



Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit

Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007



Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit

Auswertungen der Daten aus der
Österreichischen Gesundheitsbefragung
2006/2007

Auskünfte

Für schriftliche oder telefonische Anfragen zum Inhalt steht Ihnen in der Statistik Austria der Allgemeine Auskunftsdienst unter der Adresse

Guglgasse 13
1110 Wien
Tel.: +43 (1) 711 28-7070
e-mail: info@statistik.gv.at
Fax: +43 (1) 715 68 28

zur Verfügung.

Erstellt von

STATISTIK AUSTRIA
Bundesanstalt Statistik Österreich
1110 Wien
Guglgasse 13

im Auftrag von

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Autoren

Mag. Jeannette Klimont
Tel.: +43 (1) 71128-8277
e-mail: jeannette.klimont@statistik.gv.at

Petra Ihle
Tel.: +43 (1) 71128-8277
e-mail: petra.ihle@statistik.gv.at

Dr. Erika Baldaszi
Tel.: +43 (1) 71128-7263
e-mail: erika.baldaszi@statistik.gv.at

Univ.-Doz. Dr. Josef Kytir
Tel.: +43 (1) 71128-7031
e-mail: josef.kytir@statistik.gv.at

Projektbetreuung im BMGFJ

Mag. Herta-Marie Rack
Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Abteilung IV/A/3 - Qualitätsmanagement und Gesundheitssystemforschung

Bestellmöglichkeiten

Diese Broschüre ist kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Radetzkystraße 2, 1030 Wien, erhältlich.

Telefon: +43 (1) 71100-4700 DW
E-Mail: broschuerenservice@bmgfj.gv.at
Internet: <http://www.bmgfj.gv.at>

Das Produkt und die darin enthaltenen Daten sind urheberrechtlich geschützt. Die ausschließlichen Werknutzungsrechte liegen bei den Auftraggebern. Die Vervielfältigung und Verbreitung der Daten sowie deren kommerzielle Nutzung ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung der Auftraggeber nicht gestattet. Eine zulässige Weiterverwendung ist jedenfalls nur mit korrekter Quellenangabe „Statistik Austria“ gestattet.

© STATISTIK AUSTRIA

ISBN 978-3-902611-12-3

Wien 2008

Vorwort

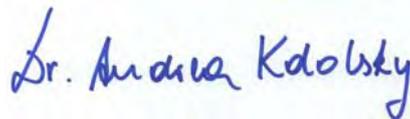
Im Mittelpunkt dieser Publikation steht die Frage, welchen Einfluss sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ausüben. Basis der Analyse bilden die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/07. Die Erhebung wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur von der Bundesanstalt Statistik Österreich konzipiert und durchgeführt und liefert repräsentative Aussagen für die österreichische Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren. Die zentralen Ergebnisse der Gesundheitsbefragung sind in Form eines Berichts dokumentiert und auf der Homepage des BMGFJ und der STATISTIK AUSTRIA abrufbar.

Die hier präsentierten, vertiefenden Analysen untersuchen die Zusammenhänge zwischen individuellem Gesundheitszustand bzw. Gesundheitsverhalten und zentralen Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status, insbesondere zu Einkommen, Bildung, Art der beruflichen Tätigkeit, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund und Geschlecht. Treten Gesundheitsbeeinträchtigungen in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auf? Welchen Einfluss haben Lebensumstände und sozialer Status auf verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas oder Bewegungsmangel, die für einen Großteil der vermeidbaren Krankheits- und Sterbefälle verantwortlich sind? Welche Effekte zeigen präventive Angebote wie Schutzimpfungen oder Vorsorgeuntersuchungen? Sind diese Effekte für Frauen und Männer unterschiedlich? In welchem Ausmaß erreichen präventive Angebote sozial benachteiligte Personen, also z.B. Einkommensarme, Geringqualifizierte, Arbeitslose oder Personen mit Migrationshintergrund?

Der Bericht weist damit auf spezifische soziale Problemlagen und ihre Bedeutung für den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung hin. Für die Gesundheitspolitik bieten diese Erkenntnisse die Möglichkeit, soziale Faktoren bei der Planung und Umsetzung politischer Maßnahmen verstärkt zu berücksichtigen und damit eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands und der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung zu erreichen.



Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Hackl
Fachstatistischer Generaldirektor der STATISTIK AUSTRIA



Dr. Andrea Kdolsky
Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
1. Einleitung	15
2. Datengrundlage und Methodik.....	16
3. Einkommen und Gesundheit	19
3.1. Armutsrisiko und Einkommensungleichheit	19
3.2. Einkommen und Gesundheitszustand	20
3.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand	20
3.2.2. Chronische Erkrankungen	22
3.2.3. Schmerzprävalenz	25
3.2.4. Psychische Gesundheit	26
3.3. Einkommen und Gesundheitsverhalten	28
3.3.1. Starkes Übergewicht	28
3.3.2. Rauchen.....	29
3.3.3. Körperliche Aktivität.....	32
3.4. Einkommen und Gesundheitsvorsorge	33
3.4.1. Impfungen.....	33
3.4.2. Vorsorgeuntersuchungen	34
4. Bildung und Gesundheit.....	37
4.1. Bildungsstand der Bevölkerung	37
4.2. Bildung und Gesundheitszustand	39
4.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand	39
4.2.2. Chronische Erkrankungen	40
4.2.3. Schmerzprävalenz	42
4.2.4. Psychische Gesundheit	44
4.3. Bildung und Gesundheitsverhalten.....	45
4.3.1. Starkes Übergewicht	45
4.3.2. Rauchen.....	46
4.3.3. Körperliche Aktivität.....	48
4.4. Bildung und Gesundheitsvorsorge.....	49
4.4.1. Impfungen.....	49
4.4.2. Vorsorgeuntersuchungen	50
5. Berufliche Tätigkeit und Gesundheit.....	53
5.1. Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung	53
5.2. Berufliche Tätigkeit und Gesundheitszustand.....	55
5.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand	55
5.2.2. Chronische Erkrankungen	56
5.2.3. Schmerzprävalenz	58
5.2.4. Psychische Gesundheit	59
5.3. Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsverhalten	60
5.3.1. Starkes Übergewicht	60
5.3.2. Rauchen.....	62
5.3.3. Körperliche Aktivität.....	63
5.4. Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsvorsorge	65

5.4.1. Impfungen.....	65
5.4.2. Vorsorgeuntersuchungen	66
6. Arbeitslosigkeit und Gesundheit	69
6.1. Arbeitslosigkeit in Österreich	69
6.2. Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand	69
6.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand	69
6.2.2. Chronische Erkrankungen	70
6.2.3. Schmerzprävalenz	72
6.2.4. Psychische Gesundheit	73
6.3. Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten	74
6.3.1. Starkes Übergewicht	74
6.3.2. Rauchen.....	75
6.3.3. Körperliche Aktivität.....	76
6.4. Arbeitslosigkeit und Gesundheitsvorsorge	77
6.4.1. Impfungen.....	77
6.4.2. Vorsorgeuntersuchungen	78
7. Migration und Gesundheit.....	81
7.1. Bevölkerung mit Migrationshintergrund	81
7.2. Migration und Gesundheitszustand	82
7.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand	82
7.2.2. Chronische Erkrankungen	84
7.2.3. Schmerzprävalenz	85
7.2.4. Psychische Gesundheit	87
7.3. Migration und Gesundheitsverhalten	87
7.3.1. Übergewicht	87
7.3.2. Rauchen.....	88
7.3.3. Körperliche Aktivität.....	90
7.4. Migration und Gesundheitsvorsorge	91
7.4.1. Impfungen.....	91
7.4.2. Vorsorgeuntersuchungen	92
8. Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren	95
8.1. Rauchen	95
8.2. Starkes Übergewicht (Adipositas)	98
8.3. Diabetes	100
8.4. Chronische Angstzustände und Depressionen	102
8.5. Allergien	104
8.6. Impfungen	106
8.7. Vorsorgeuntersuchungen.....	108
8.8. Subjektiver Gesundheitszustand.....	110

Zusammenfassung

Basierend auf die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 werden in der vorliegenden Analyse Zusammenhänge zwischen individuellem Gesundheitszustand bzw. Gesundheitsverhalten und zentralen Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status untersucht.

Der Bericht liefert aktuelle Informationen zu folgenden wichtigen Themenfeldern:

- Einkommen und Gesundheit
- Bildung und Gesundheit
- Berufliche Tätigkeit und Gesundheit
- Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- Migration und Gesundheit
- Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren

Einkommen und Gesundheit

Die Analyse der Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 lässt auf einen Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und mehreren der erhobenen Gesundheitsindikatoren schließen. Deutliche Effekte zeigen sich für den subjektiven Gesundheitszustand und dem Risiko chronischer Erkrankungen. Einkommensdifferenzen im Gesundheitsverhalten lassen sich nur für den Risikofaktor starkes Übergewicht feststellen, tägliches Rauchen und körperliche Aktivität sind vom Einkommensniveau nicht (oder nur sehr gering) abhängig. Präventive Maßnahmen wie die Teilnahme an Schutzimpfungen oder Vorsorgeuntersuchungen werden von der einkommensstärkeren Bevölkerung häufiger genutzt.

Einkommensschwache Personen beurteilen ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich seltener mit sehr gut oder gut als Personen in höheren Einkommensstufen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Männer und Frauen in der höchsten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, ist 3,1 bzw. 2,6 Mal höher als für Männer und Frauen in der Armutrisikogruppe. Dementsprechend leiden Personen in der Armutrisikogruppe vermehrt an ausgewählten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen wie Angstzustände und Depression, Harninkontinenz, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Migräne und häufige Kopfschmerzen. Bei den Frauen ist darüber hinaus ein Einkommenseffekt auf das Vorkommen von Diabetes und Bluthochdruck zu beobachten. Dieser Einkommenseffekt tritt auch beim Schmerzvorkommen auf: Mit Ausnahme der Frauen in der Armutrisikogruppe (diese geben etwa gleich häufig wie Frauen der höchsten Einkommensgruppe an, unter erheblichen Schmerzen zu leiden) sinkt das Schmerzvorkommen mit dem Einkommensniveau.

In der einkommensarmen Bevölkerung ist Adipositas stärker verbreitet als in den einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten. Männer der Armutrisikogruppe haben ein 1,5 Mal so hohes Adipositas-Risiko wie Männer der höchsten Einkommensgruppe, bei den Frauen ist das Risiko sogar doppelt so hoch. Signifikante Einkommensdifferenzen beim Rauchverhalten lassen sich nur bei den Männern der Armutrisikogruppe (Raucheranteil von 30%) im Vergleich mit der höchsten Einkommensgruppe (Raucheranteil von 26%) feststellen. Auch bei der sportlichen Inaktivität ist der Einfluss der Einkommenshöhe nicht sehr stark ausgeprägt.

Sowohl die Impfbereitschaft als auch die Teilnahme an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (kostenlose Gesundenuntersuchung, PSA-Test, Krebsabstrich,

Mammographie) steigt mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens. Für Personen der Armutsrisikogruppe ist die Wahrscheinlichkeit, keinen aufrechten Impfschutz zu haben bei der Zeckenimpfung (Männer) bzw. bei der Hepatitis A und B (Frauen) am höchsten. Der Einfluss der Einkommenshöhe auf die Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen ist bei den Frauen beim Krebsabstrich am deutlichsten (Frauen der Armutsrisikogruppe haben eine 2,3 Mal höhere Wahrscheinlichkeit, nicht regelmäßig den Krebsabstrich durchführen zu lassen im Vergleich mit Frauen der höchsten Einkommensgruppe), bei den Männern beim PSA-Test (der Wert ist um den Faktor 2,0 erhöht).

Bildung und Gesundheit

Die Bildung hat einen zentralen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Höher gebildete Personen fühlen sich gesundheitlich besser, leiden seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen und neigen weniger häufig zu einem gesundheitsriskanten Verhalten. Auch präventive Maßnahmen werden von höher Gebildeten häufiger in Anspruch genommen.

Die seltenere positive Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes von Personen mit Pflichtschulabschluss verglichen zu jenen mit höherer Schulbildung geht mit einer höheren Prävalenz bei ausgewählten chronischen Krankheiten einher. Männer mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher Gebildeten ein 1,5-fach höheres Risiko, unter Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden (den mit Abstand größten Problembereich unter den chronischen Krankheiten). Noch größer ist das Risiko bei Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus (2,7-fach erhöhtes Risiko). Bei den Frauen sind die größten bildungsspezifischen Unterschiede beim Diabetes erkennbar (3-fach erhöhtes Risiko für Frauen mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu höher gebildeten Frauen). Auch bei der Betroffenheit von erheblichen Schmerzen treten Unterschiede im Vorkommen zum Nachteil von Personen mit niedriger Schulbildung auf. Umgekehrt stellt sich die Situation bei den Allergien dar: Bei niedriger Schulbildung ist die Wahrscheinlichkeit, Allergiker zu sein, geringer.

Deutliche Bildungsdifferenzen zeigen sich im gesundheitsrelevanten Verhalten. Die Häufigkeit von starkem Übergewicht ist bei niedrigem Bildungsniveau größer. Vor allem bei den Frauen zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Körpergewicht: Frauen mit Pflichtschulbildung haben im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 2,8-faches Risiko, stark übergewichtig zu sein (Männern haben ein 1,7-faches Risiko). Männer und Frauen mit niedriger oder mittlerer Schulbildung rauchen signifikant häufiger als höher Gebildete. Die Raucherquote für Männer und Frauen mit höherer Schulbildung liegt (altersstandardisiert) bei 17%, während dagegen etwa ein Drittel der Männer und ein Viertel der Frauen mit niedriger oder mittlerer Schulbildung täglich raucht. Sportliche Inaktivität kommt bei Personen mit Pflichtschulabschluss häufiger vor als bei höher Gebildeten (bei den Männern um den Faktor 1,4, bei den Frauen um den Faktor 1,7).

Beim Impfverhalten ist als durchgängiger Bildungseffekt eine mit dem Bildungsniveau steigende Impfbereitschaft zu erkennen, wobei die Unterschiede bei den Frauen etwas stärker ausgeprägt sind als bei den Männern. Am häufigsten ist ein aktiver Impfschutz in allen Bildungsstufen bei Tetanus und FSME gegeben. Der Einfluss des Bildungsniveaus zeigt sich auch bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen: Höher Gebildete gehen häufiger als Personen mit Pflichtschulabschluss zur kostenlosen Gesundheitsuntersuchung, zum PSA-Test, zur Mammographie oder zum Krebsabstrich.

Berufliche Tätigkeit und Gesundheit

Ein Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf den Gesundheitszustand ist zwar vorhanden, aber nicht sehr ausgeprägt. Männer und Frauen mit niedriger manueller Tätigkeit berichten seltener über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand als jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Auch beim Auftreten von chronischen Krankheiten kann eine Abhängigkeit von der Art der beruflichen Tätigkeit für einzelne Erkrankungen festgestellt werden. Bei den erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit treten im Vergleich zu jenen mit höherer manueller Tätigkeit Wirbelsäulenbeschwerden sowie Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus signifikant häufiger auf, bei den Frauen darüber hinaus Diabetes, chronische Angstzustände und Depression sowie Bluthochdruck. Beim Schmerzvorkommen kommen nur bei den Männern signifikante Unterschiede nach der Art der beruflichen Tätigkeit vor: Männer mit manueller Tätigkeit und in der Landwirtschaft haben gegenüber jenen in höheren nicht manuellen Tätigkeiten eine erhöhte Schmerzprävalenz.

Darüber hinaus lassen sich Einflüsse der Art der beruflichen Tätigkeit auf unterschiedliche Risikofaktoren, vor allem auf starkes Übergewicht und Rauchen, belegen. Männer und Frauen mit manuellen Tätigkeiten sowie Landwirtinnen haben gegenüber jenen in höherer nicht manueller Tätigkeit ein erhöhtes Adipositas-Risiko. Die Unterschiede sind bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. Auch beim Rauchverhalten sind beachtliche Unterschiede nach der Art der beruflichen Tätigkeit festzustellen: Das Risiko für tägliches Rauchen ist bei erwerbstätigen Männern und Frauen mit manueller Tätigkeit, einfacher nicht manueller Tätigkeit und für (männliche) Selbstständige signifikant höher als für jene mit höherer manueller Tätigkeit. Die Unterschiede in der sportlichen Inaktivität nach beruflicher Tätigkeit sind dagegen nicht sehr stark ausgeprägt.

Bei der Teilnahme an Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen kann ebenso ein Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden. Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit haben bei (fast) allen Schutzimpfungen den höchsten Anteil an geimpften Personen, jene mit einfacher manueller Tätigkeit lassen sich dagegen seltener impfen. Personen in der Landwirtschaft sind besonders häufig gegen Tetanus und FSME geschützt. Ein signifikanter Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist nur beim PSA-Test, bei der Gesundenuntersuchung (Männer) und beim Krebsabstrich gegeben.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit hat einen starken Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Arbeitslose Personen fühlen sich gesundheitlich schlechter, leiden häufiger an ausgewählten chronischen Krankheiten und Schmerzen und rauchen häufiger täglich. Präventive Maßnahmen werden von ihnen seltener in Anspruch genommen als von Erwerbstätigen.

Arbeitslose fühlen sich weitaus seltener gesundheitlich sehr gut oder gut im Vergleich zu Erwerbstätigen. Besonders betroffen sind arbeitslose Frauen: nur 57% der arbeitslosen Frauen, aber 86% der Erwerbstätigen fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut. Dementsprechend berichten arbeitslose Männer und Frauen häufiger über das Auftreten von chronischen Krankheiten und Schmerzen. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich im Vorkommen von Depressionen und Angstgefühlen, wobei das Risiko für arbeitslose Männer 7,6-fach und für arbeitslose Frauen 4,4-fach erhöht ist. Aber auch andere chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme treten bei der arbeitslosen Bevölkerung signifikant häufiger auf, wie z.B. Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus, Bluthochdruck, Migräne und häufige Kopfschmerzen sowie Wirbelsäulenbeschwerden. In-

folgedessen leiden Arbeitslose häufiger an erheblichen Schmerzen. Auffallend ist die stärkere Betroffenheit der Frauen im Falle von Arbeitslosigkeit.

Signifikante Unterschiede im Auftreten von starkem Übergewicht im Vergleich von Erwerbstätigen mit Arbeitslosen sind nur bei den Frauen erkennbar. 22% der arbeitslosen, jedoch nur 9% der erwerbstätigen Frauen haben starkes Übergewicht. Das tägliche Rauchen ist unter der arbeitslosen Bevölkerung stärker verbreitet als unter Erwerbstätigen. Die Wahrscheinlichkeit, dass arbeitslose Männer täglich rauchen, ist 1,9-mal höher als für erwerbstätige Männer. Arbeitslose Frauen haben sogar ein dreifach erhöhtes Risiko, täglich zu rauchen. Dagegen kann bei beiden Geschlechtern kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und sportlicher Inaktivität festgestellt werden.

Die Impfbereitschaft ist generell bei allen Schutzimpfungen bei Erwerbstätigen höher als bei Arbeitslosen, wobei im Allgemeinen Frauen häufiger als Männer über einen aufrechten Impfschutz verfügen. Mit Ausnahme der Darmspiegelung nehmen Erwerbstätige häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil als Arbeitslose.

Migration und Gesundheit

Bei der Frage zu möglichen Unterschieden im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten je nach Migrationshintergrund wurden Personen ohne unmittelbaren Migrationshintergrund den Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei gegenübergestellt.

Personen mit Migrationshintergrund fühlen sich gesundheitlich seltener sehr gut oder gut im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders prekär ist die Situation von Migrantinnen, nur 62% geben einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, 14% fühlen sich sogar gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht. Dementsprechend berichten Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei häufiger über chronische Krankheiten, wobei die größten Unterschiede bei den Frauen beim Diabetes und beim Bluthochdruck auftreten. Ebenso zeigt sich der schlechtere Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund beim häufigeren Auftreten von Schmerzen.

Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei zeigen ein riskanteres Gesundheitsverhalten als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Männer mit Migrationshintergrund haben ein 1,8-faches Adipositas-Risiko, Frauen mit Migrationshintergrund haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, stark übergewichtig zu sein. Das tägliche Rauchen ist unter der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weiter verbreitet als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Männer aus Ex-Jugoslawien und der Türkei haben ein doppelt so hohes Risiko, täglich zu rauchen als jene ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren sind Personen mit Migrationshintergrund weniger häufig sportlich aktiv als jene ohne Migrationshintergrund, wobei bei den Frauen die Unterschiede größer als bei den Männern sind.

Migranten und Migrantinnen haben häufiger keinen Impfschutz im Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Die größten Unterschiede bestehen dabei bei der FSME-, Polio- und Tetanusimpfung. Ebenso nutzen Migranten und Migrantinnen seltener die kostenlose Gesundenuntersuchung sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren

Da die in die vorliegende Analyse einbezogenen demographischen und sozio-ökonomischen Merkmale zum Teil stark miteinander korrelieren, wurde der Einfluss jedes einzelnen dieser unabhängigen Merkmale bei gleichzeitiger Kontrolle der jeweils anderen Einflussfaktoren anhand eines Regressionsmodells berechnet. Folgende unabhängige, d.h. erklärende Variablen wurden im Modell berücksichtigt: Äquivalenzeinkommen, Art der beruflichen Tätigkeit, Lebensunterhalt, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht. Als zentrale Gesundheitsindikatoren wurden tägliches Rauchen, Adipositas, Diabetes, chronische Angstzustände und Depressionen, Allergien, kein ausreichender Impfschutz, keine Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und der subjektive Gesundheitszustand ausgewählt. Berechnet wurden Odds Ratios (OR), die die Wirkungsrichtung und –stärke der unabhängigen auf die abhängigen Variablen zeigen, die 95%-Konfidenzintervalle sowie das Pseudo-R² nach Nagelkerke, das den Anteil der erklärten Varianz des logistischen Regressionsmodells beschreibt.¹ Einbezogen in die Analyse wurden Personen, die derzeit erwerbstätig sind bzw. eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben (das sind etwa 90% der erfassten Personen im Alter ab 15 Jahren).

Bei Konstanthalten der jeweils anderen Merkmale haben sich im Rahmen der Regressionsanalyse vor allem das Alter (besonders bei Diabetes, Adipositas, chronischer Angst und Depression, subjektivem Gesundheitszustand), die Art des Lebensunterhalts (v. a. Arbeitslosigkeit, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit z.B. beim Rauchen sowie bei chronischer Angst und Depression) und der Migrationshintergrund (v. a. beim fehlenden Impfschutz) als maßgebliche demographische und sozio-ökonomische Risikofaktoren für den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten erwiesen.

Generell ist zu sagen, dass bei der Interpretation der Ergebnisse große Vorsicht angebracht ist, da die Erklärungskraft des jeweiligen Gesamtmodells für die einzelnen Gesundheitsindikatoren zum Teil sehr gering ist. Die Maßzahl der Erklärungsstärke, das Pseudo-R² nach Nagelkerke, liegt für die acht Indikatoren zwischen 0,03 und 0,20 (mit einer Ausnahme von 0,30), das heißt, dass jeweils zwischen 3% und 30% der Varianz erklärt werden konnten. Diese Werte sind an der unteren Grenze (akzeptabel sind Werte ab 0,20, gut ab 0,40 und sehr gut ab 0,50²). Ursache für die relativ niedrigen Werte kann unter anderem die wechselseitige Korrelation von Bildung, Beruf und Einkommen sein, aber auch die zum Teil hohe Zahl an Ausprägungen innerhalb der einzelnen Variablen, die in weiterer Folge zu einer geringen Häufigkeit in den einzelnen Zellbesetzungen führen können.

Nachfolgend ein Ranking der Faktoren mit den höchsten Risikoausprägungen (Auswahl) im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe (Odds Ratios in Klammern).

¹ Zur Beschreibung dieser Maßzahlen siehe auch Kapitel 2.

² Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.

Ranking der demographischen und sozio-ökonomischen Kategorien mit den höchsten Odds Ratios (Auswahl) nach Indikatoren

Rauchen	dauerhaft arbeitsunfähige Männer (2,29) arbeitslose Frauen (2,02) Männer mit einfachen manuellen Tätigkeiten (1,98) Landwirtinnen (0,22) Männer mit Lehre/BMS (1,98) Frauen mit Pflichtschulbildung (1,82)
Adipositas	45- bis 59-jährige Männer (3,42) 45- bis 59-jährige Frauen (2,83) dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (2,78) arbeitslose Frauen (2,48) Frauen mit Pflichtschulbildung (1,74) (generell bei Frauen viele Kategorien erhöht)
Diabetes	Männer ab 75 Jahren (45,84) Frauen ab 75 Jahren (14,36) dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (4,35) arbeitslose Männer (2,36) Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (2,09) Migrantinnen (1,97)
Chronische Angst und Depression	dauerhaft arbeitsunfähige Männer (23,22) dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (8,05) 45- bis 59-jährige Frauen (3,90) 45- bis 59-jährige Männer (2,51) Pensionisten (9,86) Pensionistinnen (2,64) arbeitslose Männer (5,88) arbeitslose Frauen (3,29)
Allergien	dauerhaft arbeitsunfähige Frauen (3,31) dauerhaft arbeitsunfähige Männer (3,05) Pensionisten (1,75) arbeitslose Frauen (1,47) Männer ab 75 Jahren (0,29) Frauen ab 75 Jahren (0,46)
Impfungen	Migranten (4,71) Migrantinnen (3,56) haushaltsführende Männer (4,17) Frauen ab 75 Jahren (3,70) Männer ab 75 Jahren (2,71) Selbstständige Frauen (2,26)
Vorsorgeuntersuchungen	Männer mit einfacher manueller Tätigkeit (2,93) Landwirte (2,23) Frauen der niedrigsten Einkommensklasse (2,12) (aufgrund hoher Altersgrenzen einzelner Vorsorgeuntersuchungen keine aussagekräftige Auswertung nach Alter möglich)
Positiver Subjektiver Gesundheitszustand	15- bis 29-jährige Männer (7,16); (Referenz 75+) 15- bis 29-jährige Frauen (5,59); (Referenz 75+) erwerbstätige Frauen (3,72); (Referenz arbeitslose Frauen) erwerbstätige Männer (2,57); (Referenz arbeitslose Männer) Frauen mit höchster Schulbildung (1,93); (Referenz Pflichtschulbildung) Männer mit höchster Schulbildung (1,80); (Referenz Pflichtschulbildung) (Referenzgruppen für alle Kategorien hier im umgekehrten Sinn)

Nachfolgend zum Überblick eine grobe Zusammenfassung der signifikanten Effektstärken (Odds Ratios) pro Indikator ohne Berücksichtigungen der detaillierten Kategorien innerhalb der einzelnen demographischen und sozio-ökonomischen Faktoren.

Signifikante Effektstärken (Odds Ratios) der ausgewählten demographischen und sozio-ökonomischen Faktoren nach Gesundheitsindikatoren

	Einkommen		Berufliche Tätigkeit		Lebensunterhalt		Schulbildung		Migrationshintergrund		Alter	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Referenzgruppe	>150% des Medianeinkommens		Höhere manuelle Tätigkeit		Erwerbstätigkeit		Höhere Schule, Hochschule		Kein Migrationshintergrund		15-29 Jahre	
Rauchen	-	0	●	-	●	●	●	●	●	●	-	--
Adipositas	0	●	0	●	0	●	●	●	●	●	●	●
Diabetes	0	●	0	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Angst, Depression	●	●	0	●	●	●	0	0	●	●	●	●
Allergien	0	-	0	0	●	●	-	-	-	-	--	-
Keine Impfung	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Keine Vorsorge	0	●	●	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Referenzgruppe	<60% des Medianeinkommens		Einfache manuelle Tätigkeit		Arbeitslosigkeit		Pflichtschule		Migrationshintergrund		75+	
Positiver subjektiver Ges.-zustand	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

● OR 1-2 ● OR 2-3 ● OR > 3 0 kein/geringer Effekt - Reduktion des OR * nicht berechnet

1. Einleitung

Das Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ der WHO hat für die europäischen Länder als oberstes Ziel, für alle Menschen in dieser Region das volle gesundheitliche Potenzial zu erreichen.³ 21 Ziele zur „Gesundheit für alle“ beschreiben den spezifischen Handlungsbedarf und schlagen die zur Verbesserung der Situation erforderlichen Maßnahmen vor. Sie bilden die Messlatte, mit deren Hilfe die Fortschritte hinsichtlich der Verbesserung und des Schutzes der Gesundheit sowie der Reduzierung von Gesundheitsrisiken evaluiert werden. Die 21 Ziele bilden in ihrer Gesamtheit einen Orientierungsrahmen zur Gestaltung der Gesundheitspolitik in den europäischen Ländern.

Ziel 2 legt die gesundheitliche Chancengleichheit fest. Mehr Chancengleichheit führt zu einem Zugewinn an Gesundheit. Menschen, die mit Unsicherheit, sozialer Ausgrenzung und Deprivation konfrontiert sind, sind vermehrt Krankheitsrisiken ausgesetzt. Die Finanz-, Sozial- und Bildungspolitik ist daher so zu gestalten, dass eine nachhaltige Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheit erreicht wird.

In Österreich sind - trotz der sozialen Absicherung im Krankheitsfall, dem hohen Standard der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der Schutzbestimmungen gegen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz sowie der zunehmend höheren Bewertung von Prävention und Gesundheitsförderung - sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger in einem schlechteren Gesundheitszustand.⁴ Besonders betroffen sind Personen, die lang andauernden Belastungen und Nachteilen unterliegen sind, wie Einkommensarme, Langzeitarbeitslose, Personen mit niedriger Schulbildung oder mit Migrationshintergrund. Gesundheitsriskante Gewohnheiten wie Rauchen, ungesunde Ernährung oder Bewegungsmangel können zur schlechteren Gesundheitssituation dieser Bevölkerungsgruppen beitragen. Gesundheitsvorsorge, wie die Teilnahme an Gesundenuntersuchungen, an Krebsvorsorgeuntersuchungen oder an Impfprogrammen, wird von sozial benachteiligten Personen seltener in Anspruch genommen.

Sozioökonomische Unterschiede zeigen sich auch punkto Sterblichkeit und Lebenserwartung: Wie aus den bildungsspezifischen Sterbetafeln für 2001/02⁵ hervorgeht, ist die Lebenserwartung von Männern mit Pflichtschulabschluss um 6,2 Jahre geringer als jene von Männern mit Hochschulabschluss. Von diesen 6,2 Jahren Differenz entfallen 3,4 Jahre auf Sterblichkeitsunterschiede vor dem 65. Geburtstag und 2,8 Jahre auf Sterblichkeitsunterschiede ab 65 Jahren. Die übrigen Bildungsgruppen (Lehre, Mittlere Schule, Höhere Schule) liegen zwischen diesen beiden Extremwerten. Bei den Frauen fallen die Lebenserwartungsunterschiede zwischen den Bildungsebenen weniger stark aus. Die Spannweite zwischen Akademikerinnen und Pflichtschulabsolventinnen beträgt 2,8 Jahre, von denen 1,7 Jahre auf Sterblichkeitsunterschiede nach dem 65. Geburtstag entfallen.

³ Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5, WHO 1998.

⁴ Urbas Elfriede: Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen, Ergebnisse des Mikrozensus September 1999, Statistik Austria, Wien 2002.

⁵ Klotz, J. (2007): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit; Bildungsspezifische Sterbetafeln 2001/02. Statistische Nachrichten, 62, 4, 296-311.

2. Datengrundlage und Methodik

Die Statistik Austria konzipierte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie der Bundesgesundheitsagentur eine österreichweite Erhebung zum Thema "Gesundheit" und führte diese Erhebung vom März 2006 bis zum Februar 2007 durch. Ein Bericht über die Hauptergebnisse (in Textform sowie in ausführlicher tabellarischer Form) sowie eine methodische Dokumentation sind auf der Homepage der STATISTIK AUSTRIA⁶ und des BMGFJ⁷ als Download verfügbar.⁸

Themen der Befragung bei einer repräsentativen Stichprobe der Jugendlichen und Erwachsenen (15 Jahre und älter; hochgerechnet: 6,9 Mio. Personen) waren zum einen der Gesundheitszustand der Bevölkerung, also das Auftreten bestimmter Krankheiten bzw. Krankheitssymptome, Beschwerden, Schmerzen, funktionaler Beeinträchtigungen sowie das Ausmaß bzw. der Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Ein zweiter Themenbereich betraf das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Hier wurden Daten zu Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol) sowie zu Ernährung, körperlichen Aktivitäten und unterschiedlichen Vorsorgeaktivitäten erhoben. Ein dritter Aspekt der Befragung betraf die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsebenen des Gesundheitswesens, also Leistungen der Spitäler, niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen und sonstiger Gesundheitsberufe.

Zur Erfassung sozioökonomischer und demographischer Merkmale wurden Fragen zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung, zum Lebensunterhalt, zur Berufstätigkeit, zur Haushaltsgröße und zum Einkommen gestellt. Dabei wurde auf entsprechende Fragenformulierungen aus der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und aus EU SILC (Statistics on Income and Living Conditions) zurückgegriffen.

Das Frageprogramm lehnt sich generell stark an entsprechende Empfehlungen und Richtlinien über Gesundheitsbefragungen der EU an und wurde in mehreren Experten- und Expertinnenrunden für nationale Bedürfnisse adaptiert. Der Fragebogen ist im Bericht über die Hauptergebnisse und methodische Dokumentation zur Gesundheitsbefragung 2006/2007 enthalten.

Die Erhebung erfolgte persönlich und computerunterstützt. Fremdauskünfte waren generell nicht zugelassen, außer bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, selbst Auskunft zu geben. Hier wurde bei Privathaushalten ein Haushaltsmitglied bzw. bei Anstaltshaushalten die Anstaltsleitung ersucht, einen verkürzten Fragebogen, der Grundinformationen über den Gesundheitszustand der interviewten Personen liefern soll, zu beantworten. Proxy-Fragebögen wurden in 249 Fällen ausgefüllt. 63% der Proxy-Befragungen betrafen Personen, die älter als 75 Jahre waren.

Die Stichprobe wurde aus Gründen der besseren Repräsentativität räumlich geschichtet. Die Schichtung erfolgte nach den 32 Versorgungsregionen, wie sie im Österreichischen Strukturplan Gesundheit definiert wurden, d.h., aus der Bevölkerung jeder Versorgungsregion wurde die gleiche Anzahl an Personen in die Stichprobe einbezogen. In Alten- und Pflegeheimen betreute Personen wurden in der Erhebung berücksichtigt. Die Bruttostichprobe (vor neutralen Ausfällen, dazu gehören: Zielperson verstorben, nicht an dieser Adresse wohnhaft oder Adresse nicht existent) pro Versorgungsregion beträgt 770 Personen, für die drei Wiener

⁶ http://www.statistik.at/web_de/static/oesterreichische_gesundheitsbefragung_20062007_029865.pdf

⁷ http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/0/1/3/CH0118/CMS1187686585694/gesundheitsbefragung_2006_2007_bmgfj.pdf

⁸ Klimont, Jeannette, Kytir, Josef u. Barbara Leitner: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Statistik Austria, BMGFJ, Wien 2007.

Versorgungsregionen jeweils 933 Personen. Als Bruttostichprobengröße ergibt sich damit die Zahl von 25.130 Personen. 621 Adressen wurden als neutrale Ausfälle auf Adressenebene qualifiziert. 24.509 Personen bilden die Basis zur Ausschöpfungsberechnung. Ausschöpfungsbelastend (nicht-neutrale Ausfälle, das sind Personen, die die Befragung verweigert haben, das Interview abgebrochen haben, die Datenqualität unzureichend war oder auf Grund von mangelnden Deutschkenntnissen oder vorübergehender Abwesenheit kein Interview zustande kam) waren insgesamt 9.035 Ausfälle. Die österreichweite Ausschöpfung liegt damit bei 15.474 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 63,1%.

Um die durch die Schichtung der Stichprobe entstehende Verzerrung auszugleichen, erfolgte eine Gewichtung der erhobenen Daten. Die Gewichtungsvorgaben waren die Einwohnerzahlen der Versorgungsregionen, gegliedert nach fünfjährigen Altersgruppen, Geschlecht und In-/Ausländer. Die Auswertungen der Daten liefern daher nur unter Einbeziehung dieses Gewichts ein korrektes Ergebnis.

Die vom Interviewerteam mittels Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI) erhobenen Daten wurden elektronisch über eine standardisierte Datenschnittstelle laufend an die Statistik Austria übermittelt. Dadurch konnten die Daten noch während der Feldphase regelmäßig einer Qualitätskontrolle unterzogen werden. Eine Systematisierung der fehlenden Werte wurde durchgeführt. Die Missing-Systematisierung ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die Imputation (statistische Ergänzung fehlender Angaben) und Plausibilitätsprüfung. Bezogen auf eine bestimmte Zelle im Datensatz geht es hier um die Frage: „Waarum steht hier kein gültiger Wert?“

Bei Item-non-response, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal wurden Imputationen durchgeführt. Nach einer grundlegenden Analyse der Non-Response wurden Richtlinien für die Imputation erarbeitet. Bei den meisten Fragen gab es nur wenig Verweigerung oder „Ich weiß nicht“-Antworten, einzig bei der Frage zum Einkommen lag die Verweigerungsrate bei etwa 25%. Auch bei den Fragen zur Lebensqualität (Selbstaussfüller) wurde eine Imputation der fehlenden Fälle (8%) vorgenommen. Um für die Gesamtbevölkerung Aussagen treffen zu können, wurde für die Proxy-Befragungen eine Imputation des Hauptfragebogens durchgeführt.

Zur Untersuchung, welchen Einfluss sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren auf die Gesundheit haben, wurden folgende statistische Analyseverfahren verwendet:

Da die Gesundheit stark altersabhängig ist und sich die Vergleichsgruppen (d.h. sowohl die Geschlechter als auch die Einkommens- und Bildungsgruppen sowie die Bevölkerung nach Migrationshintergrund) in ihrer Altersstruktur unterscheiden, wurden altersstandardisierte Häufigkeiten berechnet. Dadurch werden die Effekte, die auf Unterschiede in der Altersstruktur der Vergleichsgruppen zurückzuführen sind, ausgeschaltet und ein strukturbereinigter Vergleich ermöglicht.

Ein adäquates statistisches Analyseverfahren, um den Einfluss eines oder gleichzeitig mehrerer unabhängiger Merkmale auf ein abhängiges Merkmal zu quantifizieren, ist die (multivariate) logistische Regression. Die logistische Regression liefert als Ergebnis Odds Ratios (OR), die die Wirkungsrichtung und -stärke der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable zeigen, wobei der Einfluss weiterer Merkmale statistisch kontrolliert (ausgeschaltet) wird. Das 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) gibt den Wertebereich an, in dem sich bei einer Vertrauenswahrscheinlichkeit von 95% die Odds Ratios tatsächlich bewegen. Schließt das Konfidenzintervall den Wert Eins nicht ein, so kann mit 95%-

Vertrauenswahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der angezeigte Effekt tatsächlich eintritt (also signifikant ist).

Während in den Kapiteln 3 bis 7 der Einfluss eines unabhängigen Merkmals (z.B. Haushaltseinkommen oder Schulbildung) auf die Gesundheit -unter Ausschaltung des Alterseffekts- untersucht wurde, beinhaltet Kapitel 8 komplexe multivariate Modelle. Dabei wurde der Einfluss eines unabhängigen Merkmals (z.B. Migrationshintergrund) bei gleichzeitiger Kontrolle von weiteren Einflussfaktoren (Haushaltseinkommen, Erwerbstätigkeit, beruflicher Stellung, Schulbildung und Alter) analysiert. Neben der Berechnung der Odds Ratios und des 95%-Konfidenzintervalls quantifiziert das sog. Pseudo-R² nach Nagelkerke den Anteil der erklärten Varianz des logistischen Regressionsmodells.

3. Einkommen und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit ist durch zahlreiche Studien bestätigt. Menschen, die von Armut betroffen sind, sind verstärkt durch Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden beeinträchtigt. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und neigen eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, was insbesondere beim Tabakkonsum zum Ausdruck kommt, aber auch durch mangelnde körperliche Aktivität oder eine ungesunde Ernährungsweise.⁹

Zur Messung von Einkommensarmut und -ungleichheit wird in der Regel das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Mit Hilfe einer Äquivalenzskala wird das Haushaltsnettoeinkommen nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtet. Bei dieser Vorgehensweise werden Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt berücksichtigt sowie die Tatsache, dass Personen je nach Alter unterschiedliche Bedürfnisse haben. Die Personengewichte werden auf Basis der EU-Skala berechnet: Die erste Person erhält ein Gewicht von 1,0, die zweite und jede weitere Person von 0,5, Kinder, die jünger als 14 Jahre sind, werden mit 0,3 gewichtet.¹⁰ Zur Abgrenzung des Armutsrisikos wird der Schwellenwert bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60% des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (Median) angesetzt (gemäß einer Vereinbarung zwischen den EU-Staaten im Jahr 2001). Für eine differenzierte Betrachtung von Einkommensungleichheiten werden außerdem vier weitere Einkommensgruppen unterschieden: 60% bis unter 80% des Medianeinkommens, 80 bis unter 100%, 100 bis unter 150% sowie 150% und höher. Neben der Armutsrisikogruppe kommt Personen mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen 60% bis unter 80% besondere Aufmerksamkeit zu, da diese Personengruppe durch Arbeitslosigkeit oder Verschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs geraten kann. Diese Gruppe wird in der Folge als prekäre Wohlstandsgruppe bezeichnet.

In der Gesundheitsbefragung wurde nach dem monatlichen Nettomonatseinkommen gefragt, während die Armutsgefährdung bei EU SILC (Statistics on Income and Living Conditions) nach dem Jahreseinkommen berechnet wird. Das Monatseinkommen führt immer zu niedrigeren Schätzungen des Einkommens als das Jahreseinkommen und meist auch zu höheren Armutsgefährdungsquoten. Der Unterschied entsteht u. a. durch 13. und 14. Gehälter, einmalige Zahlungen sowie auch durch saisonale Beschäftigungsmuster. Es kann daher sein, dass zum Beispiel saisonbeschäftigte Personen bei einer Monatsbetrachtung als gefährdet eingestuft werden, bei einer Betrachtung des Jahreseinkommens aber nicht.

Für Personen in Pflege- und Altenheimen wurde kein Haushaltseinkommen erhoben. Diese Personengruppe wurde daher bei der Analyse von Einkommen und Gesundheit ausgeschlossen (hochgerechnet handelt es sich dabei um etwa 42.000 Personen).

3.1. Armutsrisiko und Einkommensungleichheit

Jugendliche und junge Erwachsene sowie die ältere Bevölkerung sind häufiger durch Armut bedroht. Von den 15- bis 29-Jährigen sind 29% einem Armutsrisiko ausgesetzt, bei der Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren sind es 27%. Im Vergleich dazu leben 16 bis 17% der 30- bis 74-Jährigen unter der Armutsgrenze. Frauen sind häufiger als Männer armutsgefährdet (Frauen: 22%, Männer: 18%), besonders betroffen sind verwitwete Frauen (33%) und arbeitslose Männer (41%). Die Armutsrisikoquote ist für Personen, in deren Haushalt ein

⁹ Lampert, Thomas et al.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Robert Koch-Institut Berlin 2005.

¹⁰ OECD Social Policy Division, <http://www.oecd.org/dataoecd/61/52/35411111.pdf>.

oder mehrere Kinder unter 14 Jahren leben, höher als für Personen ohne Kinder im gemeinsamen Haushalt (25% bzw. 18%).

Tabelle 3.1: Verteilung des Haushaltseinkommens nach Alter und Geschlecht

Netto-Äquivalenzeinkommen	Insgesamt	15 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 59 Jahre	60 bis 74 Jahre	75 Jahre und mehr
Mittelwert (in €/Monat)						
Insgesamt	1.543	2.013	1.590	1.706	1.587	1.313
Männer	1.636	1.457	1.624	1.788	1.702	1.593
Frauen	1.455	1.272	1.556	1.625	1.486	1.161
Median (in €/Monat)						
Insgesamt	1.364	1.230	1.417	1.509	1.430	1.121
Männer	1.454	1.321	1.430	1.581	1.495	1.446
Frauen	1.292	1.141	1.411	1.450	1.339	1.006
Armutrisikoquote (<60% Median)						
Insgesamt	20,2	28,8	16,3	17,3	15,7	26,7
Männer	17,8	27,0	16,3	15,8	11,2	15,4
Frauen	22,4	30,8	16,2	18,8	19,7	32,9

Gini-Koeffizient: 0,314. (Der Gini-Koeffizient ist ein Wert zwischen 0 und 1, der die Ungleichheit der Einkommensverteilung angibt. – Je näher der Wert an 1 ist, umso größer ist die Ungleichheit.)
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

3.2. Einkommen und Gesundheitszustand

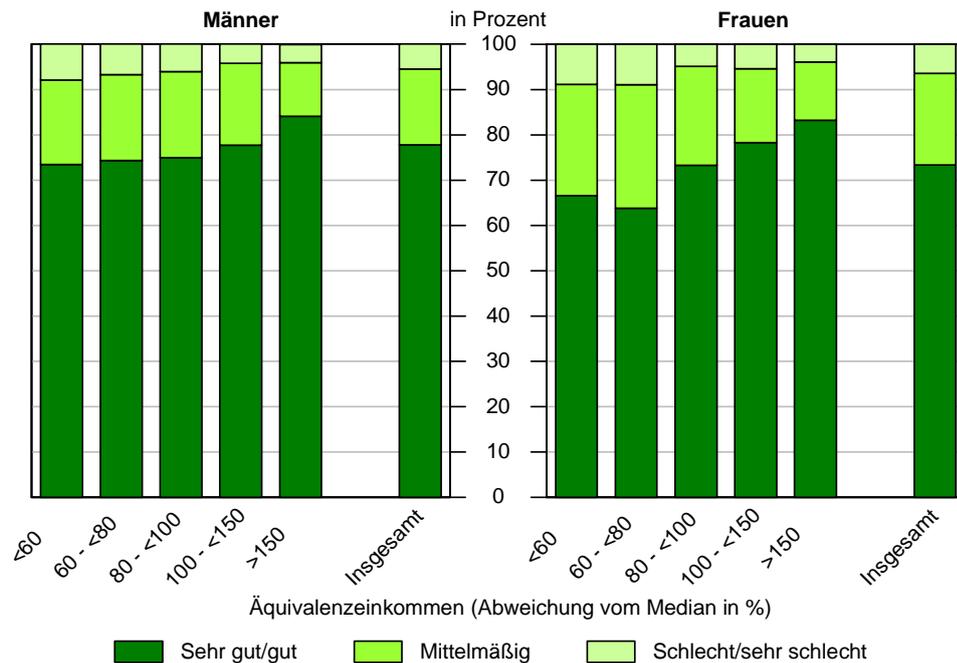
3.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand liefert einen guten Indikator für das allgemeine Wohlbefinden einer Bevölkerung. Im Unterschied zu klinisch erhobenen Befunden werden mit dieser Frage sowohl die körperlichen als auch die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit implizit mit erfasst. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes wurde im vorliegenden Fall fünfstufig erfragt: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht. Generell ist diese subjektive Einschätzung stark von Alter und Geschlecht abhängig: Ältere schätzen ihren Gesundheitszustand negativer ein als Jüngere, Frauen schlechter als Männer – vor allem ältere Frauen.

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes korreliert mit dem Äquivalenzeinkommen. - Einkommensschwächere beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als Personen in höheren Einkommensklassen: 70% der Personen aus der Armutrisikogruppe (<60% des Medianeinkommens) schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, 8% als schlecht oder sehr schlecht. Im Vergleich dazu fühlen sich 84% der Personen aus der einkommensstärksten Gruppe (>150% des Medianeinkommens) sehr gut oder gut und nur 4% schlecht oder sehr schlecht.

Die Einkommensabhängigkeit des subjektiven Gesundheitszustandes gilt für beide Geschlechter (siehe Grafik 3.1). Hinzu kommt, dass in den einkommensschwachen Gruppen Frauen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einstufen als Männer, während in den einkommensstärkeren Gruppen die Geschlechterunterschiede geringer sind. Etwa zwei Drittel der Frauen aus der Armutrisikogruppe und aus der prekären Wohlstandsgruppe (60 bis <80% des Medianeinkommens) fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut (Männer: 74%), 9% schlecht oder sehr schlecht (Männer: 7%). In der einkommensstärksten Gruppe beurteilen deutlich mehr Frauen ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut (Frauen: 83%, Männer: 84%) und korrespondierend dazu nur 4% mit schlecht oder sehr schlecht (Männer: 4%).

Grafik 3.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Da die subjektive Gesundheit stark altersabhängig ist und sich die Vergleichsgruppen (d.h. sowohl die Geschlechter als auch die Einkommensgruppen) in ihrer Altersstruktur unterscheiden, wurde eine Altersstandardisierung durchgeführt. Dadurch werden die Effekte, die auf Unterschiede in der Altersstruktur der Vergleichsgruppen zurückzuführen sind, ausgeschaltet und ein strukturbereinigter Vergleich ermöglicht.

Auch nach der Altersstandardisierung wird von Männern und Frauen mit hohem Einkommen die eigene Gesundheit positiver beurteilt als in darunter liegenden Einkommensklassen (Tabelle 3.2). Die Geschlechtsunterschiede verringern sich auf Grund der Standardisierung in allen Einkommensgruppen mit Ausnahme der prekären Wohlstandsgruppe: Abgesehen davon, dass Frauen in dieser Einkommensgruppe im Vergleich zu Frauen der Armutsrisikogruppe ihren Gesundheitszustand schlechter einstufen, beurteilen sie ihre Gesundheit auch negativer als Männer mit vergleichbarem Einkommen.

Das adäquate statistische Analyseverfahren, um den Einfluss eines (hier: Einkommensunterschiede) oder gleichzeitig mehrerer (hier: Einkommensunterschiede und Alter) unabhängiger Merkmale auf ein abhängiges Merkmal (hier: subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes) zu quantifizieren, ist die (multivariate) logistische Regression. Die logistische Regression liefert als Ergebnis Odds Ratios (OR), die die Wirkungsrichtung und -stärke der unabhängigen Variable (in diesem Fall das Einkommen) auf die abhängige Variable (subjektive Gesundheitseinschätzung) zeigen, wobei der Einfluss weiterer Merkmale (hier nur des Alters) statistisch kontrolliert (ausgeschaltet) wird. Das 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) gibt den Wertebereich an, in dem sich bei einer Vertrauenswahrscheinlichkeit von 95% die Odds Ratios tatsächlich bewegen. Schließt das Konfidenzintervall den Wert Eins nicht ein, so kann mit 95%-Vertrauenswahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der angezeigte Effekt tatsächlich eintritt (also signifikant ist).

Tabelle 3.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht, altersstandardisierte Werte

Geschlecht, Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Subjektiver Gesundheitszustand			
	Insgesamt	Sehr gut und gut	Mittelmäßig	Schlecht und sehr schlecht
	In 1.000	Altersstandardisiert in Prozent		
		Männer		
Insgesamt	3.357,3	78,8	16,1	5,1
<60%	597,0	69,4	21,3	9,3
60%-<80%	430,4	75,4	18,4	6,3
80%-<100%	454,9	75,9	18,2	5,8
100%-<150%	980,4	79,0	17,1	3,9
>150%	894,6	86,2	10,4	3,4
		Frauen		
Insgesamt	3.592,9	77,5	17,4	5,1
<60%	803,8	71,7	21,3	7,0
60%-<80%	559,5	70,7	21,9	7,4
80%-<100%	515,5	75,9	20,0	4,1
100%-<150%	970,8	79,7	15,2	5,2
>150%	743,4	84,8	11,9	3,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Tabelle 3.3 ist also wie folgt zu interpretieren: Nach Kontrolle des Alterseffekts ist die Wahrscheinlichkeit, dass Männer in der höchsten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, 3,1 Mal höher als für Männer in der Armutsrisikogruppe. Das 95%-KI reicht von 2,57-3,82, d.h. der angezeigte positive Effekt tritt mit 95%-Vertrauenswahrscheinlichkeit ein. Bei den Frauen liegt dieser Faktor bei 2,6 und ist bei einem 95%-KI von 2,21-3,12 ebenso signifikant. Auch bei den anderen Einkommensgruppen ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitszustand als sehr gut oder gut eingestuft wird, höher im Vergleich zur Armutsrisikogruppe. Einzige Ausnahme bilden die Frauen in der prekären Wohlstandsgruppe, ein Odds Ratio von 0,96 bedeutet einen negativen Effekt, d.h. Frauen dieser Einkommensgruppe beurteilen im Vergleich zu Frauen der Armutsrisikogruppe ihren Gesundheitszustand etwas negativer. Das 95%-KI liegt jedoch zwischen 0,81-1,13, der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen ist also statistisch nicht gesichert.

Tabelle 3.3: Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<60%	69,4	Ref.	-	71,7	Ref.	-
60%-<80%	75,4	1,45	1,17-1,81	70,7	0,96	0,81-1,13
80%-<100%	75,9	1,48	1,19-1,84	75,9	1,32	1,11-1,58
100%-<150%	79,0	1,86	1,55-2,24	79,7	1,76	1,51-2,05
>150%	86,2	3,13	2,57-3,82	84,8	2,63	2,21-3,12

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

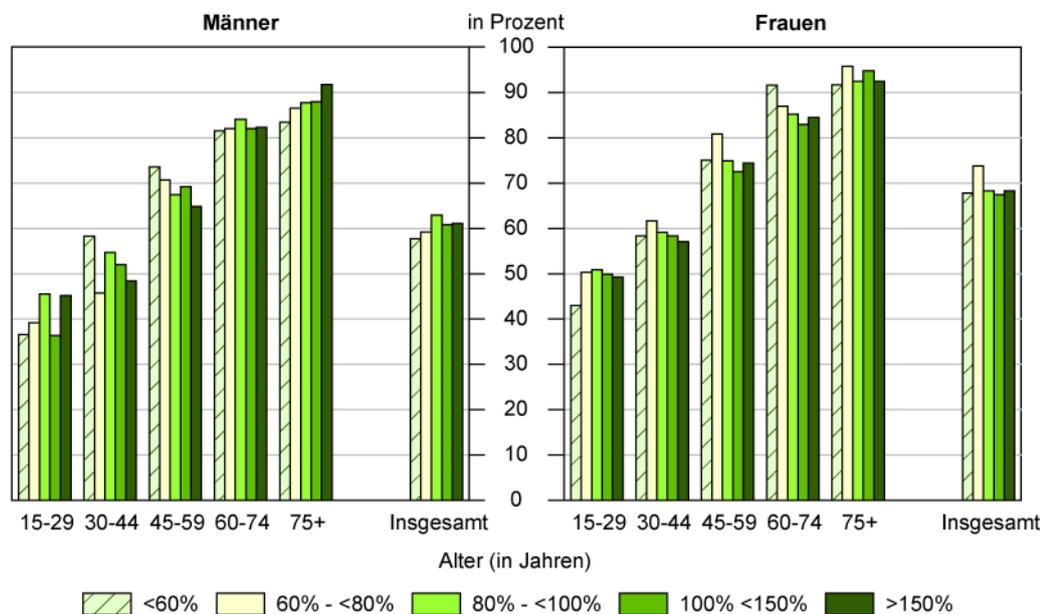
3.2.2. Chronische Erkrankungen

Das Vorhandensein chronischer Erkrankungen ist in erster Linie vom Alter abhängig - die Häufigkeit steigt mit dem Alter stark an. Was die Einkommensabhängigkeit chronischer Erkrankungen betrifft, weist die Datenlage darauf hin, dass das Auftreten nur gering bzw. nicht durchgängig vom Einkommen abhängt (Grafik 3.2).

Generell leiden Frauen häufiger unter chronischen Erkrankungen als Männer, dies trifft für alle Alters- und mit wenigen Ausnahmen auch für alle Einkommensgruppen zu. Während bei den Frauen die prekäre Wohlstandsgruppe am häufigsten (74%) und am wenigsten häufig die mittlere und höchste Einkommensgruppe (je 68%) von einer chronischen Erkrankung betroffen sind, treten diese bei Männern am häufigsten in der mittleren Einkommensgruppe auf (63%), am seltensten in der Armutsrisikogruppe (58%).

Nach Altersgruppen betrachtet zeigt sich ein uneinheitliches Bild: Während sich bei den Männern lediglich in den mittleren Altersgruppen (30 bis unter 60 Jahre) und bei Frauen im Alter von 60 bis unter 75 Jahren (aber auch hier mit Ausnahmen) der Trend abzeichnet, dass das Auftreten von chronischen Erkrankungen mit höherem Einkommen seltener ist, ist bei den älteren Männern (ab 75 Jahren) das Gegenteil der Fall (höhere Prävalenz bei höherem Einkommen).

Grafik 3.2: Prävalenz von mindestens einer chronischen Erkrankung nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch nach dem Ausschalten von Alterseffekten kann kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer chronischen Erkrankung und dem Einkommensniveau festgestellt werden (Tabelle 3.4). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bleiben bestehen. Bei den Frauen sind jene der prekären Wohlstandsgruppe am häufigsten von einer chronischen Erkrankung betroffen (69%), unterscheiden sich aber nur geringfügig von Frauen der höchsten Einkommensklasse sowie der Armutsrisikogruppe (jeweils 67%). Am häufigsten erkranken unter den Männern jene mit einem Äquivalenzeinkommen von 80% bis 100% vom Median (62%) sowie Männer in der Armutsrisikogruppe (61%).

Die Berechnung der Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens einer chronischen Erkrankung sowie des 95%-Konfidenzintervalls zeigt, dass die Unterschiede nur sehr gering und nicht statistisch signifikant sind (mit einer Ausnahme: Frauen in der prekären Wohlstandsgruppe haben ein um den Faktor 1,2 größeres Risiko, an einer chronischen Erkrankung zu leiden im Vergleich zu Frauen der höchsten Einkommensgruppe).

Tabelle 3.4: Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<60%	61,2	1,10	0,94-1,29	65,6	0,99	0,85-1,15
60%-<80%	57,6	0,95	0,80-1,13	69,0	1,23	1,04-1,46
80%-<100%	62,0	1,15	0,97-1,37	66,3	1,07	0,90-1,26
100%-<150%	58,9	1,01	0,88-1,16	65,2	0,99	0,86-1,15
>150%	59,2	Ref.	-	65,8	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Zu den häufigsten chronischen Krankheiten zählen in allen Einkommensstufen Wirbelsäulenbeschwerden, Bluthochdruck und Allergien bei Männern. Frauen leiden zusätzlich öfter unter Migräne oder häufigen Kopfschmerzen und entzündlichen und nicht entzündlichen Gelenkerkrankungen.¹¹

Während für die Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens einer chronischen Erkrankung keine signifikanten Effekte des Einkommens erkennbar sind, lässt sich ein relevanter Einfluss der Einkommenshöhe auf die Auftretenswahrscheinlichkeiten einzelner, spezifischer chronischer Krankheiten feststellen. Bei Männern der niedrigsten Einkommensgruppe treten chronische Angstzustände und Depression, Harninkontinenz sowie Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus, ebenso Migräne und häufige Kopfschmerzen im Vergleich zur höchsten Einkommensklasse verstärkt auf. Bei den Frauen ist darüber hinaus ein Einkommenseffekt auf das Vorkommen von Diabetes und Bluthochdruck zu beobachten. Allergien finden sich bei beiden Geschlechtern in der Armutsriskogruppe seltener als in der höchsten Einkommensgruppe.

Anzumerken ist, dass bei der Fragestellung nach der Einkommensabhängigkeit des Auftretens mindestens einer chronischen Erkrankung alle Einkommensgruppen einbezogen wurden (es waren jedoch keine signifikanten Ergebnisse zu beobachten), während bei der Betrachtung der spezifischen chronischen Erkrankungen die niedrigste mit der höchsten Einkommensgruppe verglichen wurde - hier zeigten sich die eben beschriebenen signifikanten Einflüsse.

Tabelle 3.5: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht

Chronische Krankheiten	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Wirbelsäulenbeschwerden	1,19	1,01-1,41	0,97	0,84-1,12
Allergien	0,77	0,62-0,95	0,72	0,61-0,86
Bluthochdruck	1,05	0,85-1,30	1,43	1,19-1,72
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,82	1,42-2,33	1,40	1,19-1,55
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	2,01	1,58-2,55	1,43	1,18-1,74
Chronische Angstzustände, Depression	2,67	1,92-3,70	2,13	1,64-2,77
Diabetes	0,85	0,60-1,21	2,43	1,76-3,34
Harninkontinenz	2,15	1,40-3,31	1,57	1,19-2,09

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Äquivalenzeinkommen >150%.

¹¹ Detaillierte Ergebnisse liegen in Form von unveröffentlichten Arbeitstabellen vor.

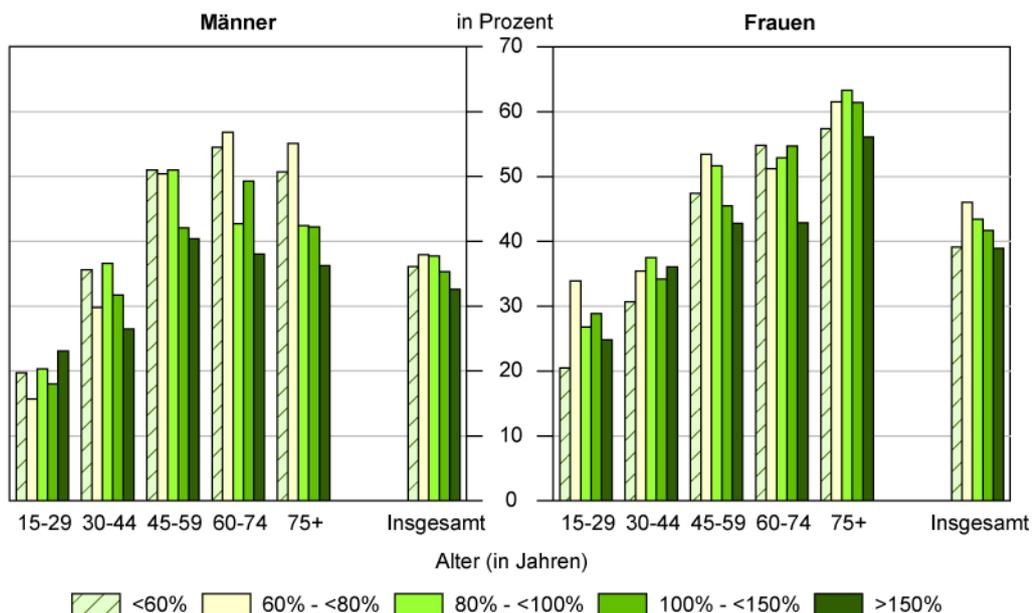
3.2.3. Schmerzprävalenz

Das Auftreten erheblicher Schmerzen über einen längeren Zeitraum (die letzten 12 Monate vor der Befragung) ist stark alters- und geschlechtsabhängig: Korrespondierend zur mit dem Alter steigenden Prävalenz von chronischen Krankheiten ist auch beim Schmerzempfinden die Häufigkeit der Betroffenen in den höheren Altersklassen höher. Frauen berichten in allen Altersgruppen häufiger über Schmerzen als Männer.

Die höhere Schmerzprävalenz bei den geringeren Einkommensstufen ist deutlich und betrifft beide Geschlechter: Bei den Männern ist das Schmerzvorkommen in der prekären Wohlstandsgruppe und der mittleren Einkommensgruppe am höchsten (jeweils 38%), in der höchsten Einkommensgruppe am geringsten (33%). Frauen aller Einkommensgruppen klagten generell häufiger über Schmerzen als Männer. Am stärksten betroffen sind Frauen der prekären Wohlstandsgruppe (46%), am seltensten jene der höchsten Einkommensgruppe (39%).

Besonders betroffen von Schmerzen sind in allen Einkommensgruppen Personen ab 45 Jahren. Bei den Männern dieser Altersgruppe kann (mit wenigen Ausnahmen) ein genereller Zusammenhang zwischen Schmerzvorkommen und Einkommenshöhe festgestellt werden. Am häufigsten berichten die 60- bis unter 75-jährigen Männer der prekären Wohlstandsgruppe über erhebliche Schmerzen (57%). Männer der höchsten Einkommensgruppe dagegen berichten in allen Altersgruppen (ab 30 Jahren) am wenigsten oft über erhebliche Schmerzen. Bei den Frauen sind die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen nicht so stark ausgeprägt wie bei den Männern. Die höchste Schmerzprävalenz tritt bei ab 75-jährigen Frauen in der mittleren Einkommensgruppe (63%), in der prekären Wohlstandsgruppe (62%) und der zweithöchsten Einkommensgruppe (61%) auf.

Grafik 3.3: 12-Monats-Prävalenz von erheblichen Schmerzen nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Nach Altersstandardisierung wird auch bei den Frauen ein statistisch signifikanter Einkommenseffekt in der Schmerzprävalenz sichtbar. Mit Ausnahme der Frauen der Armutsrisikogruppe (diese geben etwa gleich häufig wie Frauen der höchsten

Einkommensgruppe an, unter erheblichen Schmerzen zu leiden) sinkt das Schmerzvorkommen mit dem Einkommensniveau. Am höchsten ist die Schmerzprävalenz bei Frauen in der prekären Wohlstandsgruppe (43%), und sie haben damit ein um den Faktor 1,3 erhöhtes Risiko, an erheblichen Schmerzen zu leiden, im Vergleich zu Frauen der höchsten Einkommensgruppe.

Auch bei Männern sinkt das Schmerzvorkommen mit dem Einkommensniveau (die Ergebnisse sind statistisch signifikant): 39% der Armutsrisikogruppe sind von erheblichen Schmerzen betroffen, in der höchsten Einkommensgruppe sind es 31%. Das Risiko, an erheblichen Schmerzen zu leiden ist für Männer der Armutsgruppe um den Faktor 1,4 im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensgruppe erhöht.

Tabelle 3.6: Auftretenswahrscheinlichkeit von erheblichen Schmerzen in den letzten zwölf Monaten in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<60%	39,1	1,43	1,23-1,68	37,3	1,02	0,89-1,18
60%-<80%	37,2	1,34	1,13-1,59	43,4	1,30	1,12-1,51
80%-<100%	37,1	1,34	1,13-1,58	41,8	1,27	1,09-1,48
100%-<150%	33,9	1,17	1,02-1,35	40,0	1,16	1,02-1,33
>150%	31,2	Ref.	-	36,4	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Unabhängig vom Einkommen leiden Männer und Frauen am häufigsten unter Schmerzen im Kreuz (Lendenwirbelsäule), Oberschenkel, Knie und Unterschenkel und im Nackenbereich (Halswirbelsäule). Bei Frauen treten auch sehr oft Kopfschmerzen auf. Männer der Armutsrisikogruppe haben ein signifikant höheres Risiko, dass erhebliche Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, im Bereich Oberschenkel, Knie und Unterschenkel sowie Schulterbereich auftreten als Männer der höchsten Einkommensgruppe. Bei Frauen sind diesbezügliche signifikante Einkommensunterschiede nur für den Bereich Oberschenkel, Knie und Unterschenkel zu erkennen.

Tabelle 3.7: Auftretenswahrscheinlichkeit (12-Monats-Prävalenz) spezifischer Schmerzen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht

Schmerzorte	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Kreuz (Lendenwirbelsäule)	1,63	1,30-1,98	0,98	0,82-1,19
Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	1,62	1,24-2,11	1,59	1,25-2,04
Schultern	2,21	1,62-3,01	1,00	0,75-1,32
Kopfschmerzen und Migräne	1,18	0,82-1,68	1,08	0,85-1,38
Nacken (Halswirbelsäule)	1,80	1,30-2,49	0,91	0,71-1,15
Rücken (Brustwirbelsäule)	2,55	1,81-3,60	1,30	0,97-1,73

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Äquivalenzeinkommen>150%.

3.2.4. Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein sehr umfassender und allgemeiner Gesundheitsindikator, der ausschließlich über subjektive Angaben erfasst werden kann und somit interindividuell stark variiert. In der vorliegenden Befragung wurde ein anerkanntes und erprobtes Instrument zur Beurteilung der subjektiven Lebensqua-

lität eingesetzt: der WHOQOL-BREF¹² (Kurzversion des WHOQOL), welcher zwei globale Fragen (zur allgemeinen Lebensqualität und zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden) sowie 24 Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen umfasst. Daraus wurden Mittelwerte für die Bereiche „Allgemeine Lebensqualität“, „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ berechnet.

Die Lebensqualität steigt in allen Bereichen und bei beiden Geschlechtern mit dem Äquivalenzeinkommen, wobei sich jedoch die beiden untersten Einkommensstufen kaum unterscheiden. Die größten Einkommensunterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität sind bei den Männern bei der allgemeinen Lebensqualität sowie beim Bereich Umwelt zu finden. Bei den Frauen sind die Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität nach Einkommensniveau generell stärker ausgeprägt, die größten Differenzen gibt es bei den Bereichen allgemeine Lebensqualität, Umwelt und psychischer Bereich.

Tabelle 3.8: Lebensqualität nach Einkommen und Geschlecht

Geschlecht, Äquivalenzeinkommen	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
Männer					
Insgesamt	75,7	62,8	68,6	77,7	76,5
<60%	73,4	62,2	67,7	76,3	73,8
60%-<80%	73,1	62,3	67,6	76,8	74,6
80%-<100%	74,1	62,5	67,9	76,8	75,0
100%-<150%	75,9	62,9	68,7	77,3	76,4
>150%	79,0	63,5	70,1	79,9	79,9
Frauen					
Insgesamt	74,3	61,2	67,6	77,3	75,1
<60%	71,0	59,8	65,7	75,2	71,9
60%-<80%	70,8	60,0	65,6	74,9	72,6
80%-<100%	73,5	61,4	67,9	77,5	75,0
100%-<150%	75,7	62,1	68,6	78,5	76,5
>150%	79,1	62,8	70,2	79,6	78,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Ein weiteres Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist der SF-36¹³ der WHO. Jene zwei Dimensionen, die Vitalität und psychisches Wohlbefinden erfassen, wurden in die Gesundheitsbefragung integriert. Die Dimension „Vitalität“ beschreibt, ob sich die Person energiegeladener und voller Schwung fühlt oder ob sie eher müde und erschöpft ist. Die Dimension „Psychisches Wohlbefinden“ gibt Auskunft über die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle und allgemeine positive Stimmung.

Auch bei der Beurteilung der Vitalität und des psychischen Wohlbefindens finden sich die beschriebenen Einkommensunterschiede. Bei Männern und Frauen nehmen Vitalität als auch psychisches Wohlbefinden mit der Höhe des Einkommens zu. Unabhängig vom Einkommen beurteilen Männer diese beiden Dimensionen positiver als Frauen.

¹² Angermeyer M.C., Kilian R., Matschinger H., WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Hogrefe-Verlag, Leipzig 2000.

¹³ Bullinger, M. and I. Kirchberger (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36 Questionnaire concerning Health status); Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe.

Tabelle 3.9: Vitalität und psychisches Wohlbefinden nach Einkommen und Geschlecht

Äquivalenzeinkommen	Vitalität		Psychisches Wohlbefinden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Mittelwerte der Bereiche			
Insgesamt	69,0	65,0	80,9	77,2
<60%	67,4	63,5	79,1	75,7
60%-<80%	67,4	61,7	79,8	74,9
80%-<100%	67,5	64,6	79,1	77,0
100%-<150%	69,5	66,0	81,7	78,0
>150%	71,0	68,8	82,8	80,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.
Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

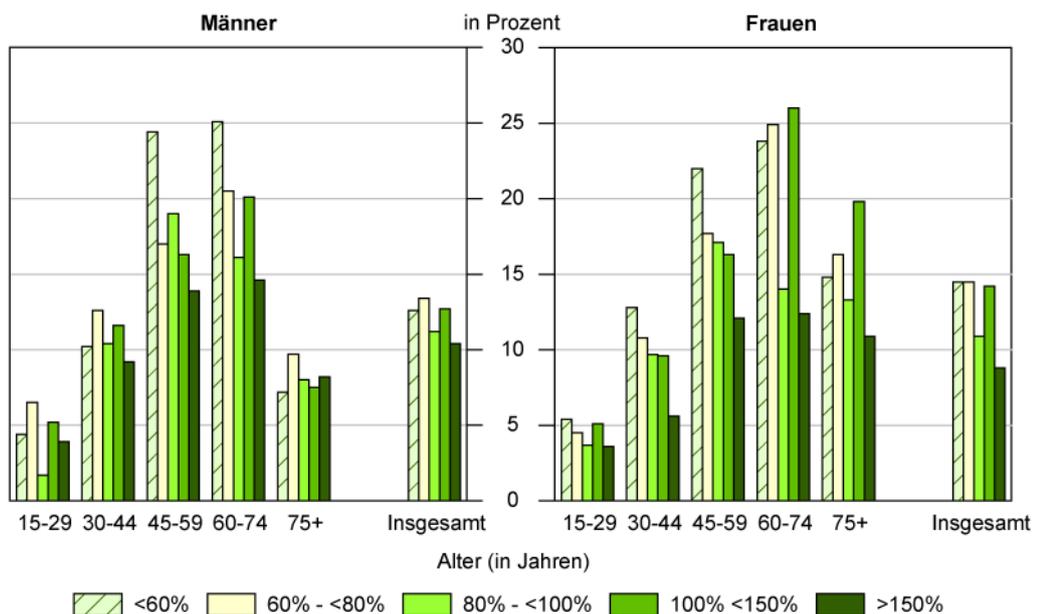
3.3. Einkommen und Gesundheitsverhalten

3.3.1. Starkes Übergewicht

Starkes Übergewicht (Adipositas, Fettleibigkeit) ist ein weit verbreitetes Phänomen: 12% der Männer und 13% der Frauen ab 15 Jahren sind adipös, der Anteil Adipöser nimmt mit dem Alter zu. Die gebräuchlichste Methode zur Feststellung von Adipositas bei Erwachsenen ist die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI), der Körpergröße und Körpergewicht einbezieht.¹⁴ Ab einem BMI von 30,0 spricht man von Adipositas.

Betrachtet man die einzelnen Einkommensgruppen, ist das Vorkommen von Adipositas in der höchsten Einkommensgruppe am geringsten (Männer: 10%, Frauen: 9%) und in der prekären Wohlstandsgruppe am höchsten (Männer: 13%, Frauen 15%). Bei den Frauen ist zugleich auch die Armutsrisikogruppe stark betroffen.

Grafik 3.4: Prävalenz von Adipositas nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

¹⁴ Der BMI ist definiert als das Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter).

In allen Einkommensgruppen nimmt das Auftreten von Adipositas mit dem Alter zu (das gilt bis zum Alter von 75 Jahren). Am häufigsten tritt Adipositas in allen Einkommensgruppen in der Altersgruppe von 60 bis 74 Jahren auf (mit Ausnahme der mittleren Einkommensgruppe, hier sind die 45 bis 60-Jährigen am stärksten betroffen). Vergleicht man die Prävalenz von Adipositas nach Einkommensniveau und Altersgruppen, sind jeweils etwa ein Viertel der folgenden Personengruppen durch starkes Übergewicht gefährdet: 45- bis 59-jährige und 60- bis 74-jährige Männer in der Armutsriskogruppe (24% bzw. 25%), 60- bis 74-jährige Frauen in der zweithöchsten Einkommensgruppe (26%), der Armutsriskogruppe (25%) und der prekären Wohlstandsgruppe (24%).

Um einen altersbereinigten Vergleich des Auftretens von Adipositas nach Einkommen durchführen zu können, wurde eine Altersstandardisierung durchgeführt. Die Häufigkeit von starkem Übergewicht wird altersunabhängig stark vom Einkommensniveau bestimmt, und zwar gibt es in den unteren Einkommenschichten mehr stark übergewichtige Personen als in den höheren Einkommenschichten. Dies trifft für beide Geschlechter zu, die Einkommensunterschiede sind aber bei den Frauen etwas deutlicher: 15% stark übergewichtige Frauen in der Armutsriskogruppe, 8% in der höchsten Einkommensstufe, im Vergleich zu 14% bzw. 10% bei den Männern.

Diese Geschlechtsunterschiede bestätigen sich auch anhand der altersadjustierten Odds Ratios: Während Männer der Armutsriskogruppe ein 1,5-faches Adipositas-Risiko gegenüber Männer der höchsten Einkommensgruppe haben, ist das Adipositas-Risiko der Frauen der Armutsriskogruppe doppelt so hoch wie jenes der Frauen der höchsten Einkommensgruppe. Auch Frauen der zweithöchsten Einkommensgruppe haben ein beinahe doppelt so hohes Adipositas-Risiko wie Frauen der höchsten Einkommensgruppe.

Tabelle 3.10: Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<60%	14,3	1,54	1,22-1,94	15,3	1,99	1,60-2,47
60%-<80%	13,3	1,42	1,11-1,82	13,2	1,83	1,45-2,31
80%-<100%	10,9	1,16	0,90-1,50	10,7	1,41	1,10-1,81
100%-<150%	12,0	1,30	1,06-1,59	13,0	1,97	1,46-2,20
>150%	9,5	Ref.	-	7,7	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

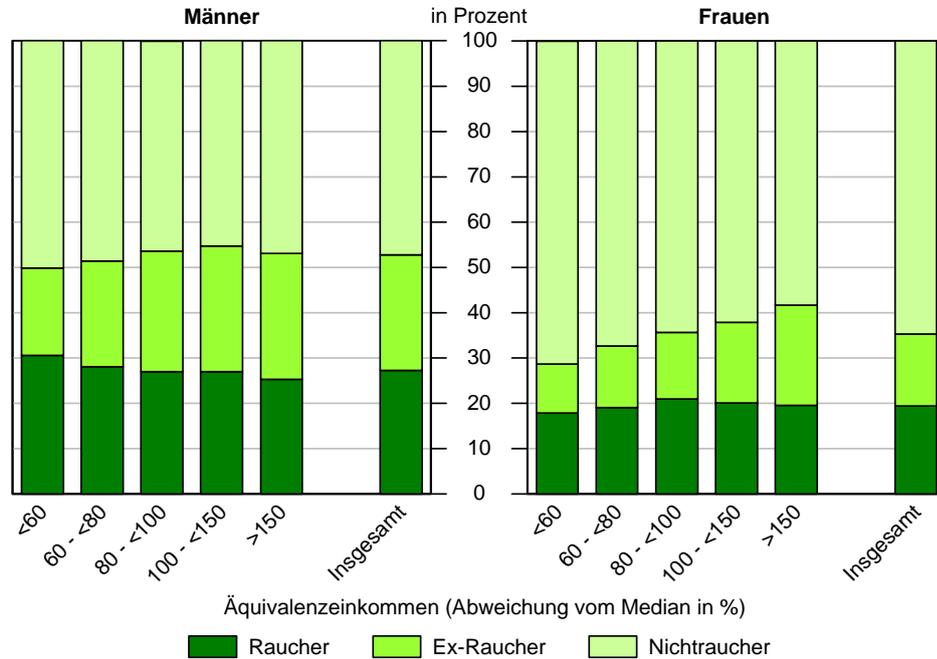
3.3.2. Rauchen

Um den „Raucherstatus“ der österreichischen Bevölkerung zu erfassen, wurde in der Gesundheitsbefragung 2006/2007 nach dem aktuellen Rauchverhalten gefragt. Dadurch lässt sich zwischen folgenden Gruppen unterscheiden: Personen, die täglich rauchen (Raucher), Personen, die das tägliche Rauchen aufgegeben haben (Ex-Raucher) und Personen, die nie oder nie täglich geraucht haben (Nichtraucher).

Rauchen zählt zu einem der am weitesten verbreiteten Gesundheitsrisiken: 27% der Männer und 19% der Frauen rauchen täglich. Das Rauchverhalten erweist sich – für beide Geschlechter – als stark einkommensabhängig: Mit steigendem Einkommen sinkt der Anteil der Männer, die täglich zur Zigarette greifen. Am häufigsten rauchen Männer in der niedrigsten (31%), am seltensten in der höchsten Einkommensklasse (25%). Bei den Frauen sind die Unterschiede zwi-

schen den Einkommensgruppen schwächer und nicht linear. Am häufigsten rauchen Frauen der mittleren Einkommensschicht täglich (21%). Frauen der Armutsrisikogruppe (18%) und der prekären Wohlstandsgruppe (19%) greifen etwas seltener täglich zur Zigarette.

Grafik 3.5: Raucherstatus nach Einkommen und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Bei beiden Geschlechtern steigt mit zunehmendem Einkommen der Anteil jener, die aufgehört haben täglich zu rauchen (Ex-Raucher).

Tabelle 3.11: Raucherstatus nach Einkommen und Geschlecht, altersstandardisierte Werte

Geschlecht, Äquivalenzeinkommen	Insgesamt	Raucher	Ex-Raucher	Nichtraucher
	In 1.000	Altersstandardisiert in Prozent		
Männer				
Insgesamt	3.357,3	27,7	24,7	47,6
<60%	597,0	29,7	21,6	48,7
60%-<80%	430,4	28,8	22,4	48,8
80%-<100%	454,9	28,0	26,0	46,0
100%-<150%	980,4	27,9	26,2	45,9
>150%	894,6	25,8	25,9	48,3
Frauen				
Insgesamt	3.592,9	21,3	16,3	62,4
<60%	803,8	21,1	12,8	66,1
60%-<80%	559,5	22,4	14,7	62,8
80%-<100%	515,5	22,5	15,4	62,1
100%-<150%	970,8	20,9	16,8	62,3
>150%	743,4	21,5	21,6	56,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Da die Armutsrisikogruppe vor allem aus älteren Frauen besteht und der Anteil der Raucherinnen mit dem Alter sinkt, wurden altersbereinigte Raucherquoten berechnet. Die Einkommensunterschiede in den Raucherquoten verringern sich durch die Altersstandardisierung, und zwar auf Grund des Anstiegs der Quoten in den unteren Einkommensgruppen. Die weiblichen Raucherquoten liegen alters-

standardisiert zwischen 21% (zweithöchste Einkommensgruppe sowie Armutsrisikogruppe) und 23% (mittlere Einkommensstufe). Bei den Männern bleiben auf Grund der Standardisierung die Raucherquoten und damit auch die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen annähernd gleich. Größere Abweichungen sind lediglich zwischen der höchsten Einkommensgruppe (25%) und der Armutsrisikogruppe (30%) zu verzeichnen.

Dies wird auch anhand der Odds Ratios deutlich. Einzig Männer der Armutsrisikogruppe haben nach Altersstandardisierung eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für tägliches Rauchen.

Tabelle 3.12: Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<60%	29,7	1,23	1,04-1,44	21,1	0,94	0,97-1,12
60%-<80%	28,8	1,16	0,97-1,39	22,4	1,11	0,92-1,33
80%-<100%	28,0	1,09	0,91-1,30	22,5	1,10	0,91-1,32
100%-<150%	27,9	1,11	0,95-1,28	20,9	1,03	0,88-1,21
>150%	25,8	Ref.	-	21,5	Ref.	-

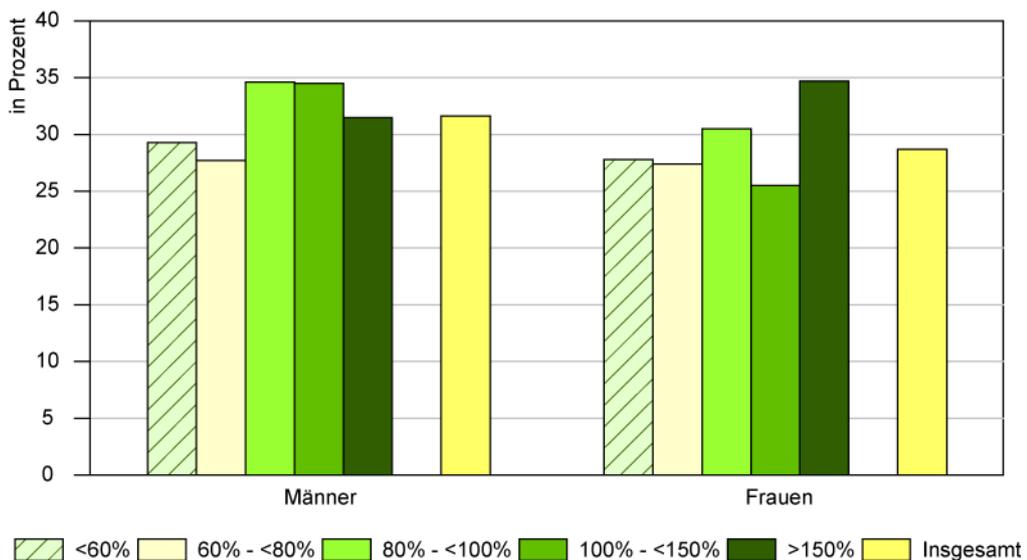
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Da immer mehr Jugendliche zu rauchen beginnen, insbesondere jugendliche Frauen, ist zur besseren Einschätzung der Risikogruppe ein Blick auf die Raucherquoten der Jugendlichen nach Einkommensniveau sinnvoll.

In der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren rauchen 32% der Männer und 29% der Frauen. Ein linearer Zusammenhang mit der Einkommenshöhe ist nicht festzustellen werden. Am häufigsten rauchen junge Männer mit einem Einkommen um den Median (35%) sowie junge Frauen in der höchsten Einkommensstufe (35%).

Grafik 3.6: Täglich rauchende Jugendliche (15 bis 29 Jahre) nach Einkommen und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

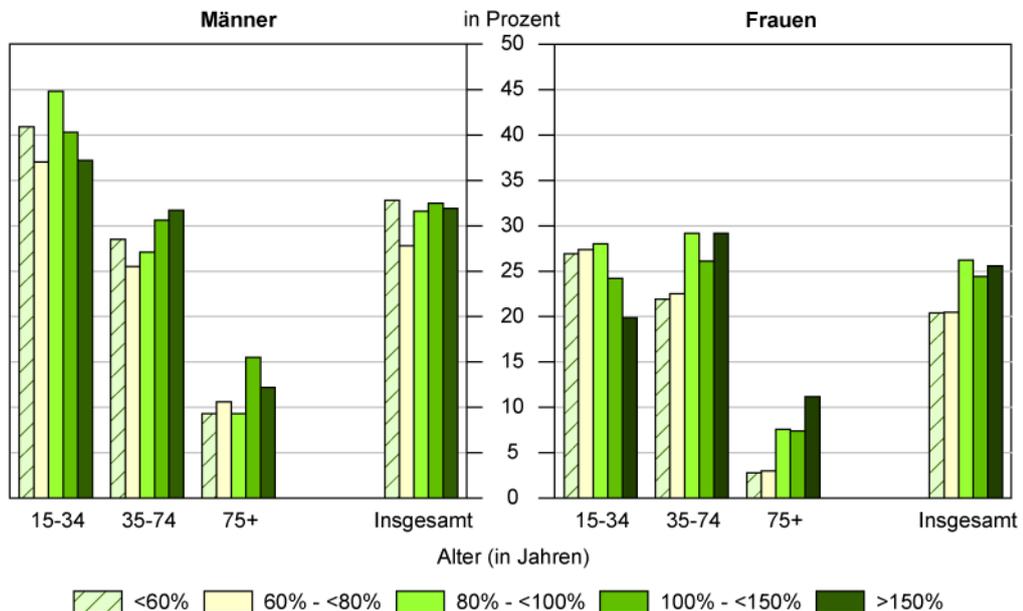
3.3.3. Körperliche Aktivität

Als körperlich „aktiv“ werden im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 Personen eingestuft, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen. Generell sind Männer körperlich aktiver als Frauen und Junge aktiver als Ältere.

Die Einkommenseffekte auf die körperliche Aktivität lassen moderate Geschlechtsunterschiede erkennen: Bei den Männern sind jene der Armutsrisikogruppe und der zweithöchsten Einkommensgruppe am häufigsten körperlich aktiv (jeweils 33%), am wenigsten oft jene der prekären Wohlstandsgruppe (28%). Frauen der Armutsrisikogruppe und der prekären Wohlstandsgruppe betreiben am seltensten ausreichend Sport (20% bzw. 21%), jene der mittleren und höchsten Einkommensgruppe sind häufiger sportlich aktiv (26%).

In den einzelnen Altersgruppen sind unterschiedliche Einkommenseffekte zu beobachten. Am häufigsten sportlich aktiv sind junge Männer (15 bis 34 Jahre; 45%) mit einem mittleren Einkommen. Bei den 35- bis 74-jährigen Männern kann ein Anstieg der sportlichen Aktivität mit der Einkommenshöhe festgestellt werden. Frauen sind unabhängig vom Einkommen generell weniger häufig sportlich als Männer. Während bei den 15- bis 34-jährigen Frauen die sportliche Aktivität in den höheren Einkommensgruppen sinkt, nimmt sie bei den 35- bis 74-Jährigen zu. Auffallend ist außerdem eine deutliche Zunahme der körperlich Aktiven bei älteren Frauen mit höherem Einkommen.

Grafik 3.7: Sportlich aktive Bevölkerung nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch die altersstandardisierten Werte zeigen die erwähnten Geschlechtsunterschiede: Bei Männern sind die Unterschiede in der sportlichen Aktivität nach dem Einkommensniveau nicht sehr stark ausgeprägt. Am wenigsten sportlich aktiv ist unter den Männern die prekäre Wohlstandsgruppe. Bei den Frauen, die insgesamt weniger sportlich aktiv als Männer sind, ist der Anteil der sportlich Aktiven in der mittleren Einkommensgruppe am höchsten, in der unteren Einkommensgruppe am niedrigsten.

Tabelle 3.13: Anteil der sportlich aktiven Bevölkerung nach Einkommen (altersstandardisiert in %)

Geschlecht	Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)					
	Insgesamt	<60%	60%-<80%	80%-<100%	100%-<150%	>150%
	Altersstandardisiert in Prozent					
Männer	32,3	31,1	28,7	32,6	33,3	32,9
Frauen	24,8	23,2	23,7	27,7	24,3	25,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit, sportlich inaktiv zu sein für die einzelnen Einkommensgruppen im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe zeigt, dass der Einfluss der Einkommenshöhe auf die sportliche Inaktivität nicht sehr stark ausgeprägt ist. Eine nur schwach signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit der sportlichen Inaktivität ist bei den Männern in der prekären Einkommensgruppe und bei den Frauen in der Armutsrisikogruppe festzustellen.

Tabelle 3.14: Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<60%	68,9	1,07	0,92-1,26	76,8	1,20	1,02-1,40
60%-<80%	71,3	1,24	1,03-1,48	76,3	1,17	0,98-1,40
80%-<100%	67,4	1,03	0,87-1,22	72,3	0,91	0,77-1,08
100%-<150%	66,7	0,99	0,86-1,13	75,7	1,06	0,92-1,23
>150%	67,1	Ref.	-	75,0	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

3.4. Einkommen und Gesundheitsvorsorge

3.4.1. Impfungen

Schutzimpfungen sind eine wichtige und wirksame präventive Maßnahme. Unabhängig von Geschlecht und Einkommen besteht bei Tetanus und FSME am häufigsten ein aufrechter Impfschutz. Bei beiden Geschlechtern steigt die Impfbereitschaft mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens. Bei Frauen sind die Unterschiede im Impfverhalten nach Einkommen etwas stärker ausgeprägt als bei Männern, am geringsten ist (mit Ausnahme der Grippe) die Impfbereitschaft bei Frauen der prekären Wohlstandsgruppe.

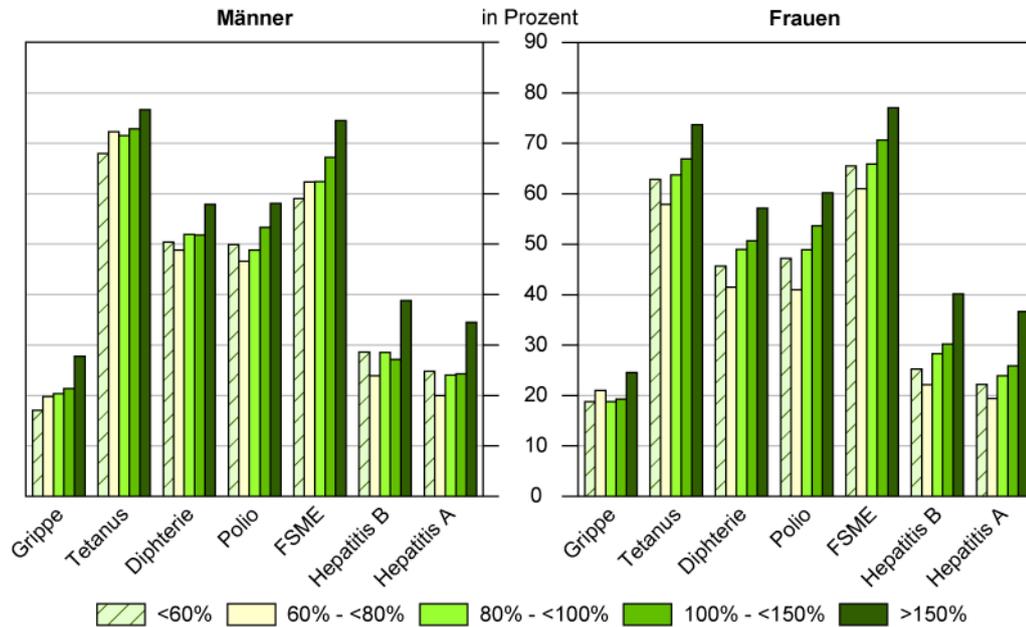
Tabelle 3.15: Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht

Kein aufrechter Impfschutz	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,75	1,46-2,10	1,63	1,38-1,92
Tetanus	1,83	1,55-2,16	1,60	1,38-1,86
Diphtherie	1,62	1,39-1,88	1,58	1,37-1,81
Polio	1,77	1,51-2,06	1,71	1,48-1,96
FSME	2,22	1,90-2,60	1,73	1,49-2,01
Hepatitis B	1,98	1,69-2,33	2,11	1,82-2,46
Hepatitis A	1,95	1,65-2,34	2,08	1,78-2,42

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Äquivalenzeinkommen>150%.

Grafik 3.8: Bevölkerung (15+) mit aufrechtem Impfschutz nach Einkommen (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Personen der Armutsrisikogruppe weisen im Vergleich zu Personen der höchsten Einkommensgruppe ein signifikant erhöhtes Risiko auf, keinen aufrechten Impfschutz vorweisen zu können (dies gilt für alle angeführten Impfungen). Am höchsten ist das Risiko bei der Zeckenimpfung (für Männer um den Faktor 2,2) und bei der Hepatitis A und B (für Frauen jeweils um den Faktor 2,1).

3.4.2. Vorsorgeuntersuchungen

Eine zentrale präventive Maßnahme ist die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen. Dazu gehören bei Frauen der Krebsabstrich¹⁵ und die Mammographie¹⁶, bei Männern ein PSA-Test¹⁷ und bei beiden Geschlechtern die Darmspiegelung¹⁸ sowie die für alle Krankenversicherten kostenlose „Gesundenuntersuchung“ (Vorsorgeuntersuchung).

Das Einkommen hat einen deutlichen Effekt auf die Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung: die Häufigkeit der Teilnahme nimmt mit dem Einkommen zu. In allen Einkommensgruppen nehmen Männer etwas häufiger als Frauen daran teil. Die Schwankungsbreite der Teilnahmehäufigkeit ist zwischen den Einkommensstufen bei den Männern größer als bei den Frauen. 14% der Männer in der Armutsrisikogruppe gingen in den letzten zwölf Monaten zu einer Vorsorgeuntersuchung, bei den Männern der höchsten Einkommensgruppe liegt dieser Anteil bei 28% (Frauen: 17% bzw. 24%). Auch beim PSA-Test nimmt die Akzeptanz mit der Einkommenshöhe zu: 39% der Männer der Armutsrisikogruppe im Vergleich zu 57% der Männer der höchsten Einkommensgruppe nahmen in den letzten drei Jahren diese Krebsvorsorge in Anspruch.

¹⁵ Der Krebsabstrich dient zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses und soll zumindest einmal im Jahr durchgeführt werden.

¹⁶ Die Mammographie dient zur Früherkennung eines Brustkrebses und soll bei Frauen ab 40 Jahren alle zwei Jahre durchgeführt werden.

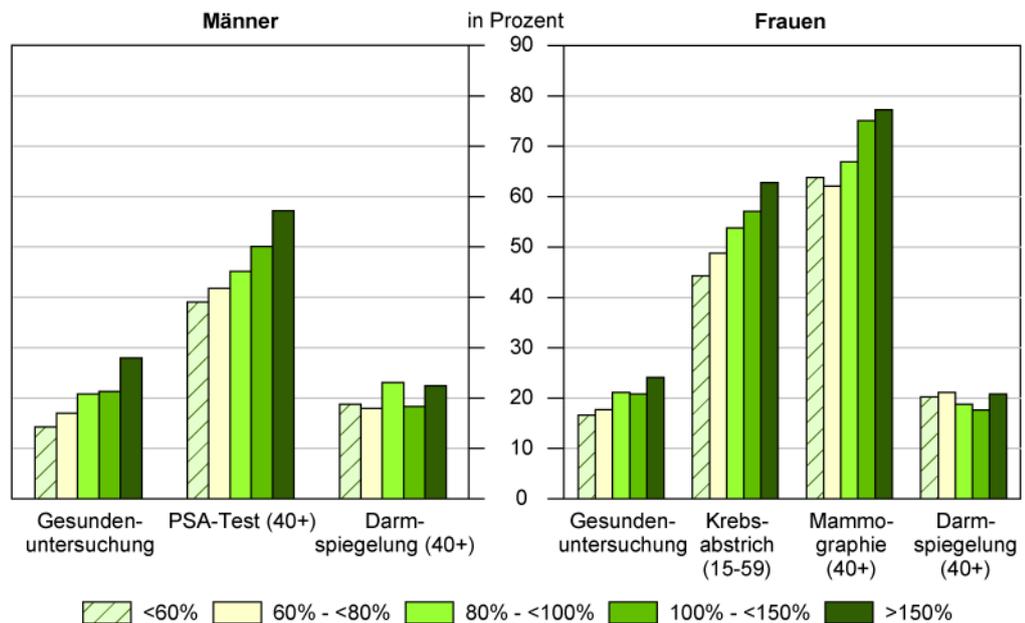
¹⁷ Der PSA-Test dient zur Früherkennung eines Prostatakrebses und soll bei Männern ab 40 Jahren regelmäßig durchgeführt werden.

¹⁸ Die Darmspiegelung dient zur Darmkrebsvorsorge und soll bei Personen ab 40 Jahren regelmäßig durchgeführt werden.

Deutliche einkommensabhängige Unterschiede im Vorsorgeverhalten mit ähnlicher Tendenz wie bei den Männern sind bei den Frauen beim Krebsabstrich und bei der Mammographie festzustellen. Frauen der Armutsrisikogruppe gehen deutlich seltener zu diesen Krebsvorsorgeuntersuchungen (Krebsabstrich: 44%, Mammographie: 64%) als Frauen in der höchsten Einkommensstufe (Krebsabstrich: 63%, Mammographie: 77%).

Im Gegensatz dazu erweist sich die Teilnahme an der Darmspiegelung, die noch immer relativ selten in Anspruch genommen wird, weder bei den Männern noch bei den Frauen als einkommensabhängig.

Grafik 3.9: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Einkommen (in%)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Den Einfluss der Einkommenshöhe auf präventive Maßnahmen zeigen auch die Odds Ratios. Das Risiko, nicht regelmäßig eine Mammographie, einen Krebsabstrich oder einen PSA-Test durchführen zu lassen ist bei Personen der Armutsrisikogruppe gegenüber der höchsten Einkommensklasse signifikant höher (mit Ausnahme der Darmspiegelung, hier sind die Ergebnisse nicht signifikant).

Tabelle 3.16: Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht

Vorsorgeuntersuchung	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Krebsabstrich	-	-	2,27	1,88-2,72
Mammographie	-	-	1,40	1,16-1,69
PSA-Test	2,01	1,65-2,45	-	-
Gesundenuntersuchung	1,97	1,63-2,40	1,37	1,16-1,62
Darmspiegelung	1,17	0,92-1,49	1,13	0,92-1,38

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Äquivalenzeinkommen >150%.

4. Bildung und Gesundheit

Die Bildung ist ein wichtiger Faktor in der Analyse von sozioökonomischen Unterschieden in der Gesundheit. Dabei sind verschiedene Gesichtspunkte zu betrachten. Einerseits ist sie in Zusammenhang mit der Position im Arbeitsmarkt zu sehen – Bildungsdefizite verschlechtern die Chance am Arbeitsmarkt und erhöhen das Risiko, über längere Zeit arbeitslos zu bleiben. Auch körperliche und psychische Belastungen sowie das Erwerbseinkommen können mit dem Bildungsstatus variieren. Andererseits stellt die Bildung aber auch außerhalb der Arbeitswelt eine wichtige Ressource für die Gesundheit dar, sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme am sozialen, kulturellen und politischen Leben. Eine wichtige bildungsabhängige Rolle spielen Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen und deren Einfluss auf eine gesundheitsförderliche Lebensweise.

In der Gesundheitsbefragung wurde nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung gefragt. Zu berücksichtigen ist, dass sieben Prozent der Bevölkerung bei der Frage nach dem Lebensunterhalt angeben, noch in Schulausbildung zu stehen. Für diese Personengruppe wurde jene Schulausbildung herangezogen, die sie bereits abgeschlossen hat. Für die Analyse zur Gesundheitsrelevanz der Schulbildung werden folgende drei Gruppen unterschieden:

- **Pflichtschule:** Personen, die höchstens einen Pflichtschulabschluss erworben haben (dazu gehören auch Personen, die das Schulsystem ohne Abschluss verlassen haben, diese Gruppe macht etwa ein Prozent der Bevölkerung aus)
- **Lehre, BMS (berufsbildende mittlere Schule):** Personen mit einer Lehre oder Fachschule (ohne Matura).
- **Höhere Schule, Hochschule:** Personen, die eine AHS (allgemeinbildende höhere Schule), BHS (berufsbildende höhere Schule), Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt oder Universität abgeschlossen haben.

4.1. Bildungsstand der Bevölkerung

Der Anteil der Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die über die Pflichtschule hinaus keine weitere Ausbildung abgeschlossen haben, liegt bei 27%. Fast die Hälfte der österreichischen Bevölkerung verfügt über eine mittlere Schul- bzw. Berufsausbildung (34% haben eine Lehre, 13% eine berufsbildende mittlere Schule erfolgreich beendet). Einen Abschluss einer höheren Schule oder einer Hochschule hat etwa ein Viertel der österreichischen Bevölkerung (AHS, BHS, Kolleg: 16%; Universität, Hochschule oder Fachhochschule: 10%).

Die altersdifferenzierte Betrachtung zeigt einen allgemeinen Anstieg des Bildungsniveaus der österreichischen Bevölkerung. Während mehr als die Hälfte der älteren Bevölkerung (75+) nach der Pflichtschule ihre Ausbildung beendet hat, ist das nur noch bei 14% der 30- bis 44-Jährigen der Fall. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen ist dieser Anteil wieder höher, was aber darauf zurückzuführen ist, dass vor allem die 15- bis 19-Jährigen ihre weiterführende Ausbildung noch nicht beendet haben. Gleichzeitig ist ein Anstieg des Anteils der Personen mit mittlerer Schul- bzw. Berufsbildung zu verzeichnen. Etwa ein Drittel der älteren Bevölkerung (75+) hat eine Lehre oder BMS abgeschlossen (33%), bei den 30- bis 44-Jährigen liegt dieser Anteil bei 55%. Der Anteil der österreichischen Bevölkerung mit einer höheren Schulausbildung erhöht sich von 14% bei den 75- und Mehrjährigen auf 33% bei den 15- bis 29-Jährigen.

Die Geschlechtsunterschiede in der Bildungsbeteiligung sind in den letzten Jahrzehnten nahezu verschwunden. In der Vergangenheit haben besonders viele Frauen ihre Ausbildung nach der Pflichtschule beendet (von den Frauen im Alter

von 75 und mehr Jahren sind es 62%, von den gleichaltrigen Männern 35%). Bei den 30- bis 44-Jährigen liegen die Anteile bei 18% (Frauen) bzw. 10% (Männer). Eine mittlere Ausbildung wird häufiger von Männern abgeschlossen (bei den 30- bis 44-Jährigen: 60% der Männer und 49% der Frauen), wobei Männer traditionell häufiger eine Lehrausbildung absolvieren und Frauen häufiger eine Fachschule. Bei der höheren Schulausbildung haben Frauen gegenüber den Männern stark aufgeholt. Von den 30- bis 44-Jährigen sind 30% der Männer und 34% der Frauen in der höchsten Ausbildungsstufe.

Tabelle 4.1: Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Alter und Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Insgesamt	15 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 59 Jahre	60 bis 74 Jahre	75 Jahre u. mehr
	Insgesamt					
Pflichtschule	26,9	33,3	13,9	20,6	34,8	53,0
Lehre/BMS	47,3	33,4	54,5	55,4	50,0	33,5
Höhere Schule, Hochschule	25,8	33,3	31,6	24,1	15,2	13,5
	Männer					
Pflichtschule	19,9	32,5	10,3	12,5	24,6	34,7
Lehre/BMS	53,3	36,0	60,0	61,8	57,0	44,3
Höhere Schule, Hochschule	26,8	31,6	29,7	25,7	18,4	21,0
	Frauen					
Pflichtschule	33,4	34,2	17,5	28,5	43,8	62,4
Lehre/BMS	41,8	30,7	49,0	49,1	43,8	27,9
Höhere Schule, Hochschule	24,8	35,2	33,5	22,4	12,4	9,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Der Bildung kommt eine zentrale Rolle für die Lebenslage zu, dies lässt sich am Zusammenhang mit der Einkommenssituation ablesen. Das mittlere Äquivalenzeinkommen (Median) von Personen, die nach der Pflichtschule keine weitere Ausbildung abgeschlossen haben, liegt bei 1.060 Euro. Mit zunehmendem Bildungsniveau steigt das mittlere Äquivalenzeinkommen (Lehre, BMS: 1.389 Euro, Höhere Schule, Hochschule: 1.735 Euro). Männer finden sich in einer besseren Einkommenssituation als Frauen, der Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommen ist aber bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt. Bei einer Armutsgrenze von 60% des Medianeinkommens sind 26% der Männer und 33% der Frauen mit nur einem Pflichtschulabschluss als armutsgefährdet einzustufen. Mit höherem Bildungsniveau sinkt das Risiko (und zwar für Männer als auch für Frauen), unter die Armutsgrenze zu fallen.

Tabelle 4.2: Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Einkommen und Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Einkommen				
	<60%	60%-<80%	80%-<100%	100%-<150%	>150%
	In Prozent				
	Insgesamt				
Pflichtschule	30,3	20,4	14,7	22,5	12,0
Lehre/BMS	17,7	13,8	15,3	31,5	21,8
Höhere Schule, Hochschule	14,2	8,8	10,6	27,6	38,9
	Männer				
Pflichtschule	25,8	18,3	16,1	26,0	13,9
Lehre/BMS	16,8	13,3	15,0	32,7	22,2
Höhere Schule, Hochschule	13,8	7,8	8,8	24,7	44,9
	Frauen				
Pflichtschule	32,9	21,5	14,0	20,6	10,9
Lehre/BMS	18,7	14,3	15,8	30,0	21,2
Höhere Schule, Hochschule	14,5	9,8	12,5	30,5	32,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

4.2. Bildung und Gesundheitszustand

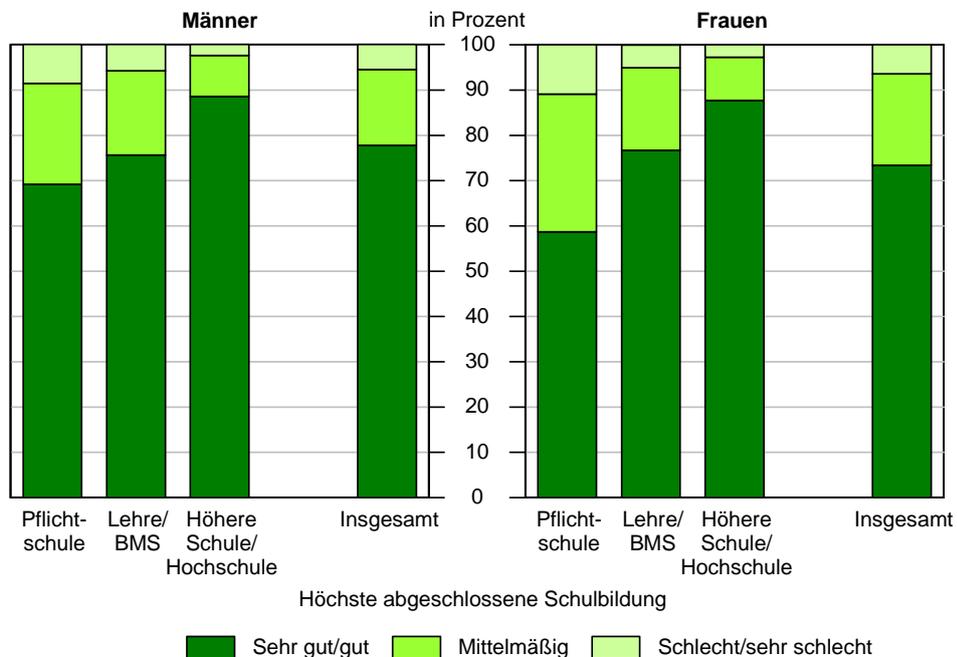
4.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Da die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nicht nur vom Vorhandensein oder der Abwesenheit von Krankheit abhängt, sondern in hohem Maße von subjektiven gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen, ist anzunehmen, dass Bildungsunterschiede eine bedeutende Rolle spielen. Dies kann anhand der vorliegenden Analysen weitgehend bestätigt werden.

Mit höherem Bildungsabschluss steigt der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut angeben deutlich an (bzw. sinkt korrespondierend dazu der Anteil jener, die ihn als schlecht oder sehr schlecht beurteilen). 62% der Personen mit Pflichtschulbildung schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, 10% als schlecht oder sehr schlecht. Drei Viertel der Personen mit Lehre oder BHS (76%) berichten über einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand, 6% stufen ihn als schlecht oder sehr schlecht ein. Die beste Selbsteinschätzung weisen Personen auf, die eine höhere Schule oder Hochschule abgeschlossen haben (sehr gut oder gut: 88%, schlecht oder sehr schlecht: 3%).

Unabhängig vom Bildungsniveau schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand generell schlechter als Männer ein. Bei beiden Geschlechtern ist eine bessere Einschätzung mit höherem Bildungsniveau zu erkennen, wobei die bildungsspezifischen Unterschiede bei Frauen stärker ausgeprägt sind. Nur 59% der Frauen mit Pflichtschulbildung fühlen sich gesundheitlich gut oder sehr gut (Männer: 69%), in der höchsten Bildungsstufe sind es mit 88% bedeutend mehr (Männer: 89%).

Grafik 4.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Da sowohl das Bildungsniveau als auch die subjektive Gesundheit stark altersabhängig sind, wurde eine Altersstandardisierung vorgenommen. Dadurch werden Altersstruktureffekte ausgeschaltet.

Die bildungsspezifischen Unterschiede bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes bleiben auch nach Altersbereinigung bestehen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede verringern sich jedoch. Insbesondere trifft dies für Personen mit Pflichtschulbildung zu. Da sich in dieser Bildungsgruppe, vor allem bei den Frauen, überdurchschnittlich viele ältere Menschen finden, gleicht sich durch die Altersstrukturbereinigung der subjektive Gesundheitszustand der Frauen weitgehend dem der Männer an (Männer: 70% sehr gut oder gut, Frauen: 68%). Weitaus häufiger fühlen sich Personen mit einem Abschluss an einer höheren Schule bzw. an einer Hochschule gesundheitlich sehr gut oder gut (Männer: 88%, Frauen: 85%).

Tabelle 4.3: Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht, altersstandardisierte Werte

Geschlecht, höchste abgeschlossene Schulbildung	Subjektiver Gesundheitszustand			
	Insgesamt	Sehr gut und gut	Mittelmäßig	Schlecht und sehr schlecht
	In 1.000	Altersstandardisiert in Prozent		
	Männer			
Insgesamt	3.367,6	78,8	16,1	5,2
Pflichtschule	671,4	69,5	21,6	8,9
Lehre/BMS	1.795,1	78,0	16,7	5,3
Höhere Schule, Hochschule	901,1	87,7	9,9	2,5
	Frauen			
Insgesamt	3.624,3	77,4	17,4	5,1
Pflichtschule	1.210,5	67,5	24,7	7,8
Lehre/BMS	1.513,6	78,8	16,9	4,3
Höhere Schule, Hochschule	900,1	85,3	11,4	3,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Auch die Berechnung der Odds Ratios zeigt die bildungsspezifischen Unterschiede beim subjektiven Gesundheitszustand. Personen mit höherer Ausbildung haben im Vergleich zu jenen mit Pflichtschulabschluss eine mehr als drei Mal so hohe Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einzuschätzen.

Tabelle 4.4: Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	69,5	Ref.	-	67,5	Ref.	-
Lehre/BMS	78,0	1,62	1,39-1,90	78,8	1,91	1,70-2,16
Höhere Schule, Hochschule	87,7	3,59	2,94-4,39	85,3	3,15	2,68-3,70

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

4.2.2. Chronische Erkrankungen

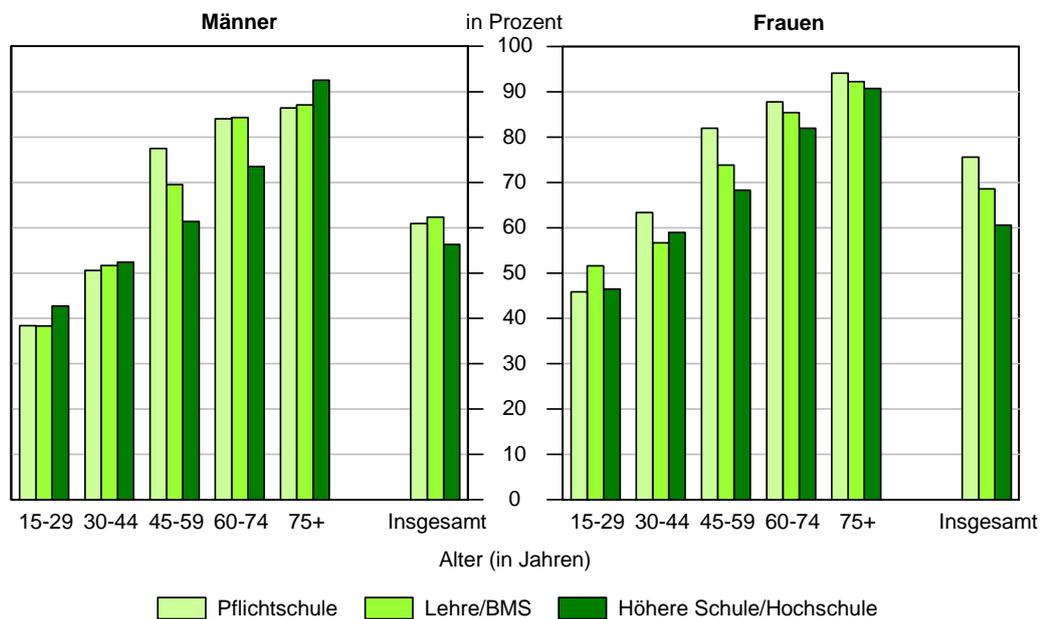
Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen lässt neben den bekannten Alterseffekten deutliche bildungsspezifische Unterschiede im Sinne einer geringeren Prävalenz bei höheren Bildungsstufen erkennen.

Bei den Männern unterscheidet sich die Häufigkeit chronischer Erkrankungen zwischen den einzelnen Bildungsklassen weniger als bei den Frauen: 61% der Männer mit Pflichtschulbildung, 62% jener mit Lehre oder BMS und etwas seltener Männer mit höherer Bildung, nämlich 56%, haben zumindest eine chronische Krankheit. Frauen sind nicht nur in allen Bildungsebenen häufiger chronisch

krank als Männer, sondern auch die Unterschiede zwischen den Ebenen sind größer: 76% der Pflichtschulabsolventinnen, 69% der Absolventinnen einer Lehre oder MBS und 61% der Hochschulabsolventinnen sind von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen.

Bei den Männern sind die größten bildungsspezifischen Unterschiede in der Prävalenz mindestens einer chronischen Erkrankung bei den 45- bis 59-Jährigen festzustellen. Bezogen auf diese Altersgruppe berichten 78% der Männer mit Pflichtschulabschluss, aber lediglich 61% mit einer höheren Schulbildung über chronische Erkrankungen. Bei Männern unter 45 und ab 75 Jahren sind die bildungsspezifischen Unterschiede geringer ausgeprägt und zeigen auch ein anderes Muster: Je höher die Bildung, desto häufiger treten chronische Krankheiten auf.

Grafik 4.2: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch bei den Frauen sind die bildungsspezifischen Unterschiede im Alter von 45 bis 59 Jahren am größten. Bezogen auf diese Altersgruppe berichten 82% der Frauen mit Pflichtschulabschluss, aber nur 68% mit einer höheren Schulbildung über chronische Erkrankungen. Dieses stärkere Betroffensein bei niedrigerem Bildungsniveau tritt auch bei Frauen ab 60 Jahren auf.

Tabelle 4.5: Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	61,3	1,11	0,96-1,30	69,0	1,28	1,12-1,47
Lehre/BMS	59,1	1,08	0,96-1,22	65,0	1,08	0,96-1,22
Höhere Schule, Hochschule	57,8	Ref.	-	64,4	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Der altersstrukturbereinigte Vergleich zeigt eine erhöhte Prävalenz chronischer Krankheit mit abnehmender Bildung, die Unterschiede sind jedoch gering und

nur bei den Frauen mit Pflichtschulbildung gegenüber jenen mit höherer Ausbildung statistisch signifikant.

Bei spezifischen chronischen Krankheiten zeigt sich (nach Altersstandardisierung) ein nach Bildungsniveau unterschiedliches Risiko des Auftretens. Wirbelsäulenbeschwerden stellen in allen Bildungsstufen den größten Problembereich dar. Dennoch haben Männer mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu höher gebildeten Männern ein 1,5-fach erhöhtes Risiko, unter diesem lang andauernden Gesundheitsproblem zu leiden. Noch größer ist das Risiko bei Männern mit niedrigem Bildungsniveau bei Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus (2,7-fach erhöhtes Risiko) und bei Harninkontinenz (2,2-fach erhöhtes Risiko). Umgekehrt stellt sich die Situation bei Allergien dar: Bei niedriger Schulbildung ist die Wahrscheinlichkeit, Allergiker zu sein, geringer.

Ähnlich verhält es sich bei den Frauen. Die größten bildungsspezifischen Unterschiede sind beim Diabetes erkennbar: Frauen mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu Frauen mit höherer Schulbildung ein beinahe 3-faches Risiko, an Diabetes zu erkranken. Auch für Bluthochdruck, Harninkontinenz, chronischen Angstzuständen und Depression, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Migräne und häufige Kopfschmerzen ist das Risiko von Frauen mit Pflichtschulbildung deutlich erhöht. Allergien sind dagegen bei Frauen mit niedriger Schulbildung seltener als bei den höher gebildeten Frauen.

Tabelle 4.6: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht

Chronische Krankheiten	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Wirbelsäulenbeschwerden	1,52	1,29-1,79	1,23	1,08-1,40
Allergien	0,57	0,46-0,70	0,56	0,48-0,65
Bluthochdruck	1,10	0,89-1,35	2,69	2,22-3,26
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,57	1,24-2,00	1,38	1,19-1,60
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	2,73	2,13-3,52	1,58	1,30-1,91
Chronische Angstzustände, Depression	1,45	1,07-1,98	1,92	1,51-2,45
Diabetes	1,12	0,81-1,54	2,92	2,05-4,15
Harninkontinenz	2,18	1,41-3,37	2,49	1,83-3,39

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

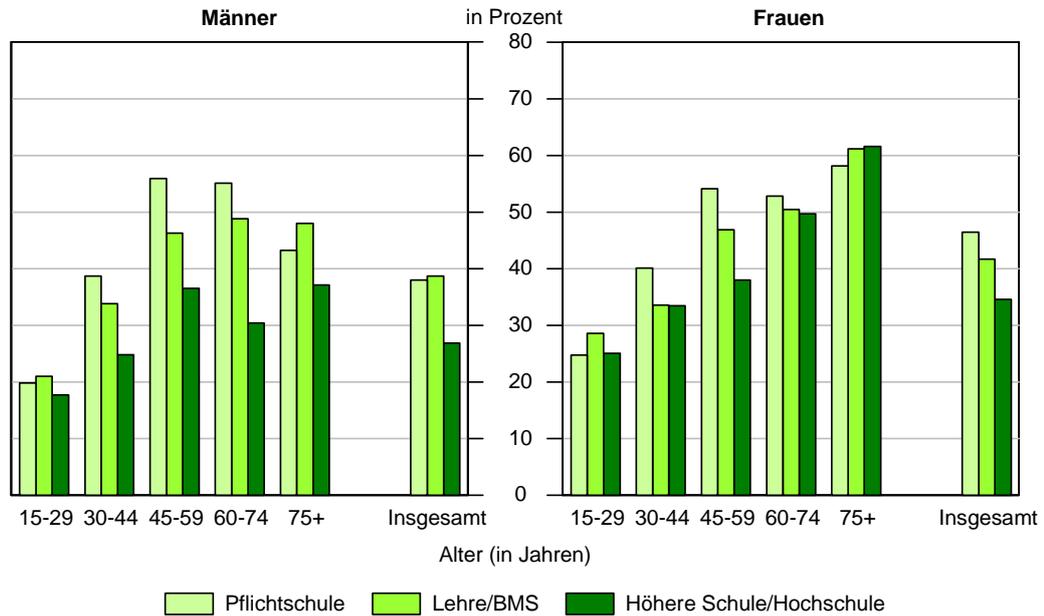
OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Höhere Schule, Hochschule.

4.2.3. Schmerzprävalenz

Das Auftreten erheblicher Schmerzen zeigt charakteristische alters-, geschlechts- und bildungsabhängige Muster: Bis auf wenige Ausnahmen ist die Schmerzprävalenz in den niederen Bildungsgruppen höher. Bei Frauen ist das Schmerzaufkommen in allen Bildungsebenen höher als bei den Männern, 47% der Frauen mit Pflichtschulabschluss (Männer: 38%), 42% jener mit mittlerer Schulbildung (Männer: 39%) und 35% jener mit höherer Schulbildung (Männer: 27%) klagten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung über erhebliche Schmerzen. Der Geschlechtsunterschied ist in der mittleren Bildungsgruppe am geringsten.

Vor allem bei den 30- bis unter 74-Jährigen sind Personen mit niedriger Schulbildung häufiger von Schmerzen betroffen als in den anderen Altersgruppen. Die größten bildungsspezifischen Unterschiede gibt es bei den 60- bis 74-jährigen Männern mit Pflichtschulbildung: Über 50% dieser Gruppe berichten über erhebliche Schmerzen in den letzten zwölf Monaten, bei den gleichaltrigen höher gebildeten Männern sind es lediglich 30%.

Grafik 4.3: 12-Monats-Prävalenz von erheblichen Schmerzen nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Nach Altersstandardisierung kommen die bildungsspezifischen Unterschiede noch stärker zum Tragen. Männer mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten Männern ein um den Faktor 1,8 signifikant erhöhtes Risiko, an Schmerzen zu leiden. Bei den Frauen sind die Bildungsunterschiede etwas schwächer vorhanden: Frauen mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 1,3-faches Risiko, an Schmerzen zu leiden.

Tabelle 4.7: Auftretenswahrscheinlichkeit von erheblichen Schmerzen in den letzten zwölf Monaten in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	42,0	1,75	1,50-2,05	42,8	1,26	1,11-1,43
Lehre/BMS	35,8	1,54	1,36-1,74	39,0	1,14	1,01-1,28
Höhere Schule, Hochschule	27,7	Ref.	-	36,7	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Betrachtet man einzelne Schmerzorte, so sind bei Männern die größten bildungsspezifischen Unterschiede bei Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (Kreuz) festzustellen. Männer mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher Gebildeten ein 2,2-faches Risiko, unter erheblichen Schmerzen in diesem Bereich zu leiden. Ein ähnlich stark ausgeprägter Bildungsgradient zum Nachteil von Männern mit niedriger Schulbildung tritt bezüglich der Schmerzorte „Brustwirbelsäule (Rücken)“, „Oberschenkel, Knie und Unterschenkel“, „Halswirbelsäule (Nacken)“ und „Schultern“ auf.

Bei Frauen fallen Bildungsdifferenzen deutlich schwächer aus und erreichen in der Gegenüberstellung von Frauen mit niedriger und hoher Schulbildung nur für die Schmerzorte „Oberschenkel, Knie und Unterschenkel“ sowie „Kopfschmerzen und Migräne“ statistische Signifikanz.

Tabelle 4.8: Auftretenswahrscheinlichkeit (12-Monats-Prävalenz) spezifischer Schmerzen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht

Schmerzorte	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Kreuz (Lendenwirbelsäule)	2,21	1,76-2,76	0,89	0,83-1,16
Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	1,87	1,43-2,44	1,61	1,27-2,06
Schultern	1,55	1,12-2,13	1,01	0,78-1,30
Kopfschmerzen und Migräne	1,00	0,70-1,43	1,31	1,07-1,60
Nacken (Halswirbelsäule)	1,73	1,27-2,37	0,89	0,72-1,10
Rücken (Brustwirbelsäule)	1,91	1,34-2,73	1,27	0,98-1,65

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Höhere Schule, Hochschule.

4.2.4. Psychische Gesundheit

Für die Gesundheitsdeterminante „Lebensqualität“ sind starke Einflüsse der Bildung zu erkennen: Die Lebensqualität verbessert sich bei beiden Geschlechtern in allen Bereichen mit zunehmendem Bildungsniveau. Die größten bildungspezifischen Unterschiede sind bei Männern und Frauen in der auf den physischen Bereich bezogenen Lebensqualität zu finden. Bei Frauen sind die Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität nach Bildung generell stärker ausgeprägt als bei Männern. Frauen mit Pflichtschulabschluss schätzen in allen Bereichen ihre Lebensqualität schlechter ein als Männer mit demselben Bildungsniveau.

Tabelle 4.9: Lebensqualität nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht

Geschlecht, höchste abgeschlossene Schulbildung	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
Männer					
Insgesamt	75,7	62,8	68,6	77,7	76,5
Pflichtschule	71,8	61,0	66,2	74,1	73,6
Lehre/BMS	74,3	62,7	68,1	78,0	75,6
Höhere Schule, Hochschule	81,3	64,4	71,5	79,6	80,4
Frauen					
Insgesamt	74,3	61,2	67,6	77,3	75,1
Pflichtschule	67,5	58,3	63,6	73,3	71,3
Lehre/BMS	74,9	62,2	68,7	78,2	75,8
Höhere Schule, Hochschule	82,1	63,9	71,5	80,7	79,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Tabelle 4.10: Vitalität und psychisches Wohlbefinden nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Vitalität		Psychisches Wohlbefinden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Mittelwerte der Bereiche			
Insgesamt	69,0	65,0	80,9	77,2
Pflichtschule	65,1	60,3	78,5	74,0
Lehre/BMS	69,7	67,4	81,2	78,3
Höhere Schule, Hochschule	70,3	67,4	82,2	79,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Auch bei der Beurteilung der Vitalität und des psychischen Wohlbefindens spiegeln sich die Bildungsungleichheiten wider. Höher gebildete Männer und Frauen fühlen sich bezüglich Vitalität und psychischem Wohlbefinden besser als jene mit Pflichtschulabschluss. Frauen aller Bildungsstufen schätzen im Vergleich zu den Männern ihre Vitalität und psychisches Wohlbefinden schlechter ein.

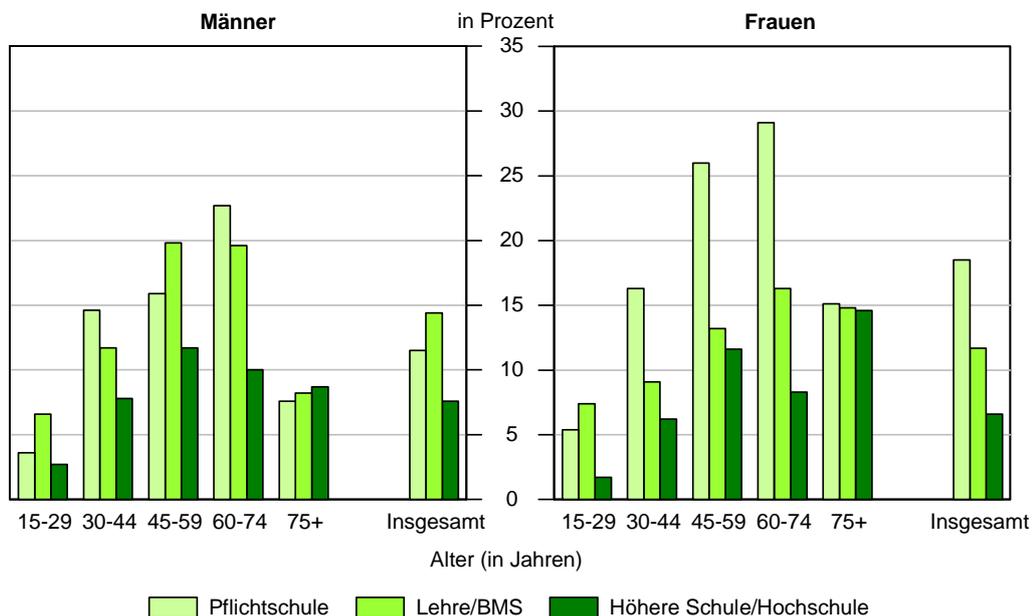
4.3. Bildung und Gesundheitsverhalten

4.3.1. Starkes Übergewicht

Das Auftreten von starkem Übergewicht bzw. der Adipositas (BMI von 30 und mehr) ist stark bildungsabhängig: Die bildungsspezifischen Unterschiede sind bei Frauen wesentlich stärker ausgeprägt als bei Männern. 13% der Männer und 19% der Frauen mit Pflichtschule, 14% der Männer und 12% der Frauen mit Lehre oder BMS und 8% der Männer und 7% der Frauen mit höherer Ausbildung sind adipös.

Große bildungsspezifische Unterschiede treten vor allem bei den unter 75-Jährigen, insbesondere bei den Frauen auf. Von Adipositas am stärksten betroffen sind die 60- bis 74-jährigen Männer und Frauen mit Pflichtschulabschluss. Hier liegen die Prävalenzen bei 23% (Männer) bzw. 29% (Frauen). Bei den höher Gebildeten dieser Altersgruppe sind dagegen nur 10% der Männer bzw. 8% der Frauen stark übergewichtig.

Grafik 4.4: Prävalenz von Adipositas nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch nach Altersstandardisierung bleiben die bildungsspezifischen Unterschiede im Auftreten der Adipositas bestehen. Die Häufigkeit von starkem Übergewicht ist bei niedrigem Bildungsniveau größer. Dies trifft für beide Geschlechter zu, die bildungsspezifischen Unterschiede sind aber bei den Frauen wesentlich stärker. Frauen mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu Frauen mit höherem Bildungsabschluss ein 2,8-faches Risiko, stark übergewichtig zu sein. Männer mit Pflichtschulabschluss haben ein 1,7-faches Adipositas-Risiko gegenüber Männern der höchsten Bildungsstufe.

Tabelle 4.11: Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht in Abhängigkeit von der Bildung nach Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	13,3	1,72	1,35-2,20	18,6	2,75	2,24-3,38
Lehre/BMS	13,1	1,80	1,48-2,19	10,7	1,56	1,27-1,92
Höhere Schule, Hochschule	7,7	Ref.	-	7,1	Ref.	-

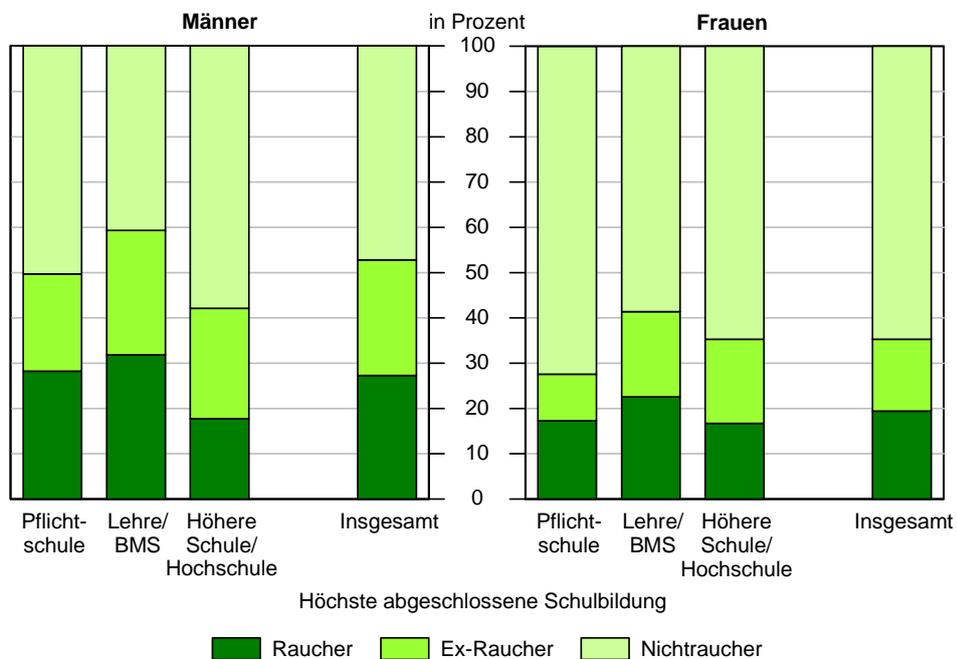
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

4.3.2. Rauchen

Beim Rauchverhalten zeigen sich deutliche Bildungseffekte in Abhängigkeit vom Geschlecht: Im Vergleich der unterschiedlichen Bildungsstufen greifen Männer mit mittlerer Schulbildung (Lehre oder BMS) am häufigsten täglich zur Zigarette (32%), gefolgt von Männern mit Pflichtschulabschluss (28%). Am niedrigsten ist der Anteil der täglich Rauchenden bei den höher gebildeten Männern (18%). Bei Frauen sind die Unterschiede zwischen den Bildungsstufen schwächer. Am häufigsten rauchen Frauen mit mittlerer Ausbildung (23%), Frauen mit Pflichtschulbildung oder höherer Schulbildung rauchen seltener täglich (je 17%). Während generell und auch innerhalb der unteren und mittleren Bildungsstufe Männer häufiger als Frauen täglich rauchen, sind die Raucherquoten bei Männern und Frauen der höchsten Bildungsgruppe nahezu gleich (Männer: 18%, Frauen: 17%).

Grafik 4.5: Raucherstatus nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in %)

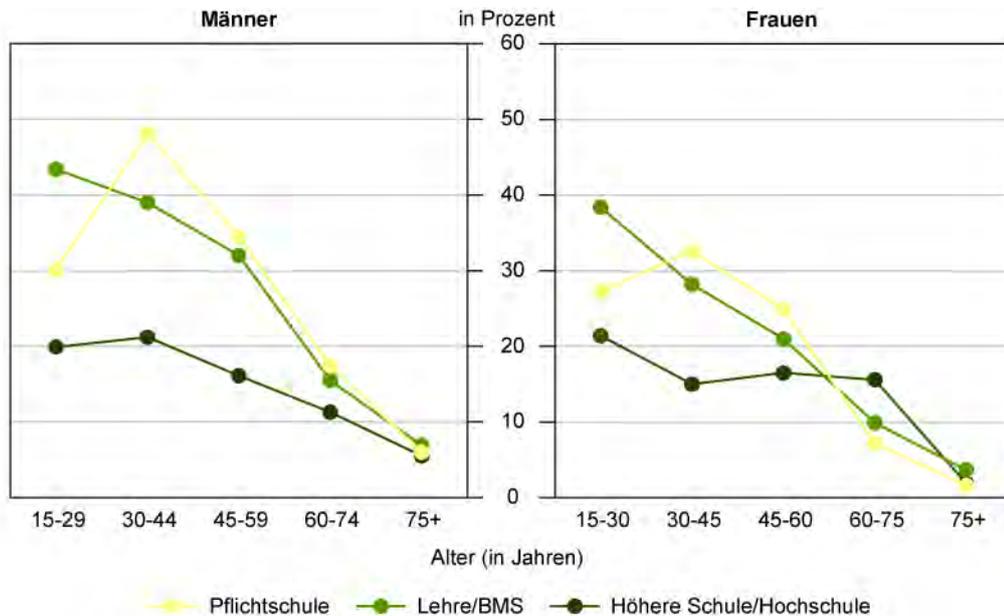


Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Zur besseren Einschätzung der Risikogruppe ist ein Blick auf die Raucherquoten nach Alter und Schulbildung sinnvoll.

Beinahe die Hälfte der 30- bis 44-jährigen Männer mit Pflichtschulabschluss raucht. Ebenfalls sehr hohe Raucherquoten von etwa 40% sind bei Männern zwischen 15 und 44 Jahren mit mittlerer Schulbildung und bei Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren mit mittlerer Schulbildung festzustellen. Ab einem Alter von etwa 45 Jahren sind bei den Frauen die Bildungsunterschiede nur noch sehr schwach ausgeprägt, was vor dem Hintergrund zu sehen ist, dass es sich um Kohorten handelt, wo Rauchen bei Frauen aus den sozial besser gestellten Bevölkerungsschichten verbreiteter war als bei weniger gut situierten Frauen.

Grafik 4.6: Anteil der täglich Rauchenden nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in %)



Q. STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Durch die Altersstandardisierung wird der Alterseffekt, der insbesondere in der niedrigen Bildungsgruppe - und hier wiederum vermehrt bei den Frauen - zum Tragen kommt, ausgeschaltet (der Anteil Alter ist in der niedrigen Bildungsstufe überproportional hoch, ältere Personen rauchen seltener), so dass die Raucherquoten in der Gruppe mit Pflichtschulbildung bei beiden Geschlechtern steigen. Bei beiden Geschlechtern wird mit zunehmender Bildung seltener täglich geraucht. Die männlichen Raucherquoten liegen altersstandardisiert zwischen 17% (höhere Schulbildung) und 35% (Pflichtschulabschluss), die weiblichen zwischen 17% (höhere Schulbildung) und 27% (Pflichtschulabschluss).

Tabelle 4.12: Raucherstatus nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht, altersstandardisierte Werte

Geschlecht, höchste abgeschlossene Schulbildung	Insgesamt	Raucher	Ex-Raucher	Nichtraucher
	In 1.000	Altersstandardisiert in Prozent		
Männer				
Insgesamt	3.367,6	27,8	24,6	47,6
Pflichtschule	671,4	35,3	22,0	42,7
Lehre/BMS	1.795,1	33,0	25,4	41,6
Höhere Schule, Hochschule	901,1	17,3	25,1	57,7
Frauen				
Insgesamt	3.624,3	21,3	16,3	62,4
Pflichtschule	1.210,5	26,9	12,3	60,8
Lehre/BMS	1.513,6	24,2	18,2	57,6
Höhere Schule, Hochschule	900,1	16,6	18,1	65,4

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Mit der Berechnung der Odds Ratios wird die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der Schulbildung geschätzt. Männer mit Lehre/BMS haben im Vergleich zu höher Gebildeten eine 2,4-fache Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen (Frauen: 1,8), mit Pflichtschulabschluss beträgt der Faktor 2,2 (Frauen: 1,6).

Tabelle 4.13: Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der Bildung nach Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	35,3	2,21	1,86-2,63	26,9	1,63	1,39-1,90
Lehre/BMS	33,0	2,39	2,08-2,75	24,2	1,80	1,56-2,08
Höhere Schule, Hochschule	17,3	Ref.	-	16,6	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

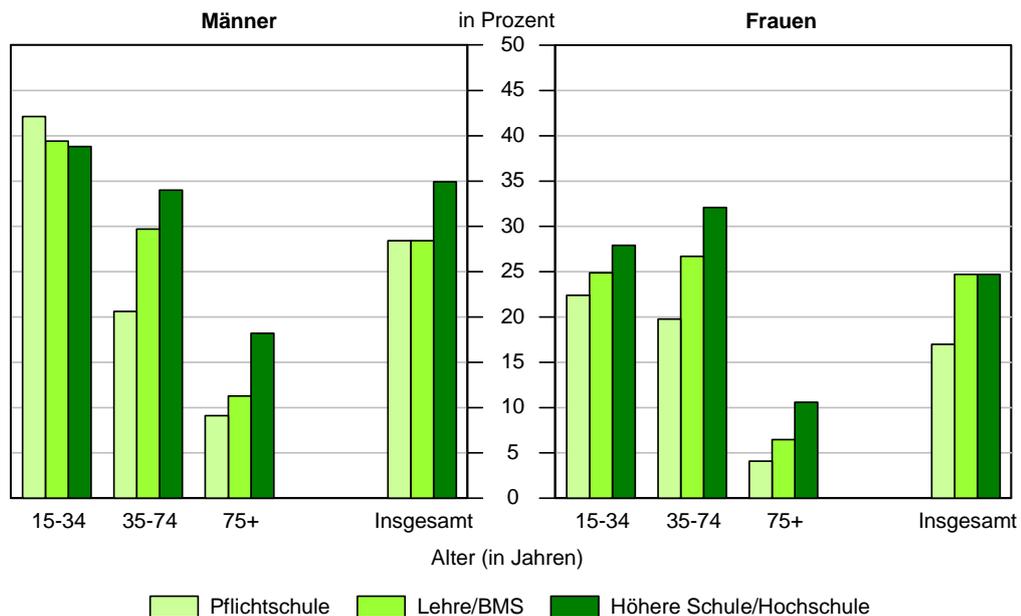
%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

4.3.3. Körperliche Aktivität

Ein starker Bildungseffekt auf die körperliche Aktivität (d.h. mindestens drei Mal in der Woche wird Sport betrieben) ist zu erkennen: Je höher die Bildung, um so körperlich aktiver – dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Männer mit höchster Schulbildung sind am häufigsten sportlich aktiv (35%), etwas seltener betreiben Männer mit niedriger bzw. mittlerer Schulbildung regelmäßig Sport (je 28%). Frauen sind in allen Bildungsebenen seltener sportlich aktiv, nämlich 17% der Frauen mit Pflichtschulbildung und je ein Viertel der Frauen mit mittlerer oder höherer Schulbildung.

Abgesehen von den 15- bis 34-jährigen Männern steigt die sportliche Aktivität in allen anderen Altersgruppen mit dem Bildungsniveau an. Am aktivsten sind jedoch die 15- bis 34-jährigen Männer mit Pflichtschulabschluss (42%), die bildungsspezifischen Unterschiede sind in dieser Altersgruppe aber sehr gering ausgeprägt.

Grafik 4.7: Sportlich aktive Bevölkerung nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch nach Altersstandardisierung bleiben die bildungsspezifischen Unterschiede bestehen: Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nimmt der Anteil an sportlich Aktiven mit dem Bildungsniveau zu.

Tabelle 4.14: Anteil der sportlich aktiven Bevölkerung nach höchster abgeschlossener Schulbildung, altersstandardisierte Werte

Geschlecht	Höchste abgeschlossene Schulbildung			
	Insgesamt	Pflichtschule	Lehre/BMS	Höhere Schule, Hochschule
	Altersstandardisiert in Prozent			
Männer	32,3	26,0	33,0	34,2
Frauen	24,8	20,1	24,3	30,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Untenstehende Tabelle zeigt die Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe. Männer mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten Männern eine um das 1,4-Fache erhöhte Wahrscheinlichkeit, nicht als sportlich aktiv zu gelten. Bei den Frauen sind die Unterschiede noch ausgeprägter, hier ist die Wahrscheinlichkeit, inaktiv zu sein um den Faktor 1,7 erhöht.

Tabelle 4.15: Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit von der Bildung nach Geschlecht

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	74,0	1,36	1,16-1,58	79,9	1,65	1,43-1,90
Lehre/BMS	67,0	1,10	0,97-1,24	75,7	1,22	1,08-1,38
Höhere Schule, Hochschule	65,8	Ref.	-	69,7	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

4.4. Bildung und Gesundheitsvorsorge

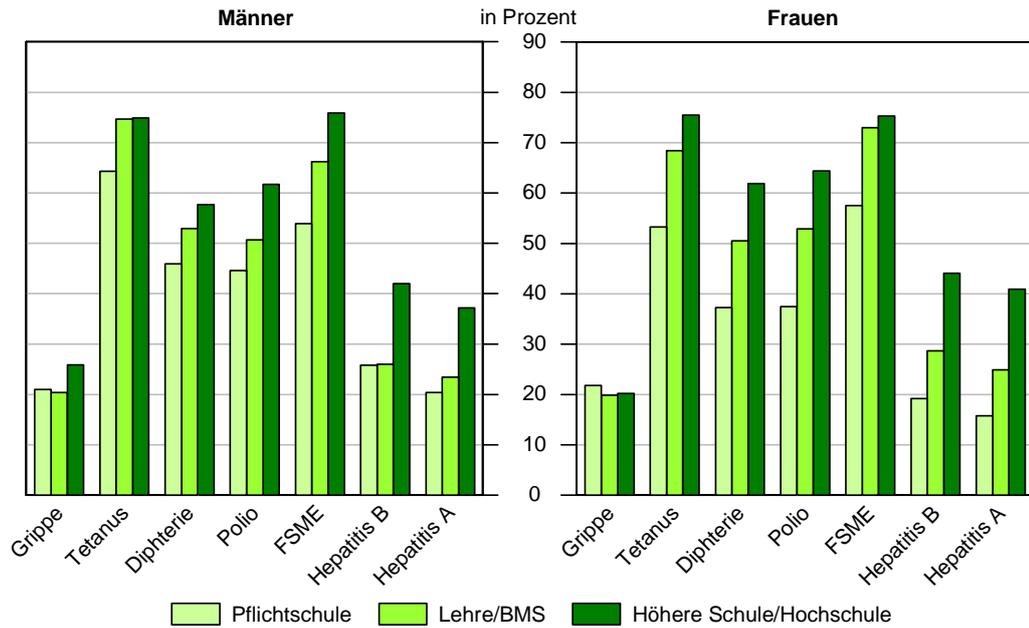
4.4.1. Impfungen

Beim Impfverhalten ist als durchgängiger Bildungseffekt eine bei beiden Geschlechtern mit dem Bildungsniveau steigende Impfbereitschaft zu erkennen. Der höchste Anteil an Personen mit aufrehtem Impfschutz ist in allen Bildungsstufen bei Tetanus und FSME gegeben. Bei Frauen sind die Unterschiede im Impfverhalten zwischen den Bildungsklassen etwas stärker ausgeprägt als bei Männern. Die geringsten bildungsspezifischen Unterschiede im Impfverhalten sind bei der Grippe festzustellen (Grafik 4.8).

In Tabelle 4.16 bleiben auch nach der Berechnung von altersadjustierten Odds Ratios signifikante Bildungsunterschiede im Impfverhalten bestehen. Männer mit Pflichtschulabschluss haben ein um beinahe das 3-Fache höheres Risiko, keinen aufrechten FSME-Impfschutz zu haben als Männer der höchsten Bildungsstufe. Ein etwa um das 2-Fache höheres Risiko tritt bei Hepatitis A und B sowie bei der Polio auf.

Bei den Frauen mit Pflichtschulabschluss ist das Risiko, keinen aufrechten Impfschutz zu haben, bei der Hepatitis A-Impfung am höchsten, nämlich um den Faktor 2,8 höher als Frauen der höchsten Bildungsstufe. Auch bei allen anderen Schutzimpfungen (ausgenommen der Gripeschutzimpfung) besteht ein etwa doppelt so hohes Risiko, nicht geimpft zu sein.

Grafik 4.8: Bevölkerung (15+) mit aufrechtem Impfschutz nach höchster abgeschlossener Schulbildung (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Tabelle 4.16: Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht

Kein aufrechter Impfschutz	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,58	1,33-1,88	1,42	1,22-1,65
Tetanus	1,59	1,36-1,87	2,00	1,76-2,29
Diphtherie	1,59	1,37-1,84	1,95	1,72-2,20
Polio	2,06	1,77-2,38	2,16	1,91-2,45
FSME	2,92	2,50-3,41	1,96	1,72-2,34
Hepatitis B	2,14	1,82-2,51	2,40	2,09-2,74
Hepatitis A	2,38	2,02-2,82	2,81	2,45-3,23

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Höhere Schule, Hochschule.

4.4.2. Vorsorgeuntersuchungen

Der günstige Einfluss des Bildungsniveaus auf präventive Gesundheitsmaßnahmen lässt sich auch bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen beobachten.

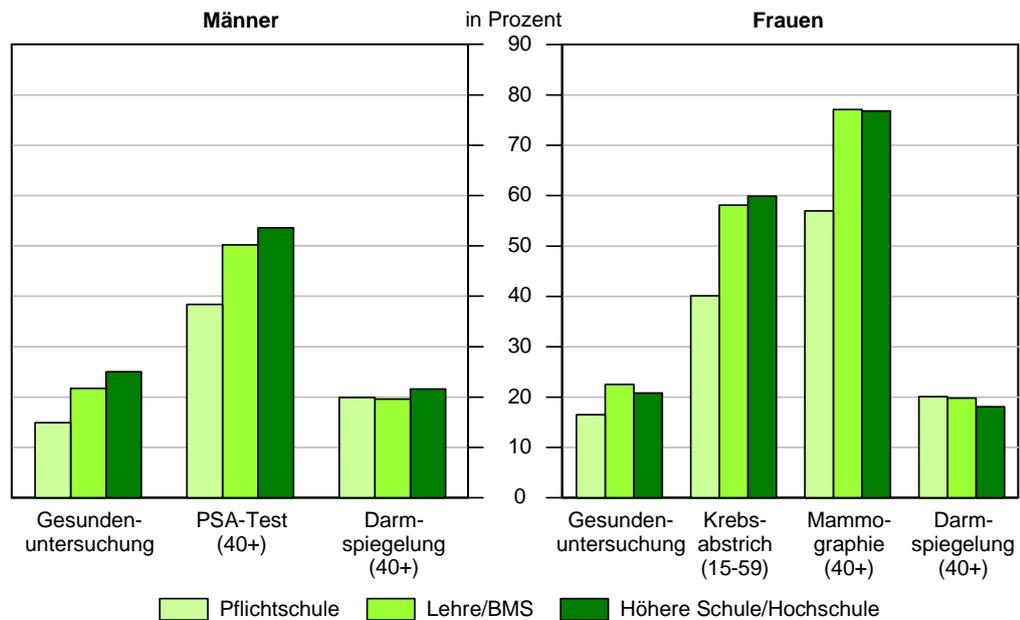
Die Häufigkeit der Teilnahme an der kostenlosen Gesundenuntersuchung ist bei höherem Bildungsniveau größer (mit Ausnahme der höher gebildeten Frauen). 15% der Männer mit Pflichtschulabschluss, hingegen aber 25% jener mit höherer Schulbildung gingen im Jahr vor der Befragung zu einer kostenlosen Gesundenuntersuchung (Frauen: 17% bzw. 21%). Bei den Frauen gingen jene mit mittlerer Schulbildung am häufigsten zu einer kostenlosen Gesundenuntersuchung (23%).

Auch zu einem PSA-Test gehen Männer der unteren Bildungsschicht seltener (38%) als jene mit mittlerer oder höherer Bildung (50% bzw. 54%). Ähnliche bildungsabhängige Unterschiede sind bei den Frauen beim Krebsabstrich und bei der Mammographie festzustellen. 40% der Frauen mit Pflichtschulabschluss ge-

hen regelmäßig zum Krebsabstrich, bei der Mammographie sind es 57%. Im Vergleich dazu ließen 58% der Frauen mit mittlerer Bildung und 60% jener mit höherer Schulbildung einen Krebsabstrich durchführen, bei der Mammographie waren es je 77%.

Im Gegensatz dazu sind bei der Teilnahme an der Darmspiegelung nur geringe bildungsspezifische Unterschiede zu beobachten.

Grafik 4.9: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach höchster abgeschlossener Schulbildung (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Den Einfluss des Bildungsniveaus auf präventive Maßnahmen zeigen auch die Odds Ratios. Ausgenommen der Darmspiegelung bei den Frauen ist die Wahrscheinlichkeit, Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig durchführen zu lassen bei höherer Bildung signifikant höher als bei Pflichtschulbildung. Männer mit Pflichtschulbildung haben im Vergleich zu den höher gebildeten Männern eine um das 2,5-Fache höhere Wahrscheinlichkeit, nicht regelmäßig einen PSA-Test durchführen zu lassen. Bei Frauen mit Pflichtschulbildung ist die Wahrscheinlichkeit, keine Untersuchung vornehmen zu lassen, für den Krebsabstrich um den Faktor 2,1, für die Mammographie um den Faktor 1,8 erhöht.

Tabelle 4.17: Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht

Vorsorgeuntersuchung	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Krebsabstrich	-	-	2,09	1,76-2,49
Mammographie	-	-	1,78	1,48-2,14
PSA-Test	2,53	2,08-3,09	-	-
Gesundenuntersuchung	2,01	1,65-2,45	1,37	1,17-1,60
Darmspiegelung	1,39	1,10-1,76	1,12	0,91-1,36

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Höhere Schule, Hochschule.

5. Berufliche Tätigkeit und Gesundheit

Die Stellung des Einzelnen in der Arbeitswelt ist von zentraler Bedeutung für seine soziale Integration und trägt so entscheidend zum Wohlbefinden bei. Die ausgeübte Tätigkeit ist aber nicht nur mit dem Einkommen verbunden, sondern auch mit Anerkennung, mit der Möglichkeit Fähigkeiten und Begabungen weiter zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen oder Verantwortung zu übernehmen. Der Verlust der Arbeitsstelle kann wesentlich die psychische und physische Gesundheit beeinträchtigen. Die Arbeit selbst kann aber auch neben positiven Aspekten schädliche Wirkung auf die Gesundheit haben: dabei zu erwähnen sind u.a. körperliche Belastungen, Unfallgefahren, monotone Arbeitsabläufe, Zeit- und Erfolgsdruck oder schwierige soziale Beziehungen zu Kollegen und Kolleginnen oder zu Vorgesetzten.

Vor diesem Hintergrund stellt also die Arbeit einerseits eine Gesundheitsressource dar, andererseits bringt sie auch Belastungen und Gefährdungen mit sich, maßgeblich abhängig von der jeweiligen Stellung in der Arbeitswelt. Weiters ist zu berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand selbst die Möglichkeit der Ausübung und die Bedingungen einer Erwerbstätigkeit beeinflussen. Der sogenannte „healthy worker effect“ beschreibt, dass gerade Gesundere im (belastenden) Arbeitsprozess verbleiben.¹⁹

Zur Beschreibung des Einflusses der Arbeitswelt auf die Gesundheit stehen in der Gesundheitsbefragung mehrere Merkmale zur Verfügung. Zur Definition von Erwerbstätigen und Arbeitslosen wurde die Frage zum Lebensunterhalt - wie sie auch in der Arbeitskräfteerhebung²⁰ gestellt wird - integriert (Lebensunterhaltskonzept). Beim diesem Konzept ordnen sich die Interviewten einer bestimmten sozialen Gruppe selbst zu. Weitere Merkmale zur Beschreibung der Arbeitssituation sind berufliche Stellung, Beruf und Nacht- bzw. Schichtarbeit (bzw. Turnus- oder Wechseldienst).

5.1. Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung

Die Bevölkerung ab 15 Jahren teilt sich zu 56% in Erwerbs- und zu 44% in Nichterwerbspersonen²¹ auf. Erwerbstätige schließen Lehrlinge ein. In Absolutzahlen sind das 3,9 Millionen Erwerbspersonen (2,2 Mio. Männer und 1,7 Mio. Frauen). Die Erwerbsquote der 15- bis 64-Jährigen, d.h. der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung dieser Altersgruppe, beläuft sich auf 69,6%. Männer sind mit 79,0% häufiger erwerbstätig bzw. arbeitslos als Frauen (60,1%). Nach dem Lebensunterhaltskonzept stuften sich 4,3% der 15- bis 64-Jährigen als arbeitslos ein (Männer: 5,1%, Frauen 3,4%). Ein Großteil der 15- bis 24-Jährigen steht noch in Ausbildung (Frauen: 49%, Männer: 38%).

Die grundlegende Struktur zum Erwerbsstatus der österreichischen Bevölkerung ist der Tabelle 5.1. zu entnehmen.

¹⁹ Lampert, Thomas et al.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Robert Koch-Institut Berlin 2005.

²⁰ Statistik Austria: Arbeitsmarktstatistik, Jahresergebnisse 2006, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Schnellbericht 5.8.

²¹ Unter Erwerbspersonen sind die erwerbstätige und arbeitslose Bevölkerung zu verstehen.

Tabelle 5.1: Lebensunterhalt nach Alter und Geschlecht

Lebensunterhalt	Insgesamt	15-24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-55 Jahre	55-65 Jahre	75+ Jahre
Insgesamt							
Erwerbstätig	3.678,8	458,9	812,3	1.151,4	926,9	303,4	25,9
Arbeitslos	242,1	52,5	44,5	49,2	59,0	32,7	4,2
In Pension	1.815,8	0,7	2,6	11,1	61,7	489,1	1.250,9
Haushaltsführend	491,6	14,0	71,0	119,3	91,5	90,1	105,8
In Ausbildung	519,7	442,6	69,9	7,0	-	-	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	41,5	2,1	1,1	14,2	11,0	7,0	6,1
Präsenz-/Zivildienst	23,5	21,0	2,5	-	-	-	-
In Elternkarenz	135,2	21,6	76,9	34,7	2,0	-	-
Andere	43,7	6,7	8,0	7,7	11,2	3,9	6,2
Männer							
Erwerbstätig	2.081,9	264,6	470,0	645,9	495,2	193,4	12,8
Arbeitslos	144,4	31,6	23,7	32,1	34,2	21,0	1,8
In Pension	822,0	-	1,4	6,1	37,7	224,9	552,0
Haushaltsführend	6,3	-	2,5	0,5	0,7	1,7	0,9
In Ausbildung	239,1	196,4	39,0	3,7	-	-	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	21,6	0,7	0,2	8,8	6,7	4,0	1,1
Präsenz-/Zivildienst	21,9	21,0	0,9	-	-	-	-
In Elternkarenz	3,8	0,5	2,1	1,2	-	-	-
Andere	26,6	4,3	6,3	6,5	6,5	2,7	0,3
Frauen							
Erwerbstätig	1.596,9	194,3	342,3	505,5	431,7	110,0	13,2
Arbeitslos	97,7	20,9	20,8	17,1	24,8	11,7	2,4
In Pension	993,8	0,7	1,2	5,0	24,0	264,2	699,0
Haushaltsführend	485,4	14,0	68,5	118,8	90,8	88,3	104,9
In Ausbildung	280,6	246,2	30,9	3,2	-	-	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	19,9	1,4	0,8	5,4	4,3	3,0	5,0
Präsenz-/Zivildienst	1,6	-	1,6	-	-	-	-
In Elternkarenz	131,4	21,2	74,8	33,5	2,0	-	-
Andere	17,0	2,4	1,7	1,2	4,6	1,2	5,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

In der folgenden Analyse (nach der beruflichen Tätigkeit) werden als Grundgesamtheit die erwerbstätige Bevölkerung bzw. (in Kapitel 6) die Erwerbspersonen im Alter von 15 bis unter 64 Jahren herangezogen.

Für die Analyse der Erwerbstätigen wurde eine Einteilung nach der beruflichen Tätigkeit vorgenommen. Dabei wird zwischen folgenden Gruppen unterschieden:

- Einfache manuelle Tätigkeit: Lehre, Hilfstätigkeit, angelernte Tätigkeit
- Höhere manuelle Tätigkeit: Facharbeiter, Vorarbeiter
- Landwirtschaft
- Einfache nicht manuelle Tätigkeit: Lehre, Hilfstätigkeit, mittlere Tätigkeit
- Höhere nicht manuelle Tätigkeit: höhere und hochqualifizierte Tätigkeit
- Selbstständige: Freiberufler, neue Selbstständige, Gewerbeinhaber

Von der erwerbstätigen Bevölkerung verrichten 47% manuelle Tätigkeiten (inklusive Landwirtschaft), 45% nicht manuelle Tätigkeiten und 8% sind selbstständig. Zwei Drittel der Frauen sind in Berufen mit einfacher Tätigkeit zu finden (31% einfache manuelle Tätigkeit, 32% einfache nicht manuelle Tätigkeit). Bei Männern liegt dieser Anteil bei 44% (27% einfache manuelle Tätigkeit, 17% einfache nicht manuelle Tätigkeit). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Personen, die einfache Tätigkeiten ausüben ab, während der Anteil der Personen,

die höhere Tätigkeiten verrichten, steigt. 43% der Männer, aber nur 27% der Frauen üben höhere Tätigkeiten aus.

Tabelle 5.2: Erwerbstätige nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Insgesamt	15-24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-55 Jahre	55-64 Jahre
Insgesamt						
Einfache manuelle Tätigkeit	28,3	48,1	26,7	25,7	24,7	24,1
Höhere manuelle Tätigkeit	15,2	19,4	17,9	14,6	12,5	12,2
Landwirtschaft	3,1	0,8	1,5	3,3	4,9	4,3
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	23,5	23,9	24,9	24,3	22,8	18,5
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	21,4	6,5	23,3	22,1	24,5	26,9
Selbstständige	8,4	1,4	5,8	9,9	10,7	14,0
Männer						
Einfache manuelle Tätigkeit	26,6	51,4	27,0	24,1	19,0	19,6
Höhere manuelle Tätigkeit	21,1	24,3	25,1	20,0	18,3	17,2
Landwirtschaft	3,1	1,1	1,6	3,7	4,5	3,6
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	17,2	17,0	17,4	17,6	17,4	15,3
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	22,5	5,3	22,6	23,7	26,7	31,4
Selbstständige	9,5	1,0	6,3	10,8	14,1	12,9
Frauen						
Einfache manuelle Tätigkeit	30,6	43,6	26,2	27,8	31,1	32,0
Höhere manuelle Tätigkeit	7,5	12,7	7,9	7,8	5,8	3,2
Landwirtschaft	3,1	0,4	1,3	2,8	5,4	5,6
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	31,8	33,2	35,2	32,9	29,0	24,2
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	19,9	8,1	24,2	20,1	21,9	19,0
Selbstständige	7,0	2,0	5,0	8,7	6,7	15,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

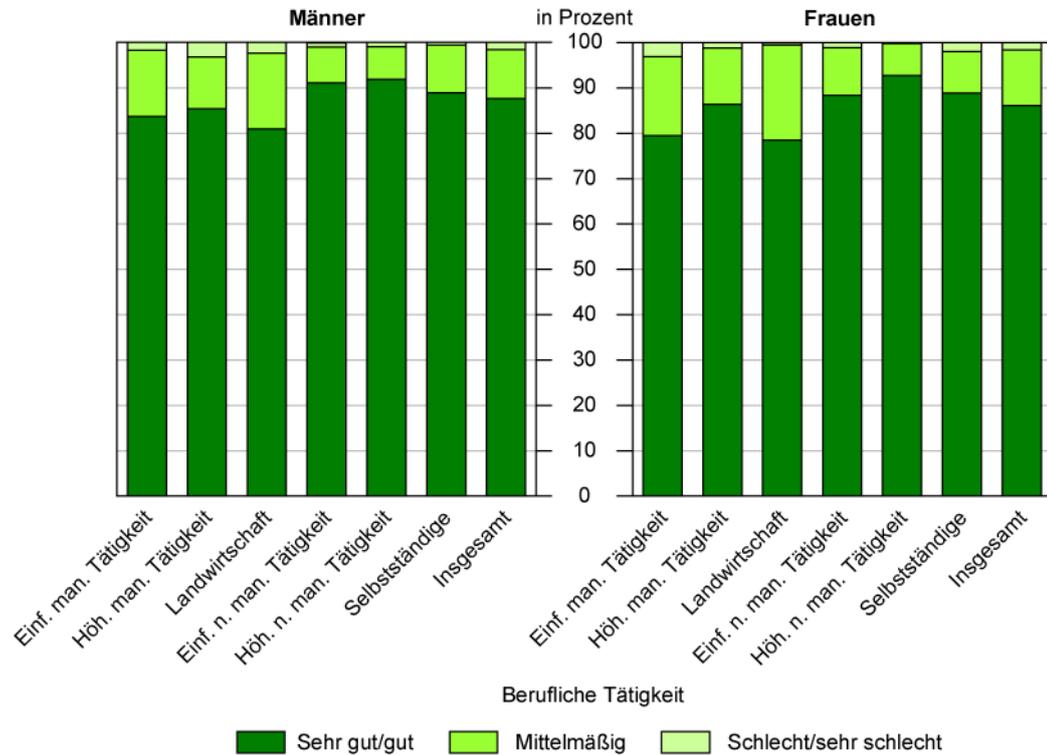
5.2. Berufliche Tätigkeit und Gesundheitszustand

5.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand wird von der Art der beruflichen Tätigkeit beeinflusst: Männer und Frauen, die höhere nicht manuelle Tätigkeiten ausüben, fühlen sich häufiger gesundheitlich sehr gut oder gut (92% bzw. 93%) als andere Erwerbstätige. Erwerbstätige in der Landwirtschaft geben am seltensten einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an (Männer: 81%, Frauen: 79%). Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen kann festgestellt werden, dass jene, die eine manuelle Tätigkeit ausüben, ihren Gesundheitszustand schlechter einstufen als jene, die einer nicht manuellen Tätigkeit nachgehen.

Auch die altersadjustierten Odds Ratios zeigen die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen mit manueller und nicht manueller Tätigkeit. Die Wahrscheinlichkeit, dass Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, ist im Vergleich zu Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit um den Faktor 3,2 bei Männern bzw. 3,5 bei Frauen erhöht. Signifikante Unterschiede ergeben sich auch beim Vergleich zu Selbstständigen: Bei Selbstständigen Männern ist die Wahrscheinlichkeit einer guten oder sehr guten Beurteilung ihres Gesundheitszustandes um den Faktor 2,5, bei den Frauen um den Faktor 2,3 erhöht. Bei Personen, die einfache nicht manuelle Tätigkeiten ausüben haben Männer eine um das 2,5-Fache, Frauen eine um das 1,9-Fache höhere Wahrscheinlichkeit einer positiven Beurteilung des Gesundheitszustandes als solche der Referenzkategorie „einfache manuelle Tätigkeit“.

Grafik 5.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Tabelle 5.3: Positive Beurteilung des Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	83,7	Ref.	-	79,5	Ref.	-
Höhere manuelle Tätigkeit	85,4	1,27	0,98-1,64	86,4	1,47	1,00-2,15
Landwirtschaft	80,9	1,25	0,77-2,04	78,5	1,20	0,74-1,95
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	91,1	2,49	1,81-3,41	88,4	1,93	1,52-2,44
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	91,9	3,23	2,40-4,36	92,7	3,46	2,51-4,78
Selbstständige	88,9	2,51	1,74-3,63	88,9	2,30	1,50-3,53

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

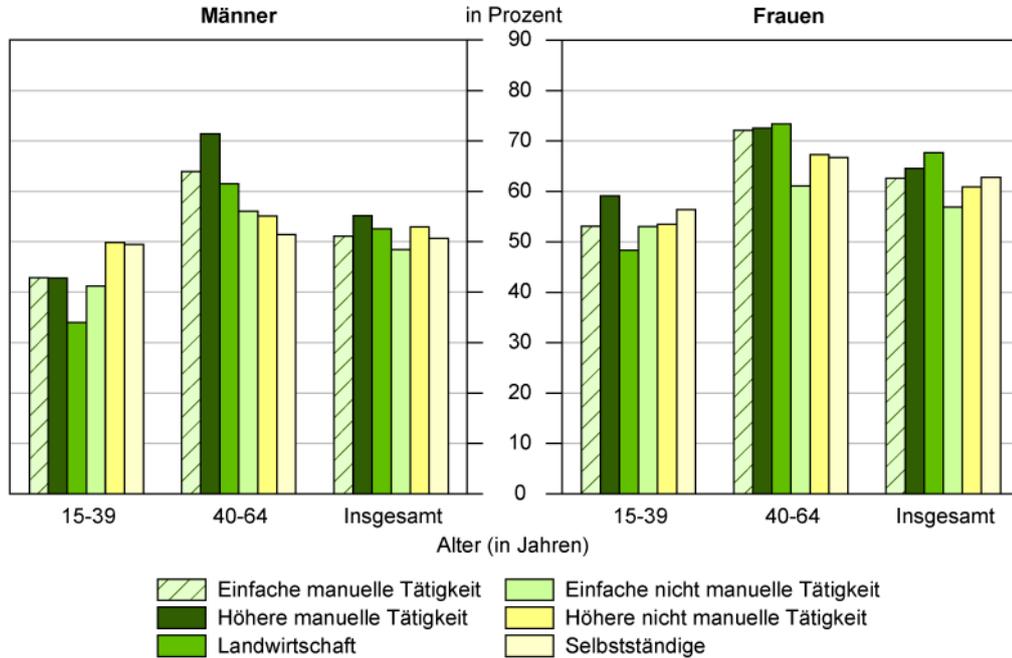
5.2.2. Chronische Erkrankungen

Die Art der Berufstätigkeit zeigt einen moderaten Effekt auf das Auftreten von chronischen Erkrankungen: Personen mit einfacher nicht manueller Tätigkeit berichten am seltensten über chronische Erkrankungen (Männer: 48%, Frauen: 57%). Bei den Männern sind jene, die eine höhere manuelle Tätigkeit ausüben, am häufigsten chronisch krank (55%), bei den Frauen sind es jene in der Landwirtschaft (68%). Frauen berichten bei allen beruflichen Tätigkeiten häufiger über chronische Erkrankungen als Männer.

Der Anteil der chronisch Erkrankten steigt bei allen beruflichen Tätigkeiten mit dem Alter. Bei den jüngeren Erwerbstätigen (15 bis 39 Jahre) sind bei den Männern jene mit höheren nicht manuellen Tätigkeiten und Selbstständige häufiger chronisch krank (je etwa 50%), bei den Frauen jene mit höherer manueller Tä-

tigkeit (59%). Bei den älteren Erwerbstätigen sind etwas über 70% der Männer und Frauen mit höherer manueller Tätigkeit sowie der Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit und Landwirtinnen chronisch krank.

Grafik 5.2: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Das Risiko an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden, ist nur für männliche Erwerbstätige mit höherer manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit signifikant erhöht (um den Faktor 1,3). Bei den Frauen zeigten sich keine signifikanten Effekte.

Tabelle 5.4: Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	51,1	1,14	0,95-1,37	62,6	1,12	0,92-1,36
Höhere manuelle Tätigkeit	55,2	1,28	1,06-1,55	64,6	1,34	0,99-1,80
Landwirtschaft	52,5	0,93	0,64-1,36	67,7	1,15	0,75-1,77
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	48,4	0,92	0,76-1,13	56,9	0,88	0,73-1,07
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	52,9	Ref.		60,9	Ref.	
Selbstständige	50,7	0,85	0,67-1,08	62,8	1,04	0,77-1,40

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Signifikante Unterschiede in der Auftretenswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der Art der beruflichen Tätigkeit können nur für einige chronische Krankheiten bzw. gesundheitliche Probleme festgestellt werden. Bei erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit treten im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit Wirbelsäulenbeschwerden sowie Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus signifikant häufiger auf. Bei Frauen ist darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Diabetes, chronischen Angstzuständen und Depression sowie Bluthochdruck bei einfacher manueller Tätigkeit signifikant

höher. Allergien treten bei beiden Geschlechtern bei einfacher manueller Tätigkeit weniger häufig auf als bei höherer nicht manueller Tätigkeit.

Tabelle 5.4: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten bei Personen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit

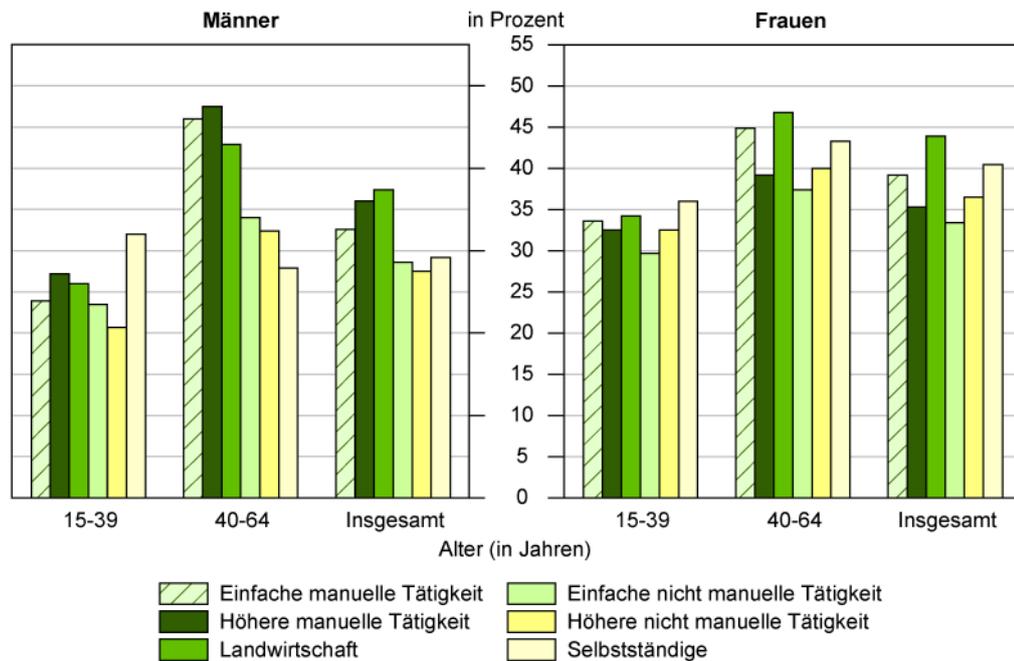
Chronische Krankheiten	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Wirbelsäulenbeschwerden	1,87	1,51-2,31	1,35	1,10-1,67
Allergien	0,53	0,41-0,69	0,59	0,47-0,75
Bluthochdruck	1,25	0,91-1,71	1,91	1,32-2,76
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,12	0,82-1,54	1,07	0,86-1,34
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	1,76	1,19-2,60	1,95	1,35-2,82
Chronische Angstzustände, Depression	1,47	0,84-2,58	1,93	1,29-2,90
Diabetes	1,17	0,62-2,22	3,73	1,48-9,35
Harninkontinenz	1,01	0,16-6,36	1,69	0,83-3,43

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.
 OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

5.2.3. Schmerzprävalenz

Die Betrachtung des Einflusses der Berufstätigkeit auf die Schmerzprävalenz zeigt ein uneinheitliches Bild: Am häufigsten berichten Personen in der Landwirtschaft über erhebliche Schmerzen (Männer: 37%, Frauen: 44%). Bei den Männern sind auch jene mit einfacher und höherer manueller Tätigkeit häufig betroffen (33% bzw. 36%), bei den Frauen jene mit höherer nicht manueller und einfacher manueller Tätigkeit (41% bzw. 39%).

Grafik 5.3: 12-Monats-Prävalenz von erheblichen Schmerzen nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Ähnlich wie bei der Prävalenz chronischer Krankheiten steigt das Schmerzaufkommen bei allen Tätigkeiten mit dem Alter (Ausnahme: Männer mit höherer

nicht manueller Tätigkeit). Am stärksten belastet von erheblichen Schmerzen sind 40- bis 64-jährige Männer mit einfacher und höherer manueller Tätigkeit (46% bzw. 48%) sowie gleichaltrige Frauen in der Landwirtschaft (47%).

Ein signifikant höheres Risiko, an Schmerzen zu leiden besteht für Erwerbstätige mit (einfacher und höherer) manueller Tätigkeit und in der Landwirtschaft im Vergleich zu höherer nicht manueller Tätigkeit. Bei Frauen können keine signifikanten Unterschiede im Auftreten von Schmerz nach beruflicher Tätigkeit beobachtet werden.

Tabelle 5.5: Auftretenswahrscheinlichkeit von erheblichen Schmerzen in den letzten zwölf Monaten in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	32,6	1,57	1,28-1,91	39,2	1,16	0,95-1,41
Höhere manuelle Tätigkeit	36,0	1,73	1,41-2,13	35,3	1,05	0,78-1,41
Landwirtschaft	37,4	1,51	1,02-2,24	43,9	1,20	0,80-1,81
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	28,6	1,17	0,94-1,46	33,4	0,91	0,74-1,10
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	27,5	Ref.		36,5	Ref.	
Selbstständige	29,2	1,02	0,78-1,33	40,5	1,10	0,82-1,48

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Männer, die einfache manuelle Tätigkeiten verrichten, haben ein signifikant höheres Risiko für erhebliche Schmerzen in den Bereichen Rücken, Schultern und Kreuz als Männer mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Bei Frauen ist ein diesbezüglich signifikant höheres Risiko nur für Schmerzen in der Region „Oberschenkel, Knie und Unterschenkel“ zu erkennen.

Tabelle 5.6: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer Schmerzen bei Personen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit nach Geschlecht

Schmerzorte	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Kreuz (Lendenwirbelsäule)	1,95	1,49-2,55	1,26	0,95-1,67
Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	1,21	0,81-1,81	2,11	1,29-3,45
Schultern	2,07	1,31-3,27	1,21	0,77-1,90
Kopfschmerzen und Migräne	0,57	0,35-0,92	0,72	0,54-0,97
Nacken (Halswirbelsäule)	1,05	0,67-1,63	0,79	0,57-1,08
Rücken (Brustwirbelsäule)	2,92	1,71-5,00	1,37	0,92-2,05

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

5.2.4. Psychische Gesundheit

Für den Einfluss der Art der Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit lässt sich zwar ein durchgängiger, aber nicht besonders stark ausgeprägter Trend erkennen: Erwerbstätige mit manueller Tätigkeit oder in der Landwirtschaft Tätige beurteilen unabhängig vom Geschlecht ihre Lebensqualität in allen Bereichen schlechter als Personen mit nicht manueller Tätigkeit.

Tabelle 5.7: Lebensqualität nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht

Geschlecht, berufliche Tätigkeit	Allg. Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
	Mittelwerte der Bereiche				
Männer					
Insgesamt	79,4	86,4	81,4	80,8	77,8
Einfache manuelle Tätigkeit	77,3	84,6	79,6	79,1	74,5
Höhere manuelle Tätigkeit	78,1	85,1	80,8	81,6	76,3
Landwirtschaft	74,3	83,1	76,8	75,2	74,2
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	80,9	88,1	82,3	81,5	79,7
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	82,2	88,9	83,8	82,4	82,0
Selbstständige	80,3	86,5	81,4	80,7	78,4
Frauen					
Insgesamt	79,7	85,5	79,2	81,1	77,4
Einfache manuelle Tätigkeit	75,7	82,2	76,4	79,5	74,6
Höhere manuelle Tätigkeit	79,7	87,2	81,3	84,9	78,8
Landwirtschaft	76,1	83,1	75,0	80,5	75,0
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	81,5	87,2	80,7	81,8	78,3
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	83,2	87,5	80,8	80,8	80,0
Selbstständige	80,4	86,0	80,6	81,6	78,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Auch hinsichtlich Vitalität und psychischem Wohlbefinden finden sich bei Männern und Frauen, die einfache manuelle Tätigkeiten verrichten, die größten Defizite. Allerdings fühlen sich Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit ähnlich in ihrer Vitalität eingeschränkt wie Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit. Auch zeigt sich, dass Frauen, unabhängig von der Art der beruflichen Tätigkeit, sowohl hinsichtlich Vitalität als auch psychischem Wohlbefinden stärkere Abstriche als Männer hinzunehmen haben.

Tabelle 5.8: Vitalität und psychisches Wohlbefinden nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Vitalität		Psychisches Wohlbefinden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Mittelwerte der Bereiche			
Insgesamt	72,1	69,2	82,8	79,9
Einfache manuelle Tätigkeit	70,4	68,2	82,0	78,3
Höhere manuelle Tätigkeit	72,1	71,1	82,6	81,4
Landwirtschaft	73,0	69,7	83,2	80,7
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	72,1	70,2	83,1	80,5
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	74,1	68,1	84,2	80,2
Selbstständige	72,1	70,4	81,5	81,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

5.3. Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsverhalten

5.3.1. Starkes Übergewicht

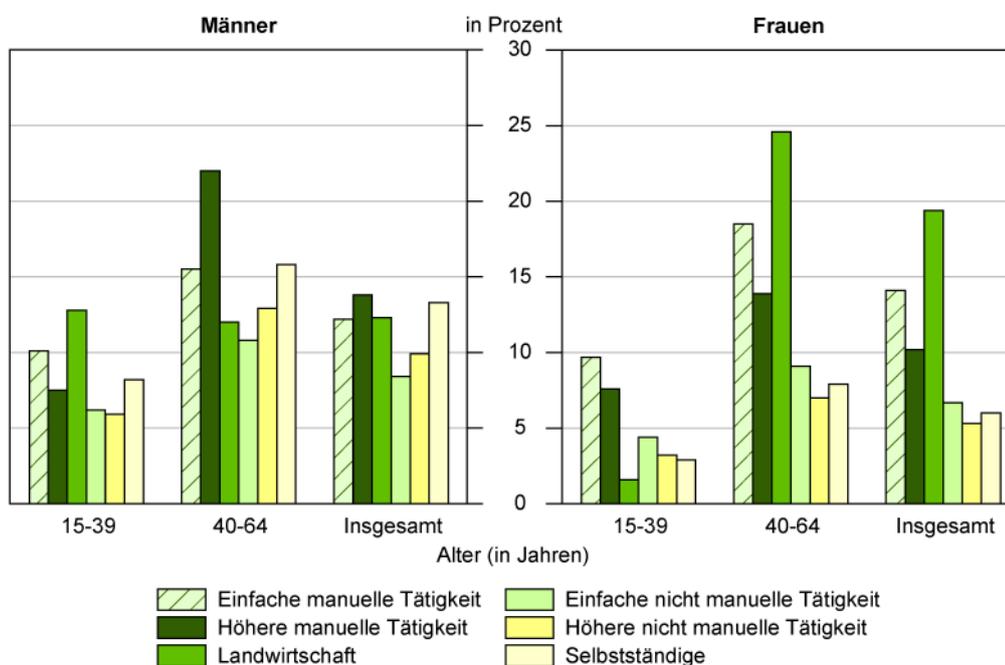
Hinsichtlich des Auftretens von starkem Übergewicht nach Art der beruflichen Tätigkeit zeigt sich je nach Geschlecht ein anderes Bild. Bei den Männern sind Erwerbstätige mit höherer manueller Tätigkeit, Selbstständige, jene mit einfacher manueller Tätigkeit sowie Landwirte am häufigsten adipös (die Häufigkeiten liegen zwischen 12% und 14%). Etwas weniger, nämlich 10% der Männer mit

höherer nicht manueller Tätigkeit und 8% jener mit einfacher nicht manueller Tätigkeit, sind ebenfalls von Adipositas betroffen.

Die Unterschiede nach der Art der beruflichen Tätigkeit im Auftreten von Adipositas sind bei den Frauen ausgeprägter: 19% der Landwirtinnen, 14% der Frauen mit einfacher und 10% jener mit höherer manueller Tätigkeit sind stark übergewichtig. Am seltensten sind stark übergewichtige Frauen bei (einfacher und höherer) nicht manueller Tätigkeit (7% bzw. 5%) sowie bei den Selbstständigen (6%) anzutreffen.

Die größten Anteile an stark übergewichtigen Personen sind im Alter von 40 bis 64 Jahren bei den Männern mit höherer manueller Tätigkeit (22%) sowie bei den Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (19%) und in der Landwirtschaft (25%) zu finden. Relativ hohe Anteile an stark übergewichtigen Personen kommen bei den jüngeren Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit (je 10% bei den Männern und Frauen) und bei den Landwirten (13%) vor.

Grafik 5.4: Prävalenz von Adipositas nach beruflicher Stellung, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Tabelle 5.9: Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	12,2	1,58	1,18-2,10	14,1	3,11	2,14-4,52
Höhere manuelle Tätigkeit	13,8	1,71	1,27-2,29	10,2	2,40	1,43-4,03
Landwirtschaft	12,3	1,21	0,68-2,15	19,4	3,57	1,99-6,38
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	8,4	0,93	0,66-1,31	6,7	1,37	0,92-2,06
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	9,9	Ref.	-	5,3	Ref.	-
Selbstständige	13,3	1,30	0,90-1,87	6,0	0,94	0,50-1,76

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Die altersadjustierten Odds Ratios zeigen, dass Männer mit einfacher oder höherer manueller Tätigkeit ein 1,6- bzw. 1,7-faches Adipositas-Risiko gegenüber Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit haben. Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit bzw. in der Landwirtschaft haben im Vergleich zu Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit ein 3- bzw. 3,5-faches Risiko für starkes Übergewicht. Ein diesbezügliches signifikant erhöhtes Risiko besteht auch für Frauen mit höherer manueller Tätigkeit (um den Faktor 2,4).

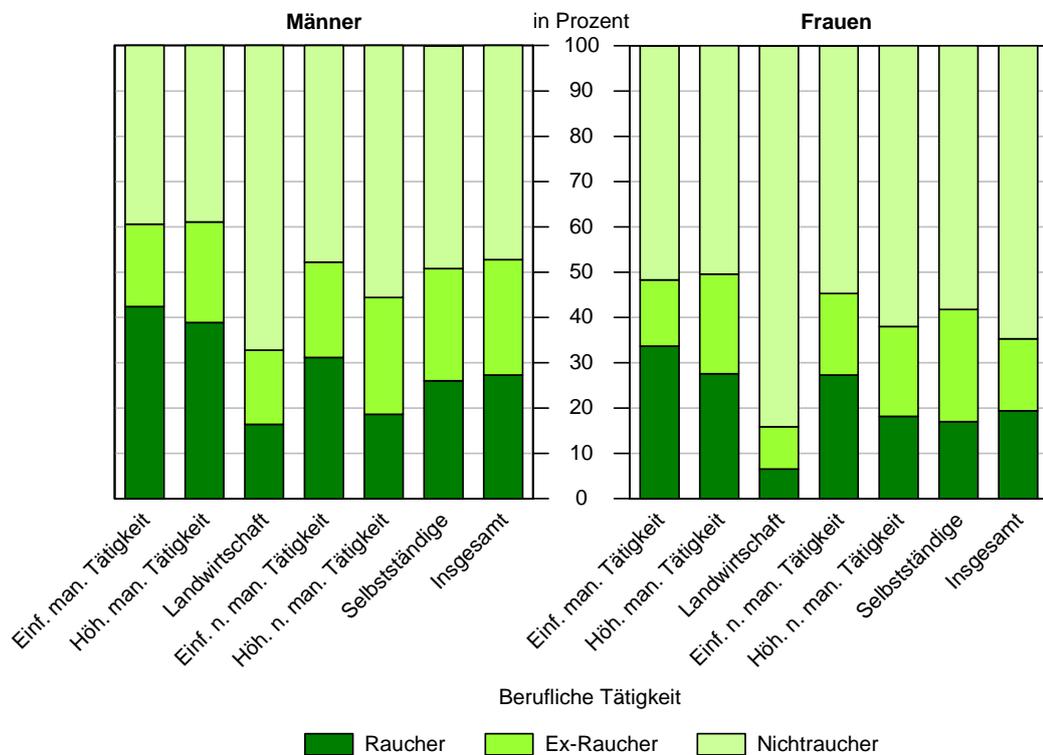
5.3.2. Rauchen

Je nach Art der beruflichen Tätigkeit sind beachtliche Unterschiede im Rauchverhalten festzustellen. 42% der erwerbstätigen Männer mit einfacher manueller Tätigkeit rauchen täglich, 39% mit höherer manueller Tätigkeit. Dagegen liegt der Raucheranteil bei Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit bei 19%, bei Landwirten ist er am niedrigsten, und zwar beträgt er 16%.

Ähnliche Unterschiede treten auch bei erwerbstätigen Frauen auf. Am höchsten sind die täglichen Raucherquoten bei Frauen mit manueller Tätigkeit (einfache manuelle Tätigkeit: 34%, höhere manuelle Tätigkeit: 28%), am niedrigsten bei Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit (18%) und vor allem bei den Landwirtinnen (7%).

Während in der Regel die weiblichen Raucherquoten unter den männlichen liegen, finden sich bei Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit keine Geschlechtsunterschiede.

Grafik 5.5: Raucherstatus nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch nach Altersstandardisierung bleiben die beobachteten Unterschiede bestehen. Das Risiko, dass täglich zur Zigarette gegriffen wird, ist bei erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit dreimal so hoch wie für Männer mit

höherer nicht manueller Tätigkeit. Ebenso signifikante, jedoch etwas geringere Unterschiede gibt es zwischen Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit und jenen mit höherer manueller Tätigkeit (erhöhtes Risiko letzterer um den Faktor 2,7), einfacher nicht manueller Tätigkeit (1,9) sowie Selbstständigen (1,6).

Bei erwerbstätigen Frauen bestehen analoge signifikante Unterschiede nach Art der beruflichen Tätigkeit, jedoch auf etwas niedrigerem Niveau. So haben Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit ein doppelt so hohes Risiko, täglich zu rauchen wie Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

Tabelle 5.10: Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	42,4	3,07	2,50-3,79	33,7	2,25	1,79-2,82
Höhere manuelle Tätigkeit	38,9	2,69	2,17-3,35	27,6	1,57	1,13-2,19
Landwirtschaft	16,4	0,87	0,53-1,44	6,6	0,36	0,17-0,79
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	31,2	1,94	1,54-2,44	27,3	1,64	1,30-2,07
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	18,6	Ref.		18,2	Ref.	
Selbstständige	26,0	1,58	1,19-2,09	17,0	1,02	0,69-1,49

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

5.3.3. Körperliche Aktivität

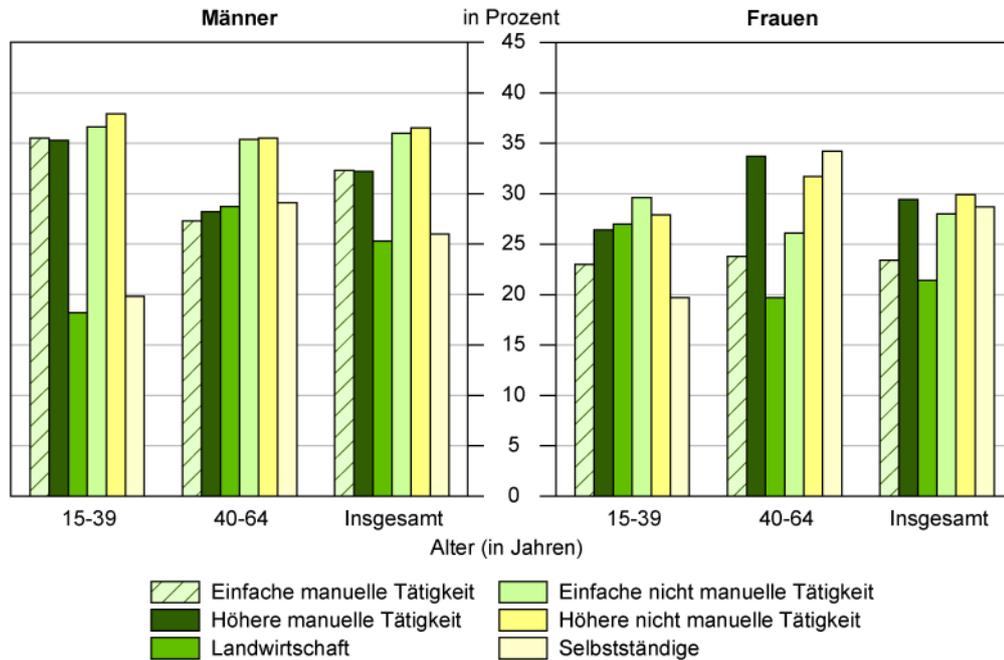
Generell ist eine Beurteilung der sportlichen Aktivität nach Art der beruflichen Tätigkeit schwierig, da Erwerbstätige, die schwere manuelle Tätigkeit ausüben, während der Arbeitszeit körperlicher Belastung ausgesetzt sind und daher ihre Freizeit möglicherweise stärker zur Entspannung nutzen.

Den größten Anteil an sportlich Aktiven gibt es sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit (37% bzw. 30%). Bei den Männern sind jene mit einfacher manueller Tätigkeit ebenfalls sehr oft sportlich aktiv (36%), Anteile von knapp unter 30% sportlich Aktiver sind bei den Frauen noch bei jenen mit höherer manueller und einfacher nicht manueller Tätigkeit sowie bei den selbstständigen Frauen vorzufinden. Am seltensten sind Landwirte und Landwirtinnen sportlich aktiv (25% bzw. 21%).

Bei den jüngeren männlichen Erwerbstätigen (15 bis 39 Jahre) sind jene mit manueller und nicht manueller Tätigkeit beinahe gleich häufig sportlich aktiv (die Häufigkeiten liegen zwischen 35% und 38%), Landwirte und Selbstständige betreiben weitaus seltener regelmäßigen Sport (18% bzw. 20%). Männer mit einfacher und höherer nicht manueller Tätigkeit sind auch mit 40 bis 64 Jahren häufig sportlich aktiv (35% bzw. 36%), während jene mit einfacher und höherer manueller Tätigkeit in dieser Altersgruppe schon deutlich seltener Sport betreibt (27% bzw. 28%).

Bei den jüngeren erwerbstätigen Frauen sind jene mit einfacher nicht manueller Tätigkeit am häufigsten sportlich aktiv (30%), Selbstständige Frauen am seltensten (10%). In der Gruppe der 40- bis 64-jährigen Frauen betreiben dagegen die Selbstständigen besonders häufig Sport (34%), ebenso Frauen mit höherer manueller Tätigkeit.

Grafik 5.6: Sportlich aktive Bevölkerung nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Die altersstandardisierten Odds Ratios zeigen, dass die Unterschiede in der sportlichen Aktivität nach beruflicher Tätigkeit generell nicht sehr stark ausgeprägt sind. Signifikante Unterschiede bestehen bei den Männern im Vergleich mit Selbstständigen: die Wahrscheinlichkeit, dass Selbstständige nicht ausreichend sportlich aktiv sind, ist um den Faktor 1,6 höher im Vergleich zu Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Männliche Erwerbstätige mit manueller Tätigkeit bzw. in der Landwirtschaft haben im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit ein 1,3- bzw. 1,7-faches Risiko, sportlich inaktiv zu sein (jedoch bei geringer Signifikanz).

Bei erwerbstätigen Frauen lassen sich signifikante Unterschiede in der sportlichen Inaktivität nur bei einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich mit höherer nicht manueller Tätigkeit feststellen.

Tabelle 5.11: Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	67,7	1,31	1,08-1,58	76,6	1,37	1,11-1,69
Höhere manuelle Tätigkeit	67,8	1,28	1,05-1,57	70,6	0,99	0,72-1,34
Landwirtschaft	74,7	1,67	1,09-2,55	78,6	1,61	1,00-2,62
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	64,0	1,07	0,87-1,31	72,0	1,09	0,89-1,34
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	63,5	Ref.	-	70,1	Ref.	-
Selbstständige	74,0	1,59	1,22-2,07	71,3	1,11	0,81-1,53

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

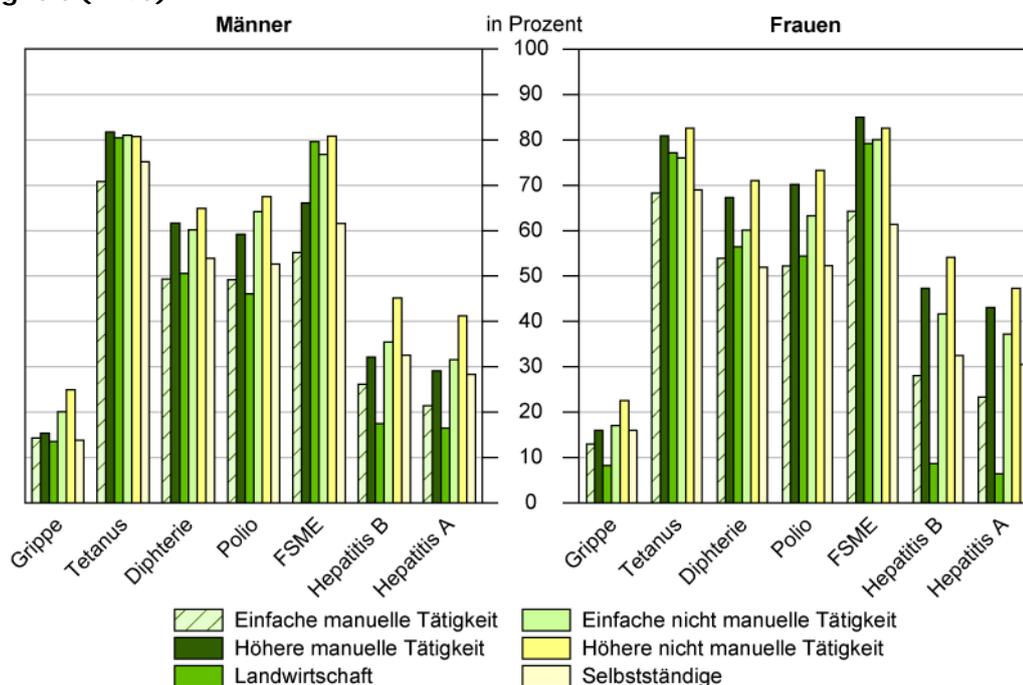
%= Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

5.4. Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsvorsorge

5.4.1. Impfungen

Am höchsten sind die Anteile an Personen mit aufrechem Impfschutz in allen beruflichen Tätigkeitsgruppen bei Tetanus und FSME. Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit haben bei allen Schutzimpfungen den höchsten Anteil an geimpften Personen (ausgenommen Tetanus bei Männern und FSME bei Frauen). Landwirte und Landwirtinnen sind besonders häufig gegen Tetanus und FSME geschützt, bei den anderen Schutzimpfungen liegen die Anteile der Personen mit aufrechem Impfschutz unter jenen der übrigen Erwerbstätigen. Besonders selten lassen sich Landwirtinnen gegen Hepatitis A und B impfen (8% bzw. 6%). Auch Männer und Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit lassen sich verglichen mit den anderen Erwerbstätigen seltener impfen.

Grafik 5.7: Bevölkerung (15+) mit aufrechem Impfschutz nach beruflicher Tätigkeit (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Tabelle 5.12: Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutz bei Personen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit

Kein aufrechter Impfschutz	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,89	1,50-2,38	1,95	1,52-2,50
Tetanus	1,93	1,55-2,39	2,27	1,80-2,86
Diphtherie	2,18	1,81-2,63	2,16	1,76-2,64
Polio	2,55	2,11-3,07	2,62	2,13-3,22
FSME	3,78	3,07-4,65	2,67	2,12-3,37
Hepatitis B	2,71	2,23-3,29	3,10	2,54-3,79
Hepatitis A	3,01	2,46-3,69	2,99	2,44-3,67

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

Auch die Odds Ratios bestätigen, dass - verglichen mit den Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit - jene mit einfacher manueller Tätigkeit bei allen Impfungen signifikant häufiger keinen Impfschutz haben. Am höchsten ist das diesbezügliche Risiko bei der FSME bei den Männern (um den Faktor 3,8), bei der Hepatitis A bei den Frauen (um den Faktor 3,1).

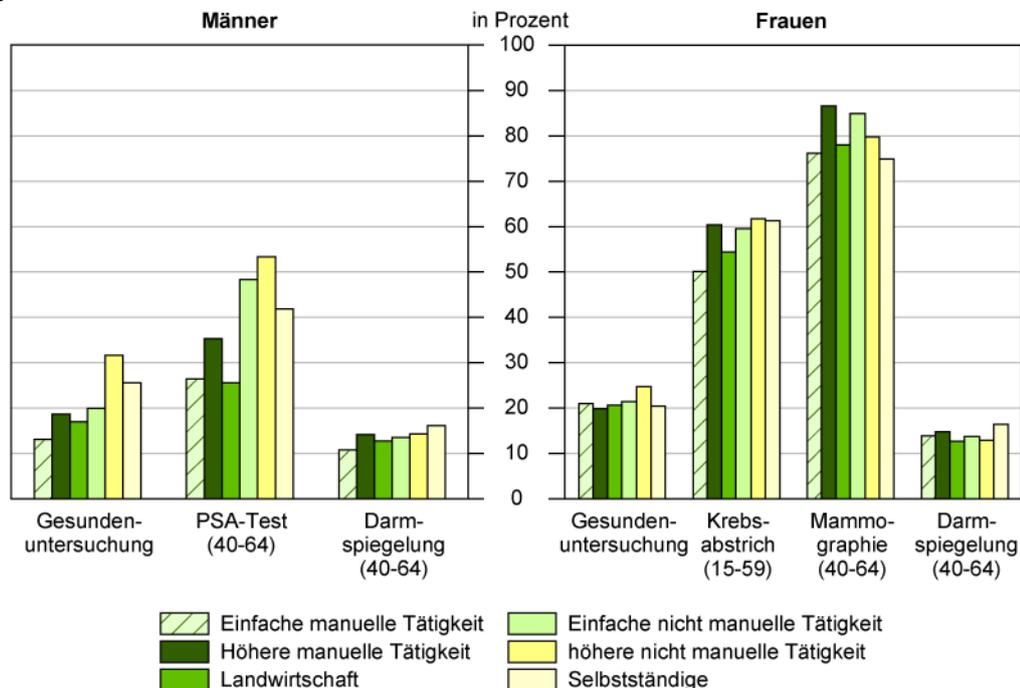
5.4.2. Vorsorgeuntersuchungen

Beinahe ein Drittel der erwerbstätigen Männer mit höherer nicht manueller Tätigkeit war im letzten Jahr bei der kostenlosen Gesundenuntersuchung. Bei den Männern mit einfacher manueller Tätigkeit waren es lediglich 13%. Die Unterschiede bei Frauen nach beruflicher Tätigkeit sind nicht so stark ausgeprägt (höhere nicht manuelle Tätigkeit: 25%, einfache manuelle Tätigkeit: 21%).

Männer mit höherer nicht manueller Tätigkeit lassen auch weitaus häufiger einen PSA-Test durchführen (53%) als andere Tätigkeitsgruppen, insbesondere aber als Landwirte (26%). Ein Krebsabstrich wurde bei 62% der Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit durchgeführt, deutlich seltener bei Landwirtinnen (54%) und Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (50%). Zu einer Mammographie gingen am öftesten Frauen mit höherer manueller Tätigkeit (87%), am seltensten wiederum Landwirtinnen (78%) und Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (76%).

Bei der Darmspiegelung können weder bei den Männern noch bei den Frauen Unterschiede in der Teilnahme je nach Art der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden.

Grafik 5.8: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach beruflicher Stellung (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Ein signifikanter Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist nur beim PSA-Test, der Gesundenuntersuchung bei den Männern und beim Krebsabstrich gegeben. Männer mit einfacher manueller Tätigkeit haben verglichen mit jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit ein dreimal so hohes Risiko, nicht an einer Vorsorgeuntersu-

chung zur Früherkennung von Prostatakrebs teilzunehmen. Signifikante Ergebnisse gibt es auch bezüglich der Gesundenuntersuchung bei Männern (2,8-fach erhöhtes Risiko) bzw. beim Krebsabstrich bei Frauen (1,6-fach erhöhtes Risiko).

Tabelle 5.13: Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von Personen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit nach Geschlecht

Vorsorgeuntersuchungen	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Krebsabstrich	-	-	1,57	1,30-1,91
Mammographie	-	-	1,24	0,91-1,69
PSA-Test	3,04	2,31-3,99	-	-
Gesundenuntersuchung	2,76	2,18-3,49	1,24	0,98-1,55
Darmspiegelung	1,29	0,87-1,90	0,93	0,64-1,35

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

6. Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit hat nicht nur materielle Folgen, auch psychosoziale Belastungen, der Verlust des Selbstwertgefühls und der sozialen Einbindung sind Folgen der Arbeitslosigkeit. Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme treten bei Arbeitslosen vermehrt auf, wobei Aussagen über die Verursachung schwierig sind. Die einschneidenden Veränderungen in den Lebensbedingungen legen zwar nahe, dass Arbeitslosigkeit gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorruft oder den Verlauf bereits bestehender Krankheiten und Gesundheitsprobleme beschleunigt. Gleichzeitig haben aber gesundheitlich belastete Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen schlechtere Chancen auf dem Arbeitsmarkt und sind auch häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Aufschluss über die Kausalität von Arbeitslosigkeit und Gesundheit können einzig Längsschnittstudien geben. Angesichts vorhandener Studien kann von einer komplexen Verursachungskette ausgegangen werden, mit einer wechselseitigen Verstärkung von Arbeitslosigkeit und beeinträchtigter Gesundheit.²²

Im Folgenden wird die gesundheitliche Situation arbeitsloser Männer und Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen in Bezug auf Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsvorsorge beschrieben.

6.1. Arbeitslosigkeit in Österreich

Nach Angaben in der Gesundheitsbefragung stufen sich nach dem Lebensunterhaltskonzept 237.900 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren als arbeitslos ein (Männer: 142.600, Frauen: 95.300). Die meisten Arbeitslosen sind bei Personen zu finden, die an ihrer letzten Arbeitsstelle einfache manuelle Tätigkeit verrichtet haben (siehe auch Tabelle 5.1).

6.2. Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand

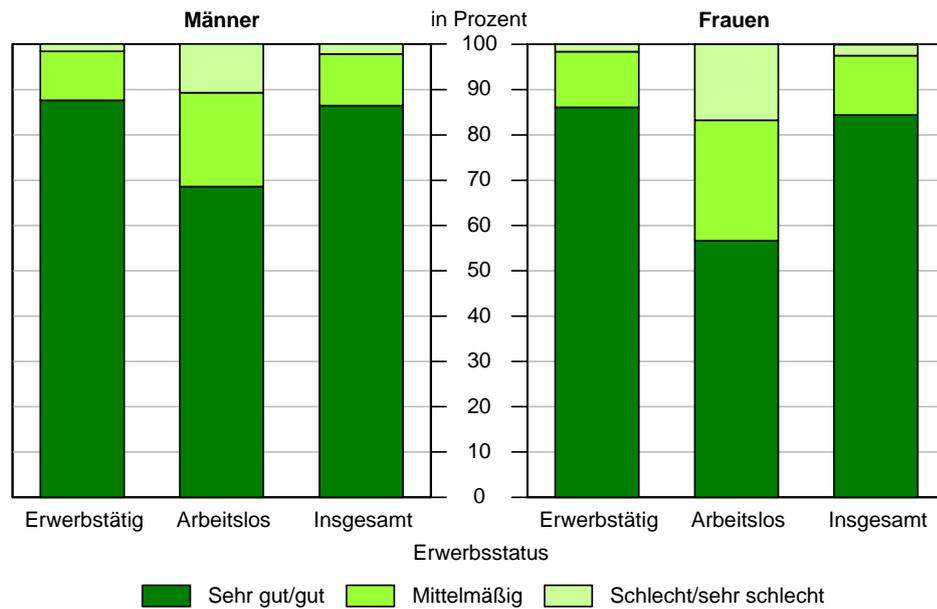
6.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Generell kann gesagt werden, dass Arbeitslose ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Erwerbstätige. Bei der erwerbstätigen Bevölkerung fühlen sich 88% der Männer und 85% der Frauen gesundheitlich sehr gut oder gut. Bei den Arbeitslosen sind es dagegen nur 69% der Männer bzw. 57% der Frauen. Dementsprechend groß sind die Anteile der arbeitslosen Männer und Frauen, die sich gesundheitlich in einem schlechten oder sehr schlechten Zustand befinden (11% bzw. 17%). Nur 2% der erwerbstätigen Männer und Frauen stufen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein.

Wie die oben genannten Häufigkeiten zeigen, fühlen sich arbeitslose Frauen gesundheitlich weitaus schlechter als arbeitslose Männer. Bei den Erwerbstätigen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede weitaus geringer.

²² Lampert, Thomas et al.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Robert Koch-Institut Berlin 2005.

Grafik 6.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Die gesundheitlich schlechtere Situation der arbeitslosen Frauen zeigt sich auch anhand der Berechnung der Odds Ratios. Erwerbstätige Frauen haben im Vergleich zu Arbeitslosen (altersbereinigt) eine 5,1 Mal so hohe Wahrscheinlichkeit ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einzuschätzen. Bei den Männern liegt dieser Faktor bei 3,5.

Tabelle 6.1: Positive Beurteilung des Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) von Erwerbstätigen im Vergleich zu Arbeitslosen nach Geschlecht

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätige	87,6	3,47	2,60-4,63	86,1	5,13	3,80-6,91
Arbeitslose	68,7	Ref.	-	56,5	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

6.2.2. Chronische Erkrankungen

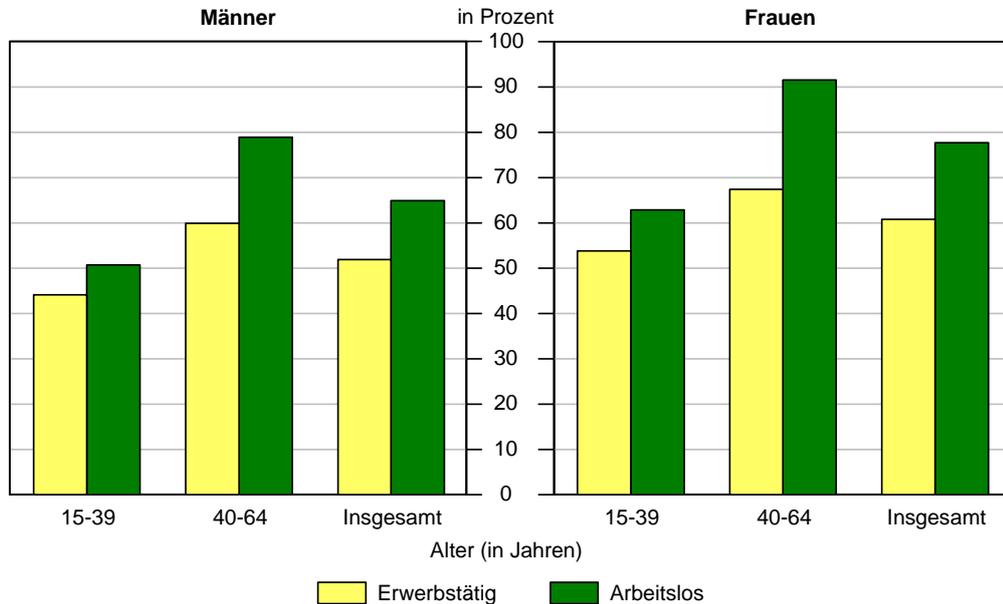
Ein Grund für die negativere Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes durch Arbeitslose dürfte das häufigere Vorhandensein von chronischen Erkrankungen sein.

Von den 15 bis 64-Jährigen geben beinahe zwei Drittel (65%) der arbeitslosen Männer mindestens eine chronische Krankheit an, der entsprechende Anteil bei den erwerbstätigen Männern beträgt 52%. Bei den Frauen sind die Unterschiede noch gravierender: Während die Prävalenz chronischer Krankheiten bei erwerbstätigen Frauen 61% erreicht, berichten 78% der arbeitslosen Frauen vom Vorhandensein von mindestens einer chronischen Krankheit.

Chronische Krankheiten treten bei beiden Vergleichsgruppen mit zunehmendem Alter häufiger auf. Zu beachten ist, dass die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen mit dem Alter zunehmen. Bei den 40- bis 64-jährigen Arbeitslosen ist beinahe jede Frau mit mindestens einer chronischen Krankheit

konfrontiert (92%), bei den erwerbstätigen Frauen sind es 67% (bei den Männern liegen die entsprechenden Häufigkeiten bei 79% bzw. 60%). Bei den jüngeren Frauen sind 63% der Arbeitslosen und 54% der Erwerbstätigen chronisch krank (bei den Männern: 51% bzw. 44%).

Grafik 6.2: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Das Risiko des Auftretens von mindestens einer chronischen Krankheit ist für arbeitslose Männer 1,8 Mal so hoch wie für Erwerbstätige. Bei den Frauen ist das Risiko noch höher, nämlich um den Faktor 2,5.

Tabelle 6.2: Auftretenswahrscheinlichkeit mindestens einer chronischen Krankheit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätige	51,9	Ref.	-	60,8	Ref.	-
Arbeitslose	64,9	1,77	1,37-2,30	77,7	2,46	1,76-3,44

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Berücksichtigt man jene Krankheiten und Beschwerden, die bereits in der Bevölkerung im Erwerbsalter weit verbreitet sind, so stellen Wirbelsäulenbeschwerden sowohl bei den Erwerbstätigen (Männer: 27%, Frauen: 31%) wie auch bei den Arbeitslosen (Männer: 37%, Frauen: 41%) das größte Problem dar. Arbeitslose Männer und Frauen haben im Vergleich zu Erwerbstätigen ein 1,7-fach erhöhtes Risiko, unter diesem meist lang andauernden Gesundheitsproblem zu leiden.

Noch höher ist für Arbeitslose im Verhältnis zu Erwerbstätigen das Risiko für chronische Angstzustände und Depressionen (Männer: 7,6-fach erhöhtes Risiko, Frauen: 4,4), Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus (Männer: 3,2, Frauen: 3,3), Bluthochdruck (Männer: 1,8, Frauen: 3,7), Diabetes (Männer: 2,5, Frauen: 2,3) sowie für Migräne und häufige Kopfschmerzen (Männer: 1,7, Frauen: 2,3).

Bei den Allergien sind keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich von Erwerbstätigen und Arbeitslosen festzustellen.

Tabelle 6.3: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Chronische Krankheiten	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Wirbelsäulenbeschwerden	1,70	1,30-2,21	1,71	1,28-2,29
Allergien	1,08	0,76-1,54	1,26	0,91-1,76
Bluthochdruck	1,78	1,26-2,53	3,74	2,60-5,40
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,66	1,16-2,40	2,33	1,75-3,11
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	3,22	2,28-4,56	3,32	2,23-4,95
Chronische Angstzustände, Depression	7,55	5,09-11,20	4,35	2,95-6,40
Diabetes	2,52	1,41-4,50	2,32	1,01-5,30
Harninkontinenz	10,04	4,75-21,22	2,42	1,23-4,77

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Erwerbstätige.

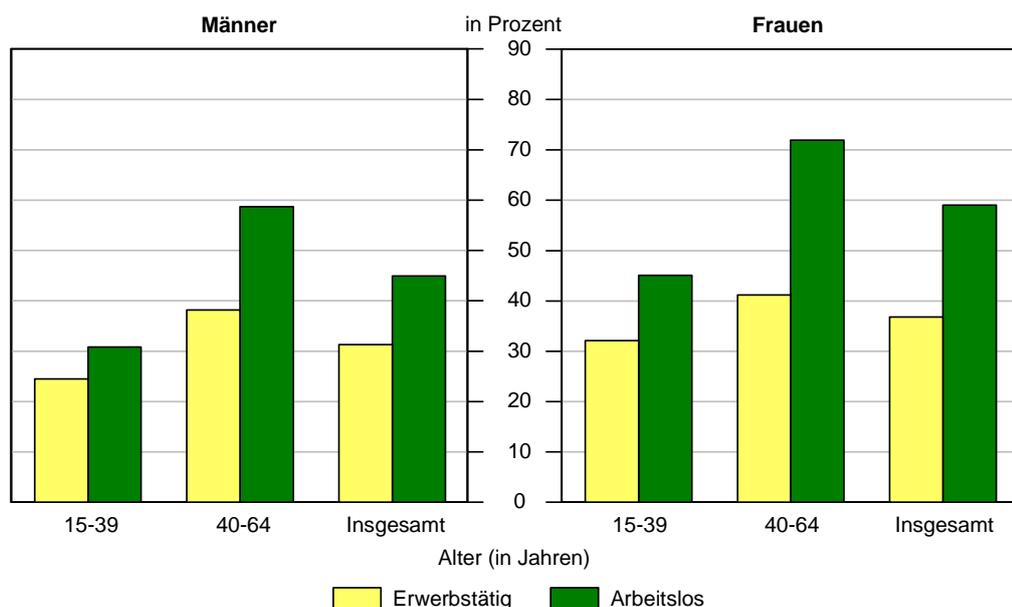
6.2.3. Schmerzprävalenz

Neben chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen leiden Arbeitslose auch häufiger als Erwerbstätige unter erheblichen Schmerzen.

Bei den Erwerbstätigen berichten 31% der Männer und 37% der Frauen über erhebliche Schmerzen. Weitaus häufiger ist das Schmerzvorkommen bei den Arbeitslosen, nämlich bei 45% der Männer und 59% der Frauen.

Sowohl bei Erwerbstätigen als auch Arbeitslosen steigt mit dem Alter das Auftreten von Schmerzen. Bei den 40- bis 64-jährigen Frauen berichten 41% der Erwerbstätigen über erhebliche Schmerzen, bei den Arbeitslosen sind 72% betroffen (bei Männern betragen die entsprechenden Häufigkeiten 38% bzw. 59%).

Grafik 6.3: 12-Monats-Prävalenz erheblicher Schmerzen nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Auch nach der Ausschaltung von Alterseffekten ist bei beiden Geschlechtern das Risiko, unter erheblichen Schmerzen zu leiden, für Arbeitslose signifikant höher als für Erwerbstätige (Männer: 1,9-faches Risiko, Frauen: 2,7-faches Risiko).

Tabelle 6.4: Auftretenswahrscheinlichkeit erheblicher Schmerzen in den letzten zwölf Monaten von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätige	31,3	Ref.	-	36,8	Ref.	-
Arbeitslose	44,9	1,87	1,45-2,40	59,0	2,68	2,01-3,57

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Am häufigsten bereitet das Kreuz (Bereich Lendenwirbelsäule) Probleme. Auch hier finden sich, unabhängig nach Geschlecht, Unterschiede zwischen Arbeitslosen (Männer 18%, Frauen 29%) und Erwerbstätigen (Männer und Frauen je 14%). Auffallend ist die stärkere Betroffenheit der Frauen im Falle von Arbeitslosigkeit. Arbeitslose Frauen leiden auch sehr häufig unter Kopfschmerzen (22%), bei den Erwerbstätigen sind es 10%.

Die größten Unterschiede im altersbereinigten Vergleich von Arbeitslosen und Erwerbstätigen finden sich bei Männern und Frauen hinsichtlich des Auftretens von Schmerzen im Bereich Oberschenkel, Knie und Unterschenkel und von Kopfschmerzen und Migräne. Arbeitslose Frauen haben auch ein signifikant höheres Risiko, an Schmerzen im Kreuz zu leiden, bei den Männern sind bei Arbeitslosigkeit Schmerzen im Nackenbereich signifikant häufiger. Bei den übrigen unten angeführten Schmerzlokalisationen sind die Unterschiede nur leicht signifikant (bzw. bei den Frauen erreichen die Unterschiede im Rückenbereich keine statistische Signifikanz).

Tabelle 6.5: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer Schmerzen von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Schmerzorte	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Kreuz (Lendenwirbelsäule)	1,44	1,04-2,00	2,83	2,06-3,91
Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	2,45	1,69-3,56	2,94	1,85-4,67
Schultern	1,65	1,04-2,63	1,78	1,06-2,97
Kopfschmerzen und Migräne	2,58	1,64-4,05	2,64	1,87-3,73
Nacken (Halswirbelsäule)	2,39	1,52-3,75	1,66	1,08-2,55
Rücken (Brustwirbelsäule)	1,79	1,07-3,00	1,25	0,69-2,25

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Erwerbstätige.

6.2.4. Psychische Gesundheit

Im Einklang zu den vorangegangenen Ergebnissen steht die Tatsache, dass arbeitslose Männer und Frauen ihre Lebensqualität in allen Bereichen geringer einstufen als Erwerbstätige. Die größten Unterschiede sind bei der allgemeinen Lebensqualität und im Bereich Umwelt festzustellen. Festzuhalten bleibt, dass Frauen bei Arbeitslosigkeit in allen Bereichen deutlichere Einbußen an Lebensqualität hinzunehmen haben als Männer.

Tabelle 6.6: Lebensqualität nach Erwerbsstatus und Geschlecht

Geschlecht, Erwerbsstatus	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
Männer					
Insgesamt	75,7	62,8	68,6	77,7	76,5
Erwerbstätig	79,4	64,6	70,5	80,8	77,8
Arbeitslos	66,9	60,3	66,7	75,0	69,3
Frauen					
Insgesamt	74,3	61,2	67,6	77,3	75,1
Erwerbstätig	79,7	64,2	70,9	81,1	77,4
Arbeitslos	62,7	57,9	64,6	71,9	66,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Auch bezüglich Vitalität und psychischem Wohlbefinden fühlen sich erwerbstätige Männer und Frauen besser als arbeitslose, wobei auch hier die Unterschiede bei den Frauen stärker ausgeprägt sind.

Tabelle 6.7: Vitalität und psychisches Wohlbefinden nach Erwerbsstatus und Geschlecht

Erwerbsstatus	Vitalität		Psychisches Wohlbefinden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Mittelwerte der Bereiche			
Insgesamt	69,0	65,0	80,9	77,2
Erwerbstätig	72,1	69,2	82,8	79,9
Arbeitslos	63,0	56,2	72,8	66,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

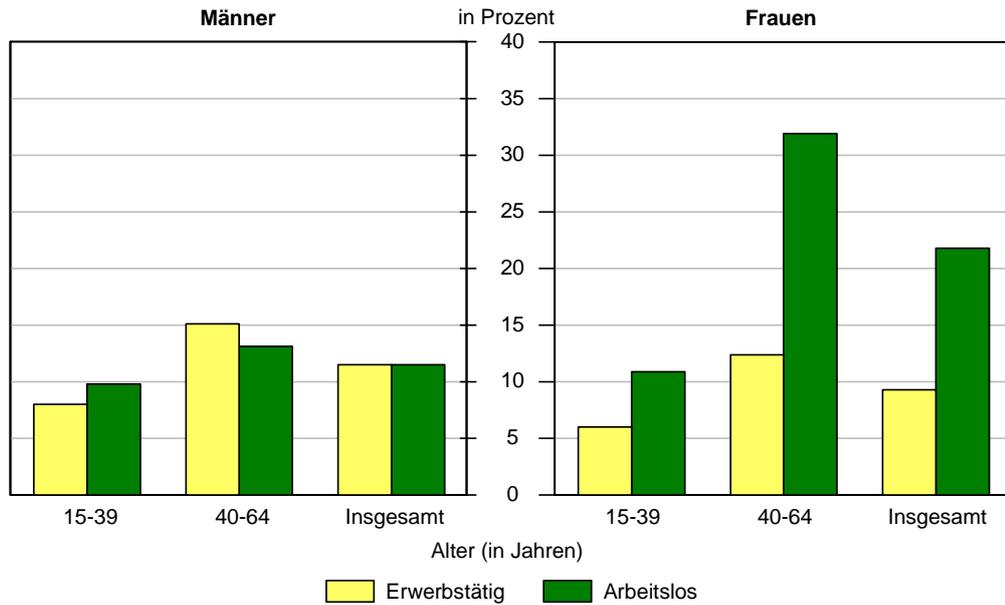
6.3. Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten

6.3.1. Starkes Übergewicht

Während bei den Männern der Anteil der stark Übergewichtigen für Erwerbstätige und Arbeitslose gleich ist (je 12%), sind bei den Frauen starke Unterschiede festzustellen: 9% der erwerbstätigen, jedoch 22% der arbeitslosen Frauen sind adipös.

Am häufigsten tritt starkes Übergewicht bei den 40- bis 64-jährigen arbeitslosen Frauen auf (32%), von der erwerbstätigen weiblichen Bevölkerung sind in dieser Altersgruppe 12% betroffen. Bei der jüngeren Bevölkerung sind die Unterschiede im Auftreten von Adipositas zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Frauen geringer (6% bzw. 11%). Bei den jungen Männern haben Arbeitslose häufiger starkes Übergewicht als Erwerbstätige (8% bzw. 10%), bei den 40- bis 64-Jährigen ist es umgekehrt: 15% der Erwerbstätigen und 13% der Arbeitslosen sind adipös.

Grafik 6.4: Prävalenz von Adipositas nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Signifikante Unterschiede in der Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht im Vergleich von Erwerbstätigen und Arbeitslosen sind daher nur bei Frauen zu erkennen. Arbeitslose Frauen haben (altersbereinigt) ein dreimal so hohes Adipositas-Risiko wie erwerbstätige Frauen.

Tabelle 6.8: Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	11,5	Ref.	-	9,3	Ref.	-
Arbeitslos	11,5	1,02	0,69-1,50	21,8	2,96	2,07-4,21

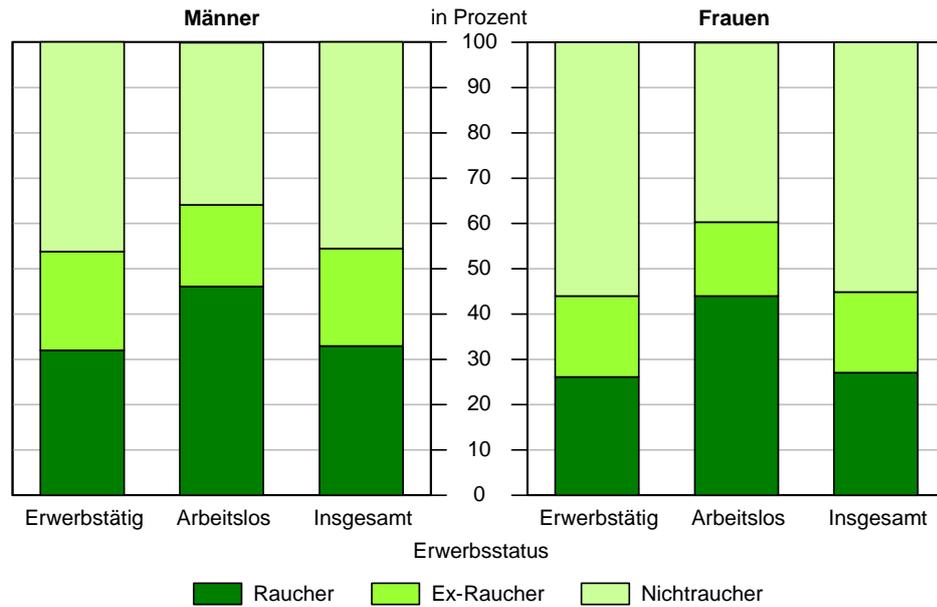
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

6.3.2. Rauchen

Gravierende Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen treten beim Raucherstatus zutage. Etwa ein Drittel der männlichen und ein Viertel der weiblichen Erwerbstätigen rauchen täglich. Bei den Arbeitslosen liegt der Raucheranteil wesentlich höher, nämlich 46% bei Männern und 44% bei Frauen. Interessant ist, dass bei den Arbeitslosen die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Raucherquoten beinahe verschwinden.

Grafik 6.5: Raucherstatus nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Den Einfluss des Erwerbsstatus auf das tägliche Rauchen zeigen auch die alters-adjustierten Odds Ratios. Die Wahrscheinlichkeit, dass arbeitslose Männer täglich rauchen, ist 1,9-mal höher als für erwerbstätige Männer. Arbeitslose Frauen haben im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen ein sogar dreifach erhöhtes Risiko, täglich zu rauchen.

Tabelle 6.9: Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	32,0	Ref.	-	26,1	Ref.	-
Arbeitslos	46,1	1,85	1,44-2,37	44,0	2,96	2,07-4,21

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

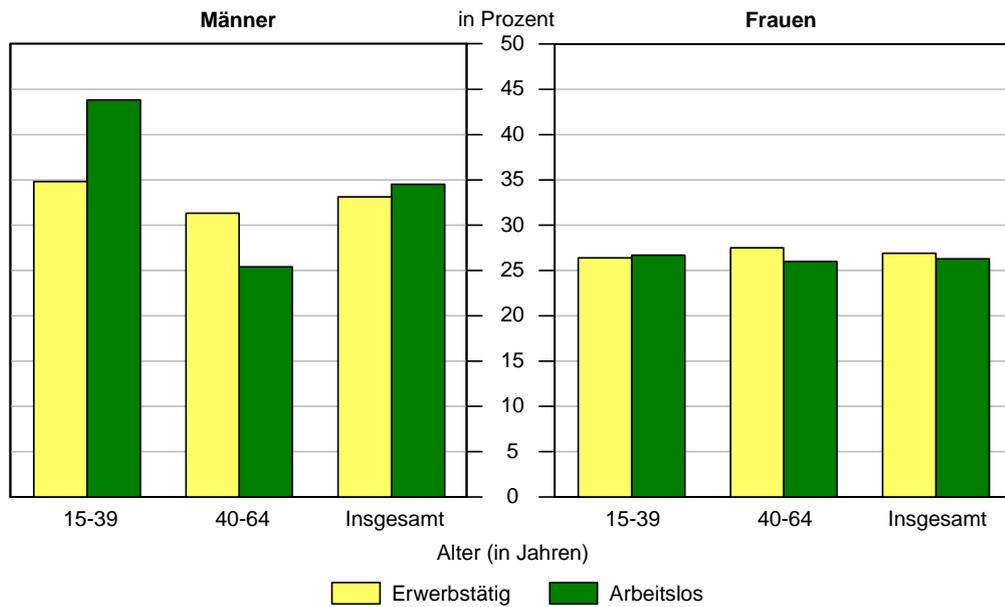
%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

6.3.3. Körperliche Aktivität

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen gibt es kaum Unterschiede im Anteil der sportlich Aktiven nach Erwerbsstatus. 33% der erwerbstätigen und 35% der arbeitslosen Männer betreiben regelmäßig Sport, bei den Frauen sind es 27% bzw. 26%.

Während sich bei den Frauen in keiner Altersgruppe Unterschiede im Anteil der sportlich Aktiven nach Erwerbsstatus finden, zeigt sich bei den Männern je nach Altersgruppe ein gegenteiliger Effekt. 44% der arbeitslosen aber nur 35% der erwerbstätigen Männer im Alter von 15 bis 39 Jahren betreiben regelmäßig Sport. Bei den 40- bis 64-jährigen Männern sind die Erwerbstätigen öfters als die Arbeitslosen (31% bzw. 35%) körperlich aktiv.

Grafik 6.6: Sportlich aktive Bevölkerung nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen kann nach Altersstandardisierung kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und körperlicher Inaktivität festgestellt werden.

Tabelle 6.10: Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Erwerbsstatus	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	66,9	Ref.	-	73,1	Ref.	-
Arbeitslos	65,5	0,95	0,73-1,23	73,7	1,23	0,72-1,34

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

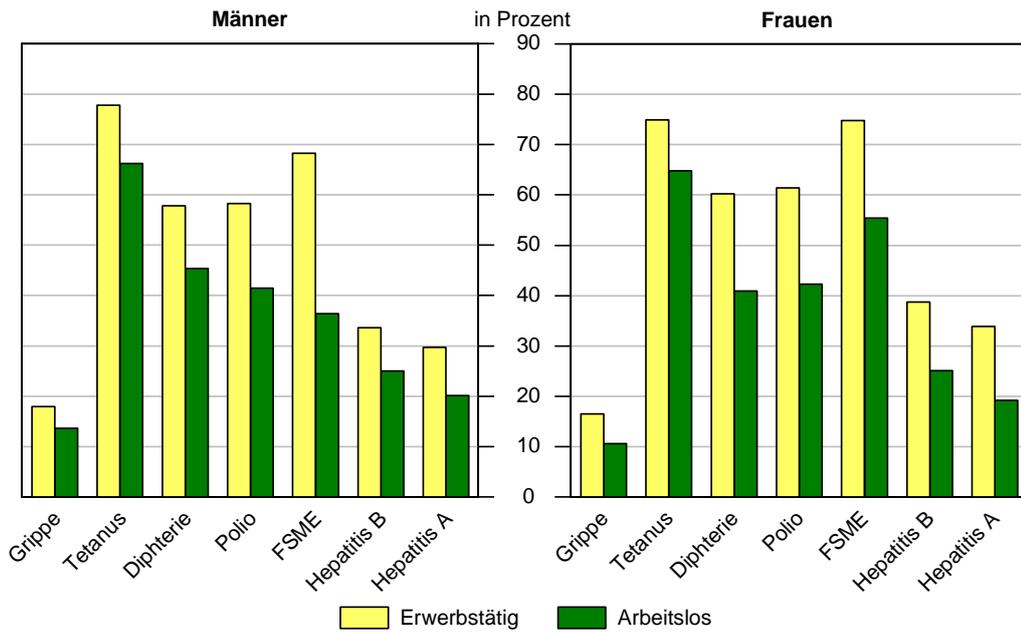
%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

6.4. Arbeitslosigkeit und Gesundheitsvorsorge

6.4.1. Impfungen

Die Impfbereitschaft ist generell bei allen Schutzimpfungen bei Erwerbstätigen höher als bei Arbeitslosen. Dies gilt für beide Geschlechter, wobei im Allgemeinen Frauen häufiger über einen aufrechten Impfschutz verfügen als Männer. Die größten Unterschiede in den Impfquoten zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen treten bei der FSME-Impfung auf: Bei den Männern haben 68% der erwerbstätigen, aber nur 36% der arbeitslosen Männer einen aufrechten FSME-Impfschutz (bei den Frauen liegen die entsprechenden Anteile bei 75% bzw. 55%).

Grafik 6.7: Bevölkerung mit aufrechem Impfschutz nach Erwerbsstatus (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Mit Ausnahme der Grippeimpfung bei Männern sind die Unterschiede im Impfverhalten zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen sowohl bei Männern als auch bei Frauen statistisch signifikant. Zum Beispiel haben bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen Männer ein um das 3,9-Fache und Frauen ein um das 2,4-Fache erhöhtes Risiko, keinen aufrechten Polio-Impfschutz zu haben.

Tabelle 6.11: Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen

Kein aufrechter Impfschutz	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,41	0,99-2,01	1,73	1,11-2,70
Tetanus	1,85	1,42-2,40	1,68	1,25-2,26
Diphtherie	1,69	1,32-2,16	2,28	1,71-3,03
Polio	3,87	3,00-5,00	2,42	1,82-3,21
FSME	2,08	1,62-2,68	2,27	1,71-3,02
Hepatitis B	1,58	1,19-2,10	1,94	1,41-2,67
Hepatitis A	1,74	1,28-2,35	2,20	1,55-3,12

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Erwerbstätige.

6.4.2. Vorsorgeuntersuchungen

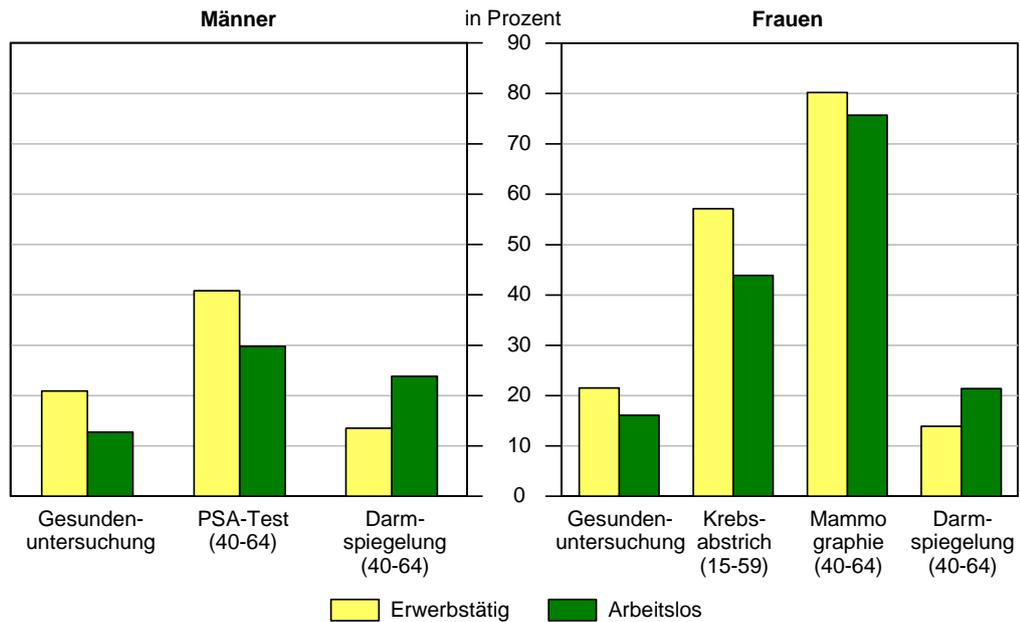
Erwerbstätige nehmen generell häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil als Arbeitslose - und zwar beide Geschlechter -, sieht man von der Darmspiegelung ab, die häufiger von Arbeitslosen in Anspruch genommen wird. Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundenuntersuchung und Darmspiegelung sind im Allgemeinen gering, die Unterschiede nach Erwerbsstatus sind für die Gesundenuntersuchung bei den Männern etwas höher als bei den Frauen: 21% der erwerbstätigen, jedoch nur 13% der arbeitslosen Männer waren bei einer kostenlosen Gesundenuntersuchung, bei den Frauen 22% der erwerbstätigen bzw. 16% der arbeitslosen. Einen PSA-Test ließen 41% der erwerbstätigen und 30% der arbeitslosen Männer durchführen. Dagegen waren 24% der arbeitslosen und nur 14% der erwerbstätigen Männer bei einer Darmspiegelung. Auch bei den

Frauen waren Arbeitslose häufiger bei einer Darmspiegelung als Erwerbstätige (21% bzw. 14%).

Kaum Unterschiede nach Erwerbsstatus gibt es bei der Brustkrebsvorsorge, 80% der erwerbstätigen und 76% der arbeitslosen Frauen gingen in den letzten drei Jahren zu dieser Vorsorgeuntersuchung.

Einen Krebsabstrich, den Frauen insgesamt deutlich weniger häufiger als eine Mammografie in Anspruch nehmen, ließen 57% der erwerbstätigen und lediglich 44% der arbeitslosen Frauen regelmäßig durchführen.

Grafik 6.8: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Erwerbsstatus (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Die Wahrscheinlichkeit, einen PSA-Test durchführen zu lassen oder an einer Gesundenuntersuchung teilzunehmen ist für erwerbstätige Männer im Vergleich zu arbeitslosen Männern um den Faktor 1,8 signifikant höher. Bei Frauen können signifikante Unterschiede nur beim Krebsabstrich festgestellt werden, dessen Inanspruchnahme bei erwerbstätigen Frauen um den Faktor 1,6 höher ist.

Anders stellt sich die Situation bei der Darmspiegelung dar: Arbeitslose Männer und Frauen gehen signifikant häufiger zu dieser Darmkrebsvorsorgeuntersuchung.

Tabelle 6.12: Wahrscheinlichkeit keiner Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen

Vorsorgeuntersuchung	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Krebsabstrich	-	-	1,59	1,20-2,11
Mammographie	-	-	1,34	0,87-2,08
PSA-Test	1,83	1,26-2,65	-	-
Gesundenuntersuchung	1,78	1,23-2,57	1,35	0,92-1,97
Darmspiegelung	0,54	0,36-0,81	0,61	0,39-0,98

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie=Erwerbstätige.

7. Migration und Gesundheit

Als Migranten oder Migrantinnen werden zumeist Personen bezeichnet, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind (erste bzw. zweite Einwanderergeneration). Auch für die dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein. Dies gilt insbesondere für Personen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft haben und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft unterscheiden.

Migranten und Migrantinnen sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt.²³ Viele Migranten und Migrantinnen befinden sich in einer schlechten sozialen Situation und leiden auch darunter. Sie sind gezwungen, Arbeiten zu schlechten Bedingungen und mit hohen Belastungen anzunehmen. Die Folge sind sowohl körperliche Beschwerden wie auch psychische Belastungssymptome. Außerdem treten sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis auf, die auch in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen kommen können. Besondere Belastungen erleben Flüchtlinge und Asylwerber und -werberinnen, die durch Kriegserlebnisse zusätzlich an Traumatisierung leiden und diese aufgrund fehlender (muttersprachlicher) Therapiemöglichkeiten nicht verarbeiten können. Hinzu kommen existentielle Ängste und Ausgrenzungsmechanismen.

7.1. Bevölkerung mit Migrationshintergrund

In Österreich leben rund 700.000 Personen ab 15 Jahren mit ausländischer Staatsbürgerschaft (Ergebnisse der Gesundheitsbefragung, diese Zahlen entsprechen den Ergebnissen des Bevölkerungsregisters). Das entspricht einem Anteil von 10% an der Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren. Etwas mehr als ein Drittel (36%) der in Österreich lebenden Ausländer und Ausländerinnen stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne Slowenien), etwas weniger als ein Drittel (32%) aus EU 27- oder EFTA-Staaten. 15% der ausländischen Bevölkerung Österreichs hat die türkische Staatsbürgerschaft.

Betrachtet man die Bevölkerung nach dem Geburtsland, so ist beinahe ein Sechstel der in Österreich lebenden Bevölkerung (15+) in einem anderen Land geboren, der Großteil davon (nämlich 35%) in einem EU 27- oder EFTA-Land.

Tabelle 7.1: Bevölkerung (15+) nach Staatsbürgerschaft, Geburtsland, Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht	Österreich	EU 27 + EFTA	Ex-Jugoslawien	Türkei	Sonstige Länder
	In 1,000				
	Staatsbürgerschaft				
Insgesamt	6.309,4	200,9	246,5	102,6	132,5
Männer	3.015,2	98,4	127,2	54,3	72,5
Frauen	3.294,2	102,5	119,3	48,3	60,0
	Geburtsland				
Insgesamt	5.885,4	386,8	339,9	171,3	208,5
Männer	2.826,7	163,0	174,6	95,2	108,1
Frauen	3.058,7	223,7	165,3	76,1	100,4
	Migrationshintergrund				
Insgesamt	5.833,8	401,1	366,7	180,5	209,9
Männer	2.803,6	169,7	186,7	99,7	107,9
Frauen	3.030,2	231,4	180,0	80,7	102,0

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

²³ Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Warnung der Armutskonferenz, Leseheft 2.

Wichtig für die Analyse der Gesundheitsfragen ist die Unterscheidung zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Die Merkmale Staatsbürgerschaft und Geburtsland wurden kombiniert, Personen mit Migrationshintergrund sind daher jene, die entweder im Ausland geboren sind oder eine ausländische Staatsbürgerschaft haben. 1,2 Mio. Menschen ab 15 Jahren haben gemäß dieser Definition einen Migrationshintergrund, das entspricht einem Anteil von 17% an der Gesamtbevölkerung (15+). Beinahe die Hälfte (47%) der Personen mit Migrationshintergrund ist entweder in Ex-Jugoslawien oder der Türkei geboren oder besitzt die Staatsbürgerschaft eines dieser Länder.

Untenstehende Tabelle 7.2. zeigt den Altersaufbau der Bevölkerung nach Migrationshintergrund. Die Zuwanderungsländer Ex-Jugoslawien und Türkei werden (um geringe Zellenbesetzungen zu vermeiden) gemeinsam dargestellt. Die Bevölkerung der EU 27- und EFTA-Länder ist ebenso wie jene Österreichs gekennzeichnet durch einen wesentlich älteren Altersaufbau als die übrigen Herkunftsländer, die einen relativ hohen Anteil an jungen Personen bzw. Personen im erwerbsfähigen Alter aufweisen. Daher ist für einen Vergleich der Gesundheitsfragen nach Migrationshintergrund die Berechnung von altersstandardisierten Werten unbedingt erforderlich.

Tabelle 7.2: Altersstruktur der Bevölkerung (15+) nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Alter in Jahren	Insgesamt	Österreich	In %		
			EU27 + EFTA	Ex-Jugoslawien, Türkei	Sonstige Länder
Männer					
15 bis 29	23,3	22,9	17,8	27,3	30,4
30 bis 44	29,3	28,0	25,9	39,3	40,3
45 bis 59	24,6	25,0	21,5	23,9	21,3
60 bis 74	16,3	17,1	24,4	8,1	5,0
75 u. mehr	6,6	7,0	10,5	1,4	3,0
Frauen					
15 bis 29	21,0	20,2	15,9	33,2	26,5
30 bis 44	26,8	26,3	22,9	30,6	40,1
45 bis 59	23,1	22,8	26,4	25,2	19,0
60 bis 74	17,2	18,0	19,6	9,4	9,1
75 u. mehr	11,8	12,7	15,2	1,5	5,3

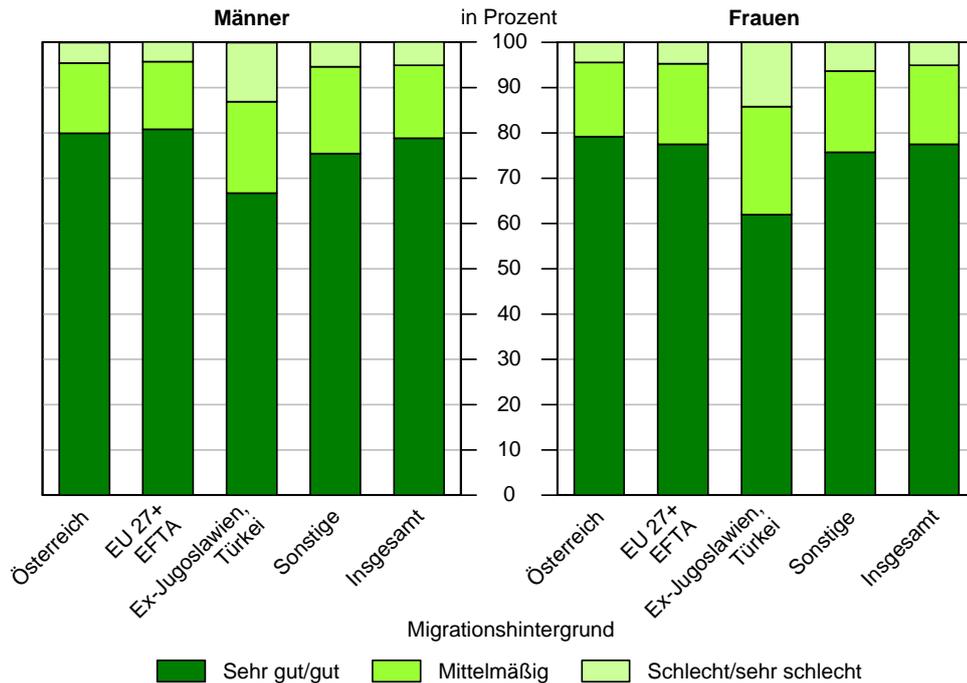
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

7.2. Migration und Gesundheitszustand

7.2.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Männer und Frauen aus EU 27- oder EFTA-Ländern schätzen ihren Gesundheitszustand vergleichbar mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ein. Altersstandardisiert fühlen sich von ihnen 80% (Männer ohne Migrationshintergrund) bzw. 81% (Männer aus EU 27 oder EFTA-Ländern) und 79% (Frauen ohne Migrationshintergrund) bzw. 76% (Frauen aus EU 27 oder EFTA-Ländern) gesundheitlich sehr gut oder gut. Als schlecht oder sehr schlecht stufen etwa 5% der Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund bzw. aus den EU 27 oder den EFTA-Ländern ihren Gesundheitszustand ein. Etwas unzufriedener sind Personen aus sonstigen Ländern, rund 75% (Männer) bzw. 76% (Frauen) fühlen sich sehr gut oder gut (schlecht oder sehr schlecht: 5% bzw. 6%). Am schlechtesten beurteilen Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei ihren Gesundheitszustand: 67% der Männer und 62% der Frauen fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut, 13% (Männer) bzw. 14% (Frauen) geben einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand an.

Grafik 7.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisiert in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Da sich Personen aus EU 27- und EFTA-Ländern in ihrem Gesundheitsverhalten nicht wesentlich von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheiden, wird in der weiteren Analyse lediglich auf die Unterschiede zwischen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei eingegangen. Nicht näher eingegangen wird auch auf die Personengruppe aus den sonstigen Ländern, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Für eine tiefer gehende Analyse der Personen aus sonstigen Ländern müsste diese Gruppe nach Herkunftsländern weiter gesplittet werden, wofür sich die Gesundheitsbefragung aber auf Grund der geringen Fallzahlen in dieser Personengruppe nicht eignet.

Über alle Altersgruppen hinweg haben Männer ohne Migrationshintergrund eine mehr als doppelt so große Wahrscheinlichkeit für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand wie Migranten aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei auf. Für Frauen ohne Migrationshintergrund ist im Vergleich zu Migrantinnen die Wahrscheinlichkeit, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen beinahe drei Mal so hoch.

Tabelle 7.3: Positive Beurteilung des Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	79,9	2,30	1,86-2,84	79,2	2,89	2,38-3,51
Ex-Jugoslawien, Türkei	66,7	Ref.	-	62,0	Ref.	-

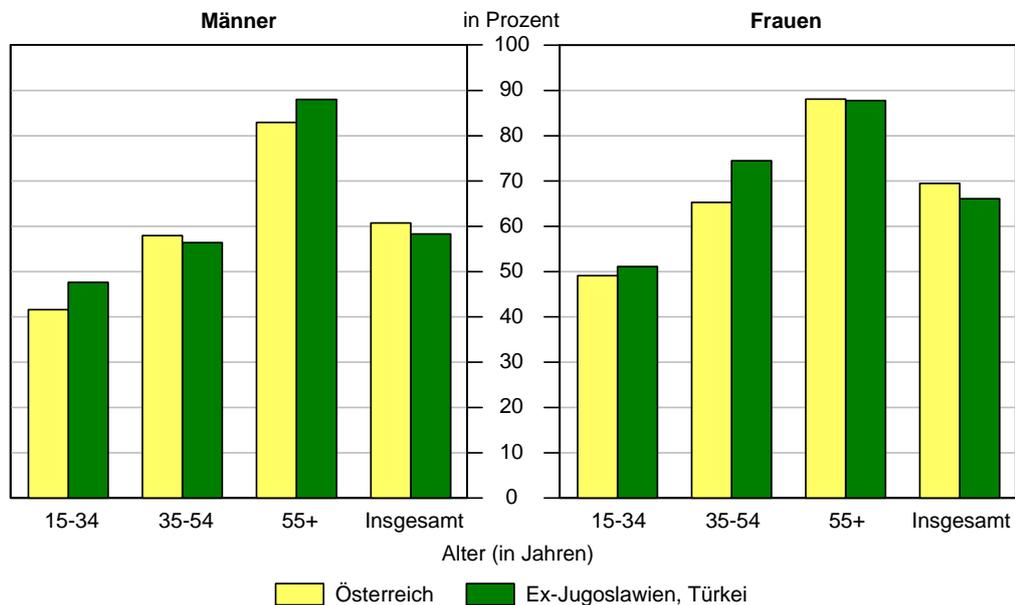
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

7.2.2. Chronische Erkrankungen

Bezüglich der Prävalenz chronischer Krankheiten lassen sich bei beiden Geschlechtern zwischen der Bevölkerung ohne und mit Migrationshintergrund insgesamt nur geringe Unterschiede feststellen. Bei den Männern geben 61% (ohne Migrationshintergrund) bzw. 58% (mit Migrationshintergrund) an, zumindest eine chronische Krankheit zu haben, bei den Frauen betragen die entsprechenden Häufigkeiten 70% bzw. 66%. Mit zunehmendem Alter nimmt bei Männern und Frauen in beiden Bevölkerungsgruppen der Anteil mit mindestens einer chronischen Krankheit zu, wobei sich bei den Männern in den Altersgruppen 15 bis 34 Jahre und 55 Jahre und mehr und bei den Frauen in der mittleren Altersgruppe (35 bis 54 Jahre) die größten Unterschiede nach Migrationshintergrund (zu Ungunsten der Personen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei) finden.

Grafik 7.2: Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Wie oben bereits erwähnt, sind auf Grund des unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung ohne bzw. mit Migrationshintergrund ein altersstandardisierter Vergleich und die Berechnung von Odds Ratios nach Altersstandardisierung notwendig. Dabei wird deutlich, dass die Bevölkerung aus Ex-Jugoslawien und der Türkei häufiger an chronischen Krankheiten leidet als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. 59% der Männer ohne Migrationshintergrund und 66% der Migranten haben mindestens eine chronische Krankheit (bei den Frauen betragen die entsprechenden Häufigkeiten 63% bzw. 69%). Jedoch sind die Ergebnisse bei den Männern nicht, bei den Frauen nur gering signifikant.

Tabelle 7.4: Auftretenswahrscheinlichkeit von mindestens einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	59,1	Ref.	-	62,5	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	65,7	1,14	0,96-1,37	68,8	1,20	1,00-1,44

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Betrachtet man ausgewählte chronische Krankheiten, so haben Männer mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit an Migräne und häufigen Kopfschmerzen, chronischen Angstzuständen und Depression und an Wirbelsäulenbeschwerden zu leiden. Bei den Frauen bestehen die größten Unterschiede bei der Diabetesprävalenz (Migrantinnen haben ein 3,4-faches Risiko, an Diabetes zu leiden wie Frauen ohne Migrationshintergrund), gefolgt von Bluthochdruck, chronischen Angstzuständen und Depression, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus und bei Wirbelsäulenbeschwerden.

Dagegen haben Männer und Frauen mit Migrationshintergrund nur ein halb so hohes Risiko wie Personen ohne Migrationshintergrund, an Allergien zu erkranken.

Tabelle 7.5: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht

Chronische Krankheiten	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Wirbelsäulenbeschwerden	1,32	1,10-1,59	1,49	1,25-1,78
Allergien	0,51	0,38-0,69	0,58	0,46-0,75
Bluthochdruck	1,06	0,82-1,39	2,63	2,08-3,31
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1,78	1,39-2,28	1,62	1,35-1,94
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	1,14	0,85-1,52	1,51	1,17-1,97
Chronische Angstzustände, Depression	1,72	1,20-2,46	2,61	2,02-3,36
Diabetes	1,39	0,90-2,14	3,36	2,38-4,75
Harninkontinenz	1,98	1,15-3,40	0,87	0,55-1,38

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

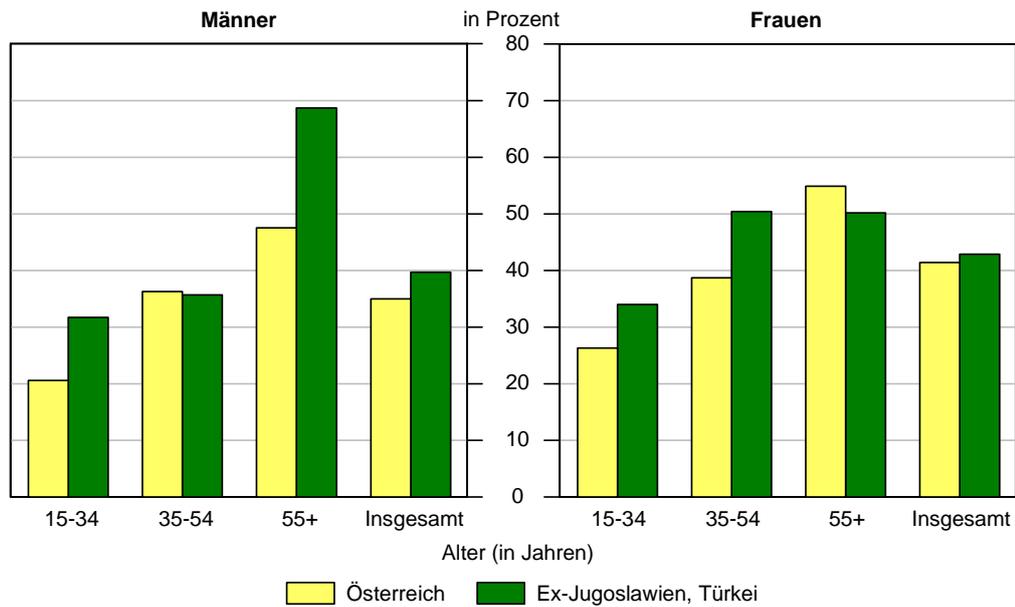
OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie= Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund.

7.2.3. Schmerzprävalenz

Personen mit Migrationshintergrund berichten etwas häufiger über erhebliche Schmerzen während der letzten zwölf Monate vor der Befragung als Personen ohne Migrationshintergrund (Männer: 40% bzw. 35%, Frauen: 43% bzw. 41%). Ähnlich der Altersverteilung bei den chronischen Krankheiten sind die Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit nach Migrationshintergrund vor allem bei jungen (15 bis 34 Jahre) und älteren Männern (55 Jahre und mehr) und bei den jungen und mittleren Frauen (35 bis 54 Jahre) am größten (siehe Grafik 7.3).

Nach Altersstandardisierung und Berechnung der Odds Ratios werden die Unterschiede im Auftreten von erheblichen Schmerzen noch deutlicher (siehe Tabelle 7.6): Migranten und Migrantinnen sind von erheblichen Schmerzen um den Faktor 1,4 bzw. 1,3 signifikant häufiger betroffen als Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund. 41% der Männer und 44% der Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei berichten über erhebliche Schmerzen im letzten Jahr (ohne Migrationshintergrund: 39% bzw. 34%).

Grafik 7.3: 12-Monats-Prävalenz erheblicher Schmerzen nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Tabelle 7.6: Auftretenswahrscheinlichkeit von erheblichen Schmerzen in den letzten 12 Monaten in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	33,9	Ref.	-	38,6	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	41,1	1,41	1,18-1,69	43,7	1,34	1,13-1,59

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Bei Männern sind signifikante Unterschiede bei den Schmerzregionen Oberschenkel, Knie und Unterschenkel, Schultern und (gering signifikant) Rücken zu finden. Männer mit Migrationshintergrund leiden häufiger an Schmerzen in diesen Regionen. Das Risiko, an Migräne und Kopfschmerzen oder an Schmerzen in der Schulter zu leiden, ist für Migrantinnen doppelt so hoch wie für Frauen ohne Migrationshintergrund. Auch im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule sowie in Oberschenkel, Knie und Unterschenkel treten zu ungunsten der Migrantinnen signifikante Unterschiede auf.

Tabelle 7.5: Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer Schmerzen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Schmerzorte	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Kreuz (Lendenwirbelsäule)	1,17	0,93-1,48	1,14	0,90-1,44
Oberschenkel, Knie, Unterschenkel	1,90	1,45-2,47	1,61	1,20-2,17
Schultern	1,81	1,32-2,48	1,97	1,45-2,66
Kopfschmerzen und Migräne	1,16	0,78-1,73	2,07	1,66-2,59
Nacken (Halswirbelsäule)	1,27	0,89-1,82	1,47	1,12-1,92
Rücken (Brustwirbelsäule)	1,46	1,01-2,10	1,62	1,17-2,25

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie= Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund.

7.2.4. Psychische Gesundheit

Generell beurteilen Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei ihre Lebensqualität schlechter als Personen ohne Migrationshintergrund. Die größten Unterschiede bestehen in den Bereichen Umwelt und allgemeine Lebensqualität. Bei der Beurteilung der sozialen Beziehungen treten dagegen kaum Unterschiede auf.

Tabelle 7.6: Lebensqualität nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht, Migrationshintergrund	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
Männer					
Insgesamt	75,7	62,8	68,6	77,7	76,5
Österreich	76,5	81,7	79,2	78,2	77,6
Ex-Jugoslawien, Türkei	69,3	77,0	73,8	76,0	69,7
Frauen					
Insgesamt	74,3	61,2	67,6	77,3	75,1
Österreich	74,9	78,2	75,4	77,7	75,9
Ex-Jugoslawien, Türkei	67,7	74,2	71,0	76,0	68,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

Migranten und Migrantinnen beurteilen auch ihre Lebensqualität bezüglich Vitalität und psychischem Wohlbefinden etwas schlechter als Inländer.

Tabelle 7.7: Vitalität und psychisches Wohlbefinden nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Migrationshintergrund	Vitalität		Psychisches Wohlbefinden	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Mittelwerte der Bereiche			
Insgesamt	69,0	65,0	80,9	77,2
Österreich	69,7	65,6	81,7	77,8
Ex-Jugoslawien, Türkei	64,2	59,0	76,8	70,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

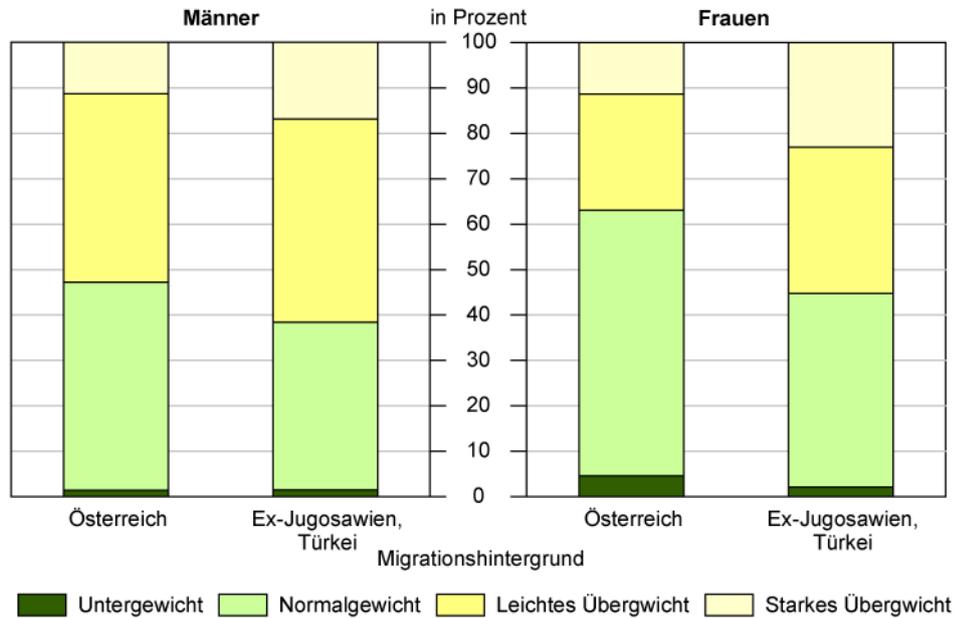
Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

7.3. Migration und Gesundheitsverhalten

7.3.1. Übergewicht

Frauen mit Migrationshintergrund sind altersstandardisiert häufiger adipös als Frauen ohne Migrationshintergrund (23% bzw. 11%). Bei Männern sind ebenfalls Männer mit Migrationshintergrund häufiger adipös, die Unterschiede sind aber nicht so stark ausgeprägt wie bei den Frauen: 17% der Männer aus Ex-Jugoslawien oder Türkei haben starkes Übergewicht im Vergleich zu 11% der Männer ohne Migrationshintergrund.

Grafik 7.4: BMI nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisiert in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Bei beiden Geschlechtern haben Personen mit Migrationshintergrund statistisch signifikant häufiger starkes Adipositas-Risiko. Bei Männern aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei besteht ein 1,8-faches Adipositas-Risiko, Frauen mit diesem Migrationshintergrund haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, stark übergewichtig zu sein (um den Faktor 2,5).

Tabelle 7.8: Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	11,3	Ref.	-	11,3	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	16,9	1,75	1,39-2,21	23,0	2,51	2,03-3,12

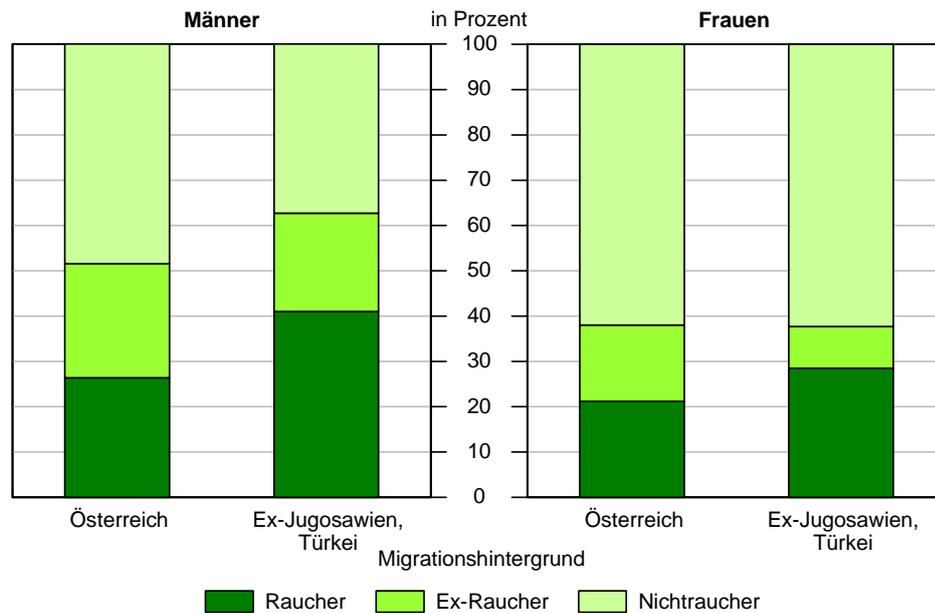
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

7.3.2. Rauchen

Männer aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei rauchen im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund (altersstandardisiert) deutlich öfters täglich (41% bzw. 26%). Bei den Frauen – die generell seltener rauchen - sind die Unterschiede etwas schwächer ausgeprägt, 21% der Frauen ohne Migrationshintergrund und 29% der Frauen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei greifen täglich zur Zigarette.

Grafik 7.5: Raucherstatus nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisiert in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Migranten aus Ex-Jugoslawien und der Türkei rauchen doppelt so häufig wie Männer ohne Migrationshintergrund, bei den Frauen liegt dieser Faktor bei 1,4. Die Unterschiede sind statistisch signifikant.

Tabelle 7.9: Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

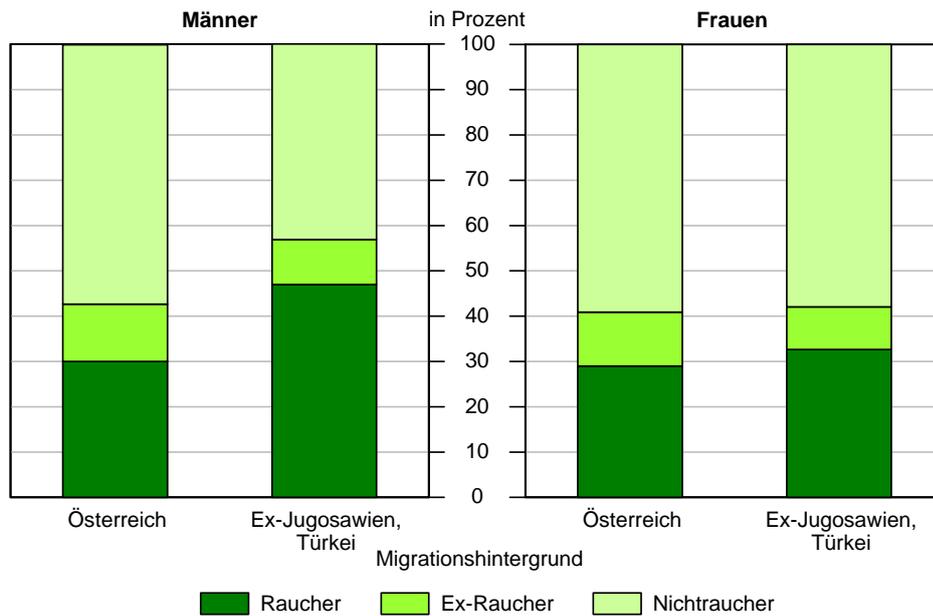
Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	26,4	Ref.	-	21,2	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	41,0	2,03	1,71-2,41	28,5	1,44	1,19-1,73

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

Da Rauchen besonders unter Jugendlichen (15 bis 29 Jahre) verbreitet ist, ist ein Blick auf die Raucherquoten der Jugendlichen nach Migrationshintergrund sinnvoll. Auch bei den Jugendlichen gibt es bei beiden Geschlechtern deutliche Unterschiede zwischen Jugendlichen ohne und mit Migrationshintergrund. Beinahe die Hälfte der männlichen Jugendlichen mit Migrationshintergrund (47%) raucht täglich, bei den gleichaltrigen Männern ohne Migrationshintergrund sind es 30%. Die Unterschiede in den weiblichen Raucherquoten zwischen Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und Türkei und den Frauen ohne Migrationshintergrund sind weniger ausgeprägt als bei den männlichen Jugendlichen (33% bzw. 29%). Aber während sich die Raucherquoten zwischen den jungen Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund kaum unterscheiden, rauchen bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund mehr Männer als Frauen.

Grafik 7.6: Raucherstatus bei Jugendlichen (15-29 Jahre) nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

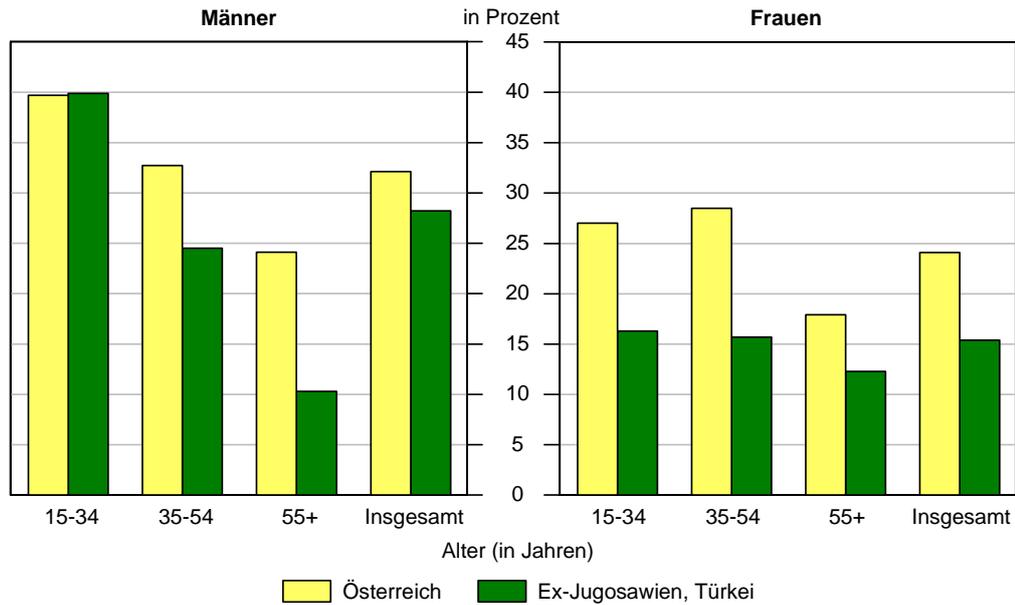
7.3.3. Körperliche Aktivität

Unterschiede nach Migrationshintergrund lassen sich auch bei der körperlichen Aktivität feststellen. Etwa ein Drittel der Männer (32%) ohne Migrationshintergrund betreibt mindestens drei Mal in der Woche Sport, bei Männern mit Migrationshintergrund sind 28% ausreichend körperlich aktiv. Frauen sind weniger häufig körperlich aktiv, nämlich 24% der Frauen ohne Migrationshintergrund und 15% der Migrantinnen.

Betrachtet man die Aktivitätsquote nach dem Alter, so ist bei der jungen männlichen Bevölkerung (15 bis 34 Jahre) kein Unterschied nach Migrationshintergrund zu erkennen. In beiden Bevölkerungsgruppen beträgt die Aktivitätsquote 40%. Mit dem Alter nimmt der Unterschied der körperlich aktiven Bevölkerung nach Migrationshintergrund zu. Frauen mit Migrationshintergrund sind in allen Altersgruppen weniger häufig aktiv als Frauen ohne Migrationshintergrund (siehe Grafik 7.7).

Auch die Berechnung von altersbereinigten Odds Ratios für die sportliche Inaktivität ergibt für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, nicht ausreichend sportlich aktiv zu sein. Wie aus Tabelle 7.10 ersichtlich ist, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Männer mit Migrationshintergrund sportlich inaktiv sind, verglichen mit Männern ohne Migrationshintergrund um den Faktor 1,4 erhöht, für Frauen ist die entsprechende Wahrscheinlichkeit um den Faktor 2,0 erhöht.

Grafik 7.7: Sportlich aktive Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Tabelle 7.10: Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	67,1	Ref.	-	74,0	Ref.	-
Ex-Jugoslawien, Türkei	74,0	1,35	1,12-1,63	85,4	2,04	1,63-2,55

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

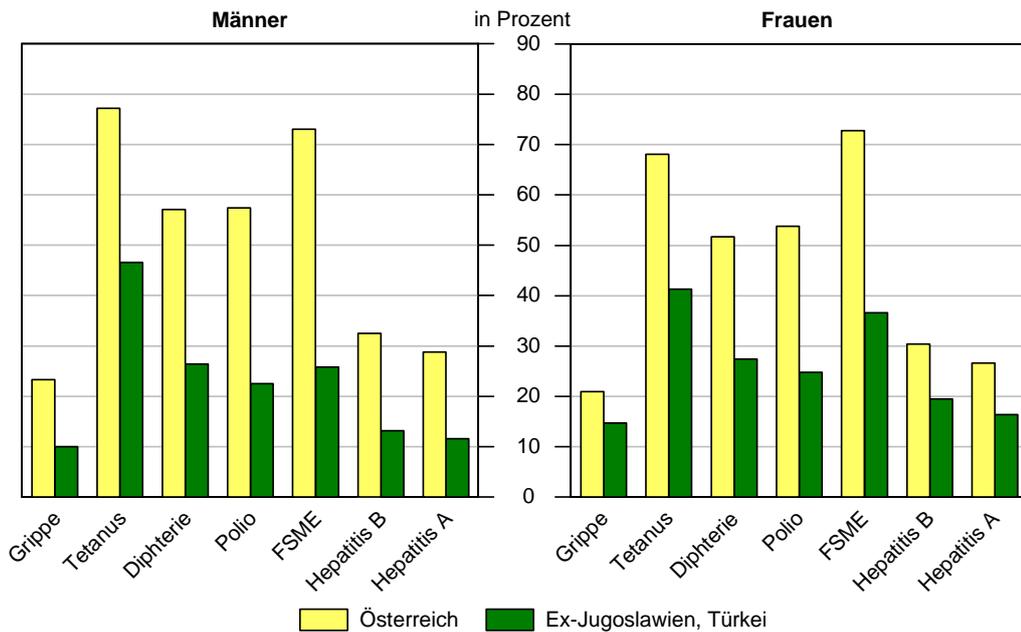
%=Altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

7.4. Migration und Gesundheitsvorsorge

7.4.1. Impfungen

Die Teilnahme an Schutzimpfungen kann als Indikator für die Inanspruchnahme präventiver Angebote herangezogen werden. Dabei lässt sich erkennen, dass Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger einen aufrechten Impfschutz haben (bezogen auf die in der Gesundheitsbefragung gefragten Schutzimpfungen) als Migranten und Migrantinnen. Bei beiden Bevölkerungsgruppen besteht am häufigsten ein Impfschutz gegen Tetanus, FSME, Diphtherie und Polio. Während Männer ohne Migrationshintergrund häufiger einen aufrechten Impfschutz vorweisen können als Frauen, ist es bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund umgekehrt: Ausgenommen der Tetanusimpfung sind Frauen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei häufiger geimpft als Männer aus diesen Ländern.

Grafik 7.8: Bevölkerung (15+) mit aufrechem Impfschutz nach Migrationshintergrund (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Die Unterschiede im Impfverhalten nach Migrationshintergrund sind für alle angeführten Impfungen signifikant. Die größten Abweichungen sind bei der FSME-Impfung zu erkennen: das Risiko, keinen aufrechten Impfschutz zu haben ist für Migranten um das 9-Fache erhöht, für Migrantinnen um das 6-Fache.

Tabelle 7.11: Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Kein aufrechter Impfschutz	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	2,31	1,76-3,04	1,21	0,96-1,53
Tetanus	5,28	4,42-6,32	4,52	3,80-5,38
Diphtherie	4,76	3,93-5,77	4,26	3,53-5,14
Polio	6,46	5,27-7,93	5,64	4,64-6,85
FSME	8,94	7,36-10,85	6,13	5,14-7,32
Hepatitis B	3,95	3,09-5,05	2,58	2,09-3,18
Hepatitis A	3,76	2,91-4,87	2,46	1,97-3,07

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie= Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund.

7.4.2. Vorsorgeuntersuchungen

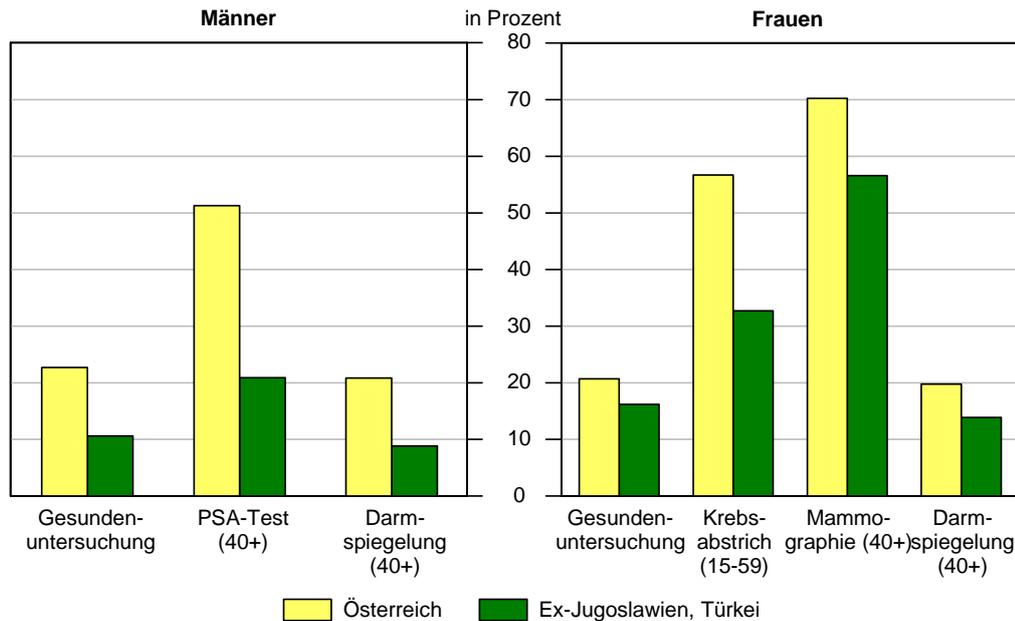
Migranten und Migrantinnen nutzen seltener Vorsorgeuntersuchungen, wobei die Unterschiede bei den Männern ausgeprägter sind als bei den Frauen. Etwa die Hälfte der Männer ohne Migrationshintergrund im Alter von 40 und mehr Jahren war in den letzten drei Jahren bei einem PSA-Test, bei den gleichaltrigen Migranten ging nur ein Fünftel zu dieser Krebsvorsorgeuntersuchung.

Bei den Frauen wird am häufigsten die Mammographie-Untersuchung durchgeführt: 70% der Frauen ohne Migrationshintergrund und 57% der Migrantinnen waren in den letzten drei Jahren bei dieser Brustkrebsvorsorgeuntersuchung (bezogen auf die Frauen im Alter von 40 und mehr Jahren). Der regelmäßige Krebsabstrich beim Frauenarzt oder der Frauenärztin (empfohlen wird ein Mal

jährlich) wurde im letzten Jahr bei 57% der Frauen ohne Migrationshintergrund und 33% der Migrantinnen durchgeführt (bezogen auf die Frauen im Alter zwischen 15 und 59 Jahren).

Auch die allgemeine Gesundenuntersuchung wird von Personen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen. 23% der Männer und 21% der Frauen ohne Migrationshintergrund waren im letzten Jahr bei der Gesundenuntersuchung, bei den Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei waren es 11% bzw. 16%.

Grafik 7.9: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund (in %)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Wie untenstehende Tabelle zeigt, sind bei beiden Geschlechtern altersstandardisiert die Abweichungen in der Teilnahme an den angeführten Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund statistisch signifikant (mit Ausnahme der Darmspiegelung bei Frauen). Für Männer mit Migrationshintergrund ist die Wahrscheinlichkeit, nicht zu einem PSA-Test zu gehen, 3,7-mal höher als für Männer mit Migrationshintergrund. Bezogen auf die Darmspiegelung bzw. die Gesundenuntersuchung beträgt dieser Faktor 2,4 bzw. 2,3.

Frauen mit Migrationshintergrund haben ein 3-fach erhöhtes Risiko, keine Brustkrebsvorsorge durchführen zu lassen. Beim Krebsabstrich ist das Risiko 2,7-fach erhöht.

Tabelle 7.12: Keine Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

Vorsorgeuntersuchungen	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Krebsabstrich	-	-	2,65	2,19-3,20
Mammographie	-	-	2,97	2,32-3,79
PSA-Test	3,68	2,74-4,93	-	-
Gesundenuntersuchung	2,25	1,72-2,95	1,29	1,03-1,61
Darmspiegelung	2,36	1,56-3,58	1,39	0,99-1,95

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie= Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund.

8. Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Einfluss jeweils einzelner demographischer und sozio-ökonomischer Merkmale auf die Gesundheit (unter Ausschaltung des Alterseffekts) untersucht. Da diese Merkmale jedoch zum Teil stark korrelieren (z.B. Pflichtschulabschluss und einfache manuelle Tätigkeit), scheint es sinnvoll, den Einfluss jedes dieser unabhängigen Merkmale, bei gleichzeitiger Kontrolle der weiteren Einflussfaktoren, anhand eines Regressionsmodells zu quantifizieren.

Folgende unabhängige, d.h. erklärende Variablen wurden im Modell berücksichtigt: Äquivalenzeinkommen, Art der beruflichen Tätigkeit, Lebensunterhalt, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht. Als zentrale Gesundheitsindikatoren wurden Rauchen, Adipositas, Diabetes, chronische Angstzustände und Depressionen, kein aufrechter Impfschutz, keine Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Allergien und der subjektive Gesundheitszustand ausgewählt. Berechnet wurden Odds Ratios (OR) und die 95%-Konfidenzintervalle sowie das Pseudo-R² nach Nagelkerke, das den Anteil der erklärten Varianz des logistischen Regressionsmodells beschreibt.²⁴

Einbezogen in die Analyse wurden Personen, die derzeit erwerbstätig sind bzw. eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben (das sind etwa 90% der erfassten Personen im Alter von 15 und mehr Jahren). Bei der Differenzierung nach dem Migrationshintergrund wurden Personen ohne unmittelbaren Migrationshintergrund, Personen aus den EU 15 sowie EFTA-Ländern zusammengefasst und den Personen aus sonstigen Ländern (zwölf neue Länder der EU 27, Ex-Jugoslawien, Türkei, sonstige Länder) gegenübergestellt.

8.1. Rauchen

Das tägliche Rauchen ist ein weit verbreitetes und massiv gesundheitsschädigendes Verhalten, das neben den hier analysierten demographischen und sozio-ökonomischen Determinanten wesentlich von psychosozialen Gegebenheiten bestimmt wird. Diese können individuell sehr stark variieren und sind schwer zu erfassen. Das heißt: Die Frage, welches der Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Lebensunterhalt oder Migrationshintergrund das tägliche Rauchen bestimmen, schließt von Vorneherein nur einen Ausschnitt aus dem breiten Spektrum relevanter Einflussgrößen mit ein. Die Tatsache, ob man gewohnheitsmäßig raucht oder nicht wird von einer jeweils sehr individuellen Zusammensetzung aus den genannten Faktoren bestimmt.

Aus der vorangegangenen Analyse der einzelnen demographischen und sozio-ökonomischen Merkmale (lediglich unter Kontrolle des Faktors Alter) wurde ersichtlich, dass vor allem einzelne Aspekte des Berufslebens - die Faktoren Art der beruflichen Tätigkeit (einfache manuelle Tätigkeit, Landwirtschaft) und Arbeitslosigkeit - sowie die Bildung die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens beeinflussen.

Dies wird auch unter Einschluss demographischer und sozio-ökonomischer Faktoren in ein Regressionsmodell zur Bestimmung des Erklärungsgehalts der einzelnen Variablen unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren, deutlich. Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

Starken Einfluss auf das Rauchverhalten hat die Art des Lebensunterhalts. Das im Vergleich zu Erwerbstätigen höchste Risiko, täglich zu rauchen, haben dauer-

²⁴ Zur Beschreibung der Maßzahlen siehe auch Kapitel 2.

haft arbeitsunfähige Männer (OR=2,29) und arbeitslose Frauen (OR=2,02). Diese Gruppen haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, täglich zu rauchen, wie Erwerbstätige.

Die Art der beruflichen Tätigkeit bestimmt das Risiko, täglich zu rauchen, wesentlich. Bei einem Vergleich mit Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit haben bei den Männern jene mit einfachen manuellen Tätigkeiten ein signifikant erhöhtes Risiko (OR=1,98), hingegen ist bei Frauen das Risiko bei Landwirtinnen deutlich verringert (OR=0,22).

Für das Bildungsniveau ist ein durchgängig starker Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, erkennbar. Das Risiko ist besonders bei Männern mit Abschluss einer Lehre/BMS (OR=1,98) und bei Frauen mit Pflichtschulbildung im Vergleich zur höher Gebildeten erhöht (OR=1,82).

Nicht unerheblich für das Risiko, täglich zu rauchen, ist auch der Migrationshintergrund, wobei Männer ein etwas höheres Risiko aufweisen als Frauen (Männer: OR=1,27; Frauen: OR=1,08).

Das Einkommen hat einen nur geringen Erklärungsgehalt für das Risiko, täglich zu rauchen, und die Unterschiede zwischen den einzelnen Einkommensklassen sind – besonders bei den Frauen – gering.

Das Alter erweist sich als starker Einflussfaktor auf das Rauchverhalten: Das Risiko täglichen Rauchens nimmt mit zunehmendem Alter stark ab – bei Frauen stärker als bei Männern. Im Alter von 75 oder mehr Jahren beträgt das Risiko im Vergleich zu 15-29-Jährigen bei Männern nur mehr rund ein Siebentel (OR=0,14) und ist bei Frauen noch geringer (OR=0,04).

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells – die in der Maßzahl des Pseudo-R² nach Nagelkerke zum Ausdruck kommt - ist mit einem Wert von 0,138 (das heißt 14% erklärte Varianz) für Männer und 0,146 (15% erklärte Varianz) für Frauen an der unteren Grenze (akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5²⁵). Dies kann unter anderem an der bekannten wechselseitigen Korrelation von Bildung, Beruf und Einkommen liegen, aber auch an der zum Teil hohen Zahl an Ausprägungen innerhalb der einzelnen Variablen, die in weiterer Folge zu einer geringen Häufigkeit in den einzelnen Zellbesetzungen führen.

Die Anteile der partiell erklärten Varianz der einzelnen Variablen am Gesamtwert von 0,138 für Männer und 0,146 für Frauen – d.h. bei einer Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable - sind jeweils sehr gering (maximal 0,017) – mit Ausnahme des Alters bei Frauen (0,043).

²⁵ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.

Tabelle 8.1: Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	0,86	0,71-1,04	1,02	0,84-1,24
60%-<80%	0,74	0,60-0,91	1,05	0,85-1,30
80%-<100%	0,73	0,60-0,89	1,06	0,86-1,30
100%-<150%	0,82	0,70-0,96	0,98	0,83-1,17
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,98	1,59-2,45	1,39	1,10-1,76
Höhere manuelle Tätigkeit	1,63	1,31-2,01	1,16	0,86-1,55
Landwirtschaft	0,53	0,34-0,83	0,22	0,11-0,43
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,29	1,04-1,59	1,41	1,14-1,74
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,19	0,92-1,53	1,18	0,87-1,61
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,70	1,31-2,21	2,02	1,50-2,72
Pensionist/in	0,92	0,70-1,21	1,15	0,88-1,49
Haushaltsführend	0,28	0,04-2,25	0,60	0,49-0,75
Schüler/in, Student/in	0,70	0,41-1,19	0,96	0,62-1,49
Dauerhaft arbeitsunfähig	2,29	1,01-5,21	1,28	0,51-3,19
Präsenz-/Zivildienst	0,98	0,40-2,37	-	-
In Elternkarenz	0,86	0,17-4,36	0,55	0,40-0,75
Sonstiger Lebensunterhalt	2,43	1,26-4,68	1,11	0,44-2,83
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	1,85	1,47-2,32	1,82	1,47-2,27
Lehre/BMS	1,98	1,66-2,36	1,70	1,43-2,02
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	1,27	1,07-1,49	1,08	0,90-1,29
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	0,99	0,84-1,16	0,68	0,58-0,80
45 bis 59	0,72	0,60-0,86	0,50	0,42-0,60
60 bis 74	0,35	0,26-0,49	0,18	0,13-0,25
75+	0,14	0,09-0,23	0,04	0,02-0,07
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,138		0,146	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,136		0,146	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,122		0,133	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,132		0,131	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,126		0,138	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,137		0,146	
Modell ohne Alter	0,121		0,103	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.2. Starkes Übergewicht (Adipositas)

Starkes Übergewicht (Adipositas) ist aufgrund der schweren Folgeerkrankungen, die es mit sich bringen kann, ein ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem. Die Hauptursachen liegen neben den relativ seltenen genetischen und physiologischen Faktoren in einem „ungesunden“ Lebensstil mit falscher Ernährung und mangelnder Bewegung. Der Lebensstil ist wiederum von sozio-ökonomischen, sozio-demographischen sowie psychosozialen Faktoren beeinflusst und stellt – so alltäglich Ernährung und Bewegung sind – ein komplexes Verhaltensmuster dar.

Von den in die vorliegende Regressionsanalyse einbezogenen Merkmalen Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Lebensunterhalt und Migrationshintergrund (unter Konstanzhaltung der jeweils anderen Faktoren) beeinflusst das Alter die Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas am stärksten. Betroffen sind vor allem 45- bis 59-Jährige: Bei Männern dieser Altersgruppe ist das Adipositas-Risiko um rund das 3,5-Fache ($OR=3,42$), bei Frauen um rund das 3-Fache ($OR=2,83$) gegenüber der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen erhöht. Das Adipositas-Risiko ist aber auch bei den anderen Altersgruppen überdurchschnittlich hoch.

Die analysierten Faktoren unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer jeweiligen Wirkung auf das Adipositas-Risiko von Männern und Frauen. Bei den Männern zeigen sich über den Altersfaktor hinaus nur eher geringe Einflüsse der anderen Faktoren, d.h. nur noch bei Bildung und Migrationshintergrund. Bei den Frauen zeigen sich bei allen Analysen signifikante Effekte.

Die Art des Lebensunterhalts erweist sich vor allem bei den Frauen als wesentlicher Einflussfaktor auf das Adipositas-Risiko. Im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen haben Frauen, die dauerhaft arbeitsunfähig sind ($OR=2,78$) und arbeitslose Frauen ($OR=2,48$) ein signifikant erhöhtes Adipositas-Risiko.

Auch die Art der beruflichen Tätigkeit wirkt sich wiederum nur bei Frauen in allen Tätigkeitsbereichen mit Ausnahme der Selbstständigkeit in Form einer Erhöhung des Adipositas-Risikos aus (OR zwischen 1,44 und 1,80).

Was den Einfluss des Bildungsniveaus auf das Adipositas-Risiko betrifft, ist das Risiko besonders bei Frauen mit Pflichtschulbildung ($OR=1,74$) und bei Männern mit Abschluss einer Lehre/BMS ($OR=1,27$) im Vergleich zu höher Gebildeten erhöht.

Einkommensunterschiede erweisen sich ebenso nur bei Frauen wirksam: Frauen der zweithöchsten ($OR=1,45$) und der untersten ($OR=1,34$) Einkommensklasse weisen ein im Vergleich zur höchsten Einkommensklasse erhöhtes Adipositas-Risiko auf.

Ein leichter Effekt der Erhöhung des Adipositas-Risikos zeigt sich auch bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund, wobei Männer ein geringfügig höheres Risiko aufweisen als Frauen (Männer: $OR=1,27$; Frauen: $OR=1,23$).

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells (Pseudo- R^2 nach Nagelkerke) ist mit 0,064 (6% erklärte Varianz) für Männer und 0,094 (9% erklärte Varianz) eher gering²⁶. Hier kann nur wieder auf die Korrelation von Bildung, Beruf und Einkommen sowie auf die hohe Zahl an Ausprägungen innerhalb der einzelnen Variablen als mögliche Erklärungen hingewiesen werden.

²⁶ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Die Anteile der partiell erklärten Varianz (Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable) der einzelnen Variablen am Gesamtwert von 0,064 für Männer und 0,094 für Frauen sind jeweils sehr gering (maximal 0,011), Ausnahme ist wiederum das Alter (0,032 bei Männern, 0,073 bei Frauen).

Tabelle 8.2: Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	1,20	0,93-1,55	1,34	1,05-1,70
60%-<80%	1,17	0,90-1,52	1,19	0,93-1,54
80%-<100%	0,97	0,75-1,27	0,98	0,75-1,28
100%-<150%	1,09	0,89-1,35	1,45	1,17-1,80
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,26	0,95-1,66	1,80	1,32-2,45
Höhere manuelle Tätigkeit	1,27	0,97-1,67	1,82	1,25-2,66
Landwirtschaft	0,93	0,59-1,46	1,82	1,21-2,74
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,88	0,66-1,17	1,44	1,07-1,92
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,23	0,91-1,67	1,00	0,66-1,51
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	0,93	0,63-1,37	2,48	1,73-3,55
Pensionist/in	1,33	0,99-1,80	1,63	1,25-2,11
Haushaltsführend	0,76	0,11-5,48	1,23	0,97-1,56
Schüler/in, Student/in	0,00	0,00-	0,39	0,11-1,39
Dauerhaft arbeitsunfähig	0,31	0,05-1,76	2,78	1,14-6,78
Präsenz-/Zivildienst	-	-	-	-
In Elternkarenz	-	-	1,62	1,08-2,42
Sonstiger Lebensunterhalt	0,28	0,06-1,34	0,75	0,21-2,69
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	1,32	0,97-1,79	1,74	1,32-2,28
Lehre/BMS	1,44	1,14-1,82	1,14	0,90-1,45
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	1,27	1,02-1,58	1,23	1,00-1,52
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	2,11	1,57-2,83	1,68	1,26-2,25
45 bis 59	3,42	2,55-4,60	2,83	2,11-3,79
60 bis 74	3,01	2,00-4,53	2,75	1,91-3,97
75+	1,10	0,65-1,86	1,52	1,01-2,28
Pseudo R² nach Nagelkerke				
Gesamtmodell	Männer		Frauen	
	0,064		0,094	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,063		0,089	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,061		0,088	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,058		0,083	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,062		0,088	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,063		0,093	
Modell ohne Alter	0,032		0,073	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.3. Diabetes

Diabetes mellitus ist zum Teil zwar erblich bedingt (vor allem Typ II), wird aber auch durch Risikofaktoren wie Übergewicht, falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkoholmissbrauch stark beeinflusst. Diabetes ist zum überwiegenden Teil eine Erkrankung des höheren Alters („Altersdiabetes“). Dies zeigt sich auch ganz deutlich in der vorliegenden Analyse: Der Risikofaktor für Diabetes steigt mit zunehmendem Alter stark an, und zwar bei Männern stärker als bei Frauen. Im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe (15- bis 29-Jährige) steigt der Risikofaktor bei Männern von 3,75 bei 30- bis 44-jährigen auf 45,84 bei ab 75-jährigen und bei Frauen von 1,79 bei 30- bis 44-jährigen auf 14,36 bei ab 75-jährigen.

Bei Frauen zeigen sich für alle analysierten Faktoren mit Ausnahme der Bildung signifikante Effekte, bei Männern nur bei den Faktoren Alter und Art des Lebensunterhalts.

Von den über Alter und Geschlecht hinaus in die Analyse einbezogenen Merkmalen Bildung, Einkommen, Lebensunterhalt und Migrationshintergrund (unter Konstanzhaltung der jeweils anderen Faktoren) erweist sich vor allem die Art des Lebensunterhalts als aussagekräftig. Bei Männern ist das Diabetes-Risiko bei arbeitslosen Männern (OR=2,36) und bei Pensionisten (OR=1,73) signifikant erhöht, bei Frauen bei dauerhaft arbeitsunfähigen Frauen (OR=4,35), Pensionistinnen (OR=3,26) und haushaltsführenden Frauen (OR=2,04) – jeweils im Vergleich zu Erwerbstätigen.

Hinsichtlich der Art der Tätigkeit gibt es bei Männern keine Unterschiede, bei Frauen ist das Diabetes-Risiko bei jenen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Frauen, die höhere manuelle Tätigkeiten ausführen um mehr als das Doppelte erhöht (OR=2,09).

Ein signifikanter Effekt des Migrationshintergrunds auf das Diabetes-Risiko zeigt sich nur bei den Frauen. Migratinnen haben ein nahezu doppelt so hohes Diabetes-Risiko wie Österreicherinnen (OR=1,97).

Auch Einkommensunterschiede sind wiederum nur bei Frauen erkennbar: Das Diabetes-Risiko ist in den beiden untersten Einkommensklassen um rund das 1,5-Fache höher als in der höchsten Einkommensklasse.

Das Bildungsniveau weist laut den Ergebnissen der Regressionsanalyse keinen signifikanten Einfluss auf das Diabetes-Risiko auf, bei der weiter oben durchgeführten Einzelanalyse der Faktoren war dieser jedoch deutlich erkennbar (wobei dort nur zwischen Pflichtschul- und Hochschulbildung verglichen wurde).

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells (Pseudo-R² nach Nagelkerke) ist mit 0,197 (20% erklärte Varianz) für Männer und 0,225 (20% erklärte Varianz) akzeptabel²⁷.

Die Anteile der partiell erklärten Varianz (Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable) der einzelnen Variablen am Gesamtwert sind mit Ausnahme des Alters (0,047 bei Männern, 0,032 bei Frauen) sehr gering und betragen maximal 0,011.

²⁷ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Tabelle 8.3: Auftretenswahrscheinlichkeit von Diabetes in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	0,73	0,49-1,08	1,62	1,12-2,34
60%-<80%	0,60	0,40-0,90	1,48	1,01-2,17
80%-<100%	0,66	0,45-0,98	1,34	0,89-2,01
100%-<150%	0,74	0,55-0,99	1,24	0,86-1,78
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,09	0,73-1,65	2,09	1,29-3,39
Höhere manuelle Tätigkeit	0,97	0,64-1,46	1,03	0,52-2,03
Landwirtschaft	0,55	0,28-1,09	1,01	0,53-1,93
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,24	0,85-1,82	1,19	0,73-1,92
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,78	0,49-1,25	0,96	0,51-1,83
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	2,36	1,33-4,17	1,52	0,67-3,42
Pensionist/in	1,73	1,12-2,67	3,26	2,10-5,06
Haushaltsführend	1,43	0,12-17,71	2,04	1,31-3,17
Schüler/in, Student/in	-	-	1,29	0,14-11,63
Dauerhaft arbeitsunfähig	2,33	0,50-10,79	4,35	1,24-15,24
Präsenz-/Zivildienst	-	-	-	-
In Elternkarenz	-	-	0,87	0,21-3,57
Sonstiger Lebensunterhalt	-	-	3,64	1,13-11,73
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	1,28	0,83-1,98	1,24	0,78-1,97
Lehre/BMS	0,90	0,64-1,27	1,14	0,75-1,73
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	1,30	0,92-1,83	1,97	1,45-2,67
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	3,75	1,26-11,15	1,79	0,79-4,05
45 bis 59	15,73	5,59-44,32	5,08	2,33-11,07
60 bis 74	32,98	11,02-98,69	6,48	2,81-14,96
75+	45,84	14,95-140,55	14,36	6,18-33,35
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,197		0,225	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,193		0,222	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,193		0,214	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,190		0,214	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,195		0,224	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,196		0,218	
Modell ohne Alter	0,150		0,193	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.4. Chronische Angstzustände und Depressionen

Chronische Angstzustände und Depressionen sind multikausale Erkrankungen mit weiter Verbreitung, von denen Frauen generell stärker betroffen sind als Männer. Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden diese psychischen Zustände in die Analyse eingeschlossen, wenn es sich dabei um keine vorübergehenden, sondern um dauerhafte gesundheitliche Probleme handelt.

Von allen analysierten Merkmalen (Alter, Geschlecht Bildung, Einkommen, Lebensunterhalt, Migrationshintergrund, unter Konstanthaltung der jeweils anderen Faktoren) erweist sich die Art des Lebensunterhalts als stärkster Einflussfaktor auf das Angst-/Depressions-Risiko – bei Männern stärker als bei Frauen. Bei den Männern ist das Risiko bei dauerhaft arbeitsunfähigen Männern (OR=23,22), bei haushaltsführenden Männern (OR=17,97), bei Pensionisten (OR=9,86), arbeitslosen Männern (OR=5,88) und Schülern/Studenten (OR=3,52) stark erhöht, bei den Frauen ist es bei dauerhaft arbeitsunfähigen Frauen (OR=8,05), arbeitslosen Frauen (OR=3,29) und Pensionistinnen (OR=2,64) erhöht.

Das Alter wirkt sich besonders bei den Frauen, aber auch in geringerem Ausmaß bei den Männern auf das Angst-/Depressions-Risiko aus, wobei besonders die 45- bis 59-jährigen Frauen (OR=3,90) ein im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe (15 bis 29 Jahre) erhöhtes Risiko haben. Aber auch die anderen Altersgruppen bei den Frauen haben ein erhöhtes Risiko (OR zwischen 2,03 und 2,24). Bei den Männern weisen – wie bei den Frauen – die 45- bis 59-jährigen das höchste Risiko auf (OR=2,51), aber auch die darunter liegende Altersgruppe hat ein erhöhtes Risiko (OR=1,66).

Bei Personen mit Migrationshintergrund weisen sowohl Männer (OR=1,98) als auch Frauen (OR=1,65) ein im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund erhöhtes Angst-/Depressions-Risiko auf.

Einkommensunterschiede zeigen sich für nahezu alle Einkommensklassen in Form eines erhöhten Angst-/Depressions-Risikos im Vergleich zur höchsten Einkommensklasse – sowohl bei Frauen (OR zwischen 1,36 bis 1,96) als auch bei Männern (OR zwischen 1,52 und 1,66).

Hinsichtlich der Art der Tätigkeit gibt es bei den Männern keine Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien, bei den Frauen ist das Angst-/Depressions-Risiko lediglich bei jenen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Frauen, die höhere manuelle Tätigkeiten ausführen erhöht (OR=1,49).

Das Bildungsniveau erweist sich im Rahmen der Regressionsanalyse – im Gegensatz zu den Analysen der Einzelindikatoren – ohne signifikanten Einfluss auf das Angst-/Depressions-Risiko.

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells (Pseudo-R² nach Nagelkerke) ist mit 0,155 (15% erklärte Varianz) für Männer und 0,105 (11% erklärte Varianz) für Frauen an der unteren Grenze²⁸.

Der Anteil der partiell erklärten Varianz (Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable) ist bei der Variablen Art des Lebensunterhalts am höchsten (0,084 bei Männern, 0,029 bei Frauen), für den Migrationshintergrund (0,006 bei Männern und 0,029 bei Frauen) und das Alter (0,027 bei Männern, 0,021 bei Frauen) etwas über dem sonst sehr niedrigen Niveau von maximal 0,006.

²⁸ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Tabelle 8.4: Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Angstzuständen und Depressionen in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	1,66	1,14-2,43	1,72	1,28-2,31
60%-<80%	1,67	1,13-2,48	1,55	1,13-2,11
80%-<100%	1,52	1,02-2,28	1,96	1,44-2,66
100%-<150%	1,18	0,83-1,67	1,36	1,03-1,80
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,14	0,76-1,72	1,49	1,04-2,11
Höhere manuelle Tätigkeit	0,92	0,61-1,39	1,06	0,66-1,71
Landwirtschaft	0,66	0,32-1,35	0,86	0,50-1,46
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,91	0,60-1,37	1,07	0,76-1,50
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,83	0,50-1,37	1,25	0,81-1,94
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	5,88	3,95-8,77	3,29	2,22-4,89
Pensionist/in	9,86	6,68-14,55	2,64	1,95-3,59
Haushaltsführend	17,79	4,11-77,00	1,12	0,83-1,53
Schüler/in, Student/in	3,52	1,33-9,31	0,59	0,13-2,64
Dauerhaft arbeitsunfähig	23,22	9,93-54,27	8,05	3,49-18,55
Präsenz-/Zivildienst	-	-	0,00	0,00-
In Elternkarenz	5,63	0,61-52,09	0,63	0,30-1,32
Sonstiger Lebensunterhalt	5,33	2,19-12,98	7,64	3,42-17,06
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	0,85	0,56-1,29	1,14	0,82-1,58
Lehre/BMS	0,85	0,60-1,19	1,07	0,81-1,42
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	1,78	1,33-2,40	1,65	1,30-2,09
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	1,66	1,03-2,66	2,17	1,45-3,25
45 bis 59	2,51	1,56-4,04	3,90	2,62-5,80
60 bis 74	0,65	0,36-1,16	2,24	1,39-3,63
75+	0,88	0,47-1,65	2,03	1,23-3,37
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,155		0,105	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,150		0,098	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,152		0,100	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,071		0,076	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,154		0,100	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,149		0,079	
Modell ohne Alter	0,128		0,084	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.5. Allergien

Allergien sind in der Bevölkerung weit verbreitet, etwa jede fünfte Person ist davon betroffen, Frauen stärker als Männer. Die Ursachen von Allergien liegen zu einem großen Teil in der Überempfindlichkeit gegenüber Umweltreizen (Pollen etc.) oder Nahrungsmitteln, aber auch in übertriebener Hygiene sowie in psychosozialen Faktoren.

Von allen hier analysierten Indikatoren des Gesundheitszustandes erweist sich die Erklärungskraft der Regressionsanalyse für den Indikator Allergie als am schwächsten, das Pseudo- R^2 nach Nagelkerke als Messgröße der Erklärungskraft beträgt lediglich 0,033 (3% erklärte Varianz) sowohl für Männer als auch für Frauen²⁹. Der Anteil der partiell erklärten Varianz ist bei allen Variablen sehr gering (maximal 0,008).

Als stärkster Einflussfaktor auf das Allergierisiko von allen analysierten Merkmalen (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Lebensunterhalt, Migrationshintergrund, unter Konstanthaltung der jeweils anderen Faktoren) erweist sich die Art des Lebensunterhalts – bei Männern und Frauen in ähnlichem Ausmaß. Bei Männern ist das Risiko bei dauerhaft arbeitsunfähigen Männern (OR=3,05), bei Pensionisten (OR=1,75) und Schülern/Studenten (OR=1,75) erhöht, bei den Frauen bei dauerhaft arbeitsunfähigen Frauen (OR=3,31) und arbeitslosen Frauen (OR=1,47).

Eine deutliche Reduktion des Allergierisikos (im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe) wird bei den Faktoren Alter, Migration und Schulbildung ersichtlich.

Was das Alter betrifft, so sinkt das Allergierisiko mit zunehmendem Alter und beträgt bei Männern ab 75 Jahren nur mehr OR=0,29 und bei gleichaltrigen Frauen OR=0,46 im Vergleich zu 15- bis 29-Jährigen (des jeweils gleichen Geschlechts).

Personen mit Migrationshintergrund haben im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund ein geringeres Allergierisiko (Männer: OR=0,75; Frauen: OR=0,46).

Bei der Schulbildung zeigt sich für Männer (OR=0,75) und Frauen (OR=0,65) mit lediglich Pflichtschulbildung ein niedrigeres Allergierisiko als bei der Referenzgruppe mit Hochschulbildung.

Einkommensunterschiede sind kaum vorhanden, lediglich Frauen der niedrigsten Einkommensklasse haben ein im Vergleich zur höchsten Einkommensklasse geringeres Allergierisiko (OR=0,80).

Hinsichtlich der Art der Tätigkeit sind keine signifikanten Effekte auf das Allergierisiko ersichtlich.

²⁹ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Tabelle 8.5: Auftretenswahrscheinlichkeit von Allergien in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	0,91	0,71-1,17	0,80	0,66-0,98
60%-<80%	0,83	0,63-1,09	0,99	0,80-1,21
80%-<100%	1,13	0,88-1,44	0,86	0,70-1,06
100%-<150%	0,91	0,75-1,11	0,89	0,75-1,05
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	0,79	0,60-1,03	0,94	0,75-1,17
Höhere manuelle Tätigkeit	0,70	0,54-0,92	0,92	0,69-1,22
Landwirtschaft	0,61	0,37-1,01	0,77	0,51-1,14
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,03	0,81-1,30	0,94	0,78-1,14
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,89	0,67-1,19	0,93	0,70-1,23
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,15	0,78-1,69	1,47	1,03-2,08
Pensionist/in	1,75	1,25-2,45	1,07	0,82-1,38
Haushaltsführend	1,61	0,27-9,69	1,15	0,93-1,41
Schüler/in, Student/in	1,69	1,01-2,85	1,07	0,66-1,72
Dauerhaft arbeitsunfähig	3,05	1,21-7,66	3,31	1,41-7,75
Präsenz-/Zivildienst	1,85	0,64-5,35	-	-
In Elternkarenz	0,99	0,11-9,21	1,00	0,74-1,36
Sonstiger Lebensunterhalt	0,15	0,02-1,54	1,65	0,69-3,92
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	0,59	0,43-0,80	0,60	0,48-0,75
Lehre/BMS	0,81	0,66-0,99	0,80	0,68-0,94
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	0,75	0,59-0,97	0,65	0,52-0,80
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	0,96	0,77-1,19	1,05	0,88-1,27
45 bis 59	0,70	0,55-0,89	0,89	0,72-1,09
60 bis 74	0,48	0,32-0,73	0,81	0,60-1,10
75+	0,29	0,17-0,49	0,46	0,32-0,67
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,033		0,033	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,032		0,032	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,030		0,033	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,026		0,030	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,030		0,029	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,032		0,029	
Modell ohne Alter	0,025		0,028	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.6. Impfungen

Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde erfragt, ob für die wichtigsten Impfungen ein aufrechter Impfschutz besteht – mit folgendem Ergebnis: Tetanus (69%), FSME (66%), Polio (50%), Diphtherie (50%), Hepatitis B (30%), Hepatitis A (26%), Grippe (21%).

Als aussagekräftigster Einflussfaktor auf einen mangelnden aufrechten Impfschutz hat sich im Vergleich aller hier analysierten Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Lebensunterhalt und Migrationshintergrund, unter Konstanthaltung der jeweils anderen Faktoren) der Migrationshintergrund erwiesen. Bei Migranten ist das Risiko eines mangelnden Impfschutzes um das 4,7-Fache, bei Migrantinnen um das 3,6-Fache gegenüber Personen (des jeweils gleichen Geschlechts) ohne Migrationshintergrund erhöht.

Das Alter spielt für das Risiko eines fehlenden Impfschutzes eine nicht unerhebliche Rolle, bei Männern und Frauen ab einem Alter von 75 Jahren ist es verglichen zur jüngsten Altersgruppe deutlich erhöht (Männer: OR=2,71; Frauen: OR=3,70).

Innerhalb der unterschiedlichen Lebensunterhalts-Arten wurde die Gruppe der Erwerbstätigen als Referenzgruppe gewählt. Im Vergleich zu dieser Gruppe haben vor allem Haushaltsführende ein erhöhtes Risiko, über keinen aufrechten Impfschutz zu verfügen (Männer: OR=4,17; Frauen: OR=1,76).

Was die Art der beruflichen Tätigkeiten betrifft, so sind bei einem Vergleich mit Personen mit höherer nicht manueller Tätigkeit vor allem Selbstständige (Männer: OR=1,71; Frauen: OR=2,26) und Personen mit einfacher manueller Tätigkeit (Männer: OR=1,94; Frauen: OR=1,74) von einem höheren Risiko eines fehlenden Impfschutzes betroffen. Bei Frauen ist dieses Risiko auch bei Landwirtinnen erhöht (OR=1,82).

Die Schulbildung wirkt sich insofern auf das Risiko eines fehlenden Impfschutzes aus, als Personen der niedrigsten Bildungsstufe ein höheres Risiko haben als Personen der höchsten Bildungsstufe (Pflichtschulabsolventen: OR=1,46; Pflichtschulabsolventinnen: OR=1,54).

Das Einkommen hat im Vergleich zu den anderen hier analysierten Faktoren die geringste Auswirkung auf das Risiko eines fehlenden Impfschutzes.

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells (Pseudo-R² nach Nagelkerke) ist mit 0,173 (17% erklärte Varianz) für Männer und 0,139 (14% erklärte Varianz) für Frauen an der unteren Grenze.³⁰

Der Anteil der partiell erklärten Varianz (Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable) ist bei der Variablen Migrationshintergrund am höchsten (0,069 bei Männern; 0,041 bei Frauen), für alle anderen Variablen – einschließlich dem Alter - eher gering (maximal 0,015).

³⁰ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Tabelle 8.6: Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	1,31	1,02-1,68	1,30	1,03-1,65
60%-<80%	1,04	0,80-1,37	1,42	1,11-1,81
80%-<100%	1,32	1,02-1,71	1,31	1,02-1,69
100%-<150%	1,05	0,84-1,32	1,25	1,01-1,56
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,94	1,45-2,59	1,74	1,29-2,34
Höhere manuelle Tätigkeit	1,42	1,05-1,92	1,37	0,92-2,03
Landwirtschaft	1,07	0,66-1,73	1,82	1,22-2,73
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,19	0,88-1,61	1,48	1,12-1,97
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,71	1,24-2,36	2,26	1,59-3,21
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,47	1,07-2,03	1,34	0,90-2,00
Pensionist/in	1,84	1,34-2,51	1,40	1,07-1,84
Haushaltsführend	4,17	1,02-17,10	1,76	1,40-2,20
Schüler/in, Student/in	0,71	0,27-1,86	1,66	0,87-3,16
Dauerhaft arbeitsunfähig	2,43	0,95-6,18	0,79	0,24-2,64
Präsenz-/Zivildienst	-	-	-	-
In Elternkarenz	-	-	1,74	1,20-2,53
Sonstiger Lebensunterhalt	3,56	1,74-7,28	3,01	1,30-6,98
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	1,46	1,10-1,93	1,54	1,20-1,99
Lehre/BMS	1,03	0,82-1,31	1,02	0,82-1,28
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	4,71	3,94-5,64	3,56	2,98-4,26
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	1,65	1,27-2,13	1,31	1,01-1,69
45 bis 59	2,36	1,80-3,08	1,64	1,25-2,14
60 bis 74	1,56	1,05-2,32	1,98	1,40-2,80
75+	2,71	1,74-4,22	3,70	2,56-5,36
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,173		0,139	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,170		0,137	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,165		0,134	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,163		0,131	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,170		0,134	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,103		0,098	
Modell ohne Alter	0,158		0,126	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.7. Vorsorgeuntersuchungen

Eine starke Abhängigkeit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchung z. B. von sozialen Faktoren und dem Geschlecht ist seit langem bekannt. Im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde die Teilnahme an Krebs-Vorsorgeuntersuchungen (Brust-, Gebärmutterhals-, Prostatakrebs), an einer Darmspiegelung sowie an der „Gesundenuntersuchung“ erfragt.

Die Regressionsanalyse für den Indikator Vorsorgeuntersuchungen ist mit einigen methodischen Einschränkungen behaftet:

Aufgrund der für die vorliegende Analyse erforderlichen Zusammenfassung der Inanspruchnahme-Häufigkeiten der unterschiedlichen Vorsorgeuntersuchungen kamen die relativ hohen Alterslimits von Mammografie, PSA-Test und Darmspiegelung zum Tragen, daher sind einzelne Altersgruppen teilweise mit zu geringer Häufigkeit besetzt und in weiterer Folge die Ergebnisse der Analyse des Faktors Alter im Rahmen der Regressionsanalyse nicht aussagekräftig. Sie wurden daher in nachfolgende Tabelle nicht aufgenommen.

Für die Faktoren Lebensunterhalt, Schulbildung und Migrationshintergrund ergaben sich – anders als bei den vorangegangenen Einzelanalysen – keine signifikanten Effekte. Dort war deutlich erkennbar, dass das Risiko, nicht an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen mit geringer Bildung und Arbeitslosigkeit steigt bzw. bei Personen mit Migrationshintergrund zum Teil höher ist.

Lediglich für die Faktoren Einkommen und Art der Tätigkeit zeigten sich im Rahmen der Regressionsanalyse signifikante Ergebnisse. Frauen der niedrigsten Einkommensklasse haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko ($OR=2,12$), Vorsorge nicht in Anspruch zu nehmen als Frauen der höchsten Einkommensklasse, bei den Männern sind keine Einkommenseffekte erkennbar. Hingegen ist ausschließlich bei den Männern ein Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit zu beobachten, und zwar haben Männer, die einfache manuelle Tätigkeiten ausführen ein nahezu um das Dreifache höheres Risiko ($OR=2,93$) der Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen als Männer, die im Bereich höherer manueller Tätigkeiten arbeiten.

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells (Pseudo- R^2 nach Nagelkerke) ist mit 0,200 (20% erklärte Varianz) für Männer und 0,128 (13% erklärte Varianz) für Frauen bei den Männern trotz – oder wegen - der beschriebenen Alters-Problematik unerwartet hoch, bei Frauen ist sie an der unteren Grenze.³¹

Der Anteil der partiell erklärten Varianz (Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable) ist mit Ausnahme des Alters (0,084 bei Männern, 0,076 bei Frauen) sehr niedrig (maximal 0,011).

³¹ Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Tabelle 8.7: Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	1,51	0,94-2,42	2,12	1,25-3,61
60%-<80%	1,35	0,85-2,15	1,37	0,84-2,25
80%-<100%	1,27	0,82-1,96	0,95	0,60-1,49
100%-<150%	1,16	0,85-1,58	1,38	0,93-2,04
>150%	Ref.	-	Ref.	-
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	2,93	1,83-4,71	1,25	0,73-2,15
Höhere manuelle Tätigkeit	1,64	1,10-2,46	0,81	0,43-1,54
Landwirtschaft	2,23	1,07-4,68	1,04	0,48-2,28
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,68	1,12-2,52	1,43	0,88-2,34
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,05	0,70-1,58	4,27	1,50-12,11
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	0,55	0,27-1,11	2,23	0,49-10,16
Pensionist/in	0,69	0,45-1,07	0,93	0,57-1,50
Haushaltsführend	-	-	0,78	0,49-1,25
Schüler/in, Student/in	-	-	-	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	0,14	0,05-0,46	0,94	0,09-10,08
Präsenz-/Zivildienst	-	-	-	-
In Elternkarenz	0,01	0,00-0,09	-	-
Sonstiger Lebensunterhalt	1,87	0,16-22,37	0,57	0,09-3,52
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	1,08	0,64-1,81	1,00	0,55-1,80
Lehre/BMS	0,99	0,71-1,37	0,78	0,49-1,25
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	1,38	0,85-2,24	1,57	0,86-2,89
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	Ref.	-	Ref.	-
30 bis 44	-	-	-	-
45 bis 59	-	-	-	-
60 bis 74	-	-	-	-
75+	-	-	-	-
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,200		0,128	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,198		0,121	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,188		0,119	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,189		0,125	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,199		0,127	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,199		0,127	
Modell ohne Alter	0,117		0,052	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.

8.8. Subjektiver Gesundheitszustand

Die im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 gestellten Fragen nach dem subjektiven Gesundheitszustand erfassen sowohl die körperlichen als auch die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit. Generell lässt sich sagen, dass Ältere ihren Gesundheitszustand negativer einschätzen als Jüngere und Frauen – vor allem ältere – schlechter als Männer.

In den vorangegangenen getrennten Analysen der einzelnen Einflussfaktoren hat sich gezeigt, dass für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes Bildungsunterschiede eine bedeutende Rolle spielen. Im Rahmen der Regressionsanalyse hat sich – bei Konstanzhaltung der jeweils anderen Faktoren – das Alter als stärkster bestimmender Faktor für eine positive Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit erwiesen. Bei 15- bis 29-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit einer positiven Einschätzung bei Männern um mehr als das 7-Fache (OR=7,16) und bei Frauen um den Faktor 5,59 im Vergleich zur Referenzgruppe der 75-Jährigen oder Älteren erhöht.

Für den Faktor „Art des Lebensunterhalts“ wurde die Gruppe der Arbeitslosen als Referenzkategorie gewählt. Im Vergleich zu Arbeitslosen haben erwerbstätige Frauen ein um den Faktor 3,72 und erwerbstätige Männer eine 2,57-Mal erhöhte Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand positiv zu beurteilen.

Eine positive subjektive Einschätzung der Gesundheit ist von der Schulbildung abhängig: Personen mit höherer Schulbildung schätzen ihre Gesundheit mit höherer Wahrscheinlichkeit positiv ein als jene mit niedriger Schulbildung (Männer: OR=1,80; Frauen: OR=1,93).

Der Migrationshintergrund beeinflusst die subjektive Gesundheitswahrnehmung dahingehend, dass für Personen ohne Migrationshintergrund (Österreich, EU 15, EFTA) im Vergleich zur jenen mit Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes größer ist (Männer: OR=1,46; Frauen: OR=2,01).

Die Art der beruflichen Tätigkeit und das Einkommen haben im Vergleich zu den anderen Faktoren eher geringe Auswirkungen. Erhöhte Wahrscheinlichkeiten einer positiven Selbsteinschätzung der Gesundheit finden sich in der höchsten im Vergleich zur niedrigsten Einkommensklasse (Männer: OR=1,76; Frauen: OR=1,67) sowie bei Personen mit nicht manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit einfacher manueller Tätigkeit (ORs im Bereich von 1,26 bis 1,62).

Die Erklärungskraft des Gesamtmodells (Pseudo-R² nach Nagelkerke) ist mit 0,300 (30% erklärte Varianz) für Männer und 0,284 (28% erklärte Varianz) für Frauen akzeptabel bzw. im Vergleich zu den anderen hier analysierten Faktoren der höchste Wert.³²

Der Anteil der partiell erklärten Varianz (Berechnung des Modells ohne die jeweilige Variable) ist mit Ausnahme des Alters (0,055 bei Männern, 0,031 bei Frauen) und der Art des Lebensunterhalts (0,043 bei Männern, 0,032 bei Frauen) sehr niedrig (maximal 0,010), wobei im Fall des Ergebnisses zur Art des Lebensunterhalts eine Verzerrung aufgrund geringer Zellenbesetzung vorliegen könnte.

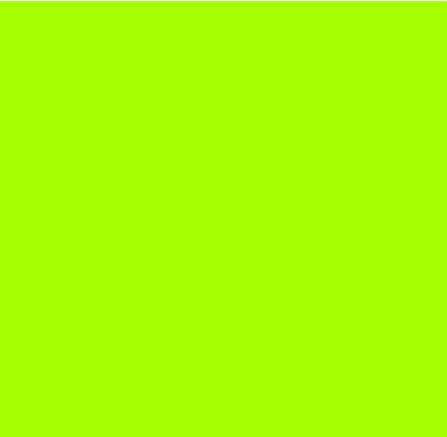
³² Backhaus, K. et al. (2003): Multivariate Analysemethoden, S. 448.: Akzeptabel sind Werte ab 0,2, gut ab 0,4 und sehr gut ab 0,5.

Tabelle 8.8: Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit von ausgewählten Merkmalen nach Geschlecht

Merkmale	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in %)				
<60%	Ref.	-	Ref.	-
60%-<80%	1,33	1,05-1,68	0,88	0,73-1,06
80%-<100%	1,23	0,97-1,55	1,06	0,87-1,29
100%-<150%	1,44	1,17-1,76	1,35	1,14-1,61
>150%	1,76	1,40-2,19	1,67	1,37-2,04
(Frühere) berufliche Tätigkeit				
Einfache manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Höhere manuelle Tätigkeit	1,20	0,98-1,46	0,95	0,74-1,22
Landwirtschaft	1,16	0,84-1,60	0,98	0,75-1,28
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,54	1,23-1,92	1,26	1,07-1,49
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	1,62	1,27-2,06	1,49	1,17-1,91
Selbstständige	1,41	1,08-1,83	1,15	0,88-1,50
Lebensunterhalt				
Erwerbstätig	2,57	1,92-3,45	3,72	2,72-5,10
Arbeitslos	Ref.	-	Ref.	-
Pensionist/in	0,60	0,42-0,86	1,29	0,90-1,85
Haushaltsführend	0,50	0,12-2,00	2,87	2,03-4,05
Schüler/in, Student/in	23,95	1,07-536,24	3,01	1,47-6,19
Dauerhaft arbeitsunfähig	0,02	0,00-0,18	0,13	0,03-0,51
Präsenz-/Zivildienstler	-	-	-	-
In Elternkarenz	0,48	0,09-2,51	6,90	3,90-12,19
Sonstiger Lebensunterhalt	0,64	0,31-1,33	1,29	0,56-2,97
Höchste abgeschlossene Schulbildung				
Pflichtschule	Ref.	-	Ref.	-
Lehre/BMS	1,14	0,95-1,37	1,52	1,31-1,76
Höhere Schule, Hochschule	1,80	1,38-2,34	1,93	1,55-2,42
Migrationshintergrund				
Österreich, EU15, EFTA	1,46	1,21-1,77	2,01	1,69-2,40
Sonstige Länder	Ref.	-	Ref.	-
Alter (in Jahren)				
15 bis 29	7,16	4,71-10,89	5,59	4,02-7,77
30 bis 44	2,89	2,04-4,10	3,70	2,80-4,89
45 bis 59	0,96	0,71-1,31	1,69	1,33-2,16
60 bis 74	1,60	1,28-2,01	2,04	1,69-2,48
75+	Ref.	-	Ref.	-
Pseudo R² nach Nagelkerke				
	Männer		Frauen	
Gesamtmodell	0,300		0,284	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,295		0,275	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,296		0,281	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,257		0,252	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,296		0,277	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,297		0,274	
Modell ohne Alter	0,245		0,253	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07.

OR=Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale; 95%-KI= Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref.=Referenzkategorie.



Zentrale Frage ist, welchen Einfluss sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung haben.

Basis der Analyse sind die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007. Rund 15.000 Personen ab 15 Jahren wurden im Auftrag des BMGFJ und der Bundesgesundheitsagentur von der STATISTIK AUSTRIA befragt.



Die Ergebnisse unterstützen die Gesundheitspolitik, soziale Faktoren bei der Planung und Umsetzung politischer Maßnahmen verstärkt zu berücksichtigen und damit eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands und der Versorgung der österreichischen Bevölkerung zu erreichen.



Bestelltelefon
01/711 00 - 4700