

BERICHT ÜBER DIE SITUATION DER FRAU IN ÖSTERREICH

Frauenbericht 1985

Heft 4



GESUNDHEIT / KRANKHEIT

Impressum: Medieninhaber: Staatssekretariat für allgemeine Frauenfragen im Bundeskanzleramt,
A-1014 Wien, Ballhausplatz 1.
Hersteller: GISTELDRUCK, 1030 Wien, Münzgasse 6.

- 3 -

INHALTSVERZEICHNIS	Seite
Einleitung	7
1. <u>Körper, Psyche und soziale Identität im Lebenszyklus der Frau</u>	8
1.1. Die sozio-ökonomische Position von Frauen und deren Bedeutung für ihren Körper und ihre Gesundheit	12
1.2. Körper, Seele und soziale Identität im Lebenszyklus der Frau	12
1.2.1. Geschlechtsrolle und Gesundheit	12
1.2.2. Desintegration der Frauenrolle	14
1.2.3. Sexualität und Fruchtbarkeit	16
1.2.3.1. Die soziale Rolle der Frau bei Menstruation und Fruchtbarkeit	18
1.2.3.2. Empfängnisverhütung - Kinderwunsch	21
1.2.3.3. Schwangerschaft - erwünscht und unerwünscht	23
1.2.3.4. Die soziale Rolle der Frau im Klimakterium	25
2. <u>Gesundheits- und Krankheitsverhalten</u>	27
2.1. Gesetzliche Regelungen der Gesundheit von Frauen und Männern	27
2.1.1. Körperkraft, Konstitution und Sittlichkeit - der Schutz der Frau als Arbeitnehmerin	27
2.1.2. Der Schutz der Frau als Mutter	28
2.1.3. Pflegefreistellung	29
2.1.4. Die Frauen im Strafrecht	29
2.1.4.1. Notzucht und verwandte Delikte	29
2.1.4.2. Schwangerschaftsabbruch	30

- 4 -

	Seite
2.2. Der geschlechtsspezifische Umgang mit Gesundheit und Krankheit	31
2.2.1. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen im Dienste der eigenen Gesundheit	31
2.2.1.1. Beteiligung an Gesundenunter- suchungen	31
2.2.1.2. Arztbesuche zur Kontrolle des eigenen Gesundheitszustandes	32
2.2.1.3. Arztbesuche wegen Beschwerden	32
2.2.1.4. Arztbesuche 1982/83	33
2.2.2. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Frauen im Dienste anderer	33
2.2.2.1. Häufigkeit der Schwangerenunter- suchung	33
2.2.2.2. Der Mutter-Kind-Paß	34
2.2.2.3. Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Familien mit Kleinkindern	34
2.3. Der geschlechtsspezifische Umgang mit dem eigenen Körper	37
2.3.1. Rauschmittel	38
2.3.1.1. Alkoholische Getränke	38
2.3.1.2. Verbotener Drogenkonsum	40
2.3.2. Ernüchterungsmittel	42
2.3.2.1. Kaffee und Tee	42
2.3.2.2. Tabak	44
2.3.3. Gefühlsdämpfende Substanzen	45
2.3.4. Die zunehmende Ernüchterung von Frauen	46
2.3.5. Die reproduktive Begrenzung von Frauen	51
 3. <u>Beschwerden, Morbidität und Mortalität</u>	 59
 3.1. Somatischer und psychosomatischer Krankheitsbegriff	 59

- 5 -

	Seite
3.2. Hausfrauen- oder Frauensyndrom?	63
3.2.1. Ergebnisse zum subjektiven Befinden der Österreicherinnen	63
3.2.2. Befindlichkeitsstörungen	65
3.2.3. Beschwerden im gynäkologischen Bereich	68
3.3. Morbidität und Mortalität	69
3.3.1. Krankenstandsentwicklung der Be- schäftigten	69
3.3.2. Pensionen wegen geminderter Arbeits- fähigkeit	71
3.3.3. Stationär behandelte Krankheiten	72
3.3.4. Mortalität an ausgewählten Krankheiten	73
3.3.5. Todesfälle	76
3.4. Psychische Krankheiten	76

4. Frauen in der Medizin

4.1. Frauen in medizinischen Berufen	79
4.1.1. Ärzte	79
4.1.1.1. Altersspezifischer und regionaler Anteil der Frauen im Arztberuf	79
4.1.1.2. Die Entwicklung des Frauenanteils in den Fächern	80
4.1.2. Medizinstudenten	82
4.1.3. Krankenpflegefachdienste, medizinisch- technische Dienste und Sanitätshilfs- dienste	83
4.1.3.1. Hebammen	84
4.1.3.2. Ausbildung	85
4.2. Selbsthilfe	85

ANHANG

Tabellen Kapitel 2	96
Tabellen Kapitel 3	121
Tabellen Kapitel 4	176
Literaturverzeichnis	198

- 7 -

Einleitung

Die Feststellung, daß Frauen leiden, ist in der einen oder anderen Weise Allgemeingut und reicht von der abendländischen religiösen Symbolfigur bis zum Ausdruck "Frauenleiden", der bei den Männern wohl entsprechende Leiden, aber keine Entsprechung findet.

Die Frage, worunter die Frauen in Österreich leiden, und nach Bedingungen dieses Leidens, wird vor allem in Bezug auf die aktuelle Situation und die Entwicklung der letzten zehn Jahre gestellt. Gesundheit und Krankheit von Frauen kann nicht ohne die sozio-kulturellen Lebensbedingungen der Frauen begriffen werden; diese versucht das Kapitel 1. in ihren Auswirkungen auf das Befinden und das tägliche Leben der Frauen zusammenzufassen.

Auch das Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z.B. Medikamentenkonsum) der Frauen und die entsprechende Versorgung ihrer Angehörigen, die sie oft mitübernehmen, ist Teil eines Konsumverhaltens - wie z.B. Eß- und Trinkgewohnheiten - das wiederum auf die Gesundheit zurückwirkt. Dieser Teil der aktiven Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit wurde daher in einem eigenen Abschnitt, dem Kapitel 2 zusammengefaßt, getrennt von den statistischen Aussagen über das "Erleiden" von Beschwerden, Morbidität und Mortalität Österreichischer Frauen (Kapitel 3).

Ergänzt werden diese Teile durch Anmerkungen zur Situation der im Gesundheitssystem tätigen Frauen und über alternative Einrichtungen, die Frauen selbst für und/oder mit betroffene/n Frauen in Ergänzung von bestehenden Versorgungsangeboten geschaffen haben (Kapitel 4).

- 8 -

1. KÖRPER, PSYCHE UND SOZIALE IDENTITÄT IM LEBENSZYKLUS DER FRAU

1.1. Die sozio-ökonomische Position von Frauen und deren Bedeutung für ihren Körper und ihre Gesundheit

Frauen sind nach wie vor weitgehend reproduktiv tätig. Um ihre sozio-ökonomische Position und deren Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Krankheit, auf ihren Körper schlechthin erfassen zu können, ist es nötig, den tiefgehenden Wandel grob zu skizzieren, dem das Reproduktionssystem und damit die Aufgaben von Frauen in den letzten Jahrzehnten unterlagen. Der Einfachheit halber wird hierbei auf die Ausführungen der komplizierten schichtspezifischen Entwicklungen verzichtet. Ausgangspunkt der Skizze ist der Idealtypus der bürgerlichen Frau, der stets nur auf eine Minorität der Frauen zutraf, der jedoch die allgemein gültigen geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen nachhaltig prägte, der - mit anderen Worten - das herrschende Stereotyp darstellt.

Weniger Frauen als üblicherweise vermutet (34 % aller über 15-jährigen Österreicherinnen) leben mit Ehemann bzw. Lebensgefährten und unverheiratetem Kind, haben also die idealtypische reproduktive Rolle in einer Kernfamilie inne. Und auch von diesen sind bei weitem nicht alle ausschließlich mit der privaten, primären und sekundären Reproduktion einer Familie beschäftigt: Rund 58% aller 16 - 60-jährigen Österreicherinnen sind berufstätig (exklusive Ausbildung), immer weniger Frauen arbeiten niemals in ihrem Leben im öffentlichen Produktionssystem.

Die wachsende Integration von Frauen in das öffentliche Produktionssystem hat bisher jedoch nur wenig an ihrer Rolle im privaten Reproduktionssystem geändert. Für Haus- und Erziehungsarbeiten sind Frauen auch dann mehr oder

- 9 -

minder alleinverantwortlich, wenn sie berufstätig sind.

Die Qualität, wenn auch nicht so sehr die Quantität, der privaten reproduktiven Arbeit hat sich jedoch maßgeblich verändert. Die komplexeren, technisch anspruchsvolleren Teile der reproduktiven Tätigkeiten (der Herstellung von Nahrungsmitteln und Kleidung bzw. Erziehung und Krankenbetreuung) wurde mehr und mehr vom öffentlichen Produktionssystem (privater Ökonomie und Staat) übernommen, übrig blieben die einfachen und sozial minder bewerteten Teile. Gleichzeitig wurden emotionale Aspekte sozialer Beziehungen aus dem immer arbeitsteiligeren, immer zweckgebundener ausgerichteten öffentlichen Produktionssystem ausgegliedert und in das private Reproduktionssystem und damit an dessen zentrale Trägerinnen verwiesen.

Auch ihre zunehmende Integration in das öffentliche Produktionssystem hat daran wenig geändert. Frauen nehmen in diesem zumeist nur marginale Positionen ein, was sich nicht nur in geringeren Einkommen, geringen Aufstiegsmöglichkeiten und untergeordneten Tätigkeiten im Vergleich zu Männern ausdrückt. Sie sind darüber hinaus vor allem in frauenspezifischen Berufen tätig, das heißt, sie übernehmen in jenem Teil des öffentlichen Produktionssystems, der das private Reproduktionssystem partiell ersetzt, abermals die einfachen, minder bewerteten (und minder entlohnenden) Tätigkeiten (Dienstleistungssektor) und jene Arbeiten, die mit emotionaler Betreuung verbunden sind (Pflege- und Erziehungsberufe, Sozialarbeit etc.). Besser qualifizierte Frauen sind zumeist mit strukturell ähnlichen, aber ökonomisch und sozial höher bewerteten Aufgaben (im Erziehungs- und Gesundheitssystem) beschäftigt.

Sowohl im Reproduktionssystem als auch im öffentlichen Produktionssystem sind Frauen unmittelbar und/oder mittelbar von Männern abhängig, wenn auch auf unterschiedliche Weise.

- 10 -

Die "Nur"-Hausfrau ist ökonomisch von ihrem Ehe-Mann abhängig. Sie übernimmt des weiteren auch den sozialen Status des Ehe-Mannes, der sich aus Einkommen, Bildung und Berufstätigkeit bestimmen läßt, also durch Charakteristika seiner Position im öffentlichen Produktionssystem. Ihre Tätigkeit ist auf bestimmte Personen und deren Bedürfnisse (Mann, Kinder) ausgerichtet und wird, wenn sie sich diesen nicht ausreichend unterordnet, nicht entsprechend - nämlich emotional, eventuell auch materiell - belohnt, was zu besonderen sozialen und psychischen Abhängigkeiten der Hausfrau vom Mann und/oder Kindern führt. Die sozialen und psychischen Abhängigkeiten werden verstärkt durch die weitgehende Isolation von anderen Frauen und von der Öffentlichkeit.

Berufstätige Frauen mit (vollständiger oder unvollständiger) Familie betrachten zumeist die Familie und nicht die Berufstätigkeit als Zentrum ihrer Interessen. Dazu führen nicht nur geschlechtsspezifische Erziehung und geschlechtsspezifische Rollenerwartungen, sondern auch die erwähnte marginale Position und die geringeren Erfolgserlebnisse, die die meisten Frauen im öffentlichen Produktionssystem erfahren. Darüber hinaus halten die geschlechtsspezifischen Bedingungen im öffentlichen Produktionssystem nicht nur die männlich-weibliche Arbeitsteilung zwischen rationaler und emotionaler Arbeit in gewissem Ausmaß aufrecht, sie haben (z.B. im Dienstleistungssektor) auch häufiger zur Folge, daß zusätzlich zur bezahlten Tätigkeit von Frauen emotionale Leistung erwartet wird. In besonderen Fällen, als deren krasseste Ausformung die Sekretärin betrachtet werden kann, führt dies auch bei berufstätigen Frauen zu sozialen und psychischen Abhängigkeiten vom Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten, die den Abhängigkeiten vom Ehe-Mann ähneln können. Die sowohl von Hausfrauen, wie auch von den meisten berufstätigen Frauen erwarteten und in gewissem Ausmaß auch erfüllten Erwartungen von emotional reproduktiven Leistungen

- 11 -

haben für die Frauen selbst positive wie negative Konsequenzen. Weniger als Männer unterliegen sie vor allem dann, wenn sie "Nur"-Hausfrauen sind, einseitigem und intensivem physischen und psychischen Arbeitsdruck. Ebenso wird von ihnen nicht so sehr erwartet, Gefühle generell zu unterdrücken, um (scheinbar) rein zweckrational ausgerichtete Arbeitsgänge nicht zu irritieren. Frauen haben sicher nicht zuletzt aus diesen Gründen eine deutlich höhere Lebenserwartung und seltener schwere körperliche Krankheiten als Männer.

Doch nicht alle Arten von Gefühlen sind sozial erwünscht. Erwartet und gefordert wird die Investition von Gefühlen in andere, also reproduktiv-mütterliche Gefühle, aggressive und selbstbezogene Gefühle, die, wenn überhaupt, noch am ehesten Männern gestatten sind, sind bei Frauen hingegen verpönt.

Frauen sind aufgrund ihrer ökonomischen, sozialen und/oder psychischen Abhängigkeit vor allem von Männern auch selten in der Position, ablehnende und/oder selbstbezogene Gefühle äußern zu können, ohne negative Konsequenzen ertragen zu müssen. Diese Gefühle müssen also unterdrückt und/oder gegen sich selbst gerichtet werden, was für viele Frauen zu inneren Spannungen führt, die sich in vielerlei Arten von psychischen und psychosomatischen Beschwerden ausdrücken. (Frauen haben nicht nur etwa doppelt so viele leichte psychische Krankheiten wie Männer, sie haben auch viel häufiger psychosomatische Beschwerden und leiden häufiger als Männer an Krankheiten, die heute als psychosomatisch erkannt werden). Zu erwähnen ist auch die große Zahl von Frauen, die Psychopharmaka einnehmen, um die Gefühlsambivalenzen zu unterdrücken. Die Krankheiten von "Nur"-Hausfrauen und (auch) berufstätigen Frauen scheinen sich nur wenig voneinander zu unterscheiden (vgl. Kapitel 3.2.2.).

- 12 -

1.2. KÖRPER, SEELE UND SOZIALE IDENTITÄT IM LEBENS- ZYKLUS DER FRAU

1.2.1. GESCHLECHTSROLLE UND GESUNDHEIT

Das Geschlecht ist in unserer Gesellschaft ein grundlegender Faktor sozialer Ungleichheit. In biologischer, psychologischer und soziologischer Hinsicht gibt es keine "Menschen", es gibt Männer und Frauen: "...es gibt keine menschliche Identität, die nicht durch Geschlechtsidentität tangiert wird" (Colley/1959, S.165).

In der Pubertät und der frühen Adoleszenz ist eine Entwicklung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen und der Aufbau einer Geschlechtsidentität abgeschlossen. Dieser Prozeß wurde vor allem früher mehr auf biologischen Faktoren basierend gesehen (Freud/Erikson), heute überwiegt die Bedeutungszuschreibung sozialer Faktoren (Maccoby/Jaclyn 1975, Money/Ehrhardt 1975), wonach nicht das biologische Geschlecht als solches, sondern der Rollenzuschreibungsakt durch die Gesellschaft die Grundlagen der Geschlechtsidentität legen.

Versucht man, eine Betrachtung der Geschlechtsrolle auf individueller und sozialer Ebene zu verbinden, fällt eine wesentliche Diskrepanz zwischen vorgefundenen Geschlechtsunterschieden und den Unterschieden der sozialen Geschlechtsrollen auf: Während in der experimentellen Psychologie relativ wenige Geschlechtsunterschiede festgestellt wurden (Schenk 1979), differieren die sozialen Geschlechtsrollen erheblich.

Sie sind beharrend und verändern ihre Inhalte meist langsamer als sich die soziale Realität ändert: Männer werden als unabhängiger, objektiver, selbstbewußter und technisch begabter gekennzeichnet; Frauen als sanfter, ruhiger, sauberer, abhängiger, einfühlsamer, religiöser und emotional ausdrucksfähiger.

- 13 -

Diese kulturellen Vorstellungen über Männer und Frauen werden von Männern und Frauen verschiedener sozialer Schichten und Altersgruppen geteilt. Selbst massive Gegeninformation erschüttert Geschlechtsrollenstereotype nicht (Schenk 1979). Sie sind bereits Kindergartenkindern bekannt (Dannhauer 1973 und Tibbets 1975). Geschlechtsrollenstereotype haben somit einen erheblichen Einfluß auf das Selbstkonzept einer Person. Frauen stehen vor der zweifelhaften Alternative entweder die höher bewerteten "männlichen" Eigenschaften und Verhaltensweisen anzustreben und damit Gefahr zu laufen, als unweiblich angesehen zu werden, oder mit der Annahme der niedriger bewerteten "weiblichen" Eigenschaften und Verhaltensweisen verbundenen Reduzierung des Selbstwertgefühls fertig zu werden (Rosenkrantz u.a.1968). In diesem Zusammenhang ist wieder zu betonen, daß dieserSelbsteinschätzung kaum tatsächliche Geschlechtsunterschiede zum Beispiel in bezug auf Leistungsfähigkeit entsprechen. Die individuellen Vorurteile gegen Frauen und auch institutionalisierte Diskriminierung wird als "Sexismus" bezeichnet (Stoll 1973, Jansen-Jourreit 1976).

"Sexismus" wird übereinstimmend als Einschränkung des Spielraums der Selbstverwirklichung von Frauen angesehen - durch die Festlegung auf die sozial definierte Geschlechtsrolle vor allem durch die Gleichsetzung der Rolle der Frau mit der Mutterrolle, also letzten Endes durch ihre Gebärfähigkeit. So können für die ursprüngliche Entstehung der sozialen Geschlechtsrollendifferenzierung biologische Faktoren mitverantwortlich gewesen sein. "Für die Aufrechterhaltung der Diskriminierung in der Gegenwart aber sorgt die Verankerung sexistischer Elemente in den verschiedenen sozialen und kulturellen Institutionen" (Schenk 1979, S.197).

Das Gesundheitswesen übt bestimmten Einfluß auf Definition und Interpretation des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes aus. Kliniker haben verschiedene Konzepte für die Gesundheit

- 14 -

von Männern und Frauen. Den Zusammenhang von Gesundheitsbegriff und der Geschlechterrolle hat eine Studie von Broverman (1970) am Beispiel psychiatrischer Untersuchungen deutlich gemacht. Diese ergibt, daß erfahrene Kliniker verschiedene Konzepte von männlicher und weiblicher Gesundheit haben. Die Unterschiede, die in der Studie dokumentiert sind, entsprechen den Geschlechterrollenstereotypen in unserer Gesellschaft und sind deshalb auch mit denselben Bewertungen versehen. Kliniker sehen gesunde Frauen demnach von gesunden Männern dadurch unterschieden, daß sie eine stärkere Abhängigkeit zeigen, weniger mutig, leichter beeinflussbar, weniger aggressiv, weniger konkurrierend, reizbarer in unbedeutenden Krisen, empfindlicher, weniger objektiv etc. sind. Frauen müssen also, um "gesund" zu sein, geschlechtsspezifische Verhaltensnormen akzeptieren. Indem das Gesundheitswesen diese Geschlechterrollenstereotypen akzeptiert, hilft es, diese zu perpetuieren.

1.2.2. DESINTEGRATION DER FRAUENROLLE

Nach neueren sozialwissenschaftlichen Forschungen gilt als gesichert, daß zum Beispiel die größere Häufigkeit von psychischen Erkrankungen von Frauen hauptsächlich durch soziale Faktoren bedingt ist, die mit der Rolle der Frau, mit "typisch weiblichen" Verhaltens- und Reaktionsweisen, mit ihrer Stellung innerhalb ihrer sozialen Beziehungen und nicht zuletzt mit den spezifischen Belastungen in allen gesellschaftlichen Bereichen in Zusammenhang stehen. Die Angst, dem Bild der Weiblichkeit nicht zu entsprechen, wirkt sich auf den gesamten Lebenszusammenhang von Frauen aus.

Ulrike Prokop (1980) erklärt die auch bei jungen Frauen verbreitete Angst vor dem Erfolg mit dem drohenden Verlust an 'Weiblichkeit'. Die Folgen dieser Erfolgsangst sind Aggression und Frustration. Nach einer Schweizer

- 15 -

Studie zeigen etwa die Hälfte aller Frauen ein ~~man~~ifestes Unbehagen; sie nehmen eine allgemeine Benachteiligung der Frauen wahr (Prokop 1980, S.92).

Da die Rolle der Frau über ihre Körperlichkeit definiert ist, eröffnet sich für weibliche Abweichung der Ausweg in die Krankheit. Heute scheint Depression zur Metapher für die Situation von Frauen in unserer Gesellschaft geworden zu sein. Sie drückt eine Form der Selbstzerstörung aus, die nicht mehr das weibliche Geschlecht als solches als Ursache ihres Leids nimmt, sondern im weiteren Sinn den weiblichen Lebenszusammenhang: "Jede 'Oder'-Entscheidung bedeutet bewußten Verlust eines Teils weiblicher Selbstverwirklichung, jede 'Und'-Entscheidung führt zu Überbelastung" (Kickbusch 1983).

Die bestehende Situation ist eine Umbruchsituation, in der ein neues weibliches Rollenbild entworfen wird, das um neue Handlungsspielräume erweitert ist. Kennzeichnend für die derzeitige Situation sind vor allem die widersprüchlichen Rollenanforderungen, die sich für die Frau durch Aufgaben im Beruf sowie in der Familie und als Mutter ergeben. Daraus entwickelt sich eine ambivalente Haltung der Gesellschaft gegenüber weiblichem Verhalten. Ist eine Frau zum Beispiel selbständig und selbstbewußt, so kann das sowohl positiv (sie ist tüchtig, emanzipiert, "steht ihre Frau" usw.) wie auch negativ (sie ist unweiblich, frustriert, eine "Emanze" etc.) bewertet werden. Der Rollenkonflikt, in dem sich viele Frauen heute befinden, kann folgendermaßen beschrieben werden: die Frau muß von ihrer anerzogenen, auf Familie und Ehe ausgerichteten Rolle abweichen, um zum Beispiel den heutigen beruflichen Anforderungen (Härte, Durchsetzungsvermögen...), die an sie gerichtet werden, gerecht werden zu können. Es existiert jedoch kein allgemeingesellschaftlich anerkannter - und der gesellschaftlichen Realität adäquater - "Neuentwurf" der weiblichen Rolle. Die sich daraus ergebenden Konflikte bearbeitet die Frau meist so, wie sie es als Frau gelernt hat bzw. wie es ihr erlaubt

- 16 -

wurde. Eine der häufigsten weiblichen Problemlösungsstrategien ist die erwähnte Flucht in Beschwerden, wie sie auch für Österreich an der Häufigkeit weiblicher Arztbesuche nachgewiesen wurde.

Die Möglichkeiten, die einer Frau zur Verfügung stehen, um ihre Ablehnung der traditionellen Geschlechtsrolle zu artikulieren und auch zu leben, sind durch den sozialen Kontext, in dem sie sich befindet, determiniert. Während es bei Teilen vor allem der akademischen Mittelschicht denkbar ist, daß Verhaltensqualitäten, die aus einem Ablehnen der traditionellen weiblichen Rolle resultieren, relativ ungehindert ausgelebt werden können, vielleicht sogar als emanzipatorische Haltung positiv bewertet werden, werden ähnliche Verhaltensweisen in den Lebenszusammenhängen unterer sozialer Schichten eher als "abweichend" aufgefaßt. Das gleiche Verhalten kann also noch wohlwollend als "Überspanntheit" bewertet werden wie auch als eindeutig "pathologisch". Welche Auffassung sich durchsetzt, ist nicht zuletzt eine Frage von Macht und sozialer Kompetenz. Das bewußte oder unbewußte Infragestellen bzw. Ablehnen der weiblichen Rolle bedeutet für die betroffene Frau eine mehr oder weniger starke Persönlichkeitskrise. Sie steht ihrem eigenen Verhalten ambivalent gegenüber. Sie ist in dieser Konfliktsituation besonders empfindlich gegenüber Reaktionen der Umwelt und, wenn sie nicht die Möglichkeit hat, den Konflikt zu erkennen, ist sie geneigt, ihr eigenes Verhalten als subjektives Versagen zu interpretieren und die eigene Person - gemäß den Reaktionen der Umwelt - als abweichend zu definieren.

1.2.3. SEXUALITÄT UND FRUCHTBARKEIT

Die wesentlichsten Aspekte gesellschaftlicher Frauenbilder sind eng mit unserem Begriff von Liebe verknüpft. Frauen werden in unserer Gesellschaft für Liebe zuständig gemacht.

- 17 -

Den sozialen Rollenerwartungen entsprechend werden die Aspekte der Versorgung anderer eng mit der biologischen Fähigkeit von Frauen, Kinder zu gebären, verknüpft. Das heißt, die Rollenerwartungen ideologisieren und kontrollieren die weibliche Fruchtbarkeit - zum Beispiel in Abhängigkeit von der Arbeitsmarktlage. Dies gilt besonders für den Bereich der Empfängnisverhütung, deren moderne Möglichkeiten in Händen der Ärzteschaft liegen.

Die Möglichkeit effektiver und allgemein zugänglicher Empfängnisverhütung und die funktionale Auffassung des Körpers durch die Medizin können in Zusammenwirken mit anderen gesellschaftlichen Faktoren zu einer Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit führen, was eine tendenzielle Verdinglichung von beiden Bereichen bedeutet: Reduktion auf genitales Leistungs- und Konsumdenken sowie auf die scheinbare "Machbarkeit" von Kindern (M. Jagenow/Mittag 1984).

Daß der Umgang mit der Fruchtbarkeit in der Praxis nicht rational und planmäßig erfolgt, zeigt die Tatsache, daß etwa drei Viertel aller Schwangerschaften nicht geplant und etwa die Hälfte aller Schwangerschaften zunächst abgelehnt werden, etwa jede dritte Schwangerschaft abgebrochen wird und 10% aller Ehepaare ungewollt kinderlos sind (Münz/Pelikan 1978).

Durch die jahrhundertelange wertende Zuschreibung von weiblicher Sexualität als schlecht und weiblicher Fruchtbarkeit als gut, wurden "Regeln" geschaffen, die mit dem komplexen, ambivalenten Erleben der Frauen in Widerspruch stehen. Im folgenden versuchen wir daher, den engen Zusammenhang zwischen den Zuschreibungen, die die Körperfunktionen - wie Menstruation, Fruchtbarkeit, Wechseljahre - im weiblichen Lebenszyklus in die Nähe von Krankheit rücken sowie die Beschwerden und Störungen von Frauen im Überblick darzustellen.

Erst in den letzten Jahren - nicht zuletzt angeregt durch die Frauenbewegung - gibt es ein vermehrtes Interesse daran,

- 18 -

wie Frauen ihren Lebenszyklus erleben und welche Zusammenhänge zu ihrer sozialen Position in der Gesellschaft herzustellen sind. Trotzdem gibt es bisher kaum österreichische Untersuchungen zu diesem Thema; wir beziehen uns daher im folgenden auch auf ausländische Studien.

1.2.3.1. DIE SOZIALE ROLLE DER FRAU BEI MENSTRUATION UND FRUCHTBARKEIT

Die Menstruation bedeutet eine mögliche Situation der Frau: nicht Mutter zu sein, es aber werden zu können. Da aber die Mutterrolle die sozial legitime Rolle der Frau ist, signalisiert diese Periode die Ambivalenz zwischen den sozialen Rollen der Frau als Sexualpartnerin oder als Mutter. Die prinzipielle Entkoppelung von Sexualität und Fruchtbarkeit ist in der evolutionären Entwicklung des menschlichen Menstruationszyklus angelegt.

Dabei wird diesem eine wesentliche Bedeutung zur Entwicklung der menschlichen Sozietät gegeben. Es gilt als bewiesen, daß die kontinuierliche Libido der Menschen eine evolutionäre Adaption ist, die bei den Hominiden zur Entwicklung einer sozio-ökonomischen Kooperation beigetragen hat (vgl. Shuttle/Redgrove 1980, S.145/146). Die genannten Autoren schließen daraus, "daß die Entwicklung des Menstrualzyklus die Evolution der Primaten und in der Folge die der menschlichen Gesellschafts eingeleitet hat" (Shuttle/Redgrove 1980, S.143).

So hat das Ineinandergreifen und die wechselseitige Einflußnahme von biologischer Funktion und sozialen Faktoren eine wesentliche Bedeutung für die menschliche Entwicklung. Die Fruchtbarkeit der Frau hatte von jeher einen zentralen Stellenwert in der menschlichen Gesellschaft. Ihre Bedeutung fließt in religiöse Vorstellungen und bevölkerungspolitische Überlegungen ein. Die gesellschaftliche Stellung der Frau und die Bewertung von Weiblichkeit lassen sich an der Einstellung zur Fruchtbarkeit - und im speziellen zur

- 19 -

Menstruation als Zeichen prinzipieller, aber nicht unbedingter Fruchtbarkeit - ablesen.

Ein medizinischer Exkurs gibt einen Überblick über die Entwicklung der Zuschreibungen eines Frauenbildes anhand medizinischer Lehrmeinungen über Menstruation. Die Darstellung orientiert sich vor allem an einer medizinisch-geschichtlichen Untersuchung von Esther Fischer-Homberger (1979):

In der Antike galt das Menstrualblut als wesentlicher Zeugungsbeitrag, aber auch als einziger Beitrag der Frau zur Entstehung eines Kindes. Der männliche Same verkörpert das schöpferische Zeugungsprinzip, die Frau liefert in ihrem Menstrualblut lediglich die rohe Materie, aus der sich das Kind bildet.

Im Mittelalter, in dem die Begriffe von Krankheit und Sünde besonders eng verknüpft werden, nimmt die Menstruation - wie die Pflicht der Frau, in Schmerzen zu gebären - Züge einer Folge der Versündigung an.

War die Menstruierende unrein und sündig, so leuchtet es ein, daß die von ihr abgeschiedene Materie Gift sein müsse. In einem Text von 1491 (Johannes von Ketham) wird eingehend die Frage diskutiert, warum sich die giftigen Frauen nicht selbst vergiften.

Im 18. und frühen 19. Jahrhundert wird die Menstruation als Folge einer zivilisatorischen Fehlentwicklung verstanden ("Im wahren Ideal des Weibes findet kein Monatsblut statt", Heinrich Nudow, 1791).

Im 19. Jahrhundert wird die Menstruation als ein Analogon zum Abortus verstanden ("Sie ist eine verfehlte oder enttäuschte Schwangerschaft", Robert Barnes, 1873). Diesmal nicht Zeichen der Sünde gegenüber Gott, aber gegenüber der Natur, die die Frau zur bedingungslosen Fortpflanzung bestimmt hat und gegenüber der Gesellschaft, die von ihr die Erfüllung dieser Bestimmung erwartet. Zusammenhänge mit bevölkerungspolitischen Überlegungen zur Zeit des Absolutismus und Nationalismus und die Diskussion über die Schwangerschaftsverhütung bestimmen die politische

- 20 -

Dimension dieser Auffassung der Menstruation.

Im späten 19. und im frühen 20. Jahrhundert erscheint die Menstruation als ein hysterisches Äquivalent, Ausdruck der physiologischen Reizbarkeit und Gereiztheit des weiblichen Nervensystems, im Hinblick auf die Fortpflanzungspflichten der Frau normal und erwünscht, an sich aber ein Zustand des Leidens. "Die Menstruation ist ein Zustand, darin auch das normale Weib an der Grenze ist zwischen Gesund- und Kranksein", schreibt Erwin Stranksy noch 1927, "gleichwohl gehört die Menstruation zur Norm. Weib und Hysterie, das ist eben überhaupt eine nahe Wahlverwandtschaft."

Obwohl das Stigma der Krankheit von der Menstruation gewichen ist, erleben viele Frauen auch heute ihre monatliche Blutungen negativ. Nach einer Studie von Beate Sawitzki und Erika Mahr (1984) sind 60% stark ablehnend eingestellt und nur jede zehnte Frau positiv. Da sich dabei überraschenderweise kein Einfluß des Lebensalters, der Schichtzugehörigkeit oder von Persönlichkeitsmerkmalen nachweisen läßt, ist anzunehmen, daß dem Einfluß gesamtgesellschaftlicher Werte größeres Gewicht beizumessen ist als individuellen und sozialen Faktoren. Frauen, die durch ihre Verhütungsmethode in einer direkten und unmittelbaren Auseinandersetzung mit ihrem Körper und Zyklus stehen (Temperaturmethode oder Diaphragma) bewerten ihre Menstruation positiver. Je fremdbestimmter die Bewertung der Menstruation ist, umso störungsanfälliger dürfte ihr Erleben sein. Es gibt übereinstimmende Erfahrungen, daß "Fehlinformation" und "verborgene Fehlhaltungen" über den weiblichen Zyklus zu Menstruationsstörungen führen können (Shuttle/Redgrove 1980).

Der Identitätsproblematik der Frau ist jedenfalls bei Menstruationsstörungen eine wesentliche Bedeutung beizumessen (Springer-Kremser/Scherer/Eder 1983) ebenso bei der Problematik des unerfüllten Kinderwunsches.

- 21 -

Wie Frauen ihre Fortpflanzungsfähigkeit, ihre Menstruation erleben, was sie in diesem Bereich als "gestört" oder "krank" empfinden, wie sie mit entsprechenden Diagnosen umgehen und welchen Behandlungen sie sich unterziehen, läßt sich nur auf sozio-kulturellem Hintergrund betrachten.

1.2.3.2. EMPFÄNGNISVERHÜTUNG - KINDERWUNSCH

Die Entwicklung der modernen technischen Verhütungsmittel ermöglichte die Lösung der Sexualität von der Fruchtbarkeit und stellt somit eine enorme Chance dar, sich sowohl der Sexualität als auch der Fruchtbarkeit lustvoller zuzuwenden.

Dem stehen jedoch die gesellschaftlichen Ideologien zu Mutterschaft und die einseitige Belastung der Frau durch ihre biologische Fruchtbarkeit entgegen. "Bis heute wird die Fruchtbarkeit der Frau dazu benutzt, sie auch auf die Übernahme sozialer Mutterschaft festzulegen, wird sie mit dem Hinweis auf ihre Natur an Haus und Kinder gebunden und aus den öffentlichen Bereichen in vieler Hinsicht ferngehalten." (Jagenow/Mittag 1984, S.24). Das Gefühl der "Befreiung" hat sich in den letzten fünf bis zehn Jahren deutlich relativiert. Einerseits durch die Erfahrung, daß es keine ideale Verhütungsmethode (ohne Nebenwirkungen) gibt, andererseits durch das Ausbleiben der Befreiung in intim-partnerschaftlichen Bereichen.

Sexualtheoretiker beschäftigen sich in den letzten zehn Jahren mit der Einschränkung und Verdinglichung der sexuellen Beziehung zwischen Mann und Frau. Die Verdinglichung sei heute subtiler und stärker frauen- und sexualitätszentriert. Die modernen Verhütungstechniken (im Gegensatz zu Verhütungsmethoden der Vergangenheit, wie sie z.B. die Hebammen kannten, die auf Imagination, Wissen um zyklische Zusammenhänge von Mensch und Natur, Kräuterkunde, etc. beruhten) machen Sexualität durch sichere Verminde-

- 22 -

rung des Empfängnisrisikos konsumierbar. So zeigt eine Studie über die Sexualität von Jugendlichen, daß Mädchen "Geschlechtsverkehr leisten", um dafür Liebe und Zuwendung zu bekommen.

Frauen werden dazu erzogen, nicht nein zu sagen und sich nicht abzugrenzen; das führt durch die "Pille" zu einem besonderen Dilemma, weil diese Verfügbarkeit ihre Integrität und Selbstbestimmung gefährden kann.

Das generative Verhalten der Frau wird von verschiedenen Einflußfaktoren bestimmt:

Dabei haben im Lauf der letzten Jahre sozio-ökonomische Variablen an Einfluß verloren, Unterschiede zwischen den einzelnen Bevölkerungsschichten und somit auch die Einflüsse von Herkunft, Einkommen, Religion werden immer geringer (Bergmann-Rohracher 1981).

Eine 1978 vom IFES im Auftrag des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften durchgeführte Erhebung ergab, daß der Wunsch nach Kindern vor allem persönlich motiviert ist (Münz 1980).

Häufig ist er unreflektiert und rational nicht begründbar. Die Frage nach Gründen gegen Kinder bzw. für eine Begrenzung der Kinderzahl bringt hingegen spontan eine Menge von Argumenten hervor (vor allem Berufstätigkeit und Einschränkung durch Kinder). Als mögliche Motive für den Kinderwunsch überwiegen emotionale Gründe wie Vollständigkeit der Familie, Liebe zum Partner und zu Kindern allgemein (Bergmann-Rohracher 1981). Unbewußt steuernden Motiven kommt beim Kinderwunsch jedenfalls eine wesentliche Bedeutung zu. In einer empirischen Untersuchung aus der BRD (Jagenow/Mittag 1984) läßt sich hinter dem Kinderwunsch auch der Wunsch nach sozialer Identität und Erweiterung des sexuellen Erlebens eruieren.

Der Gedanke, Leben empfangen und ein Kind gebären zu können, spielt im Leben jeder Frau eine Rolle. Seine Bedeutung ist unterschiedlich von Frau zu Frau und verändert sich auch im Verlauf des Lebens. Das weibliche Rollenverständnis steht

- 23 -

in engem Zusammenhang mit der gewünschten Kinderzahl: Frauen, die sich eher als traditionell weiblich, mütterlich, fürsorglich ansehen, wünschen sich große Familien. Drei oder mehr Kinder wünschen sich aber auch Frauen, die die Beziehung zu ihrem Partner als nicht harmonisch bezeichnen und die ihre eigene Kindheit als nicht glücklich empfinden.

1.2.3.3. SCHWANGERSCHAFT - ERWÜNSCHT UND UNERWÜNSCHT

Vorstellung, Wunsch und Erleben einer Schwangerschaft sind zumindest heute prinzipiell ambivalent. Denn schon der Kinderwunsch ist ein Produkt der Wechselwirkungen verschiedener auch zum Teil miteinander in Konflikt liegender Bereiche (wie eigene Kindheit, die Beziehung zum Partner, übernommene und neu angestrebte Normen und Vorstellungen über die eigene weibliche Rolle, die Familie). Auf dem Hintergrund dieser vielfältigen Spannungssituationen und verschiedenster Wechselwirkungsprozesse muß das Kontrazeptionsverhalten und die persönliche Motivation zu einem Schwangerschaftsabbruch gesehen werden.

Vor allem wenn Sexualität schuld- oder schamvoll erlebt wird, ist auch Empfängnisverhütung eher tabu. Deshalb gilt ausführliche und vorurteilslose Aufklärung in der Schule und beim behandelnden Arzt als Voraussetzung eines verantwortlichen Kontrazeptionsverhaltens. Die Praxis der Sexualaufklärung in Österreich wird jedoch immer wieder sexualfeindlich durchgeführt (vgl. "Aufrisse" 4/1982).

Nach einer österreichischen empirischen Studie über Motive zum Schwangerschaftsabbruch (Wimmer-Puchinger 1982) unterscheiden sich die Frauen, die eine vorliegende Schwangerschaft voraussichtlich abbrechen werden, grundlegend von jenen Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen. Demnach werden als Zielgruppen für präventive Maßnahmen folgende angegeben:

- 24 -

Jugendliche, Frauen ohne stabile Partnerbeziehung, Frauen mit geringem Einkommen.

Auch bei Frauen, die ihre Schwangerschaft austragen, zeigt sich die zumindest heute prinzipielle Ambivalenz. Drei Viertel aller Schwangerschaften sind in Österreich zunächst ungeplant, das heißt die Entscheidung muß nachgezogen werden (Münz 1978). So wird die Schwangerschaft auch als "normative Krise" bezeichnet, welche durch Rollenwechsel, Isolation und Idealisierung der Mutterschaft gekennzeichnet ist. Je höher jedoch die Ideale von Mutterschaft sind, umso stärker ist auch der Zweifel an den eigenen Mutterqualitäten und umso schlechter gelingt die physische und psychische Anpassung an die Schwangerschaft (Breen 1975). Zweifel, Schuld- und Versagensgefühle prägen dann oft auch die Mutter-Kind-Beziehung. Auch die geplante und noch so erwünschte Schwangerschaft kann mit einer Phase der Destabilisierung verbunden sein. Denn der Begriff der Ambivalenz weist auf das gleichzeitige Vorhandensein widersprechender Neigungen hin. Der Zusammenhang zwischen der unverarbeiteten Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft und dem Auftreten von Schwangerschaftserbrechen, gilt als gesichert (Chertock 1962). Übereinstimmend wird eine konfliktfreie Anpassung an Schwangerschaft und Mutterschaft dann als möglich erachtet, wenn die ambivalente Haltung zugelassen werden kann und darf, das heißt die Auseinandersetzung mit beiden Gefühlskomponenten möglich ist.

Auch in Österreich konnte ein sogenannter "Babyschock", das heißt die Tatsache, daß nach der Geburt des ersten Kindes die gewünschte Kinderzahl reduziert wird, nachgewiesen werden, und zwar in Abhängigkeit vom Bildungsniveau der Frau: Frauen der unteren und mittleren Bildungsschichten reduzieren ihren Kinderwunsch nach dem ersten Kind häufiger als Frauen der oberen Bildungsschichten (Bergmann/Rohracher 1981).

- 25 -

1.2.3.4. DIE SOZIALE ROLLE DER FRAU IM KLIMAKTERIUM

Klimakterium und Menopause sind - so wie die Menstruation - normale physiologische Vorgänge im Lebenszyklus der Frau; die hormonelle Umstellung im Körper während dieser Zeit bedeutet daher nicht zwangsläufig Krankheit, wie dies häufig von der Medizin unterstellt wird, was sich vor allem in der ausschließlich medikamentösen Behandlung der in den Wechseljahren auftretenden Beschwerden von Frauen niederschlägt.

Eine unabänderliche Tatsache - die umso bedeutungsvoller in einer Gesellschaft ist, wo Frauen vor allem über ihre "Weiblichkeit", gemeint als ihre Gebärfähigkeit, definiert werden - ist das Aufhören dieser ihrer weiblichsten Funktion: der Fruchtbarkeit.

Beim Eintritt in das Klimakterium befinden sich viele Frauen in einer Phase ihres Lebens, die durch bestimmte äußere Kriterien eine Umbruchsituation, eine kritische Zeit, darstellt: die Kinder sind meist erwachsen und verlassen den gemeinsamen Haushalt, die Frau verliert damit einen Großteil ihrer bisherigen Aufgabe als Hausfrau und Mutter, ihre Fürsorge wird nicht mehr so gebraucht wie bisher, sie kann ihre emotionalen Impulse nicht mehr im Rahmen der Mutterliebe ausleben. Will sie wieder in das Erwerbsleben zurückkehren, so sind ihre Chancen gering, einen Arbeitsplatz zu finden - vor allem dann, wenn sie lange Zeit zuhause war, ihre Hausfrauen- und Mutterrolle erfüllt hat.

Die Situation der Frau am Beginn des Klimakteriums ist weiters gekennzeichnet durch die Angst vor dem Älterwerden, dem Verlust äußerer Attraktivität, was das Selbstwertgefühl vieler Frauen stark beeinträchtigt. All diese Funktionen führen, verstärkt durch die Veränderungen im Organismus der Frau während des Klimakteriums dazu, daß zahlreiche Frauen in dieser Zeit an körperlichen und seelischen Beschwerden leiden.

- 26 -

Die Situation jener Frauen, die sich heute im Klimakterium befinden, ist geprägt durch eine meist traditionelle Sozialisation, ausgerichtet auf die Erfüllung der typisch weiblichen Rolle: die geschlechtsspezifische Erziehung, die Fixierung auf ein geschlechtstypisches Verhalten, schränken die Frau in ihren Möglichkeiten, ihr Leben zu gestalten, eine eigene Identität zu finden, ein.

Die Medizin war und ist als gesellschaftliche Kontrollinstanz für die Unterdrückung und Diskriminierung der Frau mitverantwortlich, indem sie die Frau in verschiedenen Phasen ihres Lebens - Pubertät, Menstruation, Schwangerschaften, Geburten und auch im Klimakterium - zum kranken, schonungsbedürftigen, schwachen bis hin zum unzurechnungsfähigen Wesen erklärt. Neuere Untersuchungen haben aufgezeigt, wie vor allem die weibliche Geschlechtsrolle das Erleben des Klimakteriums mitbestimmt (Bellmann 1979; Stromberger 1984).

Der Verlust der Anerkennung, die sie durch die Versorgung und Erziehung der Kinder bisher bekommen hat, die Angst vor dem Alleinsein, weil die Kinder aus dem Haus gehen, sie plötzlich zwar mehr Zeit für sich hätte, diese aber nicht nutzen kann, weil sie bisher nur wenige außerhäusliche Kontakte hatte - all das beeinflusst offenbar das Befinden der Frau in den Wechseljahren, während die körperliche Verfassung durch die hormonelle Umstellung im Organismus der Frau möglicherweise ohnehin labil ist. Eine Untersuchung über die Ursachen von psychischen und körperlichen Beschwerden in den Wechseljahren hat ergeben, daß Frauen, die die weibliche Geschlechtsrolle stark verinnerlicht haben, auffallend öfter körperliche und psychische Beschwerden in den Wechseljahren haben als andere Frauen (Stromberger 1984).

- 27 -

2. GESUNDHEITS - UND KRANKHEITSVERHALTEN

2.1. GESETZLICHE REGELUNGEN DER GESUNDHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN

2.1.1. KÖRPERKRAFT, KONSTITUTION UND SITTLICHKEIT - DER SCHUTZ DER FRAU ALS ARBEITNEHMERIN

Die Sonderstellung der Frauen im Arbeitsrecht wird bis auf wenige Ausnahmen vor allem durch Verordnungen hergestellt: Die letzte Verordnung aus dem Jahr 1976 (BGBl. 676/1976) will Frauen vor allem vor besonders risikoreichen Tätigkeiten (wie Hantieren mit speziellen chemischen Präparaten), physisch besonders belastenden Arbeiten (wie Heben, Tragen und Schieben schwerer Lasten, Arbeiten in großer Hitze) aber auch psychisch und physisch besonders belastenden Arbeitszeiten (wie Nachtarbeit) schützen, indem es sie für die Frauen verbietet. Gesetzlich festgelegt ist auch die generelle Rücksichtnahme auf die Konstitution und die (geringeren) Körperkräfte der Frauen. (Vgl. Frauenbericht 85, Heft 3, Abschnitt 6.4.)

Diese Verordnungen und Gesetze haben jedoch auch prekäre Konsequenzen für Frauen. Frauen werden dadurch von Arbeitsplätzen ausgeschlossen, Arbeitsplätze, die auch die Gesundheit von Männern gefährden, werden nicht abgeschafft, ihre Existenz vielmehr solcherart legitimiert.

Doch nicht nur wegen ihrer schonungswürdigeren Gesundheit und Konstitution erfährt die Frau im Arbeitsrecht eine Sonderstellung: Auch ihre Sittlichkeit scheint mehr gefährdet als die der Männer. Jugendliche und Behinderte bedürfen laut Gesetz von 1974 auch besonderen Schutzes ihrer Sittlichkeit, die Frauen scheinen jedoch eines Schutzes zu bedürfen, der über den dieser Gruppe hinausgeht, da der Gesetzgeber nochmals ganz explizit darauf eingeht.

Im Widerspruch zu diesen Bestimmungen stehen allerdings bemerkenswerte Ausnahmen vom Verbot der Nachtarbeit für Frauen (BGBl. 237/1969, in der Fassung von 1972, BGBl. Nr. 235), die das Beherbergungs- und Gaststättengewerbe sowie

- 28 -

offene Verkaufsstellen betreffen.

2.1.2. DER SCHUTZ DER FRAU ALS MUTTER

Um die Gesundheit von (werdender) Mutter und Kind zu schützen, besteht vor und nach der Geburt für unselbstständig Erwerbstätige ein Arbeitsverbot. Während dieser Zeit erhalten Frauen ein Wochengeld in der Höhe des zuletzt bezogenen Erwerbseinkommens. 1974 wurde das Mutterschutzgesetz novelliert (BGBl. 178 und 179/1974). Die Dauer der Schutzfrist und damit auch die des Wochengeldbezugs wurde von 12 auf 16 Wochen verlängert. Bei Frühgeburten, Mehrlingsgeburten und (seit 1979 - BGBl. 342/1978) auch bei Kaiserschnitt-Entbindungen beträgt die Schutzfrist 20 Wochen. Die Novelle verschärft außerdem die Arbeitsverbote während der Schwangerschaft. (Vgl. Frauenbericht 85, Heft 3, Abschnitt 6.4.)

Seit 1982 sind vom Mutterschutz auch Bäuerinnen und (andere) Selbständige erfaßt (BGBl. 152/1982). Um diese Berufsgruppen acht Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung tatsächlich von der beruflichen Arbeit zu entlasten, haben sie während dieses Zeitraums Anspruch auf eine finanzielle Leistung (derzeit S 250.- pro Tag), sofern sie die Beschäftigung einer Ersatzarbeitskraft (Betriebshilfe) glaubhaft nachweisen können. Bei Früh-, Mehrlings- und Kaiserschnittgeburten beträgt die Schutzfrist nach der Geburt auch für Bäuerinnen und Selbständige 12 Wochen. Finanziert wird die 'Betriebshilfe' aus Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds und den Krankenkassen (der Bauern bzw. gewerblich Selbständigen). Vergleichsdaten für die Inanspruchnahme der betrieblichen Wochenhilfe liegen derzeit noch keine vor. 1983 haben, den Überblicksdaten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zufolge, 5.049 Bäuerinnen eine Betriebshilfe beantragt und zugesprochen bekommen.

- 29 -

2.1.3. PFLEGEFREISTELLUNG

Mit 1.1.1977 trat die sogenannte Pflegefreistellung (BGB1. 390/1976) in Kraft. Seitdem haben berufstätige Frauen ebenso wie Männer die Möglichkeit, im Krankheitsfall eines Kindes oder eines anderen im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen für die Dauer von einer Woche pro Jahr vom Dienst freigestellt zu werden.

2.1.4. DIE FRAUEN IM STRAFRECHT

"Die Frauen" scheinen als soziale Kategorie im Strafrecht nicht auf, wohl aber als spezifische Opfer und spezifische Täter. Ihre besondere Erwähnung als Täter und Opfer stehen ausschließlich im Zusammenhang mit weiblicher Sexualität und Reproduktionsfähigkeit (vgl. Bei 1981, S.41).

2.1.4.1. NOTZUCHT UND VERWANDTE DELIKTE

Der Schutz der sexuellen Integrität der Frauen ist gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber unterscheidet eine "außer-eheliche" (§ 201 StGB, Strafraum 1 - 10 Jahre) von einer ehelichen Notzucht, die er als "Nötigung der Unzucht" (§ 205 StGB) mit niedrigeren Strafen (6 Monate bis 5 Jahre) bedroht.

Die Durchsetzbarkeit dieses besonderen Schutzes ist jedoch äußerst gering. Die Mehrzahl der betroffenen Frauen nimmt davon Abstand, Anzeige zu erstatten, weil das Verfahren für sie - aufgrund der zu erhebenden Details - oftmals zur Tortur wird. Die Opfer müssen die "Ernsthaftigkeit ihres Widerstandes" oder aber ihre "Widerstandsunfähigkeit" dem Gericht glaubhaft machen: Dies dient der Feststellung des Vorsatzes beim Täter, der über Schwere und Ausmaß der Strafe

- 30 -

entscheidet. Als Milderungsgrund gilt nicht allein die Ehe, sondern auch ein vorhergegangener Intimverkehr mit dem Täter; außerdem wird der "Lebenswandel" der Frau berücksichtigt (Bei 1981, S.40 und 46).

Die Paragraphen 206, 207 und 211 StGB (Beischlaf mit Unmündigen, Unzucht mit Unmündigen und Blutschande) schützen zwar nicht die weibliche Sexualität im besonderen, doch sind in der Mehrzahl weibliche Personen Opfer dieser Delikte. Für die Durchsetzbarkeit dieses strafrechtlichen Schutzes gelten weitgehend die bereits oben erwähnten Einschränkungen.

Für das Gerichtsverfahren und die Strafbestimmungen wurden verschiedentlich Reformen mit dem Ziel einer einheitlichen Behandlung von sexueller Gewalt gegen Frauen und Formulierung eines prinzipiellen Schutzes fordert (Bei 1981, S.27).

2.1.4.2. SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Mit 1.1.1975 trat die sogenannte 'Fristenregelung' in Kraft (StGB. § 96 und § 97). Seitdem kann eine Schwangerschaft in den ersten drei Monaten straffrei abgebrochen werden. (Danach nur aufgrund medizinischer Indikation). Verpflichtend vorgeschrieben ist eine vorangegangene ärztliche Beratung sowie die Durchführung des Abbruchs durch einen Arzt. Das Gesetz enthält eine Gewissensklausel, die besagt, daß Ärzte sich aus Gewissensgründen weigern können, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.

Absicht der Reform war es, schwangeren Frauen in Konfliktsituationen die Möglichkeit zu bieten, eine freie, nicht von Strafverfolgung bedrohte Entscheidung zu treffen. Schwangerschaftsabbrüche werden nicht in allen öffentlichen Spitälern des Bundesgebietes durchgeführt, was die Situation der betroffenen Frau mitunter sehr erschwert.

- 31 -

Mit der begrenzten Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs wurde zugleich das Familienberatungsförderungsgesetz (BGBl. 80/1974) beschlossen, das die Einrichtung von Familienberatungsstellen sowie deren staatliche Förderung sicherstellt. Mit dieser Maßnahme und dem verpflichtenden Beratungsgespräch vor der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs hat der Gesetzgeber seine Bedenken hinsichtlich des Schwangerschaftsabbruchs als Form der Geburtenregelung zum Ausdruck gebracht.

Derzeit existieren im gesamten Bundesgebiet rund 200 Familienberatungsstellen (1974 waren es 53; 1981: 153), deren - gesetzlich festgelegte - Aufgabe sowohl die Partner- und Sozialberatung als auch die Schwangerenberatung und die Information über Empfängnisverhütung ist. 1984 wurden in den Familienberatungsstellen rund 125.000 Beratungsgespräche durchgeführt, 1974 waren es rund 10.000 gewesen, 1981 etwa 70.000.

2.2. DER GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UMGANG MIT GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

2.2.1. DIE INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN DURCH FRAUEN IM DIENSTE DER EIGENEN GESUNDHEIT

2.2.1.1. BETEILIGUNG AN GESUNDENUNTERSUCHUNGEN

Seit dem Jahre 1974 werden in Österreich Gesundenuntersuchungen durchgeführt, die insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-erkrankungen dienen. Gemäß § 132 b Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 1972 (BGBl. Nr. 31), mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert wurde (29. Novelle zum ASVG), hat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Durchführung der Gesundenuntersuchung zu regeln.

Der Kreis der für eine Gesundenuntersuchung in Frage kommenden Personen umfaßte nach den Richtlinien vom 1.1.1974 "Frauen ab dem 30. bzw. Männer ab dem 45. Lebensjahr, die in Österreich ihren Wohnsitz haben".

- 32 -

Mit 1. Jänner 1977 wurde § 132 b ASVG neuerlich novelliert und das Mindestalter für beide Geschlechter auf 19 Jahre herabgesetzt.

Für die Durchführung der Untersuchungen kommen nach den Richtlinien des Hauptverbandes "insbesondere Vertragsärzte und sonstige Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen (der Sozialversicherungsträger) in Betracht". Die Untersuchungen sind kostenlos und können einmal jährlich in Anspruch genommen werden.

Seit Beginn der Aktion bis zum Jahresende 1979 haben über 580.000 Basisuntersuchungen stattgefunden, davon über 240.000 bei Männern und über 340.000 bei Frauen (ÖBIG 1980).

2.2.1.2. ARZTBESUCHE ZUR KONTROLLE DES EIGENEN GESUNDHEITSZUSTANDES

Aufgrund der vom Österreichischen Statistischen Zentralamt durchgeführten Sondererhebung über Fragen zur Gesundheit liegen Angaben über die Häufigkeit von Arztbesuchen vor (ÖStZ 1976 - vgl. Tab.2/1 und 2).

Etwas über 13% der Bevölkerung besuchten zwischen September 1972 und August 1973 einen praktischen Arzt bzw. einen Facharzt zur Kontrolle ihres Gesundheitszustandes, Frauen etwas häufiger als Männer. 15,5% der Frauen, aber nur 11,3% der Männer konsultierten einen Facharzt.

Zu einem Zahnbehandler gingen ohne Anzeichen von Beschwerden etwa 19% der Bevölkerung, wobei auch hier der Anteil der Frauen etwas höher ist als der der Männer.

2.2.1.3. ARZTBESUCHE WEGEN BESCHWERDEN

Auch bei Vorliegen von Beschwerden gingen Frauen im genannten Zeitraum häufiger zum Arzt als Männer (vgl. Tab. 2/3 bis 6).

- 33 -

53,5% der Frauen besuchten einen praktischen Arzt (Männer: 47,8%), 31,9% der Frauen waren bei einem Facharzt (Männer: 27%). Was den Besuch eines Zahnbehandlers anlangt, so sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede minimal.

2.2.1.4. ARZTBESUCHE 1982/83

Da im Mikrozensus 1983 die Kategorien "Arztbesuche wegen Beschwerden" und "Arztbesuche ohne Beschwerden" durch differenziertere Kategorien ersetzt wurden, besteht keine direkte Vergleichsmöglichkeit mit den Ergebnissen von 1973.

Es zeigt sich jedoch, daß auch zwischen Dezember 1982 und November 1983 Frauen nahezu aller Altersstufen (Ausnahme: 0 - 14) deutlich häufiger zum praktischen Arzt gingen als Männer. Anders als 1972/73 überwiegen jedoch nun die Männer bei Besuchen beim Facharzt und in Ambulatorien (Tab. 2/7 und 8). Dies ist jedoch vermutlich darauf zurückzuführen, daß für 1982/83 die Besuche beim Frauenarzt in der vorliegenden Tabelle nicht berücksichtigt sind.

2.2.2. DIE INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN DURCH FRAUEN IM DIENSTE ANDERER

2.2.2.1. HÄUFIGKEIT DER SCHWANGERENUNTERSUCHUNG

Im Mikrozensus 1983 wurde die Häufigkeit der Schwangerenuntersuchungen erhoben: Nur ein geringer Prozentsatz schwangerer Frauen war nie bei einer Schwangerenuntersuchung gewesen (2,2%). Soziale und regionale Unterschiede treten jedoch deutlich hervor: Berufstätige Frauen gehen eher und öfter zur Schwangerenuntersuchung als nicht-berufstätige. In kleinen Gemeinden (weniger als 20.000 Einwohner) ist die Zahl der nie untersuchten Frauen geringer als in Wien, doch gehen Frauen aus kleinen Gemeinden seltener zu Untersuchungen (vgl. Tab. 2/9).

- 34 -

2.2.2.2. DER MUTTER-KIND-PASS

Der Mutter-Kind-Paß wird in Österreich seit dem Jahr 1974 eingesetzt. Ursprünglich war ein Mindestprogramm von fünf Untersuchungen während der Schwangerschaft und ebensoviel Untersuchungen im ersten Lebensjahr des Kindes vorgesehen. 1983 wurde der Mutter-Kind-Paß erweitert und sieht nun Untersuchungen bis zum fünften Lebensjahr des Kindes vor. Als Anreiz, die im Mutter-Kind-Paß vorgesehenen Untersuchungen durchführen zu lassen, wird bei Nachweis eine höhere Geburtenbeihilfe (derzeit insgesamt S 13.000,-) gewährt. Die erste Rate, in der Höhe von S 5.000,-, wird nach der Geburt des Kindes ausbezahlt. Die zweite (S 5.000,-) nach dem ersten Geburtstag des Kindes, die dritte (S 3.000,-) nach Ablauf des zweiten Lebensjahres. Eine Fünfjahresbilanz aus dem Jahr 1979 weist für diesen Zeitraum die Durchführung der vorgeschriebenen Untersuchungen durch 96% der Mütter aus. Durch die Einführung des Mutter-Kind-Passes konnte die Zahl der Untersuchungen pro Schwangerschaft deutlich gesteigert und die Mütter- ebenso wie die Säuglingssterblichkeit drastisch gesenkt werden (vgl. Abschnitt 3.3.4.). Auf die zweite und die dritte Rate der Geburtenbeihilfe haben auch Mütter von Adoptiv- und Pflegekindern Anspruch, sofern sie die Untersuchungen durchführen lassen.

2.2.2.3. GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSVERHALTEN VON FAMILIEN MIT KLEINKINDERN

Im Auftrag des Instituts für Stadtforschung wurde ein Pilot-Studie über das "Gesundheitsverhalten von Familien mit Kleinkindern" (Kunze 1977) durchgeführt, in deren Rahmen die Themen "Inanspruchnahme medizinischer Leistungen", "Kriterien der Arztwahl", "Selbstmedikation" sowie "Gesundheitliche Informationsquellen und -wünsche" behandelt wurden:

Bezeichnend ist, daß für die 21 explorativen Interviews der Studie durchwegs nur die Mütter als Auskunftspersonen fun-

- 35 -

gieren konnten.

Des weiteren waren bei ärztlichen Konsultationen, die nicht auf Beschwerden zurückgingen, sondern vorbeugenden Charakter hatten, Mütter und Kinder weitaus häufiger beteiligt als Väter (52% und 54% bzw. 6%).

Bei vorliegenden Gesundheitsstörungen werden medizinische Leistungen von den Müttern je nach betroffener Person unterschiedlich rasch in Anspruch genommen:

- Bei Erkrankungen der Kinder wird schnelles Handeln als wichtig erachtet
- bei eigenen Erkrankungen wollen Mütter hingegen vorerst etwaige Besserung abwarten.

Nach Ansicht der Mütter sollte der Arzt vor allem dann sofort zu einem erkrankten Kind gerufen werden, wenn hohes Fieber (über 38° C) festgestellt wird. Am zweithäufigsten wurde die Meinung vertreten, man müsse den Arzt bei jeder Gesundheitsstörung konsultieren, auf jeden Fall jedoch bei Auftreten von Fieber und Schmerzen; seltener wurde die Meinung vertreten, daß der Arzt bei allen Symptomen, die man nicht kennt oder die nicht erklärbar sind, konsultiert werden sollte.

Beinahe zwei Drittel der befragten Mütter äußerten den Wunsch nach verbesserter und intensiverer Gesundheitsinformation. Dabei wurden vor allem dem behandelnden Arzt, aber auch dem Apotheker besondere Aufgaben zugeordnet; großes Interesse bestand auch an gedrucktem Informationsmaterial (Broschüren etc.).

Für das Jahr 1982/83 liegen repräsentative Ergebnisse über die Begleitung zum Kinderarzt vor: Auch hier zeigt sich, Frauen begleiten Kinder deutlich häufiger als Männer. Männer machen nicht einmal 1% der Begleitpersonen aus. Diese Ergebnisse zeigen, daß Frauen in der Familie nach wie vor für die gesundheitliche Reproduktion zuständig sind (Tab. 2/10).

Frauen werden nicht nur als kränker und physisch, psychisch wie sozial schwächer wahrgenommen als Männer, sie verhalten

- 36 -

sich auch dementsprechend: Sie gehen häufiger zum Arzt, um ihre Gesundheit überprüfen zu lassen, und sie gehen häufiger zum Arzt, wenn sie Beschwerden verspüren. Sie beschäftigen sich also mehr mit möglichen oder tatsächlichen Schwächen und Störungen ihres Körpers. Oder sollte man sagen, Männer werden als gesünder und stärker, weniger hilfs- und anlehnungsbedürftig wahrgenommen und nehmen daher - zum eigenen Schaden - medizinische Leistungen aus präventiven Gründen seltener in Anspruch? Selbst dann, wenn sie an Beschwerden leiden, gehen sie seltener zum Arzt. Angesichts ihrer gegenüber Frauen generell höheren Morbidität und früheren Mortalität (vgl. Kapitel 3) ist dies jedoch sehr unwahrscheinlich. Es könnte hingegen sein, daß Männer Beschwerden häufiger als Frauen ignorieren oder unterdrücken bzw. tatsächlich nur ein gröberes Sensorium für gestörte Prozesse in ihrem Körper entwickeln. Am Zustandekommen des unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens werden wohl beide Faktoren, die subjektiv wahrgenommene wie sozio-ökonomisch auch objektiv vorhandene Schwäche der Frauen und die subjektiv wahrgenommene wie sozio-ökonomisch auch objektiv vorhandene größere Stärke der Männer beteiligt sein.

Frauen sind schon biologisch durch ihre Reproduktionsfähigkeit enger mit Körper und Gesundheit anderer (ihrer Kinder) verbunden als Männer. Daß die notwendige Obsorge für die Gesundheit der Kinder nicht nur während der Schwangerschaft, sondern noch lange nach der Geburt mehr oder minder ausschließlich von der Mutter wahrgenommen wird, ist hingegen ein soziales Phänomen, ebenso wie die den Frauen zukommende Kompetenz für die Gesundheit und Krankheit anderer Familienmitglieder (Ehe-Männer, Verwandter) auch.

Diese Kompetenzen betreffen nicht nur die Begleitung der Kinder oder anderer Familienmitglieder bei Arztbesuchen oder deren häusliche Pflege im Krankheitsfall (79% der kranken Kleinkinder werden vorwiegend von den Müttern gepflegt) (Hausa 1978). Sie beginnen bereits bei der Sorge für Nahrung

- 37 -

und Kleidung, beim Herbeischaffen von alltäglich nötigen Haushaltsrequisiten. So wurde vom Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung 1965 geschätzt, daß zwischen "70% und 75% der Haushaltsausgaben für Ernährung, Kleidung, Heizung und Beleuchtung, Einrichtungsgegenstände und Hausrat von Frauen getätigt werden. Relativ gering dürfte ihr Anteil nur bei Käufen von Tabakwaren und Fahrzeugen (also bei eher mit gesundheitlichen Risiken behafteten Gegenständen - Anmerkung der Autoren) sein".

2.3. DER GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UMGANG MIT DEM EIGENEN KÖRPER

Alkohol, Opiate und Cannabis werden in der Folge als Rauschdrogen klassifiziert, Kaffee und Tee werden mit einem Begriff von Schivelbusch (1980, S.25 ff.) als Drogen der Nüchternheit und Ernüchterung definiert. Zur Klasse der Ernüchterungsmittel soll in der Folge auch der Tabak gezählt werden, der "trockene Trunkenheit" (Schivelbusch 1980, S.108) erzeugt.

Psychopharmaka, die in der Mehrzahl zur Symptom- oder Heilbehandlung medizinisch eingesetzt werden, werden als gefühlslösende Mittel begriffen. Der kleinen Untergruppe der stimulierenden Psychopharmaka wird gesonderte Aufmerksamkeit zu schenken sein.

Diese grobe Einteilung in Rausch-, Nüchternheits- und Dämpfungsmittel rekurriert auf ein historisch gewachsenes Alltagsverständnis der Substanzen, das sich in ihren vorrangigen Verwendungszwecken niederschlägt. Die Einteilung reflektiert freilich auch auf historisch neuere und gesetzgeberische Entwicklungen. Daß Opiate und Cannabis relativ eindeutig den Rauschmitteln zuzurechnen sind, resultiert aus ihrer völligen (Cannabis) oder weitgehenden (Opiate) Verbannung aus der vom österreichischen Gesetzgeber zugelassenen und von der Ärzteschaft sanktionierten Pharmakopöe (amtliches Arzneibuch). Selbstverständlich können auch verbotene Drogen (Cannabis und Heroin) oder auf verbotenen Wege (nicht von

- 38 -

Ärzten verordnet) konsumierte Drogen wie zum Beispiel Morphinum als Medikamente eingesetzt werden. Doch betonen gerade das Verbot bzw. der erschwerte Zugang zu diesen Substanzen ihre Verwendungsmöglichkeit als Rauschmittel.

Die für die vorliegende Fragestellung direkt nutzbaren Daten (wiederholte Repräsentativerhebungen) sind rar. Es wird deshalb häufig auf Sekundärindikatoren zurückgegriffen, wie z.B. die geschlechtsspezifische Entwicklung alkohol- und nikotinbedingter Krankheiten und Sterbefälle, die gerichtliche Verurteiltenstatistik, die Unfallstatistik etc. Freilich werden aus diesen Statistiken nur Extremfälle ersichtlich: Stimmt es, daß Frauen heute seltener abstinent sind und insgesamt häufiger zu alkoholischen Getränken greifen, muß sich dies noch nicht in erhöhter Leberzirrhosesterblichkeit, alkoholbedingten Unfällen oder Berauschungsdelikten niederschlagen. Hinweise auf zwar sinkende Abstinenz, aber nur geringfügig gestiegenen Alkoholkonsum von Frauen in anderen Ländern sind vorhanden.

2.3.1. RAUSCHMITTEL

2.3.1.1. ALKOHOLISCHE GETRÄNKE

Die Entwicklung alkoholbedingter Mortalität, alkoholbedingter Delikte und alkoholbedingter Verkehrsunfälle seit dem zweiten Weltkrieg läßt nicht auf entscheidende geschlechtsspezifische Verschiebungen beim Alkoholkonsum schließen: Die Relation der an Leberzirrhose, alkoholbedingten Krebsen, Alkoholismus und Alkoholpsychose gestorbenen Männern und Frauen blieb weitgehend konstant (vgl. Tab. 2/11). Von Frauen im Zustand völliger Berauschung begangene Delikte stiegen - bezogen auf die von Frauen insgesamt begangenen Delikte - nicht. Die der Männer stiegen zu Beginn der 50er Jahre überproportional (vgl. Tab. 2/12). Einzig die Zahl der bei Straßenverkehrsunfällen mit alkoholisierten Beteiligten verunglückten Frauen stieg in der zweiten Hälfte der 70er Jahre (vgl. Tab. 2/13). Verun-

- 39 -

glückten Frauen bei Straßenverkehrsunfällen mit alkoholisierten Beteiligten zudem noch 1961 häufiger als Mitfahrerinnen (zu 33%) denn als Lenkerinnen (zu 30%), verunglückten sie 1982 zumeist als Lenkerinnen (zu 74%) und kaum mehr als Mitfahrerinnen (zu 6 %).

Es ist also zu vermuten, daß Frauen zunehmend Fahrzeuge im alkoholisierten Zustand lenken: Berücksichtigt man jedoch, daß auf 1,9 männliche Führerscheinbesitzer im Jahre 1977 bereits eine Führerscheinbesitzerin kam, ist die Zunahme der Unfälle, die Frauen im alkoholisierten Zustand verursachen, unbedeutend (Klebel 1982).

Die einzige Repräsentativerhebung über die Trinksitten der 16 - 29jährigen Österreicher gibt Aufschluß über geschlechtsspezifisches Konsumverhalten (Alkoholkonsum in Österreich 1977): 12% der Männer, aber 21% der Frauen sind abstinent, Frauen trinken durchschnittlich pro Tag weniger als die Hälfte reinen Alkohol als die Männer (21g versus 51g), 38% der nicht abstinenten Frauen waren noch nie berauscht (Männer: 9%).

Die geschlechtsspezifischen Trinksitten variieren freilich regional sehr deutlich: In der Folge sollen einige Ergebnisse der Studie aus drei Bundesländern verglichen werden, die sich nach ihrer wirtschaftlichen Struktur deutlich unterscheiden, jedoch eher im Osten Österreichs liegen und kulturell nicht zu sehr differieren: Wien, die einzige Großstadt Österreichs mit dem absolut und relativ größten Dienstleistungssektor, das Burgenland mit einem relativ großen agrarischen und dem kleinsten Tertiärsektor und Oberösterreich, das industrialisierteste Bundesland (vgl. Tab. 2/14 - 17). In Wien bezeichnet sich ein relativ hoher Prozentsatz von Männern und ein relativ geringer von Frauen als abstinent: die geschlechtsspezifischen Abstinenteraten differieren praktisch nicht. Der Anteil der Männer, die noch nie berauscht waren, ist relativ hoch, der von Frauen relativ niedrig, die geschlechtsspezifische Differenz der Rauschenerfahrungen daher ebenso geringfügig. Die Toleranz beider Ge-

- 40 -

schlechter gegenüber dem Alkoholkonsum von Frauen ist ähnlich hoch. Wesentlich unterscheidet sich nur die durchschnittlich täglich getrunkene Menge an reinem Alkohol. Zwar trinken Wiener und Wienerinnen am meisten von allen Österreichern, doch unterscheiden sich die von ihnen durchschnittlich getrunkenen Mengen am deutlichsten.

Im Burgenland ist die Abstinenzrate der Männer am niedrigsten, die der Frauen am höchsten, die geschlechtsspezifischen Unterschiede am deutlichsten ausgeprägt. Ähnliches gilt für die Rauscherfahrten. Die Toleranz der Männer gegenüber dem Alkoholkonsum von Frauen ist relativ hoch, die der Frauen niedrig. Die durchschnittlich getrunkenen Mengen an reinem Alkohol liegen bei beiden Geschlechtern jedoch unter dem österreichischen Durchschnitt und unterscheiden sich unterdurchschnittlich.

In Oberösterreich schließlich sind die Abstinenzraten von Frauen und Männern unterdurchschnittlich und unterscheiden sich deutlich weniger als im Burgenland, aber deutlich mehr als in Wien. Die Rauscherfahrten sind deutlicher geschlechtsspezifisch ausgeprägt und liegen bei den Männern etwas über dem, bei den Frauen etwas unter dem österreichischen Durchschnitt. Die Toleranz gegenüber dem Alkoholismus von Frauen ist bei den Geschlechtern ähnlich und liegt unter dem österreichischen Durchschnitt. Die täglich getrunkene Menge an reinem Alkohol unterscheidet sich bei Männern und Frauen deutlicher als im Burgenland und weniger deutlich als in Wien.

2.3.1.2. VERBOTENER DROGENKONSUM

Die Entwicklung des verbotenen Drogenkonsums lässt sich nur indirekt aus den Zahlen polizeilich Auffälliger und gerichtlich Verurteilter erschließen: In absoluten Zahlen ausgedrückt überwiegen unter gerichtlich verurteilten illegalen Drogenkonsumenten (und wahrscheinlich auch im Dunkelfeld) die Männer. Relativ gesehen, nämlich bezogen auf die männliche und weibliche Gesamtkriminalität,

- 41 -

ergeben sich im beobachteten Zeitraum jedoch erhebliche geschlechtsspezifische Verschiebungen. So lag der Anteil der österreichischen Suchtgiftkriminalität an der Gesamtkriminalität der Frauen bis zur Mitte der 60er Jahre eindeutig über dem Anteil der Suchtgiftkriminalität der Männer an deren Gesamtkriminalität. Zwischen 1964 und 1972 näherten sich die jeweiligen Anteile und seit 1973 übersteigt der Anteil der Suchtgiftkriminalität der Männer eindeutig den Anteil der Suchtgiftkriminalität der Frauen (vgl. Tab 2/18). Bis Mitte der 60er Jahre also wurden Frauen relativ häufig wegen Suchtgiftdelikten verurteilt.

Eine 1968 an gerichtlich verurteilten Suchtgiftstraftätern durchgeführte Studie ergab folgendes: Der Konsum von Opiaten (Morphium und Heptadon) war bei den Verurteilten vorherrschend, das durchschnittliche Alter war 50 - 55 Jahre, die Abhängigkeit begann zumeist im 4. Lebensjahrzehnt.

Die verbotenen Substanzen wurden von Frauen vorwiegend wegen körperlicher Krankheiten (zu 77%), in zweiter Linie wegen seelischer Leiden konsumiert. Bei den Männern standen Kriegsverletzungen (zu 37%) an erster Stelle, gefolgt von körperlichen Krankheiten (zu 32%) und seelischen Leiden (zu 23%). Die Frauen bezogen die Suchtgifte teils auf dem legalen Markt (Ärzte und Apotheken), teils auf illegale Weise (Rezeptfälschung - Graßberger 1969). Der illegale Drogen- (vorwiegend Opiat-) Konsum der Frauen erfolgte also vorrangig, wenn nicht ausschließlich zu Heil- oder Schmerzbehandlung von körperlichen Leiden (was die Erzeugung euphorischer Zustände freilich nicht ausschließt).

Ende der 60er Jahre, Anfang der 70er Jahre beginnt das Cannabis auch den österreichischen Markt zu erobern. Seit Mitte der 70er Jahre werden die meisten polizeilich auffälligen Suchtgiftkonsumenten wegen eines Cannabisdeliktes angezeigt. Mitte der 70er Jahre - also zu einem Zeitpunkt, zu dem der Anteil der wegen Suchtgiftdelikten verurteilten Frauen an allen verurteilten Frauen sinkt - steigt der Anteil der (auch) wegen Opiatdelikten Angezeigten abermals:

- 42 -

Das Opiat, das nun den entsprechenden Markt beherrscht, ist Heroin. Die Konsumenten sind vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene.

Bei einer Dunkelfelderhebung an 15 - 17jährigen Wiener Schülern im Jahre 1980 gaben 12% der Burschen und 8% der Mädchen Erfahrungen mit verbotenen Drogen an. Die männlichen Jugendlichen waren häufiger kriminalisiert. Als Erklärung dafür ist der häufigere, intensivere und härtere Drogengebrauch und ihr häufigerer Handel mit illegalen Drogen heranzuziehen. Die Mädchen fallen ihrerseits durch häufigere Verwendung von (verbotenen) (1) beruhigenden und stimulierenden Medikamenten zu Rauschzwecken auf, öfter als bei den Burschen waren diese Substanzen auch deren erste verbotene Droge (Eisenbach-Stangl 1984a).

Neben den illegalen Drogenkonsumenten und illegalen Drogensüchtigen existiert eine nicht unbeträchtliche Zahl von Personen, die legal von den im Suchtgiftgesetz erfaßten Drogen - vorwiegend Opiaten und opiatähnlichen Substanzen - abhängig ist: Mit Zustimmung der Gesundheitsbehörden erhalten sie Dauerverschreibungen. Diese Gruppe ähnelt altersmäßig und nach den Motiven ihres Konsums den gerichtlich Verurteilten der 50er und 60er Jahre: Zu Beginn der Dauerverschreibung lag zumeist ein körperliches Leiden vor. Bei dieser Gruppe überwiegen die Frauen (genauere geschlechtsspezifische Zahlen sind zur Zeit leider nicht erhältlich).

2.3.2. ERNÜCHTERUNGSMITTEL

2.3.2.1. KAFFEE UND TEE

Eine österreichische Repräsentativerhebung aus dem Jahre 1979 über den "Genußmittelkonsum" (gemeint sind unter anderem Bohnenkaffee, Tee, alkoholische Getränke, Zigaretten, Süßig-

(1) Aus den Daten ist nicht klar ersichtlich, ob es sich um gesetzlich verbotene Drogen handelt oder ob legale Medikamente zu Rauschzwecken konsumiert wurden.

- 43 -

keiten) zeigt, daß etwa 78% aller 16 - 69jährigen Österreicher als Kaffeekonsumenten zu bezeichnen sind. Der Kaffeekonsum liegt in ländlichen Gegenden am niedrigsten, in Wien am höchsten. Selbständig und unselbständig Erwerbstätige wie Pensionisten trinken ihn überdurchschnittlich häufig; in agrarischen Berufen Tätige und Arbeiter unterdurchschnittlich oft (Österreichischer Ernährungsbericht 1982, S.24). Mehr Frauen (81%) als Männer (74%) trinken Kaffee. Frauen sind darüber hinaus die häufigeren Konsumenten: 83% tranken in den vier Wochen vor der Befragung durchschnittlich zumindest einmal pro Tag Kaffee (74% der Konsumenten) und weniger Frauen als Männer begnügten sich mit durchschnittlich weniger als einer Tasse täglich (17% versus 25%). Unselbständig erwerbstätige Frauen trinken Kaffee noch häufiger als unselbständig erwerbstätige Männer (jedoch die Arbeiterinnen seltener als die weiblichen Angestellten) und häufiger als Hausfrauen. Der Kaffeekonsum ist in Österreich insgesamt im Steigen begriffen: wurde 1964 monatlich ein halbes Kilo pro Haushalt verbraucht, war es 1974 0,7 kg (Waldert 1976, S.369).

Nur 51% aller Österreicher sind Teekonsumenten, Tee wird überdies seltener konsumiert als Kaffee. Tee hat, im Gegensatz zu England, in Österreich niemals den Kaffee ersetzt, seine Bedeutung als allgemeines Ernüchterungsmittel blieb bis heute gering, auch wenn sie in den letzten Jahren im Steigen begriffen zu sein scheint. Die regionale und berufliche Verteilung der Teekonsumenten gleicht der der Kaffeekonsumenten, die Geschlechterdifferenzen sind unerheblich, auch ergeben sich keine Unterschiede zwischen berufstätigen Frauen und Hausfrauen.

Über geschlechtsspezifische Verschiebungen des Kaffeeteekonsums läßt sich aus den vorliegenden Daten nichts aussagen.

2.3.2.2. TABAK

Um es vorwegzunehmen: Beim Konsum von Tabak (Zigaretten) ist eine Tendenz zur Verringerung der Geschlechterunterschiede festzustellen: Zwischen 1972 und 1979 sank der Anteil rauchender Männer an der über 16jährigen Bevölkerung Österreichs von 45,3 auf 41,1%. Gleichzeitig stieg der Anteil rauchender Frauen von 13,1 auf 17,1%. Zu rauchen begannen vor allem Frauen unter 40 Jahren (vgl. Tabelle 2/19). Auch stieg die Zahl der durchschnittlich pro Tag gerauchten Zigaretten bei Frauen. Allerdings liegt die Rauchfrequenz der Frauen, ebenso wie die von ihnen gewählte Zigarettenstärke, nach wie vor weit unter der der Männer (vgl. Friedl 1980a und b). Frauen mit niedriger Schulbildung.

Frauen in ländlichen Regionen rauchen seltener als Frauen mit besserer Schulbildung und Frauen in Städten. Bei Männern steigt der Raucheranteil ebenfalls mit der Gemeindegröße, sinkt jedoch mit steigender Schulbildung. Deutlicher als der Bildungsgrad bestimmt bei den Frauen die Berufstätigkeit das Rauchen: Hausfrauen und Frauen mit agrarischen Berufen rauchen deutlich seltener als selbständig und unselbständig Erwerbstätige (Friedl 1980c).

Der geschilderte Trend scheint sich bis 1983 fortgesetzt zu haben: Es rauchten in diesem Jahr nur mehr 36% aller über 15jährigen Männer und 18% der über 15jährigen Frauen (Mikrozensus zu Gesundheit von 1983).

Zur Ergänzung der epidemiologischen Befunde lassen sich die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken heranziehen: Die Morbidität an Lungenkrebs (in Krankenanstalten Behandelte und wieder Entlassene) ist bei Frauen seit Beginn der 60er Jahre unverändert, bei den Männern ist ein Anstieg zu verzeichnen. Ein leichter Anstieg ergibt sich bei den wegen chronischer Bronchitis Behandelten, und zwar bei beiden Geschlechtern. Klarere geschlechtsspezifische Veränderungen zeigt die Mortalitätsstatistik (vgl. Tabelle 2/20). Die Mortalität an Lungenkrebs war in den 70er Jahren bei den Männern ein-

- 45 -

deutig rückläufig, bei Frauen jedoch ansteigend. Rückläufig bei beiden Geschlechtern ist seit Beginn der 70er Jahre die Mortalität an chronischer Bronchitis, allerdings in wesentlich größerem Ausmaß bei den Männern als bei den Frauen. An beiden Raucherkrankheiten sterben freilich nach wie vor die Männer deutlich häufiger als die Frauen, wenn sich auch die Relation zugunsten der Männer verringert hat. Der Befund über den gesteigerten Tabakgenuß bei Frauen, der aus den epidemiologischen Daten gewonnen werden konnte, bestätigt sich bei der Betrachtung der extremsten Konsequenzen des Tabakgenusses.

2.3.3. GEFÜHLSDÄMPFENDE SUBSTANZEN

Über den geschlechtsspezifischen Medikamentenkonsum im allgemeinen liegen für Österreich Daten aus zwei Erhebungen vor: Aus dem Mikrozensus von 1978 (Mahidi 1980) und dem Mikrozensus von 1983. Sie sind leider nicht vergleichbar und berücksichtigen auch Psychopharmaka nicht gesondert. Für den Medikamentenkonsum in Österreich lassen sich die auch für andere Länder vorliegenden Befunde kommentieren (Ergebnisse des Mikrozensus von 1978 - vgl. Tabelle 2/21 und 22). Frauen konsumieren Medikamente insgesamt häufiger (zu 31%) als Männer (zu 20%): Berufstätige Frauen (zu 16%) häufiger als berufstätige Männer (zu 11%), Pensionistinnen (zu 67%) häufiger als Pensionisten (zu 56%) (Mahidi 1980).

Noch größere geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich beim Psychopharmakakonsum, genauer: bei der Einnahme sedierender Substanzen ausmachen. Frauen konsumieren jedoch nicht nur beruhigende und schlaffördernde Mittel häufiger als Männer, sondern auch schmerzstillende Substanzen, Appetitzügler, Mittel gegen Verstopfung und Nervenstärkungsmittel. Lediglich der Stimulantiengebrauch liegt bei den Männern höher. Der Konsum von schlaffördernden und beruhigenden Mitteln steigt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter an (vgl. Tabelle 2/23).

- 46 -

Berücksichtigt man die Häufigkeit der Psychopharmakaeinnahme, vertiefen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Mitteln gegen Müdigkeit und Nervenstärkungsmitteln dürfte bei Hausfrauen höher liegen als bei berufstätigen Frauen - genaue Interpretationen lassen die Daten leider nicht zu (Alkoholkonsum in Österreich 1977).

Die geschlechtsspezifischen Einnahmegewohnheiten bilden sich nicht erst im Alter aus: Unterschiede ähnlichen Ausmaßes bei schlaffördernden Mitteln und beruhigenden wie schmerzstillenden Mitteln sind bereits bei 15 - 17jährigen Wiener Schülern zu finden. Der Stimulantiengebrauch differiert hingegen bei Burschen und Mädchen kaum (Eisenbach-Stangl 1984a).

2.3.4. DIE ZUNEHMENDE ERNÜCHTERUNG VON FRAUEN

Die geschlechtsspezifischen Konsumgewohnheiten dürfen sich in Österreich nur beim Tabakgenuß bemerkenswert verschoben haben. Frauen geben sich also zunehmend der "trockenen Trunkenheit" hin, obwohl gegen Tabak Ende der 70er Jahre vom Gesundheitsministerium eine Antiwerbekampagne geführt wurde: So prägte sich der Slogan "Ohne Rauch geht's auch" 98% der Österreicher ein (Kunze/Gredler 1981), die Zigarettenspackungen müssen seit 1980 die Aufschrift tragen "Rauchen kann die Gesundheit gefährden", Rauchverbote an den verschiedensten Orten, z.B. in Regionalzügen, wurden eingeführt. Warum waren diese Bemühungen bei Frauen umsonst und bei Männern vielleicht erfolgreich? In der Folge soll zuerst eine Erklärung dieser Veränderungen versucht und dann auf die erklärungsbedürftigen minimalen geschlechtsspezifischen Veränderungen beim Konsum anderer psychotroper Substanzen eingegangen werden.

1950 waren 34% aller unselbständigen Erwerbstätigen Frauen, 1970 37% und 1982 40%. Die Zahl der unselbständig Erwerbs-

- 47 -

tätigen beiderlei Geschlechts stieg in dem gleichen Zeitraum um 70%. 1982 waren absolut fast doppelt so viele Frauen berufstätig wie 1950 (Bericht über die soziale Lage 1982, S.122). Die leichte Rezession 1974 - 1975 traf mehr Männer als Frauen. 1982 war der Anteil offiziell arbeitsloser Frauen geringer als der der arbeitslosen Männer. Frauen orientieren sich zunehmend auf berufliche Dauertätigkeit hin und weg von einer Übergangstätigkeit vor der Geburt des ersten Kindes und dem (abermaligen) Berufseintritt mit etwa 40 Jahren, wenn die Kinder ausreichend selbständig erscheinen. Schließlich ist auch noch auf die vor allem in den 70er Jahren erfolgte Verbesserung der Qualifikation von Frauen und ihre gestiegenen Chancen, in gehobene Berufspositionen vorzudringen, hinzuweisen (Fischer-Kowalski 1983). Da vor allem berufstätige Frauen rauchen, liegt die Annahme, daß der Anstieg des weiblichen Raucheranteils mit der vermehrten Berufstätigkeit von Frauen zu tun haben könnte, nahe.

Rauchen ist - wie Schivelbusch zu zeigen vermag - eng mit geistiger Arbeit verbunden: Der Tabak fördert die Konzentration, stimuliert in gewissem Ausmaß und beruhigt gleichzeitig. Auf die letztgenannte Wirkung zielt Schivelbusch ab, wenn er schreibt:

"Der Tabak wirkt negativ, indem er den Restkörper beruhigt, d.h. seine Motorik auf ein Minimum reduziert, was bei geistiger, das heißt sitzender Tätigkeit gefragt und erforderlich ist. Im Rauchen reagiert der geistig arbeitende Mensch die funktionslos, ja dysfunktional gewordenen körperlichen Energien ab, die der vorbürgerliche Mensch in körperlicher Arbeit, auf der Jagd, bei Turnieren usw. los wurde. In diesem Sinne ist das Rauchen eine Ersatzhandlung. Daß es genußreich ist, ändert nichts daran" (1980, S.122).

Der Siegeszug der rasch konsumierbaren Zigarette in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, der auf Kosten anderer Konsumformen von Tabak ging, spiegelt daher nicht nur das "Schnellerwerden aller Vorgänge des Alltagslebens" wider, sondern auch die Veränderung der Arbeit. Vielleicht deshalb war das Rauchen seit der Einführung des Tabaks in

- 48 -

Europa ein Symbol bürgerlich-emanzipatorischer Bewegungen, das in der Folge, wie andere bürgerliche Sitten auch, von den Arbeitern aufgenommen wurde. Daß Arbeiter vermehrt Zigaretten zu rauchen begannen, mag aber auch damit zusammenhängen, daß ihre Tätigkeiten zunehmend einseitiger und monotoner wurden, daß die Steigerung der Konzentrationsfähigkeit und die "Beruhigung des Restkörpers" auch für sie zu zunehmend erwünschten und gesuchten körperlich-psychischen Zuständen wurden.

Rauchende Bürgerinnen jedoch waren undenkbar, widersprachen geistige Aktivität und Konzentriertheit doch ihrem Wesen:

"Gerade deshalb, weil das Rauchen eine erheblich geschlechtsspezifische Zuordnung erhalten hatte, wurde es auch zunehmend dazu benutzt, ein Signal für das Ausbrechen aus dieser abhängigen Stellung zu setzen, von den Emanzipationsvorkämpferinnen des 19. Jahrhunderts ebenso wie von den Sympathisantinnen der 48-er Revolution" (Sandgruber 1984, S.15).

Die Tabakregie erfaßte zu Beginn des Jahrhunderts diese Chance, neue Konsumenten zu rekrutieren und umwarb die Frauen - eine Strategie, die sie, durch zwei Kriege nachhaltig unterbrochen, bis heute beibehält.

Um die gleiche Zeit, und durch die Tabakwerbung zumindest unterstützt, scheint sich eine weitere wesentliche Bedeutung des Rauchens durchgesetzt zu haben: weibliche Erotik. Einerseits wurde die rauchende Frau zur Verföhrerin, andererseits die Zigarette selbst zum Symbol des Femininen. Sandgruber stellt den Zusammenhang zwischen beiden Varianten der erotischen Rauchsymbolik und dem neuen Körperideal der Schlankheit der Frauen her: Die, im Gegensatz zur dickbäuchigen Zigarre schlanke Zigarette ist unmittelbares Symbol des neuen weiblichen Körperideals, und die schlanke, erotische Frau raucht, statt Süßigkeiten zu essen.

Die genannten Bedeutungskomponenten des Tabaks (speziell in Form von Zigaretten)- seine konzentrierend-beruhigend pharma-

- 49 -

kologische Wirkung, seine emanzipatorische und erotische Symbolik - sind auch heute noch in der Werbung auszumachen. Und der steigende Raucheranteil von Frauen in den 70er Jahren läßt sich anhand dieser historisch gewachsenen Bedeutungen erklären. Berufstätigkeit hat für Frauen mehr oder minder emanzipatorische Bedeutung: Hoch wird sie vor allem bei jenen sein, die beruflich qualifizierter sind und in gehobenen Positionen arbeiten, die vor noch nicht allzu langer Zeit Männern vorbehalten waren. Es rauchen nun berufstätige Frauen nicht nur generell mehr als Hausfrauen, sondern zum Beispiel Facharbeiterinnen mehr als sonstige Arbeiterinnen. Daß Angestellte noch etwas häufiger rauchen als Facharbeiterinnen, könnte mit dem Zusammenfallen zweier Bedeutungskomponenten erklärt werden. Unter den Angestellten finden sich die am besten qualifizierten Frauen - die emanzipatorische Bedeutungskomponente kommt zum Tragen - aber auch die meisten Frauen, die sitzend "geistige" Tätigkeiten ausüben, die also die konzentrierend-beruhigende Wirkung des Tabaks mehr suchen oder zu benötigen glauben und auch besser mit ihrer Tätigkeit vereinbaren können als körperlich arbeitende Frauen. Schließlich ist für berufstätige Frauen wichtiger als für private Arbeit leistende Hausfrauen, dem herrschenden Schönheitsideal zu entsprechen, vor allem dann, wenn sie im Dienstleistungssektor tätig sind - also dann, wenn ihre Berufstätigkeit interaktive Tätigkeiten beinhaltet. So kontrollieren 61% der angestellten Frauen ihr Gewicht oder versuchen zumindest, es zu kontrollieren, gegenüber 57% der Arbeiterinnen und 55% der Hausfrauen - und das, obwohl sie wesentlich seltener (zu 29%) als Arbeiterinnen (zu 47%) und Hausfrauen (zu 48%) objektives Übergewicht haben (Genußmittelstudie, Basisbericht 1979, S.91).

Als Substitut für Essen scheint die Zigarette jedoch nicht verwendet zu werden - als Substitut wird jedoch eindeutig der Kaffee gebraucht. Dies mag auch erklären, warum angestellte Frauen noch häufiger als Arbeiterinnen und beide häufiger als Hausfrauen Kaffee konsumieren (Genußmittel-

- 50 -

studie 1979, Kaffee und Tee, S.1). Das Ernüchterungsgetränk Kaffee, das ebenfalls als bürgerliches Getränk einzustufen ist, ist jedoch schon seit langem keine Droge der Öffentlichkeit und der Männer mehr. Neben der öffentlich-männlichen Kaffeehauskultur hatte sich bereits Ende des 18. Jahrhunderts in deutschsprachigen Ländern eine private weibliche entwickelt, die im übrigen bald zum Ziel männlichen Gespöts wurde:

"Es liegt nahe, in der Kaffeeleidenschaft der Frauen eine Kompensation zu sehen für den Bereich, von dem sie ausgeschlossen sind. Dann wäre das Kaffeekränzchen eine Art Gegen-Kaffeehaus, ein Ersatz-Café für das auf die Männerkultur zugeschnittene ursprüngliche Kaffeehaus". (Schivelbusch 1980, S.30).

Das private Ersatz-Café mußte jedoch nicht nur als Ersatz für das öffentliche Kaffeehaus dienen: Ausgeschlossen waren Frauen ja auch von jeder anderen Art von Drogenkultur. Selbst wenn Drogengenuß in der Privatheit stattfand, war er den Männern vorbehalten: Tabak wurde im Herren- oder Rauchzimmer genossen. Das Damenzimmer war üblicherweise der Ort, in dem nicht geraucht werden durfte (Sandgruber 1984, S.15).

Auch wenn sich die private weibliche Gegen-Kaffeehauskultur in der Zwischenzeit eine eigene Öffentlichkeit erobert hat, so war und ist diese doch "weiblich" geprägt (1): In der Konditorei konsumiert man üblicherweise Kuchen zum Kaffee und nicht Informationen (Zeigungen), wie in den "männlichen" Kaffeehäusern. Das "männliche" Kaffeehaus eroberten Frauen erst langsam in der Nachkriegszeit. Daß der Kaffeekonsum berufstätiger Frauen gegenüber dem von Hausfrauen höher ist, könnte durch einen additiv ablaufenden Prozeß erklärt werden: Die bereits intensiv anzusetzenden privaten Konsumgewohnheiten werden durch öffentliche ergänzt: Zum sozialen

(1) Frauen bevorzugen generell Süßigkeiten gegenüber Männern (Genußmittelstudie 1979, Basisbericht)

- 51 -

Ereignis 'Kaffee mit den Freundinnen oder Nachbarinnen', an dessen Stelle partiell das soziale Ereignis 'Kaffee mit den Kollegen und Kolleginnen' getreten sein mag, tritt der 'Kaffee während der Arbeit' zur Stimulation und Konzentrationssteigerung.

2.3.5. DIE REPRODUKTIVE BEGRENZUNG VON FRAUEN

Die zum Beispiel für England (Otto 1980, Ettore 1983) festgestellte Steigerung der Folgeprobleme des Alkoholkonsums bei Frauen ist in Österreich nicht eingetreten. Nicht nur die relative Steigerung gegenüber dem Alkoholproblem bei Männern blieb bei allen untersuchten Phänomenen aus, bei einzelnen ist nicht einmal eine absolute Steigerung festzustellen. Und dies, obwohl die zunehmende Berufstätigkeit und berufliche Identität von Frauen auch in Österreich viele jener Faktoren zur Folge hatte, die Otto (1980, S.185 f) unter anderem für den steigenden Alkoholkonsum von Frauen in England verantwortlich macht: Zum Beispiel bessere berufliche Position und daher auch mehr finanzielle Ressourcen. Auch weitere, von Otto angeführte Faktoren haben für Österreich Gültigkeit: Die zunehmend auf Frauen zielende Werbung, die erleichterte Zugänglichkeit in anonymen Supermärkten und die gewachsene Toleranz gegenüber dem Alkoholkonsum von Frauen in der Öffentlichkeit.

Nun ließe sich annehmen, daß die Steigerung des Alkoholkonsums von Frauen in Österreich noch nicht eingetreten ist. Ein erster oberflächlicher Blick auf den Vergleich der Konsumsitten der drei Bundesländer - des agrarischen, des industriellen und der Großstadt mit dem ausgedehnten Dienstleistungssektor - könnte diese Annahme untermauern: Von der agrarischen über die industrielle Region zur dienstleistenden Großstadt verringern sich die Differenzen der geschlechtsspezifischen Abstinenzraten, der geschlechtsspezifischen Rauscherfahrten und steigt die Toleranz der

Frauen gegenüber dem eigenen Alkoholkonsum deutlich.

Ohne Zweifel hat sich die sozio-ökonomische Position von Frauen im Dienstleistungssektor gegenüber der im agrarischen grundlegend verändert: Im agrarischen Sektor haben sich sicherlich bis heute wesentliche Elemente der "alten Ordnung" erhalten, die Ehrenreich und English (1979) als universell, gynozentrisch und patriarchalisch charakterisieren - ökonomisch nehmen Frauen zwar eine zentrale Position ein, die Herrschaft wird jedoch ausschließlich von den Vätern ausgeübt. Die "neue Ordnung", die die Marktwirtschaft diktiert, eröffnet hingegen beiden Geschlechtern prinzipiell gleiche Chancen: Spezielle Ideologien ("Geschlechtscharaktere") mußten deshalb entwickelt werden, um vor allem bürgerliche Frauen vom Arbeitsmarkt fernzuhalten.

Die Chancen von Frauen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen sich, sobald das öffentliche Produktionssystem (die private Wirtschaft ebenso wie der Staat) zunehmend auch Leistungen organisiert, die reproduktiver Natur sind und historisch betrachtet, die Domäne privater, weiblicher Arbeit waren (Produktion von Nahrungsmitteln, Kleidung, Erziehung, Fürsorge etc.). Dorn (1983) vermag zu zeigen, wie sich gleiche Chancen am Arbeitsmarkt eines speziellen Dienstleistungsbereiches für beide Geschlechter in der Angleichung der Trinksitten niederschlagen.

In Dienstleistungsgesellschaften wird jedoch auch anders getrunken als in agrarischen oder in der Arbeiterschaft: Sulkunen (1981) nennt zwei Hauptgruppen von Bedeutungen des Alkohols - mythische und instrumentelle. Im ersten Falledient der Alkohol zur Loslösung vom Alltag, zum Brechen von Tabus, und zum Vergessen von Rollenanforderungen - sie herrscht vor allem in bäuerlichen Kulturen und der Arbeiterschaft vor. Instrumentelles Trinken hingegen betont die Dimensionen des Alltagslebens und der eigenen Rolle gegenüber den anderen und erleichtert

- 53 -

zwischenmenschliche Kommunikation. Es integriert sozial statt zu desintegrieren und ist typisch für Dienstleistungsberufe.

Im noch stark bäuerlichen Burgenland sind Trinksitten auszumachen, die als mythisch kennzeichenbar sind. Die Männer sind nur in Ausnahmefällen abstinent und berauschen sich relativ häufig. Obwohl im Burgenland die größte Menge an Wein pro Kopf produziert wird, ist jedoch der Pro-Kopf-Konsum der Männer unterdurchschnittlich und ihre Trinkhäufigkeit liegt nur wenig über dem österreichischen Mittel: Trinken, häufig assoziiert mit Berauschung, bleibt besonderen Orten und Anlässen verbunden, von denen die Frauen ausgeschlossen bleiben: Das mythische Trinken ist männliches Trinken.

In Oberösterreich scheint das mythische Trinken ansatzweise durch instrumentelles überlagert: Männer trinken mehr und häufiger bis zum Rausch, Alkoholkonsum und Rausch sind alltäglicher geworden, ebenso wie die Gelegenheiten, mit Freunden, Kollegen, Vereinskameraden Alkohol zu konsumieren und den Alltag zu vergessen wiewohl noch immer deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei Pro-Kopf-Konsum und Rauscherfahrungen wie Berauschungsfähigkeit festzustellen sind.

Die in der dienstleistenden Großstadt vorherrschenden instrumentellen Trinksitten scheinen, wie der spezielle Arbeitsmarkt auch, die Frauen zu integrieren. Nur ein Faktor stört diese plausiblen und mit den für Österreich vorliegenden Daten übereinstimmenden Erklärungen für den steigenden weiblichen Alkoholkonsum: Die geschlechtsspezifische Differenz des Pro-Kopf-Konsums ist im agrarischen Burgenland am niedrigsten, in Wien am höchsten.

Auch wenn Alkohol instrumentell gebraucht und seltener bis zur Berauschung konsumiert wird, ist seine pharmakologische Wirkung Gefühle enthemmend: Analogien zum

- 54 -

geschlechtlichen Akt sind vorhanden. Der geschlechtliche Akt ist - wenn er gelingt - eine "Verflüssigung der Körpergrenzen" und der geschlechtsspezifischen Identität und zugleich deren nachträgliche Bestätigung (Sichtermann 1983). Abstrakt betrachtet ist er ein Mittel zur Transzendierung der körperlichen und psychischen Identität und deren Bestätigung wie der Rausch auch. Die lustvolle Entgrenzung und Bestätigung eigener körperlicher und psychischer Identität blieb jedoch auch in nachpatriarchalischen, wenn auch keinesfalls herrschaftsfreien Verhältnissen ein männliches Privileg. Die Sexualkontrolle ging zwar im Bürgertum von den Männern auf die Frauen über: Die Frauen erhielten das Recht der Kontrolle der eigenen primär-produktiven Fähigkeiten (Smith 1981), doch war damit nicht das Recht auf eigene Lust verbunden, sondern nur das Recht auf Verweigerung (Carter 1981, Eisenbach-Stangl 1983). Entgrenzung durch Sexualität wie durch Rausch, eigenen Bedürfnissen gemäß, rückt Frauen auch heute in die Nähe von Prostituierten, deren soziale Ächtung vielleicht nachgelassen hat, aber keinesfalls verschwunden ist.

Deutliche Indikatoren für das männliche Privileg auf lustvolle Entgrenzung und Unterordnung weiblicher Sexualität finden sich in Befragungen österreichischer Erwachsener wie österreichischer Jugendlicher. 1983 meinten 57% der Männer, die Frau dürfe ihrem Mann niemals die eheliche Pflicht verweigern, 16%, sie hätten das Recht, die Gattin zum Verkehr zu zwingen; 48% der Frauen sagen, sie möchten ihrem Mann den Verkehr verweigern, tun es aber aus "Rücksicht" dann doch nicht (Borneman 1984). 52% der 16 - 18jährigen Schüler und 62% der gleichaltrigen Schülerinnen meinen, daß das sexuelle Verlangen bei Männern größer ist, 3% der Schüler und 1% der Schülerinnen, das sexuelle Verlangen der Frauen sei größer. 45% der 16 - 18jährigen Schüler hätten gerne, wenn ihre zukünftige Frau noch nie sexuelle Beziehungen gehabt hätte.

Das aktuelle sexuelle Verhalten der österreichischen Er-

- 55 -

wachsenen und Jugendlichen entspricht der Doppelmoral dieser Einstellung nicht, es hat sich, bis auf zwei zentrale Verhaltensbereiche weitgehend angeglichen: Die Selbstbefriedigung (9% der männlichen Jugendlichen, aber 56% der weiblichen Jugendlichen haben nie masturbiert) und die Einleitung des Geschlechtsverkehrs (nur 2% der Mädchen, aber ein Drittel der Burschen leiten diesen ein) (Mechler 1977, Heizer 1978).

Trotz Angleichung der Sexualaktivitäten beider Geschlechter in vielen Bereichen blieb in der Einstellung zur weiblichen Lust und in deren Initiation die männliche Dominanz erhalten.

Stärkere eigene Genußbegrenzung von Frauen findet sich z.B. auch beim Konsum von Genußmitteln: Frauen lieben leichte Speisen, vitaminreiche Speisen und Süßes, Männer hingegen kräftige und schwere Speisen (Fleischspeisen aller Art - Genußmittelstudie 1979, vgl. auch Tabelle 2/24).

Frauen essen, wie die Autoren der Genußmittelstudie interpretieren, also "schlankheitsbewußter". Sie haben aber auch ein größeres "Gesundheitsbewußtsein" bei den Nahrungsvorlieben sowie eine sowohl der Schönheit als auch der Gesundheit zuwiderlaufende Präferenz für Süßigkeiten.

Anders ausgedrückt: Frauen haben Ernährungspräferenzen, die gegenüber denen von Männern Gesundheit und herrschende Schönheitsideale stärker berücksichtigen, die daneben auch mit der Vorliebe für Süßigkeiten "kindliche" und/oder eben "typisch weibliche" Züge tragen und wie die der Männer (mit ihrer Vorliebe für Kräftiges, Starkmachendes) den traditionellen Rollenklischees bestens angepaßt sind.

Wesentlich mehr Frauen als Männer schränken sich beim tatsächlichen Genußmittelkonsum ein (54% Frauen gegenüber 37% Männer) und nennen dafür häufiger als diese die Gründe "Verfassung/Aussehen" und "Fitness/Schönheit". So mag dann kaum verwundern, wenn Frauen das, was sie mehr als Männer lieben, was aber ihrer Schönheit und Gesundheit schadet, schließlich seltener essen als diese: 13% der Männer und 12% der

- 56 -

Frauen essen zumindest mehrmals pro Woche süße Nachspeisen (Genußmittelstudie 1979 - Basisbericht).

Genuß versagen sich Frauen also vor allem, um sich vom Schönheitsideal der Schlankheit nicht zu weit zu entfernen oder es wenn möglich zu erreichen. Doch sollte ihnen dies auch gelingen, ist damit eigene - sexuelle - Lust noch lange nicht garantiert. Die Schönheit dient bestenfalls der Befriedigung des Wunsches, anziehend oder erotisch zu wirken, die der Befriedigung subjektbezogener Lust-Wünsche vielleicht sogar im Wege steht (vgl. dazu Rutschky 1984).

Die Wurzeln der Selbstbegrenzung von Frauen sind jedoch nicht nur in ihrem mehr oder minder ausschließlichen Status als Sexualobjekt (statt als Sexualobjekt und -subjekt) zu suchen, sondern auch in ihrer reproduktiven Normierung. Auf die Verbindung beider Wurzeln der Selbstbegrenzung kann hier nicht weiter eingegangen werden. Die reproduktive Normierung, das Dasein für andere, vor allem aber die Familie (deren Wohlbefinden und Gesundheit), ist auch dann nicht aufgehoben, wenn Frauen im öffentlichen Produktionssystem tätig sind, wie in Abschnitt 1.1. genauer ausgeführt wurde.

Darüber hinaus finden sie auch im öffentlichen Produktionssystem vor allem Arbeiten, die reproduktiver und damit "typisch weiblicher" Natur sind und die die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung auf neue Weise bestätigten statt aufzuheben (vgl. dazu auch Ahlström 1983): Abhängigkeiten von männlichen Vorgesetzten durch geringe Aufstiegschancen einerseits, Abhängigkeit von Kunden, Klienten, Patienten, Zöglingen andererseits, begrenzen die Möglichkeiten auch von berufstätigen Frauen, entscheidend mehr eigene Wünsche und Interessen zu entwickeln und auszuleben, als von Ehemännern und eigenen Kindern ökonomisch, sozial und psychisch abhängige "Nur"-Hausfrauen. Und überdies enthebt die Berufstätigkeit Frauen nicht von der privaten reproduktiven Hausarbeit, die in ihrem Ausmaß einer Ganztagsarbeit im Pro-

- 57 -

duktionssystem entspricht: Ende der 70er Jahre betrug sie im Durchschnitt 40 Stunden (Fischer-Kowalski 1983). Zur privaten Hausarbeit gesellt sich die nicht zeitlich quantifizierbare emotionale Familienarbeit, die von Frauen erwartet wird: Für die körperliche und psychische Verfassung ihrer Kinder und Männer (Krankheiten, Kriminalität, schulische Probleme etc.) wird ihnen die ganze Verantwortung aufgeladen (vgl. Rotter 1979, Dürkop/Treiber 1979, Oakley 1980), wie ja im übrigen für die primäre Reproduktion (Empfängnis) auch (1).

Die Unterdrückung eigener Sexualität, Wünsche und Interessen von Frauen im Dienste anderer findet ihren Niederschlag auch in ihrem Konsum gefühlsdämpfender Substanzen, der deutlich über dem der Männer liegt. Lediglich die entgrenzenderen Stimulantien werden von Männern häufiger konsumiert, ihnen von - männlichen - Ärzten wahrscheinlich häufiger verordnet, die bei weiblichen Patienten zu den sedierenden Substanzen greifen (vgl. Perry 1979). Aber auch die Entwicklung des illegalen Drogenkonsums von Frauen spiegelt das mehr be- als entgrenzende Drogenkonsumverhalten von Frauen wider. Vor der Entwicklung einer Drogenszene in Österreich, die die Rauschkompetenz beim Konsum illegaler Drogen betonte, wurden relativ viele Frauen wegen ihres Opiatgenusses straffällig, der zumeist mit ärztlicher Verschreibung und mit sedierender Zielsetzung begonnen hatte. Als sich in der Folge eine Drogenszene ausbreitete, in der das leichte Rauschmittel Cannabis dominierte, nahmen mehr Männer bzw. männliche Jugendliche - als Frauen bzw. weibliche Jugendliche - das Risiko auf sich, wegen illegalen Rauschmittelkonsums kriminalisiert zu werden. Und als schließlich Opiate als illegales Rauschmittel in Form des Heroins den öster-

- (1) Wie eine Analyse der Werbung für empfängnisverhütende Mittel zeigt, werden auch diese eher als Entgrenzungsmittel für Männer denn für Frauen wahrgenommen - Stimson 1975.

- 58 -

reichischen Schwarzmarkt eroberten, begannen sich die Anteile der wegen Suchtgiftdelikten Verurteilten eindeutig zugunsten der Männer zu verschieben. Unter den Opiatabhängigen, die von den Gesundheitsbehörden toleriert werden, also jenen, die Opiate nicht zu Rauschzwecken, sondern primär zur Sedierung erhalten, überwiegen hingegen die Frauen deutlich.

Vor allem Hausfrauen greifen zu den gefühlsdämpfenden Substanzen (sie sind - folgt man der Werbung der Pharmaindustrie - allerdings auch für sie vorgesehen - Stimson 1975). Und Hausfrauen enthalten sich auch mehr der entgrenzenden Rauschmittel (nicht aber des Kaffees).

Mit anderen Worten: Die Berufstätigkeit im öffentlichen Produktionssektor, vor allem aber im Dienstleistungssektor scheint Frauen aufgrund gestiegener beruflicher Chancen tatsächlich mehr Freiheiten zu gewähren, die sie im privaten Arbeitsbereich, der durch Ehe-Männer und Kinder und deren Bedürfnisse kontrolliert wird, nicht besitzen. Die Freiheiten, die die Berufstätigkeit gewährt, sind aber - wie anhand der vorliegenden Analyse zu zeigen versucht wurde, begrenzt: Es sind Freiheiten zum Rausch der Nüchternheit mit beruflich - emanzipatorischen Aspekten und es ist die Freiheit zur Erotik, nicht aber die Freiheit zur Entgrenzung der eigenen (sexuellen) Lust.

Freilich schützt die Begrenzung im Namen der Reproduktion die Frauen auch vor (zwanghaft) risikoreichem Verhalten, zu dem die männlichen Konsumsitten bei Rauschmitteln ohne Zweifel zählen, für das aber auch die wesentlich höhere Kriminalitätsbelastung der Männer, die beträchtlich höhere Zahl der Männer, die in Auto- oder auch Freizeitunfälle verwickelt sind, Zeugnis ablegen.

- 59 -

3. BESCHWERDEN; MORBIDITÄT UND MORTALITÄT

Bei Frauen ist alles ganz anders:

"Sie sind öfter krank als Männer

Sie gehen öfter zum Arzt als Männer

Sie nehmen mehr Medikamente als Männer

Sie leben länger als Männer." (Sichrovsky 1982, S.113)

3.1. SOMATISCHER UND PSYCHOSOMATISCHER KRANKHEITSBEGRIFF

Historisch gesehen hat im somatischen Krankheitsbild ein funktionaler Krankheitsbegriff einen ontologischen abgelöst. Der ontologische (der in Europa zumindest bis um 1800 herrschte) definierte den Körper als gesund und die Krankheit als etwas, das diesen von außen "befällt" und ihm daher wieder "ausgetrieben" werden müsse - analog zu einer Teufelsaustreibung etwa. Der an dessen Stelle getretene Krankheitsbegriff definiert den Körper über (Organ-) Funktionen, deren Störungen als pathologisch begriffen werden. Auf dieser Basis werden in der Folge auch funktionelle Werte - wie zum Beispiel der Blutdruck - ermittelt, bei denen Norm und pathologische Abweichung an einem statistischen Durchschnittswert orientiert sind (Canguilhem 1974). (1)

Aufgrund der Bedeutung für das weibliche Krankheitsverhalten wird in der Folge auf Entstehung und Definition psychosomatischer Erkrankungen eingegangen.

Die psychosomatische Medizin ist als Begriff, Theorie und Behandlungsmethode Anfang dieses Jahrhunderts von Psychoanalytikern (Freud, Abraham, Federn, Groddeck) und Internisten (Weizäcker) begründet worden, nachdem schon 1818 Heimrath eine Psychogenese der meisten körperlichen Krankheiten vertreten hat.

Neuere Ansätze ziehen den 'Streß' zur Erklärung einer er-

(1) Dieser wissenschaftlichen Entwicklung entspricht auch diejenige der Fächer und Institutionen (vgl. Foucault 1973)

- 60 -

höhten Krankheitsanfälligkeit heran. Belastende Lebensereignisse (Stressoren) werden zu bestimmen versucht, wobei den persönlichkeitsabhängigen Mechanismen der Streßbewältigung wesentliche Bedeutung beigemessen wird. In der Art, wie ein Individuum eine Streßsituation verarbeitet, spiegelt sich auch die Entwicklung seiner Anpassungs- und Abwehrfunktionen wieder - auf dem Hintergrund der jeweiligen Lebensgeschichte mit ihren in der Vergangenheit erlebten Konflikten und Konfliktlösungen.

Streßsituationen stellen hohe Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit eines Individuums an neue Umstände. Zumeist handelt es sich um Situationen, die einen Verlust implizieren. Aber auch an sich positive bewertete Veränderungen wie Heirat, beruflicher Aufstieg oder Schwangerschaft können Streßreaktionen hervorrufen, wenn sie von den Betroffenen mit den erlernten Verhaltensweisen nicht zu bewältigen sind. Ob ein Mensch sich umbringt, auf die Barrikaden steigt oder sein Leiden selbstzerstörerisch erduldet, kann jedoch durch kein Streßkonzept erklärt werden, es sei denn man bezieht den Sozialisationsprozeß mit ein und die daraus resultierenden Grenzen und Möglichkeiten für abweichendes Verhalten.

"Das Gesundheitssystem ist immer häufiger präsent und zunehmend autoritärer, wenn es darum geht, Streß zu interpretieren, die, die ihn erfahren, zu absorbieren, Streß in Krankheit zu verwandeln und somit die Aufmerksamkeit von den gesellschaftlichen Streßursachen abzulenken." (Piven/Cloward 1984, S.160).

Statt sich mit dem gesellschaftlichen Anteil an psychosomatischen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, werden sie individualisiert. Die Ursachen werden von der psychosozialen auf die körperliche Ebene verschoben. Patienten fühlen sich daher verpflichtet und bemüht, unter Beweis zu stellen, daß ihre Beschwerden körperlich bedingt sind. Gelingt der Nachweis der sogenannten organischen Krankheit nicht gleich, so werden oft so lange verschiedenste Ärzte aufgesucht, bis doch irgendeine körperliche Variante ge-

- 61 -

funden wird. In gemeinsamem Bemühen von Patienten und Ärzten kommt es so zu einer Einigung auf die organische Bedingtheit der Krankheit.

Die objektivierbare Körperstörung und die Pseudonormalität sind Anpassungsleistungen an einen Bewußtseinszustand der Gesellschaft, der psychosoziale Konflikte als solche verdrängt, sie aber in körperlich geäußerter Form zuläßt. (Overbeck 1984)

Psychosoziale Störungen, die sich auch körperlich auswirken, sind als einer der bedeutendsten Krankheitskomplexe in entwickelten Industrieländern anerkannt (Kaprio 1973). Delius (1966) schätzt, daß 20 - 30% der Gesamtpatienten unter psychosomatischen Störungen leiden. Die Definition "psychosomatische Störungen" wird meist in drei Bedeutungen verwendet:

- wenn Patienten ohne feststellbare organische Schäden oder Funktionsstörungen körperliche Beschwerden entwickeln, die oft von psychischen Verstimmungen begleitet sind und denen psychosoziale Umstände zugrundeliegen,
- wenn Patienten aus psychosozialen Gründen funktionelle Störungen entwickeln; das heißt, bestimmte körperliche Funktionen verändern sich (zum Beispiel Ausbleiben der Menstruation) ohne feststellbare körperliche Schäden,
- bei organischen Erkrankungen, bei denen eine psychische Mitbestimmung als gesichert angesehen wird.

Dabei ist wichtig anzumerken, daß die Teilung in psychisch/organisch eine rein pragmatische ist. Prinzipiell stellt sich die psychosomatische Medizin die Aufgabe, "das Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Faktoren in Gesundheit und Krankheit zu erforschen, um die Rolle dieser Faktoren in Diagnostik und Therapie berücksichtigen zu können." (Springer-Kremser 1983)

Aus Untersuchungen über psychosoziale Störungen geht übereinstimmend hervor, daß Frauen häufiger darunter leiden als

- 62 -

Männer (Kaprio 1973; Hagnell 1970; Strotzka 1979; Richter 1974). Nach Strotzka wurden bei 80,7% der Patientinnen von niedergelassenen Ärzten und bei 67,8% der stationär behandelten Frauen eine psychosoziale Mitbedingung ihrer Leiden diagnostiziert.

Erklärungsmodelle, warum Frauen ab dem 30. Lebensjahr vermehrt unter psychosomatischen Beschwerden leiden, sind uns aus österreichischen Studien nicht bekannt, wir zitieren daher Untersuchungen und Forschungsergebnisse vor allem aus der BRD und den USA.

Neuere Forschungsansätze verstehen das psychosomatische Symptom als eine besondere Anpassungsleistung des Individuums (Brede 1972). Unzufriedenheit wird auf selbstzerstörerische Weise kanalisiert.

Daß gerade bei Frauen diese Kanalisierung auf ihren Körper besonders naheliegend erscheint, erklärt sich auch daraus, daß der Körper immer als ureigenster Bereich der Frau galt und daß nach vorherrschendem Frauenbild Frauen Aggressionen eher gegen sich selbst richten und passive Problemlösungsstrategien bevorzugen bzw. ihnen auch nur ein beschränkter Handlungs- und Entscheidungsspielraum zur Verfügung steht.

Schwenkel-Omar (1980) behauptet, daß Frauen in der Lebensmitte gesellschaftlich bedingten Problemen gegenüberstehen, die sie - unbewußt - häufig durch psychosomatische Krankheiten zu lösen versuchen. Sie ist der Meinung, daß primäre Sozialisationserfahrungen bei der "Wahl" dieser Problemlösungsstrategie eine Rolle spielen. So gesehen handelt es sich von der Zielsetzung her nicht um eine pathogene, sondern um eine gelungene Sozialisation. Die Frau erwirbt im Laufe des Sozialisationsprozesses Persönlichkeitsmerkmale, die ihr die Lösung gesellschaftlich bedingter Konflikte durch eine psychosomatische Krankheit nahelegen.

Um den Zusammenhang zwischen Sozialisation von Frauen und psychosomatischen Erkrankungen zu erklären, ist es zunächst notwendig, sich die Persönlichkeitsmerkmale psychosomatisch

- 63 -

Kranker anzusehen.

Nach Schwenkel-Omar (1980, S.49 f.) wird der Kranke als ein Mensch gesehen, der ängstlich und unsicher ist, seine aggressiven Wünsche zu äußern oder in adäquate Handlungen umzusetzen; er kann keinen Ärger zeigen, leugnet aggressive Bedürfnisse. Es stehen ihm keine Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung, mittels derer er Konflikte austragen und bewältigen könnte. Sein Harmoniestreben ist stark ausgeprägt; er ist ängstlich darauf bedacht, Frieden zu wahren und sich den Forderungen der Umwelt anzupassen.

Diese Beschreibung des psychosomatischen Persönlichkeitsbildes ist geradezu eine Auflistung typisch weiblicher Persönlichkeitsmerkmale.

Das massive psychosomatische Reagieren von Frauen wird denn auch als Zeichen ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung gesehen; es wird jedoch auch ein stiller Protest und ein prinzipielles Widerstandspotential hinter dieser "Flucht in die Krankheit" angenommen (Piven/Cloward, 1984).

3.2. HAUSFRAUEN - ODER FRAUENSYNDROM?

3.2.1. ERGEBNISSE ZUM SUBJEKTIVEN BEFINDEN DER ÖSTER- REICHERINNEN

Die Mikrozensus des ÖStZA zur Gesundheit ermöglichen es, Daten über die subjektive gesundheitliche Situation von Frauen und Männern in Österreich wiederzugeben. Da jedoch unterschiedliche Altersgruppen erhoben wurden (die für diesen Bericht nicht umgerechnet werden konnten), sind die Daten nur bedingt vergleichbar.

Zur subjektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes liegen Daten der Jahre 1978 und 1983 vor: 1978 beurteilten wesentlich weniger Frauen als Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut; als gut beurteilten ihn in der Altersstufe bis 49 mehr Frauen als Männer. Insgesamt beurteilten Frauen 1978

- 64 -

ihren Gesundheitszustand etwas weniger gut als Männer (Tabelle 3/1 bis 4). Dasselbe zeigt sich bei den Daten des Jahres 1983 (Tabelle 3/5).

Für die körperlichen Beschwerden liegen Ergebnisse der Jahre 1973 (Tabelle 3/6 bis 7) und 1983 (Tabelle 3/8 bis 9) vor, die aber wegen der unterschiedlichen Altersgruppen ebenfalls nur bedingt vergleichbar sind. Hier zeigt sich ein deutlich überwiegender Frauenanteil bei folgenden Beschwerden: Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Schwäche, Müdigkeit, Nervosität, Niedergedrücktheit, Schwindel, Kreislaufstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit sowie Kopfschmerzen und Migräne; alle diese Beschwerden werden einem psychosomatischen Krankheitsbild zugerechnet (vgl. 3.2.2.).

Männer hingegen sind - ebenfalls in beiden Vergleichsjahren - lediglich von Husten und Hörstörungen stärker betroffen. Diese Tendenz wird auch dadurch unterstrichen, daß 1973 nur knapp die Hälfte der Frauen (45,9%) keine Beschwerden hatte, jedoch mehr als die Hälfte der Männer (54,3%) beschwerdefrei war. Aus den Jahren 1972/73 und 1982/83 liegen auch Ergebnisse über die Häufigkeit von Erkrankungen vor, die aufgrund der unterschiedlichen Altersgruppen allerdings auch nur insgesamt vergleichbar sind (Tabelle 3/10 und 11).

Im Jahre 1972/73 waren insgesamt weniger Frauen krank als Männer, und dies in nahezu allen Altersstufen. Dies war im Jahr 1982/83 nicht mehr der Fall. In beiden Jahren waren - im Vergleich zu den Männern - von den erkrankten Frauen eine größere Gruppe mehr als dreimal erkrankt.

Für die beiden im Mikrozensus erhobenen Jahre wurden auch Zahl, Dauer und Art der Erkrankungen erhoben (Tabelle 3/12 bis 15): Hier bestätigen die subjektiven Angaben in ihrem Gesamttrend die Ergebnisse von Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik, so die Zunahme von Diabetes, Infarkten und Magen- und Zwölffingerdarmgeschüren bei beiden Geschlechtern, erstere mit fortbestehender weiblicher, letztere mit männlicher Dominanz. Das starke Überwiegen der Männer bei Knochenbrüchen und

- 65 -

Prellungen etc. weist wie die größere Unfallhäufigkeit insgesamt auf die geschlechtsspezifisch höhere Risikobereitschaft der Männer hin.

3.2.2. BEFINDLICHKEITSSTÖRUNGEN

Befindlichkeitsstörungen sind Leidenszustände, denen nicht unbedingt Krankheitswert (vgl. 3.1.) zukommt, unter denen Frauen jedoch bedeutend häufiger leiden als Männer. Sie können ebenso wie Krankheit als individuelle Problemlösungsstrategien angesehen und aus den durch Sozialisation und gesellschaftlicher Stellung der Frau bedingten weiblichen Verhaltensweisen abgeleitet werden.

"Leiden der Frauen" nennt Beckmann (1976) vegetative Funktionsstörungen und subsumiert darunter Hypotonie (niedriger Blutdruck), Durchblutungsstörungen, Verstopfung, Schlafstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Herzjagen usw. Auch Richter (1974) hat festgestellt, daß Frauen eindeutig häufiger als Männer an Schlafstörungen, Herzbeschwerden, Verstopfung, Durchfall, Schwindel - aber auch an Angstzuständen, Depressionen und Nervenzusammenbrüchen leiden.

Diese offensichtlich frauenspezifischen Symptome stellen diffuse, noch nicht systematisierte Krankheitszustände dar, die im Vorfeld manifester psychischer, körperlicher, vegetativ-funktioneller oder auch psychosomatischer Krankheiten liegen. Befindlichkeitsstörungen können ebenso wie psychische Erkrankungen als Resultat einer sozialen, psychischen oder organischen Benachteiligung verstanden werden (Jervis 1978, S.88).

In Abhängigkeit vom subjektiven Empfinden werden sie als mehr oder weniger stark einschränkend erlebt. Momente körperlichen und psychischen Wohlbefindens und Unwohlbefindens können einander abwechseln und ineinander übergehen, und die Grenze zwischen psychischer und somatischer Beeinträchtigung ist oft nur schwer zu ziehen. Aus diesen leichteren Krank-

- 66 -

heitszuständen können sich schwerere entwickeln und aufbauen (vgl. Böhm/Erdmann-Rebhann 1981).

Zu den Befindlichkeitsstörungen mit eher somatischer Komponente zählen Hypo- und Hypertonie, Durchblutungsstörungen, Kreislaufstörungen, leichte Ermüdbarkeit, Schwindel- und Schwächegefühle, Benommenheit, Herzjagen, Herzstolpern, Wetterfühlbarkeit, Schlafstörungen, Magenschmerzen, Verstopfung, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Hautjucken, Allergien, Kopfschmerzen, Migräne, Verspannungen, Augendruck, Schwitzen, hohe Schmerzempfindlichkeit u.a.

Zu den Befindlichkeitsstörungen mit eher psychischer Komponente zählen leichte Erregbarkeit, Nervosität, Abgespanntheit, Angstzustände, Unruhezustände, Lustlosigkeit, Verstimmungen, Niedergeschlagenheit usw. (vgl. Böhm/Erdmann-Rebhann 1981).

Immer mehr Frauen leiden an derartigen Beschwerden, die häufig unter dem Begriff "Hausfrauensyndrom" zusammengefaßt werden. Ein Teil dieser Symptome deckt sich mit dem, was in der Medizin vegetative Dystonie, Neurasthenie oder ganz allgemein mit "Nervosität" bezeichnet wird.

Delius führt dazu aus:

" Eine von Kontrasten durchsetzte vitale Verstimmung leichten bis mittleren Grades bildet den Grundzug des Beschwerdebildes. Innere Getriebenheit und unstete Reizsuche sind mit Leistungsnachlaß oder -unlust, mit dem Gefühl des Nichtmehr-Könnens, des Am-Rande oder Fertig-Seins, mit ungewohnter Erschöpfbarkeit und Reizüberempfindlichkeit und Einfallsllosigkeit verbunden; die anderntags aktuelle Stimmung des Gehetztseins und des Gedankenjagens korrespondiert mit Konzentrationsschwierigkeiten und 'Desinteresse'; außergewöhnliche Gliederschwerde am Morgen kann sich in die Belästigung durch unruhige Beine zu Beginn der Nachtruhe verwandeln. Die Gespanntheit überwachen Antriebs vermag in einer körperlichen Abgeschlagenheit wie nach langer Krankheit keine rechte Befreiung oder Lösung zu finden. Kopfdruck, periodisch oder dauernd, wechselt ab mit Schwindelgefühlen, Herzklopfen, Parästhesien oder Magen- und Darmbeschwerden. Die Haut kann als trocken oder zu feucht und zugleich als zu kalt empfunden werden; bisher ungewohnte Schweißabsonderungen sind lästig oder wirken beängstigend. Mehr noch als ein rascher Wechsel der subjektiven Klagen findet sich die Schilderung von wochen- und monatelangen

- 67 -

Perioden, in denen einmal diese, einmal jene Unbehaglichkeiten angegeben werden." (Delius 1966, S.133).

Vor allem Frauen ab dem 30. Lebensjahr leiden an dieser Art von Störungen (Richter 1973); sie reichen von subjektiven Beschwerden bis zu spezifischen Funktionsstörungen und sind dadurch gekennzeichnet, daß der Arzt oft nicht weiß, wie er diese Symptome behandeln könnte. In vielen Fällen liegt kein Organbefund vor. Herkömmliche medikamentöse Therapie spricht gar nicht oder nur mäßig an, vor allem können die Ursachen für dieses körperliche und seelische Unbehagen dadurch weder aufgespürt noch wirksam bekämpft werden (vgl. Schwenkel-Omar 1980, S.44 f.).

Im Zusammenhang mit dem "Hausfrauensyndrom" muß gefragt werden, ob tatsächlich Hausfrauen stärker betroffen sind als berufstätige Frauen. Die einzige Autorin, die sich intensiv mit der Lage der Hausfrauen beschäftigt - Helge Pross - lehnt den Begriff "Hausfrauensyndrom" ab; sie bevorzugt den Begriff "Frauensyndrom". Die besonders häufigen Beschwerden von Hausfrauen, die zur Prägung dieses Begriffs durch van der Velden geführt haben, sind auf die unterschiedliche Altersstruktur der beiden Gruppen von Frauen zurückzuführen: Frauen im Alter von 40 und mehr Jahren sind weitaus häufiger Hausfrauen als berufstätige Frauen (vgl. Pross 1976, S.224 f.).

Wie bei anderen Krankheiten, so blendet das konventionelle medizinische Krankheitsverständnis und -modell auch die den Befindlichkeitsstörungen zugrunde liegenden lebensgeschichtlichen Dimensionen ebenso wie die damit zusammenhängenden sozialen Umstände weitestgehend aus. Auch wenn von Ärzten soziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Krankheiten nicht bestritten werden, so werden doch im praktischen medizinischen Verhalten vor allem die traditionellen medizinischen Mittel und Methoden angewandt; bei Befindlichkeitsstörungen sind es meist Tabletten, die verordnet werden - Tablettenmißbrauch und Symptomverschiebung sind häufig die Folgen einer solchen Behandlung.

3.2.3. BESCHWERDEN IM GYNÄKOLOGISCHEN BEREICH

Nach Rollenzuschreibung und Selbstbild von Frauen tangiert alles, was mit Fortpflanzung zu tun hat, die weiblichen Identitätsgefühle zentral. Der Zusammenhang zwischen bevölkerungspolitischen Interessen und dem jeweils modellierten Weiblichkeitsbild wurde gerade in Österreich in jüngster Zeit ausführlich untersucht (Riese 1983; Trallori 1984).

So werden gerade am "Unterleib" der Frau widersprüchliche gesellschaftliche Anforderungen (Doppelrolle der Frau!), gewaltsam übergestülpte Ideologien (Muttermythen) und Konflikte von Frauen zwischen ihrer Lebensrealität und ihren Erwartungen, Träumen und Sehnsüchten ausgetragen.

Aufgrund der allgemein hohen Bereitschaft von Frauen, Konflikte eher selbstzerstörerisch auszutragen, ist es erklärlich, daß 80% der sekundären Amenorrhöen (Ausbleiben der Menstruation über 1/2 Jahr) als psychosomatisch gelten und psychotherapeutische Konzepte, die das Erleben der Frauen und ihre gesellschaftliche Realität miteinbeziehen, den größten Erfolg haben (Springer-Kremser 1983).

Eine Einbeziehung psychosomatischer Gesichtspunkte breitet sich langsam aus - einerseits als Reaktion auf neue alternative Strömungen, andererseits als Reaktion auf die Tendenz von Frauen, wegen Funktionsstörungen medizinische Institutionen aufzusuchen, die bei rein organmedizinischer Ausrichtung damit überfordert sind. So kommen in einer psychosomatisch-gynäkologischen Ambulanz in Wien 38% der Frauen wegen Menstruationsstörungen und 23% wegen sexueller Funktionsstörungen. (Springer-Kremser 1983)

Psychischen und sozialen Faktoren wird bei Geburtsvorbereitung und Geburt immer mehr Bedeutung zugemessen.

In den Spitälern wird zunehmend versucht, Mutter und Kind psychosozial zu betreuen, Rooming-in einzuführen und den Kindesvater einzubeziehen. Die Geburtsvorbereitung ist stärker auf psychosoziale und psychosomatische Aspekte ausgerichtet. Parallel zu den institutionellen Verbesserungen an

- 69 -

den geburtshilflichen Abteilungen der Spitäler ist ein steigendes Interesse an selbstbestimmtem, nichtinstitutionalisiertem Umgang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen zu vermerken.

3.3. MORBIDITÄT UND MORTALITÄT

3.3.1. KRANKENSTANDSENTWICKLUNG DER BESCHÄFTIGTEN

Im Jahre 1982 entfielen auf 1000 beschäftigte Frauen 13.569 Krankenstandstage, auf 1000 beschäftigte Männer 16.469 Tage. Die Differenz von ca. 3000 Tage zugunsten der Frauen ist vorwiegend darauf zurückzuführen, daß die Frauen weniger Krankenstandsfälle auf 1000 Beschäftigte (827 gegenüber 954) aufwiesen. Außerdem war 1982 auch die durchschnittliche Dauer eines Falles für Frauen mit 16,4 Tagen etwas kürzer als für Männer mit 17,3 Tagen (Tabelle 3/16).

Die wichtigste Krankenstandsursache waren 1982 bei beiden Geschlechtern die "Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis" (Mandel- und Halsentzündung), an der etwas mehr Frauen als Männer erkrankten (186,3 von 1000 beschäftigten Frauen gegenüber 179,0 von 1000 beschäftigten Männern). An zweiter Stelle standen bei den Männern "Andere Schädigungen durch äußere Ursachen" (128,2), bei den Frauen "Sonstige Krankheiten" (90,4). "Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates" waren die drittbedeutendste Krankenstandsursache bei den beiden Geschlechtern; hier überwogen die Männer deutlich (123,0 gegenüber 83,7). An vierter Stelle waren bei den Männern die Arbeitsunfälle zu finden, die als Krankenstandsursache für Frauen von geringerer Bedeutung sind (121,5 gegenüber 33,5). Bei den Frauen waren die "Krankheiten des Magens und Darms" die viertbedeutendste Krankenstandsursache; von 1000 beschäftigten Frauen erkrankten daran jedoch weniger (78,4) als von 1000 beschäftigten Männern (94,9),

- 70 -

bei denen diese Krankheitsgruppe an 5. Stelle stand. Die fünftbedeutendste Krankenstandsursache waren bei den beschäftigten Frauen "Andere Schädigungen durch äußere Ursachen" (53,1), die bei den Männern die zweite Stelle einnahmen. Frauen waren darüber hinaus besonders stark von Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse betroffen (Tabelle 3/18 bis 20).

Ein Überblick über die Gesamtentwicklung der Krankenstände bei beiden Geschlechtern (Tabelle 3/16) von 1972 bis 1982 zeigt ein nahezu durchgehendes Ansteigen der absoluten Zahl an Fällen und Tagen bis in das Jahr 1980 und einen Rückgang für die beiden letzten Jahre; dem entspricht die Zahl der auf 1000 Beschäftigte entfallenden Fälle, die im Jahr 1980 mit 1.068 auf Männer und 914 auf Frauen entfallende ihren Höhepunkt erreicht hat.

Bemerkenswert ist, daß auf 1000 weibliche Beschäftigte durchgehend wesentlich weniger Krankenstandsfälle als auf 1000 männliche entfallen.

Die Bedeutung der Krankenstandsursachen für die Jahre 1971, 1972 und 1981 entspricht im wesentlichen den Ergebnissen für das Jahr 1982. Bemerkenswert ist hier lediglich ein Ansteigen der Krankenstände wegen "Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates" und wegen "Anderer Schädigungen durch äußere Ursachen bei beiden Geschlechtern im Vergleich der Jahre 1971 und 1981 sowie 1972 und 1982 (Tabelle 3/17 und 18).

Die Häufigkeit der Arbeitsunfälle als Krankenstandsursache variiert nach Wirtschaftsklassen. In jenen Wirtschaftsklassen, die besonders hohe Arbeitsunfallraten aufweisen (Bauwesen, Metallindustrie, Papier, Steine, Holz, Land- und Forstwirtschaft), ist die Zahl der männlichen Beschäftigten deutlich höher als die der weiblichen (Tabelle 3/21 bis 24). Die relativ höhere Rate von Arbeitsunfällen bei Männern als bei Frauen - ein Grund für deren Krankenstand - dürfte weitgehend darauf zurückzuführen sein.

- 71 -

3.3.2. PENSIONEN WEGEN GEMINDERTER ARBEITSFÄHIGKEIT

Im Jahr 1982 bezogen 128.896 Männer und 116.850 Frauen Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit aus der Pensionsversicherung der Unselbständigen, also etwas weniger Frauen als Männer. Die wichtigsten Ursachen waren 1982 bei den Frauen "Andere Herz- und Arterienkrankheiten" (27,3%), "Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates" (22,6%), "Neurosen und Psychosen" (8,1%), "Krankheiten des Zentralnervensystems" (6,7%) und "Krankheiten der Atmungsorgane" (3,8%).

Auch bei den Männern standen 1982 die "Anderen Herz- und Arterienkrankheiten" (27,7%) an erster Stelle, gefolgt von den "Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates" (17,8%) - von geringerer Bedeutung als bei Frauen - und den "Krankheiten des Zentralnervensystems", mit 8,9% bedeutender als bei den Frauen. An vierter Stelle fanden sich die "Krankheiten der Atmungsorgane" (mit 8,8% ebenfalls wesentlich bedeutsamer als bei den Frauen). "Neurosen und Psychosen" (5,1%) waren ein seltenerer Pensionsgrund von unselbständigen Männern als von Frauen.

Männer erhielten eine Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit auch häufiger wegen Arbeitsunfällen und "Anderer Schädigungen durch äußere Ursachen" sowie wegen Hör- und Sehfehlern als Frauen (Tabelle 3/25 und 26), was hier ebenfalls auf eine höhere Gefährdung in bestimmten Wirtschaftsklassen verweist (vgl. 3.3.1).

Auch in der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft überwiegen 1982 die Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bei den Männern leicht; während in der Sozialversicherung der Bauern 1982 25.693 Frauen gegenüber nur 21.236 Männern eine Pension wegen geminderter Erwerbsfähigkeit bezogen (Tabelle 3/27 und 28). Bei den Pensionsneuzugängen (Tabelle 3/29) waren in beiden Vergleichsjahren (1972 und 1982) die Arbeiter am stärksten betroffen: im Jahr 1972 insgesamt 17.200 Arbeiter (gegenüber 4.592 Angestellten). Die relative Bedeutung der Krankheitsgruppen als Pensionsursachen ent-

- 72 -

spricht dabei durchgehend annähernd den bereits genannten. Eine Gesamtbeurteilung der Entwicklung in diesem Bereich ist durch die Unterschiede der Statistiken für Einzelbereiche schwer möglich.

3.3.3. STATIONÄR BEHANDELTE KRANKHEITEN

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf jeweils 100.000 der weiblichen und männlichen Bevölkerung (1) insgesamt, nicht wie zuvor allein auf die Beschäftigten. Die Berücksichtigung der stationär in Krankenanstalten behandelten Krankheiten (2) dient zur Ergänzung der Mortalitätsstatistik im Hinblick auf die Auswahl der Krankheiten und die Überprüfung von Entwicklungstrends. Ausgewählt wurden jene Krankheiten, von denen Frauen oder Männer geschlechtsspezifisch besonders stark betroffen sind; bei den stationär behandelten Krankheiten werden in der Folge nur die Entlassungen berücksichtigt (vgl. Tabelle 3/35). Die bedeutendste stationär behandelte Krankheitsgruppe waren bei Frauen 1982 die "Sonstigen Krankheiten der Geschlechtsorgane einschließlich Brustdrüse", bei der 1.862,3 entlassene Frauen außerdem nur 393 Männern gegenüberstehen; im Vergleich mit dem Jahr 1972 hat die Zahl der Frauen zudem um 452,9 zugenommen. An zweiter Stelle stehen die "Bösartigen Neubildungen der Brustdrüse und der Geschlechtsorgane": hier gab es 1982 ein Mehrfaches weiblicher (523,8) gegenüber männlichen Entlassungen, die sich außerdem gegenüber 1972 (288,3) nahezu verdoppelt haben. Von "Benignen (gutartigen) Neubildungen" - bei Frauen an dritter Stelle - waren diese 1982 ebenfalls in höherem Maß betroffen als Männer (408,7 gegenüber

(1) Ergebnisse der Volkszählungen 1971 und 1981

(2) Die Statistik der Krankenanstalten Österreichs gibt Auskunft über die Zahl der stationär behandelten Erkrankungsfälle nach Diagnosen, Geschlecht und Entlassungsmodus (lebend entlassen oder im Spital verstorben). Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine erkrankte Person mehrmals per Berichtsjahr stationär behandelt und damit auch in der Statistik mehrmals gezählt werden kann. Somit sind die Daten der Statistik als Kombinationsdaten der Inzidenz (Auftreten) von Krankheiten und der Intensität therapeutischer Maßnahmen für bestimmte Krankheiten zu beurteilen

- 73 -

239,8); der Vergleich mit dem Jahr 1972 zeigt bei beiden Geschlechtern eine starke Zunahme. An vierter Stelle standen 1972 die wegen Diabetes stationär behandelten Frauen, die (wie auch in der Mortalität) gegenüber Männern deutlich überwiegen (402,1 gegenüber 295,5); auch hier eine starke Zunahme bei beiden Geschlechtern im Vergleichszeitraum. Die "Hyperthyreose und andere Krankheiten der Schilddrüse" waren 1982 für die Frauen von besonders ausgeprägter geschlechtsspezifischer Bedeutung (303 Frauen gegenüber 65,6 entlassenen Männern) und haben bei Frauen im Vergleich mit 1972 außerdem (um 126,1) stark zugenommen. Eine bedeutende Krankheitsgruppe, von der Frauen 1982 in etwas höherem Maß betroffen waren als Männer, sind auch noch "Hämorrhoiden, Varizen, Ulcus cruris" (251,4 gegenüber 209,9).

Die Arbeitsunfälle - bedeutende Krankenstandsursache bei Männern (vgl. 3.3.1.) - waren 1982 auch die bedeutendste Ursache einer stationären Behandlung von Männern (784,0 gegenüber 172,4 Frauen). Infolge von Straßenverkehrsunfällen waren 1982 ebenfalls wesentlich mehr Männer als Frauen in stationärer Behandlung (595,6 gegenüber 246,2). Stärker betroffen waren Männer darüber hinaus von Herzinfarkt, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür sowie bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und Tuberkulose.

3.3.4. MORTALITÄT AN AUSGEWÄHLTEN KRANKHEITEN

Die Auswahl der hier behandelten Krankheiten folgt, der Vergleichbarkeit wegen, den schon für den Frauenbericht 1975 ausgewählten; die versammelten Daten ermöglichen damit einen Überblick über eine 10-Jahres-Periode der Entwicklung zwischen 1972 (Frauenbericht 1975) und 1982.

Bei den ausgewählten Krankheiten handelt es sich - wie im folgenden jeweils gezeigt wird - vor allem um jene Krankheiten, die geschlechtsspezifisch entweder bei Frauen oder bei Männern als Todesursache deutlich überwiegen. Dabei kann von tendenziell geschlechtsspezifischen Krankheitsbildern ge-

- 74 -

sprochen werden (vgl. Abschnitt 3.1.). Darüber hinaus werden noch die Entwicklung der Sterblichkeit an bösartigen Gewächsen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie die Mütter- und Säuglingssterblichkeit behandelt.

Die folgenden Zahlen über die Sterblichkeit an ausgewählten Krankheiten beziehen sich wiederum auf 100.000 gleichen Geschlechts der Bevölkerung; darüber hinaus ermöglichen die Tabellen einen Einblick in die altersmäßige Verteilung. Neben den bei Frauen im Durchschnitt der Jahre 1979 bis 1982 gleichbedeutenden Herzkrankheiten waren Hirngefäßkrankheiten als Todesursache von besonders großer Bedeutung (414,0): von letzteren waren Frauen in höherem (gegenüber 156,0 Männern) und überdies (im Vergleich zu 1972) stark gestiegenem Maß betroffen (Tab. 3/39).

Diabetes war für Frauen auch eine bedeutendere Todesursache als für Männer (1982: 20,3 gegenüber 11,1; Tab.3/37), ebenso "bösartige Neubildungen der Gallenblase" (1982: 11,6 gegenüber 4,7) und Gallensteinleiden (1982: 4,4 gegenüber 2,2; beide Tab. 3/36).

In wesentlich höherem Maß als Frauen starben Männer an Herzinfarkt (1982: 165,8 gegenüber 108,5), den die geschlechtsspezifische altersmäßige Verteilung - höhere Sterblichkeit jüngerer Männer - als eine Ursache für die kürzere männliche Lebenserwartung ausweist; der Herzinfarkt ist jedoch auch bei Frauen eine Todesursache von steigender Bedeutung (1972: 90,2, 1982: 108,5; Tab.3/37).

Bedeutender waren bei Männern auch die "Krankheiten der Verdauungsorgane" (1979/82: 81,0 gegenüber 57,0 Frauen) und der "Krebs der Atmungsorgane" (1979/82: 79,0 gegenüber 18,0 Frauen; Tab. 3/38); letzterer wird auch auf den höheren Tabakkonsum der Männer zurückgeführt (siehe Abschnitt 2.3.2.2.). Auch von Unfällen waren Männer in höherem Maß betroffen als Frauen (1979/82: 83 gegenüber 46), wobei hier eine männliche Unfallspitze im Alter von 15 bis 25 Jahren hervorzuheben ist (Tab. 3/38). Männliche Todesfälle überwogen auch bei der Tuber-

- 75 -

kulose (1979/82: 8 gegenüber 4 Frauen), die insgesamt bei den beiden Geschlechtern rückläufig ist (Tab. 3/39).

Bemerkenswert erscheint noch die Entwicklung bei den "Magen- und Duodenalgeschwüren", wo die Todesfälle bei den Frauen sich im Vergleich der Jahre 1972 (7,1 gegenüber 11,7 Männern) und 1982 (8,1 gegenüber 9,2 Männern) der männlichen Todesrate nähern. Die Todesfälle durch Brustkrebs haben im Vergleich der Jahre 1972 und 1982 deutlich nahezu durchgehend in allen Altersstufen zwischen 25 und 60 Jahren zugenommen (von 32,9 auf 37,0). Die Tendenz weist nachdrücklich auf die Notwendigkeit der primären Vorsorge (Brustuntersuchung) hin. (Vgl. Tab. 3/40).

Hingegen ist zwischen 1972 und 1982 der Krebs der Gebärmutter als Todesursache zurückgegangen. Dieser Rückgang ist durchgehend in allen Altersstufen festzustellen (von 26,6 auf 12,9). (Vgl. Tab. 3/40)

Die Müttersterblichkeit ist seit 1946 drastisch zurückgegangen. Diese Entwicklung hat sich bis 1980 fortgesetzt; in den Jahren 1981 und 1982 ist wiederum eine leichte Steigerung (auf das Niveau der Jahre 1977 und 1978) bemerkbar.

Von den Todesursachen sind in diesem 10-Jahreszeitraum vor allem die Toxikose und Blutungen etwas zurückgegangen. (Vgl. Tab. 3/41).

Insgesamt ist die Säuglingssterblichkeit in Österreich während der vergangenen 10 Jahre auf nahezu die Hälfte gesunken, von 1972 bis 1982 von 25,2 auf 12,8 Promille. Diese Entwicklung ist jedoch regional differenziert: Die niedrigste Säuglingssterblichkeit wies 1982 das Burgenland mit 9,6 Promille auf, die höchsten Raten hatten Wien (14,9), Niederösterreich (14,1) und Vorarlberg (14,0). (Vgl. Tab. 3/42).

- 76 -

3.3.5. TODESFÄLLE

Angaben über die Entwicklung der Lebenserwartung in Österreich finden sich in Heft 1 des Frauenberichtes. Ergänzend zur Entwicklung der Lebenserwartung wird hier diejenige der Todesfälle wiedergegeben (Tabelle 3/43): Es zeigt sich ein nahezu durchgehender Rückgang der Todesfälle in allen Altersstufen bei beiden Geschlechtern. Insgesamt ist die Zahl weiblicher Todesfälle in der Periode von 1968/71 bis 1979/82 jedoch weniger zurückgegangen als die der männlichen (bei Frauen von 12,6 auf 12,2 Promille, bei Männern von 14,0 auf 12,4 Promille) und hat sich damit weitgehend angeglichen.

3.4. PSYCHISCHE KRANKHEITEN

Der Anteil der Krankenstände wegen psychischer Krankheiten ist bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei den Männern (1982: 0,66% gegenüber 0,36%). Die entsprechenden Krankenstände der Frauen dauern durchschnittlich etwas kürzer als die der Männer (1982: 30,2 Tage bei Frauen und 34,2 Tage bei Männern). (Vgl. Tabelle 3/46).

Ebenso ausgeprägt sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Neuzugang an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit wegen psychischer Krankheiten. Bei rund 11% der 1982 wegen geminderter Arbeitsfähigkeit frühpensionierten Frauen war eine psychische Krankheit die Ursache, aber nur bei rund 5% der frühpensionierten Männer (Tabelle 3/47).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede wiederholen sich jedoch bei den in (psychiatrischen) Krankenanstalten wegen psychischer Krankheiten oder psychischer Krisen Behandelten und an psychischen Leiden Verstorbenen nicht. So wurden zwar absolut mehr Frauen wegen Neurosen, Psychosen und Selbstmordversuchen 1982 in den Krankenanstalten behandelt (6974 Frauen gegenüber 5988 Männern), berücksichtigt man jedoch, daß Frauen generell häufiger in Krankenanstalten aufgenommen werden,

- 77 -

verschwinden die geschlechtsspezifischen Unterschiede: Rund 9% aller stationär behandelten Männer und Frauen litten an Neurosen, rund 16% an Psychosen und bei rund 8% war ein Selbstmordversuch vorgelegen (Tabelle 3/48 und 49). Wegen psychischer Krankheiten oder Krisen verstarben 1982 sogar absolut (213 Männer und 202 Frauen) wie relativ (8,3% der verstorbenen Männer und 6,9% der verstorbenen Frauen) mehr Männer als Frauen in den Krankenanstalten: Sie verstarben häufiger an Neurosen (unter die der Alkoholismus subsumiert wird) und vor allem nach Selbstmordversuchen (Tabelle 3/50 und 51). Die gleichen geschlechtsspezifischen Unterschiede finden sich in der gesamten Mortalitätsstatistik noch deutlicher ausgeprägt: Männer sterben mehr als dreimal so häufig an Neurosen, vor allem Alkoholismus (1982 absolut 114 Männer und 35 Frauen) und Selbstmorden (1982: 1499 Männer und 571 Frauen). Sie sterben überdies häufiger an Gewalttaten anderer, wie zum Beispiel Mord und Totschlag (1982: 64 Männer und 54 Frauen) und lediglich an Psychosen seltener (1982: 60 Männer und 79 Frauen). Die Unterschiede bleiben aufrecht, berücksichtigt man die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung (vgl. Tabelle 3/52 und 53).

Frauen werden in psychiatrischen Krankenanstalten ihrem Anteil der Bevölkerung entsprechend häufig (zwangsweise) aufgenommen, jedoch offensichtlich nur kurzfristiger (zwangsweise) behandelt. Dort wo - wie in psychiatrischen Universitätskliniken - die stationäre Pflege vor allem freiwillig in Anspruch genommen werden kann, sind sie ebenfalls entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil vertreten. Überrepräsentiert sind Frauen jedoch höchstwahrscheinlich unter jenen, die ambulante ärztliche Dienste wegen psychischer Leiden in Anspruch nehmen. Das läßt die absolut wie relativ größere Zahl von Krankenstandsfällen erwerbstätiger Frauen wegen Neurosen und Psychosen vermuten, die sicher eine große - wenn auch unbekannte - Zahl von Krankenständen enthält, die nicht in stationärer Pflege bewältigt werden. Aufgrund ausländischer Ergebnisse ist zu vermuten, daß der geschlechtsspezifische Unterschied der Inanspruchnahme ambulanter ärzt-

- 78 -

licher Dienste wegen psychischer Leiden noch schärfer hervortreten würde, besäßen wir Informationen über Krankheiten Nicht-Erwerbstätiger und über Krankheiten Erwerbstätiger, die sich nicht in Krankenständen ausdrücken.

Frauen dürften insgesamt häufiger als Männer an leichteren psychischen Krankheiten leiden, die medizinisch-ambulant (und/oder selbständig - Vogt 1983) und häufig durch Verordnung (bzw. selbsttätige Einnahme) von Psychopharmaka "bewältigt" werden. Sie agieren Lebensprobleme und Krisen als individuelle psychische Leiden aus.

Psychische Leiden und Krisen von Frauen (zum Beispiel Depressionen) sind im Lichte dieser Ergebnisse als kompliziertes Geflecht von Abweichung und Unterdrückung zu begreifen; als Auflehnung und Aufopferung in einem. Mit psychischen Krankheiten kann man auch Unbehagen artikulieren, sich Verpflichtungen aller Arten anderen gegenüber (den Eltern, Kindern, Ehemännern, Arbeitgebern) entziehen und als Leidender selbst zum Ziel von Hilfeleistungen anderer (der Ärzte) werden. Allerdings scheinen Frauen "die Vorteile der Krankenrolle" nur beschränkt zu übernehmen: nicht zu lange, nicht zu bedrohlich für andere, das eigene Leiden selbst kontrollierend und sich Kontrollen durch Ärzte, Psychopharmaka freiwillig unterwerfend. Andernfalls, so ist zu vermuten, würden Frauen stärker als Männer aus dem Geflecht privater sozialer Beziehungen, an dem sie leiden, über das sie jedoch - trotz Veränderung der Frauenrolle - primär ihre Identität beziehen, ausgestoßen werden.

- 79 -

4. FRAUEN IN DER MEDIZIN

4.1. FRAUEN IN MEDIZINISCHEN BERUFEN

4.1.1. ÄRZTE

Der Anteil der Frauen an den berufsausübenden Ärzten steigt langsam, aber stetig an. 1954 betrug er 16,5%, 1973 21%. Ende 1983 war ein Viertel der Ärzte weiblichen Geschlechts. Der Anteil der Frauen an den derzeit in Ausbildung stehenden Medizinerinnen beträgt sogar ein Drittel (33,8%), deutet also auf ein weiteres Ansteigen des Frauenanteils hin.

Von den praktischen Ärzten waren 1983 23,4% Frauen (1954: 12,4%), ähnlich ist die Situation bei den Fachärztinnen. Die Angaben der Österreichischen Ärztekammer und die des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz differieren allerdings diesbezüglich. (Vgl. Tabelle 4/1 und 2.)

4.1.1.1. ALTERSSPEZIFISCHER UND REGIONALER ANTEIL DER FRAUEN AM ARZTBERUF

In der Gruppe der 60-jährigen ist der Anteil der Frauen an den Ärzten noch sehr gering, und auch in der Gruppe der 30- bis 60-jährigen liegt er fast durchwegs unter 25% (Ausnahme: 28,1% bei den 50- bis 59-jährigen); erst bei den Ärztinnen unter 30 Jahren ist eine deutliche Zunahme zu verzeichnen (vgl. Tabelle 3/3).

Der Frauenanteil an den Ärzten ist außerdem regional unterschiedlich: Am geringsten ist er in Vorarlberg, am höchsten in Wien. Dies stimmt auch mit der Erfahrung von Absolventinnen des Medizinstudiums überein, daß Frauen in großen Städten leichter, in kleinen Städten viel schwerer eine Ausbildungsstelle finden.

4.1.1.2. DIE ENTWICKLUNG DES FRAUENANTEILS IN DEN FÄCHERN

Die erste Erfassung der ärztlichen Standesmeldung nach dem Geschlecht durch die Österreichische Ärztekammer liegt aus dem Jahr 1977 vor: Es wurden daher die Jahre 1977 und 1984 als Vergleichszeitraum gewählt. Diese Daten ermöglichen eine Erfassung der Entwicklung der einzelnen Fächer über ungefähr 10 Jahre (1). Sieht man sich die Entwicklung des Frauenanteils im Vergleichszeitraum in den einzelnen Fächern an, so zeigt sich eine durchgehende männliche Dominanz in allen Fächern. (Vgl. Tabelle 4/2).

Vor allem sind es die rein chirurgischen Fächer - neben Chirurgie noch Neurochirurgie und Unfallchirurgie - in denen Frauen kaum vertreten sind: Am stärksten noch in der Chirurgie, wo ihr Anteil im Jahr 1984 6,0% betrug. Dies bedeutet im Vergleich mit dem Frauenanteil von 1977 eine Zunahme um 2,1%.

Ähnlich nieder liegt der Anteil in jenen Fächern, deren Vertreter zu unterschiedlichen Teilen chirurgische Aufgaben wahrnehmen: In Urologie (1984: 2,2%) und Orthopädie (1984: 5,4%) oder bei HNO-Ärzten (1984: 7,8%; hier ist der Frauenanteil gegenüber 1977 sogar um 0,3% zurückgegangen).

Etwas höher - zwischen einem Viertel und einem Drittel - liegt der Anteil in den ebenfalls zum Teil operativen Fächern wie Dermatologie (1984: 24,8%) und Lungenkrankheiten (1984: 26,8%; hier steht eine geringe Zunahme des Frauenanteils einer Abnahme des Männeranteils gegenüber).

Bei Augen- sowie Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (auch in diesen Fächern werden Operationen durchgeführt) erreicht der im Vergleichszeitraum deutlich gestiegene Frauenanteil ungefähr ein Drittel der Gesamtzahl: Bei den Augenärzten sind es 34,2% (1984), bei den Zahnärzten 30,8%.

Zugenommen hat im Vergleichszeitraum auch der Frauenanteil in den Fächern Neurologie und Psychiatrie, der 1984 ebenfalls nahezu ein Drittel (28,2%) betrug.

(1) Für die vom Gesundheitsbericht erfaßte Kategorie der "berufsausübenden Ärzte" wurde die Gliederung nach Fächern nur bis in das Jahr 1974 geführt.

- 81 -

Die Innere Medizin - die größte Gruppe unter den Fachärzten und ebenfalls ein nicht-operatives Fach - weist demgegenüber einen wesentlich niedrigeren Frauenanteil auf: Dieser ist außerdem von 13,6% (1977) auf 13,5% (1984) zurückgegangen. Die Stagnation des Frauenanteils steht hier außerdem einer Zunahme bei den männlichen Fachärzten für Innere Medizin gegenüber.

Hervorgehoben sollen hier noch jene Fächer werden, in denen Frauen besonders zahlreich oder annähernd so zahlreich wie Männer vertreten sind: Letzteres gilt für die Physikalische Medizin (1984: 47,5%; hier steht ein rückläufiger Männeranteil wiederum einem minimalen Zuwachs an Frauen gegenüber) und die Anästhesiologie. In diesem Fach (mit einer hohen Gesamtzuwachsrate von 49,6% im Vergleichszeitraum) ist während dieser Zeit der Anteil der Frauen von 46,6% (1977) auf 47,5% (1984) gestiegen. Zahlreich sind weibliche Ärzte auch in der Kinderheilkunde vertreten: Hier ist ihr Anteil im Vergleichszeitraum jedoch von 47,1% (1977) auf 42,5% (1984) deutlich gesunken.

Besondere Beachtung soll hier die Situation der Frauen als Ärztinnen in der Gynäkologie finden, da in diesem Fach Frauen allein Patient sind. Es wurden deshalb - in Ergänzung des Zahlenmaterials - Experten-Interviews mit weiblichen Fachärzten für Gynäkologie über die Ausbildungs- und Arbeitssituation für Frauen in diesem Fach geführt.

Bei einer insgesamt steigenden Anzahl von Gynäkologen (um 24,7% im Vergleichszeitraum) ist der Anteil der Frauen gesunken: Von 13,7% (1977) auf 12,2% (1984).

Als Grund geben weibliche Medizinstudenten und Ärztinnen geschlechtsspezifische Kriterien bei der Vergabe von Ausbildungsplätzen an, durch die Frauen benachteiligt würden. Darüber hinaus wurde von ihnen das zu mechanische Umgehen mit dem weiblichen Körper kritisiert.

In ihrer Tätigkeit als Gynäkologin wurden diese Frauen vor allem mit zwei Vorurteilen konfrontiert: Einerseits

- 82 -

aufgrund ihres Geschlechts auf psychosomatische Fragen besonders ausgerichtet zu sein, andererseits schlechter zu operieren als Männer. Erst eine Veränderung des Verhaltens der männlichen Kollegen, auch den Patientinnen gegenüber, könnte ihrer Meinung nach die Situation ändern und längerfristig den Zugang zu diesem "Frauenfach" für Frauen erleichtern.

4.1.2. MEDIZINSTUDENTEN

Die Zahl der weiblichen und männlichen Erstinskribierenden hat sich angeglichen und auch die der weiblichen Hörer und Absolventen ist im Verhältnis zu der der Männer stark angestiegen (Frauenanteil: 41%).

In der postpromotionellen Ausbildung bevorzugen Frauen etwas häufiger als Männer eine Facharztausbildung (Tabelle 4/4). Während Männer überdurchschnittlich oft "chirurgische Fächer" und auch häufiger "Innere Medizin" als Ausbildungsziel nennen, äußern Frauen häufiger Präferenzen für Kinderheilkunde, Psychiatrie/Neurologie sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten (Pelikan 1983); weibliche Absolventen wählen also eher jene Fächer, die schon traditionell von Frauen bevorzugt wurden (vgl. Lesky 1975).

Der Präferenz für eine Facharztausbildung steht jedoch bei Frauen die Erwartung stärkerer Geschlechtsdiskriminierung bei der Suche nach einem Facharztplatz als bei der Suche nach einem Turnusplatz entgegen: Insgesamt hält die Hälfte der weiblichen Absolventen das Geschlecht für einen wichtigen Faktor bei der Ausbildungsplatzsuche. Dieser Einstellung entspricht auch eine geringere Suchaktivität weiblicher Absolventen (späterer Beginn der Suche; weniger Versuche, die gewünschte Stelle zu erhalten).

Es entspricht ihr jedoch auch ein tatsächlich seltenerer Erfolg bei der Stellensuche, unabhängig von der Präferenz für eine Fachausbildung oder für den Turnus.

- 83 -

Allerdings gibt es deutliche regionale Unterschiede: Frauen sind in Wien und den Landeshauptstädten nur etwas weniger erfolgreich, in kleineren Städten ist die Differenz wesentlich deutlicher (Pelikan 1983).

4.1.3. KRANKENPFLEGEFACHDIENSTE, MEDIZINISCH-TECHNISCHE DIENSTE UND SANITÄTSHILFSDIENSTE

In nahezu allen der folgenden Berufe überwiegt der Anteil der Frauen bei weitem den der Männer, und zwar in viel höherem Maß als der Männeranteil den der Frauen bei den Ärzten.

Dies entspricht dem Bild der Frau als mütterlich-sorgende (vgl. 1.2.) ebenso wie ihrer reproduktiven gesellschaftlichen Rolle, die sie auch im Gesundheitsbereich einnimmt.

Krankenpflegefachdienste

Der Anteil der Frauen im Krankenpflegefachdienst - dem zahlenmäßig bedeutendsten Arbeitsbereich der behandelten Berufsgruppen - war im Jahr 1982 mit 91,8% ungefähr gleich hoch als 10 Jahre zuvor (1973: 91,7%). Dabei zeigen sich deutliche Differenzen nach den Fächern: Den höchsten Frauenanteil wies 1982 die Kinderkranken- und Säuglingspflege auf (99,9%), ein nahezu ebenso hohen die Allgemeine Krankenpflege (95,8%), während in der Psychiatrischen Krankenpflege fast ebensoviele Frauen wie Männer tätig waren (Frauenanteil: 51,5%). Außer einer geringen Tendenz zur Abnahme des Frauenanteils in der Allgemeinen Krankenpflege (1973: 97,7%) ist für den Vergleichszeitraum die insgesamt starke Zunahme der Zahl der Berufstätigen (von 1973: 16.866 auf 1982: 23.786) festzuhalten (vgl. Tabelle 4/5).

Medizinisch-technische Dienste

Der Frauenanteil war 1982 (91,2%) in diesem Bereich nahezu so hoch wie in den Krankenpflegefachdiensten, wobei Frauen in allen

- 84 -

Einzelberufen deutlich überwiegen. Auch hier ist für die Zeit von 1973 bis 1982 eine starke Gesamtzunahme der Berufstätigen und eine geringe Abnahme des Frauenanteils (1973: 93,2%) zu verzeichnen. (Vgl. Tabelle 4/6).

Sanitätshilfsdienste

Auch im Bereich Sanitätshilfsdienste sind die Frauen in der Mehrzahl der Berufe (Ausnahmen: Operations-, Desinfektions-, Prosektur-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapiegehilfen und 1982 auch Sanitätsgehilfen) deutlich dominierend, vor allem in der zahlenmäßig bedeutendsten Gruppe der Stationsgehilfen. Auch in diesem Bereich ist durchgehend ein starker Anstieg der Zahl der Berufstätigen zu verzeichnen.

4.1.3.1. HEBAMMEN

Der Beruf der Hebammen ist ein reiner Frauenberuf. Die Zahl der Hebammen ist in den Jahren 1973 bis 1982 zurückgegangen: Von 1.185 auf 1.080. Allein in Wien und Niederösterreich sind Zunahmen zu verzeichnen.

Zugleich ist eine Umschichtung bemerkbar: Einerseits eine Abnahme der Zahl der öffentlich bestellten und der freipraktizierenden Hebammen, andererseits eine Zunahme der Zahl der Anstaltshebammen in allen Bundesländern. Trotz der Forcierung der Entbindungen im Krankenhaus war in den letzten Jahren ein (zahlenmäßig nicht erfaßtes) Interesse an Hausgeburten zu bemerken.

Während im Krankenhaus der Arzt die Verantwortung für die Geburt trägt - die Hebamme ist vor allem für die persönliche Betreuung der Patienten, Hygiene und die Überwachung der Geräte verantwortlich - kann die öffentlich bestellte oder freipraktizierende Hebamme eine Hausgeburt in Eigenverantwortung durchführen.

- 85 -

4.1.3.2. AUSBILDUNG

Im Gegensatz zum steigenden Frauenanteil an Ärzten und Medizinstudenten zeichnet sich in den übrigen medizinischen Berufen kein weiterer Zuwachs der Minderheit männlicher Berufstätiger ab.

Allein im Krankenpflegefachdienst (Tabelle 4/9) ist ein leichter Rückgang der weiblichen Schüler von 95,7% (1973) auf 93,2% (1982) zu verzeichnen, dem jedoch ein Anstieg bei den Absolventen gegenübersteht (von 92,9% auf 94,7%). In den medizinisch-technischen Diensten ist der weibliche Anteil bei Schülern und Absolventen mit ca. 95% gleich geblieben.

Im Sanitätshilfsdienst ist der Frauenanteil bei den Absolventen zwischen 1973 und 1982 von 70,4 auf 78,2 gestiegen. (Vgl. Tabelle 4/10)

4.2. SELBSTHILFE

"Selbsthilfegruppen haben sich im Laufe der Geschichte stets dort gebildet, wo eine Gruppe von Menschen in gemeinsamer Not war und ihre Situation erkannte." (Moeller, 1978, S.45).

Für das Entstehen von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich, vor allem aber im Zusammenhang mit "Gewalt gegen Frauen", hat die autonome Frauenbewegung wesentliche Impulse gegeben.

Die körperliche Mißhandlung ist der sichtbarste Ausdruck gesellschaftlicher Unterdrückung von Frauen. Das Tabu der Gewalttätigkeit in der Ehe und Familie zu durchbrechen, ist schwierig. Das Erleiden der Gewalt wird oft als individuelles Versagen angesehen, den Frauen zumindest Mitschuld an ihrer Situation gegeben.

Auf internationaler Ebene fand 1976 in Brüssel ein Frauentribunal "Gewalt gegen Frauen" statt. In der BRD wurde im

- 86 -

gleichen Jahr das erste Frauenhaus (Berlin) eröffnet. In Wien wurden zwei Arbeitsgemeinschaften gegründet: "Frauen gegen Gewalt an Frauen" und der Verein "Notruf für vergewaltigte Frauen".

Auf verschiedenen Ebenen wird seitdem das Problem "Gewalt gegen Frauen" versucht, öffentlich zu machen. Wissenschaftlerinnen setzen sich damit forschend auseinander; sehen einen engen Zusammenhang zwischen der Erduldung von Gewalt und der "machtlosen" Position der Frauen in der Gesellschaft. Politikerinnen und Politiker greifen Forderungen der Frauenbewegung auf und fordern Zufluchtstätten für mißhandelte Frauen und deren Kinder.

1978 fand in Wien die Gründungsversammlung des Vereins "Soziale Dienste für gefährdete Frauen und ihre Kinder" statt. In der Zwischenzeit existieren in allen Bundesländern derartige Einrichtungen, die sich jedoch was Organisationsstruktur betrifft, voneinander unterscheiden.

Im folgenden werden einige dieser (Selbsthilfe-) Initiativen kurz vorgestellt.

Verein Frauenselbsthilfe nach Krebs

Initiatorin ebenso wie Mitglieder dieses 1979 gegründeten Vereins agieren aus eigener Betroffenheit heraus. Ihre Aufgabe sehen sie darin, Frauen vor, insbesondere aber nach Brustoperationen sowohl psychische Unterstützung als auch konkrete Informationen zu geben (Sozialrecht, medizinische Nachbetreuung etc.), indem eigene Erfahrungen weitergegeben werden und versucht wird, Probleme und Ängste gemeinsam aufzuarbeiten. 1982 hat der Verein mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums eine Broschüre herausgegeben ('Wie soll es weitergehen? Ratgeber für brustoperierte Frauen'). In der Zwischenzeit sind auch außerhalb von Wien eigene Landesgruppen entstanden.

- 87 -

Beratungsstelle für natürliche Geburt. Wien

Die Beratungsstelle, 1983 gegründet, ist aus dem Arbeitskreis 'Sanfte Geburt' hervorgegangen und sieht ihre Aufgabe in einer 'umfassenden Geburtsvorbereitung'. Die Tätigkeit beinhaltet Beratung zum Fragenkomplex Schwangerschaft/Geburt/Stillen, Information über natürliche Geburtshilfe, die sich an den Bedürfnissen von Mutter und Kind orientiert, Veranstaltung von Kursen für (werdende) Eltern (Erfahrungsaustausch, Abbau von Unsicherheiten und Ängsten, Übungen zur Sensibilisierung des Körpers).

Frauenberatungsstelle Wien

Der Verein "Frauen beraten Frauen" wurde im August 1980 von Frauen aus verschiedenen psychosozialen Berufen (Psychologinnen, Pädagogin, Heilgymnastin, Sozialarbeiterin, Ärztin) gegründet.

Im Oktober 1981 wurde die Frauenberatungsstelle eröffnet. Die Arbeit der Frauenberatungsstelle umfaßt Krisenintervention, Einzelberatung bzw. Einzeltherapie vor allem aber Gruppenarbeit. Sie gehört zu den Arbeitsschwerpunkten der Beratungsstelle, da das Erleben von Solidarität, das Durchbrechen der Isolation, in der sich viele Frauen befinden, die gegenseitige Unterstützung für eine Verbesserung der Situation von Frauen als besonders wichtig erachtet werden. Zum Teil haben die einzelnen Gruppen Problemschwerpunkte, wie psychosomatische Beschwerden, Trennungsprobleme, Selbstbewußtsein.

Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, ist ebenfalls ein zentrales Anliegen der Frauenberatungsstelle; bisher sind zwei Arten von Selbsthilfegruppen entstanden: Gruppen für Mütter mit Kleinkindern und Gruppen für ältere Frauen (aus einer hat sich 1983 der Verein "Graue Panther" konstituiert).

Die Finanzierung erfolgt sowohl durch Subvention des Bundes und der Gemeinde Wien; da die Subventionen den Aufwand nicht decken, ist die Beratungsstelle auch von Spenden abhängig.

Wiener Frauenhäuser

Die meisten Frauen, die ein Frauenhaus aufsuchen, kommen nach vorhergegangenem Telefongespräch (das Telefon ist Tag und Nacht besetzt), manche auf Empfehlung sozialer Institutionen, manche über Hinweise von Bekannten und Freunden.

Die Hausarbeit wird von den im Frauenhaus lebenden Frauen selbst durchgeführt, bei der Organisation werden sie von den angestellten Frauen (vor allem Sozialarbeiterinnen, aber auch eine ehemalige Betroffene) unterstützt. Die Nicht-Berufstätigen beteiligen sich stärker an der Haushaltsführung. Bei den wöchentlichen Hausversammlungen werden anfallende Fragen und Probleme des Zusammenlebens besprochen sowie die Diensteinteilung erstellt, bei der auf Abwechslung in den Tätigkeiten geachtet wird; ebenso wird die wechselseitige Kinderbetreuung geregelt.

Es gibt eine Hausordnung, deren wiederholte Mißachtung zur Ausweisung aus dem Frauenhaus führen kann; die Entscheidung darüber trifft (äußerst selten) das Team.

Das Leben im Frauenhaus hat Wohngemeinschaftscharakter, was auch durch die räumlichen Gegebenheiten mitbedingt wird. Die Vorteile dieser Form des Zusammenlebens liegen darin, daß Frauen, deren psychische Situation gerade sehr schlecht ist, die zum Beispiel depressiv sind, durch das unmittelbare Zusammensein mit Frauen, denen es besser geht, gestützt werden können, daß Hilfsangebote ausgetauscht werden können, daß bei Auseinandersetzungen der Kinder oder mit den Kindern schneller jemand eingreifen kann.

Obwohl es verständlicherweise auch zwischen den Frauen zu Spannungen und Schwierigkeiten kommt, gibt es viel gegenseitige psychische und praktische Unterstützung, wichtigen Erfahrungsaustausch im Umgang mit Ämtern (Scheidungen, Sozial- und Jugendämtern, Wohnungsamt). Aussprachen mit Frauen aus dem Team sind möglich, eine eventuell gewünschte Therapie jedoch muß außerhalb des Frauenhauses gesucht werden, wobei

- 89 -

die Team-Frauen behilflich sind.

Zur gesundheitlichen Versorgung im Frauenhaus kommt zur Betreuung der Kinder regelmäßig eine psychotherapeutisch geschulte Kinderärztin; wenn Frauen mit Verletzungen kommen, werden sie in die Ambulanz eines Krankenhauses gebracht. Da ein auffallend hoher Medikamentenkonsum bei den in Frauenhäusern lebenden Frauen besteht, und es häufig auch zu Mißbrauch kommt (insbesondere von Psychopharmaka), verwahren die Mitarbeiterinnen sämtliche Medikamente und geben sie nach Bedarf aus.

In den beiden Wiener Frauenhäusern sind 11 Mitarbeiterinnen (meist Sozialarbeiterinnen, auch eine betroffene Frau) ganztags angestellt. Die Bezahlung der Gehälter und des Betriebs wird zum überwiegenden Teil durch fixe Subventionen von seiten der Gemeinde Wien, zu einem kleinen Teil auch durch die Taggelder der Bewohnerinnen finanziert.

Obwohl häufig Frauen mit Körperverletzungen nach Mißhandlungen in die Frauenhäuser kommen, werden diesbezüglich selten Anzeigen erstattet, da dies bei einer eventuellen Rückkehr der Frau zu ihrem Ehemann/Partner in mehrfacher Hinsicht problematisch sein kann. Bei Eintreffen der Frauen in einem Frauenhaus ist die Möglichkeit einer Trennung meist völlig ungeklärt. (Auf Wunsch einer Frau können später auch Aussprachen mit dem Ehemann/Partner in Anwesenheit einer Mitarbeiterin stattfinden).

Erstes Frauenhaus in Innsbruck

Das Innsbrucker Frauenhaus wurde im Jahre 1981 eröffnet. Die Initiative dazu war von einem parteiunabhängigen Verein ausgegangen, dem auch Frauen aus ÖVP und katholischer Frauenbewegung angehört hatten, die sich 1982 jedoch wieder zurückzogen und davon unabhängig ein weiteres "alternatives" Frauenhaus in Form von Krisenwohnungen gründeten (das in der Folge ebenfalls vorgestellt wird).

- 90 -

Das Innsbrucker Frauenhaus ist in einem ehemaligen Gasthof in einer kleinen Ortschaft in Stadtnähe untergebracht: Dadurch stehen sowohl Einzelzimmer wie Gemeinschaftsräume zur Verfügung, was auch für eine zeitweilig getrennte Kinderbetreuung von Vorteil ist. Als nachteilig wird die Bekanntheit der Frauen im Ort als Frauenhausbewohnerinnen aufgrund der geringen Einwohnerzahl empfunden.

Die erste Kontaktaufnahme mit dem Frauenhaus erfolgt - anders als in den Wiener Frauenhäusern - meist durch behördliche Überweisung von Frauen. Dabei kommt allerdings die "Konkurrenz" zweier verschieden organisierter und politisch unterschiedlich orientierter Frauenhäuser zum Tragen: Der Bedarf an einem unabhängigen Frauenhaus ist aber allein schon durch die ständige Ausnützung von 2/3 der Kapazität nachgewiesen.

Gegenüber den Subventionsgebern ist die finanzielle Situation des Frauenhauses durch die Existenz des "alternativen" Frauenhauses erschwert worden: So konnte die von Beginn an notwendige Zusammenarbeit von bezahlten Mitarbeiterinnen mit unbezahlten nicht verändert werden.

Zum Unterschied vom Wiener Frauenhaus sind die Mitarbeiterinnen zugleich Vereinsmitglieder und organisieren in einmal monatlich stattfindenden Vereinssitzungen den Betrieb.

Die geringe finanzielle Unterstützung des Frauenhauses Innsbruck hat auch zur Folge, daß die Aufenthaltskosten höher als im Wiener Frauenhaus sind: Für Frauen und Kinder müssen Tagsätze verrechnet werden. Ebenso wie im Wiener Frauenhaus werden diese jedoch bei Bedürftigkeit gestundet oder erlassen und spielen bei der Aufnahme der Frauen keine Rolle.

Frauenhaus der Initiative "Frauen helfen Frauen", Innsbruck

Das zweite Frauenhaus in Innsbruck wurde 1982 von der Frauenzentrum-Initiative "Frauen helfen Frauen" eröffnet.

- 91 -

Es wird ausschließlich über das Frauenzentrum geleitet und durch die Frauen des Teams betreut. Derzeit gibt es 40 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen, die den Frauen bei der Erledigung ihrer sozialen, juristischen und psychischen Probleme helfen. Dem Team gehören eine Eheberaterin, Psychologinnen und Juristinnen an.

Die Aufnahme ins Frauenhaus ist jeder Frau möglich, die unter den Begriff "psychisch und physisch mißhandelt" fällt. Der Erstkontakt erfolgt in jedem Fall über das Frauenzentrum (um die Telefonnummer und den Standort des Hauses geheim zu halten). Die Nummer des Zentrums ist bekannt und rund um die Uhr besetzt. Braucht eine Frau in der Nacht Hilfe, erfährt sie über den Telefonbeantworter die Nummer der diensthabenden Frau und kann sich mit ihr einen Treffpunkt vereinbaren - meist den Hauptbahnhof Innsbruck, in Zusammenarbeit mit dem Bahnhofssozialdienst.

Das Frauenhaus besteht derzeit aus acht "Wohneinheiten", in denen sich jeweils 2 - 3 Frauen und ihre Kinder eine Wohnung teilen. Das bedeutet, daß rund 20 Frauen mit ihren Kindern Unterkunft finden können. Der Aufenthalt ist auf 6 Monate beschränkt. In diesen 6 Monaten wird versucht, für die/mit der Frau eine Wohnung zu finden. Gelingt das nicht und kann die Frau auch nicht in ihre ehemalige Wohnung zurück, besteht derzeit (für vier Frauen) die Möglichkeit, in eine kleine vom Verein angemietete Wohnung zu ziehen, in der sie bleiben kann.

Problemgespräche, eventuelle Kontakte mit dem Mann, soweit dies eine Frau wünscht, Gesprächsrunden für die Frauenhausfrauen finden im Frauenzentrum statt. Es wird damit sowohl die "emotionale Stimmung des Frauenhauses weniger belastet, als auch auf das eigenständige Leben der Frauen mit ihren Kindern Rücksicht genommen". Erklärtes Ziel ist die "Hilfe zur Selbsthilfe" und keine totale Betreuung.

Für etwa 2 Stunden pro Tag kommen Frauen aus dem Team die Frauen in den Wohneinheiten "besuchen" - zum Aussprechen und Aufarbeiten von Problemen.

- 92 -

Die Hausordnung beinhaltet drei Regeln: Keine Männer, kein Alkohol, keine Drogen.

Nach bisherigen Erfahrungen kommen Frauen aus allen Bevölkerungsschichten, ungefähr ein Drittel der Frauen aus ländlichen Gebieten. In den meisten Fällen spielt Alkoholismus des Mannes eine wesentliche Rolle dabei, daß die Frau geschlagen oder gedemütigt wird und eines Tages die Hoffnung aufgibt, ihre Situation könne sich bessern. Eine Altersgrenze gibt es nicht - die jüngste Frau war 18 Jahre alt, die älteste 54. Bisher sind etwa ein Drittel der Frauen wieder zum Ehemann oder Lebensgefährten zurückgekehrt.

Die Kosten im Frauenhaus betragen für die Frau pro Tag ÖS 30,-- und pro Kind ÖS 10,--. Kostenübernahme durch das Sozialamt ist gesichert, falls eine Frau kein Geld bzw. kein Einkommen hat.

Der Verein Frauenzentrum-Initiative erhält von der Erzdiözese Innsbruck und von der Tiroler Landesregierung Subventionen. Die Arbeit der Frauen im Frauenzentrum ist unentgeltlich.

Verein "Kärntner Frauenhaus"

Vertreterinnen der Frauenorganisationen von SPÖ, ÖVP, FPÖ sowie der katholischen Frauenbewegung, der evangelischen Frauenarbeit, des Bundes demokratischer Frauen und des autonomen Frauenzentrums bereiteten die Gründung einer Zufluchtsstätte für mißhandelte und bedrohte Frauen und deren Kinder in Klagenfurt vor. Zu diesem Zweck wurde der Verein "Kärntner Frauenhaus - Zufluchtsstätte für mißhandelte und bedrohte Frauen und deren Kinder" gegründet, 1984 wurde das Frauenhaus eröffnet.

Die Aufgabe des Kärntner Frauenhauses, bedrohten und mißhandelten Frauen und Kindern ein Zufluchtsort zu sein, wo sie vor weiterer Gewalt geschützt sind, wird im Statut folgendermaßen definiert:

1. Wirksame Soforthilfe und soziale Hilfen für mißhandelte

- 93 -

Frauen und deren Kinder

2. Bewußtmachung der Probleme dieser Gruppe gefährdeter Frauen und Kinder in der Öffentlichkeit.

Grundsätzlich ist das Frauenhaus verpflichtet, alle vor ihren Männern schutzsuchenden Frauen mit ihren Kindern aufzunehmen. Es ist für sie Tag und Nacht offen und darf keine Frau in dieser Situation abweisen, unabhängig von der Belegzahl. Die Frauen, die hinkommen, müssen keinen Nachweis der Mißhandlung erbringen. Es genügt, wenn die Frau sagt, sie sei körperlich oder psychisch mißhandelt oder bedroht worden. (Vgl. Tabelle 4/19 bis 20)

Es werden keine Behörden und keine Personen informiert; eine Ausnahme bildet die Polizei, wenn sie wegen einer Abgängigkeitsanzeige anruft. Auch die Ehemänner werden nicht verständigt, daß die Frau im Frauenhaus ist. Männer haben keinen Zutritt ins Haus, ausgenommen Ärzte und Handwerker.

Um den Frauen die Erfahrung von Solidarität und Eigenverantwortlichkeit zu ermöglichen, ist es notwendig, daß das Frauenhaus von den darin wohnenden und arbeitenden Frauen selbst verwaltet wird. Alle grundsätzlichen Fragen, Probleme und Planungen werden in der Hausversammlung besprochen und beschlossen. An der Hausversammlung nehmen alle Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen teil. Zur Selbstorganisation gehört weiterhin, daß die praktischen Arbeiten im Haus, wie Verpflegung und Hausarbeit, so weit wie möglich von den Frauen selbständig ausgeführt werden.

Jede Woche findet eine Hausversammlung statt; es ist Pflicht für die Frauen, die im Frauenhaus wohnen, daran teilzunehmen. Bei der Hausversammlung werden inhaltliche und organisatorische Probleme besprochen, und es wird ein Dienstplan für die Woche festgelegt. Die Beschlüsse der Hausversammlung bilden die Hausordnung, die das Ziel hat, das Leben im Frauenhaus für die Frauen zu erleichtern.

Die Hausordnung kann durch die Hausversammlung jederzeit geändert bzw. ergänzt werden. Es gibt jedoch Prinzipien, die durch die Hausversammlung nicht veränderbar sind. Dazu gehört: Keine

- 94 -

Männer im Haus; Alkoholverbot (Feiern bilden eine Ausnahme); Verpflichtung zur Beitragsleistung.

Erfahrungen aus anderen Frauenhäusern zeigen, daß viele Frauen nach dem Abklingen der akuten Krisensituationen zu ihrem Mann zurückkehren. Gerade sie brauchen eine weitergehende Beratung. Zur Nachbetreuung werden den Frauen die Hilfsangebote anderer Institutionen zugänglich gemacht. Eine notwendige Hilfestellung ist die Beratung durch Fachleute, die mit dem Frauenhaus zusammenarbeiten, wie Juristinnen oder Juristen, Ärztinnen oder Ärzten, Psychologinnen oder Psychologen. Sie beraten die Frauen in speziellen und allgemeinen Fragen, damit diese ihre Lage und ihre Möglichkeiten einschätzen können. Den Frauen soll nicht eine bestimmte Lösung ihrer Probleme aufgedrängt werden. Die Frauen müssen selbst entscheiden, auch in Fragen der Aufrechterhaltung oder Auflösung ihrer Ehe.

Frauen, die ein Einkommen haben oder Sozialhilfe beziehen, müssen für den Aufenthalt im Frauenhaus einen Beitrag leisten. Die Beitragssätze werden unter Berücksichtigung der Kinderzahl festgelegt.

Notruf - Initiativen für vergewaltigte Frauen in Österreich

In Österreich entwickelten sich zu verschiedenen Zeitpunkten, jedoch in fast allen Bundesländern - Initiativgruppen von Frauen zur Errichtung von "Notrufstellen", an die sich betroffene Frauen wenden können.

Über die direkte Arbeit mit den Frauen hinaus ist der zweite Schwerpunkt der Notrufinitiativen in Österreich die Öffentlichkeitsarbeit, die Aufklärung über das Tabu der Vergewaltigung.

Lokalmiete und Telefonspesen werden zum Teil von öffentlicher Seite finanziert. Die Arbeit der Beraterinnen wird jedoch in keiner der Initiativen unterstützt. Das bedeutet, daß die Frauen ihre Arbeit in ihrer freien Zeit und meist zu Hause verrichten. In Niederösterreich, Oberösterreich und

- 95 -

Steiermark ist die Notruftelefonnummer mit dem Frauenhaus gekoppelt. Das heißt, die betroffene Frau ruft im Frauenhaus an, erhält von dort die Telefonnummer einer Frau, die Notrufdienst macht. Das ist eine zusätzliche Belastung für die betroffene Frau, die sich wiederholt zu einem Anruf überwinden muß, wie auch für die im Frauenhaus arbeitenden Frauen, die immer den Dienstplan der Notruf-Frauen bereithalten müssen, wie auch für die im Notruf tätigen Frauen, die sich zu Hause Zeit und Ruhe für eventuelle Klienten nehmen müssen.

- 96 -

TABELLEN Kapitel 2

Tab. 2 /1

Arztbesuche ohne Beschwerden von September 1972 bis August 1973 (Alter)

Männer	Alter in vollendeten Jahren									
	Zu-	bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 und mehr
Häufigkeit der Arztbesuche	sammen									
Beim praktischen Arzt:										
	Relativzahlen (Summenzeile = 100)									
Nie	87,8	88,4	88,7	90,4	89,3	88,6	86,8	84,4	82,5	80,3
Einmal	3,3	3,2	4,5	2,9	3,5	2,8	3,3	2,7	2,5	2,2
Zweimal	1,3	1,6	1,5	0,8	0,6	1,2	1,2	1,8	1,8	1,6
Drei- bis fünfmal	1,3	0,8	0,5	0,5	0,9	1,3	1,4	2,9	3,8	2,9
Sechs- bis zehnmal	0,6	0,4	0,1	0,1	0,2	0,5	1,0	1,4	2,2	1,1
Elfmal und öfter	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,4	0,9	1,5	2,0	3,3
Unbekannt	5,2	5,5	4,6	5,3	5,4	5,2	5,4	5,3	5,2	8,6
Beim Facharzt (Ambulatorium):										
Nie	88,7	86,9	91,0	91,0	89,0	88,2	87,0	87,2	87,8	86,2
Einmal	3,6	3,2	3,2	2,5	4,1	4,4	4,8	3,9	3,0	1,8
Zweimal	1,0	1,5	0,7	0,5	0,9	1,0	1,1	1,3	1,3	0,7
Drei- bis fünfmal	0,9	1,7	0,3	0,6	0,4	1,0	1,1	1,2	1,6	1,3
Sechs- bis zehnmal	0,3	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,7
Elfmal und öfter	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7	0,4	0,6
Unbekannt	5,3	5,4	4,7	5,3	5,4	5,2	5,4	5,3	5,4	8,7
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):										
Nie	84,9	85,0	81,1	83,8	82,9	84,9	86,7	89,5	90,5	89,2
Einmal	5,9	5,9	8,7	6,2	6,8	6,1	4,4	3,0	2,2	1,2
Zweimal	2,8	2,8	4,0	3,4	3,6	2,6	2,5	1,2	0,9	0,6
Drei- bis fünfmal	0,9	0,7	0,9	1,2	1,0	0,9	0,8	0,6	0,8	0,5
Sechs- bis zehnmal	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2	0,0	0,2	0,1	-
Elfmal und öfter	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
Unbekannt	5,3	5,4	4,7	5,3	5,4	5,3	5,6	5,5	5,5	8,5
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	3.503.500	557.500	660.700	416.700	432.300	467.900	337.900	377.000	204.200	49.800
Quelle: Mikrozensus										

Tab. 2/2

Arztbesuche ohne Beschwerden von September 1972 bis August 1973 (Alter)

Frauen	zu- sammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Häufigkeit der Arztbesuche										
Beim praktischen Arzt:		Relativzahlen (Summenzeile = 100)								
Nie	86,1	89,2	87,9	88,0	87,9	86,9	84,4	83,0	81,6	80,7
Einmal	3,0	3,3	4,6	2,5	3,0	3,1	3,0	2,4	1,6	1,3
Zweimal	1,6	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	2,0	2,0	1,6	1,5
Drei- bis fünfmal	2,1	1,1	0,6	1,7	1,8	2,1	2,9	3,3	3,8	3,2
Sechs- bis zehnmal	1,0	0,4	0,1	0,5	0,4	0,8	1,1	2,1	2,3	2,3
Elfmal und öfter	0,8	0,2	0,1	0,2	0,5	0,6	1,1	1,5	2,5	2,5
Unbekannt	5,4	4,4	5,2	5,6	4,8	5,0	5,5	5,7	6,6	8,5
Beim Facharzt (Ambulatorium):										
Nie	84,5	86,8	89,9	79,3	79,1	80,0	83,1	86,7	88,1	87,5
Einmal	6,0	3,7	3,2	8,1	10,5	10,4	7,6	3,9	2,3	1,8
Zweimal	2,1	1,9	1,0	3,7	3,4	2,7	2,3	1,6	0,9	1,0
Drei- bis fünfmal	1,3	1,9	0,5	2,7	1,6	1,4	1,1	1,0	1,0	0,3
Sechs- bis zehnmal	0,4	0,7	0,1	0,5	0,4	0,3	0,2	0,6	0,5	0,2
Elfmal und öfter	0,3	0,5	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,4
Unbekannt	5,4	4,5	5,2	5,5	4,9	5,1	5,4	5,8	6,8	8,8
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):										
Nie	83,9	85,7	77,6	79,7	80,5	83,5	85,9	89,1	90,4	90,3
Einmal	6,2	6,1	9,7	8,6	8,2	6,9	5,2	3,0	1,6	0,5
Zweimal	3,0	2,6	5,1	4,2	4,3	3,1	2,1	1,4	0,8	0,1
Drei- bis fünfmal	1,0	0,8	1,5	1,4	1,5	1,0	1,1	0,5	0,3	0,2
Sechs- bis zehnmal	0,3	0,2	0,4	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1	-
Elfmal und öfter	0,1	0,2	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	-	-
Unbekannt	5,5	4,4	5,2	5,6	4,9	5,2	5,5	5,8	6,8	8,9
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	9.324.900	522.800	614.400	394.000	447.300	514.900	484.400	505.200	335.400	106.500

(Quelle: Mikrozensus

Arztbesuche wegen Beschwerden von September 1972 bis August 1973 (Alter)

Häufigkeit der Arztbesuche	Alter in vollendeten Jahren				
	Zusammen	bis 9	10-19	20-29	30-39
	Relativzahlen (Summenzeile = 100)				
	1973	1973	1973	1973	1973
Beim praktischen Arzt:					
Nie	52,2	59,9	63,8	57,9	53,1
Einmal	11,5	13,1	12,2	12,8	13,6
Zweimal	9,5	8,5	9,3	10,5	10,9
Drei- bis fünfmal	12,6	10,3	8,2	10,5	12,0
Sechs- bis zehnmal	4,6	2,0	1,6	2,3	3,2
Elfmal und öfter	4,4	0,6	0,6	1,0	4,0
Unbekannt	5,2	5,6	4,8	5,0	5,2
Beim Facharzt (Ambulatorium):					
Nie	73,0	74,7	81,9	77,9	74,6
Einmal	9,1	7,4	6,9	8,9	9,3
Zweimal	4,6	4,4	3,0	3,6	4,5
Drei- bis fünfmal	4,9	5,4	2,4	3,0	4,3
Sechs- bis zehnmal	1,7	1,7	0,7	0,9	1,1
Elfmal und öfter	1,3	0,7	0,4	0,5	0,8
Unbekannt	5,4	5,7	4,7	5,2	5,4
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):					
Nie	66,3	75,1	63,1	60,4	57,0
Einmal	10,9	8,2	11,7	12,3	14,2
Zweimal	7,0	5,1	7,8	8,6	9,7
Drei- bis fünfmal	7,7	4,4	9,6	9,8	10,3
Sechs- bis zehnmal	2,0	1,0	2,1	3,1	2,7
Elfmal und öfter	0,5	0,3	0,8	0,7	0,8
Unbekannt	5,6	5,9	4,9	5,1	5,3
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	3.503.500	557.000	660.700	415.700	432.300

Quelle: Mikrozensus

Tab. 2 /4

Arztbesuche wegen Beschwerden von September 1972 bis August 1973 (Alter) Fortsetzung

Häufigkeit der Arztbesuche	Alter in vollendeten Jahren				
	40-49	50-59	60-69	70-79	80 und mehr
	Relativzahlen (Summenzeile = 100)				
	1973	1973	1973	1973	1973
Beim praktischen Arzt:					
Nie	48,3	44,1	39,3	32,3	28,8
Einmal	12,6	9,9	7,5	6,2	7,9
Zweimal	10,9	9,1	8,7	8,5	8,1
Drei- bis fünfmal	13,8	16,3	17,9	18,1	16,0
Sechs- bis zehnmal	5,3	7,0	9,0	12,8	11,3
Elfmal und öfter	4,0	8,1	12,2	17,1	20,3
Unbekannt	5,1	5,5	5,4	5,0	7,6
Beim Facharzt (Ambulatorium):					
Nie	69,3	64,9	64,9	64,2	67,6
Einmal	11,7	11,9	10,1	9,2	6,7
Zweimal	5,4	5,1	6,2	6,0	5,1
Drei- bis fünfmal	5,2	7,1	7,1	8,0	6,0
Sechs- bis zehnmal	1,7	3,0	2,8	3,4	2,8
Elfmal und öfter	1,3	2,2	3,0	3,7	2,7
Unbekannt	5,4	5,8	5,9	5,5	9,1
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):					
Nie	60,0	64,9	74,3	82,0	84,9
Einmal	13,9	11,5	8,1	4,8	3,4
Zweimal	8,5	7,2	4,5	2,9	1,1
Drei- bis fünfmal	9,3	7,9	5,4	3,3	1,3
Sechs- bis zehnmal	2,5	2,2	1,4	0,9	0,5
Elfmal und öfter	0,6	0,4	0,4	0,3	-
Unbekannt	5,2	5,9	5,9	5,8	8,8
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	467.900	377.900	377.000	204.200	49.800

Arztbesuche wegen Beschwerden von September 1972 bis August 1973 (Alter)

Frauen		Alter in vollendeten Jahren			
Häufigkeit der Arztbesuche	Zusammen	bis 9	10-19	20-29	30-39
	Relativzahlen (Summenzeile = 100)				
	1973	1973	1973	1973	1973
Beim praktischen Arzt:					
Nie	46,5	61,2	63,7	53,8	49,4
Einmal	10,0	13,2	12,2	11,7	11,3
Zweimal	9,1	9,1	8,0	10,7	10,6
Drei- bis fünfmal	14,9	9,4	8,5	12,4	15,2
Sechs- bis zehnmal	7,1	2,0	1,7	4,3	5,3
Elfmal und öfter	7,2	0,6	0,7	1,8	3,4
Unbekannt	5,2	4,5	5,2	5,3	4,8
Beim Facharzt (Ambulatorium):					
Nie	68,1	76,3	79,4	64,6	65,2
Einmal	10,3	7,7	7,1	12,2	12,9
Zweimal	5,6	3,7	3,6	6,6	7,1
Drei- bis fünfmal	6,3	5,4	3,5	7,4	6,3
Sechs- bis zehnmal	2,5	1,5	0,9	2,6	2,3
Elfmal und öfter	1,6	0,8	0,3	1,0	1,2
Unbekannt	5,6	4,6	5,2	5,6	5,0
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):					
Nie	65,3	75,4	57,7	52,1	52,6
Einmal	10,2	9,0	12,5	12,5	13,8
Zweimal	6,9	4,9	9,6	9,7	9,6
Drei- bis fünfmal	8,4	4,1	10,7	13,6	13,2
Sechs- bis zehnmal	2,7	1,1	3,2	5,1	4,5
Elfmal und öfter	0,8	0,7	1,0	1,3	1,4
Unbekannt	5,7	4,8	5,3	5,7	4,9
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	3.924.900	522.800	614.400	394.000	447.300
Quelle: Mikrozensus					

Tab. 2/6

Arztbesuche wegen Beschwerden von September 1972 bis August 1973 (Alter) Fortsetzung

Frauen	Alter in vollendeten Jahren				
Häufigkeit der Arztbesuche	40-49	50-59	60-69	70-79	80 und mehr
	Relativzahlen (Summenzeile = 100)				
	1973	1973	1973	1973	1973
Beim praktischen Arzt:					
Nie	44,5	37,5	31,4	26,1	23,2
Einmal	10,2	8,5	6,5	5,4	5,1
Zweimal	10,4	9,6	7,9	6,7	6,7
Drei- bis fünfmal	16,9	20,0	19,9	19,4	16,5
Sechs- bis zehnmal	7,5	9,2	13,3	15,2	15,3
Elfmal und öfter	5,5	9,8	15,8	21,1	24,8
Unbekannt	5,0	5,4	5,2	6,1	8,4
Beim Facharzt (Ambulatorium):					
Nie	64,5	61,7	63,1	64,4	69,2
Einmal	13,7	12,5	10,0	8,5	6,2
Zweimal	6,2	7,0	6,3	5,2	3,2
Drei- bis fünfmal	6,2	7,5	7,9	7,9	6,8
Sechs- bis zehnmal	2,5	3,3	4,0	3,9	2,9
Elfmal und öfter	1,6	2,4	3,0	3,5	2,6
Unbekannt	5,3	5,6	5,7	6,6	9,1
Beim Zahnbehandler (Zahnambulatorium):					
Nie	59,0	65,3	76,1	82,9	85,4
Einmal	12,1	10,5	6,6	4,5	2,0
Zweimal	8,6	7,0	4,0	2,2	1,2
Drei- bis fünfmal	10,4	8,4	5,0	2,8	1,7
Sechs- bis zehnmal	3,4	2,6	1,8	0,6	0,1
Elfmal und öfter	1,0	0,4	0,4	0,1	0,1
Unbekannt	5,5	5,8	6,1	6,9	9,5
Wohnbevölkerung (Absolute Zahlen)	514.900	484.400	505.200	335.400	106.500

- 103 -

Tab. 2/7

Anzahl der Arztbesuche von Dezember 1982 bis November 1983

	M ä n n e r					
	0-14	15-24	25-44	45-59	60-74	75 und mehr
Beim praktischen Arzt:						
nie	59,6	58,0	47,9	35,4	26,4	24,5
mindestens 1x	40,4	42,0	52,1	64,6	73,6	75,5
1x	17,1	19,4	20,4	15,9	11,2	6,8
2x	10,0	10,1	13,0	13,3	10,2	7,1
3x	5,0	5,2	6,9	8,2	8,0	6,9
4 oder 5x	5,1	4,5	6,6	10,3	14,7	14,3
6-10x	2,5	1,9	3,5	7,9	12,2	15,4
11x oder öfter	0,8	0,9	1,8	8,9	17,2	25,1
Beim Facharzt:						
nie	88,3	86,8	82,8	74,8	72,4	72,0
mindestens 1x	11,7	13,2	17,2	25,2	27,6	28,0
1x	5,7	7,4	9,8	11,2	9,9	7,8
2x	2,7	2,5	3,1	5,2	5,1	5,5
3 bis 5x	2,4	2,4	2,8	5,2	7,8	7,3
3x und öfter	1,0	0,9	1,5	3,7	4,8	7,4
Bei Ambulatorium, Ambulanz:						
nie	94,5	91,0	92,1	90,6	90,3	91,2
mindestens 1x	5,5	9,0	7,9	9,4	9,7	8,8
1x	2,6	3,6	3,4	3,7	3,2	2,8
2x	0,9	1,7	1,2	1,3	1,5	2,4
3 bis 5x	1,3	2,8	2,2	2,1	2,7	2,7
6x und öfter	0,7	0,9	1,1	2,2	2,3	1,0
Beim Kinderarzt:						
nie	76,9					
mindestens 1x	23,1					
1x	7,9					
2x	4,4					
3 bis 5x	7,1					
6x und öfter	3,7					
Insgesamt	643.672	543.336	945.440	528.967	342.330	126.157

Quelle: Mikrozensus

- 104 -

Tab. 2/8

Anzahl der Arztbesuche von Dezember 1982 bis November 1983

	F r a u e n					
	0-14	15-24	25-44	45-59	60-74	75 und mehr
Beim praktischen Arzt:						
nie	60,6	53,6	41,1	31,5	22,1	15,6
mindestens 1x	39,4	46,4	58,9	68,5	77,9	84,4
1x	16,7	17,1	17,5	13,1	9,9	6,3
2x	10,0	11,8	13,8	12,5	8,0	6,6
3x	5,0	6,4	8,1	8,1	6,9	5,6
4 oder 5x	4,8	5,7	9,6	13,1	16,9	14,7
6-10x	2,2	4,0	5,8	10,6	14,8	17,1
11x oder öfter	0,7	1,3	4,0	11,1	21,4	34,0
Beim Facharzt:						
nie	90,4	86,2	81,4	78,1	72,9	75,9
mindestens 1x	9,6	13,8	18,6	21,9	27,1	24,1
1x	5,6	7,3	9,4	10,0	9,7	7,2
2x	1,9	2,7	3,5	3,9	4,9	4,2
3 bis 5x	1,5	2,9	3,6	4,7	6,9	6,8
3x und öfter	0,7	0,8	2,1	3,2	5,6	5,8
Bei Ambulatorium, Ambulanz:						
nie	96,0	94,6	93,1	91,6	91,0	93,2
mindestens 1x	4,0	5,4	6,9	8,4	9,0	6,8
1x	2,0	2,6	3,1	3,6	3,9	2,6
2x	0,7	0,9	1,1	1,2	1,7	1,3
3 bis 5x	0,9	1,2	1,3	1,6	1,6	1,7
6x und öfter	0,5	0,7	1,3	2,1	1,9	1,3
Beim Frauenfacharzt:						
nie	99,3	68,8	52,0	70,4	88,5	95,0
mindestens 1x	0,7	31,2	48,0	29,6	11,5	5,0
1x	0,5	17,2	29,0	21,4	8,7	3,9
2x	0,1	7,0	11,5	5,9	2,0	0,7
3 bis 5x	0	5,1	5,8	1,8	0,8	0,3
6x und öfter	0	1,8	6,9	0,5	0,1	0,1
Beim Kinderfacharzt:						
nie	77,6					
mindestens 1x	22,4					
1x	7,1					
2x	5,4					
3 bis 5x	6,6					
6x und öfter	3,3					

Insgesamt	608.658	529.261	934.999	579.298	539.125	264.358
-----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Quelle: Mikrozensus

Tab. 2/9

Arztbesuche im Zusammenhang mit der Schwangerschaft - Dezember 1980 bis November 1983 (Soziale Stellung, Gemeindegröße)

	Frauen mit Kindern bis 3 J.	nie	Häufigkeit der Schwangerenuntersuchung					10x und öfter	unbekannt
			1-3x	4x	5x	6+7x	8+9x		
Berufstätige	95.387	2,0	8,0	19,5	18,4	19,0	7,7	16,0	9,4
nicht berufstätige Hausfrau	118.915	2,3	11,4	23,4	14,4	19,5	8,4	12,3	8,2
nicht-berufstätige insgesamt	124.197	2,4	11,0	22,7	14,0	19,6	8,2	13,0	9,0
Frauen insgesamt	219.594	2,2	9,7	21,3	15,9	19,4	8,0	14,3	9,2
Wien	34.606	3,8	4,0	5,3	10,4	18,3	16,7	34,8	6,5
Gemeinden unter 20.000 Ew.	153.758	1,8	11,4	25,2	16,0	19,3	6,6	10,3	9,1

Quelle: Mikrozensus

Tab. 2/10

Begleitperson beim Kinderarzt
Dezember 1982 bis November 1983

	M ä n n e r				
	15-24	25-44	45-59	60-74	75 und mehr
nie	99,7	99,4	99,9	100	99,7
mindestens 1x	0,3	0,6	0,1	0	0,3
1x	0,1	0,2	0	0	0
2x	0	0,2	0	0	0
3 - 5x	0,2	0,1	0,1	0	0,3
6x und öfter	0	0,1	0	0	0
	F r a u e n				
	15-24	25-44	45-59	60-74	75 und mehr
nie	93,0	88,4	99,5	99,9	100
mindestens 1x	7,0	11,6	0,5	0,1	0
1x	1,5	2,6	0,3	0	0
2x	1,2	2,1	0	0	0
3 - 5x	2,3	4,3	0,1	0	0
6x und öfter	1,9	2,6	0	0,1	0

Quelle: Mikrozensus

- 107 -

Tab. 2 /11

Tode wegen Leberzirrhose, Krebs der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre, Alkoholismus und Alkoholpsychose (auf 100.000 gleichen Alters und Geschlechts)

	Leberzirrhose		Krebs		Alkoholismus		insgesamt	
	m	w	m	w	m	w	m	w
1957	27	10						
1964	39,1	13	15,3	3,9				
1968	45,1	15,5	15,9	3,5				
1969	46,8	17,4	16,6	3,7	3,1	0,4	66,5	21,4
1972	46,6	15,9	15,7	2,8	4,3	0,9	66,6	19,6
1976	46,5	16,8	16,3	3,2	4,0	0,8	66,8	20,8
1980	45,1	17,2	16,3	2,5	3,8	0,7	65,2	20,4
1982	42,7	16,1	16,3	3,1	2,9	0,7	61,9	19,9

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 2/12

Im Zustand völliger Berausung begangene Delikte (in Prozent der insgesamt begangenen Delikte nach Geschlecht¹⁾)

	Männer	Frauen
1947	0,49	1,29
1957	1,66	0,16
1964	1,74	0,20
1968	1,58	0,24
1974	1,90	0,25
1975	1,15	0,12
1980	1,10	0,19
1981	1,00	0,14

¹⁾(1975 trat ein neues Strafgesetz in Kraft und die gerichtliche Kriminalstatistik wurde dementsprechend geändert, was seinerseits zur Veränderung der Bezugsbasis ab 1975 führte.)

Quelle: Kriminalstatistik 1947 - 1982.

- 109 -

Tab. 2 / 13

Anteil der bei Unfällen mit Alkoholisierten beteiligten Verunglückten
(Prozentuell an allen bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückten nach
Geschlecht)

	Männer	Frauen
1961	9,51	0,5
1964	10,2	0,5
1968	10,0	0,4
1971	10,0	0,5
1976	10,1	0,6
1980	9,7	0,6
1982	10,0	0,8

Quelle: Zusammen gestellt aus Material des ÖStZ.

Tab. 2 /14

Die geschlechtsspezifischen täglich getrunkenen Durchschnittsmengen in g reinen Alkohols in Österreich, Wien, Burgenland und Oberösterreich
(Basis: Alkoholkonsumenten)

	Männer	Frauen
Österreich	51	21
Wien	70	27
Burgenland	43	17
Oberösterreich	52	18

Quelle: Alkoholkonsum in Österreich. 1977.

Tab. 2/15

Die geschlechtsspezifischen Anteile der Rauschunerfahrenen an den Trinkern
(in Österreich insgesamt, in Wien, Burgenland und Oberösterreich)

	Männer	Frauen
Österreich	16	38
Wien	24	37
Burgenland	15	55
Oberösterreich	13	42

Quelle: Alkoholkonsum in Österreich.

Tab. 2/16

Die geschlechtsspezifischen Abstinenzanteile (in Österreich: insgesamt, in Wien, Burgenland und Oberösterreich)

	Männer	Frauen
Österreich	12	21
Wien	18	19
Burgenland	5	31
Oberösterreich	8	14

Quelle: Alkoholkonsum in Österreich.

Tab. 2 /17

Die geschlechtsspezifische Ablehnung weiblichen Alkoholkonsums (in Österreich, Wien, Burgenland und Oberösterreich; Basis: alle Befragten)

	Männer	Frauen	insgesamt
Österreich	52	54	53
Wien	44	45	44
Burgenland	48	60	54
Oberösterreich	56	58	57

Quelle: Alkoholkonsum in Österreich.

Tab. 2 /18

Prozentueller Anteil der Suchtgiftkriminalität an der Gesamtkriminalität nach Geschlecht¹⁾

	Männer	Frauen
1951	0,04	0,06
1957	0,03	0,06
1964	0,01	0,01
1968	0,04	0,04
1974	0,66	0,55
1975	0,88	0,49
1980	1,24	0,97
1981	2,09	1,74

Quelle: Kriminalstatistik 1947 - 1982.

- 115 -

Tab. 2/19

Prozentueller Anteil der Raucher (an den erfaßten Personen, nach Alter und Geschlecht)

Alter	1979		1972	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
16 - 24	42,0	27,1	42,8	20,5
25 - 29	52,5	32,0	55,7	28,2
30 - 34	50,1	34,3	49,3	19,6
35 - 39	46,1	21,6	44,3	15,4
40 - 49	39,6	14,6	48,7	14,3
50 - 59	40,5	13,9	45,5	11,7
60 und älter	31,2	7,3	41,5	5,2
insgesamt	41,1	17,1	45,3	13,1

Quelle: H.P. Friedl 1980 a

Tab. 2 /20

Tode wegen Lungenkrebs und chronischer Bronchitis (ab 1969 einschließ-
lich Lungen- und Bronchialemphysemen; nach Geschlecht auf 100.000 gleichen
Alters und Geschlechts)

	Lungenkrebs		Bronchitis	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1957	unbek.	unbek.	13	7
1964	71,6	10,8	16,9	7,5
1968	79,3	12,1	36,2	16,2
1969	76,6	12,1	47,5	20,7
1972	76,2	12,6	26,8	8,3
1976	74,5	13,1	24,4	12,3
1980	73,9	15,7	22,7	12,4
1982	69,5	17,1	27,0	14,6

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 2/21

Gebrauch spezieller Medikamente (nach Geschlecht und Altersklassen;
prozentueller Anteil an allen 16 - 69jährigen Österreichern)

	Frauen				Männer			
	insg. 16-29J. 30-49J. 50+J.				insg. 16-29J. 30-49J. 50+J.			
Schlafmittel	5	2	3	9	2	1	1	6
Beruhigungsmittel	11	4	9	16	4	2	4	8
Tabletten gegen Schmerzen	51	51	58	44	37	32	40	39
Tabletten gegen Müdigkeit	3	1	1	5	1	1	1	1
Mittel um abnehmen zu können	2	3	2	-	-	-	-	1
Nervenstärkungsmittel	7	4	5	12	4	3	4	7
Mittel gegen Verstopfung	9	6	9	11	3	1	3	7
nichts davon	35	41	33	35	55	63	54	48

Quelle: Alkoholkonsum in Österreich 1977

Tab. 2 /22

Regelmäßige Medikamenteneinnahme September 1978 - Relativzahlen¹⁾

	Von 100 Personen im Alter von ... bis ... Jahren				
	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49
	nehmen ... regelmäßig Medikamente				
	M ä n n e r				
	1978	1978	1978	1978	1978
Teilnahme am Erwerbsleben					
Beschäftigt	3	2	4	7	14
Arbeitslos	-	-	39	-	23
Pensionist, Rentner	-	-	100	77	66
Student, Schüler	2	2	2	-	-
Sonstige erhaltene Person	4	-	71	41	50
	F r a u e n				
Teilnahme am Erwerbsleben					
Beschäftigt	4	4	9	14	21
Arbeitslos	8	17	21	53	-
Pensionist, Rentner	100	-	-	63	43
Nichtberufstätige Hausfrau	9	4	7	14	22
Student, Schüler	2	4	-	-	-
Sonstige erhaltene Person	5	19	49	53	75

Quelle: Mikrozensus

1) Bei fast allen Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als + 20%.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme September 1978 - Relativzahlen¹⁾ (Fortsetzung)

Von 100 Personen im Alter von ... bis ... Jahren

	50-59	60-64	65-69	70 od. mehr	zusammen
	nehmen ... regelmäßig Medikamente				
	M ä n n e r				
	1978	1978	1978	1978	1978
Teilnahme am Erwerbsleben					
Beschäftigt	26	31	14	56	11
Arbeitslos	47	100	-	-	24
Pensionist, Rentner	65	47	42	65	56
Student, Schüler	-	-	-	-	2
Sonstige erhaltene Person	8	-	86	75	30
	F r a u e n				
Teilnahme am Erwerbsleben					
Beschäftigt	31	33	26	66	16
Arbeitslos	92	-	-	-	26
Pensionist, Rentner	55	48	61	78	67
Nichtberufstätige Hausfrau	34	50	56	74	28
Student, Schüler	-	-	-	-	2
Sonstige erhaltene Person	84	-	78	90	51

Quelle: Mikrozensus

1) Bei fast allen Positionen beträgt der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl mehr als + 20%.

Tab. 2/24

Die geschlechtsspezifische Bevorzugung von Speisen:

Es essen besonders gerne:	Männer	Frauen
Kräftige Fleischspeisen	44%	29%
Leichte Fleischspeisen	35%	32%
Fleisch mit Saft	36%	33%
Gebackenes Fleisch, Schnitzel	44%	42%
Klare Suppen/Boullions	32%	28%
Gebundene Suppen	21%	17%
Knödel	28%	21%
Kartoffelsalat, Mayonnaisesalat	33%	29%
Wurst, Aufschnitt, kaltes Fleisch	32%	26%
Warme süße Mehlspeisen	22%	27%
Süße Speisen als Nachtisch	16%	23%
Gemüse	34%	50%
Magere Milchprodukte	20%	35%
Käse	30%	39%
Obst	45%	67%
Brot und Gebäck	55%	58%
Grüner Salat, Gurkensalat, Tomatensalat	49%	64%
Fisch	24%	26%

Quelle: Genußmittelstudie 1979

- 121 -

TABELLEN Kapitel 3

Tab. 3/1

Beurteilung des Gesundheitszustandes (Geschlecht, Alter, Teilnahme am Erwerbsleben)
September 1978

Gliederungsmerkmale	Erfaßte Personen insgesamt	Beurteilung des Gesundheitszustandes		
		sehr gut	gut	mittel- mäßig
	Absolute Zahlen	Relativzahlen (Summenspalte = 100,0) 1)		
		M ä n n e r		
Alter (in vollendeten Jahren):	1978	1978	1978	1978
15-19	256.200	80,7	15,1	(2,7)
20-24	216.200	71,5	22,7	(4,3)
25-29	178.300	60,4	30,2	(7,6)
30-39	445.800	46,2	40,5	10,7
40-49	392.500	28,8	43,9	22,5
50-59	364.000	13,5	41,5	34,0
60-64	109.400	(9,1)	36,4	43,1
65-69	130.600	(9,2)	33,3	40,3
70 oder mehr	232.800	(4,6)	23,9	42,8
Teilnahme am Erwerbsleben				
Beschäftigt	1.678.800	43,3	37,5	2,1
Arbeitslos	18.600	(35,4)	(23,7)	(22,2)
Pensionist, Rentner	483.400	5,3	26,4	42,7
Student, Schüler	129.100	82,3	14,3	(2,1)
Sonstige erhaltene Personen	15.700	(28,1)	(22,0)	(16,8)
Zusammen	2.325.600	37,4	33,8	21,0

Quelle: Mikrozensus

Beurteilung des Gesundheitszustandes (Alter, Geschlecht, Teilnahme am Erwerbsleben)
September 1978 (Fortsetzung)

Gliederungsmerkmale	Beurteilung des Gesundheitszustandes			
	schlecht	sehr schlecht	d a r u n t e r	
			sehr gut und gut	schlecht und sehr schlecht
			Relativzahlen (Summenspalte = 100,0) 1)	
	M ä n n e r			
Alter (in vollendeten Jahren):	1973	1978	1978	1978
15-19	(1,0)	(0,0)	95,8	(1,0)
20-24	(0,7)	(0,1)	94,2	(0,8)
25-29	(1,2)	(0,2)	90,6	(1,4)
30-39	(1,7)	(0,4)	86,7	(2,1)
40-49	(3,6)	(0,9)	72,7	(4,5)
50-59	8,4	(1,9)	55,0	10,3
60-64	(9,3)	(1,7)	45,5	(11,0)
65-69	14,6	(2,3)	42,5	16,9
70 oder mehr	22,5	(5,7)	28,5	28,2
Teilnahme am Erwerbsleben				
Beschäftigt	2,1	(0,3)	80,9	2,4
Arbeitslos	(15,0)	(3,7)	(59,1)	(18,7)
Pensionist, Rentner	20,2	4,9	31,7	25,1
Student, Schüler	(0,7)	-	96,6	(0,7)
Sonstige erhaltene Personen	(22,4)	(10,2)	(50,1)	(32,6)
Zusammen	6,0	1,3	71,2	7,3

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3/3

Beurteilung des Gesundheitszustandes (Geschlecht, Alter, Teilnahme am Erwerbsleben)
September 1973 (Fortsetzung)

Gliederungsmerkmale	Erfaßte Personen insgesamt	Beurteilung des Gesundheitszustandes		
		sehr gut	gut	mittel- mäßig
		Relativzahlen (Spaltensumme = 100,0) 1)		
F r a u e n				
Alter (in vollendeten Jahren):	Absolute Zahlen	1978	1978	1978
15-19	236.400	77,9	17,6	(3,2)
20-24	211.300	64,3	28,9	(5,4)
25-29	180.000	53,6	35,2	9,8
30-39	467.100	40,5	44,3	12,7
40-49	394.000	22,2	47,3	26,3
50-59	480.500	11,1	40,4	38,5
60-64	141.500	(4,3)	34,0	48,3
65-69	205.400	(4,0)	25,2	52,3
70 oder mehr	422.400	(2,6)	18,0	45,7
Teilnahme am Erwerbsleben				
Beschäftigt	1.074.400	39,1	38,6	19,0
Arbeitslos	27.100	(44,8)	(32,9)	(17,1)
Pensionist, Rentner	677.800	3,8	22,0	47,1
Nichtberufstätige Hausfrau	824.000	25,7	40,4	26,6
Student, Schüler	122.400	80,5	16,2	(2,0)
Sonstige erhaltene Person	(12.900)	(25,8)	(20,6)	(29,6)
Zusammen	2.738.500	28,2	33,9	27,5

Quelle: Mikrozensus

Beurteilung des Gesundheitszustandes (Geschlecht, Alter, Teilnahme am Erwerbsleben)
September 1978 (Fortsetzung)

Gliederungsmerkmale	Beurteilung des Gesundheitszustandes			
	schlecht	sehr schlecht	d a r u n t e r	
			sehr gut und gut	schlecht und sehr schlecht
			Relativzahlen (Summenspalte = 100,0) 1)	
F r a u e n				
Alter (in vollendeten Jahren):	1978	1978	1978	1978
15-19	(0,8)	(0,2)	95,5	(1,0)
20-24	(1,0)	(0,1)	93,2	(1,1)
25-29	(1,3)	-	88,8	(1,3)
30-39	(1,6)	(0,3)	84,8	(1,9)
40-49	(3,1)	(0,6)	69,5	(3,7)
50-59	8,4	(1,1)	51,5	9,5
60-64	11,1	(1,6)	38,3	12,7
65-69	14,7	(3,5)	29,2	18,2
70 oder mehr	25,8	7,6	20,6	33,4
Teilnahme am Erwerbsleben				
Beschäftigt	2,7	(0,2)	77,7	2,7
Arbeitslos	(4,1)	(1,1)	77,7	(5,2)
Pensionist, Rentner	21,1	5,5	25,8	26,6
Nichtberufstätige Hausfrau	5,6	(1,1)	66,1	6,7
Student, Schüler	(0,7)	(0,2)	96,7	(0,9)
Sonstige erhaltene Person	(13,0)	(10,9)	(46,4)	(23,9)
Zusammen	8,1	1,9	62,1	10,0

Quelle: Mikrozensus

Bei den in Klammer gesetzten Zahlen beträgt der Stichprobenfehler mehr als \pm (20%)

Tab. 3 /5

Beurteilung des Gesundheitszustandes (Geschlecht, Teilnahme am Erwerbsleben) Dezember 1983

	M ä n n e r								
	Erfaßte Personen (ab dem 15.Lj.)	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht	unbe- kannt	sehr gut/ gut	sehr schlecht/ schlecht
	Absolute Zahlen	Relativzahlen (Summenspalte = 100,0; gerundet)							
alle Unselbständigen (incl. Pensionisten etc.)	1.851.884	35,2	39,6	19,5	3,8	0,7	1,2	74,8	4,5
davon Erwerbstätige	1.487.769	41,4	41,4	14,4	1,3	0,1	1,3	82,9	1,5
Schüler, Studenten	121.456	71,6	22,0	2,9	0,4	0,1	2,9	93,6	0,5
Pensionisten (Unselbständige)	342.333	6,0	32,7	42,5	14,4	3,3	0,9	38,8	17,7
	F r a u e n								
	Erfaßte Personen (ab dem 15.Lj.)	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht	unbe- kannt	sehr gut/ gut	sehr schlecht/ schlecht
	Absolute Zahlen	Relativzahlen (Summenspalte = 100,0; gerundet)							
alle Unselbständigen (incl. Pensionisten etc.)	1.581.810	29,2	39,6	24,1	4,7	0,9	1,4	68,8	5,6
davon Erwerbstätige	874.074	38,7	42,2	16,0	1,5	0,2	1,4	80,8	1,7
Schüler, Studenten	132.768	68,9	25,9	3,0	0,1	0	1,9	94,9	0,1
Pensionisten (Unselbständige)	375.434	4,9	31,2	46,0	13,7	2,9	1,2	36,1	16,7
Hausfrauen	496.814	18,5	37,4	33,4	8,0	1,4	1,4	55,8	9,3

Quelle: Mikrozensus

Körperliche Beschwerden im September 1973 (Alter)

Männer	Alter in vollendeten Jahren									80 und mehr
	zu- sammen	bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Bezeichnung der Beschwerden	Relativzahlen (Wohnbevölkerung = 100)									
Schlafstörungen	5,5	0,4	0,4	1,1	4,0	6,6	10,8	14,1	18,3	18,6
Wetterempfindlichkeit	6,2	0,4	0,8	2,2	4,9	8,3	13,2	15,4	14,9	16,7
Schwäche - Müdigkeit	4,9	0,4	1,2	2,0	3,4	5,3	8,5	11,6	15,3	22,9
Nervosität	7,6	1,3	2,6	4,6	8,5	10,8	14,1	14,5	13,1	10,4
Niedergedrückttheit (Depressionen)	1,4	0,1	0,2	0,7	0,8	1,3	2,5	3,4	4,5	3,8
Schwindel	3,4	0,2	0,6	0,8	1,4	2,8	5,5	9,5	13,8	20,0
"Kreislaufstörungen" (z.B. Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände)	8,8	0,3	0,9	2,6	4,6	9,7	17,8	23,3	29,3	31,3
Übelkeit, Appetitlosigkeit	1,7	1,4	0,9	0,8	1,2	1,4	2,3	3,0	4,4	5,2
Kopfschmerzen, Migräne	6,2	0,4	2,8	5,4	9,0	9,5	10,0	9,9	8,6	4,6
Sehstörungen	5,1	1,3	1,9	2,2	2,5	5,6	9,6	10,3	14,8	22,5
Hörstörungen	3,8	0,4	0,8	1,0	1,2	2,9	5,3	9,5	17,0	28,0
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	6,0	3,2	4,8	7,4	8,7	8,5	6,4	5,3	4,0	3,3
Husten	4,6	3,5	1,7	2,3	3,1	4,9	7,0	9,2	10,1	9,5
Herzbeschwerden	6,6	0,1	0,5	1,5	3,6	7,1	12,6	19,1	22,5	20,4
Atembeschwerden	4,4	0,8	0,5	0,7	1,6	3,6	6,9	13,9	17,7	19,5
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	7,0	0,7	1,4	6,0	9,9	11,7	12,1	11,0	11,4	10,4
Gelenksschmerzen, Nervenschmerzen, Muskelschmerzen	9,2	0,3	1,0	3,3	7,8	14,0	19,8	21,0	21,5	20,5
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	8,7	-	0,8	4,7	11,5	15,6	16,4	16,5	16,2	12,4
Gehbehinderung	3,3	0,3	0,9	1,1	1,3	2,9	5,8	8,2	11,4	20,2
Beinleiden (Krampfadern, Geschwür, Durch- blutungsstörungen)	4,5	0,1	0,5	1,2	2,7	5,2	8,2	12,4	15,1	13,6
Auffällige Gewichtsabnahme	0,5	-	-	0,1	0,5	0,5	0,9	1,4	2,1	1,7
Auffällige Gewichtszunahme	0,4	-	0,2	0,4	0,4	0,6	0,6	0,7	0,6	0,8
Andere Beschwerden	5,4	3,5	3,3	4,2	5,1	6,2	7,2	8,2	8,8	13,1
Keine Beschwerden	54,3	85,2	79,1	65,7	49,6	37,6	29,4	24,5	19,5	19,7
Wohnbevölkerung	3.503.500	557.000	660.700	416.700	432.300	467.900	337.900	377.000	204.200	49.800

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3/7

Körperliche Beschwerden im September 1973 (Alter)

Frauen	zu- sammen	Alter in vollendeten Jahren								80 und mehr
		bis 9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Bezeichnung der Beschwerden	Relativzahlen (Wohnbevölkerung = 100)									
Schlafstörungen	10,4	0,5	0,4	2,6	5,6	9,6	17,1	23,2	25,7	29,7
Wetterempfindlichkeit	10,0	0,3	0,8	3,8	7,2	12,4	16,3	20,5	21,1	22,5
Schwäche - Müdigkeit	8,6	0,6	1,4	4,4	6,0	8,2	12,1	15,5	21,7	29,9
Nervosität	11,7	1,3	2,7	8,9	14,0	16,5	18,3	18,3	17,1	12,4
Niedergedrückttheit (Depressionen)	3,2	0,1	0,3	1,4	2,1	3,3	5,4	6,5	7,7	6,9
Schwindel	7,8	0,1	1,3	3,4	4,4	7,2	10,2	15,2	21,6	28,0
"Kreislaufstörungen" (z.B. Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände)	18,5	0,1	2,3	9,1	14,8	21,9	31,6	34,3	38,0	40,1
Übelkeit, Appetitlosigkeit	2,2	1,4	1,2	1,3	1,4	1,5	2,2	3,4	5,1	7,3
Kopfschmerzen, Migräne	12,7	0,6	3,6	12,0	16,3	20,1	20,2	18,0	14,4	13,3
Sehstörungen	7,2	1,4	2,0	2,5	2,7	6,2	11,0	12,8	18,8	26,4
Hörstörungen	3,1	0,3	0,3	0,6	0,8	1,5	3,0	6,2	11,3	20,6
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	5,6	3,3	5,7	8,6	7,7	7,3	5,9	4,0	2,5	2,2
Husten	3,4	3,4	1,5	2,1	2,2	2,7	3,6	5,4	6,4	6,3
Herzbeschwerden	10,4	0,2	0,5	1,8	5,1	9,3	15,2	23,8	30,7	29,2
Atembeschwerden	4,8	0,4	0,4	0,9	2,1	3,3	5,7	11,1	14,9	18,3
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	6,3	0,9	1,7	4,9	6,2	8,1	9,0	10,4	10,4	10,8
Gelenkschmerzen, Nervenschmerzen, Muskelschmerzen	12,8	0,3	0,9	3,3	7,1	13,8	22,1	27,6	31,0	28,7
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	10,7	-	0,9	4,7	10,5	14,8	17,7	19,5	20,0	19,5
Gehbehinderung	3,6	0,4	0,5	0,5	1,0	1,3	3,7	7,2	13,6	23,1
Beinleiden (Krampfadern, Geschwüre, Durch- blutungsstörungen)	9,2	0,2	0,6	3,0	7,9	10,6	15,3	19,0	19,0	20,6
Auffällige Gewichtsabnahme	0,9	-	0,1	0,4	0,4	0,7	0,8	1,6	3,2	3,1
Auffällige Gewichtszunahme	0,7	-	0,1	0,5	0,8	0,9	1,3	1,0	0,9	0,4
Andere Beschwerden	6,3	2,8	3,7	6,3	6,1	6,8	8,2	8,0	8,7	11,3
Keine Beschwerden	45,9	85,7	77,4	57,7	42,8	32,8	24,9	19,1	16,9	15,7
Wohnbevölkerung	3.924.900	522.800	614.400	394.000	447.300	514.900	484.400	505.200	335.400	106.500

Quelle: Mikrozensus

Körperliche Beschwerden im Dezember 1983 (Alter)

	M ä n n e r					
	0-14	15-24	25-44	45-59	60-74	75 und mehr
Schlafstörungen	0,8	0,8	4,0	11,0	15,6	20,4
Wetterempfindlichkeit	1,0	2,0	6,5	12,9	19,8	19,6
Schwäche - Müdigkeit	0,4	1,1	2,1	5,4	8,3	16,0
Nervosität	1,2	2,8	6,3	11,3	10,7	10,0
Niedergedrücktheit (Depressionen)	0,1	0,3	0,9	2,6	3,6	5,8
Schwindel	0,3	0,6	0,9	3,8	8,4	15,5
Kreislaufstörungen	0,3	2,0	4,4	13,2	22,8	30,5
Übelkeit, Appetitlosigkeit	1,0	0,4	0,8	1,5	2,0	3,0
Kopfschmerzen, Migräne	1,7	3,9	7,6	10,6	9,0	7,9
Sehstörungen	2,2	2,9	2,7	8,7	10,2	21,4
Hörstörungen	0,5	0,4	1,4	4,6	10,7	22,6
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	1,8	3,0	4,5	4,7	2,9	1,5
Husten	4,1	2,4	3,3	5,7	8,0	8,0
Herzbeschwerden	0,2	0,4	1,8	8,7	18,0	23,4
Atembeschwerden	1,2	1,0	1,4	5,7	12,4	17,5
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	0,9	2,4	7,2	9,5	11,0	10,4
Unterleibsschmerzen	0,1	-	0,3	0,8	1,6	2,7
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	0,3	3,6	13,4	23,5	20,4	19,3
Gelenksschmerzen, Nervenschmerzen,						
Muskelschmerzen	0,7	3,4	9,4	21,9	26,7	29,4
Gehbehinderung	0,3	0,7	1,3	4,0	9,0	15,4
Beinleiden	-	0,5	1,7	5,5	10,6	14,8
Auffällige Gewichtsabnahme	-	0,1	0,3	1,1	1,1	2,7
Auffällige Gewichtszunahme	0,1	0,1	0,4	0,9	0,7	-
Beschwerden durch Hauterkrankungen	0,9	1,5	1,1	1,6	1,1	1,6
Heuschnupfen o.ä.	1,5	2,6	2,0	1,4	1,8	0,9
Sonstige Beschwerden	2,0	2,3	3,6	6,3	7,6	8,8
lohnbevölkerung	643.672	543.336	945.440	528.967	342.330	126.157

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3/9

Körperliche Beschwerden im Dezember 1983 (Alter)

	F r a u e n					
	0-14	15-24	25-44	45-59	60-74	75 und mehr
Schlafstörungen	0,4	1,3	5,5	17,2	25,5	35,4
Wetterempfindlichkeit	0,5	3,4	9,9	19,2	25,2	29,6
Schwäche - Müdigkeit	0,5	2,2	4,3	7,3	11,8	23,2
Nervosität	1,1	4,2	10,3	15,9	17,9	18,4
Niedergedrückttheit (Depressionen)	0,1	0,5	2,5	5,2	6,8	10,1
Schwindel	0,5	1,2	3,1	7,5	13,2	23,5
Kreislaufstörungen	0,7	7,6	14,5	25,7	31,2	38,7
Übelkeit, Appetitlosigkeit	1,1	1,1	1,3	1,6	2,8	6,3
Kopfschmerzen, Migräne	2,0	7,2	15,7	20,8	17,3	16,4
Sehstörungen	2,1	3,6	2,5	7,5	14,2	27,3
Hörstörungen	0,4	0,4	0,8	2,1	6,9	21,2
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	1,5	4,0	4,5	3,4	2,8	2,3
Husten	3,5	2,2	2,5	3,4	6,1	7,8
Herzbeschwerden	0,1	0,6	2,1	9,9	24,5	33,4
Atembeschwerden	0,6	1,0	1,2	4,1	9,0	16,0
Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden	0,6	2,9	4,7	8,2	9,2	12,5
Unterleibsschmerzen	0,1	2,2	2,3	2,5	1,5	1,7
Rückenschmerzen, Kreuzschmerzen	0,2	3,5	12,6	21,4	22,6	22,6
Gelenkschmerzen, Nervenschmerzen,						
Muskelschmerzen	0,5	2,8	8,1	22,0	29,0	36,5
Gehbehinderung	0,3	0,3	0,8	2,3	7,0	20,3
Beinleiden	0,1	0,9	3,6	9,8	14,3	18,6
Auffällige Gewichtsabnahme	0,1	0,2	0,3	0,5	1,6	3,1
Auffällige Gewichtszunahme	0,1	0,3	0,8	1,0	0,6	0,3
Beschwerden durch Hauterkrankungen	0,9	1,9	1,2	1,4	1,5	1,8
Heuschnupfen o.ä.	1,0	2,2	1,9	1,5	1,2	1,2
Sonstige Beschwerden	2,0	2,2	4,0	6,4	7,8	10,7
Wohnbevölkerung	608.658	529.261	934.999	579.298	539.125	264.358

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3/10

Häufigkeit von Erkrankungen vom September 1972 bis August 1973 (Alter)

M ä n n e r

Erkrankungen pro Person

Alter in vollendeten Jahren	Wohnbevölkerung	nie	einmal	zwei- bis dreimal	mehr als dreimal	unbekannt
Relativzahlen (Spaltensumme = 100)						
Bis 9 Jahre	557.000	51,3	29,3	12,4	1,6	5,4
10-19 Jahre	660.700	61,4	25,4	7,6	0,9	4,7
20-29 Jahre	416.700	61,2	24,6	8,1	0,8	5,3
30-39 Jahre	432.300	60,1	26,4	7,9	0,7	4,9
40-49 Jahre	467.900	58,0	26,3	9,2	0,9	5,6
50-59 Jahre	337.900	56,7	25,6	9,2	2,0	6,5
60-69 Jahre	377.000	60,5	21,1	8,8	2,9	6,7
70-79 Jahre	204.200	55,7	21,2	11,9	3,9	7,3
80 und mehr	49.800	55,2	19,5	12,0	3,7	9,6
Insgesamt	3.503.500	58,2	25,4	9,3	1,5	5,6

F r a u e n

Bis 9 Jahre	522.800	51,5	30,8	11,6	1,4	4,7
10-19 Jahre	614.400	63,0	23,6	7,4	0,8	5,2
20-29 Jahre	394.000	63,4	23,2	7,1	0,6	5,7
30-39 Jahre	447.300	63,8	23,2	7,2	0,9	4,9
40-49 Jahre	514.900	63,9	22,5	6,7	1,3	5,6
50-59 Jahre	484.400	60,6	23,3	8,3	2,0	5,8
60-69 Jahre	505.200	58,3	22,0	10,1	3,2	6,4
70-79 Jahre	335.200	53,4	21,7	11,6	5,3	8,0
80 und mehr	106.500	48,3	20,4	12,0	7,8	11,5
Insgesamt	3.924.900	59,6	23,8	8,8	2,0	5,8

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3 /11

Häufigkeit von Erkrankungen Dezember 1982 bis Dezember 1983

E r k r a n k u n g p r o P e r s o n								
M ä n n e r								
	Insgesamt	1x	2x	3x	mehr als 3x	mindestens 1x	nie	unbekannt
0-14	643.672	28,0	12,4	4,8	4,0	49,2	47,9	2,9
15-24	543.336	25,6	9,2	2,4	1,2	38,4	59,0	2,6
25-44	945.438	26,8	10,5	2,7	1,5	41,6	56,6	1,8
45-59	528.969	25,9	11,2	3,4	4,4	45,0	53,4	1,6
60-74	342.334	20,0	14,2	4,3	7,3	45,7	52,6	1,7
75 und mehr	126.159	23,5	14,2	6,2	11,2	55,2	43,0	1,8
F r a u e n								
0-14	608.658	27,1	11,2	5,2	4,3	47,8	48,7	3,5
15-24	529.263	27,3	7,2	3,6	1,5	39,7	57,2	3,1
25-44	934.993	24,2	9,9	2,8	2,3	39,3	58,3	2,5
45-59	579.294	23,1	10,7	3,2	5,1	42,1	55,9	2,0
60-74	539.127	23,3	12,3	5,1	6,3	47,0	50,9	2,1
74 und mehr	264.359	22,0	14,9	6,2	14,2	57,3	41,2	1,5

Quelle: Mikrozensus

Erkrankungsfälle von September 1972 bis August 1973 und von Dezember 1982 bis November 1983 (Dauer der Krankheit)

Männer	Dauer der Krankheit									
	Erkrankungsfälle		1 Tag		2 Tage		3 Tage		4-7 Tage	
	Relativzahlen (Summenspalte = 100)									
Krankheitsbezeichnung	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983
Zuckerkrankheit	11.000	19.907	2,7	0	1,8	0,3	2,7	0	9,1	7,6
Erhöhter Blutdruck	15.400	24.428	4,6	0,6	3,2	4,4	4,6	3,8	16,9	12,3
Herzinfarkt	12.300	13.859	0,8	0	1,6	0,2	-	0	0,8	2,5
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten ¹⁾	61.200	48.171	1,1	0,5	1,1	3,3	3,6	2,1	13,2	8,1
Augenkrankheiten	17.300	25.857	1,2	2,4	2,9	4,4	4,0	3,4	20,2	29,1
Ohrenkrankheiten	26.300	37.127	2,3	2,4	3,4	2,8	8,4	10,0	25,1	32,6
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	616.000	836.058	1,1	1,4	4,9	5,7	10,4	10,9	37,7	41,9
Chronische Bronchitis ²⁾	26.600	28.777	0,8	1,1	1,5	1,8	7,9	3,3	24,1	14,1
Lungenasthma	13.900	17.885	-	0,3	1,4	0,9	4,3	3,5	6,5	13,0
Lungenentzündung	27.200	18.081	-	0	-	0	1,5	1,2	5,1	2,4
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	37.300	39.600	1,1	0,6	2,1	2,2	2,7	2,9	9,7	15,3
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	43.400	47.392	3,2	4,5	6,0	3,3	7,6	4,8	22,1	30,7
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken ³⁾	13.600	12.563	1,5	0	1,5	2,0	2,9	2,4	14,7	12,0
Leberkrankheiten, Gelbsucht	14.900	10.502	-	0,6	0,7	3,4	0,7	1,2	20,1	11,0
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung ⁴⁾	28.500	23.092	0,7	0,1	2,8	1,7	4,9	1,9	15,8	15,7
Hautkrankheiten	19.300		1,6		4,7		4,7		22,8	
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	35.100	41.136	1,4	1,1	0,6	1,2	6,0	2,5	16,5	19,5
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	88.300		0,9		1,1		4,1		13,9	
Kinderkrankheiten	119.100	51.217	0,2	0,2	0,6	1,0	2,3	3,5	22,7	21,4
Sonstige Krankheiten	135.900	212.070	1,5	3,7	3,2	5,2	5,2	7,1	16,9	19,7
Knochenbruch	66.300	64.658	0,9	1,5	0,5	1,6	1,5	2,2	5,0	7,2
Prellung, Zerrung, Quetschung	78.600	85.730	1,4	1,6	1,9	4,2	4,6	2,8	16,9	18,9
Andere Verletzungen	74.700	71.046	1,2	1,9	2,5	2,9	4,4	4,6	15,3	21,5
Unbekannt	14.300	23.271	14,0	0,5	2,1	0,9	5,6	7,2	21,0	23,9
Insgesamt	1.596.500	1.997.316	1,3	1,5	3,1	4,0	6,6	6,9	24,3	27,3

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3/13

Erkrankungsfälle von September 1972 bis August 1973 und von Dezember 1982 bis November 1983 (Dauer der Krankheit)
(Fortsetzung)

Männer	Dauer der Krankheit									
	8-14 Tage		15-30 Tage		1 Monat bis zu 1/2 Jahr		1/2 Jahr und länger		unbekannt	
	Relativzahlen (Spaltensumme = 100)									
Krankheitsbezeichnung	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983
Zuckerkrankheit	17,3	19,4	23,6	28,6	17,3	14,7	20,9	15,0	4,6	14,4
Erhöhter Blutdruck	29,2	23,3	14,9	13,8	11,0	14,6	11,0	10,4	4,6	16,5
Herzinfarkt	12,2	8,3	25,2	28,2	52,2	46,9	6,5	7,6	0,9	6,4
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten ¹⁾	29,4	30,7	25,3	24,1	20,1	22,4	5,1	4,5	1,1	4,3
Augenkrankheiten	25,4	21,4	20,8	17,5	16,2	13,7	6,9	3,9	2,4	4,3
Ohrenkrankheiten	41,8	30,5	11,8	11,9	5,7	5,9	1,5	1,7	-	2,1
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	37,9	33,1	6,7	5,1	0,9	0,9	-	0,1	0,4	0,9
Chronische Bronchitis ²⁾	32,0	29,9	19,5	18,7	9,0	17,7	4,9	6,6	0,3	6,9
Lungenasthma	25,2	14,8	32,4	26,8	17,3	18,1	11,5	12,2	1,4	10,4
Lungenentzündung	33,8	28,2	41,5	51,3	16,2	15,8	1,5	20,5	0,4	6,7
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	28,2	29,4	33,0	25,5	20,4	18,0	1,6	2,7	1,2	3,2
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	32,9	32,3	19,6	16,7	6,9	5,9	1,2	0,5	0,5	1,2
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken ³⁾	22,1	30,1	27,9	28,6	27,2	23,0	1,5	0,2	0,7	1,8
Leberkrankheiten, Gelbsucht	20,1	14,5	29,5	28,3	34,2	19,1	6,0	5,2	1,4	16,7
Nierensteine, Nierenkoliken, Nieren- entzündung ⁴⁾	32,3	35,9	24,6	29,5	16,5	8,7	1,4	2,4	1,0	4,1
Hautkrankheiten	33,7		20,7		7,8		2,5		1,5	
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	33,6	32,9	24,8	21,4	13,1	16,9	2,8	19,2	1,2	2,4
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	30,1		29,2		16,1		3,5		1,1	
Kinderkrankheiten	48,7	54,2	20,8	14,5	3,9	4,0	-	0	0,8	1,1
Sonstige Krankheiten	32,2	28,7	23,7	15,2	14,1	11,3	2,8	2,9	0,4	6,1
Knochenbruch	13,4	14,2	29,1	32,7	46,0	37,1	2,3	2,1	1,3	1,5
Prellung, Zerrung, Quetschung	38,7	35,1	24,8	27,2	10,9	9,7	0,3	0,1	0,5	0,6
Andere Verletzungen	36,3	34,1	22,8	20,0	15,4	12,3	1,1	0,8	1,0	1,8
Unbekannt	31,5	24,9	16,8	31,5	8,4	8,9	0,6	2,2	-	0
Insgesamt	34,7	30,9	17,7	15,0	10,1	9,2	1,6	2,0	0,6	3,1

Quelle: Mikrozensus

Erkrankungsfälle von September 1972 bis August 1973 und von Dezember 1982 bis November 1983 (Dauer der Krankheit)

Frauen	Dauer der Krankheit									
	Erkrankungsfälle		1 Tag		2 Tage		3 Tage		4-7 Tage	
	Relativzahlen (Summenspalte = 100)									
Krankheitsbezeichnung	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983
Zuckerkrankheit	18.000	27.302	2,8	0,1	2,8	0,1	1,7	2,6	10,0	5,5
Erhöhter Blutdruck	38.700	52.332	4,7	0,7	3,4	2,5	7,2	4,1	16,8	15,9
Herzinfarkt	8.500	9.444	-	0	-	0	-	0,6	8,2	1,3
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten ¹⁾	109.100	62.725	0,8	0,4	2,7	4,4	5,9	4,5	14,9	9,8
Augenkrankheiten	16.500	29.519	2,4	0,9	3,0	2,3	4,2	3,5	14,5	11,5
Ohrenkrankheiten	24.600	35.367	1,2	1,6	6,1	4,2	4,9	6,3	28,0	32,3
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis ²⁾	703.800	975.245	0,6	1,2	4,5	5,2	10,2	11,4	38,2	41,2
Chronische Bronchitis	17.800	29.725	-	0,3	1,1	1,2	2,8	2,2	16,3	14,5
Lungenasthma	8.700	8.675	3,4	0	-	1,8	3,4	0	8,0	9,7
Lungenentzündung	24.500	20.442	-	0,5	0,4	0	0,8	1,3	9,4	10,2
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	23.200	24.179	-	0,5	0,9	1,4	1,3	2,5	11,6	9,3
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	40.000	41.724	4,3	1,6	6,0	7,8	8,3	7,9	24,0	26,1
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken ³⁾	58.800	49.088	1,5	1,5	2,6	2,0	3,9	5,5	12,4	11,7
Leberkrankheiten, Gelbsucht	13.100	7.134	-	0	0,8	0	3,1	0	3,8	5,6
Nierensteine, Nierenkoliken, Nierenentzündung ⁴⁾	36.300	38.454	1,7	0	2,2	2,5	4,4	2,5	17,4	15,2
Hautkrankheiten	20.600		1,5		1,9		3,9		16,5	
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	58.400	65.422	1,0	0,4	1,9	1,5	3,4	3,0	12,0	17,3
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	89.200		1,0		2,5		3,9		12,6	
Kinderkrankheiten	114.100	57.797	0,2	0,8	0,8	0,5	2,4	0,8	23,8	20,1
Sonstige Krankheiten	191.500	233.495	1,5	3,5	3,9	4,3	5,0	6,1	18,6	21,6
Knochenbruch	38.000	37.701	1,8	1,8	1,1	0,8	1,6	2,0	4,5	5,2
Prellung, Zerrung, Quetschung	30.800	37.751	2,3	3,2	2,6	2,2	3,2	5,1	17,5	20,8
Andere Verletzungen	34.000	28.540	0,6	1,9	1,8	4,1	5,3	5,9	18,8	21,8
Unbekannt	12.500	25.322	16,8	2,0	5,6	3,3	3,2	5,4	23,2	18,3
Insgesamt	1.730.700	2.266.529	1,2	1,4	3,4	3,7	6,6	7,2	25,2	26,9

Quelle: Mikrozensus

Tab. 3/15

Erkrankungsfälle von September 1972 bis August 1973 und von Dezember 1982 bis November 1983 (Dauer der Krankheit)
(Fortsetzung)

(Fortsetzung)

Frauen	Dauer der Krankheit									
	8-14 Tage		15-30 Tage		1 Monat bis zu 1/2 Jahr		1/2 Jahr und länger		unbekannt	
	Relativzahlen (Summenspalte = 100)									
	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983
Krankheitsbezeichnung	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983	1973	1983
Zuckerkrankheit	20,0	15,6	22,2	20,4	15,0	26,5	21,1	15,0	4,4	13,9
Erhöhter Blutdruck	27,1	17,0	17,3	15,7	8,3	15,5	11,9	13,1	3,3	15,6
Herzinfarkt	5,9	10,2	18,8	43,6	62,4	40,9	3,5	2,0	1,2	1,3
Andere Herz- und Gefäßkrankheiten ¹⁾	27,8	27,1	24,1	22,3	17,4	18,3	5,5	5,1	0,9	8,1
Augenkrankheiten	23,6	41,9	23,0	17,9	18,2	7,2	8,6	2,0	2,5	12,7
Ohrenkrankheiten	40,7	32,5	13,8	17,7	3,7	3,6	0,8	0,1	0,8	2,0
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	38,3	32,3	6,8	6,4	1,1	0,9	0,0	0	0,3	1,3
Chronische Bronchitis ²⁾	39,3	26,7	20,2	22,3	11,8	17,0	6,7	4,0	1,8	11,9
Lungenasthma	27,6	29,6	33,3	22,9	18,4	26,4	4,7	7,3	1,2	2,3
Lungenentzündung	31,4	30,2	37,6	40,7	18,4	13,8	0,8	0	1,2	3,4
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwüre	28,9	23,7	32,3	29,6	21,6	24,0	2,2	3,8	1,2	5,0
Andere Magenkrankheiten (Gastritis)	30,7	25,8	19,0	19,4	6,0	6,1	1,0	0,4	0,7	4,9
Gallenblasenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken ³⁾	28,7	27,2	28,7	34,3	19,6	12,7	2,0	0,6	0,6	4,5
Leberkrankheiten, Gelbsucht	22,9	23,0	31,3	28,3	35,1	29,4	3,0	6,1	-	6,6
Nierensteine, Nierenkoliken, Nieren- entzündung ⁴⁾	32,5	35,6	28,1	29,8	12,7	9,5	0,6	3,6	0,4	1,3
Hautkrankheiten	35,0		24,3		15,4		1,5		-	
Neuralgien, Nervenentzündung, Ischias	33,0	26,7	28,6	26,9	16,4	16,7	3,3	3,2	0,4	4,3
Gelenks- und Wirbelsäulenkrankheiten und -leiden, Rheuma	28,5		26,0		18,8		5,3		1,4	
Kinderkrankheiten	50,6	56,4	18,6	18,0	3,2	2,9	-	0	0,4	0,6
Sonstige Krankheiten	30,5	26,3	23,2	18,8	15,1	9,3	1,6	2,9	0,6	7,3
Knochenbruch	12,4	14,5	30,8	34,2	46,1	38,3	1,0	0,9	0,7	2,5
Prellung, Zerrung, Quetschung	37,7	29,7	25,0	23,7	11,0	13,1	0,3	0,2	0,4	2,1
Andere Verletzungen	31,5	36,3	23,2	12,3	16,5	16,7	1,5	0	0,8	1,5
Unbekannt	28,0	36,1	11,2	13,2	11,2	16,6	0,8	5,1	-	0
Insgesamt	34,4	29,8	17,0	15,6	9,7	8,9	1,9	2,0	0,6	4,3

Quelle: Mikrozensus

- 137 -

- 1) 1983 keine Herzkrankheiten genannt.
- 2) 1983 kein Lungenemphysem genannt.
- 3) 1983 keine Gallenkoliken genannt.
- 4) 1983 keine Nierenkoliken genannt.

Die nur für 1973 angeführten Haut- und Gelenks- etc. Krankheiten wurden 1983 in mehreren Krankheitsgruppen erfaßt.

Tab. 3 /16

- 138 -

Die Entwicklung des Krankenstandes 1972 - 1982 nach dem Geschlecht und nach der Durchschnittsdauer. Erfaßter Personenkreis: Beschäftigte in Österreich

Jahr	Geschlecht	Beschäftigte im Jahres- durchschnitt	Krankenstands-		Auf 1.000 Beschäftigte entfallenen Krankenstands-		Durchschnitts- dauer eines Falles in Tagen
			Fälle	Tage	Fälle	Tage	
1972	M	1,574.777	1,323.949	23,471.328	341	14.905	17,7
	F	934.934	724.355	12,720.672	775	13.606	17,6
1973	M	1,617.277	1,364.488	24,119.818	844	14.914	17,7
	F	986.760	748.089	13,107.267	758	13.283	17,5
1974	M	1,637.300	1,399.809	24,223.686	855	14.795	17,3
	F	1,018.149	777.402	13,430.246	764	13.191	17,3
1975	M	1,625.520	1,481.200	24,901.848	911	15.319	16,8
	F	1,031.720	803.504	13,547.490	779	13,131	16,9
1976	M	1,631.730	1,575.142	26,403.742	965	16.181	16,8
	F	1,051.901	861.804	14,722.163	819	13.996	17,1
1977	M	1,657.481	1,556.556	26,633.092	939	16.068	17,1
	F	1,078.158	856.377	14,847.729	794	13,771	17,3
1978	M	1,663.935	1,739.546	28,636.912	1.045	17.210	16,5
	F	1,093.307	962.824	16,023.684	886	14.656	16,5
1979	M	1,669.498	1,696.244	28,996.761	1.016	17.369	17,1
	F	1,103.147	947.735	16,321.137	859	14.795	17,2
1980	M	1,672.276	1,785.265	29,986.798	1.068	17.932	16,8
	F	1,115.989	1,020.400	16,976.900	914	15.212	16,6
1981	M	1,673.837	1,695.924	29,069.201	1.013	17.367	17,1
	F	1,125.436	983.810	16,746.705	874	14.880	17,0
1982	M	1,650.220	1,574.664	27,177.085	954	16.469	17,3
	F	1,117.890	924.756	15,168.686	827	13.569	16,4

Quelle: Statist. Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3 /17

- 139 -

Krankenstandsfälle nach Diagnosegruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1971 und 1981

Diagnosegruppe	Krankenstandsfälle auf 1.000 Beschäftigte			
	Männer		Frauen	
	1971	1981	1971	1981
Insgesamt	869,8	994,8	812,0	859,3
1. Tuberkulose	1,6	0,9	1,0	0,6
2. Geschlechtskrankheiten	0,3	0,2	0,2	0,1
3. Grippe (Influenza)	122,7	42,9	146,7	40,1
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,0	7,2	8,8	7,7
5. Benigne Neubildungen	2,7	2,5	7,8	4,9
6. Maligne Neubildungen	1,1	1,3	1,7	1,6
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	0,5	0,5	1,8	0,8
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	6,3	5,5	8,3	7,3
9. Akuter (Gelenks)-Rheumatismus	3,2	1,6	3,4	1,4
10. Chronische rheumatische Herzleiden	0,6	0,4	0,7	0,3
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienerkrankungen	19,1	16,7	16,8	13,5
12. Krankheiten der Venen	6,6	6,6	9,8	8,4
13. Neurosen und Psychosen	6,3	3,6	12,3	5,7
14. Krankheiten des Zentralnervensystems	4,2	4,0	6,2	6,4
15. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,3	15,9	17,9	13,3
16. Augenkrankheiten	5,4	7,1	4,1	5,6
17. Ohrenkrankheiten	5,7	6,3	5,4	5,4
18. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	111,9	205,0	112,3	211,7
19. Krankheiten der Atmungsorgane	49,9	50,0	49,3	47,9
20. Krankheiten des Magens und des Darms	87,5	96,5	74,3	77,5
21. Krankheiten der Leber und Galle	9,3	5,9	15,9	9,0
22. Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	16,2	16,4	14,2	15,5
23. Krankheiten der Harnorgane	11,6	11,8	22,9	23,3
24. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	4,0	4,0	37,4	41,1
25. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	-	-	30,7	26,1
26. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	28,5	23,7	20,2	18,1
27. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats	81,4	125,8	62,4	83,8
28. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	0,3	0,9	0,3	0,9
29. Arbeitsunfälle	125,7	124,3	34,9	34,1
30. Gewerbliche Vergiftungen	0,1	0,2	0,1	0,2
31. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	94,6	126,9	43,5	53,1
32. Sonstige Krankheiten	37,2	79,9	40,7	93,6

Quelle: Statist. Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/18

- 140 -

Krankenstandsfälle nach Diagnosegruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1972 und 1982

Diagnosegruppe	Krankenstandsfälle auf 1.000 Beschäftigte			
	Männer		Frauen	
	1972	1982	1972	1982
Insgesamt	840,7	939,5	774,8	813,6
1. Tuberkulose	1,5	0,9	1,0	0,6
2. Geschlechtskrankheiten	0,3	0,2	0,2	0,2
3. Grippe (Influenza)	100,4	28,0	126,2	25,9
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,2	7,2	7,7	7,5
5. Benigne Neubildungen	2,3	2,6	7,1	6,0
6. Maligne Neubildungen	1,0	1,6	1,7	2,2
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	0,4	0,4	1,8	0,7
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	5,5	5,6	7,6	7,3
9. Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	3,1	1,3	3,5	1,2
10. Chronische rheumatische Herzleiden	0,5	0,3	0,6	0,3
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienkrankheiten	16,5	16,9	16,1	13,2
12. Krankheiten der Venen	5,9	6,3	9,7	8,0
13. Neurosen und Psychosen	5,6	3,4	11,7	5,5
14. Krankheiten des Zentralnervensystems	3,8	4,4	5,9	6,8
15. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,0	14,2	16,4	11,9
16. Augenkrankheiten	5,5	6,9	3,8	5,7
17. Ohrenkrankheiten	5,8	6,2	5,4	5,3
18. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	105,5	179,0	105,8	186,3
19. Krankheiten der Atmungsorgane	45,7	48,3	45,0	47,4
20. Krankheiten des Magens und des Darms	86,6	94,9	70,2	78,4
21. Krankheiten der Leber und Galle	8,5	5,7	15,9	8,1
22. Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	15,1	16,1	13,5	15,2
23. Krankheiten der Harnorgane	11,0	12,8	23,0	23,7
24. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	3,7	4,0	37,1	40,8
25. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	-	-	29,7	27,1
26. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	29,1	22,2	20,2	17,2
27. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats	85,0	123,0	64,2	83,7
28. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	0,3	0,5	0,4	0,5
29. Arbeitsunfälle	133,2	121,5	33,8	33,5
30. Gewerbliche Vergiftungen	0,1	0,3	0,1	0,2
31. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	95,9	128,3	44,8	53,1
32. Sonstige Krankheiten	38,7	76,4	44,7	90,4

Quelle: Statist. Handbuch d. Sozialversicherung

Tab. 3/19

- 141 -

Krankenstandstage- und Fälle, Spitalstage pro Fall und Spitalsfälle, nach Diagnosegruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1971 und 1981

Diagnosegruppe	Krankenstandstage pro Fall				Spitalstage pro Fall	
	1971		1981		1971	1981
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer u.	Frauen
Insgesamt	17,5	17,1	17,1	17,0	16,6	13,8
1. Tuberkulose	171,2	158,6	134,4	106,2	51,9	40,0
2. Geschlechtskrankheiten	18,3	23,4	16,4	20,1	17,2	12,9
3. Grippe (Influenza)	8,7	9,4	8,9	9,4	13,1	12,4
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	14,9	15,9	15,0	15,2	16,8	13,1
5. Benigne Neubildungen	34,4	40,8	32,7	36,3	15,3	12,5
6. Maligne Neubildungen	133,9	154,0	121,1	116,7	25,6	16,9
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	39,8	29,0	37,6	33,1	21,4	12,2
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	29,3	30,7	30,1	33,6	19,4	16,2
9. Akuter (Gelenks)-Rheumatismus	16,5	18,4	28,2	40,7	27,4	18,6
10. Chronische rheumatische Herzleiden	45,1	55,8	58,5	52,4	21,9	14,6
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienerkrankungen	48,9	37,6	55,1	45,9	22,8	18,2
12. Krankheiten der Venen	27,5	28,1	28,6	27,9	21,3	17,0
13. Krankheiten des Zentralnervensystems	52,2	31,8	43,4	28,1	23,2	20,0
14. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,8	19,0	19,9	23,7	22,4	17,2
15. Augenkrankheiten	17,2	20,3	17,5	17,9	15,2	11,2
16. Ohrenkrankheiten	13,8	14,1	13,2	13,4	13,7	10,2
17. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	9,5	10,1	8,9	9,2	5,5	5,5
18. Krankheiten der Atmungsorgane	16,4	14,5	15,0	13,4	20,5	16,7
19. Krankheiten des Magens und des Darmes	15,2	13,8	12,7	11,8	12,6	11,1
20. Krankheiten der Leber und Galle	39,9	31,6	45,4	39,3	22,8	18,0
21. Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	12,1	12,8	13,1	12,4	14,9	12,9
22. Krankheiten der Harnorgane	21,5	19,3	19,4	17,5	15,4	9,0
23. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	25,2	20,0	23,4	21,9	12,1	10,0
24. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	-	16,8	-	16,6	7,7	7,0
25. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	13,9	14,5	14,4	14,9	15,2	12,0
26. Krankheiten des Bewegungs- und Stützungsapparats	17,8	22,0	20,5	27,0	21,1	16,6
27. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	26,7	27,1	18,2	19,6	21,4	15,6
28. Arbeitsunfälle	20,7	21,8	19,8	20,1	15,1	12,8
29. Gewerbliche Vergiftungen	31,7	20,8	21,4	15,2	8,7	7,7
30. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	22,1	23,7	22,3	23,4	14,0	11,7
31. Sonstige Krankheiten	14,7	14,4	14,8	14,9	16,3	14,6

Quelle: Statist. Handbuch d. Sozialversicherung

Tab. 3/20

- 142 -

Krankenstandstage- und fälle, Spitalstage pro Fall und Spitalsfälle, nach Diagnosegruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1972 und 1982

Diagnosegruppe	Krankenstandstage pro Fall				Spitalstage pro Fall	
	1972		1982		1972	1982
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	u. Frauen
Insgesamt	17,7	17,6	17,3	16,4	16,5	13,5
1. Tuberkulose	174,2	139,8	130,3	100,2	51,6	37,8
2. Geschlechtskrankheiten	19,4	19,9	31,0	40,6	15,0	13,8
3. Grippe (Influenza)	10,0	9,6	8,5	8,8	14,5	11,9
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,7	16,9	14,9	14,2	16,5	12,6
5. Benigne Neubildungen	34,9	44,1	32,0	36,1	15,5	12,1
6. Maligne Neubildungen	122,9	120,1	103,6	92,9	25,0	15,6
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	42,4	29,1	38,7	27,0	21,1	12,5
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	27,9	30,5	27,1	28,7	19,0	15,7
9. Akuter (Gelenks)-Rheumatismus	17,1	19,7	22,2	37,2	23,2	17,6
10. Chronische rheumatische Herzleiden	46,2	53,0	61,6	65,6	21,5	14,7
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienerkrankungen	46,5	36,1	56,8	39,4	22,0	17,7
12. Krankheiten der Venen	27,9	28,1	28,1	26,3	20,2	16,9
13. Krankheiten des Zentralnervensystems	44,5	27,8	44,7	26,7	23,1	19,4
14. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,7	19,6	19,6	21,2	22,0	16,8
15. Augenkrankheiten	17,6	22,6	17,5	18,9	15,2	10,9
16. Ohrenkrankheiten	13,3	14,1	12,9	12,9	13,5	10,0
17. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	9,7	10,4	8,5	8,7	5,6	5,3
18. Krankheiten der Atmungsorgane	17,0	15,2	15,0	12,8	20,0	16,2
19. Krankheiten des Magens und des Darmes	15,4	14,4	12,2	10,9	12,6	11,0
20. Krankheiten der Leber und Galle	39,1	31,8	41,5	32,3	22,2	17,7
21. Andere Krankheiten der Verdauungssysteme	12,0	13,3	12,8	12,7	14,7	12,6
22. Krankheiten der Harnorgane	21,7	19,2	17,2	15,1	14,7	8,7
23. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	24,8	20,9	23,3	20,7	12,1	9,8
24. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	-	16,9	-	15,2	7,6	7,0
25. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	14,1	14,7	14,1	14,3	14,6	11,7
26. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates	17,8	22,3	19,9	25,0	21,1	16,1
27. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	24,7	31,4	21,0	23,4	20,8	15,0
28. Arbeitsunfälle	20,6	21,9	19,6	19,9	15,1	11,3
29. Gewerbliche Vergiftungen	18,1	16,4	21,6	18,5	8,8	6,3
30. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	21,8	23,4	22,1	23,0	13,8	11,4
31. sonstige Krankheiten	15,0	15,3	15,5	14,9	16,7	14,4

Quelle: Statist. Handbuch d. Sozialversicherung

- 143 -

Tab. 3/21

Krankenstandsfälle und -tage nach Wirtschaftsklassen 1971 und 1981
(Beschäftigte in Österreich)

Wirtschaftsklassen	Krankenstandsfälle auf je 1.000				Krankenta- ge pro Fall				Krankenstandsf. Krankent. auf je 1.000 pro Fall			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	1971				1981							
I. Land- und Forstwirtschaft	731	506	23,0	25,2	865	625	22,7	21,6				
II. Energie- und Wasserversorgung	755	1.066	21,2	24,7	798	853	18,6	18,7				
III. Bergbau, Steine, Erden	1.147	1.120	18,8	30,6	1.287	920	17,9	16,8				
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken	760	872	18,0	17,4	957	932	18,2	17,4				
V. Textilien	793	984	18,3	17,3	1.039	1.263	17,2	15,6				
VI. Bekleidung, Schuhe	719	905	18,5	15,7	985	1.208	16,0	13,6				
VII. Leder	687	953	19,8	17,7	1.072	1.111	16,8	15,9				
VIII. Holz, Musikinstrumente, Spielwaren	794	907	18,3	17,5	1.066	893	16,4	17,2				
IX. Papier und Pappe	981	1.294	18,7	17,0	1.107	1.288	20,4	18,3				
X. Druck und Vervielfältigung	1.000	1.009	13,7	16,2	965	1.019	15,5	17,1				
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	1.044	1.230	16,5	15,9	1.164	1.255	16,9	16,3				
XII. Steine, Glasur	882	888	19,1	17,8	1.322	1.067	17,5	17,7				
XIII. Metallindustrie	1.192	1.293	15,3	15,2	1.317	1.285	15,8	16,1				
XIV. Bauwesen	982	391	19,0	18,4	1.418	694	17,2	16,7				
XV. Handel	686	737	17,3	15,7	841	786	16,3	15,9				
XVI. Beherbergung, Gaststätten	688	553	19,8	20,5	655	680	18,8	18,9				
XVII. Verkehr	965	935	16,7	17,6	937	861	17,6	20,7				
XVIII. Geld, Kredit Privatversicherungen	513	837	16,9	14,5	540	779	17,2	15,8				
XIX. Realitäten, Rechtswesen	518	572	20,0	16,2	654	588	18,1	16,1				
XX. Körperpflege, Reinigung	856	793	18,0	16,7	1.189	1.143	16,5	15,4				
XXI. Kunst, Sport	483	568	20,6	19,9	567	690	20,3	19,4				
XXII. Gesundheits- u. Fürsorge- wesen	637	688	20,7	19,4	638	709	18,0	18,4				
XXIII. Unterricht, Forschung	451	562	17,2	16,5	570	693	17,5	15,9				
XXIV. Sozialversicherung	616	731	18,2	17,7	691	839	18,9	18,9				
XXV. Haushaltung	680	260	25,7	28,0	621	410	17,2	24,4				
XXVI. Hauswartung	258	202	30,1	32,4	655	462	24,6	26,3				
Insgesamt	870	812	17,5	17,1	1.013	874	17,1	17,0				

Quelle: Statist. Handbuch der Sozialversicherung

- 144 -

Tab. 3/22

Krankenstandsfälle und Krankentage nach Wirtschaftsklassen 1972 und 1982
(Beschäftigte in Österreich)

Wirtschaftsklassen	Krankenstandsfälle auf je 1.000				Krankentage pro Fall			
	1972		1982		1972		1982	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
I. Land- und Forstwirtschaft	694	489	881	667	23,9	25,5	21,7	19,1
II. Energie- und Wasserversorgung	710	740	767	791	18,1	18,6	18,3	18,0
III. Bergbau, Steine, Erden	1.078	710	1.233	869	18,6	20,5	16,8	15,5
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken	738	789	893	871	18,5	17,9	18,2	16,6
V. Textilien	829	962	923	1.121	18,5	18,1	16,9	15,4
VI. Bekleidung, Schuhe	804	797	925	1.111	18,9	16,7	16,6	13,3
VII. Leder	1.112	1.064	950	996	19,2	17,9	19,4	16,3
VIII. Holz, Musikinstrumente, Spielwaren	795	914	996	807	18,8	18,0	16,4	16,3
IX. Papier und Pappe	1.006	1.239	1.008	1.232	19,1	18,3	20,8	18,0
X. Druck und Vervielfältigung	908	912	869	922	15,5	17,7	16,6	16,3
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	1.059	1.243	1.066	1.142	16,8	16,4	17,2	15,9
XII. Steine, Glasur	990	1.111	1.195	979	18,9	19,2	18,1	17,1
XIII. Metallindustrie	1.133	1.152	1.212	1.171	15,9	16,0	16,0	15,4
XIV. Bauwesen	934	785	1.375	701	18,9	18,2	17,2	16,0
XV. Handel	700	711	806	747	17,1	16,4	16,6	15,5
XVI. Beherbergung, Gaststätten	576	597	679	679	20,4	20,7	18,1	18,0
XVII. Verkehr	933	776	884	833	17,1	18,7	18,0	20,1
XVIII. Geld, Kredit, Privatversicherungen	442	756	528	734	18,3	15,8	16,8	15,1
XIX. Realitäten, Rechtswesen	443	464	635	576	21,8	17,1	18,0	15,7
XX. Körperpflege, Reinigung	923	761	1.093	1.090	17,9	17,3	17,2	14,5
XXI. Kunst, Sport	518	642	615	732	20,7	19,4	18,5	19,0
XXII. Gesundheits- und Fürsorgewesen	552	581	612	688	19,6	19,7	18,5	17,5
XXIII. Unterricht, Forschung	402	548	547	659	17,7	17,1	17,4	15,4
XXIV. Sozialversicherung	592	723	681	815	18,5	18,0	18,9	18,1
XXV. Haushaltung	417	274	861	531	22,2	26,9	14,5	23,7
XXVI. Hauswartung	526	432	867	494	14,4	18,4	19,3	22,1
Insgesamt	841	775	954	827	17,7	17,6	17,3	16,4

Quelle: Statist. Handbuch der Sozialversicherung

- 145 -

Tab. 3/23

Beschäftigte in Österreich und Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsklassen 1971 und 1981

Wirtschaftsklassen	Zahl der Beschäftigten				Arbeitsunfälle auf 1.000 Vers.	
	1971		1981		1971	1981
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	u. Frauen
I. Land- und Forstwirtschaft	36.105	18.103	28.566	12.584	110	101
II. Energie- und Wasserversorgung	25.784	4.245	27.597	5.005	72	64
III. Bergbau, Steine, Erden	29.441	2.600	23.544	2.616	118	87
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken	68.039	39.899	63.044	44.958	82	86
V. Textilien	27.540	48.517	20.560	34.067	50	50
VI. Bekleidung, Schuhe	16.490	63.033	10.990	52.483	27	35
VII. Leder	3.020	4.004	1.851	3.284	51	43
VIII. Holz, Musikinstrumente, Spielwaren	61.507	14.326	70.125	18.898	113	110
IX. Papier und Pappe	20.988	9.630	17.583	7.272	125	116
X. Druck und Vervielfältigung	21.937	12.859	22.060	13.828	54	50
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	48.678	27.187	51.819	25.834	85	79
XII. Steine, Glasur	30.901	9.391	32.259	9.162	133	122
XIII. Metallindustrie	289.255	87.882	312.897	94.724	145	124
XIV. Bauwesen	219.701	17.871	235.781	27.578	149	163
XV. Handel	135.974	146.576	171.568	206.752	42	42
XVI. Beherbergung, Gaststätten	27.345	56.239	42.921	84.442	43	46
XVII. Verkehr	127.716	23.188	172.690	35.527	94	63
XVIII. Geld, Kredit, Privatversicherungen	32.668	27.027	50.613	45.024	15	14
XIX. Realitäten, Rechtswesen	17.731	20.929	32.115	37.605	20	22
XX. Körperpflege, Reinigung	7.870	27.570	8.460	37.376	41	46
XXI. Kunst, Sport	10.265	6.438	13.289	7.713	46	46
XXII. Gesundheits- und Fürsorgewesen	10.978	40.498	16.288	65.290	56	66
XXIII. Unterricht, Forschung	13.472	16.038	45.928	55.772	61	21
XXIV. Sozialversicherung	257.121	136.449	227.116	179.581	15	22
XXV. Haushaltung	284	15.286	613	8.921	15	17
XXVI. Hauswartung	2.615	33.049	4.456	28.647	10	16
Insgesamt	1.543.425	908.834	1.704.733	1.144.943	76	70

Quelle: Statist. Handbuch der Sozialversicherung

- 146 -

Tab. 3 /24

Beschäftigte in Österreich und Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsklassen 1972 und 1982

Wirtschaftsklassen	Zahl der Beschäftigten				Arbeitsunfälle auf 1.000 Vers.	
	1972		1982		1972	1982
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer u.	Frauen
I. Land- und Forstwirtschaft	33.382	17.071	27.565	12.036	110	102
II. Energie- und Wasserversorgung	26.080	4.385	28.810	5.103	66	61
III. Bergbau, Steine, Erden	28.392	2.647	22.694	2.533	113	87
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken	68.231	40.826	62.455	44.287	80	84
V. Textilien	28.446	48.117	19.592	32.472	47	46
VI. Bekleidung, Schuhe	17.434	63.975	10.645	50.848	27	34
VII. Leder	2.984	4.033	1.718	2.959	55	43
VIII. Holz, Musikinstrumente, Spielwaren	62.297	15.007	68.645	18.473	112	105
XI. Papier und Pappe	20.615	9.243	17.000	6.655	121	116
X. Druck und Vervielfältigung	21.787	12.993	21.040	13.192	52	44
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	49.766	27.579	46.195	24.267	83	74
XII. Steine, Glasur	32.287	9.703	29.946	8.396	129	114
XIII. Metallindustrie	294.521	90.784	300.961	89.813	139	118
XIV. Bauwesen	228.974	19.361	224.290	26.764	147	158
XV. Handel	140.029	155.229	169.826	26.764	42	39
XVI. Beherbergung, Gaststätten	29.351	56.441	43.428	34.815	41	46
XVII. Verkehr	125.299	23.077	172.689	35.367	91	54
XVIII. Geld, Kredit, Privatversicherungen	34.836	29.657	51.696	45.429	14	14
XIX. Realitäten, Rechtswesen	18.989	22.231	32.110	38.381	18	21
XX. Körperpflege, Reinigung	7.774	26.992	8.810	37.899	39	48
XXI. Kunst, Sport	10.261	6.223	13.257	7.884	49	50
XXII. Gesundheits- und Fürsorgewesen	10.220	39.602	16.663	68.133	59	64
XXIII. Unterricht, Forschung	14.349	17.376	46.860	56.976	62	26
XXIV. Sozialversicherung	264.602	146.107	230.026	183.109	15	24
XXV. Haushaltung	513	13.971	300	7.622	14	17
XXVI. Hauswartung	3.358	32.304	4.889	28.692	12	17
Insgesamt	1,574.777	934.934	1,676.110	1,136.409	74	67

Quelle: Statist. Handbuch der Sozialversicherung

Stand an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit nach Krankheitsgruppen und nach dem Geschlecht
in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Dezember 1974 und im Dezember 1982 ⁺⁾

Krankheitsgruppen	Männer + Frauen		Männer		Frauen	
	1974	1982	1974	1982	1974	1982
I n s g e s a m t	242.477	245.746	127.402	128.896	115.075	116.850
1 Tuberkulose	10.423	7.183	6.228	4.078	4.195	3.105
2 Geschlechtskrankheiten	986	527	470	252	516	275
3 Grippe (Influenza)	6	3	3	1	3	2
4 Übrige infektiöse und parasitäre Erkrankungen	1.443	1.293	844	658	599	635
5 Benigne Neubildungen	767	720	297	251	470	469
6 Maligne Neubildungen	5.101	6.633	2.229	2.918	2.872	3.715
7 Krankheiten der blutbildenden und der lymph. Organe	805	606	266	208	539	398
8 Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion usw.	5.289	5.205	2.298	2.404	2.991	2.801
9 Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	1.534	845	470	217	1.064	628
10 Chronische rheumatische Herzleiden	2.570	2.682	875	1.068	1.695	1.614
11 Andere Herzkrankheiten und Arterien- krankheiten	71.267	67.659	37.174	35.725	34.093	31.934
12 Krankheiten der Venen	2.727	2.852	1.005	1.070	1.722	1.782
13 Neurosen und Psychosen	11.360	16.004	4.698	6.595	6.662	9.409
14 Krankheiten des Zentralnervensystems	17.037	19.284	9.956	11.469	7.081	7.815
15 Krankheiten d. peripheren Nervensystems	1.214	1.114	581	590	633	524
16 Augenkrankheiten	6.178	5.581	2.970	2.735	3.208	2.846
17 Ohrenkrankheiten	1.324	1.270	721	672	603	598
18 Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	13	19	6	14	7	5
19 Krankheiten der Atmungsorgane	20.621	15.709	15.133	11.294	5.488	4.415
20 Krankheiten des Magens u. des Darms	3.829	2.872	2.447	1.786	1.382	1.086

⁺⁾ Dezember 1974 ist das früheste Datum, für das die Daten in vergleichbarer Form vorliegen.

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/26

Stand an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit nach Krankheitsgruppen und nach dem Geschlecht
in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Dezember 1974 und im Dezember 1982 (Fortsetzung)

Krankheitsgruppen	Männer + Frauen		Männer		Frauen	
	1974	1982	1974	1982	1974	1982
21 Krankheiten der Leber und der Galle	3.402	3.521	1.897	2.040	1.505	1.481
22 Andere Krankheiten des Verdauungs- systems	1.402	1.275	614	605	788	670
23 Krankheiten der Harnorgane	1.914	2.233	885	1.034	1.029	1.199
24 Krankheiten d. Geschlechtsorgane u. d. weiblichen Brustdrüsen	826	565	219	136	607	429
25 Anomalien und Krankheiten der Schwanger- schaft	2	5	-	-	2	5
26 Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	1.017	1.025	567	548	450	477
27 Krankheiten des Bewegungs- und Stütz- apparates	42.769	49.301	19.394	22.882	23.375	26.419
28 Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	3.504	1.881	987	506	2.526	1.375
29 Arbeitsunfälle	6.182	6.523	4.891	5.241	1.291	1.282
30 Gewerbliche Vergiftungen	250	149	129	82	121	67
31 Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	6.222	7.644	5.000	6.207	1.222	1.437
32 Sonstige Krankheiten	7.665	9.314	4.157	5.610	3.508	3.704
33 §§ 254 Abs.2 bzw. 271 Abs.2 bzw. 279 Abs.2 ASVG	2.828	4.249	-	-	2.828	4.249

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Stand an Pensionen der Erwerbsunfähigkeit nach Krankheitsgruppen und nach dem Geschlecht
in der Pensionsversicherung der Selbständigen im Dezember 1978 und im Dezember 1982 ^{*)}

Krankheitsgruppen	SVA der gewerbl. Wirtschaft						SVA der Bauern					
	Männer + Frauen		Männer		Frauen		Männer + Frauen		Männer		Frauen	
	1978	1982	1978	1982	1978	1982	1978	1982	1978	1982	1978	1982
I n s g e s a m t	16.928	16.500	9.462	8.283	7.466	8.217	37.981	46.929	19.952	21.236	18.029	25.693
1 Tuberkulose	234	192	178	141	56	51	338	308	249	222	89	86
2 Geschlechtskrankheiten	14	9	9	6	5	3	12	9	4	2	8	7
3 Grippe (Influenza)	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-
4 Übrige infektiöse und parasitäre Erkrankungen	126	138	70	76	56	62	102	103	74	73	28	30
5 Benigne Neubildungen	19	19	6	5	13	14	34	46	15	19	19	27
6 Maligne Neubildungen	305	308	159	149	146	159	496	611	250	261	246	350
7 Krankheiten der blutbildenden und der lymph. Organe	36	33	14	11	22	22	54	53	24	24	30	29
8 Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion usw.	498	419	278	201	220	218	416	477	183	187	233	290
9 Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	10	12	6	6	4	6	15	12	5	3	10	9
10 Chronische rheumatische Herzleiden	97	73	43	34	54	39	176	182	86	82	90	100
11 Andere Herzkrankheiten und Arterien- krankheiten	4.800	4.138	2.595	1.993	2.205	2.145	13.582	16.601	6.096	6.338	7.486	10.263
12 Krankheiten der Venen	290	286	110	80	180	206	406	553	172	211	234	342
13 Neurosen und Psychosen	503	548	225	225	278	323	805	1.071	358	452	447	619
14 Krankheiten des Zentralnervensystems	1.165	1.074	785	678	380	396	1.689	1.906	1.003	1.070	686	836
15 Krankheiten d. peripheren Nervensystems	174	264	79	110	95	154	50	57	33	39	17	18
16 Augenkrankheiten	491	453	312	272	179	181	346	412	234	258	112	154
17 Ohrenkrankheiten	125	105	83	68	42	37	34	44	21	26	13	18
18 Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	-	-	-	-	-	-	1	5	1	4	-	1
19 Krankheiten der Atmungsorgane	1.096	825	844	585	252	240	4.116	3.660	3.205	2.705	911	955
20 Krankheiten des Magens u. des Darms	193	155	146	113	47	42	320	325	230	224	90	101

^{*)} Dezember 1978 ist das früheste Datum, für das die Daten in vergleichbarer Form vorliegen.

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/28

Stand an Pensionen der Erwerbsunfähigkeit nach Krankheitsgruppen und nach dem Geschlecht
in der Pensionsversicherung der Selbständigen im Dezember 1978 und im Dezember 1982 (Fortsetzung)

Krankheitsgruppen	SVA der gewerbl. Wirtschaft						SVA der Bauern					
	Männer + Frauen		Männer		Frauen		Männer + Frauen		Männer		Frauen	
	1978	1982	1978	1982	1978	1982	1978	1982	1978	1982	1978	1982
21 Krankheiten der Leber und der Galle	269	212	186	133	83	79	335	381	230	260	105	121
22 Andere Krankheiten des Verdauungs- systems	49	39	25	20	24	19	59	64	36	35	23	29
23 Krankheiten der Harnorgane	107	115	49	48	58	67	181	199	93	96	88	103
24 Krankheiten d. Geschlechtsorgane u. d. weiblichen Brustdrüsen	21	18	9	6	12	12	251	525	23	23	228	502
25 Anomalien und Krankheiten der Schwanger- schaft	2	1	-	-	2	1	-	1	-	-	-	1
26 Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	46	45	28	17	18	28	44	54	17	18	27	36
27 Krankheiten des Bewegungs- und Stütz- apparates	2.964	3.175	1.413	1.351	1.551	1.824	10.140	14.534	5.205	6.343	4.935	8.191
28 Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	33	38	13	17	20	21	77	94	34	38	43	56
29 Arbeitsunfälle	90	85	75	74	15	11	460	490	367	380	93	110
30 Gewerbliche Vergiftungen	-	-	-	-	-	-	6	7	3	3	3	4
31 Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	536	546	452	456	84	90	397	439	356	390	41	49
32 Sonstige Krankheiten	2.635	3.175	1.270	1.408	1.365	1.767	3.038	3.705	1.344	1.449	1.694	2.256

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/29

Pensionsneuzugänge aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit
nach Altersgruppen und nach dem Geschlecht
in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Jahre 1972 und 1982

A L T E R S G R U P P E N

BEZEICHNUNG		ZUSAMMEN			BIS 49 JAHRE			50 - 59 JAHRE			60 - 64 JAHRE			65 UND MEHR JAHRE		
		M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F
Pensionsversicherung der Unselbständigen insgesamt	1972	13.611	8.393	5.218	2.656	1.716	940	5.092	2.887	2.205	4.496	3.054	1.442	1.367	736	631
	1982	22.380	14.847	7.533	4.610	2.998	1.612	13.764	9.413	4.351	3.333	2.119	1.214	673	317	356
Pensionsversicherung der Arbeiter	1972	11.023	6.744	4.279	2.095	1.411	684	4.063	2.272	1.791	3.792	2.524	1.268	1.073	537	536
	1982															
PVA der Arbeiter	1972	9.388	5.837	3.551	1.872	1.261	611	3.404	2.012	1.392	3.161	2.108	1.053	951	456	495
	1982	17.200	11.802	5.398	3.664	2.542	1.122	10.720	7.409	3.311	2.427	1.629	798	389	222	167
Land-u. Forstw. SVA	1972	1.498	813	685	208	137	71	604	225	379	576	379	197	110	72	38
	1982															
VA d. öst. Eisenbahnen	1972	137	94	43	15	13	2	55	35	20	55	37	18	12	9	3
	1982	197	140	57	36	33	3	116	82	34	36	22	14	9	3	6
Pensionsversicherung der Angestellten	1972	2.202	1.282	920	422	169	253	852	450	402	640	470	170	288	193	95
	1982	4.592	2.532	2.060	822	337	485	2.650	1.660	990	849	447	402	271	88	183
Versicherungsanstalt d. öst. Bergbaus	1972	386	367	19	139	136	3	177	165	12	64	60	4	6	6	-
	1982	391	373	18	88	86	2	278	262	16	21	21	-	4	4	-

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/30

- 152 -

Neuzugang an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit
nach Krankheitsgruppen und nach dem Geschlecht
in der Pensionsversicherung der Unselbständigen 1972 und 1982

	SUMME DES NEUZUGANGES					
	Männer + Frauen		Männer		Frauen	
	1972	1982	1972	1982	1972	1982
I n s g e s a m t	13.611	22.380	8.393	14.847	5.218	7.533
1 Tuberkulose	593	309	486	252	107	57
2 Geschlechtskrankheiten	33	6	25	5	8	1
3 Grippe (Influenza)	-	-	-	-	-	-
4 Übrige infektiöse u. parasitäre Krankheiten	44	80	27	47	17	33
5 Benigne Neubildungen	24	54	10	28	14	26
6 Maligne Neubildungen	594	1.389	270	764	324	625
7 Krankheiten d. blutbild. u. lymph. Organe	35	43	19	23	16	20
8 Krankheiten d. Organe m. innerer Sekretion usw.	226	636	127	403	99	233
9 Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	66	8	26	5	40	3
10 Chronische rheumatische Herzleiden	154	261	79	151	75	110
11 Andere Herzkrankheiten u. Arterienkrankheiten	3.928	5.844	2.337	4.111	1.591	1.733
12 Krankheiten der Venen	125	192	46	100	79	92
13 Neurosen und Psychosen	695	1.469	320	710	375	759
14 Krankheiten des Zentralnervensystems	1.058	1.535	705	1.054	353	481
15 Krankheiten des peripheren Nervensystems	59	88	21	64	38	24
16 Augenkrankheiten	204	321	121	202	83	119
17 Ohrenkrankheiten	63	93	45	57	18	36
18 Krankheiten d. Tonsillen u. akute Pharyngitis	5	2	4	2	1	-
19 Krankheiten der Atmungsorgane	1.170	1.035	957	872	213	163
20 Krankheiten des Magens und des Darms	191	182	146	147	45	35
21 Krankheiten der Leber und der Galle	324	371	240	287	84	84
22 Andere Krankheiten des Verdauungssystems	77	124	52	81	25	43
23 Krankheiten der Harnorgane	134	245	81	133	53	112
24 Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüsen	24	21	9	4	15	17
25 Anomalien u. Krankheiten d. Schwangerschaft	-	-	-	-	-	-
26 Krankheiten d. Haut u. d. Bindegewebes	50	96	29	65	21	31
27 Krankheiten d. Bewegungs-u. Stützapparates	1.972	5.006	1.057	3.115	915	1.891
28 Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	48	95	22	37	26	58
29 Arbeitsunfälle	361	518	317	457	44	61
30 Gewerbliche Vergiftungen	8	1	8	1	-	-
31 Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	432	872	369	715	63	157
32 Sonstige Krankheiten	687	1.164	438	955	249	209
33 §§ 254 Abs.2 bzw. 271 Abs.2 bzw. 279 Abs.2 ASVG	227	320	-	-	227	320

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/31

- 153 -

**Pensionsneuzugänge in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Jahre 1972
aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit**

Geburtsjahr	M Ä N N E R				F R A U E N			
	Summe PV der Unselb- ständi- gen	DAVON			Summe PV der unselb- ständi- gen	DAVON		
		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.
Insgesamt	8.393	6.744	1.282	367	5.218	4.279	920	19
1956	1	1	-	-	-	-	-	-
1955	4	3	1	-	2	2	-	-
1954	14	13	1	-	3	3	-	-
1953	15	13	2	-	5	5	-	-
1952	10	8	2	-	12	7	5	-
1951	23	20	3	-	13	7	6	-
1950	21	20	1	-	11	7	4	-
1949	17	13	4	-	9	7	2	-
1948	21	19	1	1	14	11	3	-
1947	25	23	2	-	14	7	7	-
1946	19	15	3	1	5	3	2	-
1945	9	6	3	-	10	6	4	-
1944	20	14	6	-	18	12	6	-
1943	27	24	2	1	11	8	3	-
1942	31	25	4	2	14	8	6	-
1941	32	28	4	-	21	13	8	-
1940	40	35	4	1	12	7	5	-
1939	43	32	10	1	18	10	8	-
1938	26	21	1	4	21	17	4	-
1937	37	30	2	5	14	11	3	-
1936	36	29	6	1	18	11	7	-
1935	58	50	5	3	14	12	2	-
1934	60	54	1	5	24	14	10	-
1933	61	52	4	5	26	19	7	-
1932	76	66	3	7	39	34	5	-
1931	70	62	1	7	36	29	7	-
1930	90	69	8	13	45	40	5	-
1929	87	75	4	8	43	35	8	-
1928	75	57	7	11	46	30	16	-
1927	105	87	8	10	62	46	16	-
1926	121	103	9	9	57	44	13	-
1925	142	113	17	12	85	64	21	-
1924	142	105	22	15	101	70	29	2
1923	158	126	18	14	117	85	31	1
1922	181	148	22	11	142	107	33	2
1921	203	157	34	12	165	139	26	-
1920	202	159	28	15	176	127	48	1
1919	214	151	42	21	164	118	45	1
1918	193	143	31	19	128	101	26	1
1917	189	151	28	10	212	188	24	-

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3/32

- 154 -

**Pensionsneuzugänge in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Jahre 1972
aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit (Fortsetzung)**

Geburtsjahr	M Ä N N E R				F R A U E N			
	Summe PV der Unselb- ständi- gen	D A V O N			Summe PV der unselb- ständi- gen	D A V O N		
		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.
1916	234	183	44	7	257	221	34	2
1915	309	252	43	14	243	193	48	2
1914	539	419	94	26	391	330	60	1
1913	623	509	84	30	327	267	58	2
1912	782	650	104	28	440	401	38	1
1911	682	584	85	13	373	326	47	-
1910	593	486	101	6	252	216	35	1
1909	513	423	84	6	193	166	26	1
1908	484	381	96	7	184	159	24	1
1907	311	231	77	3	149	127	22	-
1906	133	96	36	1	133	119	14	-
1905	68	45	21	2	84	67	17	-
1904	37	28	9	-	59	49	10	-
1903	27	19	8	-	47	44	3	-
1902	19	14	5	-	33	26	7	-
1901	36	27	9	-	19	14	5	-
1900	23	16	7	-	23	18	5	-
1899	14	11	3	-	13	12	1	-
1898	23	18	5	-	11	8	3	-
1897	13	10	3	-	14	13	1	-
1896	7	5	2	-	6	5	1	-
1895	9	5	4	-	8	8	-	-
1894	5	2	3	-	8	5	3	-
1893	1	1	-	-	8	6	2	-
1892 u. früher	10	9	1	-	16	15	1	-

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3 /33

- 155 -

Pensionsneuzugänge in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Jahre 1982
aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit

Geburtsjahr	Summe PV der Unselb- ständi- gen	M Ä N N E R			Summe PV der unselb- ständi- gen	F R A U E N		
		D A V O N				D A V O N		
		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.
Insgesamt	14.847	11.942	2.532	373	7.533	5.455	2.060	18
1966	-	-	-	-	-	-	-	-
1965	2	1	1	-	2	-	2	-
1964	22	22	-	-	9	7	2	-
1963	22	20	1	1	8	7	1	-
1962	33	31	2	-	11	6	5	-
1961	39	35	4	-	27	19	8	-
1960	42	41	1	-	12	6	6	-
1959	28	26	2	-	19	13	6	-
1958	38	35	3	-	14	9	5	-
1957	26	23	2	1	16	9	7	-
1956	40	31	8	1	18	14	3	1
1955	37	34	3	-	14	10	4	-
1954	56	48	8	-	18	11	7	-
1953	51	44	7	-	29	23	6	-
1952	49	42	7	-	19	16	3	-
1951	48	48	7	1	31	19	12	-
1950	61	45	12	4	47	36	11	-
1949	52	45	6	1	40	29	11	-
1948	71	61	8	2	39	21	18	-
1947	66	61	4	1	51	31	20	-
1946	79	67	10	2	44	25	19	-
1945	58	51	6	1	34	18	16	-
1944	104	87	16	1	62	43	19	-
1943	98	80	13	5	59	30	29	-
1942	90	78	11	1	79	58	21	-
1941	130	106	19	5	84	52	32	-
1940	165	144	16	5	107	71	36	-
1939	229	185	34	10	88	57	31	-
1938	143	120	17	6	88	70	18	-
1937	173	149	18	6	80	61	19	-
1936	185	165	15	5	92	72	20	-
1935	192	166	23	3	107	82	25	-
1934	265	222	31	12	127	93	33	1
1933	304	270	22	12	137	107	30	-
1932	404	340	53	11	197	149	46	2
1931	513	418	64	31	216	160	55	1
1930	570	463	69	38	265	201	62	2
1929	658	527	93	38	366	281	83	2
1928	795	635	125	35	378	287	87	4
1927	1.013	805	169	39	551	447	102	2

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3 /34

- 156 -

Pensionsneuzugänge in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Jahre 1982
aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit (Fortsetzung)

Geburtsjahr	Summe PV der Unselb- ständi- gen	M Ä N N E R			Summe PV der unselb- ständi- gen	F R A U E N		
		DAVON				DAVON		
		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.		ARBEITER	ANGEST.	BERGARB.
1926	1.220	954	245	21	639	505	133	1
1925	1.357	1.074	270	13	595	472	123	-
1924	1.480	1.170	286	24	576	414	162	-
1923	1.403	1.105	286	12	568	429	137	2
1922	1.004	808	188	8	549	401	148	-
1921	518	399	112	7	334	226	108	-
1920	296	215	79	2	171	101	70	-
1919	202	162	39	1	106	58	48	-
1918	99	67	29	3	54	26	28	-
1917	68	47	18	3	50	29	21	-
1916	41	26	15	-	51	24	27	-
1915	25	18	7	-	42	16	26	-
1914	28	21	7	-	40	21	19	-
1913	27	20	7	-	37	16	21	-
1912	30	20	10	-	24	7	17	-
1911	19	15	3	1	25	11	14	-
1910	16	10	6	-	19	13	6	-
1909	12	8	4	-	11	6	5	-
1908	18	15	3	-	10	6	4	-
1907	9	7	2	-	14	4	10	-
1906	4	3	1	-	4	2	2	-
1905	7	6	1	-	6	3	3	-
1904	2	1	1	-	4	3	1	-
1903	1	-	1	-	3	2	1	-
1902 u. früher	10	8	2	-	16	10	6	-

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Krankenzewegung in den Krankenanstalten Österreichs im Jahre 1972 und 1982

Ausgewählte Krankheiten der entlassenen und gestorbenen Pfl eglinge

	1972				1982			
	Entlassen		Gestorben		Entlassen		Gestorben	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Tuberkulose	7.155	3.163	385	158	3.979	1.835	112	57
Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells	4.741	4.219	2.065	2.153	7.955	7.319	2.040	2.169
Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane	4.166	1.167	1.540	455	7.610	1.793	1.535	526
Bösartige Neubildungen der Brustdrüse und der Geschlechtsorgane	2.088	11.409	474	1.638	4.974	20.861	520	1.725
Diabetes mellitus	6.639	9.895	248	558	10.572	16.015	295	527
Herzinfarkt	6.799	2.981	1.892	1.468	10.357	4.809	2.154	1.931
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	8.877	4.142	331	227	8.604	5.052	252	264
Fehlgeburt und Schwangerschaftsunterbrechung	-	15.181	-	4	-	21.186	-	1
Komplikationen der Entbindung und des Wochenbettes	-	8.452	-	15	-	7.141	-	9
Arbeitsunfälle	32.730	7.434	294	122	28.008	6.865	124	56
Straßenverkehrsunfälle (ohne Arbeitsunfälle, die als Wegunfälle qualifiziert sind)	24.013	11.978	1.060	611	21.279	9.806	488	274
Benigne Neubildungen	5.170	12.326	22	25	3.565	16.277	45	57
Hyperthyreose (Thyreotoxikose) und andere Krankheiten der Schilddrüse	1.539	7.000	16	56	2.343	12.067	10	37
Hämorrhoiden, Varizen, Ulcus cruris	4.964	8.087	59	54	7.499	10.012	76	69
Sonstige Krankheiten der männlichen und der weiblichen Geschlechtsorgane, einschl. Brustdrüse	8.234	55.780	49	94	14.038	74.173	34	82

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3/36

Sterblichkeit an diversen Erkrankungen, 1972 und 1982, nach Geschlecht und Altersgruppen, auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts

Alter	Leberzirrhose				Gallensteinleiden				bösart. Neubildungen d. Gallenblase			
	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982
	m	m	w	w	m	m	w	w	m	m	w	w
unter 1 Jahr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 bis unter 5 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 bis unter 10 Jahre	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 bis unter 15 Jahre	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-
15 bis unter 20 Jahre	-	-	-	0,3	-	-	0,4	-	-	-	-	-
20 bis unter 25 Jahre	-	0,6	-	0,7	0,4	-	-	0,3	-	-	-	-
25 bis unter 30 Jahre	2,4	2,2	0,8	1,2	0,8	-	-	-	-	-	-	-
30 bis unter 35 Jahre	6,3	8,4	1,1	5,8	-	-	-	-	-	-	-	-
35 bis unter 40 Jahre	20,2	14,5	3,6	5,9	1,0	-	0,5	0,8	1,0	-	0,5	0,4
40 bis unter 45 Jahre	49,2	37,2	5,9	10,5	0,5	0,4	1,8	-	0,5	0,4	0,9	0,8
45 bis unter 50 Jahre	49,2	64,6	11,0	12,9	1,5	-	1,1	0,5	1,0	1,0	2,7	1,5
50 bis unter 55 Jahre	82,1	98,4	20,8	23,9	1,3	1,4	1,8	0,5	0,6	1,4	3,5	6,4
55 bis unter 60 Jahre	102,0	118,4	27,6	32,4	3,3	1,6	4,3	2,8	5,3	5,9	12,8	9,9
60 bis unter 65 Jahre	142,0	137,2	33,6	35,9	11,3	1,4	14,0	2,8	12,4	10,1	21,1	13,2
65 bis unter 70 Jahre	185,0	156,3	39,8	37,2	24,6	3,3	20,0	9,6	17,0	15,9	33,0	31,9
70 bis unter 75 Jahre	206,0	167,2	63,7	50,4	34,6	12,7	45,0	9,5	39,0	30,9	51,0	43,8
75 bis unter 80 Jahre	209,0	153,3	62,7	50,6	50,4	18,2	56,0	25,0	44,0	31,8	70,0	56,7
80 bis unter 85 Jahre	240,0	147,3	69,0	44,9	80,8	38,5	76,0	42,9	51,0	86,1	91,0	91,8
85 und mehr Jahre	212,0	71,0	82,0	56,8	127,0	76,1	150,0	60,4	85,0	66,0	130,0	89,7
Insgesamt	46,6	42,7	15,9	16,1	3,5	2,2	6,7	4,4	5,0	4,7	12,3	11,6

Quelle: Gesundheitsberichte

Sterblichkeit an diversen Erkrankungen, 1972 und 1982, nach Geschlecht und Altersgruppen, auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts

Alter	Diabetes				Herzinfarkt				Magen- und Duodenalgeschwür			
	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982	1972	1982
	m	m	w	w	m	m	w	w	m	m	w	w
unter 1 Jahr	1,9	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	-	-
1 bis unter 5 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	-
5 bis unter 10 Jahre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 bis unter 15 Jahre	-	-	-	-	0,3	-	0,3	0,4	-	-	-	-
15 bis unter 20 Jahre	0,4	0,3	0,4	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,3
20 bis unter 25 Jahre	0,8	0,3	0,8	0,3	0,4	0,6	0,4	-	0,8	-	-	-
25 bis unter 30 Jahre	0,4	0,7	0,8	0,4	2,4	2,2	-	1,2	0,8	-	-	0,4
30 bis unter 35 Jahre	0,7	0,8	0,7	1,2	5,3	5,4	1,8	1,9	-	-	-	-
35 bis unter 40 Jahre	1,5	2,5	1,5	2,1	17,2	13,7	4,1	2,5	3,0	0,4	2,1	-
40 bis unter 45 Jahre	3,2	3,3	2,3	2,6	45,6	38,7	10,0	6,4	3,6	2,6	1,4	0,4
45 bis unter 50 Jahre	3,0	5,2	4,2	3,1	99,4	80,3	16,3	10,3	9,4	4,2	0,8	1,5
50 bis unter 55 Jahre	8,1	6,7	6,6	5,5	161,0	150,2	30,1	21,1	19,0	11,4	2,2	0,5
55 bis unter 60 Jahre	15,2	17,8	8,1	18,6	267,0	277,1	46,6	64,5	16,5	12,9	4,8	2,8
60 bis unter 65 Jahre	22,6	30,2	23,5	22,7	395,0	461,8	125,0	109,3	31,8	19,4	9,0	5,2
65 bis unter 70 Jahre	51,6	51,5	46,2	41,9	668,0	685,1	220,0	195,4	45,0	29,1	12,0	10,1
70 bis unter 75 Jahre	76,0	60,2	112,0	64,2	868,0	954,9	402,0	437,5	69,9	38,0	29,0	21,4
75 bis unter 80 Jahre	105,0	86,3	156,0	125,1	1.180,0	1.294,1	621,0	618,0	80,0	80,6	51,0	48,8
80 bis unter 85 Jahre	148,0	97,5	196,0	145,7	1.354,0	1.461,8	796,0	840,2	101,0	104,3	65,0	89,8
85 und mehr Jahre	133,0	96,4	187,0	192,3	1.381,0	1.527,2	941,0	1.190,5	97,0	177,6	79,0	113,6
Insgesamt	12,1	11,1	22,1	20,3	153,9	165,8	92,0	108,5	11,7	9,2	7,1	8,1

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3 / 38

Sterblichkeit an diversen Erkrankungen, Durchschnitt 1968/1971 und 1979/1982, nach Geschlecht und Altersgruppen, auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts.

Alter	Krankheiten der Verdauungs- organe				Krebs der Atmungsorgane				Unfälle			
	68/ 71	79/ 82	68/ 71	79/ 82	68/ 71	79/ 82	68/ 71	79/ 82	68/ 71	79/ 82	68/ 71	79/ 82
	m	m	w	w	m	m	w	w	m	m	w	w
unter 1 Jahr	209	74,0	141	64,0	-	-	-	0,5	93	58	51	39
1 bis unter 5 Jahre	10	4,0	8	2,0	-	0,5	-	-	39	26	25	18
5 bis unter 10 Jahre	3	0,8	1	0,3	-	-	-	-	34	18	15	10
10 bis unter 15 Jahre	2	0,3	1	0,5	-	-	-	-	25	17	11	8
15 bis unter 20 Jahre	2	0,5	2	1,0	-	0,3	-	0,3	107	106	23	23
20 bis unter 25 Jahre	3	2,0	3	1,0	-	0,8	-	0,3	127	106	19	17
25 bis unter 30 Jahre	5	6,0	3	3,0	1	0,3	1	-	84	68	12	11
30 bis unter 35 Jahre	15	12,0	7	6,0	2	2,0	1	0,5	85	60	14	11
35 bis unter 40 Jahre	32	29,0	11	12,0	5	7,0	2	3,0	98	63	14	12
40 bis unter 45 Jahre	48	54,0	18	15,0	14	15,0	3	3,0	97	69	16	14
45 bis unter 50 Jahre	74	99,0	27	27,0	32	44,0	7	6,0	90	82	18	17
50 bis unter 55 Jahre	102	131,0	41	39,0	54	90,0	14	14,0	104	86	23	16
55 bis unter 60 Jahre	168	163,0	55	51,0	124	149,0	20	23,0	136	86	28	24
60 bis unter 65 Jahre	258	207,0	93	70,0	249	211,0	27	36,0	146	87	37	28
65 bis unter 70 Jahre	354	259,0	140	102,0	441	317,0	44	48,0	173	114	57	40
70 bis unter 75 Jahre	419	337,0	231	156,0	558	483,0	56	66,0	206	165	112	77
75 bis unter 80 Jahre	563	437,0	340	274,0	524	610,0	60	86,0	304	241	253	164
80 bis unter 85 Jahre	699	582,0	495	423,0	398	610,0	63	92,0	499	345	522	361
85 und mehr Jahre	917	737,0	678	627,0	310	459,0	65	78,0	1.006	685	1.163	852
Insgesamt	95	81,0	64	57,0	82	79,0	13	18,0	105	83	53	46

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3 / 39

Sterblichkeit an diversen Erkrankungen, Durchschnitt 1968/1971 und 1979/1982, nach Geschlecht und Altersgruppen, auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts

Alter	Tuberkulose				Hirngefäßkrankheiten				Herzkrankheiten			
	68/	79/	68/	79/	68/	79/	68/	79/	68/	79/	68/	79/
	71	82	71	82	71	82	71	82	71	82	71	82
	m	m	w	w	m	m	w	w	m	m	w	w
unter 1 Jahr	1	-	2	-	3	7	3	2	13	8,0	14	6,0
1 bis unter 5 Jahre	-	1	-	-	-	0,3	-	0,5	2	2,0	1	1,0
5 bis unter 10 Jahre	-	-	-	-	-	0,3	1	0,3	-	-	-	0,3
10 bis unter 15 Jahre	-	-	-	-	3	0,8	-	-	4	0,3	1	1,0
15 bis unter 20 Jahre	-	-	-	0,3	1	2,0	1	2,0	3	3,0	2	1,0
20 bis unter 25 Jahre	1	-	-	0,5	1	2,0	1	2,0	5	5,0	3	2,0
25 bis unter 30 Jahre	1	1,5	1	-	2	2,0	1	2,0	8	7,0	3	5,0
30 bis unter 35 Jahre	4	1,5	2	0,5	5	4,0	2	6,0	14	15,0	8	7,0
35 bis unter 40 Jahre	9	3	3	0,5	8	7,0	5	7,0	41	36,0	14	11,0
40 bis unter 45 Jahre	11	6	4	1	15	18,0	10	8,0	83	65,0	23	18,0
45 bis unter 50 Jahre	16	9	5	1	33	30,0	22	17,0	144	149,0	46	37,0
50 bis unter 55 Jahre	27	13	5	3	57	54,0	37	27,0	257	267,0	78	63,0
55 bis unter 60 Jahre	38	16	7	4	105	100,0	68	47,0	420	478,0	130	105,0
60 bis unter 65 Jahre	60	18	10	5	259	182,0	149	104,0	783	751,0	300	254,0
65 bis unter 70 Jahre	87	25	17	5	542	395,0	331	241,0	1.294	1.231,0	614	524,0
70 bis unter 75 Jahre	108	37	24	9	997	817,0	755	549,0	2.050	2.085,0	1.202	1.075,0
75 bis unter 80 Jahre	128	15	43	19	1.831	1.553,0	1.525	1.221,0	3.042	3.331,0	2.809	2.139,0
80 bis unter 85 Jahre	108	61	56	25	3.061	2.683,0	2.765	2.447,0	4.744	5.374,0	4.048	4.157,0
85 und mehr Jahre	128	62	67	31	4.927	4.232,0	4.902	4.577,0	7.728	8.545,0	7.765	8.539,0
Insgesamt	21	8	8	4	172	156,0	217	414	362	397,0	346	414,0

Quelle: Gesundheitsberichte

- 162 -

Tab. 3 / 40

Sterblichkeit auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts, 1972 und 1982

Alter	1972	1982	1972	1982	1972	1982
	Brustkrebs		Krebs der Gebärmutter		Krebs der sonstigen weiblichen Geschlechtsorgane	
unter 1 Jahr	-	-	-	-	-	-
1 bis unter 5 Jahre	-	-	-	2,3(1-2)-	-	-
5 bis unter 10 Jahre	-	-	-	-	0,3	-
10 bis unter 15 Jahre	-	-	-	-	-	-
15 bis unter 20 Jahre	-	-	-	-	0,8	0,9
20 bis unter 25 Jahre	-	-	0,4	-	1,2	0,3
25 bis unter 30 Jahre	-	1,2	2,0	0,4	1,6	1,2
30 bis unter 35 Jahre	2,9	4,7	4,0	1,2	1,5	1,2
35 bis unter 40 Jahre	10,8	13,1	5,7	4,2	3,6	1,3
40 bis unter 45 Jahre	19,9	23,6	15,4	3,4	5,5	5,7
45 bis unter 50 Jahre	30,0	32,4	27,4	6,7	19,7	15,4
50 bis unter 55 Jahre	46,5	50,1	43,8	11,5	22,1	24,8
55 bis unter 60 Jahre	58,5	67,2	48,5	16,2	35,7	30,9
60 bis unter 65 Jahre	87,3	66,7	61,8	22,5	44,2	36,4
65 bis unter 70 Jahre	82,6	83,3	68,0	27,6	51,0	47,7
70 bis unter 75 Jahre	91,6	92,7	82,3	39,9	66,8	67,0
75 bis unter 80 Jahre	124,0	143,4	91,8	61,0	74,2	75,6
80 bis unter 85 Jahre	132,4	158,7	100,0	65,9	78,4	94,8
85 und mehr Jahre	170,8	228,9	109,6	89,7	73,9	78,7
Insgesamt	32,9	37,0	26,6	12,9	18,8	19,3

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3 /41

- 163 -

Müttersterblichkeit in Österreich seit 1946 nach Todesursachen und Alter

Jahr	Sterbefälle insgesamt		Todesursachen					Alter (in Jahren)						
	Grundzahlen	auf 100.000 Lebendgeborene	Toxikosen	Blutungen	Fehlgeburt	Sepsis	sonstige Komplikationen	unter 20	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 bis unter 40	40 bis unter 45	45 und mehr
1946	365	327,9	40	36	161	63	65	19		314			32	
1947	324	251,3	45	44	120	41	74	9		279			36	
1948	282	228,9	29	42	100	34	77	12		225			45	
1949	224	197,6	29	28	62	33	72	6		187			31	
1950	188	174,3	34	24	59	23	48	7		162			19	
1951	165	160,6	32	23	41	26	43	2		145			18	
1952	153	148,5	35	14	36	22	46	3	21	33	38	33	24	1
1953	135	131,2	30	21	22	22	40	4	18	31	33	27	21	1
1954	115	110,6	22	18	26	21	28	5	17	22	38	16	14	3
1955	115	105,9	22	21	19	25	28	3	15	26	41	11	17	2
1956	141	121,7	25	28	17	33	38	6	18	31	39	29	13	5
1957	107	90,1	17	15	20	20	35	5	7	24	37	21	10	3
1958	99	82,7	12	19	12	17	39	5	13	21	23	27	9	1
1959	121	97,3	22	22	20	15	42	5	14	26	33	32	9	2
1960	110	87,3	20	11	24	14	41	5	17	21	17	33	12	5
1961	85	64,6	15	18	14	10	28	1	9	14	26	23	12	-
1962	92	69,0	15	13	14	11	39	1	13	17	17	31	13	-
1963	81	60,1	11	12	10	15	33	5	7	9	14	27	19	-
1964	65	48,6	12	8	13	11	21	3	18	15	8	13	8	-
1965	55	42,3	17	5	10	6	17	3	7	11	10	16	7	1
1966	53	41,2	9	7	12	9	16	1	13	12	7	15	5	-
1967	51	40,0	9	10	7	4	21	3	6	13	12	8	9	-
1968	46	36,5	9	2	4	7	24	3	10	8	14	6	5	-
1969	40	33,0	8	6	7	5	14	2	5	5	5	15	7	1
1970	29	25,8	6	7	3	3	10	5	6	6	6	4	2	-
1971	33	30,4	8	4	5	7	9	1	6	8	5	9	4	-
1972	26	25,0	5	5	3	4	9	5	7	2	4	4	4	-
1973	22	22,4	4	1	12	1	4	3	3	6	3	5	2	-
1974	19	19,5	3	5	1	5	5	1	4	1	5	4	4	-
1975	16	17,1	3	7	1	2	3	1	1	3	5	2	3	1
1976	19	21,7	4	3	4	3	5	2	3	4	4	4	2	-
1977	16	18,7	-	1	3	3	9	2	1	5	5	2	-	1
1978	13	15,2	3	4	2	-	4	4	1	1	3	3	1	-
1979	11	12,7	4	1	-	1	5	1	2	-	3	5	-	-
1980	7	7,7	1	-	3	-	3	-	3	2	1	-	1	-
1981	13	13,8	1	3	-	2	7	1	5	3	2	1	1	-
1982	16	16,9	1	-	6	7	2	-	3	-	5	5	3	-

Quelle: Gesundheitsberichte

- 164 -

Tab. 3/42

Tabelle : Säuglingssterblichkeit 1937 und 1964 - 1982 nach dem Wohnland der Mutter
Im 1. Lebensjahr Gestorbene

Jahre	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Österreich
Grundzahlen										
1937	689	761	*) 1.809	1.556	357	1.492	406	130	*) 738	7.938
1964	174	326	701	693	238	729	306	177	569	3.913
1965	145	346	698	639	208	684	237	145	571	3.673
1966	136	321	666	622	210	683	245	159	568	3.610
1967	129	293	607	600	189	612	248	144	544	3.366
1968	128	247	585	567	200	642	215	130	505	3.219
1969	115	300	568	540	158	585	231	117	475	3.089
1970	98	310	509	537	155	519	207	112	461	2.908
1971	90	243	527	529	140	476	237	135	455	2.832
1972	92	201	448	496	171	445	215	138	416	2.622
1973	77	201	424	391	147	409	178	110	394	2.331
1974	84	182	454	381	144	378	173	119	370	2.285
1975	60	162	382	314	119	354	127	89	319	1.926
1976	53	129	283	260	103	309	134	74	249	1.593
1977	50	100	277	231	95	255	106	82	243	1.439
1978	51	77	274	184	70	232	101	66	224	1.279
1979	47	80	245	216	69	199	106	61	251	1.274
1980	41	97	263	222	87	187	113	77	216	1.303
1981	40	78	221	213	72	200	98	54	213	1.189
1982	30	78	239	204	65	205	100	68	224	1.213

auf 1.000 Lebendgeborene

1937	122,5	103,7	*) 87,8	103,7	91,0	99,7	66,5	49,0	*) 72,9	91,9
1964	35,8	30,9	27,9	28,2	29,6	31,7	26,2	29,0	28,5	29,2
1965	32,4	34,2	28,4	26,8	26,1	31,3	20,8	24,7	28,9	28,3
1966	29,7	32,6	28,0	26,5	27,2	31,4	21,6	26,9	28,1	28,1
1967	30,7	29,5	25,9	26,0	23,8	28,9	22,1	24,5	26,5	26,4
1968	30,3	25,4	25,5	25,1	24,9	30,2	19,1	22,3	24,8	25,5
1969	28,4	31,0	25,4	24,9	20,8	28,8	21,4	20,3	24,8	25,4
1970	25,0	34,9	24,6	26,9	22,3	27,6	21,0	21,0	25,8	25,9
1971	22,5	29,0	26,7	27,1	20,6	26,4	24,8	25,5	26,5	26,1
1972	24,4	24,9	23,8	26,7	25,9	25,7	23,2	26,0	25,6	25,2
1973	21,4	27,1	23,7	22,6	23,8	25,5	20,6	20,9	25,0	23,8
1974	23,2	25,3	25,7	22,2	23,4	24,0	20,0	23,2	23,1	23,5
1975	17,7	23,1	22,7	18,6	19,3	23,0	15,0	17,9	21,7	20,5
1976	16,9	19,5	18,1	16,7	17,8	21,2	16,5	16,1	18,6	18,2
1977	16,4	15,3	18,2	15,1	16,2	18,0	13,6	17,7	18,6	16,8
1978	16,5	11,9	18,3	12,0	11,8	16,7	13,0	14,5	16,8	15,0
1979	15,3	12,3	16,0	13,9	11,4	14,2	13,5	13,4	18,5	14,7
1980	12,9	14,1	16,4	13,4	13,9	12,9	13,7	15,9	15,0	14,3
1981	12,3	11,3	13,2	12,2	11,2	13,7	11,4	11,3	14,1	12,7
1982	9,6	11,1	14,1	11,5	10,0	13,8	11,5	14,0	14,9	12,8

*) damaliger Gebietsbestand

Quelle: Gesundheitsberichte

Todesfälle auf 1.000 der Bevölkerung, nach Geschlecht und Altersgruppen 1937, 1968/1971, 1979/1982 und 1982

Alter	männlich				weiblich			
	1937	1968/71	1979/82	1982	1937	1968/71	1979/82	1982
unter 1 Jahr*)	101,1	29,3	15,5	15,0	82,1	22,0	11,7	10,4
1 bis unter 5 Jahre	6,3	1,1	0,7	0,7	5,4	0,9	0,5	0,4
5 bis unter 10 Jahre	2,5	0,6	0,3	0,3	2,3	0,4	0,3	0,2
10 bis unter 15 Jahre	1,6	0,5	0,4	0,3	1,3	0,3	0,2	0,2
15 bis unter 20 Jahre	2,2	1,6	1,6	1,5	2,0	0,6	0,5	0,5
20 bis unter 25 Jahre	3,6	1,9	1,8	1,8	2,8	0,6	0,5	0,5
25 bis unter 30 Jahre	3,5	1,7	1,6	1,7	3,3	0,6	0,6	0,6
30 bis unter 35 Jahre	4,0	2,0	1,7	1,9	3,4	0,9	0,8	0,8
35 bis unter 40 Jahre	5,1	3,1	2,5	2,4	4,0	1,4	1,3	1,3
40 bis unter 45 Jahre	6,6	4,3	3,8	3,8	4,8	2,2	1,7	1,7
45 bis unter 50 Jahre	9,3	6,3	6,5	6,0	6,8	3,5	2,9	2,7
50 bis unter 55 Jahre	14,2	9,8	9,8	9,8	9,5	5,2	4,5	4,4
55 bis unter 60 Jahre	20,3	15,8	14,9	14,8	14,0	7,4	6,7	6,5
60 bis unter 65 Jahre	29,9	27,7	21,9	21,5	21,6	13,2	10,3	10,0
65 bis unter 70 Jahre	46,1	45,9	35,4	34,7	36,8	22,9	17,7	17,3
70 bis unter 75 Jahre	71,4	70,5	58,6	56,5	59,9	41,5	31,6	30,3
75 bis unter 80 Jahre	113,8	105,6	94,0	91,3	97,2	71,5	59,0	57,5
80 bis unter 85 Jahre		157,9	146,5	143,4		123,0	107,5	103,7
85 und mehr Jahre	205,9	256,7	223,4	215,6	191,1	226,7	206,0	202,8
Insgesamt	14,2	14,0	12,4	12,2	12,5	12,6	12,2	12,1

*) auf 1.000 Lebendgeborene

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt

- 166 -

Tab. 3 / 44

Mittlere Lebenserwartung

Land	Jahr	Männer mit					Frauen mit				
		0 Jah- ren	10 Jah- ren	30 Jah- ren	60 Jah- ren	80 Jah- ren	0 Jah- ren	10 Jah- ren	30 Jah- ren	60 Jah- ren	80 Jah- ren
Österreich	1930/33	54,4	54,1	36,9	14,2	4,6	58,5	57,0	39,6	15,4	5,0
	1959/61	65,8			15,4		72,2			18,8	
	1970/72	66,6	59,0	40,5	15,2	5,3	73,7	65,7	46,3	19,0	6,1
	1980	69,0	60,4	41,8	16,4	5,7	76,2	67,3	48,0	20,4	6,7
Belgien	1928/32	56,0	54,9	37,8	14,5	4,7	59,8	57,2	40,2	15,9	5,2
	1959/63	67,7	59,9	40,9	15,5		73,5	65,3	45,9	18,7	
	1972/76	68,6	60,3	41,4	15,5	5,5	75,1	66,5	47,0	19,7	6,5
Tschechoslowakei	1929/32	51,9	54,0	37,1	14,3	4,7	58,2	56,1	39,2	15,3	5,1
	1966	67,3	59,7	40,9	15,3		73,6	65,5	46,0	18,6	
	1980	66,8	58,5	39,4	14,6	4,8	74,0	65,3	45,7	18,4	5,7
Dänemark	1931/35	62,0	59,0	41,0	16,0	5,2	63,8	59,4	41,2	16,4	5,4
	1968/69	70,7	62,5	43,3	17,0		75,6	66,9	47,4	20,2	
	1979/80	71,2	62,1	43,1	17,0	6,2	77,3	68,0	48,5	21,4	7,7
England und Wales	1930/32	58,7	55,8	38,2	14,3	4,7	62,9	58,9	40,2	16,5	5,5
	1968/70	68,6	60,4	41,2	15,1		74,9	66,4	46,8	19,7	
	1977/79	70,2	61,6	42,3	16,0	5,8	76,4	67,5	47,9	20,6	7,4
Finnland	1931/35	53,9	51,4	35,6	14,2	5,7	58,7	55,6	39,7	16,2	5,6
	1969	65,4	57,3	38,5	14,3		62,6	64,2	44,7	17,5	
	1980	69,2	60,0	40,9	15,6	5,4	77,6	68,3	48,6	20,7	6,5
Frankreich	1928/33	54,3	52,0	35,4	13,8	4,4	59,0	55,9	39,5	15,9	5,1
	1969	67,6	59,3	40,5	15,5		75,3	66,7	47,3	20,3	
	1978/80	70,1	61,2	42,4	17,1	6,1	78,2	69,1	49,7	22,2	7,7
Bundesrepublik Deutschland	1932/34	59,9	57,3	39,5	15,1	4,8	62,8	59,1	41,1	16,1	5,1
	1966/68	67,6	59,3	40,0	15,3		73,6	65,5	46,0	18,9	
	1978/80	69,6	61,0	42,1	16,3	5,7	76,4	67,6	48,1	20,6	7,0
Ungarn	1930/31	59,8	57,0	38,7	13,5	2,9	63,7	59,6	41,5	15,1	3,6
	1968	66,6	59,8	40,9	15,3		71,9	64,7	45,1	18,1	
	1979	66,7	58,8	39,8	15,5	5,7	73,6	65,3	45,8	19,1	6,6
Italien	1930/32	53,8	55,5	38,6	15,2	4,8	56,0	57,1	40,4	18,1	5,2
	1964/67	67,9	61,2	41,2	16,4		76,5	67,5	48,1	20,5	
	1974/77	69,7	61,6	42,5	16,5	5,6	75,9	67,6	48,0	20,3	6,5
Niederlande	1931/35	65,1	60,1	41,9	16,3	5,3	66,4	60,5	42,1	16,7	5,6
	1970	70,7	62,3	43,2	16,8		76,5	67,5	47,9	20,1	
	1979	72,4	63,5	44,2	17,4	6,5	78,9	69,7	50,1	22,4	8,0
Norwegen	1921/31	61,0	56,3	40,7	17,0	5,9	63,8	58,3	42,1	16,7	5,6
	1961/65	71,0	62,9	43,9	17,6		76,0	67,5	47,9	20,1	
	1979/80	72,3	63,2	44,2	17,7	6,4	79,0	69,7	50,1	22,1	7,7
Schweden	1931/35	63,2	58,4	41,1	16,6	5,4	65,3	59,5	42,1	17,3	5,6
	1967	71,9	63,2	44,0	17,6		76,5	67,6	48,1	20,4	
	1980	72,8	63,5	44,3	17,9	6,1	78,8	69,4	49,8	22,1	7,6
USA	1929/31	59,1	55,0	37,5	14,7	5,3	62,7	67,6	40,0	16,0	5,6
	1968	66,6	58,7	40,2	15,7		74,0	65,7	46,4	20,0	
	1979	69,9	61,2	42,8	17,5	7,2	77,8	68,9	49,5	22,5	9,3

Quelle: Jahrbücher der Weltgesundheitsorganisation

Mittlere Lebenserwartung

Land	Jahr	Männer mit								Frauen mit							
		0 Jah- ren	10 Jah- ren	30 Jah- ren	35 Jah- ren	60 Jah- ren	65 Jah- ren	75 Jah- ren	80 Jah- ren	0 Jah- ren	10 Jah- ren	30 Jah- ren	35 Jah- ren	60 Jah- ren	65 Jah- ren	75 Jah- ren	80 Jah- ren
Bulgarien	1925/28	45,9	53,7	38,4		16,4			7,1	46,6	53,2	39,0		17,2			7,3
	1965/67	68,8	62,0	43,1		16,8				72,7	65,4	45,9		18,6			
	1980	68,5	60,5		36,9		12,6	7,3		73,9	65,6		41,3		14,7	8,2	
Polen	1931/32	48,2	52,2	36,0		13,7			4,6	51,4	54,0	36,0		15,1			5,0
	1965/66	66,9	60,5	40,7		16,1				72,8	65,9	46,5		19,3			
	1979	67,0	59,0		35,7		12,7	7,7		75,3	67,0		42,6		16,3	9,6	
Portugal	1939/42	48,6	52,6	36,0		13,9			8,2	52,8	56,9	40,3		16,2			9,6
	1970	65,3	60,8	42,0		17,6				71,0	66,1	46,7		19,2			
	1979	67,3	59,8		36,7		12,2	6,4		74,2	66,4		42,2		15,2	8,1	
Schweiz	1929/32	59,2	54,3	37,0		13,9			4,6	63,1	57,5	40,0		15,4			4,9
	1958/63	68,7	61,0	42,2		16,2				71,1	66,0	46,5		19,2			
	1980	72,3	63,4		39,7		14,4	8,6		79,1	69,9		45,6		18,4	10,9	

Quelle: Gesundheitsbericht für das Jahr 1982 .

Tab. 3 /46

Krankenstandsfälle bei Beschäftigten wegen Neurosen und Psychosen 1972 - 1982

	absolut		in % aller Krankenstände		durchschn. Dauer der Krankenstände	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1972	9.719	11.200	0,72	1,52	29,8	25,3
1973	8.869	10.924	0,67	1,51	27,9	25,5
1974	8.939	11.021	0,65	1,47	28,8	25,5
1975	8.614	10.681	0,62	1,37	29,0	26,3
1976	8.938	10.544	0,60	1,31	30,0	27,2
1977	9.262	10.584	0,59	1,23	32,0	28,8
1978	7.760	8.647	0,50	1,01	30,3	28,0
1979	6.865	7.606	0,40	0,78	33,5	29,4
1980	6.530	7.263	0,39	0,77	33,5	30,8
1981	6.356	6.939	0,36	0,68	33,2	30,7
1982	6.105	6.473	0,36	0,66	34,2	30,2

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Geschlechtsspezifischer Neuzugang an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit
in der Pensionsversicherung der Unselbstständigen
Neurosen und Psychosen 1972 - 1982

	absolut		in % aller Neuzugänge	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1972	340	323	4,8	7,4
1973	320	375	3,8	7,2
1974	250	300	3,6	6,6
1975	345	360	4,5	7,0
1976	382	430	4,6	7,8
1977	436	499	4,8	8,8
1978	455	570	5,2	9,9
1979	455	568	4,9	10,5
1980	540	671	5,4	11,3
1981	567	785	4,9	11,3
1982	698	802	5,2	10,9

Quelle: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung

Tab. 3 /48

Wegen Neurosen, Psychosen und Selbstmordversuchen in österreichischen Krankenanstalten
Behandelte nach Geschlecht: Absolutzahlen für Entlassene

	Neurosen		Psychosen		Selbstmordversuche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1956	2.484	3.860	5.601	7.226	797	851
1964	2.492	3.715	6.128	8.374	821	860
1972	3.547	5.077	7.899	9.747	1.124	1.683
1973	3.522	5.137	8.650	10.039	1.065	1.657
1974	2.927	4.710	8.736	9.982	1.135	1.699
1975	2.986	4.825	8.642	9.916	1.064	1.549
1976	3.221	5.048	8.502	9.729	963	1.478
1977	3.214	5.315	8.945	10.894	1.070	1.829
1978	3.598	5.303	9.327	11.955	1.123	1.746
1979	3.997	5.357	10.191	12.415	1.143	1.626
1980	3.987	5.812	11.196	13.005	1.233	1.582
1981	4.287	6.040	11.073	12.690	1.189	1.511
1982	5.988	6.974	10.943	12.497	1.048	1.359

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3/49

Wegen Neurosen, Psychosen und Selbstmordversuchen in österreichischen Krankenanstalten
Behandelte nach Geschlecht: Entlassene in Promille aller Entlassenen

	Neurosen		Psychosen		Selbstmordversuche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1956	6,13	7,38	13,83	13,82	1,97	1,63
1964	5,66	6,55	13,92	14,76	1,87	1,52
1972	6,94	8,16	15,47	15,66	2,20	2,70
1973	6,72	8,15	16,49	15,92	2,03	2,63
1974	5,40	7,16	16,10	15,17	2,09	2,59
1975	5,42	7,10	15,69	14,59	1,93	2,28
1976	5,68	7,29	14,98	14,05	1,70	2,13
1977	5,52	7,51	15,36	15,40	1,84	2,58
1978	5,92	7,27	15,36	16,39	1,85	2,39
1979	6,38	7,17	16,26	16,62	1,83	2,18
1980	6,17	7,52	17,33	16,83	1,91	2,05
1981	6,66	7,74	17,20	16,26	1,85	1,94
1982	8,97	8,67	16,40	15,53	1,57	1,69

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3 /50

Wegen Neurosen, Psychosen und Selbstmordversuchen in österreichischen Krankenanstalten
verstorbene nach Geschlecht: Absolutzahlen

	Neurosen		Psychosen		Selbstmordversuche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1956	23	13	564	750	100	56
1964	4	5	175	194	45	33
1972	42	35	357	334	87	65
1973	24	23	293	306	75	72
1974	4	9	205	185	98	98
1975	7	5	196	193	97	74
1976	2	6	210	168	74	57
1977	4	3	185	223	79	75
1978	11	9	188	295	84	64
1979	20	19	158	240	79	61
1980	10	11	124	145	81	61
1981	7	9	143	220	95	49
1982	5	5	106	150	102	47

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3 /51

Wegen Neurosen, Psychosen und Selbstmordversuchen in österreichischen Krankenanstalten
Behandelte und Verstorbene in Promille aller in Krankenanstalten Verstorbenen

	Neurosen		Psychosen		Selbstmordversuche	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1956	1,18	0,67	28,89	38,83	5,12	2,88
1964	0,19	0,22	8,24	8,72	2,12	1,48
1972	1,58	1,22	13,45	11,68	3,28	2,27
1973	0,92	0,82	11,21	10,84	2,87	2,55
1974	0,15	0,31	7,61	6,35	3,64	3,36
1975	0,25	0,17	7,18	6,44	3,52	2,47
1976	0,10	0,20	7,95	5,61	2,72	1,90
1977	0,15	0,10	6,79	7,45	2,99	2,54
1978	0,40	0,30	6,90	9,85	3,08	2,14
1979	0,76	0,64	5,99	8,19	2,99	2,08
1980	0,38	0,37	4,65	4,89	3,04	2,06
1981	0,26	0,30	5,41	7,34	3,60	1,64
1982	0,20	0,17	4,15	5,09	3,99	1,59

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3 /52

Geschlechtsspezifische Mortalität an Psychosen, Neurosen, Selbstmord und Mord,
Totschlag u.ä., Absolutzahlen 1956 - 1982

	Psychosen		Neurosen		Selbstmord		Mord u.ä.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1956					1.056	540	55	50
1964	106	188	95	17	1.119	526	36	35
1972	108	80	106	32	1.170	575	53	40
1973	102	133	83	26	1.111	540	61	41
1974	82	104	94	21	1.205	579	66	50
1975	66	111	132	30	1.259	554	73	51
1976	49	71	113	27	1.172	532	49	45
1977	48	65	106	35	1.234	593	48	50
1978	48	63	132	29	1.294	568	58	48
1979	50	40	123	28	1.301	582	47	49
1980	42	28	132	31	1.342	590	53	40
1981	45	70	106	24	1.437	594	44	52
1982	60	79	114	35	1.499	571	64	54

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 3/53

Geschlechtsspezifische Mortalität an Psychosen, Neurosen, Selbstmord und Mord,
Totschlag u.ä. auf 100.000 gleichen Alters und Geschlechts 1956 - 1982

	Psychosen		Neurosen		Selbstmord		Mord u.ä.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1956					32,0	14,0	2,0	1,0
1964	3,1	4,9	2,8	0,4	33,2	13,7	1,1	0,9
1972	3,1	2,0	3,0	0,8	33,3	14,5	1,5	1,0
1973	2,9	3,3	2,3	0,7	31,4	13,5	1,7	1,0
1974	2,3	2,6	2,7	0,5	34,0	14,5	1,9	1,3
1975	1,9	2,8	3,7	0,8	35,5	13,9	2,1	1,3
1976	1,4	1,8	3,2	0,7	33,1	13,4	1,4	1,1
1977	1,4	1,6	3,0	0,9	34,8	14,9	1,4	1,3
1978	1,4	1,6	3,7	0,7	36,5	14,3	1,6	1,2
1979	1,4	1,0	3,5	0,7	36,7	14,7	1,3	1,2
1980	1,2	0,7	3,7	0,8	37,8	14,9	1,5	1,0
1981	1,3	1,8	3,0	0,6	40,4	15,1	1,2	1,3
1982	1,7	2,0	3,2	0,9	42,1	14,5	1,8	1,4

Quelle: Gesundheitsberichte

- 176 -

TABELLEN Kapitel 4

Vergleichende Statistik der berufsausübenden Ärzte in Österreich mit Stand am 31.12.1954, 31.12.1963, 31.12.1973 und 31.12.1983

	31.12.1954				31.12.1963				31.12.1973				31.12.1983			
	männlich	weiblich	zusammen	Frauenanteil	männlich	weiblich	zusammen	Frauenanteil	männlich	weiblich	zusammen	Frauenanteil	männlich	weiblich	zusammen	Frauenanteil
Ärzte in Ausbildung	1.693	695	2.388	29,1	876	316	1.192	26,5	1.998	706	2.704	26,1	3.165	1.619	4.784	33,8
Praktische Ärzte	5.263	743	6.006	12,4	5.031	1.044	6.075	17,2	4.313	1.067	5.380	19,8	4.915	1.500	6.415	23,4
Fachärzte	2.283	310	2.593	12,0	3.403	608	4.011	15,2	4.254	941	5.195	18,1	5.591	1.394	6.985	20,0
Zahnärzte	994	270	1.264	21,4	1.104	367	1.471	25,0	1.079	389	1.468	26,5	1.505	701	2.206	31,8
Ärzte insgesamt	10.233	2.018	12.251	16,5	10.414	2.335	12.749	18,3	11.644	3.103	14.747	21,0	15.176	5.214	20.390	25,6

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 4 / 2

Gliederung der Ärzte nach dem Geschlecht, 1977 und 1984

	1977*)		1984		Frauenanteil	
	m	w	m	w	1977	1984
Alle Ärzte	13.118	3.739	15.481	5.364	22,2	25,7
Turnusärzte	2.717	936	3.162	1.698	25,6	34,9
Praktische Ärzte	4.410	1.191	5.027	1.568	21,3	23,8
Fachärzte	5.991	1.612	7.292	2.098	21,2	22,3
Anästhesiologie	197	172	290	262	46,6	47,5
Augenheilkunde	242	109	268	139	31,1	34,2
Chirurgie	585	24	647	41	3,9	6,0
Dermatologie	188	61	200	66	24,5	24,8
Gynäkologie	480	76	606	84	13,7	12,2
HNO-Krankheiten	272	24	283	24	8,1	7,8
Innere Medizin	1.027	162	1.244	194	13,6	13,5
Kinderheilkunde	264	235	324	239	47,1	42,5
Lungenkrankheiten	177	48	150	55	21,3	26,8
Neurochirurgie			36	1		2,7
Neurologie und Psychiatrie	292	111	415	163	27,5	28,2
Orthopädie	158	9	209	12	5,4	5,4
Unfallchirurgie	227	3	308	5	1,3	1,6
Urologie	163	2	224	5	1,2	2,2
Zahn-, Mund-, Kieferheilk.	1.170	455	1.451	646	28,0	30,8
Radiologie	288	43	337	55	13,0	14,0
Physikalische Medizin	35	27	31	28	43,6	47,5
Labormedizin	56	25	69	39	30,9	36,1
Mikro.-serol. Labor	17	4	15	5	19,1	25,0
Nichtklinische Medizin	153	22	185	35	12,6	15,9

Quelle: **Ständesmeldung der ÖAeK** (Österreichische Ärztezeitung)

*) Erstes Jahr der Erfassung nach dem Geschlecht durch die Ärztekammer

Berufstätige Ärzte in Österreich nach fünfjährigen Altersklassen und nach Bundesländern:
Anteil der Frauen (1981)

20 - 24	33,7	Burgenland	13,9
25 - 29	33,6	Kärnten	18,7
30 - 34	25,2	Niederösterreich	20,5
35 - 39	23,3	Oberösterreich	19,3
40 - 44	23,9	Salzburg	20,1
45 - 49	20,6	Steiermark	21,1
50 - 54	24,2	Tirol	16,2
55 - 59	28,1	Vorarlberg	12,6
60 - 64	15,2	Wien	32,6
65 - 69	15,0		
70 - 74	13,5		
75 - 79	15,0		
Über 80	18,7		
insgesamt	23,9		

Quelle: ÖBIG ÷ Ärztliche Versorgung in Österreich 1984

Tab. 4 / 4

- 180 -

Entwicklung des Frauenanteils an den österreichischen Medizinstudenten

Studienjahr	Erstinskribenten	ordentliche Hörer	Promoventen
1970/71	26 %	25 %	24 %
1975/76	41 %	33 %	25 %
1980/81 a)	51 %	41 %	37 %

a) vorläufige Werte

Quelle: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

Die Entwicklung der Ausbildungspräferenz abhängig vom Geschlecht der Absolventen (in %)

	Wunsch Turnus			Wunsch Fach		
	Anfang	Mitte	Ende	Anfang	Mitte	Ende
männlich	29	26	34	36	48	50
weiblich	30	24	25	38	56	57
Differenz	- 1	+ 2	+ 9	- 2	- 8	- 7

Quelle: Pelikan et al. 1983

Personal des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste sowie Hebammen in den Krankenanstalten Österreichs am 31. 12. 1973 und am 31. 12. 1982 (einschl. der Spitalsabteilungen in den Altersheimen der Stadt Wien - Baumgarten, Lainz und Liesing, 1982 auch St. Andrä/Traisen und Klosterneuburg)

a) Krankenpflegefachdienste (alle mit Diplom)

	1973		1982		Frauenanteil	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	1973	1982
Allgemeine Krankenpflege	w 290 g 11	w 10.926 g 1.770	w 789 g 5	w 17.367 g 1.055	97,7	95,8
Kinderkranken- und Säuglingspflege	w - g -	w 1.470 g 76	w 2 g -	w 2.167 g 32	100,0	99,9
Psychiatrische Krankenpflege	w 1.099 g 7	w 1.123 g 94	w 1.144 g 6	w 1.189 g 30	52,4	51,5
insgesamt	w 1.389 g 18	w 13.519 g 1.940	w 1.935 g 11	w 20.723 g 1.117		
w = weltlich g = geistlich	1.407	15.459	1.946	21.840	91,7	91,8

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 4/6

b) Medizinisch-technische Dienste (mit Diplom)
Gehobene medizinisch-technische Dienste

	1973				1982			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich	
Physiotherapeutischer Dienst	w	24	w	366	w	40	w	617
	g	-	g	35	g	-	g	33
Med.-technischer Laboratoriumsdienst	w	30	w	889	w	75	w	1.414
	g	1	g	55	g	1	g	33
Radiologisch-technischer Dienst	w	87	w	625	w	196	w	948
	g	-	g	58	g	-	g	54
Diätdienst	w	-	w	98	w	5	w	212
	g	-	g	10	g	-	g	14
Beschäftigungs- und arbeitstherap. Dienst	w	20	w	66	w	36	w	148
	g	-	g	5	g	-	g	6
Logopädisch-phoniatriisch-audiometrischer Dienst	w	1	w	22	w	4	w	72
	g	-	g	-	g	-	g	-
Orthoptischer Dienst	w	-	w	21	w	-	w	35
	g	-	g	-	g	-	g	1
Med.-technischer Fachdienst	w	32	w	390	w	76	w	846
	g	-	g	40	g	-	g	51
insgesamt:	w	194	w	2.477	w	432	w	4.292
	g	1	g	203	g	1	g	192
w = weltlich	195		2.680		433		4.484	
g = geistlich								

Frauenanteil	
1973	1982
93,2	91,2

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 4 /7

c) Sanitätshilfsdienste

Österreich	weibl.weltl. mit Zeugnis		weibl.weltl. ohne Zeugnis		weibl.geistl. mit Zeugnis		weibl.geistl. ohne Zeugnis		männl.weltl. mit Zeugnis		männl.weltl. ohne Zeugnis		männl.geistl. mit Zeugnis		männl.geistl. ohne Zeugnis	
	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982
Sanitätsgehilfen	204	274	146	105	11	4	3	-	126	339	105	69	2	-	-	-
Stationsgehilfen	3.698	7.261	1.850	1.278	140	95	97	44	710	1.520	377	296	1	5	3	6
Operationsgehilfen	258	435	79	67	14	5	1	-	433	717	77	94	-	-	-	-
Laborgehilfen	142	211	61	38	5	3	2	1	15	46	16	10	-	-	1	-
Prosekturgehilfen	1	8	-	2	-	-	1	1	90	106	18	12	-	-	-	-
Ordinationsgehilfen	81	105	43	37	-	-	1	-	9	20	2	9	-	-	-	-
Heilbadegehilfen	11	19	6	6	-	1	2	-	2	8	5	3	-	-	-	-
Heilbademeister und Heilmasseur	124	219	3	4	10	10	-	-	89	191	1	-	-	-	-	-
Beschäftigungs-und Arbeitstherapie- gehilfen	23	11	10	12	-	2	-	3	19	24	5	9	-	-	-	-
Desinfektionsgehilfen	4	18	7	6	-	1	-	-	40	59	2	4	-	-	-	-
insgesamt:	4.546	8.561	2.205	1.555	180	121	107	49	1.533	3.030	608	506	3	5	4	6
	weiblich 1973: 7.038		1982: 10.286		männlich 1973: 2.148		1982: 3.547		Frauenanteil 1973: 76,6		1982: 74,4					

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 4/ 8

Hebammen in Berufsausübung am 31. 12. 1973 und am 31. 12. 1982

Bundesländer	Öffentlich bestellte		Freiprakti- zierende		Anstalts- hebammen		Hebammen insgesamt Anzahl		auf 100.000 Einwohner	
	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982
Burgenland	30	5	9	-	7	23	46	28	16,9	10,3
Kärnten	-	-	32	15	70	78	102	93	19,2	17,3
Niederösterreich	16	8	35	18	98	128	149	154	10,5	10,7
Oberösterreich	74	18	41	16	139	188	254	222	20,6	17,4
Salzburg	47	31	15	19	11	14	73	64	17,9	14,3
Steiermark	-	-	92	44	79	95	171	139	14,3	11,7
Tirol	130	77	12	7	38	71	180	155	32,7	26,2
Vorarlberg	55	20	1	1	8	44	64	65	23,0	21,1
Wien	-	-	5	9	141	151	146	160	9,2	10,6
Österreich	352	159	242	129	591	792	1.185	1.080	15,9	14,3

Quelle: Gesundheitsberichte

Ausbildungsstätten für den Krankenpflegefachdienst, die medizinisch - technischen Dienste und die Sanitätshilfsdienste am 31.Dezember 1973 und am 31.Dezember 1982

1.Krankenpflegefachdienst

a) Anzahl der Schulen, Lehrgänge, Schüler und Absolventen nach der Art der Erhaltung der Schulen, Krankenpflegefachdienst insgesamt

Art der Erhaltung	Anzahl der				Schüler				Absolventen			
	Schulen		Lehrgänge		insgesamt		davon weiblich		insgesamt		davon weiblich	
	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982
aus öffentlichen Mitteln erhalten.....	50	58	151	168	5.406	7.129	5.146	6.621	1.197	1.645	1.103	1.561
aus öffentlichen Mitteln subventioniert.....	9	6	25	18	693	658	680	633	168	162	162	154
ohne öffentliche finanzielle Unterstützung...	3	4	11	11	237	215	236	200	48	84	48	75
insgesamt.....	62	68	187	197	6.336	8.002	6.062	7.454	1.413	1.891	1.313	1.790
Frauenanteil: 1973: 95,7 1982: 93,2 1973: 92,9 1982: 94,7												

Quelle: Gesundheitsberichte

Tab. 4/10

b) Medizinisch-technische Dienste insgesamt

Art des medizinisch-technischen Dienstes	Anzahl der				Schüler				Absoventen			
	Schulen		Lehrgänge		insgesamt		davon		insgesamt		davon	
	1973	1982	1973	1983	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982
Gehobene medizinisch-technische Dienste	26	36	40	66	869	1.583	825	1.501	300	558	283	531
Medizinisch-technische Fachdienste	8	10	23	24	467	499	436	476	95	159	90	152
insgesamt ...	34	46	63	90	1.336	2.082	1.261	1.977	395	717	373	683
Frauenanteil					1973: 94,4		1982: 95,0		1973: 94,4		1982: 95,3	

c) Sanitätshilfsdienste insgesamt

Bundesland	Anzahl der				Schüler				Absoventen			
	Genehmigten		laufenden		insgesamt		davon		insgesamt		davon	
	Kurse		Kurse	am Stichtag			weiblich				weiblich	
	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982	1973	1982
Insgesamt	187	225	37	25	1.134	588	720	468	1.603	1.780	1.129	1.329
Frauenanteil					1973: 63,5		1982: 79,6		1973: 70,4		1982: 78,2	

Quelle: Gesundheitsberichte

Geburtshilfliche und gynäkologische Betten in Krankenhäusern

	Tatsächlich aufgestellte Betten		Betten- belags- tage	
	1973	1982	1973	1982
Burgenland	73	204	31.630	47.562
Kärnten	268	415	75.380	110.168
Niederösterreich	651	980	204.735	260.488
Oberösterreich	1.232	1.169	334.342	306.946
Salzburg	363	505	103.472	137.931
Steiermark	799	816	221.524	197.947
Tirol	366	373	107.949	116.246
Vorarlberg	128	220	33.782	61.194
Wien	1.255	1.025	347.210	284.674

Quelle: Bettenbericht der Krankenanstalten für Österreich (.Gesundheitsberichte)

Tab. 4 /12

Kinder- und Säuglingsbetten in Krankenhäusern

	Tatsächlich aufgestellte Betten		Betten- belags- tage	
	1973	1982	1973	1982
Burgenland	26	76	4.884	18.799
Kärnten	226	315	76.457	76.172
Niederösterreich	410	428	91.183	88.843
Oberösterreich	909	944	261.560	194.507
Salzburg	231	367	80.323	86.447
Steiermark	834	602	212.846	150.435
Tirol	400	285	84.572	68.800
Vorarlberg	150	152	32.273	31.764
Wien	1.182	1.050	287.754	227.843

Quelle: Bettenbericht der Krankenanstalten für Österreich (Gesundheitsberichte)

- 189 -

Tab. 4 / 13

Aufenthalt nach Auszug aus dem Frauenhaus

	Frauen	Prozent
Mißhandler	124	59,9
Verwandte	19	9,2
Bekannte	22	10,6
Alte Wohnung		
(nach Trennung		
u. Scheidung)	4	1,9
Neue eig. Ge-		
meindewohnung	9	4,3
Neue Privat-		
wohnung	20	9,7
Neuer Partner	2	1,0
Öffentl. Inst.	2	1,0
Sonstiges	5	2,4

Quelle: Hiebe statt Liebe. 1983, S.6/7.

Die Daten sind Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der österreichischen Frauenhäuser für den Zeitraum Februar bis August 1980.

- 190 -

Tab. 4 /14

Anzahl der Kinder

Kinder	Frauen	Prozent
0	29	13,4
1	77	35,5
2	52	24,0
3	38	17,5
4	10	4,6
5	3	1,4
6	6	2,8
mehr	2	0,9

Quelle: Hiebe statt Liebe. 1983.

Tab. 4 /15

- 191 -

Sozialer Status

	Frauen	Prozent
berufstätig	75	34,6
Haushalt	108	49,8
Arbeitslosen-		
geld oder Not-		
standshilfe	12	5,5
Karrenzgeld	13	6,0
Sonstiges	9	4,1

Quelle: Hiebe statt Liebe. 1983.

Tab. 4 /16

- 192 -

Familienstand

	Frauen	Prozent
ledig	30	13,8
verheiratet	152	70,0
geschieden	29	13,4
verwitwet	4	1,8

(2 keine Ang.)

Quelle: Hiebe statt Liebe. 1983.

Tab. 4 /17

- 193 -

Aufenthaltsdauer

Tage	Frauen	Prozent
1 - 3	62	28,6
4 - 14	72	33,2
15 - 30	24	11,1
31 - 90	27	12,4
91 - 180	15	6,9
181 - 365	13	6,0
366 u. mehr	4	1,8

Quelle: Hiebe statt Liebe. 1983.

Tab. 4/18

- 194 -

Alter der Frauen

Alter	Frauen	Prozent
bis 20	19	8,8
21 - 25	53	24,4
26 - 30	44	20,3
31 - 35	47	21,7
36 - 40	31	14,3
41 - 50	18	8,3
51 - 60	5	2,3
	<hr/> 217	

Quelle: Hiebe statt Liebe. 1983.

- 195 -

Tab. 4 /19

Im Zeitraum vom 25.Mai bis 25.Oktober 1984 wurden 37 Frauen und 53 Kinder im Frauenhaus aufgenommen.

1) Übernachtungen vom 25.Mai - 25.Oktober 1984

Monat	Anzahl der Frauen	Anzahl der Nächte	Anzahl der Kinder	Anzahl der Nächte
Mai	4	14	7	34
Juni	7	86	6	100
Juli	15	183	23	38
August	14	25	23	38
September	15	203	26	42
Oktober	9	123	12	23
		866		1.842

2) Aufenthaltsdauer, Frauen

1 - 10 Tage	-	24 Frauen
11 - 20 "	-	1 "
21 - 60 "	-	6 "
61 -100 "	-	3 "
Über 100 "	-	3 "

3) Ausbildung der Frauen

Pflichtschule	10
angefangene Lehre	4
angelernter Beruf	15
Berufslehre	5
mittlere und höhere Schule	1
unbekannt	2

4) Tätigkeit der Frauen bei Aufnahme

Hausfrau	14
Hausfrau und Vollzeitbeschäftigung	8
Hausfrau und Teilzeitbeschäftigung	3
Karrenz/Notstand/Pension/Mutterschutz	8
arbeitslos	0
unbekannt	2

5) Stand der Frauen bei Aufnahme

ledig	10
verheiratet	17
in Scheidung	1
geschieden	4
verwitwet	2

Quelle: Statistik des Vereins "Kärntner Frauenhaus"

- 196 -

6) Beruf des Mannes

keine Berufslehre	4
in Ausbildung	0
angelernter Beruf	4
Berufslehre	15
Fachschule	4
unbekannt	7

7) Nationalität der Frauen nach Herkunft

Österreich	33
Andere	4

8) Alter der Frauen

unter 20	3
20 - 25	2
25 - 30	14
30 - 39	11
40 - 49	5
über 50	1

9) Alter der mitgebrachten Kinder

- 1	2
1 - 5	27
6 - 10	10
11 - 15	9
16 und älter	0

10) Vom Frauenhaus erfahren durch

Medien	11
Bekannte/Verwandte	7
Soziale Institutionen	8
Ärzte/Psychologen	4
Anwälte	0
Gericht	0
Polizei	4
ungeklärt	2

11) Wohin nach dem Frauenhaus

zum Mann zurück	16
eigene Wohnung/Zimmer	5
zu Bekannten/Verwandten	8
noch im Haus	5
unbekannt	2

Quelle: Statistik des Vereins "Kärntner Frauenhaus"

- 197 -

12) Wohnsitz nach Bezirken

	Frauen	Kinder
Klagenfurt Stadt	14 +1	19
Klagenfurt Bezirk	1	-
Villach Stadt	2	5
Villach Bezirk	4	9
Hermagor	-	-
Feldkirchen	1	1
Spittal/Drau	6	7
St. Veit/Glan	2	3
Völkermarkt	6	8
Wolfsberg	-	-

Quelle: Statistik des Vereins "Kärntner Frauenhaus"

- 198 -

LITERATURVERZEICHNIS

- Ahlström, Selme: Woman and Alcohol Control Policy. Reports from the Social Research Institute of Alcohol Studies Nr. 168. Helsinki 1983.
- Alkoholkonsum in Österreich - eine repräsentative Erhebung, durchgeführt vom Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, vom Anton-Proksch-Institut und vom IFES. Wien 1977.
- Beckmann, Dieter: Mutterideologie. In: Psychosozial 21/1984.
- Beckmann, Dieter: Paardynamik und Gesundheitsverhalten - Einige Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung. In: Horst E. Richter/ Hans Strotzka/ J. Willi (Hrsg.): Familie und seelische Gesundheit. Reinbeck 1976.
- Bei, Neda: Frau und Strafrecht. In: Frau und Recht. Wien 1981.
- Bellmann, Gabriele: Das Klimakterium als Tod der Frau oder das zweite Erwachen. Berlin, Diplomarbeit 1979. (Unveröffentlicht).
- Bergmann-Rohracher, Claudia: Ausgewählte Ergebnisse einer psychologischen Untersuchung: Kinderwünsche und Motive Wiener Frauen. In: Demographische Informationen 1981.
- Bericht über die Situation der Frau in Österreich. Hgg. vom Bundeskanzleramt. Wien 1975.
- Bericht über die soziale Lage 1982. Hgg. vom Bundesministerium für soziale Verwaltung. Wien 1983.
- Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich (Gesundheitsberichte). Hgg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz und dem ÖStZ. Wien 1972 ff.
- Böhm, Reingard/ Claudia Erdmann-Rebhann: Befindlichkeitsstörungen bei Frauen. In: Ulrike Schneider (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt/Main 1981.
- Borneman, Ernest: Rot-weiß-rote Herzen. Sexualität in Österreich. Wien 1984.
- Brede, Karola: Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Frankfurt 1972.
- Breen, D.: The birth of a first child. London 1975.
- Broverman, I.K./ D.M. Broverman/ F.E. Clarkson/ P.S. Rosenkrantz/ S.R. Vogel: Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, Vol. 34, Nr. 1, 1 - 7.

- 199 -

Brückner, Margit: Die Liebe der Frauen. Über Weiblichkeit und Mißhandlung. Frankfurt 1983.

Burian, Wilhelm: Die Ethik der chemischen Therapie in der Psychiatrie. In: Irmgard Eisenbach-Stangl/ Wolfgang Stangl: Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag. Wiesbaden 1984.

Canguilhem, Georges: Das Normale und das Pathologische. München 1974.

Carter, Angela: Sexualität ist Macht. Reinbek 1981.

Chertock, L. (u.a.): Der Wunsch nach dem Kind und das Schwangerschaftserbrechen. Zeitschrift für Psychotherapie und Med. Psychologie 12 (1962)

Chesler, Phyllis: Frauen - das verrückte Geschlecht? Reinbek 1977.

Colley, T.: The nature and origins of psychological sexual identity. In: Psychological Review 66/1959.

Dannhauer, H.: Geschlecht und Persönlichkeit. Berlin 1973.

Delius, L./ J. Fahrenberg: Psychovegetative Syndrome. Stuttgart 1966.

Dorn, Nicolas: Alcohol, State and Youth. London 1983.

Drexl, M./ E. Steinbacher: Bericht der Tiroler Initiative Frauenhaus für mißhandelte Frauen und Kinder. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Innsbruck 1983.

Dürkop, Marlies/ Hubert Treiber: Mater dolorosa oder Leiden als Mutterpflicht. In: Kriminalsoziologische Bibliographie 23 - 24, 1979.

Ehrenreich, Barbara/ Deidre English: For her own Good. 150 Years of the Expert's Advice to Woman. London 1978.

Ehrenreich, Barbara/ Deidre English: Zur Krankheit gezwungen. London 1976.

Eisenbach-Stangl, Irmgard: Lust-Laster und Laster-Lust. In: Kriminalsoziologische Bibliographie 38 - 39, 1983.

Eisenbach-Stangl, Irmgard: Jugend und Rausch. Eine empirische Analyse legalen und illegalen Rauschmittelkonsums Wiener Schüler. Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Instituts für Suchtforschung, Band 5, Wien 1984 a.

Eisenbach-Stangl, Irmgard: Die Verordnung von Nüchternheit. In: Irmgard Eisenbach-Stangl/ Wolfgang Stangl (Hrsg.): Grenzen der Behandlung. Wiesbaden 1984.

- 200 -

Eisenreich, A./ I. Leirer/ R. Logar: Basisinitiativen und politisches System. Am Beispiel des Wiener Frauenhauses. In: ÖZPW 2/1980, S. 233 - 239.

Ergebnisse der europäischen Vergleichsstudie zu Mutterschafts- und Elternurlaubsmaßnahmen in Finnland, Österreich, Schweden und der BRD. München 1982.

Ettore, Betsy: Women and Alcoholism: From a National Curse to an National Challenge. Unveröffentlichtes Manuskript. London 1983.

Fischer, Elisabeth/ Anton Amann: Begleitende Forschung in der offenen Altenhilfe. Unveröffentlichter Forschungsbericht 1979.

Fischer, Erica/ Brigitte Lehmann/ Kathleen Stoffl: Gewalt gegen Frauen. Köln 1977.

Fischer-Homberger, Esther: Krankheit Frau. Bern/Stuttgart/Wien 1979.

Fischer-Kowalski, Marina (u.a.): Bevölkerungsentwicklung und soziale Schichten. In: Soziale Struktur Österreichs. Hgg. vom Bundesministerium für soziale Verwaltung. Wien 1982.

Fischer-Kowalski, Marina: Qualifikation und Beschäftigung von Frauen, Strukturveränderungen in den 70er Jahren. Habilitationsschrift. Wien 1983.

Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. München 1973.

Freud, Sigmund: Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. Wien 1898.

Freud, Sigmund: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Wien 1893.

Friedl, Hans P.: Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung, Ergebnisse des Mikrozensus September 1979, Statistische Nachrichten Heft 9, 1980a, Heft 10, 1980b und Heft 11, 1980c.

Fünf Jahre Mutter-Kind-Paß in Österreich. Hgg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, Wien 1979.

Gabe, Jonathan/ Susan Lipshitz-Phillips: Tranquillisers as Social Control? Unveröffentlichtes Manuskript. London 1983.

Genußmittelstudie. Hgg. vom Dr. Fessel-, GFK- und IFES-Institut. Wien 1979.

- 201 -

- Gödl, Wolfgang: Zur Strafbarkeit der Prostitution und der Zuhälterei. In: Kriminalsoziologische Bibliographie, Heft 23/24 (1979)
- Graßberger, Roland: Suchtgiftgebrauch und Kriminalität. In: Suchtgift und Kriminalität, Kriminalpolizeiliche Schriftenreihe Band 2, 2. Teil, hgg. vom Bundesministerium für Inneres. Wien 1969.
- Grazer Frauenhaus: In: Sterz 19/Ergebnisse der Steirischen Akademie 1981.
- Hagnell, O.: A prospektive study of mental disorder in a total population. In: Social Psychiatry. Research Publications. Association for research in nervous and mental disease.
- Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung. Hgg. vom Hauptverband der Sozialversicherung. Wien 1972 ff.
- Hausa, Horst: Familie. In: Marina Fischer-Kowalski/ Josef Bucek (Hrsg.): Sozialbericht über Ungleichheit in Österreich, Band 2. Forschungsbericht des Instituts für Höhere Studien. Wien 1978.
- Hausen, Karin: Die Polarisierung der 'Geschlechtscharaktere'. In: Werner Conze (Hrsg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas. Frankfurt/Main 1976.
- Heizer, Martha: Doppelmoral bei österreichischen Schülern. In: Rudolf Weiss (Hrsg.): Jugendsexualität. Innsbruck 1978.
- Hiebe statt Liebe. Hgg. vom Frauenprojekt der Sozialakademie der Stadt Wien 1983.
- Hieden, Helga: Wahlweiser oder geteilter Karenzurlaub. In: Zukunft 1/1983.
- Jagenow, Angela/ Oskar Mittag: Weiblicher Kinderwunsch und Sexualität. In: Psychosozial 21 (Weibliche Fruchtbarkeit). Hamburg 1984.
- Janssen-Jourreit, Marielouise: Sexismus. München 1976.
- Jervis, G.: Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Frankfurt/Main 1978.
- Kaprio, L.A.: Gesundheitsprobleme in Industriegesellschaften. In: Aufgabe Zukunft. Qualität des Lebens. Bd.V. Frankfurt 1973.
- Katschnig, Heinz/ Ingo Grumiller/ R. Strobl: Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs, Band I und II. Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 1975.

- 202 -

Kickbusch, Ilona/ Alf Trojan: Gemeinsam sind wir stärker.
Frankfurt/Main 1982.

Kickbusch Ilona: Weibliche Depression. In: Argument.
Sonderband 77. 1981.

Klebel, Edeltraud: Alkohol und Fahren-Daten, Programme
und Maßnahmen in Österreich. In: Unfall- und Sicher-
heitsforschung Straßenverkehr, Heft 39, 1982.

Kohoutek, Rudolf: Die Prostitution und ihr Preis. In:
Kriminalsoziologische Bibliographie, Heft 23 - 24,
1979.

Kuckuc, Ina: Der Kampf gegen Unterdrückung. München 1975.

Kunze, Michael (Hrsg.): Gesundheitswesen, Gesundheits-
erziehung, Gesundheitsverhalten (Human Ecology Meeting.
Wien 1975). Wien 1977.

Kunze, Michael/ Brigitte Gredler: Ohne Rauch geht's auch.
In: Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwal-
tung, Heft 9, 1981.

Laburda, Erich/ Jürgen M. Pelikan/ Hans Strotzka: Statio-
näre psychiatrische Patienten, Stichtagsprävalenz
21.6.1983, Beiheft Nr. 1 zu den Berichten über die
psychiatrische Versorgung in Österreich. Wien 1984.

Lehmann, Brigitte/ Karin Jahn: Wildkatzen und strenge
Herrinnen. In: Neues Forum. Juni 1980.

Lehmann, Brigitte: Wiener Prostituierte. Bericht aus einem
Altwiener Stundenhotel. In: Stadtbuch. Wien 1982.

Lesky, Erna: Die erste Generation österreichischer Ärztinnen.
In: Österreichische Ärztezeitung, 10.3.1975.

Maccoby, Eleanor F./ Carol N. Jacklin: The psychology of
sex-differences. Stanford 1975.

Mäkelä, Klaus (u.a.): Alcohol, Society and the State.
Addiction Research Foundation. Toronto 1981.

Mahidi, Margareta: Regelmäßige Medikamenteneinnahme.
Ergebnisse des Mikrozensus September 1980. In:
Statistische Nachrichten Heft 3, 1980.

Mechler, Hans-Juergen: Sexualmoral und Wunschkvorstellungen.
In: Ders. (Hrsg.): Schülersexualität und Sexualer-
ziehung. Wien/München 1977.

Mikrozensus 1973: Gesundheitsdaten. In: Beiträge zur
österreichischen Statistik. Hgg. vom Österreichischen
Statistischen Zentralamt, Heft 422/1976.

- 203 -

Moeller, Michael Lukas: Selbsthilfegruppen. Reinbek 1978.

Money, J./ Anke A. Ehrhardt: Männlich-weiblich. Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede. Reinbek 1975.

Münz, Rainer/ Jürgen M. Pelikan: Geburt oder Abtreibung. Wien 1978.

Nathanson, Constance A.: Illness and the Feminine Role: A Theoretical Review. In: Social Science and Medicine, Vol. 9, S. 57 - 62.

Oakley, Ann: Normal Motherhood. An exercise in self-control? In: Birgit Hutter und Gillian Williams (Hrsg.): Controlling Women. London 1980.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Ärztliche Versorgung in Österreich. 2. Teil. Wien 1984.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Gesundenuntersuchungen. Wien 1980.

Ohl, D./ U. Rösener: Und bist du nicht willig ... Frankfurt/Main 1979.

Otto, Shirley: Women, Alcohol and Social Control. In: Birgit Hutter/ Gillian Williams (Hrsg.): Controlling Women. London 1980.

Overbeck, Gerd: Krankheit als Anpassung. Frankfurt 1984.

Pelikan, J.M./ Wolfgang Dür/ Michael Hubenstorf/ Karl Krajic/ Horst Reiger: Medizinstudenten in Österreich. Unveröffentlichter Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1983.

Perry, Lyn: Women and Drug Use: An Unfeminine Dependence. ISDD, London 1979.

Piven, Francis Fox/ Richard A. Cloward: Die unsichtbare Auflehnung. Steuerung der Innovationskraft und des Widerstandspotentials von Frauen. In: Ilona Kickbusch und Barbara Riedmüller: Die Armen Frauen. Frankfurt 1984. S 135 - 162.

Pross, Helge: Die Wirklichkeit der Hausfrau. Reinbek 1976.

Prokop Ursula: Weiblicher Lebenszusammenhang. Frankfurt/Main 1980.

Richter, Horst-Eberhard: Lernziel Solidarität. Reinbek 1974.

Richter, Horst-E./ Hans Strotzka/ Jürg Willi (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit. Reinbek 1973.

- 204 -

Riese, Katharina: In wessen Garten wächst die Leibesfrucht? Wien 1983.

Rosenkrantz, Paul/ Susan Vogl/ Donald M. Broverman/ Inge Broverman: Sex-role-stereotypes and Self-Concepts in College-Students. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 32 (1968) Nr. 3, Seite 287 - 295.

Rotter, Mechthild: Die Frau in der Kriminologie. In: Kriminalsoziologische Bibliographie 23 - 24. 1979.

Rutschky, Katharina: Auch Frauen denken immer an dasselbe... Hinweise zur Beantwortung der alten Freud'schen Frage: "Was will das Weib?". In: Freibeuter 21, 1984.

Sandgruber, Roman: Schöne Frauen rauchen. In: Beiträge zur historischen Sozialkunde 1, 1984.

Sawitzki, Beate/ Erika Mahr: Sexualität und Menstruation. In: Psychosozial 21 (Weibliche Fruchtbarkeit). Reinbek 1984. Seite 84 - 98.

Schenk, Herrad: Geschlechtsrollenwandel und Sexismus. Weinheim 1979.

Scherer, Gretl/ Peter Kemeter/ Anselm Eder: Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten psychogener Unfruchtbarkeit. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Wien 1984.

Schiemer, C.: Frauenhausreportage. In: Stimme der Frau 2/ Februar 1984.

Schivelbusch, Wolfgang: Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. München 1980.

Schneider, Ulrike (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt/Main 1981.

Schwarzer, Alice: Der "kleine" Unterschied und seine großen Folgen. Frankfurt 1975.

Schwenkel-Omar, Ilse: Das "Hausfrauensyndrom". In: Dietlinde Gipser/ N. Stein-Holbers: Wenn Frauen aus der Rolle fallen. Weinheim 1980.

Shuttle, Penelope/ Peter Redgrove: Die weise Wunde Menstruation. Frankfurt/Main 1980.

Sichtermann, Barbara: Das Phantom 'weiblicher Sexualität'. In: Freibeuter 17/1983.

Sichrovsky, Peter: Krankheit auf Rezept, Köln 1983.

- 205 -

- Smith, Daniel S.: Geburtenbeschränkung, Sexualkontrolle und häuslicher Feminismus im viktorianischen Amerika. In: Claudia Honegger/ Bettina Heintz (Hrsg.): Listen der Ohnmacht. Frankfurt 1981.
- Springer-Kremser, Marianne: Psychosexualität und Gynäkologie. Wien 1983.
- Springer-Kremser, Marianne/ Gretl Scherer/ Anselm Eder/ Peter Kemeter: Psychohygienische Maßnahmen bei Menstruationsstörungen. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Wien 1983.
- Starrett, Barbara: Ich träume weiblich. München 1978.
- Stauber, M.: Psychosomatik der sterilen Ehe. Berlin 1979.
- Stimson, Gerry: Women in a doctored world. In: New Society 1, Mai 1975.
- Stoll, Clarice Stacz (Hrsg.): Sexism. Massachusetts 1973.
- Stromberger, Christine: Ursachen für körperliche und seelische Beschwerden von Frauen in den Wechseljahren. Diss. Wien 1984.
- Strotzka, Hans (u.a.): Ökonomische Aspekte psychosomatischer und psychosozialer Erkrankungen. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Wien 1979.
- Sulkunen, Pekka: Die Kosmopolitisierung und Kommerzialisierung des Alkoholgebrauchs. In: G. Völger (Hrsg.): Rausch und Realität. Materialband zu einer Ausstellung des Rautenstrauch-Joest Museums für Völkerkunde der Stadt Köln 1981.
- Tibbets, Sylvia Lee: Sex-role stereotyping in the lower grades: part of the solution. In: Journal of Rational Behavior 6/1975.
- Trallori, Lisbeth N: Vom Lieben und Töten. Wien 1984.
- Verein Initiative Frauenhaus - "Frauen helfen Frauen" (Salzburg). In: ÖZPW 2/1980. S. 223 - 232.
- Verwaltungsgerichtshof Zahlen 82/13/0208, 0215/9. In: Kriminalsoziologische Bibliographie, Heft 38/9, 1983.
- Vogt, Irmgard: Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. In: Leviathan, 11, 1983.
- Waldert, Erika: Ernährungsausgaben und verbrauchte Nahrungsmittelmengen. In: Statistische Nachrichten 31, 1976.
- Wimmer-Puchinger, Beate: Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Wien 1982.