im Alter zwischen 18 und 70 Jahren mit Wohnsitz in OÖ. Aus dem Versichertenstamm wurde eine Zufallsstichprobe von 10.000 Personen gezogen, an die von der OÖGKK die Fragebögen verschickt wurden.

Anfang November 2007 wurden die Fragebögen versendet. Nach einer Woche wurde ein Erinnerungs- bzw. Dankeschreiben verschickt, um den Rücklauf zu erhöhen. Alle Fragebögen, die bis Ende Dezember einlangten, konnten in die Auswertung aufgenommen werden (3.529). Der Rücklauf beträgt 35 Prozent, was für postalische Befragungen als hoch einzustufen ist.

Tabelle 3: Eckdaten der Erhebung

Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Versicherte der OÖGKK (Haupt- und Mitversicherte) mit Wohnsitz in OÖ zwischen 18 und 70 Jahren
Methode	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen (Fragebogen siehe Anhang) 30 Pretests zum Test des Instruments Auswahlverfahren: Zufallsstichprobe Postalischer Versand der Fragebögen (inklusive Anschreiben und freiem Rückkuvert) Erinnerungsschreiben eine Woche nach Fragebogenversand
Erhebungszeitraum	<ul style="list-style-type: none"> November/Dezember 2007
Fragebogenrücklauf	<ul style="list-style-type: none"> versandte Fragebögen: 10.000 retournerierte und verwertbare Fragebögen: 3.529 Rücklaufquote: ~ 35 Prozent

Repräsentativität

Trotz des relativ hohen Rücklaufs von 35 Prozent muss mit gewissen Verzerrungen gerechnet werden, die sich aus der unterschiedlichen Beteiligungsbereitschaft in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ergeben. Anhand demographischer Merkmale lassen sich folgende Abweichungen der erhobenen Daten von der Stichprobe feststellen:

- Frauen sind etwas überrepräsentiert (Stichprobe 52 Prozent, Rücklauf 61 Prozent)
- Ältere Personen haben sich häufiger beteiligt, so dass die Altersgruppen über 50 Jahre etwas überrepräsentiert und jene unter 40 Jahre etwas unterrepräsentiert sind.
- Befragte mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft sind deutlich unterrepräsentiert. Sie machen in der Grundgesamtheit 14 Prozent aus, in den erhobenen Daten jedoch nur vier Prozent.
- Befragte aus städtischen Gebieten sind leicht unterrepräsentiert (Stichprobe 24 Prozent, Rücklauf 20 Prozent).

4. GESUNDHEITS- RELEVANTE VER- HALTENSWEISEN, SOZIALE UND INDIVIDUELLE RESSOURCEN SOWIE SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND IM GESCHLECHTERVERGLEICH

4.1. Verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminanten

Der Begriff „gesundheitsrelevantes Verhalten“ umfasst Verhalten, das Einfluss auf die Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden nimmt. Darunter fallen gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Fehlernährung oder Risikoverhalten sowie Verhalten zur Gesundheitsförderung, das regelmäßige Bewegung oder gesunde Ernährung aber auch das Verhalten im Krankheitsfall und die Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen einschließt.

4.1.1. Alkoholkonsum

Ein Bereich gesundheitsrelevanten Verhaltens ist der Konsum von Alkohol. Dieser wird in zweifacher Weise abgebildet: zum einen über die Trinkfrequenz, also die Auskunft, an wie vielen Tagen pro Woche alkoholische Getränke konsumiert werden und zum anderen über die Menge der Gläser an Alkohol in der letzten Woche. Ein Glas Alkohol entspricht ungefähr ½ Liter Bier oder ¼ Liter Wein oder 0,2 cl Spirituosen oder einer ähnlichen Menge eines Getränkes mit ähnlichem Alkoholgehalt.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Abbildung des Alkoholkonsums mittels Repräsentativumfragen unterschätzt wird. Diese Verzerrung hat folgende Ursachen: (1) AlkoholikerInnen werden - wie dies auch für andere Extrem- bzw. Randgruppen gilt - unterproportional erfasst (Undersampling), (2) die auskunftgebenden Personen geben den Konsum des Vortags zu niedrig an (Underreporting) und (3) die Befragten geben, wenn man sie über den Alkoholkonsum über den Vortag zurückliegend hinaus fragt, eine noch geringere Alkoholmenge als die schon zu niedrige des Vortags an (Verzerrung durch Vergessen). Die

Methode der Repräsentativerhebung erfasst demzufolge nur etwas mehr als ein Drittel des tatsächlich konsumierten Alkohols.⁶¹ Will man jedoch - wie in diesem Fall - Aussagen über Konsum(muster) oder verschiedene Teilgruppen machen, sind Fragen zum Alkoholkonsum unverzichtbar. Die nachfolgende Darstellung von Trinkfrequenz sowie Menge an Alkohol gibt die berichteten Angaben der Befragten wieder.

Trinkfrequenz und Menge

Für die Abbildung der Häufigkeit des Alkoholkonsums wurden Typen gebildet. Sie setzen sich wie folgt zusammen: „Nie“ bedeutet „kein Alkoholkonsum“, „Selten“ bedeutet weniger als oder maximal einmal die Woche, „Öfters“ bedeutet mindestens zwei bis maximal fünf Mal in der Woche und „(fast) Täglich“ bedeutet, dass an 6-7 Tagen in der Woche Alkohol konsumiert wird.

Den theoretischen Hintergrund für diese Typeneinteilung bildet die Einteilung in Alkoholkonsumklassen nach den Empfehlungen des britischen Health Education Council von 1994, wobei zu unterscheiden ist zwischen der „Harmlosigkeitsgrenze“ und der „Gefährdungsgrenze“.⁶² Das bedeutet, dass ein täglicher Durchschnittskonsum bis 16 Gramm Alkohol bei Frauen und bis 24 Gramm Alkohol bei Männern als harmlos und ab 40 Gramm bei Frauen und ab 60 Gramm bei Männern als gesundheitsgefährdend einzustufen ist.

Tabelle 4: Harmlosigkeitsgrenze und Gefährdungsgrenze beim Alkoholkonsum

	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>
<i>Harmlosigkeitsgrenze:</i> Konsum als unbedenklich eingestuft	bis 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag - 0,6 Liter Bier oder - 0,3 Liter Wein	bis 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag - 0,4 Liter Bier oder - 0,2 Liter Wein
<i>Gefährdungsgrenze:</i> Konsum als gesundheitsgefährdend eingestuft	ab 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag - 1,5 Liter Bier oder - 0,75 Liter Wein	ab 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag - 1 Liter Bier oder - 0,5 Liter Wein

Quelle: Health Education Council (1994)⁶⁰

⁶⁰ Für die Unterschiede in den Grenzziehungen zwischen Männern und Frauen im Verhältnis 3:2 spricht, dass diese Mengen hinsichtlich der Wirkung äquivalent sind, also bei durchschnittlichen Frauen und durchschnittlichen Männern zu identischen Blutalkoholwerten führen (Anton Proksch Institut: <http://www.api.or.at/sp/texte/002/harmgef.htm>).

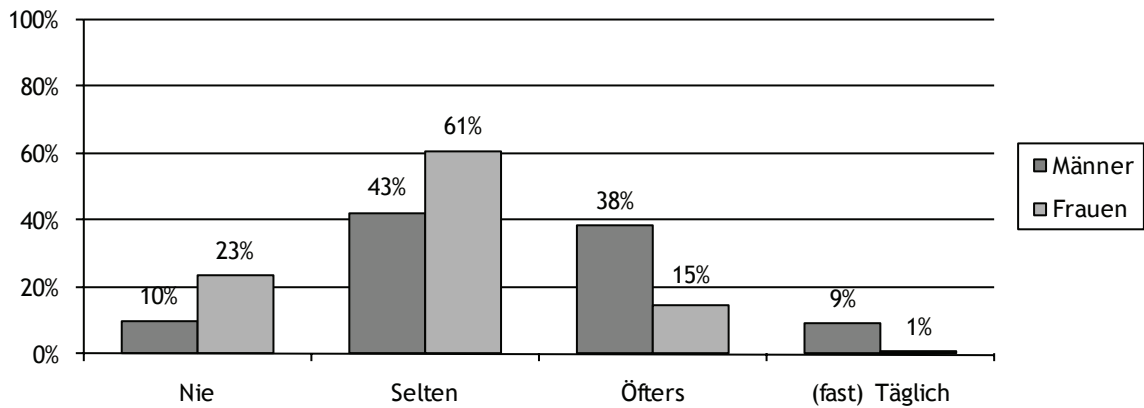
⁶¹ Seyer et al. 2005, S. 157-158

⁶² Die vom britischen HEC - Health Education Council 1994 publizierte Definition der Grenzwerte hat sich mittlerweile international weitgehend durchgesetzt, daher wird sie auch in dieser Studie verwendet.

Umgelegt auf die Alltagssprachliche Verwendung von „Gläsern“ entspricht die Harmlosigkeitsgrenze dem täglichen Konsum von einem Glas Alkohol. Ab drei (Männer) bzw. zwei (Frauen) Gläsern Alkohol pro Tag wird von einer Gesundheitsgefährdung ausgegangen.

Für die Typenbildung der vorliegenden Studie wurde die Angabe „6-7 Tage pro Woche Alkoholkonsum“ mit „(fast) Täglich“ bezeichnet und nachfolgend in Abgrenzung zu den Abstufungen „öfters“, „selten“ und „nie“ abgebildet. Man kann davon ausgehen, dass Personen mit einem (fast) täglichen Alkoholkonsum eine Risikogruppe für sich darstellen.

Abbildung 46: Alkohol - Trinkfrequenz, abgebildet in Typen nach Geschlecht



$N=3.413$; $Cramer-V=0.366$; $p \leq 0.001$

Wie aus Abbildung 46 ersichtlich ist, unterscheidet sich die Häufigkeit des Alkoholkonsums zwischen Frauen und Männern signifikant.

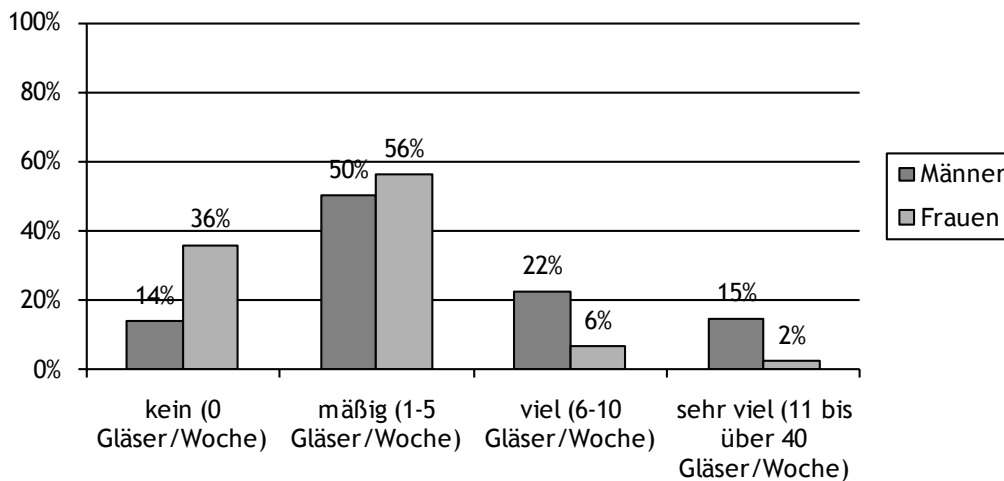
So geben mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer an, nie Alkohol zu konsumieren (Frauen: 23 Prozent, Männer: zehn Prozent), während Männer mit 38 Prozent öfters zu alkoholischen Getränken greifen als Frauen (15 Prozent). Besonders bemerkenswert ist die Gruppe derjenigen Personen, die in die so genannte „Alkohol-Risikogruppe“ fällt: neun Prozent der Männer geben an, täglich oder fast täglich Alkohol zu konsumieren, hingegen liegt der Anteil bei Frauen bei etwa einem Prozent.

Neben der Häufigkeit des Alkoholkonsums wurde auch die Menge abgebildet, und zwar wurde konkret nach der „Menge in der vergangenen Woche“ gefragt.

Auch für diese Darstellung wird eine Typologie eingeführt: „Kein“ bedeutet, dass in der vergangenen Woche kein Alkohol konsumiert wurde; „mäßig“ bedeutet, dass zwischen einem und fünf Gläsern getrunken wurden; „viel“ bedeutet, dass zwischen sechs und zehn Gläsern konsumiert wurden und „sehr viel“ bedeutet, dass in der letzten Woche elf und mehr Gläser Alkohol konsumiert wurden, wobei die abgefragten Abstufungen von 11+, über 21+ und 31+ bis 41+ Gläser pro Woche reichten.

Aus der nachfolgenden Darstellung wurden alle jene Personen ausgeschlossen, die angaben, nie Alkohol zu trinken; bei allen anderen Personen verteilt sich die Menge an Alkohol entlang der Typologie wie folgt:

Abbildung 47: Alkohol - Menge an Gläsern in der vergangenen Woche nach Geschlecht



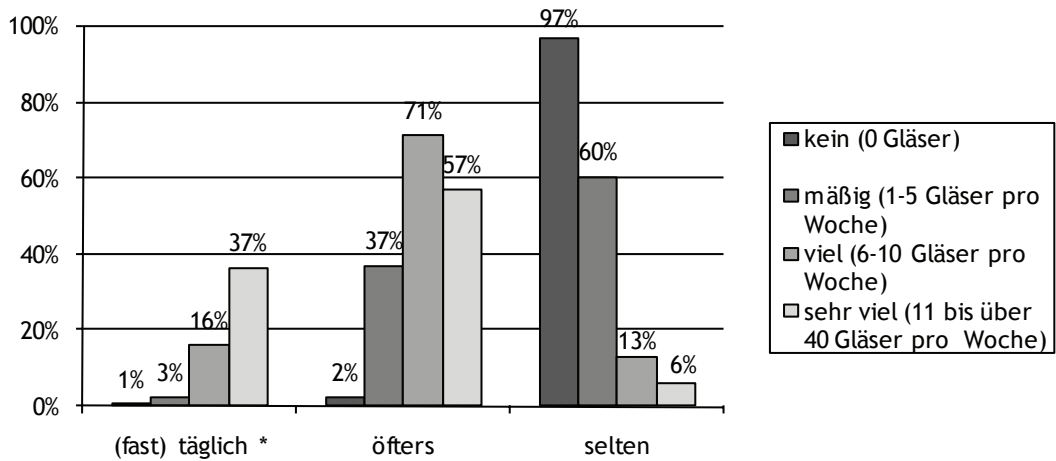
N=2.776; Cramer-V=0.382; p ≤ 0.001

Auch hinsichtlich der konsumierten Menge an Alkohol sind signifikante Geschlechtsunterschiede festzustellen. Von denjenigen Befragten, die angaben, Alkohol zu trinken, haben 36 Prozent der Frauen und nur 14 Prozent der Männer zum Befragungszeitpunkt in der letzten Woche keinen Alkohol getrunken. Grob gerundet die Hälfte aller Personen (männlich wie weiblich) haben Alkohol in mäßigen Mengen konsumiert, zwischen ein und fünf Gläsern. Rund dreieinhalb mal so viele Männer (22 Prozent) wie Frauen (sechs Prozent), im Durchschnitt insgesamt immerhin 14

Prozent aller Personen, fallen in die Gruppe der Viel-Konsumenten. Insgesamt gaben acht Prozent der Befragten an, „sehr viel“ (also 11+ bis 41+ Gläser) Alkohol konsumiert zu haben, wobei Männer dabei deutlich überwiegen: 15 Prozent der Männer und zwei Prozent der Frauen trinken „sehr viel“ Alkohol.

Entlang der Fragestellung zur Identifizierung von Risikogruppen bzw. Potentialen zur Gesundheitsförderung wurden beide Fragen zu Häufigkeit und Menge in Zusammenhang gebracht.

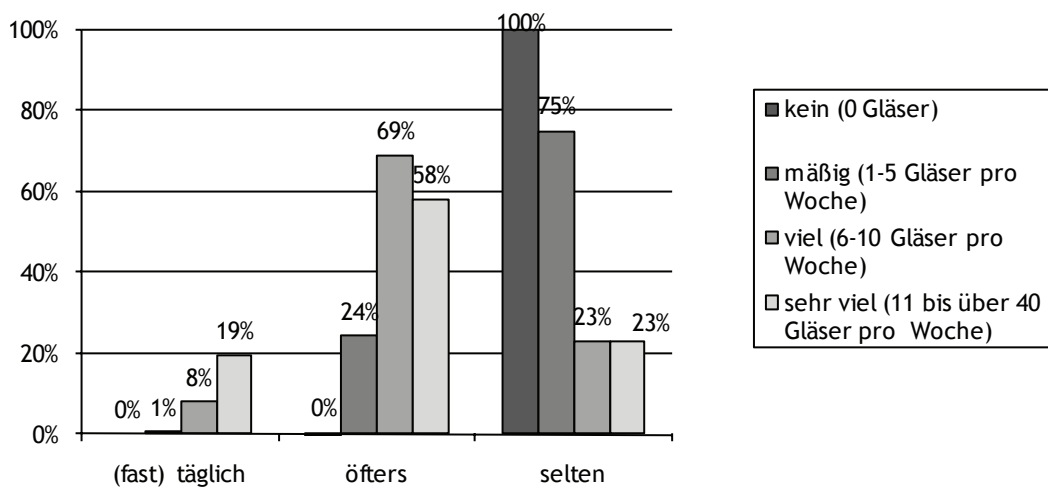
Abbildung 48: Alkoholkonsum - Frequenz und Menge bei Männern



N=1.208; Cramer-V=0.671, $p \leq 0.001$; spaltenweise prozentuiert nach Menge;

* der Wert von 1 Prozent der Männer, die zwar angeben fast täglich zu trinken, aber dennoch kein Glas konsumiert hatten ist mit Vorsicht zu interpretieren: diese Zahl kann durch Fehlangaben zustande kommen, aber auch durch besondere Umstände wie Krankheit.

Abbildung 49: Alkoholkonsum - Frequenz und Menge bei Frauen



N=1.568; Cramer-V=0.555; $p \leq 0.001$; spaltenweise prozentuiert nach Menge

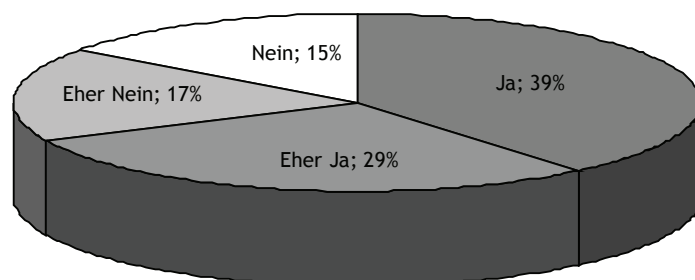
Das Ergebnis der Abbildungen 48 und 49 zeigt grundsätzlich ein plausibles Bild des Alkoholkonsums der befragten Frauen und Männer, ist jedoch aufgrund der sehr unterschiedlich hohen Fallzahlen mit Vorsicht zu interpretieren: Ausgehend von der Menge (konsumiert in der letzten Woche) wurde hinsichtlich der Frequenz analysiert. Annähernd alle Frauen und Männer, die in der letzten Woche keinen Alkohol getrunken haben, geben von sich aus an, dass sie auch allgemein selten Alkohol konsumieren (Männer: 97 Prozent, Frauen: knapp 100 Prozent). Auch bei den Personen mit mäßigem Konsum überwiegen vor allem jene, die allgemein selten trinken (mäßig und selten: Frauen: 75 Prozent, Männer: 60 Prozent). Bei den „Viel“-TrinkerInnen kippt das Bild: Frauen und Männer mit „viel“ Alkoholkonsum in der letzten Woche, sprechen auch davon, „öfters“ etwas zu trinken. Konkreter gesprochen wären das jene Personen (männlich wie weiblich), die zwischen zwei und fünf Tagen/Woche Alkohol trinken und insgesamt auf sechs bis zehn Gläser kommen. Theoretisch würden in diese Gruppe die KonsumentInnen des sogenannten „Feierabend-Seiderls“ fallen. Tatsächlich sprechen die hohen Fallzahlen im Vergleich zu den anderen Gruppen dafür, dass Frauen und Männer insgesamt eher mäßig und selten Alkohol konsumieren, wobei bei den Männern die zweitgrößte Gruppe die der „Öfters- und Mäßig“-Trinker ist. In der Gruppe derjenigen Personen, die „sehr viel“ Alkohol in der letzten Woche konsumiert haben, befindet sich auch ein Großteil der täglichen TrinkerInnen. Dies gilt für Männer wie für Frauen (sehr viel und (fast) täglich: Männer: 37 Prozent, Frauen: 19 Prozent). Allerdings sind die

Fallzahlen in diesen Gruppen äußerst niedrig. Daher ist eine Interpretation dieser Daten mit Umsicht zu verfassen: es bedeutet nicht, dass 37 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen AlkoholikerInnen sind, sondern gibt lediglich einen Hinweis darauf, dass eine hohe Wochenmenge ab 11 bis über 40 Gläsern einhergeht mit einer (fast) täglichen Konsumation von Alkohol. Geht man davon aus, dass - wie oben ausgeführt - Angaben zum Alkoholkonsum in standardisierten Befragungen unterschätzt werden, zeigt sich insgesamt das Bild, dass Alkohol in mäßigen Mengen und im Schnitt öfters konsumiert wird. Es „gehört“ dazu, „hin und wieder“ ein „Glaserl“ zu trinken. Aus der Genderperspektive kann zunächst festgehalten werden, dass der Konsum von Alkohol deutlich mehr Männer betrifft als Frauen.

Verhältnis zum Alkohol - Veränderung und Einstellung

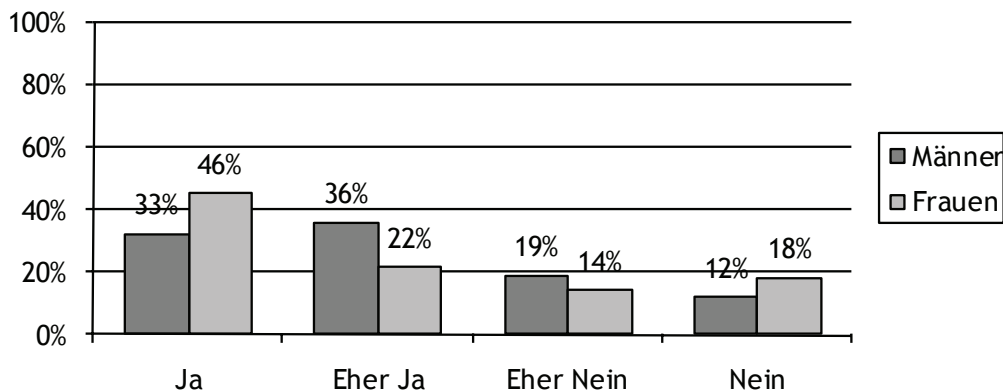
Das Verhältnis zum Alkohol wurde in zwei Schritten hinterfragt: erstens, über die Einstellungen zum Alkohol, welche Rolle er im (gesellschaftlichen) Leben spielt und zweitens, über die Veränderungsbereitschaft hinsichtlich Alkohol, konkret hinsichtlich der Reduzierung des Konsums. Zunächst wird das Veränderungspotential aufgearbeitet. Gefragt wurde danach, ob sich die Personen vorstellen können, zukünftig in ihrem Leben etwas zu verändern, um etwas für ihre Gesundheit zu tun. Die Antworten zum Item „Alkoholkonsum reduzieren“ waren wie folgt:

Abbildung 50: Alkohol reduzieren - Veränderungsbereitschaft insgesamt



N=2.266 (nur Personen, die angaben, Alkohol zu konsumieren); k.A.=545

Abbildung 51: Alkohol reduzieren - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht

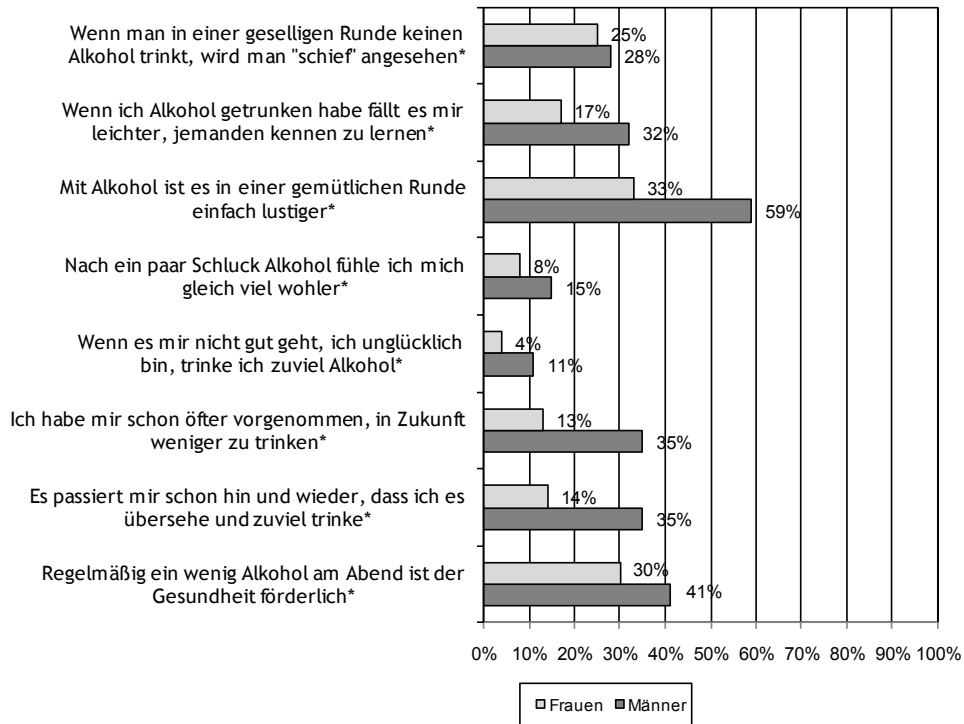


N=2.266 (nur Personen, die angaben, Alkohol zu konsumieren); Cramer-V=0.197, $p \leq 0.001$

Frauen zeigen sich eher bereit, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Zählt man die Antworten „Ja“ und „Eher Ja“ zusammen, so besteht sogar für 68 Prozent aller Frauen die grundsätzliche Bereitschaft für ihre Gesundheit den Konsum von Alkohol einzuschränken. Bei den Männern zeigt sich das Bild, dass 33 Prozent mit „Ja“ geantwortet haben und 36 Prozent mit „Eher Ja“. Insgesamt sagen somit ebenfalls 69 Prozent der männlichen Befragten, der Gesundheit zuliebe weniger Alkohol konsumieren zu wollen. Der Anteil der Personen mit der Tendenz zu „Eher Ja“ ist bei den Männern allerdings höher, sie zeigen demnach eine etwas vagere Veränderungsbereitschaft. Einer Mäßigung im Alkoholkonsum gänzlich ablehnend stehen zwölf Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen gegenüber. Diese Daten sind mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren, da die Fallzahlen auch hier eher gering sind sowie die Gruppe jener Personen, die selten bzw. mäßig Alkohol zu sich nehmen, bei beiden Geschlechtern überwiegt.

Last but not least soll an dieser Stelle die Frage nach den Einstellungen zum Alkohol aufbereitet werden. Es wurde dazu eine Fragebatterie verwendet, die den Stellenwert des Alkohols im privaten Bereich skizziert. Es wird die Zustimmung zu verschiedenen im Alltag oft gehörten und verwendeten Klischees und Stereotypen zum Alkoholkonsum abgefragt. Auf zwei Dimensionen sind die Fragen verankert: zum einem geht es um den persönlichen Umgang mit Alkohol (z.B.: es passiert mir, dass ich es übersehe und zuviel trinke) und zum anderen geht es um die Einschätzung des Alkohols im sozialen Leben (z.B.: wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man „schief“ angesehen). Die Kombination von persönlichem Umgang und sozialem Stellenwert erlaubt es für die Zwecke dieser Studie, individuelle wie gesellschaftliche Hintergründe in Form des Stellenwerts von Alkohol darzustellen.

Abbildung 52: Stellenwert des Alkohols nach Geschlecht



N=3.200-3.388; Anteile „stimme zu“ und „stimme eher zu“ je Item
 *signifikante Ergebnisse nach Geschlecht; $p \leq 0.001$

Rund 40 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen stimmen zu, dass regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend der Gesundheit zuträglich sei. Der Wahrheitsgehalt dieser Aussage ist wissenschaftlich umstritten⁶³, die Bejahung dieser Aussage zeigt allerdings eine gewisse Affinität zu Alkohol(konsum) an.

Ein gutes Drittel der Männer, jedoch nur rund 14 Prozent der Frauen geben an „Es passiert mir schon hin und wieder, dass ich es übersehe und zuviel trinke“. Ähnlich verhält es sich mit der Angabe, dass man „es sich schon öfter vorgenommen habe, in Zukunft weniger Alkohol zu trinken“ (Männer rund 35 Prozent, Frauen rund 13 Prozent). Für elf Prozent der männlichen und vier Prozent der weiblichen Befragten ist Alkohol ein Mittel, um Unwohlsein bzw. Unglücklichsein auszugleichen. Diese Aussage steht vermutlich in Zusammenhang mit der Aussage „Nach ein paar Schluck Alkohol fühle ich mich gleich viel wohler“, welche von 15 Prozent der Männer und acht Prozent der Frauen Zustimmung erfährt.

„Mit Alkohol ist es in einer gemütlichen Runde einfach lustiger“ - dem stimmen knapp 60 Prozent der Männer und rund ein Drittel der Frauen (33 Prozent) zu.

Der Aussage „Wenn ich Alkohol getrunken habe, fällt es mir leichter, jemanden kennen zu lernen“ stimmt knapp ein Drittel der Männer (32 Prozent) und 17 Prozent der Frauen zu.

„Wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man „schief“ angesehen“ meinen ein Viertel aller Frauen (25 Prozent) und 28 Prozent der Männer. Die Antworten der befragten Männer und Frauen sind geschlechtsspezifisch signifikant. Männer stimmen den Aussagen zum Stellenwert des Alkohols teilweise weit stärker zu als Frauen. Dies macht zum einen deutlich, wie stark „geselliges Zusammensein“ mit dem Konsum von Alkohol überhaupt verknüpft wird und wie sehr dies vor allem eine gesellschaftliche Domäne - ein gesellschaftlicher Imperativ? - für Männer zu sein scheint.

Zusammen genommen mit den Daten zu Häufigkeit und Menge ist festzuhalten, dass Alkohol(konsum) also eher männlich konnotiert ist. Das Konsumverhalten stellt sich darüber hinaus zwischen den Geschlechtern unterschiedlich dar. Auch ist der persönliche Umgang verschieden, was vermutlich einen Zusammenhang mit dem unterschiedlichen sozialen Stellenwert hat.

⁶³ Seyer et al. 2005, S. 151

Fakten

- **Allgemeine Anmerkungen:**
Angaben zum Alkoholkonsum in Befragungen sind in der Regel mit Verzerrungen behaftet. Ganz allgemein gesprochen wird der Konsum niedriger angegeben als er ist, er wird also unterschätzt. Es wird davon ausgegangen, dass nur rund etwas mehr als ein Drittel des tatsächlich konsumierten Alkohols erfasst wird.
- **Alkoholkonsum auf der Verhaltensebene:**
Männer weisen einen stärkeren Alkoholkonsum als Frauen auf, d.h. Männer trinken mehr und häufiger Alkohol als Frauen. 23 Prozent der Frauen und nur zehn Prozent der Männer trinken keinen Alkohol, aber neun Prozent der Männer und nur ein Prozent der Frauen fallen in die Risikogruppe der Täglich-Konsumenten.

Mehr Frauen (50 Prozent ja, 19 Prozent eher ja) als Männer (35 Prozent ja, 34 Prozent eher ja) zeigen eine klare Bereitschaft an, für die Gesundheit den Alkoholkonsum zu reduzieren.

- **Alkoholkonsum auf der Einstellungsebene:**
Alkohol „gehört“ für viele in der Gesellschaft „dazu“, man wird „schief angesehen“, wenn man keinen Alkohol trinkt. Männer zeigen allerdings eine stärkere Affinität zu Alkohol(konsum) als Frauen. Rund 60 Prozent der Männer und nur 33 Prozent der Frauen stimmen zu, dass es mit Alkohol in einer gemütlichen Runde lustiger sei.

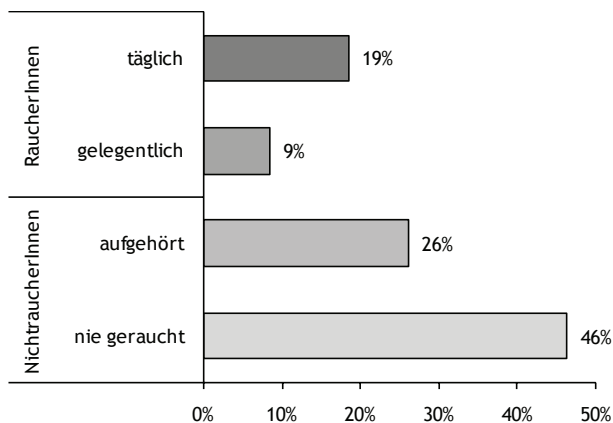
41 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen halten „ein wenig Alkohol am Abend“ sogar als für die Gesundheit zuträglich.

4.1.2. Tabakkonsum

Insgesamt sind 28 Prozent der Bevölkerung RaucherInnen und rund 72 Prozent NichtraucherInnen. Die Gruppe der NichtraucherInnen gliedert sich in jene, die früher ge-

raucht und das Rauchen aufgegeben haben (Ex-RaucherInnen: 26 Prozent) und jene, die nie geraucht haben: 46 Prozent.

Abbildung 53: Rauchstatus insgesamt

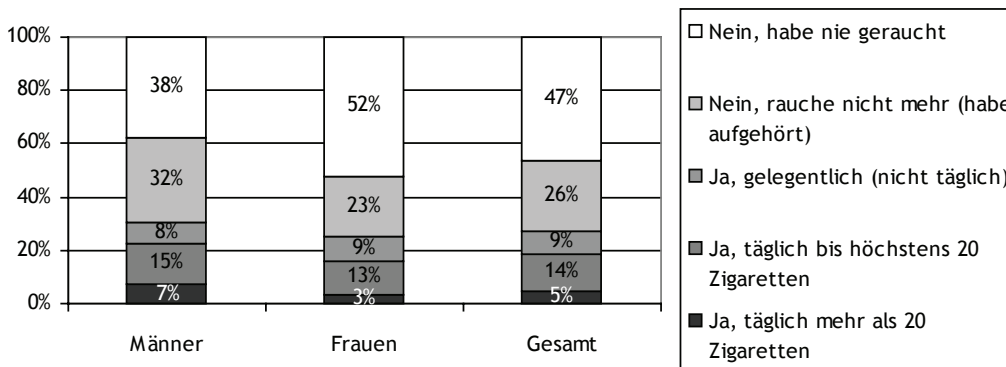


N=3.371; k.A.=158

Die Gruppe der RaucherInnen teilt sich wie folgt auf: Der Großteil raucht täglich bis zu 20 Zigaretten (14 Prozent), rund fünf Prozent rauchen über 20 Zigaretten täglich und

neun Prozent sind GelegenheitsraucherInnen, die nicht täglich rauchen.

Abbildung 54: Rauchstatus nach Geschlecht



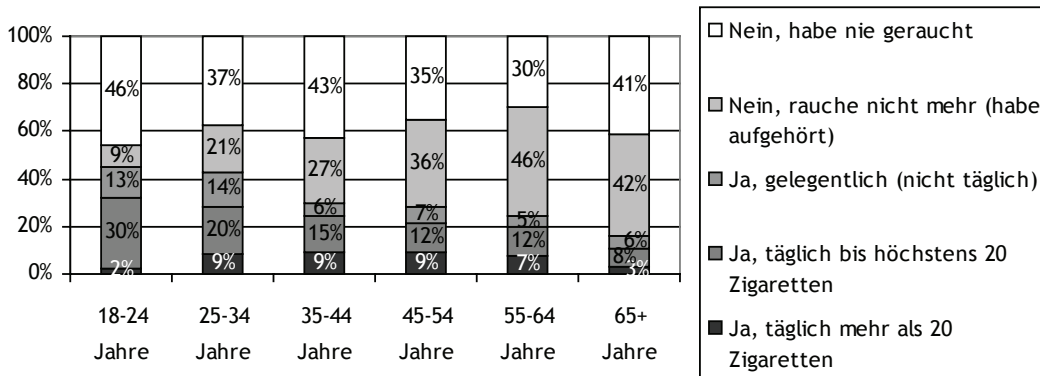
N=3.371; k.A.=158

GESUNDHEITSVERHALTEN UND RESSOURCEN

Hervorzuheben ist, dass insgesamt deutlich mehr Frauen (52 Prozent) als Männer (38 Prozent) noch nie geraucht haben sowie der Anteil der Nichtraucherinnen bei den

Frauen drei Viertel ausmacht (75 Prozent) und somit größer ist als der Anteil der Nichtraucher bei den Männern (70 Prozent).

Abbildung 55: Rauchstatus nach Altersgruppen, Männer

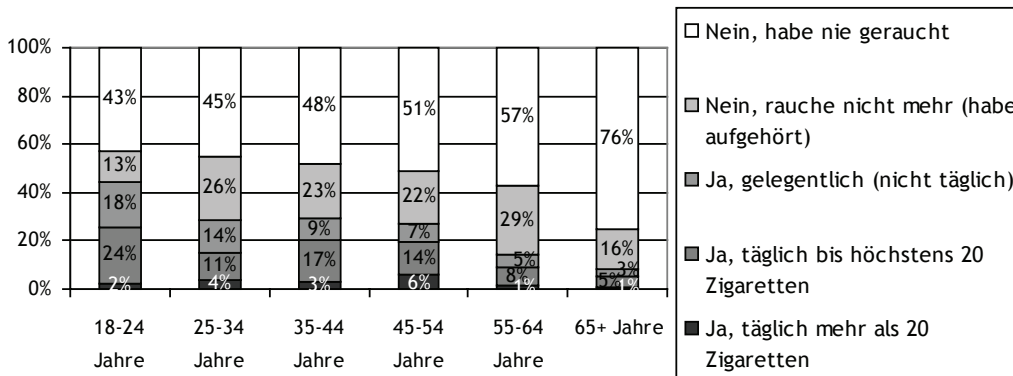


N=3.365; k.A.=164

Bei den männlichen Befragten ist der Anteil der Raucher in den jüngeren Altersgruppen (18 bis 24 Jahre und 25 bis 34 Jahre) insgesamt am höchsten und liegt hier auch deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt, wobei die

meisten Raucher angeben, täglich bis zu 20 Zigaretten zu rauchen. Der Anteil der Männer, die früher geraucht haben und mit dem Rauchen aufgehört haben, steigt mit zunehmendem Alter an.

Abbildung 56: Rauchstatus nach Altersgruppen, Frauen



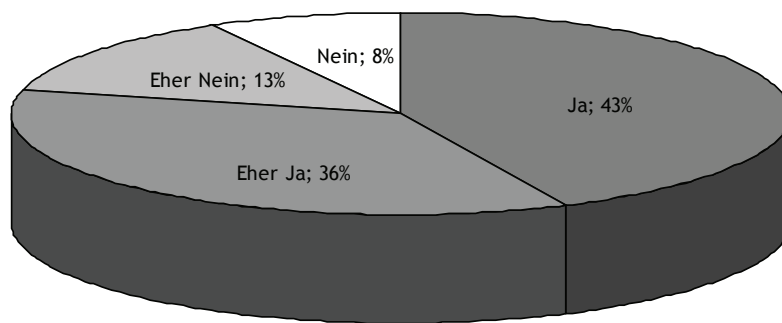
N=3.365; k.A.=164

Bei den Frauen ist bemerkenswert, dass der Anteil der Raucherinnen in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 24 Jahre) deutlich höher als im allgemeinen Durchschnitt ist, in den mittleren Altersgruppen (25 bis 34 Jahre, 35 bis 44 Jahre und 45 bis 54 Jahre) auf in etwa den Durchschnitt zurückfällt und in den älteren Altersgruppen deutlich darunter liegt. Mit zunehmendem Alter verringert sich darüber hinaus insgesamt die Anzahl der Raucherinnen. Die meisten Frauen, die früher geraucht haben und damit aufgehört haben, finden sich in der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen und in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen.

Veränderungsbereitschaft bezüglich Rauchen

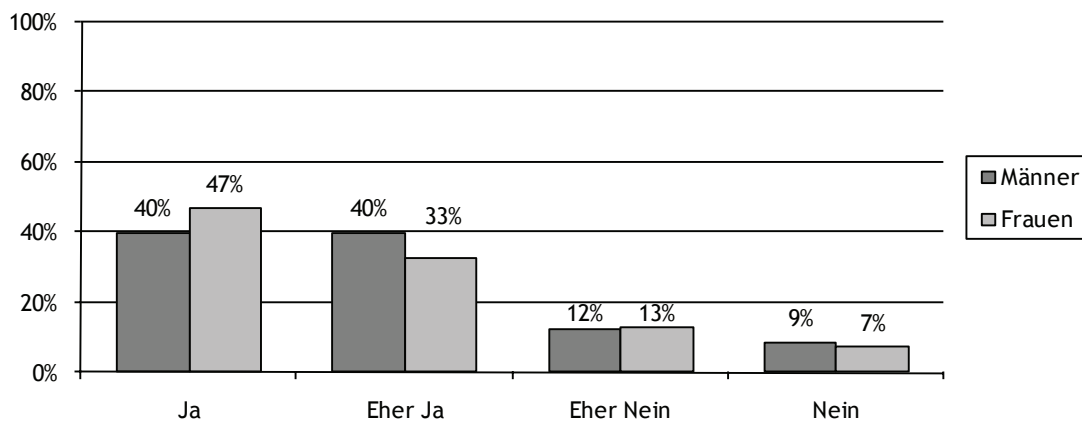
Auf die Frage, was sie gerne an Ihrem Leben ändern würden, um gesünder zu leben, stimmen insgesamt rund 43 Prozent der RaucherInnen der Aussage zu, dass sie das Rauchen aufhören bzw. reduzieren möchten. Diese können bezüglich der Rauchentwöhnung als „Motivierte“ angesehen werden. Weitere 36 Prozent neigen eher zu einer Zustimmung. Man könnte diese Gruppe als „Unentschlossene“ bzw. „Ambivalente“ bezeichnen. Nur rund 20 Prozent der befragten RaucherInnen geben an, dass sie (eher) nicht vorhaben, das Rauchen aufzugeben („Ablehnende“ bzw. „Unmotivierte“).

Abbildung 57: Rauchen aufhören/reduzieren - Veränderungsbereitschaft insgesamt



N=882; k.A.=40 (nur RaucherInnen - täglich und auch gelegentlich)

Abbildung 58: Rauchen aufhören/reduzieren - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht

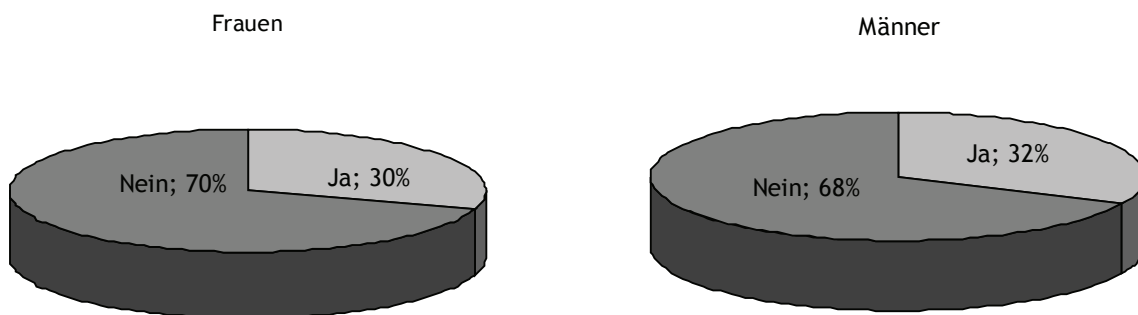


N=882; k.A.=40 (nur RaucherInnen - täglich und auch gelegentlich)

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Veränderungsbereitschaft des Nikotinkonsums sind nicht signifikant. Die Gruppe der motivierten Frauen (47 Prozent) ist etwas größer als die Gruppe der motivierten Männer (40 Prozent). Dafür sind mehr Männer der Gruppe der „Unentschlossenen“ zuzurechnen (40 Prozent) als Frauen (33 Prozent). Jene, die angeben, dass (eher) keine Veränderungsbereitschaft besteht, hält sich bei männlichen wie weiblichen Befragten in etwa die Waage.

Zur Analyse von Potentialen zur Gesundheitsförderung ist den RaucherInnen auch die Frage nach Entwöhnungsversuchen gestellt worden.

Abbildung 59: Rauchen - Entwöhnungsversuch im Jahr vor der Befragung nach Geschlecht



Entwöhnungsversuche: ernsthafter Versuch innerhalb des letzten Jahres mit dem Rauchen aufzuhören.
N=863; k.A.=59 (nur RaucherInnen)

Fast ein Drittel der befragten Männer (32 Prozent) und Frauen (30 Prozent) hat innerhalb eines Jahres vor der Befragung einen ernsthaften Versuch gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Fakten

- 28 Prozent der OberösterreicherInnen rauchen, rund 72 Prozent sind NichtraucherInnen. Die Gruppe der NichtraucherInnen gliedert sich in jene, die früher geraucht haben und das Rauchen aufgegeben haben (26 Prozent) und jene, die nie geraucht haben (46 Prozent).
- Mehr Frauen (75 Prozent) als Männer (70 Prozent) rauchen nicht, wobei deutlich mehr Frauen davon nie geraucht haben (52 Prozent zu 38 Prozent der Männer).
- Bei den männlichen Rauchern liegen die Anteile in jüngeren Altersgruppen von 18 bis 34 Jahren insgesamt am höchsten und deutlich über dem Durchschnitt.

- Bei den weiblichen RaucherInnen liegt nur der Anteil in der jüngsten Gruppe (18 bis 24 Jahre) deutlich höher als im Durchschnitt und fällt dann auf das durchschnittliche Maß bzw. darunter ab.
- Insgesamt liegt der Anteil der RaucherInnen in den älteren Altersgruppen deutlich unter dem Durchschnitt.
- Bei den Frauen ist die Bereitschaft, das Rauchen aufzuhören oder zu reduzieren mit 47 Prozent höher als bei den Männern (40 Prozent).
- Knapp ein Drittel aller RaucherInnen hat bereits einen Entwöhnungsversuch hinter sich.

4.1.3. Ernährungsverhalten

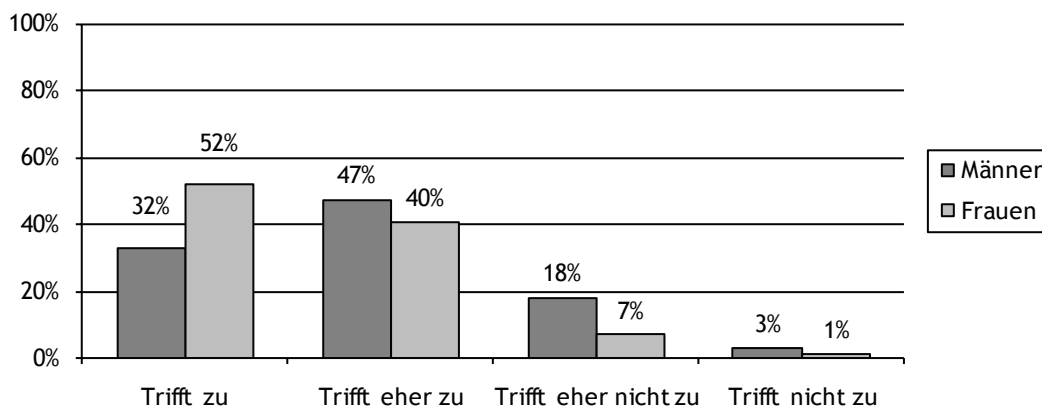
Das Ernährungsverhalten ist ein weiterer wichtiger Aspekt, da Ernährung mit vielen Faktoren, die Gesundheit bestimmen, zusammenhängt. Alter, Geschlecht, Bewegungsverhalten und Gesundheitszustand können hier beispielhaft genannt werden. Neben diesen personenbezogenen Faktoren haben darüber hinaus soziale, emotionale sowie kulturelle und ökonomische Faktoren eine Bedeutung, wie beispielsweise Bildungsstand oder soziale Schicht, persönliche Vorlieben und emotionale Zustände (Traurigkeit, Glücksgefühle), kulturelle Essgewohnheiten als soziale Identifikation von Gruppen sowie die finanziellen Mittel zur Nahrungsbeschaffung. Eine allgemeine Abbildung von Ernährungsverhalten gestaltet sich daher aufgrund von verschiedenen möglichen

Fokussierungen eher schwierig.⁶⁴ Für gendersensible Fragestellungen liegt das Augenmerk auf dem persönlichen Umgang, der persönlichen Einschätzung hinsichtlich gesunder Ernährung sowie dem gesellschaftlichen Aspekt geschlechtsspezifischen Ernährungsverhaltens.

Gesunde Ernährung - Stellenwert

Die Frage „Was tun Sie persönlich, damit Sie gesund bleiben?“ enthielt das Item „Ich achte auf eine gesunde Ernährung“ (Abbildung 60).

Abbildung 60: Ernährungsverhalten - Gesunde Ernährung nach Geschlecht



N=3.482; Cramer-V=0.232; p ≤ 0.001

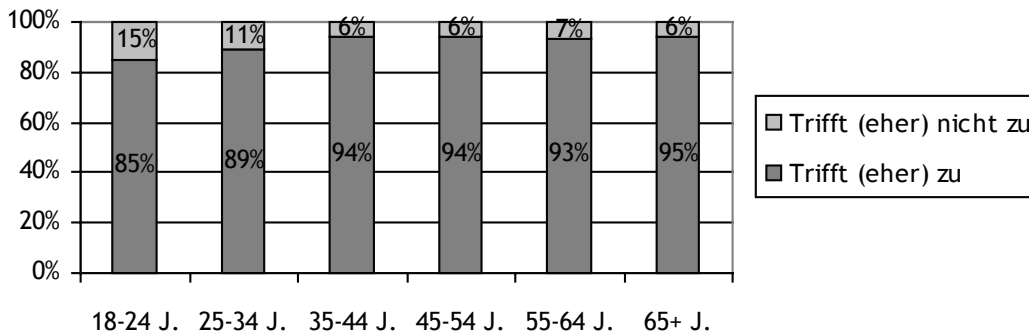
Frauen geben signifikant häufiger an, auf eine gesunde Ernährung zu achten als Männer. Mehr als die Hälfte der Frauen (rund 52 Prozent) stimmt der Aussage „Ich achte auf eine gesunde Ernährung“ voll zu, weitere 40 Prozent der Frauen stimmen eher zu. Dem gegenüber gibt nur

rund ein Drittel der Männer (32 Prozent) an, auf gesunde Ernährung zu achten. Weitere 47 Prozent der Männer stimmen eher zu.

Nach Altersgruppen ergibt sich bei den Geschlechtern folgendes Bild (Abbildung 61 und Abbildung 62):

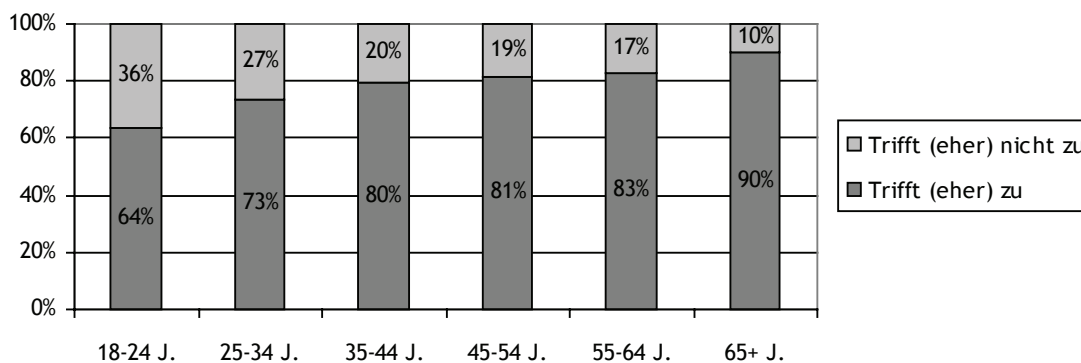
⁶⁴ Beispielsweise ist eine Schwerpunktsetzung möglich hinsichtlich Zielgruppen nach dem Alter wie Jugendliche oder Ältere, über die Erfassung von Kalorienverbrauch oder die Angabe von bevorzugten Speisen.

Abbildung 61: Gesunde Ernährung nach Altersgruppen, Frauen



N=2.107

Abbildung 62: Gesunde Ernährung nach Altersgruppen, Männer



N=1.368

In den jüngeren Altersgruppen (18 bis 24 Jahre und 25 bis 34 Jahre) liegt der Prozentsatz jener, die auf gesunde Ernährung (eher) achten, unter dem jeweiligen Durchschnitt von Frauen (92 Prozent) und Männern (79 Prozent). Für alle Altersgruppen ab 35 Jahren gilt für beide Geschlechter, dass gesunde Ernährung überdurchschnittlich wichtig ist. Bei den Frauen ist er konstant hoch mit jeweils über 93 Prozent Zustimmung, bei den Männern steigt die Wichtigkeit von gesunder Ernährung mit dem Alter an.

Body Mass Index

Neben der Frage zur persönlichen Einschätzung, ob auf gesunde Ernährung geachtet wird, wurden auch „hard

facts“ in Form von Körpergröße und Gewicht abgefragt. Daraus lässt sich der bekannte Body Mass Index (BMI) ableiten. Der Index errechnet sich wie folgt: Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter).

Der BMI gilt als das beste indirekte Maß für die Körperfettmasse. Zur Bestimmung von Übergewicht bzw. Adipositas gibt es eine auf dem BMI beruhende Klassifizierungstabelle der WHO⁶⁵, wobei für beide Geschlechter die gleichen Indexwerte gelten.

⁶⁵ siehe dazu Angaben und Erläuterungen der Statistik Austria unter www.statistik.at sowie die Klassifizierungstabelle der WHO unter www.who.int/bmi (letzte Durchsicht: 11. August 2009).

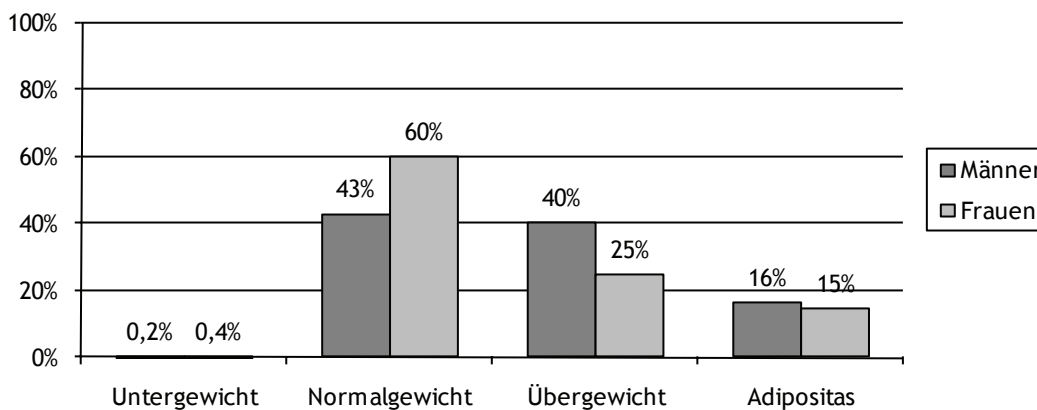
Tabelle 5: Übersicht - Internationale BMI-Klassifizierung für Erwachsene

Klassifizierung	Body Mass Index, BMI (kg/m ²)
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 - < 25
Übergewicht	25 - < 30
Adipositas	30 +

Quelle: WHO

Für die oberösterreichischen Frauen und Männer ergeben die Berechnungen folgende Aufteilungen (Abbildung 63):

Abbildung 63: Body Mass Index nach Geschlecht



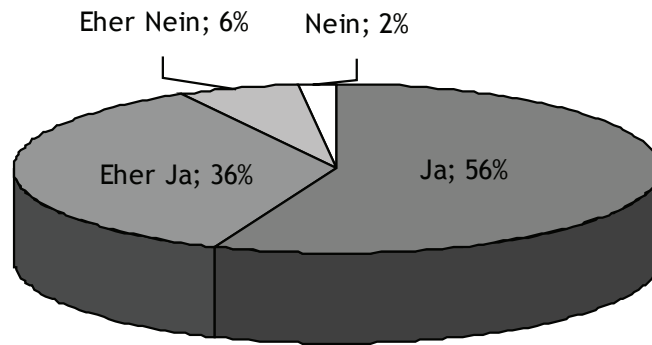
N=3.248; Cramer-V=0.177; p ≤ 0.001

Der Anteil der Untergewichtigen liegt in Oberösterreich für Männer und Frauen deutlich unter einem Prozent. Im Bereich des Normalgewichtes liegen 43 Prozent der Männer und über die Hälfte der Frauen (knapp 60 Prozent). Beim Übergewicht sind die Männer deutlich mehr an der Zahl: 40 Prozent der Männer und knapp 25 Prozent der Frauen sind nach dem Body Mass Index übergewichtig. Männer sind von Adipositas ähnlich häufig betroffen wie Frauen (Männer: 16 Prozent; Frauen: 15 Prozent).

Veränderungsbereitschaft für gesündere Ernährung

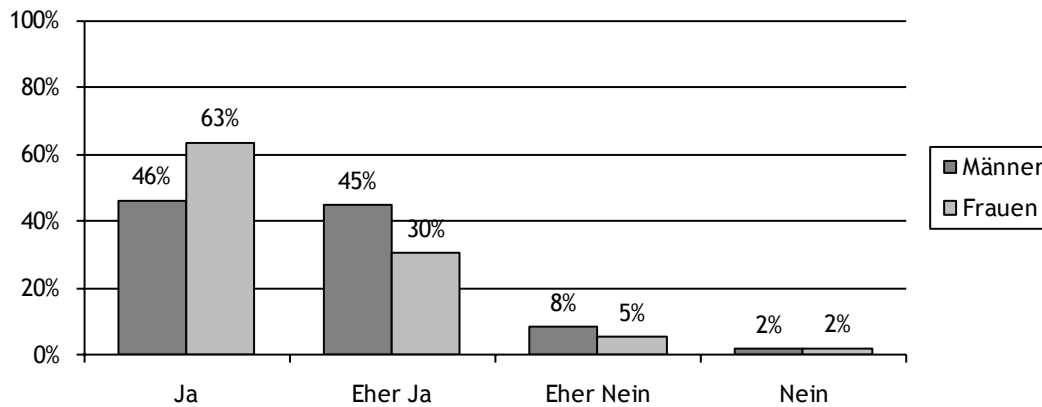
Auf die Frage, was sie gerne an Ihrem Leben ändern würden, um gesünder zu leben, stimmt insgesamt mehr als die Hälfte aller Befragten (56 Prozent) zu, dass sie sich gesünder ernähren möchten. Dies ist zusammengenommen mit denjenigen Personen, die sich eher vorstellen können, in Zukunft mehr auf gesunde Ernährung zu achten (36 Prozent) ein hoher Prozentsatz ernährungsbewusster Personen in Oberösterreich.

Abbildung 64: Gesundere Ernährung - Veränderungsbereitschaft insgesamt



N=3.410; k.A.=119

Abbildung 65: Gesundere Ernährung - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht



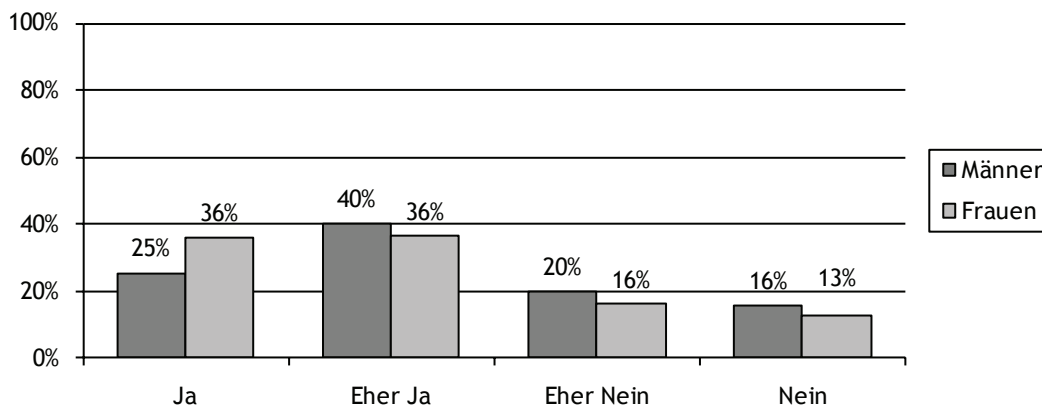
N=3.410; Cramer-V=0.173; $p \leq 0.001$

Frauen zeigen eine größere Bereitschaft sich gesünder zu ernähren als Männer. 63 Prozent der Frauen gegenüber 46 Prozent der Männer stimmen dem zu. Allerdings ist der Anteil derjenigen Personen, die sich eher vorstellen können, sich für die Gesundheit mit gesunder Ernährung zu befassen, bei den Männern (45 Prozent) größer als bei den Frauen (30 Prozent). Nimmt man die Zustimmung, dass man sich in Zukunft gesünder ernähren möchte von „ja“ und „eher ja“ zusammen, so halten sich die Anteile bei beiden Geschlechtern die Waage: Männer 91 Prozent,

Frauen 93 Prozent. Potential für eine gesündere Ernährungsweise ist demnach vorhanden.

Entlang der Fragestellung wurden in dieser Studie zudem genderspezifische Einstellungen und gesellschaftliche Rollenbilder in den Blick genommen. So wurde unter anderem die Zustimmung zu folgender Aussage gefragt: „Gerade Frauen sollten über gesunde Ernährung Bescheid wissen“. Die Ergebnisse finden sich in Abbildung 66.

Abbildung 66: Rollenbild Ernährung nach Geschlecht



$N=3.460$; $Cramer-V=0.112$; $p \leq 0.001$

Der Anteil derjenigen Personen, die dem voll und ganz zustimmen, überwiegt bei den Frauen deutlich: Frauen 36 Prozent und Männer 25 Prozent. Darüber hinaus stehen Frauen dieser Aussage insgesamt zustimmender gegenüber als Männer. Für über ein Drittel der Männer (36 Prozent) hat diese Aussage (eher) keine Gültigkeit. Nicht

ganz so viele Frauen sehen das ebenso: 29 Prozent der Oberösterreicherinnen stimmen (eher) nicht zu. Grundsätzlich ist bemerkenswert, dass die Zustimmung zu dieser Aussage eher hoch ist, wenngleich der Zusammenhang mit $Cramer-V=0.112$ als nicht sehr stark bezeichnet werden kann.

Fakten

- Frauen achten mehr auf gesunde Ernährung (52 Prozent) als Männer (32 Prozent). Für weitere 40 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer ist gesunde Ernährung eher ein Thema im Alltag.
- 60 Prozent der Frauen und nur 43 Prozent der Männer liegen im Bereich des Normalgewichtes. Von Übergewicht sind vor allem Männer betroffen: 40 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen haben Übergewicht. Rund jede/r sechste OberösterreicherIn leidet an Adipositas.
- Frauen zeigen der Gesundheit zuliebe eine deutlich höhere Bereitschaft, ihr Ernährungsverhalten zu verändern (63 Prozent zu nur 46 Prozent der Männer).

- Darüber hinaus scheint ein Rollenklischee zu greifen: Der Aussage „Gerade Frauen sollten über gesunde Ernährung Bescheid wissen“ wird mehrheitlich von Männern wie Frauen zugestimmt, insgesamt rund zwei Drittel der Befragten sehen dies (eher) so. Bemerkenswerterweise haben gerade Frauen diese Erwartung an das eigene Geschlecht (36 Prozent der Frauen stimmen hier voll und ganz zu, im Vergleich zu 25 Prozent der Männer).

4.1.4. Bewegung und körperliche Aktivität im Alltag

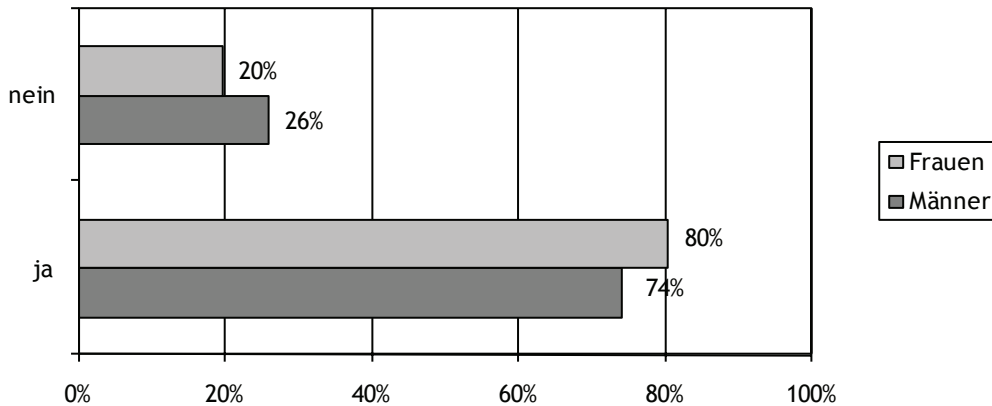
Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität gehören zu den wichtigsten Einflussfaktoren der Lebensqualität und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden. Die Lebensgewohnheiten der Menschen sind heute zunehmend durch Bewegungsmangel und monotone Bewegungsabläufe gekennzeichnet. Verbunden mit Präventionspotentialen wird körperlicher Aktivität somit inzwischen verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt.

Der Begriff „körperliche Aktivität“ sollte eindeutig vom Begriff „Sport“ abgegrenzt werden: Während sich „körperliche Aktivität“ (physical activity) als Oberbegriff auf jede körperliche Bewegung bezieht, bei der der Energieverbrauch des Körpers über den sogenannten Grundumsatz⁶⁶ angehoben wird (zum Beispiel im Alltag bei der Hausarbeit, bei der Arbeit im Garten, durch Bewegung als Ausgleich wie Joggen oder Radfahren usw.), bezeichnet „Sport“ eine historisch-kulturell geformte Untergruppe von körperlicher Aktivität, für die traditionell insbesondere körperliche Leistung, Wettkampf und Spaß an der Bewegung typisch sind.⁶⁷

Diese Unterscheidung ist wesentlich, da die Begriffe mit verschiedenen Bedeutungsinhalten unterfüttert sind, die für genderrelevante Auswertungen wichtig sind. Sport ist durch die Verbindung mit Wettkampf eher männlich konnotiert, was bei der Verwendung dieses Begriffs zu Verzerrungen bei den Geschlechtern führen könnte. Darüber hinaus bildet Sport nicht die Bewegung im Alltag ab. Um die alltägliche Dimension in die Studie mit aufzunehmen, sind Fragestellungen wichtig, die die körperliche Aktivität im Alltag und in der Freizeit über das „außer Atem kommen“ oder „ins Schwitzen kommen“ erfassen.

Die Fragestellung lautete somit: „Kommen Sie mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung bzw. Sport ins Schwitzen? (Zum Beispiel durch Joggen, Hausarbeit, Gartenarbeit, schnelles oder langes Radfahren oder Aerobic)“.

Abbildung 67: Körperliche Aktivität mindestens 1x pro Woche nach Geschlecht



N=3.415; k.A.=114

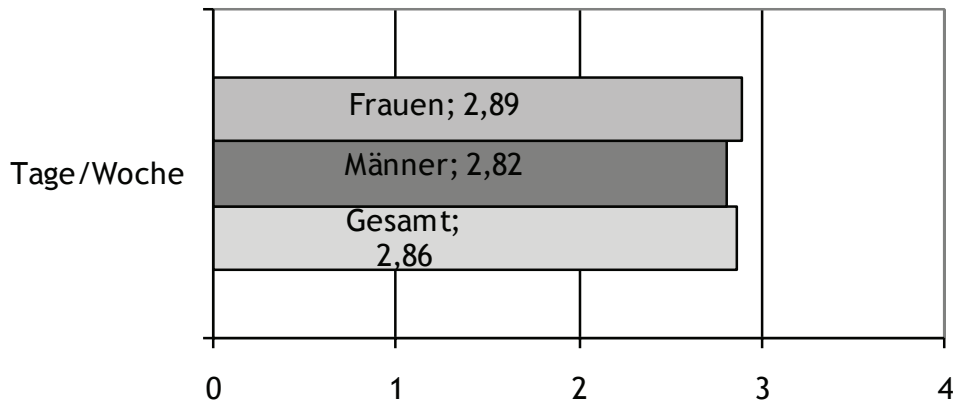
Eine große Mehrheit der OberösterreicherInnen gibt an, in der Woche mindestens einmal durch Bewegung ins Schwitzen zu kommen: Frauen 80 Prozent und Männer 74 Prozent. Jedoch für rund ein Viertel aller Männer (26 Prozent) und ein Fünftel aller Frauen (20 Prozent) gilt dies

nicht. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind nicht relevant. Desgleichen ist auch das Ausmaß an (alltäglicher) Bewegung pro Woche bei Frauen und Männern nicht unterschiedlich (Abbildung 68).

⁶⁶ als „Grundumsatz“ bezeichnet man den Energiebedarf des Körpers ohne körperliche Aktivität. Auch in Ruhe benötigt der Körper Energie für die Atmung, den Herzschlag, die Aufrechterhaltung der Körpertemperatur usw. Der „Grundumsatz“ ist also die Energiemenge, die benötigt wird, um alle Körperfunktionen aufrecht zu erhalten.

⁶⁷ Rütten et al. 2005, S. 7

Abbildung 68: Körperliche Aktivität - Mittelwert der Tage pro Woche nach Geschlecht



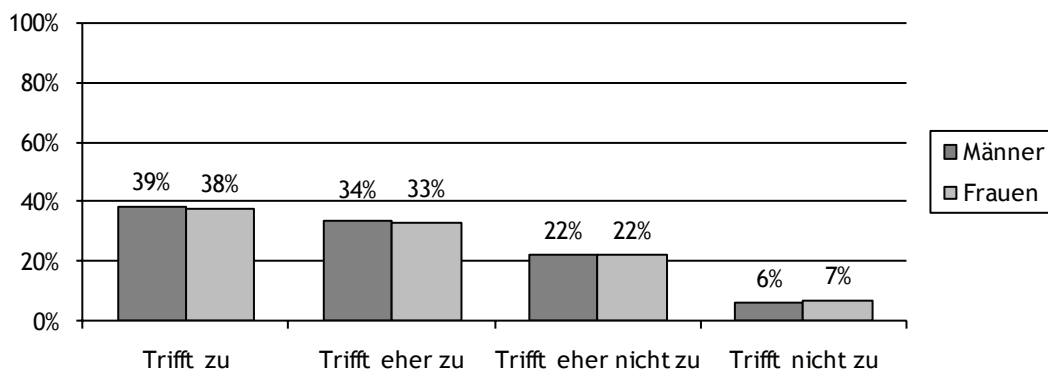
N=2.591 (männlich: 976, weiblich: 1.615)

Durchschnittlich kommt jede/jeder OberösterreicherIn zwei bis dreimal pro Woche durch körperliche Aktivität und Bewegung ins Schwitzen. Dies kann eben sein, dass durch Gartenarbeit mehr an Bewegung zusammenkommt oder in der Hausarbeit, aber auch Bewegung als Ausgleich und Freizeitbeschäftigung betrieben wird mit Joggen, Radfahren oder Aerobic.

Bewegung zur Gesundheitserhaltung

Der Stellenwert von körperlicher Aktivität zur Gesundheitserhaltung ist bedeutend. Daher haben wir die OberösterreicherInnen gefragt, was sie persönlich tun, um gesund zu bleiben. Die Antwort „Ich mache regelmäßig körperliche Aktivitäten wie z.B.: Wandern, Radfahren, Joggen usw.“ wurde weitgehend bejaht (Abbildung 69).

Abbildung 69: Körperliche Aktivität zur Gesundheitserhaltung nach Geschlecht



N=3.465; k.A.=64; Geschlechtsunterschiede nicht signifikant

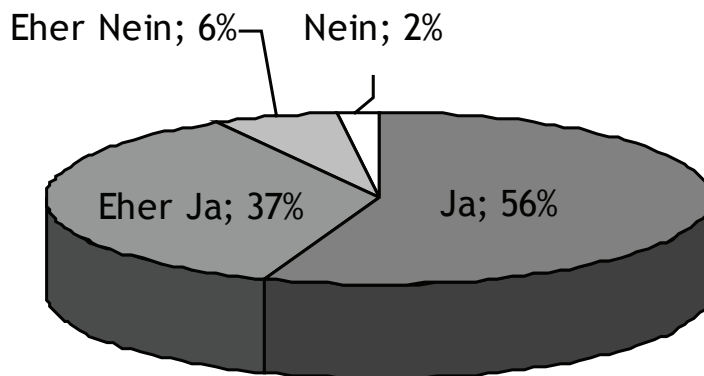
Die Unterschiede auf die Frage, ob körperliche Aktivität zur Gesundheitserhaltung betrieben wird, sind nach dem Geschlecht nicht relevant. 39 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen stimmen gänzlich zu, 34 Prozent der Männer und 33 Prozent der Frauen stimmen eher zu. Somit ist eine überwiegende Mehrheit von rund zwei Dritteln der Männer und Frauen körperlich aktiv, um die Gesundheit und das Wohlbefinden zu erhalten. Dieser Prozentsatz ist etwas geringer als der auf die Frage, ob die Menschen mindestens einmal pro Woche ins Schwitzen kommen. Die Abweichung kann möglicherweise erklärt werden mit der unterschiedlichen Begriffsbedeutung von „körperlicher Aktivität“, wie sie in der obigen Frage formuliert wurde (beispielhaft wurden sportliche Aktivitäten wie Joggen, Radfahren und Wandern angeführt) und bei

der Frage zur „Aktivität um ins Schwitzen zu kommen“ (hier wurden auch Hausarbeit und Gartenarbeit durch explizite Nennung in den Bedeutungshorizont von „Bewegung“ mit aufgenommen).

Veränderungsbereitschaft zur Bewegung

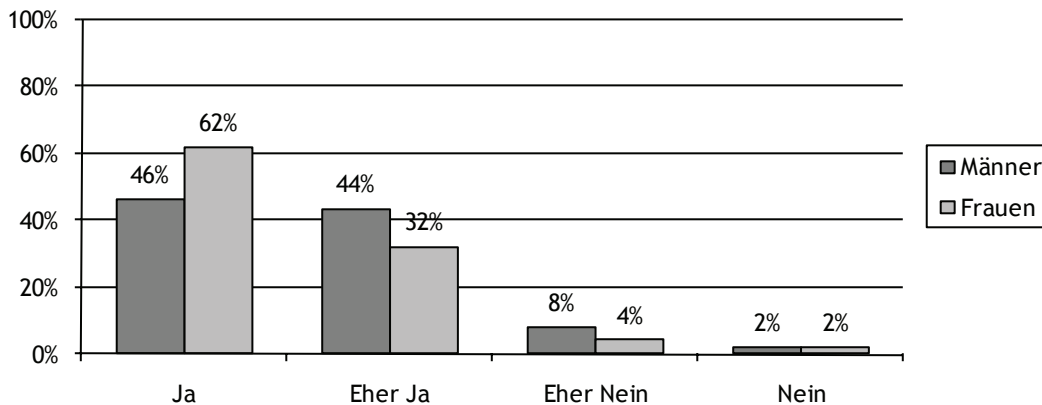
Auf die Frage, was die Menschen gerne verändern würden, um etwas für ihre Gesundheit zu tun, war auch die Antwortmöglichkeit „Mehr Bewegung“ gegeben. Die Ergebnisse auf diese Frage sehen folgendermaßen aus (Abbildung 70):

Abbildung 70: Mehr Bewegung - Veränderungsbereitschaft insgesamt



N=3.426; k.A.=103

Abbildung 71: Mehr Bewegung - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht



N=3.426; Cramer-V=0.158; $p \leq 0.001$

Grundsätzlich besteht ein großes Potential, die Menschen in Oberösterreich zu mehr Bewegung im Alltag zu bringen. Eine große Mehrheit von 56 Prozent (Ja-Antworten) und 37 Prozent (Eher Ja-Antworten) zeigt sich als motiviert bzw. gesundheitsbewusst. Insbesondere Frauen sind mehr bereit, für die Gesundheit in Zukunft mehr Bewegung und Aktivität im Alltag einzubauen (62 Prozent haben mit „ja“ und 32 Prozent mit „eher ja“ geantwortet). Die Männer legen sich nicht

so deutlich fest: so antworten 46 Prozent der Männer eindeutig mit „ja“ und 44 Prozent ein wenig vager mit „eher ja“. Zusammengenommen mit dem berichteten Stellenwert von Bewegung und körperlicher Aktivität zur Gesundheitserhaltung zeigen sich die OberösterreicherInnen in dieser Hinsicht als bewegungsorientiert, gesundheitsbewusst und motiviert, für die Gesundheit etwas zu tun.

Fakten

- Insgesamt zeigen sich die OberösterreicherInnen als durchaus bewegungsfreudig und im Alltag aktiv: 80 Prozent der Frauen sowie 74 Prozent der Männer kommen durchschnittlich 2- bis 3-mal pro Woche durch körperliche Aktivität ins Schwitzen (z.B.: durch Joggen, Hausarbeit, Gartenarbeit, schnelles oder langes Radfahren oder Aerobic).

- Grundsätzlich besteht ein großes Potential, die Menschen in Oberösterreich zu mehr Bewegung im Alltag zu bringen: vor allem Frauen zeigen sich motiviert, für die Gesundheit zukünftig mehr Aktivitäten im Alltag einzubauen (62 Prozent gegenüber 46 Prozent der Männer).

4.2. Verhalten im Krankheitsfall und Gesundheitsverhalten

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Alkohol- und Nikotinkonsum, das Ernährungsverhalten sowie Bewegung und körperliche Aktivität sind wichtige Bestimmgrößen für die Gesundheit und wesentlich für die Identifizierung von Risikogruppen. Man kann jedoch nicht unterstellen, dass Menschen im Rahmen des Gesundheitsverhaltens gezielte Handlungen (wie Rauchen) unternehmen. Vielmehr sind gesundheitsrelevante Verhaltensweisen eingebettet in eine umgreifende Lebensweise (lifestyle), die durch Gewohnheitsbildung aufgrund Sozialisation, durch Arbeits- und Wohnbedingungen, Muster sozialer Beziehungen, Zeitbudget und lokale Angebotsstruktur (Verfügbarkeit von Angeboten zur Gesundheitsförderung) mitgeformt werden.⁶⁸

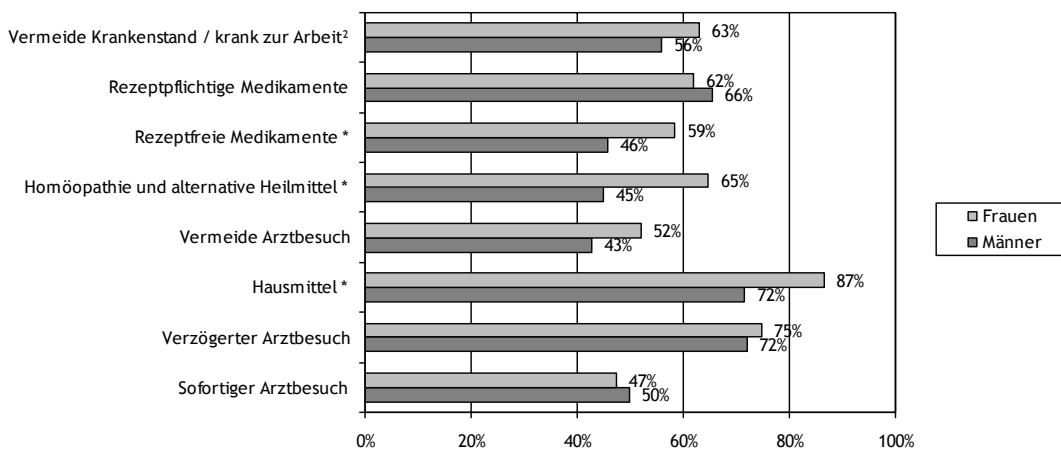
Bisher lag in der Forschung der Akzent auf der Untersuchung solcherart gesundheitsschädigender Verhaltensweisen wie Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehlernährung und mangelnde Bewegung. Die alleinige Konzentration auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen mit dem Ziel der Identifikation von Risikogruppen und daraus abgeleiteten Maßnahmen zur Prävention greift für die vorliegende Studie zu kurz. Im Fokus stehen explizit ein positiver Gesundheitsbegriff sowie eine Orientierung an alltäglichem Gesundheitsverhalten, alltäglicher Praxis zur Gesundheitserhaltung. Um dem Rechnung zu tragen, wurden sogenannte „gesundheitsfördernde Verhaltensweisen“ in die Analyse mit einbezogen.

Der vorliegende Abschnitt beschäftigt sich daher mit gesundheitsfördernden Verhaltensweisen in Form von Verhalten im Krankheitsfall, Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung und zukünftigen Veränderungswünschen zur Verbesserung der Gesundheit sowie der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

4.2.1. Verhalten im Krankheitsfall

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Frage „Wenn Sie gesundheitliche Beschwerden oder Probleme haben, wie reagieren Sie normalerweise darauf?“. Hier unterscheiden sich Männer und Frauen nur in drei Punkten signifikant: jeweils deutlich mehr Frauen als Männer nehmen rezeptfreie Medikamente (Frauen: 59 Prozent; Männer: 46 Prozent), homöopathische oder alternative Heilmittel (Frauen: 65 Prozent; Männer: 45 Prozent) sowie Hausmittel (Frauen: 87 Prozent; Männer: 72 Prozent), um im Krankheitsfall wieder gesund zu werden.

Abbildung 72: Verhalten im Krankheitsfall nach Geschlecht



N=3.130-3.421; k.A.=112-339; Anteile „Trifft (eher) zu“ je Item

*signifikantes Ergebnis; p≤0.001

² berechnet auf Basis Erwerbstätige: N=2.100

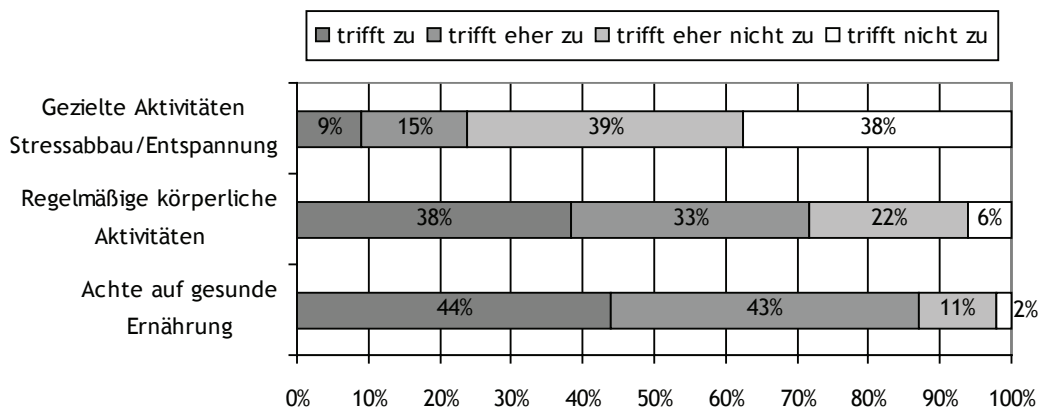
⁶⁸ Siegrist 2003, S. 140

Bemerkenswert ist, dass rund drei Viertel aller Befragten nur verzögert einen Arzt/eine Ärztin im Krankheitsfall aufsuchen und jede vierte bis fünfte Person den Arztbesuch überhaupt versucht zu vermeiden. Jeweils mehr als die Hälfte aller Beschäftigten gibt darüber hinaus an, auch krank zur Arbeit zu gehen, wobei Frauen dies sogar noch etwas häufiger tun (Männer: 56 Prozent; Frauen: 63 Prozent).

4.2.2. Gesundheitserhaltung

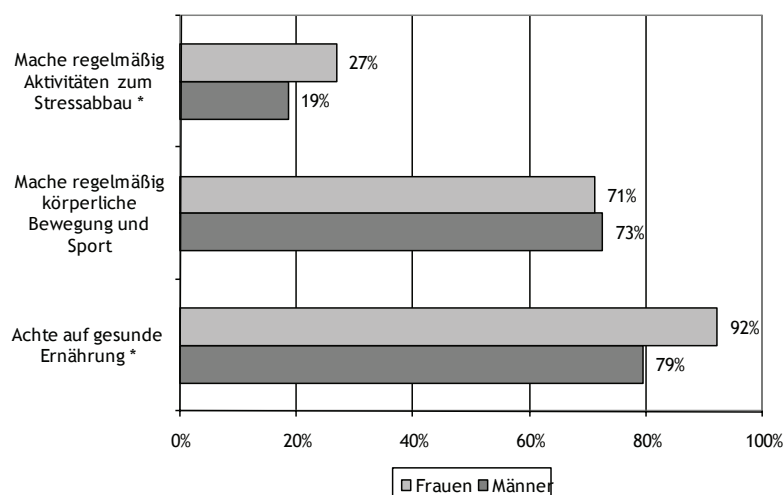
Für die Aspekte Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit wurde erhoben, wie weit die Befragten diesbezüglich gezielte Aktivitäten setzen. Insgesamt geben 44 Prozent an, dass sie auf gesunde Ernährung achten und 38 Prozent nennen regelmäßige körperliche Betätigungen. Angesichts der hohen Prävalenz von Depressionen und sonstigen psychischen Problemen⁶⁹ ist der Anteil, der gezielte Aktivitäten zur psychischen Gesundheit (Stressabbau, Entspannung) tätigt, mit insgesamt neun Prozent (Antwort „trifft zu“) bemerkenswert niedrig.

Abbildung 73: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung insgesamt



N=3.443-3.504; k.A.=25-86

Abbildung 74: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Geschlecht



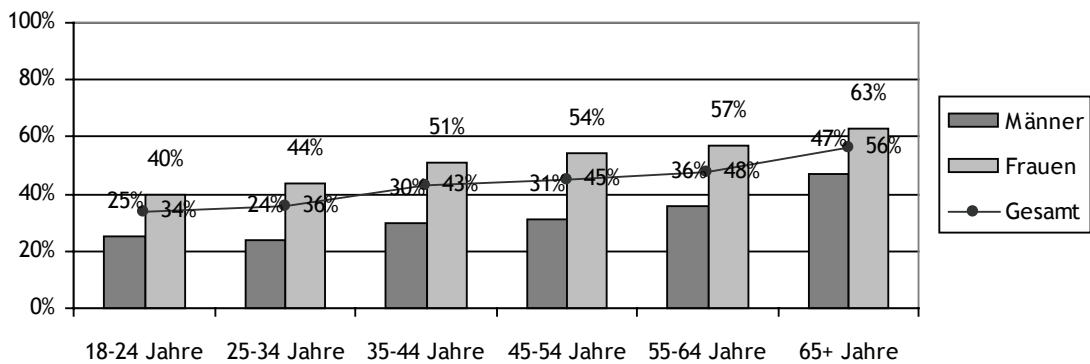
N=3.443-3.504; k.A.=25-86, Anteile „Trifft (eher) zu“ je Item
 * signifikantes Ergebnis; Cramer-V=0.232; 0.179. $p \leq 0.001$

⁶⁹ Reif 2005

Regelmäßiger Sport und körperliche Betätigung sind für Männer und Frauen annähernd gleichermaßen wichtig. Signifikante Unterschiede sind hingegen bei gesunder Ernährung sowie Aktivitäten zum Stressabbau und zur Ent-

spannung feststellbar. Vor allem für Frauen spielen diese Aktivitäten eine wichtige Rolle zur Gesundheitserhaltung.

Abbildung 75: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppen und Geschlecht: Ernährung

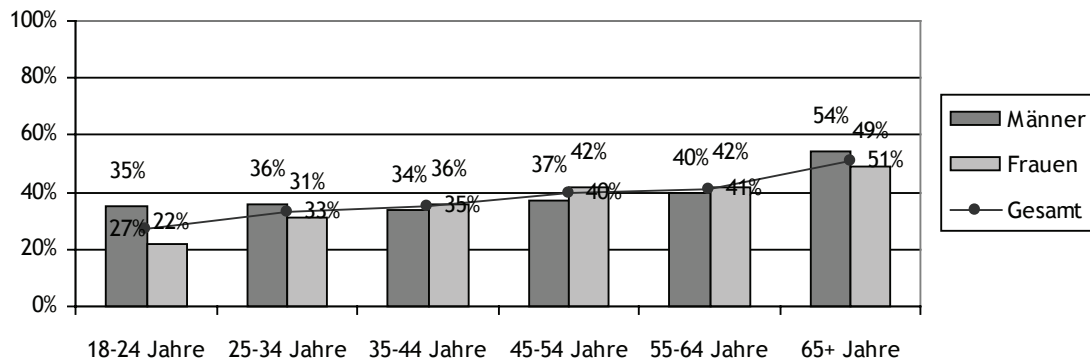


N=3.475; k.A.=5; Anteile "trifft zu"

Der Anteil der Personen, der auf gesunde Ernährung achtet, ist unter Frauen deutlich höher (52 Prozent) als bei Männern (32 Prozent). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil kontinuierlich zu. In der Altersgruppe zwischen 18

und 24 Jahren geben 34 Prozent an, auf gesunde Ernährung zu achten, in der Altersgruppe über 65 Jahren 56 Prozent.

Abbildung 76: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppen und Geschlecht: Bewegung

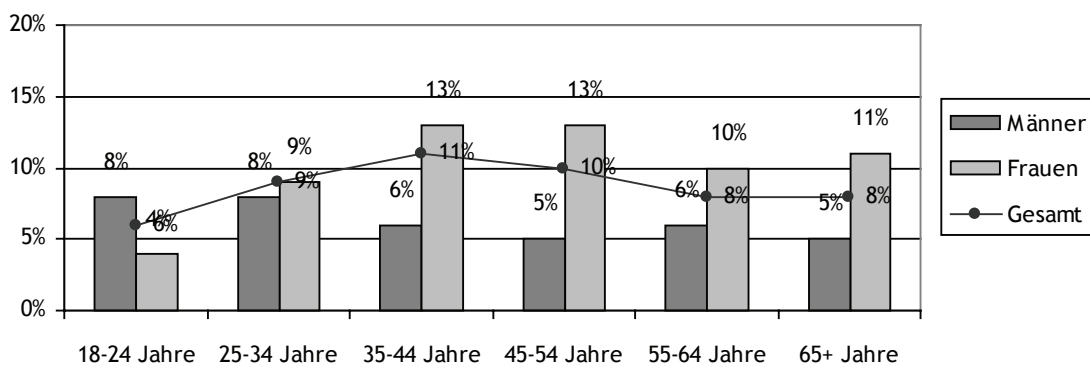


N=3.459; k.A.=70; Anteile "trifft zu"

Auch hinsichtlich des Merkmals Bewegung zur Gesundheitserhaltung ist mit zunehmendem Alter eine kontinuierliche Zunahme festzustellen. Unter den 18- bis 24-Jährigen beträgt der Anteil 24 Prozent, in der Altersgruppe über 65 Jahren ungefähr die Hälfte (49 Prozent). Zwischen Männern und Frauen lässt sich nur in der Alters-

gruppe zwischen 18 und 24 Jahren ein signifikanter Unterschied feststellen, wo 35 Prozent der Männer, aber nur 22 Prozent der Frauen körperliche Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit angeben.

Abbildung 77: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppen und Geschlecht: Stressabbau/Entspannung



N=3.415; k.A.=114; Anteile "trifft zu"

In Bezug auf Aktivitäten zur Erhaltung der psychischen Gesundheit lässt sich zwischen den Altersgruppen kein systematischer Zusammenhang feststellen. Frauen weisen in den Altersgruppen ab 35 Jahren ein höheres Aktivitätsniveau auf (über zehn Prozent) als Männer (fünf bis sechs Prozent). In den jüngeren Altersgruppen sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht signifikant.

4.2.3. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

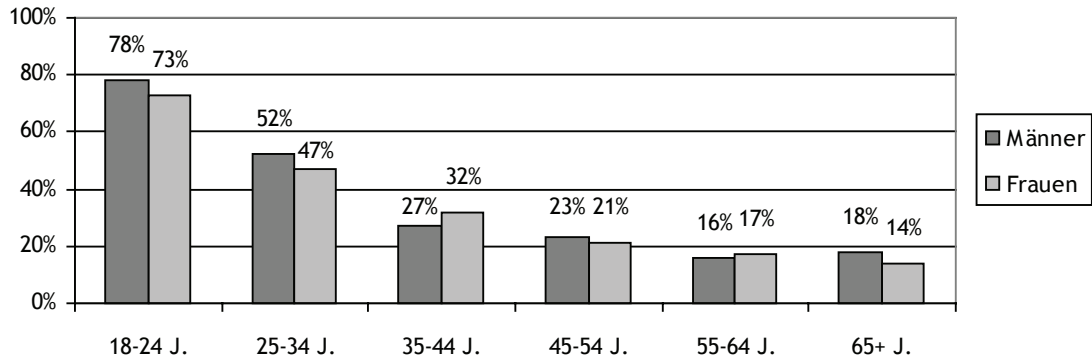
Auch das Thema Vorsorgeuntersuchung wurde in der Erhebung berücksichtigt. Dabei wird davon ausgegangen, dass von den Befragten unter Vorsorgeuntersuchung nicht nur die klassische, kostenlose VU (alltagssprachlich auch oft Gesundenuntersuchung genannt) verstanden wird, sondern ein breiteres Spektrum an Untersuchungen, die zur Früherkennung von Erkrankungen dienen.

Durch VU erreichter Personenkreis

Zum Befragungszeitpunkt waren 32 Prozent der Befragten noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung. Rund 30 Prozent der Befragten waren innerhalb der letzten zwölf Monate bei einer Vorsorgeuntersuchung und weitere 20 Prozent in einem Zeitraum von einem bis zwei Jahren vor der Befragung. Bei den restlichen Befragten liegt die letzte Vorsorgeuntersuchung länger zurück. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.

Der Anteil der Personen, der noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung war, nimmt erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter ab. Rund drei Viertel der 18- bis 24-Jährigen waren noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung. Unter den 35- bis 40-Jährigen beträgt der Anteil nur mehr rund 30 Prozent und in den Altersgruppen über 55 Jahren zirka 17 Prozent.

Abbildung 78: Anteil der Befragten, die noch nie bei einer VU waren nach Geschlecht und Alter



N=3.396; k.A.=133

Beratungssituation in der Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht

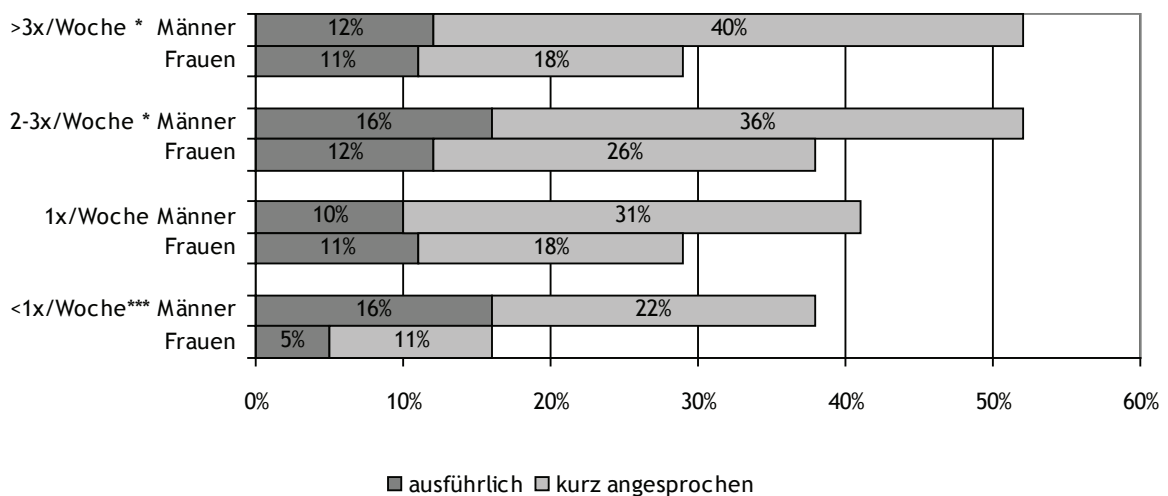
Alkohol

Bei Frauen wird in der Vorsorgeuntersuchung in geringerem Maße das Thema Alkohol angesprochen als bei Männern (unabhängig von der tatsächlichen Trinkfrequenz). Während beispielsweise rund jeder vierte Mann vom Arzt/ von der Ärztin zumindest kurz darauf angesprochen wird, wenn er angibt, weniger als 1mal pro Woche Alkohol zu trinken (22 Prozent kurz angesprochen, 16 Prozent ausführlich angesprochen), wird dies bei insgesamt nur 16

Prozent der Frauen zum Beratungsinhalt bei gleichem Konsumverhalten (elf Prozent kurz angesprochen, fünf Prozent ausführlich).

Bei den Personen mit häufigerem Alkoholkonsum (mehr als drei Tage in der Woche) werden auch Männer signifikant öfter auf das Thema angesprochen als Frauen (Männer: insgesamt 52 Prozent, Frauen: insgesamt 29 Prozent).

Abbildung 79: Beratungsinhalt Alkohol bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und Trinkfrequenz



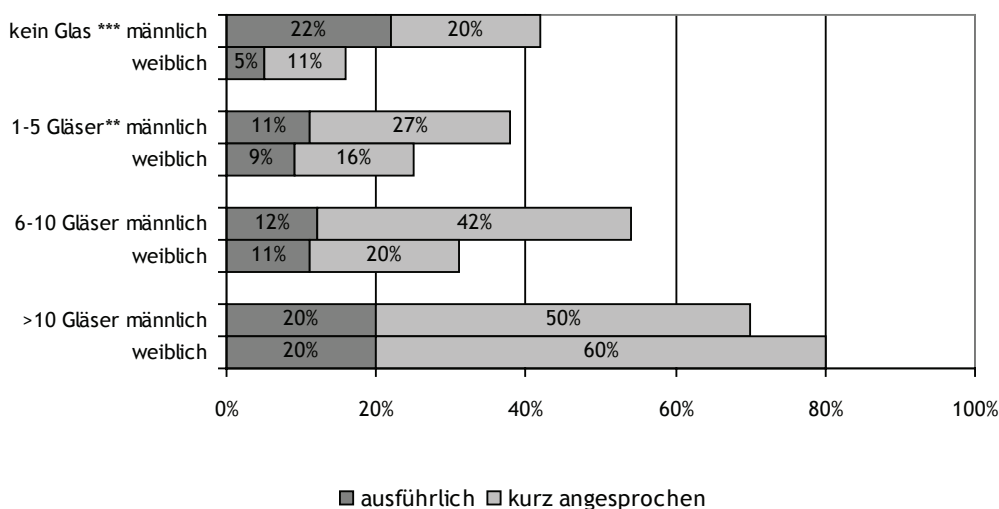
N=1302 (nur Personen mit VU innerhalb von 2 Jahren); Tau-b 0,107-0,225; Signifikanz: * = p<0,05; *** = P<0,001

GESUNDHEITSVERHALTEN UND RESSOURCEN

Auch wenn es nach der konsumierten Menge von Alkohol geht, werden Männer öfter als Frauen in der Vorsorgeuntersuchung darauf angesprochen. Wenn kein Glas getrunken wurde, wurden dennoch 42 Prozent der Männer auf das Thema angesprochen, bei Frauen nur 16 Prozent (Abbildung 80).

Etwas anders stellt sich die Situation dar, wenn die konsumierte Menge sehr hoch war (in der vergangenen Woche): Ein Fünftel der Männer und Frauen wurde daraufhin ausführlich zum Alkoholkonsum beraten, bei 50 Prozent der Männer und 60 Prozent der Frauen wurde dies kurz angesprochen.

Abbildung 80: Beratungsinhalt Alkohol bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und Alkoholmenge



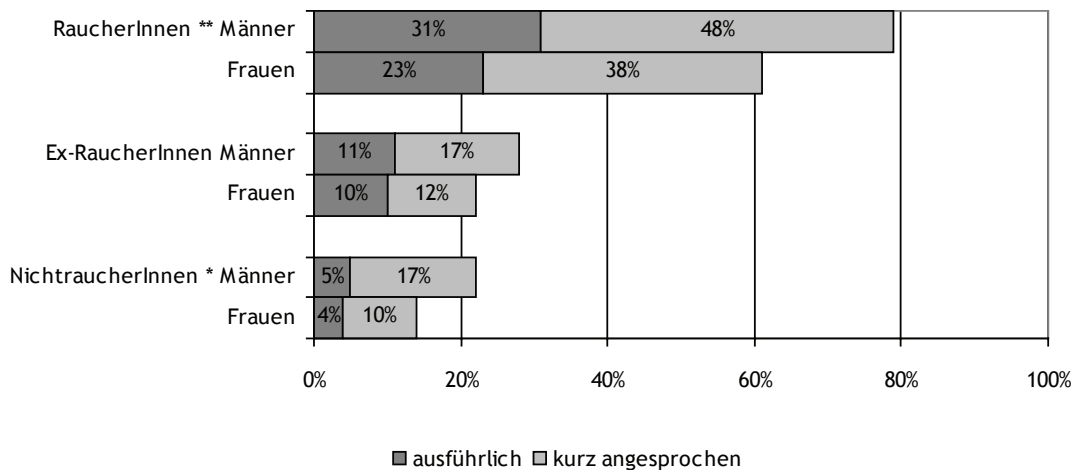
N=1.295 (nur Personen mit VU innerhalb von 2 Jahren); Tau-b 0,052-0,273; Signifikanz: * = p<0,05; **=p<0,01; *** = P<0,001

Rauchen

Unabhängig vom tatsächlichen Rauchverhalten werden Männer im Zuge einer Vorsorgeuntersuchung häufiger als Frauen auf den Nikotinkonsum angesprochen. Bei den männlichen Rauchern wurden beispielsweise rund ein Drittel (31 Prozent) ausführlich auf dieses Thema aufmerksam gemacht, bei den weiblichen Raucherinnen dagegen nur 23 Prozent. Bei nochmals rund 48 Prozent der rauchenden Männer, aber nur 38 Prozent der rauchenden Frauen war das Rauchen zumindest kurz ein Thema bei der Vorsorgeuntersuchung.

Auch bei den NichtraucherInnen sowie den Ex-RaucherInnen werden deutlich mehr Männer als Frauen zum Thema Rauchen in der VU beraten.

Abbildung 81: Beratungsinhalt Rauchen bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und Rauchstatus



N=1.269 (nur Personen mit VU innerhalb von 2 Jahren); Tau-b 0,095-0,169; Signifikanz: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

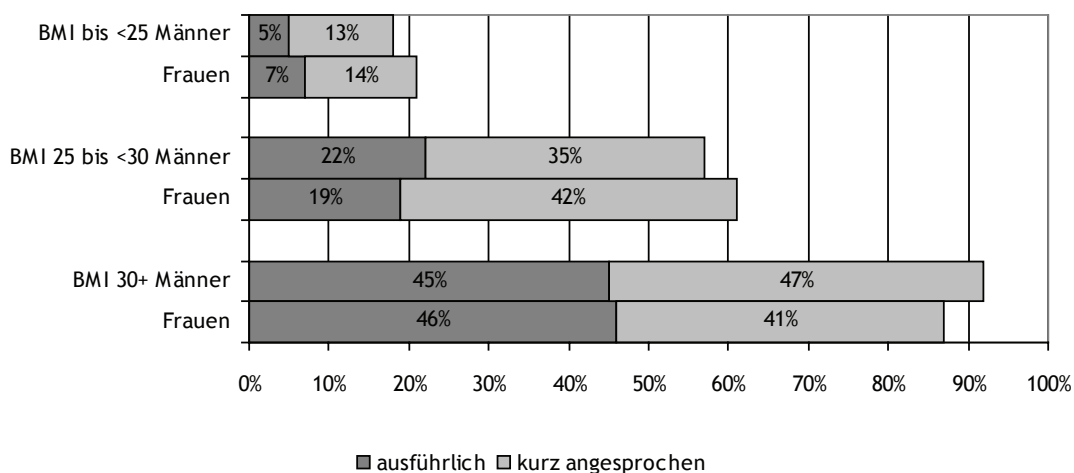
Übergewicht

Zur Bestimmung von Übergewicht (bzw. auch Normalgewicht und Untergewicht) wird häufig der so genannte Body Mass Index (kurz: BMI) herangezogen. Ein BMI von unter 25 bedeutet Normalgewicht, zwischen 25 und 30 liegt Übergewicht vor, ein Wert von über 30 bedeutet Adipositas.

In der Vorsorgeuntersuchung wird bei Frauen mit einem BMI <25 etwas häufiger dieses Thema angesprochen als

bei Männern (Frauen: insgesamt 21 Prozent, Männer: insgesamt 18 Prozent). Bei adipösen Männern liegt die Beratungsquote bei über 90 Prozent, bei adipösen Frauen knapp unter 90 Prozent. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Beratungssituation hinsichtlich Übergewicht sind jedoch nicht signifikant.

Abbildung 82: Beratungsinhalt Übergewicht/Abnehmen bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und BMI-Gruppe



N=1.318 (nur Personen mit VU innerhalb von 2 Jahren); Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht signifikant

Fakten

- **Verhalten im Krankheitsfall:**
Im Krankheitsfall verwenden signifikant mehr Frauen als Männer rezeptfreie Medikamente, homöopathische oder alternative Heilmittel sowie Hausmittel, um wieder gesund zu werden.

Beim Arztbesuch gilt für Frauen wie Männer gleichermaßen: Rund drei Viertel suchen nur verzögert einen Arzt/eine Ärztin auf, jede vierte bis fünfte Person vermeidet überhaupt den Gang in die Praxis.
- **Gesundheitsverhalten:**
Gesunde Ernährung hat für Frauen mehr Stellenwert als für Männer: 52 Prozent der Frauen gegenüber 32 Prozent der Männer geben an, darauf zur Gesundheitserhaltung zu achten. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil allerdings bei beiden Geschlechtern zu.

Männer wie Frauen zeigen sich gleichermaßen bewegungsfreudig: Rund 38 Prozent üben regelmäßig körperliche Aktivitäten und Sport aus. Ein weiteres Drittel gibt an, dies „eher“ zu berücksichtigen.

Der Anteil der Personen, die Aktivitäten zum Stressabbau und zur Entspannung (z.B.: autogenes Training, Yoga, Meditation) ausüben, ist insgesamt bemerkenswert niedrig: insgesamt nur neun Prozent bauen dies regelmäßig in ihren Alltag ein, wobei Frauen hier deutlich überwiegen: elf Prozent der Frauen und nur sechs Prozent der Männer setzen Maßnahmen zum Stressabbau.

Rund ein Drittel aller Männer und Frauen waren noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung, mit zunehmendem Alter nimmt dieser Anteil ab.

Bei Frauen wird in der Vorsorgeuntersuchung in geringerem Maße das Thema Alkohol angesprochen als bei Männern (unabhängig vom tatsächlichen Trinkverhalten). Ebenfalls unabhängig vom Rauchverhalten wird bei Männern im Zuge einer Vorsorgeberatung der Nikotinkonsum häufiger angesprochen als bei Frauen.

4.3. Soziale und individuelle Ressourcen zur Gesundheitsförderung

4.3.1. Soziale Ressourcen: Unterstützung und Kommunikation

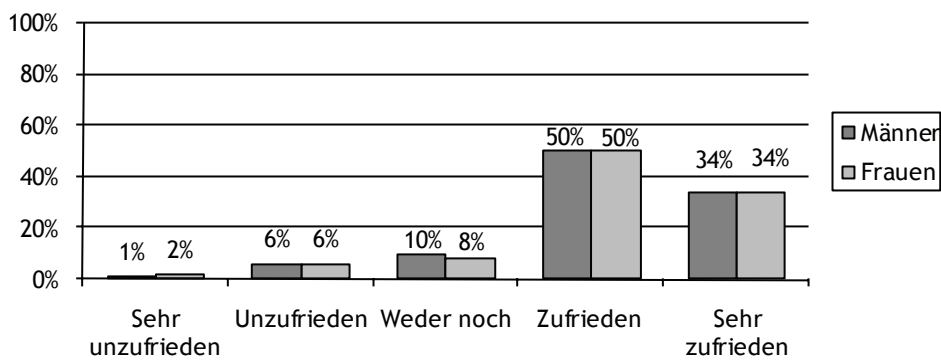
Unter dem Begriff „soziale Unterstützung“ versteht man die Ressourcen, die von anderen bereitgestellt werden und die Botschaft vermitteln, dass man geliebt, umsorgt und geschätzt wird und mit anderen Menschen in einem Netz aus Kommunikation und gegenseitiger Verpflichtung verbunden ist. Über diese Formen sozioemotionaler Unterstützung hinaus können andere Menschen auch konkrete Unterstützung leisten - z.B.: mit Ratschlägen, persönlichem Feedback oder Informationen.⁷⁰ Es gibt in der Forschung Belege dafür, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung Menschen Stresssituationen besser aushalten lässt oder dass soziale Unterstützung bei der Bewältigung (Coping) von Krankheiten eine wichtige Einflussgröße ist. Für die Zwecke dieser Studie wurden

Fragen eingebaut, die die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung durch Freunde und den persönlichen Beziehungen abbilden sowie die (intime) Kommunikation mit vertrauten Personen aus Familie und engstem Umfeld erfassen.

Soziale Unterstützung

Auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?“ haben die OberösterreicherInnen wie folgt geantwortet (Abbildung 83):

Abbildung 83: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen nach Geschlecht



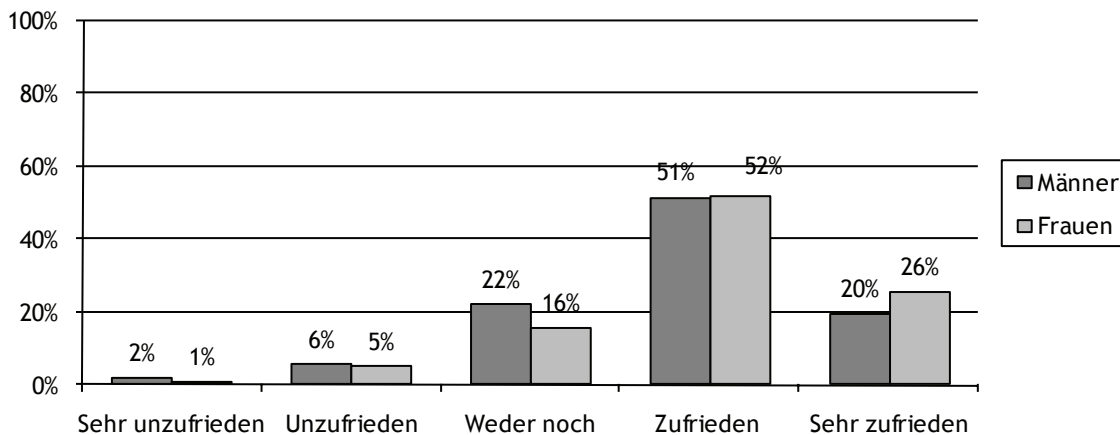
N=3.450; k.A.=79

Die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen ist generell sehr hoch. So sagen jeweils 34 Prozent der Frauen und Männer, dass sie „sehr zufrieden“ sind, die Hälfte der Befragten ist „zufrieden“. Insgesamt stellen sich also die persönlichen Verbindungen mit der Familie

sowie auch mit Freunden und Bekannten im näheren Umfeld als sehr befriedigend dar. Nur rund sieben Prozent der Männer sowie acht Prozent der Frauen sind gänzlich unzufrieden. Geschichtet nach Altersgruppen sind keine statistisch signifikanten Unterschiede feststellbar.

⁷⁰ Zimbardo et al. 2003, S. 386

Abbildung 84: Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung durch Freunde nach Geschlecht



N=3.455; k.A.=74

Auch die soziale Unterstützung durch den Freundeskreis wird insgesamt als befriedigend erlebt. 26 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer sind „sehr zufrieden“, etwas mehr als die Hälfte der Befragten sagt, sie seien „zufrieden“. Mehr Männer (22 Prozent) als Frauen (16 Prozent) sagen, sie seien „weder unzufrieden noch zufrieden“ mit der Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Eine Minderheit der Männer (insg. acht Prozent) und Frauen (insg. sechs Prozent) ist mit der Situation (sehr) unzufrieden.

Kommunikation mit vertrauten Personen

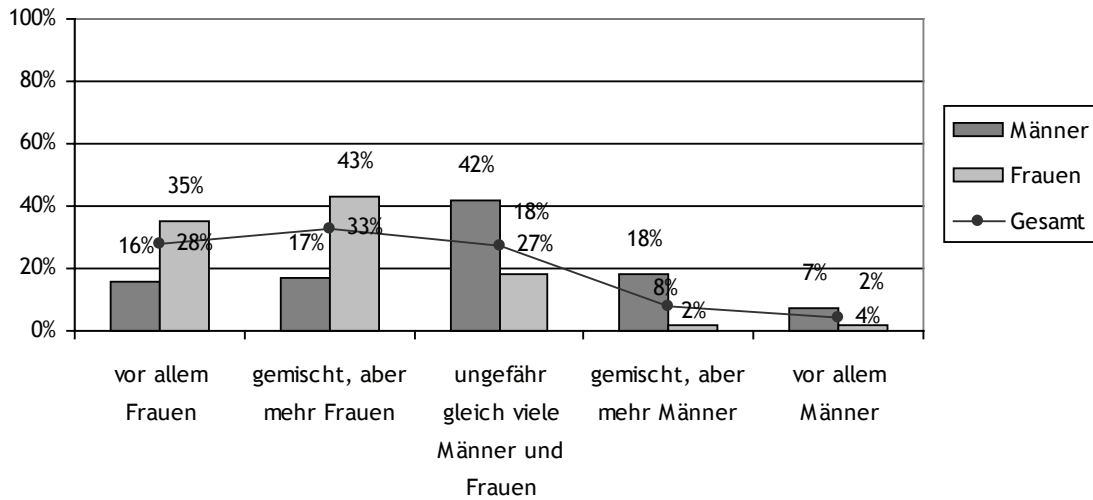
Für die Abbildung der Kommunikation mit vertrauten Personen wurde gefragt, ob es „in Ihrem Umfeld eine oder mehrere Personen (gibt), mit der Sie über sehr persönliche Themen sprechen können (z.B.: aus der Familie oder

Partnerschaft, enge Freunde, Bekannte, aber auch Ärzte/Ärztinnen oder andere Vertrauenspersonen“. Für die meisten Befragten ist dies der Fall: rund 86 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen sagen, dass vertraute Gesprächspersonen vorhanden sind. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist hierbei signifikant (Cramer-V= ,111; p≤0.001, N=3.427, k.A.=102). Die Anzahl der vertrauten Menschen zum Besprechen persönlicher Anliegen liegt bei Frauen und Männern durchschnittlich zwischen drei bis vier Personen.⁷¹

Ein bemerkenswertes Ergebnis liefert die Frage, welches Geschlecht die vertrauten Personen haben (Abbildung 85).

⁷¹ Mittelwert Anzahl vertrauter Personen: Männer 3,78; Frauen 4,06; Median jeweils 3; N=3.096; k.A.=6

Abbildung 85: Vertraute Personen nach Geschlecht

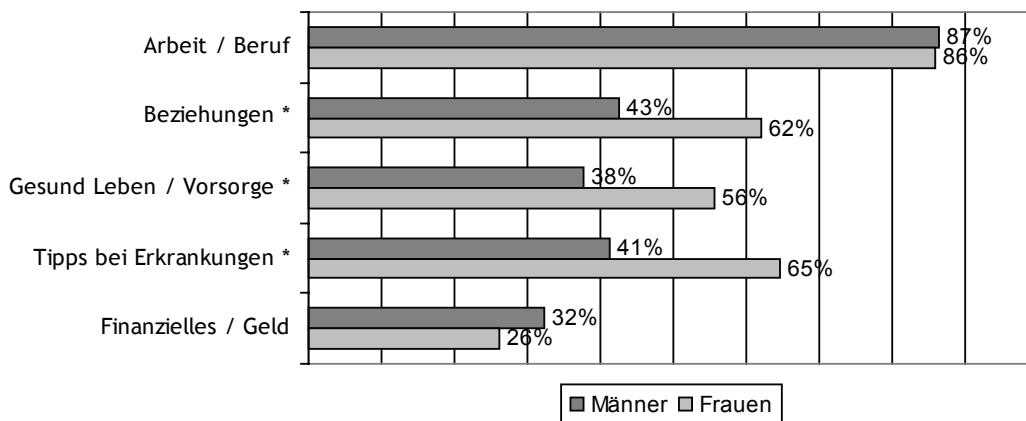


N=3.003 ; k.A.=99 ; Cramer-V=0.459 ; $p \leq 0.001$

Insgesamt betrachtet werden Frauen als persönliche Gesprächspartnerinnen von beiden Geschlechtern eher herangezogen als Männer. Wenig überraschend ist, dass sich Frauen überwiegend Frauen anvertrauen (vor allem Frauen: 35 Prozent, gemischt aber mehr Frauen: 43 Prozent). Männer scheinen keine große Rolle zu spielen (gemischt aber mehr Männer: zwei Prozent, vor allem Männer: zwei Prozent).

Für männliche Befragte zeigt sich ein anderes Bild: 42 Prozent der Männer berichten, ungefähr gleich viele Männer wie Frauen für persönliche Gespräche zu haben. Eine leichte Tendenz zu weiblichen Personen als Gesprächspartnerinnen ist interessanterweise auch bei den Männern zu erkennen (gemischt aber mehr Frauen: 17 Prozent, vor allem Frauen: 16 Prozent). Der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Befragten und dem Geschlecht der vertrauten Personen ist stark (Cramer-V=0.459).

Abbildung 86: Gesprächsthemen mit Personen aus dem Umfeld (Freunde, Bekannte oder Verwandte)



* signifikantes Ergebnis; Cramer-V=0.201-0.263; $p \leq 0.001$
 N=3.443-3.467; k.A.=62-86; Anteile „sehr häufig / häufig“

Als Gesprächsthemen herrschen Arbeit und Beruf allgemein vor. 87 Prozent der Männer und 86 Prozent der Frauen reden häufig oder sehr häufig über Dinge, die mit dem Berufsleben zusammenhängen. Finanzielle Angelegenheiten stehen nicht so oft auf der Tagesordnung: Rund ein Drittel der Männer (32 Prozent insgesamt) und ein Viertel der Frauen (26 Prozent insgesamt) sprechen über diese Themen. Diese allgemeinen Themen über Arbeit/Beruf und Finanzielles/Geld sind in ihrer Häufigkeit nach dem Geschlecht statistisch nicht signifikant.

Geht es allerdings um Beziehungen, gesundes Leben oder Tipps bei Erkrankungen, so liegen diese Gesprächsthemen den Frauen näher als den Männern. Über Beziehungen wird bei Frauen (62 Prozent) häufiger gesprochen als bei Männern (43 Prozent). Auch eine gesunde Lebensweise sowie Vorsorge ist für Frauen als Gesprächsinhalt wichtiger als für Männer (Frauen: 56 Prozent, Männer: 38 Prozent). Tipps bei Erkrankungen liegen insgesamt am zweiten Rang aller Gesprächsthemen, Frauen (65 Prozent) tauschen sich darüber allerdings weit häufiger aus als Männer (41 Prozent).

4.3.2. Individuelle Ressourcen: Kontrollüberzeugungen

Als Kontrollüberzeugungen (auch: locus of control, Kontrollbewusstsein oder Kontrollorientierung) gelten Annahmen darüber, wie ein Individuum die Ursachen für sein/ihr eigenes Verhalten und für damit verknüpfte Ereignisse verortet: in sich selbst (internaler locus of control) oder außerhalb der eigenen Einflussmöglichkeiten (externaler locus of control).⁷²

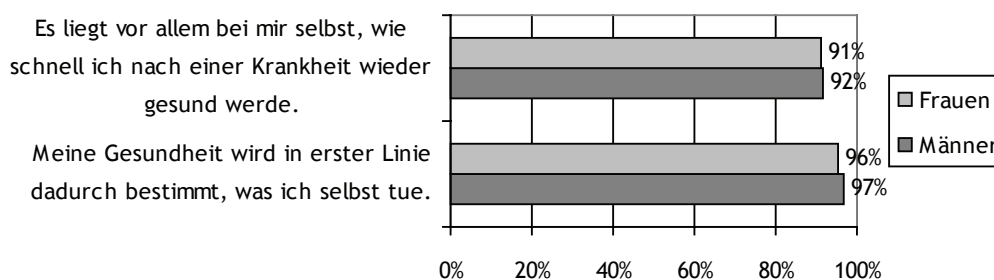
Entsprechend der unterschiedlichen Verortung für die Ursachen des Verhaltens können drei Dimensionen der Kontrollüberzeugungen unterschieden werden:

- (1) Internale Kontrollüberzeugung (die Kontrolle über die Gesundheit wird in sich selbst verortet),
- (2) Sozial-externale Kontrollüberzeugung - Autorität (die Kontrolle obliegt anderen Personen und Autoritäten, z.B.: ÄrztInnen),
- (3) Fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung - Schicksal (die Kontrolle ist dem Schicksal überlassen, man kann nicht eingreifen, z.B.: wird gute Gesundheit von Glück bestimmt).

Die Ergebnisse werden entlang dieser drei Dimensionen der Kontrollüberzeugungen dargestellt. Anzumerken ist, dass sich die Dimensionen gegenseitig nicht ausschließen, sondern in der Gesamtschau zu betrachten sind. Das bedeutet, dass etwa eine Person mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung gleichzeitig auch externe Überzeugungen haben kann, beispielsweise neben der persönlichen Überzeugung selbst etwas für die Gesundheit zu tun (internal), es auch gut findet, sich von der Ärztin/dem Arzt beraten zu lassen (external-sozial).

Ein überwiegender Teil der Befragten verortet die Kontrolle über die Gesundheit bzw. den subjektiven Gesundheitszustand in sich selbst: 97 Prozent der Männer und 96 Prozent der Frauen sagen, dass die Gesundheit vor allem „dadurch bestimmt wird, was ich selbst tue“. Auch die Genesung nach einer Krankheit liegt für 92 Prozent der Männer und 91 Prozent der Frauen „bei mir selbst“ (Abbildung 87).

Abbildung 87: Internale Kontrollüberzeugung nach Geschlecht



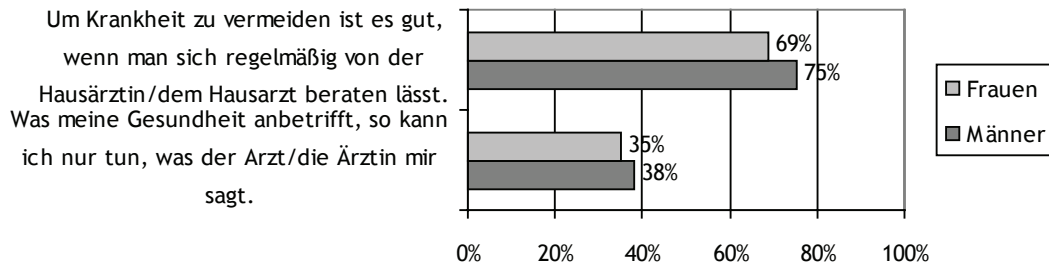
N=3.476/3.471; k.A.=53/58; Anteile Zustimmung (ja/eher ja)

Für die Zuweisung von Kontrolle und Verantwortung für Gesundheit (und Krankheit) werden auch externe Autoritäten wie Ärztinnen und Ärzte oder Einrichtungen zur Gesundheitserhaltung und -vorsorge herangezogen.

75 Prozent der Männer und 70 Prozent der Frauen glauben, dass zur Vermeidung von Krankheit die regelmäßige Konsultation eines Hausarztes/einer Hausärztin wichtig ist.

⁷² Zingg 2010, S. 14

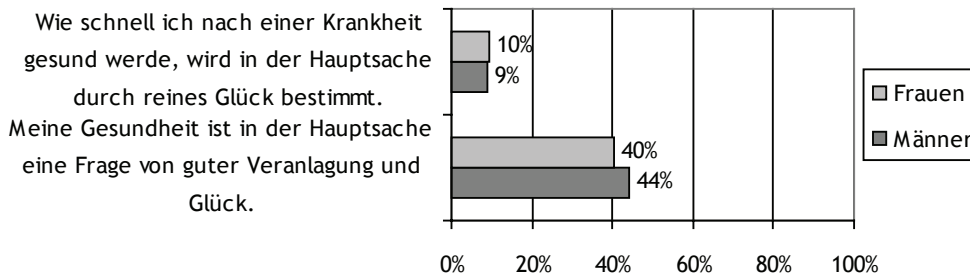
Abbildung 88: Sozial-externale Kontrollüberzeugung - Autorität nach Geschlecht



N=3.467/3.447; k.A.=62/82; Anteile Zustimmung (ja/eher ja)

Weit weniger Prozent sind der Ansicht, dass die Gesundheit überwiegend in Händen von externen Autoritäten liegt: 35 Prozent der Frauen sowie 38 Prozent der Männer stimmen der Aussage zu, dass man diesbezüglich nur tun könne, was der Arzt/die Ärztin empfehle.

Abbildung 89: Fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung - Schicksal nach Geschlecht



N=3.434/3.446; k.A.=95/83; Anteile Zustimmung (ja/eher ja)

Für nur neun Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen ist die Aussage zutreffend, dass die Genesung nach einer Krankheit durch reines Glück bestimmt wird. Obgleich überwiegend ein Bild gezeichnet wird, wonach Frauen und Männer mehrheitlich meinen, dass Gesundheit dadurch (mit)bestimmt wird, was man selbst dafür tut bzw. dass es der Gesundheit zuträglich ist, wenn man das tut, was Ärztinnen und Ärzte sagen, hat der Glücksfaktor doch ein wenig Gewicht: Rund 44 Prozent der Män-

ner und 40 Prozent der Frauen sagen, dass Gesundheit auch eine Frage von guter Veranlagung und Glück sei. Insgesamt ist nach diesen ersten Darstellungen eine generelle Tendenz zu eher internalen Attribuierungen feststellbar. Nach dem Geschlecht sind hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen keine signifikanten Unterschiede in den Einstellungen ablesbar.

Fakten

- Soziale Ressourcen:

Jeweils 34 Prozent der Frauen und Männer sagen aus, dass sie mit den persönlichen Beziehungen sehr zufrieden sind, weitere 50 Prozent sind zufrieden. Auch die soziale Unterstützung durch Freunde ist für 26 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer sehr zufrieden stellend, wiederum knapp über 50 Prozent zeigen sich zufrieden.

Rund 86 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen haben durchschnittlich drei bis vier vertraute Personen im näheren Umfeld, mit denen sie über persönliche Themen sprechen können.

78 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer wenden sich hauptsächlich an Frauen für persönliche Gespräche. Für 42 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen stehen gleich viele Männer wie Frauen zur Verfügung.

Arbeit und Beruf ist das Gesprächsthema Nummer eins im persönlichen Umfeld, aber auch über Beziehungen, gesundes Leben, Tipps bei Erkrankungen (vor allem bei Frauen) oder finanzielle Angelegenheiten wird geredet.

- Individuelle Ressourcen:

Ein überwiegender Teil der Befragten sieht die Kontrolle über die Gesundheit in sich selbst: Für 97 Prozent der Männer und 96 Prozent der Frauen wird die Gesundheit dadurch bestimmt, was sie selbst dafür tun.

Um Krankheit zu vermeiden ist es für 75 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen gut, sich von der Hausärztin/dem Hausarzt beraten zu lassen.

Der Aussage, dass die schnelle Genesung nach einer Krankheit durch reines Glück bestimmt wird, schließt sich nur ein kleiner Teil an: Zehn Prozent der Frauen und neun Prozent der Männer.

4.4. Subjektiver Gesundheitszustand und Lebensqualität

Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff. Weder in der Wissenschaft noch in der Alltagssprache gibt es dafür eine einfache und einheitliche Verwendung. Während die älteren Definitionen die Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit definieren, wird heute von einem positiven und dynamischen Gesundheitsbegriff ausgegangen. In Anlehnung an die viel zitierte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1946 werden neben den körperlichen Aspekten auch das psychische und soziale Wohlbefinden berücksichtigt. Mit Wohlbefinden wird mittlerweile nicht nur ein statischer Zustand bezeichnet, sondern Wohlbefinden wird als Voraussetzung und Resultat eines aktiven Austauschprozesses verstanden. In dem Maße, wie es einer Person gelingt, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen in Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Um- und Mitwelt zu befriedigen bzw. zu verwirklichen, ist sie mehr oder weniger gesund oder auch krank. Gesundheit wird so zu einer aktiven Leistung und das Gesundheitshandeln zu einer zentralen Determinante.

Nach dem WHOQOL-BREF⁷³ gliedert sich Gesundheit - neben einer Beschreibung des allgemeinen und subjektiven Gesundheitszustandes - in vier unterschiedliche Dimensionen (im Instrumentenleitfaden der WHO auch Domänen genannt): physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziales Wohlbefinden und Umweltbedingungen. Eine inhaltliche Beschreibung der Dimensionen folgt in den jeweiligen Abschnitten dazu. An dieser Stelle ist festzuhalten, wie die Werte der jeweiligen Domänen berechnet

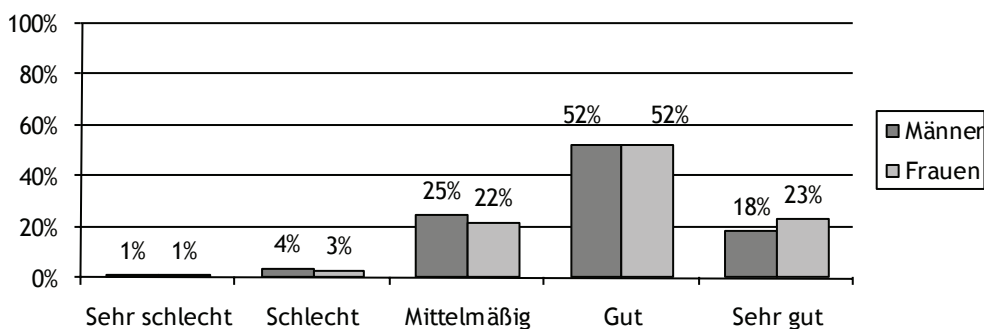
wurden: Es wurde für jede Domäne (bzw. Dimension) aus den entsprechend zugeordneten Items ein Mittelwert errechnet. Dieser liegt bei jeder Dimension bei rund 16. Der Bereich mit einer Abweichung von plus-minus-eins (also 15 bis 17) wurde als der Bereich identifiziert, der den Durchschnitt für unsere Stichprobe angibt. Das bedeutet, dass eine Person mit einem Wert von 15 bis 17 eine durchschnittliche Gesundheit in der jeweiligen Dimension aufweist. Werte unter 15 sind als unterdurchschnittlich, Werte über 17 als überdurchschnittlich einzustufen.

Im folgenden Kapitel werden die drei Dimensionen bzw. Domänen der Gesundheit - körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden - nach einer Beschreibung des allgemeinen subjektiven Gesundheitszustandes der OberösterreicherInnen einzeln dargestellt. Die vierte Dimension „Umweltbedingungen“ wird im Anschluss daran erläutert.

4.4.1. Lebensqualität und Wohlbefinden allgemein

Fragt man die OberösterreicherInnen, wie sie ihre Lebensqualität im Allgemeinen beurteilen und wie zufrieden sie mit ihrer Gesundheit sind, ergibt sich folgendes Bild (Abbildung 90):

Abbildung 90: Lebensqualität nach Geschlecht



N=3.479; k.A.=50

⁷³ Der WHOQOL-BREF ist ein internationales, kulturübergreifend vergleichbares Instrument zur persönlichen Einschätzung der Lebensqualität. Der Fragebogen besteht aus 26 Fragen und wurde in verschiedenen Zentren weltweit entwickelt und getestet.

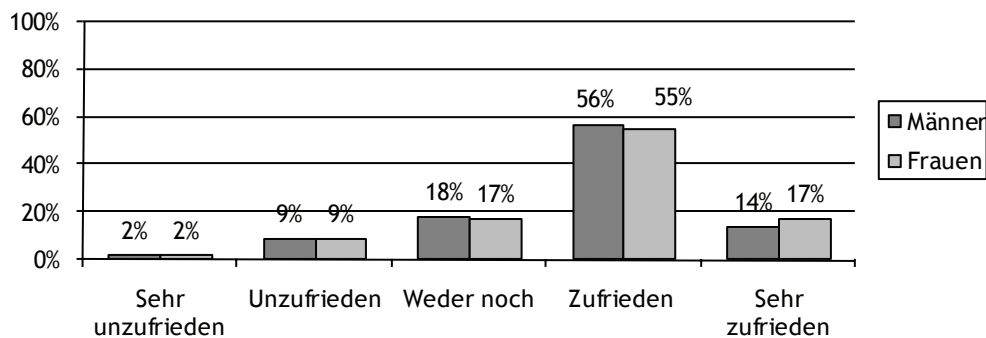
Rund die Hälfte aller befragten Personen gibt an, dass ihre Lebensqualität mit „gut“ zu beurteilen ist (Frauen und Männer je 52 Prozent). Etwas mehr Frauen (23 Prozent) als Männer (18 Prozent) sagen, dass ihre Lebensqualität insgesamt sehr gut sei. Mittelmäßig ist die Lebensqualität für 25 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen. Nur eine Minderheit sagt, dass ihre momentane Situation und Lebensqualität schlecht (Männer: vier Prozent, Frauen: drei Prozent) oder sehr schlecht sei (Männer und Frauen je rund ein Prozent).

Geschlecht und Alter erweisen sich als wichtige Bestimmgrößen für das allgemeine Wohlbefinden. Mit zunehmenden Lebensjahren sinkt der Anteil der Personen mit sehr guter oder guter Lebensqualität, wobei bei beiden Geschlechtern signifikante Zusammenhänge festzustellen

sind (Cramer-V zwischen 0.179 und 0.199; $p \leq 0.001$). Insbesondere die Gruppe der ganz jungen Personen (18 bis 24 Jahre) zeigt sich mit ihrer Lebensqualität äußerst zufrieden (Männer: sehr gut - 24 Prozent, gut - 58 Prozent / Frauen: sehr gut - 26 Prozent, gut - 53 Prozent). Bei den älteren Jahrganggruppen (ab 55 Jahren) überwiegt vor allem die Beurteilung der Lebensqualität als mittelmäßig.

Auch mit dem allgemeinen Gesundheitszustand zeigen sich die OberösterreicherInnen äußerst zufrieden. 14 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen sind sehr zufrieden, jeweils über die Hälfte bei beiden Geschlechtern ist zufrieden mit der Gesundheit (Abbildung 91).

Abbildung 91: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht



N=3.452; k.A.=77

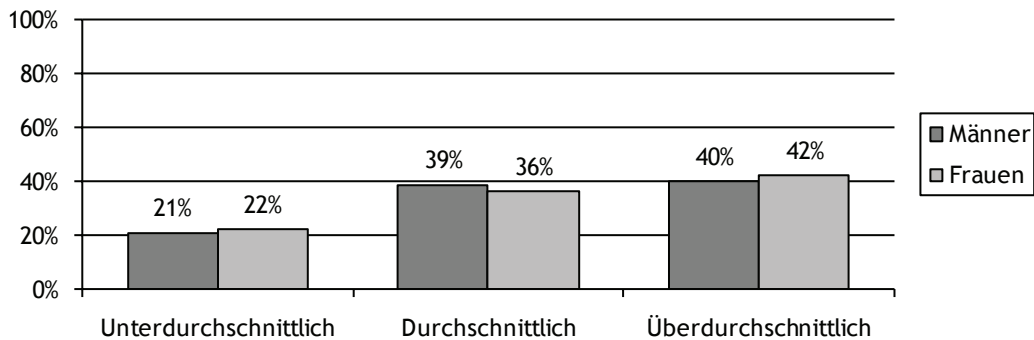
Der Anteil der Personen, die (eher) unzufrieden mit ihrer Gesundheit sind, ist gegenüber der Beurteilung der Lebensqualität allerdings deutlich höher: Jeweils über zehn Prozent der Männer und Frauen sind unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrer Gesundheit. Hier erweist sich wiederum das Alter als wichtige zusätzliche Analysegröße. Mit zunehmendem Alter sinkt die Zufriedenheit mit der Gesundheit deutlich. Bei Männern ist der Zusammenhang etwas höher (Cramer-V 0.204) als bei Frauen (Cramer-V 0.191), in beiden Fällen signifikant ($p \leq 0.001$). In den beiden jüngsten Altersgruppen (18 bis 24 Jahre und 25 bis 34 Jahre) ist der Anteil der Personen mit sehr guter Gesundheit deutlich höher als im Durchschnitt und liegt für Männer und Frauen jeweils knapp über 22 Prozent. Danach sinkt dieser Anteil bei den Männern auf die Hälfte: nur noch zwölf Prozent der 35- bis 44-Jährigen und

elf Prozent der 45- bis 54-jährigen Männer sind sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit. Für Frauen in der gleichen Altersgruppe sinkt der Anteil ungefähr auf den Durchschnittswert und fällt dann mit zunehmendem Alter ab.

4.4.2. Physische Gesundheit

Der Aspekt „physische Gesundheit“ als Pfeiler zur Messung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes nach der WHO-Definition setzt sich zusammen aus Fragen zu Schmerz und körperlichen Beschwerden, Energie und Erschöpfung, Schlaf und Erholung, Mobilität und Fortbewegung im Alltag sowie Arbeitsfähigkeit und der Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können.

Abbildung 92: WHO-Domäne „Physische Gesundheit“ nach Geschlecht



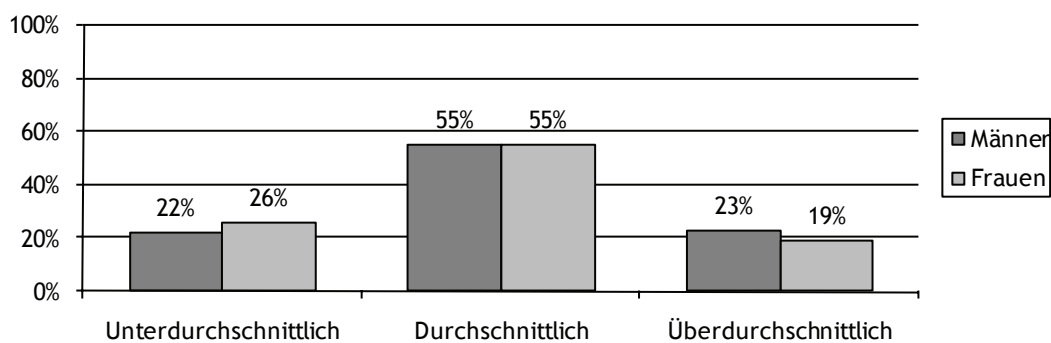
N=3.439; k.A.=90; Skala 4-20 Punkte; <15 Punkte „unterdurchschnittlich“; 15 bis 17 Punkte „durchschnittlich“; >17 Punkte „überdurchschnittlich“

Die Unterschiede hinsichtlich physischer (also körperlicher) Gesundheit sind nach dem Geschlecht minimal und nicht signifikant. 39 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen berichten, dass ihr physisches Wohlbefinden im Normalbereich, im Durchschnitt liege. Zirka jede/jeder Vierte in Oberösterreich erfreut sich einer überdurchschnittlich guten physischen Gesundheit. Rund ein Fünftel (21 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen) liegt dabei unter dem Durchschnitt.

4.4.3. Psychische Gesundheit

Die Domäne „psychische Gesundheit“ enthält Angaben zum Selbstwertgefühl, zum Verhältnis zum eigenen Körper (wie zufrieden ist die Person mit seinem/ihrem Körper), ob das Leben als sinnvoll angesehen wird (Spiritualität), wie gut Konzentration funktioniert, ob eher positive Gefühle im Sinne von „das Leben genießen“ vorhanden sind oder ob auch häufiger negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst und Depression der Fall sind.

Abbildung 93: WHO-Domäne „Psychische Gesundheit“ nach Geschlecht



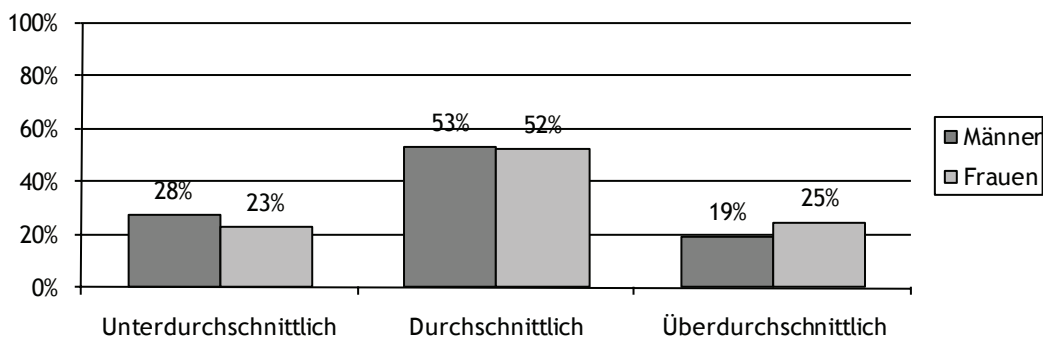
N=3.461; k.A.=68; Skala 4-20 Punkte; <15 Punkte „unterdurchschnittlich“; 15 bis 17 Punkte „durchschnittlich“; >17 Punkte „überdurchschnittlich“

Über die Hälfte der befragten Männer und Frauen liegen hinsichtlich psychischer Gesundheit im Normalbereich, also im Durchschnitt. 22 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen liegen im unterdurchschnittlichen Bereich, 23 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen weisen eine überdurchschnittlich gute psychische Gesundheit auf.

4.4.4. Soziale Beziehungen

Für die Dimension „Soziale Beziehungen“ wurden Fragen zur Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben und der Unterstützung durch Freunde gestellt.

Abbildung 94: WHO-Domäne „Soziale Beziehungen“ nach Geschlecht



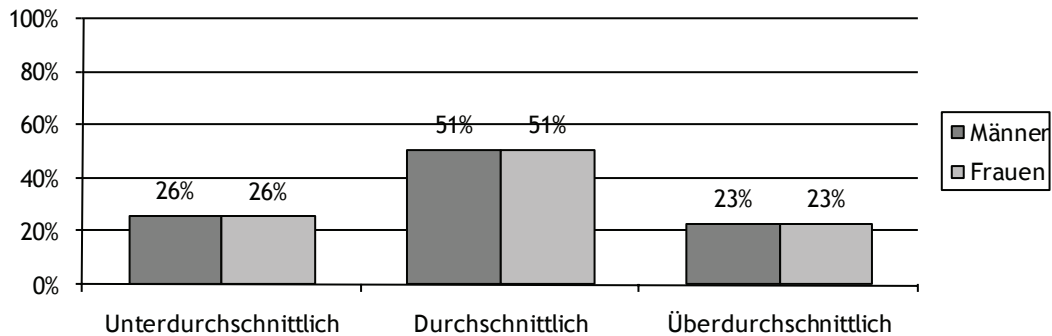
N=3.435; k.A.=94; Skala 4-20 Punkte; <15 Punkte „unterdurchschnittlich“; 15 bis 17 Punkte „durchschnittlich“; >17 Punkte „überdurchschnittlich“

Es kann festgestellt werden, dass die Menschen überwiegend zufrieden bis sehr zufrieden mit ihren sozialen Beziehungen sind. Jeweils knapp über die Hälfte der männlichen und weiblichen Befragten liegen hier im Durchschnitt, etwas mehr Frauen (25 Prozent) als Männer (19 Prozent) sind sogar sehr zufrieden mit ihrem sozialen Umfeld. Im Gegensatz dazu gibt es etwas mehr Männer (28 Prozent) als Frauen (23 Prozent), die ihre sozialen Beziehungen als unterdurchschnittlich bewerten.

4.4.5. Umweltbedingungen

Zur Domäne der Umweltbedingungen werden folgende Faktoren gezählt: Beurteilung, wie gesund die Umweltbedingungen im Wohngebiet sind; wie zufrieden die Person mit der Wohnsituation ist; ob genug finanzielle Mittel vorhanden sind, um die Bedürfnisse des alltäglichen Lebens erfüllen zu können; wie gut das Sicherheitsgefühl im Alltag ist; wie gut die Möglichkeiten sind, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen oder an Informationen zu kommen; ob es ausreichende Angebote für Freizeitaktivitäten gibt und wie zufrieden man mit den zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln ist.

Abbildung 95: WHO-Domäne „Umweltbedingungen“ nach Geschlecht



N=3.469; k.A.=60; Skala 4-20 Punkte; <15 Punkte „unterdurchschnittlich“; 15 bis 17 Punkte „durchschnittlich“; >17 Punkte „überdurchschnittlich“

Bei der Beurteilung der Umweltbedingungen sind annähernd keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. 51 Prozent der befragten Männer und Frauen liegen im Durchschnitt, rund 26 Prozent beur-

teilen die Umweltbedingungen als unterdurchschnittlich gut. Für circa 23 Prozent aller Personen stellen sich ihre Umwelt- und Lebensbedingungen als sehr zufriedenstellend dar, sie liegen über dem Durchschnitt.

Fakten

- Gut die Hälfte aller Befragten weist eine „gute“ Lebensqualität auf (Frauen und Männer jeweils zirka 52 Prozent). Für etwas mehr Frauen (23 Prozent) als Männer (18 Prozent) ist die Lebensqualität insgesamt sehr gut. Das Alter erweist sich dabei als wichtige Bestimmgröße: ganz junge Menschen zeigen sich mit ihrer Lebensqualität äußerst zufrieden, ältere Menschen ab 55 Jahren liegen eher im Mittelmaß.
- Mit dem subjektiven Gesundheitszustand ist wiederum mehr als die Hälfte zufrieden (Frauen: 55 Prozent, Männer: 56 Prozent), sehr zufrieden sind 14 Prozent der Männer und 17 Prozent der Frauen. Jeweils über elf Prozent der Männer und Frauen sind allerdings unzufrieden oder sehr unzufrieden mit ihrer Gesundheit.

- Die physische Gesundheit der Befragten wird mehrheitlich als normal bis überdurchschnittlich gut beurteilt. In den Bereichen psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und gesunde Umweltbedingungen liegen jeweils knapp über die Hälfte der Männer und Frauen im Normalbereich. Jeweils rund ein Viertel beurteilt diese Gesundheitsaspekte als überdurchschnittlich bzw. unterdurchschnittlich.
- Im Bereich der psychischen Gesundheit weisen mehr Frauen (26 Prozent) als Männer (22 Prozent) eine unterdurchschnittlich gute psychische Gesundheit auf.
- Die sozialen Beziehungen stellen sich für mehr Männer (28 Prozent) als Frauen (23 Prozent) als unterdurchschnittlich gut dar.

5. LEBENSLAGEN UND GESUNDHEIT

Für die Betrachtung von Gesundheitsaspekten aus der Genderperspektive müssen geschlechtsspezifische Lebenslagen und -situationen mit berücksichtigt werden. Für Männer und Frauen stellen sich die Lebensrealitäten unterschiedlich dar.

Um die Lebenslage der Befragten zu ermitteln, wurden einige soziodemographische und sozioökonomische Merkmale erhoben. Mittels Clusteranalyse wurde versucht, Gruppen zu bilden, die hinsichtlich dieser Merkmale ähnlich sind und die als „Realtypen“ für verschiedene Lebenslagen interpretiert werden können.

Folgende Merkmale gingen in die Gruppenbildung ein:

- Soziodemographische Merkmale: Alter, Geschlecht, Wohnort (Stadt/Rand/Land)
- Sozioökonomische Merkmale: Einkommen (Äquivalenzeinkommen), Lebensunterhalt (Erwerbstätigkeit, in Ausbildung, Haushaltstätigkeit, Pension etc.), Beschäftigungsausmaß (Vollzeit, Teilzeit), Wohnungsgrößenindex

- Soziokulturelle Merkmale: Bildungsgrad, Muttersprache
- Familiäre bzw. lebensgemeinschaftsbezogene Merkmale: Partnerschaft, Personen im Haushalt, Kinder im Haushalt, Betreuungspflichten für Erwachsene (z.B. Pflege Älterer)

5.1. Beschreibung der Lebenslagen-Cluster

Aus den Merkmalen lassen sich sechs Gruppen mit jeweils relativ ähnlichen Lebenssituationen bilden, die als Typen aufgefasst werden können.

Tabelle 6: Übersicht Lebenslagen-Cluster - Typenbildung

	Lebenslage
Typ 1	Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit eher geringen familiären Bindungen kurz: „Sozial Begünstigte“
Typ 2	Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen
Typ 3	Berufstätige Männer mit familiären Bindungen
Typ 4	Sozial schwächere Männer und Frauen
Typ 5	Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)
Typ 6	PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)

Nachfolgend werden die Lebenslagen-Cluster (Typen) im Einzelnen näher beschrieben.

5.1.1. Typ 1: „Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit eher geringen familiären Bindungen“ (kurz: „Sozial Begünstigte“)

Diese Gruppe zeichnet sich vor allem durch folgende Merkmale aus:

- Hoher Anteil mit höheren Bildungsabschlüssen (48 Prozent Matura und höher, nur ein Prozent Pflichtschule oder kein Abschluss).
- Großteils (annähernd) vollzeitbeschäftigt (79 Prozent arbeiten 35 und mehr Wochenstunden⁷⁴).
- Überdurchschnittlich hoher Anteil an (leitenden) Angestellten (20 Prozent leitende und 53 Prozent nicht leitende Angestellte).

- Hoher Anteil mit überdurchschnittlichem Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen: 78 Prozent über Median; nur zehn Prozent im unteren Quartil).
- Der Anteil an Personen, die nicht in einer Partnerschaft lebt, ist hoch (53 Prozent). Der Anteil mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt ist (mit elf Prozent) niedrig. Der Anteil alleine Lebender ist hoch (30 Prozent) und die durchschnittliche Haushaltsgröße (mit 2,16 Personen) niedrig.

Darüber hinaus lebt diese Gruppe zu einem höheren Anteil im urbanen Umfeld (36 Prozent im städtischen Bereich, 35 Prozent Land) und das Durchschnittsalter ist etwas niedriger: 31 Prozent sind unter 30 Jahre alt und weitere 24 Prozent zwischen 30 und 40 Jahre. Nach Geschlecht betrachtet unterscheidet sich die Gruppe nicht wesentlich von der Gesamtpopulation der Befragten: 16 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen fallen in dieses Cluster.

⁷⁴ Bereinigt um 23 Fälle, die nicht als erwerbstätig aufscheinen („Ausreißer“).

5.1.2. Typ 2: „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“

Diese Gruppe besteht nur aus Frauen (insgesamt fallen 29 Prozent der Frauen in die Gruppe) und zeichnet sich darüber hinaus durch folgende Merkmale aus:

- Alle sind erwerbstätig.⁷⁵ Der Großteil (rund 80 Prozent) ist teilzeitbeschäftigt (20 Prozent Vollzeit), die Mehrheit (65 Prozent) als nicht leitende Angestellte.
- Der Großteil weist eine mittlere Ausbildung auf (74 Prozent Lehre oder BMS). Der Anteil mit höherer Ausbildung (Matura und höher: 23 Prozent) entspricht dem Durchschnitt der Stichprobe. Der Anteil mit höchstens Pflichtschulabschluss ist unterdurchschnittlich (drei Prozent).
- Fast alle leben in einer Partnerschaft (93 Prozent), nur zwei Prozent leben alleine im Haushalt und die durchschnittliche Haushaltsgröße ist hoch (3,1 Personen). Außerdem ist der Anteil mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt überdurchschnittlich (48 Prozent).

Der Großteil ist zwischen 20 und 49 Jahre alt. Der Anteil, der im Stadtgebiet lebt, ist etwas geringer (13 Prozent), während ein überdurchschnittlicher Anteil im städtischen Umland (an die Städte angrenzende Bezirke) lebt (33 Prozent).

5.1.3. Typ 3: „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“

Diese Gruppe besteht nur aus Männern (insgesamt fallen 47 Prozent der Männer in die Gruppe). Besondere Merkmale sind:

- Alle sind Vollzeit erwerbstätig (mindestens 35 Stunden/Woche⁷⁶). Der Anteil an qualifizierten Arbeitern (40 Prozent) und leitenden Angestellten (26 Prozent) ist überdurchschnittlich.
- 81 Prozent weisen einen mittleren Bildungsgrad auf (Lehre/BMS), während der Anteil mit höchstens Pflichtschulabschluss (drei Prozent) und höherer Ausbildung (16 Prozent) unterdurchschnittlich ist.
- 91 Prozent leben in einer Partnerschaft, nur drei Prozent leben alleine. Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist mit 3,5 Personen überdurchschnittlich. In 45 Prozent der Fälle lebt ein Kind unter 15 Jahren im Haushalt.

⁷⁵ Bereinigt um 36 Fälle, die nicht als erwerbstätig aufscheinen („Ausreißer“).

⁷⁶ Bereinigt um 11 Fälle, die nicht als erwerbstätig aufscheinen („Ausreißer“).

Der Großteil (77 Prozent) ist zwischen 20 und 49 Jahre alt. Der Anteil in ländlichen Regionen Lebender ist überdurchschnittlich (69 Prozent), während nur sechs Prozent in den Städten leben.

5.1.4. Typ 4: „Sozial schwächere Männer und Frauen“

Diese Gruppe besteht aus Männern und Frauen (acht Prozent der befragten Männer und zehn Prozent der befragten Frauen fallen in diese Gruppe). Besondere Merkmale dieser Gruppe sind folgende:

- 77 Prozent sind unqualifizierte Arbeiter und Arbeiterinnen. 82 Prozent sind erwerbstätig, aber überdurchschnittlich viele (fünf Prozent) sind arbeitslos. 62 Prozent sind vollzeitbeschäftigt (mindestens 35 Stunden/Woche).
- 64 Prozent weisen höchstens einen Pflichtschulabschluss auf.
- Der Anteil mit Migrationshintergrund (nicht Deutsch als Muttersprache) ist hoch (34 Prozent).
- Das Haushaltseinkommen (Äquivalenzeinkommen) ist niedrig: Nur 21 Prozent liegen über dem Medianeinkommen, 43 Prozent fallen in das unterste Quartil.
- Die verfügbare Wohnfläche ist unterdurchschnittlich (31 Prozent unter 80 Prozent der optimalen Wohnfläche), was auf Deprivation schließen lässt.
- Der Anteil der in einer Partnerschaft Lebenden ist ungefähr durchschnittlich (80 Prozent). Sechs Prozent leben alleine im Haushalt (durchschnittliche Haushaltsgröße ist mit 3,3 Personen hoch). Bei 33 Prozent dieser Gruppe leben Kinder unter 15 Jahren im Haushalt.

5.1.5. Typ 5: „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“

Diese Gruppe besteht fast ausschließlich aus Frauen (93 Prozent). 22 Prozent der befragten Frauen (und zwei Prozent der befragten Männer) fallen in diese Gruppe. Besondere Merkmale dieser Gruppe sind folgende:

- Der Großteil ist im Haushalt tätig oder in Elternkarenz (69 Prozent). 15 Prozent sind in Ausbildung und vier Prozent arbeitslos.
- Sowohl der Anteil mit Pflichtschulabschluss (28 Prozent) als auch der mit höherer Bildung (Matura und höher: 30 Prozent) ist höher als im Durchschnitt, während der Anteil mit mittlerer Ausbildung unterdurchschnittlich ausfällt (Lehre/BMS: 42 Prozent).

- Das Haushaltseinkommen ist unterdurchschnittlich (nur 25 Prozent verfügen über ein Äquivalenzeinkommen über dem Median, 46 Prozent fallen ins untere Quartil).
- Der Anteil, der in einer Partnerschaft lebt, ist durchschnittlich (84 Prozent). Nur 1,4 Prozent leben allein im Haushalt. Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist mit 3,5 Personen höher als unter den gesamten Befragten. 51 Prozent leben mit Kindern unter 15 Jahren im gemeinsamen Haushalt.
- Die Gruppe der nicht Erwerbstätigen ist etwas jünger als die Gesamtpopulation der Befragten: 30 Prozent sind unter 30 Jahre alt, 23 Prozent zwischen 30 und 39 Jahre und 20 Prozent zwischen 40 und 49 Jahre.

5.1.6. Typ 6: „PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)“

27 Prozent der befragten Männer und 22 Prozent der befragten Frauen fallen in diese Gruppe.

- Fast alle (92 Prozent) sind in Pension (oder dauerhaft arbeitsunfähig).
- 75 Prozent sind über 60 Jahre alt und weitere 21 Prozent zwischen 50 und 59 Jahre.
- Der Anteil in einer Partnerschaft Lebender ist durchschnittlich (78 Prozent). Der Anteil alleine Lebender ist jedoch höher als unter den Befragten insgesamt (21 Prozent). Nur ein verschwindender Anteil (drei Prozent) lebt mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt. Die durchschnittliche Haushaltsgröße ist (mit 2,0 Personen) niedriger als unter den Befragten insgesamt.

5.2. Lebenslagen und Belastungen

Ein Anliegen dieses Gesundheitsberichts ist es, hinderliche wie auch förderliche Aspekte für die Gesundheit von Männern und Frauen zu identifizieren. Die Herausarbeitung geschlechtsspezifischer Lebenslagen liefert Hinweise auf reale - teils unterschiedliche - Lebenssituationen, in denen sich Frauen wie Männer befinden. Innerhalb dieser Lebenslagen-Gruppen werden nun Belastungen thematisiert, die als hinderlich für die Gesundheit bzw. auch für Maßnahmen zur Prävention gelten können. Erhoben wurde das Thema der Belastungen in zwei Dimensionen: zum einen die persönlichen Belastungen, die mehr im Privatbereich angesiedelt sind und zum anderen die beruflichen Belastungen, die gezielt nach schwierigen Bedingungen in der Arbeitswelt fragen.

Persönliche Belastungen

Für die nachfolgenden Bereiche wurde erhoben, wie weit diese für die Befragten Belastungen darstellen:

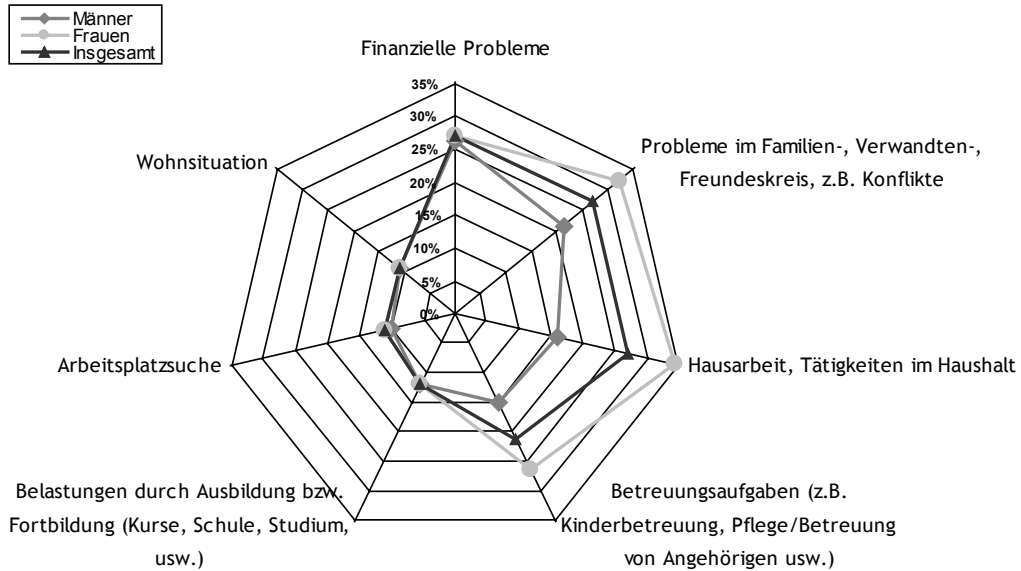
- Belastung durch Arbeitsplatzsuche
- Belastungen durch Ausbildung bzw. Fortbildung (Kurse, Schule, Studium, usw.)
- Betreuungsaufgaben (z.B. Kinderbetreuung, Pflege/Betreuung von Angehörigen usw.)
- Finanzielle Probleme
- Hausarbeit, Tätigkeiten im Haushalt
- Probleme im Familien-, Verwandten-, Freundeskreis, z.B. Konflikte
- Wohnsituation

Insgesamt werden am häufigsten Belastungen durch finanzielle Probleme, durch Probleme im Familien-/Freundeskreis sowie Belastungen durch Hausarbeit genannt, von denen jeweils 27 Prozent der Befragten betroffen sind. Durch Probleme im Familien-/Freundeskreis sind Frauen (mit 32 Prozent) häufiger belastet als Männer (21 Prozent). Ähnliches gilt für die Belastung durch Hausarbeit (Frauen 34 Prozent, Männer 16 Prozent).

21 Prozent aller Befragten geben Belastungen durch Betreuungsaufgaben (Kinderbetreuung, Pflege etc.) an. Auch hier fühlen sich vor allem Frauen stärker betroffen (26 Prozent, Männer 15 Prozent).

In gleichem Ausmaß sind Frauen und Männer durch Aus-/Fortbildung belastet (jeweils zwölf Prozent). Ähnliches gilt für Belastungen infolge von Arbeitsplatzsuche (elf Prozent) und Belastungen durch die Wohnsituation (elf Prozent).

Abbildung 96: Belastungsprofil persönliche Belastungen nach Geschlecht

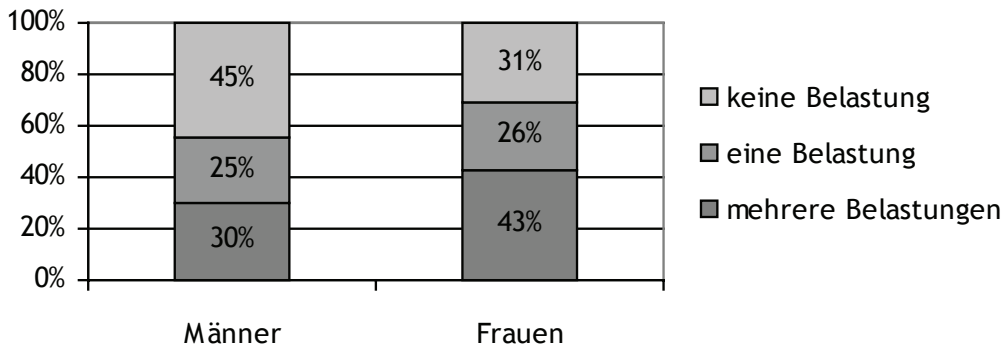


N=2.963-2.427; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

69 Prozent der Frauen geben mindestens eine der sieben persönlichen Belastungen an. Das sind deutlich mehr als unter den Männern (55 Prozent). Frauen geben auch deutlich häufiger an, von mehreren dieser Belastungen gleich-

zeitig betroffen zu sein. 43 Prozent weisen mindestens zwei (oder mehr) der genannten Belastungen auf. Bei den Männern beträgt der Anteil mit zwei oder mehreren Belastungen 31 Prozent (Abbildung 97).

Abbildung 97: Persönliche Belastungen nach Geschlecht (Anzahl genannte Belastungen)



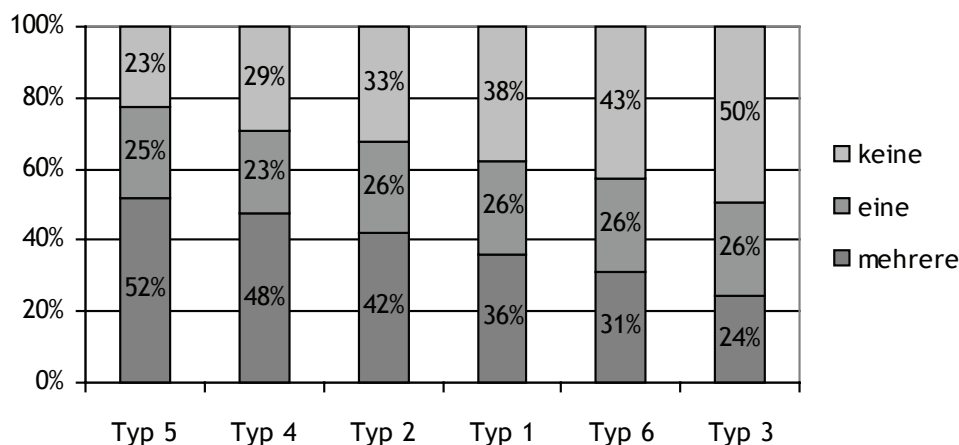
N=3.455; Anteil mit einer/mehreren Nennungen „stark belastet“ oder „eher belastet“; Cramer-V=0,147;p<0,001

Die häufigsten persönlichen Belastungen nennen „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“⁷⁷ (Gruppe Typ 5) und „Sozial Schwächere“ (Typ 4). Diese Gruppen geben zu über 70 Prozent mindestens eine der genannten persönlichen Belastungen an (Typ 5: 77 Prozent, Typ 4: 71 Prozent). Ungefähr die Hälfte gibt an, von zwei oder mehr Belastungen betroffen zu sein (Typ 5: 52 Prozent, Typ 4: 48 Prozent).

Im Mittelfeld liegen die Gruppen „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ (Typ 2) und „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ (Typ 1). Sie weisen zu ungefähr zwei Drittel mindestens eine der genannten persönlichen Belastungen auf (Typ 2: 68 Prozent, Typ 1: 62 Prozent). Zirka 35 bis 40 Prozent weisen mindestens zwei (oder mehr) Belastungen auf (Typ 2: 42 Prozent, Typ 1: 36 Prozent).

In geringerem Ausmaß von persönlichen Belastungen betroffen sind die Gruppen „PensionistInnen“ (Typ 6) und „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3). Etwa die Hälfte gibt mindestens eine der genannten Belastungen an (Typ 6; 57 Prozent, Typ 3: 51 Prozent). Ungefähr 25 bis 30 Prozent nennen mindestens zwei der genannten Belastungen (Typ 6: 31 Prozent und Typ 3: 24 Prozent).

Abbildung 98: Persönliche Belastungen nach Lebenslage (Anzahl genannte Belastungen)



N=2.978; Anteil mit einer/mehreren Nennungen „stark belastet“ oder „eher belastet“; Cramer-V=0.147; p<0.001

5.2.1. Persönliches Belastungsprofil Typ 1

Personen der Gruppe „Sozial Begünstigte mit geringen familiären Bindungen“ (Typ 1) zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie im Durchschnitt in deutlich geringerem Ausmaß von Belastungen durch Betreuungsaufgaben betroffen sind als die übrigen Befragten (zehn Prozent gegenüber 23 Prozent bei den restlichen Befragten⁷⁸). Sie geben hingegen zu einem etwas höheren Anteil Belastungen durch die Wohnsituation an (15 Prozent gegenüber zehn Prozent⁷⁹). Bei allen übrigen Aspekten lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Innerhalb der Gruppe lassen sich zwischen Männern und Frauen nur bezüglich der Belastungen durch Probleme im Familien-/Freundeskreis Unterschiede feststellen. Frauen sind hier häufiger betroffen (29 Prozent) als Männer (17 Prozent).⁸⁰

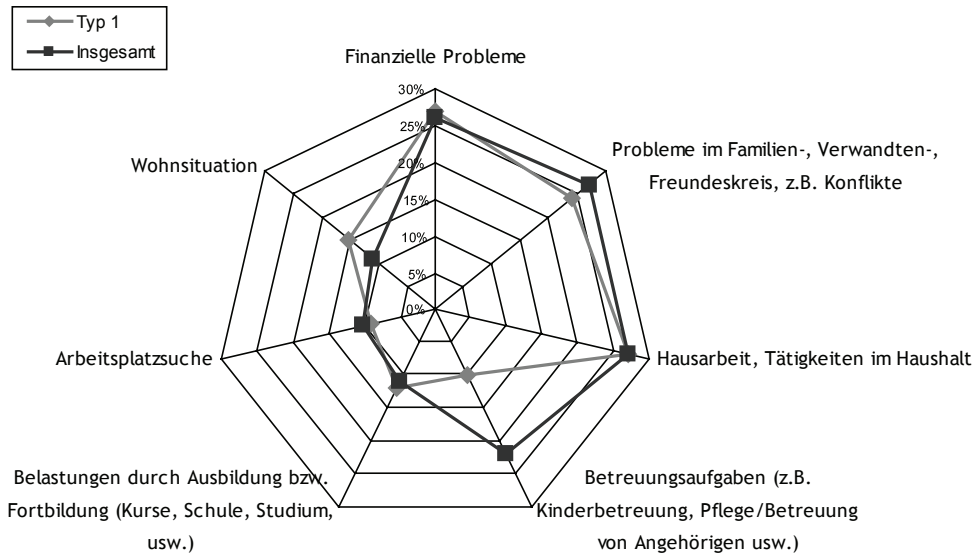
⁷⁷ Nur sieben Prozent dieser Gruppe sind Männer

⁷⁸ N=3.382; Phi=-0,113; p<0,001.

⁷⁹ N=3.419; Phi=0,051; p<0,01.

⁸⁰ N=497; Phi=0,141; p<0,01.

Abbildung 99: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen



Insgesamt: N=2.592-2.961

Typ 1: N=494-499; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.2. Persönliches Belastungsprofil Typ 2

Die Gruppe „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) weist in deutlich höherem Ausmaß Belastungen durch Hausarbeit (38 Prozent gegenüber 25 Prozent bei den restlichen Befragten⁸¹) auf. Ebenso sind die Belastungen durch Betreuungsaufgaben höher (30 Prozent gegenüber 20 Prozent⁸²). Etwas geringer ist die

Betroffenheit durch Belastungen durch Arbeitsplatzsuche (sechs Prozent gegenüber elf Prozent bei den restlichen Befragten⁸³). Belastungen durch finanzielle Probleme und Wohnsituation sind geringfügig (aber signifikant) seltener als bei den restlichen Befragten.⁸⁴

81 N=3.440; Phi=0,104; p<0,001.

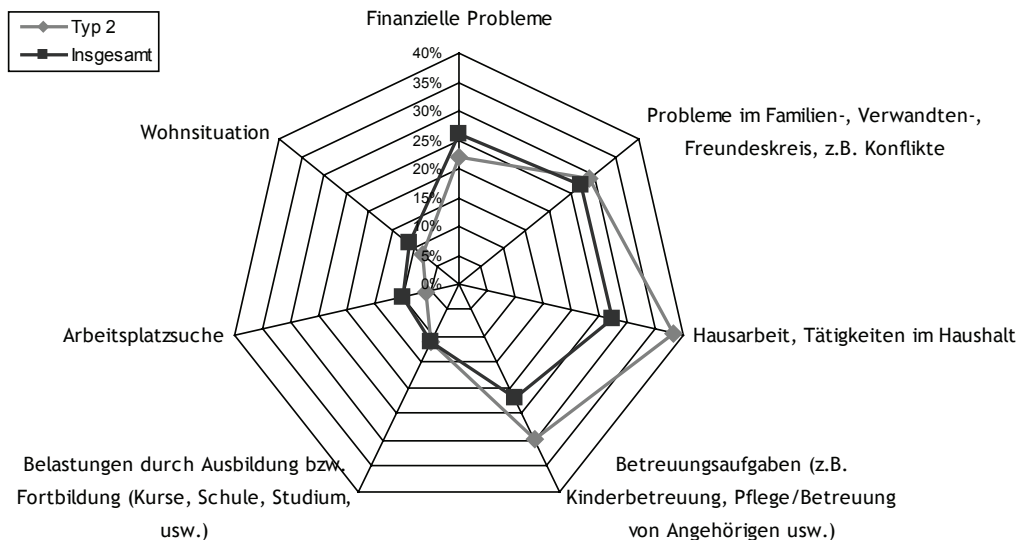
82 N=3.382; Phi=0,090; p<0,001.

83 N=1.979; Phi=-0,066; p<0,001.

84 Finanzielle Probleme: 22 Prozent vs. 27 Prozent; N=3.422; Phi=-0,040; p<0,05.

Wohnsituation: acht Prozent vs. zwölf Prozent; N=3.419; Phi=-0,035; p<0,05.

Abbildung 100: Typ 2: „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen



Insgesamt: N=2.592-2.961

Typ 2: N=510-523; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.3. Persönliches Belastungsprofil Typ 3

Personen der Gruppe „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ (Typ 3) weisen in deutlich geringerem Ausmaß Belastungen durch Tätigkeiten im Haushalt (13 Prozent gegenüber 30 Prozent bei den restlichen Befragten⁸⁵), durch Probleme im Familien-/Freundeskreis (18 Prozent gegenüber 30 Prozent⁸⁶) und durch Betreuungsaufgaben

(14 Prozent gegenüber 23 Prozent⁸⁷) auf. Etwas seltener sind auch Belastungen durch finanzielle Probleme (22 Prozent gegenüber 28 Prozent⁸⁸) und Probleme bei der Arbeitsplatzsuche (sieben Prozent gegenüber elf Prozent⁸⁹).

⁸⁵ N=3.449; Phi=-0,145; p<0,001.

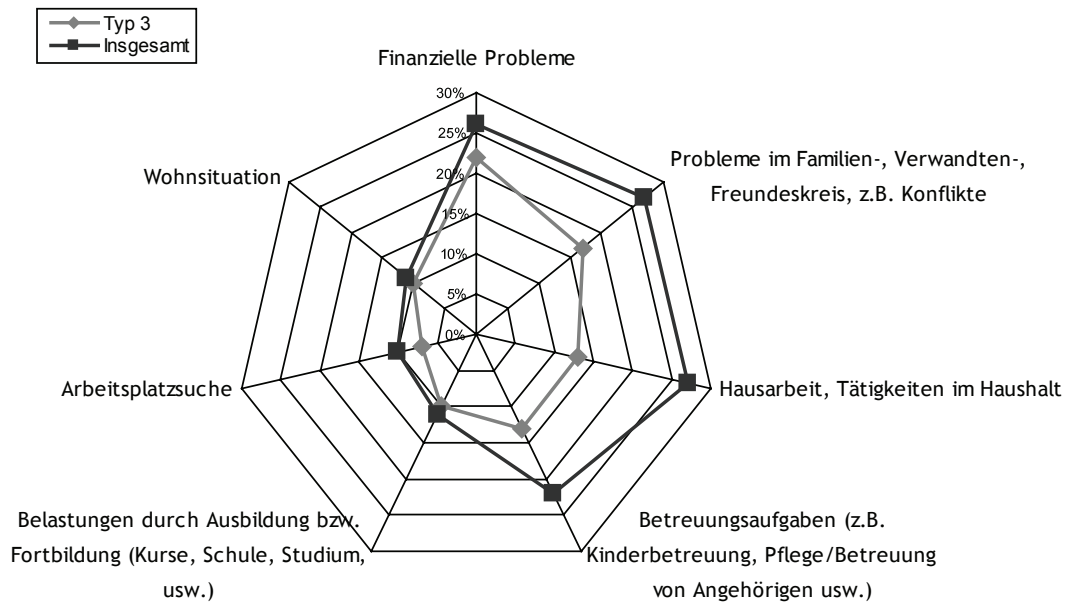
⁸⁶ N=3.423; Phi=-0,102; p<0,001.

⁸⁷ N=3.482; Phi=-0,089; p<0,001.

⁸⁸ N=3.422; Phi=-0,048; p<0,01.

⁸⁹ N=2.979; Phi=-0,061; p<0,01.

Abbildung 101: Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen



Insgesamt: N=2.592-2.961

Typ 3: N=567-573; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.4. Persönliches Belastungsprofil Typ 4

In der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ (Typ 4) sind vor allem Belastungen durch finanzielle Probleme (40 Prozent gegenüber 26 Prozent⁹⁰) und durch Arbeitsplatzsuche (20 Prozent gegenüber zehn Prozent⁹¹) häufiger als unter den restlichen Befragten. Etwas häufiger sind auch Belastungen durch die Wohnsituation (15 Prozent gegenüber elf Prozent⁹²). Bezüglich der anderen Aspekte lassen sich keine signifikanten Unterschiede beobachten.

Innerhalb der Gruppe unterscheiden sich Männer und Frauen vor allem dadurch, dass Frauen in höherem Ausmaß Belastungen durch Hausarbeit angeben (37 Prozent gegenüber 14 Prozent bei den Männern⁹³) während Männer häufiger Belastungen durch finanzielle Probleme (48 Prozent gegenüber 36 Prozent bei den Frauen⁹⁴) und Arbeitsplatzsuche (30 Prozent gegenüber 13 Prozent bei den Frauen⁹⁵) angeben.

⁹⁰ N=3.422; Phi=-0,089; p<0,001.

⁹¹ N=2.979; Phi=-0,093; p<0,001.

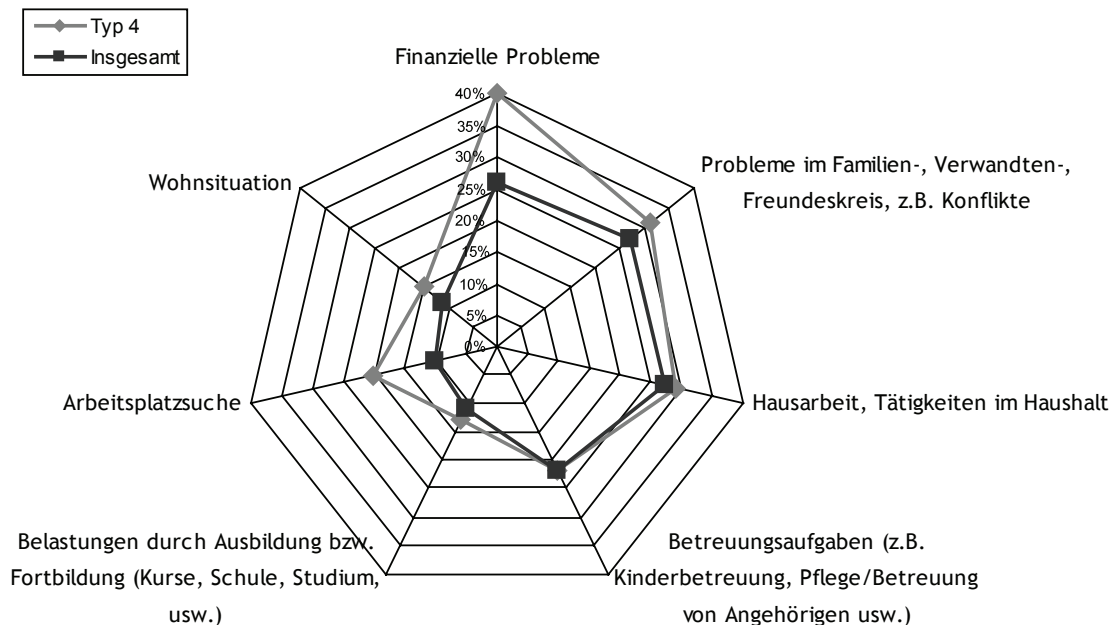
⁹² N=3.419; Phi=-0,033; p<0,05.

⁹³ N=270; Phi=0,284; p<0,001.

⁹⁴ N=266; Phi=-0,127; p<0,05.

⁹⁵ N=264; Phi=-0,202; p<0,01.

Abbildung 102: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen



Insgesamt: N=2.592-2.961

Typ 4: N=263-270; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.5. Persönliches Belastungsprofil Typ 5

Personen aus der Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen (und Männer⁹⁶)“ (Typ 5) weisen in fast allen Dimensionen häufiger Belastungen auf als die übrigen Befragten. Eine Ausnahme stellen Belastungen, die aus der Wohnsituation resultieren, dar.

Signifikant mehr Belastungen zeigen sich bei:

- Betreuungsaufgaben: 36 Prozent gegenüber 20 Prozent bei den restlichen Befragten⁹⁷,
- Hausarbeit: 36 Prozent gegenüber 26 Prozent⁹⁸,
- Problemen im Familien-/Freundeskreis: 35 Prozent gegenüber 27 Prozent⁹⁹,
- Ausbildung/Fortbildung: 20 Prozent gegenüber elf Prozent¹⁰⁰,

- Finanziellen Problemen: 32 Prozent gegenüber 26 Prozent¹⁰¹ und
- Arbeitsplatzsuche: 22 Prozent gegenüber neun Prozent.¹⁰²

Die wenigen Männer, die sich in dieser Gruppe befinden, (28 Fälle) unterscheiden sich von den Frauen dahingehend, dass sie in geringerem Ausmaß Belastungen durch Betreuungsaufgaben (18 Prozent¹⁰³), Hausarbeit (18 Prozent¹⁰⁴) und in höherem Ausmaß Belastungen durch Aus-/Fortbildung (43 Prozent¹⁰⁵) angeben.

⁹⁶ Männer nehmen in dieser Gruppe nur sieben Prozent ein.

⁹⁷ N=3.382; Phi=0,124;p<0,001.

⁹⁸ N=3.449; Phi=0,070;p<0,001.

⁹⁹ N=3.423; Phi=0,061;p<0,001.

¹⁰⁰ N=3.264; Phi=0,088;p<0,001.

¹⁰¹ N=3.422; Phi=0,043;p<0,05.

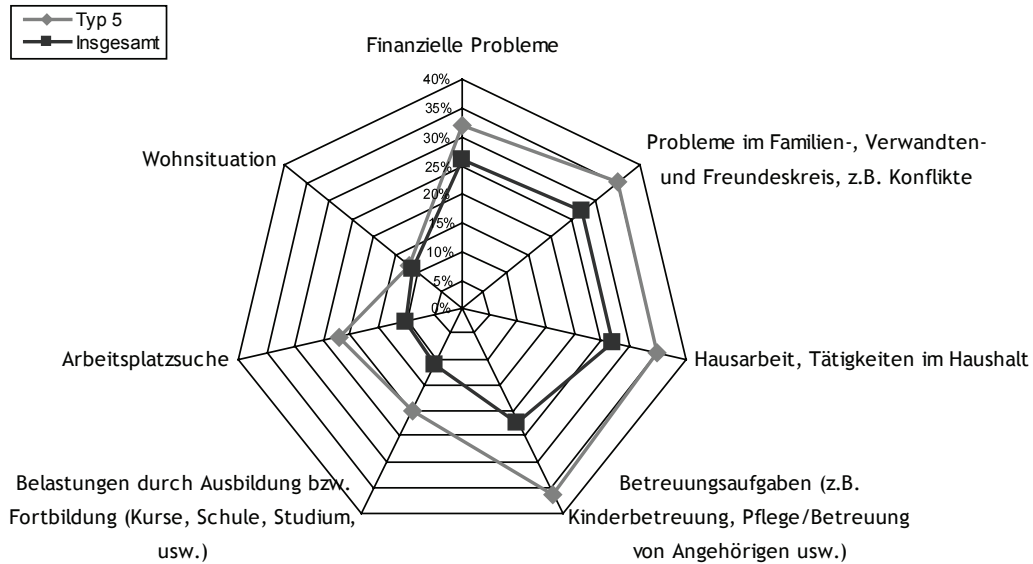
¹⁰² N=2.979; Phi=0,133;p<0,001.

¹⁰³ N=397;Phi=0,102;p<0,05.

¹⁰⁴ N=403;Phi=0,101;p<0,05.

¹⁰⁵ N=381;Phi=-0,161;p<0,01.

Abbildung 103: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen (u. Männer)“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen



Insgesamt: N=2.592-2.961
 Typ 5: N=357-405; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.6. Persönliches Belastungsprofil Typ 6

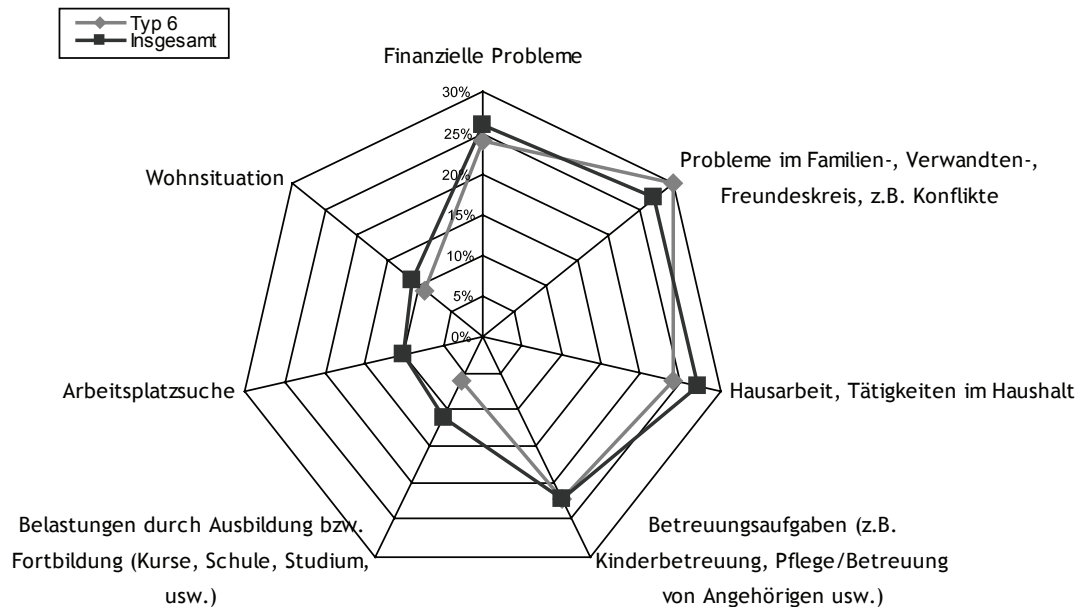
Die Gruppe der „PensionistInnen (und Erwerbsunfähigen)“ (Typ 6) zeigt nur sehr geringe Abweichungen zur Belastungssituation der Gesamtpopulation. Sie weisen etwas weniger Belastungen durch Hausarbeit (24 Prozent gegenüber 28 Prozent¹⁰⁶), Wohnsituation (neun Prozent gegenüber zwölf Prozent¹⁰⁷) sowie durch Aus-/Fortbildung (sechs

Prozent gegenüber 14 Prozent¹⁰⁸) auf. Alle anderen Bereiche unterscheiden sich nicht signifikant.¹⁰⁹ Innerhalb der Gruppe weisen Frauen häufiger Belastungen durch Probleme im Familien-/Freundeskreis (34 Prozent gegenüber 25 Prozent bei Männern¹¹⁰) auf.

¹⁰⁶ N=3.449;Phi=-0,035;p<0,05.
¹⁰⁷ N=3.419;Phi=-0,035;p<0,05.

¹⁰⁸ N=3.264;Phi=-0,094;p<0,001.
¹⁰⁹ Belastungen durch Arbeitsplatzsuche werden hier nicht betrachtet, da dieser Aspekt für diese Gruppe nicht relevant ist.
¹¹⁰ N=682;Phi=0,096;p<0,05.

Abbildung 104: Typ 6 „PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen



Insgesamt: N=2.592-2.961

Typ 6: N=594-693; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

Berufliche Belastungen

Als Dimensionen beruflicher Belastungen wurden folgende Aspekte der Arbeitssituation erhoben:

- Stress und Zeitdruck,
- Überforderung durch Tätigkeiten/Aufgaben,
- Unterforderung und Monotonie,
- Umweltbelastungen (z.B. Lärm, Geruch, Staub, mangelnde Beleuchtung usw.),
- Körperliche Belastungen (körperliche Anstrengung, unangenehme Arbeitshaltung, viel stehen etc.),
- Unregelmäßige Arbeitszeiten (z.B. unregelmäßiger Dienstplan, Schichtarbeit etc.),
- Zu starre Arbeitszeiten (kaum Möglichkeit freier Zeiteinteilung oder kurzfristig einen Tag frei zu nehmen),
- Arbeitsklima (z.B. mangelnde Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte, Konflikte, Mobbing usw.),
- Zu wenig Anerkennung.

Die bei weitem meisten Beschäftigten sind von Stress/Zeitdruck betroffen (63 Prozent). Körperliche Belastungen geben 39 Prozent der erwerbstätigen Befragten an. Ein

Drittel ist ungünstigen Umweltbedingungen (Lärm, Geruch, Staub etc.) ausgesetzt. 32 Prozent fühlen sich überfordert und 30 Prozent erfahren zu wenig Anerkennung in der beruflichen Tätigkeit. Belastungen durch unregelmäßige Arbeitszeit gibt rund ein Viertel (24 Prozent) an, während 22 Prozent zu starre Arbeitszeitregelungen nennen. 23 Prozent leiden unter einem schlechten Arbeitsklima und 17 Prozent belastet Unterforderung/Monotonie.

Manche der genannten Belastungen nennen Frauen in geringerem Ausmaß als Männer. Signifikante Unterschiede zeigen sich bezüglich der Aspekte Stress/Zeitdruck (Frauen: 57 Prozent, Männer 69 Prozent¹¹¹), Umweltbedingungen (Frauen 26 Prozent, Männer 41 Prozent¹¹²), Überforderung (Frauen 28 Prozent, Männer 38 Prozent¹¹³), unregelmäßige Arbeitszeit (Frauen 18 Prozent, Männer 32 Prozent¹¹⁴) und zu starre Arbeitszeit (Frauen 19 Prozent, Männer 27 Prozent¹¹⁵). Bezüglich körperlicher Belastungen, mangelnder Anerkennung, belastendem Arbeitsklima und Unterforderung/Monotonie lassen sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen (Abbildung 105).

111 N=1.800; Phi=-0,125;p<0,001.

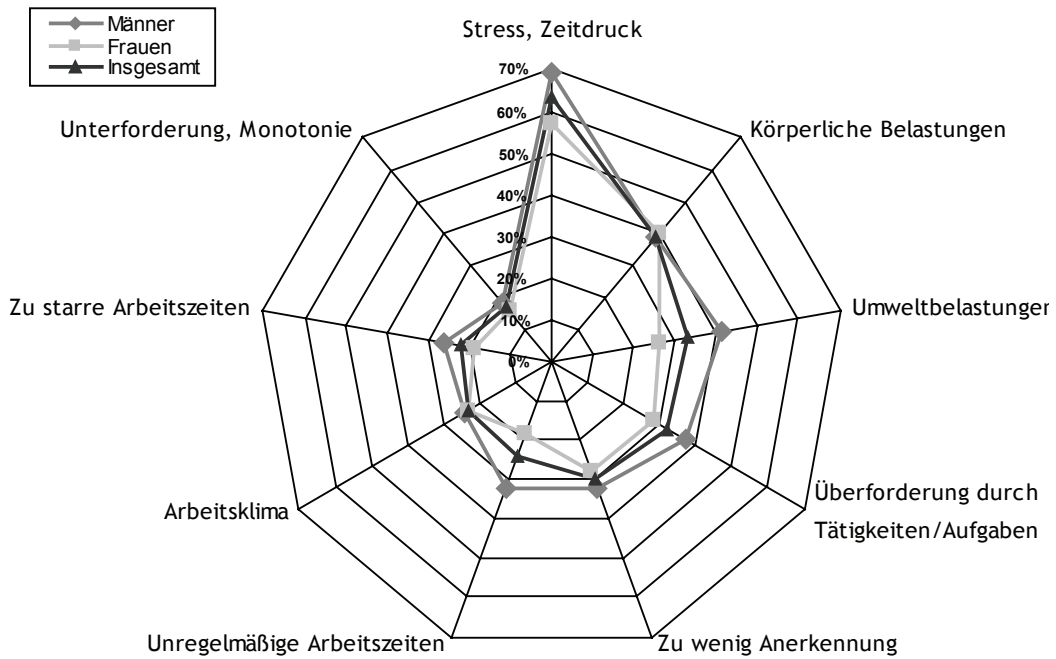
112 N=1.798; Phi=-0,156;p<0,001.

113 N=1.799; Phi=-0,099;p<0,001.

114 N=1.791; Phi=-0,156;p<0,001.

115 N=1.790; Phi=-0,079;p<0,001.

Abbildung 105: Belastungsprofil berufliche Belastungen nach Geschlecht

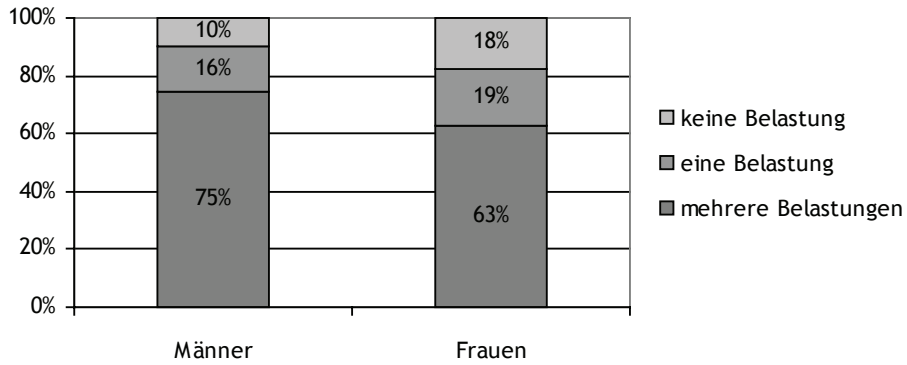


Nur Erwerbstätige; N=1.748-1.800; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

90 Prozent der erwerbstätigen Männer und 82 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind von mindestens einer der genannten beruflichen Belastungen betroffen. Insgesamt

sind 68 Prozent von mehreren der genannten Belastungen betroffen (Männer etwas häufiger (75 Prozent) als Frauen (63 Prozent)) (Abbildung 106).

Abbildung 106: Berufliche Belastungen nach Geschlecht (Anzahl genannte Belastungen)



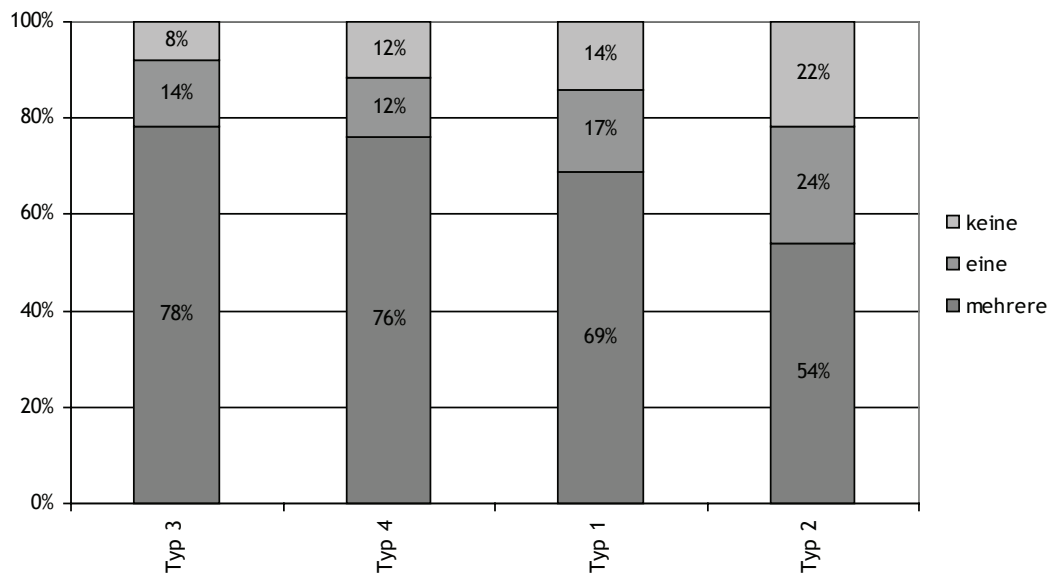
Nur Erwerbstätige; N=1.802; Anteil mit einer/mehreren Nennungen „stark belastet“ oder „eher belastet“; Cramer-V=0,138; p<0,001

Am stärksten fallen die beruflichen Belastungen in der Gruppe Typ 3 („Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“) und unter den Berufstätigen der Gruppe Typ 4¹¹⁶ („Sozial Schwächere“) aus. In der Gruppe Typ 3 sind 92 Prozent von mindestens einer der genannten beruflichen Belastungen betroffen, davon 78 Prozent von mindestens zwei Belastungen (oder mehr). Unter den Berufstätigen der „Sozial schwächeren Männer und Frauen“ geben 89 Prozent mindestens einen Belastungsaspekt an, davon 68 Prozent zwei oder mehr Belastungen.

Im Mittelfeld rangiert die Gruppe Typ 1 („Sozioökonomisch und soziokulturell Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“). Sie nennen zu 86 Prozent mindestens eine der erhobenen Belastungsaspekte, 69 Prozent geben zwei oder mehr Belastungen an.

Am wenigsten ist die Gruppe Typ 2 von beruflichen Belastungen betroffen („Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“). Aber auch hier geben 78 Prozent mindestens einen Belastungsaspekt an. 54 Prozent nennen zwei oder mehr Belastungen. Mitunter könnte der geringere Anteil mit Belastungen in dieser Gruppe mit dem hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigungen zusammenhängen.

Abbildung 107: Berufliche Belastungen nach Lebenslage (Anzahl genannte Belastungen)



Nur Erwerbstätige; N=1.802; Anteil mit einer/mehreren Nennungen „stark belastet“ oder „eher belastet“; Cramer-V=0,147; p<0,001)

5.2.7. Berufliches Belastungsprofil Typ 1

Personen der Gruppe Typ 1 („Sozial Begünstigte“) weisen vor allem bezüglich körperlicher Belastungen und ungünstigen Umweltbedingungen (z.B. Staub, Lärm etc.) einen geringeren Anteil an Betroffenen auf. Von körperlichen Belastungen sind 30 Prozent betroffen (gegenüber 43 Pro-

zent bei den restlichen Erwerbstätigen¹¹⁷). Ungünstige Umgebungsbedingungen nennen 24 Prozent der Gruppe Typ 1 (gegenüber 37 Prozent¹¹⁸). Geringfügige Unterschiede zeigen sich auch bezüglich der Aspekte Unterforderung/Monotonie mit 20 Prozent Betroffenen (gegenüber 16 Prozent¹¹⁹) und unregelmäßige Arbeitszeit mit 21 Prozent (gegenüber 26 Prozent¹²⁰).

¹¹⁶ Hier werden nur die 82 Prozent dieser Gruppe berücksichtigt, die erwerbstätig sind.

¹¹⁷ N=1.791; Phi=-0,121; p<0,001.

¹¹⁸ N=1.789; Phi=-0,118; p<0,001.

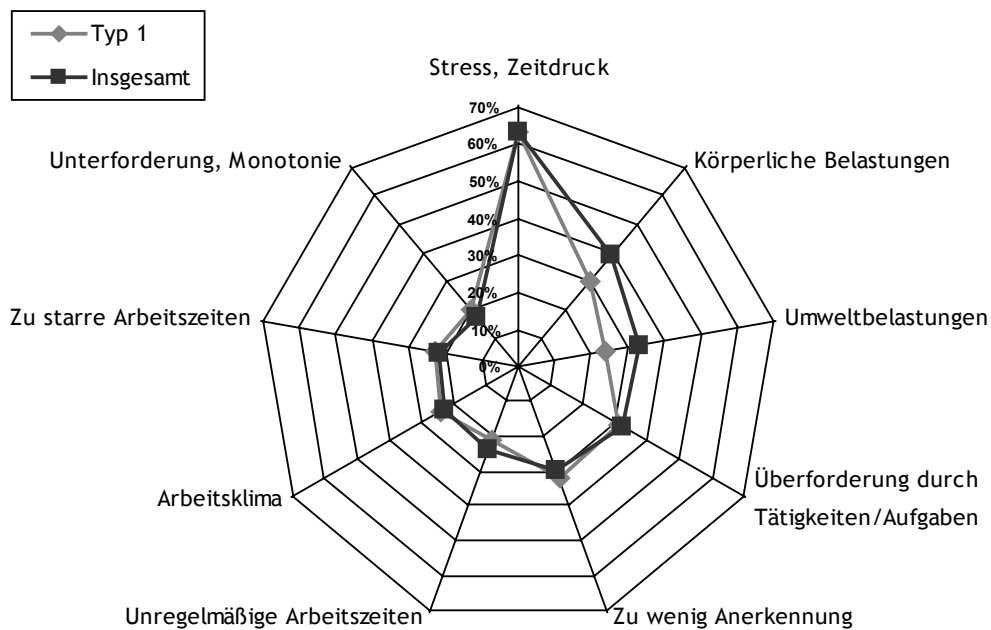
¹¹⁹ N=1.748; Phi=-0,057; p<0,05.

¹²⁰ N=1.791; Phi=-0,047; p<0,05.

Innerhalb der Gruppe zeigen sich zwischen Männern und Frauen Unterschiede hinsichtlich der Aspekte körperliche Belastungen (Frauen 35 Prozent, Männer 22 Pro-

zent¹²⁵) und belastendes Arbeitsklima (Frauen 29 Prozent, Männer 17 Prozent¹²⁶). In beiden Fällen sind Frauen stärker betroffen als Männer.

Abbildung 108: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen



Nur Berufstätige; Insgesamt: N=1.748-1.800; Typ 1: N=489-497; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.8. Berufliches Belastungsprofil Typ 2

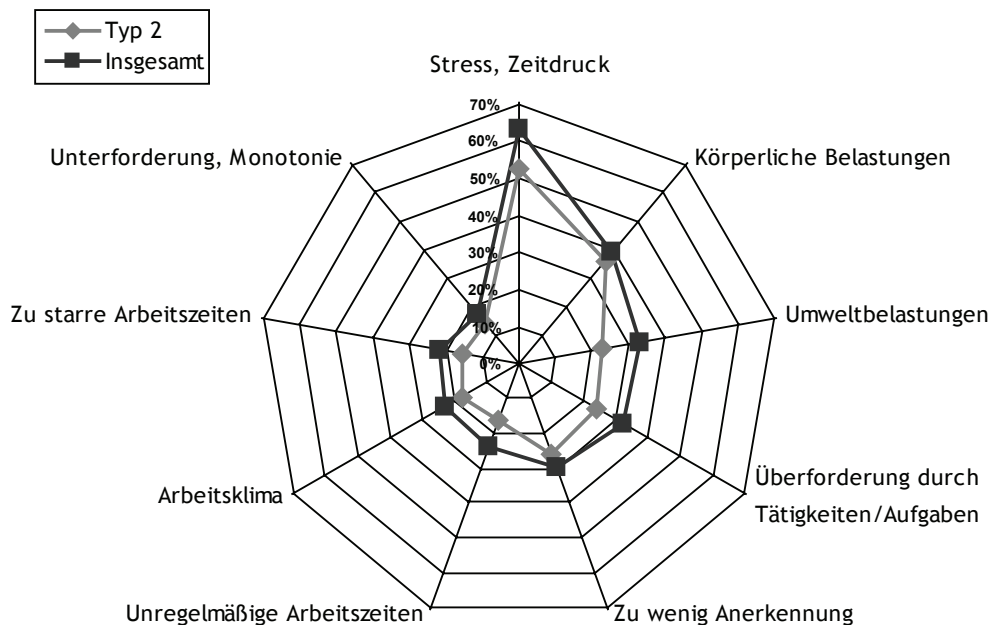
Die Gruppe der „Berufstätigen Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) weist bezüglich der Belastungsaspekte Stress/Zeitdruck (mit 52 Prozent gegenüber 67 Prozent bei den übrigen Berufstätigen¹²¹), Umweltbelastung (mit 23 Prozent gegenüber 37 Prozent¹²²), Überforderung (25 Prozent gegenüber 36 Prozent¹²³), unregelmäßige Arbeitszeit (16 Prozent gegenüber 28 Prozent¹²⁴), Arbeitsklima

(18 Prozent gegenüber 25 Prozent¹²⁷) und zu starrer Arbeitszeit (15 Prozent gegenüber 25 Prozent¹²⁸) geringere Belastungen auf. Geringfügige Unterschiede zeigen sich auch bezüglich Unterforderung (14 Prozent gegenüber 18 Prozent¹²⁹) und zu wenig Anerkennung (26 Prozent gegenüber 32 Prozent¹³⁰).

¹²¹ N=1.800; Phi=-0,145; p<0,001.
¹²² N=1.789; Phi=-0,141; p<0,001.
¹²³ N=1.799; Phi=-0,108; p<0,001.
¹²⁴ N=1.791; Phi=-0,126; p<0,001.

¹²⁵ N=494; Phi=0,135; p<0,01.
¹²⁶ N=493; Phi=0,135; p<0,01.
¹²⁷ N=1.794; Phi=-0,079; p<0,01.
¹²⁸ N=1.790; Phi=-0,113; p<0,001.
¹²⁹ N=1.748; Phi=-0,058; p<0,05.
¹³⁰ N=1.784; Phi=-0,055; p<0,05.

Abbildung 109: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen



Nur Berufstätige; Insgesamt: N=1.748-1.800; Typ 2: N=495-516; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.9. Berufliches Belastungsprofil Typ 3

Die Gruppe „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ (Typ 3) ist hinsichtlich folgender Aspekte stärker belastet: Stress/Zeitdruck (mit 73 Prozent gegenüber 58 Prozent bei den übrigen Beschäftigten¹³¹), Umweltbelastungen (44 Prozent gegenüber 28 Prozent¹³²), Überforderung (40 Prozent gegenüber 29 Prozent¹³³) und unregelmäßige Arbeitszeit (32 Prozent gegenüber 21 Prozent¹³⁴).

Geringfügige Unterschiede lassen sich auch hinsichtlich der Belastung durch zu wenig Anerkennung (34 Prozent gegenüber 29 Prozent¹³⁵) beobachten.

¹³¹ N=1.800; Phi=0,139; p<0,001.

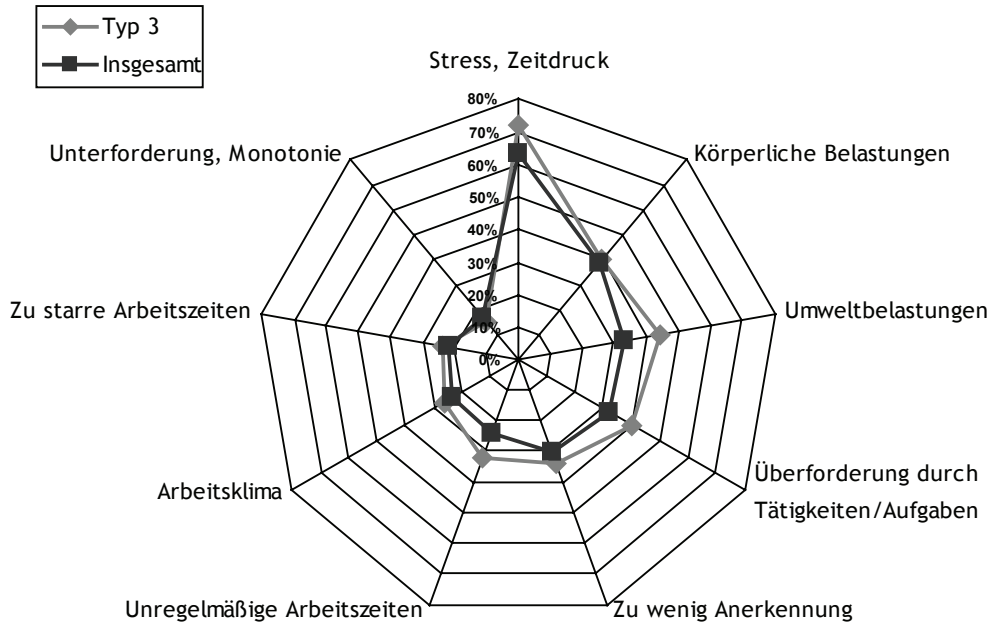
¹³² N=1.789; Phi=0,155; p<0,001.

¹³³ N=1.799; Phi=0,103; p<0,001.

¹³⁴ N=1.791; Phi=0,122; p<0,001.

¹³⁵ N=1.784; Phi=-0,05; p<0,05.

Abbildung 110: Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen



Nur Berufstätige; Insgesamt: N=1.748-1.800; Typ 3: N=556-570; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

5.2.10. Berufliches Belastungsprofil Typ 4

Die Gruppe der „Sozial schwächeren Männer und Frauen“ (Typ 4) weist unter den Erwerbstätigen deutlich stärkere Betroffenheit durch körperliche Belastungen (mit 66 Prozent an Belasteten gegenüber 36 Prozent bei den übrigen Beschäftigten¹³⁶) und ungünstige Umweltbedingungen (51 Prozent gegenüber 31 Prozent¹³⁷) auf. Geringer, aber signifikant sind die Unterschiede hinsichtlich der Aspekte unregelmäßige Arbeitszeit (32 Prozent gegenüber 23 Prozent¹³⁸), zu starre Arbeitszeit (32 Prozent gegenüber 21 Prozent¹³⁹) und Unterforderung/Monotonie (24 Prozent gegenüber 16 Prozent¹⁴⁰).

Innerhalb der Gruppe Typ 4 weisen Männer höhere Belastungsanteile bezüglich der Aspekte Umweltbelastungen (Männer: 60 Prozent, Frauen 45 Prozent¹⁴¹), unregelmäßige Arbeitszeit (Männer 47 Prozent, Frauen 24 Prozent¹⁴²) und zu starre Arbeitszeit (Männer 44 Prozent und Frauen 25 Prozent¹⁴³) auf.

¹³⁶ N=1.791; Phi=0,203; p<0,001.

¹³⁷ N=1.789; Phi=0,136; p<0,001.

¹³⁸ N=1.791; Phi=0,065; p<0,01.

¹³⁹ N=1.790; Phi=0,087; p<0,001.

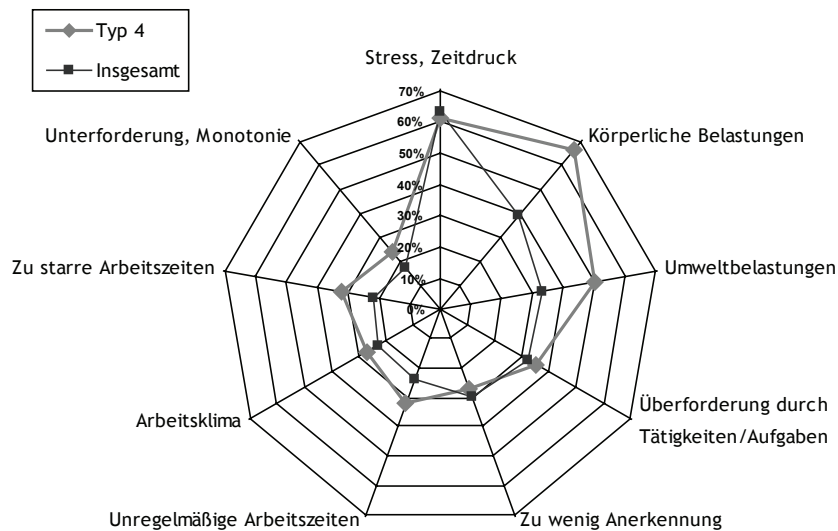
¹⁴⁰ N=1.748; Phi=0,065; p<0,01.

¹⁴¹ N=216; Phi=-0,138; p<0,05.

¹⁴² N=216; Phi=-0,236; p<0,01.

¹⁴³ N=217; Phi=-0,197; p<0,01.

Abbildung 111: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen



Nur Berufstätige; Insgesamt: N=1.748-1.800; Typ 3: N=207-218; Anteil „eher belastet“ oder „stark belastet“

Fakten

- Persönliche Belastungen:**
 Finanzielle Probleme, Probleme im Familien-/Freundeskreis sowie Belastungen durch Hausarbeit stellen insgesamt die häufigsten persönlichen Belastungen der befragten Frauen und Männer dar.

Frauen geben mit 69 Prozent mindestens eine persönliche Belastung an, das sind deutlich mehr als bei den Männern (55 Prozent). Frauen sind darüber hinaus stärker durch Hausarbeit (Frauen 34 Prozent, Männer 16 Prozent) und Probleme im Familien-/Freundeskreis (Frauen 32 Prozent, Männer 21 Prozent) betroffen. Auch Belastungen durch Betreuungsaufgaben (etwa Kinderbetreuung oder Pflege) betreffen mehr Frauen (26 Prozent) als Männer (15 Prozent).

Personen aus der Lebenslagengruppe „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“ nennen die häufigsten persönlichen Belastungen (77 Prozent), gefolgt von der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ (71 Prozent).

Im Mittelfeld liegen die Gruppen „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und die „Sozial Begünstigten“. In geringerem Ausmaß von persönlichen Belastungen betroffen fühlen sich die Gruppen „PensionistInnen“ (57 Prozent) und „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (51 Prozent).

- Berufliche Belastungen:**
 Die bei weitem meisten Beschäftigten (Männer wie Frauen) sind von Stress/Zeitdruck im Beruf betroffen (63 Prozent). Jeweils rund ein Drittel ist ungünstigen Umweltbedingungen ausgesetzt, fühlt sich überfordert oder erfährt zu wenig Anerkennung in der beruflichen Tätigkeit.

90 Prozent der erwerbstätigen Männer und 82 Prozent der erwerbstätigen Frauen sind von mindestens einer beruflichen Belastung betroffen. Manche der Belastungen nennen Männer häufiger als Frauen. Hinsichtlich Stress/Zeitdruck sind Männer stärker betroffen (69 Prozent) als Frauen (57 Prozent), auch was die Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (Männer 41 Prozent, Frauen 26 Prozent), Überforderung (Männer 38 Prozent, Frauen 28 Prozent) oder unregelmäßige Arbeitszeit (Männer 32 Prozent, Frauen 18 Prozent) betrifft, fühlen sich Männer hier insgesamt stärker belastet.

Am stärksten fallen die beruflichen Belastungen in der Gruppe der „Berufstätigen Männer mit familiären Bindungen“ (92 Prozent nennen mindestens eine Belastung) und in der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ aus (89 Prozent).

Im Mittelfeld rangiert die Gruppe der „Sozial Begünstigten“ (86 Prozent). Am wenigsten belastet im beruflichen Alltag fühlen sich „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ (54 Prozent).

5.3. Lebenslagen und individuelle Gesundheitsdeterminanten

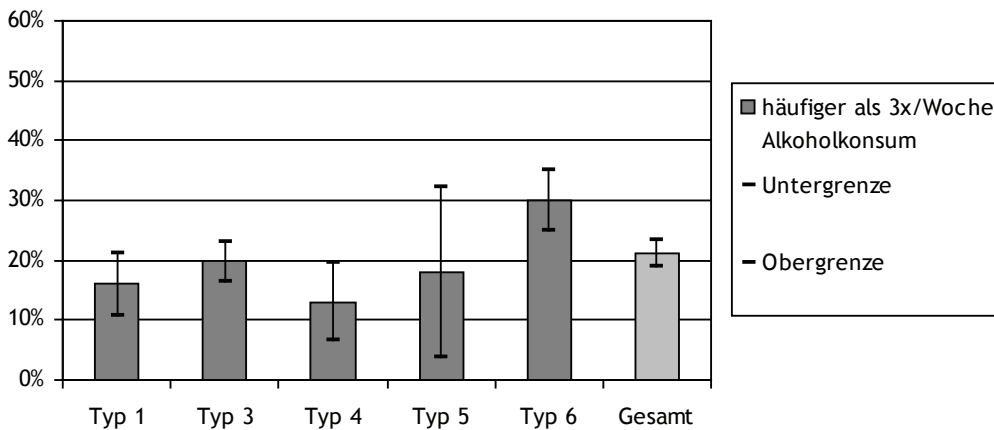
5.3.1. Alkoholkonsum

Trinkfrequenz und Menge

Betrachtet man den Alkoholkonsum der Männer der verschiedenen Lebenslagen-Cluster, so zeichnet sich die Gruppe der „PensionistInnen“ (Typ 6) durch eine höhere Trinkfrequenz aus. 30 Prozent geben an, mindestens an vier Tagen pro Woche Alkohol zu konsumieren (gegenüber 18 Prozent bei den restlichen befragten Männern¹⁴⁴).

Hinsichtlich der innerhalb einer Woche konsumierten Alkoholmenge (mehr als 5 Standardgläser pro Woche) lassen sich auch für diese Gruppe keine wesentlichen Unterschiede feststellen.

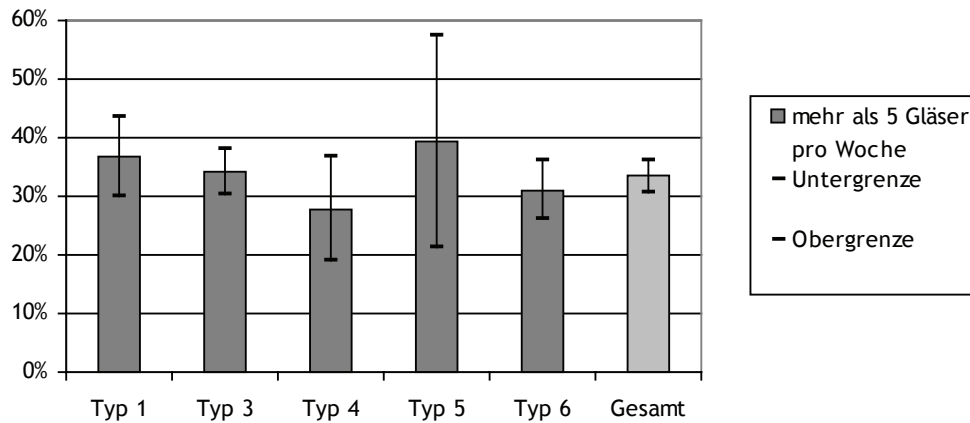
Abbildung 112: Trinkfrequenz - Männer nach Lebenslage



N=1.201; Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

¹⁴⁴ N=1.335; Phi=-0,123; p<0,001.

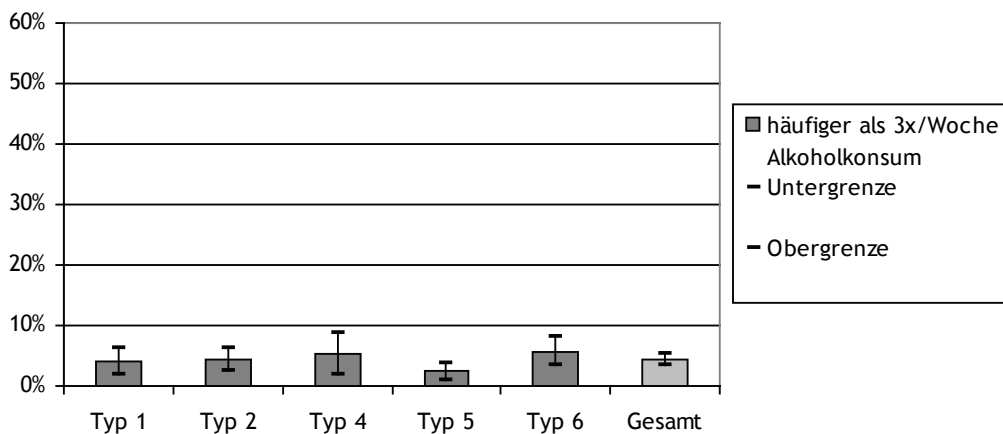
Abbildung 113: Alkoholmenge - Männer nach Lebenslage



N=1.199; Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

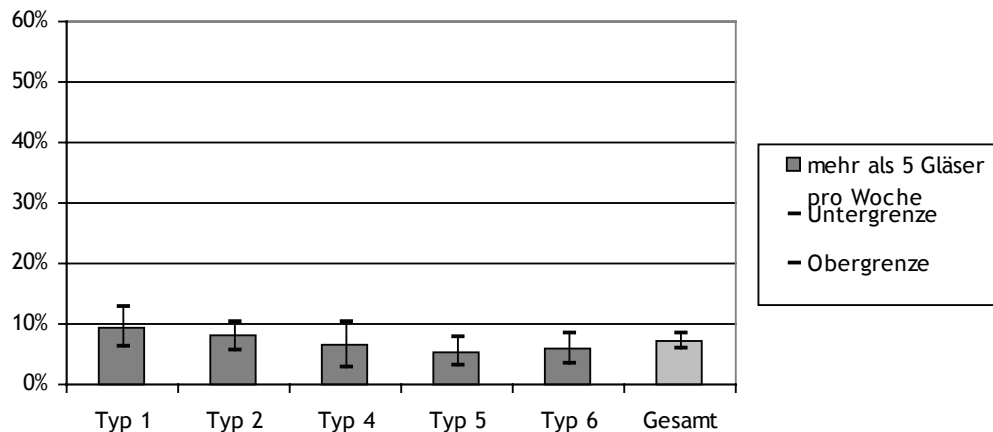
Für die befragten Frauen lassen sich weder hinsichtlich der Trinkfrequenz noch hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.

Abbildung 114: Trinkfrequenz - Frauen nach Lebenslage



N=1.734; Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

Abbildung 115: Alkoholmenge - Frauen nach Lebenslage



N=1.733; Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

Verhältnis zum Alkohol - Einstellungen und Funktion

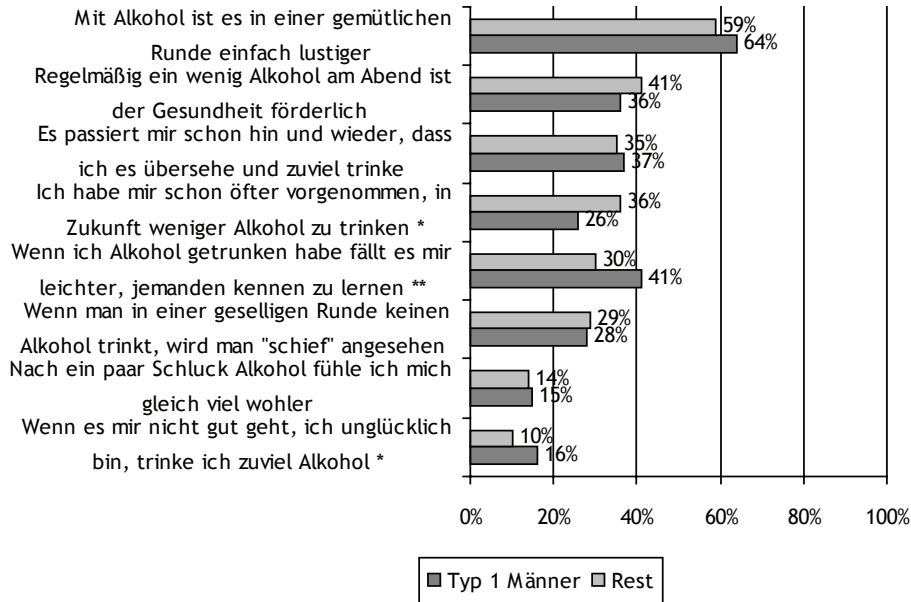
Männer des Lebenslagen-Clusters „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ (Typ 1) stimmen signifikant häufiger folgenden Items zu:

- „Wenn ich Alkohol getrunken habe, fällt es mir leichter, jemanden kennen zu lernen“ (41 Prozent gegenüber 30 Prozent) und
- „Wenn es mir nicht gut geht, ich unglücklich bin, trinke ich zu viel Alkohol“ (16 Prozent gegenüber den restlichen Befragten mit zehn Prozent).

Eine geringere Rolle spielt der Aspekt „Ich habe mir schon öfter vorgenommen, in Zukunft weniger Alkohol zu trinken“ (26 Prozent gegenüber 36 Prozent bei den restlichen Männern) (Abbildung 116).

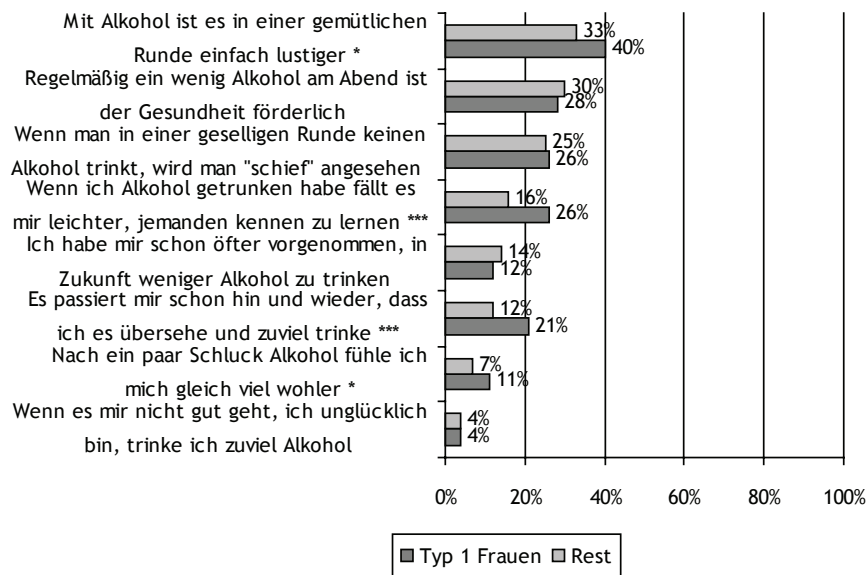
Auch bei den Frauen desselben Clusters spielt es eine größere Rolle, dass es „leichter fällt, jemanden kennen zu lernen“ (26 Prozent gegenüber 18 Prozent bei den übrigen Frauen). Darüber hinaus wird häufiger den Aussagen „Mit Alkohol ist es in einer gemütlichen Runde lustiger“ (40 Prozent gegenüber 33 Prozent bei den restlichen Frauen), „Es passiert mir schon hin und wieder, dass ich es übersehe und zu viel trinke“ (21 Prozent gegenüber zwölf Prozent) und „Nach ein paar Schluck Alkohol fühle ich mich viel wohler“ (elf Prozent gegenüber sieben Prozent) zugestimmt (Abbildung 117).

Abbildung 116: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer



Insgesamt: N=1.178-1.204; Typ 1: N=182-187; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“; Signifikanz: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

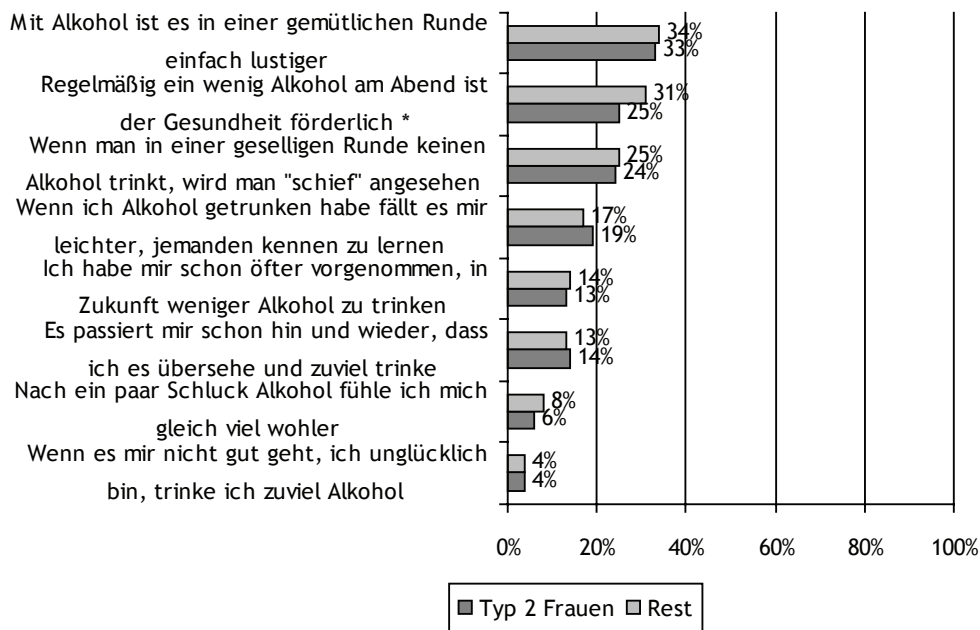
Abbildung 117: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen



Insgesamt: N=1.609-1.724; Typ 1: N=298-311; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“; Signifikanz: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

„Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ unterscheiden sich nur hinsichtlich des Items „Regelmäßig ein wenig Alkohol ist der Gesundheit förderlich“, dem sie in geringerem Ausmaß zustimmen (25 Prozent) als die restlichen Frauen (31 Prozent).

Abbildung 118: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen

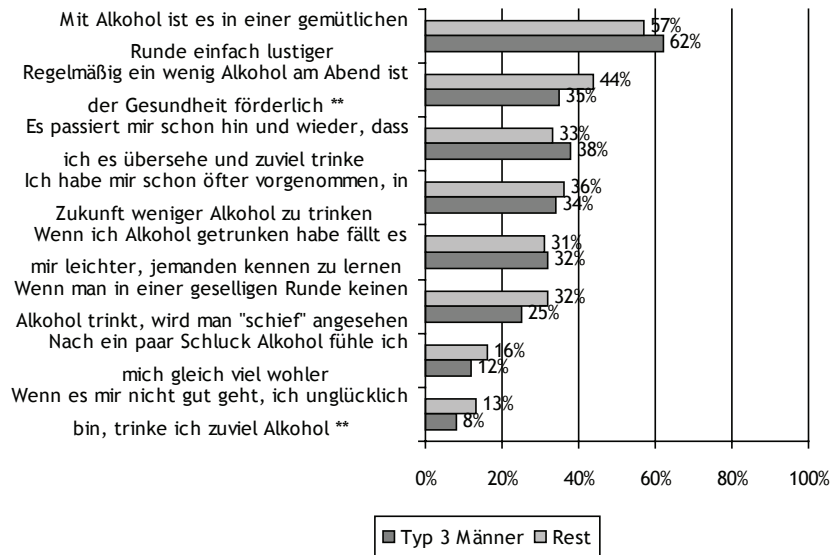


Insgesamt: N=1.609-1.724; Typ 2: N=495-519; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“;
 Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001

„Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Cluster Typ 3) zeichnen sich dadurch aus, dass sie in geringerem Maß den Aussagen

- „Wenn es mir nicht gut geht, ich unglücklich bin, trinke ich zu viel Alkohol“ (acht Prozent gegenüber 13 Prozent),
- „Wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man schief angesehen“ (25 Prozent gegenüber 31 Prozent) und
- „Regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend ist der Gesundheit förderlich“ (35 Prozent gegenüber 44 Prozent) zustimmen. In allen anderen Aspekten unterscheiden sie sich nicht signifikant von den restlichen Männern (Abbildung 119).

Abbildung 119: Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer

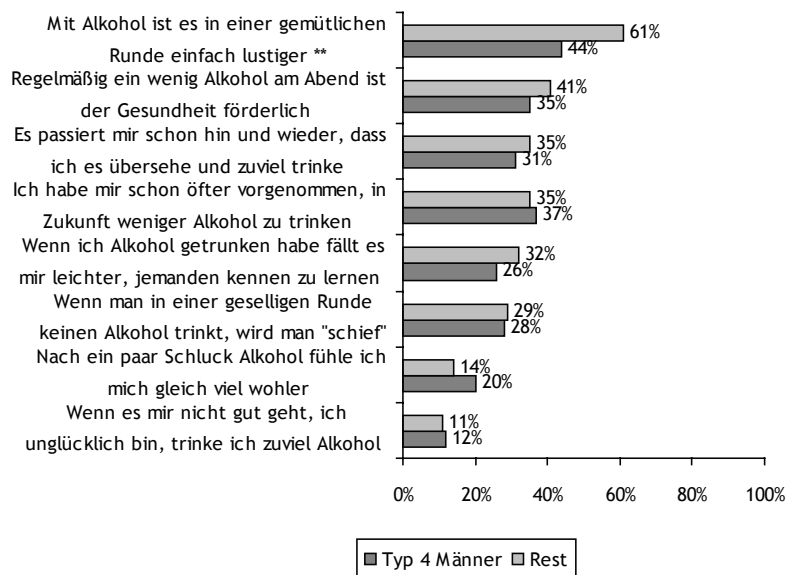


Insgesamt: N=1.178-1.204; Typ 3: N=567-572; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“; Signifikanz: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

„Sozial schwächere Männer“ (Typ 4) unterscheiden sich nur hinsichtlich der Aussage „Mit Alkohol ist es in einer gemütlichen Runde einfach lustiger“ von den restlichen

Männern. Sie stimmen dieser Aussage in geringerem Ausmaß zu (44 Prozent gegenüber 61 Prozent) (Abbildung 120).

Abbildung 120: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer



Insgesamt: N=1.178-1.204; Typ 1: N=95-99; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“; Signifikanz: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

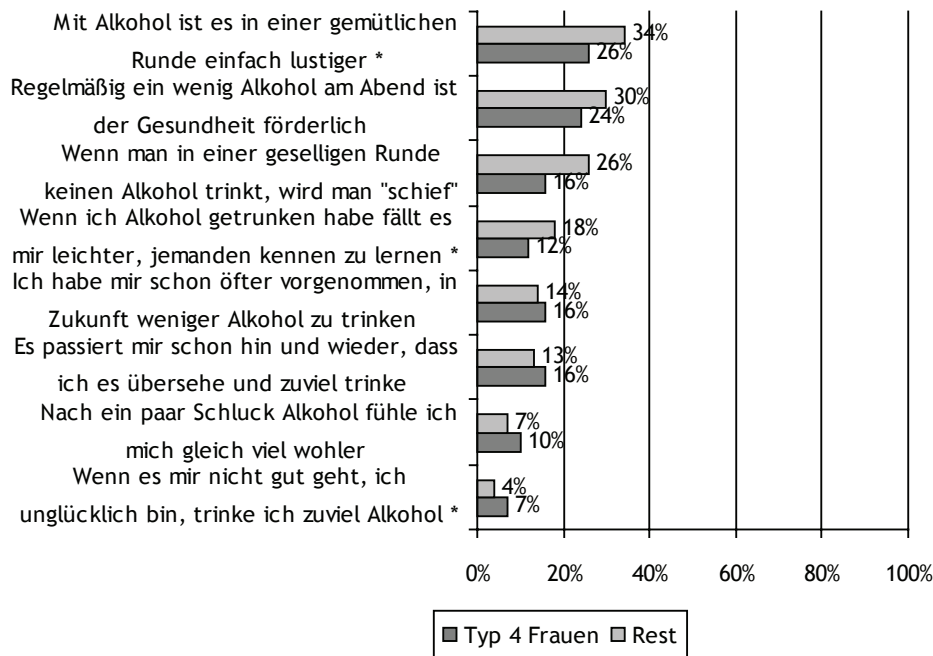
Die Frauen desselben Clusters (Typ 4) stimmen in deutlich geringerem Ausmaß den Aussagen

- „Wenn ich Alkohol getrunken habe fällt es mir leichter, jemanden kennen zu lernen“ (zwölf Prozent gegenüber 18 Prozent),
- „Wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man schief angesehen“ (16 Prozent gegenüber 26 Prozent) und

- „Mit Alkohol ist es in einer gemütlichen Runde einfach lustiger“ (26 Prozent gegenüber 34 Prozent)

zu. In etwas höherem Ausmaß wird dem Item „Wenn es mir nicht gut geht, ich unglücklich bin, trinke ich zu viel Alkohol“ (sieben Prozent gegenüber vier Prozent) zugestimmt (Abbildung 121).

Abbildung 121: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen

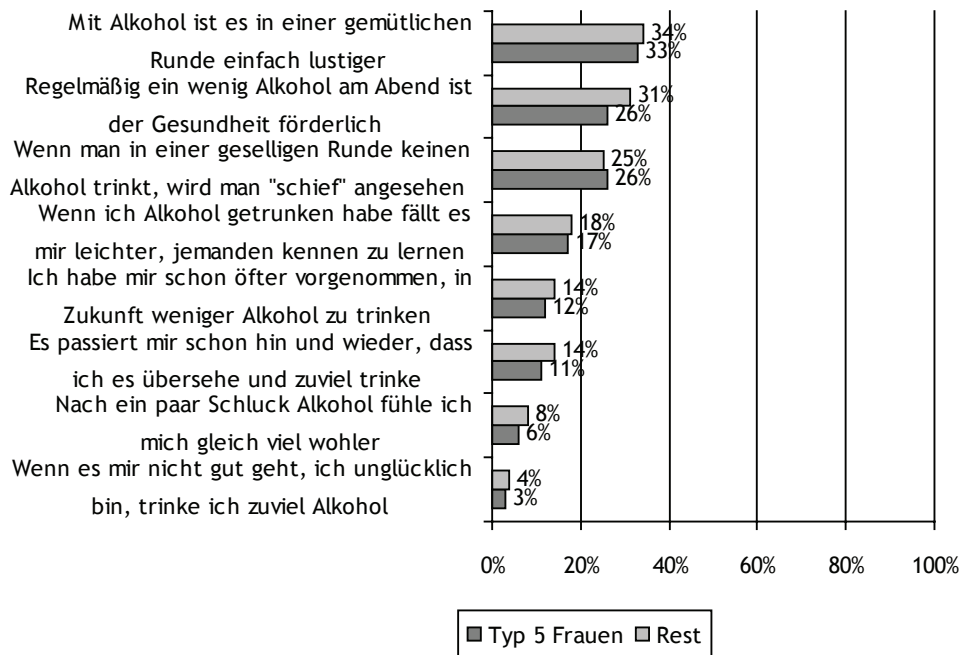


Insgesamt: N=1.609-1.724; Typ 2: N=154-167; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“; Signifikanz: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Für die Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ (Typ 5) lassen sich hinsichtlich keines Items signifikante Unterschiede zu den restlichen Frauen beobachten (Abbildung 122).¹⁴⁵

¹⁴⁵ Für die Männer des Clusters Typ 5 ist aufgrund der geringen Fallzahl eine Auswertung nicht sinnvoll.

Abbildung 122: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen



Insgesamt: N=1.609-1.724; Typ 2: N=348-369; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“;
 Signifikanz: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

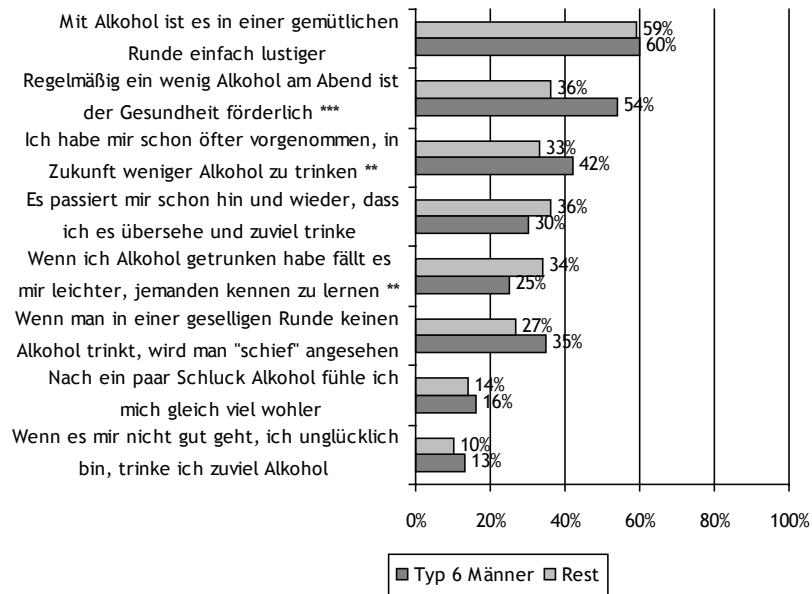
Männer und Frauen des Clusters Typ 6 „PensionistInnen“ stimmen häufiger den Items

- „Ich habe mir schon öfter vorgenommen, in Zukunft weniger Alkohol zu trinken“ (Männer: 42 Prozent gegenüber 33 Prozent; Frauen 21 Prozent gegenüber zwölf Prozent) und
- „Regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend ist der Gesundheit förderlich“ (Männer 54 Prozent gegenüber 33 Prozent und Frauen 42 Prozent gegenüber 27 Prozent)

zu. Die Männer der Gruppe „PensionistInnen“ neigen zudem häufiger dazu, der Aussage „Wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man schief angesehen“ zuzustimmen (35 Prozent gegenüber 27 Prozent bei den restlichen Männern).

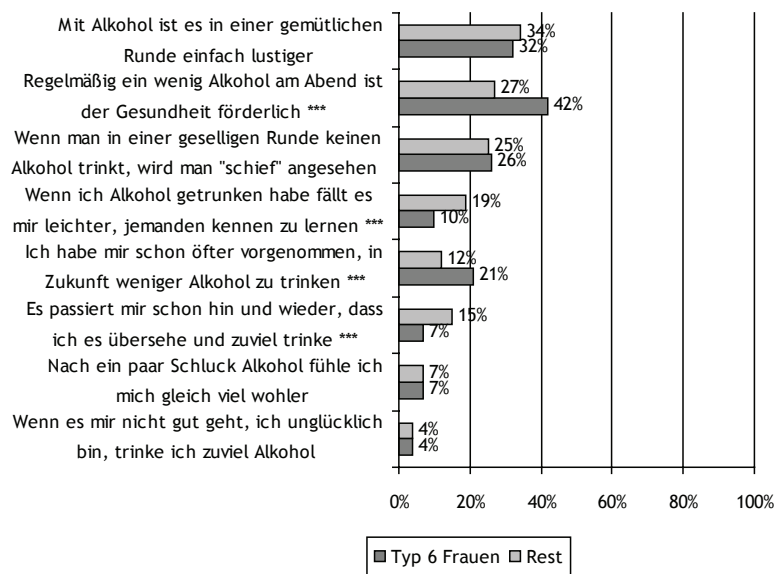
Eine geringere Rolle als bei den übrigen Männern bzw. Frauen spielt in dieser Gruppe der Aspekt „Wenn ich Alkohol getrunken habe fällt es mir leichter, jemanden kennen zu lernen“ (Männer 25 Prozent gegenüber 34 Prozent; Frauen zehn Prozent gegenüber 19 Prozent). Die Frauen dieser Gruppe stimmen zudem in geringerem Ausmaß der Aussage „Es passiert mir schon hin und wieder, dass ich es übersehe und zu viel trinke“ zu als die übrigen Frauen (sieben Prozent gegenüber 15 Prozent).

Abbildung 123: Typ 6 „PensionistInnen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer



Insgesamt: N=1.178-1.204; Typ 1: N=306-320; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“;
 Signifikanz: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

Abbildung 124: Typ 6 „PensionistInnen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen



Insgesamt: N=1.609-1.724; Typ 2: N=314-362; Anteil „stimme zu“ oder „stimme eher zu“;
 Signifikanz: * = p<0,05; ** = p<0,01; *** = p<0,001

Fakten

- **Allgemeine Anmerkungen:**
Wie bereits im Abschnitt „Alkohol im Geschlechtervergleich“ angemerkt, muss auch hier einleitend festgehalten werden, dass die Angaben zum Konsum von Alkohol in Repräsentativbefragungen unterschätzt werden und jeweils das Alter der Befragten als Einflussgröße mit berücksichtigt werden muss.
- **Alkoholkonsum auf der Verhaltensebene:**
Männer weisen insgesamt einen stärkeren Alkoholkonsum als Frauen auf, d.h. Männer trinken mehr und häufiger Alkohol als Frauen.
Nach den Lebenslagen-Gruppen betrachtet, zeigen insbesondere Männer der Gruppe „PensionistInnen“ eine deutlich höhere Trinkfrequenz (30 Prozent trinken an mindestens vier Tagen/Woche Alkohol) als die restlichen befragten Männer (18 Prozent). Allerdings sind bei den männlichen Pensionisten nach der konsumierten Menge pro Woche keine Unterschiede mehr zu den übrigen Männern feststellbar.

Für die befragten Frauen lassen sich weder hinsichtlich Trinkfrequenz noch hinsichtlich der konsumierten Alkoholmenge signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.
- **Alkoholkonsum auf der Einstellungsebene:**
In den verschiedenen Lebenslagen-Gruppen sind verschiedene Einstellungsmuster bezüglich Alkoholkonsum festzustellen, wobei das Geschlecht innerhalb der Gruppen eine vermittelnde Rolle spielt.
„Sozial begünstigte“ Männer wie Frauen stimmen häufiger als in den übrigen Gruppen zu, dass es ihnen mit Alkohol „leichter fällt, jemanden kennen zu lernen“ (Männer 41 Prozent, Frauen 26 Prozent). Für Männer dieser Gruppe spielt der Aspekt „in Zukunft weniger zu trinken“ eine geringere Rolle als für die restlichen Männer (26 Prozent gegenüber 36 Prozent) und für Frauen desselben Clusters ist es „in einer gemütlichen Runde mit Alkohol lustiger“ (40 Prozent gegenüber 33 Prozent).

Berufstätige Männer und Frauen mit familiärer Bindung (Gruppen 2 und 3) stimmen weniger häufig der Aussage „Regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend ist der Gesundheit förderlich“ zu.

Für „sozial schwächere“ Frauen scheint Alkohol als soziale Komponente weniger wichtig zu sein als für die restlichen befragten Frauen. Sie stimmen den Aussagen „es fällt leichter jemanden kennen zu lernen“, „man wird ohne Alkohol in einer Runde schief angesehen“ und „in einer gemütlichen Runde ist es mit Alkohol lustiger“ deutlich weniger zu. Allerdings im persönlichen Umgang mit Alkohol wird der Aussage „wenn ich unglücklich bin, trinke ich zuviel“ in höherem Ausmaß zugestimmt.

Auch für „sozial schwächere“ Männer scheint die soziale Funktion von Alkohol nicht so stark ausgeprägt zu sein, sie stimmen der Aussage „in einer gemütlichen Runde ist es mit Alkohol lustiger“ in geringerem Ausmaß zu (44 Prozent gegenüber 61 Prozent der restlichen Männer).

Für die Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ sind keine signifikanten Unterschiede beobachtbar.

Bei den „PensionistInnen“ steigt der Anteil derer, die sich „schon öfter vorgenommen haben, in Zukunft weniger zu trinken“ (gilt für Männer wie Frauen gleichermaßen). Sie halten darüber hinaus häufiger „den regelmäßigen Alkoholkonsum am Abend für die Gesundheit zuträglich“ und neigen stärker zu der Aussage, dass „man schief angesehen wird, wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt“.

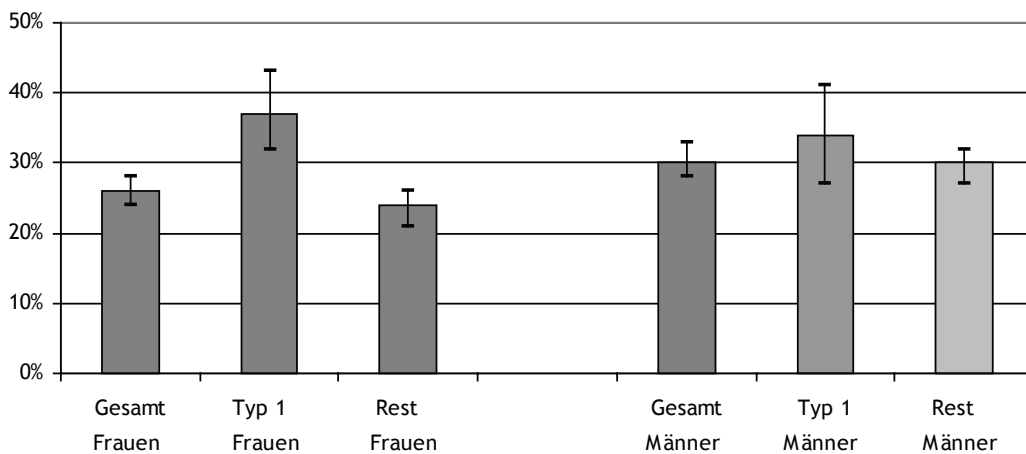
5.3.2. Nikotinkonsum

Die Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ weisen einen signifikant höheren Anteil an Raucherinnen auf (inkl. gelegentliche Raucherinnen: 37 Prozent gegenüber 24 Prozent bei den restlichen Frauen¹⁴⁶; tägliche Raucherinnen: 25 Prozent gegenüber 15 Prozent bei den restlichen Frauen¹⁴⁷). Die Männer dieser Gruppe weichen nicht wesentlich von den restlichen befragten Männern ab.

Bekannt ist, dass sich zunehmend das Rauchverhalten der Frauen (insbesondere jüngerer) dem der Männer annähert. Die höhere RaucherInnenquote der Frauen der

Gruppe Typ 1 kommt jedoch nicht nur durch den höheren Anteil junger Frauen zustande. Auch in der Altersgruppe zwischen 40 und 59 Jahren weist diese Gruppe (mit 36 Prozent zumindest gelegentlich Rauchender) einen deutlich höheren Anteil auf als die übrigen gleichaltrigen Frauen (24 Prozent; siehe Abbildung 127). Auch bei getrennter Betrachtung nach Bildungsgrad (siehe Abbildung 128) weisen die Frauen des Clusters Typ 1 eine höhere Raucherinnenquote auf als die restlichen Frauen mit gleichem Bildungsgrad. Zur Klärung der genaueren Hintergründe sind detailliertere Analysen notwendig.

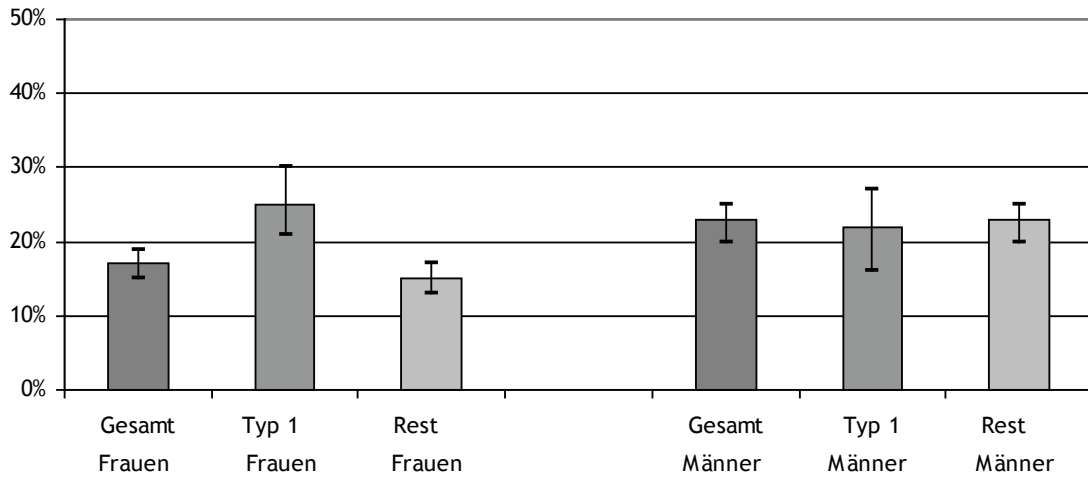
Abbildung 125: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich)



Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 1 Männer/Frauen: N=186/307
 Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

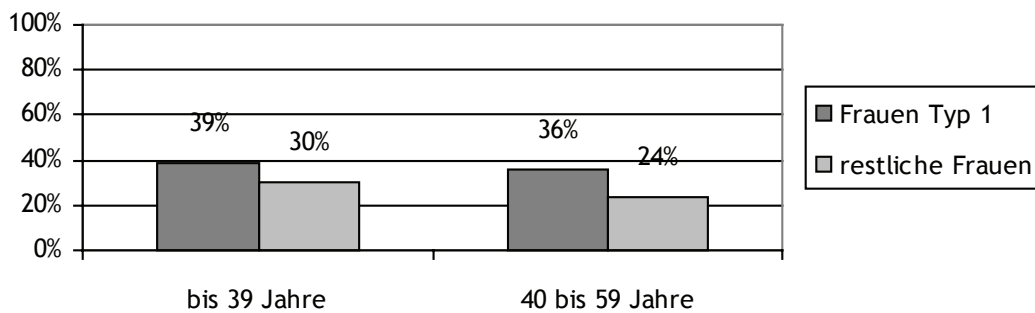
¹⁴⁶ Phi=0,117; p<0,001.
¹⁴⁷ Phi=0,107; p<0,001.

Abbildung 126: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil tägliche RaucherInnen



Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/ 1.718; Typ 1 Männer/Frauen: N=186/ 307;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

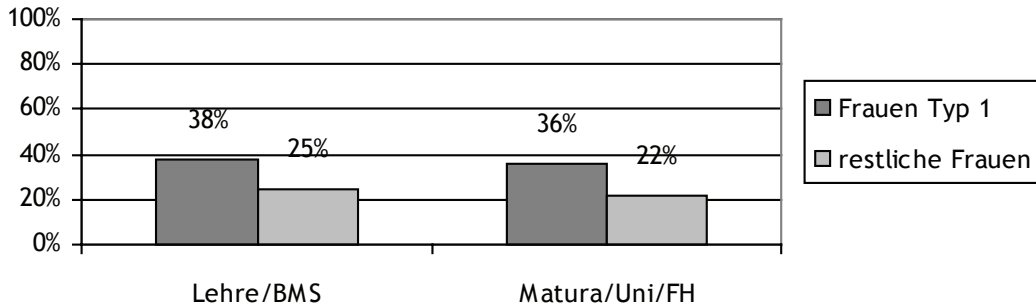
Abbildung 127: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil tägliche/gelegentliche Raucherinnen nach Altersgruppen



Insgesamt: N=1.651; Typ1: N=305 (nur Frauen unter 60 Jahren)¹⁴⁸

¹⁴⁸ Frauen ab 60 Jahren wurden nicht berücksichtigt, da in dieser Altersgruppe kaum Fälle in das Cluster Typ 1 fallen.

Abbildung 128: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil tägliche/gelegentliche Raucherinnen nach Bildungsgrad

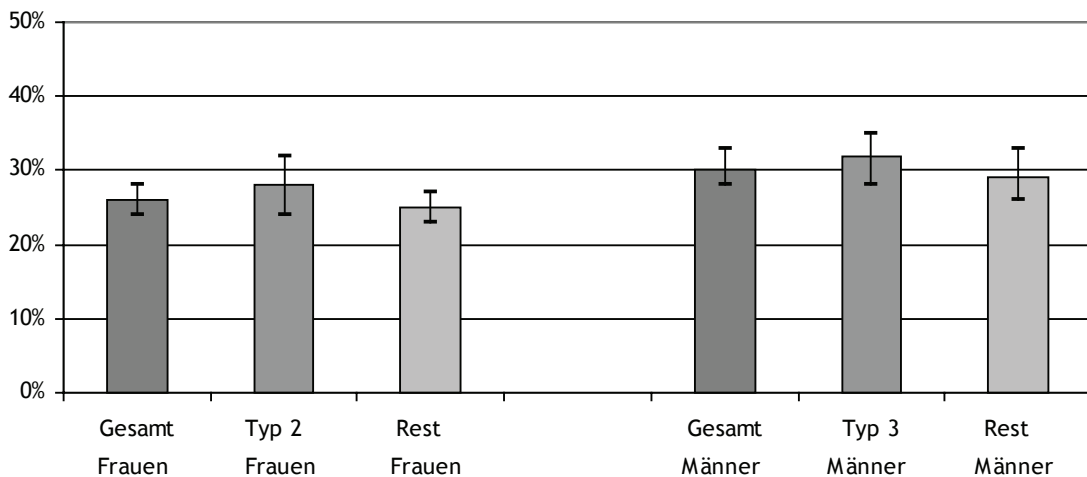


Insgesamt: N=1.518; Typ1: N=303 (nur Frauen mit mittlerer und höherer Bildung)¹⁴⁹

Die Frauen des Clusters Typ 2 („Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“) unterscheiden sich hinsichtlich ihres Rauchverhaltens nicht vom Durchschnitt aller Frauen. Ähnliches gilt für die Männer des Clusters Typ 3

(„Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“), die ein für Männer durchschnittliches Rauchverhalten an den Tag legen.

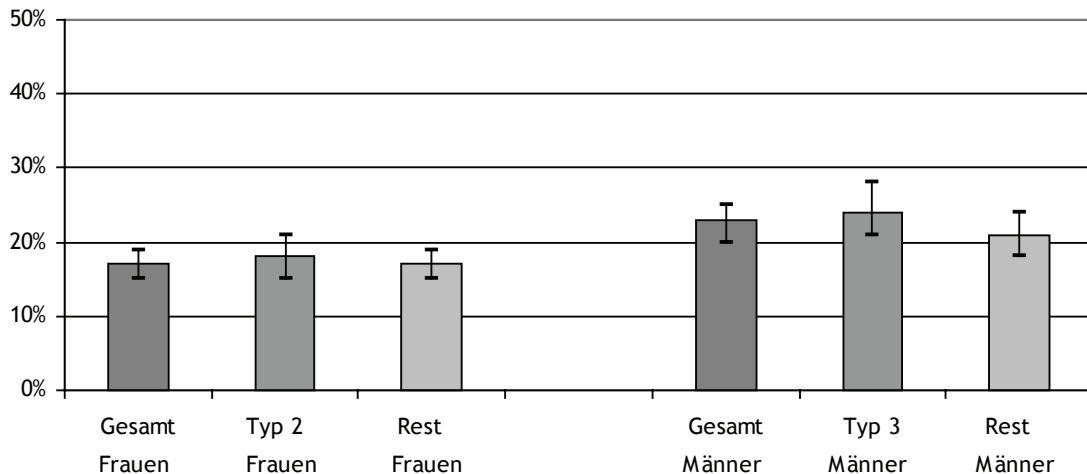
Abbildung 129: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich)



Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 2 N=515; Typ 3 N=572;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

¹⁴⁹ Frauen mit Pflichtschulabschluss bzw. ohne Abschluss wurden nicht berücksichtigt, da in dieser Bildungsgruppe kaum Fälle in das Cluster Typ 1 fallen.

Abbildung 130: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen.“ - Anteil tägliche RaucherInnen

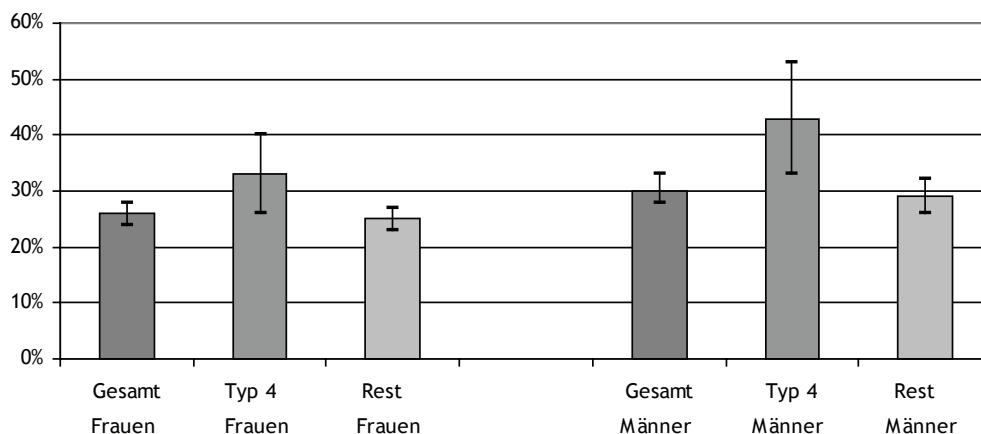


Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 2 N=515; Typ 3 N=572;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

„Sozial schwächere Männer und Frauen“ (Gruppe Typ 4) weisen eine höhere RaucherInnenquote auf als die restlichen Befragten. Unter den Männern dieser Gruppe rauchen 43 Prozent zumindest gelegentlich (35 Prozent täglich) gegenüber 29 Prozent bei den restlichen Männern

(21 Prozent täglich).¹⁵⁰ Bei den Frauen dieses Clusters rauchen 33 Prozent zumindest gelegentlich (gegenüber 25 Prozent bei den restlichen Frauen), 24 Prozent täglich (gegenüber 16 Prozent).¹⁵¹

Abbildung 131: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich)

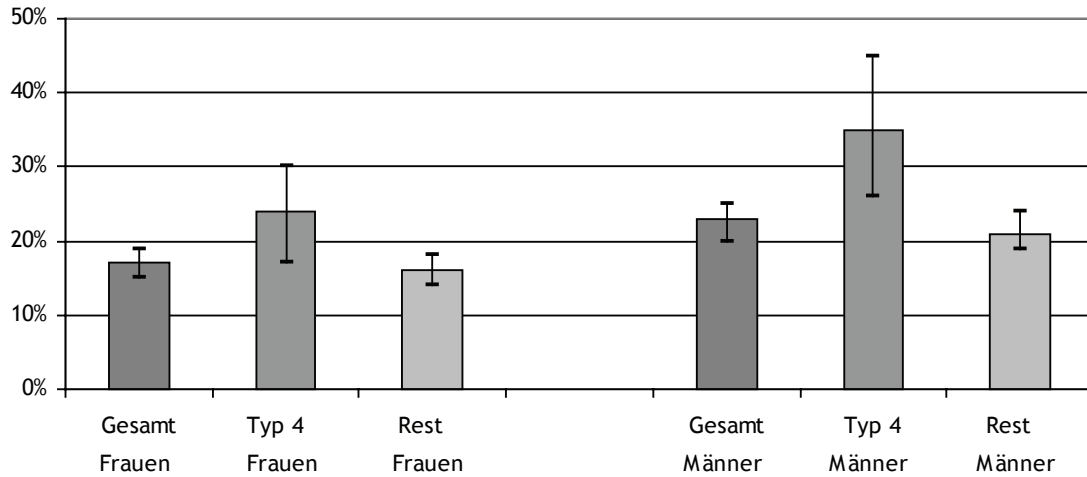


Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 4 Männer/Frauen: N=97/166;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

¹⁵⁰ Signifikanz: Raucher (inkl. gelegentlich): Phi=0,079; p<0,01; tägliche Raucher: Phi=0,085; p<0,01.

¹⁵¹ Signifikanz: Raucherinnen (inkl. gelegentlich): Phi=0,055; p<0,05; tägliche Raucherinnen: Phi=0,060; p<0,01.

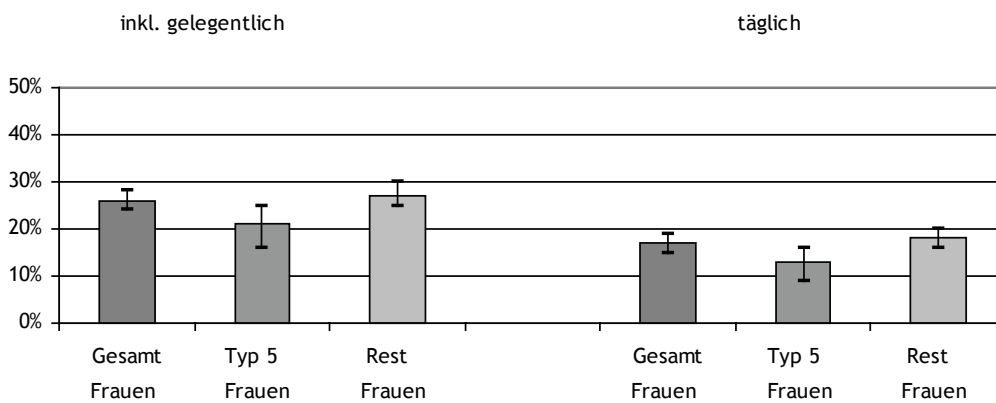
Abbildung 132: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Anteil tägliche RaucherInnen



Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 4 Männer/Frauen: N=97/166;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

Die Frauen des Clusters Typ 5 („Nicht erwerbstätige Frauen“)¹⁵² weisen eine etwas geringere Raucherinnenquote auf als die restlichen befragten Frauen. 21 Prozent rauchen zumindest gelegentlich (gegenüber 27 Prozent) und 13 Prozent täglich (gegenüber 18 Prozent).¹⁵³

Abbildung 133: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Anteil RaucherInnen



Insgesamt: Frauen N=1.718; Typ 5 N=367;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

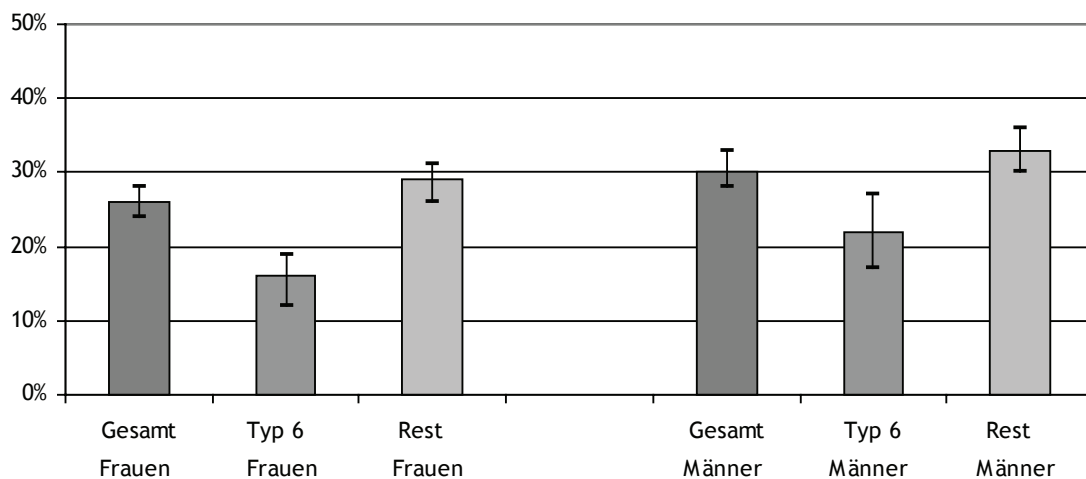
¹⁵² Die Männer des Clusters Typ 5 wurden aus der Analyse ausgenommen, da eine gesonderte Auswertung aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich ist.

¹⁵³ Signifikanz: Raucherinnen (inkl. gelegentlich): Phi=0,051; p<0,05; tägliche Raucherinnen: Phi=0,047; p<0,05.

Männer und Frauen der Gruppe Typ 6 („PensionistInnen“) weisen eine geringere RaucherInnenquote auf. Die Frauen dieser Gruppe rauchen zu 16 Prozent zumindest gelegentlich (gegenüber 29 Prozent bei den restlichen Frauen), und zehn Prozent täglich (gegenüber 19 Prozent).¹⁵⁴

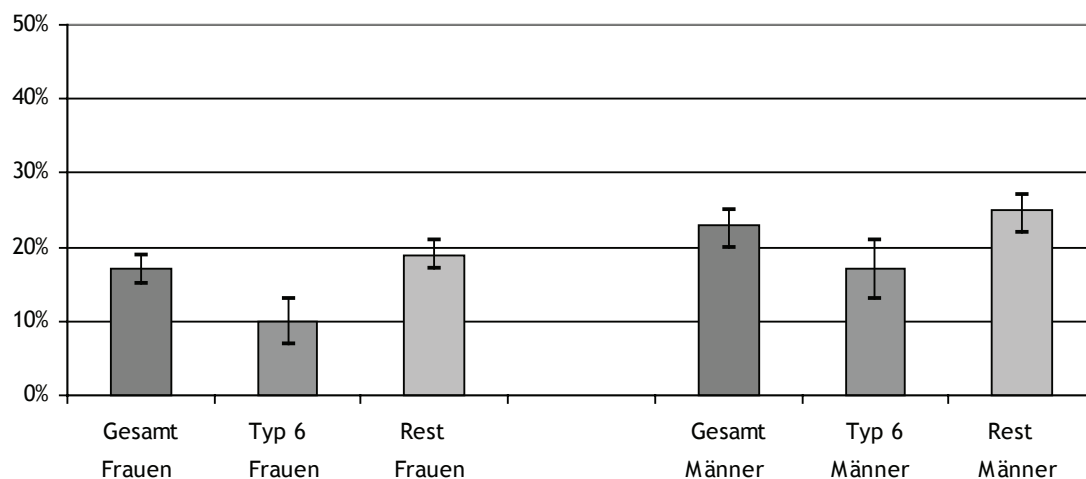
Unter den Männern dieser Gruppe rauchen 22 Prozent zumindest gelegentlich (gegenüber 33 Prozent bei den restlichen Männern), und 17 Prozent täglich (gegenüber 25 Prozent).¹⁵⁵

Abbildung 134: Typ 6 „PensionistInnen“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich)



Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 6 Männer/Frauen: N=309/354;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

Abbildung 135: Typ 6 „PensionistInnen“ - Anteil tägliche RaucherInnen



Insgesamt Männer/Frauen N=1.191/1.718; Typ 6 Männer/Frauen: N=309/354;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

¹⁵⁴ Signifikanz: Raucherinnen (inkl. gelegentlich): Phi=0,101; p<0,001; tägliche Raucherinnen: Phi=0,074; p<0,01.

¹⁵⁵ Signifikanz: Raucher (inkl. gelegentlich): Phi=0,100; p<0,001; tägliche Raucher: Phi=0,073; p<0,01.

Fakten

Hinsichtlich des Nikotinkonsums sind Unterschiede zwischen den einzelnen Lebenslagen-Gruppen beobachtbar. Insbesondere das Rauchverhalten „Sozial begünstigter Frauen“ sowie „Sozial schwächerer Männer und Frauen“ sticht hervor.

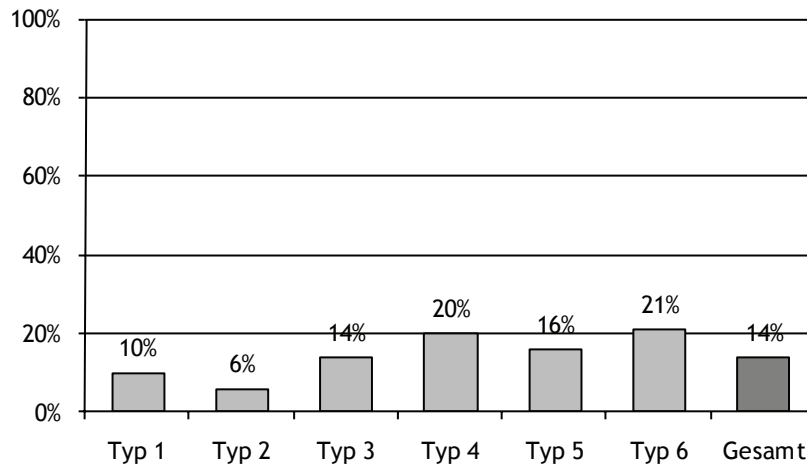
- Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ weisen einen signifikant höheren Raucherinnenanteil auf (inkl. gelegentliche Raucherinnen: 37 Prozent gegenüber 24 Prozent bei den restlichen Frauen). Männer dieser Gruppe weichen nicht wesentlich von den restlichen befragten Männern ab.
 - Berufstätige Männer und Frauen mit familiären Bindungen (Gruppen 2 und 3) legen ebenfalls ein durchschnittliches Rauchverhalten an den Tag.
 - „Sozial schwächere Männer und Frauen“ weisen eine höhere RaucherInnenquote auf als die restlichen Befragten. 43 Prozent der Männer (gegenüber 29 Prozent) und 33 Prozent der Frauen (gegenüber 25 Prozent) dieser Gruppe rauchen zumindest gelegentlich.
- „Nicht erwerbstätige Frauen“ weisen eine etwas geringere Raucherinnenquote auf als die restlichen befragten Frauen. 21 Prozent rauchen zumindest gelegentlich (gegenüber 27 Prozent) und 13 Prozent täglich (gegenüber 18 Prozent).
 - Auch Männer und Frauen aus der Gruppe der „PensionistInnen“ weisen eine geringere RaucherInnenquote auf. 16 Prozent der Frauen dieser Gruppe rauchen zumindest gelegentlich (gegenüber 29 Prozent bei den restlichen Frauen), bei den männlichen Pensionisten sind es 22 Prozent gegenüber 33 Prozent.

5.3.3. Adipositas

Den höchsten Anteil an adipösen Personen (BMI 30 kg/m² oder höher) weist die Gruppe Typ 6 („PensionistInnen“)

mit 21 Prozent auf. Dies ist vor allem auf das höhere Alter zurückzuführen.

Abbildung 136: Adipositas nach Lebenslage

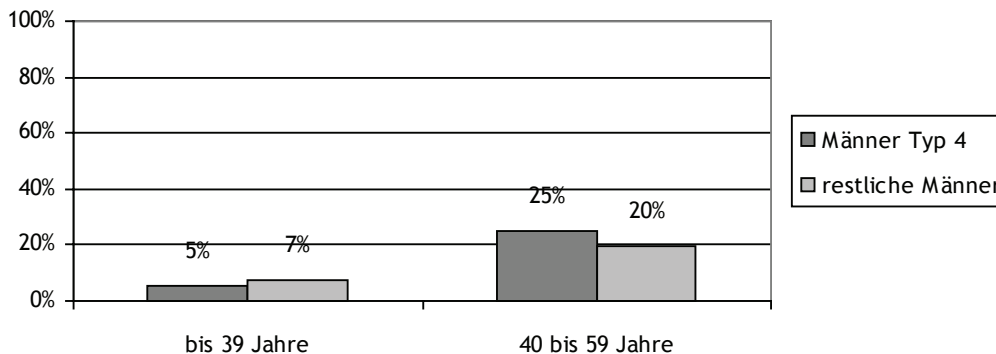


N=2.789; Standardisierte Rate; indirekt altersstandardisiert nach Alter und Geschlecht;
Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall

Einen überdurchschnittlichen Anteil an Adipösen weist auch die Gruppe Typ 4 („Sozial Schwächere“) auf (20 Prozent). Dies ist vor allem auf die stärkere Betroffenheit der Frauen in dieser Gruppe zurückzuführen, die mit 21

Prozent deutlich über dem Durchschnitt der restlichen Frauen liegen (15 Prozent). Bei den Männern dieser Gruppe zeigt sich kein wesentlicher Unterschied (17 Prozent) zum Durchschnitt aller befragten Männer (16 Prozent).

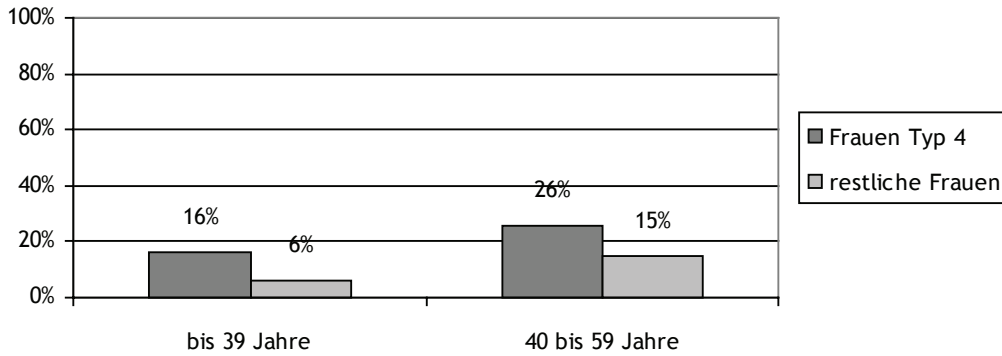
Abbildung 137: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Adipositas nach Altersgruppen, Männer



N=987 (nur Männer unter 60¹⁵⁶)
Unterschiede nicht signifikant

¹⁵⁶ Für eine Betrachtung der über 60-Jährigen reicht die Fallzahl nicht aus.

Abbildung 138: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Adipositas nach Altersgruppen, Frauen

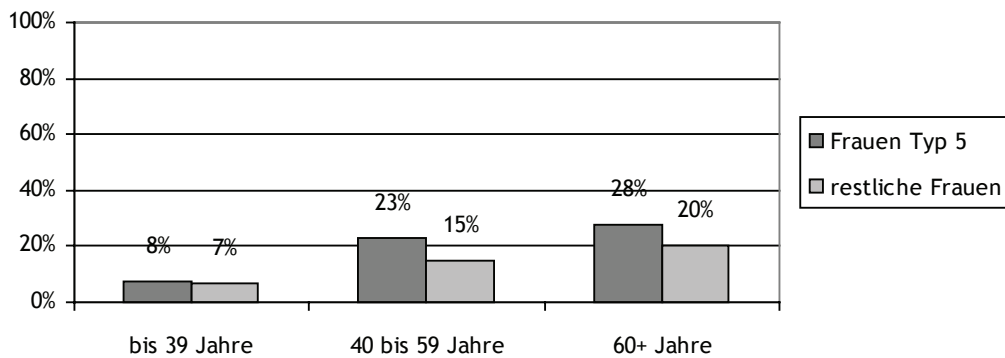


N=1.607 (nur Frauen unter 60¹⁵⁷); Altersgruppe bis 39: Phi=0,110; p<0,01; Altersgruppe 40 bis 59: Phi=0,089;p<0,01

Eine ebenfalls überdurchschnittliche Rate an Adipösen weist die Gruppe Typ 5 auf („Nicht erwerbstätige Frauen“). Zwar liegt der Anteil mit 16 Prozent nicht wesentlich über dem Durchschnitt aller Frauen, dies ist jedoch vor allem darauf zurückzuführen, dass diese Grup-

pe im Durchschnitt etwas jünger ist. Dies kommt in der altersspezifischen Betrachtung (Abbildung 139) zum Ausdruck. Insbesondere bei ab 40-Jährigen ist ein deutlich höherer Anteil mit Adipositas zu beobachten.

Abbildung 139: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Adipositas nach Altersgruppen



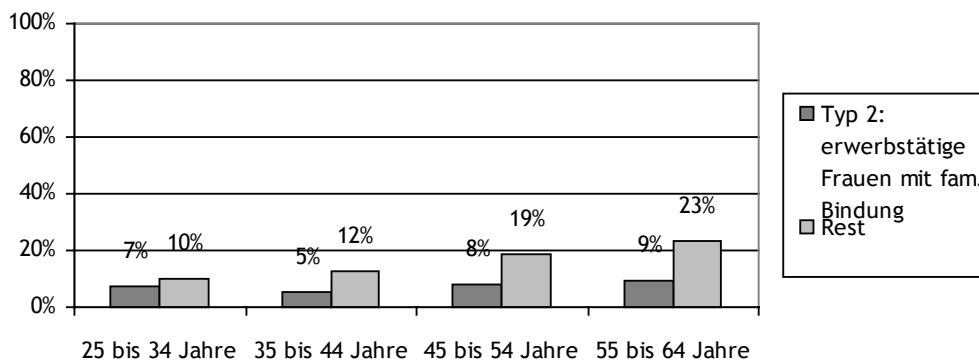
N=1.978; Altersgruppe 40 bis 59: Phi=0,079; p<0,05; andere Altersgruppen nicht signifikant

¹⁵⁷ Für eine Betrachtung der über 60-Jährigen reicht die Fallzahl nicht aus.

Die Gruppe der „Erwerbstätigen Frauen mit familiärer Bindung“ weist einen unterdurchschnittlichen Anteil mit Adipositas auf (sechs Prozent). Wie in Abbildung 140 ersicht-

lich, ist dies nicht auf eine unterschiedliche Altersverteilung zurückzuführen.

Abbildung 140: Typ 2 „Erwerbstätige Frauen mit familiärer Bindung“ - Adipositas nach Altersgruppen, Frauen



N=1.595 (nur Frauen zwischen 25 und 64¹⁵⁸); Altersgruppe 35 bis 44: Phi=0,120; p<0,01; Altersgruppe 45 bis 54: Phi=0,141;p<0,01; andere Altersgruppen nicht signifikant

Fakten

Als adipös gilt eine Person mit einem Body Mass Index von über 30 (zum Vergleich: Normalgewichtige bewegen sich im BMI-Rahmen von 18,5-25). Nach den Lebenslagen sind vor allem drei Gruppen häufiger von Adipositas betroffen als andere: PensionistInnen, sozial schwächere Frauen und nicht erwerbstätige Frauen.

- Den höchsten Anteil an adipösen Personen weist die Gruppe der „PensionistInnen“ mit insgesamt 21 Prozent (gegenüber 14 Prozent im Durchschnitt) auf. Dies ist vor allem auf das höhere Alter zurückzuführen.
- Einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen mit Adipositas weist auch die Gruppe der „Sozial schwächeren Frauen und Männer“ auf. Dies ist vor allem auf die stärkere Betroffenheit der Frauen in dieser Gruppe zurückzuführen, die mit 21 Prozent deutlich über dem Durchschnitt der restlichen Frauen liegen (15 Prozent). Bei den Männern dieser Gruppe zeigt sich kein wesentlicher Unterschied zum Durchschnitt.

- In der Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ ist die Rate an Adipösen ebenfalls überdurchschnittlich. Zwar liegt der Anteil mit 16 Prozent nicht wesentlich über dem Durchschnitt aller Frauen, dies ist jedoch vor allem darauf zurückzuführen, dass diese Gruppe im Durchschnitt etwas jünger ist. Insbesondere bei ab 40-Jährigen ist ein deutlich höherer Anteil mit Adipositas zu beobachten.
- „Erwerbstätige Frauen mit familiärer Bindung“ weisen einen unterdurchschnittlichen Anteil mit Adipositas auf (sechs Prozent gegenüber 15 Prozent im Durchschnitt aller Frauen).

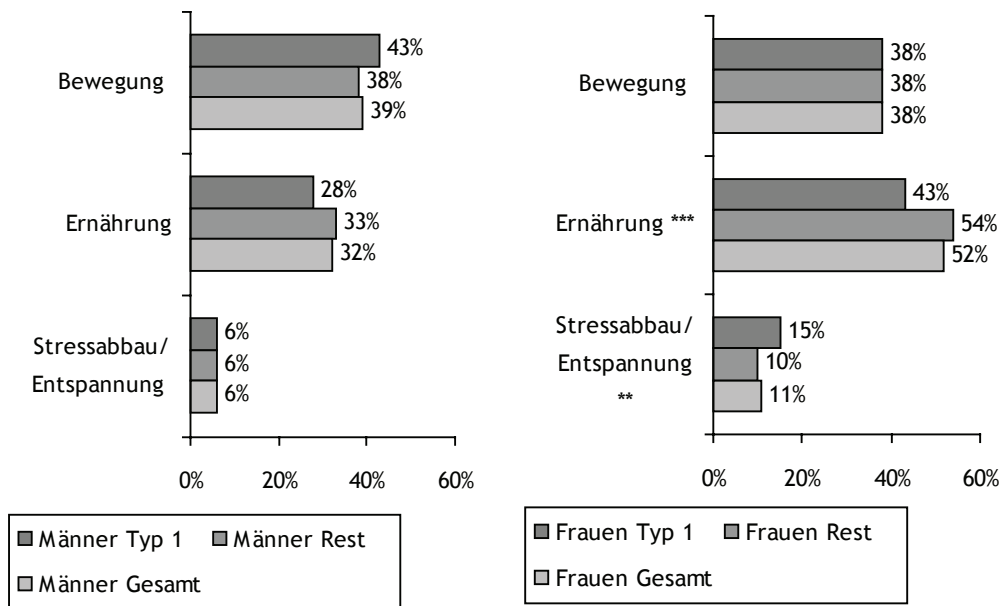
¹⁵⁸ Für eine Betrachtung der über 60-Jährigen und unter 25-Jährigen reicht die Fallzahl nicht aus.

5.4. Lebenslagen und Aktivitäten der Gesundheitserhaltung

Hinsichtlich der Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung unterscheiden sich Männer aus der Gruppe Typ 1 („Sozial Begünstigte mit geringen familiären Bindungen“) nicht wesentlich vom Durchschnitt der übrigen Männer. Bei den Frauen des Clusters Typ 1 lässt sich ein etwas geringerer

Stellenwert der Ernährung (43 Prozent gegenüber 54 Prozent bei den restlichen Frauen¹⁶⁰) und ein etwas höherer Anteil mit gezielten Aktivitäten im Bereich Entspannung/ Stressabbau (15 Prozent gegenüber zehn Prozent bei den übrigen Frauen¹⁶¹) feststellen.

Abbildung 141: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung



Insgesamt: Männer/Frauen N=1.354-13702.068-2.112; Typ 1: Männer/Frauen N=188-189/312-115; Anteil „trifft zu“; Signifikanz: *=p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001

„Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) weisen im Vergleich zu den restlichen Frauen einen etwas höheren Anteil mit Bewegung zur Gesundheitserhaltung auf (42 Prozent gegenüber 36 Prozent¹⁵⁹).

„Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) zeichnen sich durch deutlich geringere Bewegungsakti-

vitäten (32 Prozent gegenüber 43 Prozent bei den restlichen Männern¹⁶²) und einen geringeren Stellenwert der gesunden Ernährung (26 Prozent gegenüber 37 Prozent¹⁶³) aus.

¹⁵⁹ N=2.103; Phi=0,053; p<0,05.

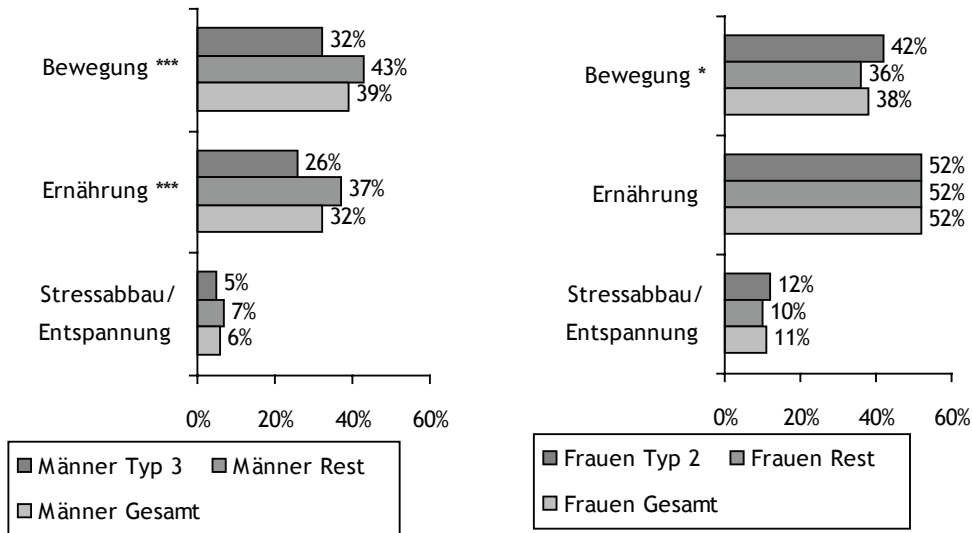
¹⁶⁰ N=2.112; Phi=-0,076; p<0,001.

¹⁶¹ N=2.068; Phi=0,066; p<0,01.

¹⁶² N=1.362; Phi=-0,115; p>0,001.

¹⁶³ N=1.370; Phi=-0,120; p>0,001.

Abbildung 142: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung



Insgesamt: Männer/Frauen N=1.354-1.370/2.068-2.112; Typ 3 N=571; Typ 2 N=519-522; Anteil „trifft zu“; Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001

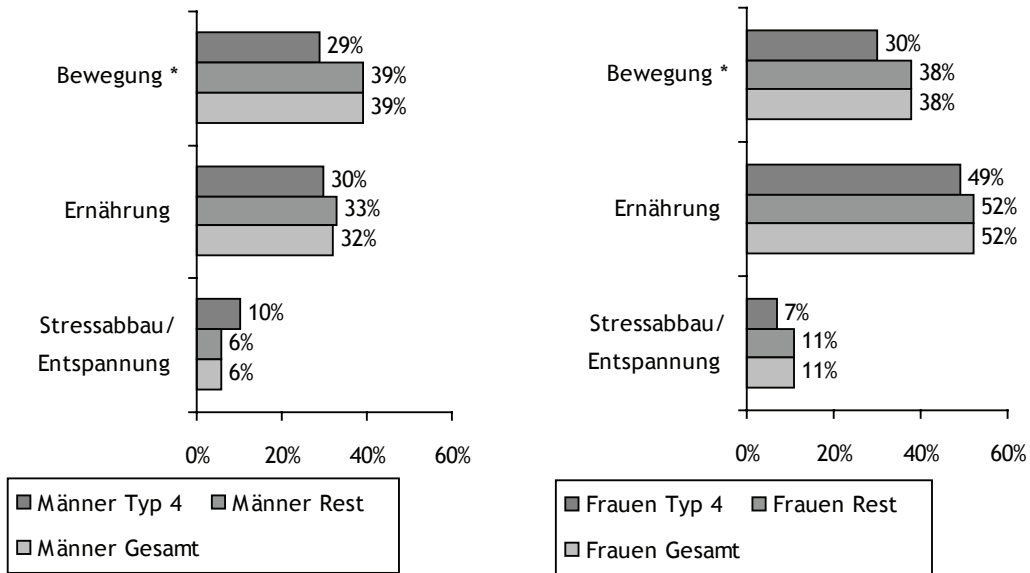
Sowohl die Männer als auch die Frauen der Gruppe „Sozial Schwächere“ (Typ 4) weisen etwas geringere Aktivitäten im Bereich Bewegung auf. Die Männer dieser Gruppe geben zu 29 Prozent Bewegung zur Gesundheitserhaltung an (gegenüber 39 Prozent bei den übrigen Männern¹⁶⁴) und

Frauen zu 30 Prozent (gegenüber 38 Prozent bei den übrigen Frauen¹⁶⁵). Hinsichtlich der anderen Aspekte des Gesundheitsverhaltens lassen sich keine wesentlichen Unterschiede beobachten (Abbildung 143).

164 N=1.362; Phi=-0,056; p>0,05.

165 N=2.103; Phi=-0,045; p>0,05.

Abbildung 143: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung

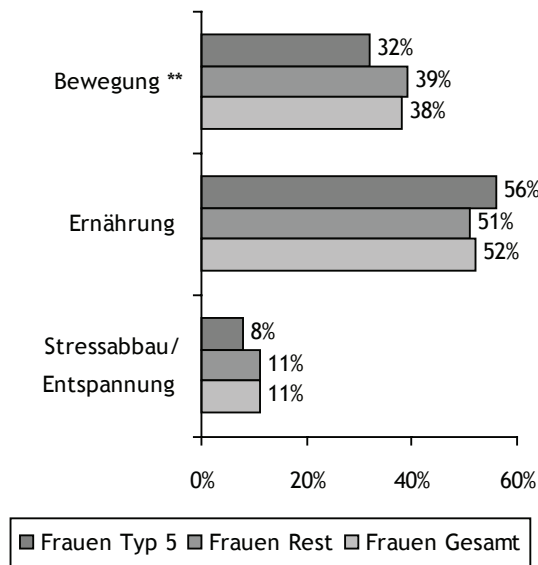


Insgesamt: Männer/Frauen N=1.354-137/2.068-2.112; Typ 4: Männer/Frauen N=100/168-171; Anteil „trifft zu“; Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001

Die Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ (Typ 5) weist einen etwas geringeren Anteil mit Aktivitäten im Bereich Bewegung auf (32 Prozent gegenüber 39 Prozent

bei den übrigen Frauen¹⁶⁶). Bezüglich der anderen Aspekte lassen sich keine signifikanten Unterschiede zu den übrigen Frauen beobachten (Abbildung 144).

Abbildung 144: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung



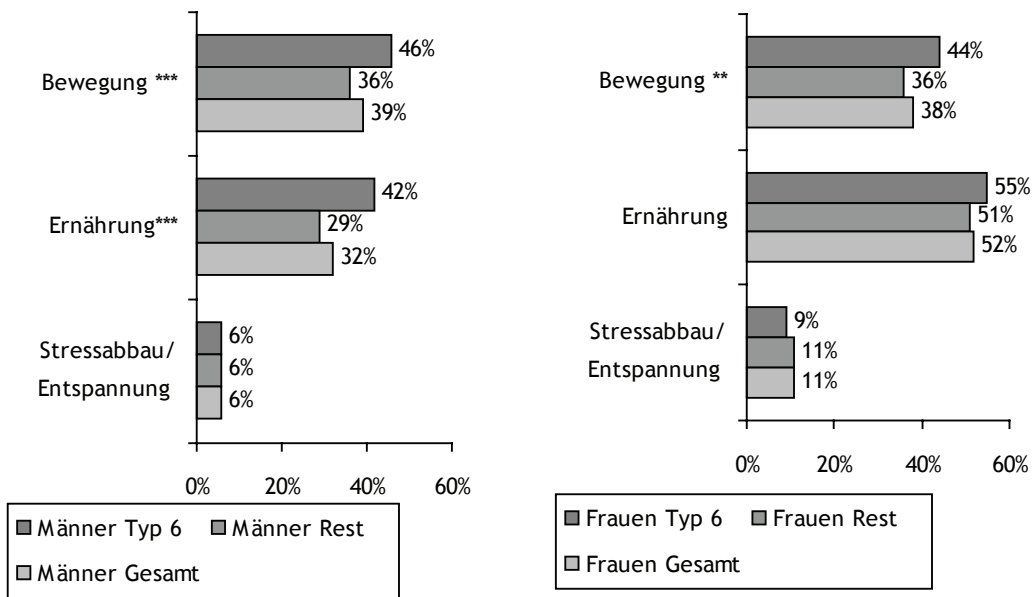
Insgesamt: 2.068-2.112; Typ 1: Männer/Frauen N=382-384; Anteil „trifft zu“; Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001

¹⁶⁶ N=2.103; Phi=-0,058; p>0,01.

Die Gruppe der „PensionistInnen“ zeichnet sich durch einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen mit Bewegungsaktivitäten aus (Männer: 46 Prozent gegenüber 36 Prozent bei den übrigen Männern¹⁶⁷; Frauen: 44 Prozent gegenüber 36 Prozent¹⁶⁸).

Darüber hinaus spielt für die Männer dieser Gruppe, im Vergleich zu den restlichen Männern, gesunde Ernährung eine größere Rolle (42 Prozent gegenüber 29 Prozent¹⁶⁹).

Abbildung 145: Typ 6 „PensionistInnen“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung



Insgesamt: Männer/Frauen N=1.354-1.337/2.068-2.112; Typ 6: Männer/Frauen N=322-327/369-383; Anteil „trifft zu“; Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001

¹⁶⁷ N=1.362; Phi=0,090; p>0,01.

¹⁶⁸ N=2.103; Phi=0,065; p>0,01.

¹⁶⁹ N=1.370; Phi=0,117; p<0,001.

Fakten

- **Bewegung und körperliche Aktivitäten:**
Deutlich geringere Aufmerksamkeit auf Bewegung zur Gesundheitserhaltung legen „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (32 Prozent gegenüber 43 Prozent bei den restlichen Männern), „Sozial schwächere Männer und Frauen“ (Männer: 29 Prozent gegenüber 39 Prozent; Frauen: 30 Prozent gegenüber 38 Prozent) und „Nicht erwerbstätige Frauen“ (32 Prozent gegenüber 39 Prozent).

Am bewegungsfreudigsten zeigen sich PensionistInnen (Männer wie Frauen) sowie „berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“. Diese Gruppen liegen hinsichtlich körperlicher Aktivitäten über dem Durchschnitt.
- **Gesunde Ernährung:**
Im Bereich gesunder Ernährung liegen „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ ebenfalls deutlich zurück (26 Prozent gegenüber 37 Prozent der restlichen Männer).

Auch für Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ hat gesunde Ernährung einen unterdurchschnittlichen Stellenwert (43 Prozent gegenüber 54 Prozent der restlichen Frauen).

Für pensionierte Männer hat gesunde Ernährung im Vergleich zu den restlichen Männern ein höheres Gewicht (42 Prozent gegenüber 29 Prozent).

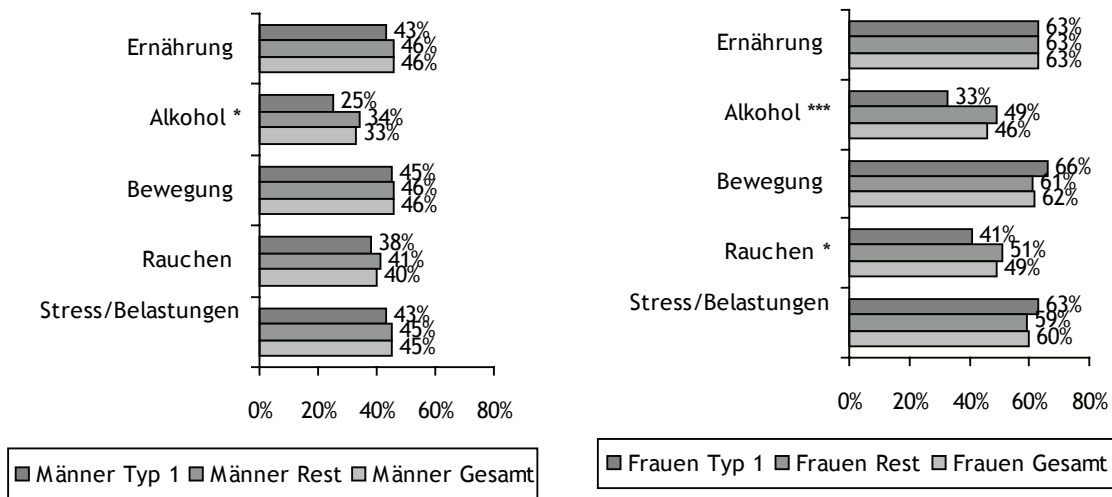
- **Aktivitäten zum Stressabbau/zur Entspannung:**
Gezielte Aktivitäten im Bereich Entspannung bzw. Stressabbau haben insbesondere für Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ einen höheren Stellenwert (15 Prozent gegenüber durchschnittlich zehn Prozent). Für alle anderen Gruppen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zum Durchschnitt erkennen.

5.5. Lebenslagen und Veränderungsbereitschaft zu gesünderer Lebensweise

Männer und Frauen des Clusters Typ 1 („Sozial Begünstigte“) weisen eine geringere Bereitschaft zur Reduktion des Alkoholkonsums auf (Männer zu 25 Prozent gegenüber 34 Prozent und Frauen zu 33 Prozent gegenüber 49 Prozent¹⁷⁰ der restlichen Befragten). Darüber hinaus weisen die rauchenden Frauen

dieses Clusters in etwas geringerem Ausmaß die Bereitschaft auf, das Rauchen aufzugeben (41 Prozent gegenüber 51 Prozent bei den übrigen rauchenden Frauen¹⁷³). Bezüglich der übrigen Aspekte lassen sich keine wesentlichen Unterschiede feststellen (Abbildung 146).

Abbildung 146: Typ 1 „Sozial begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Veränderungsbereitschaft



Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$; Alkohol: ohne Personen, die keinen Alkohol trinken; Rauchen: nur RaucherInnen; Männer: Ernährung: $N=1.354$ (Typ1 $N=188$); Alkohol: $N=1.124$ (Typ1 $N=161$); Bewegung: $N=1.349$ (Typ1 $N=188$); Rauchen: $N=416$ (Typ1 $N=61$); Stress/Belastungen: $N=1.332$ (Typ1 $N=187$); Frauen: Ernährung: $N=2.056$ (Typ1 $N=308$); Alkohol: $N=1.190$ (Typ1 $N=219$); Bewegung: $N=2.077$ (Typ1 $N=311$); Rauchen: $N=533$ (Typ1 $N=115$); Stress/Belastungen: $N=2.021$ (Typ1 $N=312$)

In der Gruppe der „Erwerbstätigen Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) geben etwas mehr an, dass sie mehr Bewegung machen möchten (66 Prozent gegenüber 60 Prozent bei den restlichen Frauen¹⁷¹). Auch der Anteil mit der Absicht, mehr in Bezug auf den Umgang mit Stress und Belastungen zu tun, ist etwas höher (64 Prozent gegenüber 58 Prozent bei den übrigen Frauen¹⁷²).

„Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) signalisieren in einem etwas geringeren Ausmaß (43 Prozent) die Bereitschaft zu gesünderer Ernährung (gegenüber 48 Prozent bei den übrigen Männern¹⁷⁴).

170 Männer: $N=1.124$; $\Phi=-0,068$; $p < 0,05$; Frauen: $N=1.190$; $\Phi=-0,120$; $p < 0,001$.

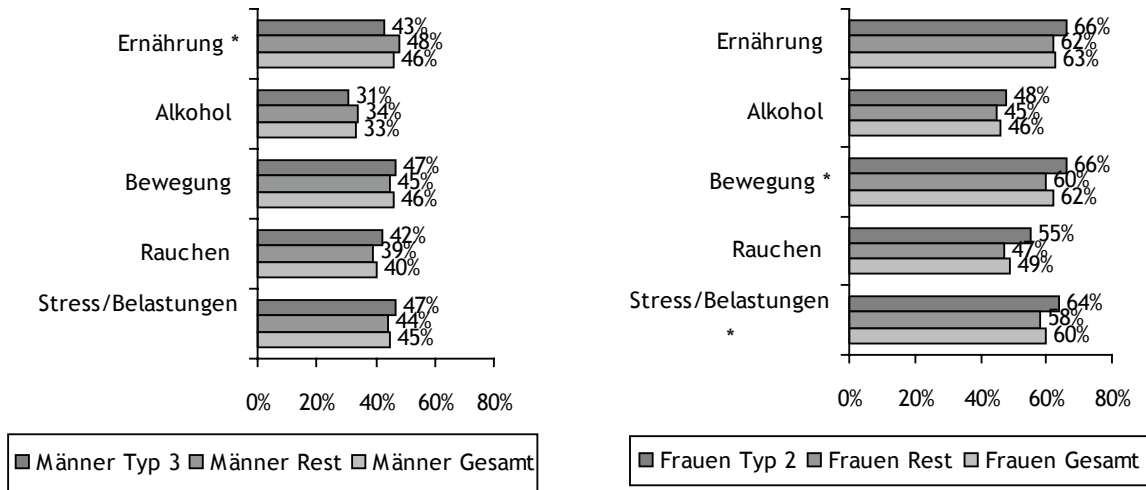
171 $N=2.077$; $\Phi=0,051$; $p < 0,05$.

172 $N=2.021$; $\Phi=0,054$; $p < 0,05$.

173 $N=416$; $\Phi=-0,085$; $p < 0,05$.

174 $N=1.354$; $\Phi=-0,055$; $p < 0,05$.

Abbildung 147: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Veränderungsbereitschaft



Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$; Alkohol: ohne Personen, die keinen Alkohol trinken; Rauchen: nur RaucherInnen; Männer Typ 3 Ernährung: $N=1.354$ (Typ3 $N=570$); Alkohol: $N=1.124$ (Typ3 $N=504$); Bewegung: $N=1.349$ (Typ3 $N=566$); Rauchen: $N=416$ (Typ3 $N=178$); Stress/Belastungen: $N=1.332$ (Typ3 $N=564$); Frauen Typ 2: Ernährung: $N=2.056$ (Typ2 $N=516$); Alkohol: $N=1.190$ (Typ2 $N=333$); Bewegung: $N=2.077$ (Typ2 $N=519$); Rauchen: $N=533$ (Typ2 $N=141$); Stress/Belastungen: $N=2.021$ (Typ2 $N=512$)

Die Männer der Gruppe „Sozial Schwächere“ signalisieren häufiger die Bereitschaft zur Verhaltensänderung in den Bereichen Ernährung (56 Prozent gegenüber 45 Prozent¹⁷⁵) und Umgang mit Stress/Belastungen (55 Prozent gegenüber 44 Prozent¹⁷⁶). (Tendenziell ist auch die Bereitschaft zur Alkoholreduktion und zu mehr Bewegung etwas höher, jedoch nicht signifikant).

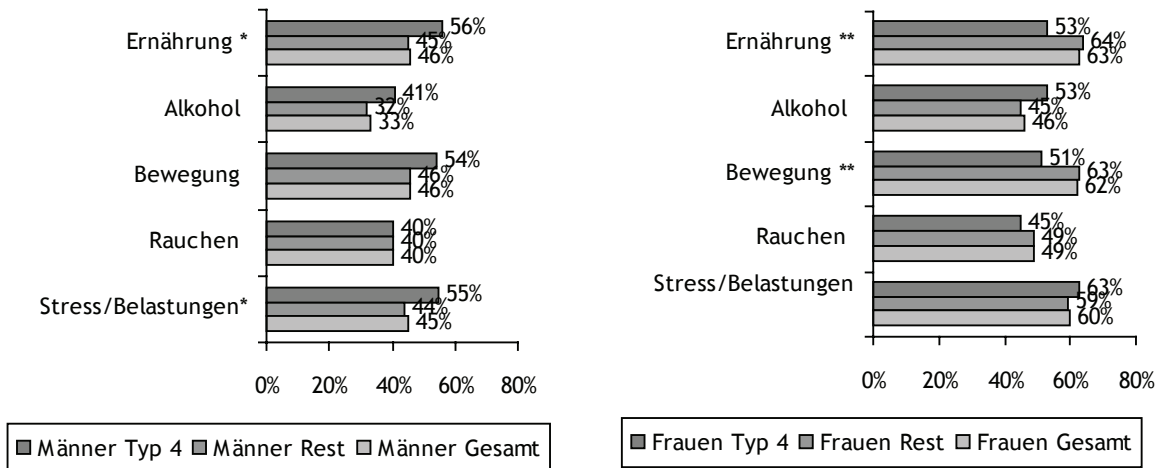
Bei den Frauen der Gruppe ist hingegen die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung in den Bereichen Ernährung und Bewegung geringer als bei den restlichen Frauen (Ernährung: 53 Prozent gegenüber 64 Prozent; Bewegung 51 Prozent gegenüber 63 Prozent bei den übrigen Frauen¹⁷⁷) (Abbildung 148).

¹⁷⁵ $N=1.354$; $\Phi=0,057$; $p < 0,05$.

¹⁷⁶ $N=1.332$; $\Phi=0,057$; $p < 0,05$.

¹⁷⁷ Ernährung: $N=2.056$; $\Phi=-0,064$; $p < 0,01$; Bewegung: $N=2.077$; $\Phi=-0,055$; $p < 0,05$.

Abbildung 148: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Veränderungsbereitschaft

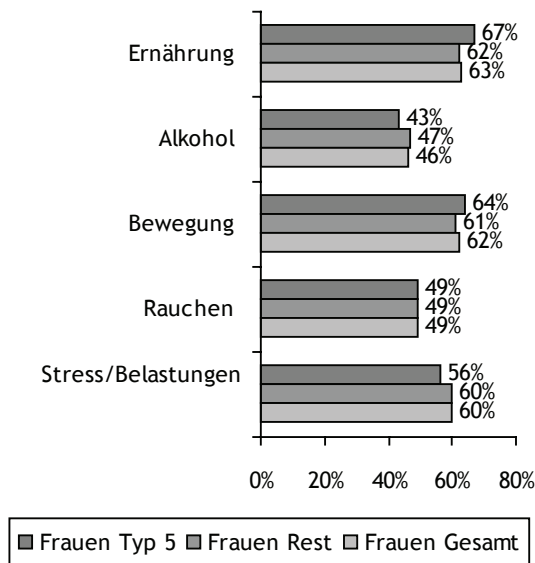


Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Alkohol: ohne Personen, die keinen Alkohol trinken; Rauchen: nur RaucherInnen; Männer: Ernährung: N=1.354 (Typ4 N=100); Alkohol: N=1.124 (Typ4 N=71); Bewegung: N=1.349 (Typ4 N=100); Rauchen: N=416 (Typ4 N=43); Stress/Belastungen: N=1.332 (Typ4 N=100); Frauen: Ernährung: N=2.056 (Typ4 N=170); Alkohol: N=1.190 (Typ4 N=94); Bewegung: N=2.077 (Typ4 N=172); Rauchen: N=533 (Typ4 N=58); Stress/Belastungen: N=2.021 (Typ4 N=168)

Die Gruppe der „Nicht erwerbstätigen Frauen“ (Typ 5) unterscheidet sich hinsichtlich keiner der betrachteten As-

pekte signifikant vom Durchschnitt der restlichen Frauen (Abbildung 149).

Abbildung 149: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Veränderungsbereitschaft

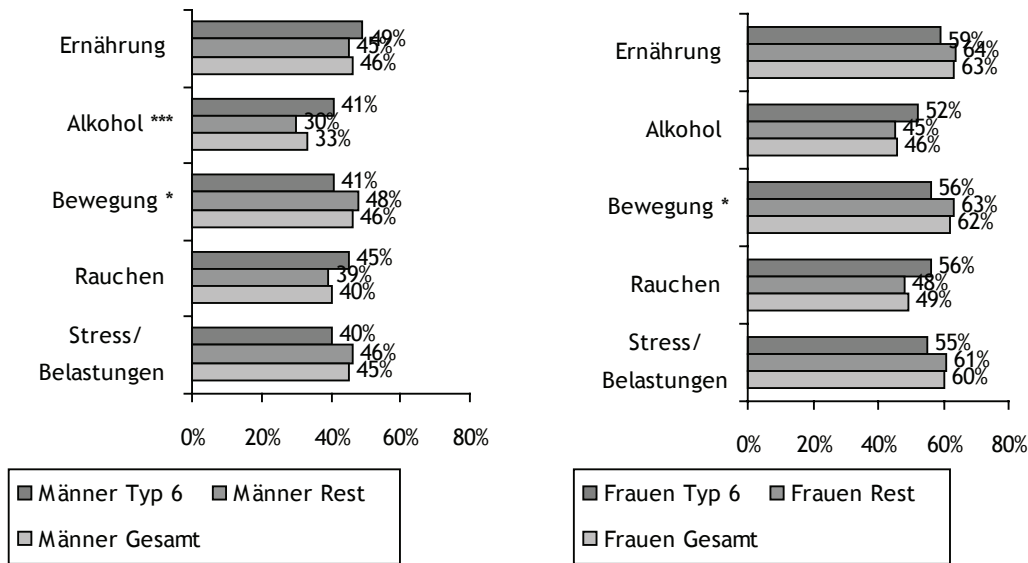


Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Alkohol: ohne Personen, die keinen Alkohol trinken; Rauchen: nur RaucherInnen; Ernährung: N=2.056 (Typ5 N=376); Alkohol: N=1.190 (Typ5 N=208); Bewegung: N=2.077 (Typ5 N=380); Rauchen: N=533 (Typ5 N=82); Stress/Belastungen: N=2.021 (Typ5 N=370)

Die Männer der Gruppe „PensionistInnen“ (Typ 6) neigen häufiger zur Bereitschaft zur Alkoholreduktion (41 Prozent gegenüber 30 Prozent bei den übrigen Männern¹⁷⁸) aber in etwas geringerem Ausmaß zu mehr Bewegung (41 Prozent gegenüber 48 Prozent¹⁷⁹). Die Frauen dieser Grup-

pe signalisieren eine geringere Bereitschaft zu mehr Bewegung (56 Prozent gegenüber 63 Prozent bei den übrigen Frauen¹⁸⁰) und zu Aktivitäten im Bereich Stress/Umgang mit Belastungen (55 Prozent gegenüber 61 Prozent¹⁸¹) (Abbildung 150).

Abbildung 150: Typ 6 „PensionistInnen“ - Veränderungsbereitschaft



Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Alkohol: ohne Personen, die keinen Alkohol trinken; Rauchen: nur RaucherInnen; Männer: Ernährung: N=1.354 (Typ6 N=318); Alkohol: N=1.124 (Typ6 N=261); Bewegung: N=1.349 (Typ6 N=317); Rauchen: N=416 (Typ6 N=78); Stress/Belastungen: N=1.332 (Typ6 N=309); Frauen: Ernährung: N=2.056 (Typ6 N=370); Alkohol: N=1.190 (Typ6 N=180); Bewegung: N=2.077 (Typ6 N=374); Rauchen: N=533 (Typ6 N=66); Stress/Belastungen: N=2.021 (Typ6 N=349)

¹⁷⁸ N=1.124; Phi=0,102; P<0,01.
¹⁷⁹ N=1.349; Phi=-0,058; p<0,05.

¹⁸⁰ N=2.077; Phi=-0,058; p<0,05.
¹⁸¹ N=2.021; Phi=-0,051; p<0,05.

Fakten

Veränderungsbereitschaften zu einer gesünderen Lebensweise sind auch abhängig von der jeweiligen Lebenssituation. Alle Gruppen, ausgenommen die „Nicht erwerbstätigen Frauen“ (diese liegen in allen Aspekten im Durchschnitt), zeigen Unterschiede bezüglich ihrer Veränderungsbereitschaft.

- Mehr auf gesunde Ernährung achten:
Vor allem „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ und „Sozial schwächere Frauen“ zeigen sich weniger häufig bereit, ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern. Lediglich „Sozial schwächere Männer“ zeigen eine höhere Veränderungsbereitschaft. Für alle anderen Gruppen liegt die Veränderungsbereitschaft im Durchschnitt.
- Alkohol- und Nikotinkonsum reduzieren:
Eine geringere Bereitschaft zur Reduktion des Alkoholkonsums zeigen Männer und Frauen der „Sozial Begünstigten“ (Männer: 25 Prozent gegenüber 35 Prozent im Durchschnitt; Frauen: 33 Prozent gegenüber 49 Prozent).

Nur männliche Pensionisten zeigen sich hinsichtlich Einschränkung des Alkoholkonsums häufiger veränderungsbereit als der Durchschnitt (41 Prozent gegenüber 30 Prozent der übrigen Männer). Für alle anderen Gruppen konnten keine wesentlichen Unterschiede ausgemacht werden.

Was die Verminderung des Nikotinkonsums angeht, zeigen sich nur „Sozial begünstigte Frauen“ in geringerem Ausmaß bereit, etwas zu verändern (41 Prozent gegenüber 51 Prozent). Personen aus allen anderen Gruppen zeigen ein durchschnittliches Veränderungspotential bezüglich der Reduktion des Nikotinkonsums.

- Mehr Bewegung machen:
Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung im Bereich Bewegung ist bei „Sozial schwächeren Frauen“ sowie den „PensionistInnen“ (Männer wie Frauen) unterdurchschnittlich.

Nur „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ signalisieren eine etwas höhere Bereitschaft, mehr Bewegung machen zu wollen. Alle anderen Gruppen liegen im Durchschnitt.
- Stress abbauen, Belastungen reduzieren:
Ein überdurchschnittliches Ausmaß an Veränderung hinsichtlich Stressabbau zeigen vor allem „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und „Sozial schwächere Männer“. Letztere sind deutlich mehr veränderungsbereit als der Durchschnitt: 55 Prozent gegenüber 44 Prozent der restlichen befragten Männer.

Weniger bereit, für Stressabbau und Reduzierung von Belastungen etwas zu tun, zeigen sich Pensionistinnen (55 Prozent gegenüber 61 Prozent der übrigen Frauen). Alle anderen Gruppen liegen wiederum im Durchschnitt.

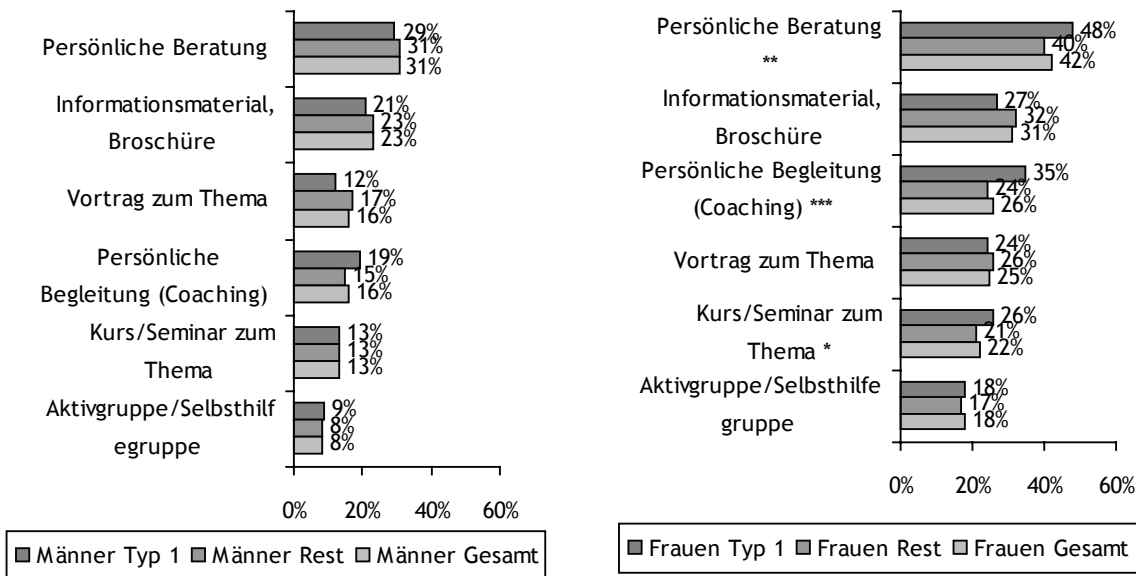
5.6. Lebenslagen und Angebote zur Gesundheitsförderung

5.6.1. Gewünschte Angebotsformen

Die Männer der Gruppe Typ 1 („Sozial Begünstigte“) unterscheiden sich hinsichtlich der gewünschten nützlichen Unterstützungsangebote nicht wesentlich vom Durchschnitt der übrigen Männer.

Die Frauen der Gruppe wünschen sich etwas häufiger persönliche Beratung (48 Prozent gegenüber 40 Prozent bei den übrigen Frauen), persönliche Begleitung (35 Prozent gegenüber 24 Prozent) und Kurse/Seminare (26 Prozent gegenüber 21 Prozent) (Abbildung 151).

Abbildung 151: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Angebotsformen

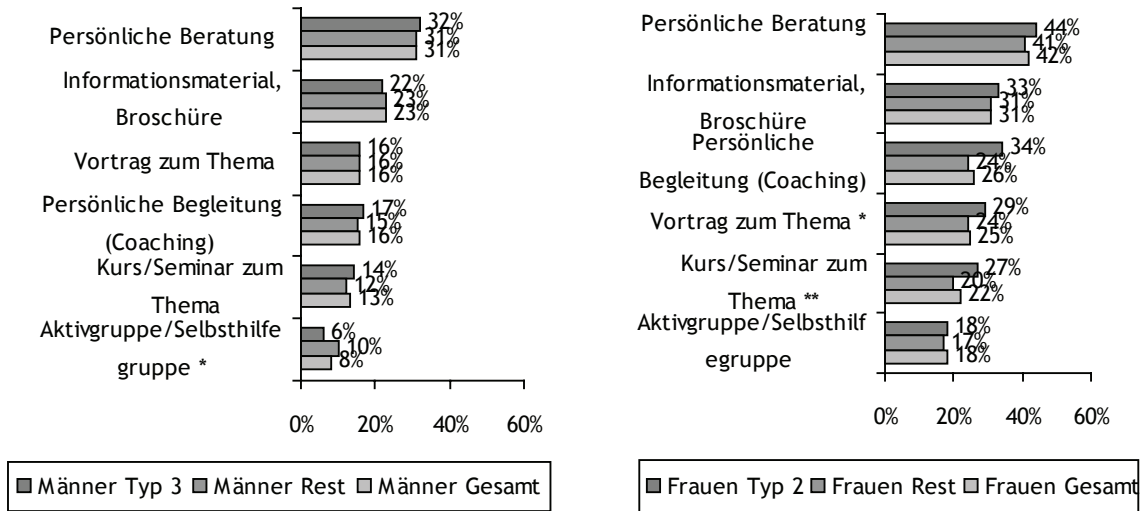


Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Männer: N=1.380 (Typ1 N=189); Frauen: N=2.125 (Typ1 N=318)

In der Gruppe der „Berufstätigen Frauen mit familiärer Bindung“ (Typ 2) werden häufiger die Angebotsformen persönliche Begleitung (34 Prozent gegenüber 24 Prozent), Vorträge (29 Prozent gegenüber 24 Prozent) und Kurse/Seminare (27 Prozent gegenüber 20 Prozent) genannt.

Die Gruppe der „Erwerbstätigen Männer mit familiären Bindungen“ nennt weniger häufig Aktivgruppen/Selbsthilfegruppen (sechs Prozent) als die übrigen Männer (zehn Prozent).

Abbildung 152: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Angebotsformen

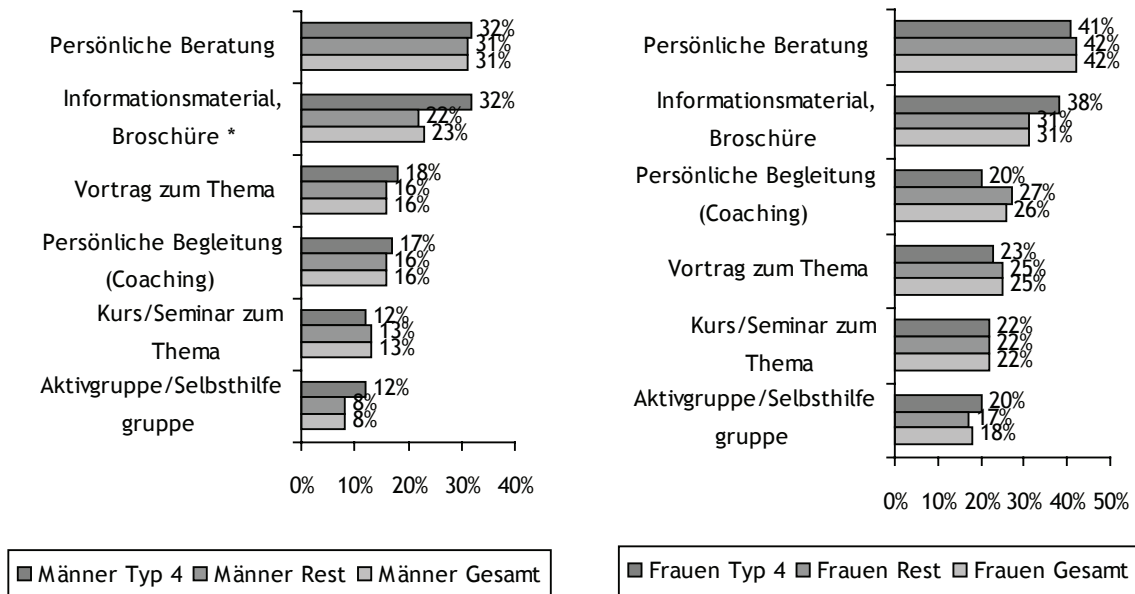


Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Männer: N=1.380 (Typ3 N=577); Frauen: N=2.125 (Typ2 N=524)

Die Männer der Gruppe „Sozial Schwächere“ (Typ 4) nennen etwas häufiger Informationsmaterial/Broschüren etc. als hilfreiches Unterstützungsangebot (32 Prozent) als die

übrigen Männer (22 Prozent). Die Frauen dieser Gruppe unterscheiden sich nicht wesentlich von den restlichen Frauen (Abbildung 153).

Abbildung 153: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Angebotsformen

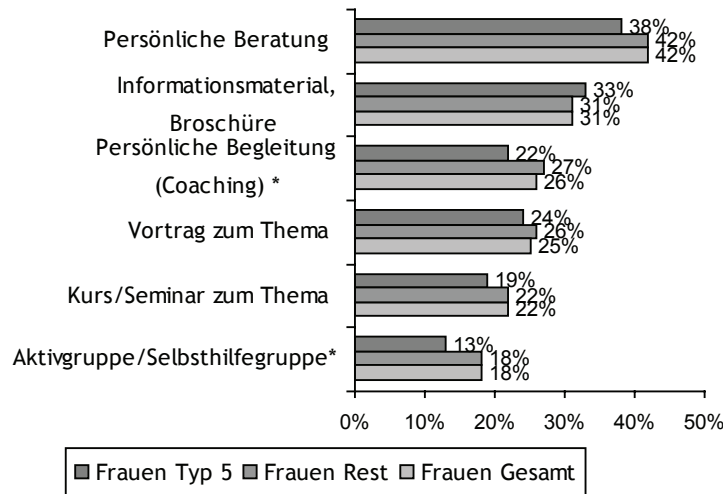


Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Männer: N=1.380 (Typ4 N=100) Frauen: N=2.125 (Typ4 N=172)

Nicht erwerbstätige Frauen halten in geringerem Ausmaß eine persönliche Begleitung (22 Prozent gegenüber 27 Prozent bei den restlichen Frauen) und Aktivgruppen/

Selbsthilfegruppen (13 Prozent gegenüber 18 Prozent) für sinnvoll. Ansonsten zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zu den übrigen Frauen (Abbildung 154).

Abbildung 154: Typ 5 „Nicht Erwerbstätige Frauen“ - Angebotsformen

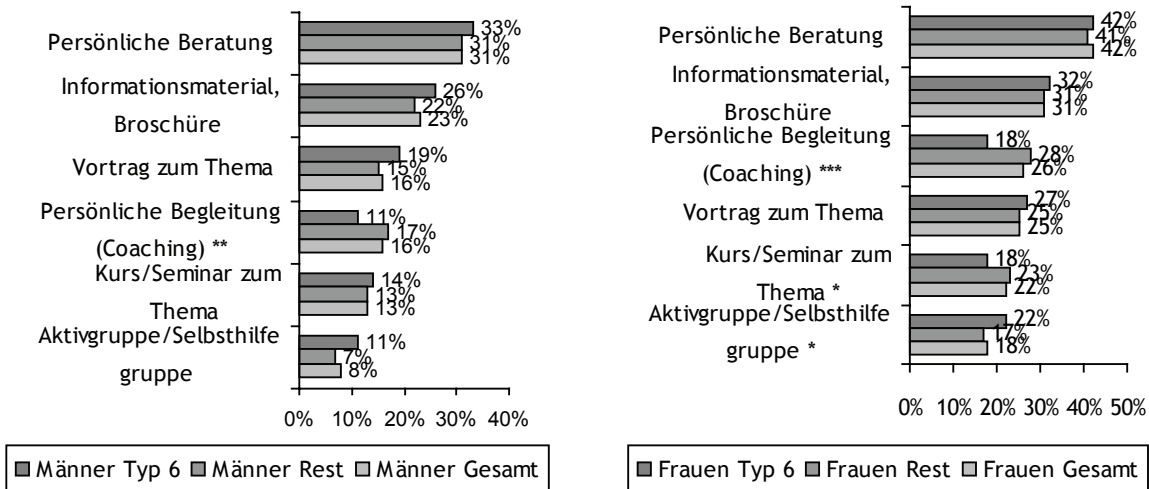


Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und „nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; N=2.125 (Typ5 N=386)

Die Männer der Gruppe „PensionistInnen“ (Typ 6) nennen in geringerem Ausmaß die Angebotsform „persönliche Begleitung“ (elf Prozent) als die übrigen Männer (17 Prozent). Ähnliches gilt für die Frauen dieser Gruppe (18 Prozent gegenüber 28 Prozent bei den restlichen Frauen).

Zudem wird Kursen/Seminaren ein geringerer Stellenwert eingeräumt (18 Prozent gegenüber 23 Prozent), während Aktivgruppen/Selbsthilfegruppen in überdurchschnittlichem Ausmaß genannt werden (22 Prozent gegenüber 17 Prozent) (Abbildung 155).

Abbildung 155: Typ 6 „PensionistInnen“ - Angebotsformen



Anteil klare Zustimmung („ja“ gegenüber „eher ja“, „eher nein“ und „nein“); Signifikanz: *= p<0,05; **=p<0,01; ***=p<0,001; Männer: N=1.380 (Typ6 N=329); Frauen: N=2.125 (Typ6 N=388)

5.6.2. Einschätzung des bestehenden Angebots

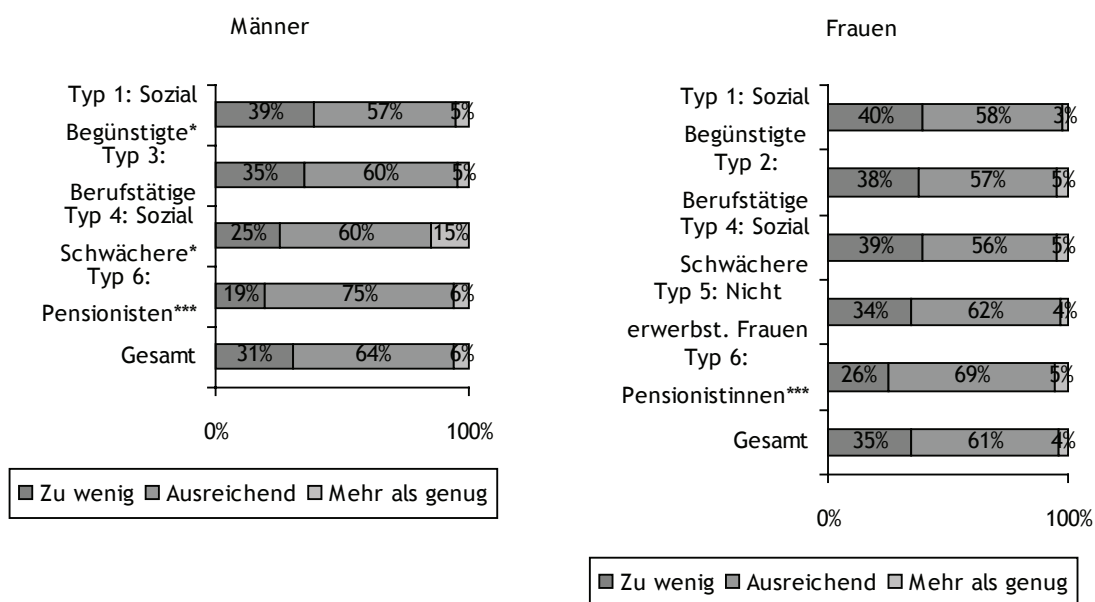
Bei den Frauen unterscheiden sich nur die „Pensionistinnen“ (Cluster Typ 6) signifikant von den Frauen der übrigen Gruppen. Sie sehen in höherem Ausmaß (69 Prozent) ein ausreichendes Angebot an verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten (insgesamt 61 Prozent der Frauen ausreichend) und zu einem geringeren Anteil zu wenig Angebot (26 Prozent gegenüber 35 Prozent insgesamt).

Auch bei den Männern der verschiedenen Lebenslagen-Cluster fallen die „Pensionisten“ (Typ 6) durch einen höheren Anteil auf, der ausreichend Angebot sieht (75 Prozent gegenüber 63 Prozent bei Männern insgesamt) und einen geringeren Anteil, der zu wenig Angebot sieht (19 Prozent gegenüber 31 Prozent).

Zudem fallen die Männer der Gruppe Typ 4 („Sozial Schwächere“) durch einen unterdurchschnittlichen Anteil auf, der zu wenig Angebot sieht (25 Prozent) und einen besonders hohen Anteil an Personen (15 Prozent), die zu viel Angebot sehen („Mehr als genug“).

Die Männer der Gruppen „Typ 1“ und „Typ 3“ zeichnen sich im Gegensatz dazu durch einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen aus, die zu wenig Angebot sehen (39 Prozent bzw. 35 Prozent).

Abbildung 156: Bestehendes Angebot - Einschätzung nach Lebenslagen-Cluster



Signifikanz: * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$; Männer: $N = 1.183$; Frauen: $N = 1.735$

Fakten

- **Gewünschte Angebotsformen:**

Insgesamt wird die persönliche Beratung von allen Lebenslagen-Gruppen am häufigsten gewünscht. Persönliche Begleitung (etwa in Form von Coaching) wird darüber hinaus insbesondere von „Sozial begünstigten Frauen“ und „Berufstätigen Frauen mit familiären Bindungen“ überdurchschnittlich oft gewünscht. Bei den „Nicht erwerbstätigen Frauen“ sowie den „PensionistInnen“ ist der Wunsch nach persönlicher Begleitung unterdurchschnittlich.

Kurse oder Seminare zum Thema wurden von den „Sozial begünstigten“ Frauen sowie den „Berufstätigen Frauen mit familiären Bindungen“ häufiger gewünscht als von den restlichen befragten Frauen.

Männer aus der Gruppe der „Sozial Schwächeren“ würden sich mehr Angebote in Form von Informationsmaterial/Broschüren wünschen (32 Prozent gegenüber 22 Prozent der restlichen Männer).

Weibliche Pensionistinnen würden sich darüber hinaus mehr Selbsthilfegruppen oder Aktivgruppen wünschen (22 Prozent gegenüber 17 Prozent der restlichen Frauen), während in dieser Gruppe dem Angebot an Kursen/Seminaren ein geringerer Stellenwert eingeräumt wird.

- **Einschätzung des bestehenden Angebotes:**

Bei den Frauen unterscheiden sich nur die „Pensionistinnen“ in der Einschätzung des bestehenden Angebotes signifikant von den übrigen Frauen. Sie sehen in höherem Ausmaß ein ausreichendes Angebot an verhaltensbezogenen Gesundheitsangeboten (69 Prozent gegenüber 61 Prozent insgesamt).

Auch die männlichen Pensionisten fallen durch einen höheren Anteil auf, der ausreichend Angebot sieht (75 Prozent gegenüber 63 Prozent insgesamt). Desgleichen gilt für „Sozial schwächere“ Männer: sie sehen weniger häufig ein Zuwenig an Angebot sondern orten besonders oft zu viel Angebot („Mehr als genug“ - 15 Prozent).

„Sozial begünstigte Männer“ sowie „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ würden sich im Gegensatz dazu mehr Angebot wünschen: sie zeichnen sich durch einen überdurchschnittlichen Anteil an Personen aus, die zu wenig Angebot sehen (39 Prozent bzw. 35 Prozent).

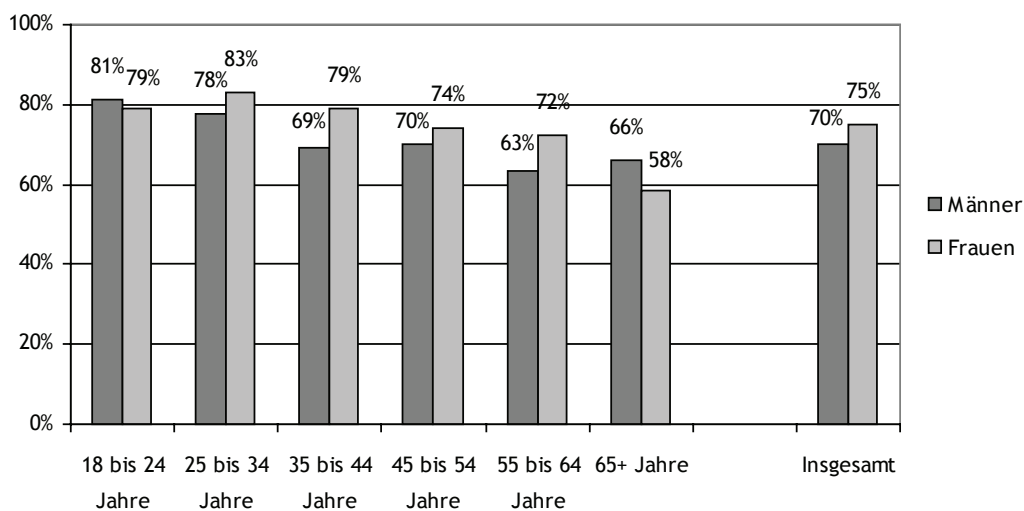
5.7. Lebenslagen und gesundheitsbezogene Lebensqualität

5.7.1. Allgemeine Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Gesundheit

Insgesamt stufen 73 Prozent der Befragten (75 Prozent der Frauen und 70 Prozent der Männer¹⁸²) ihre Lebensqualität als „sehr gut“ oder „gut“ ein. Der Anteil nimmt, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, mit zunehmendem

Alter ab. Während unter 25-Jährige noch zu rund 80 Prozent eine sehr gute/gute Lebensqualität angeben, sind es bei den 65- bis 80-Jährigen nur noch rund 60 Prozent (Abbildung 157).

Abbildung 157: Allgemeine Lebensqualität nach Altersgruppen und Geschlecht



N=3.473; Anteile „Sehr gut/gut“

72 Prozent der Befragten geben an, dass sie mit ihrer Gesundheit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ sind. In den Altersgruppen unter 25 und über 64 Jahren sind Männer etwas zufriedener mit ihrer Gesundheit als Frauen (18 bis 24 Jahre: 83 Prozent gegenüber 73 Prozent bei den

Frauen¹⁸³ und über 65 Jahre: 71 Prozent gegenüber 60 Prozent bei den Frauen¹⁸⁴). Frauen sind hingegen im mittleren Alter etwas häufiger mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden (Altersgruppe 35 bis 44 Jahre: 81 Prozent gegenüber 69 Prozent bei den Männern¹⁸⁵) (Abbildung 158).

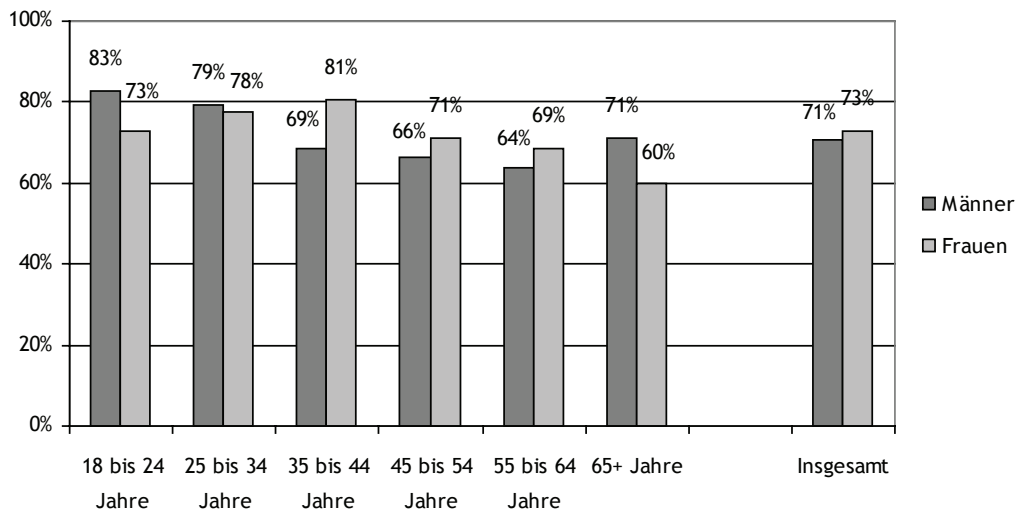
¹⁸² N=3.479; Phi=-0,051;p<0,01.

¹⁸³ N=355; Phi=-0,116;p<0,05.

¹⁸⁴ N=355; Phi=-0,116;p<0,05.

¹⁸⁵ N=772; Phi=0,134;p<0,001.

Abbildung 158: Zufriedenheit mit Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlecht



N=3.446; Anteile „Sehr zufrieden/zufrieden“

Unter den Frauen weisen die Gruppen Typ 2 („Erwerbstätige Frauen mit familiärer Bindung“) und Typ 1 („Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“) in einem etwas höheren Ausmaß gute Lebensqualität auf als der Durchschnitt der restlichen Frauen (Typ 1: 79 Prozent¹⁸⁶ und Typ 2: 82 Prozent¹⁸⁷ gegenüber 75 Prozent bei den restlichen Frauen). Deutlich unter dem Durchschnitt ist der Anteil bei den Frauen der Gruppe Typ 4 („Sozial Benachteiligte“) mit 62 Prozent.¹⁸⁸ Auch „Pensionistinnen“ (Typ 6) geben zu einem etwas geringeren Anteil gute Lebensqualität an (69 Prozent¹⁸⁹), was auch mit dem höheren Alter dieser Gruppe zusammen hängen dürfte (Abbildung 159).

Unter den Männern weist vor allem die Gruppe Typ 5 („Nicht erwerbstätige Männer“) in deutlich höherem Ausmaß gute Lebensqualität auf (89 Prozent¹⁹⁰), was auch damit zusammen hängen dürfte, dass diese Gruppe sehr jung ist (75 Prozent unter 30 Jahre). Zudem ist die Fallzahl sehr gering (28 Fälle).

Deutlich über dem Durchschnitt der Männer liegt auch die Gruppe Typ 3 („Erwerbstätige Männer mit familiären Bindungen“), in der 77 Prozent gute oder sehr gute Lebensqualität angeben (gegenüber 70 Prozent bei den übrigen Männern¹⁹¹). Die sozial begünstigten Männer der Gruppe Typ 1 liegen ungefähr im Durchschnitt der befragten Männer (73 Prozent) (Abbildung 159).

Am geringsten ist der Anteil mit guter Lebensqualität in der Gruppe Typ 4 („Sozial Benachteiligte“) mit 58 Prozent.¹⁹² Ebenso geben „Pensionisten“ (Typ 6) in geringerem Ausmaß (59 Prozent¹⁹³) gute Lebensqualität an. Innerhalb der Gruppen lassen sich nur unter den „PensionistInnen“ (Typ 6) signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, wo Frauen in etwas höherem Ausmaß (69 Prozent) gute oder sehr gute Lebensqualität angeben als Männer (59 Prozent¹⁹⁴). Dies dürfte auch damit zusammen hängen, dass die Männer dieser Gruppe im Schnitt etwas älter sind als die Frauen (78 Prozent der Männer und 72 Prozent der Frauen dieser Gruppe sind über 60 Jahre alt) (Abbildung 159).

¹⁸⁶ N=2.105; Phi=0,043;p<0,05.

¹⁸⁷ N=2.105; Phi=0,095;p<0,001.

¹⁸⁸ N=2.105; Phi=-0,087;p<0,001.

¹⁸⁹ N=2.105; Phi=-0,062;p<0,01.

¹⁹⁰ N=1.374; Phi=0,060;p<0,05.

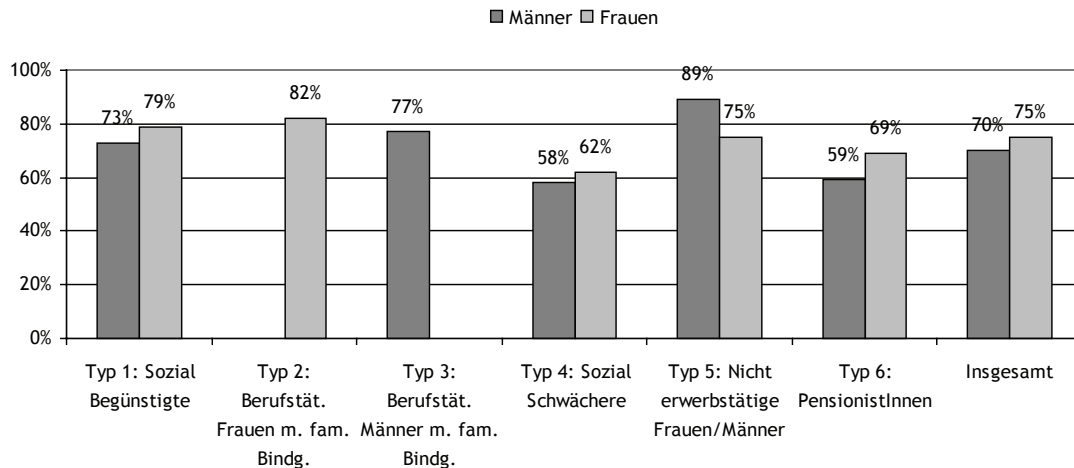
¹⁹¹ N=1.374; Phi=0,062;p<0,01.

¹⁹² N=1.374; Phi=-0,074;p<0,001.

¹⁹³ N=1.374; Phi=-0,136;p<0,001.

¹⁹⁴ N=713; Phi=-0,104; p<0,001.

Abbildung 159: Allgemeine Lebensqualität nach Lebenslage



N=2.292; Anteile „Sehr gut/gut“

Unter den Frauen zeichnet sich die Gruppe Typ 2 („Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“) dadurch aus, dass ein höherer Anteil mit ihrer Gesundheit zufrieden oder sehr zufrieden ist (81 Prozent¹⁹⁵) als unter den restlichen Frauen (70 Prozent). Die Frauen der Gruppe Typ 1 („Sozial Begünstigte mit geringen familiären Bindungen“ mit 76 Prozent zufrieden/sehr zufrieden) und Typ 5 („Nicht Erwerbstätige“ mit 74 Prozent) liegen ungefähr im Durchschnitt aller Frauen. In deutlich geringerem Ausmaß zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind Frauen der Gruppe Typ 4 (mit 62 Prozent¹⁹⁶) und der Gruppe Typ 6 („Pensionistinnen“) mit 65 Prozent¹⁹⁷ (Abbildung 160). Bei den Männern ist der Anteil mit zufriedenstellendem Gesundheitszustand in der Gruppe Typ 3 („Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“) mit 75 Prozent deutlich höher als unter den restlichen Männern (mit 67 Prozent¹⁹⁸). (Der Anteil ist auch in der Gruppe Typ 5 deutlich

höher, aber aufgrund der geringen Fallzahl von 28 lassen sich für diese Gruppe keine verlässlichen Aussagen machen).

Deutlich unter dem Durchschnitt liegen „Sozial schwächere Männer“ (Typ 5), wo nur 61 Prozent einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand angeben (gegenüber 74 Prozent bei den übrigen Männern¹⁹⁹) und „Pensionisten“ (Typ 6) mit 65 Prozent (gegenüber 75 Prozent beim Rest der Männer²⁰⁰) (Abbildung 160). Innerhalb der Gruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen.

¹⁹⁵ N=2.090; Phi=-0,108; p<0,001.

¹⁹⁶ N=2.090; Phi=-0,069; p<0,01.

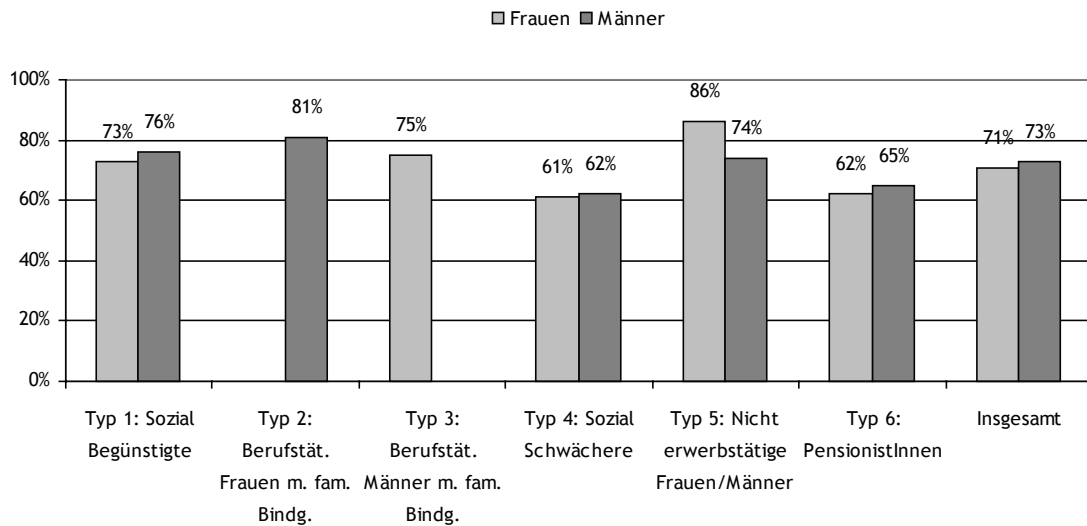
¹⁹⁷ N=2.090; Phi=-0,085; p<0,001.

¹⁹⁸ N=1.362; Phi=-0,091; p<0,01.

¹⁹⁹ N=1.362; Phi=-0,059; p<0,05.

²⁰⁰ N=1.362; Phi=-0,099; p<0,001.

Abbildung 160: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Lebenslage



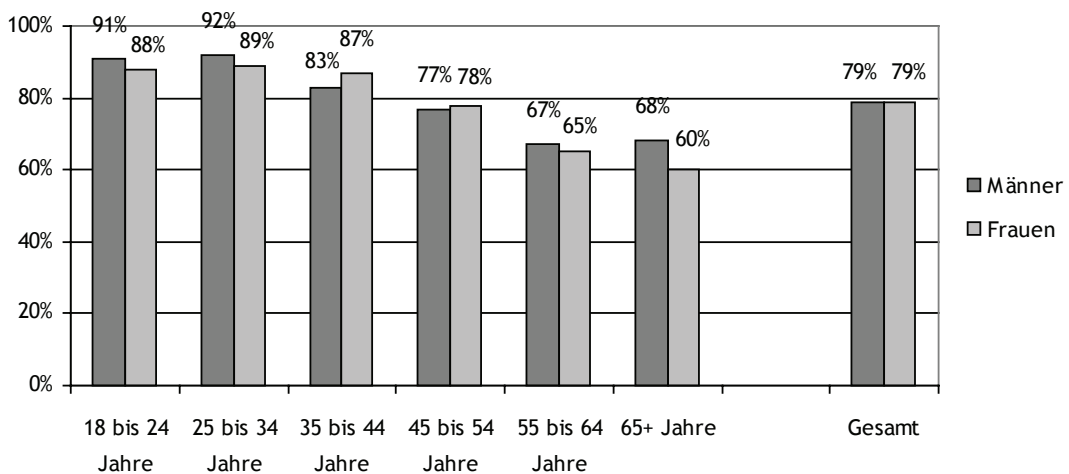
N=2.297; Anteile „Sehr zufrieden/zufrieden“

5.7.2. Physische Gesundheit

Hinsichtlich der Domäne „Physische Gesundheit“ des WHOQOL-BREF unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant. Nach Altersgruppen ist eine Abnahme des Anteiles mit überdurchschnittlicher bis durchschnittlicher physischer Gesundheit (mindestens 66 Punkte auf

einer Skala von 0 bis 100) zu beobachten. In den Altersgruppen unter 35 Jahren weisen rund 90 Prozent einen guten bis durchschnittlichen Wert auf, in der Altersgruppe über 65 Jahren nur mehr 63 Prozent (Abbildung 161).

Abbildung 161: Physische Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlecht



N=3.434; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

Die Gruppen „Sozial Begünstigte“ (Typ 1), „Erwerbstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2), „Erwerbstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) und „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“ (Typ 5) weisen in höherem Ausmaß einen guten physischen Gesundheitszustand auf (Abbildung 162).

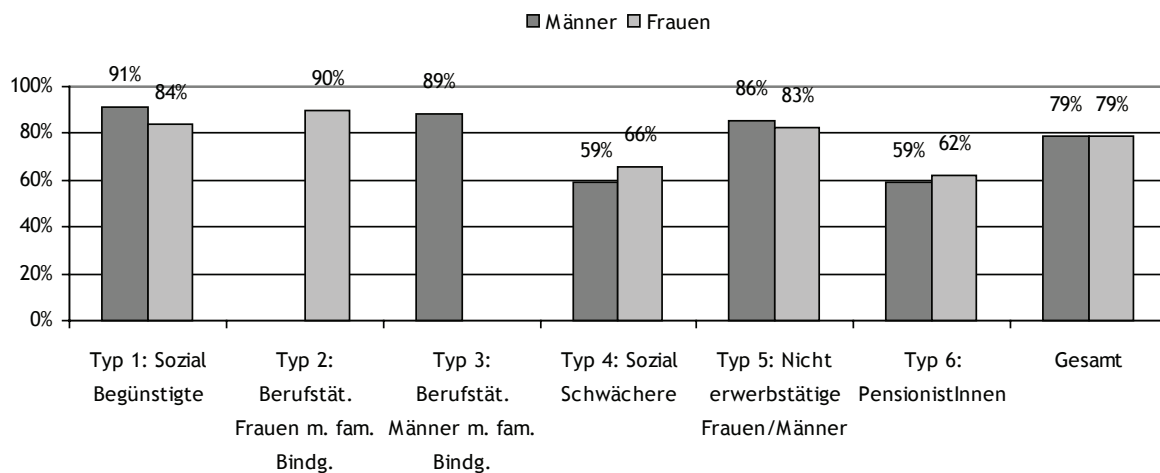
In der Gruppe „Sozial Begünstigte“ weisen 91 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen eine durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche physische Gesundheit auf (gegenüber 77 Prozent bei den restlichen Männern bzw. 78 Prozent bei den restlichen Frauen²⁰¹). „Erwerbstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) weisen zu 90 Prozent eine zumindest durchschnittliche physische Gesundheit auf (gegenüber 75 Prozent bei den restlichen Frauen²⁰²), „Erwerbstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) zu 89 Prozent (gegenüber 72 Prozent bei den restlichen Männern²⁰³).

Bei schlechterer physischer Gesundheit sind erwartungsgemäß „PensionistInnen“ (Typ 6), nicht zuletzt aufgrund des höheren Alters dieser Gruppe. 61 Prozent weisen in dieser Gruppe zumindest eine durchschnittliche physische Gesundheit auf.²⁰⁴

Obwohl die Gruppe „Sozial Schwächere“ kaum Personen über 60 Jahren enthält und ansonsten einigermaßen die Altersverteilung der Personen unter 60 Jahren aufweist, entspricht der Anteil mit unterdurchschnittlicher physischer Gesundheit dem der 65- bis 80-Jährigen (siehe Abbildung 161): 39 Prozent weisen unterdurchschnittliche Werte auf und nur 61 Prozent eine durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche physische Gesundheit (gegenüber 80 Prozent in der restlichen Bevölkerung²⁰⁵) (Abbildung 162).

Abgesehen von der Gruppe Typ 1, wo Männer in einem etwas höheren Ausmaß einen guten Gesundheitszustand aufweisen als die Frauen dieser Gruppe, lassen sich innerhalb der Gruppen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen.

Abbildung 162: Physische Gesundheit nach Lebenslage



$N=2.978$; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

²⁰¹ Männer: $N=1.357$; $\Phi=-0,120$; $p<0,001$; Frauen: $N=2.082$; $\Phi=-0,055$; $p<0,05$. Unterschied zwischen Frauen und Männern innerhalb des Clusters: $N=505$; $\Phi=0,101$; $p<0,05$.

²⁰² $N=1.082$; $\Phi=-0,159$; $p<0,001$.

²⁰³ $N=1.357$; $\Phi=-0,203$; $p<0,001$.

²⁰⁴ Männer: $N=1.357$; $\Phi=0,267$; $p<0,001$. Frauen: $N=2.082$; $\Phi=0,190$; $p<0,001$.

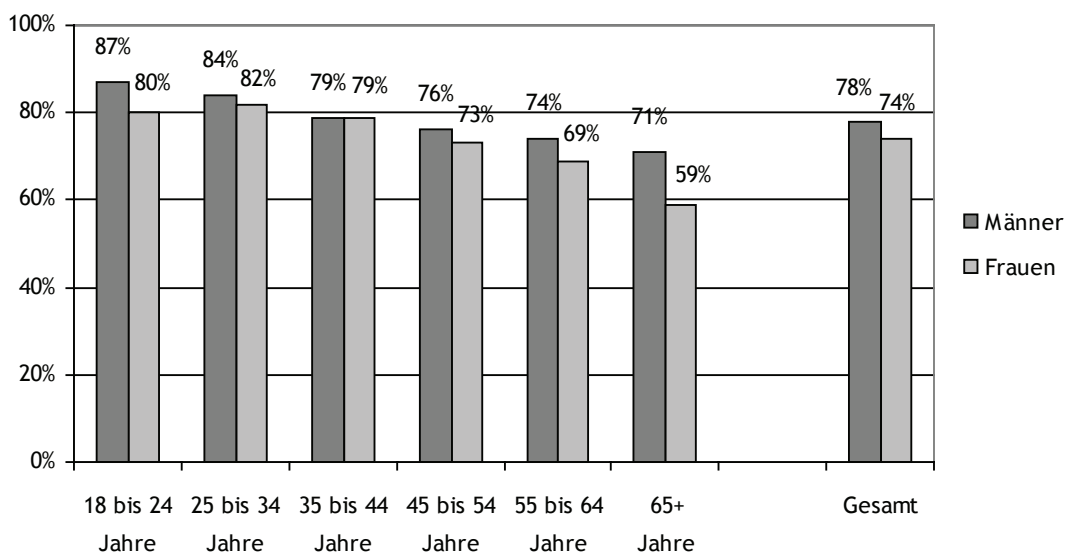
²⁰⁵ Männer: $N=1.357$; $\Phi=0,134$; $p<0,001$. Frauen: $N=2.082$; $\Phi=0,092$; $p<0,001$.

5.7.3. Psychische Gesundheit

Insgesamt weisen 76 Prozent der Befragten eine gute bzw. durchschnittliche psychische Gesundheit auf, Männer etwas häufiger (78 Prozent) als Frauen (74 Prozent).²⁰⁶ Mit zunehmendem Alter ist eine Abnahme des Anteiles mit guter/durchschnittlicher psychischer Gesundheit zu beobachten, von 82 Prozent in den Altersgruppen unter 35 Jahren auf 64 Prozent in der Altersgruppe 65 bis 80

Jahre. Innerhalb der Altersgruppen sind nur bei den Älteren über 65 Jahre Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten: Frauen sind hier in etwas geringerem Ausmaß (59 Prozent) bei guter psychischer Gesundheit als Männer (71 Prozent²⁰⁷) (Abbildung 163).

Abbildung 163: Psychische Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlecht



N=3.456; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (>= 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

Die Gruppen „Sozial Begünstigte“ (Typ 1) und „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“ (Typ 5) unterscheiden sich nicht wesentlich vom Durchschnitt der Männer bzw. Frauen der übrigen Cluster. Sie liegen hinsichtlich der psychischen Gesundheit im Mittelfeld. In der Gruppe „Sozial Begünstigte“ liegt der Anteil mit guter/durchschnittlicher psychischer Gesundheit bei 77 Prozent (sowohl bei Männern, als auch bei Frauen). Unter den Frauen der Gruppe Typ 5 „Nicht Erwerbstätige“ liegt der Anteil bei 75 Prozent (unter den Männern dieser Gruppe ist der Anteil etwas höher, infolge der geringen Fallzahl jedoch mit einer hohen Schwankungsbreite behaftet).

Deutlich bessere psychische Gesundheit weisen die Gruppen „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) mit einem Anteil von 82 Prozent (gegenüber 71 Prozent bei den restlichen Frauen²⁰⁸) und „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) mit einem Anteil von 87 Prozent (gegenüber 71 Prozent bei den übrigen Männern²⁰⁹) auf.

Ein deutlich geringerer Anteil an Personen mit guter/durchschnittlicher psychischer Gesundheit findet sich in der Gruppe der „PensionistInnen“ (Typ 6), wo nur 68 Prozent der Männer (gegenüber 81 Prozent bei den restlichen Männern²¹⁰) und 65 Prozent der Frauen (gegenüber 76 Prozent²¹¹) einen guten bis durchschnittlichen psychischen Gesundheitszustand aufweisen.

²⁰⁷ N=418; Phi=0,127; p<0,03.

²⁰⁸ N=2.097; Phi=-0,115; p<0,001

²⁰⁹ N=1.364; Phi=-0,174; p<0,001

²¹⁰ N=1.364; Phi=0,141; p<0,001.

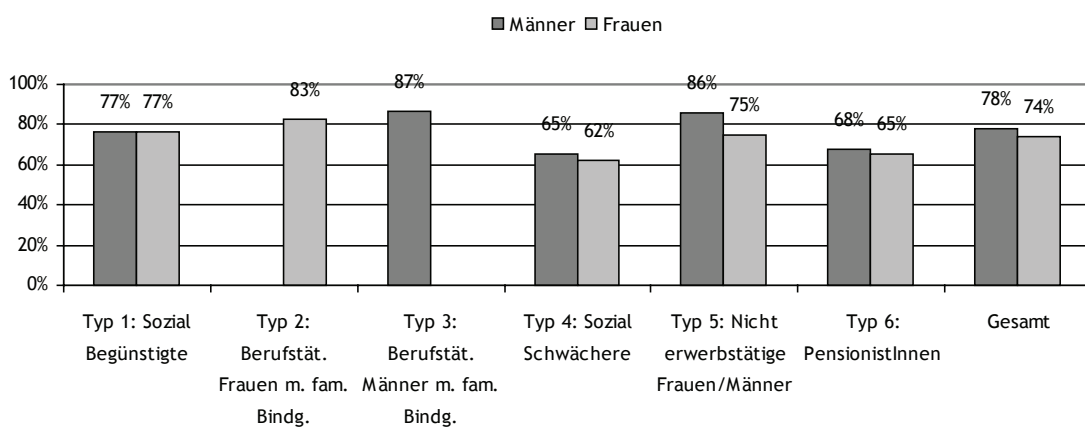
²¹¹ N=2.097; Phi=0,095; p<0,001.

²⁰⁶ N=3.461, Phi=0,44; p<0,05.

Deutlich stärker von psychischen Problemen betroffen ist auch die Gruppe der „Sozial Schwächeren“ (Typ 4), unter denen nur 65 Prozent der Männer (gegenüber 79 Prozent bei den restlichen Männern²¹²) und 62 Prozent der Frauen (gegenüber 75 Prozent²¹³) einen guten bis durchschnittlichen psychischen Gesundheitszustand aufweisen (Abbildung 164).

Innerhalb der einzelnen Gruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen.

Abbildung 164: Psychische Gesundheit nach Lebenslage



N=2.992; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

5.7.4. Soziale Beziehungen

Insgesamt weisen Frauen etwas häufiger (77 Prozent) als Männer (73 Prozent) positive und unterstützende soziale

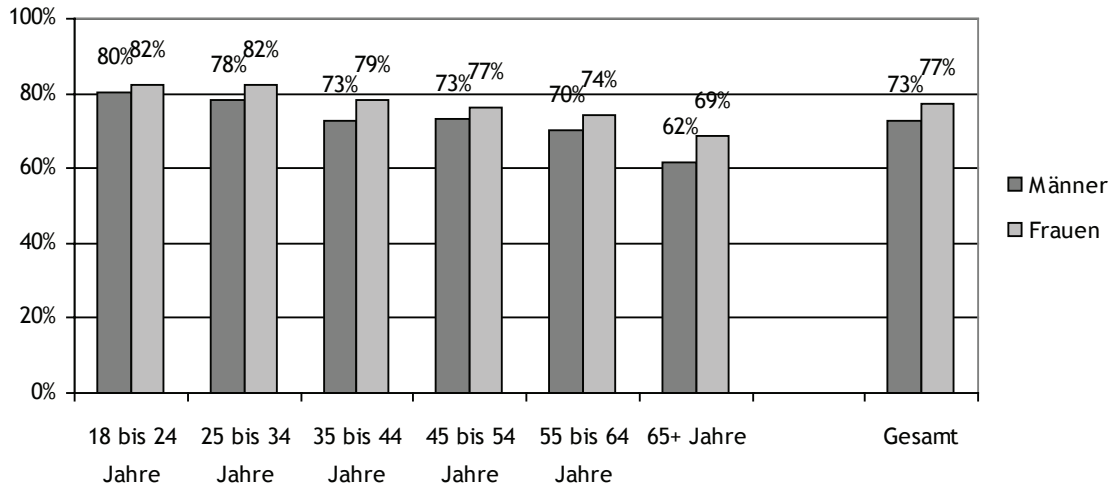
Beziehungen auf.²¹⁴ Mit zunehmendem Alter ist eine Abnahme zu beobachten, von 82 Prozent in der Altersgruppe unter 25 Jahren auf 66 Prozent bei den 65- bis 80-Jährigen (Abbildung 165).

²¹² N=1.364; Phi=0,085; p<0,01.

²¹³ N=2.097; Phi=0,082; p<0,001.

²¹⁴ N=3.435, Phi=-0,054; p<0,001.

Abbildung 165: Positive soziale Beziehungen nach Altersgruppen und Geschlecht



N=3.456; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

In überdurchschnittlichem Ausmaß können sich die Gruppen Typ 2 („Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“) und Typ 3 („Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“) auf ein positives soziales Umfeld stützen (Typ 2: 84 Prozent gegenüber 75 Prozent bei den restlichen Frauen; Typ 3: 77 Prozent gegenüber 73 Prozent bei den übrigen Männern²¹⁵).

„PensionistInnen“ (Typ 6) weisen in unterdurchschnittlichem Ausmaß positive soziale Kontakte auf (Männer: 62 Prozent gegenüber 76 Prozent bei den übrigen Männern; Frauen: 73 Prozent gegenüber 78 Prozent²¹⁶). Unterdurchschnittlich fällt auch der Anteil der Männer in der Gruppe Typ 1 („Sozial Begünstigte“) aus (mit 66 Prozent gegenüber 74 Prozent bei den übrigen Männern²¹⁷). Innerhalb der Gruppen unterscheiden sich Männer und Frauen nur in der Gruppe Typ 6 („PensionistInnen“) signifikant (Männer 62 Prozent, Frauen 73 Prozent²¹⁸) (Abbildung 166).

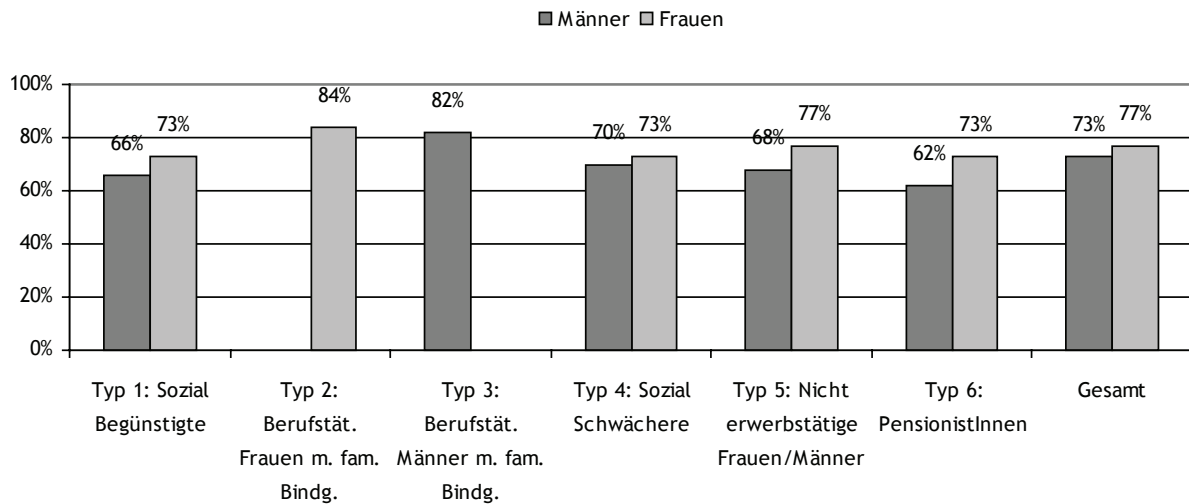
²¹⁵ Typ 2: N=2.076; Phi=-0,088; p<0,001. Typ 3: N=1.359; Phi=-0,184; p<0,001.

²¹⁶ Frauen: N=2.076; Phi=-0,048; p<0,05. Männer: N=1.359; Phi=-0,135; p<0,001.

²¹⁷ N=1.359; Phi=0,062; p<0,05.

²¹⁸ N=697; Phi=0,119; p<0,01.

Abbildung 166: Positive soziale Beziehungen nach Lebenslage



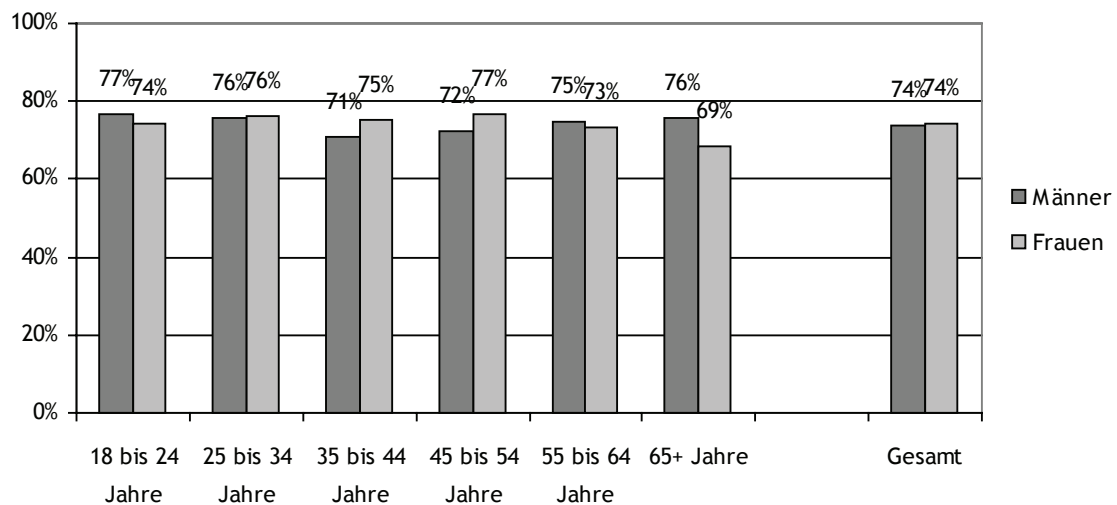
N=2.974; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

5.7.5. Gesundheitsrelevante Umwelt (physische, soziale und sozialstrukturelle Umwelt)

Hinsichtlich der gesundheitsrelevanten physischen und sozialstrukturellen Umwelt lassen sich keine Unterschiede

nach Geschlecht und Altersgruppe feststellen (Abbildung 167).

Abbildung 167: Gesundheitsrelevante Umweltbedingungen nach Altersgruppen und Geschlecht

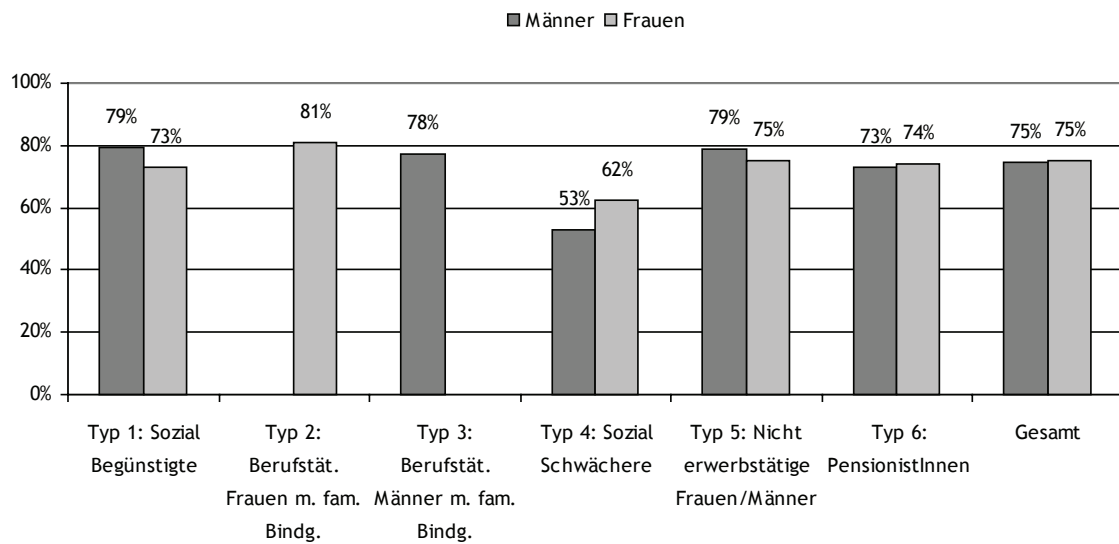


N=3.469; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

Etwas günstiger als für die restlichen Frauen stellen sich die gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen für die Gruppe „Erwerbstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Typ 2) dar, die zu 81 Prozent (gegenüber 72 Prozent der restlichen Frauen²¹⁹) überdurchschnittliche bzw. durchschnittliche Bedingungen vorfinden. Ähnliches gilt für die Gruppe „Erwerbstätige Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) mit einem Anteil von 78 Prozent (gegenüber 74 Prozent bei den übrigen Männern²²⁰) (Abbildung 168).

Deutlich schlechtere Bedingungen finden Personen der Gruppe „Sozial Schwächere“ (Typ 4) vor, wo nur 53 Prozent der Männer (gegenüber 76 Prozent bei den restlichen Männern²²¹) und 62 Prozent der Frauen (gegenüber 76 Prozent²²²) zumindest durchschnittliche Bedingungen vorfinden. Innerhalb der einzelnen Gruppen lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten.

Abbildung 168: Gesundheitsrelevante Umweltbedingungen nach Lebenslage



N=2.995; Anteile überdurchschnittlich bis durchschnittlich (≥ 15 Punkte auf Skala 4-20 bzw. > 66 Punkte auf Skala 0-100)

²¹⁹ N=2.201; Phi=-0,088; p<0,001.

²²⁰ N=1.368; Phi=-0,069; p<0,05.

²²¹ N=1.368; Phi=1.32; p<0,001.

²²² N=2.101; Phi=0,084; p<0,001.

Fakten

- Ein überdurchschnittlich hohes Ausmaß an „guter bzw. sehr guter Lebensqualität“ weisen die Gruppen „Erwerbstätige Frauen / Erwerbstätige Männer mit familiären Bindungen“ und „Sozial begünstigte Frauen“ auf. Deutlich unter dem Durchschnitt ist der Anteil bei den Frauen und Männern aus der Gruppe der „Sozial Schwächeren“. Ebenso geben „PensionistInnen“ in geringerem Ausmaß gute Lebensqualität an.
- Innerhalb der Gruppen lassen sich nur für die „PensionistInnen“ signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen, wo Frauen in etwas höherem Ausmaß (69 Prozent) gute oder sehr gute Lebensqualität angeben als Männer (59 Prozent).
- Am zufriedensten mit ihrer Gesundheit zeigen sich bei den Frauen wie Männern die „Erwerbstätigen mit familiärer Bindung“. In deutlich geringerem Ausmaß zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind „Sozial schwächere“ Frauen und Männer sowie die „PensionistInnen“. Innerhalb der Lebenslagen-Gruppen lassen sich hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Gesundheit keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen ausmachen.
- Hinsichtlich des Aspekts „physische Gesundheit“ unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant. Die Gruppen „Sozial Begünstigte“, „Erwerbstätige Frauen/Männer mit familiären Bindungen“ und „Nicht erwerbstätige Frauen/Männer“ weisen in höherem Ausmaß einen guten physischen Gesundheitszustand auf. Bei schlechterer physischer Gesundheit sind erwartungsgemäß pensionierte Männer und Frauen, nicht zuletzt aufgrund des höheren Alters dieser Gruppe. Obwohl die Gruppe „Sozial Schwächere“ kaum Personen über 60 Jahren enthält, entspricht der Anteil mit unterdurchschnittlicher physischer Gesundheit hier dem der 60- bis 80-Jährigen.
- Die Gruppe der „Sozial schwächeren Männer und Frauen“ ist zudem deutlich stärker von psychischen Problemen betroffen. Sie weisen eine stark unterdurchschnittliche psychische Gesundheit auf. Dies gilt auch für Personen aus der Gruppe der „PensionistInnen“, wobei hier das Alter zu berücksichtigen ist (mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil an Personen mit guter psychischer Gesundheit allgemein).
- Insgesamt weisen Frauen etwas häufiger (77 Prozent) als Männer (73 Prozent) positive und unterstützende soziale Beziehungen auf. Mit zunehmendem Alter ist eine Abnahme zu beobachten. In überdurchschnittlichem Maß können sich „Berufstätige Frauen/Männer mit familiären Bindungen“ auf ein positives soziales Umfeld stützen. „PensionistInnen“ weisen in unterdurchschnittlichem Maß positive soziale Kontakte auf.
- Die gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen (physische, soziale und sozialstrukturelle Umwelt) stellen sich für „Berufstätige Frauen/Männer mit familiären Bindungen“ etwas günstiger dar als im Durchschnitt. Deutlich schlechtere Bedingungen finden Frauen und Männer der Gruppe „Sozial Schwächere“ vor.

5.8. Zusammenfassung: Lebenslagen-typen und Gesundheit

5.8.1. Typ 1 - Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit geringen familiären Bindungen

Charakteristisch für die Gruppe Typ 1, „Sozioökonomisch und soziokulturell begünstigte Männer und Frauen mit geringen familiären Bindungen“ (kurz „Sozial Begünstigte“), sind vor allem ein überdurchschnittliches Bildungsniveau (kaum Pflichtschule, 48 Prozent Matura und höher), Vollzeitbeschäftigung (79 Prozent), ein hoher Anteil an Angestellten (20 Prozent leitend, 53 Prozent nicht leitend), ein höheres Haushaltseinkommen (78 Prozent über Median-Äquivalenzeinkommen), sowie ein geringer Anteil mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt (elf Prozent). Mehr als die Hälfte lebt nicht in einer Partnerschaft und ein überdurchschnittlicher Anteil lebt allein (30 Prozent). 16 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen fallen in diese Gruppe.

Die Gruppe der „Sozial Begünstigten“ weist in geringerem Ausmaß persönliche Belastungen auf, insbesondere Belastungen durch Betreuungsaufgaben. Etwas größer ist hingegen der Anteil mit Belastungen betreffend der Wohnsituation. Im Hinblick auf berufliche Belastungen rangiert diese Gruppe im Mittelfeld. Sie weist in unterdurchschnittlichem Ausmaß körperliche Belastungen und Belastungen durch Umweltbedingungen (Staub, Lärm etc.) auf. Etwas höher hingegen ist der Anteil, der sich durch Unterforderung/Monotonie belastet fühlt.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zur Gesamtpopulation feststellen. Hinsichtlich der Bedeutung des Alkoholkonsums spielen soziale Motive (dass es Alkoholkonsum erleichtert, jemanden kennen zu lernen bzw. bei Frauen, „dass es in einer gemütlichen Runde mit Alkohol lustiger ist“) eine größere Rolle. Ebenso scheint die Funktion der Selbstmedikation/Stressbewältigung durch Alkohol etwas häufiger vorzukommen (bei den Männern der Gruppe „wenn es mir nicht gut geht/ich unglücklich bin, trinke ich zu viel Alkohol“, bei den Frauen „nach einem Schluck Alkohol fühle ich mich gleich besser“).

Die Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ weisen einen signifikant höheren Raucherinnenanteil auf als die übrigen Frauen der Bevölkerung (37 Prozent zumindest gelegentlich). Dies kann nicht allein durch das im Durchschnitt geringere Alter bzw. den höheren Bildungsgrad der Frauen dieser Gruppe erklärt werden. Die Männer der Gruppe Typ 1 unterscheiden sich hinsichtlich des Rauchverhaltens nicht signifikant von den restlichen Männern.

Hinsichtlich der Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung geben die Frauen dieser Gruppe häufiger gezielte Aktivitäten betreffend Entspannung/Stressabbau an und in geringerem Ausmaß gesunde Ernährung. Bei den Männern ist kein wesentlicher Unterschied zur übrigen Bevölkerung gleichen Geschlechts festzustellen. Die Bereitschaft zur Reduktion des Alkoholkonsums (bei den Frauen auch des Tabakkonsums) ist in der Gruppe zu einem geringeren Ausmaß gegeben. Die Frauen des Clusters, die eine Be-

reitschaft zur Veränderung des Lebensstils signalisieren, nennen häufiger persönliche Beratung, persönliche Begleitung und Kurse/Seminare als hilfreiche Angebotsformen, während sich bei den Männern der Gruppe diesbezüglich keine Unterschiede zu den restlichen Männern erkennen lassen. Allerdings sehen die Männer häufiger Angebotslücken bzw. zu wenig Angebot.

Der Anteil mit guter allgemeiner Lebensqualität ist unter den Frauen der Gruppe „Sozial Begünstigte“ etwas höher, die Männer bewegen sich im Durchschnitt. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Gesundheit liegen beide Geschlechter im Bevölkerungsdurchschnitt.

Im Hinblick auf die physische Gesundheit liegen Männer und Frauen der Gruppe über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit ist kein Unterschied festzustellen. Die Männer des Clusters weisen in geringerem Ausmaß positive, unterstützende soziale Beziehungen auf (in etwas geringerem Ausmaß, aber nicht signifikant, auch die Frauen).

5.8.2. Typ 2 - Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen

Die Gruppe „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ (Cluster Typ 2) besteht nur aus berufstätigen Frauen. Die meisten (rund 80 Prozent) sind teilzeitbeschäftigt. Der Großteil weist mittleres Bildungsniveau auf (74 Prozent Lehre/BMS). Fast alle (93 Prozent) leben in einer Partnerschaft, der Anteil mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt ist (mit 48 Prozent) überdurchschnittlich. 29 Prozent der Frauen fallen in diese Gruppe.

Sie weisen insgesamt in durchschnittlichem Ausmaß persönliche Belastungen auf, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich des Belastungsprofils. Einerseits sind Belastungen durch Hausarbeit und Betreuungsaufgaben häufiger als in den anderen Gruppen, andererseits spielen finanzielle Probleme, Belastungen durch Wohnsituation und Arbeitsplatzsuche eine geringere Rolle.

Berufliche Belastungen sind in dieser Gruppe seltener als unter den übrigen Erwerbstätigen, insbesondere betreffend Stress/Zeitdruck, Umweltbelastungen, Überforderung, unregelmäßige oder zu starre Arbeitszeit und Arbeitsklima.

Hinsichtlich des Tabak- und Alkoholkonsums lässt sich kein wesentlicher Unterschied zu den restlichen Frauen feststellen. In deutlich geringerem Ausmaß wird der Aussage zugestimmt, geringer Alkoholkonsum sei gesundheitsförderlich.

Unter den Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung spielt Bewegung eine etwas größere Rolle als unter den übrigen Frauen (42 Prozent gegenüber 36 Prozent). Ein höherer Anteil würde gerne mehr in den Bereichen Bewegung (66 Prozent gegenüber 60 Prozent) und Stress/Umgang mit Belastungen (64 Prozent gegenüber 58 Prozent) tun. Als hilfreiche Angebote werden häufiger persönliche Begleitung (34 Prozent gegenüber 24 Prozent), Kurse/Seminare (27 Prozent gegenüber 20 Prozent) und Vorträge (29 Prozent gegenüber 24 Prozent) genannt.

Die Gruppe weist eine überdurchschnittliche allgemeine Lebensqualität auf und ist auch in höherem Ausmaß mit ihrer Gesundheit zufrieden. Ein deutlich höherer Anteil

weist eine gute/durchschnittliche physische (90 Prozent gegenüber 75 Prozent) und psychische (82 Prozent gegenüber 71 Prozent) Gesundheit auf. Die Frauen dieser Gruppe verfügen in höherem Ausmaß über ein unterstützendes soziales Umfeld (84 Prozent gegenüber 75 Prozent) und günstigere gesundheitsrelevante physische/soziale Umweltbedingungen (81 Prozent gegenüber 72 Prozent).

5.8.3. Typ 3 - Berufstätige Männer mit familiären Bindungen

In die Gruppe der „Berufstätigen Männer mit familiären Bindungen“ (Typ 3) fallen fast die Hälfte der befragten Männer (47 Prozent). Sie sind durchgängig vollzeitbeschäftigt, weisen einen überdurchschnittlichen Anteil an qualifizierten Arbeitern (40 Prozent) und leitenden Angestellten (26 Prozent) auf und haben zum Großteil mittlere Bildung (Lehre/BMS). Fast alle (91 Prozent) leben in einer Partnerschaft und fast die Hälfte lebt mit einem Kind unter 15 Jahren im gemeinsamen Haushalt.

Sie weisen in geringerem Ausmaß persönliche Belastungen auf (51 Prozent eine oder mehrere), wobei vor allem Belastung durch Haushaltstätigkeiten (13 Prozent), durch Probleme in Familie/Freundeskreis (18 Prozent) und durch Betreuungsaufgaben (14 Prozent) seltener vorkommen. Auch finanzielle Probleme spielen eine geringere Rolle (22 Prozent). Im Gegenzug werden häufiger berufliche Belastungen genannt (92 Prozent nennen mindestens eine). Die größte Rolle spielen diesbezüglich Stress/Zeitdruck, Umweltbelastungen, Überforderung und unregelmäßige Arbeitszeit.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zu den übrigen Männern. Im Hinblick auf die Einstellung zum Alkohol wird den Aussagen „geringer Alkoholkonsum ist gesundheitsförderlich“, „wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man schief angesehen“ und „wenn es mir schlecht geht/ich unglücklich bin trinke ich zu viel Alkohol“ in geringerem Ausmaß zugestimmt als unter anderen Männern. Der Tabakkonsum bewegt sich im Durchschnitt.

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens wird in dieser Gruppe in geringerem Ausmaß auf gesunde Ernährung geachtet (26 Prozent gegenüber 37 Prozent) und auch Bewegung zur Gesundheitserhaltung spielt eine deutlich geringere Rolle (32 Prozent gegenüber 43 Prozent). Zudem ist ein etwas geringerer Anteil bereit, sein Ernährungsverhalten zu verbessern (43 Prozent gegenüber 48 Prozent). Als mögliche nützliche Angebotsformen werden etwas häufiger (zehn Prozent) Aktivgruppen/Selbsthilfegruppen genannt, als unter den Männern der übrigen Gruppen (sechs Prozent). Das bestehende Angebot wird in höherem Ausmaß als „zu wenig“ eingestuft (35 Prozent). Die allgemeine Lebensqualität wird in der Gruppe in höherem Ausmaß als gut/sehr gut eingestuft (77 Prozent). Auch ist die Zufriedenheit mit der Gesundheit höher als unter den restlichen Männern (75 Prozent sehr zufrieden bzw. zufrieden). Sowohl der Anteil mit guter physischer Gesundheit (89 Prozent) als auch mit guter psychischer Gesundheit (87 Prozent) liegt über dem Durchschnitt. Mit 77 Prozent ist der Anteil mit positiven/unterstützenden sozialen Beziehungen höher als unter den übrigen Män-

nern und auch die sozialen und materiellen Umweltbedingungen sind etwas günstiger.

5.8.4. Typ 4 - Sozial schwächere Männer und Frauen

In die Gruppe der „Sozial Schwächeren“ (Typ 4) fallen acht Prozent der befragten Männer und zehn Prozent der befragten Frauen. Charakteristisch für die Gruppe ist ein geringes Haushaltseinkommen (42 Prozent fallen ins untere Einkommensviertel) und ein geringeres Bildungsniveau (64 Prozent höchstens Pflichtschule). Außerdem ist die verfügbare Wohnfläche unterdurchschnittlich, was für ein höheres Ausmaß an Deprivation spricht. Zwar sind 82 Prozent berufstätig (62 Prozent Vollzeit), aber der Großteil als unqualifizierte ArbeiterInnen (77 Prozent). Ein überdurchschnittlicher Anteil (34 Prozent) weist einen Migrationshintergrund auf.

Die Gruppe ist in deutlich höherem Ausmaß von persönlichen Belastungen betroffen (71 Prozent eine oder mehrere). Deutlich häufiger genannt werden finanzielle Probleme (40 Prozent), Arbeitsplatzsuche (20 Prozent) und Wohnsituation (15 Prozent).

Die Beschäftigten der Gruppe sind deutlich häufiger von beruflichen Belastungen betroffen als die übrigen Beschäftigten. Insbesondere körperliche Belastungen (66 Prozent) und ungünstige Umweltbedingungen am Arbeitsplatz (51 Prozent), aber auch unregelmäßige oder zu starre Arbeitszeit und Überforderung/Monotonie werden häufiger angegeben.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zu den anderen Gruppen feststellen. Hinsichtlich der Einstellung zum Alkoholkonsum spielen die geselligen/sozialen Aspekte eine geringere Rolle (geringere Zustimmung zu den Aussagen „in einer gemütlichen Runde mit Alkohol lustiger“ bei Männern und „leichter jemanden kennen zu lernen“, „wird man in einer gemütlichen Runde schief angesehen“ sowie „in einer gemütlichen Runde lustiger“ bei Frauen) während (zumindest bei den Frauen) die Funktion des Alkohols zur Entspannung/Stressbewältigung eine größere Rolle spielen dürfte (höhere Zustimmung zu „wenn es mir nicht gut geht/ich unglücklich bin trinke ich Alkohol“). Sowohl Männer als auch Frauen weisen einen höheren Anteil mit Nikotinkonsum auf (Männer 35 Prozent täglich, Frauen 24 Prozent). Die Frauen der Gruppe weisen in deutlich höherem Ausmaß Adipositas auf als die restlichen Frauen (21 Prozent gegenüber 15 Prozent).

Hinsichtlich der Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung geben sowohl Männer als auch Frauen in geringerem Ausmaß Bewegung an (rund 30 Prozent gegenüber knapp 40 Prozent bei den übrigen Befragten). Die Männer dieser Gruppe geben häufiger an, dass sie ihren Lebensstil bezüglich gesünderer Ernährung (56 Prozent) und besserem Umgang mit Stress/Belastungen (55 Prozent) verändern möchten (tendenziell, nicht signifikant, auch bezüglich Alkohol und Bewegung). Die Frauen des Clusters signalisieren hingegen in geringerem Ausmaß Veränderungsbereitschaft bezüglich Ernährung (53 Prozent) und Bewegung (51 Prozent). Die Männer der Gruppe konstatieren in unterdurchschnittlichem Ausmaß zu wenig einschlägiges

Angebot (25 Prozent) während der Anteil, der ein Überangebot sieht, überdurchschnittlich hoch ist (15 Prozent „mehr als genug“).

Hinsichtlich Gesundheit und Lebensqualität stellt die Gruppe der „Sozial Schwächeren“ eine deutliche Problemgruppe dar: Die allgemeine Lebensqualität wird schlechter beurteilt (nur knapp 60 Prozent sehr gut/gut gegenüber über 70 Prozent bei den restlichen Befragten). Auch die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist deutlich geringer (rund 60 Prozent sehr zufrieden/zufrieden gegenüber rund 70 Prozent). Der Anteil mit unterdurchschnittlicher physischer Gesundheit liegt (mit knapp 40 Prozent) in der Größenordnung der Altersgruppe von 65 bis 80 Jahren, obwohl kaum Personen über 60 Jahren in der Gruppe vertreten sind. Nur gut 60 Prozent weisen eine durchschnittliche oder gute psychische Gesundheit auf (gegenüber rund drei Viertel in der Gesamtpopulation). Auch die gesundheitsrelevanten sozialen und materiellen Umweltbedingungen sind im Cluster Typ 4 deutlich ungünstiger, während sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich positiver, unterstützender sozialer Beziehungen beobachten lassen.

5.8.5. Typ 5 - Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)

Die Gruppe „Nicht erwerbstätige Frauen (und Männer)“ (Typ 5) besteht fast ausschließlich aus Frauen (93 Prozent). Der Großteil ist vorrangig im Haushalt tätig oder in Elternkarenz (69 Prozent). Sowohl der Anteil mit Pflichtschulabschluss (28 Prozent) als auch mit höherer Ausbildung (Matura und höher 30 Prozent) liegt über dem Durchschnitt, während mittlere Bildungsabschlüsse seltener sind. Das Haushaltseinkommen ist unterdurchschnittlich (nur ein Viertel lebt in Haushalten über dem Median-Äquivalenzeinkommen, 45 Prozent fallen ins unterste Viertel). Fast alle (93 Prozent) leben in einer Partnerschaft, der Anteil mit Kindern unter 15 Jahren im Haushalt ist überdurchschnittlich (48 Prozent).

Die Gruppe ist in erhöhtem Ausmaß von persönlichen Belastungen betroffen (77 Prozent eine oder mehrere Belastungen). Häufig sind insbesondere Belastungen durch Betreuungsaufgaben (36 Prozent), Familie/Freundeskreis (35 Prozent), Hausarbeit (36 Prozent), finanzielle Probleme (32 Prozent), Arbeitsplatzsuche (22 Prozent) und Aus-/Fortbildung (20 Prozent). Berufliche Belastungen spielen naturgemäß (da nicht erwerbstätig) keine Rolle. Hinsichtlich des Alkoholkonsums lassen sich keine wesentlichen Abweichungen vom Durchschnitt beobachten. Auch nicht hinsichtlich der Einstellung/Funktion bezüglich Alkohol. Die Raucherinnenquote ist etwas geringer (21 Prozent täglich oder gelegentlich) als unter den restlichen Frauen (27 Prozent).

Unter den Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung wird etwas seltener Bewegung angegeben (32 Prozent) als unter den restlichen Frauen (39 Prozent). Die Veränderungsbereitschaft zu gesünderer Lebensweise bewegt sich hinsichtlich aller Aspekte im Durchschnitt der befragten Frauen. Ebenso die Einschätzung des Angebotes.

Die Frauen der Gruppe unterscheiden sich weder hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität noch hinsicht-

lich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand vom Durchschnitt der befragten Frauen. Alle Aspekte der gesundheitsrelevanten Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial und Umwelt) bewegen sich im Durchschnitt der befragten Frauen.

5.8.6. Typ 6 - PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)

Die Gruppe der „PensionistInnen und Erwerbsunfähigen“ (Typ 6) besteht vor allem aus älteren Menschen (75 Prozent über 60 Jahre, 21 Prozent zwischen 50 und 59 Jahre), die in Pension oder dauerhaft erwerbsunfähig sind (92 Prozent).

Sie sind in geringerem Ausmaß von persönlichen Belastungen betroffen (57 Prozent eine oder mehrere), insbesondere betreffend Hausarbeit und Aus-/Fortbildung. Bezüglich des Alkoholkonsums geben die Männer dieser Gruppe eine höhere Trinkfrequenz an als die restlichen Männer, nicht jedoch eine höhere Konsummenge. Bei den Frauen lässt sich kein Unterschied zu den restlichen Befragten feststellen. Sowohl Männer als auch Frauen dieser Gruppe geben häufiger an, dass „regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend der Gesundheit förderlich ist“ und „ich habe mir schon öfter vorgenommen, weniger Alkohol zu trinken“ sowie, bei Männern, „wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man schief angesehen“. In geringerem Ausmaß spielt das Motiv „wenn ich Alkohol getrunken habe fällt es mir leichter jemanden kennen zu lernen“ und (bei Frauen) „es passiert mir schon mal, dass ich es übersehe und zu viel trinke“ eine Rolle. Der RaucherInnenanteil ist in der Gruppe der „PensionistInnen“ geringer als in der übrigen Bevölkerung, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

Die Gruppe der PensionistInnen gibt in überdurchschnittlichem Ausmaß Bewegung und gesunde Ernährung als Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung an. Die Männer der Gruppe signalisieren häufiger Bereitschaft zur Reduktion des Alkoholkonsums aus gesundheitlichen Gründen (41 Prozent) als die übrigen Männer, während in geringerem Ausmaß Veränderungsbereitschaft hinsichtlich mehr Bewegung angegeben wird. Die Frauen geben in unterdurchschnittlichem Ausmaß „Bewegung“ und „Umgang mit Stress/Belastungen“ an. „PensionistInnen“ sehen in höherem Ausmaß ausreichend einschlägiges Angebot und in geringerem Ausmaß zu wenig Angebot.

Die allgemeine Lebensqualität wird in der Gruppe „PensionistInnen“ unterdurchschnittlich eingestuft, insbesondere von den Männern der Gruppe. Auch die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist - infolge des höheren Alters - in der Gruppe Typ 6 geringer als bei den übrigen Gruppen. Sie weisen eine unterdurchschnittliche physische und psychische Gesundheit auf. Insbesondere die Männer, aber auch die Frauen dieser Gruppe, können sich in geringerem Ausmaß auf positive, unterstützende soziale Beziehungen stützen, während hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Umweltbedingungen kein Unterschied zur restlichen Bevölkerung feststellbar ist.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND MÖGLICHE ANSATZPUNKTE FÜR MASSNAHMEN

Der Fachbeirat des Berichts kommt zu folgenden Schlussfolgerungen und möglichen Ansatzpunkten für Maßnahmen:

6.1. Gendergerechte Tabakprävention

Hinsichtlich des Nikotins sind sowohl „Sozial schwächere Frauen und Männer“ als auch „Sozial begünstigte“ Frauen relevante Interventionsgruppen, da sich diese durch einen überdurchschnittlichen Tabakkonsum auszeichnen. Grundsätzlich braucht es in der Prävention von (missbräuchlichem) Substanzkonsum ebenfalls zielgruppenspezifische und somit auch gendergerechte Angebote und Programme.

6.2. Umgang mit Stress

Nur sehr wenige Männer (sechs Prozent) und Frauen (elf Prozent) setzen regelmäßig Maßnahmen zu Stressabbau und Entspannung. Allerdings würden sehr viele Menschen in diesem Bereich gerne etwas machen. Vor allem „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ sowie „Sozial schwächere“ Männer würden gerne mehr Aktivitäten zur Entspannung und zum Stressabbau machen. Dieser Diskrepanz zwischen der vorhandenen Veränderungsbereitschaft und dem aktuellen Verhalten sollte mit dementsprechenden niedrigschwelligen Angeboten begegnet werden.

6.3. Bewegung und körperliche Aktivität fördern

Viele Menschen bewegen sich zu wenig. Laut den Ergebnissen des vorliegenden Berichts haben folgende Gruppen ein Bewegungsdefizit: „Nicht erwerbstätige Frauen“, „Sozial schwächere Frauen und Männer“ sowie „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“. Ansetzen könnte man hier über die Sportvereine und die Gesunde Gemeinde mit zielgruppenspezifischen und somit auch gendergerechten Angeboten. Dabei ist zu beachten, dass die Angebote jenseits des Spitzensports liegen sollten und viel mehr in Richtung Breitensport gedacht und gehandelt werden sollte.

6.4. Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Bericht zeigt, dass „Erwerbstätige Männer mit familiären Bindungen“ überdurchschnittlich oft von beruflichen Belastungen betroffen sind. Eine besonders große Rolle spielen dabei Stress/Zeitdruck, Umweltbelastungen, Überforderung und unregelmäßige Arbeitszeit. Sie achten auch weniger auf gesunde Ernährung und bewegen sich auch seltener. Außerdem beklagt die Gruppe der

„Erwerbstätigen Männer mit familiärer Bindung“ überdurchschnittlich oft einen Mangel an Angeboten. Die Betriebliche Gesundheitsförderung scheint hier das Instrument der Wahl zu sein - vorausgesetzt, sie geht über den viel zitierten „Obstkorb“ hinaus und wird umfassend und strukturell gelebt.

6.5. Aufsuchende Gesundheitsarbeit

Viele Ergebnisse des Berichts weisen den Typ 4 („Sozial Schwächere“) als relevante Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention aus. Gerade diese Zielgruppe ist jedoch sehr schwer für Gesundheitsförderungsangebote zu gewinnen. Ein möglicher Ansatzpunkt, um an diese Gruppe heranzukommen, stellt die aufsuchende Gesundheitsarbeit dar. Institutionell könnte diese an den vorhandenen Strukturen der „Gesunden Gemeinde“ oder der Stadtteilarbeit andocken.

6.6. Gesundheitsförderung in Schulen und Kindergärten

Ein weiterer Ansatzpunkt um „Sozial Schwächere“ zu erreichen, ist die Gesundheitsförderung in Schulen. Hier sollte das Hauptaugenmerk auf den Pflichtschulbereich gelegt werden, um die Zielgruppe auch tatsächlich zu erreichen. Mit der Gesundheitsförderung in Schulen soll erreicht werden, dass die vielen negativen Folgen eines niedrigen sozioökonomischen Status für die Gesundheit abgefedert bzw. gemildert werden. Neben den Schulen stellt aber auch der Kindergarten - insbesondere durch die Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahres - ein relevantes Interventionsfeld dar.

6.7. Persönliche Beratung/Begleitung als Angebotsform der Gesundheitsförderung

Persönliche Beratung/Begleitung - wie sie z.B. von den Frauengesundheitszentren betrieben wird - konnte im Bericht als beliebteste Angebotsform der Gesundheitsförderung identifiziert werden. Besonders „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ sowie „Sozial begünstigte Frauen“ goutieren diese Angebotsform in überdurchschnittlichem Ausmaß.

6.8. Beratungsinhalte der Vorsorgeuntersuchung

Frauen werden unabhängig vom tatsächlichen Trink- oder Rauchverhalten auf diese Thematiken (Alkoholkonsum, Nikotinkonsum) seltener angesprochen. Ärztinnen und Ärzte sollten darauf aufmerksam gemacht werden!

6.9. Entwicklung eines Leitfadens

Mit der Entwicklung und Etablierung eines Leitfadens für genderechte Gesundheitsförderungsprojekte könnte sichergestellt werden, dass das Thema Gender immer mitgedacht wird.

7. VERZEICHNISSE UND LITERATUR

7.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einpersonenhaushalte nach Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2008).....31

Abbildung 2: Familien nach Familientyp in Oberösterreich - (Jahresdurchschnitt 2008).....32

Abbildung 3: Alleinerziehende Mütter und Väter in Oberösterreich (Jahresdurchschnitt 2008).....32

Abbildung 4: Betreuung von Kindern unter 15 Jahren (2005).....33

Abbildung 5: Hauptsächliche Betreuung von Kindern während der Arbeitszeit (2005).....33

Abbildung 6: Betreuung von hilfsbedürftigen Verwandten oder Bekannten ab 15 Jahren (2005).....34

Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung von Männern und Frauen in Oberösterreich.....35

Abbildung 8: Oberösterreichische Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2009) in Prozent.....36

Abbildung 9: Erwerbstätigenquoten für 15- bis 64-Jährige nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2009).....36

Abbildung 10: Bevölkerung nach Lebensunterhalt, Erwerbsstatus und Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2009).....37

Abbildung 11: Erwerbstätige nach Arbeitszeitmerkmalen und Geschlecht.....38

Abbildung 12: Durchschnittliches Nettojahreseinkommen von Frauen und Männern in Oberösterreich - 2006.....39

Abbildung 13: Verteilung der Einkommenshöhe von EinkommensbezieherInnen (ArbeitnehmerInnen und PensionistInnen).....39

Abbildung 14: Lebenserwartung von Frauen und Männern in OÖ.....43

Abbildung 15: Weitere Lebenserwartung von Frauen und Männern in OÖ mit 60 Jahren.....44

Abbildung 16: Säuglingssterblichkeit auf 1.000 Lebendgeborene nach Geschlecht (OÖ).....45

Abbildung 17: Todesfälle von Frauen in OÖ (2008).....46

Abbildung 18: Todesfälle von Männern in OÖ (2008).....46

Abbildung 19: Standardisierte Sterbeziffern 1998/2004 für Oberösterreich.....47

Abbildung 20: Sterbefälle unter bzw. ab 65 Jahren in OÖ (2004).....48

Abbildung 21: Anzahl der Sterbefälle unter 65 Jahren nach Todesursachen in OÖ (2004)48

Abbildung 22: Personen mit Krankenhausaufenthalt nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....49

Abbildung 23: Krankenhaustage nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2005 bis 2007).....50

Abbildung 24: Verteilung der Krankenhaustage auf Diagnosegruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007)51

Abbildung 25: Verteilung der Krankenhaustage der fünf häufigsten Diagnosegruppen nach Alter - Frauen.....52

Abbildung 26: Verteilung der Krankenhaustage der fünf häufigsten Diagnosegruppen nach Alter - Männer.....53

Abbildung 27: Medikamentenverordnungen (Packungen) nach Altersgruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007).....54

Abbildung 28: Verteilung der Medikamentenverordnungen auf anatomische ATC-Gruppen (Durchschnitt 2005 bis 2007).....55

Abbildung 29: Verteilung der Verordnungsmenge der fünf häufigsten Medikamentengruppen (nach anatomischen ATC-Gruppen) nach Altersgruppen - Frauen.....56

Abbildung 30: Verteilung der Verordnungsmenge der fünf häufigsten Medikamentengruppen (nach anatomische ATC-Gruppen) nach Altersgruppen - Männer.....57

Abbildung 31: Krankenstandstage je Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005-2007)....58

Abbildung 32: Durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit (Krankenstandsfälle je Beschäftigten) nach Altersgruppen und Geschlecht (Durchschnitt 2005 bis 2007).....59

Abbildung 33: Krankenstandstage 2005 bis 2007 nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel).....60

Abbildung 34: Betroffenenquote (Mittelwert 2005 bis 2007) nach Diagnosegruppen (ICD-10 Kapitel).....61

Abbildung 35: Entwicklung Herz-Kreislaufmortalität in OÖ (1994 bis 2005).....62

Abbildung 36: Entwicklung Herz-Kreislaufmortalität unter 65 Jahren in OÖ (1994 bis 2005).....63

Abbildung 37: Spitalsentlassungen 2006 in Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Altersgruppen - Wohnbundesland Oberösterreich.....64

Abbildung 38: Lebenszeitprävalenz von Krebs.....65

Abbildung 39: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund affektiver Störungen (F30 - F39).....66

Abbildung 40: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Störungen durch Alkohol.....67

Abbildung 41: Anteil der psychiatrischen Diagnosegruppen an den Arbeitsunfähigkeitstagen (Männer und Frauen)....68

Abbildung 42: Osteoporose (12-Monatsprävalenz).....69

Abbildung 43: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006).....70

Abbildung 44: Lebenszeitprävalenz Diabetes mellitus.....71

Abbildung 45: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund Diabetes mellitus nach Altersgruppen (12-Monatsprävalenz, Durchschnitt 2004 bis 2006).....71

Abbildung 46: Alkohol - Trinkfrequenz, abgebildet in Typen nach Geschlecht.....	80
Abbildung 47: Alkohol - Menge an Gläsern in der vergangenen Woche nach Geschlecht.....	81
Abbildung 48: Alkoholkonsum - Frequenz und Menge bei Männern.....	82
Abbildung 49: Alkoholkonsum - Frequenz und Menge bei Frauen.....	82
Abbildung 50: Alkohol reduzieren - Veränderungsbereitschaft insgesamt.....	83
Abbildung 51: Alkohol reduzieren - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht.....	84
Abbildung 52: Stellenwert des Alkohols nach Geschlecht.....	85
Abbildung 53: Rauchstatus insgesamt.....	87
Abbildung 54: Rauchstatus nach Geschlecht.....	87
Abbildung 55: Rauchstatus nach Altersgruppen, Männer.....	88
Abbildung 56: Rauchstatus nach Altersgruppen, Frauen.....	88
Abbildung 57: Rauchen aufhören/reduzieren - Veränderungsbereitschaft insgesamt.....	89
Abbildung 58: Rauchen aufhören/reduzieren - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht.....	89
Abbildung 59: Rauchen - Entwöhnungsversuch im Jahr vor der Befragung nach Geschlecht.....	90
Abbildung 60: Ernährungsverhalten - Gesunde Ernährung nach Geschlecht.....	91
Abbildung 61: Gesunde Ernährung nach Altersgruppen, Frauen.....	92
Abbildung 62: Gesunde Ernährung nach Altersgruppen, Männer.....	92
Abbildung 63: Body Mass Index nach Geschlecht.....	93
Abbildung 64: Gesundere Ernährung - Veränderungsbereitschaft insgesamt.....	94
Abbildung 65: Gesundere Ernährung - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht.....	94
Abbildung 66: Rollenbild Ernährung nach Geschlecht.....	95
Abbildung 67: Körperliche Aktivität mindestens 1x pro Woche nach Geschlecht.....	96
Abbildung 68: Körperliche Aktivität - Mittelwert der Tage pro Woche nach Geschlecht.....	97
Abbildung 69: Körperliche Aktivität zur Gesundheitserhaltung nach Geschlecht.....	97
Abbildung 70: Mehr Bewegung - Veränderungsbereitschaft insgesamt.....	98
Abbildung 71: Mehr Bewegung - Veränderungsbereitschaft nach Geschlecht.....	99
Abbildung 72: Verhalten im Krankheitsfall nach Geschlecht.....	100
Abbildung 73: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung insgesamt.....	101
Abbildung 74: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Geschlecht.....	101
Abbildung 75: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppen und Geschlecht: Ernährung.....	102
Abbildung 76: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppen und Geschlecht: Bewegung.....	102
Abbildung 77: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppen und Geschlecht: Stressabbau/Entspannung.....	103
Abbildung 78: Anteil der Befragten, die noch nie bei einer VU waren nach Geschlecht und Alter.....	104
Abbildung 79: Beratungsinhalt Alkohol bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und Trinkfrequenz.....	104
Abbildung 80: Beratungsinhalt Alkohol bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und Alkoholmenge.....	105
Abbildung 81: Beratungsinhalt Rauchen bei Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht und Rauchstatus.....	106
Abbildung 82: Beratungsinhalt Übergewicht/Abnehmen bei Vorsorgeuntersuchung, nach Geschlecht und BMI-Gruppe.....	106
Abbildung 83: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen nach Geschlecht.....	108
Abbildung 84: Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung durch Freunde nach Geschlecht.....	109
Abbildung 85: Vertraute Personen nach Geschlecht.....	110
Abbildung 86: Gesprächsthemen mit Personen aus dem Umfeld (Freunde, Bekannte oder Verwandte).....	110
Abbildung 87: Internale Kontrollüberzeugung nach Geschlecht.....	111
Abbildung 88: Sozial-externale Kontrollüberzeugung - Autorität nach Geschlecht.....	112
Abbildung 89: Fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung - Schicksal nach Geschlecht.....	112
Abbildung 90: Lebensqualität nach Geschlecht.....	114
Abbildung 91: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht.....	115
Abbildung 92: WHO-Domäne „Physische Gesundheit“ nach Geschlecht.....	116
Abbildung 93: WHO-Domäne „Psychische Gesundheit“ nach Geschlecht.....	116
Abbildung 94: WHO-Domäne „Soziale Beziehungen“ nach Geschlecht.....	117
Abbildung 95: WHO-Domäne „Umweltbedingungen“ nach Geschlecht.....	118
Abbildung 96: Belastungsprofil persönliche Belastungen nach Geschlecht.....	124
Abbildung 97: Persönliche Belastungen nach Geschlecht (Anzahl genannte Belastungen).....	124
Abbildung 98: Persönliche Belastungen nach Lebenslage (Anzahl genannte Belastungen).....	125
Abbildung 99: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Belastungsprofil persönlicheBelastungen.....	126
Abbildung 100: Typ 2: „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil persönlicheBelastungen.....	127
Abbildung 101: Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil persönlicheBelastungen.....	128

Abbildung 102: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen.....129

Abbildung 103: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen (u. Männer)“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen.....130

Abbildung 104: Typ 6 „PensionistInnen (und Erwerbsunfähige)“ - Belastungsprofil persönliche Belastungen.....131

Abbildung 105: Belastungsprofil berufliche Belastungen nach Geschlecht.....132

Abbildung 106: Berufliche Belastungen nach Geschlecht (Anzahl genannte Belastungen).....132

Abbildung 107: Berufliche Belastungen nach Lebenslage (Anzahl genannte Belastungen).....133

Abbildung 108: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen.....134

Abbildung 109: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen....135

Abbildung 110: Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen...136

Abbildung 111: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Belastungsprofil berufliche Belastungen.....137

Abbildung 112: Trinkfrequenz - Männer nach Lebenslage.....138

Abbildung 113: Alkohol Menge - Männer nach Lebenslage.....139

Abbildung 114: Trinkfrequenz - Frauen nach Lebenslage.....139

Abbildung 115: Alkohol Menge - Frauen nach Lebenslage.....140

Abbildung 116: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer.....141

Abbildung 117: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen.....141

Abbildung 118: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen.....142

Abbildung 119: Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer.....143

Abbildung 120: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer.....143

Abbildung 121: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen.....144

Abbildung 122: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen.....145

Abbildung 123: Typ 6 „PensionistInnen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Männer.....146

Abbildung 124: Typ 6 „PensionistInnen“ - Einstellungen/Funktion Alkohol - Frauen.....146

Abbildung 125: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich).....148

Abbildung 126: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil tägliche RaucherInnen.....149

Abbildung 127: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil tägliche/gelegentliche RaucherInnen nach Altersgruppen.....149

Abbildung 128: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Anteil tägliche/gelegentliche RaucherInnen nach Bildungsgrad.....150

Abbildung 129: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich).....150

Abbildung 130: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiären Bindungen“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiären Bindungen.“ - Anteil tägliche RaucherInnen.....151

Abbildung 131: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich).....151

Abbildung 132: Typ 4 „Sozial schwächere Männer und Frauen“ - Anteil tägliche RaucherInnen.....152

Abbildung 133: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Anteil RaucherInnen.....152

Abbildung 134: Typ 6 „PensionistInnen“ - Anteil RaucherInnen (täglich/gelegentlich).....153

Abbildung 135: Typ 6 „PensionistInnen“ - Anteil tägliche RaucherInnen.....153

Abbildung 136: Adipositas nach Lebenslage.....155

Abbildung 137: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Adipositas nach Altersgruppen - Männer.....155

Abbildung 138: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Adipositas nach Altersgruppen - Frauen.....156

Abbildung 139: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Adipositas nach Altersgruppen.....156

Abbildung 140: Typ 2 „Erwerbstätige Frauen mit familiärer Bindung“ - Adipositas nach Altersgruppen - Frauen.....157

Abbildung 141: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung...158

Abbildung 142: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung.....159

Abbildung 143: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung.....160

Abbildung 144: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung.....160

Abbildung 145: Typ 6 „PensionistInnen“ - Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung.....161

Abbildung 146: Typ 1 „Sozial begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Veränderungsbereitschaft.....163

Abbildung 147: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Veränderungsbereitschaft.....164

Abbildung 148: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Veränderungsbereitschaft.....165

Abbildung 149: Typ 5 „Nicht erwerbstätige Frauen“ - Veränderungsbereitschaft.....165

Abbildung 150: Typ 6 „PensionistInnen“ - Veränderungsbereitschaft.....166

Abbildung 151: Typ 1 „Sozial Begünstigte mit geringer familiärer Bindung“ - Angebotsformen.....168

Abbildung 152: Typ 2 „Berufstätige Frauen mit familiärer Bindung“ und Typ 3 „Berufstätige Männer mit familiärer Bindung“ - Angebotsformen.....169

Abbildung 153: Typ 4 „Sozial Schwächere“ - Angebotsformen.....	169
Abbildung 154: Typ 5 „Nicht Erwerbstätige Frauen“ - Angebotsformen.....	170
Abbildung 155: Typ 6 „PensionistInnen“ - Angebotsformen.....	170
Abbildung 156: Bestehendes Angebot - Einschätzung nach Lebenslagen-Cluster.....	171
Abbildung 157: Allgemeine Lebensqualität nach Altersgruppen und Geschlecht.....	173
Abbildung 158: Zufriedenheit mit Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlecht.....	174
Abbildung 159: Allgemeine Lebensqualität nach Lebenslage.....	175
Abbildung 160: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Lebenslage.....	176
Abbildung 161: Physische Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlecht.....	176
Abbildung 162: Physische Gesundheit nach Lebenslage.....	177
Abbildung 163: Psychische Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlecht.....	178
Abbildung 164: Psychische Gesundheit nach Lebenslage.....	179
Abbildung 165: Positive soziale Beziehungen nach Altersgruppen und Geschlecht.....	180
Abbildung 166: Positive soziale Beziehungen nach Lebenslage.....	181
Abbildung 167: Gesundheitsrelevante Umweltbedingungen nach Altersgruppen und Geschlecht.....	181
Abbildung 168: Gesundheitsrelevante Umweltbedingungen nach Lebenslage.....	182

7.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bisherige Frauen- oder Männergesundheitsberichte in Österreich (Stand Ende 2009).....	22
Tabelle 2: Spitalsentlassungen 2006 in Akutkrankenanstalten nach Geschlecht und Aufenthaltsdauer - Wohnbundesland Oberösterreich.....	63
Tabelle 3: Eckdaten der Erhebung.....	75
Tabelle 4: Harmlosigkeitsgrenze und Gefährdungsgrenze beim Alkoholkonsum.....	79
Tabelle 5: Übersicht - Internationale BMI-Klassifizierung für Erwachsene.....	93
Tabelle 6: Übersicht Lebenslagen-Cluster - Typenbildung.....	121

7.3. Literaturverzeichnis

Altgeld, Thomas (Hg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa.

Amt der Oö Landesregierung - Abteilung Statistik (Hg.): Lebendgeborene und Gestorbene in Oberösterreich. Online verfügbar unter http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/statgeboreneundgestorbene/StartGeboreneGestorbene.jsp?SessionID=SID-0D62CD3F-0560AFEB&xmlid=was_statgeboreneundgestorbene_DEU_HTML.htm, zuletzt geprüft am 12.04.2010.

Die „Harmlosigkeitsgrenze“ und die „Gefährdungsgrenze“ (2009). Suchtpräventionsdokumentation - Alkohol. Anton Proksch Institut. Online verfügbar unter <http://www.api.or.at/sp/texte/002/harmgef.htm>, zuletzt geprüft am 28.02.2010.

Baldaszi, Erika; Urbas, Elfriede (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Herausgegeben von Stadt Wien.

Beham, Martina; Kränzl-Nagl, Renate; Ortmaier, Margarethe (1995): Gesundheit Linzer Frauen. Lebensbedingungen von Frauen und ihre Bedeutung für deren Gesundheit. Ergebnisbericht. Herausgegeben von Linzer Frauenbüro.

BMGFJ: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006 (2006). Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (BMGFJ).

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Männerpolitische Grundsatzabteilung (Hg.) (2004): Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. Wien.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Lebenserwartung. Online verfügbar unter http://www.frauengesundheitsportal.de/bot_Seite1765__Mehr%20zum%20Thema%20Lebenserwartung.html, zuletzt geprüft am 07.09.2009.

Csitkovits, Monika; Schmidl, Hannes (2004): Der erste Männergesundheitsbericht kommt aus Wien. In: Altgeld, Thomas (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa .

Eurostat. Datenbank. Herausgegeben von Statistisches Amt der Europäischen Union. Online verfügbar unter http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, zuletzt geprüft am 16.09.2009.

Grasser, Gerlinde (2003): Frauengesundheitsbericht für die Steiermark. Graz: Amt d. Steiermärk. Landesregierung Fachabt. 8B - Gesundheitswesen.

IGP (2006): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005. Herausgegeben von Institut für Gesundheitsplanung. Linz.

Kolip, Petra (2003): Männer und Frauen. Einzelne Bevölkerungsgruppen. In: Schwartz, F.W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München und Jena: Urban & Fischer , S. 642-653.

Kolip, Petra (2007): Die Genderperspektive in der Gesundheitsförderung. In: Wesenauer, A.; Sebinger, S. (Hg.): Gender & Health. Aktuelle Ergebnisse und Planungsansätze zur geschlechtergerechten Gesundheits(förderungs)politik. Linz , S. 21-36.

ÖBIG: 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht (2004). Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG).

Rásky, Éva (2000): Wege zur frauenspezifischen Gesundheitsberichterstattung in Österreich. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health, Jg. 2000, S. 323-331.

Rásky, Éva (2006): Frauengesundheit: Schritt vor Schritt kommt auch ans Ziel. Herausgegeben von Gabriele Sprengis und Gert Lang. Wien: facultas, S. 70-81.

Reif, Martin (2005): Detailbericht psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.

Rütten, Alfred; Abu-Omar, Karim; Lampert, Thomas; Ziese, Thomas (2005): Körperliche Aktivität. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 26.

Schmeiser-Rieder, Anita; Kunze, Michael (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion.

Schwartz, F.W.; Badura, B.; Busse, R., et al. (Hg.) (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München und Jena: Urban & Fischer.

Seyer, Seifried; Gschwandtner, Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. 1. Auflage. Herausgegeben von Institut Suchtprävention (Linz) - Pro Mente OÖ.

Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank. Gesundheitsverhalten - psychosoziale Aspekte. In: Schwartz, F.W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. München und Jena: Urban & Fischer , S. 139-151.

Statistik Austria: Familien nach Familientyp, Zahl der Kinder und Bundesländer - Jahresdurchschnitt 2008. Herausgegeben von Statistik Austria. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/023081.html, zuletzt geprüft am 21.02.2010.

Statistik Austria: Privathaushalte nach Haushaltsgröße, Bundesländern und Alter der Haushaltsreferenzperson - Jahresdurchschnitt 2008. Herausgegeben von Statistik Austria. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/haushalte/023302.html, zuletzt geprüft am 21.02.2010.

Statistik Austria (1998): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1997. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (1999): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 1998. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2005): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2006): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2007a): Österreichischer Todesursachen Atlas 1998/2004. Herausgegeben von Statistik Austria: Druckzentrum Eisenstadt; Grafische Werkstatt GmbH.

Statistik Austria (2007b): Spitalsentlassungen nach ausgewählten Diagnosen 2006. Herausgegeben von Statistik Austria. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html, zuletzt geprüft am 12.02.2008.

Statistik Austria (2008a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2007. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2008b): Statistisches Jahrbuch Österreichs 2009. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2009): Bildung in Zahlen 2007/08. Schlüsselindikatoren und Analysen. Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2010a): Arbeitskräfteerhebung 2009. Ergebnisse des Mikrozensus. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Statistik Austria (2010b): Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer 2007. Herausgegeben von Statistik Austria. Wien.

Stiehler, Matthias (2004): Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz Männerpolitische Grundsatzabteilung (Hg.): Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. Wien, S. 15-22.

Wesenauer, A.; Sebinger, S. (Hg.) (2007): Gender & Health. Aktuelle Ergebnisse und Planungsansätze zur geschlechtergerechten Gesundheits(förderungs)politik. Linz.

Wimmer-Puchinger, Beate (2008): 2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt: Zugang zu den Gesundheitssystemen für Migrantinnen. Herausgegeben vom Frauenreferat der Vorarlberger Landesregierung u.a. In: Grenzüberschreitende Veranstaltungsreihe Gender Medizin: Gesundheit weiblich - männlich. Online verfügbar unter <http://www.vorarlberg.gv.at/pdf/dokumentation-gendermediz.pdf>, zuletzt geprüft am 14.02.2010.

Zimbardo, Philip George; Gerrig, Richard J.; Hoppe-Graff, Siegfried (2003): Psychologie. 7., neu übers. und bearb. Aufl., Nachdr. Berlin: Springer.

Zingg, Christina Anna (2010): Kontrollüberzeugungen und kognitive Leistungsfähigkeit bei alkoholabhängigen Patienten. Veränderungen während stationärer Therapie und ein Jahr danach. Universität Trier. Trier. Online verfügbar unter http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2010/592/pdf/Manuskript_04.08.10.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2010.

FRAGEBOGEN

Gesundheitsvorsorge und -verhalten von Frauen und Männern in OÖ

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an das Institut für Gesundheitsplanung, Gruberstraße 77, 4020 Linz!

Für unsere Studie ist es wichtig zu wissen, wie weit die Bevölkerung zum Thema Gesundheit informiert ist, und welche Informationsquellen die Menschen nutzen. Daher kommen zuerst ein paar Fragen zu diesem Thema.

1. Wie gut fühlen Sie sich über das Thema Gesundheit und über Möglichkeiten gesund zu bleiben informiert?

Sehr gut informiert	Gut informiert	Ausreichend informiert	Eher zu wenig informiert	Deutlich zu wenig informiert
①	②	③	④	⑤

2. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich über das Thema Gesundheit zu informieren. Wie wichtig bzw. unwichtig sind die nachfolgenden Informationsquellen für Sie persönlich, wenn es um das Thema Gesundheit geht?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Fernsehen/Radio	①	②	③	④
Zeitungen/Zeitschriften	①	②	③	④
Internet	①	②	③	④
Bücher	①	②	③	④
Vorträge, Informationsveranstaltungen	①	②	③	④
Kurse, Bildungseinrichtungen (z.B. Volkshochschule usw.)	①	②	③	④
Familienangehörige, Verwandte	①	②	③	④
Freunde, Bekannte	①	②	③	④
Hausarzt bzw. Hausärztin	①	②	③	④
Private Beratungsangebote (z.B. freiberufliche Ernährungsberater/innen, Kinesiologen/innen, usw.)	①	②	③	④
Öffentliche Einrichtungen im Gesundheitsbereich oder Sozialbereich (z.B. Gesundheitszentrum, Krankenkasse, Sozialberatung)	①	②	③	④
Informationen im Betrieb, am Arbeitsplatz	①	②	③	④
Sonstige Informationsquellen, nämlich:	①	②	③	④

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wovon Ihrer Meinung nach Gesundheit abhängt und welche Umstände Gesundheit beeinflussen.

3. Sie lesen nun ein paar Aussagen, die Leute über ihre Gesundheit machen. Inwieweit stimmen Sie diesen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück.	①	②	③	④
Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/die Ärztin mir sagt.	①	②	③	④
Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in der Hauptsache durch reines Glück bestimmt.	①	②	③	④
Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.	①	②	③	④
Um Krankheit zu vermeiden ist es gut, wenn man sich regelmäßig von der Hausärztin/vom Hausarzt beraten lässt.	①	②	③	④
Es liegt vor allem bei mir selbst, wie schnell ich nach einer Krankheit wieder gesund werde.	①	②	③	④

4. Können Ihrer Meinung nach die Bedingungen in folgenden Lebensbereichen etwas zur Förderung der Gesundheit beitragen? Oder glauben Sie, dass diese Lebensbereiche keine Rolle für die Gesundheit spielen?

	Kann sehr viel beitragen	Kann etwas beitragen	Kann eher nichts beitragen	Spielt keine Rolle
Betrieb, Arbeitswelt, Arbeitsbedingungen	①	②	③	④
Lebensbedingungen in der Wohnumgebung (Gemeinde/Stadtteil)	①	②	③	④
Gastronomie (z.B. angebotene Speisen und Getränke, Räumlichkeiten)	①	②	③	④
Freizeitangebote	①	②	③	④
Mobilität/Verkehr (Straßenverkehr, Bahn, Bus etc.)	①	②	③	④
Schule	①	②	③	④
Lebensmittelversorgung (Geschäfte, Landwirtschaft, Nahrungsmittelerzeuger)	①	②	③	④
Information und Bildung (Medien, Bildungseinrichtungen)	①	②	③	④
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Fachärzte/Fachärztinnen, Krankenhäuser)	①	②	③	④

5. Wenn Sie diese Lebensbereiche noch einmal aus Ihrer persönlichen Situation heraus betrachten: In welchem dieser Bereiche wird ihrer Ansicht nach „noch zu wenig“, „bereits ausreichend“ oder „mehr als genug“ für die Gesundheit gemacht?

	Wird noch zu wenig gemacht	Wird bereits ausreichend viel gemacht	Wird schon mehr als genug gemacht	Kann ich nicht beurteilen
Betrieb, Arbeitswelt, Arbeitsbedingungen	①	②	③	④
Lebensbedingungen in der Wohnumgebung (Gemeinde/Stadtteil)	①	②	③	④
Gastronomie (z.B. angebotene Speisen und Getränke, Räumlichkeiten)	①	②	③	④
Freizeitangebote	①	②	③	④
Mobilität/Verkehr (Straßenverkehr, Bahn, Bus etc.)	①	②	③	④
Schule	①	②	③	④
Lebensmittelversorgung (Geschäfte, Landwirtschaft, Nahrungsmittelerzeuger)	①	②	③	④
Information und Bildung (Medien, Bildungseinrichtungen)	①	②	③	④
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Fachärzte/Fachärztinnen, Krankenhäuser)	①	②	③	④

In den folgenden Fragen geht es darum, was Sie im Falle einer Erkrankung tun. Außerdem geht es darum, was sie tun um Krankheiten vorzubeugen und gesund zu bleiben.

6. Wenn Sie gesundheitliche Beschwerden oder Probleme haben. Wie reagieren Sie normalerweise darauf?

Bei gesundheitlichen Problemen ...	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
... gehe ich sofort zum Arzt oder zu einer Ärztin	①	②	③	④
... gehe ich erst nach einiger Zeit zum Arzt oder zu einer Ärztin	①	②	③	④
... wende ich Hausmittel an (z.B. Wadenwickel, Tee ...)	①	②	③	④
... vermeide ich den Arztbesuch solange es geht	①	②	③	④
... nehme ich homöopathische Medikamente, nutze alternative Heilverfahren	①	②	③	④
... nehme ich rezeptfreie Medikamente	①	②	③	④
... nehme ich rezeptpflichtige Medikamente	①	②	③	④
... vermeide ich Krankenstand und gehe auch krank zur Arbeit	①	②	③	④

7. Was tun Sie persönlich, damit Sie gesund bleiben?

	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Ich achte auf eine gesunde Ernährung.	①	②	③	④
Ich mache regelmäßig körperliche Aktivitäten, wie z.B. Wandern, Radfahren, Joggen usw.	①	②	③	④
Ich mache regelmäßig gezielte Aktivitäten zum Stressabbau oder Entspannung (z.B. Autogenes Training, Yoga, Meditation)	①	②	③	④
Sonstiges, nämlich: _____	①	②	③	④

In den nächsten Fragen geht es vor allem darum, welche Angebote Ihnen helfen würden und ob diese Angebote aus Ihrer Sicht in ausreichendem Maß vorhanden sind.

8. Ganz abgesehen davon, was Sie jetzt schon tun um gesund zu bleiben: Was würden Sie zukünftig in Ihrem Leben gerne verändern, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Gesündere Ernährung	①	②	③	④
Mehr Bewegung	①	②	③	④
Rauchen aufhören/reduzieren	①	②	③	④
Alkoholkonsum reduzieren	①	②	③	④
Besserer Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen	①	②	③	④

9. Wenn Sie nun an diese Dinge denken, die Sie gerne verändern möchten: Welche Angebote würden Ihnen diesbezüglich weiterhelfen?

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Kurs/Seminar zum Thema	①	②	③	④
Vortrag zum Thema	①	②	③	④
Persönliche Beratung	①	②	③	④
Informationsmaterial, Broschüre	①	②	③	④
Aktivgruppe/Selbsthilfegruppe	①	②	③	④
Persönliche Begleitung (Coaching)	①	②	③	④

9.a. Werden die Angebote, die für Sie hilfreich wären, in ausreichendem Maß angeboten?

- ① Zu wenig ② Ausreichend ③ Mehr als genug

9.b. Wenn diese Angebote vorhanden sind: Wo können Sie diese in Anspruch nehmen? (Mehrere Angaben möglich)

- Am oder in der Nähe des Wohnortes Im Betrieb/ am Arbeitsplatz Sonstiges, nämlich: _____

10. Falls Sie berufstätig sind: (Wenn Sie nicht berufstätig sind, gehen sie bitte weiter zur Frage 11.)

Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert:

	Ja, ausreichend	Ja, aber zu wenig	Nein	Weiß nicht
Angebot zur Raucherentwöhnung	①	②	③	④
Medizinische Untersuchungen	①	②	③	④
Ergonomische Ausstattung (z.B. angepasste Sitzmöbel)	①	②	③	④
Maßnahmen der Unfallverhütung	①	②	③	④
Ansprechperson bei Problemen mit Kollegen (Mobbing)	①	②	③	④
Bewegungs- und Sportangebote	①	②	③	④
Nichtraucherschutz	①	②	③	④
Gesundes Essen (in Betriebsküche)	①	②	③	④
Ruheräume und/oder Sozialräume	①	②	③	④
Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit	①	②	③	④
Gesundheitszirkel	①	②	③	④
Sonstiges, nämlich _____	①	②	③	④

11. In den nächsten Fragen geht es um den so genannten „Gesundheits-Pass“:

Seit einigen Jahren gibt es einen „Gesundheits-Pass“, der Informationen zur Gesundheitsvorsorge enthält und in dem Vorsorgeuntersuchungen eingetragen werden können.

Den Gesundheits-Pass gibt es für verschiedene Altersgruppen: 18 plus, 40 plus, 60 plus und 75 plus.

(Mit Gesundheits-Pass ist **nicht** der Mutter-Kind-Pass gemeint.)

11.a. Haben Sie bereits von diesem Gesundheits-Pass gehört oder gelesen? Ja Nein

11.b. Wenn ja: Besitzen Sie bereits einen solchen Gesundheits-Pass? Ja Nein

Es folgen nun einige Fragen zum Thema Vorsorgeuntersuchung (häufig auch Gesundenuntersuchung oder Früherkennungsuntersuchung genannt).

12. Waren sie jemals bei einer Vorsorgeuntersuchung?

- Ja Nein (weiter mit Frage 13) Weiß nicht, Vorsorgeuntersuchung unbekannt (weiter mit Frage 13)

Wenn Sie **noch nie** bei einer Vorsorgeuntersuchung waren, gehen Sie bitte weiter zur Frage 13.

Wenn Sie bereits bei einer Vorsorgeuntersuchung waren: Denken Sie bei den nachfolgenden Fragen bitte immer an die **letzte Vorsorgeuntersuchung**, bei der Sie waren.

12.a. Wie lange liegt die letzte Vorsorgeuntersuchung zurück, bei der sie waren?

weniger als 12 Monate	mehr als ein Jahr bis maximal 2 Jahre	mehr als 2 Jahre bis maximal 3 Jahre	mehr als drei Jahre
①	②	③	④

12.b. Wo haben Sie diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen?

- Beim Hausarzt/Hausärztin bzw. praktischer Arzt/Ärztin oder Facharzt/Fachärztin
 In einem Ambulatorium (z.B. einer Krankenkasse)
 Im Betrieb
 Bei einer privaten Krankenversicherung
 Bei einer sonstigen Stelle, die eine solche Untersuchung anbietet, nämlich _____

12.c. War diese Vorsorgeuntersuchung kostenlos oder mussten sie etwas dafür bezahlen?

- War kostenlos War nicht kostenlos

12.d. Wenn sie an Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung denken:

Was war der Anlass bzw. Grund, dass sie zur Vorsorgeuntersuchung gegangen sind?

	War ein Grund	Hat mitgespielt	Hat eher keine Rolle gespielt	Hat gar keine Rolle gespielt
Weil ich zur Untersuchung eingeladen wurde	①	②	③	④
Weil ich regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehe	①	②	③	④
Weil ich aus einem anderen Grund beim Arzt/Ärztin war	①	②	③	④
Weil ich Beschwerden hatte	①	②	③	④
Weil ich von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten darauf aufmerksam gemacht wurde	①	②	③	④
Weil ich vom Arzt/Ärztin darauf aufmerksam gemacht wurde	①	②	③	④
Weil die Untersuchung im Betrieb angeboten wurde	①	②	③	④
Weil es im Gesundheitspass vorgesehen ist	①	②	③	④
Sonstige Gründe, nämlich: _____	①	②	③	④

12.e. Wenn sie an ihre letzte Vorsorgeuntersuchung denken:

In welchem Ausmaß wurden Sie vom Arzt/Ärztin über das Ergebnis der Untersuchung informiert?

Wurde sehr gut informiert	Wurde ausreichend informiert	Wurde zu wenig informiert	Wurde überhaupt nicht informiert
①	②	③	④

12.f. Wurden Sie ausreichend über Möglichkeiten beraten, um Krankheiten zu vermeiden bzw. gesund zu bleiben oder eine bestehende Erkrankung zu behandeln?

Wurde sehr gut beraten	Wurde ausreichend beraten	Wurde zu wenig beraten	Wurde überhaupt nicht Beraten	Beratung nicht notwendig, da vollkommen gesund
①	②	③	④	⑤

12.g. Über welche Themen wurden Sie bei Ihrer letzten Vorsorgeuntersuchung informiert oder beraten?

	Hat keine Rolle gespielt	Wurde kurz angesprochen	Wurde ausführlich besprochen
Untersuchungen zur Abklärung einer möglichen Erkrankung	①	②	③
Medizinische Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente)	①	②	③
Rauchen	①	②	③
Alkohol	①	②	③
Gesunde Lebensweise (Ernährung, Bewegung)	①	②	③
Übergewicht, Abnehmen	①	②	③
Berufsbedingte Gesundheitsbelastungen	①	②	③
Privates Umfeld	①	②	③
Wohnsituation	①	②	③
Beratung war nicht notwendig, da alles in Ordnung war	①	②	③

12.h. Wie weit waren die Ratschläge für Sie persönlich hilfreich?

Sehr hilfreich	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich	Gar nicht hilfreich	Beratung nicht notwendig, da vollkommen gesund
①	②	③	④	⑤

Es folgen jetzt noch einige allgemeine Fragen, in denen es um Ihre Meinung zur Vorsorgeuntersuchung geht.

Bitte beantworten Sie diese Fragen auch, wenn Sie in letzter Zeit nicht bei der Vorsorgeuntersuchung waren. (Für unsere Studie ist es sehr wichtig, dass wir Ihre persönlich Meinung zu diesem Thema kennen, ganz egal, ob Sie regelmäßig, selten oder nie zur Vorsorgeuntersuchung gehen).

13. Es gibt verschiedenen Meinungen zur Vorsorgeuntersuchung. Welchen nachfolgenden Aussagen würden Sie persönlich zustimmen oder nicht zustimmen?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Solange man sich gesund fühlt, braucht man keine Untersuchung	①	②	③	④	⑤
Durch die Vorsorgeuntersuchung können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden	①	②	③	④	⑤
Durch die Vorsorgeuntersuchung können schwere Erkrankungen verhindert werden	①	②	③	④	⑤
Wenn man gesund lebt braucht man keine Vorsorgeuntersuchung	①	②	③	④	⑤
Die Vorsorgeuntersuchung ist für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau	①	②	③	④	⑤
Eine Vorsorgeuntersuchung ist erst im höheren Alter sinnvoll	①	②	③	④	⑤
Die Vorsorgeuntersuchung bringt nichts, weil sie an meinen Belastungen nichts ändert	①	②	③	④	⑤

14. Es gibt Erschwernisse/Hürden, die es einem manchmal schwer machen, regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Welche der nachfolgenden Erschwernisse/Hürden treffen auf Sie zu bzw. treffen auf Sie nicht zu? (Ganz unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit bei einer Untersuchung waren oder nicht)

	Trifft zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Lange Wartezeit (in Ordination)	①	②	③	④
Schwer erreichbar (Mobilität)	①	②	③	④
Zeitlich schwer einzurichten (Ordinationszeiten)	①	②	③	④
Gehe generell nicht gerne zum/r Arzt/Ärztin	①	②	③	④
Angst davor, dass eine Krankheit gefunden werden könnte	①	②	③	④
Habe oft Wichtigeres zu tun	①	②	③	④
Im Familien- und Freundeskreis lässt sich auch niemand untersuchen	①	②	③	④
Weiß nicht genau, was bei der Untersuchung passiert	①	②	③	④
Es ist ungewohnt, ohne Beschwerden zum/r Arzt/Ärztin zu gehen	①	②	③	④

15. Wenn Sie entscheiden könnten: Welche Maßnahmen würden Sie persönlich für sinnvoll halten, damit mehr Menschen zur Vorsorgeuntersuchung gehen? Welche würden Sie nicht für sinnvoll halten?

	Sehr sinnvoll	Eher sinnvoll	Eher nicht sinnvoll	Nicht sinnvoll	Kann ich nicht beurteilen
Finanzielle Belohnung für Menschen, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen (z.B. Bonus)	①	②	③	④	⑤
Kleine symbolische Anerkennung (z.B. Gutschein für Fitnesscenter)	①	②	③	④	⑤
Regelmäßige schriftliche oder telefonische Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (z.B. jedes Jahr)	①	②	③	④	⑤
Bessere Information darüber, wo man sich untersuchen lassen kann	①	②	③	④	⑤
Andere Maßnahmen, nämlich:	①	②	③	④	⑤

16. Fragen zur Gesundheit und zur Lebensqualität

In den nachfolgenden Fragen geht es darum, wie gesund Sie sich derzeit fühlen und wie ihre derzeitige Lebensqualität aussieht. Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen **zwei Wochen** gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl an, die für Sie am ehesten zutrifft.

Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	①	②	③	④	⑤
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	①	②	③	④	⑤
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	①	②	③	④	⑤
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	①	②	③	④	⑤
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	①	②	③	④	⑤
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	①	②	③	④	⑤
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	①	②	③	④	⑤
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	①	②	③	④	⑤
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	①	②	③	④	⑤
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	①	②	③	④	⑤
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	①	②	③	④	⑤

17. Jetzt folgt noch eine Frage dazu, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen:

Sie sehen gegensätzliche Eigenschaften, die auf Menschen zutreffen können: In welchem Ausmaß treffen diese Eigenschaften auf Sie persönlich zu? (Kreuzen Sie bitte bei den Ziffern 1 bis 5 die Stelle (das heißt die Zahl) zwischen den beiden Gegensätzen an, die Ihrem Gefühl nach am besten zutrifft.)

nicht unabhängig	①	②	③	④	⑤	völlig unabhängig
nicht gefühlsbetont	①	②	③	④	⑤	sehr gefühlsbetont
sehr passiv	①	②	③	④	⑤	sehr aktiv
fähig, auf andere einzugehen	①	②	③	④	⑤	völlig unfähig, auf andere einzugehen
sehr rau	①	②	③	④	⑤	sehr sanft
nicht hilfreich zu anderen	①	②	③	④	⑤	sehr hilfreich zu anderen
nicht wettbewerbsorientiert	①	②	③	④	⑤	sehr wettbewerbsorientiert
sehr unfreundlich	①	②	③	④	⑤	sehr freundlich
der Gefühle anderer nicht bewusst	①	②	③	④	⑤	der Gefühle anderer bewusst
fälle leicht Entscheidungen	①	②	③	④	⑤	fälle schwer Entscheidungen
gebe leicht auf	①	②	③	④	⑤	gebe nie auf
nicht selbstsicher	①	②	③	④	⑤	sehr selbstsicher
fühle mich unterlegen	①	②	③	④	⑤	fühle mich überlegen
nicht verständnisvoll gegenüber anderen	①	②	③	④	⑤	sehr verständnisvoll gegenüber anderen
sehr kühl in Beziehungen zu anderen	①	②	③	④	⑤	sehr herzlich in Beziehungen zu anderen
kann Druck nicht standhalten	①	②	③	④	⑤	kann Druck gut standhalten

18. Falls Sie berufstätig sind: (Wenn Sie nicht berufstätig sind gehen Sie bitte weiter zur Frage 19)

Wie stark fühlen Sie sich an ihrem jetzigen Arbeitsplatz durch die folgenden Faktoren belastet?

	Gar nicht belastet	Eher nicht belastet	Eher belastet	Stark belastet
Stress, Zeitdruck	①	②	③	④
Überforderung durch Tätigkeiten/Aufgaben	①	②	③	④
Unterforderung, Monotonie	①	②	③	④
Umweltbelastungen (z.B. Lärm, Geruch, Staub, mangelnde Beleuchtung usw.)	①	②	③	④
Körperliche Belastungen (körperliche Anstrengung, unangenehme Arbeitshaltung, viel stehen etc.)	①	②	③	④
Unregelmäßige Arbeitszeiten (z.B. unregelmäßiger Dienstplan, Schichtarbeit etc.)	①	②	③	④
Zu starre Arbeitszeiten (kaum Möglichkeit freier Zeiteinteilung oder kurzfristig einen Tag frei zu nehmen)	①	②	③	④
Arbeitsklima (z.B. mangelnde Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte, Konflikte, Mobbing usw.)	①	②	③	④
Zu wenig Anerkennung	①	②	③	④
Sonstige Belastungen, nämlich: _____	①	②	③	④

19. Wenn Sie an Ihre allgemeine Lebenssituation denken: Wie stark fühlen Sie sich durch die folgenden Faktoren belastet?

	Gar nicht belastet	Eher nicht belastet	Eher belastet	Stark belastet
Betreuungsaufgaben (z.B. Kinderbetreuung, Pflege/Betreuung von Angehörigen usw.)	①	②	③	④
Hausarbeit, Tätigkeiten im Haushalt	①	②	③	④
Probleme im Familien-, Verwandten-, Freundeskreis, z.B. Konflikte	①	②	③	④
Belastungen durch Ausbildung bzw. Fortbildung (Kurse, Schule, Studium, usw.)	①	②	③	④
Finanzielle Probleme	①	②	③	④

Manche Menschen glauben, dass sich Männer und Frauen bezüglich mancher Einstellungen und Verhaltensweisen unterscheiden. Andere glauben, dass es nicht so ist.
Mit der nachfolgenden Frage wollen wir herausfinden, wie Ihre Meinung dazu ist.

23. Sie lesen nun ein paar Aussagen, die Leute so allgemein darüber machen, wie man sich verhalten soll. Inwieweit stimmen Sie diesen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Für Frauen ist es wichtiger als für Männer, auf ihre Signale im Körper zu achten.	①	②	③	④
In einer Familie ist vor allem die Frau für die Gesundheit der Familienmitglieder verantwortlich.	①	②	③	④
Gerade Frauen sollten keine größeren Risiken eingehen, wenn es um ihre Gesundheit geht.	①	②	③	④
Für Frauen ist die Stressbelastung im Allgemeinen größer als für Männer.	①	②	③	④
Für Frauen ist es wichtiger über Gesundheit Bescheid zu wissen, als für Männer.	①	②	③	④
Frauen dürfen ruhig einmal „einen über den Durst“ trinken.	①	②	③	④
Gerade Frauen sollten über gesunde Ernährung Bescheid wissen.	①	②	③	④
Es ist schon komisch, wenn Frauen Fußball spielen.	①	②	③	④
In einer Familie oder Partnerschaft sind Mann und Frau gleichermaßen für Gesundheit verantwortlich.	①	②	③	④
Männer sollten sich mehr um ihre Gesundheit sorgen, als sie es bisher tun.	①	②	③	④
Ein Mann vermeidet den Arztbesuch so lange es geht.	①	②	③	④
Ein Mann sollte Traurigkeit für sich behalten.	①	②	③	④
Es gehört für einen Mann einfach dazu, auch mal etwas Gefährliches zu tun.	①	②	③	④
Richtigem Stress sind eigentlich nur Männer ausgesetzt.	①	②	③	④
Männer dürfen ruhig einmal „einen über den Durst“ trinken.	①	②	③	④
Psychotherapie ist eher etwas für Frauen.	①	②	③	④
Männer und Gymnastik passen nicht zusammen.	①	②	③	④

24. Stellen Sie sich vor, Sie sprechen mit Personen aus Ihrem Umfeld (Freunde, Bekannte oder Verwandte): Wie häufig kommen dabei die unten genannten Gesprächsthemen vor?

	Sehr häufig	Häufig	Selten	Nie
Arbeit und Beruf	①	②	③	④
Beziehungen, Beziehungsprobleme	①	②	③	④
Gesunde Lebensweise und Gesundheitsvorsorge	①	②	③	④
Tipps bei leichteren Erkrankungen (etwa rezeptfreie Medikamente, Hausmittel, usw.)	①	②	③	④
Finanzielles/Geldangelegenheiten	①	②	③	④

35.b. Wie groß ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten? (Wie viele Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen hat der Betrieb?)

- ① 1 - 2 Mitarb. ② 3 - 9 Mitarb. ③ 10 - 49 Mitarb. ④ 50-249 Mitarb., ⑤ 250 und mehr Mitarb.

36. Welche Berufstätigkeit üben Sie DERZEIT vorwiegend aus bzw. (wenn derzeit nicht Berufstätig) als was haben Sie ZULETZT gearbeitet? (Bitte nur EINE Antwort!)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeiter/in, angelernte Tätigkeit bzw. Hilfstätigkeit | <input type="checkbox"/> Landwirtschaft |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in | <input type="checkbox"/> Mithelfende/r Familienangehörige/r |
| <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/in, Meister/in, Polier | <input type="checkbox"/> Freie/r Dienstnehmer/in, Neue/r Selbständige/r |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r, nicht leitende Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Selbständig, Freie Berufe |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/r, leitende Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beamter/in, Vertragsbedienstete/r in nicht leitender Tätigkeit | <input type="checkbox"/> War nie berufstätig |
| <input type="checkbox"/> Beamter/in, Vertragsbedienstete/r in leitender Tätigkeit | |

37. Personen im Haushalt:

37.a. Wie viele Personen leben derzeit insgesamt in Ihrem Haushalt? _____ Personen
(Sie selbst mit eingerechnet)

37.b. Wie viele davon sind Kinder unter 15 Jahren? _____ Kinder

37.c. Wenn Kinder im Haushalt leben:

Wer in Ihrem Haushalt ist vorrangig für die Betreuung dieser Kinder verantwortlich?

Übernehmen Sie selbst den Großteil der Betreuungsaufgaben oder übernimmt eine Person im Haushalt (z.B. Ihre Partnerin bzw. ihr Partner) den Großteil der Betreuungsaufgaben?

Übernehme Betreuung alleine	Übernehme den Großteil der Betreuung	Betreuung ungefähr gleich aufgeteilt	Partner/in oder andere Person übernimmt Großteil der Betreuung	Partner/in oder andere Person übernimmt gesamte Betreuung
①	②	③	④	⑤

37.d. Weist eines oder mehrere der Kinder in Ihrem Haushalt einen erhöhten Betreuungsaufwand auf?
(z.B. infolge längerer Erkrankung, Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten usw.)

- Ja, _____ Kind/er Nein, kein Kind

38. Haben sie regelmäßig die Verantwortung für die Betreuung von hilfsbedürftigen Erwachsenen oder Jugendlichen im Alter über 15 Jahren (z.B. von Verwandte, Bekannte, Nachbarn usw.)?
(Ausgenommen sind beruflich ausgeübte Betreuungsaufgaben)

- Ja Nein

39. Wohnungsgröße:

Wie viel Wohnfläche steht Ihnen insgesamt zur Verfügung? _____ m²
(Gesamte Nutzfläche für die Familie bzw. den Haushalt; ohne Nebenräume wie z.B. Kellerabteil, Balkon usw.)

40. Wie hoch ist Ihr Haushaltsnettoeinkommen?

Denken Sie bitte an alle Einkünfte: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen (z.B.: Familienbeihilfe, Pflegegeld), regelmäßige private Geldleistungen (z.B. Alimente) usw. In welche Stufe fällt der Betrag. (VOR Abzug allfälliger Ausgaben wie Miete etc).

- | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| ① Bis 800 Euro | ④ 2.001 – 2.500 Euro | ⑦ 3.501 – 4.000 Euro | ⑩ über 5.000 Euro |
| ② 801 - 1.500 Euro | ⑤ 2.501 – 3.000 Euro | ⑧ 4.001 – 4.500 Euro | |
| ③ 1.501 – 2.000 Euro | ⑥ 3.001 – 3.500 Euro | ⑨ 4.501 – 5.000 Euro | |

41. Zum Schluss noch eine Frage: Gibt es etwas, dass Sie uns zum Thema Vorsorgeuntersuchung und Gesundheit noch gerne mitteilen möchten!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

ISBN: 978-3-902487-14-8