

 **Bundesministerium**
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz



Gender-Gesundheitsbericht

Schwerpunkt Psychische Gesundheit

am Beispiel Depression und Suizid

Ergebnisbericht

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Druck: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Titelbild: © istockphoto.com/bowie 15

Redaktionelle Bearbeitung: Gesundheit Österreich GmbH

Stand: Juni 2018

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

Bestellinfos: Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium.at.

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren!

In den letzten Jahrzehnten haben Forschungsergebnisse zur Erkenntnis geführt, dass sich Frauen und Männer in Gesundheitsbelangen mitunter stark unterscheiden. Nicht nur bei Krankheitsrisiken und -verläufen, sondern auch im Umgang mit Krankheiten und dem Gesundheitsverhalten sind zum Teil deutliche Geschlechterunterschiede zu verzeichnen.



© Johannes Zinner

Als Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz ist mir die strukturierte Aufbereitung und detaillierte Veröffentlichung geschlechterspezifischer Daten in Bezug auf Gesundheit und Krankheit im Rahmen von Gesundheitsberichterstattungen ein großes Anliegen. Umso wichtiger ist es, dieses Thema nun gesamthaft und aus der Genderperspektive zu betrachten. Ich freue mich daher besonders, Ihnen den vorliegenden ersten österreichischen Gender-Gesundheitsbericht präsentieren zu dürfen.

Der Gender-Gesundheitsbericht hat nicht nur den Anspruch, Geschlechterunterschiede aufzuzeigen, sondern soll zusätzlich auch Erklärungsansätze in Hinblick auf ihre Entstehung jener Unterschiede liefern. Diese reichen von sozioökonomischen Einflussfaktoren über soziale sowie Geschlechterstereotype betreffende Einflussfaktoren.

Der Schwerpunkt des ersten Gender-Gesundheitsberichts wurde auf psychische Gesundheit von Frauen und Männern anhand von Depression und Suizid gelegt, denn in der Prävalenz von Depression und Suizid sind Geschlechterunterschiede besonders stark ausgeprägt. 26 % aller Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an einer Depression, wohingegen im Vergleich 12 % der Männer davon betroffen sind. Beim Suizid zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Männer sterben etwa dreieinhalbmal häufiger durch Suizid als Frauen.

Die vielfältigen Gründe für diese ausgeprägten Geschlechterunterschiede werden im Rahmen des vorliegenden Berichts umfassend beleuchtet.

Die Ergebnisse des Gender-Gesundheitsberichts liefern erste Anhaltspunkte für die im Regierungsprogramm 2017 bis 2022 definierte Maßnahme „stärkere Berücksichtigung der Gendermedizin“. Zusätzlich können diese als zentrale Planungsgrundlage für Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Männern und Frauen sowie zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit dienen. Ich bin daher

überzeugt, dass der vorliegende Gender-Gesundheitsbericht insbesondere für Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen von hoher Relevanz sein kann.

Ihre

Mag.^a Beate Hartinger-Klein,

Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

KURZFASSUNG

Ausgangslage und Ziel

Geschlecht ist ein determinierender Faktor für Gesundheit und Krankheit. Im geschlechterpolitischen Diskurs wird freilich der englische Begriff „gender“ meist – wie auch hier – für den Fokus auf das soziale Geschlecht verwendet. Unterschiedliche gesundheitliche Chancen und Risiken zwischen Frauen und Männern korrespondieren nicht nur mit einer ungleichen Lebenserwartung, Sterblichkeit und Krankheitslast, sondern auch mit ungleichen Verhältnissen und unterschiedlichem Verhalten. Der erste der beiden Stränge des ersten Gendergesundheitsberichts gilt der Darstellung aktueller Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Gesundheit und Krankheit sowie den Unterschieden in Verhältnis- und Verhaltensdeterminanten (Teil 1), der zweite Strang widmet sich – in Form eines ersten Schwerpunktthemas – der Untersuchung geschlechtsspezifischer Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit am Beispiel von Depression und Suizid (Teil 2), in deren Zusammenhang erste Erklärungsansätze bezüglich genderbezogener Einflüsse auf ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko geliefert werden.

Methodik

Gendergesundheitsberichte sollten einen stringenten Fokus auf Erklärungsansätze richten, die geeignet sind, gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu ergründen. Sie sind als eine eher neue Entwicklung zu betrachten und folgen noch keiner etablierten Methodik. Für den vorliegenden Bericht wurde daher ein Methodenansatz entwickelt, der den Blick durchgehend auf Genderaspekte lenkt und eine rein deskriptive Darstellung von Geschlechterunterschieden ausschließt. Die Methode basiert auf einer qualitativ-sozialwissenschaftlichen Logik und rückt das Verstehen von Ursachen in den Vordergrund. Die entwickelte Methodik stützt sich neben Expertinnen-/Experteninterviews und Literaturrecherchen auch auf das Public Health Monitoring Framework (PHMF) der GÖG, das zur Systematisierung identifizierter Faktoren herangezogen wird. Im Zuge der Entwicklungsarbeiten für den *Gender-Gesundheitsbericht* wurde das PHMF auf genderrelevante Determinanten im Fall von Depression und Suizid fokussiert und für weitere Schwerpunktthemen in Gendergesundheitsberichten (z. B. Bewegung, Ernährung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes etc.) adaptierbar gemacht.

Ergebnisse TEIL 1: Unterschiede in relevanten Gesundheitsdeterminanten

Innerhalb des breiten Spektrums gesundheitlicher Risiken ist festzustellen, dass Frauen und Männer an bestimmten Erkrankungen unterschiedlich häufig oder anders erkranken. Besonders auffallend äußern sich diese Unterschiede bei folgenden Gesundheitsindikatoren: diagnostizierte Depressionen (M: 3,9 %, F: 7,5 %), Suizide (M: 25,5, F: 7,1 pro 100.000 EW),

Myokardinfarkt (M: 336, F: 148 pro 100.000 EW – wohingegen die 30-Tage-Sterblichkeit bei Frauen mit 8,3 höher liegt als bei Männern mit 5,4), Übergewicht oder Adipositas (M: 55 %, F: 39 %), fast täglicher Alkoholkonsum (M: 10 %, F: 3 %), Bewegung (M: 29 %, F: 21 %), täglicher Obst- und Gemüsekonsum (M: 26 %, F: 44 %).

Auch im Fall von Einflüssen, die durch Verhältnisse entstehen, unterscheiden sich Frauen und Männer gravierend wie etwa bei Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung (M: 16 %, F: 20 %), der Erwerbsquote (M: 80 %, F: 71 %), der Teilzeitquote (M: 11 %, F: 47 %), atypischer Beschäftigung (M: 24 %, F: 76 %) und Arbeitslosigkeit (M: 9 %, F: 7,6 %).

Zudem nützen Frauen und Männer das Gesundheitssystem unterschiedlich, wie etwa die Inanspruchnahme von Hausärztinnen/Hausärzten (M: 74 %, F: 79 %) und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten (M: 63 %, F: 85 %) zeigt.

Ergebnisse TEIL 2: Allgemeine und genderspezifische Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid

In Hinblick auf den Schwerpunkt Depression und Suizid zeigt sich aus der Genderperspektive, welche Bandbreite an Einflüssen dazu führt, dass bei Frauen häufiger Depressionen diagnostiziert werden und Männer häufiger Suizid begehen. Die Ergebnisse fächern ein multiples Spektrum an Handlungsfeldern auf, in denen gesundheitsrelevante Wirkungen aufgrund von Geschlecht und Gender bestehen. Zu den folgenden angeführten Einflüssen (psychobiologische Geschlechtsunterschiede, sozioökonomische Bedingungen, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen, gesundheitsrelevantes Verhalten, Lebenskompetenzen, [gesundheits-]systembezogene Faktoren) sind identifizierte Einflüsse nach Häufigkeit oder Stärke auf Männer bzw. Frauen den folgenden Abschnitten in Klammern angeführt.

Sozioökonomische Bedingungen

Sozioökonomische Bedingungen wie geringes Einkommen, geringe formale Bildung, Armut- und Armutsgefährdung sowie generell geringer Sozialstatus können bei Frauen und Männern zu einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko führen. Aus der Genderperspektive sind Frauen aufgrund der stärkeren Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt als Männer. Die Ergebnisse zeigen jedoch ebenso, dass höheres Einkommen, höhere formale Bildung sowie höherer Sozialstatus generell protektiv gegen Depressionserkrankungen wirken. Dieser Schutzfaktor ist für Frauen und Männer gleichermaßen gültig.

Arbeit und Beschäftigung

Risikofaktoren: Allgemeine Einflussfaktoren eines erhöhten Depressions- und Suizidrisikos sind Arbeitslosigkeit (Männer häufiger als Frauen) sowie drohender Arbeitsplatzverlust (Männer häufiger als Frauen). Einflüsse auf ein erhöhtes Depressionsrisiko können sich ergeben durch arbeitsbezogenen Stress (Männer häufiger als Frauen), (Mehrfach-)Belastungen

durch Beruf und Familie (Frauen häufiger als Männer) sowie durch (Mehrfach-)Belastungen durch atypische und prekäre Beschäftigungen (Frauen häufiger als Männer).

Protektive Faktoren: Schützende Einflüsse sind hingegen Erwerbsarbeit (für Männer stärker als für Frauen) und Arbeitsplatzsicherheit (für Frauen und Männer etwa gleichermaßen).

Aufgrund nach wie vor bestehender Arbeitsteilungen und den daraus folgenden vielfachen Konsequenzen sind Frauen im Handlungsfeld Arbeit- und Beschäftigungsverhältnisse aus einer sozioökonomischen Perspektive die vulnerablere Gruppe; Männer sind hingegen die vulnerablere Gruppe hinsichtlich des gesellschaftlichen stereotypen Drucks, über den nach wie vor die Forderung vermittelt wird, einem traditionellen Rollenbild zu entsprechen. Allerdings verdichten sich die Hinweise, dass auch bestehende Rollen-Unsicherheiten und neu entstehender Erwartungsdruck hinsichtlich der Weiterentwicklung der Rollenbilder zu Stressoren für beide Geschlechter werden können.

Soziale Beziehungen

Risikofaktoren: Allgemeine Einflussfaktoren eines erhöhtes Depressions- und Suizidrisikos sind Gewalterfahrungen (bei Frauen häufiger als bei Männern und in Zusammenhang mit Depressionen stehend, bei Männern häufiger als bei Frauen und mit erhöhtem Suizidrisiko verbunden) sowie Trennung und Scheidung (bei Männer häufiger als bei Frauen). Einflüsse auf ein erhöhtes Depressionsrisiko können sich durch geringe soziale Unterstützung (Frauen häufiger als Männer), belastende Partnerschaften (Frauen häufiger als Männer) sowie durch (Mehrfach-)Belastungen für Alleinerziehende (Frauen häufiger als Männer) ergeben.

Protektive Faktoren: Ein schützender Einfluss gegen ein erhöhtes Depressionsrisiko ist hingegen soziale Unterstützung (für Frauen stärker als für Männer). Schützende Einflüsse gegen ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko bieten wiederum stabile Partnerschaften oder ein funktionierender Bereich Ehe, Familie und Kinder (für Männer stärker als für Frauen).

Gesundheitsrelevantes Verhalten, Lebenskompetenzen

Risikofaktoren: Allgemeine Einflussfaktoren eines erhöhten Depressions- und Suizidrisikos sind mangelndes Hilfesuchverhalten (Männer häufiger als Frauen) sowie Sucht- und Risikoverhalten (Männer häufiger als Frauen). Einflüsse auf ein erhöhtes Depressionsrisiko sind vor allem auch selbstwertmindernde, internalisierte Coping-Strategien (Frauen häufiger als Männer).

Protektive Faktoren: Schützende Einflüsse sind hingegen Präventionsverhalten (Frauen häufiger als Männer) und selbstwertsteigernde, externalisierte Coping-Strategien (Männer häufiger als Frauen).

(Gesundheits-)systembezogene Faktoren – Diagnostik

Prävalenzunterschiede bei diagnostizierten Depressionen zwischen Männern und Frauen können nicht nur auf mangelnde bzw. ausreichende Hilfesuche der Betroffenen zurückge-

führt werden. Ein möglicher zweifacher Gender-Bias in der Depressionsdiagnostik muss dabei als mitverursachende Rolle in Betracht gezogen werden: Sowohl historisch gewachsene Anamnese- und Diagnoseinstrumente als auch unreflektierte stereotype Rollenzuschreibungen seitens Ärztinnen und Ärzten können zu Überdiagnosen von Depressionen bei Frauen und Unterdiagnosen bei Männern führen. So können stereotype Vorstellungen traditioneller männlicher Rollen (u. a. Fokus auf Erfolg, Leistung und Kontrolle) den typischen Depressionssymptomen widersprechen (Gedrückttheit, Anhedonie, Antriebsverlust, Schwäche, Hilfsbedürftigkeit). Traditionelle Rollenvorstellungen von Frauen befördern bei diesen hingegen aufgrund bestehender Symptombeschreibungen eine Depressionsdiagnose. Damit soll nicht abgestritten werden, dass auch biologische/genetische Faktoren in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen können, im „medizinischen Alltag“ allerdings werden psychosoziale Aspekte der Gesundheit von Frauen und Männern im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Identitäts- und Rollenvorstellungen nicht immer ausreichend berücksichtigt.

Biologische Faktoren

Biologische Faktoren spielen laut der im vorliegenden Bericht verwendeten Literatur für die Erklärung männer- und frauenspezifischer Depressions- und Suizidraten eine eher untergeordnete Rolle. Aus dem Blickwinkel des sozialwissenschaftlichen Ansatzes betonen daher die dargestellten Unterschiede im Gendergesundheitsbericht die Bedeutung des sozialen Umfeldes und halten zur Untersuchung veränderbarer Determinanten an. Eine Ergänzung dieses wissenschaftlichen Ansatzes durch verhaltensbiologische Aspekte ist vornehmlich im Bereich der Forschung zur Psychologie und Biologie der Geschlechtsunterschiede angesiedelt.

Fazit

Der Bericht zeigt deutlich, dass Gendergesundheit breiter als Gendermedizin zu fassen ist und vielfältigste genderbezogene Einflüsse auf das Depressions- und Suizidrisiko wirken. Hinsichtlich der Mehrzahl der Einflussfaktoren wären weiterführende Untersuchungen notwendig, die in der Schlussbetrachtung anhand konkreter Themen beschrieben sind. Über den angeführten erforderlichen Bedarf an gendersensibler Forschung hinausgehend, soll mit dem vorliegenden Bericht auch der Aufbau einer österreichischen Gendergesundheitsberichtsreihe zu weiteren zentralen gesundheitsrelevanten Schwerpunktthemen angeregt werden wie z. B. Bewegung, Ernährung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und so fort. So könnten zukünftig gendersensible Präventions- und Versorgungsmaßnahmen für die österreichische Bevölkerung durch einen vorherigen umfassenden Überblick über Einflussfaktoren zielgenauer geplant werden.

SUMMARY

Initial situation and objective

Gender is a determining factor for health and disease. Differences in health opportunities and risks between women and men are expressed not only in unequal life expectancy, mortality and burden of diseases, but also in unequal conditions and different behaviour. The two strands of this first gender health report apply firstly (Part 1) to the presentation of current differences between women and men in health and disease and the differences in social and behavioural determinants and secondly (Part 2) to the research of gender-specific influencing factors – in the form of a first priority topic – on mental health using the example of different risks on depression and suicide.

Methodology

Gender health reports should focus strictly on explanatory approaches that are suitable for understanding health differences between the sexes. They should be regarded as a rather new development and do not yet follow any established methodology. For this report, therefore, a methodological approach was developed that draws attention to gender aspects throughout the whole report. The method is based on a qualitative social science logic and puts the understanding of causes in the foreground. In addition to expert interviews and literature research, the methodology developed is also based on the GÖG Public Health Monitoring Framework (PHMF), which is used to systematise identified health determinants. In the course of the development work for the Gender Health Report, the PHMF was focused on gender-relevant determinants in the case of depression and suicide and may be adapted to further key topics in gender health reports (e.g. exercise, nutrition, cardiovascular diseases, diabetes, etc).

Results PART 1 Differences in relevant health determinants

Within the broad range of risks for women and men to develop certain diseases at different rates or differently, the differences are particularly noticeable in the following health indicators: diagnosed depression (M: 3.9%, F: 7.5%), suicides (M: 25.5, F: 7.1 per 100.000 P.E.), myocardial infarction (M: 336, F: 148 per 100,000 P.E. – whereas 30-day mortality is 5.4 times higher in women than men at 8.3), overweight or obesity (M: 55%, F: 39%), almost daily alcohol consumption (M: 10%, F: 3%), exercise (M: 29%, F: 21%), daily fruit and vegetable consumption (M: 26%, F: 44%).

Also in the case of factors caused by circumstances, women and men differ widely, such as the risk of poverty and exclusion (M: 16%, F: 20%), the employment rate (M: 80%, F: 71%), the part-time rate (M: 11%, F: 47%), atypical employment (M: 24%, F: 76%) and unemployment (M: 9%, F: 7.6%).

In addition, women and men use the health system differently, as the use of family doctors (M: 74 %, F: 79 %) and general practitioners (M: 63 %, F: 85 %) shows.

Results PART 2: General and gender-specific factors influencing mental health – the examples of depression and suicide

Focused on depression and suicide, the gender perspective shows the range of influences that lead to women being diagnosed with depression more frequently and men committing suicide more frequently. The results in the form of explanatory approaches thus open up a multiple spectrum of fields of action. For the following influences, the respective more frequent or stronger effects on men or women are listed in brackets.

Socioeconomic conditions

Socioeconomic conditions such as low income, low formal education, risk of poverty itself and generally low social status can lead to an increased risk of depression and suicide among women and men. From a gender perspective, women are exposed to a higher risk of disease than men because of their greater risk of poverty and exclusion. However, the results also show that higher income, higher formal education and higher social status correspond to a general protective character against depression. This protection factor is equally valid for women and men.

Labour and employment

Risk factors: General factors influencing an increased risk of depression and suicide are unemployment (men more frequently than women) and the threat of job loss (men more frequently than women). Influences on an increased risk of depression can result from work-related stress (men more frequently than women), (multiple) stress from work and family (women more frequently than men) and (multiple) stress from atypical and precarious jobs (women more frequently than men).

Protective factors: On the other hand, protective influences are gainful employment (stronger for men than for women) and job security (roughly equal for women and men).

Due to the persistent division of labour and the resulting multiple consequences, women are the more vulnerable group in the field of work and employment from a socioeconomic perspective; men, on the other hand, are the more vulnerable group due to social stereotypical pressure, which continues to convey the demand for a correspondence of a traditional role model.

Social relations

Risk factors: General factors influencing an increased risk of depression and suicide are violence (more common in women than in men and in connection with depression, more common in men than in women and in connection with an increased risk of suicide) and

separation and divorce (more common in men than in women). Influences on an increased risk of depression can result from low social support (women more frequently than men), stressful partnerships (women more frequently than men) and (multiple) stress for single parents (women more frequently than men).

Protective factors: A protective influence against an increased risk of depression is social support (stronger for women than for men). Partnerships, marriage, family and children (stronger for men than for women) are also protective influences against an increased risk of depression and suicide.

Health-relevant behaviour, life skills

Risk factors: General factors influencing an increased risk of depression and suicide are a lack of seeking help (men more frequently than women) and addiction and risk behaviour (men more frequently than women). Influences on an increased risk of depression are above all also self-reducing, internalised coping strategies (women more frequently than men).

Protective factors: On the other hand, protective influences are prevention behaviour (women more frequently than men) and self-esteem-enhancing, externalised coping strategies (men more frequently than women).

(Health)system-related factors – Diagnostics

Differences in prevalence in diagnosed depression between men and women cannot be attributed solely to a lack of or sufficient requests for help from those affected. A possible double gender bias in the diagnosis of depression can have a causative role: the historically grown anamnesis and diagnostic instruments as well as unreflected stereotyped role attributions by doctors can lead to overdiagnosis of depression in women and underdiagnosis in men.

Biological factors

Biological factors seem to play a rather minor role in explaining male and female specific depression and suicide rates. This is also because the primary focus of the explanation attempts lies on the psychosocial framework conditions. The differences presented in the gender health report emphasise the importance of the social environment and aim at the investigation of changeable determinants, therefore a primarily biological explanation model is not emphasised.

Conclusion

The report clearly shows that gender health is broader than gender medicine and that the most diverse influences on the risk of depression and suicide have an impact from a gender perspective. For the majority of the influencing factors further investigations would be required, as described in the respective report sections of the final conclusion on the basis of concrete topics. Beyond the above-mentioned need for gender-sensitive research, this

report also aims to stimulate the development of an Austrian gender health report series on other key health-related topics, such as exercise, nutrition, cardiovascular diseases, diabetes, and so on. In future, for example, a comprehensive overview of influencing factors could be used to plan more precisely gender-sensitive prevention and care measures for the Austrian population.

INHALTSVERZEICHNIS

Impressum	2
Vorwort	3
Kurzfassung	5
Summary	9
Inhaltsverzeichnis	13
Abbildungsverzeichnis	15
Tabellenverzeichnis	16
Abkürzungen	17
1. Einleitung	19
2. Gender und Geschlecht	21
3. Methodik	22
TEIL 1: GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN	25
4. Unterschiede in der Gesundheit zwischen Frauen und Männern	26
5. Unterschiede in relevanten Gesundheitsdeterminanten	29
5.1. Individuelle Determinanten	29
5.2. Verhältnisbezogene Determinanten	29
5.3. Gesundheitsversorgung	31
TEIL 2: SCHWERPUNKT PSYCHISCHE GESUNDHEIT	34
6. Allgemeine und genderspezifische Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid	36
6.1. Sozioökonomische Einflüsse	39
6.1.1. Sozioökonomischer Einfluss auf Depression	40
6.1.2. Sozioökonomischer Einfluss auf Suizidalität	40
6.1.3. Armut.....	42
6.2. Arbeit und Beschäftigung	42
6.2.1. Arbeitsplatzbezogener Stress.....	44
6.2.2. Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse	45
6.2.3. Arbeitslosigkeit.....	46
6.3. Soziale Beziehungen	47
6.3.1. Partnerschaftsformen	47
6.3.2. Belastungen für Alleinerziehende	48
6.3.3. Gewalterfahrungen	49
6.3.4. Soziale Unterstützung	50

6.4.	Gesundheitsrelevantes Verhalten und Lebenskompetenzen.....	51
6.4.1.	Selbstbild – Lebenskompetenzen.....	52
6.4.2.	Hilfesuchverhalten	53
6.5.	Biologische Faktoren	57
6.6.	Faktoren im Gesundheitssystem.....	59
6.6.1.	Depressionsdiagnostik und Medikalisierung	59
6.6.2.	Therapieansätze	60
6.6.3.	Reproduktion von Geschlechterstereotypen.....	61
7.	Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....	62
Literatur	70
Glossar	75

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Methodik des Gender-Gesundheitsberichts	22
Abbildung 2: Gendersensibles Framework zum Public Health Monitoring.....	24
Abbildung 3: Sozioökonomische Einflüsse auf Depressions- und Suizidrisiko.....	40
Abbildung 4: Einflussfaktoren von Arbeit und Beschäftigung in Hinblick auf das Depressions- und Suizidrisiko	43
Abbildung 5: Einflussfaktoren sozialer Beziehungen in Hinblick auf das Depressions- und Suizidrisiko.....	47
Abbildung 6: Einflussfaktoren durch Gesundheitsverhalten und Lebenskompetenzen in Hinblick auf das Depressions- und Suizidrisiko	52
Abbildung 7: Biologische Einflüsse auf Depressionsrisiko	57

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Unterschiede in der Gesundheit zwischen Männern und Frauen	27
Tabelle 2: Unterschiede individueller Gesundheitsdeterminanten zwischen Frauen und Männern.....	29
Tabelle 3: Unterschiede verhältnisbezogener Gesundheitsdeterminanten zwischen Frauen und Männern.....	30
Tabelle 4: Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Männern und Frauen.....	32
Tabelle 5: Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Männern und Frauen.....	32
Tabelle 6: Einflussfaktoren in Hinblick auf Depressions- und Suizidrisiko im Vergleich zwischen Frauen und Männern.....	68
Tabelle 7: Protektive Faktoren in Bezug auf Depressions- und Suizidrisiko im Vergleich zwischen Frauen und Männern.....	69

ABKÜRZUNGEN

ADL	Activities of daily living
AES	Adult Education Survey
ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMASK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BMFG	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BMSGK	Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
EU	European Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EUR	Euro
etc.	et cetera
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FRA	Agency for Fundamental Rights
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hrsg.	Herausgeberin/Herausgeber
IADL	Instrumental activities of daily living
inkl.	Inklusive
LGBT	Lesbian Gay Bisexual Transsexual
LGBTI	Lesbian Gay Bisexual Transsexual Intersexual
max.	maximal
Mio.	Millionen
n. d.	nicht definiert
PHMF	Public Health Monitoring Framework
RKI	Robert Koch Institut
s.	siehe
SSRI	selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
u. a.	unter anderem/anderen
usw.	und so weiter
u. v. m.	und viele(s) mehr
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	Versus

WHO
z. B.

World Health Organization
zum Beispiel

1. EINLEITUNG

Geschlecht ist ein determinierender Faktor für Gesundheit und Krankheit. Seit Jahrzehnten zeigt sich (in Österreich wie international), dass gesundheitliche Chancen ungleich verteilt sind und Gesundheit im Zusammenspiel verschiedenster Themenfelder auf materieller, gesellschaftlicher und individueller Ebene (Gesundheitsdeterminanten) entsteht. Fokussiert auf Gender, bedeutet dies, dass sich Unterschiede zwischen Frauen und Männern nicht nur in einer ungleichen Lebenserwartung, Sterblichkeit und Krankheitslast ausdrücken, sondern dass auch ungleiche Verhältnisse und unterschiedliches Verhalten für gesundheitliche Unterschiede (mit)verantwortlich sind. Die leitende Frage des vorliegenden Berichts gilt der Untersuchung der Ursachen, die aufgrund stereotyper Geschlechterzuschreibungen zu krankmachenden Effekten bei Frauen und bei Männern führen können, sowie der Faktoren, die in dieser Hinsicht schützende Wirkungen haben. Dabei soll aber grundsätzlich darauf Bedacht genommen werden, dass gesellschaftlich entwickelte Normen und Rollenvorbilder auch als Orientierungshilfen dienen und nur dort, wo sie nicht mehr als positive identitätsstiftende Orientierung, sondern als Einengung erlebt werden, der negative Aspekt des Klischees und des Vorurteils zum Tragen kommen kann.

Mittlerweile ist in Bezug auf bestehende Geschlechterunterschiede vielfältiges Datenmaterial vorhanden. Männer weisen etwa eine mehr als doppelt so hohe Sterblichkeit in der Altersgruppe der 15- bis 35-Jährigen auf wie Frauen, die vor allem auf Verletzungen, Vergiftungen und Folgen äußerer Ursachen (z. B. Unfälle) zurückzuführen ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014). Daten hinsichtlich Ernährungs- und Bewegungsverhalten zeigen, dass sich Männer zwar ungesünder ernähren, sich jedoch mehr bewegen als Frauen (Klimont/Baldaszi 2015a). Von psychischen Erkrankungen sind insgesamt mehr Frauen als Männer betroffen, jedoch mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und Ausprägungen. Beispielsweise sind Frauen häufiger von Depressionen betroffen, während Männer häufiger Suizid verüben (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014; Grabenhofer-Eggerth et al. 2017; Sonneck et al. 2003)

Im Jahr 2002 wurde von den Mitgliedstaaten der WHO Europe in Madrid eine Deklaration zur zukünftigen Berücksichtigung des Geschlechterunterschieds in der Gesundheitsforschung verabschiedet, um den Unterschieden in Morbidität und Mortalität sowie im Zugang zum Versorgungssystem stärker Rechnung zu tragen (**WHO Mainstreaming gender equity in health**). In der Gesundheitsforschung und -berichterstattung haben sich Methoden zur Erhebung und Darstellung nach Geschlecht etabliert. Im deutschsprachigen Raum wurden seit den 2000er-Jahren zahlreiche Berichte publiziert, die sich der Lage jeweils eines Geschlechts widmen. Für Österreich liegen auf Bundesebene bisher zwei Männerberichte (BMSG 2006, BMASK 2011), ein Männergesundheitsbericht (BMSG 2004) und zwei Frauengesundheitsberichte (BMGF 2006 [PL: Wimmer-Puchinger], BMGF 2010) vor.

Gesundheitsberichte mit dem vorrangigen Fokus darauf, welche Einflüsse sich auf die Geschlechter dahingehend auswirken, dass zwischen ihnen Morbidität und Mortalität stark differieren, sind in integrierter Form kaum vorhanden. Bisher erstellte Gendergesundheitsberichte (z. B. der Schweizer Gendergesundheitsbericht, Oberösterreichische Gendergesundheitsberichte) haben ihren Fokus ebenso wie klassische Gesundheitsberichte verstärkt auf der Darstellung der Geschlechterunterschiede, während Erklärungsansätze darin kaum eine Rolle spielen. Mit dem vorliegenden Bericht sollen gesundheitsrelevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufgegriffen werden, Ziel ist dabei die stringente Suche nach Erklärungsansätzen für die beobachteten Unterschiede, auf individueller Ebene wie auf der Verhältnisebene.

Der Bericht bietet in zwei Teilen einen komprimierten Überblick

- über die relevanten Unterschiede in Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern und
- über Einflussfaktoren, die zu stark unterschiedlichen Depressions- und Suizidraten bei Frauen und Männern führen.

Entgegen einem klassischen Frauen- bzw. Männergesundheitsbericht werden im vorliegenden *Gender-Gesundheitsbericht* – im Sinne einer geschlechtersensiblen versus eine geschlechtervergleichende Berichterstattung – Ursachen und Hintergründe untersucht, die erste Erklärungsansätze für die Entstehung geschlechtsspezifischer Unterschiede ermöglichen. Die Suche nach Erklärungsansätzen steht dabei im Vordergrund, eine Fokussierung auf Daten im Hintergrund.

Zielgruppen des Berichts sind Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträger und Entscheidungsgremien sowie Fachcommunitys für gesundheits-, sozial-, und gesellschaftspolitische Planungen von Maßnahmen. Der Bericht bietet in strukturierter Form einen detaillierten Überblick über geschlechterspezifische Daten im Bereich Gesundheit und Krankheit und identifiziert und beleuchtet anhand von Depression und Suizid die vielfältigen Gründe dafür, dass Gender als Ursache zu signifikanten Unterschieden in Gesundheit und Krankheit von Frauen und Männern beiträgt.

Die Berichtsinhalte knüpfen zudem sowohl an die Gesundheitsziele Österreich als auch an die Zielsteuerung-Gesundheit und an den Aktionsplan Frauengesundheit an.

2. GENDER UND GESCHLECHT

„Gender“ bezeichnet – im Unterschied zum biologischen Geschlecht – das „soziale Geschlecht“. Vorstellungen und Erwartungshaltungen gegenüber Frauen und Männern sind wandelbar und unterliegen gesellschaftlichen Veränderungen. Die Umstände, welche Rollen, Verhaltensweisen und Eigenschaften Männern zugeschrieben werden und welche Frauen, entstehen aufgrund sozialer Zuordnungen und nicht aufgrund biologischer, naturgegebener Schicksale. Wenn von Gender gesprochen wird, wird häufig das biologische Geschlecht gemeint, oder es werden nur Frauen damit assoziiert oder nur Männer. Gender bedeutet jedoch, die Perspektive auf die Auswirkungen sozialer Normen auf Frauen, Männer sowie Intersex-Personen und LGBT-Personen zu richten. Fokussiert auf Gesundheit, heißt dies, krankmachende und gesundheitsfördernde Effekte sozialer Normen und Praktiken transparent zu machen.

Traditionell dichotome Rollenzuschreibungen an Männer und Frauen machen sich zwar an der biologischen Geschlechtszugehörigkeit („sex“) fest, gehen aber weit darüber hinaus, indem sie spezifische Werte und Normen vorgeben, die festlegen, welche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen und Verhaltensweisen für eine Frau und für einen Mann typisch, angemessen und sozial erwünscht sind. So wird nach wie vor ein weibliches Rollenstereotyp mit passiven Eigenschaften reproduziert (z. B. angepasst, nachgiebig, vorsichtig, ängstlich, konfliktvermeidend, abhängig, emotional, wenig selbstsicher). Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Attribute den Symptomen (psychischer) Erkrankungen entsprechen, deren Konstruktion historisch vorwiegend aus männlichen Ärzte- und Forschungsgruppen entstand. Hingegen werden männliche Rollenstereotype weiterhin mit aktiven Eigenschaften (z. B. aggressiv, rational, ehrgeizig, zielorientiert, durchsetzungsfähig, unabhängig, selbstsicher, abenteuer- und entscheidungsfreudig) assoziiert, die interessanterweise in Verbindung mit (psychischer) Gesundheit gebracht werden. Damit hat das soziale Geschlecht nicht nur eine zentrale Funktion für die Identität und das Selbstkonzept des Individuums, sondern strukturiert als „soziale Kategorie“ gleichzeitig den Zugang zu personalen, sozialen und materiellen Ressourcen, und zwar unterschiedlich für Männer und Frauen. Insofern sind Geschlechterrollen mit jeweils geschlechtsspezifischen Einstellungen und Gesundheitskonzepten, Erkrankungsrisiken und Krankheitsentwicklungen verbunden. Obwohl sich die Geschlechterrollen infolge des gesellschaftlichen Wandels deutlich verändert haben – die Frauenrolle sehr viel stärker als die Männerrolle –, sind die traditionellen Geschlechterstereotype weiterhin existent und insbesondere für Männer handlungsleitend. (Möller-Leimkühler 2010)

3. METHODIK

Gendergesundheitsberichte sollten einen stringenten Fokus auf Erklärungsansätze richten, die geeignet sind, gesundheitliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu ergründen. Sie sind als eine eher neue Entwicklung zu betrachten und folgen noch keiner etablierten Methodik. Für den vorliegenden Bericht wurde daher ein Methodenansatz (s. Abbildung 1) entwickelt, der den Blick durchgehend auf Genderaspekte lenkt und eine rein deskriptive Darstellung von Geschlechterunterschieden ausschließt. Die Methode basiert auf einer qualitativ-sozialwissenschaftlichen Logik und rückt das Verstehen von Ursachen in den Vordergrund. Im Rahmen des *Gender-Gesundheitsberichts* wird somit nach relevanten Faktoren und Erklärungsansätzen gesucht, die das Entstehen gesundheitlicher Geschlechterunterschiede erklären können. Die entwickelte Methodik eignet sich für das Thema psychische Gesundheit (am Beispiel Depression und Suizid) ebenso wie für andere relevante Themen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Bewegung, Ernährung etc.).

Abbildung 1: Methodik des Gender-Gesundheitsberichts



Entwicklung und Darstellung: GÖG

Die Methode richtet sich in ihrer Herangehensweise danach, welches Wissen über genderspezifische Gesundheitsfragen (im vorliegenden Bericht über Depression und Suizid) bereits vorhanden ist und welches Wissen noch fehlt. In der Gesundheitsberichterstattung sind bereits wesentliche Elemente einer geschlechtervergleichenden Berichterstattung realisiert, daher stehen zahlreiche Ergebnisse zur Verfügung, anhand deren gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Frauen und Männern beschrieben werden können (s. *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016*). Für die Weiterentwicklung hin zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung ist jedoch die Suche nach Erklärungsansätzen entscheidend: Wie und warum entstehen die Unterschiede zwischen Frauen und Männern?

Die entwickelte Methode gliedert sich in drei zentrale Phasen:

- **Beschreibung**
Daten und Informationen über geschlechtsspezifische Unterschiede in den Zielvariablen werden zusammengetragen und analysiert. Am konkreten Beispiel Depression und Suizid werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen beschrieben: Bei Frauen werden deutlich häufiger Depressionen diagnostiziert, während Männer eine deutlich höhere Suizidrate aufweisen.
- **Erklärung**
Es werden Faktoren identifiziert, die einen relevanten Einfluss auf die Zielvariablen haben. Für den vorliegenden Bericht wurden diese Faktoren mithilfe von Expertinnen-/Experteninterviews sowie Literaturrecherchen eruiert. Das sind im vorliegenden Fall, gebündelt auf Determinantenebene, Faktoren aus sozioökonomischen Einflüssen, Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, sozialen Beziehungen, Geschlechterstereotypen und -verhältnissen, Lebenskompetenzen, biologischen Dispositionen und (gesundheits)systembezogenen Faktoren. Die Einflussfaktoren sind in der Folge dahingehend beschrieben, wie sie sich zwischen den Geschlechtern unterscheiden. Auf Basis des vorhandenen Materials wird erläutert, in welcher Weise die Einflussfaktoren genderspezifisch auf Depression und Suizid wirken.
- **Interpretation und Schlussfolgerungen**
Identifizierte Erklärungsansätze werden in eine strukturierte, übersichtliche Form gebracht, aus der hervorgeht, welche Einflüsse das Erkrankungsrisiko erhöhen und welche als Schutzfaktor wirken, zudem wird dargestellt, ob der jeweilige Effekt stärker auf Frauen oder Männer wirkt. Aus den Ergebnissen können schließlich Schlussfolgerungen in Form von Handlungsfeldern abgeleitet werden, in denen relevante Herausforderungen der gendergerechten Gesundheitsprävention und -versorgung aufgezeigt werden.

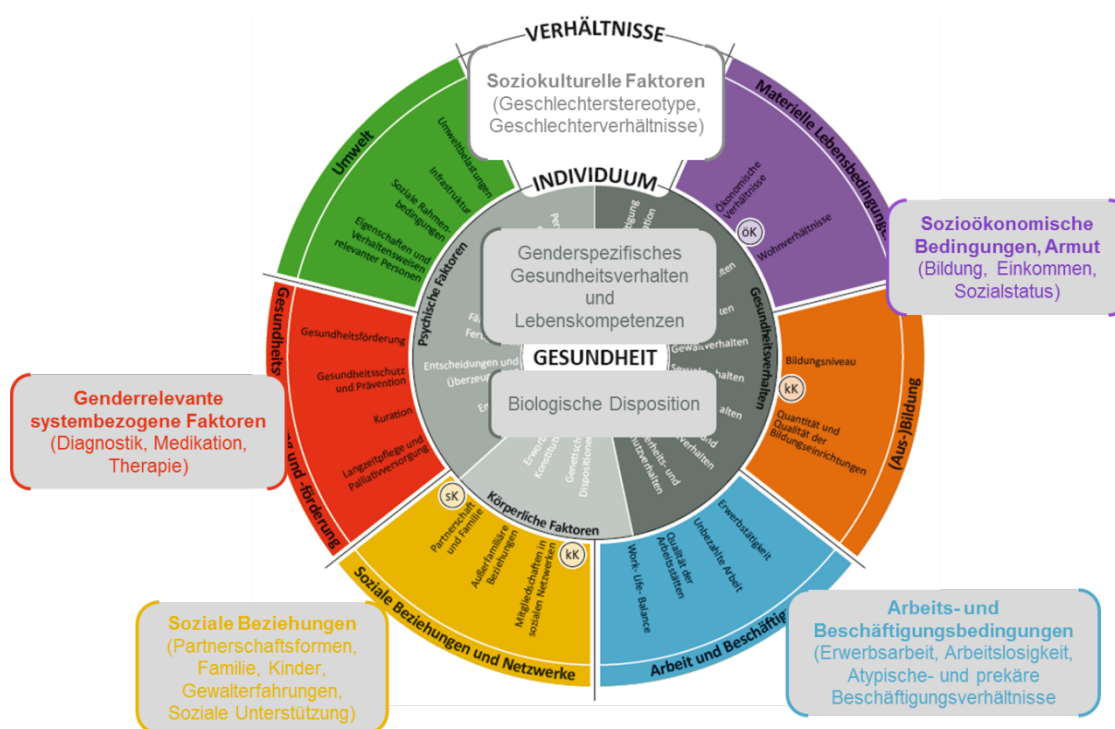
Die entwickelte Methodik stützt sich neben Expertinnen-/Experteninterviews und Literaturrecherchen auch auf das Public Health Monitoring Framework (PHMF) der GÖG, das zur Systematisierung der identifizierten Faktoren herangezogen wird. In dem Modell sind individuelle und verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten kategorisiert und nach thematischen Feldern gebündelt. Im Zuge der Entwicklungsarbeiten für den Gender-Gesundheitsbericht wurde das PHMF um soziokulturelle Faktoren erweitert (s. Abbildung 2).

Genderrelevante Determinanten im Fall von Depression und Suizid:

- **soziokulturelle Faktoren** (Geschlechterstereotype, Geschlechterverhältnisse)
- **auf Verhältnisebene:**
 - **sozioökonomische Bedingungen, Armut** (Bildung, Einkommen, Sozialstatus)
 - **Arbeit und Beschäftigung:** Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit, atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse

- **soziale Beziehungen und Netzwerke:** Partnerschaftsformen, Familie, Kinder, Gewalterfahrungen, soziale Unterstützung
- **Gesundheitssystem:** Diagnostik, Medikation, Therapie
- **auf individueller und Verhaltensebene:**
 - Selbstbild und Lebenskompetenzen
 - Coping-Strategien
 - Risiko- und Hilfesuchverhalten
 - biologische Dispositionen

Abbildung 2: Gendersensibles Framework zum Public Health Monitoring



Gendersensible Entwicklung und Darstellung: Gaiswinkler/Nowotny auf Basis des PHMF (Griebler/Winkler 2015)

Im vorliegenden Bericht werden die identifizierten Einflussfaktoren anhand der Zuordnungen zu den thematischen Feldern in Teil 2 pro Kapitel beschrieben.

TEIL 1: GESUNDHEIT UND KRANKHEIT VON FRAUEN UND MÄNNERN

Frauen und Männer sind von Gesundheitsrisiken und Krankheiten unterschiedlich stark und oft betroffen. Mit dem *Österreichischen Gesundheitsbericht 2016* (Griebler et al. 2017a) liegen aktuelle Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitszustands von Männern und Frauen sowie relevanter Gesundheitsdeterminanten vor. Im vorliegenden Kapitel werden diese Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. Für die Darstellung ist eine Tabellenform gewählt, die durch farbliche Hinterlegungen Werte markiert, die einem schlechteren Gesundheitszustand entsprechen oder tendenziell zu einem höheren Gesundheitsrisiko führen. Ziel des vorliegenden Kapitels ist, die bestehenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu verdeutlichen.¹

¹

Zur besseren Vergleichbarkeit mit dem Österreichischen Gesundheitsbericht 2016 wird im vorliegenden Bericht auf eine Datenbasis aus dem Jahr 2014 zurückgegriffen. Da für einzelne Indikatoren mittlerweile aktuellere Daten vorhanden sind (z. B. EU-SILC), werden die Daten von 2014 in relevanten Fällen durch die aktuellen Daten ergänzt (in Teil 2, Kapitel 6.1.3, wird z. B. auf aktuelle EU-SILC-Daten verwiesen).

4. **UNTERSCHIEDE IN DER GESUNDHEIT ZWISCHEN FRAUEN UND MÄNNERN**

Auf Basis des *Österreichischen Gesundheitsberichts 2016* (Griebler et al. 2017a) zeigt sich, dass sich Frauen und Männer in ihren Gesundheitsrisiken, ihrem Gesundheitsverhalten und in Bezug auf ihre Lebenssituation signifikant voneinander unterscheiden. Die österreichische Bevölkerung ist von ungleichen gesundheitlichen Chancen und Risiken auf verschiedene Weise betroffen, im Fall der Geschlechterunterschiede wird anhand der Daten aus dem *Österreichischen Gesundheitsbericht 2016* verdeutlicht, wie determinierend und umfassend der Faktor Geschlecht auf Gesundheit wirkt (vgl. Kapitel 5 und 6).

Mit durchschnittlich 83,7 Lebensjahren weisen Österreichs Frauen eine um rund 5 Jahre längere Lebenserwartung auf als Österreichs Männer. Sie verbringen jedoch deutlich mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (17,1 vs. 13,0 Lebensjahre).

Frauen sind in Österreich häufiger von chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen betroffen als Männer. Das gilt für Beschwerden des Bewegungsapparats (Rückenschmerzen: 26 % vs. 23 %; Nackenschmerzen: 23 % vs. 14 %; Arthrose: 15 % vs. 8 %), Depression (7,5 % vs. 3,9 %) und Krebserkrankungen (bei den 30- bis 59-Jährigen). Frauen ab 60 sind zudem häufiger von Verletzungen betroffen als gleichaltrige Männer (12 % vs. 8 %, vor allem bei Haushaltsunfällen: 6 % vs. 3,5 %). Frauen ab 75 Jahren werden außerdem häufiger aufgrund peritrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens versorgt als Männer in diesem Alter (1.899 vs. 1.198 Aufenthalte pro 100.000 EW).

Frauen über 65 Jahre sind darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (Sehprobleme: 16 vs. 13 %; Geh-Einschränkungen: 9 % vs. 5 %; Probleme beim Treppensteigen: 11 % vs. 7 %). Probleme bei Basisaktivitäten wie eigenständiger Körperpflege und Eigenversorgung (ADL) sowie Aktivitäten der Haushaltsführung (IADL) werden von mehr Frauen als Männern angegeben (Altersgruppe 65+; ADL: 19 % vs. 13 %, IADL: 37 % vs. 17 %). Die geschlechtsspezifische Verteilung bestimmter Aufgaben ist dabei bereits berücksichtigt.

Frauen zwischen 15 und 29 Jahren sowie ab 60 Jahren beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als gleichaltrige Männer. Unter 70-jährige Frauen versterben zudem häufiger an Krebserkrankungen als unter 70-jährige Männer (51 % vs. 36 %).

Männer erleiden in Österreich hingegen häufiger einen Myokardinfarkt (336 vs. 148 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert), einen ischämischen Schlaganfall (300 vs. 200 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert), sind häufiger von Typ-2-Diabetes betroffen (421 vs. 367 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW), erkranken ab 60 Jahren häufiger an Krebs und sind – im Alter von 15 bis 29 Jahren – häufiger verletzt (23 % vs. 11 %; insbesondere durch Freizeitunfälle).

Ferner weisen Männer in Österreich eine beinahe doppelt so hohe vorzeitige Sterblichkeit auf (339 vs. 179 Todesfälle pro 100.000 EW unter 70, altersstandardisiert), insbesondere aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (22 % vs. 15 %) und Verletzungen (12 % vs. 7 %). Männer begehen – im Vergleich zu Frauen – auch häufiger Suizid. Rund drei Viertel aller österreichischen Suizide werden von Männern begangen.

Tabelle 1: Unterschiede in der Gesundheit zwischen Männern und Frauen

Erkrankung/Gesundheitsproblem	Männer	Frauen
Depression (12-Monats-Prävalenz, ärztlich diagnostiziert)	3,9 %	7,5 %
Suizid (Suizide pro 100.000 EW, altersstandardisiert)	25,5	7,1
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vorzeitige Sterblichkeit)	22 %	15 %
Myokardinfarkt (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	336	148
<i>30-Tage-Sterblichkeit (Todesfälle innerhalb von 30 Tagen pro 100 stationär behandelte Myokardinfarkte)</i>	5,4	8,3
Ischämischer Infarkt (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	300	200
<i>30-Tage-Sterblichkeit (Todesfälle innerhalb von 30 Tagen pro 100 stationär behandelte Schlaganfälle)</i>	4,7	8,1
Typ-2-Diabetes (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)	421	367
Krebserkrankungen		
Krebserkrankungen (altersstandardisiert, pro 100.000 EW / Statistik Austria, Krebsregister 2014)	563	407
<i>30- bis 44-Jährige</i>	88	150
<i>45- bis 59-Jährige</i>	435	454
<i>60- bis 74-Jährige</i>	1.476	950
<i>75+</i>	2.266	1.302
Krankheiten/Beschwerden des Bewegungsapparats		
<i>Rückenschmerzen</i>	23 %	26 %
<i>Nackenschmerzen</i>	14 %	23 %
<i>Arthrose</i>	8 %	15 %
Verletzungen		
<i>ab 60-Jährige (v. a. durch Haushaltsunfälle)</i>	3,5 %	6 %
<i>15- bis 29-Jährige (v. a. durch Freizeitunfälle)</i>	12 %	8 %
Pertrochantäre Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (Aufenthalte pro 100.000 EW)	1.202	1.901
Einschränkungen im Alltag aufgrund gesundheitlicher Probleme (Altersgruppe 15+)		
<i>Sehprobleme</i>	13 %	16 %
<i>Geh-Einschränkungen</i>	5 %	9 %
<i>Probleme beim Treppensteigen</i>	7 %	11 %
Probleme bei Basisaktivitäten der Körperpflege und Eigenversorgung (Altersgruppe 65+)	13 %	19 %

Erkrankung/Gesundheitsproblem	Männer	Frauen
Probleme bei Basisaktivitäten der Haushaltsführung (Altersgruppe 65+)	17 %	37 %

*Legende: je höher der Wert (**rot**), desto schlechter der Gesundheitszustand
Quelle: GÖG / Österreichischer Gesundheitsbericht 2016 / Darstellung: GÖG*

5. UNTERSCHIEDE IN RELEVANTEN GESUNDHEITSDETERMINANTEN

5.1. Individuelle Determinanten

Männer in Österreich ab 15 Jahren sind häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen (55 % vs. 39 %), 30- bis 59-jährige Männer sind häufiger von Bluthochdruck betroffen als gleichaltrige Frauen (18 % vs. 13 %). Sie essen seltener täglich Obst und Gemüse (26 % vs. 44 %), rauchen häufiger täglich (27 % vs. 22 %) und pflegen einen regelmäßigeren und problematischeren Alkoholkonsum (fast täglicher Alkoholkonsum: 10 % vs. 3 %; problematischer Alkoholkonsum: 5 % vs. 3 %).

Frauen erfüllen in Österreich hingegen seltener die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (21 % vs. 29 %) und sind – in der Altersgruppe ab 60 Jahren – häufiger von Bluthochdruck betroffen (49 % vs. 42 %).

Tabelle 2: Unterschiede individueller Gesundheitsdeterminanten zwischen Frauen und Männern

Gesundheitsproblem/Gesundheitsverhalten	Männer	Frauen
Übergewicht oder Adipositas	55 %	39 %
Bluthochdruck		
<i>30- bis 59-Jährige</i>	18 %	13 %
<i>ab 60-Jährige</i>	42 %	49 %
tägliches Rauchen	27 %	22 %
fast täglicher Alkoholkonsum	10 %	3 %
problematischer Alkoholkonsum	5 %	3 %
gesundheitswirksame Bewegung	29 %	21 %
täglich Obst und Gemüse essen	26 %	44 %

*Legende: je höher der Wert (**fett**), desto höher das potenzielle Gesundheitsrisiko, je niedriger der Wert (**fett und kursiv**), desto geringer das potenzielle Gesundheitsrisiko*

Quelle: GÖG / Österreichischer Gesundheitsbericht 2016 / Darstellung: GÖG

5.2. Verhältnisbezogene Determinanten

Im Jahr 2014 sind in Österreich – laut EU-SILC – **Frauen** häufiger als Männer **armutsgefährdet** sowie zugleich **armuts- und ausgrenzungsgefährdet** (14 % vs. 12 % und 20 % vs. 16 % bei den jeweils ab 20-Jährigen, 2016: 14 % vs. 13 % und 19 % vs. 16 % bei den jeweils ab 20-Jährigen).

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (17 % vs. 15 %), kommen jedoch deutlich häufiger nicht über einen Pflichtschulabschluss hinaus (23 % vs.

17 %). Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit zumindest einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss bleiben auf dem Pflichtschulniveau. (Statistik Austria – Bildungsstandregister 2014; AES - Adult Education Survey 2011/2012)

Im Vergleich zu den Männern gehen Frauen in Österreich seltener einer Erwerbstätigkeit nach (71 % vs. 80 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen: 76 Prozent der atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen. Darüber hinaus gehen Frauen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (58 % vs. 50 %). (Statistik Austria 2015, Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)

Männer sind hingegen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (2014: 9 % vs. 7,6 %, 2016: 9,7 % vs. 8,3 %), sind häufiger körperlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt (78 % vs. 68 %) und verunfallen häufiger bei der Arbeit (2.400 vs. 800 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Männer leisten zudem häufiger Überstunden und Mehrstunden (24 % vs. 14 %). Junge Männer (18 bis 24 Jahre) brechen zudem häufiger frühzeitig die Schule und Ausbildung ab als junge Frauen (7,6 % vs. 6,5 %). (Statistik Austria 2014, Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung, AMS Arbeitsmarktprofile 2016)

Tabelle 3: Unterschiede verhältnisbezogener Gesundheitsdeterminanten zwischen Frauen und Männern²

Verhältnis-Indikatoren	Männer	Frauen
Armutgefährdung (bei ab 20-Jährigen, 2014)	12 %	14 %
Armutgefährdung (bei ab 20-Jährigen, 2016)	13 %	14 %
Armut- und Ausgrenzungsgefährdung (bei ab 20-Jährigen, 2014)	16 %	20 %
Armut- und Ausgrenzungsgefährdung (bei ab 20-Jährigen, 2016)	16 %	19 %
Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung)	80 %	71 %
Teilzeitquote	11 %	47 %
Atypische Beschäftigung	24 %	76 %
Arbeitslosenquote (2014, nationale Definition)	9,0 %	7,6 %
Arbeitslosenquote (2016, nationale Definition)	9,7 %	8,3 %
Trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit	50 %	58 %
Arbeitsunfälle (pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter)	2.400	800
Leistung von Überstunden und Mehrstunden	24 %	14 %
Bildung		

²

Vgl. Kapitel 6.2, Arbeit und Beschäftigung als Einflussfaktoren bei Depression und Suizid in diesem Bericht.

Verhältnis-Indikatoren	Männer	Frauen
<i>Akademischer Titel</i>	15 %	17 %
<i>Max. Pflichtschulabschluss</i>	17 %	23 %
<i>Akademischer Abschluss, wenn zumindest ein Elternteil einen akademischen Abschluss hat</i>	55 %	60 %
<i>Max. Pflichtschulabschluss, wenn Eltern maximal einen solchen haben</i>	21 %	36 %

*Legende: je höher der Wert (**fett**), desto höher das potenzielle Gesundheitsrisiko, je niedriger der Wert (**fett und kursiv**), desto höher das potenzielle Gesundheitsrisiko
Quelle: GÖG / Österreichischer Gesundheitsbericht 2016 / Darstellung: GÖG*

5.3. Gesundheitsversorgung

Männer gehen in Österreich seltener zum Hausarzt / zur Hausärztin (74 % vs. 79 %) und zu niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten als Frauen (FÄ exkl. Zahnärztinnen/-ärzte: 63 % vs. 85 %; Zahnärztinnen/-ärzte: 69 % vs. 75 %).

Im akutstationären Bereich werden Österreichs Männer häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.900 Patienten vs. 2.100 Patientinnen pro 100.000 EW, altersstandardisiert), Verletzungen und Vergiftungen (2.700 vs. 2.100), Krankheiten des Verdauungssystems (2.500 vs. 2.100) und Atemwegserkrankungen (1.700 vs. 1.200) versorgt als Österreichs Frauen.

Die männliche Bevölkerung unterzieht sich ferner häufiger einer Rehabilitation aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Erkrankungen des Stoffwechsels und des Verdauungsapparats. Österreichs Männer weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit auf (87 vs. 63 Todesfälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert). Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei 18- bis 30-jährigen Österreichern häufiger statt als bei gleichaltrigen Österreicherinnen.

Frauen in Österreich (ab 15 Jahren) nehmen häufiger ärztlich verschriebene (55 % vs. 44 %) sowie rezeptfreie Medikamente ein (40 % vs. 28 %) und werden häufiger ambulant von Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen behandelt (15- bis 59-Jährige: 24 % vs. 18 %). Ebenso nehmen Frauen häufiger niedergelassene Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und/oder Psychiaterinnen/Psychiater in Anspruch (8,3 % vs. 5,5 %).

Frauen werden häufiger akutstationär aufgenommen und versterben häufiger innerhalb von 30 Tagen danach an einem Myokardinfarkt (8,3 vs. 5,4 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte aufgrund dieser Diagnose, altersstandardisiert) oder an einem Schlaganfall (8,1 vs. 4,7 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden sie häufiger aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.600 vs. 2.200) und Krankheiten des Urogenitalsystems (1.700 vs. 1.300) behandelt. Eine Unterbringung ohne

Verlangen findet bei den 14- bis 17-jährigen Frauen häufiger statt als bei gleichaltrigen Männern.

Frauen nehmen ferner häufiger stationäre Rehabilitation aufgrund von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats, onkologische Reha, Lymphologie-Reha in Anspruch. Darüber hinaus beziehen österreichische Frauen häufiger Pflegegeld.

Tabelle 4: Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Männern und Frauen

Gesundheitsversorgung	Männer	Frauen
Inanspruchnahme Hausärztin/Hausarzt	74 %	79 %
Inanspruchnahme niedergelassener Fachärztin / niedergelassener Facharzt (exkl. Zahnärztin/Zahnarzt)	63 %	85 %
Inanspruchnahme Zahnärztin/Zahnarzt	69 %	75 %
Ambulante Behandlung durch Physiotherapeutin/Physiotherapeut (15- bis 59-Jährige)	18 %	24 %
Inanspruchnahme niedergelassener Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Psychiaterinnen/Psychiater	5,5 %	8,3 %
Versorgung im akutstationären Bereich (pro 100.000 EW, altersstandardisiert)		
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	2.900	2.100
<i>Verletzungen und Vergiftungen</i>	2.700	2.100
<i>Krankheiten des Verdauungssystems</i>	2.500	2.100
<i>Atemwegserkrankungen</i>	1.700	1.200
<i>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</i>	2.200	2.600
<i>Krankheiten des Urogenitalsystems</i>	1.300	1.700
Höhere vom Gesundheitssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (Todesfälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert)	87	63

Legende: je höher der Wert (**fett**), desto höher das potenzielle Gesundheitsrisiko, je niedriger der Wert (**fett und kursiv**), desto geringer das potenzielle Gesundheitsrisiko

Quelle: GÖG / Österreichischer Gesundheitsbericht 2016 / Darstellung: GÖG

Tabelle 5: Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Männern und Frauen

Gesundheitsversorgung	Männer	Frauen
Rehabilitation (stationäre Reha-Aufenthalte pro 100.000 EW, altersstandardisiert)		
<i>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</i>	460	172
<i>Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems</i>	265	195
<i>Erkrankungen des Stoffwechsels und des Verdauungsapparats</i>	133	93
<i>Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats und Rheumatologie</i>	675	825

Gesundheitsversorgung	Männer	Frauen
<i>Onkologische Reha</i>	60	95
<i>Lymphologie-Reha</i>	9	31
Unterbringung ohne Verlangen		
<i>14- bis 17-Jährige</i>	34 %	66 %
<i>18- bis 30-Jährige</i>	59 %	41 %
Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente	44 %	55 %
Einnahme rezeptfreier Medikamente	28 %	40 %

Legende: je höher der Wert (**rot**), desto höher die Inanspruchnahme bzw. Zuweisung

Quelle: GÖG / Österreichischer Gesundheitsbericht 2016 / Darstellung: GÖG

Aufgrund der Übersicht zeigt sich in auffallender Weise, dass bei keinem der angeführten Werte Gesundheit und Krankheit zwischen Frauen und Männern gleich sind. Gesundheit und Krankheit variieren natürlich auch innerhalb von Geschlechtergruppen, junge Männer sind gesünder als alte Männer, Männer mit hohem Einkommen leben deutlich länger als Männer mit niedrigem Einkommen usw., die Effekte verhalten sich wiederum unterschiedlich im Fall von Frauen. Unabhängig davon ist dennoch deutlich sichtbar, welchen relevanten Einfluss das Geschlecht auf Gesundheit und Krankheit hat. Welche multiplen Einflussfaktoren im Einzelnen (pro Indikator) zu den Unterschieden führen, ist bisher mehr oder weniger erforscht. Im folgenden Teil 2 des Berichts werden in Form eines ersten Gender-Schwerpunkts Einflüsse auf Depression und Suizid untersucht und zu möglichen Erklärungsansätzen zusammengeführt.

TEIL 2: SCHWERPUNKT PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Psychische Erkrankungen stellen weltweit für Gesellschaften eine Herausforderung dar. Neben individuellen Folgen psychischer Erkrankungen wie eingeschränkter Lebensqualität und vermindertem Wohlbefinden entstehen auch auf gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Ebene Folgen durch z. B. Produktivitätsausfälle, Behandlungskosten.

Depressionen

Innerhalb des Spektrums psychischer Erkrankungen nehmen Depressionen einen zunehmend hohen Stellenwert ein. Sie gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Weltweit leiden nach aktuellen Schätzungen rund 322 Millionen Menschen, das sind 4,4 % der Bevölkerung, an Depressionserkrankungen. 8 Prozent der österreichischen Bevölkerung (rund 550.000 Personen) haben eine ärztlich diagnostizierte Depression oder geben von sich selbst an, depressiv zu sein. Dies trifft auf Frauen häufiger zu als auf Männer (9,5 % vs. 5,7 %). Der Unterschied bei diagnostizierten Depressionen ist zwischen Frauen und Männern (7,5 % vs. 3,9 %) höher als bei selbsteingeschätzten Depressionen (2,1 % vs. 1,8 %). (Griebler et al. 2017a)

Depressive Erkrankungen können sich in einer Vielzahl von Symptomen manifestieren. Für die Art und Weise der Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe spielen Geschlecht, Alter, psychosoziale Situationen, kulturelle Prägungen und biografische Einflüsse eine zentrale Rolle. Depressionen wirken sich sowohl auf individueller als auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene vielschichtig aus. Die Erkrankung ist ein Einflussfaktor in Bezug auf das Schlaganfall- und Herzinfarktisiko sowie auf Krankheitsverläufe bei Karzinomen, Diabetes und anderen Erkrankungen. In einem gesellschaftlich-ökonomischen Kontext wirken sich Depressionen einerseits auf Therapiekosten aus, in einem deutlich höheren Maß jedoch in den Folgekosten durch Produktionsausfälle, die durch diesbezügliche Krankenstände und Frühpensionierungen verursacht werden. Schätzungen zufolge verursachen Depressionen mit 92 Mio. Euro rund ein Drittel aller Gesamtkosten psychischer Erkrankungen. Depressionserkrankungen sind damit die teuerste psychische und neurologische Erkrankung in Europa (Depressionsbericht 2016, Publikation 2018).

Für Menschen mit einer depressiven Erkrankung kann die folgenschwerste Konsequenz der Suizid sein. Das Risiko eines Suizids ist im Fall einer Depression um das 20-Fache erhöht, und mindestens 50 Prozent aller Suizide werden in Verbindung mit einer depressiven Störung begangen.

Suizide

Laut Suizidbericht 2016 starben im Jahr 2015 in Österreich 1.249 Personen durch Suizid, davon waren 960 Männer und 289 Frauen. Die Gesamtsuizidrate beträgt für das Jahr 2015 14,5

Suizide pro 100.000 Einwohner/Einwohnerinnen (EW). Im Fall von Suizid zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied. Die Suizidrate liegt bei Männern bei 22,7 Suizide pro 100.000 EW und bei Frauen bei 6,6 Fällen pro 100.000 EW.

Zu Suizidversuchen liegen hingegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden und nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Internationale Studien gehen jedoch davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche jene der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt. Demnach kann in Österreich von etwa 12.500 bis 37.500 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Vergiftungen stellen dabei etwa 70 bis 75 Prozent aller Suizidversuche dar. (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017)

Eine in Europa um 5–15 Jahre niedrigere Lebenserwartung von Männern mag zumindest teilweise dadurch bedingt sein, dass sich Männer drei- bis zehnmal häufiger das Leben nehmen als Frauen. Die unter anderem damit zusammenhängende stark verkürzte Lebenserwartung von Männern in Europa ist damit heute eines der wichtigsten Probleme öffentlicher Gesundheit, vor allem in Ländern, die einen dramatischen sozialen Umbruch erleben.

Gender

Aus einer Gender-Perspektive ist in der Fachliteratur beschrieben, dass die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen bei Frauen und Männern gleich hoch ist. Dennoch leiden Frauen und Männer unterschiedlich an psychischen Erkrankungen, und dies aufgrund unterschiedlicher Ursachen und zu anderen Risikozeiten. (Wimmer-Puchinger et al. 2016) Obwohl es im Fall der Lebenszeitprävalenz bei psychischen Erkrankungen keinen nennenswerten Geschlechterunterschied gibt, liegt die Lebenszeitprävalenz, an einer Depression zu erkranken, für Männer bei 12 Prozent und für Frauen bei bis zu 26 Prozent (Depressionsbericht 2016, Publikation 2018). Der Geschlechterunterschied zeigt im Fall von Suiziden das umgekehrte Verhältnis; Männer sterben dreieinhalbmal häufiger an einem Suizid als Frauen.

6. ALLGEMEINE UND GENDERSPEZIFISCHE EINFLUSSFAKTOREN DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT AM BEISPIEL DEPRESSION UND SUIZID

Psychische Störungen wie auch depressive Erkrankungen sind nach aktuellem Forschungsstand als multifaktorielles Geschehen zu verstehen, an dem eine Vielzahl von Einflussfaktoren beteiligt ist. Die Entstehung depressiver Erkrankungen ist nach den Vulnerabilitäts-Stress-Modellen (vgl. Wittchen et al. 2010b) auf ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren zurückzuführen. Eindimensionale Erklärungsmodelle, die ausschließlich auf biologische, psychologische oder soziologische Ursachen verweisen, gelten mittlerweile als überholt. Je nach Fachdisziplin, Forschungs- und Handlungsfeld wird der Fokus auf neurobiologische, psychologische oder soziale Erklärungsansätze gerichtet. In den Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie werden unterschiedliche Erklärungsansätze angewandt, hingegen gibt es nur wenige soziologische Ansätze, die sich mit dem Thema befassen. Erklärungsansätze unterschiedlicher Disziplinen können dabei unterstützen, ein umfassenderes Bild möglicher Ursachen zu entwerfen und den bis dato deutlichen neurobiologischen und psychologischen Schwerpunkt zu ergänzen. (Depressionsbericht 2016, Publikation 2018;(Wittchen et al. 2010a) Mit dem vorliegenden Bericht wird vor allem ein gesundheitssoziologischer Ansatz verfolgt.

In Zusammenhang mit der Erforschung von Einflussfaktoren in Bezug auf ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko rücken seit einiger Zeit chronische Stressoren auf Verhältnisebene in den Fokus. Chronische Arbeitsüberlastung bzw. Stress am Arbeitsplatz und daraus resultierende negative Gesundheitsfolgen sind mittlerweile empirisch belegt. Frauen sind solchen Stressoren im Vergleich zu Männern häufiger ausgesetzt (z. B. Rolle als Mutter, Arbeitnehmerin, Partnerin). Armut, Gewalt (physisch, psychisch, sexuell), Diskriminierung und soziale Exklusion, Arbeitslosigkeit, Doppelbelastung, (z. B. Angehörigenpflege), Einsamkeit sowie Mangel an sozialer oder emotionaler Unterstützung gelten als vorrangige soziale Risikofaktoren. Im Umkehrschluss wirken soziale Beziehungen sowie soziale und emotionale Unterstützung als Schutzfaktoren. Akute Belastungen wie Verlust oder Tod einer wichtigen Bezugsperson oder unverarbeitete Trauer- und Verlusterlebnisse können aus einer bindungstheoretischen Sicht zur Entstehung einer Depression beitragen. (Depressionsbericht 2016, Publikation 2018)

Wie depressive Erkrankungen ist auch Suizidalität als komplexes Wechselspiel aus biologischen, psychologischen, soziokulturellen und umweltbedingten Einflüssen zu verstehen. Mangelnde Zugehörigkeit und erdrückende Belastungen können Suizidgedanken verursachen, müssen jedoch nicht notwendigerweise zu einem Suizid führen. Evidenz eines in den USA durchgeführten Surveys (US National Comorbidity Survey) zeigt unter anderem, dass etwa Depressionen Suizidgedanken auslösen können, jedoch nicht zu Suizidplänen oder -

absichten führen müssen. (O'Connor 2011) Indessen können Störungen in Zusammenhang mit Ängsten/Erregungen oder mangelnder Impulskontrolle (psychologisch) mit Suizidplänen oder -absichten korrelieren und durch einen einfachen Zugang zu Suizidmitteln (z. B. Schusswaffen) zu einem Suizid führen. In O'Connor (2011) wird, bezugnehmend auf die Erforschung von Suizidrisiken, auf die wichtige Differenzierung zwischen Suizidgedanken, Suizidabsichten und ausgeführten Suiziden hingewiesen. Menschen reagieren aufgrund biologischer (genetisch) oder psychosozialer (lerngeschichtlicher) Faktoren auf Belastungen unterschiedlich. Die Entwicklung einer Störung entsteht nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell aufgrund einer Wechselwirkung zwischen erhöhter Vulnerabilität und Stress. Unter der Prämisse dieses Modells können Stressoren (wie zum Beispiel negative Lebensereignisse) zur Entwicklung von Suizidgedanken führen und im Umkehrschluss Schutzfaktoren bzw. Krisenbewältigungsstrategien (z. B. soziale Beziehungen) diese unterbinden. Um Ursachen für suizidales Verhalten zu verstehen, ist es notwendig, über psychiatrische Kategorien hinauszudenken und disziplinübergreifend möglichen Erklärungsansätzen nachzugehen.

Depression und Geschlecht

Eine Untersuchung in den 1990er-Jahren (Gotland Studie; Rihmer et al. 1995) ergab, dass bei Männern mit Depressionen oftmals andere Symptome auftreten – etwa Aggressivität, Irritabilität, Risiko- und Suchtverhalten – als bei Frauen. Negative Befindlichkeiten und Krankheiten sowie klassische Symptome der Depression wie Gedrücktheit, Anhedonie, Antriebsverlust und deren metaphorische Überfrachtung wie Schwäche, Hilfsbedürftigkeit werden eher Frauen zugeordnet und gelten dementsprechend als unmännlich. Aggressivität, Ärger und Feindseligkeit werden als sozial akzeptierte Kodierung männlicher Emotionalität gesehen und nicht mit Depressionssymptomen assoziiert. Diese unterschiedlichen Zuordnungen sind für eine deutliche Unterdiagnose bei Männern und für eine Überdiagnose bei Frauen verantwortlich. (Hausmann et al. 2008)

Genderbezogene soziale Faktoren wirken in Form unterschiedlicher Auslöser (z. B. Verlust sozialer Signifikanz bei Männern, Verlust familiärer Verbundenheit bei Frauen), unterschiedlicher Expositionen (z. B. häusliche Gewalt vor allem bei Frauen), unterschiedlicher sozialer Netzwerke (z. B. größere Diversität, aber weniger soziale Unterstützung bei Männern) sowie unterschiedlicher Bedeutungen sozialer Rollen (z. B. Arbeit als protektiver Faktor vor allem für Männer). Ein endgültiges integratives Modell der genderspezifischen Unterschiede bei depressiven Erkrankungen fehlt aber weiterhin.

Studien zeigen jedoch auch, dass vulnerable Gruppen (z. B. Menschen, mit diversen Geschlechts- und Sexualorientierungen) einem höheren Depressions- und Suizidrisiko ausgesetzt sein können. (Scourfield 2005; Depressionsbericht 2016, Publikation 2018)

Suizid und Geschlecht

Suizide werden deutlich häufiger von Männern verübt, wohingegen Frauen öfter Suizidversuche begehen. Geschlechterunterschiede sind vor allem bei der Wahl der Suizidmethoden festzustellen. Nach einem kontinuierlichen Rückgang von Suiziden seit den 1980er-Jahren begann die Suizidrate mit Beginn der weltweiten Wirtschaftskrise ab dem Jahr 2008 zu stagnieren. Neben diesem sozioökonomischen Einfluss auf die Suizidraten ist auch in dieser Hinsicht der geschlechterspezifische Unterschied festzustellen. Der relative Rückgang von Suiziden ist seit 1986 bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern.³ (vgl. Grabenhofer-Eggerth et al. 2017)

Zu den deutlich geschlechterspezifischen Faktoren zählen in der Fachliteratur Alkoholkonsum als Indikator für ein erhöhtes Suizidrisiko und Religiosität als Schutzfaktor.

Alkohol gilt als dominanter Einflussfaktor bei Suiziden. Ein erhöhtes Suizidrisiko durch eine Abhängigkeitserkrankung und den damit verbundenen regelmäßigen Konsum psychotroper Substanzen (z. B. Alkohol) ist mittlerweile gut dokumentiert. Als bislang männlich dominierte Kulturpraktik gilt der Alkoholkonsum vor allem für Männer in westlichen Industrieländern als Risikofaktor. Laut Watzka (2015) stellt in Österreich die Alkoholabhängigkeit das zahlenmäßig größte Problem unter den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen dar. Der Anteil alkoholkranker Menschen unter den Suizidenten/Suizidentinnen muss als erheblich angenommen werden (vgl. Watzka 2015, 216). Zahlen für Österreich aus dem *Gesundheitsbericht 2016* zeigen, dass Männer nach wie vor deutlich häufiger Alkohol trinken als Frauen (10 % vs. 3 %) beziehungsweise mehr Männer als Frauen alkoholkrank sind (7,5 % vs. 2,5 %). Laut Repräsentativerhebung zu Substanzkonsum (Strizek/Uhl 2016) weisen Männer etwa doppelt so häufig einen problematischen Alkoholkonsum auf wie Frauen. Auch täglicher Konsum wird deutlich häufiger von Männern (21 %) als von Frauen (7 %) berichtet. Dieses Konsumverhalten schlägt sich auch in alkoholassoziierter Morbidität und Mortalität nieder (Uhl et al. 2016): Männer erhalten mehr als doppelt so häufig alkoholassozierte Diagnosen im stationären Versorgungsetting und versterben etwa viermal so häufig wie Frauen an einer alkoholassozierten Todesursache. Obwohl sich mittlerweile der geschlechtsspezifische Unterschied im Missbrauch von Substanzen zunehmend auflöst, da Frauen immer häufiger problematischen Alkoholkonsum aufweisen und Männer zunehmend moderateren Alkoholkonsum zeigen, sind dennoch nach wie vor überwiegend Männer davon betroffen. Daher muss in Zusammenhang von erhöhtem Suizidrisiko und Alkoholkonsum weiterhin von einem

³

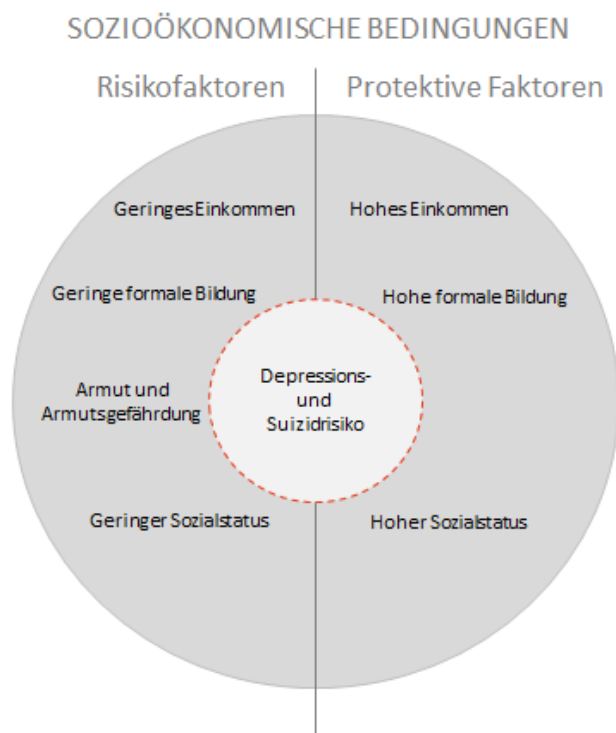
Nachdem der Bericht auf genderbezogene – und damit auch soziokulturell bedingte – Einflussfaktoren der Suizidalität fokussiert, sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass sich Suizidraten und suizidales Verhalten im globalen Kontext, je nach räumlichem Gebiet und kulturellen Bedingungen signifikant unterscheiden können (Scourfield 2005).

vordergründig männlichen Phänomen ausgegangen werden, ein Geschlechtervergleich der Suizidraten bei alkoholkranken Menschen wäre hier jedoch notwendig.

Religiosität gilt in der Fachliteratur als Schutzfaktor bezüglich Suizid. Unabhängig vom Geschlecht wurde in zahlreichen Studien der Zusammenhang zwischen Religiosität und Hoffnung untersucht. Religiosität ermöglicht vielfache Coping-Strategien bzw. Bewältigungsmöglichkeiten, die unter anderem gegen Hoffnungslosigkeit wirksam sein können. Der Glaube an ein glückliches Leben nach dem Tod kann Menschen dabei helfen, Leidenssituationen im Leben wie Scheidung, Arbeitslosigkeit, eine dysfunktionale Familiensituation, Einsamkeit, schwere Erkrankungen, körperliche Beeinträchtigungen etc. auszuhalten. Der Glaube an einen Gott als Ansprechpartner kann ein Schutzfaktor in Hinblick auf Einsamkeit sein. Für Menschen in Armut können ökonomische Belastungen durch Glaubenssätze erträglicher werden, die ihnen eine alternative gesellschaftliche Zugehörigkeit ermöglichen. Ein zentraler Schutzfaktor von Religiosität ist letztlich eine damit verknüpfte negative Einstellung gegenüber Suizid. Selbsttötung ist in den meisten Religionen mit dem Charakter von Schande oder religiösem Fehlverhalten besetzt. Je höher der Grad an Religiosität ist, desto unwahrscheinlicher ist es daher, dass eine Person Suizid begeht. Laut Stack (2000) ist auf Basis vorhandener Studien bei Frauen ein signifikant höherer Grad an Religiosität feststellbar und damit ein höherer Schutzfaktor in Bezug auf Suizid vorhanden. (Stack 2000; Stack 2013) Welche protektiven Gründe im Einzelnen zu einem erhöhten Grad an Religiosität bei Frauen und einem geringeren bei Männern führen, ist in der vorhandenen Literatur jedoch nicht ausgeführt.

6.1. Sozioökonomische Einflüsse

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken sind sozial ungleich verteilt. Innerhalb von Gesellschaften sind sozial benachteiligte Personen gegenüber sozial bessergestellten in der Regel auch gesundheitlich benachteiligt. Diese Menschen haben ein vergleichsweise höheres Risiko, krank zu werden und früher zu sterben. Ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage besteht nicht nur in Entwicklungs- und Schwellenländern, sondern auch in westlichen Ländern mit hohem allgemeinem Lebensstandard und sozialen Absicherungen. (Robert Koch-Institut 2015) Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: Je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung. (Mielck 2011; Richter/Hurrelmann 2009)

Abbildung 3: Sozioökonomische Einflüsse auf Depressions- und Suizidrisiko

Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

6.1.1. Sozioökonomischer Einfluss auf Depression

Auf Basis der Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS) zeigt sich der Zusammenhang sozioökonomischer Faktoren (Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus)⁴ auch mit einem erhöhten Depressionsrisiko. (Klimont/Baldaszi 2015b) Österreicherinnen und Österreicher mit geringer formaler Bildung (Personen mit maximal Pflichtschulabschluss im Alter von 30 und mehr Jahren) weisen eine höhere Erkrankungshäufigkeit auf als solche mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Personen mit einem geringeren Einkommen sind stärker von depressiven Erkrankungen betroffen als Personen mit einem höheren Haushaltseinkommen.

6.1.2. Sozioökonomischer Einfluss auf Suizidalität

Über sozioökonomische Einflüsse auf Suizidraten liegen mittlerweile internationale Studien vor. Als wichtigste sozioökonomische Risikofaktoren für Suizid gelten laut Watzka (2015): Niedriger sozialer Status insgesamt, niedriges Einkommen, niedriger Berufsstatus bzw. Arbeitslosigkeit und niedriges Bildungsniveau. Personen mit sehr hohem Sozialstatus sind jedoch wie-

⁴ In der Fachliteratur werden die Faktoren Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus einer vertikalen Ungleichheit zugeordnet; sie werden im vorliegenden Kapitel dargestellt. Faktoren, die einer horizontalen Ungleichheit zugeordnet werden, sind Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Religionszugehörigkeit, Familiengröße, Wohnort, sexuelle Orientierung usw.; sie werden im vorliegenden Kapitel nicht dargestellt, da sie im Fall von Relevanz an entsprechender Stelle behandelt werden.

derum stärker suizidgefährdet als Bevölkerungsgruppen mit durchschnittlichem Sozialstatus. Nach Watzka (2015) korreliert der Faktor „kollektives Bildungsniveau“ besonders stark mit Suizidraten. In Regionen mit höheren Anteilen von Personen mit Matura- oder Hochschulabschluss sind Suizidraten niedriger als in Vergleichsregionen mit geringem Bildungsniveau⁵. Die geringere Suizidrate von Personen mit höherem Bildungsabschluss ist nach Watzka (2015) auf die niedrigen Suizidraten von Männern mit akademischem Grad zurückzuführen; Frauen mit akademischem Abschluss wiesen in der Studie keinen deutlichen Unterschied zu Nicht-Akademikerinnen auf.

Für gesicherte geschlechtsspezifische Aussagen über den Effekt von Bildung auf das Suizidrisiko liegen noch keine ausreichend langen Beobachtungszeiträume vor; mit den vorhandenen Ergebnissen der Studie dürfte das Bildungsniveau jedoch für Männer einen etwas stärkeren protektiven Charakter haben als für Frauen.

Nach Watzka (2015) lassen sich Effekte des Einkommens in Österreich relativ schwer erheben. Dennoch zeigt sich, dass, basierend auf dem Medianeinkommen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, 60 Prozent der Suizidenten und Suizidentinnen unter dem Medianeinkommen liegen⁶; dies entspricht daher einer Überrepräsentation von Bezieherinnen und Beziehern niedriger Einkommen. Zudem erreichte etwa ein Viertel der Suizidenten und Suizidentinnen gerade einmal die Hälfte des Medianeinkommens. Anhand geringer Fallzahlen lassen sich gesicherte Aussagen über den Einfluss von Einkommen auf das Suizidrisiko nicht tätigen, ebenso wenig sind geschlechterspezifische Unterschiede untersucht. Dennoch kann tendenziell davon ausgegangen werden, dass ein niedriges Einkommen mit einem gesteigerten Suizidrisiko einhergeht.

Der Zusammenhang von Suizidraten und Arbeitslosigkeit geht mittlerweile aus vielen Untersuchungen hervor, so auch aus einer aktuellen weltweiten Studie von Nordt et al. (2015) bzw. der ursprünglichen Studie von Stuckler (2009). Darin wird gezeigt, dass infolge der Wirtschaftskrise 2008 Suizidraten generell gestiegen sind, das mit der Arbeitslosigkeit verbundene Suizidrisiko jedoch insbesondere in Ländern mit niedrigeren Arbeitslosenquoten stark gestiegen ist. Auffallend ist zudem, dass die Suizidraten in diesen Ländern bereits etwa sechs Monate vor einem deutlichen Anstieg der Arbeitslosenquoten stiegen. Dieses Ergebnis deutet auf die in der Literatur beschriebenen möglichen Auswirkungen durch generelle Verunsicherung.

⁵

Watzka (2015) betont, dass der statistische Zusammenhang des Bildungsniveaus mit Suizidraten nach Region keine Aussage darüber ist, ob auf individueller Ebene ein höherer Bildungsabschluss ebenso als Schutzfaktor gegen Suizid wirkt.

⁶

Für die Erhebung ist das Bruttomedianeinkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Steiermark im Jahr 2007 laut Sozialversicherungsträgern für die Steiermark herangezogen; das waren zu diesem Zeitpunkt EUR 2.088,-.

cherungen hin wie etwa Arbeitsplatzunsicherheit (z. B. durch Teilzeitforderungen, Ankündigungen von Kurzarbeit ...), zusätzlichen Stress am Arbeitsplatz durch gesteigerten Arbeitsdruck, Angst vor einer unsicheren Zukunft etc. (vgl. Kapitel 6.2). Suizidraten aufgrund von Arbeitslosigkeit stiegen demnach besonders stark in Ländern mit einer langjährigen wirtschaftlichen und sozialen Stabilität. Geschlechterspezifische Effekte konnten laut Nordt et al. (2015) anhand der untersuchten Daten nicht festgestellt werden, obwohl in den meisten vergleichbaren Untersuchungen Männer in Verbindung mit Arbeitslosigkeit ein höheres Suizidrisiko aufweisen als Frauen.

6.1.3. Armut

Armut und Gesundheit stehen in einem lange bekannten und vielfach belegten Zusammenhang. Nicht nur erhöht eine schlechte Gesundheit oder eine Krankheit das Risiko zu verarmen (soziale Selektionsthese), auch umgekehrt bewirkt Armut eine schlechtere Gesundheit. Neben einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronische Erkrankungen besteht auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Armut und einem erhöhten Depressionsrisiko (Lampert/Kroll 2010). In Österreich sind nach EU-SILC-Daten für das Jahr 2016 Frauen überdurchschnittlich oft von Armut betroffen oder armutsgefährdet. Sie stellen rund 42 Prozent aller von Armut- und Ausgrenzung Betroffenen (Männer: 35 %, Kinder: 23 %). Die Armutsgefährdungsquote liegt für Alleinerziehende insgesamt bei 30 Prozent, ohne Erwerbsbeteiligung bei 67 Prozent. Durch Erwerbsbeteiligung sinkt die Quote zwar, ist mit 21 Prozent jedoch immer noch sehr hoch. (Statistik Austria 2017)

Die zunehmende Teilnahme von Frauen am Erwerbsleben kann sich aufgrund der damit verbundenen Chancen wie etwa der finanziellen Absicherung und Unabhängigkeit prinzipiell gesundheitsfördernd auswirken⁷. Doch auch wenn die Erwerbstätigenquote bei Frauen steigt, sind sie dennoch einem deutlich höheren Armutsrisiko ausgesetzt als Männer. Wie im Kapitel 6.3 ausgeführt, tragen sie zudem die Mehrfachbelastungen durch die unentgeltlichen familienbezogenen Arbeiten wie Kindererziehung, Familien-, Haus- und Pflegearbeit. Ein vergleichbares Ausmaß der Doppelbelastung durch Berufs- und Familienarbeit ist bei Männern nach wie vor nicht zu konstatieren. Für Frauen kommt häufiger der Effekt hinzu, dass sie durch ihre Einkommen keine ausreichende Existenzsicherung haben. (Merbach/Brähler 2016; Möller-Leimkühler 2010)

6.2. Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung, insbesondere Erwerbsarbeit, stellen durch Einkommen in erster Linie die Grundlage der finanziellen Existenzsicherung dar. Sie stehen jedoch gleichermaßen in direktem Zusammenhang mit Faktoren wie Sinnstiftung, sozialer Signifikanz, Selbstver-

⁷

Im Jahr 2014 lag laut Gesundheitsbericht Österreich 2016 die Erwerbstätigenquote der Frauen bei 67, jene der Männer bei 75 Prozent (vgl. auch Kapitel 5, Tabelle 2).

wirklichkeit, Autonomie, sozialen Kontakten, Anerkennung und gesellschaftlichem Status, die für Menschen eine wichtige gesundheitliche Ressource sind. Erwerbsarbeit kann zugleich aber auch Ursache von Belastungen, Stress und Unsicherheiten sein, die gesundheitliche Risiken darstellen. Aufgrund der sozialen Funktion und finanziellen Absicherung ist sie jedoch für beide Geschlechter ein bedeutender gesundheitlicher Faktor.

Dauerhaft arbeitsunfähige sowie arbeitslose Personen weisen häufiger eine (diagnostizierte) De-pression auf als Erwerbstätige, ausschließlich haushaltsführende Personen oder Pensionistinnen und Pensionisten. Umgekehrt erschwert eine depressive Erkrankung die Teilnahme am Bildungsprozess sowie am Arbeitsmarkt. (vgl. Klimont/Baldaszi 2015b) Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich anhand der ATHIS-Daten nicht. In Kapitel 6.2 werden jedoch erweiterte Erklärungsansätze hinsichtlich geschlechterbezogener Unterschiede im Rahmen von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen ausgeführt.

Abbildung 4: Einflussfaktoren von Arbeit und Beschäftigung in Hinblick auf das Depressions- und Suizidrisiko



Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

Als generelle Einflussfaktoren in Bezug auf ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko sind in der Literatur neben Arbeitslosigkeit vor allem Stressfaktoren genannt, die in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz stehen (Arbeitsdruck und Arbeitsüberlastung), und Mehrfachbelastungen, die aufgrund des Nebeneinanders von Berufs- und Familienarbeit entstehen. Als weitere mögliche Stressfaktoren sind atypische Beschäftigungsverhältnisse zu nennen, und

zwar aufgrund des damit öfter einhergehenden erhöhten Armutsrisikos (s. Kapitel 6.1) sowie infolge ebenfalls dadurch häufig entstehender Mehrfachbelastungen (z. B. mehrere Jobs).

Während bei Frauen ein höheres Armutsrisiko und Mehrfachbelastungen zu einem gesteigerten psychischen Gesundheitsrisiko führen, ist bei Männern insbesondere die Erwerbsarbeit durch die starke Verknüpfung mit sozialer Signifikanz und der nach wie vor aufrechten Rolle als Familienernährer ein Einflussfaktor, der zu krisenhaften Situationen führen kann (vgl. Kapitel 6.3). Durch eine starke Fokussierung auf berufliche Gratifikationen kann für Männer häufiger als für Frauen bereits das Ausbleiben beruflicher Aufstiege – umso mehr Misserfolge oder Arbeitslosigkeit – zu Krisen führen. Der Zusammenhang von Gratifikationskrisen⁸ in der Arbeit mit körperlichen Erkrankungen sowie mit psychischen Beeinträchtigungen ist empirisch vor allem bei Männern gut belegt. (Faltermaier/Hübner 2016, 51) In Verbindung mit Erwerbstätigkeit und sozialer Signifikanz zeigt sich in der Fachliteratur zudem, dass es für Menschen nicht nur wichtig ist, erwerbstätig und erfolgreich zu sein, sondern sich selbst im Vergleich zu anderen auch als erfolgreich einzuordnen. Laut Scourfield (2005) ist etwa (vor allem bei jungen Männern) ein erhöhtes Suizidrisiko in Zusammenhang mit gesteigerten Sozialvergleichen festzustellen⁹.

6.2.1. Arbeitsplatzbezogener Stress

Arbeitsbezogene Belastungen führen aufgrund unterschiedlicher Ursachen bei Frauen und Männern zu einem erhöhten Depressionsrisiko – und vor allem bei Männern auch zu einem höheren Suizidrisiko. Frauen und Männer sind in unterschiedlichen Branchen und Berufen erwerbstätig (horizontale Segregation) und haben in Organisationen häufig unterschiedliche Positionen (vertikale Segregation). Die Geschlechtersegregation am Arbeitsmarkt führt durch unähnliche berufsbedingte Einflüsse zu geschlechterabhängigen Ungleichheiten sowie ungleichen gesundheitlichen Konsequenzen. (Babitsch/Götz 2016; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014)

⁸

Eine Gratifikationskrise entsteht nach dem Modell von Siegrist (2015) dann, wenn ein Ungleichgewicht zwischen dem Arbeitsengagement (Anforderungen, eigene Ansprüche, Verausgabebereitschaft) und der Belohnung bzw. Anerkennung (Lohn oder Gehalt, soziale Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit, Weiterentwicklung) wahrgenommen wird. (Möller-Leimkühler 2016)

⁹

Grund dafür ist, dass Sozialvergleiche psychosoziale Anpassungsleistungen erfordern, um mit wahrgenommenen Differenzen umgehen zu können. In Untersuchungen wurde festgestellt, dass die Aufrechterhaltung eines Vortäuschens eines besseren beruflichen Status aus Angst vor Ehrverlust vor Familienmitgliedern zu einer irgendwann nicht mehr umsetzbaren Anpassungsleistung führen kann. Die Nicht-Kommunikation von Versagen im Sinne männlicher Erfolgsstereotype (z. B. beruflicher Erfolg) kann demnach letztlich zu Suizid führen (vgl. auch Kapitel 6.4; Scourfield 2005).

Psychische und körperliche Belastungen können je nach Tätigkeit, Berufsstatus, Branche, Berufserfahrung und persönlichen Lebenskompetenzen unterschiedlich ausgeprägt sein. Berufliche Tätigkeiten mit großen Entscheidungsspielräumen, Gratifikationen, Sinnerleben, Kommunikationsmöglichkeiten und sozialer Unterstützung wirken eher positiv auf die psychische Gesundheit. Erhöhte Arbeitsbelastungen korrelieren hingegen deutlich mit unfall- und krankheitsbedingten Fehlzeiten. Erwerbstätige Frauen und Männer mit niedrigem Berufsstatus sind in der Regel stärker Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben zugleich geringere Ressourcen, um diese gut zu bewältigen.

Zu arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren gehören zunehmend steigende Anforderungen in Bezug auf Flexibilität, Erreichbarkeit, steigenden Zeitdruck, aber auch Ursachen wie Mobbing. Verfügen Personen nicht über ausreichende Ressourcen, um besondere Anforderungen über einen längeren Zeitraum frei von Beschwerden zu bewältigen – d. h. fehlen passende Coping-Strategien – wirkten sich die Belastungen in Form eines erhöhten Depressions- und Suizidrisiko aus.

Nach dem *Österreichischen Gesundheitsbericht 2016* (Griebler et al. 2017b) waren im Jahr 2013 38 Prozent der Erwerbstätigen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen. Männer berichten demnach häufiger davon als Frauen (41 % vs. 35 %).

6.2.2. Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse

Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse zählen zu einer weiteren Form möglicher Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können und aufgrund der damit einhergehenden Stresssituationen ein erhöhtes Depressionsrisiko entwickeln können. Zu den atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Teilzeitbeschäftigung ist insbesondere dann armutsgefährdend, wenn sie in Niedriglohnbranchen stattfindet. Negative Auswirkungen auf die Gesundheit werden vor allem durch unfreiwillige Teilzeitarbeit verursacht, wohingegen sich Teilzeitarbeit durchaus förderlich auf die Gesundheit auswirken kann, wenn sie freiwillig gewählt ist und zu keiner existenzgefährdenden Einkommenssituation führt. Atypisch Beschäftigte zählen jedoch generell zur Gruppe mit erhöhter Armutsgefährdung, da ihre Jobs meist mit einem niedrigen Einkommen in Verbindung stehen. Ein geringes Wochenstundenausmaß im Fall von Teilzeitarbeit, unsichere Arbeitsverhältnisse (Befristungen, keine Anstellung, sondern z. B. freie Dienstnehmerverträge, Leiharbeitsverträge, Werkverträge) und Jobs in Niedriglohnbranchen führen in Kombination häufig zu einer Situation, in der sich trotz Erwerbstätigkeit der Lebensunterhalt nicht bestreiten lässt und aufgrund niedriger Einkommen und lückenhafter Versicherungszeiten minimale Pensionsansprüche entstehen. Eine entsprechende Lebenssituation lässt für Frauen und Männer weder einen existenzgesicherten Lebensalltag noch eine sichere Zukunftsplanung zu.

Laut *Österreichischem Gesundheitsbericht 2016* waren im Jahr 2014 von den knapp ein Drittel atypisch Beschäftigten 76 Prozent Frauen und 24 Prozent Männer, in Normalarbeitsverhältnissen standen hingegen nur 35 Prozent Frauen, aber 65 Prozent Männer. (Griebler et al. 2017b)

6.2.3. Arbeitslosigkeit

Der Effekt von Schutz- und Risikofaktoren in Zusammenhang mit Arbeit und Beschäftigung ist vielschichtig. Gesichert und vielfach belegt ist der Effekt, dass Arbeitslosigkeit bzw. drohender Arbeitsplatzverlust höhere Suizidraten hervorruft. Arbeitslosigkeit gilt als signifikanter Risikofaktor für Depression und Suizid. Psychische Erkrankungen bzw. Depressionen erschweren wiederum umgekehrt den Weg aus der Arbeitslosigkeit in die Erwerbstätigkeit. Arbeitslose Frauen und Männer sind zur Existenzsicherung auf Arbeitslosengeld oder andere soziale Unterstützungen angewiesen, oft auch auf die Unterstützung durch Angehörige. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, desto mehr steigt das Armuts- und damit das Depressions- und Suizidrisiko.

Langzeitarbeitslosigkeit birgt ein besonderes Risiko, da damit auch der Rückgang sozialer Unterstützung und gesellschaftliche Stigmatisierungen in Verbindung stehen. Gegenüber Erwerbstätigen ist der Handlungsspielraum arbeitsloser Personen für autonome Entscheidungen stark minimiert. Arbeitslosigkeit führt vor allem zu Statusverlust, zur Abnahme sozialer Beziehungen, wobei gesellschaftliche Stigmatisierungen psychosoziale Belastungen meist zusätzlich verstärken.

Arbeitslosigkeit sowie bereits drohender Arbeitsplatzverlust gelten als Stress auslösende Ereignisse, die aufgrund der damit einhergehenden Belastungen relevante Einflussfaktoren in Bezug auf die psychische Gesundheit sind und zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014)

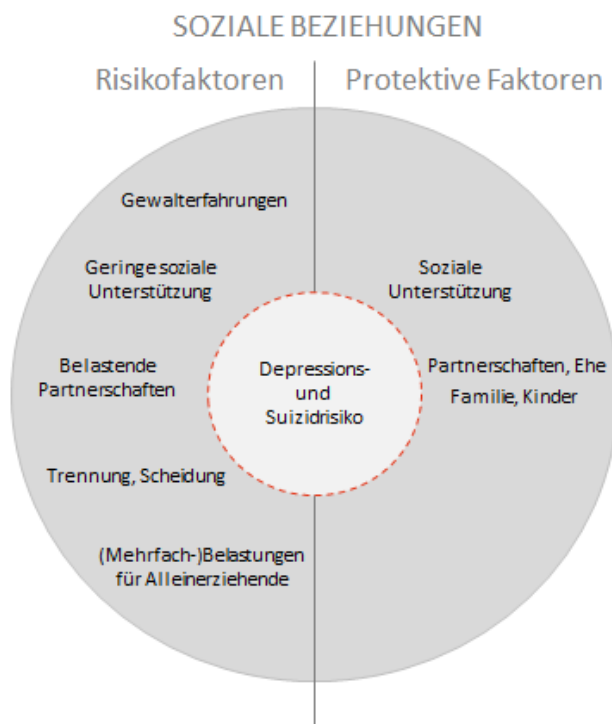
In Österreich sind Männer häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Frauen (vgl. Kapitel 6; Statistik Austria 2014). Sie sind im Fall von Arbeitslosigkeit vermutlich auch häufiger als Frauen mit einem geschlechterstereotypen Erwartungsdruck konfrontiert, der zusätzlich zu den existenziellen Sorgen Stress auslösen kann. Während bei Frauen öfter die deutlich höhere Armutsgefährdung als Risikofaktor in den Vordergrund tritt, dürfte bei Männern nach wie vor der Verlust der sozialen Signifikanz verstärkend auf das Depressions- und Suizidrisiko wirken.

Obwohl in Österreich Frauen von Arbeitslosigkeit in geringerem Ausmaß betroffen sind, wirkt diese bei ihnen auf individueller Ebene ähnlich risikoverstärkend auf Depressionen wie bei Männern.

6.3. Soziale Beziehungen

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt zeigt sich sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Internationale Studien fanden Zusammenhänge zwischen Sozialkapital und Mortalität, Suiziden und der selbsteingeschätzten Gesundheit. (Siegrist et al. 2009) Die Möglichkeit, auf soziale Unterstützung zurückgreifen zu können, spielt insbesondere im Fall von psychosozialen Belastungen und Hilfsbedürftigkeit eine wichtige Rolle.

Abbildung 5: Einflussfaktoren sozialer Beziehungen in Hinblick auf das Depressions- und Suizidrisiko



Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

6.3.1. Partnerschaftsformen

Partnerschaftsformen wirken sich – statistisch – seit Jahrzehnten in einer signifikanten unterschiedlichen Sterblichkeit aus. Verheiratete Personen oder Personen in einer festen Beziehung sind statistisch gesünder als grundsätzlich alleinlebende Personen. Oft wird in Studien darauf verwiesen, dass verheiratete Männer eine geringere Sterblichkeit aufweisen als nichtverheiratete Männer. Der Unterschied zwischen verheirateten und unverheirateten Frauen fällt hingegen geringer aus. Für den positiven Einfluss stabiler Partnerschaften auf die (psychische) Gesundheit gibt es vielseitige Erklärungsversuche, die sich grob in die Selektionshypothese und die Protektionshypothese einteilen lassen. Nach der Selektionshypothese finden psychisch und physisch gesunde Menschen eher Partner bzw. Partnerinnen, die mit ihnen langfristig zusammenbleiben. Nach der Protektionshypothese hat eine gesunde und stabile Partnerschaft einen günstigen Einfluss auf das Wohlbefinden aufgrund mehrerer Ein-

flussfaktoren: Die stabile Ehe/Partnerschaft erfüllt als enges und vertrautes Netzwerk eine soziale Funktion, die sich regulativ auf das Gesundheitsverhalten auswirkt, da Partner bzw. Partnerinnen sich in ihrem Gesundheitsverhalten einander anpassen. Dieser Effekt ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen, da Frauen in der Regel bereits vor der Eheschließung gesünder leben als Männer. Zudem verfügen zusammenlebende Paare im Schnitt über mehr finanzielle Ressourcen – was tendenziell protektiv wirkt –, da sie häufig zwei Einkommen haben und sich alltägliche Ausgaben teilen können. (Höpflinger 2016; Watzka 2015)

Männer und Frauen erleben Partnerschaft und Familie unterschiedlich. Laut Watzka (2015) zeigen seit dem 19. Jahrhundert Untersuchungsergebnisse, dass sich im Fall des Suizidrisikos der Status der Ehe sowohl bei Männern als auch bei Frauen, statistisch gesehen, schützend auswirkt. Für Männer folgt Trennungen oder Scheidungen öfter als bei Frauen ein erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko. Zu den zunehmend dominierenden beruflichen Stressfaktoren kommen bei Männern außerdem häufiger private Stressfaktoren infolge erhöhter Trennungsbereitschaft seitens der Frauen hinzu. (Möller-Leimkühler 2010, 14)

Die Interpretation solcher Gesundheitsunterschiede ist allerdings nicht einfach, da der Zusammenhang zwischen Lebensform und Gesundheit wechselseitiger Art sein kann. Dazu kommt, dass Assoziationen zwischen Lebensformen, Geschlechterrollen und Gesundheitsvariablen kontextspezifisch variieren können, ebenso wie die inhaltliche Bedeutung des formalen Familienstandes. In Höpflinger (2016) wird in diesem Zusammenhang die noch nicht ausreichend beforschte Frage aufgeworfen, inwiefern die formale Lebensform eine bedeutende Auswirkung auf die Sterblichkeit hat, oder ob eher die damit in Verbindung stehenden sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen die beeinflussenden Faktoren sind¹⁰. (Höpflinger 2016; Möller-Leimkühler 2010; Staiger 2016) Generell wird zum jetzigen Zeitpunkt nach wie vor von eher positiven Effekten einer Ehe bzw. Partnerschaft für Männer ausgegangen, es mangelt jedoch an Erklärungsansätzen zur Beantwortung der Fragen, worin die Effekte im Detail zu finden sind und welche negativen Einflussfaktoren in Partnerschaften auf Frauen und Männer wirken.

6.3.2. Belastungen für Alleinerziehende

Alleinerzieherinnen und Alleinerzieher sind von Herausforderungen, die den physischen und psychischen Gesundheitszustand erheblich beeinflussen, besonders betroffen. Während des letzten Jahrhunderts haben in den westlichen postindustriellen Gesellschaften drei große sozialstrukturelle Verschiebungen die Stressquellen vor allem für Frauen vermehrt, dazu

¹⁰

Nach Höpflinger (2016) leiden viele Daten zu diesem Thema darunter, dass nur grobe, formal definierte Gruppen verglichen werden wie zum Beispiel Verheiratete und Nichtverheiratete. Damit werden jedoch mögliche Differenzen der Intragruppen nicht erfasst, obwohl die darin vorkommenden Differenzen (z. B. Effekte des sozioökonomischen Status innerhalb der Gruppe geschiedener Frauen) bedeutsamer sein könnten als jene der Intergruppen.

zählt: die Veränderung von Familien- und Arbeitsstrukturen, die mit einer Zunahme der Anzahl alleinerziehender Frauen einhergeht, die häufig auch die alleinige ökonomische und erzieherische Verantwortung tragen¹¹. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ist für alleinerziehende Frauen aufgrund der mit ihrer Lebensform einhergehenden Mehrfachbelastungen und des ökonomischen Drucks deutlich höher als für alleinerziehende Männer. Vor allem der ökonomische Faktor dürfte dabei zentral sein. In Staiger (2016) wird gezeigt, dass insbesondere das Vorhandensein finanzieller Ressourcen einen bedeutenden Einfluss darauf hat, wie negativ – oder positiv – die gesundheitlichen Auswirkungen auf Alleinerzieherinnen sind.

6.3.3. Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen¹² im privaten und öffentlichen Raum zählen zu den weltweit größten Gesundheitsrisiken, vor allem für Frauen und Kinder (Rüweler et al. 2016). - Weltweit – aber nicht zuletzt auf Grund kultureller Unterschiede im Hinblick auf die Gleichberechtigung von Frauen und Männern in unterschiedlichem Ausmaß - werden Frauen körperlich und seelisch misshandelt, vergewaltigt, bedroht und kontrolliert.

Frauen sind häufiger Opfer von Gewalterfahrungen in Paarbeziehungen als Männer. So wurden beispielsweise 1998 in den Vereinigten Staaten 7,7 von 1000 Frauen und nur 1,5 von 1000 Männern Opfer von Gewalt in intimen Beziehungen. Die meisten internationalen Untersuchungen gehen davon aus, dass 14 bis 25 Prozent der Frauen mindestens einmal in ihrem Leben vergewaltigt werden. Nach einer EU-weiten Erhebung in 28 EU-Mitgliedstaaten (FRA 2014) hat jede dritte Frau in der EU seit dem Alter von 15 Jahren eine Form körperlichen oder sexuellen Übergriffs erlebt – das sind 62 Millionen Frauen.

Eine mögliche Erklärung der Geschlechterunterschiede in den Prävalenzen von affektiven, Angst- und somatoformen Störungen ist, dass sowohl körperliche als auch sexuelle Gewalterfahrungen zu einer höheren Rate internalisierter Störungen führen (v. a. Rückzug und Isolation, Depression, Angststörungen, soziale Beeinträchtigungen, Substanzgebrauch). Auch Ergebnisse der Psychotraumatologie zeigen, dass es infolge eines erlebten Traumas häufig zu Depressionen oder Angststörungen kommt. In diesem Zusammenhang konnte gezeigt wer-

¹¹

In Österreich lag im Jahr 2016 der Anteil von Frauen unter den Alleinerziehenden bei 84 Prozent (Statistik Austria, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2016).

¹²

Trotz der Relevanz des Themas liegt bisher keine einheitliche Definition von Gewalt vor. Für den vorliegenden Bericht wird die WHO-Definition verwendet, nach der Gewalt definiert ist als der „absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder psychischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO 2002).

den, dass 35 Prozent der Geschlechterdifferenz bei Depressionen den höheren Raten des sexuellen Missbrauchs von Mädchen zuzuschreiben ist.

Aussagekräftige Studien über Männer als Gewaltopfer liegen bisher kaum vor. Aus den vorhandenen Quellen geht jedoch hervor, dass Männer nicht nur in etwa 70 Prozent der Gewaltfälle die Gewalttäter sind, sondern auch häufig Gewaltopfer werden. Das Fehlen öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussionen zum Thema „Gewalt und Männer“ trägt vermutlich dazu bei, dass in Selbstkonzepten von Männern Erfahrungen als Gewaltopfer nicht vorhanden sind. Erzählungen darüber werden dadurch erschwert, dass sie mit Scham und Stigma verbunden sind. (Merbach/Brähler 2016; Wimmer-Puchinger et al. 2016)

Laut Scourfield (2005) zeigt sich in epidemiologischen Studien vor allem bei (vorwiegend jungen) homosexuellen und bisexuellen Männern ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko, das unter anderem auf Gewalterfahrungen zurückzuführen ist. Auf Basis der sozialwissenschaftlich fokussierten Erhebungen der Studien ist das höhere Risiko verstärkt im Kontext von psychosozialen Druck zu verstehen. Laut Plöderl, Martin (2016) fallen darunter Belastungsfaktoren wie erlebte oder befürchtete Diskriminierung oder Gewalt, Stress, verbunden mit der Geheimhaltung der sexuellen Orientierung bzw. der Transidentität oder Intersexualität, die bewusste oder unbewusste Ablehnung, LGBTI zu sein, aber auch Bullying, das bei Jugendlichen sehr häufig in der Schule passiert. Das erhöhte Suizidrisiko bei LGBTI-Jugendlichen kann heute gut durch das Minoritätenstress-Modell von Ilan Meyer erklärt werden. Das Modell unterteilt Minoritätenstress in distale Stressoren (konkret erlebte Diskriminierung und Gewalt) und proximale Stressoren (Angst vor Diskriminierung, Verheimlichung der sexuellen Orientierung, internalisierte Homophobie). Minoritätenstress und allgemeine Stressoren zusammen wirken risikoverstärkend für psychische Erkrankungen und Suizidalität. (Plöderl, M et al. 2009).

Gewalterfahrungen tragen demnach sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko bei. Frauen sind nach aktuellen Daten überdurchschnittlich häufiger davon betroffen. In Zusammenhang mit Gewalterfahrungen von Männern und ihren gesundheitlichen Auswirkungen besteht jedoch noch Forschungsbedarf an Untersuchungen.

6.3.4. Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist dann gegeben, wenn Menschen auf ein Netz sozialer Beziehungen für Hilfeleistungen zurückgreifen können. Der Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Mortalität sowie Suiziden ist durch internationale Studien belegt (Siegrist et al. 2009). Der Verlust sozialer Beziehungen geht oft mit Isolation und Vereinsamung einher, dadurch gehen soziale Ressourcen verloren, was zur Verschlechterung oder Chronifizierung einer Depression führen kann. Nach Ergebnissen des *Österreichischen Gesundheitsberichts 2016* beeinflussen vor allem Bildung und Einkommen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben

und zu bekommen. Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (58 % vs. 42 %). Menschen mit höheren Einkommen (30 Jahre und älter) erhalten deutlich häufiger ein hohes Unterstützungsausmaß als Menschen im untersten Einkommensbereich (61 % vs. 47 %). Nach (Merbach/Brähler 2016) steht soziale Unterstützung in Verbindung mit Erwerbsarbeit, Einkommen und Status, Frauen können durch ihre häufig schwächere gesellschaftliche Position darauf jedoch in geringerem Ausmaß zurückgreifen als Männer. Dies führt dazu, dass Männer eher auf den protektiven Effekt zurückgreifen können, bei Frauen das nichtausreichende Unterstützungsausmaß eher zu einem verstärkenden Einfluss auf das Depressionsrisiko wirkt. (Siegrist et al. 2009; Depressionsbericht 2016, Publikation 2018)

6.4. Gesundheitsrelevantes Verhalten und Lebenskompetenzen

Eine große Rolle für die Erklärung unterschiedlicher Krankheitsrisiken spielen die Geschlechterunterschiede im Gesundheits- (z. B. Ernährung, Bewegung), Risiko-¹³ (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, riskante Sportarten) sowie im Präventions- und Krankheitsverhalten (z. B. Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen etc.). Solches Verhalten wird maßgeblich durch Geschlechterrollen und -stereotype beeinflusst. Stereotypes Rollenverhalten wirkt sich zum Teil direkt auf das gesundheitsgefährdende oder -fördernde Verhalten aus, etwa dann, wenn es klare „Gebote“ oder „Verbote“ gibt, z. B. im Fall kollektiven Alkoholkonsums oder riskanten und schnellen Autofahrens in bestimmten männlichen Populationen. Hingegen befördert die mediale Verbreitung eines Schönheitsideals unnatürlicher Dünnheit die Entwicklung von Essstörungen bei Mädchen. Seit einigen Jahren zeigt sich allerdings auch eine, wenngleich nicht gesundheitsförderliche, Angleichung im Verhalten der Geschlechter wie beispielsweise beim Konsum von Tabak und Alkohol¹⁴. Beides geht mit Veränderungen weiblicher Rollen einher. (Sieverding/Kendel 2012) Welches Verhalten und welche Lebenskompetenzen Menschen entwickeln, hängt maßgeblich von der Entwicklung ihres Selbstbildes, ihrer Sozialisation sowie ihres Umfeldes und von den ihnen damit zur Verfügung stehenden Ressourcen ab.

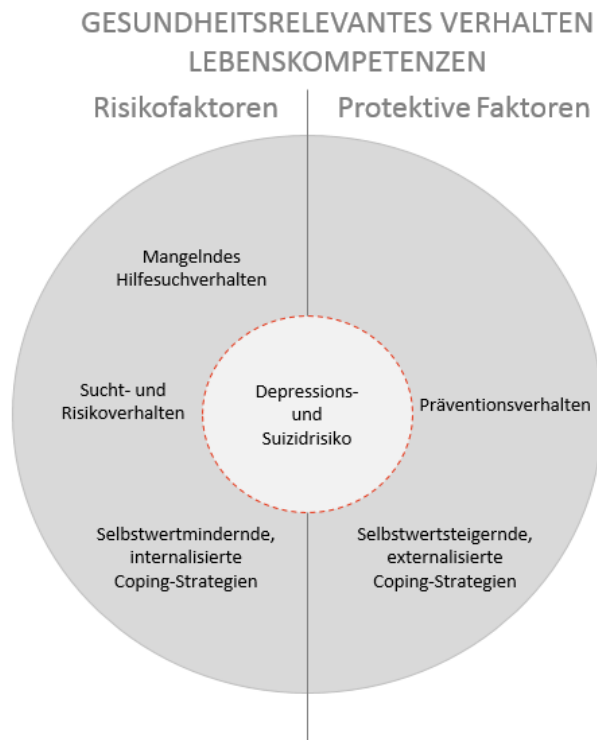
¹³

Der Begriff des Risikoverhaltens bezieht sich auf Verhaltensweisen, Handlungen und Gewohnheiten, die die Wahrscheinlichkeit einer spezifischen Erkrankung erhöhen. (Faltermaier/Hübner 2016)

¹⁴

Bei Mädchen/Frauen ist ein deutlicher Anstieg von Tabak- und Alkoholkonsum feststellbar (vgl. Griebler et al. 2017a).

Abbildung 6: Einflussfaktoren durch Gesundheitsverhalten und Lebenskompetenzen in Hinblick auf das Depressions- und Suizidrisiko



Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

6.4.1. Selbstbild – Lebenskompetenzen

Die Entwicklung eines Selbstbildes steht in engem Zusammenhang mit dem Selbstwert von Menschen. Als Selbstwert wird das positive Verhältnis einer Person zu sich selbst, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, bezeichnet (Wimmer-Puchinger et al. 2016). Zwischen Frauen und Männern ist der Selbstwert häufig unterschiedlich ausgeprägt. In Wimmer-Puchinger et al. (2016) wird darauf verwiesen, dass Männer bereits im Jugend- und jungen Erwachsenenalter einen höheren Selbstwert aufweisen als Frauen. Frauen schätzen sich z. B. in ihrer beruflichen Selbstwirksamkeit geringer ein als Männer. Zwischen Selbstwert, Selbstbild, Rollenbildern und Sozialisation findet eine starke Wechselwirkung statt. Während Frauen häufiger internalisierende, selbstwertmindernde Coping-Strategien aufweisen, entwickeln nach Möller-Leimkühler (2010) Männer häufiger selbstwertsteigernde und externalisierende, problemfokussierte Coping-Strategien. Stress wird, wie bereits mehrfach beschrieben, von Männern eher durch Aggressivität sowie ein erhöhtes Risiko- und Suchtverhalten verarbeitet. Sie weisen eine besondere Anfälligkeit für Stressoren auf, die ihren Sozialstatus bedrohen, und reagieren eher mit sozialem Rückzug, der gegenüber anderen oft dementiert wird (vgl. Kapitel 6.2 und 6.3).

Einfluss auf Depressionen

Das Depressionsrisiko steigt nach Möller-Leimkühler (2010), je höher die Selbstaufmerksamkeit ist. Diese ist bei Frauen oft stärker ausgeprägt als bei Männern. Eine geringere Wahrnehmung von Körpersignalen geht mit einer höheren Symptomtoleranz einher, durch die es bei Männern – in Bezug auf Depressionen – zu einem gewissen Schutzeffekt kommt. Da Männer Körpersignale und Beschwerden häufiger eher ausblenden oder bagatellisieren, kommt es bei ihnen aber auch öfter zu einer Vermeidung medizinischer Konsultationen, einer verminderten Nutzung von Angeboten der Früherkennung und Gesundheitsförderung sowie zu der verharmlosenden Beschreibung von Beschwerden gegenüber medizinischen Akteurinnen und Akteuren und damit seltener oder später zu einer Behandlung.

(Faltermaier/Hübner 2016; Möller-Leimkühler 2010)

Einfluss auf Suizid

Studien im westlichen soziokulturellen Kontext zeigen, dass für Suizide von Männern eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz vorhanden ist als für jene von Frauen. Männer benützen häufiger drastische Suizidmethoden als Frauen. Erfolgreiche Suizide werden eher als unmännlich gesehen, wohingegen erfolgreiche Suizide mit traditionell männlichen Attributen (Kontrolle, Autonomie) versehen werden. Erwartungshaltungen in Bezug auf suizidales Verhalten (z. B. Wahl der Suizidmethode) beeinflussen vermutlich sowohl das Verhalten/Handeln suizidgefährdeter Männer und Frauen als auch die Erstellung von Gutachten durch Gerichtsmedizinerinnen und -mediziner. Es bestehen kulturelle Assoziationen zu Suizid wie die teilweise historisch begründete Vorstellung eines ehrenhaften Todes für Männer oder auch Glamour-Effekte durch Suizide in der Popkultur (z. B. jenen Kurt Cobains) oder unter Celebrities.

(Scourfield 2005) Inzwischen wurden in Zusammenhang mit Selbstbildern und daraus folgenden Verhaltensweisen auch für Frauen einzelne Indikatoren für erhöhtes Suizidrisiko erhoben. In sieben großangelegten Mortalitätsstudien wurde festgestellt, dass etwa Frauen ein zwei- bis dreifach höheres Suizidrisiko aufweisen, nachdem sie sich zur Optimierung ihres Äußeren anhand medial verbreiteter Schönheitsideale einem körperästhetischen Eingriff unterzogen haben. Zudem ist Suizid eine häufige Todesursache bei Essstörungen, von denen nach wie vor Frauen öfter betroffen sind. (Wimmer-Puchinger et al. 2016)

6.4.2. Hilfesuchverhalten

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrer Risikowahrnehmung nach Faltermaier/Hübner (2016) zwar nicht grundlegend, sie stufen jedoch wahrgenommene Risiken und Verhaltensweisen unterschiedlich ein – und handeln auch unterschiedlich. (Faltermaier/Hübner 2016) Frauen scheinen häufiger eine höhere Aufmerksamkeit für körperliche Belange zu haben. Sie berichten häufiger von Beschwerden, nehmen Körpersignale besser wahr und werden eher gesundheitserhaltend aktiv als Männer. Das Aufsuchen eines Arztes / einer Ärztin dürfte bei Frauen zudem weniger mit der Vorstellung eines dadurch bedingten Autoritätsverlustes verbunden sein (Merbach/Brähler 2016). Männer hingegen

neigen eher zur Instrumentalisierung ihres Körpers und bringen diesen eher mit Leistungsfähigkeit als mit Wohlbefinden in Verbindung. Eigenschaften, die traditionell eher Männern zugeordnet werden (u. a. der Fokus auf Erfolg, Leistung und Kontrolle) stehen im Konflikt mit der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen.

Dies führt dazu, dass Frauen medizinische Dienstleistungen und Hilfsangebote deutlich häufiger nutzen als Männer, sowohl präventiv als auch kurativ. Männer gehen seltener und weniger regelmäßig zum Arzt / zur Ärztin (vgl. auch Kapitel 6, Abbildung 5). In Studien zeigte sich zudem, dass sich auch die Form der Gespräche von Männern und Frauen mit dem Gesundheitspersonal (Ärztin/Arzt) unterscheidet. Während Frauen häufiger Fragen stellen und ihre Symptome deutlicher beschreiben können, bleiben Männer in der Beschreibung ihrer Beschwerden öfter unspezifisch. (Sieverding/Kendel 2012) Aufgrund klassischer Rollenzuschreibungen kommt es durch das medizinische Fachpersonal zudem vielfach zu unterschiedlichen Diagnosen, Behandlungen und Verschreibungen, da Symptome in Abhängigkeit davon interpretiert werden, ob die zu Behandelnden Frauen oder Männer sind (vgl. Kapitel 6.6).

Mehrere Faktoren führen dazu, dass sich das Hilfesuchverhalten und die Inanspruchnahme professioneller medizinischer Angebote bei Frauen und Männern deutlich unterscheiden. Dieser Unterschied steht in starkem Zusammenhang mit stereotypen Geschlechterrollen.

Einfluss von Verhaltensweisen auf Depression

Depression wird bei Männern oft übersehen oder nicht erkannt und selten behandelt, eine Konsequenz aus geringen Hilfesuchverhalten und unzureichender Diagnose. Die Gründe dafür liegen in einer oftmals klinischen Verschleierung durch impulsive Aggressivität, erhöhten Alkoholkonsum bzw. gesteigertes Suchtverhalten, mangelhafte Impulskontrolle, was oft zu unvollständigen und fehlerhaften Diagnosen wie Persönlichkeitsstörung, Psychopathie oder Suchterkrankung führen kann (vgl. auch Kapitel 6.6, Diagnostik). Von Männern werden Symptome, die auf Depressionen verweisen könnten, wesentlich seltener beschrieben als von Frauen, gefühlte Schwäche und Hilflosigkeit wird tendenziell durch ein „Acting-out“¹⁵ kompensiert. Aggressives Verhalten von Männern wird oft nicht als problematisch eingeordnet, sondern einem normgerechten männlichen Stereotyp zugeordnet. Aggression wird bei Männern und Frauen mit unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen interpretiert. Während Aggression bei Frauen im klassischen Stereotyp mit einem Verlust der Selbstkontrolle assoziiert wird, ist Aggressivität bei Männern mit einer Verhaltensweise zur Herstellung sozialer Hierarchie in einer positiven Weise konnotiert. Laut Rutz (2010) bewältigen Männer

¹⁵

Acting-out bezeichnet in der Psychologie einen Mechanismus der Verteidigung und Selbstkontrolle, über den Impulse direkt ausagiert werden (z. B. Alkoholkonsum, Drogenkonsum, exzessiver Sport, Kampfverhalten, etc.). Das Verhalten ist meistens selbst- und/oder fremdschädigend.

einen depressiven Zustand durch Sportaktivitäten, Alkoholkonsum oder Tabakkonsum, Frauen suchen hingegen emotionale Entspannung, lesen oder orientieren sich spirituell/religiös. Männer kultivieren in großem Umfang die Illusion, eine Depression selbst bewältigen oder behandeln zu können und soziale wie auch medizinische Unterstützung dabei nicht zu benötigen. Dazu kommt bei ihnen eine oft generell negative Haltung gegenüber gesellschaftlichen, sozialen, unterstützenden und gesundheitsfördernden Angeboten. Der hohe Anteil von Alkoholkonsum und anderem Suchtverhalten bei Männern bei gleichzeitiger Nicht-Inanspruchnahme von Hilfs- und Behandlungsangeboten ist ein deutliches Indiz für eine Form von Selbstmedikation. Hinzu kommt, dass durch Alkoholkonsum oft ein depressiver Zustand ausgelöst oder verstärkt werden kann, wodurch eine riskante Dynamik steigender Hilflosigkeit entstehen kann. (Faltermaier/Hübner 2016; Möller-Leimkühler 2010; Rutz 2010)

Einfluss von Verhaltensweisen auf Suizid

Nach Scourfield (2005) lässt sich riskanter Alkoholkonsum von Männern unter anderem mit einem traditionell stereotypen Männlichkeitsbild erklären, in dem Aktivitäten mit hohem körperlichem Risiko als männlich attribuiert wurden. Zu körperlichen Risiken zählt auch der Missbrauch von Alkohol und Drogen. Die Ursache für Alkohol als Einflussfaktor in Bezug auf Suizid liegt einerseits in seiner unterstützenden Wirkung bei Affekthandlungen, die suizidales Verhalten auslösen kann. Andererseits kann Alkoholkonsum zur Reduktion von Selbstwertgefühlen führen, zum Scheitern von Beziehungen, zum Verlust sozialer Unterstützung und schließlich zu Isolation. Durch diese Spirale wird wiederum das Risiko für Depressionen und Suizid erhöht. Die These „Je höher der Alkoholkonsum, desto höher die Suizidrate“ wurde in mehreren Langzeitstudien bestätigt. (Möller-Leimkühler 2003; Scourfield 2005)

Laut Scourfield (2005) wirkt sich eine limitiert ausgeprägte emotionale Kompetenz auf suizidales Verhalten aus. Je vielfältiger auf emotionale Coping-Strategien zurückgegriffen werden kann, desto geringer ist das Suizidrisiko und umgekehrt. Männer sind häufiger mit einem anderen emotionalen Repertoire ausgestattet als Frauen¹⁶. Historisch ist das auf Konzepte der Männlichkeit und der Weiblichkeit zurückzuführen, die seit der Aufklärung vorherrschten. Objektive Vernunft galt als dominanter Faktor, bei dem Emotionen als Beeinträchtigung rationalen Denkens galten. Rationalität und Vernunft galten als männlich, Emotionen und Gefühle galten als weiblich. Die Nicht-Entwicklung unterschiedlichster Emotionen im Kindes- und Jugendalter macht es möglich, im Erwachsenenalter auf emotionale Distanz zu gehen, um den Fokus ohne hinderliche Gefühle auf Wettbewerbe und

¹⁶

Im Jahr 2006 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz ein eigener Bericht zum Thema Männer und Emotionale Kompetenz (Männer und emotionale Kompetenz) in Auftrag gegeben, der sich mit der Form von Emotionen bei Männern vertieft auseinandersetzt.

Erfolge zu richten. Eine eingeschränkt erlernte emotionale Kompetenz kann jedoch in Situationen zu Spannungen führen, in denen emotionale Reaktionen notwendig werden, die in der Vergangenheit nicht erlernt wurden, zum Beispiel im Fall von Beziehungsabbrüchen. (Scourfield 2005, 5) Wenn dabei nicht auf erlernte Coping-Strategien zurückgegriffen werden kann, kann eine solche krisenhafte Situation zur ausweglosen Vorstellung werden.

Für Menschen mit Suizidabsichten ist ihre persönliche Notsituation dem Umstand übergeordnet, dass ihre Handlung einen Effekt auf andere Menschen hat. Empathiefähigkeit wirkt sich hinsichtlich Suizidrisiko daher wie ein Schutzfaktor aus, zum Beispiel durch eine empathische Beziehung zu einem Kind. Dass ein Kind einen Schutzfaktor darstellt, ist bisher allerdings hauptsächlich bei Frauen feststellbar, bei Männern kaum. Durch historisch-gesellschaftliche Prägungen waren bislang emotionale Kompetenzen bei Männern nicht so ausgeprägt entwickelt wie bei Frauen, dies führte auch dazu, dass für sie die Distanz zu Emotionen anderer leichter möglich war, so auch zu Kindern (Scourfield 2005).

Im Rahmen der Gotland-Studie wurden psychologische Autopsien männlicher und weiblicher Suizidopfer erstellt. Dabei wurde konstatiert, dass männliche Suizidopfer vor ihrem Suizid mit dem Gesundheitssystem bzw. mit Ärztinnen/Ärzten kaum in Berührung gekommen sind. Dagegen gab es häufige Kontakte mit der Polizei, den Steuerbehörden, dem sozialen Dienst und der Alkoholfürsorge. Die typischen Verhaltensmuster der Suizidopfer waren geprägt von Hilflosigkeit, Aggressivität und dem Unvermögen, um Hilfe zu bitten. Es zeigte sich, dass neben üblichen depressiven Symptomen, Symptome wie Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Ärgerattacken oder antisoziales Verhalten häufiger bei den männlichen als bei den weiblichen Suizidopfern zu finden waren. Bei der Mehrzahl der männlichen Suizidopfer wurde ein selbstbehandelndes Suchtverhalten festgestellt, dem eine Hilflosigkeit, sich Unterstützung zu holen, gegenüberstand (Möller-Leimkühler 2010; Rutz 2010)

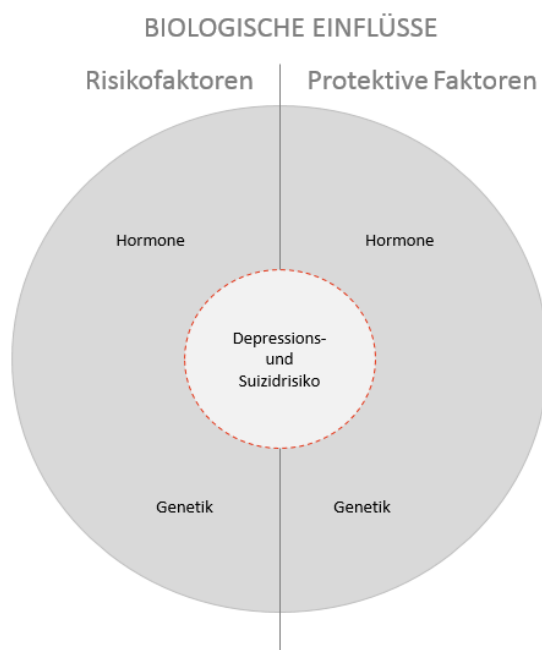
Die Studie basiert auf einem Interventionsprogramm zur Prävention, Diagnostik, Behandlung und Vermeidung der Langzeitfolgen von Depression und Suizidversuchen in den Jahren 1983–1986 auf der schwedischen Insel Gotland. An der Studie nahmen beinahe alle Allgemeinärzte und -ärztinnen der Insel teil. Tiefgreifende soziale Umschichtungen führten damals zu einem dramatischen Anstieg der Suizidraten. Das Interventionsprogramm führte schließlich bei Frauen zu einer deutlich geringeren Suizidrate, die Anzahl männlicher Suizide blieb jedoch unverändert. Durch psychologische Autopsien der männlichen Suizide wurden später typische Verhaltensmuster wie Hilflosigkeit, Aggressivität und das Unvermögen, um Hilfe zu bitten, festgestellt sowie klinische Symptome analysiert. Diese Symptome wurden in der „Gotland Male Depression Scale“ (GMDS) zu einem klinischen Screening-Instrument zusammengefasst, um männliche Depression rechtzeitig erkennen zu können. (Rutz 2010)

6.5. Biologische Faktoren

Biologische Faktoren scheinen für die Erklärung männer- und frauenspezifischer Depressions- und Suizidraten eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Dies auch deshalb, weil der primäre Fokus der Erklärungsversuche auf den psychosozialen Rahmenbedingungen liegt. Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Unterschiede sprechen daher eher gegen ein biologisches Erklärungsmodell und betonen die Bedeutung des sozialen Umfeldes. (Merbach/Brähler 2016)

Biologische Erklärungsansätze für die Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen machen für diese Unterschiede zum einen die genetische Disposition und zum anderen die hormonelle Regulation verantwortlich.

Abbildung 7: Biologische Einflüsse auf Depressionsrisiko



Quelle: Eigene Darstellung (GÖG)

Genetik

Eine direkte Wirkung eines genetischen Faktors auf die Entstehung einer psychischen Störung konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Häufig werden Zwillingsstudien genutzt, um die Wirkung genetischer Faktoren abzuschätzen. Ihre Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich. In einzelnen Studien zeigt sich zwar durchaus eine moderate Varianzaufklärung bei Depressionen durch genetische Faktoren, andere Studien eruieren jedoch keinen Unterschied in der Erbllichkeit depressiver Störungen bei Männern und Frauen. Zu beachten ist auch, dass der genetische Einfluss nicht über die gesamte Lebensspanne konstant sein muss. (Merbach/Brähler 2016) Laut Möller-Leimkühler gibt es keinen Beleg dafür, dass genetische Faktoren ein unterschiedliches Depressionsrisiko bei Männern und Frauen bewirken. Mög-

licherweise könnten unterschiedliche Gen-Umwelt- Interaktionen von Bedeutung sein, aber die Forschung kann hier noch keine eindeutigen Befunde vorweisen.

Hormone

Eine große Anzahl biologischer Theorien über Geschlechterdifferenzen bei psychischen Störungen sieht geschlechtsspezifische Hormone als verursachende Kraft. Für Angst und Depression wird dabei die Wirkung von Östrogenen und Progesteronen diskutiert. Als Hinweis dafür dienen Studien, die zeigen, dass Depression und Angst in Zeiten hormoneller Umstellungen gehäuft auftreten, wie – bisher auf Frauen konzentrierte – Untersuchungen für die prämenstruelle Phase oder die Menopause und die Pubertät zeigen. (Merbach/Brähler 2016)

Einige neurobiologische Faktoren unterstützen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Sexualhormone spielen aufgrund ihrer spezifischen Neuromodulation der Rezeptorbiologie eine wichtige Rolle in der Entstehung depressiver Erkrankungen. Bei Frauen beeinflussen Östrogen und Progesteron die kortikale Erregbarkeit. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied für das Serotoninsystem gibt. Allerdings haben Männer im Vergleich zu Frauen weniger hohe Monoaminoxidase-Konzentrationen. Dies könnte einen gewissen Schutz vor einem übermäßigen Abbau biogener Amine, und infolgedessen vor Depression, bei Männern darstellen. (Hausmann et al. 2008)

Biologische Faktoren der Depression bei Frauen

In Bezug auf die Wirkung von Geschlechtshormonen könnte sowohl eine Östrogendominanz als auch ein Östrogenabfall über die jeweilige Wirkung im zentralen Nervensystem in Zusammenhang mit depressiven Symptomen stehen. Östrogene sind nicht nur an der Steuerung des Menstruationszyklus beteiligt und spielen eine wichtige Rolle bei einer Schwangerschaft, sondern können sich auf die gesamte Gesundheit von Frauen auswirken. Wie sich das von Männern produzierte Östrogen auf deren Gesundheit auswirkt, könnte noch weiter untersucht werden. Dass die Depressionsrate in der Pubertät bei Mädchen steigt, während sie im Kindesalter bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig auftritt, deutet auf den möglichen Einfluss von Östrogen hin. In dieselbe Richtung weisen die postpartale Depression bei Frauen (depressive Episode nach der Geburt eines Kindes) und das Auftreten depressiver Episoden im Klimakterium. Allerdings zeigt sich auch hier bei näherer Betrachtung, dass die Depressionsrate bei Frauen nach einer Entbindung, die einen dramatischen Östrogenabfall erleben, nicht höher liegt als bei nichtentbindenden Frauen desselben Alters (etwa 25 Prozent). Risikofaktoren dafür sind frühere depressive Episoden, mangelnde Unterstützung während einer Schwangerschaft oder stressvolle Lebensereignisse. Neuere Untersuchungen zeigen, dass auch Männer nach der Geburt eines Kindes – fast genau so häufig wie Frauen – eine Depression entwickeln können, nur wird diese seltener erkannt. Auch in Verbindung mit dem Klimakterium wird angenommen, dass dieses aufgrund eines zunehmenden Östrogenabfalls mit einer höheren Depressionsrate einhergeht. Hormonelle Umstellungen können das Depressionsrisiko bei Frauen erhöhen, wenn diese bereits früher von depressiven Episo-

den betroffen waren. Hormone können die zwei- bis dreimal höhere Depressionsrate der Frauen jedoch nicht erklären. (Möller-Leimkühler 2016)

Biologische Faktoren der Depression bei Männern

Da Sexualhormone zu Befindlichkeiten und Stressanfälligkeit beitragen, könnte auch Testosteron eine bedeutende Rolle in Bezug auf das Depressionsrisiko spielen. Testosteron hat nach bisherigen Forschungen beträchtliche Wirkungen auf die Gesundheit von Männern. Ein ausreichend hoher Testosteronspiegel schützt die Gefäße und beugt damit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zu hohem Blutdruck vor. Testosteron unterstützt den Fett- und Zuckerstoffwechsel und gilt als präventiv gegen Diabetes. Mit zunehmendem Alter oder bei chronischem Stress sinkt der Testosteronspiegel, und damit einhergehend kann das Depressionsrisiko steigen. Durch einen niedrigen Testosteronspiegel können sich auch stärkere Müdigkeit, Leistungsschwäche, Potenzprobleme und Osteoporose einstellen. Testosteron könnte daher einen gewissen Schutz vor Depressionen darstellen, aber wieweit sich ein solcher Schutz auf das Hormon zurückführen lässt, ist bisher nicht ausreichend untersucht. Zudem haben Studien gezeigt, dass nicht nur niedrige, sondern auch hohe Testosteronspiegel mit einer depressiven Erkrankung in Verbindung stehen. Zwar kann Testosteron Einfluss auf Verhaltensweisen von Menschen nehmen, aber das Verhalten beeinflusst umgekehrt auch die Testosteronproduktion. Bisher ist der Zusammenhang zwischen Testosteron und Depression wissenschaftlich noch nicht endgültig erklärt. Entscheidende Depressionsrisiken für Männer sind – ähnlich wie bei Frauen – eine genetisch bedingte beziehungsweise erworbene Stressvulnerabilität und chronische Belastungen. (Möller-Leimkühler 2016)

Biologische Erklärungsmodelle in Zusammenhang mit Suizid kommen in der vorhandenen geschlechterbezogenen Literatur nicht vor.

6.6. Faktoren im Gesundheitssystem

6.6.1. Depressionsdiagnostik und Medikalisierung

Die Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern kann nicht nur auf mangelnde Hilfesuche der Betroffenen zurückgeführt werden, sondern auch auf einen **Gender-Bias in der Depressionsdiagnostik**. Wie erstmals in der Gotland-Studie (s. Kapitel 6 und 6.4.2) analysiert, handelt es sich bei männlichen Depressionssymptomen bzw. Abwehrstrategien um Verhaltensmuster, die nicht in den führenden Depressionsinventarien enthalten sind. Die üblichen Beurteilungsverfahren zur Erfassung von Depression gehen vom Prototyp der weiblichen Depression aus und enthalten überwiegend Symptome und Coping-Strategien, die üblicherweise von Frauen berichtet werden (z. B. Antriebslosigkeit, depressive Verstimmung, Grübeln, Selbstvorwürfe). Die typisch männlichen depressionsabwehrenden Strategien wie Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Irritabilität, Aktivismus oder exzessiver Alkoholkonsum werden nicht erfasst. Dies führt nicht nur dazu, dass Depressionen bei einem Teil

der betroffenen Männer nicht erkannt werden, sondern begünstigt tendenziell auch Fehldiagnosen in Richtung antisozialer Persönlichkeitsstörung oder Alkoholabhängigkeit, die eine ebenfalls vorhandene Depression überlagert – Diagnosen, die mit männlichen Stereotypen zusammenhängen und bei Männern im Vergleich zu Frauen überrepräsentiert sind. Unabhängig von der Diskussion um männliche Depression weisen einige Autorinnen und Autoren darauf hin, dass Depressionsskalen hochselektiv sind und eher ihren historischen Hintergrund widerspiegeln als individuelle Muster von Depressionserfahrungen und -symptomen. Darüber hinaus würde durch die Fokussierung auf depressive Verstimmung und Ängstlichkeit die Bedeutung externalisierender Symptome bei Depressionen unterschätzt. (Möller-Leimkühler 2010, 17)

In Verbindung mit der Depressionsdiagnostik ist ergänzend auch ein **Gender-Bias aufgrund von Geschlechterstereotypen** in Gesprächssituationen als zentraler Faktor im Gesundheitssystem zu sehen. Insbesondere werden die geschlechterstereotypen Erwartungshaltungen von Patientin/Patient und Ärztin/Arzt thematisiert, die – darauf basierend, dass Frauen bestimmte Eigenschaften wie etwa Emotionalität und Ängstlichkeit zugeschrieben werden – bei Frauen eher zu Depressionsdiagnosen führen, bei Männern weniger oft.

Den häufigeren Diagnosen von Depressionen bei Frauen entspricht auch die in ihrem Fall signifikant höhere Anzahl von **Psychopharmakaverschreibungen**. In Wimmer-Puchinger et al. (2016) sind für die Jahre 2008–2010 in Österreich Kosten von Verschreibungen für Antidepressiva an Frauen im Wert von 212 Mio. Euro¹⁷ angeführt, für Männer hingegen wurden 95 Mio. Euro für Psychopharmaka angegeben. Nach einer aktuellen Studie über die Wirksamkeit von Antidepressiva bei leichter und mittelschwerer Depression (Stürzlinger et al. 2017) erhielten im Jahr 2015 insgesamt 10 Prozent der österreichischen Bevölkerung zumindest eine Antidepressiva-Verordnung. In 66 Prozent der Fälle handelt es sich dabei um Frauen.

6.6.2. Therapieansätze

Geschlechtsspezifische Wirkungen **psychotherapeutischer Methoden** sind ähnlich unzureichend erforscht wie die medikamentöse Depressionsbehandlung. Hinsichtlich der insgesamt am besten untersuchten Methoden der kognitiven und der interpersonellen Verhaltenstherapie konnten keine Wirkungsunterschiede bei Männern und Frauen nachgewiesen werden. Auch die Kombination psychotherapeutischer Methoden mit antidepressiver Medikation war in Studien für beide Geschlechter vergleichbar effektiv. Diese Ergebnisse sind auf den ersten Blick erstaunlich, da man annehmen könnte, dass das Prinzip Psychotherapie eher auf Frauen als auf Männer zugeschnitten ist: Über eigene Gefühle und Konflikte zu sprechen fällt Frauen häufig leichter als Männern. Dies gilt aber wohl eher für biografisch und insbesondere psychodynamisch orientierte Therapieverfahren. Offensichtlich profitieren

¹⁷

Basis: Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012

Männer, die an Depressionen erkrankt sind und eine kognitive oder interpersonelle Psychotherapie akzeptieren können, von dieser Therapie genauso wie Frauen. Die Herausforderung für behandelnde Ärztinnen/Ärzte besteht jedoch darin, betroffene Männer zu einer Psychotherapie zu motivieren. Eine weitere Herausforderung ist, geschlechtsspezifische Aspekte der Lebenswelt stärker in psychotherapeutische Inhalte zu integrieren. **Ambulante Angebote psychiatrischer und sozialer Versorgung** sind oft auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten. Zudem ist die Mehrzahl des Fachpersonals weiblich, was aufgrund fehlender Identifikationsmöglichkeiten eine zusätzliche Zugangsbarriere für Patienten bedeuten kann. Beispielsweise werden in Skandinavien typisch weibliche Charakteristika von Hilfesuchverhalten für psychiatrische Behandlung vorausgesetzt wie etwa Motivation, Compliance, Einsicht und Veränderungswillen. Solche Voraussetzungen werden von typisch männlichen depressiven und suizidalen Patienten selten erfüllt. (Möller-Leimkühler 2010; Rutz 2010). Auf dem Gebiet der Therapieansätze zeigt sich, dass eine zukünftige Entwicklung passenderer psychotherapeutischer Angebote für Männer einen wichtigen genderbezogenen Beitrag zur Depressions- und Suizidprävention liefern würde. Zur zielführenden gendersensiblen psychotherapeutischen Versorgung von Frauen und Männern sollte in Psychotherapieausbildungen zudem ein geschlechterspezifischer Fokus darauf gerichtet werden, dass unterschiedliche Lebenskompetenzen und -welten berücksichtigt werden.

6.6.3. Reproduktion von Geschlechterstereotypen

Zur Reproduktion von Denk- und Verhaltensweisen, die zur Verfestigung von Geschlechterstereotypen führen, liegen in der vorhandenen Literatur keine ausreichenden Informationen vor. Dennoch soll hier zur Diskussion gestellt werden, inwieweit in der Gesundheitsforschung und im Gesundheitssystem vorhandene Vorstellungen von geschlechertypischen Verhaltensweisen, Erkrankungen, Gesundheitszuständen oder -problemen dort verfestigend auf die Praktiken wirken. In medizinisch-wissenschaftlichen Diskursen sowie in der Praxis des Gesundheitswesens dürften geschlechtsbasierte Zuschreibungen nach wie vor die Regel sein. Als Beispiel dafür wird in Wimmer-Puchinger et al. (2016) die medizinische und psychologische Diagnostik genannt, die immer noch von tradierten Vorstellungen geprägt ist, wie sich eine normale gesunde Frau und ein normaler gesunder Mann zu verhalten haben. Anknüpfend an den individualmedizinischen und gendermedizinischen Ansatz, wäre es ein anstrebenwertes Ziel, im Gesundheitssystem über Programme wie Gender-Mainstreaming, gendersensible Gesundheitsberichterstattung und Sensibilisierungen in der Gesundheitsforschung ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es sowohl Frauen als auch Männern nützt, wenn der Fokus verstärkt auf jene Faktoren gerichtet wird, die – unabhängig, aber auch abhängig vom Geschlecht – einschränkend und belastend wirken, sowie darauf, welche Maßnahmen dementsprechend gesundheitsfördernd oder -erhaltend sein können.

7. ZUSAMMENFASSENDE SCHLUSSBETRACHTUNG

Im vorliegenden ersten österreichischen *Gender-Gesundheitsbericht* werden erstmals die multidimensionalen Einflüsse von Gender auf Gesundheit, insbesondere psychische Gesundheit, gezeigt, aufgrund deren überdeutlich wird, wie determinierend der Faktor Gender auf Gesundheit und Krankheit wirkt. Gesundheitliche Chancen und Risiken für Erkrankungen und bestimmte Krankheitsverläufe unterscheiden sich zwischen Frauen und Männern signifikant. Fokussiert auf den Schwerpunkt Depression und Suizid, wird aus der Genderperspektive gezeigt, welche Bandbreite an Einflüssen dazu führt, dass bei Frauen häufiger Depressionen diagnostiziert werden und Männer häufiger Suizid begehen. Die Ergebnisse in Form von Erklärungsansätzen, die in der vorliegenden Schlussbetrachtung zusammengeführt werden und in einer Gesamtübersicht mittels Abbildungen dargestellt sind (Tabelle 6 und Tabelle 7), fächern damit ein multiples Spektrum an Handlungsbedarf auf.

Dem Schwerpunktthema des Berichts (Psychische Gesundheit anhand von Depression und Suizid) ist ein erster allgemeiner Teil vorangestellt, in dem mittels epidemiologischer Daten aus dem österreichischen *Gesundheitsbericht 2016* verdeutlicht wird, dass es anhand der untersuchten Gesundheitsindikatoren keine Erkrankungen, Gesundheitszustände und kein Gesundheitsverhalten gibt, in dem Frauen und Männer gleiche Ergebnisse erzielen. Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich besonders auffallend bei Depressionen, Suiziden, Myokardinfarkten, Alkoholkonsum, Bewegung, Ernährung, Übergewicht oder Adipositas.

Sozioökonomische Bedingungen

Sozioökonomische Bedingungen wie geringes Einkommen, geringe formale Bildung, Armut und Armutsgefährdung sowie generell geringer Sozialstatus können bei Frauen und Männern zu einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko führen. Aus der Genderperspektive sind Frauen aufgrund ihrer stärkeren Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt als Männer. Die Ergebnisse zeigen jedoch ebenso, dass höheres Einkommen, höhere formale Bildung sowie höherer Sozialstatus generell protektiv gegen Depressionserkrankungen wirken. Dieser Schutzfaktor ist für Frauen und Männer gleichermaßen gültig.

Arbeit- und Beschäftigung

Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse wirken besonders stark als Einflussfaktoren für Depression und Suizid – sowohl als Schutz- wie auch als Risikofaktor. Erwerbstätigkeit hat einen generell protektiven Charakter, da mit Erwerbsarbeit zentrale Faktoren für die psychische Gesundheit wie existenzielle Absicherung, Sinnstiftung, soziale Signifikanz, Selbstverwirklichung, soziale Kontakte, Anerkennung und gesellschaftlicher Status einhergehen. Durch Arbeitsplatzsicherheit können Ängste vor Verlusten der vorher genannten Komponenten

verhindert werden, daher wirkt sie protektiv. Arbeitslosigkeit sowie drohender Arbeitsplatzverlust sind hingegen vielfach belegte und signifikante Risikofaktoren in Bezug auf Depressionserkrankungen und Suizide. Je länger Arbeitslosigkeit andauert, desto mehr steigt das Armutrisiko und wiederum desto mehr steigt das Depressions- und Suizidrisiko. Infolge von Arbeitslosigkeit können der Verlust sozialer Kontakte und gesellschaftliche Stigmatisierung risikoverstärkend wirken. Stresskomponenten durch arbeitsbezogenen Zeitdruck und Arbeitsüberlastung, Mehrfachbelastungen durch Beruf und Familie sowie infolge prekärer Beschäftigungsverhältnisse können das Depressions- und Suizidrisiko zusätzlich erhöhen. Aus der Genderperspektive sind Frauen durch geringere Erwerbstätigkeit, Mehrfachbelastungen durch Beruf und Familie sowie durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse einem höheren diesbezüglichen Risiko ausgesetzt als Männer, wohingegen Männer häufiger von Arbeitslosigkeit, drohendem Arbeitsplatzverlust und arbeitsbezogenem Druck und Stress betroffen sind. Depressionserkrankungen sowie Suiziden kann – entsprechend den im Bericht untersuchten Einflussfaktoren – durch stabile und existenzsichernde Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse entgegengewirkt werden. Die Ergebnisse zeigen ebenso, dass arbeitsbezogene Handlungsspielräume für Frauen und Männer, die zur Stressreduktion und Minimierung von (Mehrfach-)Belastungen beitragen, schützende Faktoren sind. Aufgrund nach wie vor bestehender Arbeitsteilungen und der daraus folgenden vielfachen Konsequenzen sind Frauen aus einer soziökonomischen Perspektive im Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigungsverhältnisse die vulnerablere Gruppe; Männer sind hingegen die vulnerablere Gruppe in Hinblick auf den gesellschaftlichen stereotypen Druck, über den nach wie vor die Forderung vermittelt wird, einem traditionellen Rollenbild zu entsprechen.

Soziale Beziehungen

Psychische Gesundheit steht sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene in engem Zusammenhang mit sozialen Beziehungen. Eine schützende Rolle spielt die Möglichkeit eines Rückgriffes auf funktionierende Partnerschaften, Ehe, Familie und soziale Unterstützung, sowohl für Frauen als auch für Männer. Welche genderspezifischen Effekte innerhalb von Partnerschaften und Ehen sowie sozialen Unterstützungssystemen belastend und schützend wirken, wäre in wichtigen Folgeforschungen zu untersuchen. Risikofaktoren, an einer Depression zu erkranken oder Suizidgedanken zu entwickeln, sind Gewalterfahrungen, belastende Partnerschaften und Trennungen. Gewalterfahrungen im privaten und öffentlichen Raum zählen insgesamt zu den weltweit größten Gesundheitsrisiken, vor allem für Frauen und Kinder. Frauen sind häufiger Opfer von Gewalterfahrungen in Partnerschaften als Männer. 35 Prozent der Geschlechterdifferenz bei diagnostizierten Depressionen sind den höheren Raten von sexueller Gewalt an Mädchen zuzuschreiben. Aussagekräftige Studien über Männer als Gewaltopfer liegen bisher wenige vor, für wichtige Folgearbeiten in diesem Bereich kann jedoch Literatur des 2. und 3. Männerberichts an den österreichischen Nationalrat (BMASGK) herangezogen werden. Aus den vorhandenen Quellen geht jedoch hervor, dass Männer nicht nur bei etwa 70 Prozent der Gewaltfälle die Gewalttäter sind,

sondern auch häufig Gewaltopfer werden. Das Fehlen öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussionen über das Thema Gewalt und Männer führt vermutlich auch dazu, dass in Selbstkonzepten von Männern Erfahrungen als Gewaltopfer nicht vorhanden sind, wodurch Erzählungen darüber erschwert werden, da sie mit Scham und Angst vor Stigmatisierung verbunden sind. Maßnahmen zur Verhinderung bzw. zur Einstellungsänderungen von Toleranz hin zu einer gesellschaftlichen Ächtung von Gewalt an Kindern, Frauen und Männern sowie Maßnahmen zur Enttabuisierung des Themas Gewalt unter Männern sind infolge der Berichtsergebnisse als zentrales Handlungsfeld zur Prävention von Depressionserkrankungen und Suiziden zu bezeichnen, für die es wichtiger Folgeforschungen bedarf.

Geschlechterstereotype und Geschlechterverhältnisse

Normen und Werteordnungen bieten innerhalb einer Gesellschaft – insbesondere für Jugendliche auf der Suche nach psychosexueller Identität – eine wichtige Orientierungshilfe. Unter Geschlechterstereotypen wird ein kulturelles gemeinsames Verständnis darüber aufgefasst, welche Merkmale Frauen und Männern als typisch zugeordnet werden. Dabei handelt es sich um erfahrungsbasierte sozial vermittelte, Vorstellungen über angemessene und erwünschte Verhaltensweisen von Männern und Frauen. Der Bericht zeigt allerdings, dass der gesellschaftliche Druck, einer Geschlechterrolle zu entsprechen, sowie bestehende Geschlechterverhältnisse über alle Einflussfaktoren hinweg als problemverursachende Wirklogik für Frauen und Männer hinzukommen können. Das Geschlechterverhältnis als soziale Kategorie bezeichnet die Art und Weise, wie Männer und Frauen gesellschaftlich organisiert und institutionalisiert sind. Die Form der Verhältnisse, wie auch Rollen und stereotype Zuschreibungen, unterliegen zeitlichem und kulturellem Wandel und sind mithin veränderbar (z. B. Veränderungen in der Arbeitsteilung). Von gesellschaftlich bestehenden Normen abweichendes Verhalten kann zu dem Gefühl der Einschränkung bzw. Subsumtion unter eine einengende Norm führen.

Die seit den letzten Jahrzehnten stattfindende Pluralisierung von Lebensformen geht mit einem Wandel der Geschlechterverhältnisse einher. Studien, die explizit der Frage nachgehen, in welcher Form sich der Wandel auf die Gesundheit von Männern und Frauen auswirkt, fehlen bislang. Laut dem Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland (Robert-Koch Institut 2015, 181) lassen sich aus internationalen Studien dennoch erste Hinweise auf die Auswirkungen eines Wandels im Verhältnis der Geschlechter zueinander auf die Gesundheit der Männer ableiten, deren Ergebnisse jedoch unterschiedliche Tendenzen aufweisen. Demnach deuten Ergebnisse zweier Studien auf eine höhere Lebenszufriedenheit sowie eine geringere Sterblichkeit durch koronare Herzerkrankungen von Männern hin, die vom stereotypen maskulinen Männerbild abweichen. Andere Studien wiederum weisen darauf hin, dass es bei Männern im Fall von Abweichungen von der traditionellen Männerrolle (Hauptversorger und Ernährer) zu Beeinträchtigungen der psychischen und gesundheitlichen Lebensqualität kommt.

Im Hinblick auf die seelische Gesundheit, insbesondere im Kontext von Depression und Suizidalität sollte darauf geachtet werden, dass auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich ihrer Lebensziele allgemeine Würdigung erfahren. Es kann festgestellt werden, dass Frauen sehr viel mehr als Männer vom Aufbrechen starrer Rollenklischees profitieren. Dieser Trend kann sich aber dann gegen die Frauen richten, wenn ein gesellschaftlicher Druck dahingehend aufgebaut wird, dass Frauen statistisch gleiche Lebensläufe aufweisen sollen wie Männer und durch die einseitige Betonung von Teilhabe an Macht und Geld, der Mann insgeheim zum Normgeschlecht für die Frau erhoben wird.

Besonders deutlich manifestiert sich - abgesehen von der Gewaltausübung der LGBTI-Personen untereinander - ein gesellschaftlicher Druck bei LGBTI-Personen (Lesbian Gay Bisexual Transgender Intersex), die aufgrund der für sie zu starren Rollenkorsette hinsichtlich depressiver Erkrankungen und eines erhöhten Suizidrisikos zu einer besonders vulnerablen Risikogruppe gehören, da sie auf keine ausreichende Vielfalt anerkannter Rollen zurückgreifen können. Die Ermöglichung und Akzeptanz eines vielfältigeren Verhaltens von Männern, Frauen und Intersexuellen/Transgender-Personen kann daher einen wertvollen Beitrag zur Depressions- und Suizidprävention leisten. Belastende Effekte aufgrund vorhandener Genderrollen zu identifizieren und als Einflussfaktoren zu beschreiben wären wichtige nächste Forschungsschritte zur Prävention.

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrer Risikowahrnehmung zwar nicht grundlegend, sie stufen jedoch wahrgenommene gesundheitsrelevante Risiken und Verhaltensweisen unterschiedlich ein – und handeln auch unterschiedlich. Dies führt dazu, dass Frauen medizinische Dienstleistungen und Hilfsangebote deutlich häufiger nutzen als Männer, sowohl präventiv als auch kurativ. Das Hilfesuchverhalten und die Inanspruchnahme stehen dabei in starkem Zusammenhang mit stereotypen Geschlechterrollen. Der hohe Anteil von Alkoholkonsum und anderem Suchtverhalten bei Männern in Bezug auf Hilflosigkeit und Depression ist ein deutliches Indiz für eine Form von Selbstmedikation bei gleichzeitiger Nicht-Inanspruchnahme von Hilfs- und Behandlungsangeboten, was letztlich zu einem erhöhten Suizidrisiko bei Männern führt. Sensibilisierungsmaßnahmen und Bewusstseinsbildung für ein enttabuisiertes Hilfesuch- und gesundheitsrelevantes Verhalten vor allem bei Männern sind hier als Herausforderung zu nennen, die weiteren Forschungsbedarf und gendersensible Evaluationen bestehender Interventionen erfordert. Dies wäre ein wichtiger Schritt zur Prävention von Depressionen und Suiziden.

(Gesundheits)systembezogene Faktoren – Diagnostik

Die im Bericht vorliegende Darstellung der Prävalenzunterschiede diagnostizierter Depressionen bei Männern und Frauen kann nicht nur auf mangelnde bzw. ausreichende Hilfesuche der Betroffenen zurückgeführt werden. Es muss auch ein möglicher zweifacher Gender-Bias

in der Depressionsdiagnostik berücksichtigt werden: Sowohl historisch gewachsene Anamnese- und Diagnoseinstrumente als auch unreflektierte stereotype Rollenzuschreibungen seitens Ärztinnen und Ärzten können zu Überdiagnosen von Depressionen bei Frauen und Unterdiagnosen bei Männern führen. So können stereotype Vorstellungen traditioneller männlicher Rollen (u. a. Fokus auf Erfolg, Leistung und Kontrolle) den typischen Depressionssymptomen widersprechen (Gedrücktheit, Anhedonie, Antriebsverlust, Schwäche, Hilfsbedürftigkeit). Traditionelle Rollenvorstellungen von Frauen befördern bei diesen hingegen aufgrund bestehender Symptombeschreibungen eine Depressionsdiagnose. In Verbindung mit Diagnosen und Therapien müssen daher zukünftig geschlechtsspezifische Unterschiede einerseits berücksichtigt werden, zum anderen muss jedoch ein möglicher Gender-Bias in den Anamnese-, Diagnose- und Therapieverfahren reflektiert werden. Auf Grundlage des vorliegenden Berichts lässt sich sagen, dass eine der Herausforderungen darin zu sehen ist, Arbeiten in Hinblick auf differenziertere Diagnostik- und Behandlungsverfahren nach Genderkriterien zu forcieren. Das Ziel sollte dabei sein, einer möglichen Überdiagnostizierung bei Frauen und einer Unterdiagnostizierung bei Männern entgegenzuwirken sowie angepasste Behandlungs- und Therapiezugänge – vor allem für Männer – zu ermöglichen. Eine Ausdifferenzierung bestehender Diagnostik sollte idealerweise von gendersensiblen Aus- bzw. Weiterbildungen (z. B. Schulungen in gendersensibler Gesprächsführung) bis hin zur Überarbeitung bestehender Diagnoseinstrumente reichen.

Intersektorale Zusammenarbeit

Die aufgezeigten Handlungsfelder führen die multidimensionalen Einflüsse von Gender auf psychische Gesundheit (insbesondere Depression und Suizid) vor und weisen damit auf die Notwendigkeit intersektoraler Zusammenarbeit zur Prävention und Kuration hin. In fortführenden Untersuchungen und Arbeiten kann an bereits bestehende Strategien angeknüpft werden, die eine vernetzte Zusammenarbeit erleichtern können. Die vorliegenden Erklärungsansätze für die aufgezeigten Handlungsfelder des Gender-Gesundheitsberichts liefern auch eine wertvolle Basis für die Berücksichtigung von Gender bei der Umsetzung laufender österreichischer Strategieprozesse, vor allem für:

- Beiträge zum Aktionsplan Frauengesundheit (17 Wirkungsziele und 40 Maßnahmen zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für Frauen in Österreich)
- Beiträge zu den Gesundheitszielen Österreich, im Zuge deren anhand 10 definierter Ziele die Lebensqualität aller Menschen in Österreich verbessert werden soll. Zur Zielerreichung arbeiten Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Organisationen und Politikbereiche eng zusammen. Gemeinsam werden dabei Rahmenbedingungen und Voraussetzungen identifiziert und Maßnahmen gesetzt, die zu mehr Lebensqualität und Gesundheit führen. Damit wird eine Investition in die Zukunft Österreichs getätigt.

- Gesundheitsziel 1 (Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen)
 - Gesundheitsziel 2 (Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter, sorgen)
 - Gesundheitsziel 3 (Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung stärken)
 - Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern)
 - Gesundheitsziel 10 (Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen)
- Beiträge zum Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021

Ausblick und Resümee

Der Bericht zeigt deutlich, dass Gendergesundheit breiter als Gendermedizin zu fassen ist und dass aus einer Genderperspektive vielfältigste Einflüsse auf das Depressions- und Suizidrisiko wirken. In Tabelle 6 und Tabelle 7 werden die Risiko- und Schutzfaktoren noch einmal zusammengefasst und gegenübergestellt. So ergibt sich ein Überblick darüber,

- welche Einflüsse bei den extrahierten Depressions- und Suizidrisikofaktoren im Detail für Frauen und im Detail für Männer häufiger oder stärker wirken (z. B. sozioökonomische Bedingungen, drohender Arbeitsplatzverlust, arbeitsbezogener Stress, Belastungen durch Beruf und Familie, Belastungen durch prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Gewalterfahrungen, Partnerschaften, Trennung, Scheidung, Belastungen für Alleinerziehende, biologische Faktoren) und
- welche Einflüsse bei den extrahierten protektiven Depressions- und Suizidfaktoren im Detail für Frauen und im Detail für Männer häufiger oder stärker wirken (z. B. sozioökonomische Bedingungen, Erwerbstätigkeit, Arbeitsplatzsicherheit, Partnerschaften, Ehe, Familie, Kinder, soziale Unterstützung, biologische Faktoren).

Bei der Mehrzahl der Einflussfaktoren wären, wie in den jeweiligen Abschnitten der zusammenfassenden Schlussbetrachtung anhand konkreter Themen beschrieben ist, weiterführende Untersuchungen erforderlich.

Über den angeführten erforderlichen Bedarf an gendersensibler Forschung hinaus soll mit dem vorliegenden Bericht auch der Aufbau einer österreichischen Gendergesundheitsberichts-Reihe über weitere zentrale gesundheitsrelevante Schwerpunktthemen angeregt werden wie z. B. Bewegung, Ernährung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und so fort. So könnten zukünftig gendersensible Präventions- und Versorgungsmaßnahmen für die österreichische Bevölkerung durch einen vorherigen umfassenden Überblick über spezifische Einflussfaktoren zielgenauer geplant werden.

Tabelle 6: Einflussfaktoren in Hinblick auf Depressions- und Suizidrisiko im Vergleich zwischen Frauen und Männern

Einflußfaktoren		Depressionsrisiko		Suizidrisiko	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
sozioökonomische Bedingungen	geringes Einkommen*	●	●	●	●
	geringe formale Bildung**	●	●	●	●
	Armut und Armutsgefährdung	●	○	n.d.	n.d.
	geringer Sozialstatus	●	●	●	●
Arbeit und Beschäftigung	Arbeitslosigkeit	○	●	○	●
	drohender Arbeitsplatzverlust	○	●	○	●
	arbeitsbezogener Stress (Zeitdruck und Arbeitsüberlastung)	○	●	n.d.	n.d.
	(Mehrfach-)Belastungen durch Beruf und Familie	●	○	n.d.	n.d.
	(Mehrfach-)Belastungen durch atypische und prekäre Beschäftigungen	●	○	n.d.	n.d.
soziale Beziehungen	Gewalterfahrungen	●	○	○	●
	geringe soziale Unterstützung	●	○	n.d.	n.d.
	belastende Partnerschaften	●	●	n.d.	n.d.
	Trennung, Scheidung	○	●	○	●
	(Mehrfach-)Belastungen für Alleinerziehende	●	○	n.d.	n.d.
Geschlechterstereotype und Geschlechterverhältnisse	●	○	○	○	
Gesundheitsrelevantes Verhalten und Lebenskompetenzen	mangelndes Hilfesuchverhalten	○	●	○	●
	Sucht- und Risikoverhalten	○	●	○	●
	selbstwertmindernde, internalisierte Coping-Strategien	●	○	n.d.	n.d.
biologische Dispositionen	Hormone	●	○	n.d.	n.d.
	Genetik	○	○	n.d.	n.d.

Legende: Je stärker der Einfluss wirkt, desto stärker ist der rote Punkt ●.

n. d. = nicht definiert (zu Zellen ohne Angaben liegen keine ausreichenden Informationen aus der Literatur vor)

Lesebeispiel: *Geringes Einkommen führt bei Männern und Frauen gleichermaßen eher zu einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko. **Geringe formale Bildung führt bei Männern und Frauen gleichermaßen zu einem erhöhten Depressionsrisiko, bei Männern jedoch zu einem eher höheren Suizidrisiko als bei Frauen.

Quelle: Eigene Darstellung; GÖG

Tabelle 7: Protektive Faktoren in Bezug auf Depressions- und Suizidrisiko im Vergleich zwischen Frauen und Männern

Einflußfaktoren		Schutzfaktoren Depressionsrisiko		Schutzfaktoren Suizidrisiko	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
sozioökonomische Bedingungen	hohes Einkommen	○	○	○	○
	hohe formale Bildung	○	○	○	○
	hoher Sozialstatus	○	○	○	○
Arbeit- und Beschäftigung	Erwerbstätigkeit	○	○	○	○
	Arbeitsplatzsicherheit	○	○	n.d.	n.d.
soziale Beziehungen	Partnerschaften, Ehe	○	○	○	○
	Familie, Kinder	○	○	○	○
	soziale Unterstützung	○	○	n.d.	n.d.
Geschlechterstereotype und Geschlechterverhältnisse		○	○	○	○
gesundheitsrelevantes Verhalten und Lebenskompetenzen	Präventionsverhalten	○	○	○	○
	selbstwertsteigernde,	○	○	○	○
biologische Dispositionen	Hormone	○	○	n.d.	n.d.
	Genetik	○	○	n.d.	n.d.

Legende: Je stärker der Einfluss wirkt, desto stärker ist der rote Punkt ●.

n. d. = nicht definiert (zu Zellen ohne Angaben liegen keine ausreichenden Informationen aus der Literatur vor)

Lesebeispiel: *Hohes Einkommen führt bei Männern und Frauen gleichermaßen zu einem niedrigeren Depressionsrisiko, bei Männern jedoch zu einem eher höheren Suizidrisiko als bei Frauen.

Quelle: Eigene Darstellung: GÖG

LITERATUR

Babitsch, Birgit; Götz, Nina-Alexandra (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit aus Geschlechterperspektive. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Hogrefe, Bern. S. 88–100

Ballnik, Peter; Wassertheurer, Peter (2006): 1. Österreichischer Männerbericht. Hg. v. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz; Männerpolitische Grundsatzabteilung (Sektion V, Abteilung 6). Wien

Bischof-Köhler, Doris (2011): Von Natur aus anders – Psychologie der Geschlechtsunterschiede. Stuttgart: W. Kohlhammer

Bischof-Köhler, Doris (2011): Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend. Stuttgart: W. Kohlhammer

Degele, Nina (2008): Gender/Queer Studies. Eine Einführung. Paderborn

Faltermaier, Toni; Hübner, Inga-Marie (2016): Psychosoziale Gesundheitstheorien aus Geschlechterperspektive. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Hogrefe, Bern. S. 45–57

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitliche Lage der Männer. Robert Koch-Institut, Berlin

Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Nowotny, Monika; Tanios, Aida; Kapusta, Nestor (2017): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Griebler, Robert; Winkler, Petra (2015): Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017a): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Gaiswinkler, Sylvia; Delcour, Jennifer; Juraszovich, Brigitte; Nowotny, Monika; Pochobradsky, Elisabeth; Schleicher, Barbara; Schmutterer, Irene (2017b): Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Habl, Claudia; Birner Andreas; Hlava Anton; Winkler Petra (2004): 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz, Wien

Hausmann, Armand; Rutz, Wolfgang; Meise, Ulrich (2008): Frauen suchen Hilfe – Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? In: Neuropsychiatrie 2008/1:43–48

Höpflinger, Francois (2016): Private Lebensformen und Gesundheit aus Geschlechterperspektive. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Hogrefe, Bern. S. 113–122

Joas, Hans; Knöbl, Wolfgang (2004): Sozialtheorie. Zwanzig einführende Vorlesungen. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Kasper, Dennis L. et al (Hrsg.) (2015): Harrison's Principles of Internal Medicine 19/E (Vol.1 & Vol.2) 19th Edition. New York City: McGraw-Hill Professional (Deutsche Ausgabe der 17. Auflage vorhanden)

Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015a): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien

Klimont, Jeannette; Baldaszi, Erika (2015b): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur, Wien

Lampert, T; Kroll, LE (2010): Armut und Gesundheit. GBE kompakt. Robert Koch-Institut Berlin

Merbach, Martin; Brähler, Elmar (2016): Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Hogrefe, Bern. S. 240–253

Mielck, A (2011): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Hg. v. BZgA. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln

Möller, Hans Jürgen et al (Hrsg.) (2017): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie 1, Band 2: Allgemeine Psychiatrie 2, Band 3: Spezielle Psychiatrie 1, Band 4: Psychiatrie 2. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Möller-Leimkühler, A. M. (2003): The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? In: European archives of psychiatry and clinical neuroscience 253/11-8

- Möller-Leimkühler, A. M. (2010): Depression bei Männern: Eine Einführung. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2010/11:11–20
- Möller-Leimkühler, A. M. (2016): Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können. Fischer & Gann, Munderfing
- Nolen-Hoeksema, S. (1994): The emergence of gender differences in depression during adolescence. In: Psychological Bulletin 155(3)/:424–443
- Nordt, Carlos; Warnke, Ingeborg; Seifritz, Erich; Kawohl, Wolfram (2015): Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. In: Lancet Psychiatry 2015/2:45–239
- O'Connor, R. C. (2011): The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. In: Crisis 32/6295-298
- Pinker, Susan (2009): The Sexual Paradox. Extreme Men, Gifted Women and the Real Gender Gap. New York: Scribner Book Company
- Plöderl, M ; Kralovec, K ; Fartacek, C ; Fartacek, R (2009): Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. In: Blickpunkt DER MANN 2009/7:28–37
- Plöderl, Martin (2016): Bullying und Suizidrisiko bei LGBTI Jugendlichen. Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
- Raml, Reinhard; Dawid, Evelyn; Feistritzer, Gert (2011): 2. Österreichischer Männerbericht. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) Männerpolitische Grundsatzabteilung (Sektion V/Abteilung 5), Wien
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Rihmer, Zoltán; Rutz, Wolfgang; Pihlgren, Hans (1995): Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. In: Journal of Affective Disorders 1995/35:147–152
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI. Berlin
- Rutz, Wolfgang (2010): Depression und Suizidalität bei Männern in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 11/3:46–52

Rüweler, Mareike; Ernst, Christiane; Wattenberg, Ivonne; Hernberg, Claudia (2016): Geschlechterunterschiede bei Gewalterfahrungen und -auswirkungen. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Hogrefe, Bern. S. 287–298

Scholz, Martha (2010): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit PGA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Linz

Scourfield, Jonathan (2005): Suicidal Masculinities. In: Sociological Research Online 10/2

Siegrist, Johannes; Dragano, Nico; dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitliche Ungleichheit. Hg. v. Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. aktualisierte. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 180–167

Sieverding, M.; Kendel, F. (2012): Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55/91118-1124

Sonneck, Gernot; Stein, Claudius; Voracek, Martin (2003): Statistisch-epidemiologische Untersuchung zur Suizidproblematik von Männern in Österreich. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien

Stack, Steven (2000): Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature. In: Suicide and Life-Threatening Behavior 2000/30

Stack, Steven (2013): Religion & Suicide Acceptability: A Review & Extension. In: Suicidologi 2013/18

Staiger, Tobias (2016): Familienarbeit und Erwerbsarbeit aus Geschlechterperspektive. In: Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Hg. v. Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus. Aufl. 2. Hogrefe, Bern. S. 101–112

Statistik Austria (2014): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013, Wien

Statistik Austria (2015): Arbeitsmarktstatistiken 2014. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offene-Stellen-Erhebung Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2017): TABELLENBAND: EU-SILC 2016. Statistik Austria, Wien

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1: Forschungsbericht, Wien

Stuckler, David (2009): The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. In: The Lancet 374/9686:315–323

Stürzlinger, Heidi; Eisenmann, Alexander; Laschkolnig, Anja (2017): Aktuelle Studienlage zur Wirksamkeit von Antidepressiva bei leichter und mittelschwerer Depression – Evidenzrecherche. Mit einem Exkurs zu Verordnungen von Antidepressiva in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Kobrna, Ulrike; Musalek, Michael (2016): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2016. Aufl. 7. vollständig überarbeitet. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Watzka, Carlos (2015): Suizide und ihre biopsychosozialen Bedingungsfaktoren. Epidemiologische Analysen auf Basis von Aggregat- und Individualdaten. Springer, Graz

WHO (2002): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. WHO

Wimmer-Puchinger, Beate; Baldaszi, Erika; et al. (2006): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien

Wimmer-Puchinger, Beate; Gutierrez-Lobos, Karin; Riecher-Rössler, Anita (Hg.) (2016): Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben. Springer-Medizin, Berlin/Heidelberg

Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose, Michael; Ryl, Livia (2010a): Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch Institut RKI,

Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose, Michael; Ryl, Livia (2010b): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Heft 51 Robert Koch Institut Berlin

GLOSSAR

Arbeitslosigkeit	Als arbeitslos gelten nach dem ILO-Konzept jene Personen zwischen 15 und 74 Jahren (in Österreich zw. 15 und 64), auf die folgende Kriterien zutreffen: Sie sind nicht erwerbstätig im Sinne der ILO UND könnten innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen und haben während der Referenzwoche und den drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht ODER bereits eine Stelle gefunden und werden diese in maximal drei Monaten antreten.
Arbeitslosenquote	Die Arbeitslosenquote erfasst jene Personen, die zum Monatsende bei den regionalen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registriert sind und nicht in einem Beschäftigungsverhältnis oder in Ausbildung sind (z. B. Schulung). Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen. Als Jahreswert wird der Durchschnitt der 12 Monatsendbestände ausgewiesen. Arbeitslosenquote (ALQ, nationale Definition): Arbeitslose als Prozentanteil des Arbeitskräftepotenzials
Atypische Beschäftigung	Zu den atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen.
Determinanten	Determinanten sind Bestimmungsfaktoren, hier z. B. Faktoren, die sich auf die Gesundheit Einzelner oder der Bevölkerung auswirken (siehe auch „Gesundheitsdeterminanten“).
Epidemiologie	Wissenschaft vom Auftreten und der Verteilung von Krankheiten und Risikofaktoren in der Bevölkerung. Die Epidemiologie sucht Wege, mit diesem Wissen Gesundheit zu fördern und Krankheiten durch Prävention zu verhindern. Die WHO geht in ihrer Definition weiter, indem sie der Epidemiologie als Teilaufgabe auch die Untersuchung der Verteilung „sozialer Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen“ und der „Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen“, zuschreibt.
Erwerbsquote	Die Erwerbsquote ist der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (in Privathaushalten, ohne Präsenz- und Zivildienst). Nach dem ILO-Konzept gelten Personen dann als Erwerbstätige, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbstständige, Selbstständige oder mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben.
Evidenz	Vom englischen „evidence“ = Nachweis, Beweis; Informationen aus Studien, die einen bestimmten Sachverhalt erhärten oder widerlegen. Besonders bekannt ist der Begriff im Zusammenhang mit Medizin: Unter evidenzbasierter Medizin (EbM) versteht man eine Vorgehensweise

	des medizinischen Handelns, die darauf abzielt, individuelle Patientinnen/Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen.
Externalisierung	In der Psychologie versteht man unter Externalisierung die Verlagerung und Abwälzung von Motiven oder Zuschreibungen nach außen. Durch eine Externalisierung sieht der Mensch oft die einzige Möglichkeit, sich wieder in seiner ganzen Persönlichkeit positiv wahrzunehmen, denn das belastende Problem wird quasi aus dem Selbst herausgezogen. Bei der Externalisierung als Abwehrmechanismus werden negative Selbstanteile wie etwa Aggressionen zuerst vom Ich abgespalten und dann auf ein Gegenüber projiziert. Wenn nun das Gegenüber sich unbewusst mit den abgespaltenen, projizierten Anteilen identifiziert und so handelt, wie es der Erwartung entspricht (z. B. aggressiv), werden durch diese Externalisierung unangenehmer oder unerträglicher Selbstanteile die ursprünglich inneren Konflikte in der Außenwelt inszeniert, um das innerpsychische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Es handelt sich dabei um einen für Borderline-Störungen typischen Abwehrmechanismus, der die Schwierigkeiten, sich gegenüber der Psychodynamik der Betroffenen abzugrenzen, besser verständlich macht. (Stangl, 2018).
Indikator	Von lateinisch indicare = „anzeigen“ oder „auf etwas zeigen“. Ein Indikator ist ein „Anzeiger“ für das Vorhandensein eines Sachverhalts, dessen Vorliegen nicht direkt beobachtbar ist. Im Rahmen der Evaluation wird die Bestimmung von Indikatoren nötig, wenn ein Kriterium so komplex ist, dass sein Vorliegen nicht unmittelbar beobachtet werden kann (wie z. B. bei „Gesundheitsbewusstsein“). Die Leitfrage zur Bestimmung von Indikatoren ist: Woran wird das jeweilige Kriterium messbar/beobachtbar? Oder in anderen Worten: Woran können wir erkennen, ob der jeweilige Sachverhalt (z. B.: Gesundheitsbewusstsein) erreicht wurde oder eingetreten ist?
Internalisierung	Als Internalisierung wird in der Psychologie die Verinnerlichung bzw. das Sich-zu-eigen-Machen von Normen, Regeln und Werten einer Gemeinschaft bezeichnet. Unter Internalisierung wird demnach verstanden, dass vorgegebene Normen so sehr verinnerlicht und als zur eigenen Person zugehörig angenommen werden, dass die Einhaltung von Normen zur Selbstbestätigung und die Nichteinhaltung zu Schuldgefühlen führt. Internalisierende Problemverarbeitung ist somit ein oft grübelnder Bewältigungsstil, bei dem die Aufmerksamkeit sehr stark nach innen gerichtet ist. Bei einem solchen Bewältigungsstil treten Symptommatiken wie sozialer Rückzug, Ängste und Depressionen in den Vordergrund. Der internalisierende Problemverarbeitungsstil findet sich

	häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht. (Stangl, 2018).
Lebenskompetenz	Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu gestalten und zu meistern. Lebenskompetenzen oder „life skills“ geben Menschen die Kraft, mit Veränderungen zu leben oder Veränderungen in ihrer Umgebung herbeizuführen. Die Gesundheitsförderung unterstützt Menschen bei der Entwicklung von Lebenskompetenzen, die für ihre Gesundheit bedeutsam sind. Beispiele für Lebenskompetenzen sind etwa die Fähigkeit, Probleme zu lösen, die Kommunikationsfähigkeit, die Beziehungsfähigkeit oder die Fähigkeit, mit Stress umzugehen und ihn positiv zu bewältigen.
Morbidität	Bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen
Mortalität	Bevölkerungsbezogene Betrachtung der Sterblichkeit. Diese wird durch Mortalitätsmaße (Sterblichkeitsmaße), welche die Zahl der Gestorbenen auf die Bevölkerung beziehen, beschrieben. In Sterbetafeln werden die Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht abgebildet. Mit der Mortalität hängt die epidemiologische Maßzahl Lebenserwartung (s. a. epidemiologische Maßzahlen) eng zusammen. Verallgemeinert kann die Mortalität als Inzidenz des Sterbens angesehen werden, deshalb sind auch viele Überlegungen und Maßzahlen, die (allgemein) von der Inzidenz ausgehen, übertragbar.
Prävalenz	(engl. prevalence), beschreibt Mengen von (i. A.) Personen in einem definierten Zustand, z. B. des Krankseins/Betroffenseins. Sie ist neben der Inzidenz ein Hauptaspekt der Beschreibung und Analyse der Verbreitung von Krankheiten/Gesundheitsproblemen. Die Prävalenz kann sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums vergrößern, dann spricht man von Epidemie, konstant sein, dann spricht man von Gleichgewicht oder sich verringern, dann spricht man von Regression. Man kann in der Regel von der Häufigkeit des Krankseins nicht auf die Häufigkeit des Krankwerdens (Inzidenz) schließen. Für die Prävalenz gibt es spezielle epidemiologische Maßzahlen, die Prävalenzmaße.
Problematischer Alkoholkonsum	Mit problematischem Alkoholkonsum ist der wöchentliche Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol (ca. ein halber Liter Bier) pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen.
Protektivfaktoren (Schutzfaktoren)	Faktoren, die eine stabilisierende und schützende Wirkung auf die Gesundheit haben – im Gegensatz zu Risikofaktoren, die die Gesundheit gefährden.

Risikofaktoren	Soziale, ökonomische oder biologische Vorgaben, Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen, die mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine spezifische Krankheit, einen schlechteren Gesundheitszustand oder mit einer Verletzungsgefahr verbunden sind oder diese verursachen.
Sterblichkeit, vorzeitige	Bezeichnet die Sterblichkeit unter einem bestimmten Alter, wie beispielsweise 65 Jahren. Als Kennziffer wird sie meist altersstandardisiert und in der Form „Gestorbene pro 100.000 der Bevölkerung“ angegeben.
Sterblichkeit, 30-Tage-	Die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt (AMI) bzw. Schlaganfall misst (bei den ab 45-Jährigen) den Anteil der innerhalb 30 Tagen in einer Akutkrankenanstalt Verstorbenen pro 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Diagnose (Hauptdiagnose I21 und I22). Sie ist ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung.
Teilzeitquote	Die Teilzeitquote beschreibt den Anteil der Personen an allen Erwerbstätigen, die bei der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria eine Teilzeiterwerbstätigkeit angeben.
Unterbringung ohne Verlangen	Unterbringungsgesetz (UbG), § 8: „Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn sie ein/eine im öffentlichen Sanitätsdienst stehende/r Arzt/Ärztin, ein Polizeiarzt/-ärztin oder ein Arzt/eine Ärztin einer Primärversorgungseinheit, die hierfür gemäß § 8 Abs. 7 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 verpflichtet wurde, untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.“

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT
UND KONSUMENTENSCHUTZ**

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00-0

sozialministerium.at

