

BERICHT ÜBER DIE SITUATION DER FRAU IN ÖSTERREICH

Frauenbericht 1975

Heft 6

Die gesundheitliche Situation der Frau

Bundeskanzleramt

Wien 1975

Die gesundheitliche Situation der Frau

Autoren:

Univ.-Doz. Dr. Hans Czermak

Dr. Harald Hansluwka

Dr. Wolfgang A. Karner

Dr. Marianne Kremser

Univ.-Prof. Dr. Kornelius Kryspin-Exner

Univ.-Prof. Dr. Ludwig Popper

Univ.-Doz. Dr. Alfred Rockenschaub

Österreichische Staatsdruckerei. L61 04935 f/f

DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION DER FRAU

1	Allgemeine Daten	5
1.1	Einleitung	5
1.2	Sterblichkeit	5
1.3	Mittlere Lebenserwartung	5
1.4	Todesursachen	6
1.5	Krankheitshäufigkeit	6
1.6	Krankheitsursachen	6
1.7	Spitalsaufnahmen	7
1.8	Zusammenfassende Feststellungen über die wichtigsten Krankheiten der Frauen	7
1.9	Medizinische Probleme der Frauenarbeit	10
1.10	Die Unfallhäufigkeit bei Frauen	11
1.11	Frühinvalidität	12
1.12	Medizinische Schlußfolgerungen	13
2	Die psychische Gesundheit der Frau	32
2.1	Einleitung	32
2.2	Die psychosozialen Störungen der Frau – Verbreitung und Ursachen	33
2.2.1	Statistische Ergebnisse	33
2.2.2	Einschätzung der statistischen Ergebnisse	34
2.2.3	Die soziale Entstehung der psychosozialen Störungen der Frau	35
2.3	Die Auswertung der Statistiken über die Verbreitung der leichten psychischen Störungen der Frau in Österreich	43
2.3.1	Krankenhausstatistik	43
2.3.2	Krankenstandsstatistik	44
2.3.3	Fälle ambulanter Betreuung	44
2.3.4	Psychische Störungen und geminderte Arbeitsfähigkeit	45
2.3.5	Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen	46
2.3.6	Ergebnisse von Befragungen	46
2.3.7	Selbstmord und Selbstmordversuch als Indikator für psychosoziale Störungen	47
2.4	Die Auswertung von Daten psychiatrischer Kliniken	48
2.4.1	Die Ambulanz der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik	48
2.4.2	Dokumentation der stationären Patienten der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik	48
2.4.3	Die stationären Aufnahmen an den psychiatrischen Universitätskliniken und Krankenhäusern in Österreich	48
2.5	Zum Problem der Suchtgefährdung der Frau	49
2.5.1	Alkoholgefährdung	50
2.5.2	Medikamentenabhängigkeit	52
2.5.3	Das Drogenphänomen der weiblichen Jugend	53
2.5.4	Ursachen der zunehmenden Suchtgefährdung der Frau	53
2.5.5	Therapiemöglichkeiten für suchtkranke Frauen	53
2.6	Verzeichnis der verwendeten Literatur	53
3	Die Frau als Mutter	67
3.1	Die Gesundheit der Frau aus gynäkologischer Sicht	67
3.1.1	Einleitung	67
3.1.2	„Männliche“ und „weibliche“ Todesursachen	67
3.1.3	Die Krankenstandsfälle bei Frau und Mann	68
3.1.4	Die vorwiegend „weiblichen“ Erkrankungen	68
3.1.5	Perinatale Mortalität und Morbidität der Mutter	69
3.2	Morbidität und Mortalität des Säuglings	70
3.2.1	Morbidität	70
3.2.2	Mortalität	70
3.3	Ärztliche Versorgung und Beratungseinrichtungen	75

1 ALLGEMEINE DATEN

1.1 Einleitung

Frauen haben ganz allgemein eine höhere Lebenserwartung als Männer. Ferner läßt sich feststellen, daß die Erhöhung der mittleren Lebenserwartung, die in den letzten Jahrzehnten allenthalben zu verzeichnen ist, beim weiblichen Geschlecht stärker ausgeprägt war als beim männlichen und daß die rückläufige Tendenz, die sich seit etwa 1950 in der Lebenserwartung der 50- bis 70jährigen in den wirtschaftlich höher entwickelten Ländern gezeigt hat, auf die Männer beschränkt geblieben ist.

Frauen weisen im allgemeinen auch weniger und kürzere Krankenstände auf als Männer, auch in der Häufigkeit der einzelnen Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen ergeben sich beträchtliche Unterschiede, wobei bei den Frauen die besondere Belastung aus ihrer biologischen Funktion deutlich wird; aus diesem Grund wird ein eigener Abschnitt in diesem Kapitel den spezifischen Frauenkrankheiten sowie dem Zusammenhang zwischen der sozialen Situation der Mutter und der Gesundheit des Säuglings gewidmet sein. Auffällig ist auch die größere Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Frauen. Auch mit dieser Frage befaßt sich ein eigener Abschnitt.

1.2 Sterblichkeit

Die Feststellung, daß Österreich unter allen europäischen Ländern in den Jahren 1969/70 die höchste Gesamtsterblichkeit, nämlich 13,4% aufzuweisen hatte, hat einiges Aufsehen erregt. 1971 betrug die Gesamtsterblichkeit 13,1%, 1972 12,7% und steht damit immer noch an einer der ersten Stellen in Europa. Doch darf man die Bedeutung dieser Ziffer nicht überschätzen. Ihre Höhe hängt (außer von der Säuglingssterblichkeit, die in Österreich bekanntlich immer noch höher ist, als sie eigentlich sein sollte) in erster Linie vom Bevölkerungsaufbau ab. Da die Bevölkerung Österreichs gegenüber anderen europäischen Ländern eine deutliche Überalterung aufweist, ist die relativ hohe Gesamtsterblichkeit verständlich. Wenn man einwandfrei vergleichbare Werte erhalten will, so muß man die Sterblichkeit für jedes der beiden Geschlechter und für jede einzelne Altersgruppe, die sogenannte altersspezifische Mortalität, berechnen.

Die altersspezifische Sterblichkeit der Frauen ist erheblich geringer als die der Männer. (Vgl. Tabelle 1.)

Verfolgt man die Entwicklung der gesamten sowie der altersspezifischen Sterblichkeit zwischen den beiden Volkszählungen 1937 und 1971, so stellt man überdies fest, daß sich die Sterblichkeitsverhältnisse bei den Frauen in diesem Zeitraum fast durchwegs verbessert haben, während sie bei den Männern in den höheren Altersgruppen nur wenig besser geworden oder stationär geblieben sind, in einzelnen Altersgruppen sich sogar verschlechtert haben.

In der Ziffer der Gesamtsterblichkeit aller Altersgruppen kommt dies infolge der Änderung der Altersstruktur teilweise weniger deutlich zum Ausdruck.

1.3 Mittlere Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung wird aus der Absterbeordnung der Personen berechnet, die in einem bestimmten

Jahr geboren sind. Sie gibt die durchschnittliche Zahl der Jahre an, die jemand, der ein bestimmtes Alter erreicht hat, noch zu durchleben hat, wenn er den Sterblichkeitsbedingungen unterworfen ist, die im angegebenen Zeitraum der Sterbetafel geherrscht haben. Diese Ziffer ist aufschlußreicher als die der Gesamtsterblichkeit, weil sie vom Altersaufbau der Bevölkerung nicht abhängig ist. Sie wird aber sehr wesentlich von der Säuglingssterblichkeit und von der Sterblichkeit der jüngeren Altersgruppen beeinflusst. Da diese sich in den letzten 100 Jahren bedeutend verringert haben, ist die mittlere Lebenserwartung bei der Geburt in dieser Zeitspanne sehr stark angestiegen. Sogar noch im Vergleich mit 1930/33 läßt sich bei Knaben ein Anstieg von 54,4 auf 66,8 Jahre, also um 12,4 Jahre errechnen, bei Mädchen von 58,5 auf 74,1 Jahre, also um 15,6 Jahre. In den höheren Lebensjahren waren die Gewinne an Lebenserwartung wesentlich geringer: sie betragen bei den Frauen jenseits des 60. Lebensjahres nur – länderspezifisch – 1 bis 3 Jahre. Bei den 60jährigen Männern ist zwischen 1950 und 1960 in verschiedenen hochindustrialisierten Ländern die mittlere Lebenserwartung sogar etwas zurückgegangen, so in Österreich von 15,1 auf 14,7 Jahre, in der Bundesrepublik Deutschland von 16,2 auf 15,7 Jahre, in Schweden von 17,4 auf 17,3 Jahre, in den USA von 15,9 auf 15,6 Jahre.

Wenn man die Dekade zwischen den beiden letzten Volkszählungen 1961 und 1971 betrachtet (Tabelle 2), so stellt man für Österreich fest, daß die mittlere Lebenserwartung der Frauen durchwegs und ausnahmslos in jeder einzelnen Altersstufe gestiegen ist. Diese Gewinne betragen für die Lebenserwartung bei der Geburt mehr als 1½ Jahre, für die 10jährigen rund 1 Jahr, später nur noch etwa ½ Jahr und ab dem 70. Lebensjahr nur noch ¼ Jahr. Bei den Männern liegen die Dinge wesentlich komplizierter: Die Lebenserwartung bei der Geburt ist zwar auch um rund ein Jahr gestiegen, aber für die 5jährigen und die 15jährigen ist sie leicht zurückgegangen; dann blieb sie bis zum 45. Lebensjahr gleich, stieg für die 50- bis 55jährigen leicht an, ging bis zum 75. Lebensjahr nochmals leicht zurück, um dann vom 80. Lebensjahr an wiederum leicht anzusteigen.

In bezug auf die mittlere Lebenserwartung wird Österreich von den skandinavischen Ländern und den Niederlanden, aber auch von der Schweiz, England, Frankreich und von manchen Oststaaten übertroffen und steht somit im unteren Drittel der Rangliste (vgl. Tabelle 3).

Vergleicht man die verschiedenen europäischen Länder, so stellt man ferner fest, daß die Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung (bei der Geburt) zwischen Männern und Frauen in Frankreich, Finnland und Österreich mehr als 7 Jahre betragen. In England und den nordischen Staaten sind sie geringer und am geringsten in Bulgarien und Griechenland, wo sie sich nur mit etwa 4 Jahren zu Buche schlagen. Diese Unterschiede erstrecken sich, wenn auch etwas abgeschwächt, über sämtliche Altersgruppen. Theoretisch müßte die größte Differenz dort auftreten, wo die Lebensverhältnisse der Männer im Vergleich mit denen der Frauen besonders schlecht, bzw. die Lebensumstände der Frauen besonders gut sind; jedoch müßte jeweils im Einzelfall untersucht werden, was zutrifft. Der Einfluß schädlicher Lebensgewohnheiten bei den Männern (Alkohol, Tabak) kann sich ebenso auswirken wie etwa andererseits ein besserer sozialversicherungsrechtlicher Schutz der Frauen, Arbeits- und Mutterschutzbestimmungen, frühzeitigere Pensionierung, ausgiebigere Witwenrenten etc.

1.4 Todesursachen

Wenn man den Statistiken entnimmt, daß im Jahr 1972 in Österreich 17.121 Frauen, aber nur 14.814 Männer an Herz- und Kreislaufkrankungen gestorben sind, 8.743 Frauen und 5.991 Männer an Schlaganfällen, so darf man daraus nicht den Schluß ziehen, daß Frauen häufiger an Herz- und Gefäßleiden und zerebralen Insulten erkranken als Männer. Der Unterschied ergibt sich vielmehr aus der ungleichen Altersverteilung beider Geschlechter. Infolge ihrer größeren Lebenserwartung erreichen erheblich mehr Frauen als Männer die höheren Altersgruppen (siehe Tabelle 4) und daher kommen auf 100 Männer über 50 Jahren rund 150 Frauen. Demnach ist die absolute Zahl der Krankheiten, die vorwiegend ältere Menschen befallen, bei Frauen größer als bei Männern. Das wahre Maß der Anfälligkeit ergibt sich somit erst aus der Berechnung der altersspezifischen Häufigkeit; hier zeigt sich, daß diese fast durchwegs für Männer größer ist als für Frauen, mit alleiniger Ausnahme der rheumatischen Krankheiten, des Bluthochdrucks und der venösen Thrombosen und Embolien, die bei Frauen jenseits des 70. Lebensjahres häufiger sind als bei gleichaltrigen Männern.

Es gibt überhaupt nur wenige Todesursachen, die bei Frauen stärker überwiegen, z. B. Gallenblasenerkrankungen (einschließlich Gallenblasenkrebs), perniziöse Anämie, chronische Gelenksleiden – die aber nur selten Todesursache sind; auch Diabetes ist jenseits des 60. Lebensjahres bei Frauen häufiger als bei Männern. Allerdings spielen bei den Frauen auch Brust- und Genitalkrebs als Todesursache eine bedeutende Rolle.

Hingegen gibt es viele Krankheiten, von denen Männer zum Teil erheblich häufiger befallen werden als die Frauen: Tuberkulose, Lungenkrebs, Magenkrebs, Alkoholismus und seine Folgekrankheiten (Psychosen, Leberzirrhose), Herzinfarkt, Lungenemphysem mit oder ohne chronische Bronchitis, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür. Bei Männern ist die Unfallhäufigkeit höher als bei Frauen; auch der Tod durch Selbstmord ist häufiger.

Ein anschauliches Bild von der unterschiedlichen Sterblichkeit beider Geschlechter, gegliedert nach den wichtigsten Diagnosegruppen, geben die Tabellen 5, 6 und 6 a.

Die Betrachtung der Mortalität gibt aber nur einen Teilaspekt der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung wieder: es ist zwar gelungen, die große Mehrzahl der Todesfälle bis in das höhere Alter hinauszuschieben, nicht aber die Krankheitsfälle und die Invalidität.

1.5 Krankheitshäufigkeit

Die Krankheitshäufigkeit der erwerbstätigen Personen wird seit Jahrzehnten von den Krankenversicherungsträgern in Evidenz gehalten. Daher sind bezüglich des Krankenstandes, der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Krankheitsursachen relativ verlässliche Daten vorhanden.

Bei der Betrachtung längerer Zeiträume läßt sich feststellen, daß in den Jahren 1930–1937 die Zahl der pro Versicherten durch Krankheit verlorenen Arbeitstage zwischen 10,5 und 13,8 schwankte, während sie sich in der Dekade 1949–1958 zwischen 20,0 und 15,8 bei Männern und 18,8 bis 13,9 bei Frauen bewegte. Für 1970–1972 ergeben sich rund 15 bis 16 Tage für Männer, 13 bis 14 Tage für Frauen. Diese haben somit im Gegensatz zu den Verhältnissen in manchen anderen Ländern durchschnitt-

lich um etwa einen Krankentag pro Jahr weniger aufzuweisen als die Männer.

Eine deutliche und fast gesetzmäßige Abhängigkeit besteht zwischen Krankenstandshäufigkeit und -dauer und Alter, wobei Jugendliche durchwegs mehr, dafür aber kürzere Krankenstände zu verzeichnen haben als ältere Versicherte. Diese Gesetzmäßigkeiten lassen sich am besten aus Tabelle 7 erkennen, wobei sich auch zeigt, daß innerhalb kürzerer Zeiträume nur verhältnismäßig geringe Schwankungen bezüglich der Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen auftreten.

Sehr konstant lassen sich auch beachtliche Unterschiede in der Krankenstandshäufigkeit und -dauer zwischen Arbeitern und Angestellten nachweisen, wobei Arbeiter doppelt soviel Krankenstände und mehr als doppelt so viel durch Krankheit vorlorene Arbeitstage haben als Angestellte. Bei den Frauen sind die Unterschiede etwas geringer und überdies haben weibliche Angestellte mehr Krankenstände als männliche.

1.5.1 Krankenstand nach Wirtschaftsklassen

Die Krankenstandshäufigkeit in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist sehr unterschiedlich: sie schwankte 1972 zwischen 274 und 1.239 Fällen auf je 1.000 Beschäftigte bei Frauen, 402 und 1.133 bei Männern (siehe Tabelle 8 a).

Teils spielt hier der Altersaufbau eine Rolle, teils sind allgemeine soziale Verhältnisse maßgebend, teilweise kommen aber auch spezielle berufliche Bedingungen zum Ausdruck, wie erhöhte Unfallgefährdung, Einwirkung von Witterungsunbilden bei Arbeit im Freien, ferner Saisonarbeit, höherer Einsatz von Gastarbeitern etc.

Bisher hat man diese Differenzen entweder ignoriert oder sie zur Kenntnis genommen, ohne ihren Ursachen im Detail nachzugehen; allerdings ist eine genaue Analyse dieser Verhältnisse wegen ihrer Komplexität auch äußerst schwierig.

1.6 Krankheitsursachen

Gliedert man die Krankheitsfälle nach Diagnosegruppen und Geschlecht, so ergeben sich die in Tabelle 9 dargestellten Verhältnisse.

Bei Frauen – und übrigens auch bei Männern – sind grippale Erkrankungen die häufigste Krankheitsursache, besonders wenn man in Betracht zieht, daß ein Teil dieser Gesundheitsstörungen auch in der Krankheitsgruppe 18 (Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis) vertreten sind. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß „Grippe“, „Angina“ und dergleichen oft nur Verlegenheits- und Ausweichdiagnosen sind. Erst an zweiter Stelle stehen die Erkrankungen der Verdauungsorgane bzw. bei Männern die Arbeitsunfälle.

Eine etwas detailliertere Aufschlüsselung der wichtigsten Krankheitsursachen, aufgegliedert nach Bundesländern und für Arbeiter und Angestellte gesondert ausgewiesen, findet sich in Tabelle 10 für die Versicherten der Gebietskrankenkassen. Dieser Tabelle ist einerseits zu entnehmen, daß in den Arbeiterberufen die Männer mehr Krankenstände wegen Tuberkulose, Grippe, Krankheiten der Tonsillen und akuter Pharyngitis, Krankheiten der Atmungsorgane, des Magens und des Darmes, des Bewegungs- und Stützapparates sowie Arbeitsunfällen haben als die Frauen; Frauen hingegen erkranken häufiger an malignen Neubildungen, Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Krankheiten der Leber und der Galle.

Bei den Angestelltenberufen haben die Frauen häufigere Krankenstände wegen Grippe, Tonsillitis und akuter Pharyngitis sowie wegen Krankheiten der Atmungsorgane, des Magens, des Darmes, der Leber und Galle, der Bewegungsorgane als die Männer.

Die Rangordnung der einzelnen Diagnosegruppen ist in allen Bundesländern nahezu gleich, die absolute Zahl der Krankenstände variiert jedoch erheblich, was teils mit dem verschiedenen Altersaufbau, teils mit den verschiedenen Wirtschaftsgruppen zusammenhängt, die jeweils in einem Bundesland die Hauptrolle spielen.

1.7 Spitalsaufnahmen

Besonders schwere oder diagnostisch unklare Erkrankungen, sowie solche, die Operationen oder besondere Behandlungsmethoden erfordern, führen zur Spitalsaufnahme. Die Spitalsstatistiken haben demnach eine andere Struktur als die Krankenstandsstatistiken und geben ergänzende Aufschlüsse über den Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Eine Übersicht über die Spitalsaufnahmen nach Geschlecht und Krankheitsgruppen gibt Tabelle 9.

Spitalsbehandlungen sind somit bei Frauen etwas häufiger als bei Männern; als Hospitalisierungsursachen stehen, abgesehen von den Unfällen, an erster Stelle Krankheiten der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse mit über 50.000 Fällen im Jahr, sodann Krankheiten des Magens und des Darmes mit ebenfalls etwa 50.000 Fällen, Herz- und Gefäßkrankheiten mit über 40.000 Fällen, Krankheiten der Rachenmandeln und akute Entzündungen der Rachenorgane (also Erkältungskrankheiten) mit annähernd 35.000, knapp gefolgt von den Krankheiten der Schwangerschaft und des Wochenbettes in annähernd gleicher Zahl; dann kommen schon als nächsthäufige Ursache die Krebsleiden mit fast 26.000, Krankheiten der Leber und der Galle mit wenig unter 25.000, der Atmungsorgane mit mehr als 20.000 und der Bewegungs- und Stützapparate mit mehr als 19.000.

Hinzu kommen noch fast 93.000 normale Entbindungen, die in den Krankenanstalten erfolgt sind.

1.8 Zusammenfassende Feststellungen über die wichtigsten Krankheiten der Frauen

1.8.1 Herz- und Gefäßerkrankungen

Obwohl Frauen seltener und erst in höherem Alter an sklerotischen Herz- und Gefäßleiden erkranken als Männer, sind diese Leiden auch bei ihnen die häufigste Todesursache und eine der häufigsten Ursachen für eine Krankenhausbehandlung.

Herzklappenfehler

Noch vor etwa 50 Jahren waren Frauen häufiger von rheumatischen Herzfehlern betroffen als Männer. Dieser Unterschied besteht nicht mehr; es sind auch die schweren Fälle, bei denen gleichzeitig 2 oder 3 Herzklappenapparate betroffen sind, viel seltener geworden. Insgesamt nehmen die Herzklappenfehler immer mehr an Bedeutung gegenüber den sklerotischen Herzerkrankungen und dem Bluthochdruck ab.

Sklerotische Gefäßerkrankungen

Ihre wichtigste Manifestation, der Herzinfarkt, ist bei Männern mehr als dreimal so häufig wie bei Frauen; auch

die chronische Sklerose der Herzkranzgefäße sowie die allgemeine Arterienverkalkung treten bei diesen seltener auf.

Bluthochdruck

Bei Frauen stellt man häufiger erhöhten Blutdruck fest als bei Männern, doch verläuft dieses Leiden bei ihnen oft relativ gutartig. Bei einer Untersuchung von 49.000 Männern und 23.000 Frauen in Wiener Betrieben war ein erhöhter Blutdruck

bei 6,3% der Männer und 9% der Frauen im Alter von 41–50 Jahren,

bei 9,4% der Männer und 17,7% der Frauen im Alter von 51–60 Jahren und

bei 17,7% der Männer und 27,2% der Frauen im Alter von 61–65 Jahren festzustellen.

Schlaganfälle

Diese werden durch Durchblutungsstörungen oder durch Blutaustritte im Gehirn verursacht, wobei ein erhöhter Blutdruck ein wesentlicher Risikofaktor ist. Sie betreffen vorwiegend ältere Menschen. Die hohen Quoten bei den Frauen sind ein Ausdruck der höheren Lebenserwartung des weiblichen Geschlechts. In mittleren Jahren sind sie eine häufige Ursache frühzeitiger Invalidität.

Erkrankungen der Venen

Venenentzündungen und deren gefährlichste Komplikation, die Lungenembolie, sind bei Frauen fast doppelt so häufig wie bei Männern. Dies hängt mit der größeren Neigung des weiblichen Geschlechts zur Krampfaderbildung zusammen, wobei zusätzliche Belastungen durch Schwangerschaften eine gewisse Rolle spielen können, die Grundursache aber in einer relativ schwächeren Ausbildung der Gefäßwände liegt.

1.8.2 Krebsleiden

Weibliche Geschlechtsorgane

Der Krebs der weiblichen Geschlechtsorgane ist häufig und tritt oft schon in jungen Jahren auf. Die Todesfälle auf je 100.000 Frauen betragen in Österreich im Durchschnitt 1970–1972 7,6 für den Krebs der Gebärmutter. Noch höher ist die Krebsrate für die weibliche Brustdrüse, die 32,2 auf 100.000 erreichte, während sie im Zeitraum 1959–1963 nur 26,2 betrug.

Krebs der Verdauungsorgane

Der Magenkrebs ist bei Frauen seltener als bei Männern, ebenso der Mastdarmkrebs, während der Krebs der übrigen Darmabschnitte bei beiden Geschlechtern annähernd gleich häufig ist. Entsprechend der größeren Anfälligkeit der Frauen für Gallensteinleiden ist bei ihnen auch der Gallenblasenkrebs häufiger. (Sterblichkeit im Durchschnitt 1969–1972 12,7 auf 100.000 bei Frauen, 4,8 auf 100.000 bei Männern.)

Krebs der Atmungsorgane

Der Lungenkrebs ist bei Männern mehr als 6mal häufiger als bei Frauen (Sterblichkeit 76,4 auf 100.000 bei Männern, 12,2 bei Frauen). Hier spielen nicht nur die Rauchgewohnheiten eine Rolle, sondern die stärkere Exposition der

Männer gegenüber Staub, Reizgasen, Dämpfen und sonstigen Einwirkungen, die zur Ausbildung einer chronischen Bronchitis führen. Ob außerdem noch ein geschlechtsspezifischer Faktor wirksam ist, erscheint fraglich.

Bei den sonstigen, wichtigen Krebslokalisationen sind keine wesentlichen Unterschiede zu verzeichnen, außer beim Blasenkrebs, der bevorzugt Männer befällt, und beim Krebs der Schilddrüse, an dem Frauen etwas häufiger erkranken.

1.8.3 Tuberkulose

Wenn diese Krankheit auch nicht mehr die gleiche Rolle spielt wie zu Beginn dieses Jahrhunderts, so verdient doch festgehalten zu werden, daß Österreich immer noch eine relativ hohe Tuberkulosesterblichkeit aufweist.

Da im Bericht an den Deutschen Bundestag über die gesundheitliche Lage der Frau Tabellen über die Tuberkulosesterblichkeit enthalten sind, mag es von Interesse sein, die Vergleichsziffern für Österreich anzugeben.

	Jahr	Tuberkulosesterblichkeit auf 100.000 Einwohner		registrierte aktive Tuberkulose auf 100.000 Einwohner	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich
BRD	1964	19,0	5,3	514,1	244,8
Österreich	1954	46,3	24,3	1063,9	830,7
	1967	26,3	8,9	519,0	308,4
	1968	22,8	8,2	508,2	308,4
	1972	17,5	6,3		

Die geringere Tuberkuloseanfälligkeit des weiblichen Geschlechts ist in Österreich also ebenso ausgeprägt wie in der Bundesrepublik. Auch heute noch ist die Tuberkulose trotz des Rückgangs der Todesfälle ein sehr wichtiges volksgesundheitliches Problem. Die großen Unterschiede, die in der Tuberkuloseanfälligkeit einzelner Berufe noch zu Beginn dieses Jahrhunderts zu verzeichnen waren, haben sich zwar weitgehend ausgeglichen, doch bestehen Anhaltspunkte dafür, daß immer noch im Baugewerbe und im Gastgewerbe mehr Tuberkulose-Todesfälle auftreten als etwa bei Metallarbeitern oder bei Angestellten.

Eine ständige Kontrolle der Lungenbefunde bei Lehrern, bei gewissen Lebensmittel-Arbeitergruppen, Krankenpflegepersonen etc. ist gesetzlich vorgesehen.

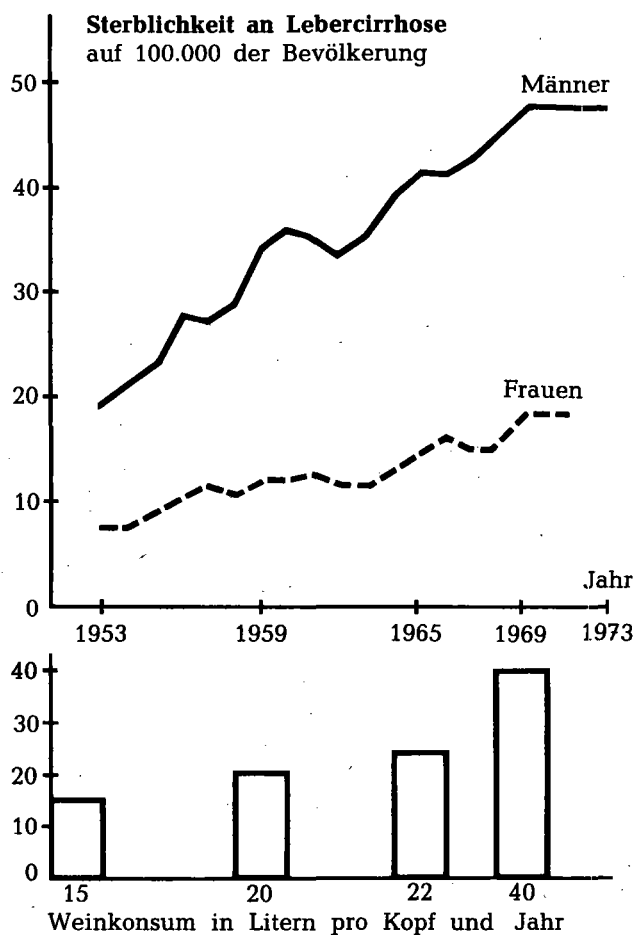
1.8.4 Erkrankungen der Atmungsorgane (außer Tuberkulose und Krebs)

Die besondere Häufigkeit der Erkältungskrankheiten und anderer akuter Infektionen der Atmungsorgane in der Morbiditätsstatistik beider Geschlechter und unter den Spitalsaufnahmen wurde bereits hervorgehoben. Sie treten bei den Frauen stärker auf als bei den Männern. Weitere wichtige chronische Leiden der Atmungsorgane sind die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem, die bei Frauen seltener sind als bei Männern und erst in höheren Altersgruppen auftreten. Auch das echte Bronchialasthma ist bei Frauen etwas seltener.

1.8.5 Krankheiten der Verdauungsorgane

Auf die größere Häufigkeit von Gallensteinleiden bei Frauen und ihre geringere Anfälligkeit für Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre sowie für chronische Gastritis wurde bereits hingewiesen. Die Blinddarmentzündung ist bei ihnen etwas häufiger, wobei aber auffallenderweise die Sterblichkeit an diesem Leiden bei Männern höher ist.

Entsprechend der größeren Häufigkeit des chronischen Alkoholismus bei den Männern findet sich bei diesen eine Leberzirrhose deutlich häufiger als bei den Frauen, doch ist in den letzten 20 Jahren die Sterblichkeit an Leberzirrhose auf mehr als das Doppelte angestiegen, u. zw. bei beiden Geschlechtern, womit diese Erkrankung zu einem wichtigen sozialmedizinischen Problem wurde. Bei den Männern erhöhte sich die Sterblichkeit von 19,6 auf 100.000 im Jahr 1953 auf 46,6 im Jahr 1972, bei den Frauen im gleichen Zeitraum von 7,7 auf 15,9. Besonders betroffen sind die mittleren Altersgruppen.



1.8.6 Diabetes

Mit steigendem Wohlstand ist in den Industrieländern die Zuckerkrankheit häufiger geworden; von dieser Entwicklung ist auch Österreich nicht verschont geblieben. Die Zahl der Diabetes-Todesfälle ist von 7,6 auf 100.000 im Jahr 1949 auf 15,1 im Jahr 1962 und 17,5 im Jahr 1972 (Männer 12,1, Frauen 22,2) angestiegen.

Die größere Anfälligkeit der Frauen ist zu einem guten Teil eine bloß scheinbare, da die Diabetes vorwiegend im Alter manifest wird und die Frauen daher stärker trifft. Es läßt sich nachweisen, daß bis zum 50. Lebensjahr sowohl die Erkrankungshäufigkeit, als auch die Sterblichkeit der Männer an Zuckerkrankheit höher ist.

1.8.7 Krankheiten der Harnorgane

Ebenso wie bei Diabetes und aus den gleichen Gründen sind auch die Steinleiden der Harnorgane häufiger geworden, wenn auch nicht im gleichen Ausmaß. Auch sie befallen Frauen etwas öfter als Männer. Vor allem aber leiden Frauen häufiger an chronisch-entzündlichen Nieren-erkrankungen und auch an Blasenentzündungen, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, daß bei ihnen – aus anatomischen Gründen – Harninfektionen leichter zustande kommen. Die auf dem Blutweg entstehenden akuten und chronischen Nierenentzündungen sind bei beiden Geschlechtern eher seltener geworden, zumindest was die schweren Formen betrifft.

1.8.8 Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates

Die größere Neigung der Frauen zu Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis ist den Ärzten wohl bekannt, ohne daß man für dieses Verhalten besondere Gründe anzugeben vermöchte. Insbesondere die sogenannte primär-chronische Polyarthrit mit starker Deformation vor allem der Hand- und Fingergelenke und dadurch bedingter, oft schwerer Verkrüppelung, befällt vor allem Frauen. Hingegen ist eine andere, in ihrer Entstehungsweise ungeklärte Erkrankung mit Versteifung der Wirbelsäule, die sogenannte Bechterewsche Krankheit, fast nur bei Männern anzutreffen.

Frauen neigen mehr zu statischen Beschwerden, d. h. Schmerzen bei längerem Stehen und Gehen, zu Senk-, Platt- und Spreizfußbeschwerden, Bildung von Hammerzehen, Fersenbeinsporn etc. Man macht dafür den schwächeren Knochen- und Bindegewebsapparat der Frauen verantwortlich, für die häufigen Fußdeformationen aber auch das unzureichende Schuhwerk.

1.8.9 Das Problem der Fettleibigkeit

Nach der Hungerperiode zu Kriegsende und in den unmittelbaren Nachkriegsjahren bis etwa 1949 hat eine Welle kompensatorischer Überernährung eingesetzt, die während der anschließenden Wohlstandsperiode angehalten hat und noch andauert. Zwar ist die Fettsucht als alleinige oder überwiegende Todesursache selten und auf Extremfälle beschränkt, doch steht außer Zweifel, daß Fettleibigkeit, häufig gepaart mit anderen Risikofaktoren wie erhöhtem Blutdruck, erhöhtem Cholesterin- und Blutfettspiegel, mit Diabetes und Gefäßverkalkung leistungsmindernd und lebensverkürzend wirkt. Es steht ebenfalls außer Zweifel, daß durch die Ernährungsgewohnheiten, die sich den verminderten körperlichen Leistungsanforderungen nicht angepaßt haben, Fettleibigkeit in Österreich häufiger ist als in den meisten anderen europäischen Ländern (Süddeutschland und die Niederlande vielleicht ausgenommen). Neuerdings hat eine Pressemeldung vom Dezember 1973 Aufsehen erregt, wonach bei den Vorsorgeuntersuchungen festgestellt wurde, daß rund 70% der Frauen und 37% der Männer als übergewichtig befunden wurden.

In der Projektstudie des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz zur Vorsorgeuntersuchung wurden Männer mit Broca¹⁾ -10 bis Broca +10 sowie Frauen mit Broca -20 bis Broca 0 als normalgewichtig gereiht.

¹⁾ Der Broca-Index lautet: Normalgewicht in kg = Körperlänge minus 100.

Unter diesen Modalitäten wurden als übergewichtig bewertet:

in Wien: 40,7% der Männer, 45,9% der Frauen

in Kärnten: 36,6% der Männer, 46,6% der Frauen.

Der Altersaufbau dieser beiden Gruppen ist jedoch so unterschiedlich und die Auswahl so uneinheitlich, daß man diese Differenzen sicher als nicht signifikant betrachten kann.

Bei Gesundenuntersuchungen der Wiener Gebietskrankenkasse wurde schon vor Jahren ein höherer Normwert angesetzt, wobei ein alarmierendes Übergewicht erst bei einem Gewicht von Brocaindex plus 10 angenommen wurde. Auch bei dieser Betrachtungsweise war die Zahl der Übergewichtigen immer noch sehr beträchtlich: es ergab sich ein Mehrgewicht von mehr als 10 kg

bei 13% der Männer und 18% der Frauen von 15–40 J. bei 25% der Männer und 40% der Frauen von 41–50 J. bei 30% der Männer und 50% der Frauen von 51–60 J., wobei in den höheren Altersgruppen mehr als 15% sogar ein Mehrgewicht von 20 kg und darüber hatten.

Abgesehen von den eingangs erwähnten Herz- und Gefäßleiden und der Diabetes leiden Fettleibige auch häufiger an Erkrankungen der Gallenwege, an Gicht und an Steinleiden der Harnwege, an statischen Beschwerden, Krampfadern und Senkfüßen. Es gibt Angaben in der Literatur, wonach Fettleibigkeit nicht nur das Leben verkürzt, sondern auch eine wichtige Ursache oder Mitursache der vorzeitigen Invalidität ist.

Im Hinblick auf die Wichtigkeit dieses behaupteten Tatbestandes wurde vor einigen Jahren mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft eine Studie über den Berufsverlauf der Fettleibigen im Vergleich mit normalgewichtigen Personen gleichen Geschlechts, Alters und gleicher Berufsverwendung durchgeführt. Als Unterlage dienten die Gesundheitsblätter der Betriebsfürsorge der Wiener Gebietskrankenkasse, auf denen die relevanten Gesundheits- und Berufsdaten über einen Zeitraum von 10–20 Jahren (im Durchschnitt 15,3 Jahre) verfolgt werden konnten.

Es wurden Fettleibige mit normalem Blutdruck mit normalgewichtigen Personen ebenfalls normalen Blutdrucks verglichen. Hierbei ergab sich erwartungsgemäß zwar eine etwas erhöhte Sterblichkeit der Fettleibigen, aber keine signifikant erhöhte Frühinvalidität: Im Beobachtungszeitraum gab es bei den fettleibigen Frauen 7%, in der Kontrollgruppe 8% Frühinvaliden. Die fettleibigen Hypertoniker beiderlei Geschlechts verhalten sich nicht anders als die normalgewichtigen Personen mit Hochdruck. Die Untersuchung ergab, daß die Frühinvalidität bei den Fettleibigen nicht häufiger war als bei den normalgewichtigen Kontrollfällen, obwohl es unter den Probanden nicht wenige mit beträchtlicher Fettsucht entsprechend einem Mehrgewicht von 20–30 kg, ausnahmsweise sogar bis 45 kg gab. Die Übersterblichkeit der Fettleibigen kommt hauptsächlich erst jenseits des 60. bzw. 65. Lebensjahres zur Auswirkung.

Wenn demnach Fettleibigkeit keine zahlenmäßig feststellbare Rolle für das Zustandekommen einer Frühinvalidität spielt – unbeschadet der durch sie bedingten Belastung des Kreislaufs und des Stützapparates –, so wirken sich hiebei möglicherweise kompensatorische Faktoren aus, die es der Mehrzahl der Fettleibigen ermöglichen, ihre Arbeit bis zur Erreichung der Altersgrenze zu leisten. Sie weisen oft größere emotionelle Stabilität auf, einen sparsameren Bewegungsablauf, sie lassen sich auch nicht so leicht ein

gehetztes Arbeitstempo aufzwingen. Die Leistungsfähigkeit des menschlichen Organismus kann eben nicht nur aufgrund einer rein mechanistischen Betrachtungsweise verstanden werden, sondern es spielen auch psychische Einstellung und Belastbarkeit eine wesentliche Rolle. Dessenungeachtet muß es das Ziel einer vernünftigen Gesundheitsvorsorge sein, die Ernährungsgewohnheiten zu regeln, der Bewegungsarmut entgegenzuwirken und das Zustandekommen einer Fettleibigkeit möglichst zu verhindern.

1.9 Medizinische Probleme der Frauenarbeit

Hierüber existiert eine umfangreiche, arbeitsmedizinische Literatur, deren systematische Darstellung den Rahmen dieses Berichtes sprengen würde. Hier sei nur kurz auf die Ergebnisse der Betriebsuntersuchungen für den Bereich von Wien verwiesen (aufgrund der von *Dr. G. Hofbauer* und *Dr. G. Rischaneck* am XV. Intern. Arbeitsmedizinischen Kongreß in Wien vorgebrachten Resultate – s. „Die Betriebsfürsorge der Wiener Gebietskrankenkasse“, XV. Intern. Arbeitsmedizinischer Kongreß, Wien 1966, Suppl. Band II).

1.9.1 Arbeiterberufe

1. Schwerarbeit, insbesondere Heben und Tragen schwerer Lasten kann infolge Überbeanspruchung der Muskulatur und des Binde- und Stützgewebes zu Erkrankungen in diesem Bereich führen, sowie zu Herz- und Kreislaufschädigungen und Krampfadern.
2. Arbeit im Stehen: Erkrankungen des Stützapparates, statische Beschwerden, Krampfadern.
3. Arbeit ausschließlich im Sitzen: Wirbelsäulenbeschwerden, Stuhlträgheit, eventuell Haemorrhoiden, Stauungen in den unteren Körperpartien.
4. Arbeit in abnormer Haltung oder mit stets gleichbleibenden Bewegungen: Abnützungsbeschwerden im Bereich der betroffenen Körperstrukturen.
5. Ungünstige Temperaturverhältnisse:
 - a) In der Kälte: erhöhte Infektanfälligkeit, Verschlechterung rheumatischer Leiden.
 - b) In der Hitze: Kreislaufbelastung, Neigung zu Hauterkrankungen.
 - c) Bei starken Temperaturschwankungen: Neigung zu Erkältungskrankheiten und rheumatischen Beschwerden.
6. Arbeit in Nässe: ähnlich wie bei Kälteexposition.
7. Arbeit bei erniedrigter Luftfeuchtigkeit: Austrocknungsschäden an den Schleimhäuten, Kreislaufbeeinträchtigungen.
8. Arbeit im Freien: Summierung von Erkältungsschäden, Hitze- und Kälteeinwirkungen.
9. Arbeiten im Lärmilieu: Neurozirkulatorische Störungen, Gehörschäden.
10. Ungünstige Beleuchtung: Ermüdungs- und Reizerscheinungen an den Augen, Kopfschmerzen, Arbeiterschwerung durch Blendeffekte.
11. Schlechte Belüftung: Schädigungen durch Staub, Gase und Dämpfe, Schleimhautreizungen, Magen- und Darmstörungen.
12. Schmutzarbeit: Hauterkrankungen.
13. Arbeiten unter besonderen Bedingungen, wie taktgebundene Arbeit, Schicht- und Akkordarbeit können mannigfaltige Beschwerden, hauptsächlich nervöser Natur, bei längerer Dauer aber auch Organstörungen hervorrufen.

14. Mangelnde Erholungspausen: frühzeitige Erschöpfungerscheinungen.

In den wichtigsten Betriebsklassen ergaben die Untersuchungen folgende Gesundheitsschäden:

1. Steine, Erdgewinnung und Steinbearbeitung, Glasproduktion: Staublungenenerkrankungen, gelegentliche Bleischädigungen, Magen- und Darmstörungen.
2. Eisen- und Metallgewinnung und -bearbeitung: Frauen in der Kernmacherei sind staubgefährdet und bekommen auch häufig Hauterkrankungen. – Bei der Metallbearbeitung kommen Schäden durch Metaldämpfe, durch nitrose Gase, durch Lösungsmittel und durch Staub zur Beobachtung.
3. Textilbetriebe: Lärmschädigung bei Arbeit an Webstühlen, Hautschädigungen.
4. Bekleidungsbetriebe: Lösungsmittelschäden durch Kitte und Klebemittel, besonders in der Schuherzeugung. Quecksilberschäden in der Haarhutfabrikation (neuerdings werden aber quecksilberhaltige Beizen nicht mehr verwendet). Chrom- und Ursolkzeme in Kürschnereien, auch asthmatische Erkrankungen. Hauterkrankungen in der Hanf- und Juteindustrie.
5. Papiererzeugung und -bearbeitung: Allergische Erkrankungen.
6. Graphische Betriebe: Neurovegetative Störungen, Lärmschädigungen.
7. Chemische Produktion: Hauterkrankungen, insbesondere Ekzeme, gelegentlich Blutschädigungen durch Benzol und andere Lösungsmittel; Staubschäden, allergische Erkrankungen.
8. Nahrungs- und Genußmittelbetriebe: Bäckerasthma, Hautschädigungen, Gehörschäden durch Lärm, Neigung zu besonderer Fettleibigkeit infolge Zuteilung von Gratisbackwaren und anderen Lebensmitteln.
9. Reinigungswesen: Hautschäden und Lösungsmittelschädigungen in Wäschereien, Putzereien etc.

1.9.2 Angestellte

Auch hier sind Einflüsse des Arbeitsmilieus von großer Bedeutung. Oft sind Büros in älteren Gebäuden untergebracht, deren Fenster auf lichtarme Hinterhöfe oder Lichtschächte hinausgehen. Dies ergibt ungenügende Lüftungsmöglichkeiten und schlechte Abschirmung gegen Lärm von Büromaschinen und Telefonapparaten.

Großraumbüros andererseits sind oft unzweckmäßig eingerichtet, die Arbeitsplätze sind zu dicht beieinander, die Klimatisierung ist unzureichend, die Beleuchtung nicht blendungsfrei. Die empfohlene Lautstärke von 55 Phon einschließlich der Geräusche von Büromaschinen und Telefon wird nicht selten überschritten. Die Beschaffenheit und Anordnung des Mobiliars läßt zu wünschen übrig. Mit Plastik belegter Betonboden wird als zu kalt empfunden. Manchmal fehlen geeignete Pausen- und Erholungsräume. Die nur mit schmalen Arbeitstischen und Schreibmaschinen ausgestatteten Arbeitsplätze geben den Angestellten, die früher in konventionellen Büros gearbeitet hatten, oft das Gefühl der Entpersönlichung.

Hinsichtlich der einzelnen Berufssparten wurde folgendes erhoben:

1. Stenotypistinnen: Bei voll ausgelasteter Arbeitszeit besteht häufig eine zu

starke Beanspruchung bestimmter Muskelgruppen, Sehnen, Sehenscheiden und Gelenke der oberen Extremität, und es kommt auch zu Muskelverspannungen im Schulterbereich sowie zu Abnützungserscheinungen an der Halswirbelsäule. Nahezu ununterbrochenes, achtstündiges Maschinschreiben mit dem Diktiergerät ist als Schwerarbeit zu qualifizieren, wie durch Pulszählung und Kreislaufuntersuchung erhärtet werden konnte.

2. Verkäuferinnen:

Typische Belastungen sind die Zugluft in kleinen Verkaufsräumen, die oft kalte Bodenbeschaffenheit dieser Räume und die künstliche und dabei noch unzulängliche Beleuchtung während eines großen Teils der Arbeitszeit. Oft ist die Tätigkeit mit schwerem Heben verbunden, manchmal auch mit Hantieren in Nässe und mit kalter Ware. Die Verkäuferin muß an fast allen Arbeitsplätzen während der ganzen Arbeitszeit stehen und hat oft selbst dann keine geeignete Sitzgelegenheit zur Verfügung, wenn keine Kunden zu bedienen sind. In Stoßzeiten ist sie oft übermäßig beansprucht und darf auch unter Zeitdruck nie Ungeduld zeigen, muß höflich und zuvorkommend sein, An ihr Nervensystem werden also besondere Anforderungen gestellt. Andererseits sind auch statische Leiden in dieser Berufssparte besonders häufig.

3. Locherinnen und Prüferinnen in der Datenverarbeitung:

Es werden fast nur junge Arbeitskräfte verwendet, die Schnelligkeit, Konzentration und Ausdauer bei einer relativ monotonen Tätigkeit aufbringen können. Überlastungserscheinungen im Bereich der oberen Extremitäten, besonders Belastungen der Augen, des Gehörs sowie der Aufmerksamkeit sind oft zu verzeichnen, was zu neurovegetativen Störungen führt.

1.10 Die Unfallhäufigkeit bei Frauen

1.10.1 Unfälle im Haushalt und in der Freizeit

Der Mikrozensus 1970 hat ergeben, daß von 133.000 Personen, die von November 1969 bis Dezember 1970 Unfälle im Haushalt oder in der Freizeit erlitten hatten, 71.300 weiblichen Geschlechts waren. Die Altersverteilung war wie folgt:

Alter	Zahl der Unfälle		hiervon tödlich	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
0-9 J.	15.000	7.700	39	33
10-19 J.	11.200	5.600	14	8
20-29 J.	5.000	4.700	20	5
30-39 J.	5.900	3.900	21	4
40-49 J.	5.900	7.200	33	27
50-59 J.	4.800	10.100	28	19
60 und mehr	12.800	31.900	345	837
unbekannt	300	200		
Insgesamt	61.500	71.300	500	933

Die Tabelle illustriert die bekannte, höhere Unfallgefährdung des männlichen Geschlechts, vor allem bis zum 20. Lebensjahr und angedeutet noch bis zum 50. Lebensjahr, sowie die beträchtlich erhöhte älterer Frauen ab dem 50., vor allem aber dem 60. Lebensjahr durch Unfälle im Haushalt. 50% der tödlichen Unfälle bei Männern und 83% bei Frauen betrafen Personen, die älter waren als 70 Jahre.

Dagegen sind Frauen in allen Altersgruppen durch Sport- und Verkehrsunfälle weniger gefährdet als Männer. (Vgl. Abbildung im Tabellenanhang.)

Aus einer Studie über Unfälle im Haushalt, die im Jahr 1972 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz durchgeführt wurde, sind noch folgende Ergebnisse von Interesse:

Die meisten häuslichen Unfälle (67% der nichttödlichen, 88% der tödlichen) sind durch Stürze hervorgerufen, dann folgen als Ursachen Schneiden oder Stechen, Schlag oder Stoß, Verbrennungen und Verbrühungen, Vergiftungen (besonders bei Kindern); ausgesprochen seltene Ursachen sind Verletzungen durch Tiere (2%) oder durch elektrischen Strom (0,3%). In ländlichen Haushalten sind die Verletzungen durch Verbrennung oder Verbrühung und die beim Schlachten von Haustieren häufiger, aber auch dort überwiegen weitaus die Stürze.

Was die Unfallfolgen bei den häuslichen Unfällen anlangt, so kam es zu

Knochenbrüchen und Verrenkungen	bei 32% der Männer u. 37% der Frauen,
Wunden an versch. Körperstellen	bei 41% der Männer u. 29% der Frauen,
Verstauchungen, Quetschungen, Zerrungen, Prellungen	bei 16% der Männer u. 26% der Frauen,
Schädelverletzungen, Gehirnerschütterungen	bei 4% der Männer u. 4% der Frauen,
sonstigen Verletzungen	bei 7% der Männer u. 4% der Frauen.

Von den im Jahr 1970 erfolgten, rund 190.000 Sport-, Freizeit- und häuslichen Unfällen mußten 89.000 = 47% in Krankenhäuser aufgenommen werden, was fast 8% sämtlicher Spitalsaufnahmen ausmacht. Der Anteil der direkt bei Tätigkeiten im Haushalt erfolgten Unfälle dürfte hierbei etwa 20.000 betragen.

Im internationalen Vergleich steht Österreich hinsichtlich der Unfälle im Haushalt mit 14,3 tödlichen Unfällen auf 100.000 Männer und 23,4 auf 100.000 Frauen im europäischen Spitzenbereich.

1.10.2 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Es werden jährlich rund 33.600 Männer und 7.900 Frauen nach Arbeitsunfällen in Spitälern aufgenommen und es sterben an Arbeitsunfallfolgen jährlich im Durchschnitt 880 Personen (610 Männer und 270 Frauen). In den verschiedenen Wirtschaftsklassen verhält sich die Unfallhäufigkeit bei Frauen zur Unfallhäufigkeit bei Männern wie 1 : 2 bis 1 : 4.

Aus einem Bericht über die Amtstätigkeit der Arbeitsinspektorate im Jahr 1972 lassen sich bezüglich der Unfallhäufigkeit bei Frauen (reine Arbeitsunfälle unter Ausschluß der diesen versicherungsrechtlich gleichgestellten Wegunfälle) folgende Daten hinsichtlich einiger wichtiger Wirtschaftsklassen berechnen:

Wirtschaftsklasse	Unfallhäufigkeit auf je 1000 Versicherte	
	Männer	Frauen
II. Energie- und Wasserversorgung	64	18
III. Bergbau, Steine, Erden, Glaswaren	76	32
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken, Tabakverarbeitung	67	28

Wirtschaftsklasse	Unfallhäufigkeit auf je 1000 Versicherte	
	Männer	Frauen
V. Erzeugung von Textilien	68	25
VI. Bekleidung, Bettwäsche, Schuhe	31	13
VII. Leder und Lederersatzstoffe	73	28
VIII. Musikinstrumente, Holzverarbeitung, Spielwaren	95	44
IX. Papier und Pappe	149	38
X. Druck und Vervielfältigung	40	16
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	86	32
XIII. Metallindustrie	147	80
XIV. Bauwesen	102	11
XV. Handel, Lagerung	33	11
XVI. Beherbergung, Gaststätten	28	11
XX. Körperpflege, Reinigung	23	8
XXII. Gesundheits- und Fürsorgewesen	36	16
XXIII. Unterricht und Forschung	28	10

Noch günstiger schneiden die Frauen bezüglich der versicherungsrechtlich den Arbeitsunfällen gleichgestellten entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten ab, da in vielen Betrieben, bei denen giftige oder sonstige schädliche Stoffe die Arbeitnehmer gefährden, aufgrund der Arbeitsschutzgesetze die Verwendung von Frauen untersagt oder auf weniger exponierte Arbeitsplätze eingeschränkt ist. Im Durchschnitt der Jahre 1968/71 waren in Österreich erkrankt an:

Nr.	Berufskrankheit	Männer	Frauen
1-39	Berufskrankheiten insges.	1.905	246
1	Erkrankungen durch Blei	19	1
9 und 11	Erkrankungen durch Lösungsmittel	10	2
15	Erkrankungen d. Kohlenoxyd	62	2
19	Hauterkrankungen	82	36
26 a	Silikose	139	2
26 b	Siliko-Tuberkulose	25	0
33	Lärmschwerhörigkeit	1.458	112
38	Infektionskrankheiten in Gesundheitseinrichtungen	39	108
39	von Tieren auf Menschen übertragene Krankheiten	16	12

Die einzige Gruppe, in der Frauen häufiger betroffen sind als Männer, ist Nr. 38. Sie gilt hauptsächlich für Krankenanstalten; die Zahl der dort beschäftigten Schwestern und weiblichen Hilfskräfte ist weit höher als die der Ärzte und der männlichen Bediensteten, die mit Kranken in Berührung kommen.

Die zahlreichen Fälle von Lärmschwerhörigkeit ergaben sich aus der Tatsache, daß in den letzten Jahren nach derartigen Schädigungen sehr intensiv geforscht wurde.

1.10.3 Verkehrsunfälle

Verkehrsunfälle zählen heute zur wichtigsten Todesursache bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei den Erwachsenen bis zum 40. Lebensjahr. Obwohl die Männer weit mehr betroffen sind als die Frauen, zeigen die jüngsten Ergebnisse (Tabelle 11), daß in den letzten 10 Jahren die Zahl der weiblichen Personen im Alter von 15-24 Jahren,

die an den Folgen von Verkehrsunfällen gestorben sind, sich verdoppelt hat, und daß bei den 25-34-jährigen eine fast ebenso starke Zunahme zu verzeichnen war.

Eine Verbesserung der Situation wäre aus sozialmedizinischen Gesichtspunkten besonders vordringlich, da in erster Linie jüngere, voll im Arbeitsleben stehende Menschen in großer Zahl nicht nur getötet, sondern vielfach für ihr weiteres Leben zu Invaliden werden.

1.11 Frühinvalidität

Unter Frühinvalidität versteht man jede dauernde Erwerbsunfähigkeit, die krankheitshalber bei Frauen vor dem 60. und bei Männern vor dem 65. Lebensjahr eintritt. Zwischen den Jahren 1954 und 1958 hatte die Frühinvalidität erheblich zugenommen; in den letzten Jahren zeichnet sich wiederum eine deutliche Abnahme ab. (Vgl. Tabelle 12.) Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Quoten bei den 60-65-jährigen Männern und den 55-60-jährigen Frauen nicht mehr ganz mit den früheren Werten vergleichbar sind, da inzwischen die Möglichkeit einer Frühpension nach 45 Arbeitsjahren geschaffen wurde (die allerdings nur verhältnismäßig wenigen Frauen zugute kommt). Zweifellos sind aber viele ältere Menschen in die Frühpension gegangen, die sonst noch im Arbeitsprozeß geblieben wären. Dadurch ist die Invaliditätsquote zwischen 55 und 65 teilweise gestiegen. In den anderen Altersgruppen jedoch ist die Vergleichbarkeit absolut gegeben.

Da in der Morbidität und Mortalität der jüngeren und mittleren Altersgruppen seit 1958 keine höhergradigen Veränderungen aufgetreten sind, ist man berechtigt, die verringerte Frühinvaliditätsquote zu einem erheblichen Teil dem Ausbau und der gesteigerten Wirksamkeit der Rehabilitationseinrichtungen der Kranken- und Pensionsversicherungsträger zuzuschreiben. Nur bei den Versicherten im Bergbau läßt sich eine Verbesserung nicht nachweisen; hier mögen allerdings die in den letzten 15 Jahren erfolgten weitgehenden Veränderungen in der Berufsstruktur eine maßgebliche Rolle spielen.

Diese Verbesserung der Situation zeigt sich auch bei einer Betrachtung des Neuzuwachses an Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen. Bei den Arbeitern vom 25. bis 45. Lebensjahr ist eine deutliche Verringerung eingetreten, ebenso ab dem 55. Lebensjahr. Bei den männlichen Angestellten ist die Verbesserung durchgreifend vom 25. bis zum 65. Lebensjahr nachweisbar.

Die Situation bei den Arbeiterinnen hat sich ebenfalls durchwegs verbessert, mit Ausnahme der Altersgruppe der 35- bis 40-jährigen. Bei den weiblichen Angestellten betrifft die Verbesserung wie bei ihren männlichen Kollegen alle Altersgruppen (Tabelle 13).

Von Interesse sind außerdem die Berentungsursachen (Tabelle 14). Die häufigste Ursache einer Berentung sind überall die Herz- und Gefäßkrankheiten, gefolgt von den Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und – bei den Arbeitern – von den nichttuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane. Dann erst folgen, vor allem in den Arbeiterberufen, die Unfälle. Die Tuberkulose ist häufiger bei Arbeitern als bei Angestellten die Ursache einer dauernden Invalidität, gehört hingegen in allen Berufsgruppen zu den häufigsten Gründen für eine vorübergehende Invalidisierung. Krankheiten des Zentralnervensystems sind bei Angestellten beiderlei Geschlechts häufiger als bei Arbeitern, ebenso Berentungen wegen Psychosen, wobei

die hohe Quote von mehr als 8% bei weiblichen Angestellten auffällt. Auch Augenleiden sind bei weiblichen Angestellten eine relativ häufige Ursache einer Berufsunfähigkeit.

Selbstverständlich sind die Berentungsursachen in den verschiedenen Altersgruppen verschieden. Bei jüngeren Menschen überwiegen die Tuberkulose und die Unfälle und besonders bei den Frauen auch die Erkrankungen des Nervensystems sowie Neurosen und Psychosen. Die Tuberkulose spielt auch noch in den mittleren Altersgruppen (besonders bei den Arbeitern) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Herz- und Gefäßkrankheiten treten ab dem 45. Lebensjahr immer mehr in den Vordergrund, bis sie bei den 60- bis 65jährigen zur Ursache der Hälfte aller Invalidisierungen werden (im Detail s. Tabelle 15).

Im Vergleich mit 1958 ergibt sich, daß seither die Tuberkulose als Berentungsursache erheblich seltener geworden ist, während Herz- und Gefäßleiden an Bedeutung zugenommen haben.

Die Sterblichkeit der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeits-Pensionisten ist in allen Altersgruppen erheblich höher als die der Erwerbstätigen gleichen Alters, und zwar in den jüngeren Altersstufen rund 20mal, in den mittleren 10mal und in den höheren immer noch 4- bis 5mal. Dies beweist, daß nur schwerkranke Personen in den Genuß solcher Pensionen kommen. Auch noch bis zum 85. Lebensjahr ist die Sterblichkeit derer, die seinerzeit eine Invaliditätspension bekamen, merklich höher als die der Alterspensionisten. 1961 wurde errechnet, daß in Österreich ein Altersrentner seine Pension durchschnittlich durch 9,9 Jahre bezieht, d. h. ein Alter von im Mittel 74,9 Jahren erreicht. Ein Invaliditätspensionist hingegen bezieht seine Pension nur durch 6,8 Jahre; bei einem durchschnittlichen Anfallsalter von 55,6 Jahren ergibt sich, daß er im Mittel nur 62,4 Jahre alt wird. Das ist ein Unterschied von mehr als 12 Jahren.

Bei Frauen waren die Differenzen etwas geringer: eine Alterspensionistin bezog ihre Pension im Durchschnitt 9,6 Jahre, bei den Invaliditätspensionen ergab sich eine durchschnittliche Bezugsdauer von 9,2 Jahren.

Letzte Ergebnisse (siehe Tabelle 16) sprechen dafür, daß sich jüngst die Sterblichkeit der Invaliditätspensionisten im Alter zwischen 30 und 50 Jahren und der Berufsunfähigkeits-Pensionisten sogar bis zum 70. Lebensjahr im Durchschnitt erhöht hat. Dies ist wahrscheinlich teilweise im Sinn einer strengeren Auslese zu deuten, kommt aber hauptsächlich dadurch zustande, daß leichtere Fälle, die früher pensioniert wurden, nun rehabilitiert werden: dies hat wiederum zur Folge, daß sich im effektiven Rentnerbestand die schweren Fälle mit größerer Mortalität anreichern.

Bei den Frauen liegen die Dinge ähnlich, doch sind die Unterschiede weniger ausgeprägt.

Daß im ganzen die gesundheitlichen Verhältnisse bei den Pensionsbeziehern günstiger liegen als vor 10 bis 15 Jahren, läßt sich daraus ablesen, daß die Dauer des Pensionsbezuges sich im Durchschnitt deutlich verlängert hat. Es betrug im Jahr 1971 die durchschnittliche Rentenbezugsdauer bis zum Tod

für Männer

11,3 Jahre für Invaliditätspensionisten

12,5 Jahre für Berufsunfähigkeitspensionisten

11,3 Jahre für Alterspensionisten der Pensionsversicherung für Arbeiter

9,7 Jahre für Alterspensionisten der Pensionsversicherung für Angestellte

für Frauen

15,9 Jahre für Invaliditätspensionistinnen

16,7 Jahre für Berufsunfähigkeitspensionistinnen

16,2 Jahre für Alterspensionistinnen der Pensionsversicherung für Arbeiter

13,0 Jahre für Alterspensionistinnen der Pensionsversicherung für Angestellte

1.12 Medizinische Schlussfolgerungen

Man kann von der Hypothese ausgehen, daß in allen Ländern Europas das Kollektiv der Frauen (und auch das der Männer) die gleiche altersspezifische Mortalität und somit auch die gleiche mittlere Lebenserwartung haben würden, wenn sie unter gleichen sozialen, ökonomischen und bildungsmäßigen Bedingungen lebten und ihre Versorgung mit Ärzten und die Möglichkeiten der Spitalsbehandlung sowie die Zugängigkeit zu Medikamenten und Heilbehelfen die gleichen wären. Ausnahmen wären möglicherweise Schweden und Norwegen, wo auch eine genetisch bedingte relative Langlebigkeit der Bevölkerung eine – wenn auch geringe – Rolle spielen könnte, nicht aber Bulgarien, für das eine Zeitlang gleiches vermutet wurde. Das heißt mit anderen Worten, daß, genetisch gesehen, keine großen Unterschiede in der Anfälligkeit für Krankheiten bestehen und daß deren Verlauf überall in Europa ziemlich gleichartig ist. Das Krankheitsspektrum wird also in erster Linie von den eingangs genannten Bedingungen abhängen. Eine scheinbare Ausnahme bilden die Infektionskrankheiten, die sich bekanntlich nicht gleichmäßig ausbreiten, sondern in Epidemien, die einen gesetzmäßigen Verlauf nehmen. In den letzten 30 Jahren aber spielen die Infektionskrankheiten – mit Ausnahme der Grippe – für die Morbidität nur eine geringe Rolle und an der Mortalität sind sie nur zu 1 bis 2% beteiligt. Für die Volksgesundheit als ganzes gesehen spielen nur wenige Krankheitsgruppen eine maßgebende Rolle, und zwar Herz- und Gefäßleiden, Krebs, Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels, chronische Erkrankungen der Atmungsorgane, Unfälle und für die invalidisierende Morbidität noch der große Kreis der rheumatischen und degenerativen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.

In Österreich wird die einheitliche Beurteilung des Krankheitsgeschehens dadurch etwas erschwert, daß in der Sterblichkeit ein deutlicher Ost-West-Gradient besteht, ebenso in der Krankheitshäufigkeit. Durchgreifend jedoch finden sich Unterschiede in dem Sinn, daß in den Arbeiterberufen die Mortalität und besonders die Morbidität höher ist als in den Angestelltenberufen und überdies gibt es auch deutliche Unterschiede nach Wirtschaftsklassen.

Im Vergleich mit den Männern weisen die Frauen durchwegs eine geringere Sterblichkeit und somit auch eine um mehrere Jahre längere Lebenserwartung auf, obwohl sie von Krebsleiden der Geschlechtsorgane wesentlich häufiger betroffen sind als die Männer. Für die Sterblichkeit der Frauen in jungen und mittleren Jahren spielen diese Leiden eine erhebliche Rolle. Dessenungeachtet ist auch in diesen Altersgruppen die Sterblichkeit der Männer höher, weil diese zufolge ihrer Arbeitsbedingungen und ihrer stärkeren Teilnahme am motorisierten Verkehr um ein vielfaches stärker unfallgefährdet sind.

Die Krankenstände und Spitalsaufnahmen der Frauen jungen und mittleren Alters sind häufig durch Krankheiten der Geschlechtsorgane sowie durch Krankheiten der Schwangerschaft und des Wochenbetts bedingt. Dennoch ist insgesamt die Häufigkeit der Aufnahme der Frauen in Spitalspflege nur wenig größer als die der Männer, und die Zahl ihrer jährlichen Krankenstandstage sogar geringer. Arbeiterinnen haben durchwegs mehr Krankenstände, mehr Unfälle und mehr Spitalstage als weibliche Angestellte, worin die größere Arbeitsbelastung und die geringere Arbeitszufriedenheit der meisten Arbeiterinnen ihren Ausdruck findet. Dies wird noch dadurch unterstrichen, daß Hilfsarbeiterinnen generell eine größere Krankenstands-, Unfall- und Spitalshäufigkeit haben als qualifizierte Arbeiterinnen, u. zw. in sämtlichen Altersgruppen. Ähnliche Unterschiede finden sich auch in der Häufigkeit der Frühinvalidität.

Die biologische Konstitution der Frauen manifestiert sich in einer geringeren Anfälligkeit für Erkrankungen der Herzkranzgefäße, für Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre und in einem späteren Auftreten arteriosklerotischer Erkrankungen; hingegen besteht eine größere Disposition zu Gallenblasenerkrankungen und verschiedenen Formen von Blutarmut. Frauen werden seltener als Männer von Lungenblähung und chronischer Bronchitis und insbesondere von Lungenkrebs befallen, doch kann hier auch die geringere Exposition der Frauen gegen diverse äußere

Schädlichkeiten (Rauchen, Staubarbeit, Einwirkung von Witterungsunbilden) eine Rolle spielen. Frauen werden häufiger von bestimmten Erkrankungen des Zentralnervensystems betroffen als Männer, ebenso auch von Neurosen und Psychosen. Dementsprechend führen die zuletzt genannten Leiden bei ihnen auch häufiger zur Zuerkennung einer Invaliditäts- bzw. Berufs- oder Dienstunfähigkeitspension, sodaß im Gesamtpensionistenstand bei Arbeiterinnen 4,76 und bei weiblichen Angestellten 7,2% aller Renten wegen solcher Leiden gewährt werden. Man schreibt der Frau eine größere emotionale Instabilität zu, doch reagieren häufig in Konfliktsituationen die Frauen adäquater als die Männer. Es wäre also noch festzustellen, inwieweit diese Unterschiede in der biologischen Konstitution begründet sind und wieweit sie durch äußere Umstände (berufliche und familiäre Belastung, geringe Zufriedenheit mit der Arbeit und der sonstigen sozialen Situation) hervorgerufen oder gefördert worden sein können.

Die höhere Lebenserwartung bringt es mit sich, daß in den älteren Jahrgängen die Frauen im Verhältnis 1,8 : 1 (bei den über 80jährigen sogar 2,3 : 1) überwiegen. Die wachsende Zahl älterer, alleinstehender, chronisch kranker Frauen bildet ein immer dringlicher werdendes geriatrisches Problem, das durch den Ausbau von Altersabteilungen und Pflegeheimen einer Lösung nähergebracht werden könnte.

Tabelle 1

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

Alter	männlich		weiblich	
	1937	1968/71	1937	1968/71
unter 1 Jahr*)	101,1	29,3	82,1	22,0
1 bis unter 5 Jahre	6,3	1,1	5,4	0,9
5 bis unter 10 Jahre	2,5	0,6	2,3	0,4
10 bis unter 15 Jahre	1,6	0,5	1,3	0,3
15 bis unter 20 Jahre	2,2	1,6	2,0	0,6
20 bis unter 25 Jahre	3,6	1,9	2,8	0,6
25 bis unter 30 Jahre	3,5	1,7	3,3	0,6
30 bis unter 35 Jahre	4,0	2,0	3,4	0,9
35 bis unter 40 Jahre	5,1	3,1	4,0	1,4
40 bis unter 45 Jahre	6,6	4,3	4,8	2,2
45 bis unter 50 Jahre	9,3	6,3	6,8	3,5
50 bis unter 55 Jahre	14,2	9,8	9,5	5,2
55 bis unter 60 Jahre	20,3	15,8	14,0	7,4
60 bis unter 65 Jahre	29,9	27,7	21,6	13,2
65 bis unter 70 Jahre	46,1	45,9	36,8	22,9
70 bis unter 75 Jahre	71,4	70,5	59,9	41,5
75 bis unter 80 Jahre	113,8	105,6	97,2	71,5
80 bis unter 85 Jahre		157,9		123,0
85 und mehr Jahre	205,9	256,7	191,1	226,7
Insgesamt	14,2	14,0	12,5	12,6

*) auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt.

Tabelle 2
Mittlere Lebenserwartung 1959/1961 und 1970/1972

Alter (Jahre)	männlich		weiblich		Alter (Jahre)	männlich		weiblich	
	1959/61	1970/72	1959/61	1970/72		1959/61	1970/72	1959/61	1970/72
0	65,60	66,58	72,03	73,69	55	18,77	18,87	22,80	23,25
5	63,91	63,86	69,85	70,61	60	15,25	15,18	18,64	19,05
10	59,11	59,04	65,00	65,73	65	12,16	11,94	14,79	15,11
15	54,26	54,19	60,10	60,83	70	9,46	9,23	11,30	11,58
20	49,60	49,60	55,26	56,00	75	7,13	7,05	8,34	8,56
25	45,10	45,11	50,44	51,16	80	5,24	5,29	5,98	6,14
30	40,54	40,50	45,64	46,31	85	3,80	3,93	4,24	4,40
35	35,97	35,91	40,88	41,50	90	2,80	2,99	3,01	3,26
40	31,42	31,41	36,19	36,76	95	2,06	2,33	2,18	2,48
45	26,96	27,06	31,59	32,12	100	1,63	1,86	1,62	1,93
50	22,70	22,84	27,11	27,61					

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt.

Tabelle 3
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
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	
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	
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	
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	
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	
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		72,6	64,2	44,7	17,5	
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	
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	59,8	40,0	15,3		73,6	65,5	46,0	18,9	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	

Quelle: Jahrbücher der Weltgesundheitsorganisation.

Tabelle 4
 Altersaufbau und Geschlechterverhältnis der Bevölkerung 1971

Alter	Österreich				Geschlechterverhältnis	
	Zahl	männlich %	Zahl	weiblich %	1971	1961
bis unter 5 Jahre	304	8,7	289	7,3	1.052	1.044
5 bis unter 10 Jahre	329	9,4	314	8,0	1.048	1.041
10 bis unter 15 Jahre	300	8,6	286	7,2	1.049	1.047
15 bis unter 20 Jahre	260	7,4	252	6,4	1.032	1.037
20 bis unter 25 Jahre	268	7,7	260	6,6	1.031	1.051
25 bis unter 30 Jahre	246	7,0	241	6,1	1.021	1.026
30 bis unter 35 Jahre	254	7,3	249	6,3	1.020	985
35 bis unter 40 Jahre	205	5,8	202	5,1	1.015	746
40 bis unter 45 Jahre	225	6,4	230	5,8	978	734
45 bis unter 50 Jahre	204	5,8	276	7,0	739	766
50 bis unter 55 Jahre	142	4,0	198	5,0	717	798
55 bis unter 60 Jahre	175	5,0	239	6,0	733	844
60 bis unter 65 Jahre	189	5,4	258	6,5	733	771
65 bis unter 70 Jahre	169	4,8	233	5,9	721	663
70 bis unter 75 Jahre	117	3,4	188	4,8	622	626
75 und mehr Jahre	115	3,3	239	6,0	482	603
Insgesamt	3.502		3.955		886	

Wien						
Alter	Zahl	männlich %	Zahl	weiblich %	Geschlechterverhältnis	
					1971	1961
bis unter 5 Jahre	47	6,6	45	4,9	1.044	
5 bis unter 10 Jahre	48	6,7	46	5,1	1.043	
10 bis unter 15 Jahre	40	5,6	38	4,2	1.053	
15 bis unter 20 Jahre	33	4,7	35	3,8	943	
20 bis unter 25 Jahre	54	7,6	57	6,3	947	
25 bis unter 30 Jahre	64	9,0	64	7,1	1.000	
30 bis unter 35 Jahre	57	8,0	56	6,2	1.018	
35 bis unter 40 Jahre	39	5,5	41	4,5	951	
40 bis unter 45 Jahre	46	6,5	52	5,7	885	
45 bis unter 50 Jahre	48	6,7	68	7,5	706	
50 bis unter 55 Jahre	35	4,8	49	5,5	714	
55 bis unter 60 Jahre	43	6,0	64	7,1	672	
60 bis unter 65 Jahre	50	7,0	76	8,4	658	
65 bis unter 70 Jahre	46	6,4	73	8,1	630	
70 bis unter 75 Jahre	32	4,5	61	6,7	525	
75 und mehr Jahre	32	4,4	80	8,9	400	
Insgesamt	713		902		790	

Zahl = Bevölkerung, gerundet auf 1.000.

Geschlechterverhältnis = auf 1.000 weibliche kommen ... männliche Personen.

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt.

Tabelle 5

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

Alter	Tuber- kulose		Hirn- gefäß- krank- heiten		Herz- krank- heiten		Krank- heiten der Verdauungs- organe		Krebs der Atmungs- organe		Unfälle	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
unter 1 Jahr	1	2	3	3	13	14	209	141	—	—	93	51
1 bis unter 5 Jahre	—	—	—	—	2	1	10	8	—	—	39	25
5 bis unter 10 Jahre	—	—	—	1	—	—	3	1	—	—	34	15
10 bis unter 15 Jahre	—	—	3	—	4	1	2	1	—	—	25	11
15 bis unter 20 Jahre	—	—	1	1	3	2	2	2	—	—	107	23
20 bis unter 25 Jahre	1	—	1	1	5	3	3	3	—	—	127	19
25 bis unter 30 Jahre	1	1	2	1	8	3	5	3	1	1	84	12
30 bis unter 35 Jahre	4	2	5	2	14	8	15	7	2	1	85	14
35 bis unter 40 Jahre	9	3	8	5	41	14	32	11	5	2	98	14
40 bis unter 45 Jahre	11	4	15	10	83	23	48	18	14	3	97	16
45 bis unter 50 Jahre	16	5	33	22	144	46	74	27	32	7	90	18
50 bis unter 55 Jahre	27	5	57	37	257	78	102	41	54	14	104	23
55 bis unter 60 Jahre	38	7	105	68	420	130	168	55	124	20	136	28
60 bis unter 65 Jahre	60	10	259	149	783	300	258	93	249	27	146	37
65 bis unter 70 Jahre	87	17	542	331	1.294	614	354	140	441	44	173	57
70 bis unter 75 Jahre	108	24	997	755	2.050	1.202	419	231	558	56	206	112
75 bis unter 80 Jahre	128	43	1.831	1.525	3.042	2.809	563	340	524	60	304	253
80 bis unter 85 Jahre	108	56	3.061	2.765	4.744	4.048	699	495	398	63	499	522
85 und mehr Jahre	128	67	4.927	4.902	7.728	7.765	917	678	310	65	1.006	1.163
Insgesamt	21	8	172	217	362	346	95	64	82	13	105	53

Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich.

Tabelle 6

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

Alter	Diabetes		Herz- infarkt		Magen- und Duodenal- geschwür		Leber- zirrhose		Gallen- stein- leiden		bösaartige Neubil- dungen der Gallenblase	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	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	—	—	—	—	—	—	—	—
15 bis unter 20 Jahre	0,4	0,4	—	—	—	0,4	—	—	—	0,4	—	—
20 bis unter 25 Jahre	0,8	0,8	0,4	0,4	0,8	—	—	—	0,4	—	—	—
25 bis unter 30 Jahre	0,4	0,8	2,4	—	0,8	—	2,4	0,8	0,8	—	—	—
30 bis unter 35 Jahre	0,7	0,7	5,3	1,8	—	—	6,3	1,1	—	—	—	—
35 bis unter 40 Jahre	1,5	1,5	17,2	4,1	3,0	2,1	20,2	3,6	1,0	0,5	1,0	0,5
40 bis unter 45 Jahre	3,2	2,3	45,6	10,0	3,6	1,4	49,2	5,9	0,5	1,8	0,5	0,9
45 bis unter 50 Jahre	3,0	4,2	99,4	16,3	9,4	0,8	49,2	11,0	1,5	1,1	1,0	2,7
50 bis unter 55 Jahre	8,1	6,6	161	30,1	19,0	2,2	82,1	20,8	1,3	1,8	0,6	3,5
55 bis unter 60 Jahre	15,2	8,1	267	46,6	16,5	4,8	102	27,6	3,3	4,3	5,3	12,8
60 bis unter 65 Jahre	22,6	23,5	395	125	31,8	9,0	142	33,6	11,3	14	12,4	21,1
65 bis unter 70 Jahre	51,6	46,2	668	220	45,0	12	185	39,8	24,6	20	17	33
70 bis unter 75 Jahre	76,0	112	868	402	69,9	29	206	63,7	34,6	45	39	51
75 bis unter 80 Jahre	105	156	1.180	621	80,0	51	209	62,7	50,4	56	44	70
80 bis unter 85 Jahre	148	196	1.354	796	101	65	240	69	80,8	76	51	91
85 und mehr Jahre	133	187	1.381	941	97	79	212	82	127	150	85	130
Insgesamt	12,1	22,1	153,9	92,0	11,7	7,1	46,6	15,9	3,5	6,7	5,0	12,3

Quelle: Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich.

Tabelle 6a
Sterblichkeit auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts.

Alter	Brust- krebs	Krebs der Gebär- mutter	Krebs der sonstigen weibl. Ge- schlechts- organe	Alter	Brust- krebs	Krebs der Gebär- mutter	Krebs der sonstigen weibl. Ge- schlechts- organe
1 bis unter 5 Jahre	—	—	—	50 bis unter 55 Jahre	46,5	43,8	22,1
5 bis unter 10 Jahre	—	—	0,3	55 bis unter 60 Jahre	58,5	48,5	35,7
10 bis unter 15 Jahre	—	—	—	60 bis unter 65 Jahre	87,3	61,8	44,2
15 bis unter 20 Jahre	—	—	0,8	65 bis unter 70 Jahre	82,6	68,0	51,0
20 bis unter 25 Jahre	—	0,4	1,2	70 bis unter 75 Jahre	91,6	82,3	66,8
25 bis unter 30 Jahre	—	2,0	1,6	75 bis unter 80 Jahre	124,0	91,8	74,2
30 bis unter 35 Jahre	2,9	4,0	1,5	80 bis unter 85 Jahre	132,4	100,0	78,4
35 bis unter 40 Jahre	10,8	5,7	3,6	85 und mehr Jahre	170,8	109,6	73,9
40 bis unter 45 Jahre	19,9	15,4	5,5	Insgesamt	32,9	26,6	18,8

Tabelle 7
Krankenstandsfälle und Krankenstandstage 1970/1971/1972
Erwerbstätige nach Geschlecht und Altersgruppen

Alter	Krankenstandsfälle auf 100 Erwerbstätige						Krankenstandstage pro Versicherten						Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen					
	männlich			weiblich			männlich			weiblich			männlich			weiblich		
	1970	1971	1972	1970	1971	1972	1970	1971	1972	1970	1971	1972	1970	1971	1972	1970	1971	1972
14 bis unter 16 Jahre	131	149	149	113	132	131	14	15	17	11	13	13	10,8	10,1	11,2	10,1	9,8	10,1
16 bis unter 18 Jahre	114	132	124	83	99	93	14	16	16	10	12	11	12,6	12,2	12,7	12,0	11,7	12,3
18 bis unter 20 Jahre	110	114	113	81	91	86	14	14	14	10	11	11	12,8	12,6	12,8	12,7	12,3	12,6
20 bis unter 25 Jahre	94	97	96	80	83	79	13	13	13	11	11	10	13,3	13,0	13,4	13,3	12,9	13,3
25 bis unter 30 Jahre	86	86	86	78	79	76	12	12	12	11	11	11	14,1	13,9	14,0	14,5	14,2	14,3
30 bis unter 35 Jahre	82	82	80	78	79	76	12	12	12	12	12	12	15,3	15,0	15,3	15,4	15,2	15,5
35 bis unter 40 Jahre	85	86	82	81	82	78	14	14	14	14	14	13	17,1	16,6	16,8	17,4	16,6	17,1
40 bis unter 45 Jahre	82	84	82	79	81	78	15	15	15	15	15	15	18,8	18,3	18,7	19,0	18,3	18,8
45 bis unter 50 Jahre	81	82	79	80	80	76	17	17	17	16	16	16	21,3	20,9	21,0	20,7	20,5	21,0
50 bis unter 55 Jahre	82	84	81	83	84	80	20	20	19	20	19	19	24,3	23,7	24,1	24,1	22,7	23,8
55 bis unter 60 Jahre	85	85	81	78	77	75	26	25	24	23	22	22	29,9	29,1	29,9	29,0	28,4	29,2
60 bis unter 65 Jahre	80	78	73	63	62	59	36	33	31	28	26	25	44,9	42,5	42,8	44,8	42,7	42,6
65 bis unter 70 Jahre	52	51	48	38	39	39	32	30	27	23	23	20	61,2	58,3	56,9	60,8	57,5	52,4
70 bis unter 75 Jahre	36	36	37	27	29	30	24	22	21	16	19	23	67,2	61,6	57,7	58,0	67,0	76,5
75 und mehr Jahre	39	44	45	28	33	31	21	28	32	25	26	25	53,8	64,3	71,9	90,1	80,9	79,9
Insgesamt	87	89	87	79	82	78	16	16	15	14	14	14	18,1	17,5	17,7	17,9	17,2	17,6

Tabelle 8
Krankenstandsfälle und Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsklassen 1971
(Beschäftigte in Österreich)

Wirtschaftsklassen	Zahl der Beschäftigten		Krankenstandsfälle auf je 1.000		Krankentage pro Fall		Arbeitsunfälle auf 1.000 Vers. Männer und Frauen
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
I. Land- und Forstwirtschaft	36.105	18.103	731	506	23,0	25,2	110
II. Energie- und Wasserversorgung	25.784	4.245	755	1.066	21,2	24,7	72
III. Bergbau, Steine, Erden	29.441	2.600	1.147	1.120	18,8	30,6	118
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken	68.039	39.899	760	872	18,0	17,4	82
V. Textilien	27.540	48.517	793	984	18,3	17,3	50
VI. Bekleidung, Schuhe	16.490	63.033	719	905	18,5	15,7	27
VII. Leder	3.020	4.004	687	953	19,8	17,7	51
VIII. Holz, Musikinstrumente, Spielwaren	61.507	14.326	794	907	18,3	17,5	113
IX. Papier und Pappe	20.988	9.630	981	1.294	18,7	17,0	125
X. Druck und Vervielfältigung	21.937	12.859	1.000	1.009	13,7	16,2	54
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	48.678	27.187	1.044	1.230	16,5	15,9	85
XII. Steine, Glasur	30.901	9.391	882	888	19,1	17,8	133
XIII. Metallindustrie	289.255	87.882	1.192	1.293	15,3	15,2	145
XIV. Bauwesen	219.701	17.871	982	891	19,0	18,4	149
XV. Handel	135.974	146.576	686	737	17,3	15,7	42
XVI. Beherbergung, Gaststätten	27.345	56.239	688	553	19,8	20,5	43
XVII. Verkehr	127.716	23.188	965	935	16,7	17,6	94
XVIII. Geld, Kredit, Privatversicherungen	32.668	27.027	513	837	16,9	14,5	15
XIX. Realitäten, Rechtswesen	17.731	20.929	518	572	20,0	16,2	20
XX. Körperpflege, Reinigung	7.870	27.570	856	793	18,0	16,7	41
XXI. Kunst, Sport	10.265	6.438	483	568	20,6	19,9	46
XXII. Gesundheits- und Fürsorgewesen	10.978	40.498	637	688	20,7	19,4	56
XXIII. Unterricht, Forschung	13.472	16.038	451	562	17,2	16,5	61
XXIV. Sozialversicherung	257.121	136.449	616	731	18,2	17,7	15
XXV. Haushaltung	284	15.286	680	260	25,7	28,0	15
XXVI. Hauswartung	2.615	33.049	258	202	30,1	32,4	10
Insgesamt	1.543.425	908.834	870	812	17,5	17,1	76

Quelle: Statist. Handbuch d. Österr. Sozialvers. 1972.

Tabelle 8 a
Krankenstandsfälle und Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsklassen 1972
(Beschäftigte in Österreich)

Wirtschaftsklassen	Zahl der Beschäftigten		Krankenstandsfälle auf je 1.000		Krankentage pro Fall		Arbeitsunfälle auf 1.000 Vers. Männer und Frauen
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
I. Land- und Forstwirtschaft	33.382	17.071	694	489	23,9	25,5	110
II. Energie- und Wasserversorgung	26.080	4.385	710	740	18,1	18,6	66
III. Bergbau, Steine, Erden	28.392	2.647	1.078	710	18,6	20,5	113
IV. Erzeugung von Nahrungsmitteln und Getränken	68.231	40.826	738	789	18,5	17,9	80
V. Textilien	28.446	48.117	829	962	18,5	18,1	47
VI. Bekleidung, Schuhe	17.434	63.975	804	797	18,9	16,7	27
VII. Leder	2.984	4.033	1.112	1.064	19,2	17,9	55
VIII. Holz, Musikinstrumente, Spielwaren	62.297	15.007	795	914	18,8	18,0	112
IX. Papier und Pappe	20.615	9.243	1.006	1.239	19,1	18,3	121
X. Druck und Vervielfältigung	21.787	12.993	908	912	15,5	17,7	52
XI. Chemie, Gummi, Erdöl	49.766	27.579	1.059	1.243	16,8	16,4	83
XII. Steine, Glasur	32.287	9.703	990	1.111	18,9	19,2	129
XIII. Metallindustrie	294.521	90.784	1.133	1.152	15,9	16,0	139
XIV. Bauwesen	228.974	19.361	934	785	18,9	18,2	147
XV. Handel	140.029	155.229	700	711	17,1	16,4	42
XVI. Beherbergung, Gaststätten	29.351	56.441	576	597	20,4	20,7	41
XVII. Verkehr	125.299	23.077	933	776	17,1	18,7	91
XVIII. Geld, Kredit, Privatversicherungen	34.836	29.657	442	756	18,3	15,8	14
XIX. Realitäten, Rechtswesen	18.989	22.231	443	464	21,8	17,1	18
XX. Körperpflege, Reinigung	7.774	26.992	923	761	17,9	17,3	39
XXI. Kunst, Sport	10.261	6.223	518	642	20,7	19,4	49
XXII. Gesundheits- und Fürsorgewesen	10.220	39.602	552	581	19,6	19,7	59
XXIII. Unterricht, Forschung	14.349	17.376	402	548	17,7	17,1	62
XXIV. Sozialversicherung	264.602	146.107	592	723	18,5	18,0	15
XXV. Haushaltung	513	13.971	417	274	22,2	26,9	14
XVI. Hauswartung	3.358	32.304	526	432	14,4	18,4	12
Insgesamt	1.574.777	934.934	841	775	17,7	17,6	74

Quelle: Statist. Handbuch d. Österr. Sozialvers. 1973.

Tabelle 9

Krankenstandsfälle und -tage, Spitalsfälle und Spitalstage pro Fall, nach Diagnosengruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1970

Diagnosengruppe	Männer			Frauen			M. und F. IV.
	I.	II.	III.	I.	II.	III.	
Insgesamt	850,0	18,0	149,6	785,4	17,8	161,6	17,0
1. Tuberkulose	1,7	177,7	2,5	1,1	164,3	0,9	51,9
2. Geschlechtskrankheiten	0,3	29,2	0,02	0,3	23,4	0,03	18,2
3. Grippe (Influenza)	119,9	9,9	0,6	140,4	10,4	0,5	15,1
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,7	15,5	2,5	7,7	16,7	2,1	17,0
5. Benigne Neubildungen	2,4	36,4	1,3	7,0	42,2	3,1	15,6
6. Maligne Neubildungen	1,2	120,8	5,6	1,8	137,3	6,6	25,0
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	0,4	40,7	0,7	2,0	28,5	0,9	21,4
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	5,8	30,3	3,0	8,2	31,1	4,8	19,7
9. Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	3,8	16,4	0,02	5,0	18,6	0,02	24,6
10. Chronische rheumatische Herzleiden	0,6	50,1	0,5	0,8	53,3	0,7	22,3
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienerkrankungen	16,8	53,6	11,9	16,3	42,3	10,2	23,3
12. Krankheiten der Venen	6,3	30,2	2,0	10,2	28,6	2,8	22,0
13. Neurosen und Psychosen	5,6	29,1	3,4	11,6	26,5	3,7	33,6
14. Krankheiten des Zentralnervensystems	3,9	50,4	4,9	6,0	31,2	4,4	23,4
15. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,7	18,7	1,0	18,4	19,4	0,8	22,6
16. Augenkrankheiten	5,5	16,8	3,0	4,0	21,2	2,9	15,5
17. Ohrenkrankheiten	5,8	13,2	1,1	5,7	14,0	0,8	14,2
18. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	96,7	9,7	10,4	95,6	10,5	8,8	5,6
19. Krankheiten der Atmungsorgane	48,0	17,7	8,4	48,2	15,2	5,3	20,8
20. Krankheiten des Magens und des Darmes	89,9	14,7	17,5	76,1	13,5	13,0	12,8
21. Krankheiten der Leber und Galle	8,3	41,3	5,0	16,2	30,3	6,3	23,0
22. Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	14,7	12,3	2,1	13,2	13,8	2,4	15,5
23. Krankheiten der Harnorgane	10,8	22,8	4,8	23,3	19,3	4,4	16,0
24. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	3,4	26,5	4,0	35,5	20,1	13,5	12,3
25. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	—	—	—	30,5	16,8	8,7	7,6
26. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	29,8	13,9	4,8	20,4	14,4	3,1	15,6
27. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats	79,8	17,8	4,6	60,3	22,2	5,0	21,6
28. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	0,3	29,1	3,3	0,3	32,3	2,4	22,1
29. Arbeitsunfälle	138,7	20,8	10,0	36,8	22,2	2,0	14,7
30. Gewerbliche Vergiftungen	0,1	34,7	0,01	0,1	18,1	0,01	10,6
31. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	93,3	22,4	22,7	43,5	26,8	12,4	14,1
32. Sonstige Krankheiten	34,2	14,9	7,0	38,9	14,4	4,9	16,8

I. = Krankenstandsfälle auf 1.000 Beschäftigte

II. = Krankenstandstage pro Fall

III. = Spitalsfälle auf 1.000 der Bevölkerung

IV. = Spitalstage pro Fall

Quelle: Statist. Handbuch d. Sozialversicherung 1971.

Tabelle 9 a

Krankenstandsfälle und -tage, Spitalsfälle und Spitalstage pro Fall, nach Diagnosengruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1971

Diagnosengruppe	Männer		Frauen		M. und F. IV.
	I.	II.	I.	II.	
Insgesamt	869,8	17,5	812,0	17,1	16,6
1. Tuberkulose	1,6	171,2	1,0	158,6	51,9
2. Geschlechtskrankheiten	0,3	18,3	0,2	23,4	17,2
3. Grippe (Influenza)	122,7	8,7	146,7	9,4	13,1
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,0	14,9	8,8	15,9	16,8
5. Benigne Neubildungen	2,7	34,4	7,8	40,8	15,3
6. Maligne Neubildungen	1,1	133,9	1,7	154,0	25,6
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	0,5	39,8	1,8	29,0	21,4
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	6,3	29,3	8,3	30,7	19,4
9. Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	3,2	16,5	3,4	18,4	27,4
10. Chronische rheumatische Herzleiden	0,6	45,1	0,7	55,8	21,9
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienerkrankungen	19,1	48,9	16,8	37,6	22,8
12. Krankheiten der Venen	6,6	27,5	9,8	28,1	21,3
13. Neurosen und Psychosen	6,3	29,8	12,3	25,3	32,7
14. Krankheiten des Zentralnervensystems	4,2	52,2	6,2	31,8	23,2
15. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,3	17,8	17,9	19,0	22,4
16. Augenkrankheiten	5,4	17,2	4,1	20,3	15,2
17. Ohrenkrankheiten	5,7	13,8	5,4	14,1	13,7
18. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	111,9	9,4	112,3	10,1	5,5
19. Krankheiten der Atmungsorgane	49,9	16,4	49,3	14,5	20,5
20. Krankheiten des Magens und des Darmes	87,5	15,2	74,3	13,8	12,6
21. Krankheiten der Leber und Galle	9,3	39,9	15,9	31,6	22,8
22. Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	16,2	12,1	14,2	12,8	14,9
23. Krankheiten der Harnorgane	11,6	21,5	22,9	19,3	15,4
24. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	4,0	25,2	37,4	20,0	12,1
25. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	—	—	30,7	16,8	7,7
26. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	28,5	13,9	20,2	14,5	15,2
27. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats	81,4	17,8	62,4	22,0	21,1
28. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	0,3	26,7	0,3	27,1	21,4
29. Arbeitsunfälle	125,7	20,7	34,9	21,8	15,1
30. Gewerbliche Vergiftungen	0,1	31,7	0,1	20,8	8,7
31. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	94,6	22,1	43,5	23,7	14,0
32. Sonstige Krankheiten	37,2	14,7	40,7	14,4	16,3

I. = Krankenstandsfälle auf 1.000 Beschäftigte

II. = Krankenstandstage pro Fall

IV. = Spitalstage pro Fall

Quelle: Statist. Handbuch d. Sozialversicherung 1972

Tabelle 9 b

Krankenstandsfälle und -tage, Spitalsfälle und Spitalstage pro Fall, nach Diagnosengruppen, auf je 1.000 Beschäftigte, 1972

Diagnosengruppe	Männer		Frauen		M. und F. IV.
	I.	II.	I.	II.	
Insgesamt	840,7	17,7	774,8	17,6	16,5
1. Tuberkulose	1,5	174,2	1,0	139,8	51,6
2. Geschlechtskrankheiten	0,3	19,4	0,2	19,9	15,0
3. Grippe (Influenza)	100,4	10,0	126,2	9,6	14,5
4. Übrige infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,2	15,7	7,7	16,9	16,5
5. Benigne Neubildungen	2,3	34,9	7,1	44,1	15,5
6. Maligne Neubildungen	1,0	122,9	1,7	120,1	25,0
7. Krankheiten der blutbildenden und lymphatischen Organe	0,4	42,4	1,8	29,1	21,1
8. Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	5,5	27,9	7,6	30,5	19,0
9. Akuter (Gelenks-)Rheumatismus	3,1	17,1	3,5	19,7	23,2
10. Chronische rheumatische Herzleiden	0,5	46,2	0,6	53,0	21,5
11. Andere Herzkrankheiten und Arterienerkrankungen	16,5	46,5	16,1	36,1	22,0
12. Krankheiten der Venen	5,9	27,9	9,7	28,1	20,2
13. Neurosen und Psychosen	5,6	27,9	11,7	25,5	32,5
14. Krankheiten des Zentralnervensystems	3,8	44,5	5,9	27,8	23,1
15. Krankheiten des peripheren Nervensystems	17,0	17,7	16,4	19,6	22,0
16. Augenkrankheiten	5,5	17,6	3,8	22,6	15,2
17. Ohrenkrankheiten	5,8	13,3	5,4	14,1	13,5
18. Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	105,5	9,7	105,8	10,4	5,6
19. Krankheiten der Atmungsorgane	45,7	17,0	45,0	15,2	20,0
20. Krankheiten des Magens und des Darmes	86,6	15,4	70,2	14,4	12,6
21. Krankheiten der Leber und Galle	8,5	39,1	15,9	31,8	22,2
22. Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	15,1	12,0	13,5	13,3	14,7
23. Krankheiten der Harnorgane	11,0	21,7	23,0	19,2	14,7
24. Krankheiten der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse	3,7	24,8	37,1	20,9	12,1
25. Anomalien und Krankheiten der Schwangerschaft	—	—	29,7	16,9	7,6
26. Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	29,1	14,1	20,2	14,7	14,6
27. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats	85,0	17,8	64,2	22,3	21,1
28. Krankheiten der ersten Lebenszeit und angeborene Mißbildungen	0,3	24,7	0,4	31,4	20,8
29. Arbeitsunfälle	133,2	20,6	33,8	21,9	15,1
30. Gewerbliche Vergiftungen	0,1	18,1	0,1	16,4	8,8
31. Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	95,9	21,8	44,8	23,4	13,8
32. Sonstige Krankheiten	38,7	15,0	44,7	15,3	16,7

I. = Krankenstandsfälle auf 1.000 Beschäftigte

II. = Krankenstandstage pro Fall

IV. = Spitalstage pro Fall

Quelle: Statist. Handbuch d. Sozialversicherung 1973

Tabelle 10
Krankheitsfälle auf je 1.000 Versicherte der Gebietskrankenkassen, nach Bundesländern
Durchschnitt 1967/1971

Krankheitsgruppen	Wien		Niederösterreich		Burgenland		Oberösterreich		Steiermark		Kärnten		Salzburg		Tirol		Vorarlberg	
	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.	Arb.	Ang.
1-32 Alle Ursachen	M 1.222	610	1045	557	704	355	1.023	492	991	479	739	330	732	314	790	404	785	294
	F 1.066	901	938	626	687	346	818	594	867	613	604	437	569	387	632	457	741	306
1 Tuberkulose	M 3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1
	F 2	1	1	0,7	1	0,9	1	0,9	1	0,7	1,0	0,6	1	1	1	0,6	2	0,9
3 Grippe	M 265	204	82	67	65	48	74	46	110	66	75	34	61	23	86	63	53	22
	F 238	298	82	74	85	47	63	52	104	83	68	44	51	30	84	70	58	22
6 Maligne Neubildungen	M 1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
	F 2,3	1,5	2,1	1,5	1,6	1,3	1,6	1,1	1,5	1,4	4,2	2,6	1,9	1,4	1,2	1,2	1,6	1,6
10 Chronische, rheumatische Herzleiden	M 1	1	0,4	0,3	0,4	0,2	0,4	0,4	0,6	0,7	0,5	0,6	0,3	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1
	F 1,4	1,6	0,6	0,5	0,5	0,2	0,5	0,3	0,8	0,5	0,7	0,5	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	-
11 Andere Herz- und Arterienerkrankungen	M 26	21	17	17	10	10	17	23	12	13	8	14	10	12	10	11	16	14
	F 30	17	19	9	10	5	18	11	13	8	8	5	11	7	12	7	26	10
18 Krankheiten der Tonsillen und akute Pharyngitis	M 51	34	180	143	90	64	120	78	150	103	98	62	99	47	111	78	102	40
	F 43	50	190	175	123	69	119	108	151	146	107	94	96	69	108	104	117	51
19 Krankheiten der Atmungsorgane	M 71	43	44	29	35	22	76	47	45	30	30	17	36	20	38	25	42	16
	F 65	64	39	29	39	19	62	54	36	35	23	18	28	22	32	28	40	16
20 Krankheiten des Magens und des Darmes	M 185	75	96	51	49	28	85	38	78	37	60	29	55	24	67	35	82	29
	F 130	98	82	51	43	24	57	41	58	44	47	33	37	25	53	37	70	25
21 Krankheiten der Leber und der Galle	M 12	9	9	7	7	6	9	8	9	9	7	7	6	7	4	5	10	7
	F 29	17	21	11	13	6	14	9	16	12	12	9	10	8	8	5	15	8
27 Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats	M 106	37	110	45	74	29	105	43	81	34	79	28	73	26	78	27	85	34
	F 94	52	98	36	62	19	75	35	54	30	55	26	49	26	45	19	67	23
29 Arbeitsunfälle	M 164	20	210	33	144	25	222	26	223	30	178	29	159	25	156	22	159	24
	F 48	14	60	17	38	9	68	16	64	20	49	15	41	13	36	10	30	-

Quelle: Hauptverband d. Sozialversicherungsträger

Tabelle 11
Gestorbene an Verkehrsunfällen
1960/62 und 1970/72
auf 100.000 Lebende gleichen Alters und Geschlechts

Alter (Jahre)	Männlich		Weiblich	
	1960/62	1970/72	1960/62	1970/72
0 bis 14	10,5	15,1	7,9	9,1
15 bis 24	67,6	94,4	9,6	19,7
25 bis 34	52,4	64,4	5,9	10,8
35 bis 44	39,1	63,6	6,9	10,3
45 bis 54	49,6	62,0	9,7	13,3
55 bis 64	54,4	80,5	9,8	17,6
65 bis 74	64,4	92,4	22,7	31,4
75 und mehr	94,9	124,7	46,4	64,9
Zusammen:	45,3	61,4	11,5	18,1

Quelle: Österr. Statist. Zentralamt.

Tabelle 12
Frühinvalide auf je 1.000 Versicherte, nach Altersgruppen
Vergleich 1954 bzw. 1958 und 1970

Alter	Männer			Frauen			
	1954	PV. Arbeiter 1958	1970	PV. Angestellte 1958	1970	PV. Bergbau 1958	1970
20 bis unter 25 Jahre	2	6	2	0,1	0,4	2	2
25 bis unter 30 Jahre	7	12	4	1,3	0,8	12	13
30 bis unter 35 Jahre	16	18	6	2,7	1,0	28	30
35 bis unter 40 Jahre	21	26	12	8,5	2,4	51	86
40 bis unter 45 Jahre	27	57	23	15,3	5,0	90	131
45 bis unter 50 Jahre	35	60	48	22,1	12	138	164
50 bis unter 55 Jahre	53	92	79	36,2	23	273	248
55 bis unter 60 Jahre	114	172	203	72,1	61	460	473
60 bis unter 65 Jahre	259	399	498	223	182	716	852

Alter	Männer			Frauen			
	1954	PV. Arbeiter 1958	1970	PV. Angestellte 1958	1970	PV. Bergbau 1958	1970
20 bis unter 25 Jahre	3	4	2	0,6	0,5	—	—
25 bis unter 30 Jahre	9	12	4	2,4	1,6	5	—
30 bis unter 35 Jahre	15	18	6	7,4	2,4	22	6
35 bis unter 40 Jahre	35	24	14	14,9	6	15	21
40 bis unter 45 Jahre	27	65	26	30	14	68	56
45 bis unter 50 Jahre	52	83	40	40	22	91	82
50 bis unter 55 Jahre	103	169	80	76	39	158	173
55 bis unter 60 Jahre	253	381	203	203	113	500	484

Quelle: Jahresberichte der Pensionsversicherungsträger.

Tabelle 12a
Frühinvalide auf je 1.000 Versicherte, nach Altersgruppen
Vergleich 1970 und 1972

Alter	Männer		Frauen			
	PV. der Arbeiter 1970	1972	PV. der Angestellten 1970	1972	PV. des Bergbaues 1970	1972
20 bis unter 25 Jahre	1,4	1,1	0,3	0,4	0,8	2,0
25 bis unter 30 Jahre	2,9	2,7	0,7	0,6	6,3	5,6
30 bis unter 35 Jahre	5,1	4,9	1,1	1,2	27,9	26,7
35 bis unter 40 Jahre	10,6	8,9	2,3	2,0	79,0	63,9
40 bis unter 45 Jahre	20,6	17,1	4,3	3,5	148,5	142,1
45 bis unter 50 Jahre	47,7	39,1	11,6	9,5	230,2	227,3
50 bis unter 55 Jahre	82,0	76,7	24,7	22,9	371,1	355,9
55 bis unter 60 Jahre	179,5	168,0	63,2	56,4	748,7	720,6
60 bis unter 65 Jahre	870,8	775,4	206,4	196,4	4.784,7	4.579,8

Alter	Frauen					
	PV. der Arbeiter		PV. der Angestellten		PV. des Bergbaues	
	1970	1972	1970	1972	1970	1972
20 bis unter 25 Jahre	1,0	1,0	0,5	0,4	—	—
25 bis unter 30 Jahre	3,0	2,5	1,4	1,2	6,5	—
30 bis unter 35 Jahre	5,7	5,8	2,7	2,6	6,7	—
35 bis unter 40 Jahre	11,4	9,0	5,8	5,3	7,4	16,5
40 bis unter 45 Jahre	19,3	17,8	11,9	8,5	52,4	27,2
45 bis unter 50 Jahre	35,6	31,3	22,3	18,7	92,5	107,7
50 bis unter 55 Jahre	68,7	63,2	43,4	38,8	192,3	126,4
55 bis unter 60 Jahre	199,2	206,5	116,6	105,0	925,0	1.000,0

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat an Hand der jüngsten verfügbaren Daten die Berechnungen des Verfassers weitergeführt. Sie zeigen eine Fortsetzung der Tendenz der abnehmenden Frühinvalidität. Die Zahlen sind mit der Tabelle 17 insofern nicht vergleichbar, als der Verfasser die Invaliditätszahlen auf die Gesamtzahlen der Versicherten (Versicherte und Rentner), der Hauptverband jedoch nur auf die aktiv beschäftigten Versicherten bezogen hat.

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Tabelle 13
Neuzuwachs an Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen
Vergleich 1958 und 1971

Alter	Männer							
	PV. der Arbeiter				PV. der Angestellten			
	1958	1971	1958	1971	1958	1971	1958	1971
bis unter 20 Jahre	2	12	0,0	0,1	8	3	0,2	0,1
20 bis unter 25 Jahre	40	73	0,5	0,5				
25 bis unter 30 Jahre	127	94	1,2	0,7	13	17	0,5	0,3
30 bis unter 35 Jahre	142	137	1,7	1,2	52	22	1,7	0,5
35 bis unter 40 Jahre	183	212	2,7	2,1	64	23	2,2	0,7
40 bis unter 45 Jahre	261	351	5,6	3,6	87	30	4,6	0,7
45 bis unter 50 Jahre	520	568	7,1	7,7	155	97	6,3	2,4
50 bis unter 55 Jahre	921	500	12,0	11,3	316	161	13,2	6,4
55 bis unter 60 Jahre	1.547	1.094	42,2	18,8	819	402	34,1	15,3
60 bis unter 65 Jahre	2.396	1.202	68,0	46,6	999	588	62,6	37,9

Alter	Frauen							
	1958	1971	1958	1971	1958	1971	1958	1971
	bis unter 20 Jahre	1	8	0,0	0,1	28	1	0,3
20 bis unter 25 Jahre	20	24	0,4	0,3				
25 bis unter 30 Jahre	59	29	1,3	0,6	33	20	1,3	0,4
30 bis unter 35 Jahre	94	111	2,2	2,3	97	26	3,1	0,7
35 bis unter 40 Jahre	125	169	3,0	3,7	78	17	2,9	0,8
40 bis unter 45 Jahre	210	172	7,0	3,4	83	42	5,8	1,5
45 bis unter 50 Jahre	442	260	10,4	4,3	175	157	11,2	4,3
50 bis unter 55 Jahre	739	276	18,8	7,4	370	188	28,2	9,3
55 bis unter 60 Jahren	1.419	658	46,8	16,1	598	267	51,3	17,5

Quelle: Jahresberichte der Sozialversicherungsträger.

Tabelle 13 a
Neuzuwachs an Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen
Vergleich 1971 und 1972

Alter	Männer				Frauen			
	PV. der Arbeiter Invalidenrentenneuzugänge		PV. der Angestellten Berufsunfähigkeitsrentenneuzugänge		PV. der Arbeiter Invalidenrentenneuzugänge		PV. der Angestellten Berufsunfähigkeitsrentenneuzugänge	
	absolut	auf 1.000 Vers.	absolut	auf 1.000 Vers.	absolut	auf 1.000 Vers.	absolut	auf 1.000 Vers.
bis unter 20 Jahre	12	29	0,1	0,3	3	4	0,2	0,2
20 bis unter 25 Jahre	73	81	0,5	0,6	8	11	0,2	0,2
25 bis unter 30 Jahre	94	84	0,8	0,7	17	16	0,3	0,2
30 bis unter 35 Jahre	137	151	1,1	0,9	22	23	0,3	0,3
35 bis unter 40 Jahre	212	251	2,2	2,6	23	18	0,6	0,5
40 bis unter 45 Jahre	351	377	3,7	3,8	30	23	0,7	0,6
45 bis unter 50 Jahre	568	572	7,8	7,6	97	74	2,4	1,7
50 bis unter 55 Jahre	500	723	10,4	13,3	161	157	5,5	4,7
55 bis unter 60 Jahre	1.094	1.522	21,3	33,5	402	293	15,9	12,2
60 bis unter 65 Jahre	1.202	1.800	46,4	68,2	588	470	36,2	27,6

Alter	Männer				Frauen			
	PV. der Arbeiter Invalidenrentenneuzugänge		PV. der Angestellten Berufsunfähigkeitsrentenneuzugänge		PV. der Arbeiter Invalidenrentenneuzugänge		PV. der Angestellten Berufsunfähigkeitsrentenneuzugänge	
	absolut	auf 1.000 Vers.	absolut	auf 1.000 Vers.	absolut	auf 1.000 Vers.	absolut	auf 1.000 Vers.
bis unter 20 Jahre	8	12	0,3	0,2	1	—	0,0	—
20 bis unter 25 Jahre	24	33	0,3	0,5	20	20	0,2	0,2
25 bis unter 30 Jahre	29	34	0,6	0,7	20	22	0,3	0,3
30 bis unter 35 Jahre	111	43	2,3	0,8	26	31	0,6	0,6
35 bis unter 40 Jahre	169	71	3,9	1,7	17	29	0,8	1,2
40 bis unter 45 Jahre	172	187	3,5	3,8	42	41	1,5	1,4
45 bis unter 50 Jahre	260	338	4,6	6,1	157	110	4,1	2,9
50 bis unter 55 Jahre	276	535	6,8	11,6	188	178	7,5	5,9
55 bis unter 60 Jahre	658	941	18,2	29,9	267	224	17,1	14,4

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat an Hand der jüngsten verfügbaren Daten die Berechnungen des Verfassers weitergeführt. Der Verfasser hat eine Stichtagszählung berücksichtigt, der Hauptverband ermittelte den Jahresdurchschnitt. Der starke Zugang an Invaliditätspensionen ist darauf zurückzuführen, daß in den Krankheitsgruppen Herz- und Gefäßkrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane und Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates im Jahre 1972 viel stärkere Zugänge als im Jahre 1971 zu beobachten sind.

Quelle: Jahresberichte der Sozialversicherungsträger.

Tabelle 14
Gliederung des Gesamtstandes der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen nach Krankheitsgruppen und Geschlecht. Stand: Ende 1971.

Ursache der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit	Männer				Frauen			
	Arbeiter		Angestellte		Arbeiterinnen		Angestellte	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1 Tuberkulose	5.028	6,11	968	5,0	3.062	4,24	682	3,4
2 Geschlechtskrankheiten	484	0,59	57	0,2	546	0,76	44	0,2
4 Infektionen und parasitische Krankheiten	474	0,58	108	0,6	341	0,47	120	0,7
5 Benigne Neubildungen	228	0,28	16	0,1	377	0,52	29	0,1
6 Maligne Neubildungen	1.706	2,07	348	1,8	1.995	2,77	588	2,4
7 Krankheiten des blutbildenden und lymphatischen Systems	208	0,25	27	0,1	439	0,61	79	0,4
8 Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	896	1,09	293	1,5	1.705	2,36	430	2,2
11 Herz- und Gefäßkrankheiten	28.996	35,2	7.702	39,4	27.803	38,5	7.299	36,6
13 Neurosen und Psychosen	2.843	3,45	858	4,4	3.435	4,76	1.711	8,6
14 Krankheiten des Zentralnervensystems	2.807	3,41	2.048	10,5	1.970	2,73	1.443	7,2
15 Krankheiten des peripheren Nervensystems	464	0,56	102	0,5	453	0,63	171	0,9
16 Augenkrankheiten	2.096	2,54	706	3,6	2.250	3,12	927	4,6
17 Ohrenkrankheiten	460	0,56	192	1,0	374	0,52	188	0,9
19 Krankheiten der Atmungsorgane	11.395	13,83	1.654	8,5	3.571	4,95	932	4,2
20 Krankheiten des Magens und des Darmes	1.896	2,30	329	1,7	1.155	1,60	283	1,4
21 Krankheiten der Leber und der Galle	1.202	1,46	220	1,1	1.059	1,47	190	1,0
22 Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	421	0,51	61	0,3	483	0,67	103	0,5

Ursache der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit	Männer				Frauen			
	Arbeiter		Angestellte		Arbeiterinnen		Angestellte	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
23 Krankheiten der Harnorgane	595	0,72	132	0,7	658	0,91	248	1,2
24 Krankheiten der Geschlechtsorgane	172	0,21	10	0,1	416	0,58	50	0,3
26 Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	436	0,53	50	0,2	305	0,42	86	0,4
27 Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates	11.641	14,13	1.690	8,6	14.217	19,7	2.647	13,3
28 Angeborene Mißbildungen	89	0,11	14	0,1	34	0,05	35	0,2
29 Arbeitsunfälle	2.596	3,15	151	0,8	492	0,68	61	0,3
30 Gewerbliche Vergiftungen	83	0,10	1	0,01	138	0,19	1	0,01
31 Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	3.590	4,36	501	2,5	797	1,11	200	1,0
32 Andere Krankheiten und Bezeichnungen	1.565	1,90	1.274	6,5	1.727	2,39	1.400	7,1
33 Pensionen gemäß § 251, Abs. 2 bzw. § 271, Abs. 2 ASVG	—	—	—	—	2.336	3,24	66	0,3
Insgesamt	82.371	100	19.512	100	72.138	100	19.913	100

Quelle: Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung für das Jahr 1971.

Tabelle 14 a

Gliederung des Gesamtstandes der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen nach Krankheitsgruppen und Geschlecht. Stand: Ende 1972.

Ursache der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit	Männer				Frauen			
	Arbeiter		Angestellte		Arbeiterinnen		Angestellte	
	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
1 Tuberkulose	4.737	5,91	856	4,5	2.939	4,10	670	3,4
2 Geschlechtskrankheiten	450	0,56	55	0,3	506	0,71	43	0,2
4 Infektionen u. parasitische Krankheiten	463	0,58	102	0,6	343	0,48	119	0,7
5 Benigne Neubildungen	220	0,27	14	0,1	370	0,52	28	0,1
6 Maligne Neubildungen	1.669	2,08	346	1,8	2.014	2,81	586	3,0
7 Krankheiten des blutbildenden und lymphatischen Systems	202	0,25	23	0,1	420	0,59	73	0,4
8 Krankheiten der Organe mit innerer Sekretion	863	1,08	289	1,5	1.650	2,30	427	2,1
11 Herz- und Gefäßkrankheiten	28.124	35,09	7.555	39,9	27.699	38,64	7.139	36,1
13 Neurosen und Psychosen	2.854	3,56	857	4,5	3.496	4,88	1.714	8,7
14 Krankheiten des Zentralnervensystems	2.800	3,50	1.989	10,5	1.965	2,74	1.430	7,2
15 Krankheiten des peripheren Nervensystems	438	0,55	97	0,5	457	0,64	161	0,8
16 Augenkrankheiten	2.028	2,53	684	3,6	2.169	3,03	917	4,6
17 Ohrenkrankheiten	450	0,56	184	1,0	364	0,51	186	0,9
19 Krankheiten der Atmungsorgane	10.814	13,49	1.540	8,2	3.519	4,91	787	4,0
20 Krankheiten des Magens und des Darmes	1.819	2,27	313	1,6	1.109	1,55	275	1,4
21 Krankheiten der Leber und der Galle	1.226	1,53	209	1,1	1.056	1,47	201	1,0
22 Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	408	0,51	56	0,3	462	0,64	100	0,5
23 Krankheiten der Harnorgane	579	0,72	125	0,7	662	0,92	243	1,2
24 Krankheiten der Geschlechtsorgane	167	0,21	9	0,1	403	0,56	53	0,3
26 Krankheiten der Haut und des Bindegewebes	428	0,53	46	0,2	307	0,43	87	0,4
27 Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates	11.442	14,27	1.677	8,8	14.190	19,80	2.659	13,5
28 Angeborene Mißbildungen	85	0,11	14	0,1	35	0,05	39	0,2
29 Arbeitsunfälle	2.607	3,25	154	0,8	498	0,69	72	0,4
30 Gewerbliche Vergiftungen	82	0,10	1	0,1	127	0,18	1	0,1
31 Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	3.613	4,51	478	2,5	798	1,11	205	1,0
32 Andere Krankheiten und Bezeichnungen	1.588	1,98	1.255	6,6	1.781	2,48	1.432	7,4
33 Pensionen gemäß § 251, Abs. 2 bzw. § 271, Abs. 2 ASVG	—	—	—	—	2.332	3,26	72	0,4
Insgesamt	80.156	100	18.928	100	71.671	100	19.719	100

Tabelle 15

Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitsrenten, Neuzugänge 1971, nach wichtigen Diagnosengruppen und nach Alter bei der Berentung. Von je 100 Renten der betreffenden Altersstufe hatten zur Ursache:

		Tuber- kulose	Bös- artige Neubil- dungen	Herz- und Gefäß- krank- heiten	Neurosen und Psy- chosen	Erkr. des Nerven- systems	Erkr. der Atmungs- organe (außer Tbc)	Erkr. der Ver- dauungs- organe	Erkr. des Bewe- gungs- und Stütz- apparats	Unfälle
Männer										
15 bis unter 20 Jahre	Arb.	17	—	—	17	—	—	—	—	58
	Ang.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20 bis unter 25 Jahre	Arb.	22	4	3	21	11	—	—	1	29
	Ang.	—	17	—	25	—	—	—	8	25
25 bis unter 30 Jahre	Arb.	21	3	5	20	14	—	2	2	19
	Ang.	10	—	5	25	16	—	—	—	37
30 bis unter 35 Jahre	Arb.	19	2	10	14	7	1	4	7	23
	Ang.	5	—	5	32	14	—	5	—	14
35 bis unter 40 Jahre	Arb.	18	7	9	13	7	3	7	3	11
	Ang.	4	8	—	25	4	—	16	16	4
40 bis unter 45 Jahre	Arb.	22	8	15	6	5	4	16	6	10
	Ang.	7	11	4	22	9	—	4	7	7
45 bis unter 50 Jahre	Arb.	11	6	13	5	4	9	7	5	12
	Ang.	8	9	28	8	12	4	5	1	10
50 bis unter 55 Jahre	Arb.	10	6	23	8	5	7	6	9	10
	Ang.	6	10	37	6	9	2	5	12	6
55 bis unter 60 Jahre	Arb.	6	5	34	3	4	12	5	13	8
	Ang.	2	11	39	3	12	4	3	9	2
60 bis unter 65 Jahre	Arb.	6	6	43	3	2	13	4	17	4
	Ang.	2	6	51	1	11	7	2	9	2
Frauen										
15 bis unter 20 Jahre	Arb.	37	—	—	—	25	—	—	—	12
	Ang.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20 bis unter 25 Jahre	Arb.	16	12	8	8	33	—	4	4	8
	Ang.	24	8	4	12	4	4	—	—	4
25 bis unter 30 Jahre	Arb.	7	3	3	24	31	3	—	3	3
	Ang.	5	10	—	38	10	—	5	—	14
30 bis unter 35 Jahre	Arb.	2	15	23	6	24	7	1	5	3
	Ang.	8	12	4	25	12	—	—	17	4
35 bis unter 40 Jahre	Arb.	5	17	11	5	5	5	14	13	6
	Ang.	—	10	5	25	20	—	5	15	5
40 bis unter 45 Jahre	Arb.	18	9	8	14	5	3	2	6	—
	Ang.	2	8	14	10	10	—	8	4	6
45 bis unter 50 Jahre	Arb.	3	16	19	14	4	2	6	12	3
	Ang.	2	22	12	11	15	2	7	7	1
50 bis unter 55 Jahre	Arb.	10	14	22	13	4	3	4	16	5
	Ang.	1	20	17	11	11	2	6	8	1
55 bis unter 60 Jahre	Arb.	5	8	35	5	2	4	3	23	2
	Ang.	—	11	28	5	6	2	4	17	2
60 bis unter 65 Jahre	Arb.	3	3	49	6	1	5	2	20	1
	Ang.	1	5	48	6	3	1	2	16	1

Quelle: Jahresberichte der Sozialversicherungsträger.

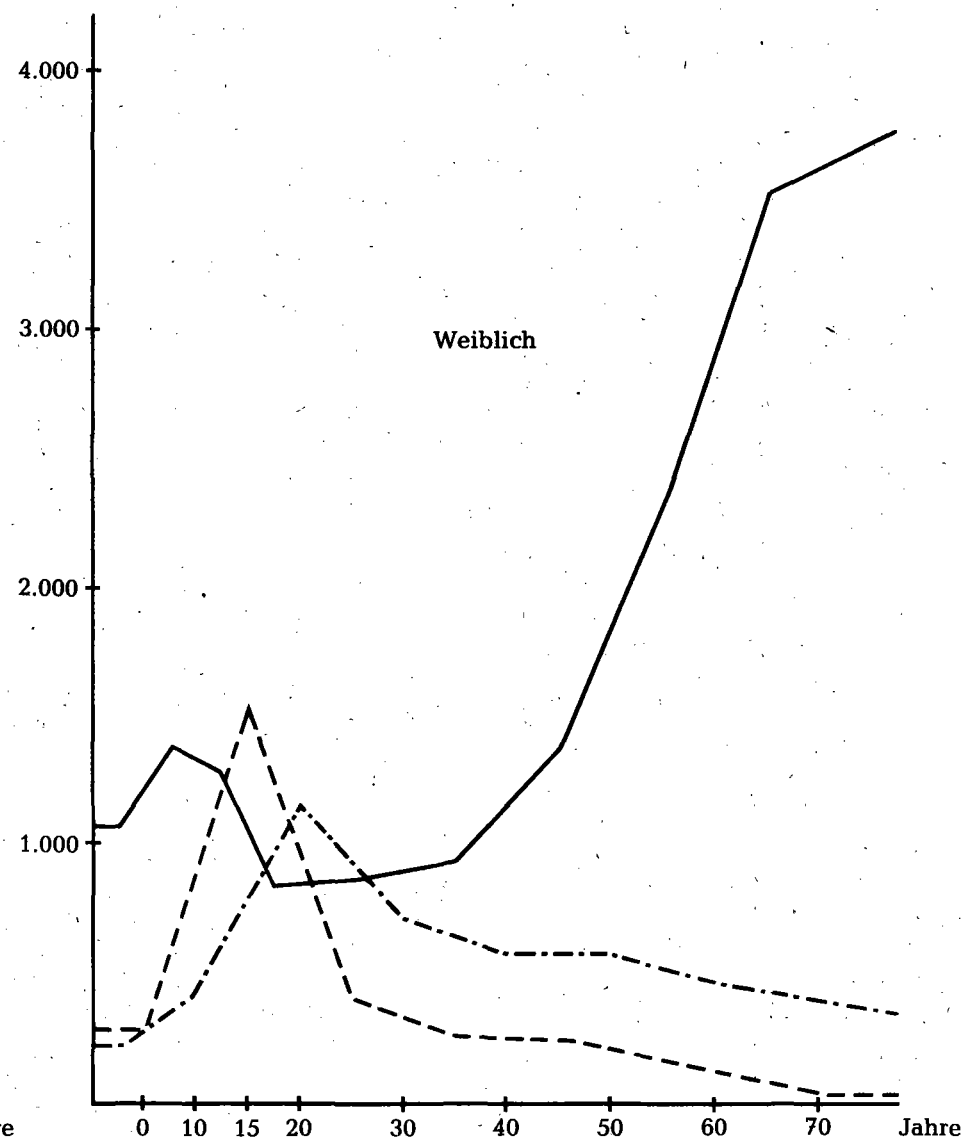
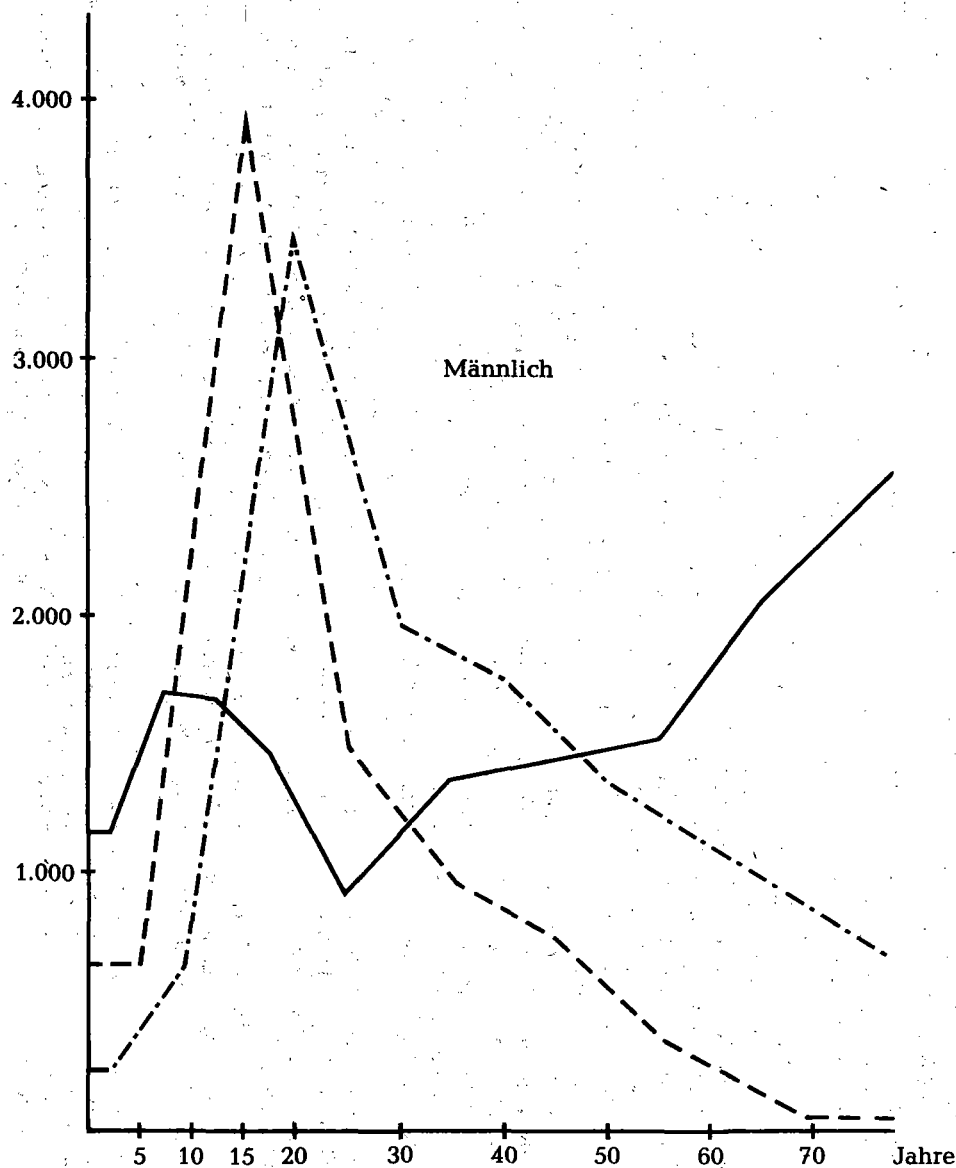
Tabelle 16

Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung, der Erwerbstätigen und der Pensionisten, nach Geschlecht und Altersgruppen auf je 1.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts

Alter	Männer							
	Gesamtsterblichkeit		Sterblichkeit der Erwerbstätigen		Sterblichkeit der Pensionisten der PV. Arbeiter		Sterblichkeit der Berufsunfähigkeitspensionisten	
	1960	1968/71	1960	1968/71	1960	1970	1960	1970
25 bis unter 30 Jahre	1,9	1,6	1,9	1,6	25,1	10,1	—	12,9
30 bis unter 35 Jahre	2,1	2,0	1,7	1,8	34,8	37,8	34,5	8,3
35 bis unter 40 Jahre	2,8	3,1	2,3	2,4	23,2	40,2	32,0	13,5
40 bis unter 45 Jahre	3,7	4,3	2,4	3,3	23,8	63,0	57,8	39,5
45 bis unter 50 Jahre	5,5	6,3	4,6	4,6	46,5	49,6	42,6	82,8
50 bis unter 55 Jahre	10,4	9,8	7,1	6,8	54,3	53,3	58,0	80,1
55 bis unter 60 Jahre	17,9	15,8	13,3	10,1	66,0	48,0	72,2	195,8
60 bis unter 65 Jahre	30,9	27,7	19,4	13,3	52,8	53,6	64,8	301,5
65 bis unter 70 Jahre	44,9	45,9	21,7	17,4	60,4	68,8	54,0	429,2
Alter	Frauen							
	Gesamtsterblichkeit		Sterblichkeit der Erwerbstätigen		Sterblichkeit der Pensionisten der PV. Arbeiter		Sterblichkeit der Berufsunfähigkeitspensionisten	
	1960	1968/71	1960	1968/71	1960	1970	1960	1970
25 bis unter 30 Jahre	0,8	0,6	0,8	0,5	29,2	18,8	17,9	54,3
30 bis unter 35 Jahre	1,1	0,9	0,9	0,8	23,8	32,8	—	100,4
35 bis unter 40 Jahre	1,6	1,4	1,3	1,0	21,8	65,9	8,5	51,9
40 bis unter 45 Jahre	2,5	2,2	2,0	1,4	26,4	39,5	22,2	15,2
45 bis unter 50 Jahre	3,6	3,5	3,1	2,2	30,1	33,1	30,0	38,6
50 bis unter 55 Jahre	5,0	5,2	4,2	3,0	26,6	27,9	23,6	50,7
55 bis unter 60 Jahre	8,6	7,7	5,4	4,1	22,3	23,7	19,9	28,4
60 bis unter 65 Jahre	14,1	13,2	9,2	5,8	19,0	24,7	20,0	27,9
65 bis unter 70 Jahre	24,4	22,9	13,5	9,1	27,9	30,3	30,3	30,1

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

Kurve 1



Unfälle auf je 100.000 der Bevölkerung
laut Mikrozensus 1970 und Verkehrsunfallstatistik

Häusliche Unfälle ——— Verkehrsunfälle - · - · - Sportunfälle - - -

2 DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT DER FRAU

2.1 Einleitung

2.1.1 Problemstellung

Es ist bekannt, daß Frauen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Männer, Angehörige „unterer“ sozialer Schichten mehr als solche von Oberschichten. „Es bleibt . . . das übereinstimmende Ergebnis aller epidemiologischen²⁾ Arbeiten der letzten Jahre, daß sich psychische Krankheiten aller Art besonders in den unteren, unterprivilegierten Schichten häufen. Das gleiche gilt für die Frauen, betrifft also zwei Gruppen, die dem Streß in unserer Kultur allgemein stärker ausgesetzt sind. Andererseits ist die Lebensdauer bei den Männern erheblich kürzer geworden. Wie diese beiden Phänomene zusammenhängen, ist noch nicht gesichert. Man sollte aber keine Mühe scheuen, um diese sehr wesentliche Frage zu klären, auch wenn das methodisch außerordentlich schwierig sein wird.“ (Hans Strotzka, in: IG Metall, Qualität des Lebens, 1973, S. 50)

Untersuchungen über die Ursachen der Unterschiede, über die psychischen Belastungen, auf die diese Gesundheitsstörungen zurückgehen, existieren jedoch kaum. Soweit solche Untersuchungen angestellt wurden, weisen sie durchwegs darauf hin, daß die Häufung gesundheitlicher Störungen – ob sie sich nun als Krankheiten psychischer, organischer oder psychosomatischer Natur äußern oder sich in Indikatoren wie Lebenserwartung, Selbstmordversuchsrate u. ä. niederschlagen – mit der Häufung von gesellschaftlichen Belastungsfaktoren in engem Zusammenhang steht. Die Belastungen sind in unserer Gesellschaft jedoch weder gleichförmig noch gleichmäßig verteilt. Art und Ausmaß gesundheitlicher Belastungen sind vielmehr abhängig von materieller Lebenslage, Geschlecht, von Bildungsstand und beruflicher Stellung, von der Stellung im Produktionsprozeß, Konsum- und Freizeitverhalten, kurz, von der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen „Schichten“ und Gruppen.

Gesundheit/Krankheit ist aber nicht nur das Ergebnis von Belastungen, sondern kann als eine Art „Saldo“ von gesundheitsschädlichen Belastungsfaktoren und von Fähigkeiten und Möglichkeiten betrachtet werden, Belastungen zu bewältigen. So hängen die Art und Weise, auf Belastungssituationen zu reagieren („Bewältigungs-“ oder „Reaktionsmuster“), eng zusammen mit der geschlechtsspezifischen Rolle, mit den Formen der familiären Sozialisation (die wiederum schichtabhängig sind) und mit der sozialen Stellung. Hier bietet sich ein möglicher Ansatz zur Erklärung des Phänomens, daß psychische Konflikte sich bei Frauen häufiger in psychischen Leiden, bei Männern eher in der Form organischer Krankheiten äußern (psychisches Leiden ist mit der „Rolle“ des Mannes „unverträglich“).

Materielle Lebenslage und Schichtenzugehörigkeit bestimmen auch die Unterschiede in den Möglichkeiten, soziale und psychische Belastungssituationen sowie Krankheit selbst zu bewältigen.

Eine Untersuchung der psychischen Gesundheit der Frau hat deshalb jene Belastungsfaktoren und Bewältigungskapazität besonders zu berücksichtigen, die mit ihrer

geschlechtsspezifischen Rolle und Funktion, mit ihrer Stellung im Produktionsprozeß und mit ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Schichten in Zusammenhang stehen.

2.1.2 Definition der psychischen Störungen

Die (deutsche) Psychiatrie ordnet in ihrer klinischen Systematik die psychischen Störungen in folgende Gruppen (vgl. W. Bräutigam, 1969, S. 1 ff.):

1. Hirnorganische Krankheiten (akute und chronische),
2. Endogene Psychosen (Schizophrenie, Zyklotomie),
3. Konfliktreaktionen, Neurosen und Psychopathien,
4. Psychosomatische Störungen.

Die ersten beiden Gruppen machen die „großen“ psychiatrischen Krankheiten³⁾ aus, die Gruppen 3 und 4 die Störungen der sogenannten „kleinen Psychiatrie“. Es verdient festgehalten zu werden, daß die Abgrenzung der angeführten Gruppen psychischer Krankheiten (mit Ausnahme der hirnorganischen Krankheiten) große Schwierigkeiten bereitet. Vor allem die Sammelbezeichnung „kleine psychiatrische Störungen“ umfaßt verschiedenartige und voneinander oft schwer unterscheidbare Gruppen von psychischen Störungen, bei denen die Abgrenzung nicht nur zur „Normalität“, sondern auch zu den schweren psychischen Erkrankungen (vor allem den endogenen Psychosen) schwerfällt. Gebräuchliche psychiatrische Klassifikationen (vgl. Bräutigam, 1968; Strotzka, 1972) – die auch im folgenden Kapitel verwendet werden – unterscheiden:⁴⁾⁵⁾

1. Konfliktreaktionen (Krisen, psychogene Reaktionen),
2. Neurosen im engeren Sinn (neurotische Entwicklungen, psychogene Entwicklungen),
3. Psychopathie und Soziopathie (psychopathische Entwicklungen, Charakterstörungen, Charakterneurosen, Sucht, „antisoziale“ Verhaltensstörungen, darunter auch kriminelles Verhalten),
4. Psychosomatische Störungen.

Neurosen und psychogene Reaktionen sind schwer scharf zu trennen. Während Neurosen (d. s. die Angst-, Zwangs- und Konversionsneurosen und die psychogenen Depressionen) unbewußte Konfliktsituationen darstellen, die aus unbewältigten Erlebnisverarbeitungen der Kindheit herrühren (und die sich in gestörten Gefühlsbeziehungen zur Umwelt, Fixierung infantiler Komplexe – „Regression“, und Wiederholungszwang äußern), sind psychogene Reaktionen Verhaltensstörungen, die vorwiegend durch aktuelle Belastungs („Streß-“)situationen ausgelöst werden und die „in einem unmittelbar verständlichen Reaktionszusammenhang der Lebensgeschichte“ stehen (Bräutigam, 1969). In ihrer Symptomatik und Dynamik sind sie den Neurosen ähnlich, klingen aber in der Regel nach einiger Zeit (nach zirka 3–6 Monaten) wieder ab (wenn sie sich nicht als neurotische Entwicklung fixieren), während Neurosen einen vorwiegend chronischen Verlauf haben. Psychodynamik und Pathopsychologie dieser Konfliktreaktionen sind wenig bekannt, nicht zuletzt deshalb, weil sie selten in psychiatrische Behandlung geraten (Strotzka, 1972).

„Charakterstörungen“ und „Soziopathien“ treten vor allem als „naives“ (auffälliges) soziopathisches Verhalten

²⁾ In der Sozialmedizin wird unter „Epidemiologie“ die statistische Analyse von demographischen, medizinischen und sozialmedizinischen Daten verstanden, mit deren Hilfe Krankheitsrisiken („Risikofaktoren“), Ursachen und Folgen von Krankheiten untersucht werden können.

³⁾ Siehe dazu auch die Ausführungen im Abschnitt 2.4.

⁴⁾ Kindliche Verhaltensstörungen werden hier außer acht gelassen.

⁵⁾ Die Gruppen 1.–3. werden oft auch unter der Sammelbezeichnung „neurotische Störungen“ erfaßt.

in der Kriminalstatistik in Erscheinung, wobei Unterschichtangehörige und Männer eindeutig überrepräsentiert sind (vgl. *Katschnig*, 1973; die Gruppe dieser „Störungen“ wird in diesem Zusammenhang nicht weiter verfolgt).⁶⁾

In die Gruppe der psychosomatischen Störungen fallen eine Reihe verschiedenartigster körperlicher Störungen, die psychisch bedingt oder mitbedingt sind:

Psychosomatische (oder psychovegetative) Störungen, d. s. vegetative Funktionsstörungen (wie Schlaf- und Appetitstörungen, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit), die als Begleiterscheinungen manifester oder latenter, akuter oder chronischer neurotischer Störungen oder akuter Streß-Situation auftreten (oft auch als „vegetative Dystonie“ bezeichnet). Psychosomatische Krankheiten, d. s. körperliche Krankheiten, die – ohne daß sie von psychischen Symptomen begleitet wären – als durch ungelöste psychische Konflikte verursacht interpretiert werden (z. B. Ulcus, Asthma, Rheuma, ein großer Teil der koronaren Herz-Kreislauf-Krankheiten). Die psychodynamische Entwicklung dieser Krankheiten unterscheidet sich von den neurotischen Entwicklungen und psychogenen Reaktionen praktisch nur durch den Abwehrmechanismus der Somatisation.

Somatopsychische Störungen sind psychische Störungen, die in der Folge von körperlichen Krankheiten auftreten – vermittelt über die soziale Bedeutung der Krankheit und das sozialpsychologische „Klima“ der Krankenumwelt (Hospitalisierungseffekte, Arzt-Patient-Verhältnis) – und die wiederum auf die ursprüngliche Krankheit rückwirken können.

Es bleibt aber letztlich eine „offene Frage, welche Krankheit überhaupt als psychosomatisch bezeichnet“ werden soll (*Redlich und Freedman*, 1970, S. 590 ff.), denn im Sinn einer psychosomatischen (oder „Ganzheits“-)Medizin spielen emotionale und soziale Faktoren bei Entstehung und Verlauf aller Krankheiten eine Rolle.⁷⁾

2.2 Die psychosozialen Störungen der Frau – Verbreitung und Ursachen

2.2.1 Statistische Ergebnisse.⁸⁾

Auf die Wohnbevölkerung bezogen, kommen annähernd gleich viele Männer und Frauen wegen Neurosen in Krankenhausbehandlung (11 Männer bzw. 13 Frauen auf 10.000 Einwohner über 15 Jahren im Lauf eines Jahres).

Krankenhausfälle auf 10.000 (Wohnbevölkerung)

1970 kamen, grob geschätzt, auf 10.000 Österreicher (Wohnbevölkerung im Alter von 15 Jahren und mehr):

	Krankenhausfälle	
	gesamt	Neurosen (ohne Psychosen)
Männer	1.430	11
Frauen	1.540	13

⁶⁾ Zur Definition von „Sucht“ und „Suchtkrankheit“ siehe 2.5.

⁷⁾ Es sei hier auf die Auswahl von psychovegetativen Organfunktionsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen verwiesen, die *H. Hoff* und *E. Ringel* (1964, S. 40 f.) zusammengestellt haben. Vgl. auch die österreichische Krankheitsystematik und den Vorschlag zur Klassifikation von Neurosen und Charakterstörungen für die 9. Fassung der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (s. *H. Strotzka*, Zur Klassifikation . . ., 1973, S. 197).

⁸⁾ Im einzelnen sind die Ergebnisse der Auswertung von Gesundheitsstatistiken unter 2.3 angeführt.

Bei unselbständigen Erwerbstätigen sind die Krankenhaus-Behandlungsquoten wegen Neurosen zwei- bis dreimal höher als beim Durchschnitt der Wohnbevölkerung.

Krankenhausfälle auf 10.000 (unselbständig Erwerbstätiger)

	Krankenhausfälle	
	gesamt	wegen Neurosen*)
Arbeiter männlich	10.200	17
Arbeiter weiblich	8.800	38
Angestellte männlich	5.200	17
Angestellte weiblich	6.700	33

*) Da keine genauen Neurosenanteile an der Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen vorlagen (Tab 3), wurde der Neurosenanteil, aufgrund der Entlassungsstatistik (Tab. 1) grob auf rund 30% der Fälle dieser Krankheitsgruppe eingeschätzt.

Weibliche unselbständig Erwerbstätige werden rund doppelt so häufig wegen Neurosen stationär behandelt wie Männer (38 bzw. 33 Arbeiterinnen bzw. weibliche Angestellte gegenüber jeweils 17 männlichen Arbeitern bzw. Angestellten auf 10.000).

Von Krankenständen wegen Neurosen/Psychosen sind weibliche Beschäftigte doppelt so häufig betroffen wie Männer (157 Krankenstandsfälle von Frauen, 68 von Männern in der Wiener Gebietskrankenkasse 1972, vgl. Tab. 6).

Krankenstände auf 10.000 (unselbständig Erwerbstätige)

1971 kamen auf 10.000 unselbständig Erwerbstätige

	Krankenstandsfälle	
	gesamt	wegen Neurosen*)
Arbeiter männlich	10.400	48
Arbeiter weiblich	9.000	109
Angestellte männlich	5.400	52
Angestellte weiblich	7.100	96

*) Grobe Schätzungen unter der Annahme, daß bei der Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen die Krankenstände von Neurosen zu Psychosen in einem Verhältnis von 5:1 stehen (vgl. *Bräutigam*, 1973, S. 11).

Aus Vorsorgeuntersuchungen geht demgegenüber hervor, daß von 1.000 unselbständig Erwerbstätigen 56 Frauen allein an chronischer vegetativer Dystonie leiden, gegenüber 31 Männern (s. Tabelle 11). Aber auch die psychische Gesamtmorbidität nichtberufstätiger Frauen ist um rund 50% höher als bei Männern (IFES-Umfrage 1970).

Fälle ambulanter Betreuung

In der Allgemeinpraxis kommen auf 1.000 Patienten 203 Frauen und 84 Männer mit leichten psychischen Störungen, ein Verhältnis von mehr als 2:1 (Kleinburg-Studie).⁹⁾

⁹⁾ Schätzungen von niedergelassenen Ärzten sind höher: Nach *Watts* (1962, S. 71) leidet durchschnittlich $\frac{1}{3}$ der Patienten einer englischen Allgemeinpraxis an einer psychogenen oder seelischen Erkrankung; nach einer Ärzteamfrage in der BRD (*S. Häussler*, 1967, S. 241) spielen bei 43% der in der niedergelassenen Praxis behandelten Leiden persönlichkeitsbedingte Konflikte eine wesentliche Rolle; die Untersuchung von *M. Shepherd* und Mitarbeitern (1966, S. 79) kommt auf eine Konsultationsrate von 470 Frauen und 200 Männern auf 1.000 Patienten (d. h. in England wird der Allgemeinarzt nachgewiesenermaßen wegen psychiatrischer Erkrankung am zweithäufigsten – nach den Erkrankungen der Atemwege – aufgesucht).

Neurosen und Psychosen sind bei Frauen fast doppelt so häufig Ursache vorzeitiger Invaldität wie bei Männern (1971 in 7,4% der Fälle bei Frauen, in 4,8% der Fälle bei den Männern); aus Gutachten für Berechtigungsanträge geht jedoch hervor, daß mehr als zwei Drittel (68%) der antragstellenden Frauen und fast die Hälfte der Männer (47%) an psychischen Störungen ohne Psychosewert leiden (s. Tabelle 9).

Stichprobenuntersuchungen von weiblichen Patienten der psychotherapeutischen Ambulanz der Wiener Gebietskrankenkasse ergaben, daß von Neurosen und psychogenen Reaktionen berufstätige Frauen häufiger betroffen sind (75% gegenüber 41%), während bei Hausfrauen schwerere und längerdauernde psychische Krankheiten überwiegen (Psychosen, Epilepsien und vorwiegend endogene Depressionen mit 59% gegenüber 25% bei Berufstätigen; s. *Strotzka*, 1969, näher ausgeführt unter 2.3).

2.2.2 Einschätzung der statistischen Ergebnisse „Wahre“ und „behandelte“ Häufigkeit psychischer Störungen

Um das Ausmaß der Verbreitung psychischer Störungen einschätzen zu können und Aussagen darüber zu machen, in welchem Ausmaß die Frauen und – nach Beruf, Ausbildung, Belastungen, sozialer Stellung und anderen Eigenschaften unterschiedene – Gruppen von Frauen von psychischen Störungen betroffen sind, ist es nötig, die verwendeten Statistiken darauf zu prüfen, ob sie die „wahre“ Verbreitung dieser Krankheiten wiedergeben.

Es sei vorweggenommen, daß sie es nicht tun. Aus mehreren Gründen:

Die verwendeten Daten stammen größtenteils aus der „administrativen“ Statistik, d. h. aus der Statistik der Gesundheitsbehörden, der Versorgungsinstitutionen (Krankenanstalten) und der Sozialversicherungsträger sowie aus einzelnen Untersuchungen (Feldstudien, Vorsorgeuntersuchungen).

Diese Daten geben jedoch nicht die „wahre“ Häufigkeit der psychischen Störungen wieder, sondern nur jene Fälle, die in den verschiedenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung in Behandlung kommen, d. h. die sogenannte „behandelte“ Häufigkeit. Denn nicht jeder, der von einer psychischen Störung betroffen ist, kommt in die Behandlung einer medizinischen Institution. Und nicht jeder, der mit einer psychischen oder psychosomatischen Störung in ärztliche Behandlung gerät, erhält vom Arzt eine psychiatrische oder psychosomatische Diagnose.

Bei den „schweren“, auffälligen (psychotischen und organischen) psychischen Krankheiten geben die Zahlen über die behandelte Häufigkeit annähernd die wahre Verbreitung wieder (hier stimmen auch die internationalen Statistiken auffällig überein). Bei den leichten psychischen Störungen jedoch ist die Diskrepanz zwischen den behandelten und wahren Häufigkeiten außerordentlich groß. Um Aufschlüsse über die wahre Verbreitung der psychosozialen Störungen zu erhalten, müßten Untersuchungen über den psychischen Gesundheitszustand eines repräsentativen Querschnitts der Bevölkerung vorliegen. Statistiken, die auf solchen Untersuchungen beruhen, gibt es für Österreich (aber auch für andere Länder) nicht.

Dazu kommt, daß die Qualität der vorhandenen statistischen Daten recht unterschiedlich ist: Die systematische Krankheitsstatistik der österreichischen Krankenanstalten erfaßt die Krankbewegungen, differenziert jedoch

häufig nicht nach Diagnosen und enthält nur lückenhafte Angaben über sozial relevante Tatbestände; hier füllt die unter 2.4 angeführte Auswertung von Basisbelegen psychiatrischer Fälle in Krankenhäusern eine große Lücke. Da der größte Teil der leichten psychischen Störungen jedoch nie in stationäre Behandlung kommt, haben diese Statistiken für den Bereich der psychosozialen Störungen nur beschränkte Aussagekraft.

Die wichtigste Behandlungsinstitution für neurotische Störungen ist der Allgemeinpraktiker. Eine systematische Statistik über die in der ambulanten Praxis betreuten Fälle existiert jedoch nicht, sodaß hier die Krankenstandsstatistik der Sozialversicherungsträger (die sozial relevante Fakten auch nur sehr unvollständig erfaßt) und die wenigen existenten Feldstudien bzw. Schätzungen von Allgemeinpraktikern die einzigen Anhaltspunkte darstellen.

Für die angeführten Unterlagen über Fälle von Selbstmord und Selbstmordversuch sowie über Suchtkrankheiten gilt ebenfalls, daß diese Indikatoren nur einen Bruchteil der tatsächlichen Verbreitung psychischer Störungen erfassen können.

Dasselbe trifft für die berichteten Vorsorge- und Reihenuntersuchungen zu, bei denen im übrigen Vergleiche der erhobenen subjektiven Gesundheitseinschätzungen schwierig sind. Repräsentativumfragen wie Vorsorgeuntersuchungen geben jedoch wertvolle Hinweise auf die Häufigkeit subjektiv empfundener gesundheitlicher Beschwerden allgemeiner psychischer und vegetativer Natur. Insgesamt gesehen stellt das vorhandene statistische Material also weniger eine Grundlage für quantitative Analysen dar, sondern muß vielmehr als Orientierungshilfe für qualitative Einschätzungen verwendet werden.

Als erster Anhaltspunkt kann gesagt werden, daß mindestens 10 bis 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung im Lauf eines Jahres wegen „leichter“ psychischer (nicht-psychotischer) Leiden in ärztliche Behandlung kommen, Frauen ungefähr doppelt so häufig wie Männer, Ältere mehr als Jüngere.

„Filter“, die bei der Erfassung bzw. Behandlung psychosozialer Störungen wirksam sind

Ob psychische und psychosomatische Störungen überhaupt in medizinische Behandlung kommen und – wenn ja – wie sie behandelt werden, hängt von einer Reihe von Faktoren („Filtern“) ab, die auf verschiedenen Ebenen wirksam werden: im „Laiensystem“ und im „professionell-medizinischen“ System. Obwohl über die Wirkungsweise dieser Filtermechanismen noch wenig bekannt ist¹⁰⁾, steht fest, daß sie die statistischen Daten, die uns über die Häufigkeitsverteilungen psychischer Störungen zur Verfügung stehen, beträchtlich verzerren. Dem kommt insofern Bedeutung zu, als statistische Daten die Grundlage für gesundheits- und sozialpolitische Planungen darstellen.

Der „Versorgungsfiler“

Es ist einleuchtend, daß die Versorgungslage großen Einfluß darauf hat, ob psychische Störungen in medizinische Behandlung kommen; d. h., die behandelten Häufigkeiten werden zunächst davon bestimmt, ob überhaupt Versorgungseinrichtungen für diese Stör-

¹⁰⁾ Die bisher unternommenen Untersuchungen stammen vorwiegend aus angelsächsischen Ländern. (Näheres s. Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974, Kap. III B.)

gen vorhanden sind (niedergelassene Fachärzte, psychiatrische Ambulanzen und Ambulatorien, psychiatrische Krankenhäuser), welche Kapazität und welchen Ausstattungsgrad diese Versorgungseinrichtungen besitzen, und wie die räumliche Verteilung und die räumliche Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen beschaffen ist (Stadt-Land-Unterschied)¹¹).

Der „Laienfilter“

Den stärksten Einfluß darauf, ob Symptome psychischer Krankheiten medizinisch behandelt werden, dürfte der sogenannte „Laienfilter“ haben, in dem sich die soziale Bedeutung von Krankheit, soziokulturelle Verhaltensweisen und Einstellungen und die allgemeinen und aktuellen Möglichkeiten und Zwänge der sozialen Lebenslage niederschlagen. Diese global als „Gesundheits-/Krankheitsverhalten“ bezeichneten Einflüsse auf die Reaktionsweisen des Patienten auf Krankheitssymptome, auf die Bewältigungsformen psychosozialer Störungen und Konflikte stehen in sehr engem Zusammenhang mit schichtspezifischen allgemeinen und aktuellen Belastungen.

So haben empirische Untersuchungen gezeigt, daß der Laienfilter in seiner Stärke je nach Schicht verschieden ist:

Unterschichtangehörige betrachten nur ein Viertel bis die Hälfte jener Symptome als behandlungsbedürftig, die Angehörige der Oberschicht vom Arzt behandeln lassen¹²). Dieser Unterschied dürfte bei psychischen Störungen noch größer sein, da nicht nur die „Symptomtoleranz“¹³) von Angehörigen unterprivilegierter Schichten größer ist, auch dann, wenn psychosoziale Verhaltensweisen auffällig werden, werden sie häufig nicht medizinisch „bewältigt“. Unterschichtangehörige sehen z. B. das (häufig psychosomatische) Symptom chronischer Übermüdung als selbstverständliche „alltägliche Tatsache“ an, wie in einer amerikanischen Studie nachgewiesen wurde (B. Robinson, 1971, S. 13 ff.).

Aber auch dann, wenn Symptome psychischer Krankheiten vom Kranken oder seiner Umgebung als „krank“ und behandlungsbedürftig erkannt werden, hat dies nicht notwendigerweise zur Folge, daß die Behandlung eines Arztes in Anspruch genommen wird. Denn als „psychiatrischer Fall“ bezeichnet zu werden, bedeutet in unserer Gesellschaft, die „Wahnsinn“ oder „Verrücktheit“ noch immer als Schande betrachtet, in eine Außenseiterrolle gedrängt zu werden und gesellschaftliche Nachteile, unter Umständen sogar den Verlust der Existenzgrundlage, auf sich zu nehmen. Größere Belastungen durch Arbeit und Familie, geringere finanzielle Möglichkeiten und Informationsmangel über die Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung haben für Angehörige unterprivilegierter Schichten zur Folge, daß sie wegen psychischer und psychosomatischer Leiden später zum Arzt gehen und eher zu „Laiemitteln“ greifen (Hausmittel etc.).

¹¹) So wird zum Beispiel ein Nervenarzt in Horn von Patienten konsultiert, die um 2 Uhr morgens mit Autobussen aus den verschiedenen Teilen des Waldviertels ankommen und an die ab 6 Uhr morgens in der Ordination Nummern ausgeteilt werden (M. Kremser, 1974).

¹²) Dies ergab die Studie von Koos, 1954. Koos verwendete ein Dreischichtenmodell.

¹³) Größere Symptomtoleranz bedeutet, daß z. B. Symptome psychischer Krankheiten eher als „normal“ oder als alltägliche Beschwerden angesehen und weniger als „krank“ typisiert werden.

Frauen sind zwar eher in der Lage, Störungen des psychischen Gleichgewichts wahrzunehmen und auszudrücken, und deshalb den Arzt aufzusuchen. Doch dürften die schichtspezifischen Unterschiede auch bei Frauen beträchtlich sein, was bis jetzt noch viel zu wenig untersucht ist. Es hat sich zum Beispiel gezeigt, daß nicht nur männliche, sondern auch weibliche Angehörige der Unterschichten eher zur „Somatisierung“¹⁴) psychischer Störungen neigen als Mittel- und Oberschichtenangehörige.

Nicht jede Verhaltensauffälligkeit, die von der Umwelt als „verrückt“ oder psychisch gestört bezeichnet wird, muß jedoch Ausdruck einer psychischen Störung sein. Bei gestörten Partner- oder Familienbeziehungen sucht z. B. häufig nicht derjenige den Psychiater auf, von dem die Störung der Beziehung ausgeht, sondern der sozial Schwächere oder der unter der gestörten Sozialbeziehung stärker Leidende.

Der „professionell-medizinische“ Filter

Dieser wirkt sich vor allem auf die Frage aus, ob psychische Störungen adäquat betreut werden, bzw. in der Statistik darauf, daß psychische Störungen auch als solche erfaßt werden. Psychische Störungen und organische Leiden, für deren Entstehung und Verlauf psychische Komponenten eine wesentliche Rolle spielen, werden aus verschiedenen Ursachen von Ärzten sehr häufig als organische Krankheiten diagnostiziert und behandelt. Nach einer Umfrage unter niedergelassenen Ärzten in der BRD fühlten sich z. B. nur 12 Prozent der Befragten aufgrund ihrer Ausbildung den Problemen der „kleinen Psychiatrie“ gewachsen (H. J. Bochnik, 1970). Daß auch die „Art der Abrechnung für ärztliche Leistungen nicht ohne Einfluß auf die Formulierung der Diagnose bleibt“ (H. Schaefer und H. Blohmke, 1972, S. 139), belegt die Tatsache, daß der Anteil psychischer und psychosomatischer Diagnosen bei Privatpatienten höher ist als bei Kassenpatienten.

Zahlreiche vegetative, psychische und psychosomatische Störungen scheinen daher in der Statistik mit falschen Diagnosen auf (klinische Schätzungen über den Prozentsatz an Patienten, die „keinen Befund“ haben, schwanken zwischen 20 und 50 Prozent; vgl. H. Schaefer und M. Blohmke, 1973, S. 139).

Das Geschlecht spielt beim Vorgang des Diagnostizierens eine wichtige Rolle: so werden z. B. bei Frauen Depressionen, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Klimakterium stehen, als „Involutionen-depression“ in den Krankengeschichten markiert. Damit werden die sozialen oder symbolischen Erwartungen, die an eine bestimmte physiologische Phase gebunden sind, perpetuiert und zur Störung erhoben (M. Kremser, 1974).

2.2.3 Die soziale Entstehung der psychosozialen Störungen der Frau

Die Auswirkungen der geschlechtsspezifischen Rolle auf die psychische Gesundheit der Frau. Einige Ergebnisse

Bisher war es die Regel, die größere Häufigkeit psychischer und psychovegetativer Störungen bei den Frauen vor allem

¹⁴) Das heißt, daß psychische Störungen als organische Leiden zum Ausdruck gebracht werden.

durch geschlechtsspezifische biologische Eigenschaften zu erklären. Es besteht aber Grund zur Annahme, daß dafür primär nicht biologische, sondern vielmehr soziale Faktoren verantwortlich sind, die mit der Frauen-„Rolle“, mit erworbenen typischen sozialen Verhaltensweisen und Reaktionsmustern der Frau, mit ihrer Stellung im Geflecht ihrer sozialen Beziehungen (Beruf, Familie) und schließlich mit den allgemeinen und spezifischen Belastungen der Frau in unserer Gesellschaft in Zusammenhang stehen.

Indizien dafür, daß die unterschiedliche allgemeine Lebenslage der Männer und Frauen sich verschieden auf den Gesundheitszustand auswirkt, stellen die Ergebnisse von epidemiologischen Studien dar, in denen Phänomene des sozio-kulturellen Wandels in seinen geschlechtsspezifischen Auswirkungen auf die Gesundheit untersucht wurden.

Eine Untersuchung des Blutdrucks von Personen, die vom Land in die Stadt abwanderten, hat ergeben, daß bei männlichen Auswanderern mehr Hypertonie zu beobachten war als bei Männern, die auf dem Land blieben. Bei Frauen zeigten sich umgekehrte Ergebnisse: Seltener hatten mehr Hypertonie (*Cruze-Coke, R. u. a., 1964*).

Bruhn u. a. (1966) haben Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (KHK) daraufhin untersucht, welche Ausbildung sie abgeschlossen, welchen Berufsweg sie absolviert (Aufstieg) haben und welchen emotionellen Spannungen sie in Beruf und Familie ausgesetzt waren. Männliche KHK-Patienten hatten eine niedrigere Ausbildung und einen geringeren beruflichen Aufstieg hinter sich und waren einem starken beruflichen Streß ausgesetzt. 80% der Frauen hatten eine geringere Ausbildung als ihre Männer und waren deshalb häufig einem starken familiären Streß ausgesetzt.

Die größere Häufigkeit der essentiellen Hypertonie bei Frauen hängt vermutlich mit der in einer Untersuchung nachgewiesenen Tatsache zusammen, daß Hypertoniker im allgemeinen Menschen sind, die jede offene Aggressivität unterdrücken (*M. F. Reiser u. a., 1951*).

Bei Frauen werden häufiger psychische Störungen und seelisch bedingte körperliche Symptome festgestellt. Dies trifft wiederum vor allem auf Frauen, die unteren Schichten angehören, zu, zum Beispiel für koronare Herz-Kreislaufkrankheiten (*Blohmke, 1973*).

D. Beckmann und H. E. Richter (1972) haben einen Vergleich von Frauen und Männern hinsichtlich sechs körperlicher Beschwerdenkomplexe durchgeführt, die erfahrungsgemäß typische psychosomatische Beschwerden darstellen.

Fünf Beschwerden wurden von Frauen signifikant häufiger geäußert:

Kreislaufstörungen
Darmträgheit
Abgespanntheit
Nervosität
Schlafstörungen (*H. E. Richter, 1974, S. 39*).

Magenbeschwerden kommen häufiger bei Männern vor, ab Mitte 40 überholen die Frauen die Männer allerdings auch bei dieser Beschwerde. Das wird durch eine Reihenuntersuchung bestätigt, die an gesunden (arbeitsfähigen) Personen von 16 bis 60 Jahren in der DDR durchgeführt wurde (*H. Behrendt, 1968*):

Frauen gaben häufiger als Männer an:
Ängste,

Schlafstörungen, Schwitzen, Herzbeschwerden, Verstopfung, Durchfall, Schwindel, Nervenzusammenbrüche.

Die Untersuchung von seelischen und sozialen Belastungsmomenten ergab dabei einen signifikanten bis hochsignifikanten Zusammenhang zwischen diesen vegetativen Symptomen und Angaben der Befragten über schlechte Familienverhältnisse in Kindheit und Jugend und über Schwierigkeiten in der eigenen Ehe. Ähnliche Ergebnisse findet man bei vergleichenden Reihenuntersuchungen an Patienten in medizinischen Polikliniken (*H. v. Drechsel, 1964; Franke, Schröder, Geuder, 1959*).

„Häufigkeit und Verteilung solcher Funktionsstörungen (erlauben es), daraus unmittelbar auf die seelische Situation zurückzuschließen“; Frauen fühlen sich im Durchschnitt unglücklicher und „verspüren mehr Unzufriedenheit mit ihrer Rolle“ (*H. E. Richter, 1974*).

D. Beckmann und H. E. Richter (1972) stellten in einer Untersuchung über das Selbstbild der Frau fest, daß sich Frauen im Durchschnitt so erleben, wie es sich im Rollenklischee von der Frau ausdrückt.

Sie erleben sich im Durchschnitt als „ängstlicher, erotisch gehemmter und stimmungsmäßig gedrückter als die Männer. Sie sehen es als schwierig an, zu enger Zusammenarbeit zu finden. Dabei glauben sie, daß sie sich besonders viel Mühe im Leben schaffen, und sie beschreiben sich auch als ordentlicher und als fürsorglicher als die Männer. Im Gegensatz zu den Männern erleben sie sich eher als ehrgeizarm, als uninteressiert daran, andere zu übertreffen. Sie meinen, daß sie dazu neigen, sich unterzuordnen und daß man sie im ganzen eher als schwach einschätze.“ (*H. E. Richter, 1974, S. 35*.)

Nach dieser Befragung einer repräsentativen Stichprobe von 18- bis 60jährigen Westdeutschen und Westberlinern wichen Frauen von Männern in 11 von 40 Fragen signifikant ab, unter anderem in folgendem:

„Ich halte mich für besonders ängstlich.“
„Ich schätze, ich lege es eher darauf an, von anderen gelenkt zu werden.“
„Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als schwach einschätzt.“
„Ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe wenig erlebnisfähig.“
„Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.“
„Ich halte mich für sehr bedrückt.“
Diesem Selbstbild der Frau entspricht in den kontrastierenden Merkmalen das männliche Rollenklischee:

Offen eingestandene	Angstunterdrückung
Ängstlichkeit	Demonstration von erotischer
Triebunsicherheit	Sicherheit
Depressivität	emotionelle Stabilität
Schwäche	Stärke im allgemeinen
Lenksamkeit	Dominieren
Konkurrenzverzicht	Ehrgeiz
Altruismus	Egozentrität
Ordnungsliebe	Unordentlichkeit
Bemühen	Bequemlichkeit

Dieses annähernde Selbstbild der Frau hat „ein Übergewicht von Gehemmtheitsgefühlen und eine Neigung zu gedrückter Stimmung“ (*H. E. Richter, 1974, S. 36*) zur Folge, welche durch eine Reihe von aktuellen Zwängen und gesellschaftlichen Benachteiligungen noch verstärkt und befestigt werden:

Frauen sind in mittlerer und höherer Ausbildung noch immer unterrepräsentiert;

beim Eintritt ins Berufsleben stehen Frauen eher untergeordnete Berufstätigkeiten offen, berufliches Weiterkommen ist für sie relativ schwieriger (s. unten) als für Männer;

mit der Heirat haben sie entweder doppelte und dreifache Belastungen zu tragen (wenn sie weiterhin einen Beruf ausüben) oder sie sind in eine nicht immer befriedigende Hausfrauen- und Mutterrolle gedrängt, die sie der eigenständigen sozialen Kontakte häufig beraubt;

mit dem Alterwerden wird es für Frauen noch schwerer, „ihre seelische Balance aufrechtzuerhalten“ (H. E. Richter, 1974, S. 36). Nach dem Giessen-Test empfinden sich Frauen zwischen 31 und 60 Jahren „deutlich depressiver als ihre männlichen Altersgenossen“. Im Vergleich zu gleichaltrigen Männern betonen ältere Frauen besonders ihre „Schwäche- und Minderwertigkeitsgefühle“, „vermehrte soziale Gehemmtheit, Gefügigkeit und Unzufriedenheit mit sich selbst“.

Abweichend von jüngeren Frauen (zwischen 18 und 30) sehen sie sich in „vermehrter Abhängigkeit, Einsamkeit, Unattraktivität, Neigung zu Selbstvorwürfen“. (H. E. Richter, 1974, S. 36.)

Das hängt natürlich davon ab, welche Eigenschaften für Frauen als erwünscht oder unerwünscht gelten, wie die Eigenschaften einer Frau zu ihrer Rolle, zu den Rollenerwartungen anderer passen.

Frauen sehen sich im Testbild als leidender und unzufriedener als die Männer, dieser Unterschied nimmt im mittleren und höheren Alter zu. (H. E. Richter, 1974, S. 37.)

Besondere Bedeutung für die Unzufriedenheit und psychische Belastung der Frau haben Familienprobleme:

Hausarbeit ist „unsichtbare Arbeit“, sie wird nicht anerkannt, denn Frauen „beschäftigen sich“ mit Hausarbeit, sie „arbeiten“ nicht.

Die psychische Belastung der Frauen durch die Familie geht auch aus der Vorsorgeuntersuchung Wien/Kärnten hervor: Mehr als 22% der Wiener und 27% der Kärntner Frauen gaben Familiensorgen an. Es führen die 45- bis 54jährigen Frauen, was einen Zusammenhang zwischen den Familiensorgen der Frauen zwischen 45 und 54 Jahren (Wien: 36%) und der hohen Arbeitsunzufriedenheit der Männer derselben Altersgruppe (Wien: 41%) vermuten läßt.

Die Familienkonflikte stehen als auslösender Konflikt für psychiatrische Krankheiten der Frau im Vordergrund. So zeigt sich in der Kleinburg-Studie (Strotzka u. a., 1969), daß weibliche Verheiratete eine leicht höhere psychiatrische Morbidität haben als Ledige und Geschiedene. Nach Strotzka hat dies „mit dem Mangel an außerfamiliären Entspannungs- und Kompensationsmöglichkeiten zu tun“. (Strotzka, Familienpolitik . . ., 1971).

Zusätzlich wirken sich häufig soziale Isolation, Sexualtabu (hoher Anteil von Sexualstörungen) und Ängste vor Schwangerschaft und vor allem in Unterschichten schlechte Wohnverhältnisse¹⁵⁾, Arbeitskonflikte des Mannes und niedrige Einkommensverhältnisse negativ auf die psychische Verfassung der Frau – und schließlich auf das Klima der Kindererziehung aus.

Da es für Berufstätige in der Regel nicht möglich ist, affektive Spannungen am Ort ihrer Entstehung (vor allem am Arbeitsplatz) auszuleben und zu entladen, kann es zu einer Spannungsaufladung kommen, deren „Lösung“ sich primär in den Bereich der Familie verlagert. Ohnmacht-

und Schuldgefühle, massive Machtphantasien des Mannes gegenüber der Frau (die Ausdruck seiner realen Ohnmacht sind), irrationale kompensatorische und projektive Mechanismen des Auslebens und der Übertragung von Aggressionen und die weniger stark entwickelte Fähigkeit zu verbaler Kommunikation können zusätzliche psychische Belastungen der Frau schaffen, die sich in vielfältigen psycho-sozialen Störungen der Frau, in pathogenen „Lernprozessen“ der Kinder und im „lädierten Ich und Über-Ich“ des Soziopathen (E. Wulff, 1972), auswirken.

„Die überwiegende Mehrheit der erwerbstätigen Frauen findet sich auf den unqualifizierten und am schlechtesten bezahlten Arbeitsplätzen in Büro und Fabrik“ (J. Menschik, Argument 67, 1971, S. 670). Dies gilt auch für Österreich: Frauen sind in den unteren Lohnklassen und in unterqualifizierten Tätigkeiten überrepräsentiert, sie weisen im Berufsleben weniger Qualifikationsverbesserungen auf als Männer.

Von 100 Frauen verdienen 49 weniger als 5.025 Schilling, von 100 Beschäftigten der Lohnklasse unter 2.025 Schilling sind 56 Frauen (Stand Ende Jänner 1973, berechnet nach Statistische Nachrichten, 28 NF (1973), Nr. 8, Tab. 3, S. 504).

Frauen haben in allen Berufsgruppen mit untergeordneten oder einfachen Tätigkeiten ein klares Übergewicht, während die Männeranteile bei Facharbeitertätigkeiten und leitenden Tätigkeiten in Angestelltenberufen um ein Vielfaches, bei qualifizierten Tätigkeiten in Angestelltenberufen um nahezu das Doppelte, bei Lehrlings- und Selbständigen-Tätigkeiten deutlich überrepräsentiert sind.

Frauen mit angelernten und Hilfstätigkeiten in Arbeiterberufen sind nicht nur anteilmäßig stärker vertreten als Männer, sie können ihre Qualifikation auch weniger häufig verbessern. „Hingegen überwiegen die Anteile der Frauen bei den Angestellten und mit Hilfstätigkeit oder einfacher Tätigkeit“, aber: „Bei Angestellten mit leitender Tätigkeit und Selbständigen verstärkt sich das Übergewicht der Männer mit steigender Dauer der Berufslaufbahn“ (Statistische Nachrichten 1973, S. 335).

Die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die psychische und psychosomatische Gesundheit der Frau sind noch wenig untersucht. „... einige objektive Faktoren der gegenwärtigen Arbeitssituation, wie Wechselschichten, die eine ständige Umstellung des Schlaf-Wach-Rhythmus bedingen, Monotonie, etwa von Fließbandarbeit, starke Lärmbelastung usw., können eine erhebliche vegetative Irritation schaffen, die die Basis auch für die Auslösung schwerer psychischer Störungen darstellen können“ (H. Strotzka, Einführung, 1972, S. 110).

Nicht die Arbeit schlechthin macht krank, sondern die Arbeitsbedingungen, die allgemeine und spezifische Arbeitsbelastungen mit sich bringen. Unselbständige Frauen sind von diesen Belastungen ganz besonders betroffen: Ihre schlechtere Stellung im Beruf hat zur Folge, daß sie häufiger als Männer untergeordnete und unqualifizierte Tätigkeiten ausüben; Arbeiten, (z. B. Akkordlohn), die durch Monotonie, einseitige Belastung, Zeitdruck, Sinnleerheit, mangelnden Kontakt zu den Arbeitskollegen u. a. psychische Belastungen gekennzeichnet sind.

Die Arbeitsbedingungen beeinflussen sowohl direkt den psychischen und psychosomatischen Gesundheitszustand

¹⁵⁾ Katschnig-Steinert, 1971, stellten eine höhere Rate von Selbstmordversuchen in abgewohnten Stadtvierteln von Wien fest. Vgl. auch Strotzka, Einführung, 1965, S. 80.

der Frau – über die spezifischen gesundheitsschädlichen Arbeitsbelastungen und über psychischen Stréß – als auch indirekt als Folgeprobleme das Zusammenleben und die Beziehungen in der Familie.

Empirische Untersuchungen

Empirische Untersuchungen, die über Arbeitszufriedenheit bzw. über subjektive Einschätzungen der Arbeitsbelastungen (1.), über gesundheitliche Beschwerden von „Arbeitnehmern“ (2.) und über die gesundheitlichen Auswirkungen spezifischer Arbeitsbelastungen (Akkord-, Schicht-, Bandarbeit) gewonnen wurden (3.), bestätigen diese Thesen.

Mangelnde Arbeitszufriedenheit wurde in einer Reihe von Untersuchungen, die in verschiedenen Ländern angestellt wurden, als wichtiger „Risikofaktor“ für psychische und psychosomatische Störungen, für geringe Lebenserwartung und für einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand identifiziert.

Eine US-Studie über das Altern, die über 15 Jahre lief, erklärte Langlebigkeit am besten mit Arbeitszufriedenheit (E. Palmore, 1969).

Mangelnde Arbeitszufriedenheit und Arbeitsstreß stellten sich als Risikofaktoren für psychosomatische Erkrankungen (J. Gadourek, 1965), Herz-Kreislaufkrankheiten (C. D. Jenkins, 1971), Magengeschwüre (H. Susser, 1967), Arthritis (S. H. King und S. Cobb, 1958) und rheumatische Beschwerden (S. Cobb, 1971) heraus.

Befragungen von Arbeitern und Angestellten ergeben zwar einen relativ hohen Grad von Arbeitszufriedenheit, wenn sie ganz allgemein danach gefragt werden, ob sie „mit ihrer Arbeit zufrieden“ sind. Werden sie konkreter nach Arbeitsbelastungen, Überforderung etc. befragt, dann stellt sich das Bild von der „Arbeitszufriedenheit“ schon anders dar.

Eine Umfrage des Deutschen Gewerkschaftsbundes 1974 unter weiblichen Arbeitern und Angestellten der Altersgruppe 45–60 Jahre ergab,

daß sich jede dritte Arbeitnehmerin an ihrem Arbeitsplatz überfordert fühlt, daß sich Arbeiterinnen größeren Arbeitsbelastungen ausgesetzt sehen als Angestellte.

Als Gründe für Überforderung wurden an erster Stelle schnelles Arbeitstempo, dann familiäre Pflichten, körperliches Unwohlbefinden und schließlich Belästigung durch Lärm, Licht oder Schmutz genannt.

Die Kammer für Arbeiter und Angestellte und die Gewerkschaft der Privatangestellten führten 1972 mehrere Untersuchungen durch, die ergaben, daß ein sehr hoher Prozentsatz der Angestellten mit den Arbeitsbedingungen unzufrieden ist (nach H. Braun, 1973, S. 44). Sie kritisieren vor allem:

Sitzgelegenheiten entsprechen nicht den gesundheitlichen Mindestanforderungen	55,8 Prozent
Mit dem Raumklima nicht zufrieden	77,7 Prozent
Heben und Tragen von zum Teil schweren Lasten	56,0 Prozent
Belastung durch das Arbeitstempo	45,0 Prozent
Belastung durch starken Lärm	41,2 Prozent
Eintönigkeit der Arbeit	23,8 Prozent
Mangelhafte Beleuchtung	19,3 Prozent

Eine Befragung von Arbeitern und Angestellten in 10 österreichischen Betrieben (Institut für Gesellschaftspolitik, 1971) ergab, daß vor allem durch „technischen Fort-

schrift“ und Rationalisierungsmaßnahmen das Arbeitstempo, die nervlichen Belastungen, die Aufmerksamkeitsanforderungen und die Belästigung durch Lärm zugenommen haben (was durch die Beurteilung außenstehender Arbeitstechniker bestätigt wurde).

Zur Zeit der Untersuchung empfanden ein deutliches Unbehagen durch:

	Arbeiter	Angestellte
körperliche Belastung	18%	1%
nervliche Belastung	31%	45%
das Arbeitstempo	29%	17%
die Umgebungseinflüsse (Lärm, Hitze, Schmutz usw.)	43%	15%

In dieser Untersuchung stellte sich auch heraus, „daß es durch die technischen Neuerungen doch zu einer deutlichen Häufung verstärkter Belastungen kommt. Vermehrte nervliche Belastungen kamen dabei im Gefolge von Innovationen am häufigsten vor. Doch darf man nicht annehmen, daß die Rationalisierungen unbedingt immer von unangenehmer körperlicher Plackerei befreien. Die physische Arbeit wird zwar in vielen Fällen erleichtert, recht häufig nimmt sie aber durch den technischen Fortschritt einen unangenehmeren Charakter an.“ (Institut für Gesellschaftspolitik, 1971, S. 40).

Nervliche Belastung, Arbeitstempo und Lärm stehen auch heute im Mittelpunkt der Kritik von weiblichen Angestellten und Arbeitern. Das ergab auch eine Befragung, die von Rosenmayr-Haller-Szinovácz (1973) unternommen wurde.

Kritik von Arbeiterinnen an den Arbeitsbedingungen des gegenwärtigen Arbeitsplatzes, nach Industriebranchen
(nach Rosenmayr, Haller, Szinovácz, 1973, S. 16)

Kritisiererr (an 1. oder 2. Stelle)	Arbeiterinnen in der		
	Textil-industrie	Metall-industrie	Bekleidungs-industrie
unter den Allgemeinen negativen Aspekten:			
belastende Arbeitsbedingungen	34	42	20
nervliche Belastung	21	33	36
Störfaktoren:			
Arbeitstempo	34	37	15
Lärm	23	29	14
Zugluft, Hitze, schlechtes Licht	43	28	32
bedienen ständig eine Maschine	69	16	41

Nervliche Belastung und schlechte Arbeitsbedingungen waren nach derselben Studie wichtige Gründe für Firmenwechsel.

Als wichtigste oder zweitwichtigste Gründe für das Ausscheiden aus ihrer Firma führten die von Rosenmayr-Haller-Szinovácz untersuchten Arbeitnehmerinnen an

	Arbeiterinnen	Verkäuferinnen	Angestellte
geringe Bezahlung	13	30	12
schlechte Arbeitsbedingungen	21	8	15
nervliche Belastung	28	11	13
geringe Aufstiegsmöglichkeiten	9	21	16

Einige Zahlen über die Arbeitsbelastung, die Berufszufriedenheit und den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und einigen psychosomatischen Störungen erbrachte die Auswertung der Vorsorgeuntersuchung Wien/Kärnten:

41% aller Probanden der Vorsorgeuntersuchung Wien/Kärnten haben die Frage bejaht, ob sie ihre Arbeit als anstrengend empfinden. Die Daten sind zwar bis jetzt noch nicht schichtspezifisch, nach Berufstätigkeit und besonderen belasteten Gruppen ausgewertet, jedoch steht bereits fest, daß sich besonders die Männer der Altersgruppe von 45–54 Jahren angestrengt fühlen (63% Wien, 72% Kärnten), während bei den Frauen die 35–44-jährigen überwiegen (50% Wien, 55% Kärnten).

Subjektive Einschätzung der Arbeitsbelastung (Frage: „Durch Arbeit angestrengt?“, Antwort: „Ja“)

Alter	Männer		Frauen		Alle
	Wien	Kärnten	Wien	Kärnten	
–34	5,2	35,7	15,1	45,0	
35–44	57,1	69,4	52,2	55,1	
45–54	63,0	72,0	49,9	54,9	
55–64	37,1	49,2	27,2	45,5	
65–74	4,9	8,5	13,8	27,6	
Gesamt	34,6	60,0	34,9	51,8	40,6

Quelle: Vorsorgeuntersuchung Projektstudie Wien–Kärnten.

Die Berufszufriedenheit („Würden Sie den Beruf ändern, wenn Sie dazu die Chance hätten?“) ist bei den Männern geringer als bei den Frauen (von den Männern Wiens antworteten 29% mit ja, in der Altersgruppe 45–54: 41%; bei den Männern Kärntens 43%, in der Altersgruppe 45–54: 50%. Bei den Frauen Wiens würden 28% den Beruf ändern, wenn sie könnten, bei den Frauen Kärntens 24%. Auffallend ist die hohe „Unzufriedenheitsquote“ der Wiener Frauen in der Altersgruppe 45–54 mit 36%.

Probeweise statistische Auswertungen der Daten ergeben Hinweise dafür, daß der Faktor „Sorgen“ und „Schlafstörungen“, der bei Frauen häufiger vorkommt, mit Lärmbelastung in der Wohnung, Alkoholgenuß und Arbeitsstreß in Zusammenhang steht.

Die höhere berufliche Belastung der geringer ausgebildeten Frauen (Hilfsarbeiterinnen und kleine Angestellte) zeigt sich darin, daß sich der Prozentsatz der Hypertoniker verringert, je höher die Schul- oder Berufsausbildung ist (bei den Männern zeigt sich der umgekehrte Zusammenhang: je besser ihre Ausbildung, desto häufiger die Hypertonie).

Befragungen über Arbeitsbelastungen ergaben also deutliche Hinweise auf wichtige Belastungsfaktoren des Arbeitsplatzes für die psychische Gesundheit der Frau. Diese Einschätzungen können jedoch nur ein verzerrtes und unvollständiges Bild der tatsächlichen Arbeitsbelastung ergeben. Denn manche Belastungsfaktoren werden von den „Arbeitnehmern“ als selbstverständlich hingenommen (z. B. Diskriminierung der Frau am Arbeitsplatz, Unsicherheit des Arbeitsplatzes u. a. m.), an andere wiederum „gewöhnt man sich“, obwohl ihre schädigende Wirkung bleibt, andere werden gar nicht wahrgenommen, wirken sich aber längerfristig in psychovegetativen Beschwerden aus (z. B. schädigende Dämpfe), und schließlich wird – wie

die Befragungen zeigen – nach vielen Belastungsfaktoren gar nicht gefragt.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen im allgemeinen und psychischen und vegetativen Beschwerden kann auch aus Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer selbst hergestellt werden, wenn es auch Schwierigkeiten bereitet, hier eine Kausalität exakt nachzuweisen.

In der bereits angeführten, von 1967 bis 1969 durchgeführten Untersuchung von 20–30-jährigen verheirateten Frauen, die in Großbetrieben dreier österreichischer Bundesländer arbeiteten, wurden auch deren gesundheitliche Beschwerden erfaßt (L. Rosenmayr, M. Haller, M. Szinovác, 1973, S. 41 ff.). Die Befragung gibt einen Einblick, wie häufig Nervosität und Kopfschmerzen schon unter jungen Arbeitnehmerinnen verbreitet sind:

Rund 60% der Arbeiterinnen und Angestellten bezeichneten sich als sehr nervös oder nervös; daß sich demgegenüber nur 50% der Verkäuferinnen als nervös bezeichnen, dürfte nach Ansicht der Autoren mit dem durch die Möglichkeit zu menschlichen Kontakten etwas befriedigenderen Arbeitsinhalt zu tun haben.

$\frac{1}{5}$ bis mehr als $\frac{1}{4}$ der Frauen, die sich als nervös bezeichnen, nahmen Beruhigungsmittel ein, selbst von jenen berufstätigen Frauen, die sich als „gar nicht nervös“ angeben, noch 7%. Der Anteil der Frauen, die Beruhigungsmittel einnehmen, ist bei den Fließbandarbeiterinnen größer als bei Frauen mit anderen Tätigkeiten.

Die Autoren schließen daraus, daß Nervosität die Folge „eines konfliktbelasteten psychischen Komplexes von unbefriedigenden Berufserfahrungen, uninteressanter Tätigkeit und mangelndem Selbstvertrauen“ ist.

Angaben von Nervosität, differenziert nach Sozial- bzw. Berufsschichten

	Arbeiterinnen (808) %	Verkäuferinnen (225) %	Angestellte (346) %
Es bezeichnen sich als:			
sehr nervös	13	6	12
nervös	46	44	48
eher weniger nervös	30	37	32
gar nicht nervös	8	12	8
keine Antwort	3	1	–
	100	100	100

Quelle: Rosenmayr-Haller-Szinovác, 1973, S. 41.

Besonders häufig wurden von den befragten Frauen Kopfschmerzen angegeben: mehr als die Hälfte leiden darunter, Arbeiterinnen häufiger als Verkäuferinnen und Angestellte. Unter Schwindel leidet jede fünfte Frau, unter Schlaflosigkeit oder Augenschmerzen ungefähr jede siebente.

Der Zusammenhang zwischen beruflichen Schwierigkeiten und psychisch Erkrankten, die in stationäre psychiatrische Behandlung kamen, wurde in einer deutschen Untersuchung bestätigt. (Gregor Bosch, in Dörner-Plog, 1972).

Von den spezifischen, die psychische und psychosomatische Gesundheit besonders belastenden Arbeitsbedingungen seien an dieser Stelle exemplarisch die Schicht-, die Akkord- und die Fließbandarbeit herausgegriffen.

Schichtarbeit

Nach einer repräsentativen Mikrozensus-Sondererhebung des Statistischen Zentralamtes (Lebens- und Arbeitsverhältnisse, 1972, S. 15) leisten 5,7% aller beschäftigten Frauen Schichtarbeit. Dieser Anteil ist im industriell-gewerblichen Bereich mit 11,9% deutlich höher als im Dienstleistungssektor mit 5,5%. Besonders stark betroffen sind Textilarbeiterinnen mit 30,9% und das weibliche Krankenpflegepersonal mit 22,2%.

Wechselschichtarbeiter leiden besonders häufig unter vegetativen Störungen. Nach einer Untersuchung von O. Graf und Mitarbeitern (1958, S. 171) zeigten

Verdauungsstörungen	36%
Appetitlosigkeit	49%
Vegetative Störungen	82%
ungenügenden Schlaf	2%

Nach einem Lehrbuch für Arbeitsmedizin (Valentin u. a., 1971, S. 74) haben 60-90% der Schichtarbeiter Schlafstörungen.

Die gesundheitlichen Störungen von Schichtarbeitern zeigen sich jedoch nicht nur in vegetativen Beschwerden, erhöhter Frühinvalidität und Unfallhäufigkeit, sondern

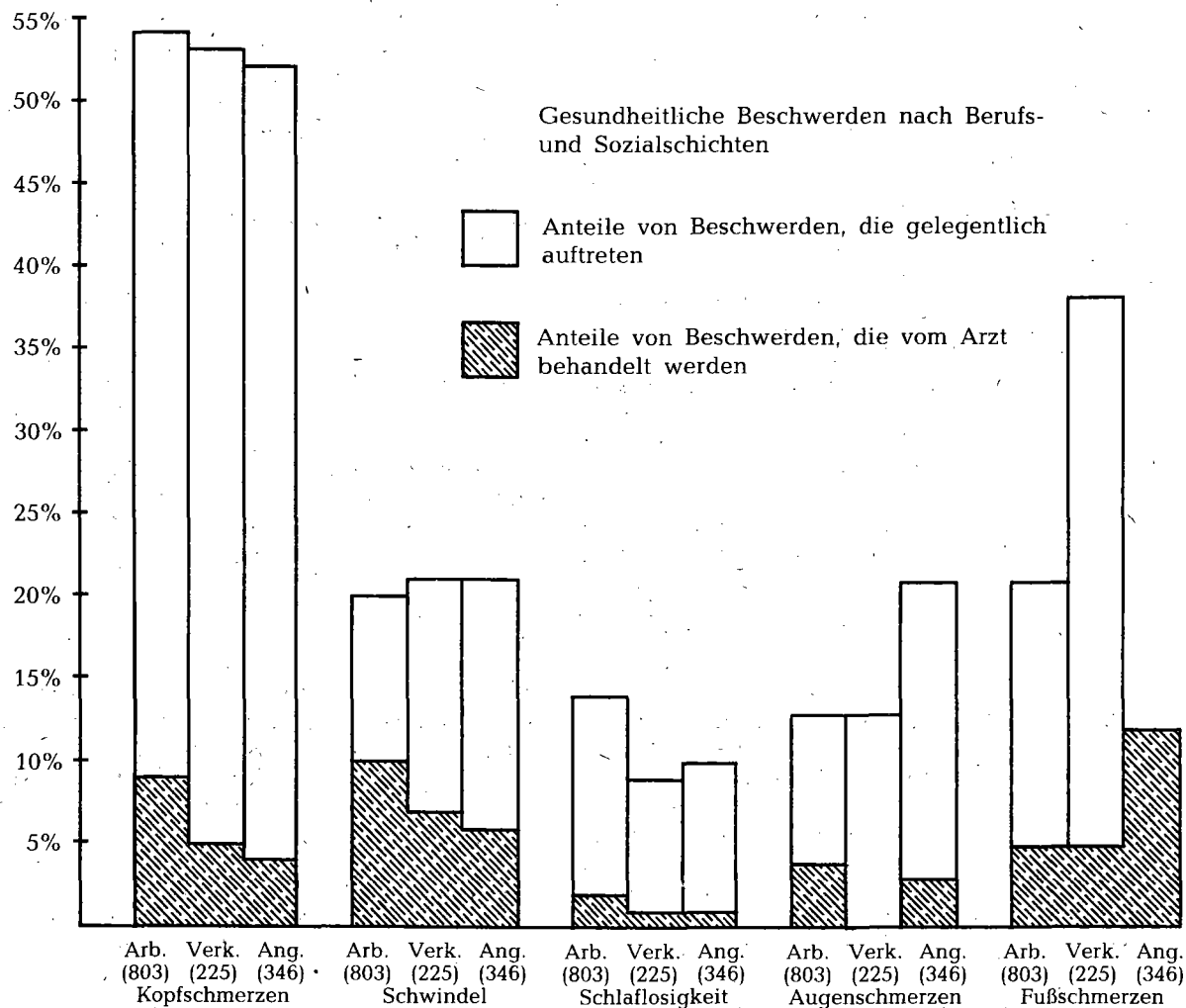
auch in gelösten sozialen Kontakten (E. Ulrich, 1964). So hat eine Untersuchung der Arbeiterkammer Wien ergeben, daß Schichtarbeit das Familienleben ernstlich gefährdet: Schichtarbeitererehen werden fast doppelt so häufig geschieden wie andere Ehen, die Jugendkriminalität von Schichtarbeiterkindern ist um 50% höher (...)

Fließbandarbeit

Psychosomatische und nervöse Beschwerden treten besonders häufig bei Fließbandarbeitern auf. Die klinische Untersuchung von 299 Fließbandarbeiterinnen in 9 österreichischen Betrieben (Haider und Popper, 1964, s. unten) ergab, daß nur 9% dieser Arbeiterinnen frei von nervösen Beschwerden waren, bei einer Kontrollgruppe von 320 in „freier Arbeit“¹⁶⁾ tätigen Arbeiterinnen (von denen vermutlich ein Teil unter Akkord gearbeitet hat, wie aus der Studie an anderer Stelle zu entnehmen ist) waren es immerhin 30%.

¹⁶⁾ Die Belastungen und Auswirkungen der Akkordarbeit wurden also nicht erfaßt.

Anteile an der Gesamtpopulation



Quelle: Rosenmayr-Haller-Szinovác, 1973, S. 42.

Klinische Untersuchung bei 299 Fließbandarbeiterinnen (F) und 320 Arbeiterinnen einer Kontrollgruppe (K)

	21 bis 30 Jahre		31 bis 40 Jahre		mehr als 40 Jahre		Alle Untersuchten	
	F 83	K 98	F 105	K 106	F 111	K 116	F 299	K 320
Zahl der Untersuchten								
Beschwerdefrei	13%	45%	13%	39%	3%	20%	9,4%	33,8%
Nervöse Beschwerden:								
Kopfschmerzen, Schwindel, Flimmern, Mattigkeit, neurovegetative Störungen, Neurosen	110	82	140	110	110	54	360	246
Statische Beschwerden und Rheuma	34	10	32	23	69	52	135	85

Quelle: M. Haider und L. Popper, 1964, Tab. 1.

Taktgebundene Arbeiten verursachten signifikant höhere Pulsfrequenzen, wobei die Pulsfrequenz im Arbeitsablauf anstieg, und beeinträchtigten die Reaktionsfähigkeit stärker als vergleichbare freie Arbeiten.

Aus einer repräsentativen polnischen Studie an Fabrikarbeitern und Handelsangestellten (referiert bei S. Leder, 1968) ergab sich, daß die Häufigkeit neurotischer Störungen je nach Arbeitsbedingungen variierte: In einer Werkstatt mit Fließbandarbeit war der Anteil neurotischer Störungen mit 22% fast doppelt so hoch wie in einer zweiten ohne Fließband (12%). Frauen waren von neurotischen Symptomen fast doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Obwohl Faktoren der Kindheit und Familie (wie neurotische Symptome in Kindheit und Familie, unglückliche Kindheit etc.), das aktuelle Familienleben (Ehekonflikte), die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima einen Einfluß auf die psychische Gesundheit haben, sprachen die Ergebnisse dafür, „daß objektiv schwierige und unbefriedigende Verhältnisse der Arbeitsstätte und des Berufslebens eine ursächliche Rolle beim Entstehen von funktionellen Störungen spielen“ (S. Leder, 1968, S. 37), darunter vor allem hohes Arbeitstempo, Berufskonflikte und Organisation der Arbeit.

Die negativen Auswirkungen der Fließbandarbeit verstärken sich noch durch die doppelte Belastung durch berufliche Tätigkeit, Versorgung des Haushaltes und Betreuung der Kinder bei mangelnder Hilfe des Mannes, und vorhandene Ehekonflikte.

Die extreme Einseitigkeit bestimmter einfacher Bewegungsabläufe, die Sinnentleertheit und stumpfe Monotonie der Arbeit, der ständige Zeitdruck durch ein von der Maschine oder vom Band vorgegebenes Arbeitstempo, die fehlende Steuerbarkeit der Erholungspausen, hohe Anforderungen an die Konzentration und der stete Druck eines mit der Bandarbeit meist verbundenen Akkords sind Kennzeichen für die Art von repetitiver Teilarbeit, die ein großer Teil der Frauen heute Tag für Tag ausführt. Dabei ist, wie die ATA-Studie ausführt (Institut für Gesellschaftspolitik, 1971), der Anteil der Fließbandarbeit in Österreich im Steigen begriffen.

Akkordarbeit

In einer vergleichenden Untersuchung über die Veränderung meßbarer Belastungen von Fakturistinnen bei der Umstellung der Entlohnungsform von Zeit- auf Akkordlohn stellt L. Levi fest (1963):

„Während der mit Gehalt bezahlten Untersuchungstage wurde etwa die vorherberechnete Normleistung erzielt, nämlich 155 Fakturen pro Stunde und Versuchsperson. An den Tagen, die im Akkord entlohnt wurden, stieg die Leistung erheblich, um 114 Prozent auf durchschnittlich

331 Fakturen pro Stunde. Trotzdem war die Anzahl der Rechenfehler weiterhin sehr gering. Diese hohe Arbeitsleistung war jedoch von ausgeprägtem psychischen und physischen Unbehagen begleitet. Die Hälfte der Gruppe klagte, sie habe das Gefühl, an den Tagen, wo sie im Akkord arbeite, gehetzt zu werden. Alle außer zwei Fakturistinnen klagten über Müdigkeit, Rückenschmerzen, Schmerzen in den Schultern und Armen. Während der Tage mit festem Gehalt gab es nahezu keinerlei physische Beschwerden.

Der gesundheitliche Verschleiß durch Akkordarbeit hat erheblich langfristige Auswirkungen: Akkordarbeit kann im Durchschnitt nur 10 bis 15 Jahre ausgehalten werden (K. Thomas, 1964).

Die „Doppelbelastung“ der berufstätigen Frau

In der Diskussion um die Berufstätigkeit der Frau wird häufig gegen eine Berufstätigkeit der Frau mit Familie u. a. ins Treffen geführt, daß die gesundheitlichen Belastungen für die Frau zu groß seien und daß Berufstätigkeit sich negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirke. Auf diese Argumente ist hier nur im Zusammenhang mit der psychosozialen Belastung der Frau einzugehen.

Die Betriebsuntersuchungen der Wiener Gebietskrankenkasse haben eine „signifikant höhere psychosoziale Morbidität weiblicher Arbeiter und Angestellten“ ergeben. Dies führt Strotzka „vor allem bei den psychogenen Reaktionen“ auf die „Größe und Schwere der zusätzlichen Haushaltsverantwortung und -belastung zurück“ (H. Strotzka in: Popper und Tuchmann, 1966, S. 80). Orientierende Stichproben haben gezeigt, daß die Morbiditätsrate der Frauen signifikant mit der Anzahl der Personen steigt, die betreut werden müssen.

Eine Auswertung des Materials von Pflanz (1962) ergab, daß „keine besondere Gesundheitsgefährdung der berufstätigen Frau“ nachweisbar war (S. 296). Wohl aber ergab ein Vergleich von unqualifizierten Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten, daß die unspezifischen Infekte (z. B. Erkältungen) bei den unqualifizierten Arbeiterinnen häufiger vorkommen (ebenso wie bei unqualifizierten Arbeitern). Sie klagen aber seltener über Müdigkeit; das könnte auch damit zusammenhängen, daß körperliche Müdigkeit für sie natürlich erscheint.

Eine Untersuchung der Berufskonflikte bei 2 Gruppen von Patienten (Männer, Frauen) der psychiatrisch-neurologischen Poliklinik des Allgemeinen Krankenhauses in Berlin, die das Krankenhaus wegen funktioneller körperlicher oder psychischer Störungen aufgesucht hatten, ergab (s. C. Bethge, 1968, S. 172 ff.):

Jüngere Frauen klagen häufiger über allgemeine, qualitative und quantitative Überforderung als ältere Frauen und als Männer;

Berufskonflikte wirken bei Frauen seltener neuroseauslösend als bei Männern, worin sich „eine wohl weniger geschlechtsspezifisch als vielmehr traditionell und kulturell bedingte unterschiedliche Einstellung zum Berufsleben“ widerspiegelt, da sie die Arbeitssituation im Durchschnitt weniger ausschließlich zentral erleben und mehr psychische Ausgleichsmöglichkeiten zur Verfügung haben als der Mann. Aus Stichprobenuntersuchungen weiblicher Patienten, die *Strotzka* an der psychotherapeutischen Ambulanz des Ambulatoriums der Wiener Gebietskrankenkasse durchführte¹⁷⁾, können einige Aufschlüsse über die Art der psychischen Störungen berufstätiger und nichtberufstätiger Frauen und über mögliche verursachende Faktoren des Berufes und/oder der Familie, der Veranlagung und früherer Persönlichkeitsentwicklungen gewonnen werden.

Von den 100 Patientinnen der ersten Stichprobe¹⁸⁾ waren rund zwei Drittel berufstätig und ein Drittel nur im Haushalt tätig. Bei den Berufstätigen waren die Angestellten deutlich überrepräsentiert (50 von 68), von den ausschließlich im Haushalt tätigen Frauen waren nur $\frac{1}{3}$ nie berufstätig gewesen, die anderen waren entweder berentet oder hatten die Arbeit wegen Heirat, Kindern oder Krankheit aufgegeben (siehe die folgenden Tabellen).

Die Verteilung der Diagnosen ergab eine relativ große Häufigkeit der Neurosen und psychogenen Reaktionen (insgesamt 64 von 100, bei den Berufstätigen 75 %, bei den Hausfrauen 41 %).

Verteilung der Diagnosen (nach groben Kategorien)

	B	%	H	%	Alle Patienten
Neurosen u. psychogene Reaktionen	51	75	13	41	64
Psychosen (vorwiegend Schizophrenien)	3	4	7	22	10
Epilepsien	6	9	3	9	9
Depressionen (überwiegend endogen)	8	12	9	28	17
	68	100	32	100	100

Schwere und längerdauernde Krankheiten sowie Psychosen überwogen deutlich bei den Hausfrauen, sicherlich teils durch das höhere Durchschnittsalter bedingt, teils mit die Ursache dafür, daß sie gar nicht berufstätig waren.

durchschnittl. Krankheitsdauer in Jahren (gemessen seit dem Beginn schwerer Symptomatik

	B	H
	5	13

Schwere der Erkrankung: 1, 2, 3 (nach dem Grad der Einschränkung der Leistungs- und Kontaktfähigkeit vom Therapeuten geschätzt)

	1,5	1,8
--	-----	-----

Nach Symptomen und Beschwerden überwogen deutlich vegetative Beschwerden oft sehr großen Ausmaßes und Angst, während Zwangssymptome relativ selten waren.

¹⁷⁾ Die folgenden Ausführungen stützen sich auf *H. Strotzka*, Zur psychosozialen Lage berufstätiger Frauen, in: *L. Rosenmayr* und *S. Höllinger*, 1969, S. 543 ff.

¹⁸⁾ Die Stichprobe bestand aus den ersten 100 weiblichen Patienten des Jahres 1965, die in die psychotherapeutische Ambulanz in Behandlung kamen.

In dieser Untersuchung wurde der Versuch unternommen, den Grad der Belastung der Patientinnen durch Beruf, Haushalt und Familie zu ermitteln. Dies geschah, indem der Therapeut von den Patienten subjektiv geäußerte Belastungen einschätzte und in eine vierteilige Skala einordnete:

- 0 keine Belastung
- 1 deutlich merkbare Irritation
- 2 erhebliche Schwierigkeiten
- 3 kaum mehr zu bewältigen

Das Ergebnis ist: Berufstätige schätzen ihre Belastung durch den Beruf höher ein als jene durch Haushalt und Familie, wobei die durchschnittliche Belastung relativ niedrig bewertet wird.

	Beruf	Belastung durch Haushalt und Familie
B	1,1	0,6
H	—	0,5

Es fällt jedoch auf, daß bei beruflichen und familiären Belastungen mehr über Störungen der sozialen Beziehungen (Schwierigkeiten mit Kollegen und Vorgesetzten bzw. Eheprobleme und Erziehungsschwierigkeiten) geklagt wurde als über die Arbeit im Beruf bzw. im Haushalt selbst. Der Autor hat weiters versucht, innerhalb seines theoretischen Schemas die Bedeutung von verursachenden Faktoren in der Entstehung dieser psychischen Störungen abzuwägen. Er kommt zum Schluß, „daß gewichtsmäßig den aktuellen Streßfaktoren und den endogenen Momenten eine weit geringere Bedeutung zukommt, als den neurotischen Dispositionen, die aus Fehlbehandlungen in der frühen Kindheit stammen“ (S. 549).

Aktuelle Streßfaktoren spielten nur in rund $\frac{1}{6}$ der Fälle eine dominante Rolle (bei Berufstätigen und Hausfrauen ungefähr zu gleichen Anteilen), während dies für neurotische Dispositionen in rund zwei Drittel (bei Berufstätigen) bzw. in mehr als der Hälfte der Fälle (bei den Hausfrauen) zutrif.

Eine zweite altersstandardisierte Stichprobe von Patienten (aus der Behandlungsperiode 1962–1964), die sich anteilmäßig zu ungefähr gleichen Teilen aus Arbeiterinnen, Angestellten und nur im Haushalt tätigen Patientinnen im Alter von 20–40 Jahren zusammensetzte, wurde nach denselben Kriterien untersucht.

Die Analyse der zweiten Stichprobe von Patientinnen erbrachte folgende Ergebnisse:

der Anteil der Neurosen und psychogenen Reaktionen war bei allen drei untersuchten Gruppen höher und annähernd gleich (um die 80 %);

unverändert blieb der höhere Schweregrad der psychischen Erkrankungen bei den Nur-Hausfrauen gegenüber den Berufstätigen;

Berufs- und Familienbelastung wurden relativ niedrig und von Arbeiterinnen und Angestellten ungefähr gleich hoch eingeschätzt;

in der Abwägung der Ursachen der Erkrankung dominierte wiederum die „Traumatisierung in der Kindheit“, während aktuelle Störfaktoren auffallenderweise bei den Arbeiterinnen die geringste Rolle spielten;

die (nur in der zweiten Stichprobe) versuchte Erfassung der für die Krankheit wichtigsten Konfliktsituation erbrachte ein Vorwiegen der Elternproblematik und von Eheschwierigkeiten bei Angestellten und Nur-Hausfrauen, während bei den Arbeiterinnen die nicht näher aufgeschlüsselte Kategorie „andere Probleme“ im Vordergrund stand, in

der berufliche, finanzielle und andere Schwierigkeiten zusammengefaßt wurden.

Aus den empirischen Daten geht wohl hervor, daß die Frau mit „Doppelbelastung“ auch größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist:

Sie hat eine geringere Lebenserwartung und mehr psychische Störungen als die Nur-Hausfrau und die nicht mit Familie belastete berufstätige Frau;

sie weist höhere Krankenstandsraten auf als die nicht doppelbelastete berufstätige Frau.

Doch bedeutet dies nicht notwendigerweise, daß dafür die zusätzliche berufliche Belastung verantwortlich zu machen ist. Dies zeigt auch eine Untersuchung von Patientinnen des Psychotherapeutischen Ambulatoriums der GKK Wien (Kremser 1974).

Aus einer Befragung, in der besonders verheiratete Frauen als Grund für ihre Berufstätigkeit am häufigsten „Freude und Interesse am eigenen Beruf“ angegeben haben (45 %, IFES, 1972, S. 25), kann geschlossen werden, daß Berufstätigkeit häufiger als angenommen ein Ausweg aus einem unbefriedigenden und isolierten Hausfrauenleben ist. Darauf weist auch die psychosoziale Verfassung der Nur-Hausfrauen hin, die zwar weniger häufig von leichteren psychogenen Krisen betroffen sind, dafür aber stärker von schwereren psychischen Leiden. Wie aus der Studie zur psychosozialen Lage der berufstätigen Frau (Strotzka 1969) hervorgeht, sind die Belastungsmomente der „doppelbelasteten“ Frau vermutlich weniger in der „realen Überbelastung“ durch die Anforderungen von Haushalt und Beruf als in der „Qualität“ ihrer Arbeit zu sehen.

Die Belastung der berufstätigen Frau durch Haushalt und Kinderbetreuung vor und nach der Arbeit liegt vor allem darin, daß ihr keine oder wenig Zeit zur Erholung und Entspannung von der beruflichen Arbeit verbleibt, und daß sie aufgrund ihrer „Rolle“ – sie ist für Haushalt und Kinder zuständig, auch wenn sie berufstätig ist – diese Verpflichtungen meist allein und ohne fühlbare Entlastung erfüllen muß.

Es ist zu erwarten, daß in solchen Situationen aktueller Belastung, in denen bei Beibehaltung der traditionellen Mann-Frau-Rollen auch die üblichen Konfliktbewältigungsmechanismen versagen (keine Zeit, oder keine Bereitschaft zum „Sich-Aussprechen“, Vernachlässigung der emotionalen und sexuellen Kontakte etc.), latente neurotische Dispositionen und unbewältigte Kindheitskonflikte zum Ausbruch kommen. Doch haben situative Zwänge des Arbeitsplatzes und der Familie unter diesem Blickwinkel mindestens ebenso großes Gewicht wie Persönlichkeitsdefekte aus der Kindheit. Neurotische Dispositionen, Persönlichkeitsdefekte aus der frühen Kindheit müssen im übrigen nicht notwendigerweise zu neurotischen, psychosozialen oder psychosomatischen Störungen führen, wenn sie bewältigt und verarbeitet werden. Verhindert wird die Bewältigung jedoch durch die situativen Zwänge in der Gesellschaft.

2.3 Die Auswertung von Statistiken über die Verbreitung leichter psychischer Störungen der Frau in Österreich

2.3.1 Krankenhausstatistik (vgl. auch 2.4)

Aus der österreichischen Krankenanstaltenstatistik (vgl. die Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich) gehen die Krankenhausfälle an Neurosen und psychosomatischen Krankheiten nicht hervor, ebensowenig wie Kran-

kenhausverweildauer und Krankenhausfälle pro Kopf der Bevölkerung. Indirekt können die Zahl der wegen Neurosen im Krankenhaus behandelten Patienten und der Anteil dieser Patienten an allen Krankenhausfällen näherungsweise aus der Krankbewegungsstatistik der Krankenanstalten ermittelt werden.

Der Anteil der im Krankenhaus behandelten Neurosen an allen Krankenhausfällen (für die hier als annähernder Indikator die Zahl der Entlassenen verwendet wird) betrug im Jahr 1970 rund 7,8 Fälle auf 1.000 Krankenhausfälle bei den Männern und 8,3 Fälle auf 1.000 bei den Frauen (die entsprechenden Zahlen für 1971 unterscheiden sich nur geringfügig: 7,6 bei den Männern, 8,2 bei den Frauen; vgl. Tabellen 1 und 2). Neurosen machen also nur einen sehr kleinen Teil der Krankenhausfälle aus, ihr Anteil an den im Krankenhaus behandelten Fällen ist bei den Frauen nur geringfügig höher als bei den Männern.

Bezieht man die angegebenen Krankenhausfälle auf die österreichische Wohnbevölkerung (15 und mehr Jahre) im Jahr 1970, so ergibt sich, daß von 1.000 Einwohnern gleichen Geschlechts 1,53 Männer und 1,66 Frauen wegen Neurosen im Krankenhaus behandelt wurden. Grob geschätzt verhalten sich die Zahlen der Krankenhausfälle in den Krankheitsgruppen Neurosen/Psychosen von Männern zu Frauen wie 3 zu 4, von Neurosen zu Psychosen wie 1 zu 2. Eine Auswertung von unveröffentlichtem¹⁹⁾ Datenmaterial des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974) ermöglicht die Angabe sowohl geschlechtsspezifischer als auch schichtspezifischer Zahlen für die Krankenhaushäufigkeit und -dauer der Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen, allerdings nur für unselbständig Erwerbstätige (ohne Beamte) (s. Tabelle 3).

Daraus geht hervor, daß die Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen bei Frauen durchwegs höhere Anteile an allen Krankenhausfällen aufweist als bei Männern:

Weibliche Angestellte	1,62% der Fälle
Weibliche Arbeiter	1,45% der Fälle
Männliche Angestellte	1,12% der Fälle
Männliche Arbeiter	0,56% der Fälle

Auch die Anteile an der Gesamtzahl der Pflorgetage sind bei Frauen höher als bei Männern:

Weibliche Angestellte	2,66% der Tage
Weibliche Arbeiter	2,05% der Tage
Männliche Angestellte	1,72% der Tage
Männliche Arbeiter	0,92% der Tage

Während bei den Krankenhausfällen gesamt (alle Diagnosegruppen zusammengenommen) die männlichen Arbeiter mit 1,02 Fällen pro Kopf und Jahr an der Spitze liegen, vor den weiblichen Arbeitern mit 0,88 Fällen, den weiblichen Angestellten mit 0,67 Fällen und den männlichen Angestellten mit 0,52 Fällen, ist die Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen bei der Gruppe der Arbeiterinnen am häufigsten Ursache von Krankenhausbehandlung: Rund 13 von 1.000 Arbeiterinnen wurden im Jahre 1970 wegen Neurosen/Psychosen stationär behandelt sowie 11 von 1.000 weiblichen Angestellten und je 6 von 1.000 männlichen Angestellten und Arbeitern.

¹⁹⁾ In den veröffentlichten Krankenhausstatistiken der Sozialversicherungsträger sind zwar Krankenhausfälle und -tage enthalten, diese Daten sind jedoch weder geschlechtsspezifisch aufgliedert, noch sind Neurosen gesondert ausgewiesen (z. B. Jahrbücher der Wiener Gebietskrankenkasse, Statistische Handbücher des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger).

Krankenhausfälle an Neurosen/Psychosen pro 1.000 Beschäftigte 1970	
Arbeiter weiblich	12,73
Angestellte weiblich	10,97
Arbeiter männlich	5,83
Angestellte männlich	5,67

Quelle: eigene Berechnung auf der Grundlage von Tabelle 3.

2.3.2 Krankenstandsstatistik

Aufschlußreicher als die Krankenanstaltenstatistik ist die Krankenstandsstatistik der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Anzahl der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankenstandsfälle in der Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen betrug – für alle Beschäftigten in Österreich – im Jahr 1971:

Männer	Frauen	Gesamt
9.718	11.200	20.919

Beschäftigte Frauen hatten nicht nur in absoluten Zahlen mehr Krankenstände zu verzeichnen, die Pro-Kopf-Zahlen für Frauen sind ungefähr doppelt so hoch wie jene für Männer: auf 1.000 beschäftigte Frauen entfielen 1971 12,32 Neurosen/Psychosen, auf 1.000 Männer 6,31. Auch der Anteil der Neurosen/Psychosen an allen Krankenständen ist bei den Frauen größer als bei den Männern:

Männer	Frauen	Gesamt
0,72	1,52	1,00

Die durchschnittliche Dauer eines Falles (in Tagen) ist bei den Frauen geringer als bei den Männern:

Männer	Frauen	Gesamt
29,8	25,3	27,4

Die bisher angeführten Krankenstandsdaten hatten einen wesentlichen Mangel: sie unterschieden nicht nach Beschäftigtengruppen, oder besser, nach sozialer Schichtzugehörigkeit (für die die Zugehörigkeit zu einer Beschäftigtengruppe wie Arbeiter/Angestellte/Beamte usw. nur ein unzulänglicher Indikator ist).

Neuere Auswertungen von unveröffentlichtem Datenmaterial des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger ergaben nicht nur signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, sondern Regelmäßigkeiten von als Neurosen/Psychosen klassifizierten Krankenständen auch zwischen den verschiedenen Beschäftigungsgruppen: So ist der Anteil der Neurosen und Psychosen an den Gesamtkrankenständen von 1961 bis 1971 bei den einzelnen Beschäftigungsgruppen generell zurückgegangen – außer bei den Arbeitern.

Krankenstände: Fälle an Neurosen und Psychosen in Prozentanteilen aller Krankenstände (unselbständig Beschäftigte in Österreich).

	Arbeiter		Angestellte und Beamte	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1961	0,55	1,76	1,50	2,09
1971	0,55	1,45	1,15	1,63

Quelle: Daten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger; Auswertung Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974.

Neurosen/Psychosen Krankenstandsfälle und -tage pro 1.000 unselbständig Erwerbstätige in Österreich 1971

	auf 1.000 Erwerbstätige fallen Krankenstands-fälle	Krankenstands-tage
Arbeiter männlich	5,78	177
Arbeiter weiblich	13,07	355
Angestellte männlich	6,22	178
Angestellte weiblich	11,48	284

Quelle: eigene Auswertung der Tabelle 7.

2.3.3 Daten über Fälle ambulanter Betreuung

Eine systematische Statistik über die Häufigkeiten von Krankheiten bei Patienten, die in der niedergelassenen Praxis (praktischer Arzt, Facharzt) behandelt werden, existiert nicht. Auch über die mit den einzelnen Krankenkassen zur Abrechnung gelangenden Fälle („Fälle vertragsärztlicher Hilfe“) gibt es nur Globalzahlen, keine Aufgliederung nach Diagnosen. Für die in Beschäftigung stehende Bevölkerung gelten die unter 2.3.2 angeführten Zahlen über Krankenstände.

Die vorhandenen Hinweise über den Anteil psychischer und psychosomatischer Störungen in der Allgemeinpraxis und beim Facharzt beschränken sich auf wenige Einzeluntersuchungen kleinen Umfangs und auf Schätzungen.

Die Kleinburg-Studie²⁰⁾

In dieser Feldstudie wurden 600 Patienten eines praktischen Arztes in einer relativ stark industrialisierten Kleinstadt (3.000 Einwohner, mit umliegenden Dörfern eine Population von 5.000) untersucht. Einer Gruppe von 500 Durchschnittspatienten (unter denen sich ein Anteil von 74 vorwiegend psychosozialen Fällen feststellen ließ) wurden 100 psychiatrische Fälle gegenübergestellt. Von dieser Stichprobe wurden persönliche und soziale Umstände erhoben (Alter, Geschlecht, Familienstand, Versicherungsstatus, soziale Situation²¹⁾, soziale Schicht²²⁾, Schulbildung u. a.), Beschwerden und Diagnosen und schließlich vermutete psychiatrische Ursachen für psychische Erkrankungen erfaßt.

Frauen sind nach den Ergebnissen dieser Studie in weitaus höherem Maß von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer, sie leiden mehr unter depressiven Zuständen und Herzbeschwerden, während bei Männern sexuelle Konflikte, neurasthenische und psychopathische Züge häufiger sind. Erwachsene im Alter von 46–54 Jahren leiden mehr an psychischen Erkrankungen, vegetative Symptome kommen mehr bei den jüngeren Gruppen (der Erwachsenen)

²⁰⁾ H. Strotzka u. a., Kleinburg, 1969. Die folgenden Seitenangaben beziehen sich auf diese Studie.

²¹⁾ bäuerliche, kleinstädtische und industrielle Bevölkerung

²²⁾ „Soziale Schicht“ wurde nach den Kriterien Stellung im Beruf, soziales Prestige, Einkommen und Besitz, Schulbildung und Wohnung festgelegt, sodaß sich 5 Klassen ergaben:

- I Bürgermeister, Großindustrielle, Großgrundbesitzer
- II Arzt, Schuldirektor, Großgewerbetreibende, mittl. Unternehmer, Großbauern (mit kommunalem Einfluß)
- III mittlere Gewerbetreibende und Angestellte, Lehrer, Werkmeister, Mittel- und Großbauern
- IV kleinere Angestellte, Kleingewerbe, gelernte Arbeiter, Kleinbesitzer
- V ungelernete Arbeiter, landwirtschaftliche Arbeiter, Fürsorgeempfänger

vor. Ledige und Geschiedene neigen stärker zu psychischen Störungen als Verheiratete und Verwitwete, allerdings gilt dies für Frauen nicht: bei ihnen spielt „die Eheproblematik als Auslösung psychischer Krankheiten eine größere Rolle“ (S. 76). Die Autoren vermuten, daß diese Tatsache und die allgemein höhere psychiatrische Morbidität der Frauen „mit dem Mangel an außerfamiliären Entspannungs- und Kompensationsmöglichkeiten zu tun hat“ (S. 90).

Es zeigte sich auch, daß „der Mythos von der seelischen Gesundheit der bäuerlichen Bevölkerung nicht haltbar ist“ (S. 77), denn die Angehörigen der bäuerlichen Bevölkerung (besonders die Männer) erscheinen stärker psychisch gestört als Angehörige der industriellen und kleinstädtischen Bevölkerung.

Ein wichtiges Ergebnis ist der Nachweis eines „deutlichen Zusammenhanges der vor allem absteigenden Mobilität mit psychischer Krankheit“ (S. 77), wobei es sich vor allem zeigt, „daß in der überwiegenden Mehrzahl der soziale Abstieg eine Folge der Erkrankung darstellt“ (S. 78). „Dort, wo soziale Aufwärtsbewegung mit psychischer Krankheit korrelierte, handelte es sich meist um eine Überforderung, die diesen Aufstieg als neurotische Überkompensation entlarvte“ (S. 78).

Bei den auslösenden Konflikten stand die Familienproblematik im Vordergrund (Ehe, Kinder), es folgten Berufsprobleme (Überforderung, Unbefriedigtsein) und Sexualprobleme.

Die gesamte Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der untersuchten Klientel des Landarztes betrug etwa 15%, was auch durch mehrere Kontrollen über längere Zeit bestätigt wurde. „Diese 15% stellen eine Mindestzahl dar, über 20% geht die Zahl aber wahrscheinlich dann auch nicht, wenn man Grenzfälle, Kriminelle etc. dazunimmt“ (S. 86).

Der Anteil der Familienneurosen wird auf ca. 10% der Familien geschätzt, doch ist die Zahl „potentiell pathogener Familien... wahrscheinlich sehr groß“ (S. 86.)

Leider wurden in der Studie keine geschlechtsspezifischen Daten der verschiedenen Kategorien veröffentlicht, sodaß hier nur auf die globalen Ergebnisse verwiesen werden muß. Weiters scheint nicht auf, ob Frauen berufstätig waren oder nicht, welchen Arbeitsbelastungen die Berufstätigen an ihren Arbeitsplätzen ausgesetzt waren u. a. m.

2.3.4 Psychische Störungen und geminderte Arbeitsfähigkeit

Als einen globalen, jedoch wegen der unterschiedlichen Rechtslage bei den verschiedenen Berufsgruppen nicht zuverlässigen Indikator für den Gesundheitszustand der erwerbstätigen Bevölkerung kann man die Häufigkeit der geminderten Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit heranziehen. Die psychischen Störungen (Krankheitsgruppe Neurosen und Psychosen) stellen zwar nur einen Bruchteil der Invaliditätsursachen dar; psychische Störungen (ohne Psychosewert) gehören jedoch zu den häufigsten Krankheitsbildern der gemindert Arbeitsfähigen, ein wichtiger Indikator für die langfristigen Auswirkungen der Arbeitsbelastungen auf den Gesundheitszustand. In der Statistik der Pensionsversicherungsträger scheinen als Ursachen die in den medizinischen Gutachten angegebenen Diagnosen auf (Tab. 8).

Unter den Krankheitsgruppen, die als Ursache der Neuzugänge an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit im Jahr 1971 angegeben werden, lag die Krankheitsgruppe

13 (Neurosen und Psychosen) bei den Männern mit 4,8% an 6. Stelle, bei den Frauen mit 7,4% (zusammen mit den Krankheiten des Zentralnervensystems) an 3. Stelle.

Aufgeschlüsselt nach Arbeiter/Angestellten stellt sich heraus, daß Neurosen/Psychosen bei den weiblichen Angestellten häufiger Invalidisierungsursache sind (in 8,6% der Fälle) als bei den Arbeiterinnen (4,8%), männlichen Angestellten (4,4%) und Arbeitern (3,5%):

Neurosen und Psychosen als Ursache der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit

Gesamtstand der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitsrenten wegen Neurosen und Psychosen, nach Berufsgruppen und Geschlecht mit dem Stand Ende 1970²³).

Männer				Frauen			
Arbeiter Zahl	%*	Angestellte Zahl	%*	Arbeiter Zahl	%*	Angestellte Zahl	0*
2.843	3,45	858	4,4	3.435	4,76	1.711	8,6

* Anteil der Pensionen wegen Neurosen und Psychosen auf 100 Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen der betreffenden Gruppen (Arbeiter männlich, Arbeiter weiblich, Angestellte männlich, Angestellte weiblich).

Analysiert man den Anteil einiger psychischer und psychosomatischer Krankheiten an allen Ursachen für Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit im Jahr 1971 nach Frauen und Männern, sowie Arbeitern und Angestellten und nach dem Alter, so ergibt sich (vgl. die Ausführungen von L. Popper in diesem Bericht):

Herz- und Gefäßkrankheiten sind bei weiblichen Arbeiterinnen und Angestellten bis 40 Jahre häufiger Invaliditätsursache als bei männlichen Arbeitern und Angestellten, ab 40 Jahren sind – mit Ausnahmen – die Anteile bei den männlichen Arbeitern und Angestellten größer.

Der Anteil der Neurosen und Psychosen ist bis zum 45. Lebensjahr bei den männlichen Angestellten am größten, gefolgt von den weiblichen Angestellten, ab dem 46. Lebensjahr bei den Arbeiterinnen, gefolgt von den weiblichen Angestellten.

Bei Erkrankungen des Nervensystems führen bis zum 35. Lebensjahr die Arbeiterinnen, ab dem 36. Lebensjahr die weiblichen Angestellten.

Die Häufung verschiedenartigster gesundheitlicher Störungen und Beschwerden, der schlechte psychische Zustand und die Häufigkeit leichter psychischer Störungen, besonders bei den Frauen, geht aus einer jüngst durchgeführten empirischen Studie in Wien hervor, in der eine Stichprobe der beim Schiedsgericht Wien der Sozialversicherung wegen Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen im Jahre 1971 anhängig gewordenen Verfahren untersucht wurde²⁴).

Das Ergebnis war ein multimorbides Bild des Gesundheitszustandes der Kläger: nur eine gesundheitliche Beeinträchtigung (mit Krankheitswert) wiesen 5,8% der Kläger auf; 29,3% hatten 2–4 Beeinträchtigungen, 52,8% 5–8 und 12% 9 und mehr Beeinträchtigungen aufzuweisen.

²³) Quelle: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung für das Jahr 1971.

²⁴) Wolfgang Gratz, Gutachten für die Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974. In dieser Studie wurde jedes 6. beim Schiedsgericht Wien im Jahr 1971 anhängig gewordene Verfahren (insgesamt 240 Verfahren, davon 58,8% Frauen und 41,2% Männer) untersucht.

An diesem multimorbiden Bild hatten die festgestellten psychischen Störungen einen großen Anteil: 47,4% der Männer und 67,9%, also mehr als $\frac{2}{3}$ der Frauen litten an psychischen Störungen ohne Psychosewert. Die erstellten neurologisch-psychiatrischen Diagnosen wieder, die in den Gutachten enthalten waren, sind in Tabelle 9 wiedergegeben.

Neurasthenie und nervöse Übererregbarkeit wurden bei Frauen um mehr als 50% häufiger diagnostiziert als bei Männern, Neurosen, depressiv-neurasthenische Syndrome, Psychosen, Neuralgien und Zervikalsyndrome traten bei Frauen signifikant häufiger auf als bei Männern.

Psychische und psychosomatische Störungen ohne Psychosewert stellen also einen überwältigenden Anteil der Gesundheitsschäden der gemindert Arbeitsfähigen dar. Dies läßt vermuten, daß psychische und psychosomatische Störungen in der arbeitenden Bevölkerung viel weiter verbreitet sind als bisher angenommen wurde.

2.3.5 Ergebnisse von Vorsorgeuntersuchungen und Umfragen

Ergebnisse der Betriebsuntersuchungen der Wiener Gebietskrankenkasse

Die Auswertung statistischen Materials der Wiener Betriebsfürsorgeuntersuchungen auf psychische Erkrankungen (vgl. auch *H. Strotzka*, in: *Popper und Tuchmann*, 1966, S. 79 ff.) gibt Anhaltspunkte für die berufsspezifische Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der weiblichen Berufstätigen. Psychische Erkrankungen fanden sich eindeutig in den Krankheitsgruppen Psychosen, Neurosen, Psychopathie, Reizbarkeit, Schlafstörungen (Tab. 10).

Die Gruppe mit der höchsten Häufigkeit an psychischen Erkrankungen sind die weiblichen Angestellten (1,4 Psychosen, 4,0 Neurosen, 1,0 Psychopathien und 6,0 Schlafstörungen auf 100 weibliche Angestellte), gefolgt von den Arbeiterinnen, die vor allem hohe Quoten an „Reizbarkeit und Überempfindlichkeit“ (9,6) und Schlafstörungen (5,8) aufweisen.

Rechnet man den hohen Anteil an psychosomatischen Reaktionen bei Rheumatismus und nervösen Leiden (den *Strotzka* mit ca. $\frac{1}{3}$ der Fälle einschätzt, s. Tab. 11), so kommt man auf eine psychische Gesamtmorbidität von 7–10% bei den männlichen Arbeitern (als der durchwegs niedrigsten Gruppe), von 10–15% bei den weiblichen Angestellten und bei den Arbeiterinnen (als den Gruppen mit konstant höchster Häufigkeit).

Betrachtet man die Anteile erhöhter Blutdruckwerte der Frauen nach Altersgruppen, so zeigt sich, daß sie in den Altersstufen bis 40 Jahre relativ unverändert bleiben und auch nicht auffällig von jenen der Männer abweichen, in der Altersgruppe 41–50 Jahre steigt die Häufigkeit des Bluthochdrucks bei Männern auf das Doppelte (von 2% auf rund 5%), bei Frauen auf das Dreifache an (von rund 2% auf rund 7%) und nimmt mit steigendem Alter weiter zu (in der Altersgruppe 51–60 Jahre hatten 1960/1962 13,6% der Männer und 17,6% der Frauen erhöhte Blutdruckwerte; vgl. *L. Popper* und *E. Tuchmann*, 1966, S. 71). Die Baden-Württembergische Vorsorgeuntersuchung (Modell, 1970, Zwischenbericht) hat ähnliche Werte ergeben. Es kommt hinzu, daß bei den neuentdeckten, bisher nicht behandelten Leiden die Diagnose „Bluthochdruck“ am häufigsten war, wobei der hohe Anteil der Frauen ab 45 Jahren auffällt.

Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen der Österreichischen Bauernkrankenkassen 1968–1969 (s. ÖBKK, *Wie gesund sind Österreichs Bauern*, 1970²⁵)

Bei den festgestellten vegetativen Symptomen überwogen die Frauen in allen Versichertengruppen:

Festgestellte vegetative Symptome (pro 100 Personen der betreff. Versichertengruppe):

	männlich	weiblich
Betriebsführer	25,82	33,19
Zuschußrentner	18,80	24,53
Angehörige	9,88	22,57
Zusammen	17,03	23,20
Insgesamt m. u. w.		20,20

Quelle: ÖBKK, 1970, S. 40.

Der ärztlich festgestellte Anteil an vegetativen Symptomen ist also mit 20,20% sehr hoch, fast jede 4. weibliche und jeder 6. männliche Untersuchte wies diese Diagnose auf (ÖBKK, 1970, S. 80).

Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen der Österreichischen Bauernkrankenkasse 1971/1972 (ÖBKK, *Ergebnisse*, 1973)²⁶

Bemerkenswert unter den Ergebnissen der Befragung (subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes) waren (s. auch Tabelle 12):

Fast jede 2. Frau leidet an Übergewicht (das Vorliegen psychosomatischer Komponenten für Fettleibigkeit ist nachgewiesen);

die Herz- und Kreislauferkrankungen liegen mit 35% (bei Frauen 41% nach den Krankheiten der Muskeln und Gelenke (gesamt 42%, bei Frauen 45%) an 2. Stelle (die Angaben wurden durch die ärztliche Untersuchung im wesentlichen bestätigt);

die Frage nach Kurzatmigkeit und Schmerzen in der Herzgegend wurde von 30% der Frauen bejaht; unter Schlafbeschwerden leiden die Frauen (27%) häufiger als die Männer (13%).

2.3.6 Ergebnisse von Befragungen

Aus einer repräsentativen Befragung, die das Institut für empirische Sozialforschung im Jahr 1970 an über-16jährigen Personen durchführte, können Schätzwerte für die subjektive Einschätzung von psychosomatischen Leidenszuständen gewonnen werden. 50% der Befragten litten (ein wenig oder stark) an Schwäche und Müdigkeit, 51% an Nervosität oder Überreiztheit, 45% an Kopfschmerzen, 41% an anderen Schmerzzuständen, 33% an Herzbeschwerden (unter den über 60jährigen war es mehr als die Hälfte), je 22% an Schlaflosigkeit und Verdauungsbeschwerden (*W. J. Buchstaller*, 1974, S. 36).

Es fällt auf, daß Frauen von diesen Beeinträchtigungen sich durchwegs stärker betroffen fühlen als Männer: unter

²⁵ In dieser Untersuchung wurden insgesamt 10.223 Personen in ganz Österreich untersucht, die Ergebnisse wurden durch eine Hochrechnung auf den gesamten anspruchsberechtigten Personenkreis der Österreichischen Bauernkrankenkasse übertragen (d. s. 832.735 Personen).

²⁶ An diesen Vorsorgeuntersuchungen, die der Vorbereitung breiterer Vorsorgemaßnahmen dienen sollten, haben 1.281 Personen in 3 Gemeinden teilgenommen (davon 581 Männer und 700 Frauen).

Schwäche und Müdigkeit leiden z. B. fast 60% der Frauen, gegenüber 42% der Männer; 56% der Frauen gegen 33% der Männer geben Kopfschmerzen an, wobei die Altersstufe von 40–50 besonders betroffen ist (51%). Dies zeigt auch die Auswertung der Kategorie „starke Beschwerden“ (s. Tabelle 13).

Teilt man die Befragten aufgrund ihrer Beschwerden in Kategorien verschiedener Grade des subjektiven Allgemeinbefindens:

- I – „ohne Beschwerden“
 - II – „mit einzelnen leichteren Beschwerden“ (1–2)
 - III – „mit mehreren leichteren Beschwerden“ (3 oder mehr)
 - IV – „stärker Leidende“, die an einer oder mehr der angeführten Beschwerden stark leiden,
- dann ergibt sich, daß nur 9% der befragten Österreicher keine Beschwerden (Kategorie I), 25% einzelne leichtere Beschwerden (Kategorie II), 23% mehrere leichtere Beschwerden (Kategorie III) haben und 43% zumindest an einer Beschwerde stark leiden (Kategorie IV).

Die Frauen sind in Kategorie IV bei allen Beschwerden deutlich überrepräsentiert: Frauen klagen mehr als doppelt so häufig wie Männer über Herzbeschwerden (9,2 von 100 Frauen, 3,4 von 100 Männern), über Blutdruck (6,95 gegen 2,24), über Schwäche und Müdigkeit (13,8 gegen 5,91), über Nervosität (20,85 gegen 8,51) und über Kopfschmerzen (19,63 gegen 7,09).

Bei Atembeschwerden, hohem Blutdruck, Kopfschmerzen und anderen Schmerzzuständen überwiegt der Anteil der Arbeiter, außer bei Nervosität durchwegs die Einkommensgruppe mit einem Haushaltseinkommen bis 3.000 Schilling.

In derselben Studie konnte eruiert werden, daß der „klinische Eisberg“ an nichtbehandelten Krankheiten überaus groß ist: von jenen, die sich im Jahr vor der Untersuchung wirklich krank gefühlt hatten, suchten 41% wegen dieser Beschwerden den Arzt nicht auf, von den stärker leidenden waren es 54%. Frauen nehmen allerdings den Arzt eher in Anspruch, wenn sie sich wirklich krank fühlen: Nur 39% der Frauen nahmen den Arzt in einem solchen Fall nicht in Anspruch gegenüber 42% der Männer, was als Indikator dafür gelten könnte, daß Frauen ein „sensibleres Krankheitsverhalten“ als Männer haben, aber auch dafür, daß Männer durch die stärkeren beruflichen Zwänge eher vom Arztbesuch abgehalten werden.

In einer Zusatzauswertung der angeführten IFES-Studie durch die Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974, wurden die Daten schicht-, berufs- und geschlechtsspezifisch aufgegliedert (s. Tabelle 14). Den schlechtesten subjektiven Gesundheitszustand²⁷⁾ haben demnach die Frauen über 60 Jahre (2,46), es folgen die Männer über 60 (2,34), die nichtberufstätigen Frauen (2,20) und die Arbeiterinnen (2,19), die übrigen berufstätigen Frauen (Angestellte/Beamte mit 2,06; Freischaffende und Selbständige mit 2,02; weibliche Landwirte mit 1,87), die männlichen Berufstätigen (Freischaffende/Selbständige mit 1,87; Angestellte/Beamte mit 1,71; Arbeiter mit 1,69 und Landwirte mit 1,57). Die relativ günstigste Einschätzung ihres Gesundheitszustandes haben die nichtberufstätigen Männer (mit 1,36).

²⁷⁾ Den Kategorien I–IV wurden die Zahlen 0, 1, 2, 3 zugeordnet und ein durchschnittlicher Grad des subjektiven Allgemeinbefindens (Gesundheitserwartungswert E) für die einzelnen Personengruppen errechnet (E zwischen 0 und 3).

2.3.7 Selbstmord und Selbstmordversuch als Indikator für psychosoziale Störungen²⁸⁾

Der Selbstmordversuch kann in der Mehrzahl der Fälle und „in erster Linie“ als „ein Appell an eine soziale Umwelt“ verstanden werden, „die nur durch eine derart riskante . . . Verhaltensweise dazu veranlaßt werden kann, psychische Not zur Kenntnis zu nehmen“. Er stellt „zugleich ein Mittel (dar), die benötigte Hilfe zumindest passager zu erzwingen“ (*Katschnig und Steinert*, 1971, S. 63).

Der Selbstmord „bedeutet im Gegensatz dazu, daß der Suizidant keine Chance mehr sieht, Hilfe zu mobilisieren und damit im Selbstmord nur den bereits eingetretenen ‚sozialen Tod‘ vollzieht“ (a. a. O.).

„In Wien . . . unternimmt jährlich eine von 1.000 Personen eine suizidale Handlung – einen Selbstmord (SM) oder Selbstmordversuch (SMV), – der schwerwiegend genug ist, um offiziell bekannt zu werden“ (*H. Katschnig – H. Steinert*, 1971, S. 1.)

Von 1959 bis 1963 wurden in Wien 2.265 Selbstmorde und 5.279 Selbstmordversuche offiziell registriert (die Zahl der tatsächlichen Selbstmordversuche dürfte 10 bis 100 mal höher liegen, *K.-J. Linden*, 1969, S. 3). Die durchschnittliche (für 1959–1963 errechnete) Rate der Selbstmorde war bei den Männern mit 0,41 auf 1.000 Einwohner höher als bei den Frauen mit 0,25 auf 1.000, die Rate der Selbstmordversuche war bei Männern und Frauen mit 0,73 bzw. 0,74 auf 1.000 Einwohner ungefähr gleich:

Durchschnittliche jährliche Raten der Selbstmorde (SM), Selbstmordversuche (SMV) und suizidalen Handlungen (SM und SMV) in Wien von 1959 bis 1963

	SM	je 1.000 Einwohner*) SMV	SM und SMV
Männer	0,41	0,73	1,14
Frauen	0,25	0,74	0,99

*) bezogen auf die Bevölkerung über 14 Jahren, nach den Volkszählungsergebnissen von 1961.

Quelle: *Katschnig – Steinert*, 1971, S. 38.

Während bei den Selbstmordhandlungen die Männer und die höheren Altersgruppen überproportional vertreten sind, häufen sich die Selbstmordversuche in den jüngeren Altersgruppen (20–29 Jahre, bei den Frauen besonders die Altersgruppe von 14–19 Jahren; s. Tabelle 16).

Eine Untersuchung nach der Berufszugehörigkeit der Personen mit Selbstmordversuchen in denselben Jahren²⁹⁾ ergab, daß die Selbstmordversuchsrate der Arbeiter und Arbeiterinnen generell über den Durchschnittsraten in allen Altersgruppen liegen (s. Tabelle 15).

²⁸⁾ Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Studie von *H. Katschnig und H. Steinert*, 1971.

²⁹⁾ Untersucht wurden Selbstmordversuche, die an der zentralen Einweisungsstelle für Selbstmordversuche in Wien, an der Entgiftungsstation der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik 1959–1963 registriert wurden; s. *Katschnig und Steinert*, 1971, S. 44 ff. (diese Selbstmordversuche umfaßten rund 80% aller Wiener Selbstmordversuche.)

2.4 Die Auswertung von Daten psychiatrischer Kliniken³⁰⁾³¹⁾

2.4.1 Die Ambulanz der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik

In der Zeit vom 1. 1. 1972 bis zum 31. 12. 1972 wurden an der Ambulanz der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik 944 Frauen registriert. Von diesen wurden 703 Frauen in die vorliegende statistische Untersuchung einbezogen: 241 Ambulanzkarten wurden ausgeschieden. Dies geschah bei unvollständigen Angaben (z. B. Fehlen einer Diagnose), und bei Zuweisungen anderer Kliniken und dem Vermerk „keine psychische Auffälligkeit“.

Die 703 Ambulanzkarten wurden auf die altersmäßige Zusammensetzung der Patientinnen, auf den Zuweisungsmodus, auf Stand, Beruf und psychiatrische Diagnose ausgewertet.

Alter: Rund 32 Prozent der Patientinnen waren 30 Jahre oder weniger, 21 Prozent 31–40 Jahre (also mehr als die Hälfte unter 40 Jahren), 33 Prozent waren 41–60 Jahre alt (s. Tabelle 17).

Zuweisungsmodus (s. Tabelle 18)

Auf Eigeninitiative, auf Anraten Angehöriger oder Bekannter kamen 9% in Behandlung, von Kliniken und Krankenhäusern wurden 37%, von niedergelassenen Ärzten (praktischer Arzt, Facharzt inkl. Nervenarzt) 31% überwiesen, die Polizei und andere Behörden wiesen 18% der Patientinnen zu.

Stand (s. Tabelle 19)

36% der Patientinnen waren ledig, über 50% verheiratet, 13% verwitwet oder geschieden.

Beruf (s. Tabelle 20)

Der überwiegende Teil der Patientinnen war berufstätig (rund 44%), 39% waren Hausfrauen.

Diagnosegruppen (Tabelle 21)

Bei den Diagnosen überwogen Neurosen und reaktive Depressionen mit über 50%, es folgten psychotische Störungen mit 38%, Suchtkrankheiten (Alkoholismus und Drogenmißbrauch) mit 8%.

2.4.2 Dokumentation der stationären Patienten der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik

Es handelt sich hier um eine Auswertung der Basisbelege aller Patienten, die in der Zeit vom 1. 10. 1970 bis 30. 9. 1971 in der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik stationär aufgenommen wurden, und zwar auf Alter, Geschlecht, Stand, Aufnahmehmodus, Schulbildung, Beruf und psychiatrische Diagnose.

³⁰⁾ Herrn Prof. Berner ist für die Möglichkeit der Einsicht in die Ambulanzkartei und die Dokumentation der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik und dem Bundesinstitut für Gesundheitswesen für Einblick in die Inzidenzstudie 1974 zu danken.

³¹⁾ Folgende Quellen wurden ausgewertet:

1. Die Anzahl aller Frauen, die in der Zeit von 1. 1. 1973 bis 31. 12. 1973 die Ambulanz der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik aufsuchten.
2. Die Anzahl aller in diesem Zeitraum an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik zur stationären Behandlung aufgenommenen Frauen.
3. Die administrative Inzidenzuntersuchung von Katschnig, Grumiller und Strobl im Auftrag des Bundesinstituts für Gesundheitswesen, in der eine Stichprobe von 10 Prozent aller Frauen über 14 Jahren untersucht wurde, die in der Zeit vom 1. 10. 1970 bis zum 30. 9. 1971 in drei Psychiatrischen Universitätskliniken und neun Psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen waren.

Alter (s. Tabelle 22)

Rund 30% der stationären Patientinnen waren unter 30 Jahren (Männer 32%), 45% 30–59 Jahre (Männer 52%), 26% über 60 Jahre alt (Männer 16%). Der höhere Anteil der Männer in jungen und mittleren Jahrgängen kann durch den hohen Anteil der Alkoholiker bei den Männern erklärt werden. Anteilsmäßig werden wesentlich mehr alte Frauen als Männer stationär aufgenommen. Alte Männer werden jedoch häufiger wiederholt aufgenommen. Das kann bedeuten, daß psychische Störungen bei alten Frauen häufiger chronisch verlaufen.

Zivilstand (s. Tabelle 23)

Der Anteil der Ledigen ist bei den Patientinnen mit 31% geringer als bei den Männern (39%), nur bei den Frauen über 60 ist er höher (15 gegenüber 11%), der Anteil der Verheirateten ist in der Altersgruppe unter 30 bei den Frauen bedeutend höher als bei den Männern (25 gegenüber 15%), in der Altersgruppe über 60 bedeutend geringer (17 gegenüber 54%). Bei den Geschiedenen überwiegen in jüngeren Jahrgängen (unter 30) die Frauen, bei den älteren Jahrgängen (über 60) die Männer.

Aufnahmehmodus (s. Tabelle 24)

Wesentlich mehr Frauen als Männer werden durch die Rettung eingeliefert (höhere Selbstmordversuchsrate), und überraschenderweise ist auch der Anteil der durch polizeiliches Parere eingewiesenen älteren Patientinnen größer als bei den Männern (es handelt sich dabei vorwiegend um verwitwete Frauen).

Psychiatrische Diagnosen (s. Tabellen 28 und 29)

Das nosologische Schema umfaßt 6 Diagnosegruppen: Psychogene Störungen, chronischer Alkoholismus, Sucht, Psychopathie oder Charakterstörungen, endogene Psychosen und akute und chronische organische Psychosen. 52,7% aller Frauen und 32,9% aller Männer wiesen bei der Aufnahme in die Klinik eine depressive Symptomatik auf (Tabelle 28).

Auffällig ist der hohe Anteil der psychogenen Störungen bei den Frauen jüngerer und mittlerer Jahrgänge (57,6% bzw. 42,0% gegenüber den Männern mit 36,3% und 15,2%), der hohe Anteil der endogenen Psychosen (44,2% bei den Frauen gegen 22,5% bei den Männern) und die Häufigkeit organischer Psychosen in jüngeren und mittleren Jahrgängen (hierunter fallen vor allem Vergiftungsercheinungen bei der Diagnose akuter Alkoholismus bei Männern und die Selbstmordversuche mit Medikamenten bei Frauen).

2.4.3 Die stationären Aufnahmen an den psychiatrischen Universitätskliniken und Krankenhäusern in Österreich

Die Grundgesamtheit der vorliegenden Untersuchung (Katschnig, Grumiller, Strobl), sind alle Fälle, die zwischen 1. 10. 1970 und 30. 9. 1971 in die 3 Psychiatrischen Universitätskliniken (PUK) und 9 Psychiatrischen Krankenhäuser (PKH) Österreichs (außer PKH der Stadt Wien in Ybbs) aufgenommen worden waren. Von dieser Grundgesamtheit erfaßte man eine 10%-Stichprobe aller über 14 Jahre alten Patienten.

Indexaufnahmen nach Alter und Geschlecht (Tabelle 30)

In der Altersgruppe bis 29 Jahre überwiegen die Männer, bei den über 60jährigen die Frauen. In der mittleren Altersgruppe sind die Männer stärker vertreten, wenngleich der Unterschied wesentlich geringer ist als bei den unter 29jährigen.

Der Anteil der Erst- und Wiederaufnahmen (Tabelle 32) 40,1% aller Indexaufnahmen sind wiederholte Aufnahmen. Wenn man das Alter berücksichtigt, ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Bei den Frauen hat die Altersgruppe zwischen 30 und 60 Jahren den höchsten Anteil an Wiederaufnahmen (bei den Frauen über 50%, im Vergleich zu etwa $\frac{1}{3}$ Wiederaufnahmen bei den unter 30- und über 60jährigen).

Die hohen Wiederaufnahmeraten können folgendermaßen interpretiert werden (*Katschnig* u. a.): Durch die in den letzten Jahrzehnten entwickelten medikamentösen Therapieverfahren können die Patienten rasch von ihrer akuten Symptomatik befreit und entlassen werden, müssen jedoch bald wieder aufgenommen werden. Man kann vermuten, daß die hohe „Rückfallsrate“ nicht einfach ein generelles Merkmal psychischer Störungen darstellt, sondern sicher teilweise durch die mangelnden Nachbetreuungseinrichtungen gegeben ist. Wo ambulante und stationäre Betreuungseinrichtungen ausgebaut werden, zeigt sich ein deutlicher Trend weg von stationären zu ambulanten Behandlungsepidemien. (*Ozarin and Taube*, 1974)

Diagnosen (s. Tabellen 33 und 34)

Bei den Frauen sind organische Demenz (an erster Stelle mit 28,89%) psychogene Depressionen (21,04%), endogene Depressionen (17,67%) und Schizophrenie (12,06%) bedeutend häufiger als bei den Männern. Der geringfügige Geschlechtsunterschied bei der Diagnose: „Sonstige psychogene Reaktionen, Neurose“ (Frauen 4,35%, Männer 5,46%) entspricht keineswegs den internationalen Beobachtungen – der Anteil der Frauen bei der Diagnose „Neurose“ liegt fast immer wesentlich höher als der Anteil der Männer. Man kann dieses Ergebnis nur auf die Selektion der stationären Patienten zurückführen, d. h. in Psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern werden etwa gleich viel Männer und Frauen mit der Diagnose „Neurose“ stationär behandelt. Dies sagt allerdings nichts über die Anzahl der Männer und Frauen aus, die tatsächlich an Neurosen leiden.

2.5 Zum Problem der Suchtgefährdung der Frau

Süchtig bzw. suchtkrank ist, wer kontinuierlich oder intermittierend von der Einnahme einer psychotropen Substanz³²⁾ abhängig ist. Zur Suchtkrankheit genügt das Vorhandensein einer psychischen Abhängigkeit; die physische Abhängigkeit, das körperliche Verlangen nach Wiedereinnahme eines Suchtmittels, kommt bei manchen Stoffen erschwerend hinzu, ist aber nicht notwendigerweise Bestandteil der Suchtkrankheit.

Die häufigsten Erscheinungsformen der Abhängigkeit (Suchtkrankheit)

Der in Österreich am weitesten verbreitete und als Suchtmittel mißbrauchte psychotrope Stoff ist der Alkohol. Die Zahl der Alkoholabhängigen (Trunksüchtigen) übertrifft bei weitem die Zahl aller anderen Suchtkrankheiten zusammen.

Die zweithäufigste Suchtform, die in der Regel Frauen mehr als Männer betrifft, ist die Medikamentenabhängigkeit, die Abhängigkeit von gebräuchlichen, meist vom Arzt

verschriebenen Medikamenten mit beruhigender, schlaffördernder oder schmerzlindernder Wirkungsqualität. Die in sehr großer Zahl auf den Markt gekommenen Schlaf- und Beruhigungsmittel bzw. schmerzstillenden Kombinationspräparate haben in den letzten Jahren zu einer weiten Verbreitung dieser Form der Medikamentenabhängigkeit geführt. In mehr als 50% der Fälle werden mehrere dieser Substanzen gleichzeitig mißbraucht, zu einem hohen Prozentsatz ist Alkoholmißbrauch dieser Suchtform beigegeben. Die mißbrauchten Medikamente sind in der Regel rezeptpflichtig, aber nicht Suchtgifte im Sinne des Gesetzes. Die dritte Form der Suchtkrankheit, die in den letzten Jahren zum Teil bedrohliche Ausmaße angenommen hat, ist das sogenannte Drogenphänomen der jungen Generation. In Österreich ist dieses Suchtphänomen seit Ende 1966 bekannt. Das Durchschnittsalter der Drogenabhängigen liegt etwas unter 18 Jahren. Mißbraucht werden unter besondere gesetzliche Bestimmungen gestellte Suchtgifte (wie etwa Rohopium, Morphin, Heroin usw.), Stimulantien, die in der Suchtgiftliste geführt werden (Weckamine) und die unter Kontrolle gestellten Substanzgruppen der Halluzinogene (z. B. LSD) und das Haschisch (Cannabisindica). Daneben werden von den jungen Menschen eine Fülle anderer zum Teil gebräuchlicher Medikamente in Überdosis mißbraucht.

Haupttendenzen der Entwicklung der Abhängigkeit:

Unter den Süchtigen sind immer häufiger junge Menschen zu finden, das Phänomen der Sucht hat in den letzten Jahren in steigendem Maß auf das weibliche Geschlecht übergegriffen und die Tendenz zur Mischung von Suchtmitteln, zur gemischten Abhängigkeit (Polytoxikomanie), steigt. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß mehr als 2% der gesamten Bevölkerung von einer Form Abhängigkeit, sei es von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, befallen sind. Die stärkste Zunahme wurde im ersten Jahrzehnt der Nachkriegszeit verzeichnet. In den letzten Jahren waren mehr als 50% der Gesamtaufnahmen psychiatrischer Abteilungen Suchtkranke. In den verschiedenen Behandlungseinrichtungen des Bundesgebietes sind etwa 30.000 Suchtkranke registriert. Besonders deutlich war der Anstieg des Prozentsatzes der weiblichen Suchtkranken im Verhältnis zu den Männern, aber auch absolut. *Bochnik, Burghard* und *Dieck* haben an der Frankfurter Klinik eine Verschiebung des Verhältnisses zwischen Trinkern und Trinkerinnen von 1 : 14,9 im Jahre 1914 zu 1 : 5,55 im Jahre 1957 festgestellt.

Auch an der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik ist eine Änderung des Verhältnisses zwischen alkoholkranken Frauen und alkoholkranken Männern von 1 : 10 zu 1 : 5 in den letzten zwei Jahrzehnten festzustellen. Der Anteil der Alkoholikerinnen an den Aufnahmen der psychiatrischen Frauenabteilung der Wiener Klinik betrug im Jahr 1948 2,1%, im Jahr 1952 8,5%, im Jahr 1960 9,9%, 1965 12,9%, 1967 13,6% und 1970 11,3%. Allerdings ist dazu zu bemerken, daß aus den Aufnahmezahlen an einer Psychiatrischen Universitätsklinik nicht direkt auf das Vorkommen der Erkrankung in der Bevölkerung geschlossen werden kann, da die Motivation zur Aufnahme beträchtlichen Veränderungen unterworfen ist. In einer Untersuchung über 1.314 Alkoholiker des Burgenlandes, die *Demel* 1969 durchführte, fanden sich nur 80 Frauen (6,1%) in einem Krankengut, das von der burgenländischen Suchtkrankenfürsorge ambulant erfaßt worden war.

³²⁾ Psychotrope Stoffe sind chemische Substanzen, die die Funktionsqualitäten des zentralen Nervensystems verändern können. (Veränderung des Wahrnehmens, des Denkens, des Empfindens, der Stimmung, der Triebe usw.)

In diesem Kollektiv stellten die Frauen also nur 6,1%, ein Prozentsatz, der unter dem Minimum von 10% liegt, den man im mitteleuropäischen Raum allgemein annehmen kann. Auch in Oberösterreich haben statistische Erhebungen ein Verhältnis von 1 : 10 alkoholranke Frauen zu Männern ergeben. Der starke Anstieg des Alkoholismus bei Frauen scheint also vor allem den Raum der großen Städte und weniger die Landgebiete zu betreffen. In anderen europäischen Ländern, wie etwa in England, ist das Verhältnis noch ungünstiger und beträgt 1 : 2.

Unter der stark angestiegenen Zahl von Medikamentenabhängigen sind Frauen nach mehreren Untersuchungsserien zu mehr als 50% beteiligt. Diese Form der Abhängigkeit hat in den letzten zwei Jahrzehnten eine besonders starke Zunahme bis auf das 10- bis 15fache der ursprünglichen Zahl erfahren.

Das Drogenphänomen der jungen Generation, das seit 1967 eine weitere Ausbreitung erfahren hat, betrifft zu einem relativ hohen Prozentsatz auch Frauen. Das Verhältnis beträgt bei drogenmißbrauchenden Jugendlichen zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr etwa 1 : 3. Das Phänomen des Drogenmißbrauchs hat allerdings in Österreich eine nicht so starke Verbreitung gefunden wie in anderen europäischen Ländern; in letzter Zeit flacht sich die Kurve des Drogenkonsums leicht ab.

Ein Überblick über sämtliche Formen der Abhängigkeit zeigt, daß Frauen in zunehmendem Maß durch die Abhängigkeit von psychotropen Stoffen gefährdet erscheinen – eine Gefährdung, die beim Phänomen der Medikamenten-, aber auch Drogenabhängigkeit rasch zunimmt, während beim Alkoholismus in den letzten Jahren ein eher gleichbleibender Anteil der Frauen festzustellen ist.

2.5.1 Die Alkoholgefährdung der Frau

Eine Studie über den Alkoholismus bei Frauen, die im Jahr 1953 von *Berner* und *Solms* durchgeführt wurde, nahm an, daß der Alkoholismus der Frau stets Ausdruck einer zugrundeliegenden individuellen Fehlentwicklung ist. In vielen Fällen waren starke Identifizierungen mit dem häufig selbst trinkenden Vater und wesentlich beeinträchtigte Beziehungen zur Mutter festzustellen. Diese Feststellung gilt heute in geringerem Maß. Die Persönlichkeitsstruktur der alkoholkranken Frauen zeigt nicht mehr so deutliche Auffälligkeiten. Doch läßt sich heute wie damals eine deutliche Ablehnung der weiblichen Rolle feststellen. *Berner* und *Solms* stellten fest, daß es beim Mann häufig zum Freisetzen aggressiver Tendenzen unter Alkoholeinwirkung kommt, während bei der Frau das Bestreben nach Selbstzerstörung deutlich in Erscheinung tritt. Die Autoren brachten damals den Anstieg des Alkoholismus bei Frauen in Zusammenhang mit der Tatsache, daß die Stellung der Frau problematischer wird und daher auch die Akzeptierung der weiblichen Rolle größere Schwierigkeiten bereitet.

Eine Analyse von 413 weiblichen Alkoholkranken, die von *Berner* und *Kryspin-Exner* 10 Jahre später an der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien durchgeführt wurde, ergab, daß 21,3% der Frauen im 4. Lebensjahrzehnt und 23,5% im 5. Lebensjahrzehnt zur Aufnahme kamen. Die Laufzeit des Alkoholismus betrug durchschnittlich bis dahin 11,5 Jahre. Der Krankheitsverlauf war bei den Frauen kürzer als bei den Männern, der Beginn des Alkoholismus ist offensichtlich etwas später anzusetzen. Bei dieser 1964 durchgeführten Untersuchung eines un-

gelesenen Krankengutes der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik ergab sich bei der Berufsaufgliederung ein deutliches Überwiegen der Hilfsarbeiterinnen mit 63,4%. Nur 35,8% der Patienten waren verheiratet, wohl ein Hinweis darauf, daß die Partnerproblematik bei der Frau eine der Hauptwurzeln der Alkoholabhängigkeit ist. Im Vergleich dazu waren 67,6% der männlichen Alkoholkranken verheiratet. 24,3% der Männer, aber nur 1,2% der Frauen stammten aus den Weinbaugebieten. Das entspricht der schon zitierten Beobachtung von *Demel* und einer von *Berner* gemachten Feststellung, daß in echten Weinbaugebieten der Alkoholismus der Frau keine besondere Rolle spielt. Offenbar sind also die Tabus gegen den Alkoholmißbrauch für die Frau in ländlichen Gegenden noch stärker ausgeprägt als in den ländlich-industriellen Mischgebieten und den Städten. Bei 60 der 413 untersuchten Frauen (14,5%) fand man als Ausdruck der Selbstzerstörungstendenz zusätzlich Selbstmordversuche in der Vorgeschichte. Während 1964 7% des Krankengutes gleichzeitig Alkohol- und Medikamentenmißbrauch betrieben, liegt diese Zahl 1974 mit über 30% wesentlich höher. Aber schon damals (1964) fiel auf, daß der Prozentsatz der gleichzeitig medikamentenabhängigen Alkoholikerinnen unter den gehobenen sozialen Schichten 44,8% ausmachte. Aus dieser Untersuchung im Jahr 1964 ließ sich der Schluß ziehen, daß sich die wesentlichen Veränderungen auf dem Gebiet des weiblichen Alkoholismus im ersten Jahrzehnt der Nachkriegszeit vollzogen hatten. Der Grad der der Alkoholkrankheit zugrundeliegenden psychischen Störung wird zunehmend geringer. Die Neurose als Basisdiagnose tritt jetzt in den Vordergrund. Während sich noch vor einigen Jahrzehnten das Kollektiv der weiblichen Alkoholkranken vorwiegend aus sozial Depravierten, Unterbegabten und Prostituierten zusammensetzte, hat sich das Bild in den letzten zwei Jahrzehnten weitgehend gewandelt und an die bei männlichen Alkoholikern erhobenen Befunde angelehnt.

1973 untersuchten *P. Wessely* und *G. Pernhaupt* (Stiftung „Genesungsheim Kalksburg“) 78 Frauen, die in der Stiftung zwischen 1968 und 1971 stationär behandelt wurden. Diese Untersuchung zeigte, daß die familiäre Belastung mit psychischen Störungen bei den weiblichen Alkoholkranken signifikant höher war als bei den Männern. In 20% der Fälle war der Gatte bzw. Lebensgefährte ebenfalls Alkoholiker, was die Situation der alkoholkranken Frau zusätzlich erschwerte. Die Untersuchung zeigte ferner aber auch, daß Frauen nach einer signifikant kürzeren Trinkdauer zur Aufnahme kommen als Männer. In der Studie 1964 stellten die Hilfsarbeiterinnen mit 63,4% noch die Mehrheit dar, in der Untersuchung 1973 waren die Hilfsarbeiterinnen nur zu 10% vertreten, während 45% Angestellte waren und 40% die Mittelschule besucht hatten. Obwohl die freiwillig in der offenen Anstalt für Alkoholranke Aufgenommenen nicht ohne weiteres mit dem zum Teil zwangsweise eingewiesenen Krankengut der Klinik verglichen werden können, gibt dieser Befund in der Zusammenschau mit der modernen Literatur Hinweis dafür, daß der Alkoholismus zunehmend sozial besser gestellte Frauen befällt. *Wessely* und *Pernhaupt* stellten fest, daß 23,3% der Frauen geschieden waren, ein nahezu doppelt so großer Prozentsatz wie bei den Männern. Auffallend war auch ein beträchtlicher Altersunterschied zum Ehegatten. Die sexuellen Störungen und Probleme waren mit 70% aller Patientinnen signifikant unterschiedlich zu den bei den Männern festgestellten. Diese Untersuchung zeigte, daß sexuelle Probleme bei

Frauen eine unvergleichlich höhere Rolle in der Verursachung des krankhaften Trinkens zu spielen scheinen. Die familiäre Belastung durch Alkoholismus betrug bei Frauen ebenso wie bei den Männern ca. 50%. Die Zahl der Patienten mit Selbstmordversuchen war bei dem weiblichen Krankengut 4- bis 5mal höher als bei den Männern, was auf die oben erwähnte Richtung der Aggression gegen sich selbst schließen läßt.

80% der Frauen motivierten ihren übermäßigen Alkoholkonsum mit einer Störung im Zusammenleben mit dem Partner, während von den männlichen Patienten das Trinken als berufliche oder gesellschaftliche Notwendigkeit in etwa 50% der Fälle angeführt wurde. Auch in dieser Untersuchung konnte das Überwiegen der Neurose als zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung festgestellt werden, ein Befund, dem beträchtliche, therapeutische Relevanz zukommt. In nur 3% der Fälle pflanzte sich das Trinken eindeutig auf prämenstruelle Verstimmungszustände auf. Von den Autoren wurde die Mehrfachbelastung der Frauen in der modernen Gesellschaft als Mutter, Arbeitskraft und Ehefrau als ein zusätzlich erschwerender Faktor angenommen.

Als Ergebnis dieser 1972 durchgeführten Untersuchung läßt sich aussagen, daß das soziale Niveau der weiblichen Alkoholkranken im Durchschnitt höher ist als im vergangenen Jahrzehnt, die Persönlichkeitsstruktur dagegen geringere Zeichen der Störung aufweist. Noch immer zeigt sich im Durchschnitt die alkoholkranken Frau als stärker auffällige Persönlichkeit als der alkoholkranken Mann (höhere familiäre Belastung mit psychischen Auffälligkeiten, hohe Rate der Suicidversuche usw.), doch läßt die Tendenz erkennen, daß in Zukunft die Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Alkoholismus immer geringer werden.

Ein Unterschied zwischen dem Verlauf des Alkoholismus bei Männern und bei Frauen ergibt sich aus einer Untersuchung, die 1974 im Rahmen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung von A. Komarek und A. Springer an 242 Männern und 68 weiblichen Alkoholkranken durchgeführt wurde. Dabei zeigte sich, daß der Alkoholismus der Frau später beginnt.

Unter den Männern bevorzugten 6,6% konzentrierte Getränke, während es bei Frauen 27,9% waren; damit bestätigt sich die Erfahrung, daß Frauen in höherem Maß zum Mißbrauch konzentrierter Getränke neigen. Bei Frauen findet sich auch das Phänomen des Umsteigens von Wein auf konzentrierte Getränke. Frauen sind mehr als Männer zur Verheimlichung des Alkoholkonsums gezwungen, trinken meist nicht in Lokalen, sondern zu Hause und verteilen den Konsum konzentrierter Getränke über den ganzen Tag. Die kontinuierliche Zufuhr von konzentrierten Getränken im mittleren Dosisbereich macht den Alkoholismus der Frau oft für die näheren Angehörigen schwer erkennbar, so daß die dann auftretenden Ausfallserscheinungen oft auch von Ärzten falsch gedeutet wurden.

Die neuesten Tendenzen in der Entwicklung der Alkoholkrankheit bei Frauen zeigt eine Untersuchung aus dem Jahr 1974, die zur Ergänzung des vorliegenden Berichtes an 252 Patientinnen der Frauenabteilung der Stiftung „Geneungsheim Kalksburg“ durchgeführt wurde. 35,7% gaben als Grund der freiwilligen Aufnahme Familienschwierigkeiten an, 22,2% depressive Verstimmung, 13,1% Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und 26,2% körperliche Beschwerden. So wie in der vorher zitierten Untersuchung hatten 41% der Frauen die Mittelschule absolviert, 112

Patientinnen oder 44,4% waren im Angestelltenverhältnis, 32,9% Hausfrauen. Auffallend ist die berufliche Stabilität. 209 Frauen (83%) hatten nie oder nur selten den Arbeitsplatz gewechselt. Nur 46,4% der Patientinnen waren verheiratet. Die Beziehungen zum Partner wurden nur in 40,5% als gut bezeichnet. Die Zahl der Neurosen als psychiatrische Grunddiagnose war mit 178 Fällen (70,6%) besonders hoch. Wenn auch die diagnostische Beurteilung im Verlauf der Jahre wechselt, so zeigt sich anscheinend doch, daß zunehmend die Neurose als dem Alkoholismus zugrundeliegende psychiatrische Diagnose vorkommt. Besonders auffällig war bei dieser neuesten Untersuchung aus dem Jahr 1974 die hohe Rate begleitenden Medikamentenmißbrauchs. 12,7% der Frauen mißbrauchten neben Alkohol auch Tranquilizer, 11,1% Schlafmittel, 13,9% Schmerzmittel, 1,6% Stimulantien. Parallel mit der Zunahme des Phänomens des Medikamentenmißbrauchs in der Bevölkerung steigt offensichtlich besonders stark der begleitende Medikamentenmißbrauch der alkoholkranken Frau. Eine Aufstellung über die Motivation des Trinkens (Tabelle 5/1) zeigt, daß eine gestörte Partnerbeziehung als Hauptmotivation für den Mißbrauch psychotroper Substanzen angegeben wird.

Störung der Beziehung zum Ehepartner	89 Fälle	35,3%
andere familiäre Schwierigkeiten	79 Fälle	31,4%
berufliche Schwierigkeiten	18 Fälle	7,1%
berufliche Notwendigkeit	16 Fälle	6,4%
gesellschaftliche Notwendigkeit	29 Fälle	11,5%
Überarbeitung	37 Fälle	14,7%
Nachtarbeit	14 Fälle	5,6%
unausgefüllte Freizeit	50 Fälle	19,8%
depressive Verstimmung	106 Fälle	42,1%
Kontaktstörung	40 Fälle	15,9%
Schlafstörung	46 Fälle	18,3%
Hemmung	69 Fälle	27,4%
Angst	62 Fälle	24,6%
Spannung	80 Fälle	31,8%
sexuelle Problematik	50 Fälle	19,8%
milieubedingt	40 Fälle	15,9%

Der Beginn des krankhaften Trinkens wurde von 91 Frauen (36,1%) im vierten Lebensjahrzehnt angegeben. Während die Tendenz zum Alkoholmißbrauch beim Mann offensichtlich zum Zeitpunkt des Eintritts in die Sozietät in Erscheinung tritt, neigt die Frau erst beim Auftauchen von Partnerproblematik und Vereinsamung zum Alkoholmißbrauch. Bei 50% der untersuchten Fälle betrug die Dauer des krankhaften Trinkens zwei bis fünf Jahre. So wie in der vorher erwähnten Untersuchung bevorzugten 48% der Frauen konzentrierte Getränke. 83 Patientinnen (33%) entwickelten unter Alkoholeinwirkung Selbstmordtendenzen, 56 alkoholkranken Frauen oder 22% hatten bereits einen Suicidversuch unternommen. Die Rate der Selbstmordversuche war also unter diesem Krankengut noch höher als bei früheren Untersuchungen, was auf eine stärker ausgeprägte Selbstaggressionstendenz schließen läßt.

Die zahlreichen, in den letzten zwei Jahrzehnten durchgeführten Untersuchungen an weiblichen Alkoholkranken zeigen zusammenfassend folgende Entwicklungstendenzen des Phänomens des weiblichen Alkoholismus:

1. Die Zahl der alkoholkranken Frauen ist absolut und in Relation zu den alkoholkranken Männern angestiegen.
2. Die größere Ausbreitung erfährt der Alkoholismus der Frau im Großstadtbereich und in ländlich-industriellen Mischgebieten, während die Landgebiete, vor allem die Weinbaugebiete, nur einen relativ geringen Prozentsatz von alkoholkranken Frauen aufweisen.
3. Charakteristisch für den Alkoholismus der Frau ist, daß als Motivation die Partnerproblematik und depressive Verstimmungen im Vordergrund stehen.
4. Das soziale Niveau der vom Alkoholismus befallenen Frauen ist in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich gestiegen. Das Kollektiv der Kranken zeigt ein durchschnittlich hohes Ausbildungsniveau.
5. Die alkoholkranken Frauen zeigen ein relativ stabiles Arbeitsverhalten und eine stabile soziale Position.
6. Der Prozentsatz der verheirateten unter den alkoholkranken Frauen liegt in den verschiedenen untersuchten Kollektiven unter 50%.
7. Die alkoholkranken Frauen zeigen eine deutlich geringere Delinquenz als die Vergleichsgruppe alkoholkranker Männer.
8. Die dem Alkoholismus der Frau zugrundeliegende Diagnose ist in den meisten Fällen eine neurotische Persönlichkeitsstörung, die im Durchschnitt stärker ausgeprägt ist als die psychischen Auffälligkeiten, die man bei alkoholkranken Männern findet. Trotzdem läßt sich die Tendenz aufzeigen, daß die dem Alkoholismus der Frau zugrundeliegende Devianz der Persönlichkeitsstruktur in den letzten Jahren immer geringer wird. Die Alkoholikerin muß also nicht mehr – wie das in früheren Jahren der Fall war – eine besonders schwer gestörte Persönlichkeit aufweisen.
9. Der Prozentsatz der gleichzeitig mit dem Alkoholismus von Medikamenten Abhängigen ist mit 30 bis 40% der Fälle relativ hoch und in den letzten zwei Jahrzehnten stark angestiegen.
10. Der Alkoholismus der Frau beginnt in der Regel etwas später als der Alkoholismus des Mannes und führt in kürzerer Zeit zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung.
11. Von Frauen werden häufiger konzentrierte Getränke mißbraucht als von Männern.
12. Als Ausdruck einer stärkeren Selbstaggressivität ist der Prozentsatz der alkoholkranken Frauen mit Selbstmordtendenzen in der Vorgeschichte besonders hoch und höher als bei alkoholkranken Männern.

2.5.2 Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

Eine Untersuchung von 243 Fällen von Abhängigkeit von mehreren gebräuchlichen Medikamenten (*K. Kryspin-Exner und B. Saletu*) ergab eine Beteiligung von Frauen mit 161 Fällen. Dieses unausgelesene Kollektiv zeigte also ein Überwiegen der Frauen beim Phänomen des Medikamentenmißbrauchs. Der Medikamentenmißbrauch war bei der Hälfte der Männer und bei nur einem Drittel der Frauen mit kontinuierlichem oder periodischem Alkoholmißbrauch kombiniert. Unter dieser Serie von Polytoxikomanen waren bei 19,5% der Fälle Selbstmordversuche in der Vorgeschichte nachweisbar, ein Prozentsatz, der etwa den bei alkoholabhängigen Frauen erhobenen Befunden entspricht. Die Persönlichkeitsstruktur der medikamentenabhängigen Frau zeigt im Durchschnitt keine stärkeren Auffälligkeiten als die der alkoholabhängigen. Da offensicht-

lich die regelmäßige Medikamenteneinnahme bei Frauen mindestens ebenso oder stärker toleriert ist als bei Männern, bedarf es keiner besonders starken Persönlichkeitsstörung, um die Schwelle der gesellschaftlichen Tabus zu übersteigen.

Eine Studie über 138 Fälle von Medikamentenmißbrauch jenseits des 50. Lebensjahrs (*K. Kryspin-Exner*) zeigt die grundsätzlich **verschiedene Motivation zum Medikamentenmißbrauch bei Männern und Frauen**. Während bei Frauen familiäre Konflikte, Partnerverlust und Vereinsamung im Vordergrund der Entstehungsbedingungen zu finden waren, waren es bei Männern vor allem Schlafstörungen, körperliche Erkrankungen in Form von spondylarthrotischen oder rheumatischen Beschwerden und chronische Kopfschmerzen. Mißbraucht wurden vor allem barbitursäurehaltige und barbitursäurefreie Schlafmittel, Analgetika und Tranquilizer. Bei Frauen ist die Einnahme von Kombinationspräparaten, die Koffein, Barbiturat und Phenacetin enthalten, besonders häufig anzutreffen. Diese Form des Mißbrauches geht primär und zum überwiegenden Teil der Fälle auf ärztliche Verschreibung zurück. In der Regel wird bei körperlichen Mißempfindungen, psychosomatischen Beschwerden und Schlafstörungen nicht nach der Ursache gesucht, sondern ein schmerzstillendes Mittel, ein Entspannungs- oder Schlafmittel verschrieben. Da es sich um eine Therapie handelt, die rein am Symptom angreift und die Wurzel nicht berücksichtigt, wird die Medikamenteneinnahme fortgesetzt und die ärztliche Kontrolle nicht mehr aufgesucht. So kommt es häufig zu Mißbrauch und Suchtverhalten. Den Vergleich über die Motivation des Medikamentenmißbrauches zwischen den Gruppen der Männer und der Frauen zeigt die folgende Tabelle.

	Männer	%	Frauen	%
Vereinsamung	3	4,1	14	21,9
Partnerverlust	2	2,7	7	10,9
familiäre Konflikte	3	4,1	14	21,9
Schlafstörung	16	21,6	5	7,8
Krankheit	44	59,4	16	25,0
Depression	2	2,7	5	7,8
Andere	4	5,4	3	4,7
Insgesamt	74		64	

Aus dieser Serie von 138 Fällen von Medikamentenmißbrauch zeigten 34,4% der Frauen einen begleitenden chronischen Alkoholmißbrauch, während es bei den Männern 68,9% waren. Auch an diesem Befund läßt sich erläutern, daß Frauen bis jetzt noch durch den Alkoholmißbrauch weniger betroffen sind als die Männer, weil viele Frauen noch immer regelmäßig Alkoholmißbrauch als tabuiert ansehen, nicht dagegen den Medikamentenmißbrauch, der scheinbar medizinisch indiziert ist.

Betrachtet man das Phänomen insgesamt, so zeigt sich, daß unter den Fällen von Medikamentenabhängigkeit sich mehr Frauen als Männer befinden. Dieser Unterschied mag wohl auf einen stärkeren Befall durch Alkoholismus bei den Männern zurückzuführen sein. Die Betroffenen stehen meist in mittleren Lebensjahren und zeigen in der Regel eine gehobene soziale Position bzw. ein gutes Ausbildungsniveau. Die unkontrollierte Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln und Kombinationspräparaten ist besonders bei Frauen eine weit verbreitete Form des Mißbrauches. Sie ist eine direkte Vorstufe zur später sich entwickelnden Medikamentenabhängigkeit, wobei es in der

Regel zu noch schwereren Schäden als bei Alkoholabhängigkeit kommt und sich bei allen diesen Medikamenten in wenigen Jahren eine körperliche Abhängigkeit entwickelt. Der Medikamentenmißbrauch der Frau in der Durchschnittsbevölkerung hat direkt nichts mit dem oft diskutierten Drogenproblem der jungen Generation zu tun und beginnt – wie übrigens auch die Alkoholabhängigkeit – erst im dritten, vierten oder sogar fünften Lebensjahrzehnt, also zu einem Zeitpunkt, in dem das Problem der Vereinsamung der Frau stärker in den Vordergrund tritt. Neben der Partnerproblematik sind körperliche Beschwerden, wie Migräne, prämenstruelle Spannungszustände, Schlafstörungen usw. häufig als Ursache des Medikamentenmißbrauches bei Frauen zu finden.

2.5.3 Das Drogenphänomen und die weibliche Jugend

Der Drogenkonsum der jungen Generation hat, obwohl auch in Österreich die ersten Fälle 1966 beobachtet wurden, nicht zur gleichen Ausbreitung geführt wie in den anderen Staaten Europas. Weibliche Jugendliche waren unter den Drogenabhängigen vom Anfang an in geringerer Zahl als männliche vertreten. Während das Verhältnis anfangs 1:5 betrug, beträgt es jetzt allerdings 1:3. Eine Untersuchung über 142 Fälle (*Kryspin-Exner*) ergab eine Beteiligung weiblicher Drogenabhängiger mit 40 Fällen. *Radmayr* beschrieb unter 213 Fällen aus Vorarlberg 53 weibliche Drogenbenützer. Auch aus dem übrigen Europa wird berichtet, daß der Prozentsatz der weiblichen Drogenbenützer eher stärker als der der männlichen zugenommen hat. Die Entstehungsbedingungen sind vor allem in einer schweren Störung des familiären Milieus, in der Drogenpropaganda, in einer hereditären Suchtposition und in den psychischen Konfliktsituationen der Jugendlichen selbst zu sehen. Die Drogenwelle, die ursprünglich aus den Vereinigten Staaten nach Europa gekommen ist, scheint ihren Höhepunkt überschritten zu haben, so daß eine Gefährdung der weiblichen Jugend größeren Ausmaßes derzeit nicht gegeben erscheint. Jedenfalls ist die Gefährdung durch Alkohol und Medikamente wesentlich größer.

Tabelle 35 zeigt die Delikte nach dem Suchtgiftgesetz 1971 bis 1973 und die Beteiligung weiblicher Täter in den verschiedenen Altersgruppen.

2.5.4 Ursachen der zunehmenden Suchtgefährdung der Frau

Als Ursachen für die stärkere Suchtgefährdung der Frau in den letzten zwei Jahrzehnten werden häufig der rasche Wandel der gesellschaftlichen Stellung der Frau und die Problematisierung der weiblichen Rolle angeführt. Durch stärkeres Engagement in der Berufstätigkeit ist die Frau im Konkurrenzkampf dem Zwang zur Einstellung auf die männliche Rolle stärker ausgesetzt. Die allgemeine Lockerung des Familiengefüges führt zu einer zunehmenden Partnerproblematik. Die Frau ist nicht so wie in vergangenen Jahrzehnten durch eine Tabuierung ihres Alkoholkonsums vor Suchtverhalten geschützt. Im Gegenteil, sie ist einem zunehmenden, und zwar in den letzten Jahren rasch zunehmenden Trinkzwang durch die Gesellschaft ausgesetzt.

2.5.5 Therapiemöglichkeiten für suchtkranke Frauen

Die suchtkranke Frau wird im allgemeinen sowohl von der Bevölkerung als auch in Berufsgruppen, die direkt oder

indirekt mit der Behandlung zu befassen wären, eher abgelehnt als der suchtkranke Mann. Daher ist es für die Frau im allgemeinen schwieriger, sich einer Behandlung zu unterziehen bzw. eine geeignete Behandlungseinrichtung zu finden, als für den suchtkranken Mann. Die Skepsis gegenüber der Behandelbarkeit des weiblichen Alkoholismus zeigt sich in der Prognose, die von dem bekannten Alkoholforscher und verdienstvollen Leiter der 1922 in der damaligen Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof eingerichteten Trinkerheilstätte, Prim. Dr. *Wlassak*, als hoffnungslos bezeichnet wurde. Frauen wurden deshalb damals in diese Trinkerheilstätte prinzipiell nicht aufgenommen. Der Widerstand gegen weibliche Alkoholkranke ist auch heute noch in der gesamten Bevölkerung tief verwurzelt. Suchtkranke Frauen werden auch vom Personal der psychiatrischen Krankenhäuser in wesentlich geringerem Maß akzeptiert als suchtkranke Männer. Dabei dürfte die heute durchschnittlich geringere Störung der Persönlichkeitsstruktur der trunksüchtigen Frau auf die zunehmende Toleranz gegenüber dem Alkoholkonsum der Frau zurückzuführen sein. *Demel* hat z. B. in seiner Studie, die allerdings nur eine kleine Zahl von Frauen umfaßte, einen völlig gleichen Behandlungserfolg bei Männern und bei Frauen feststellen können. Wenn auch suchtkranke Frauen wegen ihrer besonderen Problematik einen höheren therapeutischen und vor allem individuellen psychotherapeutischen Einsatz benötigen, so ist die Prognose der Suchtkrankheit nach dem derzeitigen Stand der Dinge bei suchtkranken Frauen nur unwesentlich schlechter als bei suchtkranken Männern. Während für alkoholkranke Frauen eine Behandlungseinrichtung geschaffen wurde, gibt es für medikamentenabhängige Frauen (es sei daran erinnert, daß Frauen am Phänomen der Medikamentenabhängigkeit zu mehr als die Hälfte beteiligt sind) keine besonderen Behandlungseinheiten und keine organisierte Nachbetreuung, ebenso sind die Behandlungsmöglichkeiten für drogenabhängige Frauen der jungen Generation gering.

Die Therapieangebote für Suchtkranke sind insgesamt gering, wenn man die große Zahl der Betroffenen berücksichtigt. Darüber hinaus haben in dieser Krankengruppe Frauen schlechtere Behandlungschancen als die Männer, da viele Einrichtungen ausschließlich auf die Behandlung männlicher Suchtkranker ausgerichtet sind und Frauen aus den oben angeführten Gründen eher abgelehnt werden.

2.6 Verzeichnis der verwendeten Literatur

- Beckmann, D. und Richter, H. E.: Der Gießen-Test, Bern-Stuttgart-Wien, 1972
- Behrendt, H.: Die Beschwerden der „Gesunden“, in: *Wissensch. Zeitschrift d. Friedrich-Schiller-Universität, Jena*, 1968, S. 436 ff.
- Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich: jährl. herg. vom Bundesministerium für soziale Verwaltung (bis 1970) und vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz (seit 1971)
- Berndt, Heide: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen, in: *Soziale Welt*, 1971, S. 22 ff.
- Bethge, Chr.: Untersuchungen über die pathogenetische Wirksamkeit von Berufskonflikten bei Männern und Frauen, in: H. M. Szewczyk, 1968, S. 172 ff.
- Blohmke, M.: Überblick zur Epidemiologie und Ätiologie somatischer Krankheiten in Abhängigkeit von sozialen Faktoren I, II: Gutachten für die „Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien“ 1973 (unveröffentlicht)
- Bochnik, H. J.: Referat auf der 74. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin, Hamburg, 1970
- Bolinger, E.: Technischer Fortschritt und Gesundheitspolitik, in: *Automation, Risiko und Chance, Teil I.*, Frankfurt 1965
- Bosch, G.: Zum Gewicht sozialer Faktoren bei Verlauf und

- Behandlung psychischer Krankheiten, in: Klaus Dörner und Ursula Plog (Hrsg.), 1972, S. 21–40
- Braun, H.: Die Herausforderung, in: Jahrbuch des ÖGB, 1973
- Bräutigam, Walter: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien, 2. Aufl., Stuttgart, 1969
- Bruhn, J. G., u. a., in: Journal of Medical Science, 6 (1966)
- Buchstaller, Walter J.: Das österreichische Gesundheitswesen im Spiegel der Demoskopie, in: Krankenhaus 1974, S. 35–55
- Cobb, S.: The Frequency of Rheumatic Disorders 1971
- Cruz-Coke, R., u. a., in: The Lancet (1964), S. 697–699
- Dörner, Klaus: Ursula Plog (Hrsg.): Sozialpsychiatrie, Neuwied und Berlin (Luchterhand), 1972
- Drechsel, H. U.: Krankheiten und funktionelle Beschwerden. Diss. Med. Fak. Univ., Gießen, 1964
- Franke, H., Schröder, J. u. Geuder, J.: Über Häufigkeit, Ursachen und Bedeutung der Geschlechtsunterschiede bei inneren Erkrankungen, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1959, S. 653 ff.
- Gadourek, J.: Absences and Well-Being of Workers Assen (NL), 1965
- Graf, O., u. a.: Nervöse Belastung im Betrieb. I. Teil Forschungsberichte des Wirtschafts- u. Verkehrsministeriums Nordrhein-Westfalen Nr. 530. Köln und Opladen, 1958
- Gratz, Wolfgang: Die geminderte Arbeitsfähigkeit und das Verfahren vor den Schiedsgerichten der Sozialversicherung. Gutachten für die „Projektgruppe Gesundheitsplanung, Wien“, 1974, (unveröffentlicht)
- Haider, M. und Popper, L.: Arbeitsbeanspruchung im modernen Betrieb. Bericht über Untersuchungen bei taktgebundener und freier Arbeit, 1958–1963, ÖGB, 1964
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Statistische Handbücher, jährlich
- Häussler, S.: Die Beratungsursachen in der Allgemeinpraxis, in: Deutsches Ärzteblatt 64 (1967), S. 241 ff.
- Hoff, H. u. Ringel, E.: Aktuelle Probleme der psychosomatischen Medizin, München, 1964
- Hollingshead, A. B. und Redlich, F. C.: Social Class and Mental Illness, New York, 1958
- IFES: Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zur Ärzteschaft, Wien, 1970
- IFES – Institut für empirische Sozialforschung: Frauenberufstätigkeit. Repräsentative Erhebung, Wien, September 1972
- IG Metall (Hrsg.): Aufgabe Zukunft. Qualität des Lebens. Beiträge zur 4. internationalen Arbeitstagung der Industriegewerkschaft Metall für die BRD, 11.–14. April 1972 in Oberhausen. Bd. 5: Gesundheit, Frankreich, 1973
- Institut für Gesellschaftspolitik (Hrsg.): Arbeiter und Angestellte im technischen Wandel. Die Auswirkungen der technischen Entwicklung auf die Veränderungen der Qualifikationsstruktur und der Arbeitsinhalte (Zwischenbericht), Wien, 1971
- Jenkins, C. D.: Psychology and Social Precursors of Coronary Disease, 1971
- Katschnig, Heinz: Die Epidemiologie psychischer Störungen und ihre Rolle für die Gesundheitsplanung. Arbeitspapier für die „Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien“, 1973
- Katschnig, Heinz und Steinert, H.: Ökologie des Selbstmordversuches in Wien. Eine Untersuchung der sozialräumlichen Verteilung von Selbstmordversuchen in Wien, 1959–1963, Wien, 1971
- King, S. H. und Cobb, S.: Psychological Factors in the Epidemiology of Rheumatic Arthritis, 1958
- Koos, F.: The Health of Regionville, New York, 1954
- Leder, St.: Berufsfaktoren und neurotische Störungen, in: H. M. Szweczyk, 1968, S. 28 ff.
- Levi, L.: The Stress of Everyday Work as Reflected in Productiveness, Subjective Feelings, and Urinary Output of Adrenaline and Noradrenaline under Slaved and Piecework Conditions (A Preliminary Report) Paper presented at the Annual Conference of the Society for Psychosomatic Research London, 8. 11. 1973; zit. n. E. Bolinder, 1965, S. 438 f.
- Linden, K.-J.: Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse, Stuttgart, 1969
- Menschik, J.: Zur Lage erwerbstätiger Frauen in der BRD, in: Das Argumente 67, 1971, S. 645 ff.
- Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin II. Frankfurt (Suhrkamp), 1967
- Österreichische Bauernkrankenkasse: Wie gesund sind Österreichs Bauern? Wien, 1970. Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen 1971–1972 bei der Österreichischen Bauernkrankenkasse. Wien, 1973
- Palmore, E.: Predicting Longevity: A Follow-Up Controlling for Age, 1969
- Pflanz, Manfred: Klinik der arteriellen Hypertonie, in: R. Heintz, H. Losse, Arterielle Hypertonie (Thieme) Stuttgart, 1969
- Pflanz, Manfred: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart, 1962
- Popper, Ludwig und Tuchmann, Emil: Die Betriebsfürsorge der Wiener Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte 1946–1966. Wien, 1966
- Projektgruppe Gesundheitsplanung, Wien: Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich. Projektstudie im Auftrag des Bundeskanzleramtes, Büro für Raumplanung, Wien, 1974 (unveröffentlicht)
- Redlich, F. C. und Freedman, D. X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Frankfurt, 1970
- Reiser, M. F., u. a.: Life Situations, Emotions and the Course of Patients with Arterial Hypertension, in: Psychosomatic Medicine 13 (1951), S. 133 ff.
- Richter, H. E.: Lernziel Solidarität, Reinbek b. Hamburg, 1974
- Robinson, D.: The Process of becoming ill. London, 1971
- Rosenmayr, L., Haller, M., Szinovacz, M.: Barrieren im beruflichen Aufstieg. Studien über die junge Arbeitnehmerin im Spannungsfeld von Beruf, Haushalt und Familie. Schriftenreihe zur sozialen und beruflichen Stellung der Frau 2/1973
- Schaefer, Hans und Blohmke, Maria: Sozialmedizin, Stuttgart, 1972
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C., Kalton, G. W.: Psychiatric Illness in General Practice. London, 1967
- Strotzka, H.: Die Rolle der psychotherapeutischen Ambulanzen im Rahmen der Betriebsfürsorge, in: L. Popper und E. Tuchman, 1966, S. 79–84
- Strotzka, Hans: Zur psychosozialen Lage berufstätiger Frauen, in: L. Rosenmayr und S. Hollinger (Hrsg.): Sozialforschung in Österreich. Wien-Köln-Graz, 1969
- Strotzka, Hans: Familienpolitik und Familienplanung, Manuskript, 1971
- Strotzka, H.: Die Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen, in: H. Lauter u. J.-E. Meyer (Hrsg.), 1971, S. 30–37
- Strotzka, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Erweiterte u. bearb. Ausgabe. Reinbek, 1972
- Strotzka, H.: Psychotherapie und soziale Sicherheit Voraussetzungen, Erfahrungen, internationale Vergleiche, Reformvorschläge 1973
- Strotzka, H.: Psychische Gesundheit in der Leistungsgesellschaft, in: IG Metall (Hrsg.), Bd. 5, 1973, S. 47–66
- Strotzka, H.: Zur Klassifikation von Neurosen und Charakterstörungen, in: Strotzka (Hrsg.), 1973, S. 195 ff.
- Strotzka, H. (Hrsg.): Neurose, Charakter, soziale Umwelt, Beiträge zu einer speziellen Neurosenlehre, München 1973
- Strotzka, H., u. a.: Kleinburg – Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien, 1969
- Strotzka, H. u. Leitner, I.: Die sozialpsychiatrischen Folgen einer ökonomischen Krise, in: Wiener medizinische Wochenschrift, 1969, S. 199 ff.
- Susser, M.: Causes of Peptic Ulcer: A Selective Epidemiology Review, 1967
- Szweczyk, H. M. (Hrsg.): Konflikte im Beruf. Medizinisch-psychologische Aspekte des Berufslebens in der wissenschaftlich-technischen Revolution, Berlin, 1968
- Thomas, K.: Die betriebliche Situation der Arbeiter, Stuttgart, 1964
- Uexküll, T. V.: Die Berufstätigkeit der Frau in psychosomatischer Sicht, in: Deutsches Ärzteblatt 45 (1960), Wiederabgedruckt in: A. Mitscherlich u. a. (Hrsg.), 1967, S. 204–218
- Ulich, E.: Schicht- und Nachtarbeit im Betrieb, 1964
- Valentin, H., u. a.: Arbeitsmedizin, Stuttgart, 1971
- Watts, C. A. H.: Morbidity Statistics from General Practice. Vol. 3. Studies on Medical and Population Subjects, Nr. 14. London, 1962.
- Wiener Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte: Jahrbuch 1972, Wien, 1973.
- Wulff, E.: Psychopathie? Soziopathie? in: Das Argument Nr. 71, 1972, S. 62–78

Tabelle 1
Von österreichischen Krankenanstalten entlassene Patienten im Jahre

Krankheitsgruppe	1970		1971	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Neurosen	3.880	5.029	3.833	5.094
Psychosen	7.517	9.386	7.823	10.068
Alle Krankheitsgruppen	494.006	608.254	507.548	619.306

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1970, 1971.

Tabelle 2
Anteil der an Neurosen behandelten entlassenen Patienten an 1.000 Entlassenen*) im Jahre

	1970		1971	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Neurosen	7,8	8,3	7,6	8,2
Alle Krankheitsgruppen	1.000	1.000	1.000	1.000

*) Der Anteil der im Krankenhaus gestorbenen Patienten (1970 rund 5%) wurde hier vernachlässigt.

Quelle: Eigene Berechnung.

Tabelle 3
Krankenhausstatistik (schichtspezifisch)

1970 Erwerbstätige	männliche Arbeiter				weibliche Arbeiter				männliche Angestellte				weibliche Angestellte						
	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage			
	898.157				476.507				378.604				356.245						
Krebs	1.574	0,17	107,51	1,01	2.242	0,53	84,85	2,38	568	0,29	83,77	1,38	1.033	0,43	72,20	1,94			
Herz-Kreislauf Erkrankung der	26.296	2,87	46,05	7,30	19.800	4,72	37,29	9,29	9.729	4,93	50,15	14,15	8.267	3,44	34,58	7,42			
Atmungsorgane	49.370	5,39	18,51	5,46	23.733	5,67	16,74	5,00	13.316	6,76	14,94	5,77	16.751	6,97	13,27	5,77			
Verdauungssystem	118.871	12,96	16,47	11,70	57.387	13,73	16,56	11,96	28.429	14,42	16,27	13,41	31.224	12,99	15,43	12,51			
Unfälle, Schädigungen durch äußere Ursachen	273.911	29,88	21,46	35,14	48.558	11,59	23,67	14,47	29.014	14,73	22,53	18,96	18.907	7,87	23,87	11,67			
Bewegungs- und Stützapparat	89.098	9,72	17,63	9,39	37.374	8,92	22,30	10,49	15.110	7,67	19,37	8,49	13.153	5,47	22,13	7,56			
Infektionskrankheiten	227.623	24,84	11,66	15,86	114.714	27,38	12,28	17,73	67.236	34,14	10,25	19,98	90.334	37,57	10,29	24,12			
Neurosen/Psychosen	5.088	0,56	30,29	0,92	6.070	1,45	26,86	2,05	2.208	1,12	26,85	1,72	3.906	1,62	26,25	2,66			
Fälle/Tage gesamt	916.518	100	18,3	16,729	518.896	100	19,0	7,945	075	197.020	100	17,5	3,448	081	240.411	100	16,0	3,851	638
Pro-Kopf-Zahlen	1,02				0,88				0,52				0,67						

Quelle: Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974, Berechnungen auf Grund von unveröffentlichten Statistiken des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Tabelle 4
Krankenstandsfälle und -dauer in der Krankheitsgruppe
Neurosen/Psychosen (Beschäftigte in Österreich)

Jahr	Zahl der Erkrankungen		Anteil an allen Krankenständen (in %)		Durchschnittliche Dauer eines Falles (in Tagen)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1964	7.972	11.051	0,65	1,69	29,7	25,8
1965	8.208	10.987	0,63	1,57	30,2	25,1
1966	8.248	11.316	0,65	1,62	30,5	25,5
1967	8.188	10.841	0,67	1,65	29,6	25,7
1968	7.987	9.814	0,64	1,50	29,6	25,8
1969	8.094	10.313	0,61	1,47	30,6	26,3
1970	8.380	10.477	0,65	1,51	29,1	26,5
1971	9.719	11.200	0,72	1,52	29,8	25,3

Quelle: Berichte über das Gesundheitswesen in Österreich, 1966-1973.

Tabelle 5
Entwicklung der Krankenstandsfälle in der Krankheitsgruppe Neurosen/Psychosen auf 1.000 Beschäftigte in Österreich von 1964 bis 1971

Jahr	Beschäftigte		auf 1.000 Beschäftigte entfielen Neurosen/Psychosen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1964	1.490.337	872.696	5,34	12,66
1965	1.500.412	880.822	5,47	12,47
1966	1.503.489	883.944	5,50	12,80
1967	1.492.354	868.136	5,50	12,49
1968	1.478.276	861.364	5,40	11,40
1969	1.487.981	868.501	5,43	11,87
1970	1.505.036	881.551	5,55	11,88
1971	1.543.425	908.834	6,31	12,32

Quelle: Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung, eigene Berechnungen.

Tabelle 8
Neuzugang an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit nach den häufigsten Krankheitsgruppen und nach dem Geschlecht in der PV der Unselbständigen im Jahre 1971

Reihung (gesamt)	Krankheitsgruppen	Männer und Frauen		Summe der Neuzugänge 1971			
		Zahl	%	Zahl	Männer %	Zahl	Frauen %
1	11. Andere Herzkrankheiten und Arterienkrankheiten	3.083		1.806		1.277	
2	27. K. des Bewegungs- und Stützapparates	1.573		832		741	
3	14. K. des Zentralnervensystems	964	8,5	641	9,0	323	7,4
4	19. K. der Atmungsorgane	845		678		167	
5	1. Tuberkulose	698		508		190	
6	13. Neurosen und Psychosen	663	5,8	340	4,8	323	7,4
7	6. Maligne Neubildung	540		264		276	
8	29. Arbeitsunfälle	331		229		32	
1-8	Angeführte Krankheitsgruppen gesamt	8.697	76,3	5.368	78,5	3.329	75,3
	Alle Krankheitsgruppen	11.442	100	7.085	100	4.357	100

Quelle: Zusammengestellt bzw. errechnet auf Grund der Zahlen im Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung für das Jahr 1972, Tab. 152.

Tabelle 6
Gegenüberstellung

Krankenstände an Neurosen/Psychosen	in der Wiener GKK versicherte Arbeiter und Angestellte (1972)		alle Beschäftigten (inkl. Beamte etc.) in Österreich (1971)
	Fälle pro 1.000 Beschäftigte		
Männer	6,8		6,3
Frauen	15,7		12,3
Männer und Frauen	11,7		8,54
Anteil der Fälle an allen Krankenständen			
Männer	0,87		0,72
Frauen	1,68		1,52
Männer und Frauen	1,26		1,00

Anteil der Krankenstandstage an allen Krankenstandstagen

Männer	1,31	1,23
Frauen	2,32	2,24
Männer und Frauen	1,79	1,59

Tage pro Fall

Männer	25,46	29,8
Frauen	23,29	25,4
Männer und Frauen	24,07	27,4

Quelle: Eigene Auswertung (Zahlenmaterial aus Jahrbuch der Wiener GKK, 1972, Statistisches Handbuch des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1972).

Tabelle 7
Krankenstandstatistik (schichtspezifisch)

1971	männliche Arbeiter				weibliche Arbeiter				männliche Angestellte				weibliche Angestellte							
	917.023				480.366				395.977				378.515							
Erwerbstätige	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage	Fälle	% d. F.	Dauer	% d. Tage				
Krebs	1.435	0,15	114,46	0,97	2.003	0,46	95,26	2,41	551	0,26	89,49	1,35	1.059	0,40	78,33	1,99				
Herz-Kreislauf Erkrankung der Atmungsorgane	27.576	2,88	43,87	7,16	20.014	4,59	35,24	8,91	10.838	5,04	45,20	13,52	9.250	3,46	31,92	7,10				
Verdauungssystem	51.530	5,38	17,05	5,20	24.331	5,60	15,92	4,89	14.188	6,61	14,81	5,80	18.112	6,76	12,76	5,55				
Unfälle, Schädigungen durch äußere Ursachen	120.222	12,55	16,54	11,77	57.064	13,13	16,53	11,91	30.212	14,06	17,09	14,25	33.387	12,47	16,14	12,96				
Bewegungs- und Stützapparat	284.284	29,69	21,11	35,53	48.358	11,12	23,22	14,18	31.115	14,49	22,04	18,92	20.173	7,54	22,15	10,74				
Infektionskrankheiten	95.456	9,97	17,31	9,79	39.468	9,08	22,03	10,98	16.818	7,83	18,97	8,81	15.212	5,68	21,90	8,01				
Neurosen/Psychosen	242.763	25,35	10,82	15,56	127.227	29,26	11,36	18,25	75.223	35,01	9,26	19,24	103.565	38,68	9,49	23,63				
Fälle/Tage gesamt	5.302	0,55	30,70	0,96	6.273	1,40	25,65	2,03	2.464	1,15	28,45	1,94	4.351	1,62	24,78	2,59				
Pro-Kopf-Zahlen	957.716	100	17,6	16,989	375	434.596	100	18,2	7,916	537	214.762	100	16,9	3,622	959	267.838	100	15,5	4,159	745
	1,04				0,90				0,54				0,71							

Quelle: Siehe Anm. zu Tab. 3/3.

Tabelle 9

Erstellte neurologisch-psychiatrische Diagnosen einer Aktienstichprobe von Klagen vor dem Schiedsgericht der Sozialversicherung wegen geminderter Arbeitsfähigkeit in Wien 1971 nach Männern und Frauen (in %)

Ausgewählte neurologisch-psychiatrische Diagnosen	Männer	Frauen	Gesamt
Neurasthenie, nervöse Übererregbarkeit	27,4	42,3	36,0
Neurosen	14,7	16,4	15,1
depressiv-neurasthenisch	5,3	9,2	7,6
Epilepsie	1,1	0,8	0,9
Psychosen	1,1	3,8	2,7
Chronischer Alkoholismus	15,8	1,5	7,6
Zerebraler Prozeß	14,7	19,2	17,3
Schwachsinn	9,5	9,2	9,3
Zustand nach Schlaganfall	—	1,0	0,4
Beeinträchtigung des Nervensystems	3,1	0,8	1,3
Neuralgie, Ischias u. ä.	13,6	26,2	16,4
Zervikalsyndrom	6,3	10,8	8,9
Beeinträchtigung des zentralen Nervensystems	6,3	2,3	4,0

Quelle: Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien, 1974, Kap. III.E. 2.

Tabelle 10

Ausgewählte chronische psychische und psychosomatische Erkrankungen nach Berufsgruppen und Geschlecht nach der Reihenuntersuchung der Betriebsfürsorge der Wiener Gebietskrankenkasse 1958/59 (standardisierte Häufigkeitswerte)

	Arbeiter		Angestellte	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Psychosen	0,65	0,5	0,7	1,4
Neurosen	1,1	1,4	1,5	4,0
Psychopathie	0,44	0,4	0,5	1,0
Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	3,7	9,6	6,6	9,0
Schlafstörungen	3,0	5,8	3,5	6,0
Zahl der Untersuchten	14.367	6.670	4.561	2.970

Quelle: Zusammengestellt aus L. Popper, E. Tuchmann, 1966, Tab. 16, S. 62 f.

Tabelle 11

Chronische psychosomatische Erkrankungen

Häufigkeit von bei den Betriebsuntersuchungen der Wiener Gebietskrankenkasse festgestellten chronischen Leiden, nach Beschäftigungsgruppen auf je 100 Untersuchte:

	Insgesamt		Arb.	Männer		Frauen		Ang.
	M	F		HA.	Ang.	HA.	Ang.	
Muskelrheumatismus	1,3	2,8	1,3	2,0	1,0	3,8	3,7	1,4
Gelenksrheumatismus	7,3	11,2	7,3	9,1	6,5	14,1	12,5	8,1
Neuratiden und Neuralgien	2,5	4,8	2,5	2,7	2,3	6,1	5,4	3,3
Vegetative Dystonie	3,1	5,6	2,0	2,2	5,9	5,1	3,9	7,2
Zahl der Untersuchten:	23.872	11.310	13.208	3.833	6.831	3.274	3.469	4.567

Quelle: L. Popper und E. Tuchmann, 1966, S. 72, Tab. 25. (Betriebsfürsorge der Wiener Gebietskrankenkasse, 1960/62).

Arb. = Facharbeiter
HA. = Hilfsarbeiter
Ang. = Angestellter

Tabelle 12

... % der Männer/Frauen/zusammen leiden an den angegebenen Beschwerden:

Jetzige Beschwerden	Männer	Frauen	Zusammen
Verstopfung	3,79%	15,14%	9,99%
Drehschwindel	16,35%	28,43%	22,95%
Appetitlosigkeit	7,23%	8,86%	8,12%
Kurzatmigkeit in Ruhe	2,75%	6,71%	4,92%
Kurzatmigkeit bei Belastung	16,01%	30,29%	23,81%
Schmerzen in der Herzgegend	23,92%	32,00%	28,34%
Neigung zu Magenschmerzen	12,91%	11,29%	12,02%
Aufstoßen	12,38%	14,57%	13,51%
Übelkeit	1,89%	3,71%	2,89%
Schlafstörungen	13,43%	26,57%	20,61%
psychischer Zustand auffällig (ärztliche Untersuchung)	0,34%	0,71%	0,55%

Tabelle 13

„Starke“ subjektive Beschwerden von Österreichern, nach Geschlecht, Altersgruppen, Berufs- und Einkommensgruppen (Bevölkerung über 16 Jahre, Juli 1970)

Frage: Wie ist Ihr Gesundheitszustand? Ich lese Ihnen eine Liste von Beschwerden vor, an denen viele Leute leiden; sagen Sie nur, ob Sie darunter gar nicht, ein wenig oder stark zu leiden haben!

Es leiden stark:	an Herzbeschwerden	an Atembeschwerden	an hohem Blutdruck	an Geh- u. Bewegungsbehinderung	an Schwäche und Müdigkeit	an Nervosität, Überreiztheit, Angstzuständen	an Schlaflosigkeit	an Kopfschmerzen	an anderen Schmerzzuständen
Prozent									
der gesamten Befragten	6,5	5,04	4,76	5,92	9,75	13,13	7,07	13,81	11,73
der Männer	3,4	3,78	2,24	5,08	5,91	8,51	4,96	7,09	9,61
der Frauen	9,2	6,13	6,95	6,64	13,08	20,85	8,69	19,63	13,49
der Altersgruppen									
bis 24	1,45	—	0,72	—	2,90	8,36	2,18	7,72	6,54
25—29	3,12	2,23	2,23	3,12	7,14	13,88	4,91	10,26	6,25
30—39	2,30	0,57	1,72	2,88	4,61	14,40	3,45	11,23	4,89
40—49	4,08	3,20	3,79	2,62	8,74	14,86	5,24	16,32	9,91
50—59	10,34	9,31	5,51	8,62	14,82	20,00	13,10	17,93	19,65
60—69	16,23	13,62	13,04	16,52	18,84	18,26	12,75	17,97	21,44
der Berufsgruppen									
Freischaffende, Selbständige	6,73	3,84	2,40	7,69	10,57	12,98	6,25	12,50	8,65
Angelernte Arbeiter, Hilfsarbeiter	6,31	6,79	6,79	7,28	11,40	14,07	7,76	16,99	15,77
Landwirte	5,83	3,11	3,50	2,33	3,89	7,39	3,11	10,11	7,00
der Einkommensgruppen									
Haushaltseinkommen									
bis S 3.000	11,59	8,79	7,22	10,52	13,12	12,69	9,97	15,53	17,72
über S 7.000	3,97	3,31	2,98	3,97	8,27	16,22	3,64	9,27	7,28
der Gemeinden									
bis 2.000 Einwohner	4,59	4,44	4,59	4,90	16,57	5,87	13,05	13,16	9,95
Wien	9,43	7,09	5,89	6,83	16,98	21,93	9,19	17,92	15,56

Quelle: IFES, 1970; nach W. J. Buchstaller, 1974, S. 37, Tab. 2.

Tabelle 14

Gesundheitszustand, subjektiv eingeschätzt, nach einzelnen Gruppen

Personengruppen	Zahl d. befragten Personen	Gesundheitszustand*)				E**) E = (0,3)
		0	1	2	3	
Berufstätige Männer:						
Freisch./Selbst.	60	10	32	22	37	1,87
Angest./Beamte	195	11	36	26	28	1,72
Arbeiter	328	13	32	28	27	1,69
Landwirt	107	13	42	20	25	1,57
Frauen						
Freisch./Selbst.	39	8	28	21	44	2,02
Angest./Beamte	151	7	22	29	42	2,06
Arbeiter	134	7	21	18	54	2,19
Landwirt	61	11	23	31	34	1,87
Personen ab 60 Jahren						
Männer	104	9	10	22	60	2,34
Frauen	186	2	14	20	64	2,46
Restgruppe						
Männer	53	13	57	11	19	1,36
Frauen	407	10	14	22	54	2,20

*) Die Kategorien I, II, III, IV sind mit den Werten 0, 1, 2, 3 versehen.

**) E = gewichteter Durchschnittswert der Gesundheit (Wert zwischen 0—3).

Quelle: Projektgruppe Gesundheitsplanung Wien 1974: Sonderauswertung der IFES-Befragung, 1970.

Tabelle 15

Raten der SMV nach Berufsgruppen und Altersgruppen (1959–1960 an der Universitätsklinik Wien registrierte SMV) auf 10.000 Einwohner

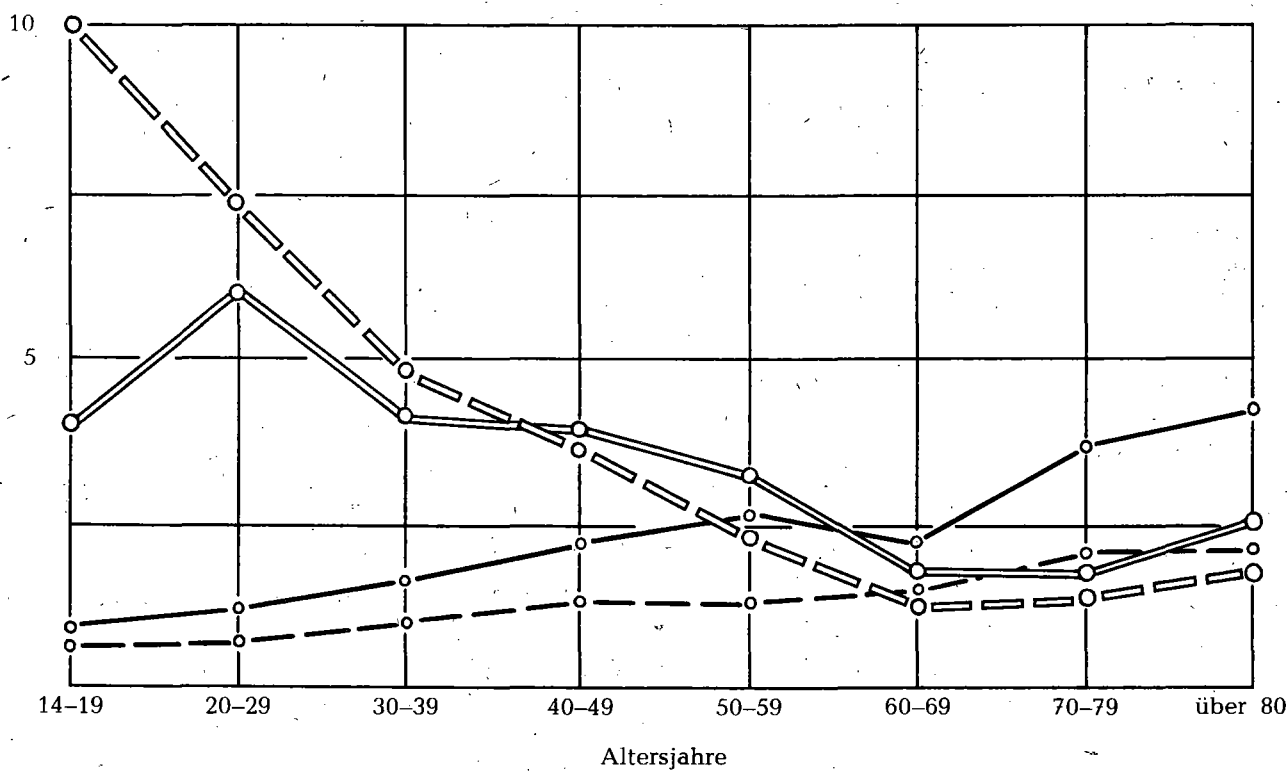
	14–29		30–59		60 und mehr	
	M	F	M	F	M	F
Arbeiter, Lehrlinge	5,52	10,21	5,13	3,71	2,49	1,57
Angestellte	1,59	3,91	1,33	1,71	0,60	1,20
Rentner, Pensionisten	3,71	0,60	6,98	1,88	1,57	0,94
Selbständige	3,06	4,04	1,55	2,12	0,80	0,28
Häusfrauen	–	6,38	–	2,67	–	1,25
Rest (mithelfende, erhaltene Personen, keine Angaben)	3,04	4,96	7,29	1,85	4,06	1,36
Summe	4,06	6,68	3,07	2,59	1,49	1,01
N = (absolute Zahl)	639	1.073	926	1.047	221	262

Quelle: zusammengestellt aus Katschnig-Steinert, 1971, S. 46 f.

Tabelle 16

Selbstmord- und Selbstmordversuchsraten nach Geschlecht und Alter in Wien von 1959 bis 1963 (pro 1.000 Einwohner 1961)

Promille



- Männer: Selbstmordversuche
- Selbstmorde
- Frauen: Selbstmordversuche
- Selbstmorde

Quelle: Katschnig und Steinert, 1971, S. 41, Tafel 3.

Psychiatrische Ambulanz vom 1. 1. 1972 bis 31. 12. 1972
(Gesamtzahl der Patientinnen: 703 = 100%)

Tabelle 17

Alter	
14-20	7,85%
21-30	23,87%
31-40	20,85%
41-50	19,79%
51-60	14,05%
61-70	10,57%

Tabelle 18

Zuweisungsmodus	
Eigeninitiative	8,63%
andere Klinik/Krankenhaus	35,29%
Frauenklinik	1,69%
Nervenarzt	15,87%
anderer Facharzt	1,32%
prakt. Arzt	14,33%
Angehörige/Bekannte	0,77%
Nachbetreuung	3,85%
Polizei	8,17%
andere Behörde	10,17%

Tabelle 19

Stand	
ledig	36,16%
verheiratet	50,66%
verwitwet	7,17%
geschieden	6,00%

Tabelle 20

Beruf	
Angestellte	27,13%
Hilfsarbeiterin	11,04%
Facharbeiterin	5,21%
Hausfrau	38,96%
Selbständige	0,79%
Landwirtin	0,47%
Studentin	2,68%
Schülerin	3,94%
Ruhestand	8,99%
Arbeitslos	0,79%

Tabelle 21

Diagnosegruppen*)	
Reaktive Depression	32,08%
Neurose	18,50%
Epilepsie und/oder Organ. Psychos.	7,37%
Endogene Depression	20,09%
Schizophrenie	9,97%
Paranoia	1,73%
Demenz	2,75%
Alkoholismus	5,64%
Drogen-/Tranquilizer-/Sedativamißbrauch	2,46%
Exogener Reaktionstyp	2,17%

*) In den meisten Fällen wurde die vom Ambulanzzarzt gestellte Diagnose übernommen. Wenn keine Diagnose vermerkt war, wurde sie aus der Krankengeschichte erschlossen. Wichtige Bezeichnung der Störung von der hier getroffenen Einteilung ab, dann wurden die angeführten Synonyma verwendet:

1. Unter **endogene Depressionen** wurden folgende Synonyma erfaßt:
Melancholie, endoreaktive Depression, larvierte Depression.
2. **Reaktive Depressionen** umfassen auch jene depressive Symptomatik, bei der ein Auslöser markiert war, die depressive Symptomatik nicht eindeutig als endogen klassifiziert werden konnte, keine endogenen Phasen in der Anamnese angegeben waren – höchstens Stimmungsschwankungen, die auf ein cycloides Achsensyndrom hinweisen.
3. Die Diagnose **Neurose** wurde herangezogen, wenn die anamnestischen Aufzeichnungen eine neurotische Entwicklung bzw. Konfliktsituation enthielten.
4. Unter **Epilepsie und/oder organisches Psychosyndrom** wurden jene Störungen markiert, die entweder entsprechend den anamnestischen Aufzeichnungen Wesensveränderungen mit Perseveration, Stereotypien etc. boten, oder wo ein beiliegender psychologischer Test als diagnostisches Hilfsmittel das organische Psychosyndrom beschreibt. Außerdem wurden hier die wenigen Fälle höhergradigen Schwachsinn eingeordnet.
5. Die Diagnose **Demenz** wurde auf Grund von faßbaren Demenzzeichen im psychologischen Test gestellt.
6. Unter **Schizophrenie** wurde auch „Paraphrenie“ subsumiert.
7. **Alkoholismus**: Hier wurde keine Trennung in die verschiedenen Stadien unternommen – die Diagnoseskala reicht von „kritisches Stadium“ bis zu „chronischem Alkoholmißbrauch mit schweren Organschäden“. Das gleiche gilt auch für den Drogen- und Tranquilizermißbrauch.
8. Beim **exogenen Reaktionstyp** handelt es sich um körperlich begründbare psychische Störungen, was ausdrücklich auf der Kartei vermerkt sein mußte (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörungen mit den entsprechenden Befunden).

Stationäre Aufnahmen an der Wiener psychiatrischen Univ.-Klinik vom 1. 10. 1970 bis 30. 9. 1971

Tabelle 22

	Jung (0-29)		Alter und Geschlecht Mittel (30-59)		Alt (60-99)		Summe (Summe d. Pat.)	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
weiblich	644	29,5	980	44,9	559	25,6	2.183	100
männlich	843	31,8	1.368	51,7	437	16,5	2.648	100

Tabelle 23
Zivilstand

Zivilstand		Alter			
		0-29	30-59	60-	zu- sammen
ledig	Frauen	64,8	18,4	15,4	31,3
	Männer	79,4	23,6	11,4	39,4
verheiratet (1. Ehe)	Frauen	24,6	46,2	17,3	32,4
	Männer	14,7	51,7	54,0	40,2
verheiratet (2. Ehe u. mehr)	Frauen	1,7	7,0	1,8	4,1
	Männer	0,4	2,9	2,5	2,0
geschieden	Frauen	7,5	17,4	7,0	11,8
	Männer	4,5	18,9	10,5	12,9
verwitwet	Frauen	0,6	10,3	56,8	19,3
	Männer	0,2	2,0	20,8	4,5

Tabelle 24
Aufnahmemodus

Aufnahmemodus		Alter			
		0-29	30-59	60-	zu- sammen
Polizeiliches	Frauen	23,8	27,9	50,8	32,5
	Männer	30,9	27,7	36,2	30,1
Parere	Frauen	10,4	14,3	14,3	13,1
	Männer	14,1	22,9	26,8	20,8
Freiwillig	Frauen	26,2	22,9	11,6	21,0
	Männer	29,9	28,9	11,9	26,4
Rettung	Frauen	39,0	33,9	22,7	32,5
	Männer	24,3	19,2	24,0	21,6

Tabelle 25
Schulbildung der Patientinnen
(Es wurde die jeweils höchste abgeschlossene Schule markiert.)

	-29	30-59	60-
Sonderschule	4,3	1,4	0,0
Pflichtschule	47,9	59,8	81,7
Fachschule	35,6	27,4	14,0
Mittelschule	9,4	5,7	2,1
Hochschule	2,9	5,6	2,1

Tabelle 26
Erlernter oder zuletzt ausgeübter Beruf

	Frauen	Männer
Arbeiter	30,6%	38,2%
Facharbeiter	10,1%	23,7%
Niedere Angestellte	20,1%	9,1%
Mittlere Angestellte	7,6%	6,5%
Höhere Angestellte	0,6%	2,1%
Selbständige Gewerbetreibende	2,8%	6,2%
Industrielle	0,2%	0,5%
Freiberufliche	2,1%	2,0%
Sonstiges (z. B. Schüler, Studenten)	12,4%	3,7%
Unbekannt*)	11,5%	5,7%

*) Unbekannt bedeutet: In der Dokumentation als unbekannt ausgewiesen.

Tabelle 27
Lebensunterhalt

Berufstätig (bis vor 14 Tagen)	30,0%
Hausfrau	27,7%
Krankenstand	4,1%
Ruhestand	17,3%
Häftling	0,1%
Befürsorgt	1,2%
Arbeitslos	3,7%
Sonstiges	6,2%
Unbekannt	9,4%

Tabelle 28
Symptom „depressiv“ bei Einlieferung

		Alter			Summe
		-29	30-59	60-	
Frauen	depressiv -				
	alle				
	Schweregrade	-	-	-	52,7
	leicht	13,8	8,8	7,9	10,0
Männer	mittel	34,3	31,4	19,9	29,3
	schwer	13,5	13,8	12,7	13,4
	depressiv -				
	alle				
	Schweregrade	-	-	-	32,7

Tabelle 29
Diagnosegruppen

		Alter			Gesamt
		-20	30-59	60-	
Psychogene*) Störungen	Frauen	57,6	42,0	25,9	42,6
	Männer	36,3	15,2	14,6	21,9
Charakter- neurose	Frauen	3,1	1,3	0,2	1,5
	Männer	5,2	1,2	0,0	2,3
Endogene**) Psychosen	Frauen	41,1	52,0	34,2	44,2
	Männer	27,6	22,2	13,7	22,5
Organische Psychosen***)	Frauen	35,9	37,5	64,2	43,9
	Männer	48,9	37,0	63,2	45,1

*) Darunter werden verstanden: reaktive Depressionen, neurotische Reaktionen inklusive Selbstmordversuch, Neurosen, sexuell abweichendes Verhalten, psychosomatische Störungen, mit Ausnahme des Drogen- und Alkoholmißbrauchs.

**) Darunter sind Psychosen des schizophhrenen Formenkreises, affektive Psychosen (Manie und endogene Depression) und paranoide Syndrome, die nicht als Schizophrenie klassifiziert werden können, bei denen aber Wahnideen eine Rolle spielen, subsumiert.

***) Darunter versteht man Syndrome mit Störungen der Orientierung, des Gedächtnisses, der Auffassung, des Rechnens, der Lern- und Urteilsfähigkeit. Dies sind die Hauptmerkmale, aber auch Affektverflachung oder -labilität können vorhanden sein oder eine anhaltende Stimmungsänderung, Abnahme der ethischen Normen und Zuspitzung oder Neuauftreten von Persönlichkeitszügen. (W. Mombour und G. Kockott, 1970.)

Stationäre Aufnahmen an den psychiatrischen Universitätskliniken und Krankenhäusern in Österreich.

Tabelle 30
Anzahl der Indexaufnahmen nach Alter und Geschlecht (Gesamtösterreich).

Alter	Frauen	Männer	alle
14-29	18,0 ↓254 41,7→	24,7 ↓355 58,3→	21,4 ↓609 100%
30-59	46,4 ↓654 46,2→	52,8 ↓761 53,8→	49,6 ↓1415 100%
60-	35,6 ↓503 60,8→	22,5 ↓324 39,2→	29,0 ↓827 100%
Summe	100% 1.412*) 49,5→	100% 1.440 50,5→	100% 2.852 100%

*) 1 Fall mit unbekanntem Alter.

Tabelle 31
Indexaufnahme nach Alter, Geschlecht und Zivilstand

Alter	Zivilstand				alle
	ledig	verh.	gesch.	verw.	
Frauen					
14-29	180	61	8	3	252
30-59	166	327	89	68	650
60-99	92	114	28	263	497
Alle	438	502	125	334	1.399
	Zivilstand unbekannt				13
	Summe				1.412
Männer					
14-29	295	46	9	0	350
30-59	210	413	108	18	749
60-99	38	171	29	81	319
Alle	543	630	146	99	1.418
	Zivilstand unbekannt				22
	Summe				1.440

Tabelle 32

Anteil der Erstaufnahmen und wiederholten Aufnahmen an allen Indexaufnahmen nach Geschlecht und Alter

Alter	Erst- aufnahmen	Frauen	alle
		wiederholte Aufnahmen	
14-29 abs.	166	86	252
%	65,9	34,1	100,0
30-59 abs.	313	339	652
%	48,0	52,0	100,0
60-99 abs.	346	155	501
%	69,1	30,9	100,0
Gesamt abs.	825	580	1.405
%	58,7	41,3	100,0
unbekannt ob Erst- oder Wiederaufnahme			6
	Summe		1.411

Alter	Erst- aufnahmen	Männer	alle
		wiederholte Aufnahmen	
14-29 abs.	230	123	353
%	65,2	34,8	100,0
30-59 abs.	419	335	754
%	55,6	44,4	100,0
60-99 abs.	225	97	322
%	69,9	30,1	100,0
Gesamt abs.	874	555	1.429
%	61,2	38,8	100,0
unbekannt ob Erst- oder Wiederaufnahme			11
	Summe		1.440

Tabelle 33

Diagnosen

Die Absolutzahlen bedeuten hier alle Erstaufnahmen, die nicht aus psychiatrischen Kliniken oder Krankenhäusern zutransferiert wurden.*)

Absolutzahl	Frauen 713	Männer 751
Selbstmordversuch	103=15,45%	80=10,65%
Akute Alkoholeinwirkung	25= 3,51%	77=10,25%
Akute Drogen- u. Medikamenteneinwirkung (außer SMV)	4= 0,56%	14= 1,86%
Andere akute exogene Reaktionstypen	73=10,24%	149=19,84%
Epilepsie	31= 4,35%	38= 5,06%
Oligophrenie	29= 4,07%	43= 5,73%
Organische Demenz	201=28,89%	130=17,31%
Andere chron. organische Syndrome	22= 3,09%	33= 4,39%
Schizophrenie	86=12,06%	49= 6,52%
Endogene Depression	126=17,67%	51= 6,79%
Manie	5= 0,70%	9= 1,20%
Paranoisches o. Paraphrenes Syndrom	56= 7,85%	30= 3,99%
Psychogene Depression	150=21,04%	102=13,58%
Sonstige psychogene Reaktion (Neurose)	31= 4,35%	41= 5,46%
Psychopathie, Verwahrlosung	8= 1,12%	49= 6,52%
Persönlichkeitsvariante	15= 2,10%	16= 2,13%
Alcohol. chronicus	67= 9,40%	274=36,48%
Drogenmißbrauch	14= 1,96%	36= 4,79%
Somatisch krank	110=15,43%	100=13,32%
Laktationspsychosen	3= 0,42%	

*) Die Summe der Prozentsätze überschreitet 100%, weil ein und derselbe Patient gleichzeitig mehrere diagnostische Etiketts bekommen konnte. So kann etwa beim Selbstmordversuch ein zusätzliches psychiatrisches Grundleiden, eine Schizophrenie oder eine endogene Depression vorliegen.

Tabelle 34:

Prozentanteil Frauen an einer Diagnose

Akute Alkoholeinwirkung	24,51%
Akute Drogen- und Medikamenteneinwirkung (außer SMV)	22,22%
Andere akute exogene Reaktionstypen	32,88%
Epilepsie	44,91%
Oligophrenie	40,28%
Organische Demenz	61,31%
Andere chron. organische Syndrome	40,00%
Schizophrenie	63,70%
Endogene Depression	71,19%
Selbstmordversuch	56,28%
Manie	35,71%
Paranoisches o. Paraphrenes Syndrom	65,12%
Psychogene Depression	59,52%
Sonstige psychogene Reaktion (Neurose)	43,06%
Psychopathie, Verwahrlosung	14,04%
Persönlichkeitsvariante	48,39%
Alcohol. chron.	19,65%
Drogenmißbrauch	28,00%
Somatisch krank	52,38%

Tabelle 35
Delikte nach dem Suchtgiftgesetz

	Fälle		Total m. w.	Täter									
	bekannt- geworden	geklärt		üb. 25 J.		21-25 J.		18-21 J.		14-18 J.		6-14 J.	
				m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
1971													
Verbrechen	314	263	321	76	12	76	9	108	13	22	5	—	—
Übertretungen	1.073	978	1.169	90	10	208	33	365	53	313	92	4	1
Summe	1.387	1.241	1.490	166	22	284	42	473	66	335	97	4	1
1972													
Verbrechen	333	319	381	97	6	125	16	104	12	17	4	—	—
Übertretungen	1.276	1.208	1.222	95	11	223	48	369	49	293	125	9	—
Summe	1.609	1.527	1.603	192	17	348	64	473	61	310	129	9	—
1973													
Verbrechen	492	474	476	66	6	129	11	198	13	46	5	2	—
Übertretungen	2.036	2.019	1.632	105	13	266	23	622	61	392	145	5	—
Summe	2.528	2.493	2.108	171	19	395	34	820	74	438	150	7	—

Tabelle 36

Aufnahmen an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck
(Statistik zusammengestellt von Univ.-Prof. H. Prokop)

Aufnahmen von Suchtfällen (Alkoholismus, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit an der Innsbrucker Klinik)

	Männer	Frauen		Männer	Frauen
			1960	121	47
			1961	152	37
			1962	146	42
			1963	123	51
			1964	133	50
			1965	174	40
			1966	149	37
			1967	145	49
			1968	138	37
			1969	154	63
			1970	173	57
			1971	93	72
			1972	224 (* 72)	50
			1973	294 (*138)	79
1940	78	19			
1941	70	18			
1942	24	8			
1943	36	6			
1944	17	1			
1945	12	2			
1946	17	3			
1947	25	1			
1948	53	9			
1949	53	14			
1950	89	14			
1951	81	18			
1952	63	20			
1953	88	10			
1954	111	11			
1955	140	18			
1956	152	16			
1957	120	46			
1958	146	24			
1959	147	30			

*) Davon Aufnahmen im „Genesungsheim Christine“ (Alkoholikerentwöhnungsheim in Innsbruck ab 1. 4. 1972).

Aus dieser Tabelle, die allerdings alle Suchtformen umfaßt, läßt sich entnehmen, daß die Anzahl der aufgenommenen suchtkranken Männer von 1940-1973 um das 3,7fache, die der Frauen um das 4,1fache zugenommen hat. 1940 gelangte auf 4,1 Männer 1 süchtige Frau, während diese Verteilung 1973 3,8 : 1 betrug.

Tabelle 37

Aufnahmen an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck

(Statistik zusammengestellt von Univ.-Prof. H. Prokop)

Aufnahmen von Alkoholismusfällen

	Männer	Frauen
1940	73	15
1941	67	13
1942	17	5
1943	25	5
1944	13	0
1945	8	1
1946	10	3
1947	22	0
1948	49	6
1949	51	10
1950	84	13
1951	76	16
1952	62	16
1953	73	8
1954	101	9
1955	135	13
1956	146	13
1957	104	39
1958	131	16
1959	133	24
1960	109	38
1961	142	21
1962	141	28
1963	113	37
1964	124	23
1965	158	25
1966	141	26
1967	127	35
1968	121	20
1969	126	41
1970	151	36
1971	64	48
1972	210 (* 72)	30
1973	272 (*138)	55

*) Davon Aufnahmen im „Genesungsheim Christine“ (Alkoholikerentwöhnungsheim in Innsbruck ab 1. 4. 1972).

Aus der Tabelle 37 ergibt sich, daß die prozentuale Zunahme von männlichen und weiblichen Alkoholikern von 1940 bis 1973 etwa gleichartig verlief. Dies tritt auch aus der Verhältniszahl männlicher zu weiblicher Alkoholiker zutage, die 1940 4,86 : 1 und 1973 4,98 : 1 ausmachte. Eine wesentliche Änderung ergab sich also in Tirol offenbar nicht.

Tabelle 38

Aufnahmen an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck

(Statistik zusammengestellt von Univ.-Prof. H. Prokop)

Fälle von reiner Medikamenten- und Drogenabhängigkeit ohne Alkoholismusfälle

	Männer	Frauen
1940	5	2
1941	2	4
1942	6	3
1943	11	0
1944	4	1
1945	4	1
1946	7	0
1947	2	1
1948	4	2
1949	2	4
1950	5	1
1951	5	2
1952	1	3
1953	11	2
1954	9	2
1955	4	4
1956	5	3
1957	12	2
1958	10	3
1959	8	3
1960	6	5
1961	5	11
1962	3	11
1963	6	11
1964	5	20
1965	8	11
1966	6	6
1967	9	10
1968	4	9
1969	18	12
1970	13	16
1971	25	22
1972	7	17
1973	15	19

Tabelle 39

Tätigkeitsbericht des Sozialmedizinischen Dienstes der Caritas Feldkirch 1964–1974

	neu gemeldet	Männer	Frauen	insgesamt
1964	25			804
1965	46			835
1966	81			896
1967	81			896
1968	91			987
1969	74			1.051
1970	65			1.092
1971	84			1.140
1972	83			1.198
1973	121	111	10	1.301
1974				
bis 26. 11.	84	74	10	—

Aufnahmen im Landeskrankenhaus Valduna

	Männer	Frauen	insgesamt
1969	125	10	135
1970	90	20	110
1971	99	11	110
1972	142	25	167
1973	164	32	196
1974			
bis 1. 10.	108	26	134

Tabelle 40

Aufnahmen von Alkoholkranken im Wagner-Jauregg-Krankenhaus in Linz

Statistik der Fürsorge für Alkoholranke des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung

	Männer	Frauen	insgesamt
1966	266	4	270
1967	311	9	320
1968	342	25	367
1969	502	42	544
1970	634	74	708
1971	728	89	817
1972	806	76	882
1973	821	98	919

Tabelle 41

Aufnahmen an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien 1947–1970

Männer- und Frauenstation

	gesamt	Männer davon Alko- holiker	in %	gesamt	Frauen davon Alko- holike- rinnen	in %
1947	1.860	186	10,0	2.215	27	1,2
1948	2.308	439	19,0	2.446	72	2,9
1949	2.695	750	28,8	2.793	95	3,2
1950	2.959	899	30,4	2.730	102	3,7
1951	2.999	1.199	40,0	2.716	136	5,0
1952	2.592	1.447	55,8	2.861	243	8,5
1953	3.207	1.566	48,8	2.796	206	7,4
1954	3.375	1.523	45,1	3.018	212	7,0
1955	3.682	1.755	47,7	2.948	218	7,3
1956	3.385	1.549	45,8	2.883	203	7,0
1957	3.514	1.624	46,2	2.892	219	7,6
1958	3.536	1.575	44,5	2.918	216	7,4
1959	3.667	1.943	53,0	3.082	322	10,4
1960	3.599	1.987	55,2	3.146	313	9,9
1961	3.438	1.974	57,4	3.124	350	11,2
1962	3.894	2.220	57,0	2.999	355	11,8
1963	3.398	1.888	55,6	2.636	326	12,4
1964	3.262	1.856	56,9	2.536	308	12,1
1965	3.204	1.795	56,0	2.611	339	13,0
1966	3.029	1.679	55,4	2.529	274	10,8
1967	3.156	1.788	56,7	2.586	352	13,6
1968	3.016	1.461	48,4	2.580	275	10,7
1969	2.983	1.591	53,3	2.510	249	10,0
1970	2.964	1.455	49,1	2.406	274	11,4
1971	—	—	—	2.188	221	10,1

3 DIE FRAU ALS MUTTER

Wie bereits im Kapitel „Die persönliche Situation der Frau“ aufgezeigt, kommt auch in der Industriegesellschaft von heute der Frau in der Familie eine zentrale Position zu, und zählt die Betreuung der Familienmitglieder und Kinder weitgehend zu ihren Aufgaben. Über den Mutterschutz und die materiellen Hilfen, die seitens der öffentlichen Hand im Falle der Mutterschaft geboten werden, wurde bereits an anderer Stelle berichtet (s. die Kapitel „Die Situation der Frau im Recht“ und „Die Frau im Beruf“). Im folgenden soll auf die aus der biologischen Funktion der Frau entstehenden gesundheitlichen Probleme eingegangen werden. Außerdem soll anhand der Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse der Kinder im Säuglingsalter untersucht werden, ob und welche Zusammenhänge zwischen der sozialen Situation der Mutter und der Gesundheit des Kindes bestehen. Abschließend folgt eine kurze Übersicht über die Versorgung mit einschlägigen Fachärzten bzw. Beratungseinrichtungen.

3.1 Die Gesundheit der Frau aus gynäkologischer Sicht

3.1.1 Einleitung

Die Frauen werden im Durchschnitt älter als die Männer und weisen weniger Krankenstände auf als diese. Allerdings sind Frauen besonderen Belastungen aufgrund ihrer biologischen Funktion ausgesetzt, die ihren Gesundheitszustand auch im besonderen beeinträchtigen.

Im folgenden werden diese Beeinträchtigungen untersucht, wengleich nicht alle angeführten Faktoren hinsichtlich der Signifikanz innerhalb der allgemeinen Statistik eine tragende Rolle spielen. Außerdem ist ein Bericht über die perinatale Mortalität in Österreich angeschlossen.

3.1.2 „Männliche“ und „weibliche“ Todesursachen

Vier Fünftel der 9.000 Männer, die vor dem 75. Lebensjahr mehr sterben als Frauen, fallen unter folgende 4 Gruppen von Todesursachen:

Todesursache	Männer	Frauen
Unfälle (Trauma)	5.100	3.000
Herzkrankungen	7.800	5.100
Krebs von Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf, Luftröhre und Lungen	2.500	500
Andere Erkrankungen der Atemwege (z. B. Emphysem) und des Verdauungssystems (vorwiegend Leberzirrhose)	1.000	300

Zu den Unfällen ist zu erwähnen, daß in der Differenz der 2.100 Todesfälle 1.500 auf Kraftfahrzeugunfälle kommen. Nach den neuesten Untersuchungen ist der Grund für die meisten Verkehrsunfälle in dem Problemkreis Affekt-Aggression-Angst zu suchen (*Hürlimann, Spörl*). Für die frühzeitig auftretenden Herzkrankungen ist dies schon lange bekannt. Krebserkrankungen im Bereich von Kehlkopf-Luftröhre-Lunge werden weitgehend durch Nikotinmißbrauch, im Bereich von Rachen-Speiseröhre durch Nikotin- und Alkoholmißbrauch begünstigt (s. *Hamperl*). Desgleichen gilt für das Nikotin beim Emphysem, für den Alkohol bei der Leberzirrhose.

So gesehen sterben die Männer frühzeitig, größtenteils an den Folgen von aufgestauten oder sich entladenden Aggressionen und/oder am Alkohol- bzw. Nikotinmißbrauch. An den unmittelbaren Folgen des Alkoholmißbrauches sterben viermal so viele Männer wie Frauen, wenn auch die Zahlen in der Mortalitätsstatistik nicht ins Gewicht fallen. Trunkenheit im Verkehr ist ein typisches Männerdelikt (*Müller*). Auf rund 200 Männer, die wegen Alkoholisierung bei Verkehrsunfällen in Strafhaft waren, kam nur eine Frau (Stichtag 31. 12. 1972). Nikotin- und Alkoholmißbrauch zeigen allerdings auch bei der Frau eine steigende Tendenz.

Wenn man die überzähligen Todesfälle infolge von vorzeitigen Dekompositionserscheinungen vor dem 75. Lebensjahr bei den Männern einerseits und die „natürlichen“ Todesfälle nach dem 75. Lebensjahr bei den Frauen andererseits außer Betracht zieht, sterben in allen Lebensphasen rund gleich viele Männer wie Frauen.

Die Todesursachen sind jedoch nicht die gleichen. Bei den Männern zeigen die wichtigsten vielfach noch auf mittelbare Folgezustände von Alkohol- und Nikotinabusus. Bei den Frauen beobachtet man vorwiegend Krebserkrankungen der Brustdrüsen, Geschlechtsorgane und Eierstöcke, sowie die unmittelbaren und mittelbaren Folgen der Fortpflanzungstätigkeit (siehe weiter unten). Während bei den Männern vor dem 70. Lebensjahr die Erkrankungen des Herzens und der Arterien an erster Stelle der Todesursachen stehen, nimmt bei den Frauen der Krebstod die erste Stelle ein, gefolgt von den Herz- und Kreislaufkrankungen.

Jeder 6. Krebstodesfall bei der Frau ist auf ein bösartiges Gewächs der Brustdrüsen, der Geschlechtsorgane oder der Eierstöcke zurückzuführen, vor dem 70. Lebensjahr jeder vierte, vor dem 50. Lebensjahr jeder dritte. Der Gebärmutterkrebs, der Eierstockkrebs und der Brustdrüsenkrebs sind also sehr ernst zu nehmende Gefahren für die Gesundheit und das Leben der Frau.

Die Gewächsbildung mit tödlichen Folgen in den Brustdrüsen, Geschlechtsorganen und Keimdrüsen zeigt folgendes Verhalten:

Neubildung an den Geschlechtsorganen*)	Männer	Frauen
Brustdrüsen	11	1.257
Gebärmutter	0	1.134
Prostata	342	0
Eierstock/Hoden	49	583
	402	2.974

*) Jahresdurchschnitt 1968-1972.

Somit sterben jährlich 2.500 Frauen mehr infolge von bösartigen Gewächsen der primären und sekundären Geschlechtsorgane als Männer.

Der Tod durch Brust- und Genitalkrebs wäre jedoch größtenteils zu umgehen, wenn von den Frauen die nötigen und sehr wirksamen Vorsichtsmaßnahmen eingehalten würden. Hier ist auf die Bedeutung der mit der 19. ASVG-Novelle möglich gewordenen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Sozialversicherung hinzuweisen. Allerdings ist noch viel Erziehungs- und Aufklärungsarbeit zu leisten, damit diese Untersuchungen auch in Anspruch genommen werden. Ebenso stellt sich das Problem einer zweckmäßigeren Organisation der ärztlichen Betreuungsstellen.

Jedes dritte dieser Karzinome ist ein Gebärmutterkrebs. Der Gebärmutterhalskrebs ist mit Hilfe des Zellabstriches

und der sogenannten Kolposkopie mit wenigen Ausnahmen so früh zu erfassen, daß er praktisch als sicher heilbar angesehen werden könnte. Der Gebärmutterhöhlenkrebs ist ebenfalls frühzeitig erfaßbar, wenn bei jeder unregelmäßigen Blutung im Klimakterium und in der Zeit nach dem Aufhören der Regelblutung (Menopause) eine Curettage durchgeführt wird.

Nicht viel anders liegen die Dinge beim Eierstockkrebs. Frühzeitig entdeckt, ist er zu 90% und mehr heilbar. Die Frühdiagnose macht hier jedoch größere Schwierigkeiten als beim Gebärmutterkrebs, da der Krebs in seinen Anfangsstadien nicht nur für die Frau, sondern auch für den Arzt des öfteren nicht erkennbar ist.

Beim Brustdrüsenkrebs kann vor allem die Frau selbst zur Verhütung beitragen, indem sie in der Zeit zwischen den ärztlichen Kontrollen ihre Brüste immer wieder selbst beobachtet. Die Österreichische Krebsgesellschaft hat zur Selbstuntersuchung der Brustdrüsen ein gut verwendbares Merkblatt für Frauen entworfen und herausgegeben, doch ist dieses zu wenig bekannt.

Wird Krebs früh entdeckt, ist er durch einen relativ kleinen operativen Eingriff heilbar. Ist er schon weiter fortgeschritten, können gewöhnlich nur mehr große, sogenannte radikale Operationen oder Strahlenbehandlungen das Leben der Patientin noch retten. Strahlenbehandlung wie Radikaloperation vermögen auch bei bereits fortgeschrittenerem Krebs in einem relativ hohen Prozentsatz den Tod zu verhindern. Von Gesundheit im Sinn der WHO-Definition kann man aber nach solchen Behandlungen in einer großen Zahl der Fälle nicht mehr reden, Dementsprechend wichtig ist die Früherkennung von Krebs.

3.1.3 Die Krankenstandsfälle bei Frau und Mann

Nach der Analyse der Todesfälle und Todesursachen ist die der Krankenstandsfälle interessant. Frauen weisen allgemein weniger Krankenstandsfälle auf als Männer. (Vgl. das Kapitel von Prof. Popper.)

Untersucht man die Krankheitsgruppen, die einerseits die Männer, andererseits die Frauen vorwiegend betreffen, und läßt man jene Gruppen, die zu einem großen Teil mittelbar oder unmittelbar als arbeitsbedingt angesehen werden könnten, weg, so ergeben sich für die Jahre 1970/71 folgende Zahlen:

Krankheitsgruppe	Krankenstandsfälle	
	Männer	Frauen
Krankheiten der Geschlechtsorgane einschl. Brustdrüsen	11.300	65.300
Krankheiten in der Schwangerschaft	-	54.900
Krankheiten der Harnorgane	34.200	41.300
Krankheiten der Leber und Galle	26.700	28.800
Krankheiten der blutbildenden Organe	1.400	3.500
Gutartige Neubildungen	7.700	13.300
Neurosen und Psychosen	18.100	21.700
Andere Schädigungen durch äußere Ursachen	285.200	77.900
Andere Herz- u. Arterienkrankheiten	54.700	29.700
Krankheiten der Atmungsorgane	149.000	87.300
Krankheiten des Magens und des Darmes	269.800	134.600

Die Krankenstandsfälle zeigen also dieselbe Polarisierung wie die Todesursachen: Bei der Frau einen Übergang bei den Erkrankungen infolge der Belastung durch die Fortpflanzungsaufgaben, beim Mann einen besonderen Übergang bei den Krankheiten, bei denen die permissive Rolle von Aggression, Alkohol und Nikotin nicht zu bestreiten ist.

Trotz aller anerkanntswerten Fortschritte auf diesem Gebiet wird die Belastung der Frau durch die Fortpflanzungsaufgaben noch immer weit unterschätzt.

3.1.4 Die vorwiegend „weiblichen“ Erkrankungen.

Bei der Frau liegen die Erkrankungen mit gutartigen Neubildungen um 85% höher als beim Mann. Dieser Überhang beruht vor allem auf dem häufigen Vorkommen gutartiger Gewächse an Gebärmutter und Eierstock, sowie der Brustdrüsen. Solche Gewächse kommen bei Frauen, die nicht geboren haben, eher vor als bei Frauen, die schon Entbindungen hinter sich haben. Während die gutartigen Gewächse des Eierstockes vielfach dazu neigen, früher oder später bösartig zu werden, gilt dies für die sog. Myofibrome, die vorherrschende Art der gutartigen Gewächse der Gebärmutter, nicht. Diese führen dafür vielfach zu Eisenverlusten, deren Stärke gewöhnlich unterschätzt wird.

Die *Blutarmut* (= Anämie) ist sicher die häufigste Krankheit der blutbildenden Organe der Frau. Da sie sehr oft nicht festgestellt wird, kann man hier von von einem Frauenleiden sprechen. Dieses ist vor allem dadurch bedingt, daß die Ernährung des modernen Menschen in den höher zivilisierten Ländern gerade so viel Eisen enthält, als der Mann zum Ersatz seines Eisenverlustes benötigt. Für den Extra-Eisenverlust der Frau durch die Genitalblutungen und Schwangerschaft ist in der Ernährung nicht vorgesorgt. In mehreren Ländern werden daher verschiedene Grundnahrungsmittel mit Eisen angereichert, etwa so wie es in Alpenländern mit Jod angereichertes Kochsalz gibt. Eisen ist ein essentieller Bestandteil jeder lebenden Zelle. Jede Neubildung solcher Zellen führt zu einem verstärkten Eisenverbrauch und bei zu starkem Verbrauch oder zu geringer Zufuhr zur Erschöpfung der Eisendepots des Körpers. Das deutlichste Zeichen ist die Eisenmangelanämie, die dann auftritt, wenn zu viel rote Blutkörperchen infolge starken Verlustes (zu starke Blutung) neu gebildet werden müssen, aber auch bei jedem anderen vermehrten Zellwachstum, normalerweise während der Schwangerschaft und der Wachstumsschube (z. B. Pubertät), krankhafterweise bei Neubildungen (z. B. Myofibrom, Krebs). Die Anämie ist das am leichtesten feststellbare Zeichen eines Eisenmangels. Vielfach aber ist das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frau schon beeinträchtigt, bevor eine Eisenmangelanämie nachweisbar wird. Müdigkeit, Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Beklemmungserscheinungen, „Herzstechen“, Einschlafen von Armen und Beinen, Muskelkrämpfe, Ohnmachtsneigung, Atemnot, brüchige Nägel, stumpfe Haare und ähnliches mehr sind bei uns viel öfter auf Eisenmangel zurückzuführen als auf andere Ursachen (z. B. Vitaminmangel).

Alle diese Beschwerden treten besonders oft erstmals während der Schwangerschaft oder im Wochenbett auf. Eine Studie an 1.000 Schwangeren der Semmelweislinik zeigte, daß mindestens jede 2. Schwangere an Eisenmangel mit oder ohne deutliche Zeichen von Anämie leidet. Dieser

Eisenmangel spielt bereits in der perinatalen Morbidität und Mortalität eine nicht unbeachtliche Rolle. Wenn er nicht ausgeglichen wird, bleibt die Frau auch nach Geburt und Wochenbett wenig widerstandsfähig gegenüber Belastungen aller Art. Die Folgen sind vor allem Antriebslosigkeit und Anfälligkeit für krankmachende Infektionen.

Die Krankenstände infolge von Krankheiten der blutbildenden Organe liegen statistisch mehr als 150% höher als beim Mann.

Ein weiterer Gesundheitsfaktor, der das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Frau nicht selten stark beeinträchtigt, ist der *Harninfekt* und dessen Folgen. Harninfekte sind bei der Frau häufiger als angenommen wird. Bei jeder neunten Schwangeren bzw. Wöchnerin der Semmelweis-Klinik wurde ein Harninfekt gefunden. Harninfekte verlaufen vielfach auch dann symptomlos, wenn sie Entzündungen der Harnwege hervorrufen. Nicht nur die von vornherein schleichenden Formen dieser Entzündung, sondern auch die akuten – mit Fieber und/oder Schmerzen einhergehenden – Schübe werden gewöhnlich bagatellisiert, weil Fieber und Schmerzen in der Regel bald verschwinden. Des Weiteren findet die Tatsache wenig Beachtung, daß Entzündungen der Harnblase, vor allem aber die Entzündungen des Nierenbeckens häufig, das heißt, bei der Nierenbeckenentzündung stets mit einer Nierenentzündung einhergehen. Eine solche Pyelonephritis (= Nierenbecken-Nierenentzündung) wird durch Schwangerschaft und Wochenbett begünstigt.

Behandlungen von Harninfekten sind oft langdauernd. Da vielfach keine ernstesten Beschwerden bei Harninfekten auftreten, wird eine entsprechende Durchbehandlung frühzeitig abgebrochen. Die Folge ist eine chronische Infektion der Harnwege mit einer Reihe von uncharakteristischen Beschwerden, die Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit sogar sehr weitgehend beeinträchtigen können.

Ein weiterer Grund für die gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau von seiten der Harnorgane ist die *Harninkontinenz*, i.e. der unwillkürliche Harnverlust infolge einer Schwäche des Schließmuskels der Harnblase. Diese Form der Harninkontinenz findet man verhältnismäßig häufig, vor allem bei Frauen, die geboren haben. Es handelt sich um ein sehr lästiges Leiden, das in den meisten Fällen auf operativem Weg behoben werden kann.

Auch die Störung der Gallenfunktion und das Auftreten einer Gelbsucht infolge einer Erkrankung der Gallenwege und der Gallenblase findet sich bei der Frau wesentlich häufiger als beim Mann (ungefähr viermal so häufig). Bei ihrer Entstehung spielen Menstruationszyklus und Schwangerschaft eine nicht geringe Rolle. Nicht selten tritt der erste Kolikanfall in der Schwangerschaft auf, meist im zweiten Schwangerschaftsdrittel. Wie die Gallenblase arbeitet auch die Leber in der Schwangerschaft unter veränderten Bedingungen und zeigt hier normalerweise häufig kleine oder größere Unregelmäßigkeiten in der Vielzahl ihrer Funktionen. Diese nehmen, äußerst selten allerdings, bei manchen Formen der Entgleisung des Stoffwechsels in der Schwangerschaft (Hyperemesis, Eklampsie) lebensbedrohliche Ausmaße an.

Zyklus und Schwangerschaft haben auch einen Einfluß auf die Entstehung und Entwicklung von Neurosen und Psychosen, die an anderer Stelle dieses Berichtes abgehandelt werden.

Alles in allem sind damit die Krankheitsgruppen, die als Todesursachen und für die Krankenstandsfälle bei der Frau eine größere Rolle spielen als beim Mann, sozusagen ohne

Ausnahme direkt oder indirekt an die Geschlechtsfunktion der Frau gekoppelt.

Abgesehen von den Neubildungen – gutartigen wie bösartigen – der Geschlechtsorgane und Brustdrüsen finden sich drei große Gruppen von Erkrankungen im Bereich der Geschlechtsorgane und Brustdrüsen der Frau: Entzündungen, Zyklusstörungen und Schwangerschaftsanomalien. Grob gesprochen ist in Österreich für rund 100.000 Lebendgeborene jährlich mit ca. 60.000 Krankenstandsfällen und 30–50 Todesfällen aufgrund solcher Erkrankungen der Geschlechtsorgane und Brustdrüsen zu rechnen.

3.1.5 Perinatale Mortalität und Morbidität der Mütter

Unter perinataler Mortalität der Mütter (Müttersterblichkeit) versteht man die Zahl der Frauen, die infolge von Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes sterben. Diese Zahl wird auf je 100.000 Lebendgeborene bezogen und in ‰ ausgedrückt. Aus den hiezu vorliegenden statistischen Daten ist zu entnehmen, daß die Müttersterblichkeit in Österreich von 327,9‰ im Jahr 1946 auf 22,4‰ im Jahr 1973 zurückgegangen ist (Tabelle 1).

Eine bis zum Jahr 1972 reichende eingehende Untersuchung³³⁾ zeigt, daß der Rückgang in der Periode von 1946–1954 mit durchschnittlich 23,8‰ im Jahr am stärksten war. Er schwächte sich in der Zeit von 1954–1964 auf durchschnittlich 6,3‰ im Jahr ab und betrug in der Zeit von 1964–1972 durchschnittlich 2,8‰ im Jahr. Bei Fortsetzung dieses Trends könnte bis zum Jahr 1977 eine Müttersterblichkeit von 11‰ erreicht werden, eine Rate, bei der Schweden bereits im Jahresdurchschnitt 1967–1969 angelangt war. In der Rangliste der europäischen Länder für die letztverfügbaren drei Jahre (1968–1970) befand sich Österreich im Mittelfeld an 13. Stelle, unterschritt jedoch den gewogenen Durchschnitt (ohne Sowjetunion, Albanien und die Kleinstländer) um ein Viertel (Tabelle 2).

Die Gliederung der Sterblichkeit nach Todesursachen (im Dreijahresdurchschnitt) zeigt ein besonders starkes Zurückgehen der Sterblichkeit nach Fehlgeburten. Die Teilsterbeziffer für diese Todesursachengruppe war 1946–1948 mit 104,8 je 100.000 Lebendgeborene höher als die Teilsterbeziffern für Toxikosen, Blutungen und Sepsis zusammengenommen, erreichte jedoch nach einem rapiden Rückgang bereits 1953–1955 mit 21,1 je 100.000 Lebendgeborene das damalige Niveau der einzelnen Teilsterbeziffern der drei genannten Todesursachen und bewegte sich in der Folge tendgemäß wie diese. Die starke Eindämmung der Müttersterblichkeit in der ersten Nachkriegszeit ging allein zu 55% auf das Konto der Verringerung der Sterblichkeit bei Fehlgeburten (Tabelle 3).

Eine Gliederung der Müttersterblichkeit nach dem Alter zeigt ein mit zunehmendem Alter zunehmendes Todesrisiko. Eine unter dem jeweiligen Durchschnitt liegende Müttersterblichkeitsrate weisen stets die unter 30jährigen Frauen auf, zeitweise ab 1962–1964 auch schon die 30- bis unter 35jährigen. Bemerkenswert erscheint, daß die einst hohe Müttersterblichkeit der über 45jährigen Frauen in den sechziger Jahren praktisch verschwunden ist. Andererseits ergab sich bei den unter 20jährigen nach einem Minimum 1966–1968 wieder ein Anstieg, weshalb in den

³³⁾ R. Gisser, Müttersterblichkeit in Österreich 1946–1972; Statistische Nachrichten 6/73.

letzten Triennien stets die 20- bis unter 25jährigen Frauen die niedrigste Müttersterblichkeit aufwiesen (Tabelle 4). Die Entwicklung der Müttersterblichkeit hängt wegen der großen altersspezifischen Unterschiede auch von der Altersstruktur der Risikopopulation ab. Hierin haben sich in der betrachteten Zeitspanne zweifellos bedeutende Umschichtungen ergeben. 1952–1954 hatten nur 34% der Lebendgeborenen Österreichs eine unter 25jährige Mutter, 1970–1972 jedoch bereits 48%. Unterstellt man, daß die Altersstruktur der Gebärenden 1952–1954 schon jener von 1970–1972 entsprochen hätte, dann wäre damals eine Müttersterblichkeit von 121,1 je 100.000 Lebendgeborene zu erwarten gewesen, d. h. eine gegenüber dem Beobachtungswert 130,1 um 13,8% niedrigere Rate. Umgekehrt, wäre die Altersstruktur der Gebärenden 1970–1972 noch gleich jener von 1952–1954 gewesen, so hätte die erwartete Müttersterblichkeitsrate (30,2) um 11,4% über der tatsächlichen (27,1) gelegen. In der verringerten prozentuellen Differenz zwischen Beobachtungs- und Erwartungswert kommt übrigens zum Ausdruck, daß der positive Altersstruktureffekt durch die rezente Zunahme der Müttersterblichkeitsrate der unter 20jährigen Frauen teilweise wieder aufgehoben wurde; für 1966–1968 wäre nämlich aufgrund der Altersstruktur 1952–1954 mit 44,9 je 100.000 Lebendgeborene noch eine um 14,2% höhere Müttersterblichkeit als tatsächlich (39,3) zu erwarten gewesen.

Ein Überblick über die Müttersterblichkeit nach Bundesländern (Tabelle 5) zeigt eine sehr unterschiedliche regionale Entwicklung, die einerseits beeinflusst ist von der unterschiedlichen Geburtenhäufigkeit, andererseits dürften aber auch andere Gründe wie die unterschiedliche Altersstruktur der Mütter eine Rolle spielen. Genauere Untersuchungen über diese Zusammenhänge liegen nicht vor.

Wesentlich für die Müttersterblichkeit ist auch der soziale Status der Mütter. Darauf deuten vor allem Angaben aus den USA hin, nach denen 1969 die Müttersterblichkeit bei den weißen Frauen rd. 17⁰/0000, bei den farbigen jedoch rd. 64⁰/0000 betrug.

Keine gesicherten Angaben stehen über die perinatale Morbidität zur Verfügung. Aufgrund von Krankheiten und Anomalien während der Schwangerschaft entstehen jährlich rd. 30 Krankenstandsfälle je 1.000 weibliche Beschäftigte. Diese Krankenstandsfälle betragen 1973 27.745 und damit 3,83% der weiblichen Krankenstandsfälle überhaupt. Die Statistiken der Krankenanstalten weisen 1973 12.726 Entlassungen nach Krankheiten und Anomalien während der Schwangerschaft und 7.631 Entlassungen nach Komplikationen der Entbindung und des Wochenbettes aus. Bezogen auf die Zahl der Lebendgeburten (98.041) würde das einen Anteil von Komplikationen der Entbindung und des Wochenbettes von rd. 7,5% bedeuten. Nicht erfaßt sind hier jedoch Entbindungen außerhalb der Krankenanstalten; ebenso nicht Komplikationen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten.

3.2 Morbidität und Mortalität des Säuglings

3.2.1 Morbidität

Ebenso wie für die perinatale Morbidität der Mütter gibt es für die Morbidität der Säuglinge keine ausreichenden statistischen Unterlagen. Es wäre sehr wichtig, über diesbezügliche Daten zu verfügen, die beispielsweise eine Analyse

der Zusammenhänge zwischen Morbidität und Mortalität erlauben würden. Fragen, wie, ob bzw. inwieweit der Rückgang der Säuglingssterblichkeit von einem Rückgang der Morbidität begleitet war oder Ergebnis einer Herabsetzung der Letalität (bei unveränderter Erkrankungshäufigkeit) oder einer Änderung im epidemiologischen Klima („Ablösung“ schwerer, zum Tode führenden Krankheiten durch verhältnismäßig ungefährliche) ist, könnten aufgrund morbiditätsstatistischer Daten untersucht werden.

Gewisse, mit Vorbehalten zu interpretierende Angaben, sind der österreichischen Spitalsstatistik zu entnehmen (Tabelle 6). Diese Zahlen unterliegen interpretationsmäßig den Beschränkungen jeglicher Spitalsstatistik, d. h. sie sind kein geeigneter Indikator der Häufigkeit einzelner Erkrankungen, ist doch die Spitalsaufnahme von einer Vielfalt von Faktoren abhängig, die oft in keinem oder nur losem Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen stehen. Es ist ferner zu bemerken, daß es sich bei der österreichischen Spitalsstatistik um eine Fälle- und nicht um eine Personenstatistik handelt, d. h., daß ein Säugling innerhalb eines Beobachtungsjahres je nach Zahl der Spitalweisungen auch mehrmals in der Zahl der entlassenen Pflegelinge aufscheinen kann, gegebenenfalls unter verschiedenen Krankheitspositionen.

Besonders bemerkenswert ist die hohe und ständig steigende Zahl von Mißbildungsfällen (1971 rund 4% der Neugeborenen), welche darauf hindeutet, daß dieser Position in Hinkunft steigende Beachtung einzuräumen ist.

3.2.2 Mortalität

In der demographischen und sozialmedizinischen Literatur nimmt die Untersuchung der Ursachen für die außergewöhnlich hohe Sterblichkeit im ersten Lebensjahr einen hervorragenden Platz ein. Infolge der Abhängigkeit der Säuglingssterblichkeit von umweltbedingten Einflüssen ist ihre Höhe ein recht brauchbarer Index für die sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung gewesen und hat diese Funktion bis heute insofern beibehalten, als eine hohe Erstjahressterblichkeit als Zeichen für schlechte soziale und wirtschaftliche Verhältnisse gewertet werden muß.

Der drastische Rückgang der Sterblichkeit in den Ländern der westlichen Zivilisation im Verlauf des letzten Jahrhunderts war für das Säuglings-, Kleinkindes- und Kindesalter am stärksten ausgeprägt. Während beispielsweise um 1900 in Österreich noch eine Säuglingssterblichkeit von 20% errechnet wurde, also jedes fünfte lebendgeborene Kind im ersten Lebensjahr gestorben ist, beläuft sich heute die Erstjahresmortalität auf 2,4%, ein überaus erfreulicher Erfolg, welcher die großen Errungenschaften belegt, die in unserem Jahrhundert auf dem Gebiet der medizinischen Wissenschaft, der Ernährungswissenschaft sowie der sozialen und Gesundheitsfürsorge – und nicht zuletzt – bei der Hebung des Lebensstandards erzielt wurden. (Vgl. Tabelle 7.)

Am bemerkenswertesten sind wohl zwei Tatsachen, nämlich, daß

- a) die Säuglingssterblichkeit heute nur etwa ein Zehntel des Wertes von 1900–1904 beträgt und
- b) die ausgeprägte Differenzierung der Abnahmeintensität nach dem Alter.

Während die Zahl der Totgeborenen auf etwa ein Viertel

und die Sterblichkeit im ersten Lebensmonat auf ein Fünftel des Werts um die Jahrhundertwende abgesunken ist, hat sich die postneonatale Sterblichkeit um 96% reduziert. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Lebendgeborenen auf etwa die Hälfte des Wertes von 1900–1904 zurückgegangen.

Unter dem Begriff der perinatalen Sterblichkeit sind Totgeborene und Sterbefälle in der ersten Lebenswoche subsumiert. Diesbezügliche Daten liegen für Österreich seit 1926 vor (Tabelle 8).

So wie bei der Müttersterblichkeit ist auch hier in den letzten Jahren eine Verflachung der Abnahmetendenz eingetreten. Auch hier nimmt Österreich im internationalen Rahmen eine mittlere Position ein, sodaß zweifellos Verbesserungen noch angestrebt werden müssen.

Regionale Unterschiede

Will man die Möglichkeit für eine weitere Senkung der Säuglingssterblichkeit beurteilen, ist ein Studium ihrer regionalen Differenzierung von besonderer Bedeutung. Dadurch gelingt es, die regionalen Herde der Säuglingssterblichkeit aufzudecken. Der regionale Nachweis der gestorbenen Säuglinge basiert ebenso wie die Ausweisung der Lebendgeborenen auf dem Wohnortsprinzip, d. h. sowohl lebendgeborene als auch gestorbene Säuglinge werden am ständigen Wohnort ihrer Eltern (bei unehelichen der Mutter) gezählt. (Regionale Differenzen – Tabelle 9.)

Die Senkung der Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren hat ganz Österreich, alle politischen Bezirke, und zwar sowohl für die neonatale als auch die postneonatale Periode erfaßt. Noch 1960 belief sich der Österreichwert auf 37%. Dreizehn Jahre später wird dieser Wert bereits von fast allen Bezirken Österreichs unterschritten. Es kann kein Zweifel bestehen, daß ein Österreichwert von weniger als 1,5% durchaus realisierbar ist, wie die regionale Aufschlüsselung der Ergebnisse eindeutig erhärtet, haben doch bereits 11 Bezirke diese Grenze unterschritten.

3.2.2.1 Todesursachen

Obwohl gegen eine Statistik der Todesursachen gewichtige Bedenken bestehen, lassen sich bei kritischer Analyse der Zahlen – auch bei voller Würdigung dieser Vorbehalte – oft wertvolle Schlüsse ziehen. Wenn man die drei Positionen Infektionskrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane sowie Magen- oder Darmkatarrh als „vermeidbare“ Todesursachen zusammenfaßt, ersieht man, daß diese Gruppe sehr bedeutend zur Senkung der Erstjahresmortalität beigetragen hat. Beschränkt man sich aus den oben angeführten Vorbehalten auf das Material 1950 bis 1973, zeigt sich folgendes:

Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen (Sterbeziffern pro 10.000 Lebendgeborene)

Todesursachengruppe	1951–1955	1961–1965	1973
Infektionskrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Magen- und Darmkatarrh	158,3	64,8	32,8
Besondere Krankheiten der frühesten Kindheit	203,3	116,0	141,9
Angeborene Mißbildungen	42,0	43,4	37,6
Unfälle	4,0	5,1	6,9
Alle übrigen Todesursachen	105,7	79,4	18,5
Insgesamt	513,3	308,7	237,8

Während 1951–1955 noch fast ein Drittel der Säuglingstodesfälle auf die vermeidbaren Krankheiten (Infektionskrankheiten, Krankheiten der Atmungsorgane, Magen- und Darmkatarrh) entfielen, waren es 1973 nur rund 14%. Im gleichen Zeitraum hat sich die Bedeutung der angeborenen Mißbildungen verdoppelt (von 8% auf 16%).

3.2.2.2 Einflüsse anderer Faktoren

Geschlechtsspezifische Unterschiede

In der demographischen und sozialmedizinischen Literatur nimmt die Erörterung der Gründe für die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts einen wichtigen Platz ein; obgleich Unterschiede in der Lebensweise einen Teil dieser Differenzen erklären, dürften auch biologische Faktoren eine gewisse Rolle spielen, wobei zur Stützung dieser Hypothese die Tatsache angeführt wird, daß die Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts in Altersstufen zu beobachten ist, in denen beide Geschlechter denselben Risiken ausgesetzt sind.

Während bei den Totgeborenen eine Tendenz zur Verringerung der unterschiedlichen Gefährdung zutage tritt und damit die Hypothese, daß mit sinkender Totgeborenenhäufigkeit die geschlechtsspezifischen Unterschiede verringert werden, durch die österreichischen Zahlen bestätigt wird, ist in der postneonatalen Periode ein beträchtlicher Anstieg der Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts aus den Zahlen abzulesen. In der neonatalen Periode ist keine wesentliche Erhöhung der geschlechtsspezifischen Differenzierung zu konstatieren. Die größere Gefährdung des männlichen Geschlechts ist allen Altersstufen gemeinsam. (Vgl. Tabelle 10.)

Gewicht bei der Geburt

Je höher das Geburtsgewicht, desto größer ist die Chance, das erste Lebensjahr zu überleben. Für Frühgeborene (entsprechend der internationalen Definition: Lebendgeborene mit weniger als 2.500 Gramm) beträgt die Säuglingssterblichkeit 27%, für „Normalgeborene“ (2.500 Gramm und mehr) hingegen nur 2%. Bei einem Gewicht von weniger als 1.500 Gramm beträgt die Sterbeziffer das 25fache des Durchschnitts (Ergebnisse 1959).

Es ist bemerkenswert, daß bei Frühgeborenen eine Aufgliederung nach der Legitimität keine unterschiedlichen Sterberisiken enthüllt, wohl aber besteht ein außerordentlicher Unterschied bei „Normalgeborenen“ (die Sterbeziffer der Unehelichen überschreitet jene der Ehelichen um ca. 50%). Interessant wäre eine Untersuchung, ob Frühgeburtlichkeit nach der Ordnungszahl der Geburt variiert und inwieweit dies gegebenenfalls Rückwirkungen auf die Mortalität hat. Ein Vergleich von Zahlen für 1959 und 1973 zeigt, daß die Sterblichkeit bei Frühgeborenen in diesem Zeitraum von 273 auf 227 pro 1.000 Lebendgeborene zurückgegangen ist, d. h. also um weniger als 20%! Demgegenüber ist die Sterblichkeit Normalgeborener von 22 auf 10 pro 1.000 Lebendgeborene, d. h. um mehr als 50% gesunken!

Alter der Mutter

Wie Czermak und Hansluwka nachwies, besteht zwischen dem Alter der Mutter einerseits und der Höhe der Totgeborenenquote bzw. der Rate der Säuglingssterblichkeit ein enger Zusammenhang. Die Totgeborenenquote liegt von der Altersstufe 30 bis unter 35 an über dem

Durchschnitt, während für die Säuglingssterblichkeit überdurchschnittliche Werte für die Altersstufen unter 20 und 35 bis unter 40 sowie 40 Jahre und älter ausgewiesen sind.

In der Altersgruppe unter 20 waren 6,6% Frühgeborene gegenüber einem Stichprobendurchschnitt von 5,4%. Eine Standardisierung aufgrund dieses Durchschnittswerts würde die überdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit in der Altersgruppe unter 20 eliminieren. In der Altersgruppe 40 und mehr würde jedoch die höhere Sterblichkeit aufrechterhalten bleiben, obgleich sich ihr Ausmaß reduzieren würde.

Geburtenabstand

Leider lassen sich derzeit aus der amtlichen Statistik keine Angaben über den Einfluß dieses Faktors, noch des biologisch wichtigeren Schwangerschaftsabstandes ableiten. Es ist jedoch aus ausländischen Arbeiten, vor allem aus dem angelsächsischen Raum, bekannt, daß sowohl ein relativ kurzer als auch ein relativ langer Abstand zwischen zwei aufeinanderfolgenden Schwangerschaften sich ungünstig auf die Überlebenschancen auswirkt. Die beträchtlichen Schwankungen in der Gewinnung zuverlässigen Grundlagematerials und die Verknüpfung von Schwangerschaftsdauer, Alter der Mutter und Geburtenfolge setzten allerdings diesen Schlußfolgerungen Grenzen.

Ehelichkeit der Geborenen

Die bekannte These, daß die Überlebenschancen für Uneheliche viel geringer sind als für Eheliche, werden durch die Daten für Österreich bestätigt. Seit 1900 hat sich die Diskrepanz erhöht.

Mangels Unterlagen konnte der Einfluß von Legitimierungen nicht berücksichtigt werden; es ist daher anzunehmen, daß die Sterbeziffern für Eheliche ein etwas ungünstigeres Bild vermitteln, als es der Wirklichkeit entspricht. Gleichwohl kann dieser Faktor die gezogenen Folgerungen nicht ernstlich beeinträchtigen.

Man kann aus dem statistischen Zahlenmaterial folgern, daß die größere Gefährdung der unehelichen Leibesfrucht in einem frühen Stadium der Schwangerschaft auftritt und die dahinterstehenden komplexen sozialen, wirtschaftlichen und psychologischen Faktoren sich bereits frühzeitig auszuwirken beginnen, demnach auch Maßnahmen zur Eindämmung der Übersterblichkeit der Unehelichen möglichst früh einsetzen müssen, um wirksam zu sein.

Einfluß der Berufstätigkeit der Mutter

Es wurde und wird behauptet, daß die Berufstätigkeit der Frau einen schädlichen Einfluß auf die Betreuung des Kindes habe. Über diesen Frangenkompex gibt es, vor allem in der anglo-amerikanischen Literatur, eine Reihe von Untersuchungen, die keinen nachteiligen Einfluß ergaben; im Gegenteil, bei berufstätigen Müttern wurden oft niedrigere Werte beobachtet. Diese unerwartete Erscheinung wurde von einigen Autoren damit erklärt, daß berufstätige Mütter anscheinend eine Auslese hinsichtlich Erziehung und Bildung darstellen und damit natürlich auch den Möglichkeiten, welche die moderne Vorsorge bietet, aufgeschlossener gegenüberstehen.

In Österreich beträgt der Anteil der Frauen an den Berufstätigen 39%; die Erwerbsquote der Frauen zwischen 15 und 60 Jahren 53,3%.

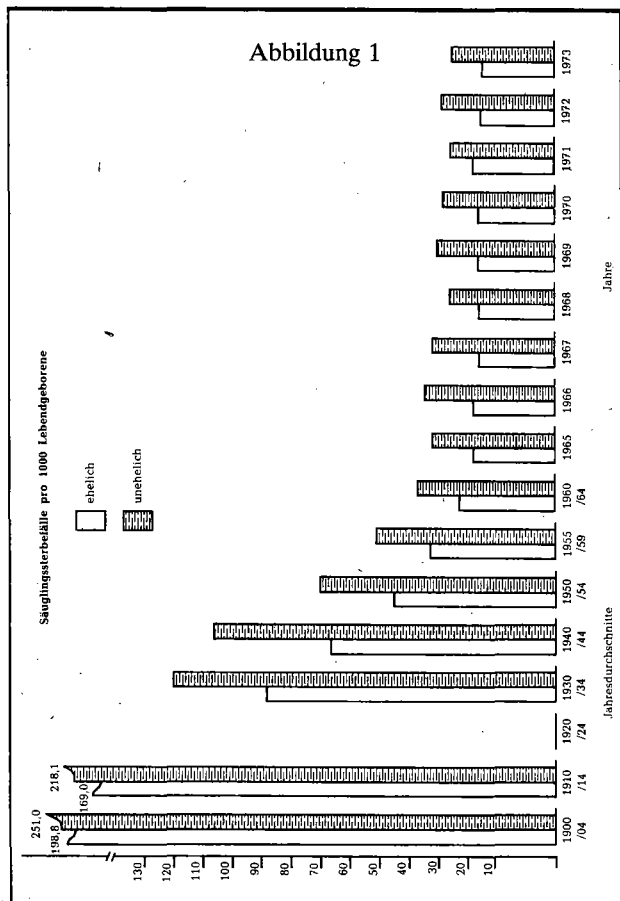
Im folgenden werden drei Fragenkomplexe analysiert: Berufstätigkeit der Frau und Totgeborenen-Frequenz, Berufstätigkeit der Frau und Frühgeborenen-Frequenz, Berufstätigkeit der Frau und Säuglingssterblichkeit.

Die entsprechenden Unterlagen finden sich in den Tabellen 11 und 12. Sie stammen aus Stichprobenuntersuchungen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes in den Jahren 1959 und 1968.

Die Zahlen der erstmaligen Untersuchung sind untergliedert in die einzelnen Lebensabschnitte: Perinatale Periode, erste Lebenswoche, zweite Woche bis unter ein Monat, zweiter bis zwölfter Lebensmonat und schließlich das ganze erste Lebensjahr. Besonderes Interesse wird die Trennung nach Ehelichen und Unehelichen beanspruchen (nicht für alle Lebensabschnitte konnte diese Unterteilung durchgeführt werden). Schließlich wurden noch die gestorbenen Säuglinge in Frühgeborene und Reifgeborene unterteilt.

In einzelnen Fällen hat der – aus kostenmäßigen Gründen – in bescheidenen Grenzen gehaltene Umfang der Stichprobe wünschenswerte Kombinationen oder Einbeziehung zusätzlicher Faktoren, wie Alter der Mutter, Ordnungszahl der Geburten etc. unmöglich gemacht.

Für 1959 ist festzustellen, daß der Anteil der Frühgeborenen an der Gesamtzahl der Lebendgeborenen bei berufstätigen Frauen in der Landwirtschaft 6,6% beträgt, bei den berufstätigen Frauen außerhalb der Landwirtschaft 6,9% und bei nichtberufstätigen Frauen 5,8% betrug der Anteil der Frühgeborenen an den Lebendgeborenen 6,0%, bei Nichtberufstätigen 5,3%, bei Berufstätigen 6,6%. Die höchsten Raten wurden von den Arbeiterinnen (nicht landwirtschaftlich) mit 7,5% erreicht. Wesentlich größer war die Häufigkeit von Frühgeburten bei unehelichen Müttern; sie betrug 9,1%. Den höchsten Wert erreichten hier Nichtberufstätige mit 9,7%.



Anteil der Frühgeburten an der Gesamtzahl der Lebendgeburten – 1968

	ehelich	unehelich	zusammen
Insgesamt	5,6%	9,1%	6,0%
Nichtberufstätige	5,1%	9,7%	5,3%
Berufstätige	6,0%	9,0%	6,6%
Landwirtschaft	5,1%	8,4%	5,4%
Nichtlandwirtschaft	6,4%	9,0%	7,0%
Angestellte	6,0%	9,2%	6,4%
Arbeiterinnen	6,8%	9,0%	7,5%

1959 entstand auf den ersten Blick der Eindruck, daß die Säuglingssterblichkeit für die berufstätigen Mütter mit 4% höher zu liegen schien als für die nicht berufstätigen mit 3,7%, daß also die diesbezüglichen Verhältnisse anders lagen als in jenen Ländern, für die ähnliche Untersuchungen vorlagen. Wenn man jedoch eine Trennung nach der Beschäftigung innerhalb und außerhalb der Landwirtschaft vornimmt, dann zeigt sich, daß die höhere Sterblichkeit einzig und allein auf die landwirtschaftlich berufstätigen Mütter zurückzuführen war, während zwischen nichtberufstätigen und außerhalb der Landwirtschaft berufstätigen Müttern praktisch keine Unterschiede der Sterblichkeit bestanden, nämlich 3,7 bzw. 3,6%.

Die höhere Säuglingssterblichkeit bei den landwirtschaftlich berufstätigen Frauen entstand zu rund zwei Drittel in der postneonatalen Periode, was auf eine ungenügende Betreuung der Säuglinge in der Landbevölkerung schließen ließ. Diese Überlegungen werden dadurch bestätigt, daß die Säuglingssterblichkeit mit dem Anteil der landwirtschaftlichen Bevölkerung variiert. Zwischen dem Prozentanteil der landwirtschaftlichen Bevölkerung 1961 und der Säuglingssterblichkeit 1960–1964 besteht ein quantifizierbarer Zusammenhang, der besonders deutlich bei der postneonatalen Mortalität hervortritt. Bei der perinatalen Sterblichkeit waren die drei Gruppen: Berufstätige in der Land- und Forstwirtschaft, sonstige Berufstätige und Nichtberufstätige ziemlich homogen; sündert man jedoch die Unehelichen heraus, so haben diese bei den Nichtberufstätigen die weitaus höchste perinatale Sterblichkeit. Wenn man die Gesamtsäuglingssterblichkeit betrachtet, so war die Sterblichkeit der Unehelichen unter den Nichtberufstätigen exorbitant hoch, nämlich 10%. Diese Überhöhung der Sterblichkeit der Unehelichen bei Nichtberufstätigen übersteigt die ohnedies schon hohe Unehelichensterblichkeit beträchtlich und kann wohl als ein Hinweis dafür betrachtet werden, daß es sich hier um eine Gruppe von sozial Unterprivilegierten handelt.

Bei den Ehelichen war die niedrigste Sterblichkeit bei den Nichtberufstätigen, die höchste bei den Berufstätigen in der Land- und Forstwirtschaft zu verzeichnen; die „sonstigen Berufstätigen“ hielten den Durchschnitt; jedenfalls war hier auch sehr deutlich zu sehen, daß es zwischen den Nichtberufstätigen und Berufstätigen außerhalb der Landwirtschaft keine große Differenz gibt.

Bezüglich der Frühgeborenensterblichkeit war keine klare Tendenz zu erkennen, auch waren in der Stichprobenuntersuchung die Zahlen zu klein, um eine weitere Analyse anzustellen.

Zusammenfassend ist festzuhalten:

1. Berufstätige in der Land- und Forstwirtschaft haben im allgemeinen die höchste Säuglingssterblichkeit.
2. Zwischen Berufstätigen außerhalb der Land- und Forstwirtschaft und den Nichtberufstätigen bestehen praktisch keine Unterschiede.

3. Es wurde eine sehr markante Übersterblichkeit der Unehelichen bei den Nichtberufstätigen festgestellt – Ausdruck einer sozial besonders benachteiligten Gruppe.

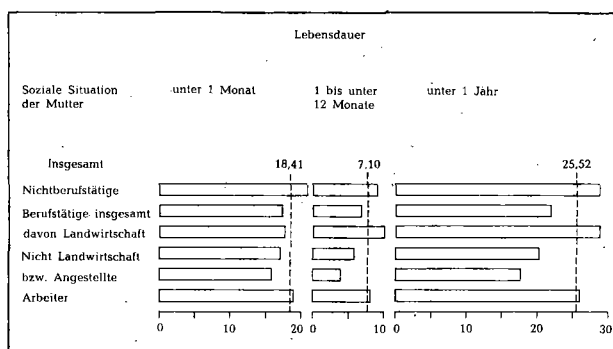
4. Rund zwei Drittel der Differenz zwischen berufstätigen und nichtberufstätigen Müttern sind durch die postneonatale Periode zu erklären; in diesem Abschnitt ist die Übersterblichkeit bei den Berufstätigen in der Land- und Forstwirtschaft am prägnantesten.

5. Die Berufstätigkeit der Mutter an sich übt keinen nachteiligen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit aus.

Angaben über eine vor kurzem veröffentlichte Untersuchung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes sind in der Abbildung 2 dargestellt, wobei die Sterbeziffern nach Legitimität und Gewicht bei der Geburt standardisiert sind.

Abbildung 2.

Standardisierte Säuglingssterblichkeit 1968



Auch hier zeigt sich ein im wesentlichen gleiches Bild: Überdurchschnittliche Sterblichkeit der im ersten Lebensjahr Verstorbenen bei nichtberufstätigen Frauen und Frauen, die in der Landwirtschaft arbeiten, wobei diese ihr schlechtes Abschneiden den ungünstigen Ergebnissen für den postneonatalen Bereich verdanken.

Eine Übersicht über die Zusammenhänge zwischen Gewicht bei der Geburt, Legitimität und sozialer Situation der Frau 1968 zeigt Tabelle 2.

Das ungünstige Abschneiden der Arbeiterinnen ist auf die starke Besetzung der Risikofaktoren, Legitimität und Gewicht bei der Geburt zurückzuführen. Schaltet man rechnerisch den vergleichsstörenden Einfluß dieser beiden Variablen aus, so erhält man die in Abbildung 2 bereits gezeigte Differenzierung mit einer verhältnismäßig nur geringfügigen Übersterblichkeit der Kinder von Arbeiterinnen, wobei Nichtberufstätige und in der Landwirtschaft tätige Frauen die am meisten gefährdeten Gruppen bilden.

Vergleich der Zahlen für 1959 und 1968

Soziale Situation der Mutter	Säuglingssterblichkeit (nicht standardisiert)		
	1959	1968	% Veränderung 1959–68
Nichtberufstätig	36,6	26,0	-29
Berufstätig	40,0	25,1	-37
Landwirtschaft	44,5	25,7	-42
Nicht i. d. Landwirtschaft	36,1	25,0	-31
Insgesamt	38,1	25,5	-33

Diese aufschlußreiche Zusammenstellung setzt allerdings voraus, daß sowohl die Qualität des statistischen Grundlagematerials als auch die statistischen Aufbereitungsprinzipien beibehalten wurden, eine Annahme, die prima facie wohl vertretbar ist, besonders wenn man diese Zahlen als Ansatzpunkt für weitere Spezialuntersuchungen betrachtet. Die Untersuchung von 1968, die sich auf ein größeres Zahlenmaterial als jene von 1959 stützt, enthält allerdings keine Angaben über die perinatale Sterblichkeit und über die soziale Schichtung der verheirateten nichtberufstätigen Frauen, auf die immerhin fast 45% aller Erstjahrestodesfälle entfallen.

Bemerkenswertestes Ergebnis dieses Vergleichs ist die starke Verbesserung der Situation der in der Landwirtschaft tätigen Frauen, vor allem eine Folge der im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen prägnanten Verminderung der neonatalen Sterblichkeit.

Ärztliche Betreuung

Der Zusammenhang zwischen ärztlicher Betreuung während der Schwangerschaft und der Zahl der Früh- und Totgeburten -sowie der perinatalen Mortalität läßt sich statistisch belegen. Die Wahrscheinlichkeit einer Früh- oder Totgeburt ist umso größer, je geringer die Zahl der Arztbesuche während der Schwangerschaft war bzw. je später die ärztliche Betreuung einsetzte. Ebenso weisen ärztliche Untersuchungen nach, daß die perinatale Mortalität bei nicht ausreichender ärztlicher Betreuung der Mutter signifikant steigt. (Tabellen 13, 14, 15.)

Im Sonderprogramm des Mikrozensus im September 1973 wurde versucht, Aufschlüsse über die Häufigkeit des Arztbesuches während der Schwangerschaft zu erhalten. Daraus zeigt sich, daß rund 10% der Frauen während der letzten Schwangerschaft überhaupt nicht und rund 8% nur einmal beim Arzt waren, wobei sich zwischen nichtberufstätigen und berufstätigen Frauen keine signifikanten Unterschiede ergaben. Zweifellos stellen diese Frauen eine Risikogruppe im Hinblick auf die Gesundheit ihrer Kinder dar. Über die Ursachen dieses mangelhaften Arztbesuches stehen keine Aussagen zur Verfügung, ebenso nicht über den sozialen Status der Frauen. (Tabelle 16.) Zu einer Verbesserung dieser Situation soll die Einführung des Mutter-Kind-Passes, verbunden mit der erhöhten Geburtenbeihilfe, beitragen.

Kein Zusammenhang besteht – was die perinatale und neonatale Sterblichkeit betrifft – mit der Arztdichte (Zahl der Einwohner pro Arzt); allerdings wird ein derartiger Zusammenhang für die postneonatale Sterblichkeit deutlich.

Sozioökonomische Differenzen

In einer Untersuchung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes wurde in Anlehnung an die Empfehlung der Konferenz Europäischer Statistiker ein Schema für die Gliederung der sozioökonomischen Gruppen ausgearbeitet, welches auf einer Kombination der Angaben (in den Geburtenzählblättern) über die berufliche Stellung und den Wirtschaftszweig des Vaters beruht. Obgleich diese Gruppen manche Wünsche hinsichtlich innerer Homogenität offen lassen, läßt sich doch der Nachweis für eine nicht unbedeutende Differenzierung der Säuglingssterblichkeit nach sozialen Schichten erbringen.

Während für die neonatale Sterblichkeit nur relativ unbedeutende Unterschiede zu konstatieren sind, läßt sich für

die postneonatale Periode eine statistisch signifikante, schichtenspezifische Abstufung erkennen; so beträgt in der Gruppe „Mithelfende Familienangehörige und Unselbständige in der Land- und Forstwirtschaft“ die postneonatale Sterbeziffer 1,8% gegenüber 0,6 in den Gruppen „Unselbständige im öffentlichen Dienst“ und „Selbständige in Industrie und Gewerbe“. Die Resultate decken sich mit der bereits erwähnten höheren Erstjahrestmortalität bei Müttern, die in der Land- und Forstwirtschaft tätig sind.

Trotz der erwähnten Bedenken hinsichtlich einer inhaltlich sauberen Abgrenzung der sozialen Gruppen reicht das eingeschlagene Verfahren aus, um eine soziale Differenzierung der Säuglingssterblichkeit nachzuweisen, die zu einem beträchtlichen Teil auf das Konto der postneonatalen Mortalität geht. Allerdings reichen die verfügbaren Daten nicht aus, um die wichtigsten soziologischen und biologischen Faktoren getrennt herauszuarbeiten, die Frage ihrer Interdependenz zu prüfen und zu bestimmen, welche Faktoren tatsächlich ausschlaggebend sind: ist z. B. die höhere Säuglingssterblichkeit bei Müttern aus der Land- und Forstwirtschaft sozial bedingt oder einfach die Folge davon, daß bei ihnen die biologischen Risikogruppen überdurchschnittlich stark vertreten sind (z. B. höheres Gebäralter, stärkere Vertretung höherer Ordnungsnummern infolge größeren Kinderreichtums etc.).

3.2.2.3 Internationaler Vergleich

Der folgende internationale Vergleich ist auf die Mortalitätsstatistik begrenzt, da bezüglich der Morbidität vergleichbare Materialien derzeit praktisch nicht vorhanden sind.

Die Problematik zwischenstaatlicher Vergleiche ist in der einschlägigen Literatur bereits erschöpfend diskutiert worden. Hier sollen nur die wichtigsten Folgerungen erwähnt werden, nämlich:

- Unterschiede in den gesetzlichen Definitionen haben keinen ungünstigen Einfluß auf die Stellung Österreichs.
- Während Vergleiche für die perinatale Sterblichkeit mit Vorsicht anzustellen sind, sind Unterlagen für die postneonatale Sterblichkeit durchwegs vertretbar (bezüglich der neonatalen Periode ist gleichfalls eine gewisse Vorsicht angebracht).

Rückgang der Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich

Staaten	Vergleichsperiode	Anfangsjahr	Endjahr	Veränderung in %	
	Gestorbene Säuglinge auf 1000 Lebendgeborene				
Österreich	1969–1973	25,4	23,8	-1,6	- 6,3
Finnland	1969–1973	14,2	10,0	-4,2	-29,6
Schweden	1969–1973	11,7	9,6	-2,1	-17,9
Schweiz	1969–1973	15,4	12,8	-2,6	-16,9
Niederlande	1969–1973	13,2	11,5	-1,7	-12,9
Norwegen	1968–1972	13,7	11,8	-1,9	-13,9
Dänemark	1967–1971	15,8	13,5	-2,3	-14,6

Das von Problemen zwischenstaatlicher Vergleichbarkeit unberührte wichtigste Ergebnis ist die Tatsache, daß Österreich nicht nur mit Abstand die höchste Sterbeziffer im Anfangszeitpunkt, sondern auch die weitaus geringste prozentuelle Verminderung zu verzeichnen hat. Es ist dabei festzuhalten, daß Österreich im europäischen Raum eine

Position der Mitte einnimmt, wobei die meisten Staaten Mittel-, West- und Nordeuropas zum Teil beträchtlich günstigere Zahlen aufweisen.

3.2.2.4 Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse

1. Die Sterblichkeit sinkt in allen Altersabschnitten und sagt immer weniger über den Gesundheitszustand aus. Sie konzentriert sich mehr und mehr auf zwei Punkte, nämlich auf die prä- bzw. perinatale Periode und auf spezielle Risikogruppen.

2. Ein Vergleich mit Ergebnissen anderer europäischer Länder beweist, daß in Österreich eine weitere Herabsetzung der Sterblichkeit noch durchaus möglich ist, daß aber dieser Entwicklung Grenzen gesetzt sind.

3. Ein nachteiliger Einfluß der Berufstätigkeit der Frau „per se“ auf die Überlebenschancen des Säuglings hat sich nicht nachweisen lassen. Dagegen sind folgende Risikogruppen aus der amtlichen Statistik festzustellen:

Unverheiratete Frauen, und hier besonders solche unter 20 Jahren,

in der Landwirtschaft tätige Frauen,

Frauen mit einer relativ großen Zahl (mindest 5) früherer Schwangerschaften und kurzen Geburtenabständen, Frauen über 40 Jahren.

Frauen aus den sozial schlecht gestellten Schichten.

Diese Personengruppen schließen einander nicht aus; es ist im Gegenteil anzunehmen, daß die biologischen und sozialen Einflüsse eng verzahnt sind.

3.3 Ärztliche Versorgung und Beratungseinrichtungen

Aus einer vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen vorgelegten Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs werden starke regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte deutlich. Besonders groß sind diese Unterschiede in der Versorgung mit Fachärzten, die nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern vor allem zwischen ländlichen und städtischen Regionen festzustellen sind. Krankenhäuser und Ambulatorien befinden sich ebenfalls größtenteils im städtischen Bereich. Unter diesen Umständen kommt den von den Ländern betriebenen Schwangeren- und Mutterberatungsstellen besondere Bedeutung zu, was sich auch in der recht beachtlichen Frequenz dieser Stellen manifestiert. Ein großer Teil der gynäkologischen und der Betreuung der Kinder fällt jedoch den praktischen Ärzten zu, bei denen die regionalen Unterschiede in der Versorgung nicht so gravierend sind. Wenn man davon ausgeht, daß Kinderärzte die Bevölkerungsgruppe der 0- bis 15jährigen zu betreuen haben, dann haben in Österreich 461 niedergelassene Kinderärzte ca. 1.820.000 Kinder zu versorgen. (Tabellen 17–25.) Dies entspricht einer Dichte von 4.000 Kindern pro Arzt.

Regional gesehen, ergeben sich folgende Unterschiede: 30 politische Bezirke sind ohne pädiatrische Versorgung. In diesen Bezirken leben 420.000 Kinder (ca. 23%). Es handelt sich dabei um Randbezirke in Kärnten, Burgenland und Oberösterreich (Mühlviertel). In 19 Bezirken werden über 15.000 Kinder von nur einem Kinderarzt versorgt.

Bezirke, die an einem Praktikermangel und Internistenmangel leiden, haben auch nur wenige oder gar keine Kinderärzte. Am Land haben ca. 95% der Kinderärzte Verträge mit Gebiets-, Betriebs- und Bergbauernkrankenkassen (§ 2-Kassen), in den Städten ca. 60%.

Die mögliche Patientengruppe eines Gynäkologen sind Frauen ab dem 15. Lebensjahr, d. s. ca. 3,1 Millionen Frauen. Gegenwärtig stehen in Österreich 508 niedergelassene Gynäkologen zur Verfügung (Tabellen 26–34); das entspricht einer Dichte von 6.000 Frauen pro Gynäkologen.

In einigen Bezirken wird dieser gesamtösterreichische Mittelwert stark überschritten. Vor allem ländliche Regionen sind schlechter versorgt als städtische. In den Bezirken Feldbach, Leibnitz, Liezen, Weiz, Amstetten, Gänserndorf, Melk, Linz-Land, Vöcklabruck, Villach-Land, Innsbruck-Land kommt auf mehr als 25.000 Frauen nur ein Gynäkologe. Auf dem Land hat fast jeder Gynäkologe Verträge mit § 2-Kassen, in den Städten hingegen nur jeder zweite. Ebenso unterschiedlich ist die Versorgung mit geburtshilflich- und gynäkologischen Betten sowie Säuglings- und Kinderbetten in Krankenhäusern. (Tabellen 35–36.)

Ein Überblick über die Schwangeren- und Mutterberatungsstellen in Österreich zeigt, daß den Mutterberatungsstellen wesentlich mehr Bedeutung zugemessen wird. Während es in ganz Österreich nur 76 Schwangerenberatungsstellen gibt, bestehen insgesamt 2.568 Mutterberatungsstellen. (Tabelle 37.) Mutterberatungsstellen gibt es in allen Bundesländern. Im Burgenland und Vorarlberg erfolgt die Schwangerenberatung durch Ärzte in ihren Ordinationen. Im Burgenland stehen 60 Ärzte im Vertrag mit der Landesregierung und führen die Schwangerenberatung nach einem von der Landesregierung ausgearbeiteten Untersuchungsprogramm durch. In Vorarlberg gibt es einen Arbeitskreis für prophylaktische und Sozialmedizin, in welchem Landesregierung, Ärztekammer und Sozialversicherungsträger vertreten sind. Es stehen 50 Ärzte für die Schwangerenberatung zur Verfügung. In Salzburg gibt es keine Schwangerenberatungsstellen. Es findet jedoch an 27 Orten ein Schwangerenturnen, verbunden mit ärztlicher Beratung, statt.

1973 wurden in Österreich 98.041 Lebendgeburten und 72.441 Erstberatungen in Mutterberatungsstellen registriert. (Tabelle 38.) Auch wenn man annehmen muß, daß sich zeitliche Verschiebungen zwischen Geburt und erstmaliger Vorstellung in einer Mutterberatung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus ergeben, so bringt doch ein Vergleich der beiden Werte Anhaltspunkte für die Frequenz der Beratungsstellen. Demnach dürften etwas mehr als 70% der Säuglinge wenigstens einmal in einer Mutterberatungsstelle vorgestellt werden, wobei die Frequenz am höchsten in Oberösterreich, Steiermark und Kärnten, am geringsten in Wien und Salzburg sein dürfte. Das Angebot an Mutterberatungsstellen im Vergleich zur Zahl der jeweils im Bundesland vorhandenen Kinder unter einem Jahr ist am höchsten im Burgenland (25 Kinder pro Beratungsstelle), am geringsten in Wien (281 Kinder pro Beratungsstelle). Allerdings weist Wien die höchste Fachärztdichte auf.

Tabelle 1
34. Müttersterblichkeit in Österreich seit 1946 nach Todesursachen und Alter

Jahr	Sterbefälle insgesamt auf 100.000			Todesursachen				Alter (in Jahren)						
	Grundzahlen	Lebendgeborene	Toxikosen	Blutungen	Fehlgeburten	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	—

Tabelle 2
Müttersterblichkeit und Geburtenrate in europäischen Ländern 1968–1970 (Dreijahressummen bzw. -durchschnitte)

Länder (Periode, sofern nicht 1968–70)	Lebendgeborene		Sterbefälle an Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett auf 100.000		Länder (Periode, sofern nicht 1968–70)		Lebendgeborene		Sterbefälle an Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett auf 100.000	
	Grundzahlen	auf 1.000 Einwohner	Grundzahlen	Lebendgeborene	Grundzahlen	auf 1.000 Einwohner	Grundzahlen	auf 1.000 Einwohner	Grundzahlen	Lebendgeborene
Schweden (1967–69)	342.069	14,4	38	11,1	Polen	1.601.282	16,4	491	30,7	
Dänemark	216.643	14,8	28	12,9	Österreich	359.793	16,3	115	32,0	
Norwegen (1967–69)	201.875	17,6	36	17,8	Irland	188.008	21,4	62	33,0	
Niederlande	723.612	18,7	130	18,0	Bulgarien	423.265	14,6	144	34,0	
Belgien (1967–69)	429.976	14,9	86	20,0	Spanien (1967–69)	1.990.647	20,3	769	33,6	
Großbritannien	2.771.394	16,6	559	20,2	DDR	720.982	14,0	328	45,5	
Finnland (1967–69)	218.393	15,5	47	21,5	Ungarn	460.556	14,9	223	48,4	
Tschechoslowakei	665.272	15,4	155	23,3	BR. Deutschland	2.684.089	14,7	1.465	54,6	
Schweiz	306.866	16,5	83	27,0	Italien	2.811.488	17,6	1.666	59,2	
Frankreich	2.526.341	16,7	711	28,1	Jugoslawien	1.128.585	13,5	779	69,0	
Griechenland	459.343	17,3	136	29,6	Portugal	557.592	19,5	421	75,5	
					Rumänien	1.418.889	23,7	1.494	105,3	
					Zusammen	23.206.960	17,0	9.966	42,9	

Quellen: UN Demographic Yearbook, WHO World Health Statistics Annual, nationale statistische Jahrbücher.

Tabelle 3
Müttersterblichkeit in Österreich seit 1945 nach Todesursachen (Gleitende Dreijahressummen bzw. -durchschnitte)

Periode	Todesursachen						Sepsis	Sonstige Komplikationen	Periode	Todesursachen						Sepsis	Sonstige Komplikationen
	Sterbefälle insgesamt		Toxikosen	Blutungen	Fehlgeburt	auf 100.000 Lebendgeborene				Sterbefälle insgesamt		Toxikosen	Blutungen	Fehlgeburt	auf 100.000 Lebendgeborene		
	absolut	auf 100.000 Lebendgeborene								absolut	auf 100.000 Lebendgeborene						
1946-48	971	257,1	31,4	33,6	104,8	38,0	59,4	1959-61	316	82,7	14,9	13,4	15,2	10,2	29,1		
1947-49	830	227,1	28,2	31,2	77,1	29,5	61,0	1960-62	287	73,4	12,8	10,7	13,3	9,0	27,6		
1948-50	694	201,5	26,7	27,3	64,2	26,1	57,2	1961-63	258	64,6	10,3	10,8	9,5	9,0	25,0		
1949-51	577	173,1	29,3	23,1	50,0	25,3	50,3	1962-64	238	59,2	9,5	8,2	9,2	9,2	23,1		
1950-52	506	161,3	32,2	19,5	43,4	22,6	43,7	1963-65	201	50,4	10,0	6,3	8,3	8,0	17,8		
1951-53	453	146,8	31,4	18,8	32,1	22,7	41,8	1964-66	173	44,1	9,7	5,1	8,9	6,6	13,8		
1952-54	403	130,1	28,1	17,1	27,1	21,0	36,8	1965-67	159	41,2	9,1	5,7	7,5	4,9	14,0		
1953-55	365	115,7	23,5	19,0	21,2	21,6	30,4	1966-68	150	39,3	7,1	5,0	6,0	5,2	16,0		
1954-56	371	113,0	21,0	20,4	18,9	24,1	28,6	1967-69	107	36,5	6,9	4,8	4,8	4,3	15,7		
1955-57	363	105,8	18,7	13,7	16,3	22,7	29,4	1968-70	115	32,0	6,4	4,2	3,9	4,2	13,3		
1956-58	347	97,9	15,2	17,5	13,8	19,8	31,6	1969-71	102	29,8	6,4	5,0	4,4	4,4	9,6		
1957-59	327	90,1	14,1	15,4	14,3	14,3	32,0	1970-72	88	27,1	5,8	4,9	3,4	4,3	8,6		
1958-60	330	89,2	14,6	14,1	15,1	12,4	33,0										

Rundungsdifferenzen wurden nicht ausgeglichen.

Tabelle 4
Müttersterblichkeit in Österreich seit 1952 nach dem Alter (Gleitende Dreijahresdurchschnitte)

Periode	Alter (in Jahren)						
	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
	Sterbefälle auf 100.000 Lebendgeborene obenstehenden Alters der Mutter						
1952-54	57,0	66,4	90,5	161,2	278,6	442,1	484,0
1953-55	56,2	58,6	83,7	152,6	202,6	399,4	554,5
1954-56	60,8	57,1	82,3	150,7	188,8	347,2	982,3
1955-57	53,7	44,5	81,9	145,3	174,9	340,4	969,9
1956-58	52,3	41,3	75,6	123,9	193,4	306,3	900,0
1957-59	42,1	35,7	70,4	120,5	183,3	301,4	595,2
1958-60	38,8	43,1	68,1	98,1	203,5	332,5	863,0
1959-61	27,6	35,3	61,4	104,7	191,4	330,4	819,7
1960-62	17,8	31,1	53,1	84,1	194,3	321,8	708,2
1961-63	17,5	21,4	41,1	80,7	187,5	345,4	-
1962-64	22,5	27,2	41,7	56,5	174,3	293,0	-
1963-65	27,0	23,3	34,3	48,4	146,3	249,2	168,9
1964-66	16,3	29,3	35,3	40,1	122,8	161,6	147,5
1965-67	15,4	21,1	31,9	49,6	116,4	175,0	135,7
1966-68	14,9	23,9	28,7	59,4	91,8	174,9	-
1967-69	17,3	17,3	23,1	57,4	97,0	215,9	130,0
1968-70	22,2	17,5	18,3	46,6	90,1	158,9	138,9
1969-71	18,3	14,5	20,7	29,4	108,9	158,0	154,1
1970-72	25,5	16,7	19,6	27,6	72,6	128,5	-

Tabelle 5
Müttersterblichkeit in Österreich seit 1946 nach Bundesländern*) (Gleitende Dreijahresdurchschnitte)

Periode	Burgenland	Kärnten	Nieder- österreich Sterbefälle auf 100.000	Ober- österreich Lebendgeborene	Salzburg	Steiermark obenstehenden	Tirol Bundeslandes	Vorarlberg	Wien
1946-48	224,9	236,4	286,2	269,1	248,0	264,2	219,8	194,0	323,5
1947-49	181,5	143,8	221,1	216,8	240,9	258,1	221,3	223,2	269,1
1948-50	175,0	126,8	189,9	188,3	202,0	246,4	206,3	175,0	236,3
1949-51	149,0	114,3	157,8	167,7	172,2	199,7	223,5	214,3	214,3
1950-52	133,0	145,0	145,6	132,4	171,8	184,3	199,4	152,4	197,4
1951-53	103,0	115,9	137,8	124,5	158,0	160,8	187,0	157,8	184,6
1952-54	123,0	99,0	132,5	102,1	141,4	156,4	137,4	102,8	156,5
1953-55	123,4	69,4	117,8	96,3	112,1	138,6	133,1	100,4	131,9
1954-56	115,7	76,6	115,2	88,7	112,6	149,1	95,0	102,5	128,9
1955-57	76,5	86,8	108,9	85,4	92,5	141,5	85,8	96,9	126,5
1956-58	57,7	88,7	107,0	81,5	64,5	127,4	67,8	90,8	123,4
1957-59	63,7	107,6	92,9	71,2	72,9	107,3	86,4	73,1	101,9
1958-60	82,8	91,5	88,8	68,3	71,4	99,4	121,5	76,6	98,0
1959-61	121,6	75,1	82,3	63,4	82,5	88,5	117,2	48,9	85,9
1960-62	97,8	65,7	75,7	64,6	62,7	74,2	94,2	65,1	73,8
1961-63	92,5	68,9	78,9	54,0	69,2	66,1	42,1	57,2	60,0
1962-64	66,9	78,7	70,5	48,6	50,8	69,3	32,2	61,6	52,0
1963-65	55,8	73,6	61,0	32,8	54,3	58,6	31,9	44,7	46,8
1964-66	50,3	59,0	39,5	27,8	50,5	58,6	43,6	44,7	41,7
1965-67	67,9	50,1	36,2	24,2	55,0	57,1	38,3	45,3	34,7
1966-68	92,3	23,7	29,9	24,6	63,2	60,8	32,6	45,4	32,8
1967-69	96,2	34,1	36,4	23,8	42,4	51,0	21,0	34,4	31,7
1968-70	49,2	31,8	34,9	21,8	44,2	36,4	21,9	29,6	33,1
1969-71	25,1	40,9	28,7	24,5	23,4	23,0	29,8	12,2	42,4
1970-72	17,1	27,6	21,9	22,4	24,6	24,0	27,9	31,4	42,9

*) Jeweiliger Gebietsstand.

Quelle: Statistische Nachrichten, 28. Jahrgang (Neue Folge), Heft 6.

Tabelle 6
Morbiditätsstatistische Zahlen für das Säuglingsalter (nach
Unterlagen der Spitalsstatistik)

Krankheiten	auf 10.000 Lebendgeborene			Krankheiten	auf 10.000 Lebendgeborene		
	1961	1966	1971		1961	1966	1971
Lungenentzündung	2.472	2.237	1.777	Lungenentzündung	188	174	164
Durchfall und akute Darment- zündung	4.356	2.990	3.011	Durchfall und akute Darment- zündung	331	233	277
Andere besondere Krankheiten der ersten Lebenszeit	6.098	7.988	8.455	Andere besondere Krankheiten der ersten Lebenszeit	464	621	779
Angeborene Mißbildungen	4.411	4.625	5.091	Angeborene Mißbildungen	335	360	469
Summe	17.337	17.840	18.334	Summe	1.318	1.388	1.689

Tabelle 7
 Lebendgeborene, Totgeborenenhäufigkeit und Säuglings-
 sterblichkeit seit 1900

Jahres- durchschnitte, Jahre	Grund- zahl	Lebendgeborene		Totgeborene			1. Lebensmonat			Gestorbene im 2.-12. Lebensmonat			1. Lebensjahr		
		1900/1904 = 100	Ketten- index	Zahl	auf 1.000 Lebendgeborene 1900/1904 = 100	Ketten- index	Zahl	1900/1904 = 100	Ketten- index	Zahl	1900/1904 = 100	Ketten- index	Zahl	1900/1904 = 100	Ketten- index
1900/1904	188.153	100	100	35,3	100	100	81,1	100	100	130,4	100	100	211,5	100	100
1905/1909	191.466	96,4	96,4	34,6	98,0	98,0	77,6	95,7	95,7	125,9	96,5	96,5	203,5	96,2	96,2
1910/1914	168.221	89,4	92,7	.	.	.	71,0	87,5	91,5	109,5	84,0	87,0	180,5	85,3	88,7
1915/1919	105.588	56,1	62,8	.	.	.	70,4	86,8	99,2	119,0	91,3	108,7	189,4	89,6	104,9
1920/1924	147.553	78,4	139,7	.	.	.	65,5	80,8	93,0	81,6	62,6	68,6	147,1	69,6	77,7
1925/1929	122.107	64,9	82,8	30,3	85,8	.	51,9	64,0	79,2	68,2	52,3	83,6	120,1	56,8	81,6
1930/1934	101.773	54,1	83,3	28,4	80,5	93,7	47,8	58,9	92,1	52,4	40,2	76,8	100,2	47,4	83,4
1935/1939	98.988	52,6	97,3	27,8	78,8	97,9	44,3	54,6	92,7	41,6	31,9	79,4	85,9	40,6	85,7
1940/1944	129.375	68,8	130,7	22,7	64,3	81,7	37,5	46,2	84,7	39,3	30,1	94,5	76,8	36,3	89,4
1945/1949	115.644	61,5	89,4	21,2	60,1	93,4	41,8	51,5	111,5	50,7	38,9	129,0	92,5	43,7	120,4
1950/1954	104.096	55,3	90,0	20,1	56,9	94,8	31,9	39,3	76,3	23,7	18,2	46,7	55,6	26,3	60,1
1955/1959	117.449	62,4	112,8	17,0	48,2	84,6	26,3	32,4	82,4	16,3	12,5	68,8	42,6	20,1	76,6
1960/1964	131.882	70,1	112,3	13,7	38,8	80,6	22,0	27,1	83,7	10,7	8,2	65,6	32,7	15,5	76,8
1965	129.924	69,1	98,5	12,0	34,0	87,6	20,1	24,8	91,4	8,2	6,3	76,6	28,3	13,4	86,5
1966	128.577	68,3	99,0	11,4	32,3	95,0	20,7	25,5	103,0	7,4	5,7	90,2	28,1	13,3	99,3
1967	127.404	67,7	99,1	11,0	31,2	96,5	18,8	23,2	90,8	7,6	5,8	102,7	26,4	12,5	94,0
1968	126.115	67,0	99,0	10,9	30,9	99,1	18,4	22,7	97,9	7,1	5,4	93,4	25,5	12,1	96,6
1969	121.377	64,5	96,2	10,5	29,7	96,3	18,8	23,2	102,2	6,7	5,1	94,4	25,4	12,0	99,6
1970	112.301	59,7	92,5	10,2	28,9	97,1	19,1	23,6	101,6	6,8	5,2	101,5	25,9	12,2	102,0
1971	108.510	57,7	96,6	9,7	27,5	95,1	19,1	23,6	100	7,0	5,4	102,9	26,1	12,3	100,8
1972	104.033	55,3	95,9	9,7	27,5	100	18,8	23,2	98,4	6,4	4,9	91,4	25,2	11,9	96,6
1973	98.041	52,1	94,2	8,9	25,2	91,8	18,0	22,2	95,7	5,8	4,4	96,6	23,8	11,3	94,4

Tabelle 8
Perinatale Sterblichkeit 1926 bis 1973 in Österreich

Jahr	Auf 1.000 Lebendgeborene entfielen				Jahr	Auf 1.000 Lebendgeborene entfielen			
	Totgeborene	in der 1. Lebenswoche Gestorbene	Totgeborene und in der 1. Lebenswoche Gestorbene Zahl	1926 = 100		Totgeborene	in der 1. Lebenswoche Gestorbene	Totgeborene und in der 1. Lebenswoche Gestorbene Zahl	1926 = 100
1926	30,7	31,6	62,3	100	1950	22,0	26,4	48,4	78
1927	31,0	31,3	62,3	100	1951	20,9	26,6	47,5	76
1928	30,3	33,2	63,5	102	1952	20,3	25,0	45,3	73
1929	29,1	30,7	59,8	96	1953	18,6	24,5	43,1	69
1930	29,0	—	—	—	1954	18,7	23,5	42,2	68
1931	27,9	—	—	—	1955	17,8	22,7	40,5	65
1932	29,4	—	—	—	1956	18,0	22,3	40,3	65
1933	27,9	—	—	—	1957	17,5	21,7	39,2	63
1934	27,5	31,1	58,6	94	1958	16,5	20,7	37,2	60
1935	28,0	—	—	—	1959	15,6	20,1	35,7	57
1936	29,0	—	—	—	1960	15,2	20,2	35,4	57
1937	28,3	31,8	60,1	96	1961	13,4	18,9	32,3	52
1938	27,0	30,6	57,6	92	1962	13,8	18,5	32,3	52
1939	27,0	27,3	54,3	87	1963	13,5	18,9	32,4	52
1940	25,6	25,8	51,4	83	1964	12,6	17,9	30,5	49
1941	22,7	24,4	47,1	76	1965	12,0	17,8	29,8	48
1942	21,5	25,1	46,6	75	1966	11,4	18,4	29,8	48
1943	20,8	25,9	46,7	75	1967	11,0	16,7	27,7	44
1944	22,0	24,5	46,5	75	1968	10,9	16,3	27,2	44
1945	19,9	28,1	48,0	77	1969	10,5	16,8	27,3	44
1946	22,5	28,5	51,0	82	1970	10,2	16,8	27,0	43
1947	21,4	27,9	49,3	79	1971	9,7	16,5	26,2	42
1948	21,4	27,7	49,1	79	1972	9,7	16,5	26,1	42
1949	20,4	27,2	47,6	76	1973	8,9	15,9	24,8	40

Quelle: Österreichisches Statistisches Zentralamt.

Tabelle 9
Bevölkerungsbewegung

Säuglingssterblichkeit 1937 und 1964–1973 nach dem Wohnland der Mutter

Jahre	Im 1. Lebensjahr Gestorbene									
	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	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
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

*) Damaliger Gebietsstand.

Tabelle 10

Jahresdurchschnitt, Jahre	Säuglingssterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene		Sterbeziffer des männlichen Geschlechts (Sterbeziffer des weiblichen Geschlechts = 100)	Jahresdurchschnitt, Jahre	Säuglingssterbefälle pro 1.000 Lebendgeborene		Sterbeziffer des männlichen Geschlechts (Sterbeziffer des weiblichen Geschlechts = 100)
	männlich	weiblich			männlich	weiblich	
1900/04	229,7	192,2	120	1965	30,9	25,5	121
1910/14	197,2	162,9	121	1966	32,1	23,9	134
1920/24				1967	30,4	22,2	137
1930/34	110,9	88,8	125	1968	28,5	22,4	127
1940/44	85,5	67,5	127	1969	29,3	21,4	137
1950/54	62,6	48,2	130	1970	29,3	22,3	131
1955/59	47,6	37,4	127	1971	29,9	22,0	136
1960/64	36,6	28,5	128	1972	28,2	22,0	128
				1973	27,3	20,1	136

Tabelle 12

Lebendgeborene, gestorbene Säuglinge und Säuglingssterblichkeit 1968 nach Legitimität, Geburtsgewicht und sozialer Situation der Mutter

Soziale Situation der Mutter	Legitimität ehelich		unehelich		zusammen		zusammen		zusammen	
	Geburtsgewicht in Gramm									
	-2.500	2.500+	zusammen	-2.500	2.500+	zusammen	-2.500	2.500+	zusammen	
a) Lebendgeborene										
Insgesamt	6.226	104.752	110.978	1.375	13.762	15.137	7.601	118.514	126.115	
Nichtberufstätige	2.957	53.996	56.953	206	1.918	2.124	3.163	55.914	59.077	
Berufstätige	3.269	50.756	54.025	1.169	11.844	13.013	4.438	62.600	67.038	
Landwirtschaft	721	13.445	14.166	111	1.207	1.318	832	14.652	15.484	
Nichtlandwirtschaft	2.548	37.311	39.859	1.058	10.637	11.695	3.606	47.948	51.554	
Angestellte*)	1.380	21.458	22.838	317	3.134	3.451	1.697	24.592	26.289	
Arbeiterin	1.168	15.853	17.021	741	7.503	8.244	1.909	23.356	25.265	
b) Im ersten Lebensjahr Gestorbene										
Insgesamt	1.439	1.273	2.712	330	177	507	1.769	1.450	3.219	
Nichtberufstätige	709	714	1.423	66	45	111	775	759	1.534	
Berufstätige	730	559	1.289	264	132	396	994	691	1.685	
Landwirtschaft	162	198	360	19	19	38	181	217	398	
Nichtlandwirtschaft	568	361	929	245	113	358	813	474	1.287	
Angestellte*)	287	156	443	69	31	100	356	187	543	
Arbeiterin	281	205	486	176	82	258	457	287	744	
c) Säuglingssterblichkeit**)										
Insgesamt	231,13	12,15	24,44	240,00	12,86	33,49	232,73	12,23	25,52	
Nichtberufstätige	239,77	13,22	24,99	320,39	23,46	52,26	245,02	13,57	25,97	
Berufstätige	223,31	11,01	23,86	225,83	11,14	30,43	223,97	11,04	25,13	
Landwirtschaft	224,69	14,73	25,41	171,17	15,74	28,83	217,55	14,81	25,70	
Nichtlandwirtschaft	222,92	9,68	23,31	231,57	10,62	30,61	225,46	9,89	24,96	
Angestellte*)	208,00	7,27	19,40	217,67	9,89	28,98	209,78	7,60	20,66	
Arbeiterin	240,58	12,93	28,55	237,52	10,93	31,30	239,39	12,29	29,45	

*) Einschließlich Selbständige und Mithelfende Familienangehörige im nichtlandwirtschaftlichen Bereich.

***) Im ersten Lebensjahr Gestorbene auf 1.000 Lebendgeborene gleicher Legitimität und gleichen Geburtsgewichts.

Tabelle 11
Säuglingssterblichkeit 1959 nach der allgemeinen Berufskennzeichnung der Mutter (Stichprobe).

Allgemeine Berufskennzeichnung der Mutter	Lebendgeborene Jänner und Juni 1959										Gestorbene Säuglinge, die im Jänner bzw. Juni 1959 geboren sind								
	ehelich		unehelich		unter 2.500 g		2.500 g und mehr		zu- sammen*)		Totgeborene Jänner und Juni 1959			in der ersten Lebenswoche		in der 2. Le- benswoche bis unter 1 Lebens- monat		im 2. bis 12. Lebens- monat zusammen*)	
	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	zusammen	ehelich	unehelich	zusammen	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	zusammen*)
Berufstätige in der Landwirtschaft	3.569	677	282	3.961	4.246	48	7	55	151	38	76	112	79	12	19	79	189		
Sonstige Berufstätige	3.395	1.590	343	4.635	4.985	47	26	73	123	57	101	77	71	28	18	63	180		
Alle Berufstätigen	6.964	2.267	625	8.596	9.231	95	33	128	274	95	177	189	150	40	37	142	369		
Nicht berufstätig und ohne Angabe	11.212	629	689	11.119	11.841	184	11	195	370	63	182	241	197	27	44	165	433		
Insgesamt	18.176	2.896	1.314	19.715	21.072	279	44	323	644	158	359	430	347	67	81	307	802		

*) Einschließlich der Fälle mit unbekanntem Geburtsgewicht.

Säuglingssterblichkeit 1959 nach der allgemeinen Berufskennzeichnung der Mutter (Stichprobe).

Berufstätige in der Landwirtschaft Sonstige Berufstätige Alle Berufstätigen Nicht berufstätig und ohne Angabe Insgesamt	Gestorbene Säuglinge, die im Jänner bzw. Juni 1959 geboren sind																	
	ehelich		unehelich		unter 2.500 g		2.500 g und mehr		in der ersten Lebenswoche		in der 2. Lebens- woche bis unter 1 Monat		im 2. bis 12. Lebens- monat		zus. Totgeborene im Jänner bzw. Juni 1959 und in der 1. Lebens- woche Gestorbene, die im Jänner bzw. Juni 1959 geboren sind		zus.	
	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich
Berufstätige in der Landwirtschaft	42,3	56,1	269,5	28,3	22,1	17,7	4,5	18,6	44,5	35,6	28,1	34,4						
Sonstige Berufstätige	36,2	35,8	294,5	16,6	20,9	17,6	3,6	12,6	36,1	34,8	34,0	34,5						
Alle Berufstätigen	39,3	41,9	283,2	22,0	21,5	17,6	4,0	15,4	40,0	35,2	32,2	34,4						
Nicht berufstätig und ohne Angabe	33,0	100,2	264,2	21,7	17,6	42,9	3,7	13,9	36,6	34,0	60,4	35,4						
Insgesamt	35,4	54,6	273,2	21,8	19,1	23,1	3,8	14,6	38,1	34,4	38,3	35,0						

Tabelle 13

Lebendgeburten und Totgeburten im Vergleich zum Beginn der Schwangerenbetreuung

Schwangerschaftsdauer bei Betreuungsbeginn	Lebendgeburten	Totgeburten	
		Zahl	Promille
1. Trimester	5.746	87	15,0
2. Trimester	5.731	126	22,0
3. Trimester	3.432	60	17,5
Keine Betreuung	1.026	75	73,0

Quelle: (Nach Oppenheimer und Mitarbeiter) Zitiert aus K. Baumgarten, Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 69, 2, 58 (1968). Schwangerenbetreuung und ihre Auswirkungen auf die Säuglingssterblichkeit.

Tabelle 14

Lebendgeburten- und Frühgeburtenrate in bezug auf die Intensität der Betreuung Schwangerer

Zahl der Betreuungen in der Schwangerschaft	Lebendgeburten	Frühgeburten	
		Zahl	Prozent
Keine	3.286	654	19,9
1-2	1.312	253	19,3
3-4	1.923	293	15,2
5-6	2.425	284	11,7
7-8	2.969	257	8,7
9-10	6.142	411	6,7
11-12	6.614	362	5,5
13 und mehr	4.587	205	4,5
Insgesamt	29.258	2.719	9,3

Quelle: (Nach Cane und Mitarbeiter) Zitiert aus K. Baumgarten, Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 69, 2, 58 (1968).

Tabelle 16

Arztbesuche im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft während der letzten drei Jahre (September 1973)

Soziale Stellung Zahl der Arztbesuche	Alter in vollendeten Jahren					
	Zusammen	19-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Absolute Zahlen						
Berufstätige Frauen (Wohnbevölkerung)	632.700	169.500	116.000	129.800	97.700	119.700
Keine Geburt, keine Angabe	475.000	130.200	80.300	92.200	75.800	96.500
Angegebene Geburten	157.700	39.300	35.700	37.600	21.900	23.200
Davon waren während der letzten Schwangerschaft:						
Nie beim Arzt	16.700	(2.500)	(2.300)	(4.500)	(3.900)	(3.500)
Einmal	14.700	(2.500)	(2.700)	(3.000)	(3.100)	(3.400)
Zwei- bis viermal	64.300	16.600	13.100	14.500	9.500	10.600
Fünfmal und öfter	62.000	17.700	17.600	15.600	(5.400)	(5.700)
Nichtberufstätige Frauen (Wohnbevölkerung)	493.600	73.700	84.000	124.800	95.000	116.100
Keine Geburt, keine Angabe	309.200	39.700	36.800	77.000	65.400	90.300
Angegebene Geburten	184.400	34.000	47.200	47.800	29.600	25.800
Davon waren während der letzten Schwangerschaft:						
Nie beim Arzt	17.000	(1.900)	(2.600)	(4.400)	(3.600)	(4.500)
Einmal	13.200	(2.300)	(2.700)	(3.400)	(2.400)	(2.400)
Zwei- bis viermal	74.000	13.800	17.900	19.100	12.200	11.000
Fünfmal und öfter	80.200	16.000	24.000	20.900	11.400	7.900
Frauen insgesamt (Wohnbevölkerung)	1.126.300	243.200	200.000	254.600	192.700	235.800
Keine Geburt, keine Angabe	784.200	169.900	117.100	169.200	141.200	186.800
Angegebene Geburten	342.100	73.300	82.900	85.400	51.500	49.000

Tabelle 15

Schwangerenvorsorge und perinatale Mortalität

Gruppe	perinatale Mortalität in %		
	nach A	nach B	nach C
Gruppe I	2,80	3,20	3,08
Gruppe II	4,96	5,30	5,25
Gruppe III	6,06	6,50	
Gruppe 0	0,00	1,30	

Gruppe I ausreichend betreute Schwangere (nach C: mindestens zweimal untersucht).
 Gruppe II schlecht betreute Schwangere (nach C: nur einmal untersucht).
 Gruppe III nicht betreute Schwangere (nach C: nie ärztlich untersucht).
 Gruppe 0 Hausschwangere.
 A R. Heintze, Inaug. Diss. Univ. München (1959): (Untersuchung an 2.000 Schwangeren).
 B F. Zimmer, Arch. Gynäk. 195, 398 (1960): (Untersuchung an 2.000 Schwangeren).
 C A. Hittmair, Mittlg. d. österr. Sanitätsverw., 63, 5, 134 (1962).
 A und B zitiert nach C.

Davon waren während der letzten Schwangerschaft:

Nie beim Arzt	33.700	(4.400)	(4.900)	8.900	7.500	8.000
Einmal	27.900	(4.800)	(5.400)	(6.400)	(5.500)	(5.800)
Zwei- bis viermal	138.300	30.400	31.000	33.600	21.700	21.600
Fünfmal und öfter	142.200	33.700	41.600	36.500	16.800	13.600

Relativzahlen (Angegebene Geburten = 100)

Berufstätige Frauen während der letzten Schwangerschaft:

Nie beim Arzt	10,6	(6,4)	(6,4)	(12,0)	(17,8)	(15,1)
Einmal	9,3	(6,4)	(7,6)	(8,0)	(14,2)	(14,6)
Zwei- bis viermal	40,8	42,2	36,7	38,6	43,4	45,7
Fünfmal und öfter	39,3	45,0	49,3	41,4	(24,6)	(24,6)

Nichtberufstätige Frauen während der letzten Schwangerschaft:

Nie beim Arzt	9,2	(5,6)	(5,5)	(9,2)	(12,2)	(17,5)
Einmal	7,2	(6,8)	(5,7)	(7,1)	(8,1)	(9,3)
Zwei- bis viermal	40,1	40,6	37,9	40,0	41,2	42,6
Fünfmal und öfter	43,5	47,0	50,9	43,7	38,5	30,6

Frauen insgesamt während der letzten Schwangerschaft:

Nie beim Arzt	9,8	(6,0)	(5,9)	10,4	14,6	16,3
Einmal	8,2	(6,6)	(6,5)	(7,5)	(10,7)	(11,8)
Zwei- bis viermal	40,4	41,5	37,4	39,3	42,1	44,1
Fünfmal und öfter	41,6	45,9	50,2	42,8	32,6	27,8

Bei den in Klammern gesetzten Positionen ist der Bereich des Stichprobenfehlers unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl größer als $\pm 20\%$.

Quelle: Mikrozensus-Daten zur Gesundheitsstatistik, Statistische Nachrichten 11/1974.

Tabelle 17
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Burgenland	Kinder 0-15 Jahre	Kinder- ärzte	KÄ mit §-2- Kassen	Kinder pro Kinderarzt
Eisenstadt-Stadt	2.371	1	1	2.372
Rust-Stadt	414	0	0	—
Eisenstadt-Umg.	8.082	0	0	—
Güssing	7.910	0	0	—
Jennersdorf	5.396	0	0	—
Mattersburg	8.051	1	1	8.051
Neusiedl am See	12.793	1	1	12.793
Oberpullendorf	10.197	0	0	—
Oberwart	13.792	1	1	13.792
Burgenland	69.007	4	4	17.251

Tabelle 18
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Kärnten	Kinder 0-15 Jahre	Kinder- ärzte	KÄ mit §-2- Kassen	Kinder pro Kinderarzt
Klagenfurt-Stadt	15.344	7	4	2.192
Villach-Stadt	7.162	5	2	1.432
Hermagor	6.132	0	0	—
Klagenfurt-Land	23.705	0	0	—
St. Veit a. d. Glan	17.803	2	1	8.902
Spittal a. d. Drau	23.233	2	0	11.617
Villach-Land	21.954	0	0	—
Völkermarkt	13.254	0	0	—
Wolfsberg	17.879	1	1	17.879
Kärnten	146.676	17	8	8.628

Tabelle 19
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken
Niederösterreich

Niederösterreich	Kinder 0-15 Jahre	Kinder- ärzte	KÄ mit §-2- Kassen	Kinder pro Kinderarzt
Krems-Stadt	4.588	2	2	2.294
St. Pölten-Stadt	9.199	3	2	3.066
Waidhofen/Ybbs-St.	1.078	1	1	1.078
Wr. Neustadt-Stadt	7.270	2	1	3.635
Amstetten	31.297	1	1	31.297
Baden	22.389	3	2	7.463
Bruck a. d. Leitha	8.623	2	2	4.312
Gänserndorf	18.085	2	2	9.043
Gmünd	12.200	0	0	—
Hollabrunn	13.646	1	1	13.646
Horn	9.552	1	1	9.552
Korneuburg	12.591	2	2	6.296
Krems-Land	14.887	0	0	—
Lilienfeld	7.234	1	1	7.234
Melk	19.945	1	1	19.945
Mistelbach/Zaya	18.597	2	1	9.299
Mödling	16.878	4	4	4.220
Neunkirchen	20.492	1	1	20.492
St. Pölten-Land	22.485	0	0	—
Scheibbs	11.731	0	0	—
Tulln	12.710	1	1	12.710
Waidhofen/Thaya	8.607	0	0	—
Wr. Neustadt-Land	14.701	0	0	—
Wien-Umgebung	16.681	3	3	5.560
Zwettl	15.043	1	1	15.043
Niederösterreich	350.509	34	30	10.309

Tabelle 20
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Oberösterreich	KÄ mit §-2-Kassen			
	Kinder 0-15 Jahre	Kinder-ärzte	Kinder pro Kinderarzt	
Politischer Bezirk				
Linz-Stadt	41.086	11	9	3.735
Steyr-Stadt	8.825	2	2	4.413
Wels-Stadt	11.065	6	4	1.844
Braunau/Inn	24.668	1	1	24.668
Eferding	8.032	0	0	—
Freistadt	18.777	0	0	—
Gmunden	23.015	3	2	7.672
Grieskirchen	16.160	1	1	16.160
Kirchdorf/Krems	13.693	0	0	—
Linz-Land	26.976	1	1	26.976
Perg	16.689	0	0	—
Ried i. Innkreis	15.369	1	1	15.369
Rohrbach	17.833	0	0	—
Schärding	16.403	2	1	8.202
Steyr-Land	14.901	0	0	—
Urfahr-Umgebung	17.001	0	0	—
Vöcklabruck	31.443	2	1	15.722
Wels-Land	14.705	0	0	—
Oberösterreich	336.640	30	23	11.221

Tabelle 21
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Salzburg	KÄ mit §-2-Kassen			
	Kinder 0-15 Jahre	Kinder-ärzte	Kinder pro Kinderarzt	
Politischer Bezirk				
Salzburg-Stadt	26.169	16	9	1.636
Hallein	11.107	1	1	11.107
Salzburg-Umgebung	24.947	0	0	—
St. Johann/Pongau	19.154	1	1	19.154
Tamsweg	6.476	0	0	—
Zell am See	20.663	2	2	10.332
Salzburg	108.516	20	13	5.425

Tabelle 22
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Steiermark	KÄ mit §-2-Kassen			
	Kinder 0-15 Jahre	Kinder-ärzte	Kinder pro Kinderarzt	
Politischer Bezirk				
Graz-Stadt	45.501	21	11	2.167
Bruck/Mur	18.382	3	2	6.127
Deutschlandsberg	17.229	1	1	17.229
Feldbach	19.761	0	0	—
Fürstenfeld	6.033	1	1	6.033
Graz-Umgebung	27.394	1	0	27.394
Hartberg	19.893	1	1	19.893
Judenburg	15.524	1	1	15.524
Knittelfeld	7.883	1	1	7.883
Leibnitz	20.693	1	1	20.693
Leoben	20.886	3	3	6.962
Liezen	22.360	0	0	—
Mürzzuschlag	12.381	1	1	12.381
Murau	10.577	0	0	—
Radkersburg	7.610	0	0	—
Voitsberg	15.587	1	1	15.587
Weiz	23.608	0	0	—
Steiermark	290.609	36	24	8.072

Tabelle 23
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Tirol	KÄ mit §-2-Kassen			
	Kinder 0-15 Jahre	Kinder-ärzte	Kinder pro Kinderarzt	
Politischer Bezirk				
Innsbruck-Stadt	23.253	17	10	1.368
Imst	12.784	1	1	12.784
Innsbruck-Land	32.026	2	1	16.013
Kitzbüchel	14.178	1	0	14.178
Kufstein	21.254	3	2	7.085
Landeck	11.825	0	0	—
Lienz	15.784	2	1	7.892
Reutte	7.252	1	1	7.252
Schwaz	17.506	1	1	17.506
Tirol	155.862	28	17	5.566

Tabelle 24
Versorgung mit Kinderärzten nach politischen Bezirken

Vorarlberg	KÄ mit §-2-Kassen			
	Kinder 0-15 Jahre	Kinder-ärzte	Kinder pro Kinderarzt	
Politischer Bezirk				
Bludenz	15.169	3	2	5.056
Bregenz	27.210	4	2	6.803
Dornbirn	17.598	4	4	4.400
Feldkirch	20.933	4	2	5.233
Vorarlberg	78.910	15	10	5.260

Tabelle 25
Versorgung mit Kinderärzten

WIEN	KÄ mit §-2-Kassen		
	Bezirk	Kinder 0-15 Jahre	Kinder-ärzte
1. Bezirk	2.898	8	362
2. Bezirk	16.651	6	2.775
3. Bezirk	14.622	14	1.044
4. Bezirk	5.625	8	703
5. Bezirk	8.190	5	1.638
6. Bezirk	4.444	7	635
7. Bezirk	4.481	5	896
8. Bezirk	3.694	6	615
9. Bezirk	6.888	13	529
10. Bezirk	27.875	7	3.982
11. Bezirk	11.971	4	2.992
12. Bezirk	12.899	2	6.449
13. Bezirk	8.520	7	1.217
14. Bezirk	12.237	4	3.059
15. Bezirk	10.558	5	2.111
16. Bezirk	14.225	6	2.370
17. Bezirk	7.724	4	1.931
18. Bezirk	8.016	3	2.672
19. Bezirk	11.977	11	1.088
20. Bezirk	13.785	6	2.297
21. Bezirk	23.385	4	5.846
22. Bezirk	18.523	6	3.087
23. Bezirk	13.888	4	3.472
Wien gesamt	263.079	145	1.814

Quelle: Aus Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs, hrsg. vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Tabelle 26

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

BURGENLAND	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Politischer Bezirk				
Eisenstadt-Stadt	4.277	2	2	2.139
Rust-Stadt	713	0	0	—
Eisenstadt-Umg.	13.675	0	0	—
Güssing	11.112	0	0	—
Jennersdorf	7.458	0	0	—
Mattersburg	13.574	1	1	13.574
Neusiedl a. See	19.148	1	1	19.148
Oberpullendorf	16.463	1	1	16.463
Oberwart	20.830	1	1	20.830
Burgenland	107.250	6	6	17.875

Tabelle 27

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

KÄRNTEN	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Politischer Bezirk				
Klagenfurt-Stadt	33.145	9	5	3.683
Villach-Stadt	15.185	5	3	3.037
Hermagor	7.655	0	0	—
Klagenfurt-Land	29.898	1	1	29.898
St. Veit/Glan	22.255	1	1	22.255
Spittal/Drau	28.463	2	1	14.232
Villach-Land	28.973	0	0	—
Völkermarkt	15.545	1	1	15.545
Wolfsberg	20.320	1	1	20.320
Kärnten	201.439	20	13	10.072

Tabelle 28

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

NIEDERÖSTERREICH	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Politischer Bezirk				
Krems-Stadt	9.563	2	2	4.782
St. Pölten-Stadt	18.655	5	3	3.731
Waidhofen/Ybbs, St.	2.293	1	1	2.293
Wr. Neustadt-Stadt	15.277	4	3	3.819
Amstetten	39.188	1	1	39.188
Baden	44.574	5	3	8.915
Bruck/Leitha	15.581	0	0	—
Gänserndorf	30.942	1	1	30.942
Gmünd	18.846	1	1	18.846
Hollabrunn	22.689	1	0	22.689
Horn	14.869	1	1	14.869
Korneuburg	22.798	2	2	11.399
Krems-Land	22.237	0	0	—
Lilienfeld	11.446	0	0	—
Melk	26.788	1	1	26.788
Mistelbach/Zaya	30.938	4	1	7.735
Mödling	34.528	6	3	5.755
Neunkirchen	36.731	3	3	12.244
St. Pölten-Land	33.258	0	0	—
Scheibbs	14.313	0	0	—
Tulln	20.324	1	1	20.324
Waidhofen/Thaya	12.728	0	0	—
Wr. Neustadt-Land	23.236	0	0	—
Wien-Umgebung	34.891	3	2	11.630
Zwettl	18.638	0	0	—
Niederösterreich	575.331	42	29	13.698

Tabelle 29

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

OBERÖSTERREICH	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Politischer Bezirk				
Linz-Stadt	87.586	23	16	3.808
Steyr-Stadt	17.323	5	4	3.465
Wels-Stadt	20.097	4	4	5.024
Braunau/Inn	32.196	2	1	16.098
Eferding	9.831	0	0	—
Freistadt	19.729	1	1	19.729
Gmunden	35.632	3	3	11.877
Grieskirchen	20.849	1	1	20.849
Kirchdorf/Krems	18.330	1	1	18.330
Linz-Land	36.153	1	1	36.153
Perg	19.057	0	0	—
Ried i. Innkreis	20.379	1	1	20.379
Rohrbach	18.727	0	0	—
Schärding	20.017	1	1	20.017
Steyr-Land	19.737	0	0	—
Urfahr-Umg.	18.514	0	0	—
Vöcklabruck	41.963	1	1	41.963
Wels-Land	19.244	0	0	—
Oberösterreich	475.364	44	35	10.804

Tabelle 30

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

SALZBURG	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Politischer Bezirk				
Salzburg-Stadt	57.837	22	13	2.629
Hallein	15.492	1	1	15.492
Salzburg-Umg.	31.084	0	0	—
St. Johann i. Pongau	23.278	2	2	11.639
Tamsweg	6.697	0	0	—
Zell am See	23.463	1	1	23.463
Salzburg	157.851	26	17	6.071

Tabelle 31

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

STEIERMARK	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Politischer Bezirk				
Graz-Stadt	113.062	28	11	4.038
Bruck/Mur	28.538	4	2	7.135
Deutschlandsberg	22.035	1	1	22.035
Feldbach	23.846	1	1	23.846
Fürstenfeld	8.919	1	1	8.919
Graz-Umgebung	37.830	0	0	—
Hartberg	22.867	1	1	22.867
Judenburg	20.113	1	1	20.113
Knittelfeld	11.444	1	1	11.444
Leibnitz	25.628	1	1	25.628
Leoben	34.100	5	2	6.820
Liezen	30.111	1	1	30.111
Mürzzuschlag	18.912	1	1	18.912
Murau	11.585	0	0	—
Radkersburg	10.007	0	0	—
Voitsberg	21.645	1	1	21.645
Weiz	28.717	1	1	28.717
Steiermark	469.359	48	26	9.778

Tabelle 32

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

TIROL

Politischer Bezirk	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Innsbruck-Stadt	50.326	16	8	3.145
Imst	13.280	0	0	—
Innsbruck-Land	39.074	1	1	39.074
Kitzbühel	17.106	1	0	17.106
Kufstein	25.853	2	1	12.927
Landeck	12.464	0	0	—
Lienz	15.872	2	1	7.936
Reutte	9.736	1	1	9.736
Schwaz	20.610	1	1	20.610
Tirol	204.321	24	13	8.513

Tabelle 33

Versorgung mit Gynäkologen nach politischen Bezirken

VORARLBERG

Politischer Bezirk	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Gyn. mit §-2- Kassen	Frauen pro Gyn.
Bludenz	17.592	2	2	8.796
Bregenz	35.292	2	1	17.646
Dornbirn	22.448	5	4	4.490
Feldkirch	25.145	2	1	12.573
Vorarlberg	100.477	11	8	9.134

Tabelle 34

Versorgung mit Gynäkologen

WIEN

Bezirk	Frauen 15 Jahre u. m.	Gynäko- logen	Frauen pro Gynäkologe
1. Bezirk	12.788	24	532
2. Bezirk	48.429	8	6.053
3. Bezirk	51.044	14	3.646
4. Bezirk	19.834	10	1.983
5. Bezirk	30.511	5	6.102
6. Bezirk	17.131	9	1.903
7. Bezirk	18.714	12	1.559
8. Bezirk	15.306	8	1.913
9. Bezirk	28.013	25	1.120
10. Bezirk	70.035	8	8.754
11. Bezirk	24.984	3	8.328
12. Bezirk	41.765	6	6.960
13. Bezirk	28.728	5	5.745
14. Bezirk	39.730	7	5.675
15. Bezirk	40.384	5	8.076
16. Bezirk	50.552	9	5.616
17. Bezirk	27.680	4	6.920
18. Bezirk	30.367	7	4.338
19. Bezirk	34.695	8	4.336
20. Bezirk	37.858	5	7.571
21. Bezirk	44.727	6	7.454
22. Bezirk	33.076	3	11.025
23. Bezirk	27.561	5	5.512
Wien gesamt	773.912	196	3.948

Quelle: Aus Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs, hrsg. vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Tabelle 35

Geburtshilfliche und gynäkologische Betten in Krankenhäusern

	Tatsächlich*) aufgestellte Betten	Frauen**)	Frauen pro Bett
Burgenland	73	107.250	1.469
Kärnten	268	201.439	751
Niederösterreich	651	575.331	883
Oberösterreich	1.232	475.364	385
Salzburg	363	157.851	434
Steiermark	799	469.359	587
Tirol	366	204.321	558
Vorarlberg	128	100.477	784
Wien	1.255	773.912	616

*) Bettenbericht der Krankenanstalten für Österreich für das Jahr 1973 (Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1973, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Zentralamt).

**) Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs, hrsg. vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Tabelle 36

Kinder- und Säuglingsbetten in Krankenhäusern

	Tatsächlich*) aufgestellte Betten	Kinder von**) 0-15 Jahren	Kinder pro Bett
Burgenland	26	69.007	2.654
Kärnten	226	146.676	649
Niederösterreich	410	350.509	854
Oberösterreich	909	336.640	370
Salzburg	231	108.516	469
Steiermark	834	290.609	348
Tirol	400	155.862	389
Vorarlberg	150	78.910	526
Wien	1.182	263.079	222

*) Bettenbericht der Krankenanstalten für Österreich für das Jahr 1973 (Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1973, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Zentralamt).

**) Analyse der ärztlichen Versorgung Österreichs, hrsg. vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Tabelle 37

Schwangerenberatungsstellen in Österreich

	Anzahl der Stellen	Davon ortsgebundene Stellen
Burgenland*)	—	—
Kärnten	2	2
Niederösterreich	32	32
Oberösterreich	17	17
Salzburg**)	—	—
Steiermark	20	20
Tirol	1	1
Vorarlberg*)	—	—
Wien	4	4
Gesamt	76	76

*) Im Burgenland und in Vorarlberg erfolgt die Schwangerenberatung durch Ärzte in ihren Ordinationen. Im Burgenland stehen 60 Ärzte im Vertrag mit der Landesregierung und führen die Schwangerenberatung nach einem von der Landesregierung ausgearbeiteten Untersuchungsprogramm durch. In Vorarlberg gibt es einen Arbeitskreis für prophylaktische und Sozialmedizin, in welchem Landesregierung, Ärztekammer und Sozialversicherungsträger vertreten sind. Es stehen 50 Ärzte für die Schwangerenberatung zur Verfügung.

**) Schwangerenturnen mit ärztlicher Beratung: 27 Stellen (ortsgebunden).

Mutterberatungsstellen in Österreich

	Kinder unter 1 Jahr	Anzahl der Stellen	Kinder pro Be- ratungs- stelle	Ortsgeb. Stellen
Burgenland	3.970	156	25	107
Kärnten	8.345	311	26	203
Niederösterreich	19.963	679	29	447
Oberösterreich	19.372	461	42	461
Salzburg	6.611	145	45	145
Steiermark	18.024	368	48	368
Tirol	9.430	280	33	—
Vorarlberg	5.123	110	46	110
Wien	16.327	58	281	58
Gesamt	107.165	2.568	41	1.899

Tabelle 38

Schwangerenberatung

	Öster- reich	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salz- burg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
Beratungen*) insgesamt	52.576	6.000	974	11.684	11.382	—	919	1.722	11.509	8.386
davon: Erstmalige Beratungen	26.771	1.980	333	7.032	9.135	—	573	465	4.643	2.610

*) Als Beratungen zählen nur solche, an denen Ärzte mitwirken.

Mutterberatung

	Öster- reich	Burgen- land	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salz- burg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
Beratungen*) insgesamt	444.164	11.554	30.845	77.471	97.972	18.168	60.173	44.438	9.655	93.888
davon: Erstmalige Beratungen	72.441	2.335	6.073	13.369	16.382	3.142	13.570	6.034	3.812	7.724
Lebendgeborene	98.041	3.605	7.420	17.861	17.291	6.189	16.019	8.652	5.252	15.752
Erstmalige Beratungen in % der Lebendgeborenen	73,8%	64,77%	81,8%	74,85%	94,74%	50,7%	84,7%	69,7%	72,58%	49%

*) Als Beratungen zählen nur solche, an denen Ärzte mitwirken.

Quelle: Aus Vorträge zur Österreichischen Statistik, herausgegeben vom Österreichischen Statistischen Zentralamt, 357. Heft, Jugendwohlfahrtspflege 1973 (Erscheinungsjahr 1974).

