

Arbeit, Lebenserwartung, Geschlecht: Wien 1900–1950

Abstract: Work, life expectancy, gender: Vienna 1900–1950. Medical discourse in the 1920s in Germany and Austria produced a significant increase in papers and monographs dealing with the links between female health and women at work. This hype vanished in the Austrofascist and Nazi-Era, when, because of ideology, female work became a non-topic. After World War II, neither social gap nor gender gap were main topics of social medicine. During the economic crisis of the 1930s, World War II and the post-War period an equalization of living standards on a low level took place. Despite of this, a significant gender gap became a general phenomenon since the 1950s, rather ignored by the medical profession or attributed to biological factors. This paper shows how a shift to white collar jobs at the labor market and technological changes in industries could partly explain the widening gap between female and male life expectancy in the first half of the 20th century as far as Vienna is concerned. While before World War I female excess mortality at young age was quite common in some occupations like construction and the textile industry, this was not true any longer in the 1930s and 1950s. Whereas before World War I the mortality of unoccupied females in general had been lower than the mortality of employed females of this age group, in the 1950s this relation was inverted. Therefore the deteriorating influence of double burdens on respectable working class women's health in the interwar period should be discussed. Concerning male morbidity and mortality advantages of safer working places and the rising share of white collar jobs for male employees, even well paid academics like physicians were beyond the overall average, quite likely because their jobs were better paid but more stressfull. This trend continued till the 1980s. Since then the gender gap has decreased slowly. But even today in Austria, Britain and other developed countries life expectancy of a male academic is not much above the life expectancy of a blue collar female employee.

Key Words: social medicine, gender gap, working environment, mortality, morbidity

Sozialmedizin und weibliche Erwerbstätigkeit

Im Jahr 1929 veröffentlichte der Wiener Gynäkologe und Sozialmediziner Robert Hofstätter (1883–1970)¹ seine Monographie *Die arbeitende Frau*, eine sozialmedizinische Problematisierung weiblicher Erwerbstätigkeit. Hofstätter, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung an der Wiener Allgemeinen Poliklinik tätig und seit 1919 Privatdozent an der Universität Wien,² kam in der Einleitung zu folgender kritischer Einschätzung:

„Während wir längst gewohnt sind, bei der Beurteilung des Mannes als Patient dessen Beruf in Betracht zu ziehen, gilt dies bei weiblichen Patienten nur in sehr geringem Ausmaße. Ich musste oft staunen, wie schablonenhaft, und noch dazu meist nach einer falschen Schablone, die Frau behandelt wird.“³

Hofstätters Monographie stand in der zeitgenössischen sozialmedizinischen Literatur keineswegs alleine da. Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert wurde die gesundheitliche Gefährdung erwerbstätiger Frauen besonders in Großbritannien und Deutschland in einem multidisziplinären, v. a. aber sozialmedizinischen Diskurs thematisiert.⁴ In einer von Hans Sveistrup und Agnes von Zahn-Harnack herausgegebenen Bibliographie und Quellenkunde zu Deutschland finden sich zum Teilaspekt „Schutz der Frau im Berufsleben“ 17 Einzelschriften und zwei Zeitschriften, die im Zeitraum 1900–1918 erschienen waren. Im kürzeren Zeitraum 1919–1930 werden 16 Schriften zum Thema aufgelistet.⁵ Eine gewisse Intensivierung des Diskurses in den 1920er Jahren ist also festzustellen. Nimmt man das Literaturverzeichnis eines einschlägigen, nach 1945 in Österreich erschienenen, sozialmedizinischen Handbuchs als Maßstab, dann war es vor allem die zweite Hälfte der 1920er Jahre, in der ein Publikationsgipfel erreicht wurde. Allein für die Jahre 1927 und 1928 werden pro Jahr etwa 25 einschlägige Artikel bzw. Monographien angeführt.⁶ Über diesen quantitativen Aspekt hinaus sorgten Autoren wie der prominente Berliner Mediziner und Sexualforscher Max Hirsch für ein entsprechendes Medienecho. Die geradezu hysterische Problematisierung der gesundheitlichen Aspekte der Erwerbstätigkeit von Frauen ging soweit, dass der Wiener Gynäkologe und Pastoralmediziner Albert Niedermeyer⁷ in dem zuvor erwähnten Handbuch auf der Basis statistischer Befunde aus der Zwischenkriegszeit selbstverständlich von einer durch weibliche (Industrie-)Arbeit zu erklärenden allmählichen Angleichung der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern ausging,⁸ zu der es bekanntlich nie kam.

Mit dem „Frauengesundheits-Hype“ war es allerdings schon bald vorbei. Die Nazis hatten kein Interesse, weibliche Erwerbstätigkeit, zu der sie auf Grund der Notwendigkeiten der Kriegsproduktion ein ambivalentes Verhältnis entwickelten, besonders zu thematisieren. Nach 1945 im Zeichen von Wiederaufbau und Wirt-

schaftswunder war Frauenarbeit und Gesundheit ebenso kein Thema. Ein 1953 von zwei prominenten Wiener Sozialmediziner, Alfred Fischer und Ludwig Popper (1904–1984)⁹ verfasstes Handbuch¹⁰ beschränkt sich mit Bezug auf den *gender gap* auf die lapidare Aussage, dass die durchschnittliche Lebensdauer von Frauen um etwa drei Jahre höher sei als die der Männer.¹¹ Erst in den 1960er Jahren und unter ganz anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen griff die Sozialmedizin das Thema wieder auf. Insgesamt blieb der wissenschaftlich-literarische Output jedoch vergleichsweise bescheiden und in keiner Weise mit jenem der 1920er Jahre vergleichbar. Die vermutlich wichtigste Bibliographie listet unter den Rubriken „Gesundheitliche Situation der berufstätigen Frau“ und „Arbeitsschutz“ für den Zeitraum 1931–1945 31, 1946–1960 33, 1961–1970 52 und 1971–1980 21 Publikationen auf.¹² Mit Ausnahme der 1960er Jahre entsprach das konstant rund zwei Publikationen pro Jahr. In den 1960er Jahren waren es immerhin fünf.

Nun wäre das schwindende Interesse an den gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitswelt auf erwerbstätige Frauen eventuell aus einem Rückgang weiblicher Erwerbsquoten zu erklären. Auf das großstädtische Patientenumfeld der erwähnten Autoren traf das jedoch keinesfalls zu. Im letzten Drittel des 19. und im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts bewegte sich beispielsweise in Wien der Frauenanteil unter den Berufstätigen (einschließlich der häuslich Bediensteten) zwischen 36 und 39 Prozent.¹³ Zu Beginn der 1950er Jahre erreichte er sogar nahezu 40 Prozent. Von der gesamten männlichen Bevölkerung waren fast konstant rund zwei Drittel berufstätig, während es von der gesamten weiblichen Bevölkerung rund ein Drittel waren.¹⁴ Die Erklärung ist demnach anderswo zu suchen: in der sich stetig ausweitenden männlichen Übersterblichkeit. Ein Diskurs der Männergesundheit wollte sich dennoch vorerst nicht einstellen. Die sich vergrößernde Männerübersterblichkeit wurde als unausweichlicher Preis moderner Arbeitswelten, ja der westlichen Zivilisation gesehen, die erfolgsorientierte pathologische „Typ A“-Männerpersönlichkeiten produzierte.¹⁵ Das neuerliche Interesse an Gender-, de facto Frauengesundheit seit dem ausgehenden 20. Jahrhundert fiel dann auch in eine Phase der Verkleinerung des *gender gap* und einer relativen Verschlechterung weiblicher „Überlebensverhältnisse“.¹⁶

Während die Gründe für die Verkleinerung des *gender gap* in den letzten drei Jahrzehnten, nicht zuletzt angesichts der günstigen Datenlage im Zeitalter der Datenbanken und Register, verhältnismäßig gut erforscht und belegt sind, trifft das für die vorherige Phase seiner Ausweitung nicht oder nur eingeschränkt zu. Es ist dies eine Phase, in der anfänglich noch wenige Erwerbstätige das Rentenalter erreichten, in der das Sterben im Beruf, im Berufsalter oder jedenfalls bald danach alltäglich war. Dieser Umstand eröffnet für die Analyse des *gender gap* in einem Untersuchungszeitraum, in dem sich einschlägige Studien in der Regel nicht auf Daten mit einem weit

gespannten personenbezogenen Merkmalskranz stützen können, eine zusätzliche analytische Perspektive. Berufsspezifische Mortalitätsdifferenziale lassen sich durch das Merkmal Geschlecht weiter differenzieren und damit, so die hier erkenntnisleitende These, ein Zusammenhang zwischen dem geschlechtsspezifischen Wandel der Arbeitswelt und der Ausweitung des *gender gap* herstellen. Darüber hinaus lässt sich berufsspezifische Sterblichkeit zur Gesamtsterblichkeit, also indirekt zur Sterblichkeit Nicht-Erwerbstätiger in Bezug setzen. Auf diesem Weg kann der Analyseraum Arbeitswelt um Hausarbeit erweitert, die Frage nach den gesundheitlichen Konsequenzen der viel diskutierten Doppel- und Dreifachbelastung gestellt werden. Zuvor gilt es freilich noch, sich die langen Linien der Veränderungen der sozialen Ungleichheit vor dem Tod und des *gender gap* auf hoch aggregierter Ebene zu vergegenwärtigen. Sie bilden gleichsam den Rahmen für die folgende Fallstudie.

Berufs- und bildungsspezifische Mortalitätsdifferenziale: die langfristigen Trends

Die sich etablierenden westlichen Wohlstandsgesellschaften schienen zunächst kein guter Boden für die Sozialmedizin. Nachdem sich die soziale Ungleichheit vor dem Tod gemessen an der Sterblichkeit männlicher Berufstätiger gerade im 19. Jahrhundert massiv ausgeweitet¹⁷ und im dritten Viertel einen vorläufigen Höhepunkt erreicht hatte,¹⁸ war eine sich bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts erstreckende Phase einer gewissen Nivellierung der Lebenserwartungen zwischen verschiedenen Berufsgruppen erfolgt. Nimmt man die günstige Mortalität der freien Berufe als Maßstab, dann zeigte sich bei grober Differenzierung der Berufe etwa eine Spanne von 1 zu 1,5 zwischen Sterberaten begünstigter und benachteiligter Berufsgruppen. Eine solche Spannweite ist für Frankreich 1907/09 und 1955/60 und auch für Österreich 1891–1895 und 1951–1953 belegt.¹⁹

Im Gegensatz zu den Erwartungen der Experten – der eingangs erwähnte Ludwig Popper erklärte in seinen Lebenserinnerungen die Sozialmedizin zur Medizin von gestern²⁰ – ging jedoch der *social gap* in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts wieder auseinander.²¹ So belegte der in Großbritannien Aufsehen erregende Black Report ausgehend von relativ geringen Mortalitätsdifferenzialen der Zwischenkriegszeit und der frühen 1950er Jahre²² eine Verschärfung der sozialen Ungleichheit vor dem Tod bei beiden Geschlechtern im Zeitraum von ca. 1930–1970,²³ die sich bis zur Jahrtausendwende noch weiter steigerte.²⁴

In einigen rezenten sozialmedizinischen Studien wurden da und dort berufs- und bildungsbezogene Mortalitätsdifferenziale nach dem Geschlecht erhoben²⁵ und brachten Erstaunliches zu Tage. Am Beginn der 1970er Jahre war die günstigste

Sterberate bei britischen männlichen Berufstätigen im Alter von 15–64 Jahren, die der *professionals*, gerade ein wenig niedriger als die der wenig qualifizierten (*partly skilled*) Frauen. Hingegen wurde die Sterberate selbst der am schlechtesten qualifizierten Britinnen lediglich von jener der höchstqualifizierten Männer unterschritten. Die Mortalität aller anderen männlichen Qualifikationsgruppen lag hingegen ausnahmslos darüber. Die Sterberate männlicher Erwerbstätiger der niedrigsten Qualifikationsstufe (*unskilled*) erreichte sogar ein beinahe fünfmal so hohes Niveau wie jene der weiblichen *professionals*.²⁶ Ähnliche Befunde liegen für Österreich vor: Zu Beginn der 1980er Jahre hatten in Österreich Männer mit dem geringsten Bildungsgrad im Alter von 35–64 Jahren ein mehr als doppelt so hohes Sterberisiko wie Akademiker. Bei Frauen war das Verhältnis 1 zu 1,5.²⁷ In der Folge hat sich die Spannweite dieses Mortalitätsdifferentials weiter vergrößert, allerdings nur bei den Männern,²⁸ wie generell die soziale Ungleichheit vor dem Tod unter Frauen geringere Ausmaße annimmt.²⁹ Während zwischen Männern unterschiedlicher Bildungsstufen nach den österreichischen bildungsspezifischen Sterbetafeln der Jahre 2001–2002 eine Spannweite der Lebenserwartung von rund sechs Jahren lag, waren es bei den Frauen lediglich drei. Eine 35-jährige österreichische Akademikerin konnte um die Jahrtausendwende von einer rund neun Jahre höheren fernerer Lebenserwartung ausgehen als ein Mann mit oder ohne Pflichtschulabschluss; andererseits erreichte ein Akademiker gerade erst einmal die Lebenserwartung einer Frau mit geringster Bildungsstufe.³⁰ Wie auch der Vergleich mit anderen Ländern zeigt,³¹ handelte es sich dabei um ein in vielen Industrieländern zu beobachtendes Phänomen, welches sich auch mit anderen Dimensionen sozialer Ungleichheit nachweisen lässt. So hatten nach einer Studie des U.S. Department of Health and Human Services im Jahr 1996 „weiße“ US-Amerikanerinnen zwar eine um sechs Jahre höhere Lebenserwartung als ihre „afro-amerikanischen“ Geschlechtsgenossinnen, die aber im Durchschnitt noch immer eine etwas höhere Lebenserwartung hatten als „weiße“ Männer.³²

Der gender gap: die langfristigen Trends

Ebenso wie die soziale Ungleichheit vor dem Tod handelt es sich beim *gender gap* um kein ausschließliches Phänomen entwickelter Industriegesellschaften des ausgehenden 20. Jahrhunderts. Betrachtet man die Lebenserwartung bei der Geburt, sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern zumindest seit dem späten 18. Jahrhundert in Europa nachweisbar, höhere Lebenserwartungen der männlichen Bevölkerung seitdem die seltene Ausnahme. Stark generalisierend kann gesagt werden, dass der *gender gap* im frühen 19. Jahrhundert bei 1–3, im späten bei 2–4 Jahren lag.³³

Tabelle 1³⁴: Veränderung des Gender Gap¹⁾ in europäischen Ländern ca. 1910–1950

Staat Geschlecht		Fernere Lebenserwartung im Alter von ... Jahren								
		0			15			65		
		m	w	GG	m	w	GG	m	w	GG
Österreich	1909/12	43,5	46,8	3,3	45,4	47,4	2,0	10,3	11,0	0,7
	1949/51	61,9	67,0	5,1	53,3	57,3	4,1	12,0	13,6	1,6
Veränderung GG				1,8			2,1			0,9
Dänemark	1911/15	56,2	59,2	3,0	51,0	52,7	1,7	12,2	12,9	0,7
	1946/50	67,8	70,1	2,4	56,9	58,4	1,5	13,6	14,2	0,6
Veränderung GG				-0,6			-0,2			-0,1
Finnland	1901/10	45,3	48,1	2,8	46,0	48,1	2,1	10,8	11,9	1,1
	1951/53	62,9	69,1	6,2	51,3	57,2	5,9	11,0	13,1	2,1
Veränderung GG				3,5			3,8			1,0
Frankreich	1908/13	48,5	52,4	3,9	45,5	48,8	3,3	10,5	11,7	1,2
	1950/51	63,6	69,3	5,7	53,1	58,2	5,1	11,9	14,4	2,5
Veränderung GG				1,8			1,8			1,3
Deutschland	1910/11	47,4	50,7	3,3	47,6	49,6	2,0	10,4	11,0	0,6
	BRD (ohne Saarg.)	1949/51	64,6	68,5	3,9	55,0	58,0	3,0	12,8	13,7
DDR	1952/53	65,1	69,1	4,0	55,3	58,3	3,0	12,6	13,9	1,3
Veränderung GG				0,6			1,0			0,2
				0,7			1,0			0,6
Island	1901/10	48,3	53,1	4,8	45,0	50,2	5,2	11,7	13,4	1,7
	1941/50	66,1	70,3	4,2	54,8	58,5	3,7	14,7	15,9	1,2
Veränderung GG				-0,6			-1,5			-0,5
Irland	1910/12	53,6	54,1	0,5	49,2	49,4	0,2	13,0	13,4	0,4
	1950/52	64,5	67,1	2,6	54,0	55,8	1,8	12,1	13,3	1,2
Veränderung GG				2,1			1,6			0,8
Niederlande	1900/09	51,0	53,4	2,4	49,8	51,0	1,2	11,6	9,4	-2,2
	1950/52	70,6	72,9	2,3	58,5	60,2	1,7	14,1	11,3	-2,8
Veränderung GG				-0,1			0,5			-0,6
Norwegen	1901/10	54,8	57,7	2,9	48,7	51,0	2,3	13,5	14,4	0,9
	1946/50	69,3	72,7	3,4	57,9	60,4	2,5	14,7	15,6	0,8
Veränderung GG				0,5			0,2			-0,1
Spanien	1910	40,9	42,6	1,6	44,9	45,9	1,1	9,8	10,1	0,3
	1950	58,8	63,5	4,7	51,9	56,5	4,6	12,0	14,0	2,0
Veränderung GG				3,1			3,5			1,7
Schweden	1901/10	54,5	57,0	2,5	49,8	51,5	1,7	12,8	13,7	0,9
	1951/55	70,5	73,4	2,9	57,8	60,2	2,4	13,8	14,8	0,9
Veränderung GG				0,5			0,7			0,1
Schweiz	1910/11	50,7	53,9	3,2	46,6	48,8	2,2	10,2	10,9	0,8
	1948/53	66,4	70,9	4,5	54,8	58,7	3,8	12,4	14,0	1,6
Veränderung GG				1,2			1,6			0,9
England u. Wales	1910/12	51,5	55,4	3,9	48,6	51,4	2,9	11,0	12,4	1,4
	1951	65,8	70,9	5,0	53,9	58,4	4,5	11,2	13,8	2,5
Veränderung GG				1,2			1,6			1,2

¹⁾ GG = Gender gap.

Am Vorabend des Ersten Weltkriegs bewegte er sich in vielen Industrieländern bei rund 2–3 Jahren.

Von einer vollständigen Öffnung der Schere der männlichen und weiblichen Lebenserwartungen nicht nur bei der Geburt, sondern auch in allen anderen relevanten Altersgruppen kann erst im 20. Jahrhundert gesprochen werden. Die Öffnung der Schere erfolgte in drei Phasen:

1. In einer vom Vorabend des Ersten Weltkrieges bis in die frühen 1950er Jahre reichenden Phase nahm der *gender gap* in den meisten Industrieländern um weitere ein bis zwei Jahre zu. Ausnahmen in Europa bildeten Finnland, Frankreich und Spanien mit einer deutlicheren Zunahme und die skandinavischen Länder und die Niederlande, in denen keine nennenswerte Vergrößerung des *gender gap* festzustellen war. Um 1950 betrug er in den westeuropäischen Ländern rund fünf Jahre.³⁵
2. Von den 1950er bis in die frühen 1980er Jahre weitete sich der *gender gap* weiter auf sechs bis sieben, in Frankreich sogar auf acht Jahre aus.³⁶
3. Ab den 1980er Jahren war in vielen Industrieländern ein Rückgang des *gender gap* um etwa ein Jahr auf rund fünf bis sechs Jahre zu verzeichnen. In Island, Norwegen und Schweden bewegte er sich sogar noch etwas darunter. In den osteuropäischen Transformationsländern hingegen weitete er sich noch aus.³⁷

Gender gap und social gap

Es existieren demnach in den entwickelten Industrieländern und nicht nur dort seit geraumer Zeit ausgeprägte geschlechtsspezifische und soziale Mortalitätsdifferenziale, die sich beim Vergleich von Akademikerinnen und männlichen Hilfsarbeitern in ihrer gegenseitig verstärkenden Wirkung besonders drastisch vor Augen führen lassen. Wie hängen aber die beiden *gaps* zusammen, sofern sie das überhaupt tun? Obwohl sich die unterschiedliche Lebenserwartung der weiblichen und männlichen Bevölkerung seit etwa zwei Jahrzehnten zu einem multidisziplinären Forschungsfeld entwickelt hat,³⁸ wird diese Frage in rezenten Studien selten gestellt. Erst in den letzten Jahren hat sich das ein wenig geändert.³⁹ Der Nachweis berufsspezifischer Einflüsse erweist sich aber als schwierig. Das liegt zum einen daran, dass viele Faktoren, die soziale Ungleichheit vor dem Tod beeinflussen, dies auch für geschlechtsspezifische Differentiale tun.⁴⁰ Zum anderen sind mit der Zunahme der Lebenserwartung weit über das durchschnittliche Rentenalters hinaus die Zusammenhänge zwischen Berufsschädigungen und Todesursache gerade mit Bezug auf die nun dominierenden degenerativen Erkrankungen sehr komplex geworden. Eine einschlägige Studie auf Basis schwedischer Daten aus den 1970er und 1980er Jah-

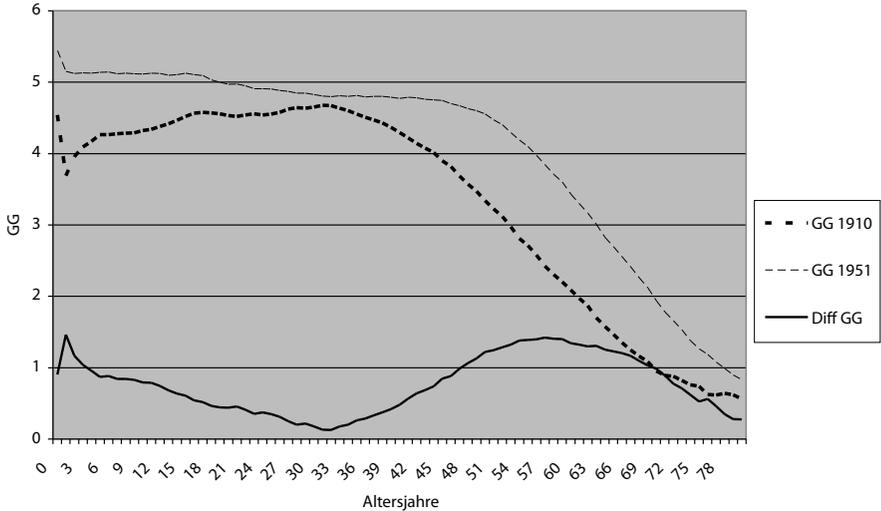
ren kam daher zu dem Befund, dass das Arbeitsumfeld keinen merklichen Einfluss auf die männliche Übersterblichkeit auszuüben scheint. Begründet wird dies aber teilweise widersprüchlich damit, dass Frauen üblicherweise Jobs mit geringerem Gesundheitsrisiko übernehmen.⁴¹ Die genannten methodischen Schwierigkeiten hinsichtlich der Herstellung eines kausalen Zusammenhangs zwischen Beruf und Todesursache treffen freilich für die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts nur bedingt zu. Auch nach dem Erreichen des Rentenalters, wenn eine Rente überhaupt genossen werden konnte und für das finanzielle Auskommen reichte, war in dieser Zeitperiode die fernere Lebenserwartung nicht allzu hoch, ein Zusammenhang zwischen Todesursache und Erwerbsleben also eher herzustellen.

Im Folgenden soll versucht werden, der Verschachtelung von *gender gap* und sozialer Ungleichheit vor dem Tod am Beispiel Wiens anhand berufsspezifischer Sterberaten nachzugehen. Soziale Ungleichheit vor dem Tod korreliert zwar nicht einfach mit der Verteilung materieller Lebenschancen. Sie hängt sehr stark von Mentalitäten und Einstellungen ab. Diese werden jedoch von beruflicher Sicherheit und Berufsanforderungen wesentlich mitbestimmt. Zudem kann die Natur der Krankheit mit berufsspezifischen Infektionsgefahren verbunden sein.⁴² Berufsspezifische Sterberaten besitzen zwar den Nachteil, nur den Beruf zum Todeszeitpunkt festzuhalten,⁴³ korrelieren aber, wie auch rezente Studien belegen, mit im Lauf einer Berufsbiographie in der Regel kaum variierenden qualifikationsbezogenen Mortalitätsdifferentialen, besonders mit Bezug auf niedrige Qualifikationen.⁴⁴

Der gender gap in Wien ca. 1900–1950

Ein erster Blick auf die Entwicklung des *gender gap* in Wien in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigt folgendes Bild: Im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung nahm der schon am Beginn des Betrachtungszeitraums ganz erhebliche Unterschied der Lebenserwartung bei der Geburt von 4,5 Jahren von etwa 1910–1950 nur noch um rund ein Jahr zu.⁴⁵ Während um 1910 die Lebenserwartung bei der Geburt der weiblichen Bevölkerung 48, der männlichen 43,5 betrug, stieg diese bis zu Beginn der 1950er Jahre bei den Frauen um etwa 21, bei den Männern um 20 Jahre an.⁴⁶ Das Beispiel Wien reiht sich damit unter jene Fälle, in denen der *gender gap* am Vorabend des Ersten Weltkrieges bereits sehr ausgeprägt war, jedoch in den folgenden Jahrzehnten zunächst nur gering anwuchs. Die durchschnittliche Lebenserwartung war jedoch sowohl am Ausgangspunkt als auch am Endpunkt der Betrachtung ausgesprochen niedrig, wenn sie sich auch am Endpunkt bereits der BRD und Frankreich annäherte. Von skandinavischen Lebenserwartungen war die Wiener Bevölkerung zu Beginn der 1950er Jahre erwartungsgemäß noch sehr weit entfernt.⁴⁷

Abbildung 1⁴⁸: Gender Gap (GG) nach Alter 1909/11 und 1950/52



Die für den Zeitraum von 1910 bis 1950 beobachtete Zunahme des *gender gap* um rund ein Jahr verteilte sich keineswegs auf alle Altersgruppen gleich. Während bei den Säuglingen und Kleinkindern die Sterblichkeitsrückgänge geschlechtsspezifisch wenig differierten, hatten bei den 10- bis unter 30-jährigen die Mädchen und jungen Frauen eine günstigere Entwicklung – zuvor hatten gerade bei den jüngeren Jahrgängen Frauen vom Mortalitätsrückgang im späten 19. Jahrhundert zunächst im geringeren Ausmaß profitiert als Männer.⁴⁹ In den mittleren Jahrgängen verzeichneten die Männer etwas höhere Rückgänge. Ab etwa einem Alter von 50 Jahren fielen die Sterblichkeitsrückgänge bei Frauen durchwegs höher aus, wobei mit steigendem Alter der Unterschied immer größer wurde.⁵⁰ Die Wahrscheinlichkeit, das Erwerbsalter zwischen 15 und 64 Jahren zu überleben, nahm bei beiden Geschlechtern beträchtlich zu: bei den Männern von 42 auf 65%, bei den Frauen von 56 auf 79%.⁵¹ Dennoch: selbst zu Beginn der 1950er Jahre starb noch ein Drittel der 15-jährigen Männer und ein Fünftel der Frauen während des erwerbsfähigen Alters.

Der Rückgang der Müttersterblichkeit spielte im Übrigen für die Entwicklung des *gender gap* in dieser Phase des epidemiologischen Übergangs praktisch keine Rolle mehr. Die altersstandardisierte Sterberate der männlichen Bevölkerung ging um 40,5, die der weiblichen um 44,1% zurück. Unter Herausrechnung der Müttersterblichkeit hätte der Rückgang 44,2% betragen.⁵²

Nach der Umrechnung zeitgenössischer Todesursachensystematiken auf moderne Pendanten⁵³ erweist sich der geschlechtsspezifische Unterschied des Sterblichkeitsrückgangs in den jüngeren Altersgruppen todesursachenspezifisch vor allem

Tabelle 2⁵⁴: Veränderung der altersspezifischen Sterberaten nach Geschlecht Wien 1909/11–1950/52

Altersgruppe	1909/11 1950/52		Veränderung in %	1909/11		1950/52		Veränderung in %	o.Mstkt.
	männlich			weiblich					
	gesamt	o.Mstkt. ²⁾		gesamt	o.Mstkt. ²⁾	gesamt	o.Mstkt. ²⁾		
0	237,1	60,6	-74,4	194,2		48,4		-75,1	
1–4	20,3	1,9	-90,6	21,5		1,7		-91,9	
5–9	4,3	0,7	-82,4	4,1		0,6		-85,6	
10–14	2,2	0,6	-72,7	2,8		0,6		-79,7	
15–19	4,8	1,5	-68,4	4,32	4,25	0,80	0,79	-81,4	-81,7
20–24	5,8	1,7	-70,1	5,32	4,96	1,31	1,21	-75,4	-77,2
25–29	6,2	1,7	-73,2	5,97	5,47	1,16	1,07	-80,5	-82,0
30–34	8,4	1,9	-77,6	6,68	6,05	1,56	1,44	-76,6	-78,5
35–39	10,7	2,7	-74,3	7,50	6,97	2,18	2,12	-70,9	-71,7
40–44	13,9	3,9	-72,1	8,85	8,62	3,09	3,06	-65,1	-65,5
45–49	19,0	7,1	-62,4	11,23	11,21	4,63	4,63	-58,7	-58,7
50–54	24,6	12,9	-47,7	14,4		6,7		-53,4	
55–59	33,5	20,5	-38,9	21,0		9,8		-53,1	
60–64	46,9	31,3	-33,4	31,2		15,9		-49,0	
65–69	63,4	48,7	-23,2	46,2		27,5		-40,6	
70–74	85,5	75,5	-11,7	71,4		48,7		-31,8	
75–79	128,1	111,8	-12,7	108,9		83,5		-23,3	
80 +	203,3	190,0	-6,6	182,3		164,0		-10,0	
Gesamt ¹⁾	26,47	15,76	-40,5	23,15	23,00	12,94	12,92	-44,1	-44,2

¹⁾ Altersstandardisiert mit 1951. – ²⁾ ohne Müttersterblichkeit.

als ein stärkerer Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit bei weiblichen Jugendlichen und ein deutlich geringerer Anstieg der Sterblichkeit der sogenannten äußeren Todesursachen (Unfälle, Vergiftungen, Morde, Selbstmorde) bei weiblichen Teenagern und Erwachsenen – ein Unterschied, der im Übrigen auch für den *gender gap* im späten 20. Jahrhundert Bedeutung hat.⁵⁵ Die entscheidenden Veränderungen hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit fanden jedoch nicht in diesen, sondern in den höheren Altersgruppen ab dem 65. Lebensjahr statt, wo die Rückgänge der Sterblichkeit bei den degenerativen Erkrankungen, den Erkrankungen des Nervensystems und der Atmungsorgane bei den Männern zum Teil nur halb so groß ausfielen wie bei den Frauen.⁵⁶

Tabelle 3⁵⁷: Sterberaten für ausgewählte Todesursachen¹⁾ im Erwerbsalter nach Altersgruppen und Geschlecht Wien 1909/11 und 1950/52

1909/11		Sterbefälle auf 100.000 der Altersgruppe 1951									
Todesursachengruppe nach Geschlecht ICD 1979 ²⁾											
Altersgruppe		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
I: Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	m	91,3	159,1	209,4	203,8	340,8	578,0	867,3	918,4	936,4	1062,9
	w	91,7	149,6	231,0	175,2	246,1	344,9	356,7	394,6	564,2	628,1
II: Neubildungen	m	1,8	3,2	6,3	9,6	27,0	99,4	269,4	492,3	875,5	1521,7
	w	1,7	2,4	9,4	19,4	64,0	204,0	374,6	559,9	878,7	1350,2
VII: Krankheiten des Kreislaufsystems	m	10,4	13,0	18,2	28,2	66,5	193,6	435,9	725,8	1241,6	2303,6
	w	10,9	14,1	28,6	35,1	77,4	193,6	397,0	568,8	970,4	1933,1
VIII: Krankheiten der Atmungsorgane	m	7,4	9,0	11,0	22,0	43,5	114,7	194,2	381,3	605,0	1108,2
	w	5,2	6,9	15,8	16,0	31,3	60,4	130,1	218,0	386,5	764,4
XVII: Verletzungen und Vergiftungen	m	29,6	47,5	45,5	37,7	57,3	108,6	173,5	211,4	292,1	315,3
	w	16,2	20,8	24,5	20,9	30,8	49,7	62,0	58,4	76,7	119,7
1950/1952		Sterbefälle auf 100.000 der Altersgruppe 1951									
Todesursachengruppe nach Geschlecht ICD 1979 ²⁾											
Altersgruppe		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
I: Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	m	17,4	29,2	36,1	36,6	54,5	61,0	79,7	128,7	177,6	221,2
	w	10,3	26,6	42,4	32,6	35,1	29,0	27,0	37,1	52,9	76,9
II: Neubildungen	m	12,5	8,3	12,0	11,1	34,2	69,1	157,0	322,9	556,9	892,7
	w	8,4	14,3	18,8	37,6	67,4	112,6	196,7	256,5	349,5	478,6
VII: Krankheiten des Kreislaufsystems	m	11,6	15,4	23,8	26,9	58,4	99,0	234,2	496,1	868,0	1442,2
	w	3,7	7,9	7,3	17,1	34,0	57,0	106,4	191,5	346,2	677,5
VIII: Krankheiten der Atmungsorgane	m	1,9	2,6	3,5	4,6	6,7	9,9	20,2	37,6	63,4	108,6
	w	1,9	3,7	1,7	3,0	3,0	3,6	9,7	14,9	26,7	46,5
XVII: Verletzungen und Vergiftungen	m	86,8	93,1	67,8	80,1	79,5	92,8	119,0	140,8	135,0	123,6
	w	35,4	50,6	24,5	32,6	41,8	46,8	44,4	62,0	55,0	71,8

¹⁾ Altersstandardisiert. – ²⁾ Umrechnung auf die Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen 9. Revision 1979 (ICD 1979).

Berufsspezifische Sterblichkeitsdifferenziale vor 1914

Welchen Einfluss hatten nun berufsspezifische Mortalitätsdifferenziale? Die in Tabelle 4 präsentierten Raten scheinen eine eindeutige Antwort zu geben: Berufstätige Frauen wiesen mit Ausnahme häuslicher Dienste und im Taglohn zum Teil deutlich höhere Sterberaten auf als ihre männlichen Berufskollegen. Hatten also die eingangszitierten zeitgenössischen Sozialmediziner mit ihren Beobachtungen recht?

Tabelle 4⁵⁸: *Berufsspezifische Sterberaten nach Geschlecht Wien 1909/11*

Berufsklasse	Sterberaten ¹⁾	
	m	w
Land- und Forstwirtschaft	37,6	72,2
Industrie, Gewerbe ²⁾	22,9	27,2
Baugewerbe	25,4	91,5
Handel und Verkehr (ohne Gastgewerbe)	17,2	25,0
Häusliche Dienste, Dienstboten	157,5	7,2
Tagelöhner, Lohnarbeit wechselnder Art	42,2	16,9
Militär	9,1	
Beamte, freie Berufe	18,5	18,0

¹⁾ Sterbefälle einer Berufsklasse (einschließlich Angehörige) bezogen auf 1.000 der Erwerbsbevölkerung laut der Berufsstatistik der Volkszählung 1910. – ²⁾ Einschließlich Bergbau und Gastgewerbe.

Die berufsspezifischen Sterberaten aus Tabelle 4 sind allerdings nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Wohl ist es möglich, die Sterbefälle der Nichterwerbstätigen aus der Sterbe- und Berufsstatistik herauszurechnen,⁵⁹ doch wurden die Sterbefälle Angehöriger der jeweiligen Berufsgruppe zugeschlagen. Die daraus resultierende Überschätzung der Mortalität Berufstätiger dürfte jedoch keinen allzu großen *gender bias* aufweisen. Die Anteile der Sterbefälle Nichtberufstätiger im Durchschnitt der Jahre 1909/11 (Männer: 18,7%, Frauen 51,5%) differieren nicht allzu sehr von den Anteilen der jeweiligen Angehörigen im Jahr 1910 (Männer: 26,4%, Frauen 54,8%).⁶⁰ Nun muss die Sterblichkeit Angehöriger nicht notwendigerweise mit der ihrer sogenannten Ernährer korrelieren, wiewohl von einer ähnlichen materiellen Lage und Lebensweise auszugehen ist, wie auch Studien anhand französischer und dänischer Raten für das dritte Viertel des 20. Jahrhunderts belegen.⁶¹

Ein weiteres, gravierendes Problem besteht darin, dass die zeitgenössische Mortalitätsstatistik nach Berufen keine Hinweise auf das Alter der Verstorbenen gibt. Allerdings kann aus der Berufszählung von 1910 der Altersaufbau der Erwerbstätigen nach dem Geschlecht rekonstruiert werden. Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, wird

die These von weiblicher Übersterblichkeit in der Erwerbstätigkeit durch die Hinzuziehung der Altersstatistiken jedoch nur im Fall Handel/Verkehr tatsächlich relativiert. In der Land- und Forstwirtschaft war der Anteil älterer erwerbstätiger Frauen mit 28% wohl etwas höher als unter den Männern mit 23%. Dieser erklärt jedoch nicht die etwa doppelt so hohen weiblichen Sterberaten. Ganz eindeutig belegbar ist weibliche Übersterblichkeit in Industrie und Gewerbe, wo der Anteil älterer erwerbstätiger Frauen mit 11% sogar niedriger war als der erwerbstätiger Männer mit 13%.

Tabelle 5⁶²: Anteil der 51Jährigen und Älteren unter den Berufstätigen nach Berufsgruppen und Geschlecht Wien 1910

Berufsgruppe	männlich	weiblich
Land- und Forstwirtschaft	22,8	27,8
Industrie und Gewerbe	13,3	10,6
Handel und Verkehr ¹⁾	16,3	21,2
öffentlicher Dienst, freie Berufe ²⁾	29,6	49,0
Hausdienerschaft	8,9	4,5

¹⁾ Einschließlich Gastgewerbe. – ²⁾ Einschließlich Berufslose.

Trotz dieser ergänzend herangezogenen statistischen Quellen handelt es sich freilich um ein Puzzle von Indizien weiblicher Übersterblichkeit im Beruf, das methodisch anfechtbar ist. Es gibt jedoch eine zeitgenössische Untersuchung, die eine direkte Bestätigung liefert, und zwar eine alters- und geschlechtsspezifische Auswertung heute nicht mehr verfügbaren Materials der Krankenkassen für die Jahre 1894–1902.⁶³ Im Gegensatz zu den zuvor präsentierten Sterberaten beziehen sich im Fall der Krankenkassenstatistik Sterbefälle und Berufsbevölkerung auf ein und dieselbe Gesamtpopulation, allerdings mit der Einschränkung, dass chronisch Kranke nach einer bestimmten Frist ausgesteuert wurden und daher deren Todesfälle in der Krankenkassenstatistik unberücksichtigt bleiben.⁶⁴ Dies schränkt die Aussagekraft der geschlechtsspezifischen Sterberaten jedoch nur dann ein, wenn diese Aussteuerung bei einem Geschlecht überproportional erfolgte, was wenig wahrscheinlich ist. Die einschlägige Studie belegt für die Krankenkassenmitglieder weibliche Übersterblichkeit bis etwa zum 25. Lebensjahr.⁶⁵ Weibliche Übersterblichkeit unter jungen Arbeitern in Cisleithanien war im Übrigen keineswegs nur ein Wiener Phänomen, wie bereits zeitgenössische Sozialmediziner berechnet hatten. In der österreichischen Reichshälfte im Gesamten reichte sie sogar bis etwa zum Alter von 40 Jahren. Nur bei den für die Gesamtsterblichkeit natürlich zahlenmäßig mehr ins Gewicht fallenden älteren Arbeitern lag männliche Übersterblichkeit vor.⁶⁶

Ähnliche Ergebnisse erbrachten auch zeitgenössische Berechnungen für im Zeitraum 1887–1905 pflichtversicherte Leipziger Krankenkassenmitglieder. In Leipzig bestand leichte weibliche Übersterblichkeit bis etwa zum Alter von 35 Jahren.⁶⁷

Tabelle 6⁶⁸: Sterblichkeit von Wiener Krankenkassenmitgliedern¹⁾ nach Altersjahren und Geschlecht 1892–1900

Altersgruppe	Sterberate auf 1.000 Mitglieder		
	m	w	GG
bis 15	3,1	3,2	-0,1
16–20	6,0	9,2	-3,2
21–25	7,2	10,1	-2,9
26–30	7,3	9,4	-2,1
31–35	8,9	8,6	0,3
36–40	11,1	10,2	0,9
41–45	14,4	12,2	2,2
46–50	20,3	16,9	3,4
51–55	24,7	18,1	6,6
56–60	32,5	23,3	9,2
61–65	42,3	34,1	8,2
66–70	61,6	50,0	11,6

¹⁾ Bezirkskrankenkasse, Allgemeine Arbeiterkrankenkasse, Genossenschaftskrankenkassen, Gremialkrankenkassen.

Ingesamt kann daher weibliche Übersterblichkeit zumindest in Industrie und Gewerbe vor dem Ersten Weltkrieg für die jüngeren Altersjahrgänge nicht nur in Wien als gesichert gelten. Der epidemiologische Hintergrund dieser Übersterblichkeit ist aus den Quellen leicht zu fassen. Nimmt man die Anteile der Tbc- und Lungenentzündungssterbefälle als Parameter für berufsspezifische Sterblichkeit – bekanntlich korrelierte die Tuberkulosesterblichkeit besonders hoch mit schlechten Arbeits- und Wohnbedingungen⁶⁹ – bestätigt sich das Bild einer Arbeitswelt, die insgesamt weibliche Erwerbstätige kaum besser stellte als ihre männlichen Kollegen. Tatsächlich schwankte der Anteil der Tbc- und Lungenerkrankungssterbefälle zwischen den Geschlechtern bei den großen Berufsgruppen nur geringfügig, während die quantitativ wesentlich unbedeutenderen (Arbeits-)Unfälle schon damals Männer etwa doppelt so häufig betrafen wie Frauen.⁷⁰

Tabelle 7¹: Todesursachenspezifische Anteile an allen Sterbefällen nach Berufen und Geschlecht Wien 1909/11

Beruf	Tbc + Lungen- entzündung		Tbc Anteile		Unfälle	
	m	w	m	w	m	w
Land- und Forstwirtschaft	23,4	22,7	13,1	11,6	2,4	¹⁾
Industrie/Gewerbe Selbständige	25,3	29,6	15,5	15,5	0,8	¹⁾
Industrie/Gewerbe Unselbständige	38,2	36,8	26,7	22,3	1,7	0,7
Baugewerbe Selbständige	21,2	34,1	12,9	¹⁾	¹⁾	¹⁾
Baugewerbe Hilfsarbeiter	35,1	35,3	24,8	14,9	3,0	¹⁾
Handel und Verkehr Selbständige	23,2	22,2	12,1	10,0	0,9	¹⁾
Handel/Verkehr Unselbständige	31,8	32,6	22,0	18,2	2,1	0,8
Lohnarbeit wechselnder Art	28,1	29,5	17,4	19,0	1,1	1,2
Dienstboten	20,2	26,4	9,2	17,1	¹⁾	1,6
Militär, Gendarmerie	28,2	19,7	20,7	12,4	2,9	¹⁾
Geistliche, öffentliche Beamte	25,9	31,0	18,3	20,5	0,8	1,2
Zusammen	31,0	27,8	20,9	17,4	1,5	0,7

¹⁾ n < 10.

Am Vorabend des Ersten Weltkrieges bestand demnach vor allem unter jüngeren unselbständig Erwerbstätigen in Industrie, Gewerbe und Bauwirtschaft eine merkliche weibliche Übersterblichkeit. Dem stand eine ausgeprägte männliche Übersterblichkeit vor allem unter Tagelöhnern und Personen mit wechselnder Lohnarbeit gegenüber.⁷² Insgesamt aufgewogen wurden diese Mortalitätsdifferenziale zu Ungunsten weiblicher Berufstätiger u.a. durch niedrige Sterberaten im häuslichen Dienst und bei den Nichterwerbstätigen. Die Sterblichkeit von Hausfrauen war deutlich geringer als unter den weiblichen Krankenkassenmitgliedern.⁷³

Die Arbeitswelt wird „frauenfreundlich“

Die Zwischenkriegszeit war bekanntlich in allen Industrieländern durch erhebliche Veränderungen in der Arbeitswelt geprägt, die mit den Begriffen „Tertiärisierung“, „Aufstieg der Angestellten“, aber auch „zweite industrielle Revolution“ umschrieben werden. Diese Veränderungen blieben nicht ohne Folgen für die Überlebensverhältnisse von erwerbstätigen Frauen und Männern, auch auf dem krisengeschüttelten Wiener Arbeitsmarkt. Die für das Jahr 1937 berechenbaren berufsspezifischen Sterberaten weisen für alle Sektoren mit Ausnahme des für die weibliche Berufstätigkeit zu diesem Zeitpunkt noch unbedeutenden öffentlichen Dienstes eine Übersterblich-

keit der Männer aus. Besonders auffällig ist der nunmehr ausgeprägte Unterschied zwischen den Sterberaten von Frauen und Männern in Industrie und Gewerbe. Die sektoralen Sterberaten lagen nunmehr bei den Männern dreimal so hoch wie bei den Frauen. Das ist insofern bedeutsam, als von einer ähnlichen Altersstruktur der Beschäftigten im produzierenden Bereich auszugehen ist. Auch nach Aufschlüsselung nach der Stellung im Beruf zeigt sich ein stimmiges Bild ausgeprägter Übersterblichkeit der Männer.

Tabelle 8⁷⁴: Berufsspezifische Sterberaten nach Geschlecht Wien 1937/34

Berufsklasse	Sterberaten											
	Selbständige, MF		Angestellte, Beamte		Arbeiter, Lehrlinge		Arbeiter, Lehrlinge ¹⁾		Gesamt		Gesamt + Hauspersonal	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Land- und Forstwirtschaft, Bergbau	22,5	8,9	²⁾	²⁾	7,7	²⁾	7,6	²⁾	11,9	5,5	11,8	4,5
Industrie und Gewerbe	15,5	3,9	0,4	0,2	5,0	1,7	5,0	1,6	6,1	1,9	6,1	1,7
Gast- und Schankgewerbe	21,9	5,9	²⁾	²⁾	6,5	2,9	6,5	2,6	9,4	3,4	9,4	3,2
Handel und Verkehr	15,3	9,7	3,3	1,1	3,7	²⁾	3,7	²⁾	6,8	4,3	6,7	3,5
öffentlicher Dienst	²⁾	²⁾	10,6	11,4	3,9	²⁾	3,9	²⁾	6,8	9,2	6,8	7,2
sonstige Dienstleistungen	14,0	4,7	3,0	1,6	2,4	2,0	2,3	1,2	5,5	2,1	5,5	1,8
Haushalt, häuslicher Dienst	²⁾	55,3	²⁾	8,5	82,6	18,9	82,6	18,8	79,9	26,1	79,9	26,0

¹⁾ Einschließlich Hauspersonal. – ²⁾ Sterbefälle < 10.

Freilich hatte die Bedeutung der Sterblichkeit im Erwerbsleben dank der gestiegenen Lebenserwartung und der gestiegenen Zahl von Rentenbeziehern abgenommen. Berufsspezifische Sterbefälle umfassten nun 42,6% aller männlichen und 17,1% aller weiblichen Sterbefälle des Jahres 1937 (einschließlich der in den Raten unberücksichtigt gebliebenen Personen mit Berufen verschiedener Berufszweige).⁷⁵

Ergänzende Informationen lassen sich durch die Berechnung berufsspezifischer Sterberaten für einzelne Berufe gewinnen, die aus den Sterbelisten ausgezählt werden können. Als Ergebnis dieser Auszählungen kann festgestellt werden, dass selbst typisch von Männern dominierte Berufe mit akademischer Bildung (Anwälte, Ärzte, Geistliche) keine unterdurchschnittlichen Sterberaten aufwiesen, wohl jedoch Berufe wie Ingenieure und Lehrer. Bei weiblichen Berufstätigen traf das auch

für Wäscherinnen zu. Bei weiblicher Erwerbsarbeit waren vergleichsweise niedrige berufsspezifische Sterberaten nicht unbedingt mit hoher Berufs-Qualifikation verbunden, bei Männern schon. Zum Teil war sogar die Sterblichkeit auch unter männlichen Akademikern nicht gering.⁷⁶ Eine indirekte Bestätigung erhält diese These durch die Berechnung von Sterberaten nach der Stellung im Beruf. Diese fielen bei beiden Geschlechtern unter den Angestellten⁷⁷ am günstigsten aus. Männliche Übersterblichkeit war jedoch bei Angestellten ausgeprägter als bei Arbeitern.⁷⁸

Tabelle 9⁷⁹: Berufsspezifische Sterberaten für einzelne Berufe Wien 1935/34

Beruf	Raten (ohne Rentner/innen) ¹⁾		Durchschnittliches Sterbealter ²⁾	
	m	w	m	w
Anwälte	18,4	.	62,8	.
Ärzte	19,4	³⁾	59,2	³⁾
Geistliche	17,4	⁴⁾	62,9	⁴⁾
Hebammen	.	14,8	.	68,4
Ingenieure	12,1	³⁾	54,4	³⁾
Lehrer/innen	8,4	4,0	57,9	54,6
Wäscher- u. Büglerinnen	³⁾	8,8	³⁾	57,6

¹⁾ Bezogen auf Sterbefälle von Erwerbstätigen. – ²⁾ Ausschließlich von 4 männlichen Sterbefällen ohne Angabe des Sterbealters. – ³⁾ n < 10. – ⁴⁾ Nicht aussagekräftig, da in der Berufsstatistik geistliche Schwestern in der Krankenbetreuung bei dieser gezählt wurden.

Diese Aussage gilt im Übrigen auch für die frühen 1950er Jahre. Im Durchschnitt der Jahre 1951 bis 1953 betrug die Sterberate männlicher Angestellter 6,5, weiblicher Angestellter 2,4, männlicher Arbeiter 6,8, weiblicher Arbeiter 3,7.⁸⁰ Obwohl oder möglicherweise gerade weil es weiblichen Angestellten bis in die 1950er Jahre nur selten gelang, gehobene Angestelltenpositionen zu erreichen und ihre materiellen Lebensbedingungen auf Grund der Einkommensdiskriminierung prekär blieben,⁸¹ profitierten sie von der Erlangung des Status und den damit verbundenen Besserstellungen hinsichtlich der physischen Belastung und arbeitsrechtlichen Privilegierung überproportional. Dies blieb auf die gesamte Mortalitätsentwicklung vor allem darum nicht ohne Wirkung, da der weibliche Angestelltenanteil wesentlich stärker zunahm als der Angestelltenanteil der Männer. Von den berufstätigen Frauen in Wien waren 1910 7% Angestellte, unter den Männern 15%. Bis zum Jahr 1951 waren die entsprechenden Anteile bei den Männern auf 36%, bei den Frauen auf 34% gestiegen. Die Frauen hatten bei den begehrten Angestelltenjobs also zumindest quantitativ nahezu gleichgezogen.⁸²

Allerdings ist über den Altersaufbau nach Berufsgruppen der Volkszählung 1934 nichts bekannt, was die Aussagekraft der Sterberaten einzelner Berufe einschränkt. Tendenziell ist von einer stärkeren Besetzung männlicher Erwerbstätiger in den höheren Altersgruppen auszugehen. Die Übersterblichkeit von Männern im Erwerbsleben dürfte demnach geringer gewesen sein als die berufsspezifischen Sterberaten anzeigen. Immerhin belegt jedoch auch das durchschnittliche Sterbealter der einzelnen Berufe, dass die aus der unterschiedlichen Altersstruktur verschiedener Berufe resultierenden Verzerrungen nicht allzu groß gewesen sein dürften.⁸³

Für eine einzelne Berufsgruppe lässt sich das sogar präzise nachweisen: die Lehrerinnen und Lehrer an Pflichtschulen. Da der Altersaufbau dieser Berufsgruppe aus zeitgenössischen Erhebungen des Wiener Lehrerverbandes bekannt ist, ermöglicht dies die Berechnung berufs- und altersspezifischer Sterberaten. Sie belegen ausgeprägte männliche Übersterblichkeit bei der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen.⁸⁴ Allerdings ist die Anzahl der Sterbefälle in dieser Altersgruppe vergleichsweise gering, das Ergebnis statistisch nicht sehr abgesichert. Es wird jedoch durch eine zeitgenössische Auswertung der Volkszählung 1934 für ganz Österreich nachhaltig gestützt. Dieser Auswertung kommt darum besondere Bedeutung zu, weil sie einerseits auf höheren Fallzahlen beruht und andererseits und vor allem altersspezifische Aussagen erlaubt. Die Ergebnisse dieser Auswertung bestätigen die Wiener Ergebnisse auch auf Bundesebene. Mitte der 1930er Jahre war weibliche Übersterblichkeit unter den Berufstätigen in Österreich nahezu verschwunden. Lediglich bei den unter 30-jährigen Junglehrern bestand sie noch geringfügig. Nicht nur war die Sterblichkeit in typischen Männerberufen weit höher als in typischen Frauenberufen – eine für das zweite Drittel des 20. Jahrhunderts insgesamt kennzeichnende Entwicklung⁸⁵ –, Männer hatten auch in jenen Fällen, in denen sie klare Qualifikations- und Einkommensvorteile in derselben Berufsgruppe aufwiesen, eine höhere Sterblichkeit als weibliche Erwerbstätige. Der Vergleich der altersspezifischen Sterberaten von Ärzten und Krankenpflegerinnen belegt dies nachdrücklich. Allerdings bildeten die jüngeren Altersgruppen wieder eine Ausnahme. Unter 40-jährige Jungärzte hatten eine geringere Sterblichkeit als Jung-Krankenpflegerinnen, eine gewisse Parallele zu den Junglehrerinnen und -lehrern.

In Summe kann jedoch angesichts dieser Fülle an Befunden kaum ein Zweifel bestehen, dass sich schon am Ende der Zwischenkriegszeit die Überlebensverhältnisse der Erwerbstätigen für Frauen stärker verbessert hatten als für Männer. Dieser Befund steht im Übrigen im deutlichen Widerspruch zu jenem Bild, das die Sozialgeschichtsforschung bisher von der physischen Belastung erwerbstätiger Frauen in der Zwischenkriegszeit entworfen hat. Ganz im Sinn des zeitgenössischen Diskurses beobachtete sie eine verschärfte „Doppel- und Dreifachbelastung“ von Frauen in Beruf und Haushalt. Zur physischen Beanspruchung in der Arbeitswelt wären

Tabelle 10⁸⁶: *Ausgewählte berufsspezifische Sterberaten nach Alter und Geschlecht Österreich 1933/34*

Berufsgruppe	Stellung im Beruf	Geschlecht	Sterbefälle auf 1.000 Berufsträger der Altersgruppe ...				
			20 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 69
Schneider	Selbständige, Angestellte	m	4,7	4,8	8,9	17,4	34,7
		w	2,1	2,7	4,6	10,1	15,6
Gast- und Schankgewerbe	Selbständige	m	6,2	8,8	13	28	58,3
		w	2,5	3,5	5,3	13	29,9
Kellner	Angestellte	m	3,9	8,2	14,1	22,5	47,7
		w	3,6	2,2	5	5	16,7
Ärzte Krankenpflegerinnen	Selbständige, Angestellte	m	3	4,7	7,9	22,8	40,3
		w	4,5	4,9	6,5	12,3	37
Lehr-, Bildungs-, Kunst- u. Unterhaltungswesen	Angestellte	m	3,7	2,7	6,1	15,6	63,6
		w	3,6	2,5	5,2	8,7	33,8

stark erhöhte Ansprüche an eine ‚ordentliche Haushaltsführung‘ und dazu noch die Kinderbetreuung und -erziehung gekommen, die als selbstverständlicher Beitrag von Arbeiterfrauen zur Etablierung ‚ordentlicher‘ Arbeiterfamilien gefordert wurden.⁸⁷ Nun kann an dieser Mehrfachbelastung kein Zweifel bestehen. Ob sie sich allerdings in der Zwischenkriegszeit massiv verschärfte, ist eine andere Frage. Die präsentierten günstigeren Sterberaten berufstätiger Frauen der 1930er Jahre im Vergleich zur Vorkriegszeit deuten eher in eine andere Richtung. Aber selbst wenn eine Verschärfung der Mehrfachbelastung von Frauen in Beruf und Familie in der Zwischenkriegszeit stattgefunden haben sollte, dürfte sie durch die Entlastung, die neben dem Wandel der Arbeitswelt auch der Geburtenrückgang und die bessere sanitäre Ausstattung von Arbeiterwohnungen der Zwischenkriegszeit mit sich brachten, kompensiert worden sein.

Eine abschließende Bestätigung der Fortsetzung des Trends der Zwischenkriegszeit liefern berufsspezifische Sterberaten für Wien Anfang der 1950er Jahre. Sie erlauben die mit Abstand genauesten Aussagen zum berufsspezifischen *gender gap*, denn in den frühen 1950er Jahren wurden sowohl die Sterbefälle als auch die Erwerbsbevölkerung nach einem einheitlichen Berufsschema ausgezählt, und zwar nach Altersgruppen. Die so gewonnenen altersspezifischen Sterberaten sind äußerst aufschlussreich. Demnach hatte sich berufsspezifische Sterblichkeit zu Ungunsten der Männer gewandelt. Wie bereits 1937, wiesen in nahezu allen Berufsgruppen Männer höhere Sterberaten auf als Frauen. Eine bedeutsame Ausnahme bildete wieder der öffentliche Dienst.⁸⁸

Tabelle 11⁸⁹: Berufsspezifische Sterberaten nach Altersgruppen und Geschlecht Wien 1951/53

Berufsklasse	Geschlecht	berufsspezifische Sterberaten ¹⁾²⁾				
		gesamt	unter 50	50- unter 60	60- unter 65	65 und mehr
Land- u. forst-wirtschaftliche Berufe	m	13,5	3,0	13,9	23,5	80,5
	w	5,2	1,4	2,6	8,4	35,5
Industrie, Gewerbe	m	8,3	2,4	12,8	24,3	59,4
	w	2,5	1,3	4,0	10,0	28,7
Hotel- und Gaststättenberufe	m	17,7	5,0	20,1	45,5	76,1
	w	5,7	1,8	5,9	13,7	50,5
Kaufmännische und Büroberufe	m	10,1	2,9	12,8	24,5	57,9
	w	3,8	1,3	5,3	12,8	41,4
Verkehrsberufe	m	6,8	2,9	12,1	28,8	55,1
	w	3,9	1,9	4,8	³⁾	84,6
Geldwesen/Privatversicherung	m	7,2	1,5	10,7	23,1	51,0
	w	4,1	2,2	10,8	³⁾	³⁾
Reinigungsberufe	m	7,6	2,8	8,1	26,1	32,1
	w	1,7	0,6	2,2	6,3	7,8
Gesundheit/Fürsorge/Körperpflege	m	11,4	2,9	15,3	27,0	74,0
	w	3,0	1,9	4,5	11,3	19,8
Lehrer, Bildung, Kunst und Unterhaltung	m	9,0	2,0	10,3	23,4	68,2
	w	3,7	1,8	5,4	11,3	28,5
Rechts- und Wirtschaftsberater	m	11,4	2,1	14,7	21,6	38,3
	w	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾	³⁾
Berufe des öffentlichen Dienstes	m	8,7	3,0	16,6	30,7	75,2
	w	20,6	5,2	21,9	42,2	160,5
Hauswirtschaftliche Berufe	m	19,9	³⁾	³⁾	³⁾	42,1
	w	7,6	1,9	7,3	15,1	35,4
Hilfsberufe (einschl. Maschinisten)	m	12,8	5,3	18,7	29,9	37,3
	w	8,5	5,8	15,5	20,1	34,2
Zusammen	m	9,1	2,7	13,5	25,9	59,2
	w	4,4	1,7	5,8	12,6	38,1

¹⁾ Sterbefälle der Berufsgruppe bezogen auf 1.000 Erwerbstätige der Berufsgruppe laut Volkszählung 1951. – ²⁾ Berufstätige unbekanntes Alters und Berufs wurden aliquot eingerechnet. – ³⁾ Sterbefälle: n < 10.

Bis in die frühen 1950er Jahren war der Anteil der im Berufsleben Verstorbenen allerdings weiter gefallen. Er betrug nunmehr lediglich 36,9% bei den Männern und 10,4% bei den Frauen.⁹⁰ Eine berufsspezifische Auswertung der Sterbefälle über dem Erwerbsalter wird jedoch dadurch unmöglich gemacht, dass viele Rentner und Pensionisten ohne Berufsbezeichnung oder mit der Bezeichnung „Pfleger“ in den Totenscheinen aufscheinen und dies keine Zuordnung nach Berufs- und Sozialkategorien erlaubt.⁹¹

Conclusio

Die Ergebnisse der Analyse berufs-, geschlechts- und altersspezifischer Sterberaten für die Zeit vor 1914 werfen ein bemerkenswertes Licht auf die Arbeitsbedingungen junger Frauen am Übergang zum organisierten Kapitalismus. Obwohl am Vorabend des Ersten Weltkrieges alle altersspezifischen Sterberaten der Gesamtbevölkerung männliche Übersterblichkeit belegen, traf das auf erwerbstätige Frauen nur eingeschränkt zu. In Industrie, Gewerbe und Landwirtschaft hatten vor allem junge Arbeiterinnen eindeutig höhere Sterberisiken als ihre männlichen Altersgenossen. Wie auch andere Studien belegen, war dafür keineswegs die zu diesem Zeitpunkt bereits vergleichsweise geringe Müttersterblichkeit verantwortlich, sondern multiple Belastungen aus unqualifizierter Erwerbsarbeit mit hoher manueller Belastung und schlechter Entlohnung.⁹² Besonders der Tuberkuloseübersterblichkeit jüngerer Frauen kam zentrale Bedeutung zu.⁹³ Demgegenüber stand eine vergleichsweise geringe Sterblichkeit von Frauen im häuslichen Dienst und unter Hausfrauen.

Schon während der Zwischenkriegszeit verschwand weibliche Übersterblichkeit im Erwerbsalter weitestgehend. Zu Beginn der 1950er Jahre spielte sie lediglich bei der kleinen Gruppe Erwerbstätiger im höheren Alter im öffentlichen Dienst eine marginale Rolle. Wie berufsspezifische Sterberaten aus einzelnen Berufen in den 1930er Jahren zeigen, lag das vor allem daran, dass auch Frauen mit geringer Qualifikation vom Wandel der Arbeitswelt hin zu nichtmanuellen Angestelltenberufen überproportional profitierten. Auch im Vergleich mit anderen weiblichen Berufsgruppen ungewöhnlich niedrige berufsspezifische Sterberaten von Büroangestellten und Verkäuferinnen waren schon vor 1914 nicht nur in Wien konstatiert worden.⁹⁴ Dass dieser ‚Verschiebung‘ weiblicher Arbeitswelten zentrale Bedeutung zukam, wird auch durch rezente Studien belegt. Zu Beginn der 1980er Jahre hatten weibliche Beamte und non-manuelle Erwerbstätige in Österreich die geringsten Sterberisiken, während sowohl Fach- als auch Hilfsarbeiterinnen die höchsten Risiken im jungen Alter hatten.⁹⁵

Die Anhebung des Qualifikationsniveaus erwerbstätiger Frauen hatte hingegen offensichtlich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch kaum größeren

Einfluss auf die Überlebensverhältnisse. Im Jahr 1951 besaßen von der weiblichen Bevölkerung Wiens im Alter von über 14 Jahren lediglich 5,9% Abitur und nur 0,9% ein abgeschlossenes Hochschulstudium.⁹⁶

Männer profitierten zunächst vom Wandel der Arbeitswelt unterdurchschnittlich. Selbst in manchen akademischen Berufen (Ärzte, Rechtsanwälte) wiesen sie keine erkennbaren Überlebensvorteile auf. Dies traf jedoch nicht auf den Lehrberuf zu. Eine Teilerklärung für die Verschlechterung der männlichen Position könnte allerdings außerhalb der Arbeitswelt in Langzeitwirkungen der beiden Weltkriege zu suchen sein.⁹⁷ Dafür spricht die Konstanz des *gender gap* in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in von den Weltkriegen nicht oder vergleichsweise wenig betroffenen Staaten wie Dänemark, Schweden, Norwegen und den Niederlanden. Dass dieser Effekt nicht überschätzt werden sollte, belegt jedoch der Vergleich Erwerbstätige – nicht Erwerbstätige. Zu Beginn der 1950er Jahre war die Mortalität erwerbstätiger Männer und Frauen in Wien unter jene der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe gefallen.⁹⁸ Das spricht dafür, dass nunmehr chronisch schwer Kranke (degenerative Erkrankungen) aus der Berufstätigkeit ausschieden – bekanntlich waren seit 1939 neben den Angestellten auch Arbeiter in die Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversicherung einbezogen⁹⁹ –, während das zumindest bei Arbeiterinnen unter anderen epidemiologischen Bedingungen (Tuberkulose) vor dem Ersten Weltkrieg nicht der Fall war.¹⁰⁰ Langzeitwirkungen der Welt-

Tabelle 12¹⁰¹: Vergleich der Gesamtsterblichkeit 1891/1900 mit der Erwerbstätigensterblichkeit (Krankenkassamitglieder)¹⁾ 1894/1902 nach Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	Sterberaten-Berufstätige		Sterberaten-Insgesamt (1891–1900)		Differenz Berufstätige – Gesamt	
	m	w	m	w	m	w
15–20	6,0	9,2	5,8	5,8	0,2	3,4
21–25	7,2	10,1	7,0	6,7	0,2	3,4
26–30	7,3	9,4	8,1	7,6	-0,8	1,8
31–35	8,9	8,6	10,3	8,4	-1,4	0,2
36–40	11,1	10,2	14,0	10,1	-2,9	0,1
41–45	14,4	12,2	17,4	11,1	-3,0	1,1
46–50	20,3	16,9	22,0	13,8	-1,7	3,1
51–55	24,7	18,1	27,5	17,3	-2,8	0,8
56–60	32,5	23,3	34,4	23,9	-1,9	-0,6
61–65	42,3	34,1	45,3	32,7	-3,0	1,4
66–70	61,6	50,0	63,0	50,3	-1,4	-0,3

¹⁾ Im Jahresdurchschnitt 1900: 313.401 Männer, 96.499 Frauen.

kriege auf die männliche Übersterblichkeit bildeten sich demnach nicht unbedingt in den Sterberaten Berufstätiger ab.

Tabelle 13¹⁰²: Vergleich der Wiener Gesamtsterblichkeit mit der Erwerbstätigensterblichkeit nach Altersgruppen und Geschlecht 1951/53

Durchschnitt 1951/53	Sterberaten-Berufstätige		Sterberaten-Insgesamt		Differenz Berufstätige – Gesamt	
	m	w	m	w	m	w
Altersgruppe						
unter 18	0,9	0,4	2,8	2,3	-2,0	-1,9
18- unter 30	1,4	1,0	1,5	1,1	-0,1	-0,1
30- unter 50	3,5	2,2	4,0	2,9	-0,5	-0,7
50- unter 60	13,5	5,8	16,1	8,0	-2,7	-2,3
60- unter 65	25,9	12,6	30,6	15,7	-4,7	-3,1
65 und mehr	59,2	38,1	81,3	60,8	-22,1	-22,7

Ausblick

Die Verkleinerung des *gender gap* in den entwickeltesten Industriestaaten seit etwa 1980 war in ein Arbeitsumfeld eingebettet, das dank der technologischen Entwicklung manche gesundheitsgefährdende „Männerberufe“ obsolet machte oder jedenfalls Risiken deutlich reduzierte.¹⁰³ Dazu scheint die Verminderung des *gender gap* ab den 1980er Jahren auch auf ein größeres Gesundheitsbewusstsein hochqualifizierter Männer zurückzuführen zu sein.¹⁰⁴ Die Tatsache, dass die Lebenserwartung selbst dieser privilegierten Gruppe gegen Ende des 20. Jahrhunderts gerade einmal jene der geringstqualifizierten Frauen leicht übersteigt, deutet jedoch auch auf nach wie vor bestehende kombinierte berufs- und geschlechtsbezogene Stressfaktoren selbst im hochqualifizierten Bereich hin, denen Männer auf Grund ihrer Dominanz in diesem Segment des Arbeitsmarktes weit stärker ausgesetzt waren und sind.

Fasst man geschlechtsspezifische Sterblichkeitsunterschiede in langfristiger Perspektive ins Auge, dann unterstützen die Ergebnisse dieser Fallstudie die sogenannte Emanzipationshypothese. Diese besagt, dass die Verbesserung des sozialen Status von Frauen im 20. Jahrhundert die Ausweitung des *gender gap* bestimmt hat, und zwar in der Form, dass unrealisierte biologische Vorteile nunmehr in entwickelten Industriegesellschaften stärker zum Tragen kommen.¹⁰⁵ Die in den letzten beiden Jahrzehnten beobachtete Verkleinerung des *gender gap* in den entwickelten Industrieländern steht dazu nur scheinbar im Widerspruch. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts sind typisch von Männern ausgeübte Hochrisikoberufe in der Arbeitswelt seltener, gleichzeitig Frauen in Stresspositionen häufiger geworden. Zudem hat die

neoliberale Flexibilisierung der Arbeitswelt und die Fokussierung der Arbeitsmedizin auf männliche Hochrisikoberufe zu einer schleichenden relativen Verschlechterung von Frauen in Bezug auf gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz geführt.¹⁰⁶ Ob diese zu einem völligen Verschwinden des *gender gap* in naher Zukunft führen wird, kann dennoch bezweifelt werden. Denn das würde entweder ähnliche Benachteiligungen bedingen, denen junge weibliche Arbeiterinnen vor 1914 ausgesetzt waren, was für die heutigen Industrieländer wohl ausgeschlossen werden kann, oder aber eine völlige Umkehrung des Geschlechterverhältnisses bei stressbedingten Herz-/Kreislauferkrankungen. Für letzteres gibt es bisher kaum Anzeichen.¹⁰⁷

Anmerkungen

- 1 Hofstätter erlangte 1939 den Titel titulierter und 1951 außerordentlicher Univ.-Prof.; vgl. dazu Felix Czeike, Historisches Lexikon Wien in 5 Bänden. Bd. 3, Wien 1994, 239 f.
- 2 Franz Planer, Hg., Das Jahrbuch der Wiener Gesellschaft. Biographische Beiträge zur Wiener Zeitgeschichte, Wien 1929, 262 f.; Erich E. Deimer, Chronik der Allgemeinen Poliklinik in Wien, Wien 1989, 172 f.
- 3 Robert Hofstätter, Die arbeitende Frau. Ihre wirtschaftliche Lage, Gesundheit, Ehe und Mutterschaft, Wien/Leipzig 1929, 3.
- 4 Vgl. dazu den Beitrag von Susanne Hoffmann, Mache Arbeit Männer krank? Erwerbsarbeit, Männlichkeit und Gesundheit im 20. Jahrhundert, in diesem Band; Barbara Harrison, Not Only the „Dangerous Trades“. Women's Work and Health in Britain, 1880–1914, London 1996.
- 5 Hans Sveistrup/Agnes von Zahn-Harnack, Die Frauenfrage in Deutschland. Strömungen und Gegenströmungen 1790–1930. Sachlich geordnete und erläuterte Quellenkunde, 2. Auflage, Tübingen 1961, 511-514.
- 6 Eigene Berechnungen nach Albert Niedermeyer, Zur sozialen Hygiene von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ein Beitrag zur Frage des Arbeitsschutzes der Frau, Wien 1949, 72-82.
- 7 Niedermeyer arbeitete zunächst als Facharzt, dann als Leiter der Eheberatung und Schwangerenfürsorge der Stadt Wien, überlebte das KZ Sachsenhausen und habilitierte sich 1945 an der Universität Wien. Zu Niedermeyer vgl. Czeike, Lexikon Bd. 4, 399.
- 8 Niedermeyer, Hygiene, 27.
- 9 Ludwig Popper, Internist, Sozialmediziner und Gesundheitspolitiker, 1948–1967 Ambulatoriumsfacharzt der Wiener Gebietskrankenkasse, 1948 habilitiert, ab 1952 Leiter der III. Medizinischen Abteilung des Lainzer Krankenhauses.
- 10 Alfred Fischer/Ludwig Popper, Sozialmedizinische Praxis (Wiener Beiträge zur Hygiene 3), Wien/Düsseldorf 1953.
- 11 Ludwig Popper, Vitalstatistik und Medizinalstatistik, in: Fischer/Popper, Sozialmedizinische Praxis, 35-90, 53.
- 12 Eigene Berechnungen nach Ilse Delvendahl (Bearb.), Die Frauenfrage in Deutschland. Bibliographie, Bd. 10: 1931–1980, New York/London/Paris 1982, 475-486.
- 13 Renate Banik-Schweitzer, Zur Entwicklung der Berufs- und Betriebsstruktur in Wien 1870–1934, in: Summa Wirtschaftsberichte 1979, Heft 6, 22-29, 24; Josef Ehmer, Frauenarbeit und Arbeiterfamilie in Wien. Vom Vormärz bis 1934, in: Geschichte und Gesellschaft 7 (1981), 438-473, 470.
- 14 Statistisches Amt der Stadt Wien, Die Häuser-, Wohnungs- und Volkszählung in Wien vom 1. Juni 1951 (Mitteilungen aus Statistik und Verwaltung der Stadt Wien Jg. 1953 Sonderheft 3), Wien 1953, 73; eigene Berechnungen nach Magistrat der Stadt Wien, MA 66 – 102/54: Die wichtigsten Ergebnisse der Volkszählung vom 1. Juni 1951 in den nach dem Gebietsänderungsgesetz bei Wien verbleibenden und in den an Niederösterreich abgetretenen Gebieten, 4, 8.

- 15 Christopher E. Forth, *Masculinity in the Modern West. Gender, Civilization and the Body*, Houndmills/New York 2008, 205.
- 16 Martin Dinges, Für eine historische Dimension in der Männergesundheitsdebatte, in: ders., Hg., *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000*, Stuttgart 2007, 9-22, 9.
- 17 James C. Riley, *Rising Life Expectancy. A Global History*, Cambridge 2001, 140; Hartmut Kaelble, *Industrialisierung und soziale Ungleichheit. Europa im 19. Jahrhundert. Eine Bilanz*, Göttingen 1983, 148.
- 18 Arthur E. Imhof, *Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay*, München 1981, 120 f.
- 19 Hartmut Kaelble, *Auf dem Weg zu einer europäischen Gesellschaft. Eine Sozialgeschichte Westeuropas 1880–1980*, München 1987, 55; H. Hansluwka, *Social and Economic Factors in Mortality in Austria*, in: *International Population Conference, Ottawa 1963*, 335; Popper, *Vitalstatistik*, 73.
- 20 Ludwig Popper, *Soziale Medizin – eine Medizin von gestern. Persönliche Erinnerungen an ein schwieriges Kapitel der Medizingeschichte und an die soziale Dimension der Medizin: Gesundheit, Arbeit, Medizin I* (1994).
- 21 Gabriele Doblhammer-Reiter, *Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich*, in: *Demographische Informationen 1995/96*, 71-81, hier 71.
- 22 Kaelble, *Weg*, 55.
- 23 Peter Townsend/Nick Davidson, *Inequalities in Health: The Black Report*, London 1992, 58-62.
- 24 Sandy Ruxton, *Man Made. Men, masculinities and equality in public policy*, London 2009, 91; *Trends in Life Expectancy by social class 1972–2005*, 5,7. <http://statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=8460>
- 25 Johannes Klotz, *Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit. Bildungsspezifische Sterbetafeln 2001/2002*, in: *Statistische Nachrichten* 62 (2007), 296-311, hier 298-304; T. Valkonen, *Die Vergrößerung der sozioökonomischen Unterschiede in der Erwachsenenmortalität durch Status und deren Ursachen*, in: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 23 (1998), 263-292.
- 26 Townsend, Davidson, *Inequalities*, 49.
- 27 Doblhammer-Reiter, *Soziale Ungleichheit*, 74-77.
- 28 Was vor allem auf einen überdurchschnittlichen Rückgang der Mortalität von Akademikern im Alter von 50-74 Jahren zurückzuführen war; vgl. Gabriele Doblhammer/Roland Rau/Josef Kytir, *Trends in educational and occupational differentials in all-cause mortality in Austria between 1981/82 and 1991/92*, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 117 (2005), 468-479, hier 471-474.
- 29 Doblhammer-Reiter, *Soziale Ungleichheit*, 71; Birgit Babitsch, *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*, Bern 2005, 78.
- 30 Klotz, *Soziale Unterschiede*, 300.
- 31 Valkonen, *Vergrößerung*, 263-292.
- 32 Marie Danielsson/Gudrun Lindberg, *Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox*, in: Piroška Östlin [u.a.], Hg., *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Boston 2001, 23-66, hier 24.
- 33 Andreas Weigl, *Der „gender gap“ ein Industrialisierungsphänomen? Komparatistische Anmerkungen zu einer schwedischen Fallstudie*, in: Martin Dinges, Hg., *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000*, 23-40; Dominique Tabutin/Michel Willems, *Differential mortality by sex from birth to adolescence: the historical experience of the west (1750–1930)*, in: *United Nations, Hg., Too young to die: genes or gender?* New York 1998, 17-52, hier 17.
- 34 *United Nations, Demographic Yearbook* 9 (1957), New York 1957, 566-571; Peter Findl, *Mortalität und Lebenserwartung in den österreichischen Alpenländern im Zeitalter der Hochindustrialisierung (1868 bis 1912)*, in: *Österreichisches Statistisches Zentralamt, Hg., Geschichte und Ergebnisse der zentralen amtlichen Statistik in Österreich 1829–1979 (Beiträge zur österreichischen Statistik 550, 550a)*, Wien 1979, 425-452, Tabellenanhang, 33-50, hier Tabellenanhang, 48-50; *Österreichische allgemeine Sterbetafel 1949/51*, in: *Statistische Nachrichten* 7 (1952), 458-460; eigene Berechnungen.
- 35 Hartmut Kaelble, *Sozialgeschichte Europas. 1945 bis zur Gegenwart*, München 2007, 104.
- 36 *United Nations, Demographic Yearbook* 36 (1984), New York 1986, 470-475.

- 37 United Nations, World Mortality Report 2005, New York 2006, 29.
- 38 Ein ausführlicher Literaturüberblick findet sich u.a. bei Marc Luy, Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede. Zeit für eine Zwischenbilanz, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35 (2002), 412-429.
- 39 Babitsch, Soziale Ungleichheit, 73-80.
- 40 Laurent Chenet, Gender and socio-economic inequalities in mortality in central and eastern Europe, in: Ellen Annandale/Kate Hunt, Hg., Gender inequalities in health, Buckingham 2000, 182-207.
- 41 Örjan Hemström, Does the work environment contribute to excess male mortality? in: Social Science & Medicine 49 (1999), 879-894, hier 879, 891.
- 42 Kaelble, Industrialisierung, 165-167.
- 43 Gustav Feichtinger, Bevölkerungsstatistik, Berlin/New York 1973, 80.
- 44 Doblhammer-Reiter, Soziale Ungleichheit, 80; Doblhammer/Rau/Kytir, Trends, 474 f.
- 45 Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommen methodisch und zeitraumbezogen leicht abweichende zeitgenössische Berechnungen; vgl. dazu Statistisches Amt der Stadt Wien, Hg., Wiener Sterbetafeln (Mitteilungen aus Statistik und Verwaltung der Stadt Wien Jg. 1953 Sonderheft 1), 8-11.
- 46 Vgl. dazu Abbildung 1.
- 47 Vgl. dazu Tabelle 1.
- 48 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 27-29 (1909), 75, 108; 30 (1912) 903 f., Wien 1911-1913; NF 11 (1950), 51, 68; 12 (1951), 54, 72; 13 (1952), 269-271, 314, 332, Wien 1952-1954.
- 49 Kaelble, Industrialisierung, 151-154.
- 50 Vgl. dazu Tabelle 2 und Abbildung 1. Auf eine Glättung mittels Splinefunktion wurde verzichtet, jedoch die höchsten Altersstufen zusammengefasst, um Schwankungen des gender gap, die sich aus kleinen Besetzungsraten der einzelnen Altersgruppen ergeben, auszugleichen.
- 51 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 27-29 (1909), 75, 108; 30 (1912) 903 f.; NF 11 (1950), 51, 68; 12 (1951), 54, 72; 13 (1952), 269-271, 314, 332, Wien 1911-1913, 1952-1954.
- 52 Vgl. dazu Tabelle 2.
- 53 Für 1909-1911 wurden nach dem ausführlichen Verzeichnis der Todesursachen nach Bertillon von 1900 bzw. 1909 folgende Zuordnungen getroffen: I: 1-9, 11-19, 21-35; II: 39-46; III: 36; V: 56; VI: 60-76; VII: 47, 77-85; VIII: 10, 86-98; IX: 99-118; X: 119-133; XI: 134-141; XII: 142-145; XIII: 48-55, 146-149; XIV: 150; XV: 151-153; XVI: 154, 187-189; XVII: 20, 57-59, 155-186; vgl. Andreas Weigl, Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (Kommentare zum historischen Atlas von Wien 1), Wien 2000, 182. Für 1950-1952 wurden nach dem mittleren internationalen Todesursachenverzeichnis 1938 folgende Zuordnungen getroffen: I: I - 12; II: II + 32; III: III - 25, 26; IV: IV - 32; VI: VI - 35, 36, 37; VII: VII + 25, 35, 36, 37, 52 * 0,619; VIII: VIII + 12 - 52 * 0,619; XIII: XIII + 26; vgl. dazu Martin Hohenegger/Andreas Weigl, Aspekte der Mortalität und Morbidität der Wiener Bevölkerung, in: Statistische Mitteilungen der Stadt Wien 1988/2, 8-19, hier 19.
- 54 Siehe Abbildung 1.
- 55 Doblhammer-Reiter, Soziale Ungleichheit, 80.
- 56 Eigene Berechnungen nach siehe Abbildung 1.
- 57 Siehe Abbildung 1.
- 58 Statistisches Jahrbuch Wien 27-28 (1909-1910), 111-113; 29 (1911), 112-114; k.k.statistische Zentralkommission, Berufsstatistik 1910, 54-57.
- 59 Im Durchschnitt der Jahre 1909-1911 wurden 12% der männlichen Sterbefälle als Rentner und Ausgedingeleute registriert, bei der weiblichen Bevölkerung waren es 15%. Bei den Frauen gewichtiger war der Anteil der Personen ohne Berufsangabe, der 36% betrug, während er bei den Männern lediglich bei 7% lag.
- 60 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch Wien 27-28 (1909-1910), 111-113; 29 (1911), 112-114; k.k.statistische Zentralkommission, Hg., Berufsstatistik nach den Ergebnissen der Volkszählung vom 31. Dezember 1910 (Österreichische Statistik NF 3/2), Wien 1916, 54.
- 61 Imhof, Jahre, 108 f.
- 62 Eigene Berechnungen nach k.k. statistische Zentralkommission, Berufsstatistik 1910, 62-65.
- 63 Sie entsprachen um 1900 etwa 54% aller männlichen und 26% aller weiblichen Erwerbstätigen. Eigene Berechnungen nach Siegfried Rosenfeld, Die Gesundheitsverhältnisse der Wiener Arbeiter-

- schaft, in: Statistische Monatsschrift NF 10 (1905), 725-753, 821-863, 881-914, hier 822-824; k.k. statistische Zentralkommission, Berufsstatistik nach den Ergebnissen der Volkszählung vom 31. Dezember 1900 in den im Reichsrat vertretenen Königreichen und Ländern: Niederösterreich (Österreichische Statistik 66/2), Wien 1904, 68.
- 64 Rosenfeld, Gesundheitsverhältnisse, 863; vergleichend dazu für Leipzig Ingrid von Stumm, Gesundheit, Arbeit und Geschlecht im Kaiserreich am Beispiel der Krankenstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse 1887–1905 (Münchner Studien zur neueren und neuesten Geschichte 12), Bern [u.a.] 1995, 11.
- 65 Vgl. Tabelle 6.
- 66 Vgl. Franz Koelsch, Arbeit bzw. Beruf in ihrem Einfluss auf Krankheit und Sterblichkeit, in: Max Mosse/Gustav Tugendreich, Hg., Krankheit und Soziale Lage. Neu herausgegeben v. Jürgen Cromm, Göttingen 1977 (Nachdruck der Ausgabe München 1913), 154-232, hier 200 der Berechnungen Friedrich Prinzings zitiert.
- 67 Wilhelm Weinberg, Der Einfluss der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit der Frau, in: Mosse/Tugendreich, Krankheit, 233-265, hier 237; von Stumm, Gesundheit, 59-61.
- 68 Rosenfeld, Gesundheitsverhältnisse, 860.
- 69 Elisabeth Dietrich-Daum, Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32), Wien/München 2007, 142-181; Weigl, Demographischer Wandel, 246-251.
- 70 Vgl. Tabelle 7.
- 71 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch Wien 27-28 (1909–1910), 111-113; 29 (1911), 112-114.
- 72 Vgl. Tabelle 4.
- 73 Rosenfeld, Gesundheitsverhältnisse, 862 f. Vgl. Tabelle 12.
- 74 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch Wien NF 4 (1937), 37; Bundesamt für Statistik (Bearb.), Die Ergebnisse der Volkszählung vom 22. März 1934, Wien, Wien 1935, 18-30.
- 75 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch Wien NF 4 (1937), 28, 37.
- 76 Vgl. Tabelle 9.
- 77 Das Angestelltenpensionsversicherungsgesetz von 1906 (RGBl. 1/1907) grenzte mit der kaufmännischen Gehilfenschaft und den Amts-, Büro- und Kanzleidienern etwa die Hälfte der Angestellten aus. Erst das Angestelltenversicherungsgesetz vom 29.12.1926 (BGBl. 388/1926) bezog alle Angestellten – Personen, die Dienstleistungen erbringen mit Ausnahme von Reinigungs- und Botendienstleistungen – in die Versicherungspflicht ein; vgl. Walter Peissl, Das „bessere“ Proletariat. Angestellte im 20. Jahrhundert (Studien zur Gesellschafts- und Kulturgeschichte 4), Wien 1994, 123-136.
- 78 Die Raten betrogen: Selbständige (+Mithelfende Familienangehörige): Männer: 10,9, Frauen 4,1; Angestellte und Beamte: 4,8 zu 1,8; Arbeiter (+Lehrlinge): 4,9 zu 2,3. Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch Wien 1937, 37; Bundesamt für Statistik, Volkszählung 1934 Wien, 18-30.
- 79 Eigene Berechnungen nach Wiener Stadt- und Landesarchiv (WStLA), Totenbeschreibamt, Sterbeverzeichnis 1935; Bundesamt für Statistik, Volkszählung 1934 Wien, 134-138, 143-144, 148.
- 80 Selbständige: 22,0 zu 8,8. Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch NF 12 (1951), 55; 13 (1952), 315; 14 (1953), 366 f.
- 81 Erna Appelt, Von Ladenmädchen, Schreibfräulein und Gouvernanten. Die weiblichen Angestellten Wiens zwischen 1900 und 1934, Wien 1985, 41-120; Peissl, Proletariat, 152-155.
- 82 Eigene Berechnungen nach k.k.statistische Zentralkommission, Berufszählung 1910, 54 und MA 66, Gebietsänderungsgesetz, 11.
- 83 Vgl. dazu Tabelle 9.
- 84 Eigene Berechnungen nach WStLA, Sterbeverzeichnis 1934, 1935; Lehrersektion des Verbandes der Angestellten der Stadt Wien, Hg., Jahrbuch der Wiener Lehrerschaft 1934, Wien 1933, 142 f.
- 85 Martin Dinges, Veränderungen der Männergesundheit als Krisenindikator? Deutschland 1850–2006, in: L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft, 19 (2008), 107-123, hier 114.
- 86 Bundesamt für Statistik, Hg., Statistisches Handbuch für den Bundesstaat Österreich, Wien 1937, 23.
- 87 Ehmer, Frauenarbeit, 464-469; Helmut Gruber, Red Vienna. Experiment in Working-Class Culture 1919–1934, New York/Oxford 1991, 151 f.

- 88 Vgl. dazu Tabelle 11.
- 89 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch Wien NF 12 (1951), 55; 13 (1952), 280-287; 14 (1953), 366 f.
- 90 Eigene Berechnungen nach Statistisches Jahrbuch NF 12 (1951), 55; 13 (1952), 315; 14 (1953), 366 f.
- 91 WStLA, Magistratsabteilung 212 A 12 Totenbescheinigungen 1951–1953.
- 92 Imhof, Jahre, 145, 151; Weigl, Gender gap, 27-29.
- 93 S. Ryan Johannsson, Welfare, mortality and gender. Continuity and change in explanations for male/female mortality differences over three centuries, in: *Continuity and Change* 6 (1991), 135-177, hier 159.
- 94 Stumm, Gesundheit, 124.
- 95 Doblhammer/Rau/Kytir, Trends, 475.
- 96 Eigene Berechnungen nach Statistisches Amt der Stadt Wien, Volkszählung 1951, 124.
- 97 Benoit Haudidier, Vergleich der Sterblichkeitsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich 1950–1898, in: Rainer Dinkel, Hg., *Sterblichkeitsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Kohortenansatzes*, München 1996, 139-152; Charlotte Höhn, Kohortensterblichkeit unter besonderer Berücksichtigung der Weltkriege, in: Dinkel, *Sterblichkeitsentwicklung*, 45-65, hier 63.
- 98 Vgl. Tabelle 12.
- 99 Peissl, Proletariat, 136.
- 100 Vergleichbare Befunde für das Deutsche Reich bei Weinberg, Einfluss, 238.
- 101 Rosenfeld, Gesundheitsverhältnisse, 860, 862.
- 102 Statistisches Jahrbuch Wien NF 12 (1951), 55; 13 (1952), 280-287; 14 (1953), 366 f.
- 103 Dinges, Veränderungen der Männergesundheit, 114.
- 104 Franz Schwarz, Causes of death contributing to educational mortality disparities in Austria, in: *Wiener klinische Wochenschrift* 119 (2007), 309-317, hier 309; Ruxton, Man made, 91.
- 105 E.M. Gee/J.E. Veevers, Accelerating sex differentials in mortality: An analysis of contributing factors, in: *Social Biology* 30 (1983), 70-85; D. Wingard, The sex differential in mortality rates: Demographic and behavioral factors, in: *American Journal of Epidemiology* 115 (1982), 205-216.
- 106 Vgl. Laurent Vorgel, *The gender workplace health gap in Europe*, Brüssel 2003.
- 107 Andreas Weigl, Der „gender gap“ revisited: Eine Modellrechnung im Kontext historischer, sozial- und naturwissenschaftlicher Befunde, in: Dinges, Hg., *Männlichkeit und Gesundheit*, 41-52, hier 46.