

# Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit

Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey  
(ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen



# Impressum

## Auskünfte

Für schriftliche oder telefonische Anfragen zum Inhalt steht Ihnen in STATISTIK AUSTRIA der Allgemeine Auskunftsdienst unter folgender Adresse zur Verfügung:

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

## Erstellt von

STATISTIK AUSTRIA  
Bundesanstalt Statistik Österreich  
Direktion Bevölkerung

## Autorinnen

Mag. Jeannette Klimont  
Dr. Erika Baldaszi  
Petra Ihle, BA

## Layout

Waltraud Unger

## Titelbild

© Abundzu – Fotolia.com

## Im Auftrag von

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen  
Radetzkystraße 2  
1030 Wien

## Inhaltliche Betreuung

MR Dr. Magdalena Arrovas  
Bundesministerium für Gesundheit und Frauen  
Abteilung III/2 – Nicht übertragbare Erkrankungen

## Bestellmöglichkeiten

Diese Broschüre kann als PDF-Datei kostenlos auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen bezogen werden. Internet: <http://www.bmgf.gv.at/home/Service/Broschueren/>

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 978-3-903106-09-3

Wien 2016

# Vorwort

In vielen Ländern werden soziale Ungleichheiten im Auftreten von Krankheitsrisiken und bei der Verteilung von Gesundheitschancen beobachtet. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen weisen häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand auf und sind vermehrt Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Besonders betroffen sind Personen mit lang andauernden Belastungen und Nachteilen wie Einkommensarme, Langzeitarbeitslose, Personen mit niedriger Schulbildung oder mit Migrationshintergrund.

Die in der vorliegenden Publikation präsentierten 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 chronische Krankheiten oder Schmerzen in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auf? Welchen Einfluss haben Lebensumstände und soziales Umfeld auf verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas und Bewegungsmangel? Wie werden Angebote der Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen angenommen? Erstmals erhobene Informationen zum Gesundheitszustand der Kinder unter 18 Jahren ermöglichten es zudem, die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand der Kinder und den zentralen Determinanten ihrer Lebenslage zu untersuchen.

Basis der vorliegenden Analysen bilden die Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, einer repräsentativen Stichprobenerhebung, die auf Grundlage einer Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesgesundheitsagentur von Statistik Austria konzipiert und durchgeführt wurde. Die zentralen Ergebnisse der Erhebung sind in Form eines Berichts auf der Homepage des Gesundheitsministeriums und von STATISTIK AUSTRIA abrufbar und werden somit der Fachöffentlichkeit und allen Interessierten zur Verfügung gestellt.



Dr. Konrad Pesendorfer  
Fachstatistischer Generaldirektor,  
STATISTIK AUSTRIA



Dr. Sabine Oberhauser  
Bundesministerin  
für Gesundheit und Frauen



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort.....</b>	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>17</b>
Einkommen und Gesundheit.....	17
Bildung und Gesundheit.....	18
Berufliche Tätigkeit und Gesundheit .....	19
Arbeitslosigkeit und Gesundheit .....	20
Migration und Gesundheit.....	20
Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren .....	21
Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen.....	23
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>25</b>
<b>2 Datengrundlage und Methodik .....</b>	<b>27</b>
2.1 Themen der Befragung.....	27
2.2 Stichprobe, Erhebungsmethode .....	27
2.3 Datenaufbereitung.....	28
Hochrechnung (Gewichtung) .....	28
2.4 Analyseverfahren.....	29
Altersstandardisierung .....	29
(Multivariate) logistische Regression .....	29
<b>3 Einkommen und Gesundheit .....</b>	<b>31</b>
3.1 Einkommensarmut und Einkommensungleichheit .....	31
3.2 Einkommen und Gesundheitszustand.....	32
Subjektiver Gesundheitszustand .....	32
Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme .....	35
Schmerzen.....	37
Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	39
3.3 Einkommen und Gesundheitsverhalten .....	40
Adipositas.....	40
Rauchen .....	41
Körperliche Aktivität in der Freizeit.....	43
3.4 Einkommen und Gesundheitsvorsorge .....	46
Impfungen.....	46
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs.....	47
3.5 Einkommen und soziale Unterstützung.....	49

---

<b>4 Bildung und Gesundheit</b> .....	<b>51</b>
<b>4.1 Bildungsstand der Bevölkerung</b> .....	<b>51</b>
<b>4.2 Bildung und Gesundheitszustand</b> .....	<b>53</b>
Subjektiver Gesundheitszustand .....	53
Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme .....	55
Schmerzen.....	58
Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	59
<b>4.3 Bildung und Gesundheitsverhalten</b> .....	<b>60</b>
Adipositas.....	60
Rauchen .....	61
Körperliche Aktivität in der Freizeit.....	63
<b>4.4 Bildung und Gesundheitsvorsorge</b> .....	<b>66</b>
Impfungen.....	66
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs.....	67
<b>4.5 Bildung und soziale Unterstützung</b> .....	<b>68</b>
<b>5 Berufliche Tätigkeit und Gesundheit</b> .....	<b>71</b>
<b>5.1 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung</b> .....	<b>71</b>
<b>5.2 Berufliche Tätigkeit und Gesundheitszustand</b> .....	<b>73</b>
Subjektiver Gesundheitszustand .....	73
Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme .....	74
Schmerzen.....	77
Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	78
<b>5.3 Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsverhalten</b> .....	<b>79</b>
Adipositas.....	79
Rauchen .....	80
Körperliche Aktivität in der Freizeit.....	81
<b>5.4 Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsvorsorge</b> .....	<b>84</b>
Impfungen.....	84
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs.....	86
<b>5.5 Berufliche Tätigkeit und soziale Unterstützung</b> .....	<b>87</b>
<b>6 Arbeitslosigkeit und Gesundheit</b> .....	<b>89</b>
<b>6.1 Arbeitslosigkeit in Österreich</b> .....	<b>89</b>
<b>6.2 Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand</b> .....	<b>90</b>
Subjektiver Gesundheitszustand .....	90
Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme .....	91
Schmerzen.....	93
Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	94
<b>6.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten</b> .....	<b>94</b>
Adipositas.....	94
Rauchen .....	95
Körperliche Aktivität.....	97
<b>6.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheitsvorsorge</b> .....	<b>99</b>
Impfungen.....	99
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs.....	100
<b>6.5 Arbeitslosigkeit und soziale Unterstützung</b> .....	<b>101</b>

---

---

<b>7 Migration und Gesundheit .....</b>	<b>103</b>
<b>7.1 Bevölkerung mit Migrationshintergrund .....</b>	<b>103</b>
<b>7.2 Migration und Gesundheitszustand .....</b>	<b>104</b>
Subjektiver Gesundheitszustand .....	104
Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme .....	106
Schmerzen .....	108
Gesundheitsbezogene Lebensqualität .....	109
<b>7.3 Migration und Gesundheitsverhalten .....</b>	<b>110</b>
Adipositas .....	110
Rauchen .....	111
Körperliche Aktivität in der Freizeit .....	113
<b>7.4 Migration und Gesundheitsvorsorge .....</b>	<b>116</b>
Impfungen .....	116
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs .....	117
<b>7.5 Migration und soziale Unterstützung .....</b>	<b>119</b>
<b>8 Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren .....</b>	<b>121</b>
<b>8.1 Subjektiver Gesundheitszustand .....</b>	<b>121</b>
<b>8.2 Diabetes .....</b>	<b>126</b>
<b>8.3 Depressionen .....</b>	<b>130</b>
<b>8.4 Allergien .....</b>	<b>134</b>
<b>8.5 Chronische Kreuzschmerzen .....</b>	<b>138</b>
<b>8.6 Chronische Nackenschmerzen .....</b>	<b>142</b>
<b>8.7 Chronische Kopfschmerzen .....</b>	<b>146</b>
<b>8.8 Starkes Übergewicht (Adipositas) .....</b>	<b>150</b>
<b>8.9 Tägliches Rauchen .....</b>	<b>154</b>
<b>8.10 Körperliche Inaktivität in der Freizeit .....</b>	<b>158</b>
<b>8.11 Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen .....</b>	<b>162</b>
<b>8.12 Geringe soziale Unterstützung .....</b>	<b>166</b>
<b>9 Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen .....</b>	<b>171</b>
<b>9.1 Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Kindergesundheit .....</b>	<b>171</b>
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung .....	173
Gesundheitliche Beschwerden .....	174
Spezieller Versorgungsbedarf .....	177
Inanspruchnahme von Impfungen .....	178
<b>9.2 Migration und Kindergesundheit .....</b>	<b>179</b>
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung .....	179
Gesundheitliche Beschwerden .....	181
Spezieller Versorgungsbedarf .....	184
Inanspruchnahme von Impfungen .....	185
<b>10 Glossar .....</b>	<b>187</b>

---

**Grafiken**

Grafik 3.1	Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent) .....	33
Grafik 3.2	Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent) ...	36
Grafik 3.3	Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	38
Grafik 3.4	Prävalenz von Adipositas nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	40
Grafik 3.5	Rauchverhalten nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent) .....	42
Grafik 3.6	Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach Einkommen, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent) .....	44
Grafik 3.7	Aufrechter Impfschutz nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent) .....	47
Grafik 3.8	Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent) .....	48
Grafik 3.9	Soziale Unterstützung nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	49
Grafik 4.1	Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent) .....	54
Grafik 4.2	Prävalenz einer chronischen Krankheit nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	56
Grafik 4.3	Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	58
Grafik 4.4	Prävalenz von Adipositas nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	60
Grafik 4.5	Rauchverhalten nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent) .....	61
Grafik 4.6	Täglich Rauchende nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	62
Grafik 4.7	Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent) .....	64
Grafik 4.8	Aufrechter Impfschutz nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent) .....	66
Grafik 4.9	Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent) .....	68
Grafik 4.10	Soziale Unterstützung nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	69
Grafik 5.1	Subjektiver Gesundheitszustand nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent) .....	74
Grafik 5.2	Prävalenz einer chronischen Krankheit nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent) .....	75
Grafik 5.3	Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	77
Grafik 5.4	Prävalenz von Adipositas nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	79
Grafik 5.5	Rauchverhalten nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent) .....	80

Grafik 5.6	Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach beruflicher Tätigkeit, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent) .....	83
Grafik 5.7	Aufrechter Impfschutz nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent) .....	85
Grafik 5.8	Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent) .....	86
Grafik 5.9	Soziale Unterstützung nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent).....	87
Grafik 6.1	Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent) .....	90
Grafik 6.2	Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent) .....	91
Grafik 6.3	Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent).....	93
Grafik 6.4	Prävalenz von Adipositas nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent).....	95
Grafik 6.5	Rauchverhalten nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent).....	96
Grafik 6.6	Täglich Rauchende nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	96
Grafik 6.7	Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach Erwerbsstatus, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent).....	98
Grafik 6.8	Aufrechter Impfschutz nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent) .....	99
Grafik 6.9	Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent) .....	101
Grafik 6.10	Soziale Unterstützung nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	101
Grafik 7.1	Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent).....	105
Grafik 7.2	Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent) .....	107
Grafik 7.3	Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in Prozent).....	109
Grafik 7.4	Prävalenz von Adipositas nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in Prozent).....	111
Grafik 7.5	Rauchverhalten nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent).....	112
Grafik 7.6	Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach Migrationshintergrund, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent) .....	115
Grafik 7.7	Aufrechter Impfschutz nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent) .....	117
Grafik 7.8	Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent).....	118
Grafik 7.9	Soziale Unterstützung nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent) .....	119
Grafik 8.1	Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut / gut) bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	123
Grafik 8.2	Auftretenswahrscheinlichkeit von Diabetes bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	127
Grafik 8.3	Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	131

Grafik 8.4	Auftretenswahrscheinlichkeit von Allergien bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht.....	135
Grafik 8.5	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht .....	139
Grafik 8.6	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Nackenschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht .....	143
Grafik 8.7	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kopfschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht .....	147
Grafik 8.8	Auftretenswahrscheinlichkeit starken Übergewichts bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht.....	151
Grafik 8.9	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht.....	155
Grafik 8.10	Wahrscheinlichkeit von körperlicher Inaktivität in der Freizeit (jemals) bei Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht .....	159
Grafik 8.11	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht.....	163
Grafik 8.12	Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten/-innen nach Geschlecht .....	167
Grafik 9.1	Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent) .....	173
Grafik 9.2	Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	174
Grafik 9.3	Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen und Übelkeit nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent) .....	175
Grafik 9.4	Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	176
Grafik 9.5	Kinder und Jugendliche mit Versorgungsbedarf nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	177
Grafik 9.6	Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent) .....	178
Grafik 9.7	Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	180
Grafik 9.8	Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent) .....	181
Grafik 9.9	Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen und Übelkeit nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	182
Grafik 9.10	Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent) .....	183
Grafik 9.11	Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	184
Grafik 9.12	Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent).....	185

## Übersichten

Übersicht 1.1	Ranking der soziodemographischen und sozioökonomischen Risikofaktoren mit den höchsten Odds Ratios .....	22
Übersicht 3.1	Verteilung des Haushaltseinkommens nach Alter und Geschlecht.....	32
Übersicht 3.2	Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	34
Übersicht 3.3	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht .....	34
Übersicht 3.4	Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht.....	36
Übersicht 3.5	Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe nach Geschlecht .....	37
Übersicht 3.6	Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht .....	38
Übersicht 3.7	Lebensqualität nach Einkommen und Geschlecht .....	39
Übersicht 3.8	Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht .....	41
Übersicht 3.9	Rauchverhalten nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	42
Übersicht 3.10	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht .....	43
Übersicht 3.11	Anteil der in der Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung (18 – 64 Jahre) gemäß WHO-Empfehlung nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	45
Übersicht 3.12	Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht.....	45
Übersicht 3.13	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht .....	46
Übersicht 3.14	Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht .....	48
Übersicht 3.15	Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht.....	50
Übersicht 4.1	Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	52
Übersicht 4.2	Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Äquivalenzeinkommen und Geschlecht (in Prozent).....	53
Übersicht 4.3	Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	54
Übersicht 4.4	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht .....	55
Übersicht 4.5	Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht .....	56
Übersicht 4.6	Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe .....	57

---

Übersicht 4.7	Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht .....	59
Übersicht 4.8	Lebensqualität nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht .....	59
Übersicht 4.9	Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht .....	61
Übersicht 4.10	Rauchverhalten nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	62
Übersicht 4.11	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht.....	63
Übersicht 4.12	Anteil der in der Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung (18 – 64 Jahre) gemäß WHO-Empfehlung nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	65
Übersicht 4.13	Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht .....	65
Übersicht 4.14	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht.....	67
Übersicht 4.15	Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht .....	67
Übersicht 4.16	Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht .....	69
Übersicht 5.1	Lebensunterhalt nach Alter und Geschlecht.....	72
Übersicht 5.2	Erwerbstätige nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent) .....	73
Übersicht 5.3	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht .....	74
Übersicht 5.4	Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht .....	75
Übersicht 5.5	Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten bei Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer manueller Tätigkeit nach Geschlecht .....	76
Übersicht 5.6	Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht .....	78
Übersicht 5.7	Lebensqualität nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht .....	78
Übersicht 5.8	Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht .....	80
Übersicht 5.9	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht.....	81
Übersicht 5.10	Arbeitsbezogene körperliche Aktivität nach Art der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent) .....	82
Übersicht 5.11	Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht .....	84
Übersicht 5.12	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit nach Geschlecht .....	85

---

Übersicht 5.13	Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht.....	86
Übersicht 5.14	Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht .....	88
Übersicht 6.1	Erwerbspersonen nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht .....	89
Übersicht 6.2	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) von Erwerbstätigen im Vergleich zu Arbeitslosen nach Geschlecht .....	90
Übersicht 6.3	Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	92
Übersicht 6.4	Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	92
Übersicht 6.5	Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	93
Übersicht 6.6	Lebensqualität nach Erwerbsstatus und Geschlecht .....	94
Übersicht 6.7	Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	95
Übersicht 6.8	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	97
Übersicht 6.9	Wahrscheinlichkeit körperliche Inaktivität in der Freizeit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	99
Übersicht 6.10	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	100
Übersicht 6.11	Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	100
Übersicht 6.12	Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	102
Übersicht 7.1	Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht .....	103
Übersicht 7.2	Altersstruktur der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht .....	104
Übersicht 7.3	Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	105
Übersicht 7.4	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht.....	106
Übersicht 7.5	Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht .....	107
Übersicht 7.6	Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheit im Vergleich von Personen mit (ehemaliges Jugoslawien, Türkei) und ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht.....	108
Übersicht 7.7	Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht.....	109
Übersicht 7.8	Lebensqualität nach Migrationshintergrund und Geschlecht.....	110
Übersicht 7.9	Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit von Migrationshintergrund nach Geschlecht .....	111

---

Übersicht 7.10	Rauchverhalten nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	112
Übersicht 7.11	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von Migrationshintergrund nach Geschlecht.....	113
Übersicht 7.12	Anteil der in der Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung (18 – 64 Jahre) gemäß WHO-Empfehlung nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) .....	114
Übersicht 7.13	Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht .....	116
Übersicht 7.14	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes im Vergleich von Personen mit (ehemaliges Jugoslawien, Türkei) und ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht...	117
Übersicht 7.15	Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs im Vergleich von Personen mit (ehemaliges Jugoslawien, Türkei) und ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht .....	118
Übersicht 7.16	Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht .....	120
Übersicht 8.1	Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut / gut) bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	124
Übersicht 8.2	Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut / gut) bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	125
Übersicht 8.3	Auftretenswahrscheinlichkeit von Diabetes bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	128
Übersicht 8.4	Auftretenswahrscheinlichkeit von Diabetes bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	129
Übersicht 8.5	Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	132
Übersicht 8.6	Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	133
Übersicht 8.7	Auftretenswahrscheinlichkeit von Allergien bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht .....	136
Übersicht 8.8	Auftretenswahrscheinlichkeit von Allergien bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	137
Übersicht 8.9	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	140
Übersicht 8.10	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	141
Übersicht 8.11	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Nackenschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	144
Übersicht 8.12	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Nackenschmerzen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	145
Übersicht 8.13	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kopfschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	148
Übersicht 8.14	Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kopfschmerzen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	149

---

Übersicht 8.15	Auftretenswahrscheinlichkeit starken Übergewichts bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	152
Übersicht 8.16	Auftretenswahrscheinlichkeit starken Übergewichts bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	153
Übersicht 8.17	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht..	156
Übersicht 8.18	Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	157
Übersicht 8.19	Wahrscheinlichkeit von körperlicher Inaktivität in der Freizeit bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	160
Übersicht 8.20	Wahrscheinlichkeit von körperlicher Inaktivität in der Freizeit bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	161
Übersicht 8.21	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	164
Übersicht 8.22	Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht .....	165
Übersicht 8.23	Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht.....	168
Übersicht 8.24	Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht.....	169
Übersicht 9.1	Berechnungsgrundlage für den Statusindex.....	172
Übersicht 9.2	Kinder und Jugendliche nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	172
Übersicht 9.3	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Sozialstatus des Familienrepräsentanten nach Geschlecht.....	174
Übersicht 9.4	Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht.....	175
Übersicht 9.5	Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen oder Übelkeit nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht.....	176
Übersicht 9.6	Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	177
Übersicht 9.7	Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf lt. CSHCN nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht.....	177
Übersicht 9.8	Nicht-Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	178
Übersicht 9.9	Kinder und Jugendliche nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	179
Übersicht 9.10	Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) von Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	180
Übersicht 9.11	Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht.....	181
Übersicht 9.12	Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen oder Übelkeit nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	182

Übersicht 9.13	Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	183
Übersicht 9.14	Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf lt. CSHCN nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht .....	184
Übersicht 9.15	Nicht-Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht.....	185

# Zusammenfassung

Basierend auf den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2014 wurden 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 2014 lässt auf einen Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und mehreren der erhobenen Gesundheitsindikatoren schließen. Deutliche Effekte zeigten sich für den subjektiven Gesundheitszustand und dem Risiko chronischer Krankheiten bzw. von Schmerzen. Einkommensdifferenzen traten auch beim Gesundheitsverhalten sowie bei der Gesundheitsvorsorge auf.

Personen in einkommensschwächeren Haushalten beurteilten ihren Gesundheitszustand schlechter als Personen in höheren Einkommensklassen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen und Männer in der höchsten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, war 3,2-mal bzw. 3,1-mal höher als für Frauen und Männer der niedrigsten Einkommensstufe. Dementsprechend litten einkommensschwache Personen häufiger an chronischen Krankheiten. Bei Männern der niedrigsten Einkommensstufe traten chronische Kopfschmerzen, Depressionen sowie chronische Nacken- und Kreuzschmerzen im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe vermehrt auf. Bei Frauen war der Einkommenseffekt bei Depressionen, Harninkontinenz, chronischem Kopfschmerz und Bluthochdruck am stärksten. Dieser Einkommenseffekt trat auch bei der Prävalenz von Schmerzen auf. Männer der prekären Einkommensgruppe bzw. der einkommensschwächsten Gruppe hatten dafür ein um den Faktor 2,3 bzw. 2,2 höheres Risiko im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensstufe. Bei Frauen war dieses Risiko um den Faktor 1,5 bzw. 1,7 erhöht.

In der einkommensschwachen Bevölkerung war Adipositas stärker verbreitet als in den einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten. Männer der niedrigen Einkommensstufe bzw. der prekären Wohlstandsgruppe hatten ein 1,5-faches, jene der mittleren Einkommensstufe ein 1,7-faches Adipositas-Risiko gegenüber Männern der höchsten Einkommensstufe. Das Adipositas-Risiko von Frauen der niedrigen Einkommensstufe bzw. der prekären Wohlstandsgruppe war sogar mehr als doppelt so hoch wie jenes der Frauen der höchsten Einkommensgruppe. Auch das Rauchverhalten erwies sich für beide Geschlechter als stark einkommensabhängig: Mit steigendem Einkommen sank der Anteil der Frauen und Männer, die täglich zur Zigarette griffen, wobei die Einkommensunterschiede bei den Männern stärker ausgeprägt waren. Das Einkommensniveau beeinflusste auch das Ausmaß an körperlicher Aktivität (gemäß der WHO-Empfehlungen): Das Risiko, nicht ausreichend körperlich aktiv zu sein, war für Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen im Vergleich zu Personen der höchsten Einkommensstufe um den Faktor 1,6 (Frauen) bzw. 1,7 (Männer) erhöht.

Sowohl die Impfbereitschaft als auch die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs stieg mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens.

Einkommenseffekte wurden auch beim Ausmaß der sozialen Unterstützung festgestellt: Vor allem Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen bzw. der prekären Wohlstandsgruppe berichteten häufiger als Personen mit höherem Einkommen, nur ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung zu erfahren.

## Bildung und Gesundheit

Die höchste abgeschlossene Schulbildung hatte einen zentralen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Höher gebildete Personen fühlten sich gesundheitlich besser, litten seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen und neigten weniger häufig zu gesundheitsriskantem Verhalten. Auch präventive Maßnahmen wurden von höher Gebildeten häufiger in Anspruch genommen.

Die seltenere positive Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands von Personen mit Pflichtschulabschluss ging mit einer höheren Prävalenz bei ausgewählten Krankheiten einher. Männer der niedrigsten Bildungsstufe hatten im Vergleich zur höchsten ein 2,6-faches Risiko, unter chronischen Kreuz- oder Nackenschmerzen zu leiden. Noch größer war das Risiko von Pflichtschulabsolventen für chronische Kopfschmerzen und Depressionen (3,5- bzw. 2,8-faches Risiko). Umgekehrt stellte sich die Situation bei Allergien dar: Bei niedriger Schulbildung ist die Wahrscheinlichkeit, an einer Allergie zu erkranken, geringer.

Bei Frauen sind die größten bildungsspezifischen Unterschiede bei Diabetes erkennbar: Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu Frauen mit höherer Schulbildung ein 2,8-faches Risiko, an Diabetes zu erkranken. Auch für chronische Kopfschmerzen, Harninkontinenz, Depression, Bluthochdruck und chronische Kreuzschmerzen war das Risiko von Frauen mit Pflichtschulabschluss deutlich erhöht. Auch bei der Schmerzprävalenz traten Unterschiede zum Nachteil von Personen mit niedriger Schulbildung auf.

Deutliche Unterschiede nach dem Bildungsstand zeigten sich auch im gesundheitsrelevanten Verhalten. Die Häufigkeit von Adipositas war bei niedrigem Bildungsniveau höher. Vor allem bei den Frauen zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen Bildungsstand und starkem Übergewicht: Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu Frauen mit höherem Bildungsabschluss ein 3,1-faches Risiko, stark übergewichtig zu sein (Männer hatten ein 2,3-faches Risiko). Frauen und Männer mit niedriger oder mittlerer Schulbildung rauchten signifikant häufiger täglich als höher Gebildete. Die Raucherquote für Frauen und Männer mit höherer Bildung lag (altersstandardisiert) bei 14 % bzw. 18 %, während etwa ein Viertel der Frauen und rund 30 % der Männer mit niedriger oder mittlerer Schulbildung täglich rauchten. Sportliche Inaktivität kam bei Personen mit Pflichtschulabschluss ebenfalls häufiger vor als bei höher Gebildeten (bei Frauen um den Faktor 2,2; bei Männern um den Faktor 1,8).

Mit Ausnahme der Grippeimpfung war beim Impfverhalten bei beiden Geschlechtern eine mit dem Bildungsniveau steigende Impfbereitschaft zu erkennen. Dagegen gab es keinen einheitlichen Einfluss der Schulbildung bei der Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs. Während bei der Mammographie kein Bildungseinfluss erkennbar war, hatte das Bildungsniveau einen günstigen Einfluss auf die regelmäßige Durchführung eines Krebsabstriches und bei den Männern auf die Darmspiegelung.

Die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung wurde vom Bildungsstand beeinflusst. Höher gebildete Frauen und Männer berichteten seltener als niedriger Gebildete, nur ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung zu erfahren.

## Berufliche Tätigkeit und Gesundheit

Der Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf Gesundheitszustand, -verhalten und -vorsorge war vorhanden, aber unterschiedlich stark ausgeprägt.

Erwerbstätige Frauen und Männer mit niedrigerer manueller Tätigkeit berichteten seltener über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand als jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Auch beim Auftreten von chronischen Krankheiten konnte eine Abhängigkeit von der Art der beruflichen Tätigkeit für einzelne Erkrankungen festgestellt werden. Bei erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit traten im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit folgende chronische Krankheiten häufiger auf: chronische Kreuzschmerzen (um den Faktor 2,4), chronische Kopfschmerzen (2,3), Arthrose (2,2), chronische Nackenschmerzen (1,6) sowie Bluthochdruck (1,5). Bei den Frauen waren die Unterschiede weniger stark ausgeprägt, jedoch bei folgenden Krankheiten bei Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit signifikant erhöht: Depressionen (um den Faktor 1,9), chronische Kopfschmerzen (1,7), Arthrose (1,6), chronische Kreuzschmerzen (1,5) und Bluthochdruck (1,4). Allergien traten dagegen bei erwerbstätigen Frauen und Männern mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit signifikant seltener auf. Ein signifikant höheres Risiko, an Schmerzen zu leiden, bestand für Frauen mit einfacher manueller bzw. nicht manueller Tätigkeit und für Männer mit einfacher und höherer manueller Tätigkeit sowie für Landwirte im Vergleich zu Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

Darüber hinaus lassen sich Einflüsse der Art der beruflichen Tätigkeit auf unterschiedliche Risikofaktoren, vor allem auf Adipositas und Rauchen, belegen. Landwirtinnen hatten im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit ein beinahe dreifaches Risiko, adipös zu sein. Bei Frauen mit einfacher bzw. höherer manueller Tätigkeit war dieses Risiko etwa doppelt so hoch. Ein signifikant erhöhtes Risiko bestand für Männer mit einfacher manueller Tätigkeit (um den Faktor 1,7) und für Landwirte (um den Faktor 1,3), verglichen mit erwerbstätigen Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Auch beim Rauchverhalten waren beachtliche Unterschiede nach der Art der beruflichen Tätigkeit festzustellen: Erwerbstätige Frauen und Männer mit einfacher bzw. höherer manueller Tätigkeit rauchten wesentlich häufiger als jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Landwirtinnen rauchten am seltensten täglich. Der Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf das Ausmaß der körperlichen Aktivität war bei Männern nicht sehr stark ausgeprägt. Dagegen hatten Frauen mit einfacher nicht manueller Tätigkeit ein etwa doppelt so hohes Risiko von körperlicher Inaktivität verglichen mit Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

Bei der Teilnahme an Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen konnte ebenfalls ein Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden. Erwerbstätige Männer und Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit ließen sich verglichen mit den anderen Erwerbstätigengruppen am seltensten impfen. Landwirtinnen und selbstständige Frauen hatten ein beinahe doppelt so hohes Risiko, in den letzten beiden Jahren eine Mammographie nicht in Anspruch genommen zu haben, verglichen mit erwerbstätigen Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Bei Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit und Landwirtinnen war die Wahrscheinlichkeit, nicht regelmäßig einen Krebsabstrich durchführen zu lassen, um den Faktor 1,9 bzw. 2,0 erhöht. Erwerbstätige Männer

mit einfacher manueller Tätigkeit ließen seltener einer Darmspiegelung vornehmen als jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

## Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit hatte einen starken Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Arbeitslose Personen fühlten sich gesundheitlich schlechter, berichteten öfters über chronische Krankheiten und rauchten häufiger täglich. Schutzimpfungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs wurden seltener von arbeitslosen Personen in Anspruch genommen als von Erwerbstätigen.

Arbeitslose Frauen und Männer fühlten sich gesundheitlich schlechter als Erwerbstätige. Chronische Kreuzschmerzen stellten sowohl bei den Erwerbstätigen als auch bei den Arbeitslosen das häufigste Gesundheitsproblem dar. Arbeitslose Frauen und Männer hatten im Vergleich zu Erwerbstätigen ein 1,8-faches bzw. 2,4-faches Risiko, unter diesem chronischen Gesundheitsproblem zu leiden. Arbeitslose Frauen und Männer litten außerdem besonders häufig unter Depressionen; im Vergleich zu Erwerbstätigen war das Risiko um den Faktor 5,4 bei Frauen bzw. 12,9 bei Männern erhöht. Arbeitslose Männer gaben zudem wesentlich häufiger als erwerbstätige Männer Bluthochdruck, chronische Nackenschmerzen und chronische Kopfschmerzen an. Arbeitslose Frauen litten im Vergleich zu Erwerbstätigen besonders häufig unter Kopfschmerzen bzw. Bluthochdruck. Auch war für Arbeitslose das Risiko, unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden, signifikant höher als für Erwerbstätige (Frauen: 1,8-faches Risiko, Männer: 2,9-faches Risiko).

Der Erwerbsstatus hatte einen starken Einfluss auf die Adipositas-Prävalenz sowie auf den Raucherstatus. Arbeitslose Frauen hatten ein dreimal so hohes Adipositas-Risiko wie erwerbstätige Frauen, bei den Männern war dieses Risiko um den Faktor 1,7 erhöht. Die Wahrscheinlichkeit, dass arbeitslose Männer täglich rauchten, war beinahe dreimal so hoch wie für erwerbstätige Männer. Arbeitslose Frauen hatten im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen ein doppelt so hohes Risiko. Während es bei den Männern kaum Unterschiede im Anteil der sportlich Aktiven nach Erwerbsstatus gab, betrieben erwerbstätige Frauen etwas häufiger ausreichend Sport (nach den WHO-Empfehlungen).

Die Impfbereitschaft war generell bei allen Schutzimpfungen bei Erwerbstätigen höher als bei Arbeitslosen. Dies galt für beide Geschlechter, wobei im Allgemeinen Frauen häufiger über einen aufrechten Impfschutz verfügten als Männer. Mit Ausnahme des Krebsabstrichs konnten keine Unterschiede nach Erwerbsstatus in der Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs festgestellt werden.

## Migration und Gesundheit

Menschen mit Migrationshintergrund sind keine einheitliche und leicht zu definierende Gruppe. Sie kommen aus verschiedenen Herkunftsländern mit unterschiedlichem sozioökonomischem Status. Für einen Vergleich der gesundheitlichen Indikatoren der Bevölkerung Österreichs ohne und mit Migrationshintergrund wurden die Herkunftsländer von Zugewanderten in folgende Gruppen zusammengefasst: EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz, EU-Beitrittsstaaten ab 2004, ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU)/Türkei, sonstige Staaten.

Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei beurteilten ihren allgemeinen Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut als die anderen Bevölkerungsgruppen. Am

wenigsten positiv schätzten Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 ihren eigenen Gesundheitszustand ein. Dementsprechend berichteten sowohl Frauen als auch Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei sowie Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 häufiger über chronische Krankheiten. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei litten im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung häufiger an Depressionen, chronischen Kopfschmerzen sowie chronischen Kreuz- und Nackenschmerzen. Der schlechtere gesundheitliche Zustand dieser Personengruppe zeigte sich auch durch häufigeres Auftreten von mäßigen bis sehr starken Schmerzen.

Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei zeigten ein riskanteres Gesundheitsverhalten als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. So hatten Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei eine höhere Adipositas-Prävalenz. Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei wiesen den größten Anteil täglich Rauchender auf (Frauen: 38 %, Männer: 31 %). Aber auch bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten nach 2004 war die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens um das 2,1-Fache im Vergleich zu österreichischen Frauen erhöht. Am häufigsten körperlich aktiv (gemäß der WHO-Empfehlung) waren Männer aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz. Dagegen hatten Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität.

Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten deutlich seltener einen aufrechten Impfschutz als Österreicherinnen und Österreicher bzw. Personen aus den EU-Staaten vor 2004. Der Migrationshintergrund hatte auch einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Mammographie und Krebsabstrich, nicht aber auf die Darmspiegelung. Generell waren diese Effekte jedoch gering.

Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten eine im Vergleich zu Österreicherinnen um das 5,2-Fache erhöhte Wahrscheinlichkeit für geringe soziale Unterstützung. Des Weiteren war die Wahrscheinlichkeit der subjektiven Wahrnehmung mangelnder sozialer Unterstützung von Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung signifikant erhöht.

## Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren

Um den Einfluss jedes einzelnen der soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten unterscheiden zu können, wurden Regressionsmodelle unter Konstanthalten der jeweils anderen Faktoren berechnet. Folgende erklärende Variablen wurden im Modell berücksichtigt: Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent), (frühere) berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter. Der Einfluss dieser Faktoren wurde für folgende Gesundheitsindikatoren berechnet: positiver subjektiver Gesundheitszustand, Diabetes, Depressionen, Allergien, chronische Kreuz-, Nacken- oder Kopfschmerzen, starkes Übergewicht, tägliches Rauchen, körperliche Inaktivität, Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen, geringe soziale Unterstützung.

Berechnet wurden Odds Ratios (OR), welche die Wirkungsrichtung und -stärke der soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren auf die jeweiligen Gesundheitsindikatoren zeigen. Die Analysen wurden getrennt für (jemals) Erwerbstätige, d. h. Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig waren oder eine frühere Erwerbstätigkeit angegeben haben, sowie für Pensionistinnen und Pensionisten durchgeführt.

Bei Konstanthalten der jeweils anderen soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren erwiesen sich folgende Merkmale als wesentliche Risikofaktoren für den Gesundheitszustand und

das Gesundheitsverhalten: das Alter (am stärksten bei Männern, die Diabetes, aber auch einen positiven subjektiven Gesundheitszustand sowie chronische Kreuz- und Nackenschmerzen angegeben hatten), Arbeitslosigkeit (z. B. Depressionen bei Männern, starkes Übergewicht bei Frauen) und Migrationshintergrund (z. B. chronische Kreuz-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie tägliches Rauchen bei Frauen).

Nachfolgend ein Ranking ausgewählter Faktoren mit den höchsten Risikoausprägungen im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe (Odds Ratios in Klammern; Referenzgruppe siehe Tabellen in Kapitel 8).

Übersicht 1.1

**Ranking der soziodemographischen und sozioökonomischen Risikofaktoren mit den höchsten Odds Ratios**

Positiver subjektiver Gesundheitszustand	15- bis 24-jährige Männer (8,8) 25- bis 34-jährige Männer (6,5) pensionierte österreichische Männer (5,3) pensionierte Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (5,2) Männer aus den EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz (5,0) pensionierte Frauen aus den EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz (5,0)
Diabetes	55- bis 64-jährige Männer (39,2) 45- bis 54-jährige Männer (29,5) 35- bis 44-jährige Männer (6,0) pensionierte Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (5,7) arbeitslose Frauen (4,5) Frauen mit Pflichtschulbildung (3,2)
Depression	arbeitslose Männer (8,8) pensionierte Männer aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (5,7) Männer aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (4,4) arbeitslose Frauen (4,1) pensionierte Frauen mit 60 % – 80 % des Medianeinkommens (3,1) 55- bis 64-jährige Männer (2,7)
Allergien	pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (5,8) pensionierte Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (2,5) Männer aus den EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz (2,3) Männer mit 60 % des Medianeinkommens (2,1) pensionierte Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (1,9) pensionierte Männer aus den EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz (1,8)
Chronische Kreuzschmerzen	pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (20,8) 55- bis 64-jährige Männer (3,6) 45- bis 54-jährige Männer (2,8) 55- bis 64-jährige Frauen (2,8) pensionierte Männer aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (2,4) Männer in der Landwirtschaft (2,1)
Chronische Nackenschmerzen	pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (7,5) 55- bis 64-jährige Männer (4,3) 45- bis 54-jährige Männer (4,0) 55- bis 64-jährige Frauen (2,6) 35- bis 44-jährige Männer (2,5) 45- bis 54-jährige Frauen (2,2)

Chronische Kopfschmerzen	pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (6,1) pensionierte Frauen mit 60 % – 80 % des Medianeinkommens (6,0) pensionierte Frauen mit 80 % – 100 % des Medianeinkommens (5,3) pensionierte Frauen mit 60 % des Medianeinkommens (3,8) arbeitslose Frauen (2,7) Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (2,4)
Starkes Übergewicht (Adipositas)	arbeitslose Frauen (2,8) Frauen mit Pflichtschulbildung (2,6) pensionierte Männer mit 60 % des Medianeinkommens (2,4) pensionierte Männer mit 100 % – 150 % des Medianeinkommens (2,4) Männer mit Pflichtschulbildung (2,2) Frauen mit Lehrabschluss (2,2)
Tägliches Rauchen	pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (8,3) pensionierte Frauen mit Pflichtschulbildung (4,9) pensionierte Frauen mit Lehrabschluss (4,6) Frauen mit Pflichtschulbildung (4,1) Männer mit Pflichtschulbildung (3,1) Frauen mit Lehrabschluss (2,9)
Körperliche Inaktivität	pensionierte Männer aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (11,0) Männer in der Landwirtschaft (2,5) pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (2,1) Männer mit Pflichtschulbildung (2,1) Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (2,1) Frauen in der Landwirtschaft (1,7)
Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen	Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (5,6) Männer aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (4,2) pensionierte Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (3,6) Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (3,5) Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (2,6) pensionierte Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (2,6)
Geringe soziale Unterstützung	Frauen aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (5,9) Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (5,1) Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (4,9) arbeitslose Frauen (2,9) pensionierte Männer aus dem ehem. Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei (2,7) Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (2,5)

## Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen

Bislang gibt es in Österreich nur wenige systematische statistische Erhebungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Erstmals wurden im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 auch Informationen zu Kindern unter 18 Jahren erhoben. Dabei sollte der befragte Elternteil Auskunft über alle im selben Haushalt lebenden Kinder zu folgenden Gesundheitsthemen geben: allgemeine Gesundheitswahrnehmung, gesundheitliche Beschwerden (Unruhe, Überaktivität; Kopf-, Bauchschmerzen, Übelkeit; Schlafschwierigkeiten), Bedarf an langfristiger Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahme von Impfungen.

Insgesamt schätzten die Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder als überwiegend sehr gut oder gut ein (97 % der Mädchen, 96 % der Buben). Der Anteil der Eltern, die den Gesundheitszu-

stand der Kinder als sehr schlecht oder schlecht einschätzten, lag unter einem Prozent. Die Einschätzung durch die Eltern erwies sich als von ihrem Sozialstatus abhängig. Soziale Unterschiede zeigten sich jedoch nur bei den Buben. Der Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten hatte nur geringen Einfluss auf die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands ihrer Kinder, Unterschiede traten wiederum nur bei den Buben auf.

Generell war bei den Mädchen die Häufigkeit von Unruhe und Überaktivität geringer als bei den Buben (20 % zu 27 %). Der Sozialstatus zeigte deutliche Einflüsse auf die Häufigkeit von Unruhe und Überaktivität: Je niedriger der Sozialstatus, umso häufiger traten diese Symptome auf. Der Migrationshintergrund erwies sich ebenso als Einflussfaktor: Von den Symptomen Unruhe und Überaktivität besonders betroffen waren sowohl Buben als auch Mädchen in Haushalten mit einem Familienrepräsentanten aus den seit 2004 der EU beigetretenen Staaten sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei.

Geringfügig mehr Mädchen als Buben waren laut Angaben ihrer Eltern von Kopf- oder Bauchschmerzen sowie Übelkeit betroffen (19 % zu 15 %). Der Einfluss des sozialen Status des Familienrepräsentanten auf das Auftreten dieser Symptome war deutlich geringer als bei den Symptomen der Unruhe und Überaktivität. Der Migrationshintergrund hingegen hatte einen Einfluss auf die Symptommhäufigkeit: Besonders betroffen waren Mädchen und Buben aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten.

Insgesamt wiesen 4 % der Mädchen und 5 % der Buben laut Angaben ihrer Eltern Schlafschwierigkeiten auf. Bei den Buben waren keine nennenswerten Unterschiede in der Häufigkeit von Schlafschwierigkeiten hinsichtlich des Sozialstatus zu erkennen, bei den Mädchen waren diese gering. Auch der Migrationshintergrund hatte bei den Buben keinen nennenswerten Einfluss auf die Häufigkeit von Schlafschwierigkeiten, bei den Mädchen waren diese gering.

Insgesamt wiesen 9 % der Mädchen und 11 % der Buben einen speziellen Versorgungsbedarf auf. Der Sozialstatus des Familienrepräsentanten beeinflusste den Versorgungsbedarf nur wenig. Lediglich bei Mädchen mit mittlerem Sozialstatus war der Versorgungsbedarf geringer als in den anderen Gruppen (8 %). Der Einfluss des Migrationshintergrunds auf den Versorgungsbedarf war bei den Buben gering. Bei den Mädchen hatten jene mit Eltern aus den nach 2004 der EU beigetretenen Staaten erhöhten Versorgungsbedarf (15 %).

Generell kann die Nutzung des kostenlosen Impfangebots für Kinder laut Angaben der Eltern als hoch bezeichnet werden: 91 % der Eltern gaben an, dieses in Anspruch genommen zu haben. Der Sozialstatus beeinflusste die Inanspruchnahme von Impfungen nur wenig. Tendenziell nahmen Eltern mit niedrigem sozialem Status kostenlose Impfungen eher in Anspruch als jene mit hohem Sozialstatus. Auch der Einfluss des Migrationshintergrunds auf die Inanspruchnahme von Impfungen war gering. Eine deutlich vermehrte Inanspruchnahme fand sich lediglich bei Mädchen aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten (98 %). Sowohl bei Mädchen als auch bei Buben mit Eltern aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz lag die Inanspruchnahme mit jeweils 87 % etwas unter dem Durchschnitt.

# 1 Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat sich zum Ziel gesetzt, zur Erhöhung der gesunden Lebensjahre der in Österreich lebenden Bevölkerung in den nächsten zwanzig Jahren beizutragen. Dafür wurden zehn Rahmen-Gesundheitsziele<sup>1</sup> in einem breit angelegten Prozess in Zusammenarbeit mit zahlreichen Stakeholdern entwickelt, die den Rahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bilden. Sie sollen richtungsweisend sein und einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die nächsten zwanzig Jahre bilden.

Erklärtes Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen. Zentral ist, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und nicht erst auf Krankheiten zu reagieren. Die Rahmen-Gesundheitsziele setzen dort an, wo positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung eingewirkt werden kann. Sie rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse (Gesundheitsdeterminanten). So kann nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, sondern auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden.

Ziel 2 der Rahmengesundheitsziele legt die gesundheitliche Chancengleichheit fest. Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen.

Dieser Bericht zeigt die gesundheitliche Situation der Wohnbevölkerung Österreichs nach Einkommenssituation, Bildungsstatus, Lebensumständen und Migrationshintergrund auf, um Ausmaß und Struktur von gesundheitlicher Chancenungleichheit zu verdeutlichen.

Ein eigenes Kapitel widmet sich dem Gesundheitszustand der Kinder unter 18 Jahren. Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie ihre Chancen auf ein Leben in guter Gesundheit sind nicht nur durch körperliche und psychische Faktoren geprägt, sondern auch durch das familiäre und soziale Umfeld. In diesem Bericht werden Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand der Kinder und dem sozioökonomischen Status des Haushalts aufgezeigt.

---

<sup>1</sup> <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/>



## 2 Datengrundlage und Methodik

Statistik Austria führte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesgesundheitsagentur eine auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basierende österreichweite Erhebung zum Thema Gesundheit durch. Von Oktober 2013 bis Mai 2015 nahmen sich 15.771 Personen, davon 6.986 Männer und 8.785 Frauen, im Alter von 15 und mehr Jahren die Zeit, im Rahmen eines telefonischen Interviews und eines schriftlichen Fragebogens detaillierte Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu geben. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet 7,2 Mio. Personen). Erstmals erhob die Gesundheitsbefragung Informationen zum Gesundheitszustand der im Haushalt lebenden Kinder. Ein Bericht<sup>2</sup> über die Hauptergebnisse (in Textform sowie in tabellarischer Form) und die methodische Dokumentation sind auf der Homepage der Statistik Austria und des Bundesministeriums für Gesundheit als Download verfügbar.

### 2.1 Themen der Befragung

Die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) und wurde um nationale Fragen zu gesundheitspolitisch wichtigen nationalen Themen erweitert.

Themen der Befragung waren zum einen der Gesundheitszustand der Bevölkerung, also die subjektive Gesundheitswahrnehmung, das Auftreten chronischer Krankheiten und Gesundheitsprobleme, psychische Gesundheit, Lebensqualität, funktionale Beeinträchtigungen sowie das Ausmaß bzw. der Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Ein zweiter Themenbereich betraf Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Übergewicht) und gesundheitsrelevantes Verhalten (körperliche Aktivität, Ernährung, Impfschutz). Ein weiterer Aspekt der Befragung beschäftigte sich mit der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen des Gesundheitssystems, also Leistungen der Spitäler, des niedergelassenen Bereichs sowie Leistungen zur Früherkennung von Krebs.

Zur Darstellung sozioökonomischer und soziodemographischer Merkmale stehen Geschlecht, Alter, Familienstand, Migrationshintergrund, höchste abgeschlossene Schulbildung sowie Informationen zum Lebensunterhalt, zur Berufstätigkeit sowie zu Haushaltsgröße und Haushaltseinkommen zur Verfügung.

### 2.2 Stichprobe, Erhebungsmethode

Als Befragungsmethode kam CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) zum Einsatz in Kombination mit einem von den Zielpersonen selbst auszufüllenden schriftlichen Fragebogen (Selbstaussfüller-SAF). Die Rekrutierung von Stichprobenpersonen erfolgte im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung. Dabei wurden Personen nach Abschluss der letzten Mikrozensus-Befragungswelle gefragt, ob sie an der Gesundheitsbefragung teilnehmen wollen. Fremdauskünfte waren generell nicht zugelassen, außer bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, selbst Auskunft zu geben. Hier wurde ein Haushaltsmitglied oder eine andere Auskunftsperson ersucht, einen verkürzten Fragebogen mit Grundinformationen über den Gesundheitszustand der Zielperson zu beantworten.

<sup>2</sup> Klimont, J. u. Baldaszti, E.: Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 – Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Statistik Austria, BMG, Wien 2016.

Insgesamt wurden 38.768 Personen kontaktiert, von denen 17.425 (45 %) „sicher“ zusagten. 21.343 Personen (55 %) verweigerten die Teilnahme an der Gesundheitsbefragung. 1.594 Zielpersonen, die ihre Teilnahme zunächst zugesagt hatten, konnten trotz mehrmaliger Kontaktversuche nicht erreicht werden bzw. verweigerten das Telefoninterview. 25 Personen brachen während der Erhebung das Interview ab. Bei 35 Personen waren die erhobenen Daten qualitativ unzureichend. Die österreichweite Ausschöpfung liegt damit bei 15.771 Personen. Das entspricht einer Ausschöpfungsrate von 40,7 %.

## 2.3 Datenaufbereitung

Die Datenerfassung erfolgte im Telefonstudio zeitgleich mit der Erhebung. Aufgrund der Möglichkeiten, die die Software Blaise bietet, wurden Plausibilitätskontrollen schon während des Telefoninterviews durchgeführt. In der zweiten Phase der Plausibilitätsprüfung erfolgte eine Systematisierung der fehlenden Werte. Diese Missing-Systematisierung ist eine wichtige Grundvoraussetzung für die Imputation und Plausibilitätsprüfung.

Imputationen wurden bei Item-Non-Response, also beim Fehlen von Informationen bei einem einzelnen Merkmal, durchgeführt. Nach grundlegender Analyse des Item-Non-Response wurden Richtlinien für die Imputation erarbeitet. Bei den meisten Antworten gab es nur wenig Verweigerung oder „Ich weiß nicht“-Antworten. Einzig bei der Frage zum monatlichen Haushaltseinkommen gab es bei 9,4 % der Antworten keine Angabe. Ebenso wurde beim Fehlen des Selbstausfüllers eine Imputation der fehlenden Fälle vorgenommen (7,1 %) bzw. bei Proxy-Befragungen anhand des Antwortverhaltens im verkürzten Fragebogen eine Imputation des gesamten Fragebogens (Proxy-Rate: 0,4 %).

Da bei den Impfungen eine „ich weiß nicht“-Antwort eine wichtige Aussage ist, wurde in diesen Fällen nicht imputiert.

## Hochrechnung (Gewichtung)

Bei einer zufallsgesteuerten Stichprobenauswahl wird ein verkleinertes, aber sonst möglichst wirklichkeitsgetreues Abbild der Merkmale der Grundgesamtheit geschaffen. Bei der Berechnung der statistischen Ergebnisse dient diese reduzierte Auswahl dann als Ausgangspunkt für die Darstellung der Grundgesamtheit, die mittels der sogenannten Hochrechnung erfolgt. Dabei werden die mithilfe der Stichprobe erhobenen Merkmalswerte zur Schätzung der interessierenden, aber unbekannt Parameter der Grundgesamtheit herangezogen.

Die Hochrechnung oder auch Gewichtung der Daten erfolgte in mehreren Schritten. Der erste Schritt war die Ermittlung des Basisgewichts, welches dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit eines Haushalts im Mikrozensus entspricht. Danach erfolgte mithilfe eines logistischen Modells die Non-Response-Anpassung, wobei hierfür Variablen aus dem Mikrozensus-Frageprogramm verwendet werden konnten. Der letzte Schritt war die Kalibrierung der Gewichte an bekannte Eckzahlen der Grundgesamtheit:

- Einwohnerzahlen der Versorgungsregionen nach Geschlecht
- Personenzahl gegliedert nach Fünf-Jahres-Altersgruppen und Geschlecht
- Personenzahl gegliedert nach Geschlecht und ob die Person zumindest ein Kind hat
- Personenzahl gegliedert nach Geschlecht, österreichische Staatsbürgerschaft und drei Bildungskategorien

Alle Auswertungen der Daten liefern daher nur unter Einbeziehung dieses Gewichts ein korrektes Ergebnis.

## 2.4 Analyseverfahren

Zur Untersuchung, welchen Einfluss soziodemographische und sozioökonomische Faktoren auf die Gesundheit haben, wurden folgende statistische Analyseverfahren angewendet:

### Altersstandardisierung

Da die Gesundheit stark altersabhängig ist und sich einige Vergleichsgruppen (z. B. Einkommens- und Bildungsgruppen, Bevölkerung nach Migrationshintergrund) in ihrer Altersstruktur unterscheiden, wurden altersstandardisierte Häufigkeiten berechnet. Dadurch wurden die Effekte, die auf Unterschiede in der Altersstruktur der Vergleichsgruppen zurückzuführen sind, ausgeschaltet und ein strukturbereinigter Vergleich ermöglicht.

Als Standardbevölkerung wurde die Europa-Standardbevölkerung von Eurostat verwendet.<sup>3</sup>

### (Multivariate) logistische Regression

Ein adäquates statistisches Analyseverfahren, um den Einfluss eines oder 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 und 9 der Einfluss eines unabhängigen Merkmals (z. B. das Haushaltseinkommen oder die höchste abgeschlossene 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, höchster abgeschlossener Schulbildung und Alter) analysiert. Neben der Berechnung der Odds Ratios und des 95%-Konfidenzintervalls quantifiziert das sog. Pseudo-R<sup>2</sup> nach Nagelkerke den Anteil der erklärten Varianz des logistischen Regressionsmodells.

---

<sup>3</sup> Eurostat: Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's task force, European Union, 2013.



## 3 Einkommen und Gesundheit

Das Einkommen hat einen wichtigen Einfluss auf die soziale Integration, die soziokulturelle Teilhabe sowie auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Einzelnen. Zahlreiche Studien zeigen, dass Menschen, die von Armut betroffen sind, häufiger unter Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden leiden. Sie schätzen einerseits ihre Gesundheit schlechter ein, andererseits neigen sie eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, was insbesondere beim Tabakkonsum zum Ausdruck kommt, aber auch durch mangelnde körperliche Aktivität oder eine ungesunde Ernährungsweise.<sup>4</sup>

Zur Messung von Einkommensarmut und -ungleichheit wird in der Regel das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Mithilfe 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 einer von der EU entwickelten Skala berechnet: Die Haushaltsreferenzperson erhält ein Gewicht von 1,0, jede weitere erwachsene Person im Haushalt eines von 0,5; Kinder, die jünger als 14 Jahre sind, werden mit 0,3 gewichtet. Zur Abgrenzung von Einkommensarmut (niedrigem Haushaltseinkommen) wird der Schwellenwert bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60 % des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (Median) angesetzt. Für eine differenzierte Betrachtung von Einkommensungleichheiten werden außerdem vier weitere Einkommensgruppen unterschieden: 60 % bis unter 80 % des Medianeinkommens (prekäre Wohlstandsgruppe), 80 % bis unter 100 %, 100 % bis unter 150 % sowie 150 % und höher. Neben der Personengruppe mit niedrigem Haushaltseinkommen 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 stets zu niedrigeren Schätzungen des Einkommens als das Jahreseinkommen und daher meist auch zu höheren Armutsgefährdungsquoten. Der Unterschied entsteht u. a. durch fehlende Berücksichtigung der 13. und 14. Monatsgehälter, einmaliger Zahlungen sowie auch durch saisonale Beschäftigungsmuster. Es kann daher sein, dass zum Beispiel saisonbeschäftigte Personen bei einer Monatsbetrachtung als armutsgefährdet eingestuft werden, bei einer Betrachtung des Jahreseinkommens aber nicht. Die Berechnungen zum Äquivalenzeinkommen von EU-SILC und der Gesundheitsbefragung können daher nicht verglichen werden.

### 3.1 Einkommensarmut und Einkommensungleichheit

In der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und mehr) stand einem Fünftel der Personen nur ein niedriges Haushaltseinkommen (< 60 % des Medianeinkommens) zur Verfügung. Jugendliche und junge Erwachsene sowie die ab 75-Jährigen waren überproportional betroffen: 30 % der 15- bis 29-Jährigen sowie ein Viertel der Gruppe 75+ waren als einkommensarm zu bezeichnen. Zum Vergleich dazu lebten 15 % der 30- bis 44-Jährigen und knapp 19 % der 45- bis 59- und 60- bis 74-Jährigen in Haushalten mit niedrigem Einkommen. Frauen waren häufiger einkommensarm

<sup>4</sup> Lampert T., Kroll L.: Armut und Gesundheit. GBE Kompakt; Robert Koch-Institut Berlin 05/2010

als Männer (Frauen: 23 %, Männer: 18 %). Besonders betroffen waren verwitwete Frauen (27 %) und arbeitslose Männer (45 %).

### Übersicht 3.1

#### Verteilung des Haushaltseinkommens nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	Insgesamt	15 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 59 Jahre	60 bis 74 Jahre	75 Jahre und mehr
<b>Mittelwert (in Euro / Monat)</b>						
Insgesamt	1.473	1.330	1.530	1.591	1.488	1.285
Frauen	1.379	1.211	1.484	1.499	1.394	1.158
Männer	1.572	1.445	1.576	1.683	1.593	1.477
<b>Median (in Euro / Monat)</b>						
Insgesamt	1.333	1.200	1.389	1.458	1.333	1.200
Frauen	1.267	1.120	1.385	1.350	1.333	1.067
Männer	1.400	1.250	1.400	1.500	1.467	1.333
<b>Anteil der Personen mit niedrigem Einkommen (&lt; 60 % Median) in Prozent</b>						
Insgesamt	20,9	30,4	14,9	18,5	19,0	24,5
Frauen	23,2	32,0	15,2	21,7	21,6	30,4
Männer	18,3	28,9	14,6	15,3	16,1	15,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

**Gini-Koeffizient: 0,292.** (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.)

## 3.2 Einkommen und Gesundheitszustand

### 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 miterfasst. 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 schätzten ihren Gesundheitszustand negativer ein als Jüngere, Frauen schlechter als Männer.

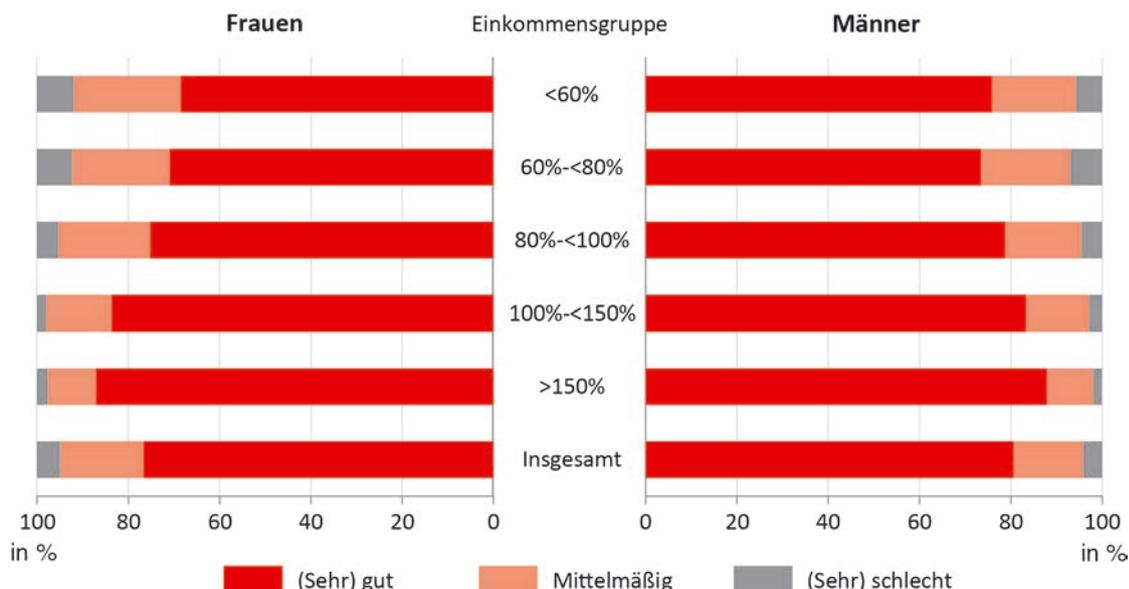
Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes korreliert mit dem Äquivalenzeinkommen: Personen in einkommensschwächeren Haushalten beurteilten ihren Gesundheitszustand schlechter als Personen in höheren Einkommensklassen. Die Einkommensabhängigkeit des subjektiven Gesundheitszustandes galt für beide Geschlechter. Hinzu kam, dass Frauen in einkommensschwachen Gruppen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einstufen als Männer, während in den einkommensstärkeren Gruppen die Geschlechterdifferenzen geringer waren.

72 % der Personen mit niedrigem Einkommen (< 60 % des Medianeinkommens) und der prekären Wohlstandsgruppe (60 % bis < 80 % des Medianeinkommens) fühlten sich gesundheitlich (sehr) gut und 7 % (sehr) schlecht. Im Vergleich dazu schätzten 88 % der Personen aus der einkommensstärksten Gruppe (> 150 % des Medianeinkommens) ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein und nur 2 % als schlecht oder sehr schlecht.

Am seltensten stuften einkommensschwache Frauen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein (<60 % des Medianeinkommens: 69 %, 60 % bis <80 % des Medianeinkommens: 71 %), dagegen fühlten sich 8 % gesundheitlich (sehr) schlecht. 73 % der Männer der prekären Wohlstandsgruppe und 76 % der niedrigen Einkommensgruppe gaben einen (sehr) guten Gesundheitszustand an (7 % bzw. 6 % schlecht bzw. sehr schlecht). In der einkommensstärksten Gruppe beurteilten deutlich mehr Frauen (87 %) und Männer (88 %) ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut und korrespondierend dazu nur je 2 % mit schlecht oder sehr schlecht.

Grafik 3.1

**Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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 wurden die Effekte, die auf Unterschiede in der Altersstruktur zurückzuführen sind, ausgeschaltet und ein strukturbereinigter Vergleich ermöglicht.

Auch nach der Altersstandardisierung wurde von Frauen und Männern mit hohem Einkommen die eigene Gesundheit besser beurteilt als in den darunter liegenden Einkommensklassen. Durch die Altersstandardisierung verringerten sich die Geschlechterunterschiede in allen Einkommensgruppen.

Ein adäquates statistisches 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 nun das Alter) statistisch kontrolliert 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

## Übersicht 3.2

**Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Geschlecht, Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	Insgesamt in 1.000	Subjektiver Gesundheitszustand, altersstandardisiert in Prozent		
		(Sehr) gut	Mittelmäßig	(Sehr) schlecht
<b>Insgesamt</b>				
Insgesamt	7.235,4	78,0	17,3	4,6
< 60 %	1.508,8	69,5	23,0	7,4
60 % – < 80 %	1.189,2	72,1	20,6	7,3
80 % – < 100 %	1.292,6	77,1	18,4	4,5
100 % – < 150 %	2.095,0	83,1	14,3	2,6
> 150 %	1.149,9	86,9	11,0	2,1
<b>Frauen</b>				
Zusammen	3.716,6	76,9	18,2	4,9
< 60 %	863,5	69,1	22,8	8,1
60 % – < 80 %	667,9	72,3	21,1	6,6
80 % – < 100 %	688,7	76,1	19,4	4,4
100 % – < 150 %	1.021,3	83,0	14,8	2,2
> 150 %	475,2	85,9	11,9	2,2
<b>Männer</b>				
Zusammen	3.518,8	79,5	16,2	4,2
< 60 %	645,2	70,8	22,8	6,4
60 % – < 80 %	521,3	71,9	21,1	7,0
80 % – < 100 %	603,8	78,8	16,9	4,4
100 % – < 150 %	1.073,7	82,7	14,1	3,1
> 150 %	674,7	87,2	10,6	2,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. – Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP/Eurostat).

den Wert Eins nicht ein, so kann mit 95%-Vertrauenswahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der angezeigte Effekt tatsächlich eintritt (also signifikant ist).

Übersicht 3.3 ist daher wie folgt zu interpretieren: Nach Kontrolle des Alterseffekts ist die Wahrscheinlichkeit, dass Männer in der höchsten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen 3,1-mal höher als bei Männern der niedrigsten Einkommensstufe.

## Übersicht 3.3

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

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	%	Frauen		Männer	
		OR	95%-KI	OR	95%-KI
< 60 %	69,1	Ref.	-	70,8	Ref.
60 % – < 80 %	72,3	1,20	1,03 – 1,40	71,9	1,05
80 % – < 100 %	76,1	1,58	1,35 – 1,86	78,8	1,52
100 % – < 150 %	83,0	2,47	2,12 – 2,88	82,7	2,10
> 150 %	85,9	3,18	2,59 – 3,92	87,2	3,10

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

Das 95%-KI reichte von 2,49 – 3,87, d. h. der angezeigte positive Effekt trat mit 95%-Vertrauenswahrscheinlichkeit ein. Bei den Frauen lag dieser Faktor bei 3,2 und war bei einem 95%-KI von 2,59 – 3,92 ebenso signifikant. Auch bei den anderen Einkommensstufen war die Wahrscheinlichkeit, dass der Gesundheitszustand als (sehr) gut eingestuft wurde, höher als in der einkommensschwächsten Gruppe.

Verglichen mit der Gesundheitsbefragung 2006/07 verringerten sich die Unterschiede zwischen niedrigster und höchster Einkommensstufe bei den Männern, vergrößerten sich jedoch bei den Frauen.

## Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

In der Gesundheitsbefragung wurde die Prävalenz von selbstwahrgenommenen chronischen Erkrankungen anhand zweier unterschiedlicher Fragestellungen erfasst. Einerseits wurde eine globale Ja-Nein-Frage gestellt, ob die Befragten seit mindestens sechs Monaten an einer chronischen Krankheit gelitten haben. Andererseits wurde eine Liste von 17 ausgewählten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen vorgelegt und deren Auftreten in den letzten zwölf Monaten vor dem Interview abgefragt.

Dies führte nun unter anderem dazu, dass zum Beispiel Personen die globale Frage nach dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung zwar mit „Nein“ beantwortet hatten, dann aber nach Vorgabe einer Liste mit konkreten Erkrankungen über eine chronische Erkrankung berichteten. Dieses Antwortverhalten betraf vor allem Gesundheitsprobleme wie Allergien, Kopfschmerzen oder Bluthochdruck. Es gab aber auch Personen, die die globale Frage mit „Ja“ beantwortet hatten, aber keine der 17 abgefragten chronischen Krankheiten angaben. Ein Grund dafür könnte sein, dass es keine Position „sonstige chronische Krankheiten“ gab und die subjektiv vorhandene Krankheit nicht gelistet war.

---

Das Vorhandensein chronischer Krankheiten war in erster Linie vom Alter abhängig – die Häufigkeit stieg mit dem Alter stark an. Kontrolliert man die Alterseffekte, wurde der Einfluss der Einkommenshöhe auf das Vorhandensein einer chronischen Krankheit ersichtlich.

---

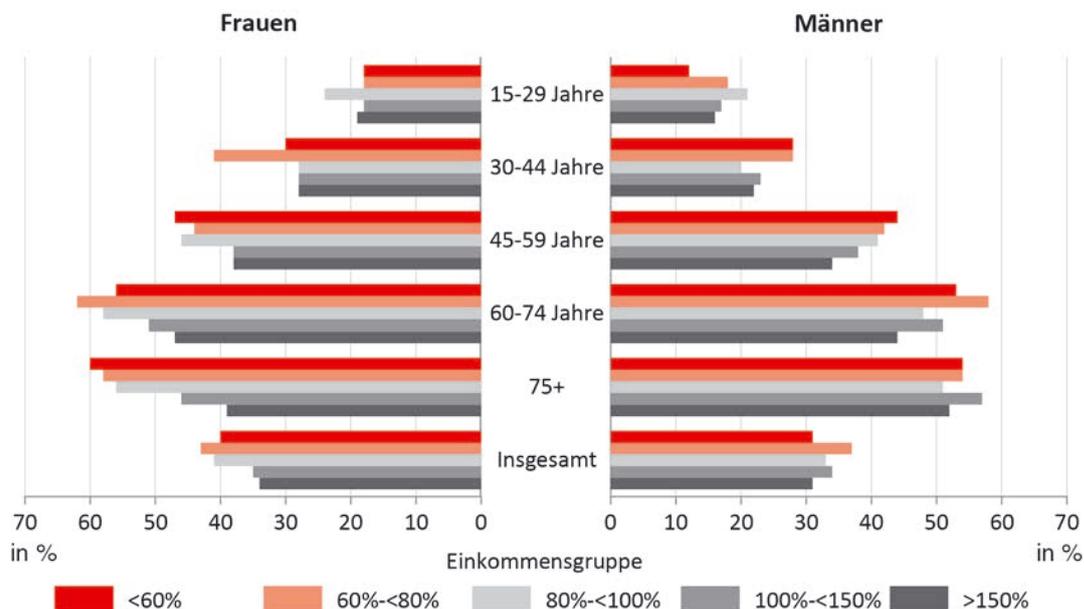
Generell gaben Frauen häufiger als Männer an, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden. Dies traf mit wenigen Ausnahmen für alle Alters- und Einkommensgruppen zu. Personen der prekären Wohlstandsgruppe waren am häufigsten betroffen (Frauen: 43 %, Männer: 37 %), am seltensten jene der höchsten Einkommensgruppe (Frauen: 34 %, Männer: 31 %).

Nach Altersgruppen betrachtet zeigte sich ein ähnliches Bild: Mit Ausnahme der 15- bis 29-Jährigen und der Männer ab 75 zeichnete sich in allen anderen Altersgruppen der Trend mit verstärktem Auftreten von chronischen Erkrankungen bei niedrigen Einkommensgruppen ab.

Auch nach Altersstandardisierung blieben die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Einkommensgruppen bestehen. Die Berechnung der Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Erkrankung zeigte, dass Frauen der prekären Wohlstandsgruppe gegenüber Frauen der einkommensstärksten Gruppe ein 1,5-faches Risiko hatten, unter einer chronischen Krankheit zu leiden. Bei Männern war dieses Risiko um den Faktor 1,4 erhöht. Die Ergebnisse sind statistisch signifikant. Verglichen mit der Gesundheitsbefragung 2006/07 vergrößerten sich die einkommensbezogenen Unterschiede hinsichtlich Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Erkrankung.

Grafik 3.2

**Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Zu den häufigsten chronischen Krankheiten zählten in allen Einkommensstufen chronische Kreuz- und Nackenschmerzen, Allergien und Bluthochdruck. Frauen litten zusätzlich häufiger als Männer unter chronischen Kopfschmerzen und Depressionen.

Die Berechnung der Odds Ratios zeigte einen signifikanten Einfluss der Einkommenshöhe auf die Auftretenswahrscheinlichkeit einzelner chronischer Krankheiten. Bei Männern der niedrigsten Einkommensstufe traten chronische Kopfschmerzen, Depressionen, chronische Nacken- und Kreuzschmerzen im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe vermehrt auf. Bei Frauen war der Einkommenseffekt bei Depressionen, Harninkontinenz, chronischem Kopfschmerz und Bluthochdruck am stärksten.

Anzumerken ist, dass bei der Fragestellung des Auftretens einer chronischen Krankheit (globale Frage) alle Einkommensgruppen einbezogen wurden (siehe Übersicht 3.4), während bei der

Übersicht 3.4

**Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht**

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
< 60 %	40,0	1,34	1,14 – 1,57	37,1	1,24	1,04 – 1,47
60 % – < 80 %	42,2	1,49	1,26 – 1,75	38,2	1,40	1,17 – 1,68
80 % – < 100 %	41,1	1,34	1,14 – 1,58	33,6	1,15	0,97 – 1,37
100 % – < 150 %	34,6	1,03	0,89 – 1,21	34,3	1,18	1,01 – 1,37
> 150 %	32,8	Ref.	-	31,2	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
% = altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

Betrachtung der spezifischen chronischen Erkrankungen die niedrigste im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe verglichen wurde (siehe Übersicht 3.5).

## Übersicht 3.5

### Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe nach Geschlecht

Chronische Krankheiten	Prävalenz nach Einkommensstufe					Auftrittswahrscheinlichkeit in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe	
	< 60 %	60 % – < 80 %	80 % – < 100 %	100 % – < 150 %	> 150 %	OR	95%-KI
	Altersstandardisiert in Prozent						
	Frauen						
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	28,0	27,1	27,4	23,9	22,1	1,42	1,19 – 1,70
Allergien	26,1	26,9	26,7	25,6	27,1	0,95	0,80 – 1,12
Bluthochdruck	24,9	22,1	23,7	19,1	16,8	1,88	1,52 – 2,33
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	25,7	23,6	23,1	20,2	19,5	1,32	1,1 – 1,58
Arthrose	17,0	15,3	16,4	14,6	12,8	1,54	1,22 – 1,96
Depression	13,4	11,8	9,1	7,9	4,6	2,71	2,02 – 3,65
Chronische Kopfschmerzen	12,0	13,1	10,5	5,9	5,8	1,95	1,48 – 2,57
Diabetes	5,7	5,7	3,2	3,7	3,3	1,68	1,13 – 2,49
Harninkontinenz	5,7	7,8	5,3	3,3	3,7	2,43	1,50 – 3,96
	Männer						
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	29,3	28,9	24,8	21,5	17,7	1,95	1,60 – 2,38
Allergien	20,2	20,5	21,1	21,3	22,1	0,85	0,70 – 1,02
Bluthochdruck	22,1	22,3	24,9	22,4	18,8	1,32	1,06 – 1,63
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	18,8	17,9	13,9	13,0	10,9	1,97	1,56 – 2,48
Arthrose	10,8	11,6	7,9	8,0	8,4	1,54	1,15 – 2,07
Depression	8,8	9,1	6,4	3,7	4,0	2,79	1,94 – 4,01
Chronische Kopfschmerzen	6,2	5,7	3,4	2,7	2,1	3,23	2,09 – 4,98
Diabetes	8,3	5,5	5,6	6,1	5,7	1,70	1,19 – 2,42
Harninkontinenz	2,0	4,4	1,8	2,2	1,5	1,86	0,93 – 3,73

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## Schmerzen

Das Auftreten von Schmerzen war nicht nur stark alters- und geschlechtsabhängig, auch berichteten einkommensschwache Personen häufiger über Schmerzen. Frauen litten in beinahe allen Alters- und Einkommensgruppen häufiger als Männer an Schmerzen.

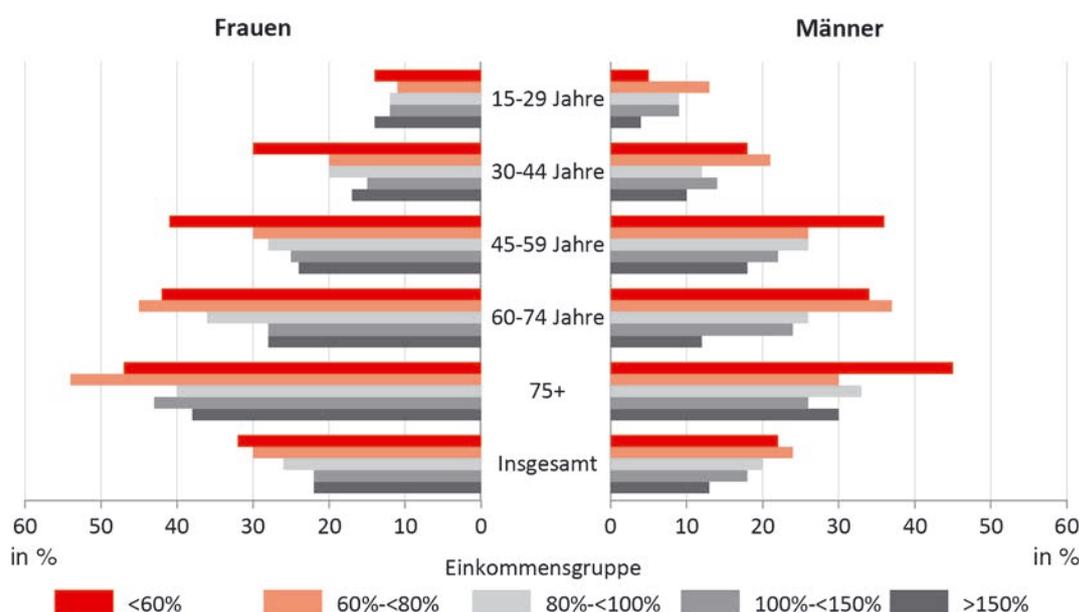
Etwa jede dritte Frau der niedrigsten Einkommensstufe berichtete über mäßige bis sehr starke Schmerzen in den letzten vier Wochen vor der Befragung. Bei Männern waren jene der prekären

Wohlstandsgruppe am meisten betroffen (24 %). Die Schmerzprävalenz war in der höchsten Einkommensgruppe am geringsten (Frauen: 22 %, Männer: 13 %).

In allen Einkommensgruppen waren Personen ab 45 Jahren besonders häufig von mäßigen bis sehr starken Schmerzen betroffen. Bei Männern von 45 bis 74 Jahren waren die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen besonders stark ausgeprägt: Mehr als zwei Drittel der einkommensschwächeren Gruppen berichteten über mäßige bis sehr starke Schmerzen, während dies weitaus seltener bei Männern der höchsten Einkommensstufe der Fall war (45- bis 59-Jährige: 18 %, 60- bis 74-Jährige: 12 %). Bei Frauen waren die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen nicht so stark ausgeprägt wie bei Männern. Die höchste Schmerzprävalenz trat bei 60- bis 74-jährigen und ab 75-jährigen Frauen in der prekären Wohlstandsgruppe auf (45 % bzw. 54 %) so-

Grafik 3.3

**Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 3.6

**Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht**

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	%	Frauen		Männer		
		OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
< 60 %	32,8	1,74	1,46 – 2,08	26,5	2,24	1,81 – 2,77
60 % – < 80 %	28,9	1,49	1,24 – 1,78	25,2	2,25	1,81 – 2,80
80 % – < 100 %	26,3	1,21	1,01 – 1,46	18,9	1,63	1,32 – 2,03
100 % – < 150 %	22,3	0,99	0,83 – 1,18	18,2	1,48	1,21 – 1,80
> 150 %	22,7	Ref.	-	13,1	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

wie in der niedrigsten Einkommensgruppe ab 45 Jahren (45 – 59 Jahre: 41 %, 60 – 74 Jahre: 42 %, 75+: 47 %). Zudem gab beinahe ein Drittel der 30- bis 44-jährigen einkommensschwachen Frauen an, unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden.

Nach Altersstandardisierung blieb ein statistisch signifikanter Einkommenseffekt auf die Schmerzprävalenz sichtbar (bzw. verstärkte sich bei den Männern noch). Einkommensschwache Frauen hatten ein 1,7-faches Risiko, unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden, verglichen mit Frauen der höchsten Einkommensstufe. Bei Männern waren die Unterschiede sogar noch ausgeprägter: Männer der prekären Einkommensgruppe bzw. der einkommensschwächsten Gruppe hatten ein um den Faktor 2,3 bzw. 2,2 erhöhtes Risiko im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensstufe.

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde ein Fragebogen, der von der WHO entwickelt wurde, herangezogen (WHOQOL-BREF<sup>5</sup>; World Health Organisation Quality of Life, Kurzversion). Dieser umfasst zwei globale Fragen (zur allgemeinen Lebensqualität und zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden) sowie 24 Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen. Daraus wurden die Mittelwerte für die Bereiche „allgemeine Lebensqualität“, „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ berechnet.

Die Lebensqualität stieg in allen Bereichen mit Ausnahme der sozialen Beziehungen mit dem Äquivalenzeinkommen, wobei sich die niedrigsten drei Einkommensstufen kaum unterschieden. Bei den Frauen war der Einfluss des Einkommens auf die Lebensqualität stärker ausgeprägt als bei den Männern.

### Übersicht 3.7

#### Lebensqualität nach Einkommen und Geschlecht

Geschlecht, Äquivalenzeinkommen (Abweichungen vom Median)	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
<b>Frauen</b>					
Insgesamt	74,1	77,3	73,9	75,6	76,6
< 60 %	69,8	73,2	71,1	73,6	73,3
60 % – < 80 %	71,5	74,7	71,8	73,6	73,7
80 % – < 100 %	73,4	76,3	73,0	76,0	75,1
100 % – < 150 %	77,2	80,7	76,1	76,7	79,5
> 150 %	80,0	82,8	78,7	79,2	82,5
<b>Männer</b>					
Insgesamt	75,3	79,8	77,8	74,7	78,3
< 60 %	74,5	78,4	76,8	75,7	76,3
60 % – < 80 %	73,4	77,4	76,2	73,9	75,1
80 % – < 100 %	74,1	78,3	76,9	73,8	76,5
100 % – < 150 %	75,7	80,4	78,3	74,7	79,4
> 150 %	78,0	83,7	79,8	75,4	82,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

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

Die größten Einkommensunterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität waren bei den Männern bei der allgemeinen Lebenserwartung sowie im physischen Bereich zu finden. Bei den Frauen waren die Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität nach Einkommensniveau generell stärker ausgeprägt, die größten Differenzen gab es bei den Bereichen allgemeine Lebensqualität, physischer Bereich und Umwelt.

### 3.3 Einkommen und Gesundheitsverhalten

#### Adipositas

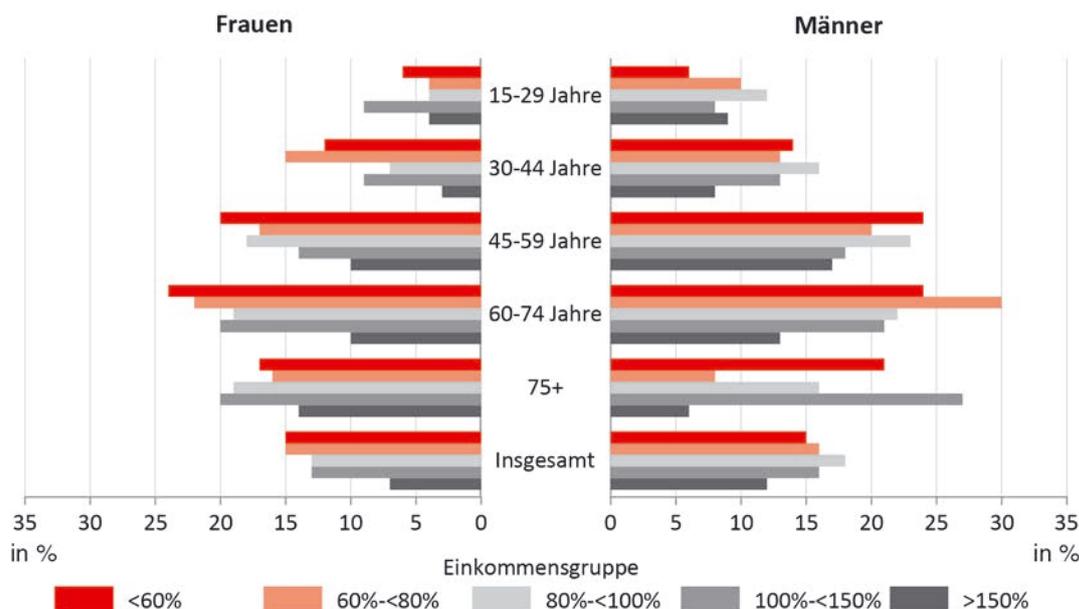
Ein häufig verwendetes Maß für die Klassifikation von Adipositas bei Erwachsenen ist die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI). Der BMI ist definiert als das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Ab einem BMI von 30,0 spricht man von Adipositas.

Das Vorkommen von Adipositas war bei Frauen und Männern in der höchsten Einkommensstufe am geringsten (12 % bzw. 7 %). Den größten Anteil an Adipösen gab es bei Männern der mittleren Einkommensstufe (18 %) sowie bei Frauen der niedrigsten Einkommensstufe bzw. der prekären Wohlstandgruppe (je 15 %).

In allen Einkommensgruppen nahm das Auftreten von Adipositas mit dem Alter zu (das gilt bis zum Alter von 75 Jahren). Bei Frauen war der Adipositas-Anteil in allen Einkommensgruppen im Alter von 60 bis 74 Jahren am höchsten. Ein Viertel der Frauen mit niedrigem Einkommen war in dieser Altersgruppe stark übergewichtig, 22 % der prekären Wohlstandsgruppe und etwa ein Fünftel der mittleren und zweithöchsten Einkommensgruppe, dagegen nur 10 % der höchsten Einkommensgruppe. Bei den Männern gab es die größte Adipositas-Prävalenz bei den 60- bis 74-Jährigen der

Grafik 3.4

Prävalenz von Adipositas nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

prekären Wohlstandsgruppe (30 %) sowie bei den 45- bis 59- und 60- bis 74-Jährigen der niedrigen Einkommensgruppe (je 24 %).

Um einen altersbereinigten Vergleich des Auftretens von starkem Übergewicht nach Einkommen durchführen zu können, wurde eine Altersstandardisierung vorgenommen. Die Häufigkeit von Adipositas wurde altersbereinigt stark vom Einkommensniveau bestimmt, und zwar gab es in den unteren Einkommensstufen mehr stark übergewichtige Personen als in den höheren Einkommensstufen. Dies traf auf beide Geschlechter zu, die Einkommensunterschiede waren aber bei Frauen etwas deutlicher ausgeprägt: Männer der niedrigen Einkommensstufe bzw. der prekären Wohlstandsgruppe hatten ein 1,5-faches und jene der mittleren Einkommensstufe ein 1,7-faches Adipositas-Risiko gegenüber Männern der höchsten Einkommensstufe. Das Adipositas-Risiko für Frauen der niedrigen Einkommensstufe bzw. der prekären Wohlstandsgruppe war sogar mehr als doppelt so hoch wie jenes für Frauen der höchsten Einkommensgruppe. Auch Frauen der zweithöchsten Einkommensstufe hatten ein beinahe doppelt so hohes Risiko wie Frauen der höchsten Einkommensstufe. Verglichen mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 vergrößerten sich die Einkommensunterschiede in der Adipositas-Prävalenz bei Männern, während sie sich bei den Frauen verringerten.

#### Übersicht 3.8

#### Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
< 60 %	15,7	2,38	1,83 – 3,08	17,3	1,52	1,21 – 1,90
60 % – < 80 %	15,2	2,29	1,75 – 2,99	16,8	1,51	1,19 – 1,91
80 % – < 100 %	12,6	1,91	1,46 – 2,50	17,3	1,65	1,32 – 2,07
100 % – < 150 %	13,2	1,99	1,54 – 2,57	16,0	1,42	1,16 – 1,74
> 150 %	6,6	Ref.	-	11,2	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## Rauchen

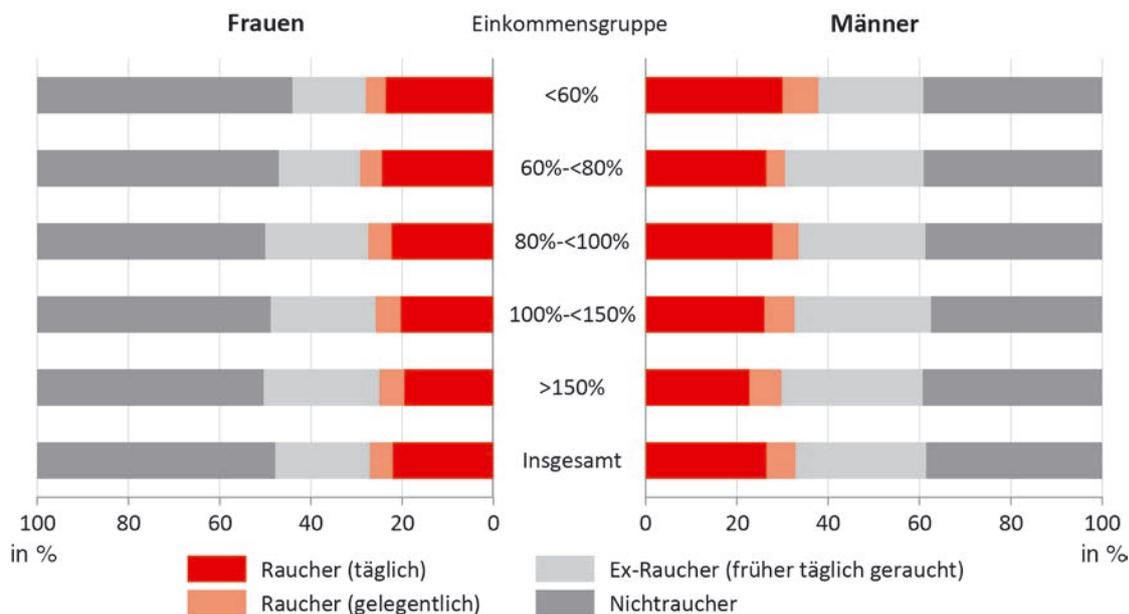
Um den Status der österreichischen Bevölkerung bezüglich des Rauchens zu erfassen, wurde in der Gesundheitsbefragung 2014 nach dem aktuellen Rauchverhalten gefragt. Dadurch lässt sich zwischen folgenden Personen unterscheiden: Personen, die täglich rauchen (Raucher täglich), Personen, die gelegentlich rauchen (Raucher gelegentlich), Personen, die das tägliche Rauchen aufgegeben haben und jetzt nicht mehr rauchen (Ex-Raucher, früher täglich geraucht), Personen, die nie täglich geraucht haben (Nichtraucher).

Das Rauchverhalten erwies sich für beide Geschlechter als stark einkommensabhängig: Mit steigendem Einkommen sank der Anteil der Frauen und Männer, die täglich zur Zigarette griffen, wobei die Einkommensunterschiede bei den Männern stärker ausgeprägt waren.

Am häufigsten rauchten Männer der niedrigsten (30 %), am seltensten jene der höchsten Einkommensstufe (23 %) täglich. Während etwa ein Viertel der Frauen der niedrigen Einkommensstufe und der prekären Wohlstandsgruppe täglich rauchten, traf dies für ein Fünftel der Frauen der beiden höchsten Einkommensstufen zu. Bei beiden Geschlechtern stieg mit steigendem Einkommen der Anteil der Ex-Raucher. Während es bei den Männern keinen Unterschied im Anteil der Nicht-

Grafik 3.5

**Rauchverhalten nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

raucher nach Einkommenshöhe gab, sank bei den Frauen der Anteil an Nichtraucherinnen mit zunehmendem Einkommen.

Nach Altersstandardisierung traten die Unterschiede in den Raucherquoten vor allem bei den Frauen noch stärker hervor: Je niedriger das Einkommen, desto höher war der Anteil der Raucher und Raucherinnen. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern verringerten sich nach Alters-

Übersicht 3.9

**Rauchverhalten nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	Insgesamt in 1.000	Altersstandardisiert in Prozent			
		Raucher (täglich)	Raucher (gelegentlich)	Ex-Raucher (früher täglich)	Nichtraucher
<b>Frauen</b>					
Insgesamt	3716,6	22,1	5,1	20,5	52,4
< 60 %	863,5	26,0	4,3	17,7	52,1
60 % – < 80 %	667,9	25,5	5,1	17,8	51,5
80 % – < 100 %	688,7	23,4	5,5	21,4	49,7
100 % – < 150 %	1021,3	19,2	5,6	22,1	53,1
> 150 %	475,2	17,5	5,7	24,6	52,2
<b>Männer</b>					
Insgesamt	3518,8	25,3	6,1	29,4	39,2
< 60 %	645,2	28,7	6,5	26,8	38,0
60 % – < 80 %	521,3	25,9	4,3	31,0	38,8
80 % – < 100 %	603,8	26,4	5,7	26,9	41,0
100 % – < 150 %	1073,7	24,9	6,4	29,7	39,0
> 150 %	674,7	21,4	6,7	31,2	40,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. – Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP / Eurostat).

standardisierung. In der prekären Wohlstandsgruppe war der Anteil der täglich rauchenden Frauen und Männer sogar gleich hoch (26 %).

Mit der Berechnung der Odds Ratios wird die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe geschätzt. Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen hatten im Vergleich zu jenen der höchsten Einkommensstufe eine 1,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen. Bei Frauen war das Risiko für die prekäre Wohlstandsgruppe 1,6-fach erhöht. Verglichen mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 verstärkten sich die Einkommensunterschiede in den Raucherquoten bei beiden Geschlechtern.

#### Übersicht 3.10

### Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	%	Frauen		Männer		
		OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
< 60 %	26,0	1,51	1,25 – 1,81	28,7	1,46	1,22 – 1,75
60 % – < 80 %	25,5	1,59	1,31 – 1,93	25,9	1,30	1,07 – 1,57
80 % – < 100 %	23,4	1,42	1,17 – 1,72	26,4	1,39	1,16 – 1,67
100 % – < 150 %	19,2	1,06	0,93 – 1,33	24,9	1,25	1,06 – 1,47
> 150 %	17,5	Ref.	-	21,4	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## Körperliche Aktivität in der Freizeit

Von der WHO gibt es für die 18- bis 64-jährige Bevölkerung folgende Empfehlungen zu gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität:

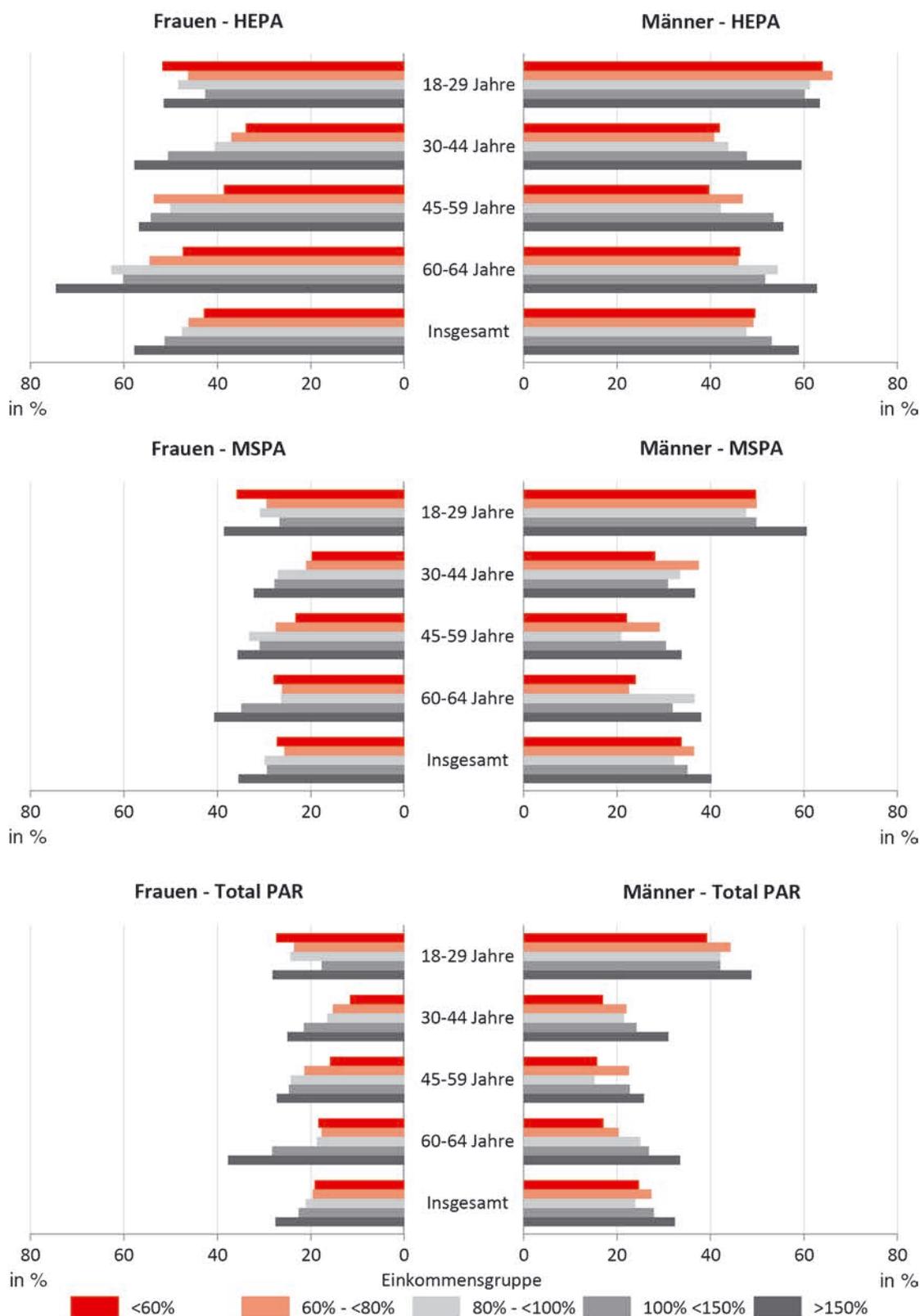
- mindestens 150 Minuten mäßig intensive Bewegung pro Woche, wobei die Aktivität in Blöcken von mindestens 10 Minuten Dauer absolviert werden kann (HEPA-Empfehlung) sowie
- Training zum Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen pro Woche (MSPA-Empfehlung)

Das Einkommen hatte bei beiden Geschlechtern moderate Effekte auf das Ausmaß an körperlicher Aktivität (gemäß der WHO-Empfehlungen). In den Altersgruppen ab 30 Jahren waren Personen aus den oberen Einkommensgruppen deutlich häufiger sportlich aktiv als Personen aus den unteren Einkommensgruppen.

Die Einkommenseffekte waren bei der HEPA-Empfehlung stärker ausgeprägt als bei der MSPA-Empfehlung. Während etwa die Hälfte der Männer mit niedrigem Haushaltseinkommen angab, ausreichend Fitness zu betreiben, waren es bei Männern der höchsten Einkommensstufe um beinahe 10 Prozentpunkte mehr. Bei den Frauen traten die Unterschiede noch stärker hervor: 43 % der Frauen der untersten, aber 58 % jener der höchsten Einkommensstufe erfüllten die HEPA-Empfehlung. Ausreichend Muskeltraining betrieben 27 % der Frauen und 34 % der Männer mit niedrigem Haushaltseinkommen, bei jenen der höheren Einkommensgruppe waren es 36 % bzw. 40 %. Nur ein Fünftel der Frauen bzw. ein Viertel der Männer der untersten Einkommensstufe waren laut WHO-Definition ausreichend körperlich aktiv (und erfüllten somit beide WHO-Empfehlungen). Etwas häufiger erfüllten beide Kriterien Frauen und Männer der höchsten Einkommensgruppe (28 % bzw. 32 %).

Grafik 3.6

**Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach Einkommen, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

## Übersicht 3.11

**Anteil der in der Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung (18 – 64 Jahre) gemäß WHO-Empfehlung nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Geschlecht, Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	Personen 18-64 Jahre in 1.000	WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität		
		Mind. 150 Min. / Wo- che mäßig intensive Bewegung (HEPA)	Muskelaufbau an zumindest zwei Ta- gen / Woche (MSPA)	HEPA und MSPA erfüllt
		Altersstandardisiert in Prozent		
<b>Frauen</b>				
Insgesamt	2.756,0	51,0	29,8	22,6
< 60 %	602,9	41,0	24,7	16,9
60 % – < 80 %	459,6	46,5	25,7	19,6
80 % – < 100 %	486,2	47,8	30,3	21,3
100 % – < 150 %	802,0	51,0	29,8	22,6
> 150 %	405,2	58,2	36,3	28,2
<b>Männer</b>				
Insgesamt	2.737,1	53,2	35,4	28,4
< 60 %	492,3	47,1	30,9	22,1
60 % – < 80 %	394,3	49,4	35,9	27,0
80 % – < 100 %	461,1	48,5	32,7	24,4
100 % – < 150 %	841,1	53,2	35,4	28,4
> 150 %	548,4	59,5	41,6	33,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren. – Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP / Eurostat).

## Übersicht 3.12

**Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht**

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<b>weniger als 150 Min. / Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)</b>						
< 60 %	59,0	1,78	1,55 – 2,05	52,9	1,60	1,37 – 1,86
60 % – < 80 %	53,5	1,57	1,35 – 1,81	50,6	1,54	1,31 – 1,81
80 % – < 100 %	52,2	1,47	1,27 – 1,70	51,5	1,51	1,29 – 1,76
100 % – < 150 %	49,0	1,22	1,07 – 1,40	46,8	1,27	1,11 – 1,46
> 150 %	41,8	Ref.	-	40,5	Ref.	-
<b>Muskelaufbau an weniger als zwei Tagen / Woche (MSPA)</b>						
< 60 %	75,3	1,43	1,23 – 1,66	69,1	1,49	1,27 – 1,75
60 % – < 80 %	74,3	1,48	1,26 – 1,73	64,1	1,28	1,09 – 1,52
80 % – < 100 %	69,7	1,23	1,05 – 1,43	67,3	1,46	1,24 – 1,72
100 % – < 150 %	70,2	1,28	1,11 – 1,48	64,6	1,23	1,07 – 1,42
> 150 %	63,7	Ref.	-	58,4	Ref.	-
<b>HEPA und MSPA nicht erfüllt</b>						
< 60 %	83,1	1,57	1,33 – 1,86	77,9	1,66	1,4 – 1,97
60 % – < 80 %	80,4	1,41	1,18 – 1,67	73,0	1,47	1,23 – 1,75
80 % – < 100 %	78,7	1,32	1,12 – 1,57	75,6	1,51	1,27 – 1,80
100 % – < 150 %	77,4	1,30	1,12 – 1,52	71,6	1,31	1,13 – 1,52
> 150 %	71,8	Ref.	-	66,2	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

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

In den einzelnen Altersstufen waren unterschiedliche Einkommenseffekte zu beobachten. Am häufigsten sportlich aktiv waren in allen Einkommensstufen junge Männer (18 bis 29 Jahre). Mit dem Alter nahm der Anteil der sportlich Aktiven in allen Einkommensgruppen ab (mit Ausnahme der 60- bis 64-Jährigen, hier gab es wieder eine leichte Zunahme). Bei den Frauen zeigte sich ein anderes Muster: In den beiden höchsten Einkommensstufen nahm die sportliche Aktivität mit dem Alter zu, in den niedrigen Einkommensstufen sank der Anteil jener, die sich nach den WHO-Empfehlungen ausreichend körperlich aktiv betätigten.

Nach Altersstandardisierung blieben die erwähnten Einkommensunterschiede bestehen: Der Anteil der sportlich Aktiven nahm bei Frauen und Männern mit dem Einkommensniveau zu. Dies betraf sowohl die Empfehlungen zu Fitness bzw. Muskeltraining sowie die Erfüllung beider Kriterien.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit der sportlichen **Inaktivität** für die einzelnen Einkommensgruppen im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe zeigte, dass ein signifikanter Einfluss der Einkommenshöhe gegeben ist. Das Risiko für Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen, nicht ausreichend Fitness zu betreiben, war um den Faktor 1,8 (Frauen) bzw. 1,6 (Männer) im Vergleich zu Personen der höchsten Einkommensstufe erhöht. Etwas geringer war das Risiko eines nicht ausreichenden Muskeltrainings (für Frauen um den Faktor 1,4 bzw. für Männer um den Faktor 1,5). Die Wahrscheinlichkeit, beide Kriterien nicht zu erfüllen, war bei Männern mit niedrigem Einkommen 1,7 Mal höher gegenüber Männern der höchsten Einkommensstufe (bei Frauen um den Faktor 1,6).

## 3.4 Einkommen und Gesundheitsvorsorge

### Impfungen

Die Fragestellung zu den Impfungen bezog sich auf den aufrechten Impfschutz, das heißt, ob in der für die jeweilige Impfung empfohlenen Zeitspanne eine Auffrischung der Impfung durchgeführt wurde. Die Frage nach dem aufrechten Impfschutz ergibt somit den Anteil jener Personen, die gemäß der jeweiligen Empfehlung über einen aktiven Impfschutz verfügen.

Bei beiden Geschlechtern stieg die Impfbereitschaft mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens.

In allen Einkommensstufen war der Impfschutz gegen Tetanus am höchsten, am geringsten bei der Grippeimpfung. Bei Männern war bei allen Impfungen eine mit den Einkommen wachsende Impf-

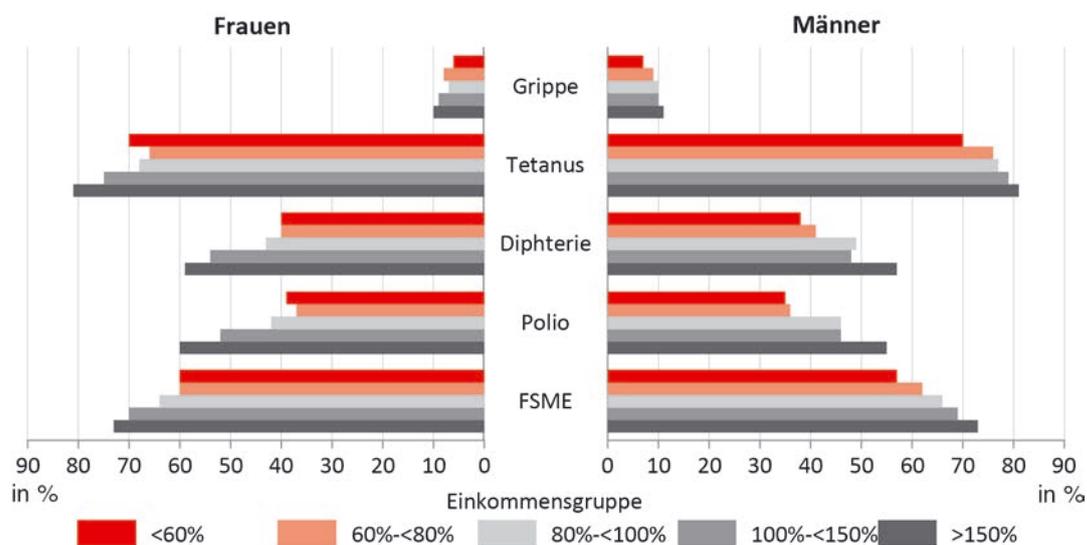
Übersicht 3.13

#### Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht

Aufrechter Impfschutz gegen	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,63	1,36 – 1,95	1,96	1,62 – 2,36
Tetanus	2,31	1,74 – 3,06	1,69	1,28 – 2,24
Diphtherie	1,90	1,63 – 2,22	2,27	1,93 – 2,67
Polio	2,15	1,85 – 2,51	2,28	1,94 – 2,68
FSME	1,82	1,55 – 2,14	2,21	1,87 – 2,62

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios.

Grafik 3.7

**Aufrechter Impfschutz nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent)**

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

bereitschaft zu erkennen. Bei Frauen war bei der Tetanus- und Polio-Impfung die Impfbereitschaft in der prekären Einkommensgruppe am geringsten.

Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen wiesen im Vergleich zu Personen der höchsten Einkommensgruppe ein signifikant erhöhtes Risiko auf, keinen aufrechten Impfschutz vorweisen zu können (dies galt für alle angeführten Impfungen). Am höchsten war das Risiko bei Männern bei der Impfung gegen Polio, Diphtherie (je um den Faktor 2,3) sowie bei der FSME-Impfung (um den Faktor 2,2), bei Frauen bei der Impfung gegen Tetanus (um den Faktor 2,3), Polio (um den Faktor 2,2) sowie bei der FSME-Impfung (um den Faktor 1,8).

## Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Je früher eine Krebserkrankung entdeckt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Daher spielt die Krebsvorsorge (Krebsfrüherkennung) eine große Rolle. In der Gesundheitsbefragung 2014 wurde nach der Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs<sup>6</sup> gefragt.

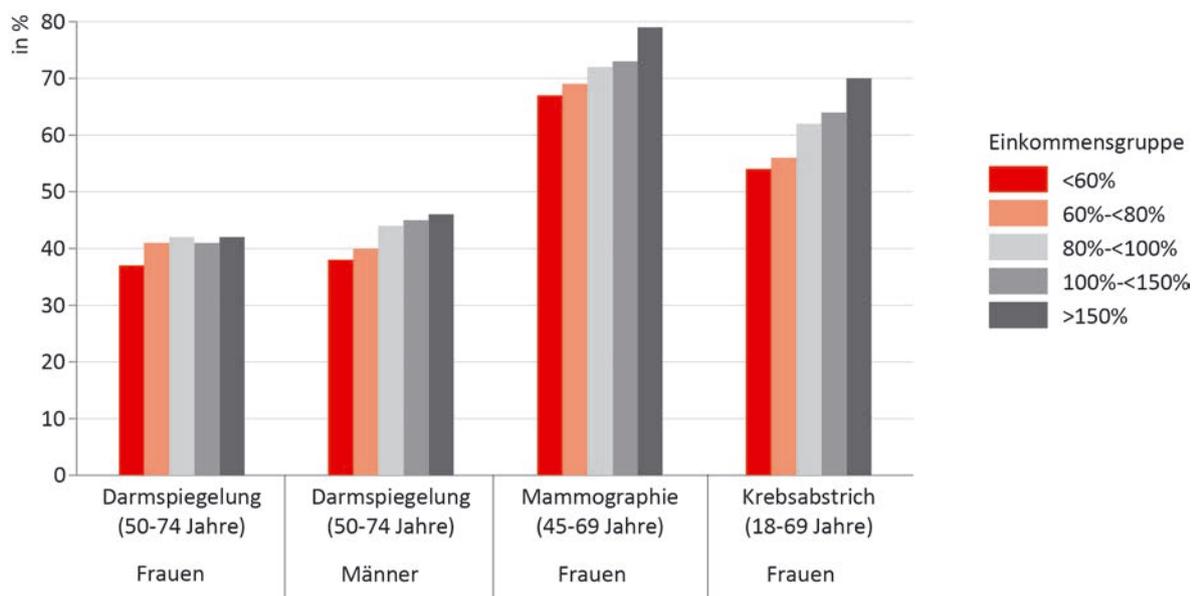
Das Einkommen hatte einen deutlichen Effekt auf die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs: Die Häufigkeit der Teilnahme stieg mit dem Einkommensniveau.

Am häufigsten nahmen Frauen aller Einkommensgruppen eine **Mammographie** (in den letzten zwei Jahren vor der Befragung) in Anspruch, dennoch variierten die Teilnahmequoten zwischen 67 % (niedriges Haushaltseinkommen) und 79 % (hohes Haushaltseinkommen). Das Risiko, nicht regelmäßig eine Mammographie durchführen zu lassen, war bei Personen der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe um den Faktor 1,8 signifikant erhöht.

<sup>6</sup> Die Darmspiegelung dient zur Darmkrebsvorsorge, die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs und der Krebsabstrich zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

Grafik 3.8

**Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten.

Die Schwankungsbreite der Teilnahmehäufigkeit war beim **Krebsabstrich** am größten: Etwas über die Hälfte der einkommensschwachen Frauen, aber 70 % jener mit hohem Einkommen ließen im letzten Jahr vor der Befragung einen Krebsabstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskreb- ses vornehmen. Den Einfluss des Einkommens auf diese präventive Maßnahme zeigten auch die Odds Ratios. Für Frauen mit niedrigem Haushaltseinkommen war das Risiko einer Nicht-Teilnahme doppelt so hoch wie für einkommensstarke Frauen.

Bei der **Darmspiegelung** waren die Einkommensunterschiede bei Männern etwas stärker ausgeprägt als bei Frauen. Während 38 % der 50- bis 74-jährigen Männer der niedrigsten Einkommensstufe eine solche Untersuchung in den letzten fünf Jahren in Anspruch nahmen, waren es 46 % bei jenen der höchsten Einkommensstufe (bei Frauen: 37 % bzw. 42 %). Die Wahrscheinlichkeit einer Nicht-Teilnahme war bei Männern mit niedrigem Haushaltseinkommen im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensstufe um den Faktor 1,5 erhöht (bei den Frauen betrug dieser Faktor 1,3).

Übersicht 3.14

**Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht**

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Darmspiegelung (50 – 74 Jahre)	1,29	1,03 – 1,61	1,48	1,15 – 1,9
Mammographie (45 – 69 Jahre)	1,83	1,45 – 2,31	-	-
Krebsabstrich (18 – 69 Jahre)	2,04	1,73 – 2,40	-	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten.  
OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios.

### 3.5 Einkommen und soziale Unterstützung

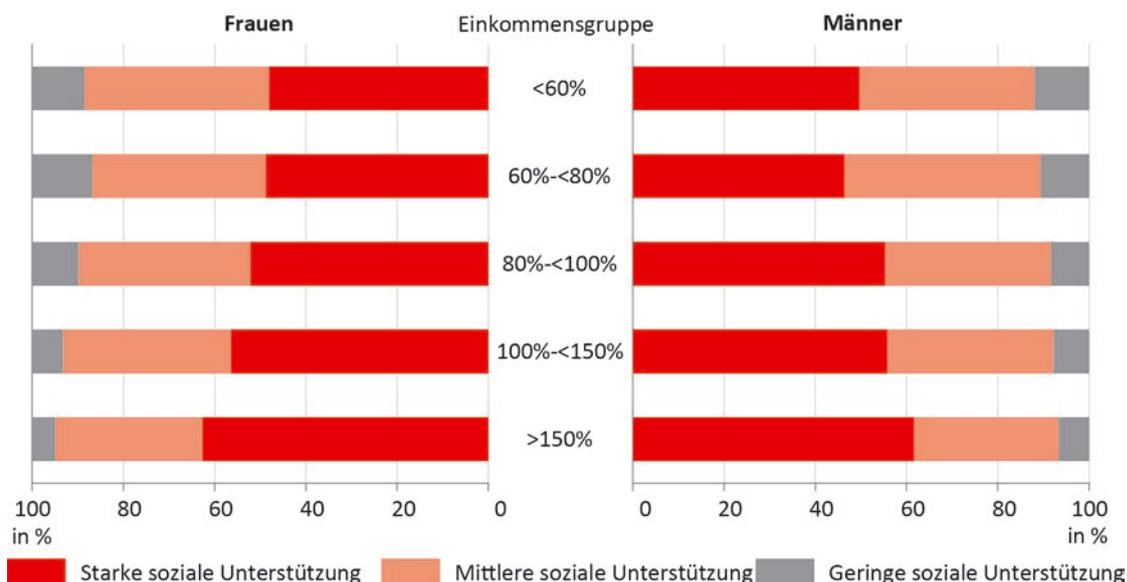
Soziale Unterstützung wurde im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2014 mit der „Oslo-3-Items-Social-Support-Scale“ (Oslo-3) abgefragt. Die Oslo-3-Skala misst die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Es wird gefragt, auf wie viele Menschen man sich bei ernststen persönlichen Problemen verlassen könne, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Menschen an dem zeigen, was man tut, um und wie leicht es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen geringe, mittlere und starke Unterstützung berechnet.

Einkommenseffekte wurden beim Ausmaß der sozialen Unterstützung festgestellt: Vor allem Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen bzw. der prekären Wohlstandsgruppe berichteten häufiger als Personen mit höheren Einkommen, nur ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung zu erfahren.

Bei Frauen waren die Unterschiede zwischen den Einkommensstufen stärker ausgeprägt als bei Männern: Während 13 % der Frauen der prekären Wohlstandsgruppe über geringe soziale Unterstützung klagten, gab es bei Frauen der höchsten Einkommensstufe nur 5 % Betroffene. Bei Männern war das Ausmaß an geringer sozialer Unterstützung bei niedrigem Haushaltseinkommen am höchsten (12 %), bei den einkommensstarken Männern am niedrigsten (7 %).

Grafik 3.9

Soziale Unterstützung nach Einkommen, Alter und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Auch nach Altersstandardisierung und Bildung der Odds Ratios blieben diese Einkommensunterschiede bestehen. Das Risiko, nur eine geringe soziale Unterstützung zu erfahren, war für Frauen der prekären Wohlstandsgruppe 2,7-mal höher als für Frauen der höchsten Einkommensstufe. Auch einkommensschwache Männer hatten im Vergleich zu einkommensstarken Männern eine um den Faktor 2,2 erhöhte Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung.

## Übersicht 3.15

**Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht**

Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median)	%	Frauen		Männer		
		OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
< 60 %	11,8	2,35	1,74 – 3,19	12,8	2,21	1,67 – 2,92
60 % – < 80 %	12,7	2,66	1,95 – 3,61	10,6	1,67	1,24 – 2,25
80 % – < 100 %	9,6	1,93	1,41 – 2,65	8,2	1,24	0,92 – 1,68
100 % – < 150 %	7,3	1,33	0,97 – 1,82	7,8	1,16	0,88 – 1,52
> 150 %	5,4	Ref.	-	7,5	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## 4 Bildung und Gesundheit

Bildung ist ein zentraler Faktor in der Analyse von sozioökonomischen Einflüssen auf die Gesundheit. Dabei sind verschiedene Gesichtspunkte zu betrachten. Einerseits ist Bildung im Kontext der beruflichen Position am Arbeitsmarkt zu sehen. Bildungsdefizite verschlechtern die Chancen am Arbeitsmarkt und erhöhen das Risiko, über längere Zeit arbeitslos zu bleiben. Ebenso variieren arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen mit dem Bildungsstatus. Andererseits stellt die Bildung 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. Zudem werden über die Bildung gesundheitsrelevante Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen vermittelt, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise prägen.

In der Gesundheitsbefragung wurde nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung gefragt. Zu berücksichtigen ist, dass acht Prozent der Befragten bei der Frage nach dem Lebensunterhaltangaben, noch in Schulausbildung zu stehen. Für diese Personengruppe wurde jene Schulausbildung herangezogen, die sie bereits abgeschlossen hatte.

Für die Analysen zur Gesundheitsrelevanz der Bildung 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 und mehr Jahren, die über die Pflichtschule hinaus (noch) keine weitere Ausbildung abgeschlossen hatten, lag bei 22 %. Beinahe die Hälfte der Bevölkerung verfügte über eine mittlere Schul- bzw. Berufsausbildung (35 % hatten eine Lehre, 13 % eine Berufsbildende Mittlere Schule erfolgreich beendet.). Für 29 % der Bevölkerung war ein Abschluss einer höheren Schule oder Hochschule die höchste abgeschlossene Schulbildung (AHS, BHS, Kolleg: 16 %; Universität, Hochschule oder Fachhochschule: 13 %). Während der Anteil der Bevölkerung mit Lehre / BMS gegenüber der Gesundheitsbefragung 2006/07 beinahe gleichgeblieben ist, lag der Anteil der Personen, die 2014 nur die Pflichtschule abgeschlossen hatten, um fünf Prozentpunkte unter dem Wert von 2006/2007. Der Anteil der Personen, die eine höhere Schule oder Hochschule absolviert hatten, war hingegen um drei Prozentpunkte höher als 2006/2007.

Diesen allgemeinen Anstieg des Bildungsniveaus der österreichischen Bevölkerung zeigte auch die altersdifferenzierte Betrachtung. Während in der älteren Bevölkerung (75 Jahre und mehr) 44 % nach der Pflichtschule ihre Ausbildung beendet hatten, waren es bei den 30- bis 44-Jährigen nur 11 %. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen war der Anteil der Personen mit

lediglich Pflichtschulabschluss größer als in den höheren Altersgruppen, was aber darauf zurückzuführen war, dass vor allem die 15- bis 19-Jährigen weiterführende Ausbildungen noch nicht beendet hatten. Zwei Drittel der Personen dieser Altersgruppe gaben an, noch in Schulausbildung zu sein, bei den 20- bis 24-Jährigen war es ein Drittel. Gleichzeitig waren in den höheren Altersgruppen mehr Personen mit mittlerer Schul- bzw. Berufsausbildung zu verzeichnen: 40 % der ab 75-Jährigen und die Hälfte der 30- bis 44-Jährigen hatten eine Lehre bzw. BMS abgeschlossen. Der Anteil der Bevölkerung mit einer höheren Schulausbildung erhöhte sich von 16 % bei der älteren Bevölkerung (75+) auf 40 % bei den 30- bis 44-Jährigen.

Die Geschlechterunterschiede in der Bildungsbeteiligung sind in den letzten Jahrzehnten nahezu verschwunden. In der Vergangenheit beendeten besonders viele Frauen nach der Pflichtschule ihre Ausbildung (bei den 75-jährigen Frauen waren es 56 %, bei den gleichaltrigen Männern nur 26 %). Bei den 30- bis 44-Jährigen lagen die Anteile bei 14 % (Frauen) bzw. 8 % (Männer). Eine mittlere Schulausbildung wurde häufiger von Männern abgeschlossen (bei den 30- bis 44-Jährigen: 44 % der Frauen und 55 % der Männer), wobei traditionell Männer häufiger eine Lehre und Frauen häufiger eine Fachschule absolvierten. Bei der höheren Schulbildung holten die Frauen gegenüber den Männern stark auf bzw. überholten diese: Von den 30- bis 44-Jährigen hatten 43 % der Frauen und 37 % der Männer die höchstmögliche Ausbildungsstufe abgeschlossen.

## Übersicht 4.1

**Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Alter und Geschlecht (in Prozent)**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Insgesamt	15 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	45 bis 59 Jahre	60 bis 74 Jahre	75 Jahre und mehr
<b>Insgesamt</b>						
Pflichtschule	22,3	29,2	10,9	16,6	26,1	44,1
Lehre / BMS	48,4	32,7	49,4	58,2	55,9	39,5
Höhere Schule / Hochschule	29,3	38,1	39,7	25,2	17,9	16,4
<b>Frauen</b>						
Pflichtschule	27,0	26,3	13,5	22,2	34,4	56,0
Lehre / BMS	43,5	29,5	43,7	52,8	50,8	33,9
Höhere Schule / Hochschule	29,5	44,2	42,7	25,0	14,7	10,1
<b>Männer</b>						
Pflichtschule	17,2	32,1	8,3	11,0	16,8	26,1
Lehre / BMS	53,7	35,7	55,1	63,6	61,7	48,0
Höhere Schule / Hochschule	29,0	32,2	36,7	25,4	21,6	25,9

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Die Bildung hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Lebenslage; dies ließ sich unter anderem am Zusammenhang mit der Einkommenssituation ablesen. Das mittlere Äquivalenzeinkommen (Median) von Personen, die nach der Pflichtschule keine weitere Ausbildung abgeschlossen hatten, lag bei 1.000 Euro. Mit zunehmendem Bildungsniveau stieg das mittlere Äquivalenzeinkommen (Lehre / BMS: 1.333 Euro, Höhere Schule / Hochschule: 1.667 Euro). Männer befanden sich in einer besseren Einkommenssituation als Frauen. Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Bildung war aber bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt. In der Gruppe der Personen mit niedrigem Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) war der Pflichtschulabschluss für 39 % der Frauen und 32 % der Männer die höchste abgeschlossene Schulbildung. Mit höherem Einkommen sank das Risiko sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, unter die Armutsgrenze zu fallen.

## Übersicht 4.2

**Höchste abgeschlossene Schulbildung nach Äquivalenzeinkommen und Geschlecht (in Prozent)**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Median	Äquivalenzeinkommen				
		<60 %	60 % – <80 %	80 % – <100 %	100 % – <150 %	>150 %
<b>Insgesamt</b>						
Pflichtschule	1.000,0	36,4	22,5	19,0	15,8	6,3
Lehre / BMS	1.333,3	18,8	16,8	19,2	32,2	12,9
Höhere Schule / Hochschule	1.666,6	12,4	11,2	14,8	33,5	28,2
<b>Frauen</b>						
Pflichtschule	1.000,0	39,1	23,9	17,9	14,7	4,4
Lehre / BMS	1.304,4	19,7	17,9	20,6	31,4	10,4
Höhere Schule / Hochschule	1.521,7	13,9	12,7	16,1	33,4	23,9
<b>Männer</b>						
Pflichtschule	1.066,7	32,1	20,2	20,7	17,7	9,3
Lehre / BMS	1.388,9	18,0	15,9	18,1	32,9	15,0
Höhere Schule / Hochschule	1.739,1	10,7	9,5	13,3	33,6	32,8

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

## 4.2 Bildung und Gesundheitszustand

### Subjektiver Gesundheitszustand

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hängt nicht nur vom Vorhandensein oder der Abwesenheit von Krankheiten ab, sondern wird in hohem Maße von subjektiven gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen beeinflusst. Dabei spielt der Bildungsstand eine bedeutende Rolle.

Mit höherem Bildungsabschluss stieg der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzten deutlich an (bzw. sank korrespondierend dazu der Anteil jener, die ihn als schlecht oder sehr schlecht beurteilten).

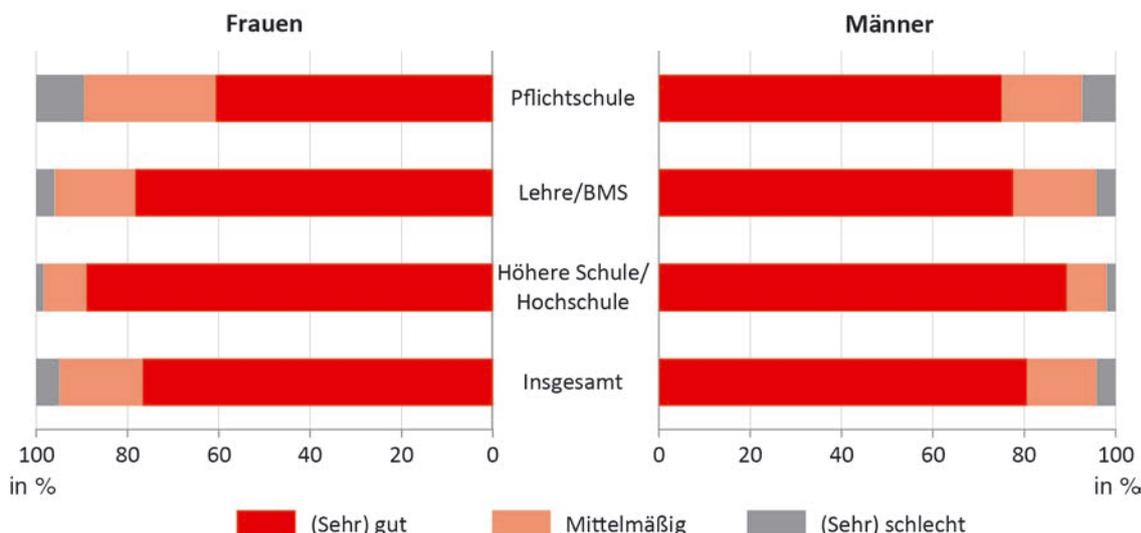
Zwei Drittel der Personen mit Pflichtschulabschluss als höchstem Bildungsabschluss schätzten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, 9 % als schlecht oder sehr schlecht. Bei der Bevölkerung mit abgeschlossener Lehre / BMS betragen diese Anteile 78 % (sehr gut oder gut) bzw. 4 % (schlecht oder sehr schlecht). Die beste Einschätzung ihrer Gesundheit wiesen Personen auf, die eine höhere Schule oder Hochschule absolviert hatten (sehr gut oder gut: 89 %, schlecht oder sehr schlecht: 2 %).

Unabhängig vom Bildungsniveau stuften Frauen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Männer. Die bessere Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes war jedoch bei beiden Geschlechtern mit höherem Bildungsniveau zu erkennen, wobei die bildungsspezifischen Unterschiede bei Frauen stärker ausgeprägt waren. 75 % der Männer, aber nur 61 % der Frauen mit Pflichtschulbildung fühlten sich gesundheitlich (sehr) gut und etwas mehr Frauen (10 %) als Männer (7 %) schlecht oder sehr schlecht. Bei den Frauen dieser Bildungsgruppe gab es zudem den höchsten Anteil an Personen, die über einen mittelmäßigen Gesundheitszustand berichteten (29 %). Frauen und Männer der höchsten Bildungsgruppe schätzten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu

Personen mit anderen Bildungsniveaus deutlich positiver ein (sehr gut oder gut je 89 %; schlecht oder sehr schlecht: je 2 %).

Grafik 4.1

**Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 4.3

**Subjektiver Gesundheitszustand nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Insgesamt in 1.000	Subjektiver Gesundheitszustand		
		(Sehr) gut	Mittelmäßig	(Sehr) schlecht
Altersstandardisiert in Prozent				
Insgesamt				
Insgesamt	7.235,4	78,0	17,3	4,6
Pflichtschule	1.611,0	66,5	24,7	8,9
Lehre/BMS	3.505,1	78,6	17,5	3,9
Höhere Schule/Hochschule	2.119,3	86,2	11,5	2,3
Frauen				
Insgesamt	3.716,6	76,9	18,2	4,9
Pflichtschule	1.004,2	66,5	25,5	8,1
Lehre/BMS	1.614,9	79,1	17,1	3,8
Höhere Schule/Hochschule	1.097,4	85,2	12,7	2,1
Männer				
Insgesamt	3.518,8	79,5	16,2	4,2
Pflichtschule	606,8	68,7	21,8	9,5
Lehre/BMS	1.890,2	78,1	17,9	3,9
Höhere Schule/Hochschule	1.021,9	87,3	10,5	2,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP/Eurostat).

Da sich sowohl das Bildungsniveau als auch die subjektive Gesundheit als stark altersabhängig erwiesen hatten, wurde eine Altersstandardisierung vorgenommen. Dadurch wurden die Altersstruktureffekte ausgeschaltet. Die im Folgenden angeführten Prozentwerte sind daher als „altersstandardisierte Prozentwerte“ zu verstehen.

Die bildungsspezifischen Unterschiede bezüglich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes blieben auch nach der Altersbereinigung bestehen, die geschlechtsspezifischen Unterschiede verringerten sich jedoch. Dieser Effekt traf insbesondere auf Personen mit Pflichtschulbildung zu, da sich in dieser Bildungsgruppe, vor allem bei den Frauen, überdurchschnittlich viele ältere Menschen befanden. Nach Altersbereinigung glich sich der subjektive Gesundheitszustand der Frauen weitgehend jenem der Männer an (Frauen: 67 % sehr gut oder gut, Männer: 69 %). Am häufigsten fühlten sich Personen mit einem Abschluss an einer höheren Schule bzw. Hochschule gesundheitlich (sehr) gut (Frauen 85 %, Männer: 87 %).

Auch die Berechnung der Odds Ratios zeigte die bildungsspezifischen Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand. Frauen und Männer mit höherer Ausbildung hatten im Vergleich zu jenen mit Pflichtschulabschluss eine mehr als dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einzustufen. Verglichen mit den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 blieben die bildungsspezifischen Unterschiede bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes nahezu unverändert.

#### Übersicht 4.4

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

Höchste abgeschlossene Schulbildung	%	Frauen		Männer		
		OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	66,5	Ref.	-	68,7	Ref.	-
Lehre/BMS	79,1	2,12	1,88 – 2,39	78,1	1,53	1,30 – 1,81
Höhere Schule/Hochschule	85,2	3,34	2,85 – 3,92	87,3	3,15	2,57 – 3,88

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Die Häufigkeit chronischer Krankheiten ließ neben den bekannten Alterseffekten deutliche bildungsspezifische Unterschiede im Sinne einer geringeren Prävalenz bei höheren Bildungsstufen erkennen. Vor allem in den Altersgruppen von 30 bis unter 75 Jahre berichteten Frauen und Männer der unteren Bildungsgruppen häufiger über das Vorhandensein einer chronischen Krankheit als höher Gebildete.

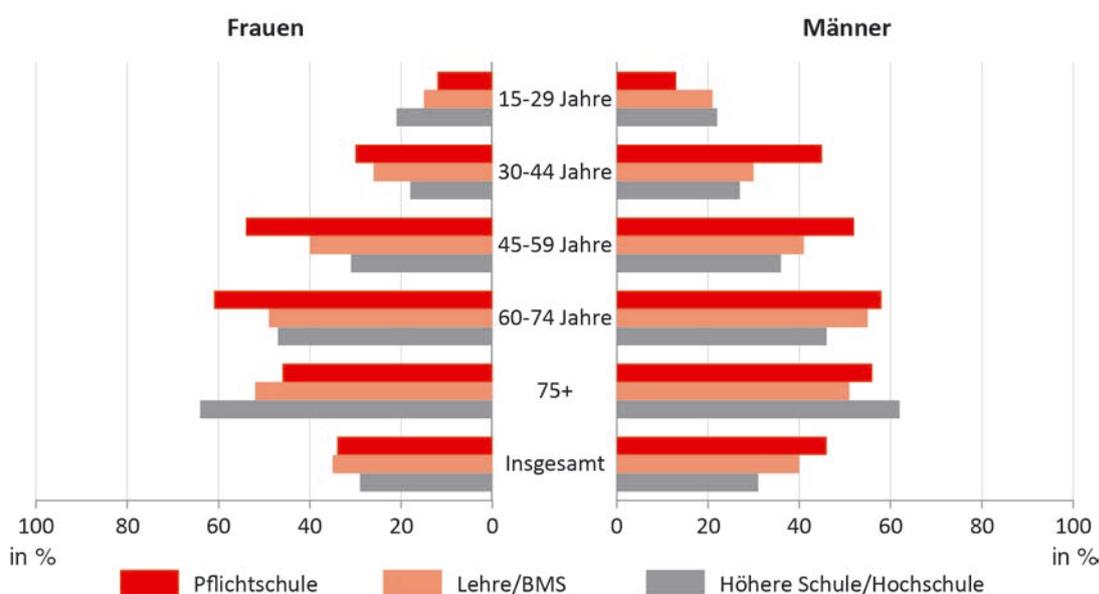
Insgesamt waren die Bildungsunterschiede hinsichtlich der Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei den Männern geringer als bei den Frauen: 34 % der Männer mit Pflichtschulbildung, 35 % jener mit Lehre/BMS und 29 % jener mit höherer Bildung gaben eine chronische Erkrankung an. Frauen aller Bildungsebenen waren nicht nur häufiger krank als Männer, sondern die Unterschiede zwischen den Ebenen waren auch größer: 46 % der Pflichtschulabsolventinnen, 40 % der Absolventinnen einer Lehre oder BMS und 31 % der Absolventinnen einer höheren Schule bzw. Hochschule berichteten über eine chronische Erkrankung.

Die größten bildungsspezifischen Unterschiede wurden bei den 45- bis 59-jährigen Männern festgestellt. Bezogen auf diese Altersgruppe berichteten 54 % der Männer mit Pflichtschulabschluss, aber lediglich 31 % mit einer höheren Schulbildung über das Auftreten chronischer Krankheiten. Bei den jüngeren Männern sowie in der Gruppe 75+ lag ein umgekehrtes bildungsspezifisches Muster vor: Je höher die Bildung, desto häufiger war das Auftreten einer chronischen Erkrankung. Dies traf auch bei den Frauen zu.

Bei den Frauen waren die bildungsspezifischen Unterschiede im Alter von 30 bis 44 Jahre am größten. 45 % der Frauen mit Pflichtschulabschluss berichteten über eine chronische Erkrankung, bei den Absolventinnen einer höheren Schule bzw. Hochschule waren es 27 %.

Grafik 4.2

**Prävalenz einer chronischen Krankheit nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Auch der altersstrukturbereinigte Vergleich zeigte eine erhöhte Prävalenz chronischer Krankheiten bei geringer Bildung. Frauen mit Pflichtschule hatten ein 1,4-fach erhöhtes Risiko, an einer chro-

Übersicht 4.5

**Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	43,09	1,35	1,19 – 1,53	40,53	1,28	1,09 – 1,51
Lehre/BMS	38,26	1,11	1,00 – 1,25	34,44	1,12	0,99 – 1,27
Höhere Schule/Hochschule	35,47	Ref.	-	32,49	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
% = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

nischen Krankheit zu leiden, verglichen mit höher gebildeten Frauen (bei Männern bestand ein 1,3-faches Risiko).

Ebenso wie bei der globalen Frage nach dem Bestehen einer chronischen Krankheit variierte das Auftreten spezifischer chronischer Erkrankungen mit dem Bildungsstand. Die in der Befragung betrachteten chronischen Krankheiten traten bei Männern der niedrigsten Bildungsgruppe im Vergleich zur höchsten verstärkt auf; einzige Ausnahme waren die Allergien. Chronische Kreuz- und Nackenschmerzen sowie Bluthochdruck waren bei Männern mit Pflichtschulabschluss bzw. Lehre/BMS die häufigsten Gesundheitsprobleme, bei Absolventen einer höheren Schule bzw. Hochschule dominierten Allergien, gefolgt von Bluthochdruck und chronischen Kreuzschmerzen. Männer der niedrigsten Bildungsstufe hatten im Vergleich zur höchsten ein 2,6-faches Risiko, unter chronischen Kreuz- oder Nackenschmerzen zu leiden. Noch größer war das Risiko von Pflichtschulabsolventen für chronische Kopfschmerzen und Depressionen (3,5- bzw. 2,8-faches Risiko). Umgekehrt stellte sich die Situation bei Allergien dar: Bei niedriger Schulbildung ist die Wahrscheinlichkeit, an einer Allergie zu erkranken, geringer.

## Übersicht 4.6

**Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe**

Chronische Krankheiten	Prävalenz			Aufretenswahrscheinlichkeit in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe	
	Pflichtschule	Lehre/BMS	Höhere Schule/Hochschule	OR	95%-KI
Altersstandardisiert in Prozent					
<b>Frauen</b>					
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	30,1	26,1	20,8	1,76	1,52 – 2,03
Allergien	25,1	26,9	27,1	0,91	0,8 – 1,05
Bluthochdruck	25,2	20,7	17,2	1,99	1,67 – 2,37
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	22,9	23,1	20,1	1,21	1,05 – 1,40
Arthrose	16,5	15,3	15,0	1,40	1,15 – 1,70
Depression	14,0	7,8	8,0	1,95	1,59 – 2,38
Chronische Kopfschmerzen	15,8	8,9	6,6	2,37	1,95 – 2,90
Diabetes	5,9	4,3	2,2	2,81	1,94 – 4,07
Harninkontinenz	7,3	3,7	3,9	2,37	1,71 – 3,28
<b>Männer</b>					
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	32,2	25,2	14,9	2,55	2,11 – 3,08
Allergien	18,3	20,4	25,4	0,63	0,53 – 0,75
Bluthochdruck	23,7	22,8	19,5	1,32	1,08 – 1,63
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	20,7	14,8	9,0	2,59	2,07 – 3,24
Arthrose	10,2	9,0	8,6	1,26	0,95 – 1,67
Depression	13,7	5,0	4,5	2,84	2,11 – 3,82
Chronische Kopfschmerzen	6,6	3,9	1,9	3,45	2,35 – 5,05
Diabetes	7,3	6,0	5,1	1,61	1,15 – 2,25
Harninkontinenz	3,9	2,0	1,8	2,40	1,42 – 4,06

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

Bei den Frauen waren die größten bildungsspezifischen Unterschiede bei Diabetes erkennbar: Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu Frauen mit höherer Schulbildung ein 2,8-faches Risiko, an Diabetes zu erkranken. Auch für chronische Kopfschmerzen, Harninkontinenz, Depression, Bluthochdruck und chronische Kreuzschmerzen war das Risiko von Frauen mit Pflichtschulabschluss deutlich erhöht. Kaum bildungsspezifische Unterschiede gab es dagegen bei chronischen Nackenschmerzen und Allergien.

## Schmerzen

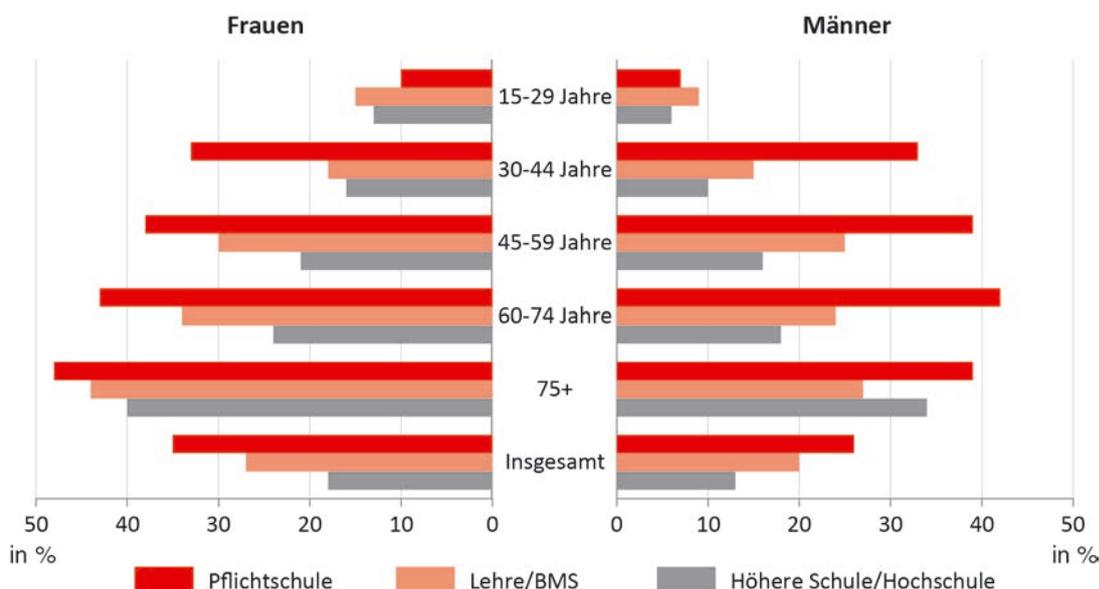
Das Auftreten von Schmerzen zeigte charakteristische geschlechts-, alters- und bildungsabhängige Muster. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Schmerzprävalenz bei Frauen und Männern aller Altersklassen in den niederen Bildungsgruppen höher als bei höher gebildeten Personen.

Bei Frauen ist das Schmerzaufkommen in allen Bildungsebenen höher als bei den Männern: 35 % der Frauen mit Pflichtschulabschluss (Männer: 26 %), 27 % jener mit mittlerer Schulbildung (Männer: 20 %) und 18 % jener mit höherer Schulbildung (Männer: 13 %) klagten bei der Befragung über mäßige bis (sehr) starke Schmerzen in den vier Wochen zuvor.

Vor allem bei den 30- bis unter 74-Jährigen waren Personen mit niedriger Schulbildung häufiger von Schmerzen betroffen als in den anderen Altersgruppen. Die größten bildungsspezifischen Unterschiede gab es bei den 60- bis 74-Jährigen: 42 % der Männer mit Pflichtschulbildung berichteten über mäßige bis (sehr) starke Schmerzen in den letzten vier Wochen, bei den gleichaltrigen höher Gebildeten waren es lediglich 18 %. Bei den Frauen waren 43 % der Pflichtschulabsolventinnen betroffen, verglichen mit 24 % bei höher gebildeten Frauen.

Grafik 4.3

### Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Nach Altersstandardisierung kamen die bildungsspezifischen Unterschiede noch stärker zum Tragen. Männer mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu höher gebildeten Männern ein um den Faktor 2,6 signifikant erhöhtes Risiko, an Schmerzen zu leiden. Bei den Frauen waren die Bildungsunterschiede etwas schwächer: Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 1,8-faches Schmerzprävalenz-Risiko.

Übersicht 4.7

**Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	32,1	1,80	1,56 – 2,07	32,0	2,56	2,11 – 3,10
Lehre/BMS	26,2	1,35	1,19 – 1,53	19,1	1,44	1,23 – 1,68
Höhere Schule/Hochschule	21,5	Ref.	-	14,8	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
 % = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Bildungsstand hatte einen Einfluss auf die Gesundheitsdeterminante Lebensqualität: Mit zunehmendem Bildungsniveau verbesserten sich bei beiden Geschlechtern alle Bereiche der Lebensqualität.

Die deutlichsten bildungsspezifischen Unterschiede waren bei Frauen und Männern in der auf den physischen Bereich bezogenen Lebensqualität zu finden, die geringsten Unterschiede im Bereich soziale Beziehungen. Generell waren bei den Frauen die Bildungsunterschiede in der Lebensqualität stärker ausgeprägt als bei Männern. Frauen mit Pflichtschulabschluss schätzten in allen Bereichen ihre Lebensqualität schlechter ein als Männer mit demselben Bildungsniveau; ausgenommen waren die sozialen Beziehungen.

Übersicht 4.8

**Lebensqualität nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
<b>Frauen</b>					
Insgesamt	74,1	77,3	73,9	75,6	76,6
Pflichtschule	68,9	70,3	69,9	73,9	72,9
Lehre/BMS	74,0	78,4	74,5	76,0	76,7
Höhere Schule/Hochschule	79,0	82,2	76,8	76,7	79,8
<b>Männer</b>					
Insgesamt	75,3	79,8	77,8	74,7	78,3
Pflichtschule	75,4	77,9	76,4	73,9	77,5
Lehre/BMS	73,5	78,5	77,2	75,0	76,7
Höhere Schule/Hochschule	78,6	83,6	79,6	74,8	81,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
 Die Indikatoren zur Lebensqualität können einen Wert von 0 (Minimum) bis 100 (Maximum) annehmen. Dargestellt wird ein Mittelwert für den jeweiligen Bereich.

## 4.3 Bildung und Gesundheitsverhalten

### Adipositas

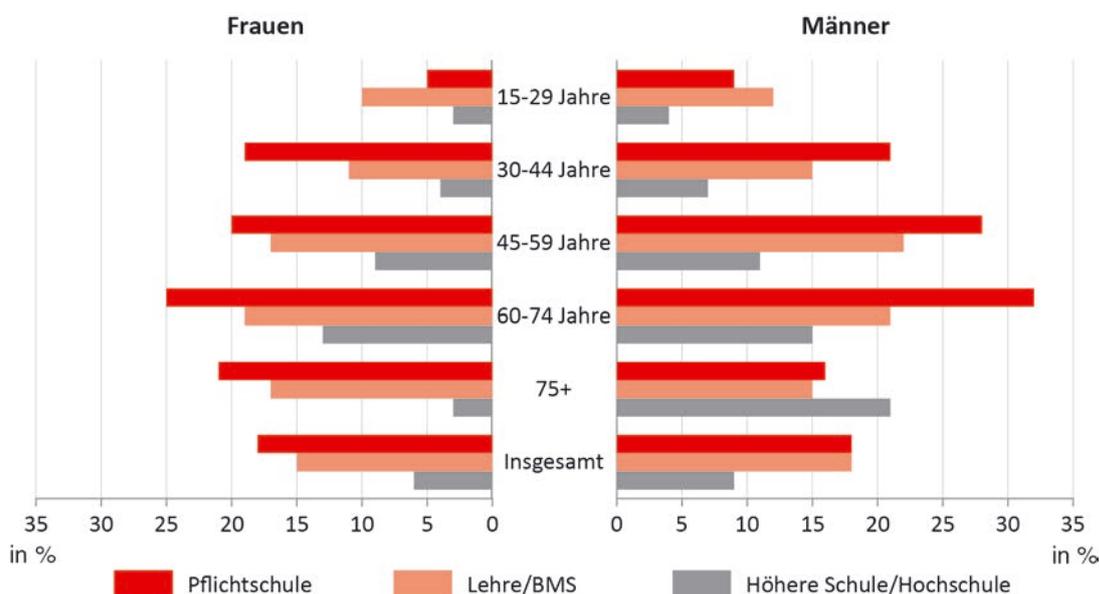
Das Auftreten von Adipositas war bildungsabhängig. Personen, die eine höhere Schule oder Hochschule abgeschlossen hatten, waren weniger häufig adipös<sup>7</sup> als Personen mit niedrigerem Bildungsstand. Die bildungsspezifischen Unterschiede sind bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, vor allem im Alter von 30 bis unter 75 Jahren.

Jeweils 18 % der Männer mit Abschluss einer Pflichtschule bzw. Lehre/BMS waren adipös, bei höher Gebildeten waren es 9 %. Frauen mit einem Pflichtschulabschluss waren häufiger adipös (18 %) als Frauen mit abgeschlossener Lehre/BMS (15 %) und solche mit abgeschlossener höherer Schule bzw. Hochschulausbildung (6 %).

Bildungsspezifische Unterschiede traten in allen Altersgruppen auf. Mit Ausnahme der 75-jährigen Männer war das Auftreten von Adipositas mit höherem Bildungsniveau am geringsten. Am stärksten betroffen von Adipositas waren 60- bis 74-jährige Personen mit Pflichtschulabschluss: Jeder dritte Mann und jede vierte Frau dieser Altersgruppe waren adipös.

Grafik 4.4

**Prävalenz von Adipositas nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Nach Altersstandardisierung verstärkten sich die bildungsspezifischen Unterschiede im Auftreten von Adipositas. Die Häufigkeit von Adipositas war bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau am höchsten. Dies traf für beide Geschlechter zu, die bildungsspezifischen Unterschiede waren aber bei Frauen nach Altersstandardisierung wesentlich stärker. Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu Frauen mit höherem Bildungsabschluss ein 3,1-faches Risiko, stark übergewichtig

<sup>7</sup> Zur Abgrenzung von Adipositas wird gemäß der Klassifikation der WHO der Body-Mass-Index (BMI) verwendet (BMI von 30,0 und mehr).

zu sein. Männer mit Pflichtschulabschluss hatten ein 2,3-faches Risiko gegenüber Männern der höchsten Bildungsstufe. Gegenüber den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 verstärkten sich bei beiden Geschlechtern die bildungsspezifischen Unterschiede. (Zum Vergleich: 2006/07 hatten Frauen mit Pflichtschulabschluss gegenüber jenen mit höherem Bildungsabschluss ein 2,8-faches Risiko, stark übergewichtig zu sein, bei den Männern war das Risiko 1,7-fach.)

Übersicht 4.9

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	18,8	3,05	2,48 – 3,74	23,8	2,33	1,88 – 2,89
Lehre/BMS	14,3	2,41	1,99 – 2,92	16,6	1,90	1,60 – 2,26
Höhere Schule/Hochschule	6,6	Ref.	-	10,6	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
 % = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

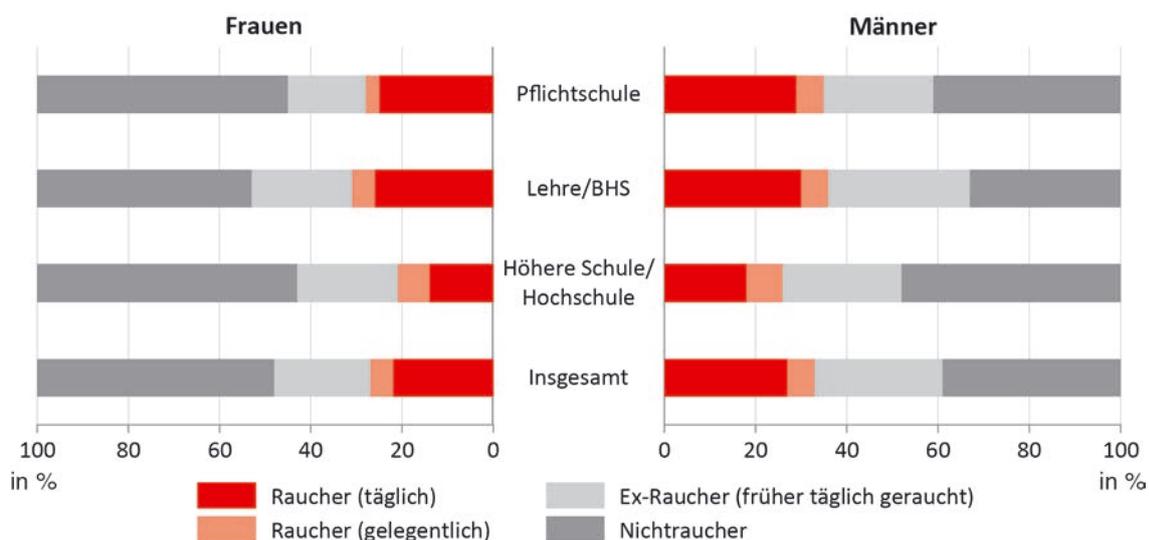
**Rauchen**

Beim Rauchverhalten zeigten sich sowohl bei Frauen wie auch bei Männern deutliche Bildungseffekte. Frauen und Männer mit niedriger oder mittlerer Schulbildung rauchten signifikant häufiger täglich als höher Gebildete.

Im Vergleich der unterschiedlichen Bildungsstufen griffen Männer mit Pflichtschulabschluss bzw. Lehre/BMS am häufigsten täglich zur Zigarette (29 % bzw. 30 %). Weitaus geringer war die Raucherquote (tägliches Rauchen) bei Männern mit höherer Ausbildung (18 %). Auch bei Frauen mit niedriger bzw. mittlerer Schulbildung lag der Raucherinnenanteil deutlich über jenem von Frauen, die eine höhere Schule bzw. eine Hochschule abgeschlossen hatten. Während etwa jede vierte Frau mit Pflichtschulbildung bzw. Lehre/BMS angab, täglich zu rauchen, war es bei höhergebilde-

Grafik 4.5

**Rauchverhalten nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)**

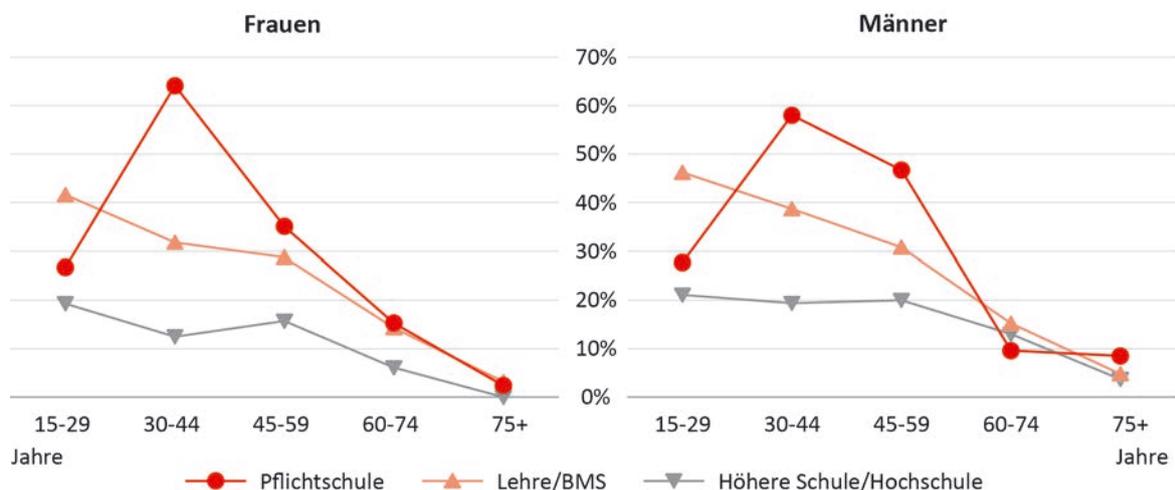


Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

ten Frauen jede siebente. Höher gebildete Frauen und Männer gaben dagegen häufiger an, gelegentlich zu rauchen.

Grafik 4.6

**Täglich Rauchende nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Zur besseren Einschätzung der Risikogruppe ist ein Blick auf die Raucherquoten nach Alter und Schulbildung sinnvoll. Mit Abstand am häufigsten rauchten 30- bis 44-jährige Frauen und Männer mit Pflichtschulabschluss (64 % bzw. 58 %). Ebenfalls sehr hohe Raucherquoten von über 40 % wurden bei Frauen und Männern zwischen 15 und 29 Jahren mit mittlerer Schulbildung sowie bei Männern zwischen 45 und 59 Jahren mit Pflichtschulabschluss festgestellt. Höhergebildete hatten in allen Altersgruppen die niedrigsten Raucherquoten. Im höheren Alter sanken bei beiden Geschlechtern die Anteile der täglich Rauchenden deutlich.

Übersicht 4.10

**Rauchverhalten nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Insgesamt in 1.000	Raucher (täglich)	Raucher (gelegentlich)		Ex-Raucher (früher täglich)	Nichtraucher
			Altersstandardisiert in %			
<b>Frauen</b>						
Insgesamt	3.716,6	22,1	5,1		20,5	52,4
Pflichtschule	1.004,2	38,3	3,5		17,6	40,6
Lehre/BHS	1.614,9	26,7	5,1		21,0	47,2
Höhere Schule/Hochschule	1.097,4	11,6	6,4		23,7	58,3
<b>Männer</b>						
Insgesamt	3.518,8	25,3	6,1		29,4	39,2
Pflichtschule	606,8	37,8	4,4		31,1	26,8
Lehre/BHS	1.890,2	30,5	5,6		30,0	33,9
Höhere Schule/Hochschule	1.021,9	16,8	6,7		28,0	48,5

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Durch die Altersstandardisierung wurde der Alterseffekt ausgeschaltet, der insbesondere in der niedrigen Bildungsgruppe – und hier wiederum vermehrt bei den Frauen – zum Tragen kam, so dass die Raucherquoten in der Gruppe mit Pflichtschulbildung bei beiden Geschlechtern im Vergleich zu den nichtstandardisierten Prozentwerten deutlich stiegen. Mit zunehmender Bildung wurde seltener täglich geraucht. Die Raucherquoten der Männer lagen altersstandardisiert zwischen 17 % (höhere Schulbildung) und 38 % (Pflichtschulabschluss), die der Frauen zwischen 12 % (höhere Schulbildung) und 38 % (Pflichtschulabschluss).

Mit der Berechnung der Odds Ratios wurde die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der Schulbildung geschätzt. Männer mit Abschluss der Pflichtschule bzw. einer Lehre / BMS hatten im Vergleich zu höher Gebildeten eine 2,2-fache Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen. Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu höher Gebildeten eine 3,3-fache Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, bei Frauen mit Abschluss einer Lehre / BMS betrug dieser Faktor 2,7. Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006 / 07 blieben bei Männern die Bildungsunterschiede unter den täglich Rauchenden nahezu unverändert, während sie sich bei Frauen vergrößerten.

Übersicht 4.11

**Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	38,3	3,34	2,87 – 3,90	37,8	2,17	1,82 – 2,59
Lehre / BMS	26,7	2,71	2,36 – 3,11	30,5	2,22	1,93 – 2,54
Höhere Schule / Hochschule	11,6	Ref.	-	16,8	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
 % = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

**Körperliche Aktivität in der Freizeit**

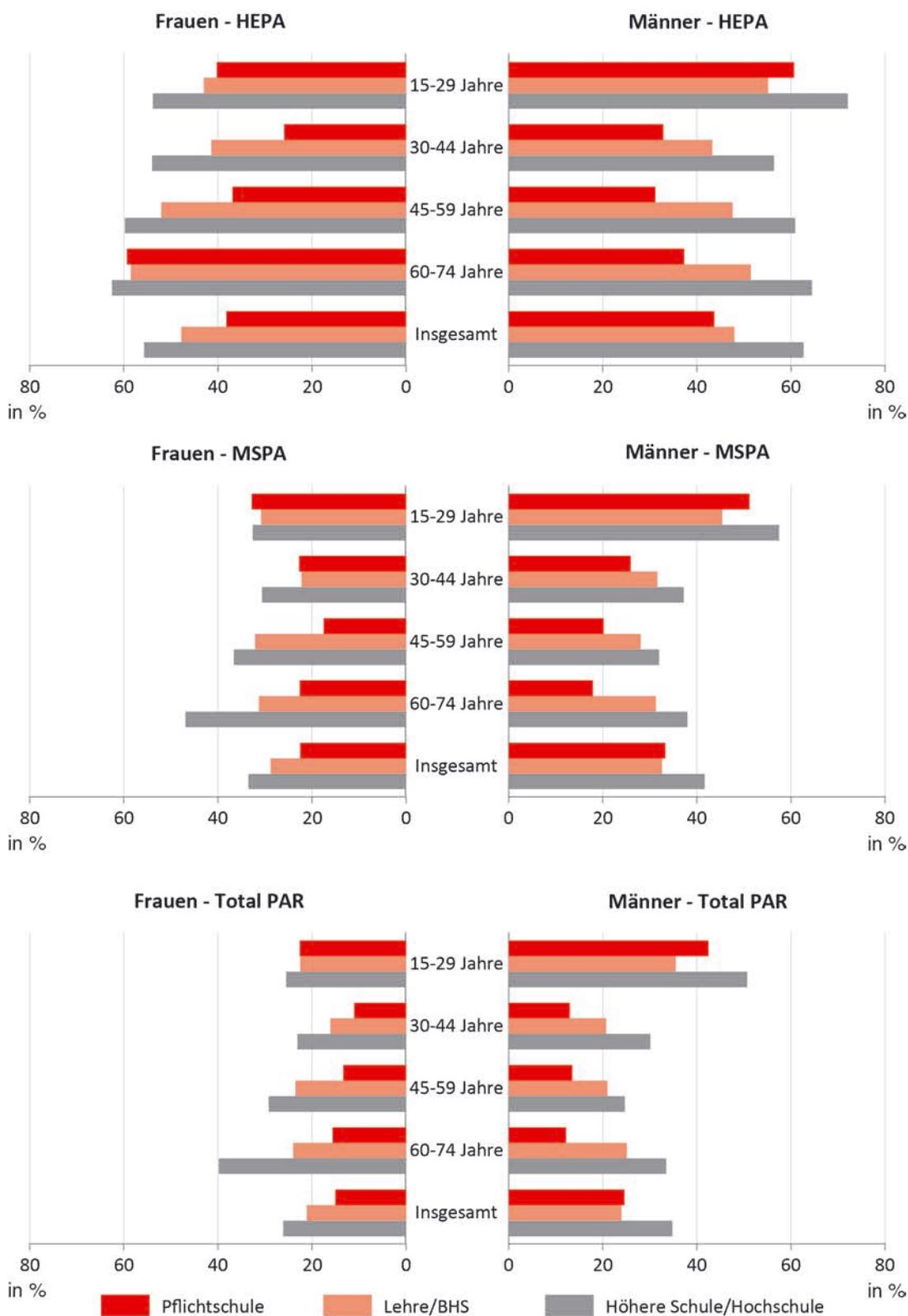
Insgesamt war ein starker Bildungseffekt auf das Ausmaß von körperlicher Aktivität (gemäß der WHO-Empfehlungen) zu erkennen: Je höher die Bildung, desto körperlich aktiver waren Frauen und Männer.

56 % der Frauen und 63 % der Männer mit höherer Schulbildung erfüllten die HEPA-Empfehlung der WHO (pro Woche mindestens 150 Minuten Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit). Bezogen auf die MSPA-Empfehlung (Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen pro Woche) lagen die Anteile für Frauen bei 34 % bzw. bei 42 % für Männer. Etwa jede vierte höher gebildete Frau und jeder dritte höher gebildete Mann erfüllten beide Kriterien. Am wenigsten waren Frauen mit Pflichtschulabschluss körperlich aktiv – beide WHO-Empfehlungen erreichten jeweils nur 15 % dieser Personengruppe.

Junge Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren waren in allen Bildungsstufen am häufigsten körperlich aktiv. Bezogen auf beide WHO-Empfehlungen betrieben 51 % der höher Gebildeten in dieser Altersgruppe ausreichend Sport, 43 % jener mit Pflichtschulabschluss sowie 36 % jener mit Lehre / BMS. In allen anderen Altersgruppen wurde in allen Bildungsstufen seltener ausreichend Sport betrieben, wobei die Prävalenz körperlicher Aktivität mit der Bildung stieg. Bei Frauen waren vor allem die älteren höher Gebildeten ausreichend sportlich aktiv. 40 % der 60- bis 74-jährigen Frau-

Grafik 4.7

**Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

## Übersicht 4.12

**Anteil der in der Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung (18 – 64 Jahre) gemäß WHO-Empfehlung nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Höchste angeschlossene Schulbildung	Personen 18-64 Jahre in 1.000	WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität, altersstandardisiert in Prozent		
		Mind. 150 Min. / Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)	Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen / Woche (MSPA)	HEPA und MSPA erfüllt
<b>Frauen</b>				
Insgesamt	2.756,0	49,0	29,3	21,8
Pflichtschule	513,2	35,6	22,2	14,7
Lehre / BMS	1.247,8	47,0	28,7	21,1
Höhere Schule / Hochschule	995,0	56,9	35,0	27,6
<b>Männer</b>				
Insgesamt	2.737,1	52,0	35,4	27,3
Pflichtschule	346,2	37,2	29,5	17,9
Lehre / BMS	1.521,4	48,5	33,8	24,7
Höhere Schule / Hochschule	869,5	62,1	40,2	33,4

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren. Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP / Eurostat).

en mit höherer Ausbildung erfüllten beide WHO-Kriterien. Bei den jungen Frauen gab es nur geringe bildungsspezifische Unterschiede, mit dem Alter nahmen diese aber zu.

Nach Altersstandardisierung verstärkten sich die bildungsspezifischen Unterschiede. Der Anteil der regelmäßig Sporttreibenden lag altersstandardisiert bei den Frauen zwischen 15 % (Pflichtschulabschluss) und 28 % (höhere Schulbildung), bei den Männern zwischen 18 % (Pflichtschulabschluss) und 33 % (höhere Schulbildung).

## Übersicht 4.13

**Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<b>Weniger als 150 Min. / Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)</b>						
Pflichtschule	64,4	2,33	2,03 – 2,67	62,8	2,40	2,00 – 2,87
Lehre / BMS	53,0	1,50	1,35 – 1,67	51,5	1,76	1,57 – 2,00
Höhere Schule / Hochschule	43,1	Ref.	-	37,9	Ref.	-
<b>Muskelaufbau an weniger als zwei Tagen / Woche (MSPA)</b>						
Pflichtschule	77,8	1,82	1,56 – 2,12	70,5	1,57	1,30 – 1,89
Lehre / BMS	71,3	1,28	1,14 – 1,43	66,2	1,33	1,18 – 1,51
Höhere Schule / Hochschule	65,0	Ref.	-	59,8	Ref.	-
<b>HEPA und MSPA nicht erfüllt</b>						
Pflichtschule	85,3	2,16	1,81 – 2,57	82,1	1,84	1,51 – 2,26
Lehre / BMS	78,9	1,37	1,21 – 1,56	75,3	1,54	1,35 – 1,76
Höhere Schule / Hochschule	72,4	Ref.	-	66,6	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

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

Übersicht 4.14 zeigt die Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe. Die bildungsspezifischen Unterschiede wirkten sich auf die Umsetzung der HEPA-Empfehlung stärker aus als auf die Einhaltung der Empfehlung zu den Kräftigungsübungen. Männer mit Pflichtschulabschluss hatten im Vergleich zu höher gebildeten Männern eine 2,4-fache Wahrscheinlichkeit, nicht ausreichend ihre Fitness zu trainieren, bezogen auf Übungen zum Muskelaufbau lag der Faktor bei 1,6 und bezogen auf beide Kriterien bei 1,8. Bei Frauen mit Pflichtschulabschluss war im Vergleich zu höher gebildeten Frauen das Risiko, nicht ausreichend sportlich aktiv zu sein um den Faktor 2,3 (HEPA), 1,8 (MSPA) bzw. 2,2 (HEPA und MSPA) erhöht.

## 4.4 Bildung und Gesundheitsvorsorge

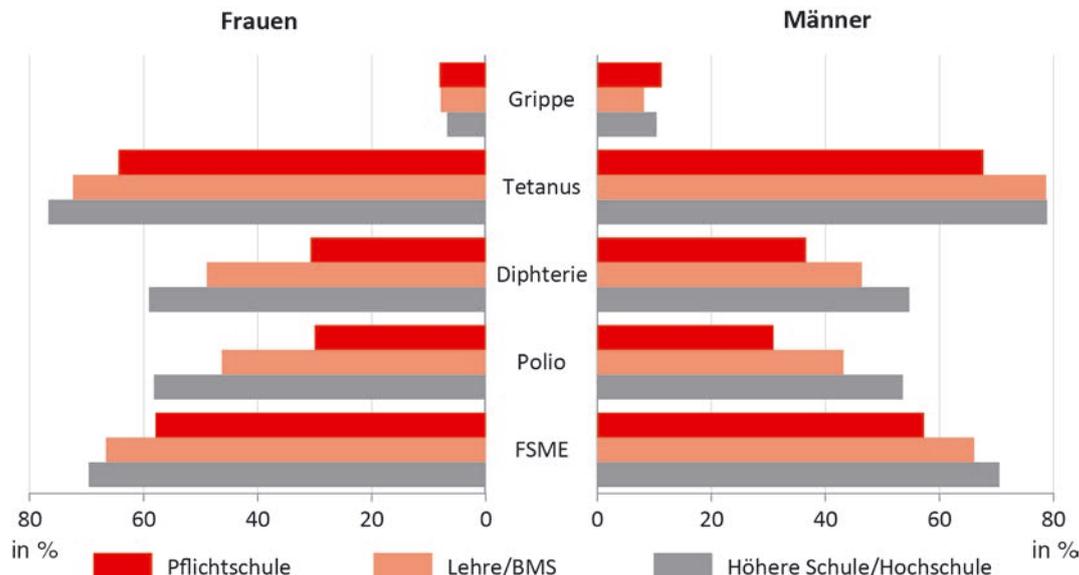
### Impfungen

Mit Ausnahme der Grippeimpfung war beim Impfverhalten bei beiden Geschlechtern eine mit dem Bildungsniveau steigende Impfbereitschaft zu erkennen.

Der höchste Anteil an Personen mit aufrechem Impfschutz war in allen Bildungsstufen bei der Tetanus- (Wundstarrkrampf) und der FSME- (Zecken)-Impfung gegeben. Die geringsten Impfraten gab es bei der Grippeimpfung, hier gab es auch keine nennenswerten bildungsspezifischen Unterschiede.

Grafik 4.8

Aufrechter Impfschutz nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Auch nach Berechnung von altersadjustierten Odds Ratios bleiben signifikante Bildungsunterschiede im Impfverhalten bestehen. Der Einfluss der Bildung ist beim Polio- und Diphtherie-Impfschutz am stärksten: Die Wahrscheinlichkeit, keinen aufrechten Impfschutz gegen **Poliomyelitis (Polio; Kinderlähmung)** zu haben, war bei Frauen und Männern mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu jenen mit höherer Bildung um den Faktor 2,5 signifikant erhöht. Bei **Diphtherie** lag dieser Faktor bei

2,2 (Frauen) bzw. 2,1 (Männer). Beim **FSME**-Impfschutz hatten Männer mit Pflichtschulabschluss ein doppelt so hohes Risiko, nicht geschützt zu sein, als höher gebildete Männer (bei Frauen: 1,4), bei **Tetanus** war dieses Risiko 1,8-fach erhöht (bei Frauen: 1,3).

Übersicht 4.14

**Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht**

Aufrechter Impfschutz gegen	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,89	1,49 – 2,40	1,14	0,90 – 1,45
Tetanus	1,33	1,16 – 1,52	1,78	1,51 – 2,11
Diphtherie	2,23	1,97 – 2,53	2,06	1,76 – 2,39
Polio	2,48	2,19 – 2,80	2,45	2,10 – 2,86
FSME	1,43	1,27 – 1,62	2,02	1,73 – 2,36

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
% = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie = Höhere Schule, Hochschule.

**Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs**

Keinen einheitlichen Einfluss der Schulbildung gab es bei der Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs. Während bei der Mammographie kein Bildungseinfluss erkennbar war, hatte das Bildungsniveau einen günstigen Einfluss auf die regelmäßige Durchführung eines Krebsabstriches und bei den Männern auf die einer Darmspiegelung.

Von allen Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs hatten Frauen aller Bildungsstufen (in den letzten zwei Jahren vor der Befragung) am häufigsten eine **Mammographie** durchführen lassen. Die Teilnahmequoten lagen in allen Bildungsstufen über 70 %. Bei der Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchung waren keine signifikanten bildungsspezifischen Unterschiede festzustellen.

Übersicht 4.15

**Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe nach Geschlecht**

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Darmspiegelung (50 – 74 Jahre)	0,85	0,69 – 1,04	1,49	1,15 – 1,92
Mammographie (45 – 69 Jahre)	1,08	0,89 – 1,32	-	-
Krebsabstrich (18 – 69 Jahre)	1,54	1,35 – 1,76	-	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
% = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Referenzkategorie = Höhere Schule, Hochschule.

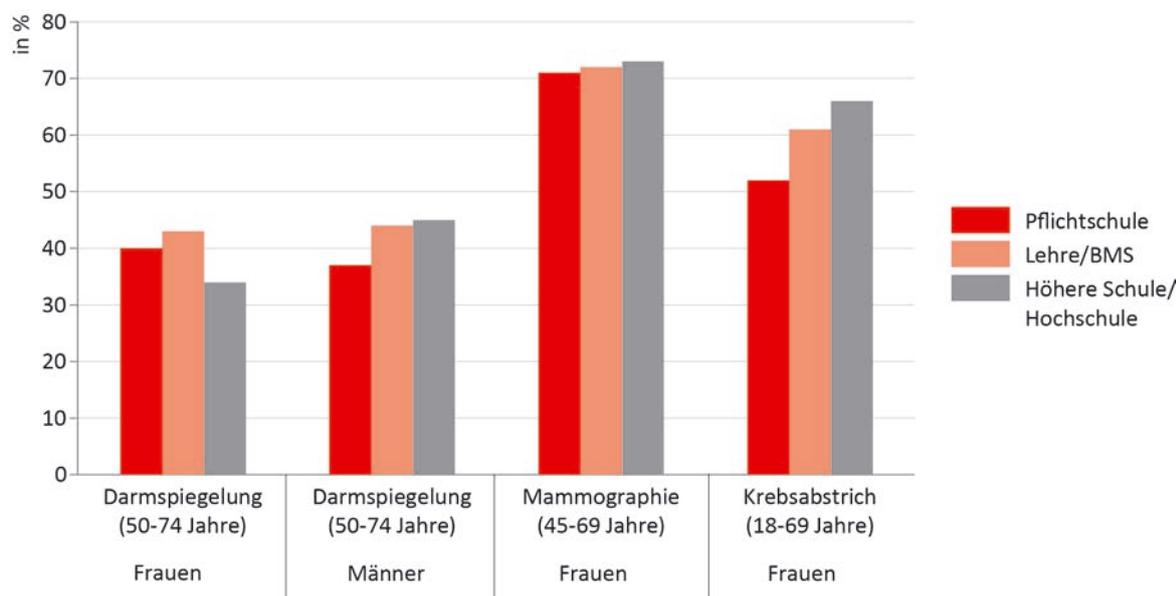
Anders verhielt es sich bei der Inanspruchnahme eines **Krebsabstriches**. Hier bestanden signifikante bildungsabhängige Unterschiede. Bei knapp der Hälfte der Frauen mit Pflichtschulabschluss (52 %) wurde im letzten Jahr vor der Befragung ein Krebsabstrich durchgeführt. Bei höher gebildeten Frauen lag dieser Anteil bei 66 %. Den Einfluss des Bildungsniveaus auf diese präventive Maßnahme zeigten auch die Odds Ratios. Bei Frauen mit Pflichtschulabschluss war die Wahr-

scheinlichkeit, nicht regelmäßig einen Krebsabstrich durchführen zu lassen, um den Faktor 1,5 erhöht.

Bei der Inanspruchnahme einer **Darmspiegelung** war ein signifikanter Bildungseinfluss nur bei Männern erkennbar. Männer mit Pflichtschulabschluss ließen seltener eine Darmspiegelung vornehmen als höher gebildete Männer (37 % bzw. 45 %). Die Wahrscheinlichkeit einer Nicht-Teilnahme war bei Männern mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu höher gebildeten Männern um den Faktor 1,5 erhöht. Bei Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Grafik 4.9

#### Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten.

## 4.5 Bildung und soziale Unterstützung

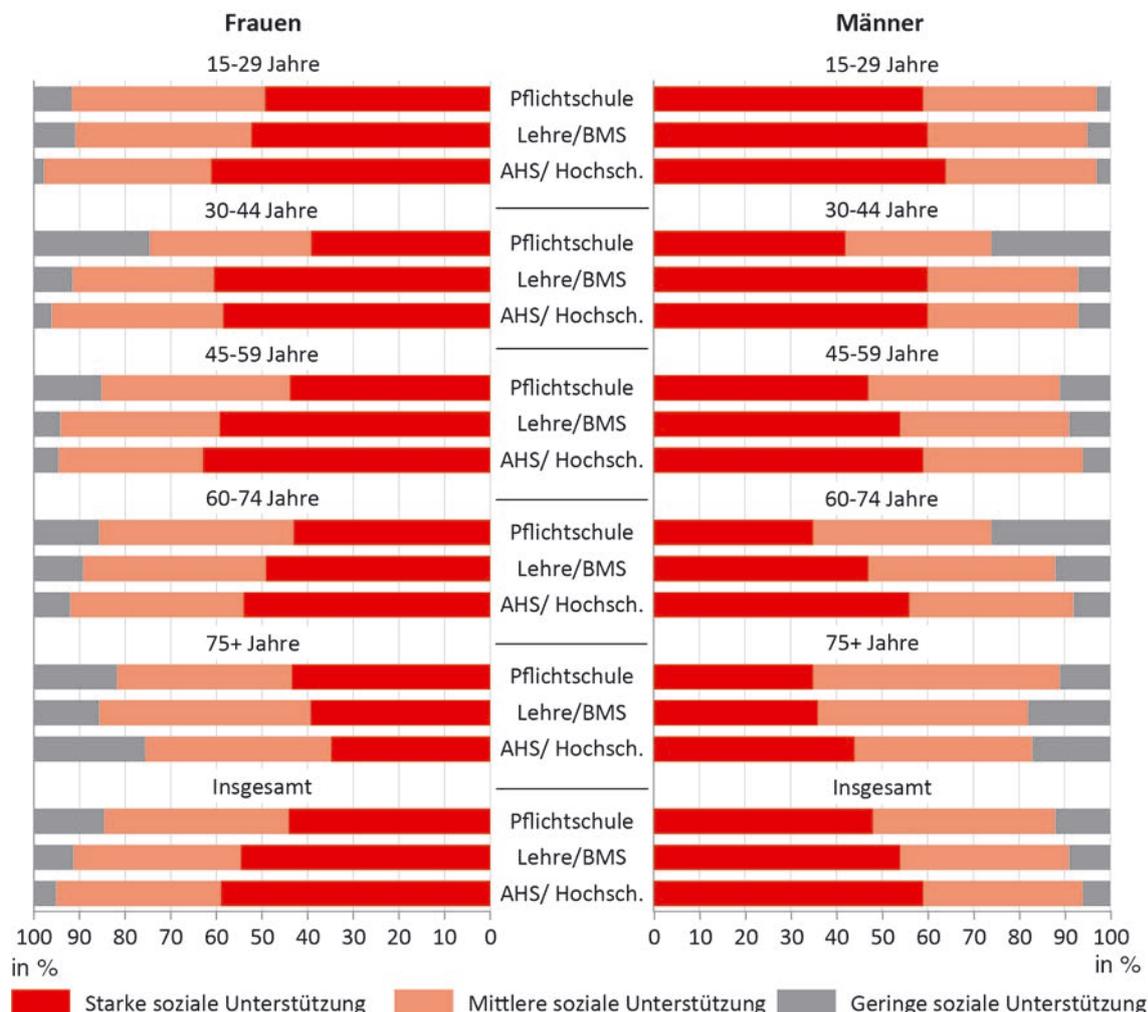
Die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung wurde vom Bildungsstand beeinflusst. Höher gebildete Frauen und Männer berichteten seltener als niedriger Gebildete, nur ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung zu erfahren.

Am geringsten war das Ausmaß der sozialen Unterstützung bei den 30- bis 44-jährigen Frauen und Männern mit Pflichtschulabschluss: Jede vierte Frau und jeder vierte Mann empfanden die soziale Unterstützung als gering. Ähnlich stark war die Betroffenheit auch bei den 60- bis 74-jährigen Männern mit Pflichtschulabschluss sowie bei den ab 75-jährigen, höher gebildeten Frauen.

Auch die Odds Ratios zeigten einen signifikanten Einfluss der Schulbildung auf die Wahrscheinlichkeit, nur ein geringes Ausmaß an sozialer Unterstützung zu erfahren, wobei die Unterschiede bei den Frauen nach Altersstandardisierung stärker ausgeprägt waren als bei den Männern. Frauen mit Pflichtschulabschluss hatten ein dreimal so hohes Risiko einer geringen sozialen Unterstützung im Vergleich zu höher gebildeten Frauen. Bei den Männern mit Pflichtschulabschluss war dieses Risiko im Vergleich zu höher gebildeten Männern doppelt so hoch.

Grafik 4.10

**Soziale Unterstützung nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 4.16

**Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von der Schulbildung nach Geschlecht**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	%	Frauen		Männer		
		OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Pflichtschule	16,9	3,09	2,48 – 3,86	15,4	2,05	1,59 – 2,65
Lehre/BMS	9,0	1,72	1,39 – 2,14	9,1	1,28	1,03 – 1,58
Höhere Schule/Hochschule	6,6	Ref.	-	6,9	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.  
 % = altersstandardisierte Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.



## 5 Berufliche Tätigkeit und Gesundheit

Die berufliche Tätigkeit kann Gesundheit, Wohlbefinden und Selbstwertgefühl des Einzelnen positiv beeinflussen. Gesellschaftliche Anerkennung, die Möglichkeit, Fähigkeiten und Begabungen weiterzuentwickeln, Entscheidungen zu treffen oder Verantwortung zu übernehmen sind eng mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit verbunden. Arbeit kann aber auch krank machen, besonders wenn die berufsbedingten Belastungen – körperlicher oder psychischer Art – nicht mehr bewältigt werden können oder der notwendige Ausgleich fehlt. Dabei zu erwähnen sind unter anderem körperliche Belastungen, Unfallgefahren, monotone Arbeitsabläufe, Zeit- und Erfolgsdruck oder schwierige soziale Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen oder zu Vorgesetzten.

Vor diesem Hintergrund stellt also die berufliche Tätigkeit eine Gesundheitsressource dar, andererseits bringt sie auch Belastungen und Gefährdungen mit sich, diese sind maßgeblich abhängig von der jeweiligen Stellung in der Arbeitswelt.

Zur Beschreibung des Einflusses der Arbeitswelt auf die Gesundheit stehen in der Gesundheitsbefragung unterschiedliche Merkmale zur Verfügung. Zur Definition von Erwerbstätigen und Arbeitslosen wurde das Lebensunterhaltskonzept verwendet. Bei diesem Konzept ordnen sich die Interviewten selbst einer bestimmten sozialen Gruppe zu. Weitere Merkmale zur Beschreibung der Arbeitssituation sind die berufliche Tätigkeit oder die berufliche Stellung.

### 5.1 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung

Die Bevölkerung (15 Jahre und mehr) teilte sich zu 57 % in Erwerbspersonen<sup>8</sup> und zu 43 % in Nichterwerbspersonen auf. In Absolutzahlen sind das 4,16 Mio. Erwerbspersonen (1,85 Mio. Frauen und 2,31 Mio. Männer). Die Erwerbsquote der 15- bis 64-Jährigen, d. h. der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung dieser Altersgruppe, betrug 72 %. Männer waren mit einer Erwerbsquote von 80 % häufiger erwerbstätig bzw. arbeitslos als Frauen (64 %). Nach dem Lebensunterhaltskonzept stuften sich 6,4 % der 15- bis 64-Jährigen als arbeitslos ein (Frauen: 5,1 %, Männer: 7,7 %). Ein Großteil der 15- bis 24-jährigen Bevölkerung stand noch in Ausbildung (Frauen: 55 %, Männer: 43 %).

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

In der Analyse nach der beruflichen Tätigkeit wurde als Grundgesamtheit die erwerbstätige Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren herangezogen. Dabei wurde eine Einteilung der beruflichen Tätigkeit in folgende Gruppen vorgenommen:

- 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

<sup>8</sup> Unter Erwerbspersonen sind die erwerbstätige und arbeitslose Bevölkerung zu verstehen. Erwerbstätige schließen Lehrlinge ein.

Etwa ein Drittel der erwerbstätigen Bevölkerung verrichtete manuelle Tätigkeiten (inkl. Landwirtschaft; Frauen: 25 %, Männer: 37 %), 61 % nicht manuelle Tätigkeiten (Frauen: 70 %, Männer: 54 %), und 8 % waren selbstständig. 60 % der Frauen waren in Berufen mit einfacher Tätigkeit zu finden sowie 32 % in solchen mit höherer Tätigkeit. Männer übten häufiger höhere Tätigkeiten (48 %) als einfache Tätigkeiten (40 %) aus. Mit dem Alter nahm der Anteil der Personen, die einfache Tätigkeiten verrichteten ab, während jener mit höherer Tätigkeit zunahm.

## Übersicht 5.1

**Lebensunterhalt nach Alter und Geschlecht**

Lebensunterhalt	Insgesamt	15 – 24 Jahre	25 – 34 Jahre	35 – 44 Jahre	45 – 54 Jahre	55 – 64 Jahre	65+ Jahre
<b>Insgesamt</b>							
Erwerbstätig	3.785,5	391,3	820,8	951,7	1.159,4	446,4	15,9
Arbeitslos	371,0	60,5	85,9	80,6	98,2	41,6	4,2
In Pension	1.974,8	-	1,3	7,7	49,2	487,4	1.429,2
Ausschließlich haushaltsführend	252,1	4,7	24,8	43,4	58,0	54,9	66,4
In Ausbildung	581,6	487,9	79,6	10,5	3,2	0,4	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	40,7	1,9	1,3	9,6	14,9	11,5	1,5
Präsenz- / Zivildienst	26,4	26,4	-	-	-	-	-
In Elternkarenz	176,6	16,8	121,6	37,5	0,7	-	-
Andere	26,6	3,7	5,2	6,3	6,3	4,6	0,6
<b>Frauen</b>							
Erwerbstätig	1.699,5	170,3	349,6	441,7	555,3	178,6	4,1
Arbeitslos	148,7	23,4	32,4	33,3	37,9	19,1	2,5
In Pension	1.103,4	-	-	3,9	30,7	284,5	784,3
Ausschließlich haushaltsführend	241,8	3,6	23,7	41,9	55,7	51,1	65,9
In Ausbildung	315,7	268,7	37,4	7,4	2,3	-	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	20,4	1,3	1,1	6,3	8,2	2,5	1,1
Präsenz- / Zivildienst	-	-	-	-	-	-	-
In Elternkarenz	175,6	16,8	121,0	37,1	0,7	-	-
Andere	11,3	1,9	1,9	4,6	1,7	0,8	0,4
<b>Männer</b>							
Erwerbstätig	2.086,0	221,1	471,2	510,0	604,1	267,7	11,8
Arbeitslos	222,4	37,1	53,5	47,3	60,3	22,4	1,8
In Pension	871,3	-	1,3	3,7	18,5	202,9	644,9
Ausschließlich haushaltsführend	10,3	1,1	1,2	1,5	2,3	3,8	0,6
In Ausbildung	265,9	219,3	42,1	3,1	0,9	0,4	-
Dauerhaft arbeitsunfähig	20,3	0,6	0,2	3,3	6,7	9,0	0,4
Präsenz- / Zivildienst	26,4	26,4	-	-	-	-	-
In Elternkarenz	1,0	-	0,5	0,5	-	-	-
Andere	15,3	1,8	3,3	1,7	4,6	3,8	0,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

## Übersicht 5.2

**Erwerbstätige nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent)**

Berufliche Tätigkeit	Insgesamt	15 – 24 Jahre	25 – 34 Jahre	35 – 44 Jahre	45 – 54 Jahre	55 – 64 Jahre
<b>Insgesamt</b>						
Einfache manuelle Tätigkeit	16,0	27,8	14,1	15,4	14,5	14,8
Höhere manuelle Tätigkeit	12,6	19,1	14,9	10,8	11,5	9,6
Landwirtschaft	2,7	0,8	1,0	2,6	4,0	4,1
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	33,1	42,6	35,4	31,7	31,7	27,1
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	27,8	8,3	29,1	31,0	29,5	31,5
Selbstständige	7,8	1,4	5,6	8,5	8,8	13,0
<b>Frauen</b>						
Einfache manuelle Tätigkeit	16,4	21,4	12,1	16,2	16,3	21,4
Höhere manuelle Tätigkeit	5,5	9,3	4,7	5,2	5,6	3,7
Landwirtschaft	2,6	0,0	1,0	2,4	4,3	3,8
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	43,6	58,1	48,1	41,0	41,8	33,1
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	26,1	10,7	30,9	27,5	25,7	29,1
Selbstständige	5,8	0,4	3,2	7,8	6,4	8,8
<b>Männer</b>						
Einfache manuelle Tätigkeit	15,7	32,6	15,6	14,6	12,9	10,3
Höhere manuelle Tätigkeit	18,4	26,7	22,4	15,6	16,9	13,5
Landwirtschaft	2,7	1,5	1,0	2,9	3,7	4,4
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	24,5	30,6	26,0	23,7	22,5	23,0
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	29,2	6,5	27,7	34,0	33,1	33,1
Selbstständige	9,4	2,1	7,4	9,2	10,9	15,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

## 5.2 Berufliche Tätigkeit und Gesundheitszustand

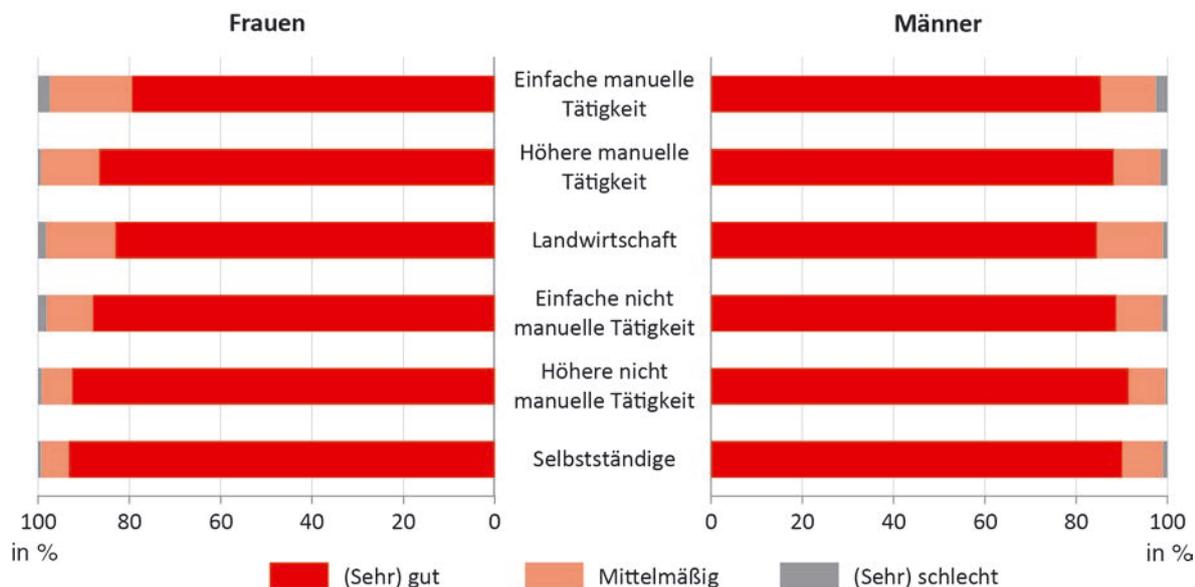
### Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand wurde von der Art der beruflichen Tätigkeit beeinflusst: Frauen und Männer, die höhere nicht manuelle Tätigkeiten ausübten (93 % bzw. 92 %) sowie Selbstständige (Frauen: 93 %, Männer: 90 %) fühlten sich häufiger gesundheitlich sehr gut oder gut als andere Erwerbstätige. Am seltensten gaben Erwerbstätige in der Landwirtschaft (Frauen: 83 %, Männer: 85 %) und jene mit einfacher manueller Tätigkeit (Frauen: 80 %, Männer: 85 %) einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an.

Auch bei der Betrachtung der Odds Ratios kamen die Unterschiede zwischen Erwerbstätigen mit manueller und nicht-manueller Tätigkeit zutage. Die Wahrscheinlichkeit, dass Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, war im Vergleich zu jenen mit einfacher manueller Tätigkeit um den Faktor 3,3 bei Frauen bzw. 2,4 bei Männern erhöht. Signifikante Unterschiede ergaben sich auch beim Vergleich zu Selbstständigen und Personen mit einfacher nicht manueller Tätigkeit. Bei selbstständigen Frauen war die Wahrscheinlichkeit einer (sehr) guten Beurteilung sogar um den Faktor 4,0 erhöht, bei den Männern um den Faktor 2,2. Frauen und Männer mit einfacher nicht manueller Tätigkeit hatten eine 1,8- bzw. 1,5-fache höhere Wahrscheinlichkeit, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen. Verglichen mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 blieben die Unterschiede für die Art der beruflichen Tätigkeit bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes nahezu unverändert.

Grafik 5.1

**Subjektiver Gesundheitszustand nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Übersicht 5.3

**Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	79,5	Ref.	-	85,5	Ref.	-
Höhere manuelle Tätigkeit	86,6	1,60	1,07 – 2,39	88,2	1,34	0,99 – 1,81
Landwirtschaft	83,0	1,52	0,92 – 2,53	84,6	1,32	0,77 – 2,27
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	88,0	1,83	1,47 – 2,29	88,7	1,48	1,11 – 1,96
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	92,6	3,30	2,50 – 4,37	91,5	2,40	1,79 – 3,21
Selbstständige	93,3	3,98	2,38 – 6,63	90,1	2,21	1,49 – 3,27

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

**Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme**

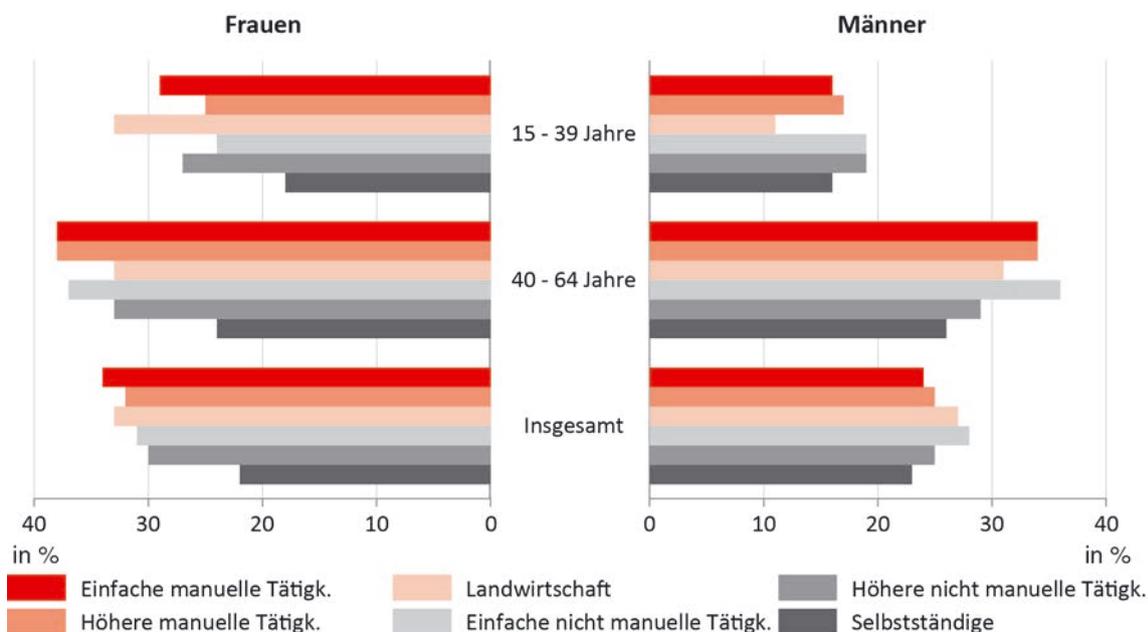
Die Art der Berufstätigkeit hatte nur einen moderaten Effekt auf das Auftreten von chronischen Krankheiten: Selbstständige berichteten am seltensten über chronische Erkrankungen (Frauen: 22 %, Männer: 23 %), Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (34 %) und Männer mit einfacher nicht manueller Tätigkeit (28 %) am häufigsten.

Der Anteil der chronischen Krankheiten stieg bei allen beruflichen Tätigkeiten mit dem Alter, ausgenommen bei den Landwirtinnen – hier war in beiden beobachteten Altersgruppen je ein Drittel betroffen. Bei den 15- bis 39-jährigen Männern waren jene mit nicht manueller Tätigkeit häufiger chronisch krank als jene mit manueller Tätigkeit und am seltensten Landwirte. In der Altersgruppe von 40 bis 64 Jahren gaben Männer und Frauen mit einfachen und höheren manuellen Tätigkei-

ten und jene mit einfachen nicht-manuellen Tätigkeiten am häufigsten an, unter einer chronischen Krankheit zu leiden.

Grafik 5.2

**Prävalenz einer chronischen Krankheit nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Das Risiko einer chronischen Erkrankung war nur für männliche Erwerbstätige mit einfacher nicht manueller Tätigkeit (um den Faktor 1,3) und für Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit (um den Faktor 1,2) im Vergleich zu Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit signifikant erhöht.

Übersicht 5.4

**Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	34,4	1,24	1,02 – 1,51	23,8	1,11	0,89 – 1,38
Höhere manuelle Tätigkeit	31,7	1,15	0,86 – 1,55	25,1	1,16	0,95 – 1,43
Landwirtschaft	33,3	1,01	0,68 – 1,50	26,9	1,00	0,66 – 1,53
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	31,1	1,10	0,94 – 1,28	27,7	1,28	1,06 – 1,54
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	30,2	Ref.	-	25,4	Ref.	-
Selbstständige	22,0	0,60	0,44 – 0,82	22,6	0,79	0,61 – 1,03

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

Bei einigen ausgewählten Krankheiten konnten signifikante Unterschiede in der Auftretenswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden. Erwerbstätige Männer mit manueller Tätigkeit bzw. Landwirte litten am häufigsten unter chronischen Rückenschmerzen, jene mit nicht manueller Tätigkeit bzw. Selbstständige unter Allergien. Bei den Frauen zeigte sich das gleiche Muster mit der Ausnahme, dass jene mit höherer manueller Tätigkeit am häufigsten unter Allergien litten.

Bei erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit traten im Vergleich zu jenen mit höherer manueller Tätigkeit folgende chronische Krankheiten häufiger auf: chronische Kreuzschmerzen (um den Faktor 2,4), chronische Kopfschmerzen (2,3), Arthrose (2,2), chronische Nackenschmerzen (1,6) sowie Bluthochdruck (1,5). Bei den Frauen waren die Unterschiede weniger stark ausgeprägt, jedoch bei folgenden Krankheiten signifikant erhöht bei Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit: Depressionen (um den Faktor 1,9), chronische Kopfschmerzen (1,7), Arthrose (1,6), chronische Kreuzschmerzen (1,5) und Bluthochdruck (1,4). Allergien traten dagegen bei erwerbstätigen Frauen und Männern mit einfacher manueller Tätigkeit signifikant seltener auf im Vergleich zu Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

## Übersicht 5.5

**Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten bei Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer manueller Tätigkeit nach Geschlecht**

Chronische Krankheiten	Prävalenz						Auftrittswahrscheinlichkeit bei einfacher manueller im Vergleich zu höherer nicht manueller Tätigkeit	
	Einfache manuelle Tätigkeit	Höhere manuelle Tätigkeit	Landwirtschaft	Einfache nicht manuelle Tätigkeit	Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Selbstständige	OR	95%-KI
	in Prozent							
<b>Frauen</b>								
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	25,5	20,6	25,2	19,3	18,4	14,0	1,53	1,23 – 1,91
Allergien	23,5	24,7	20,2	29,8	31,5	21,9	0,67	0,54 – 0,82
Bluthochdruck	12,7	8,1	14,5	8,6	9,4	5,4	1,43	1,06 – 1,92
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	20,7	22,7	24,3	21,5	23,1	16,3	0,87	0,70 – 1,09
Arthrose	8,5	7,3	9,8	5,7	5,6	5,5	1,59	1,10 – 2,28
Depression	7,8	3,6	6,6	6,9	4,6	5,9	1,85	1,27 – 2,70
Chronische Kopfschmerzen	13,0	6,4	5,2	9,9	8,1	4,1	1,67	1,24 – 2,24
Diabetes	1,3	1,1	2,3	1,2	1,0	1,8	1,31	0,56 – 3,04
Harninkontinenz	0,8	0,6	2,7	1,2	0,6	1,6	1,22	0,41 – 3,61
<b>Männer</b>								
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	23,9	20,6	32,6	18,3	14,0	16,7	2,40	1,89 – 3,04
Allergien	20,6	20,3	16,3	26,4	26,1	22,4	0,65	0,52 – 0,81
Bluthochdruck	14,4	12,6	13,5	14,5	13,9	12,9	1,48	1,12 – 1,95
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	13,6	10,0	17,9	11,2	11,0	9,3	1,59	1,20 – 2,10
Arthrose	6,2	3,6	3,0	2,9	4,3	5,1	2,19	1,44 – 3,33
Depression	2,4	2,1	2,7	2,8	2,8	2,3	1,04	0,58 – 1,87
Chronische Kopfschmerzen	6,1	3,1	2,9	2,6	2,5	4,0	2,32	1,45 – 3,71
Diabetes	2,2	2,8	1,0	1,9	2,3	2,0	1,31	0,70 – 2,46
Harninkontinenz	0,2	0,5	0,8	0,4	0,2	0,1	1,52	0,22 – 10,54

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios;

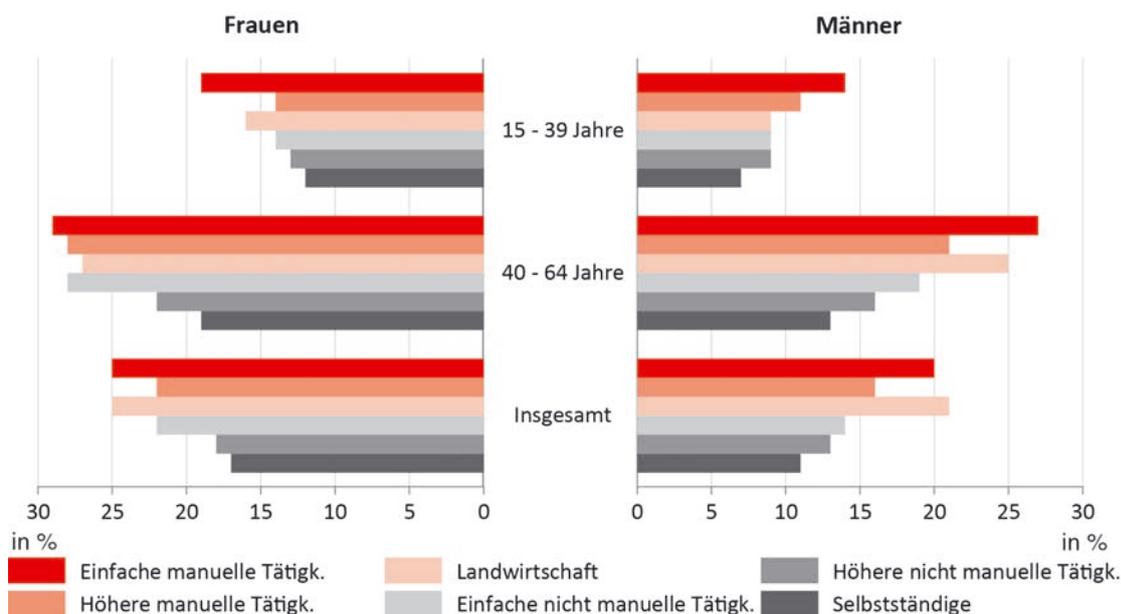
## Schmerzen

Die Art der beruflichen Tätigkeit hatte einen moderaten Einfluss auf die Schmerzprävalenz: Erwerbstätige Frauen und Männer mit einfachen manuellen Tätigkeiten sowie Landwirtinnen und Landwirte berichteten häufiger über mäßige bis sehr starke Schmerzen als Erwerbstätige mit nicht manuellen Tätigkeiten sowie Selbstständige.

Rund ein Viertel der Landwirtinnen und erwerbstätigen Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit sowie ein Fünftel der Männer mit diesen beruflichen Tätigkeiten gaben mäßige bis sehr starke Schmerzen an. Am seltensten berichteten Selbstständige über Schmerzen (Frauen: 17 %, Männer: 11 %). Ähnlich wie bei der Prävalenz chronischer Krankheiten stieg das Schmerzaufkommen bei allen Formen beruflicher Tätigkeiten mit dem Alter. Am stärksten belastet von erheblichen Schmerzen waren 40- bis 64-jährige Männer mit einfacher manueller Tätigkeit und Landwirte (27 % bzw. 25 %). Bei den gleichaltrigen Frauen waren jene mit einfacher und höherer manueller Tätigkeit (29 % bzw. 28 %) sowie mit einfacher nicht manueller Tätigkeit (28 %) am häufigsten von Schmerzen betroffen.

Grafik 5.3

**Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Ein signifikant höheres Risiko, an Schmerzen zu leiden, bestand für Frauen mit einfacher manueller bzw. nicht manueller Tätigkeit und für Männer mit einfacher und höherer manueller Tätigkeit sowie für Landwirte im Vergleich zu Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

## Übersicht 5.6

**Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	25,1	1,56	1,25 – 1,95	20,0	1,97	1,53 – 2,52
Höhere manuelle Tätigkeit	21,6	1,36	0,97 – 1,91	15,6	1,41	1,09 – 1,81
Landwirtschaft	25,4	1,30	0,84 – 2,01	21,5	1,69	1,07 – 2,69
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	21,5	1,32	1,10 – 1,58	14,3	1,23	0,97 – 1,55
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	18,2	Ref.	-	13,2	Ref.	-
Selbstständige	17,0	0,84	0,59 – 1,19	10,7	0,75	0,53 – 1,06

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Art der beruflichen Tätigkeit hatte einen durchgängigen, aber nicht besonders stark ausgeprägten Effekt auf die Gesundheitsdeterminante Lebensqualität: Landwirtinnen und Landwirte sowie Erwerbstätige mit einfachen manuellen Tätigkeiten beurteilten ihre Lebensqualität in allen Bereichen (ausgenommen der sozialen Beziehungen) schlechter als jene mit höheren nicht manuellen Tätigkeiten.

Bei den Frauen waren die Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität nach der Art der beruflichen Tätigkeit etwas stärker ausgeprägt als bei den Männern. Selbstständige Frauen schätzten ihre Lebensqualität in allen Bereichen am besten ein.

## Übersicht 5.7

**Lebensqualität nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt	
						Mittelwerte der Bereiche
Frauen						
Insgesamt	76,7	81,8	76,3	77,9	77,6	
Einfache manuelle Tätigkeit	72,9	78,1	73,5	77,5	73,8	
Höhere manuelle Tätigkeit	77,6	81,9	76,6	79,0	76,9	
Landwirtschaft	75,3	79,5	71,9	76,2	76,6	
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	76,1	81,7	76,2	77,7	77,0	
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	79,2	83,3	77,8	77,9	79,9	
Selbstständige	79,6	86,5	80,2	80,3	82,8	
Männer						
Insgesamt	77,0	83,1	79,5	76,7	78,9	
Einfache manuelle Tätigkeit	76,7	81,5	78,7	78,2	77,0	
Höhere manuelle Tätigkeit	75,0	82,6	79,1	77,6	76,9	
Landwirtschaft	71,0	79,5	75,7	74,7	76,2	
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	76,6	82,7	78,6	75,9	78,2	
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	79,1	84,7	81,0	76,1	81,9	
Selbstständige	77,6	84,2	80,0	77,2	79,2	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

### Adipositas

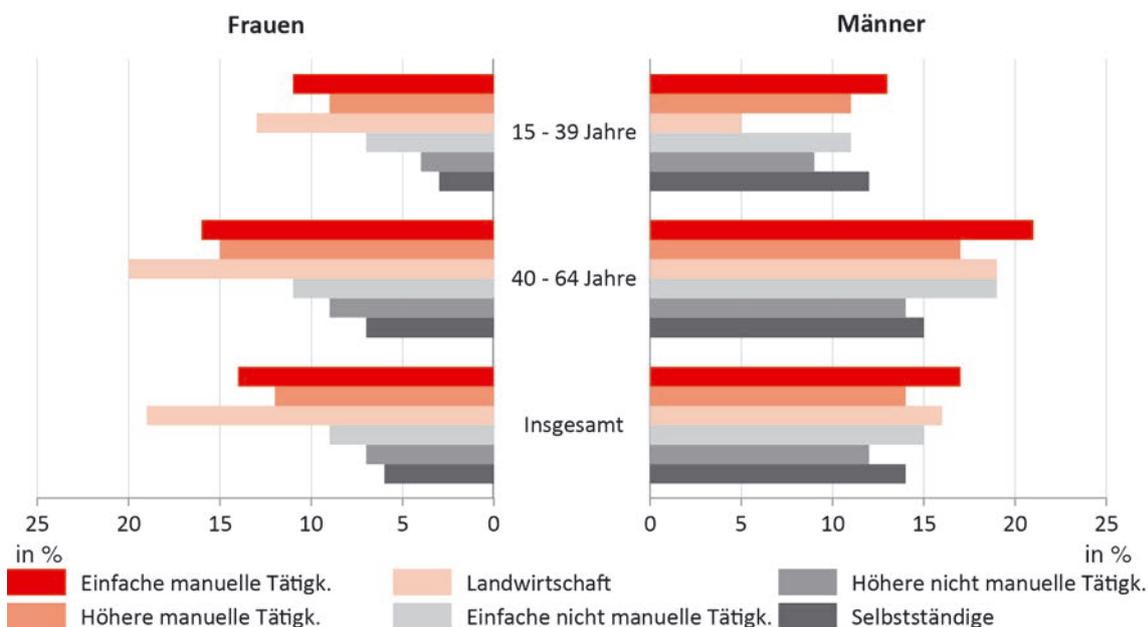
Der Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit hinsichtlich des Auftretens von starkem Übergewicht war für Frauen stärker ausgeprägt als für Männer. Generell sind Erwerbstätige in der Landwirtschaft und mit manuellen Tätigkeiten häufiger adipös als Erwerbstätige mit höheren nicht manuellen Tätigkeiten und Selbstständige.

Während 19 % der Landwirtinnen adipös waren, waren es 6 % bei den selbstständigen Frauen bzw. 7 % bei den weiblichen Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Erwerbstätige mit einfacher manueller Tätigkeit waren bei Männern am häufigsten von starkem Übergewicht betroffen (17 %), am seltensten jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit (12 %) und selbstständige Männer (14 %).

Mit dem Alter nahm die Adipositasprävalenz bei allen beruflichen Tätigkeiten zu. 15- bis 39-jährige Landwirte (5 %) sowie weibliche Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit (4 %) und weibliche Selbstständige (3 %) waren am seltensten stark übergewichtig. Die größten Anteile an stark Übergewichtigen mit jeweils einem Fünftel an Betroffenen waren im Alter von 40 bis 64 Jahren bei Männern mit einfacher manueller und nicht manueller Tätigkeit sowie bei Landwirten und Landwirtinnen zu beobachten.

Grafik 5.4

Prävalenz von Adipositas nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Die altersadjustierten Odds Ratios zeigten ebenfalls die ausgeprägten Unterschiede in der Adipositasprävalenz bei den Frauen für die Art der beruflichen Tätigkeit: Landwirtinnen hatten im Vergleich zu weiblichen Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit ein beinahe dreifaches Risiko, adipös zu sein. Bei Frauen mit einfacher bzw. höherer manueller Tätigkeit war dieses Risiko etwa doppelt so hoch. Ein signifikant erhöhtes Risiko bestand für Männer mit einfacher manueller

Tätigkeit (Faktor 1,7), einfacher nicht manueller Tätigkeit (1,4) und für Landwirte (1,3). Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/07 verringerten sich die Unterschiede in der Adipositasprävalenz für die Art der beruflichen Tätigkeit bei den Frauen, während sie bei den Männern annähernd gleich blieben.

Übersicht 5.8

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	15,9	2,28	1,68 – 3,11	21,2	1,70	1,31 – 2,21
Höhere manuelle Tätigkeit	15,1	2,09	1,34 – 3,24	17,1	1,29	0,99 – 1,68
Landwirtschaft	20,2	2,89	1,74 – 4,81	18,6	1,31	0,78 – 2,19
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	11,3	1,51	1,15 – 1,99	18,8	1,43	1,13 – 1,81
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	8,6	Ref.	-	13,8	Ref.	-
Selbstständige	6,6	0,79	0,44 – 1,39	15,3	1,20	0,87 – 1,65

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.  
% = Häufigkeiten in %; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

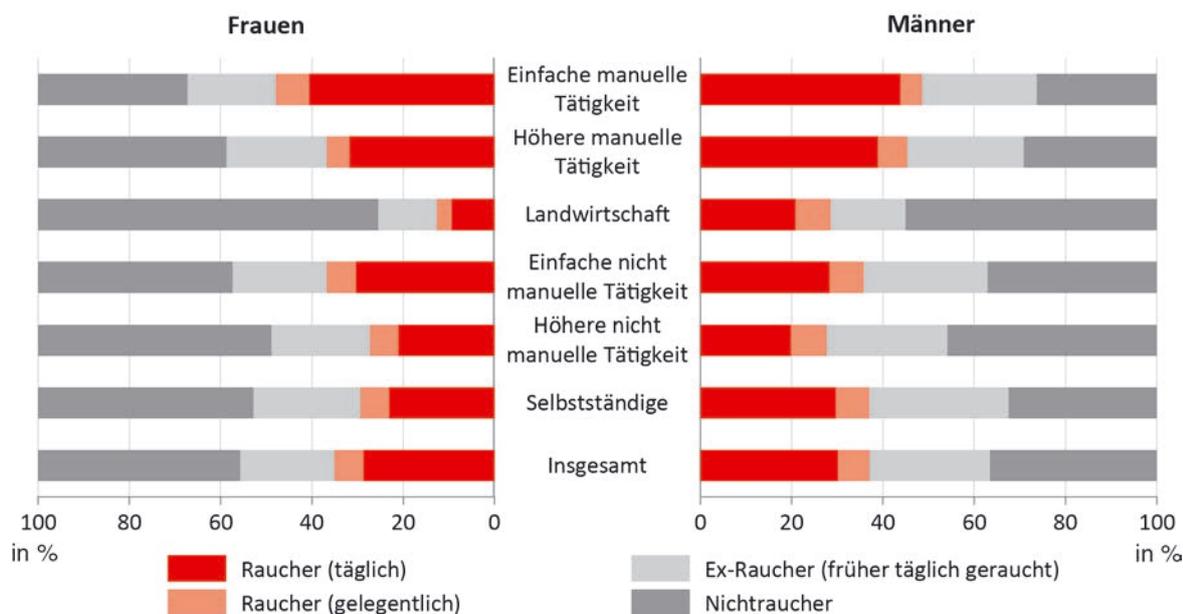
**Rauchen**

Die Art der beruflichen Tätigkeit hatte einen starken Einfluss auf das Rauchverhalten: Erwerbstätige mit manueller Tätigkeit rauchten wesentlich häufiger als jene mit nicht manueller Tätigkeit und Selbstständige. Landwirtinnen rauchten am seltensten täglich.

Die höchsten Anteile an täglich Rauchenden hatten Erwerbstätige mit einfacher manueller Tätigkeit (Frauen: 41 %, Männer: 44 %). Ebenfalls Anteile von 30 % oder mehr traten bei Erwerbstätigen

Grafik 5.5

**Rauchverhalten nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

mit höherer manueller Tätigkeit (Frauen: 32 %, Männer: 39 %) und bei weiblichen Erwerbstätigen mit einfacher nicht manueller Tätigkeit (30 %) auf. Dagegen lag der Anteil der täglich Rauchenden bei Männern und Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit sowie bei Landwirten bei rund 20 %, am niedrigsten war er bei den Landwirtinnen mit 9 %.

Die Odds Ratios zeigten signifikante Unterschiede im Anteil der täglich Rauchenden für die Art der beruflichen Tätigkeit. Das Risiko, täglich zur Zigarette zu greifen, war für erwerbstätige Männer mit einfacher manueller Tätigkeit rund dreimal so hoch wie für Männer mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Ebenso signifikante, jedoch etwas geringere Unterschiede gab es zwischen Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit und jenen mit höherer manueller Tätigkeit (erhöhtes Risiko Letzterer um den Faktor 2,4), mit einfacher nicht manueller Tätigkeit (um den Faktor 1,5) sowie Selbstständigen (um den Faktor 1,8).

Bei erwerbstätigen Frauen bestanden größtenteils analoge Unterschiede nach Art der beruflichen Tätigkeit, jedoch auf etwas niedrigerem Niveau. So hatten Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit ein 2,5-faches Risiko, täglich zu rauchen im Vergleich zu Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Verglichen mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 erhöhten sich die Raucherinnenanteile bei den Frauen für alle Arten der beruflichen Tätigkeit, während sie bei den Männern annähernd gleich blieben.

#### Übersicht 5.9

#### Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	40,7	2,53	2,07 – 3,09	43,9	2,95	2,41 – 3,62
Höhere manuelle Tätigkeit	31,8	1,67	1,24 – 2,25	38,9	2,41	1,98 – 2,93
Landwirtschaft	9,4	0,42	0,23 – 0,79	20,9	1,08	0,68 – 1,70
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	30,4	1,59	1,34 – 1,87	28,3	1,51	1,25 – 1,83
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	21,1	Ref.	-	19,9	Ref.	-
Selbstständige	23,1	1,18	0,86 – 1,62	29,7	1,76	1,37 – 2,26

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

## Körperliche Aktivität in der Freizeit

Generell ist die Beurteilung der körperlichen Aktivität in der Freizeit nach Art der beruflichen Tätigkeit schwierig, da Erwerbstätige, die schwere manuelle Tätigkeiten ausüben, während der Arbeitszeit körperlichen Belastungen ausgesetzt sind und daher ihre Freizeit möglicherweise stärker zur Entspannung nutzen.

Die Gesundheitsbefragung lieferte neben Informationen zur körperlichen Aktivität in der Freizeit auch solche zur arbeitsbezogenen<sup>9</sup> körperlichen Aktivität. Demnach gaben 70 % der Landwirte an, vorwiegend schwere körperliche Arbeit zu verrichten (Landwirtinnen: 17 %). Etwa ein Drittel der erwerbstätigen Männer mit einfacher oder höherer manueller Tätigkeit arbeiteten vorwiegend körperlich schwer (bei den Frauen lag der entsprechende Anteil bei 8 %). Erwerbspersonen mit nicht manueller Tätigkeit gaben überwiegend an, vorwiegend sitzende oder stehende bzw. leichte

<sup>9</sup> Arbeitsbezogen bezieht sich sowohl auf bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten.

## Übersicht 5.10

**Arbeitsbezogene körperliche Aktivität nach Art der beruflichen Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent)**

Berufliche Tätigkeit	Vorwiegend sitzen oder stehen bzw. leichte körperliche Aktivitäten	Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten	Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	Keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten	Zeilenprozent				
<b>Frauen</b>									
Einfache manuelle Tätigkeit	20,7	69,3	7,9	2,1					
Höhere manuelle Tätigkeit	33,4	56,7	7,5	2,4					
Landwirtschaft	4,7	75,4	17,2	2,7					
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	56,5	37,6	3,1	2,8					
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	69,8	27,8	1,4	1,0					
Selbstständige	51,0	44,6	3,5	0,9					
<b>Männer</b>									
Einfache manuelle Tätigkeit	22,5	41,3	35,4	0,8					
Höhere manuelle Tätigkeit	15,9	50,7	31,8	1,5					
Landwirtschaft	7,4	22,3	69,9	0,4					
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	58,7	31,7	7,3	2,3					
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	79,9	16,9	2,5	0,7					
Selbstständige	52,3	32,8	14,2	0,7					

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätigkeit im Alter von 15 bis 64 Jahren.

körperliche Arbeiten zu verrichten (einfache nicht manuelle Tätigkeit: Frauen 57 %, Männer 59 %, höhere nicht manuelle Tätigkeit: Frauen 70 %, Männer 80 %).

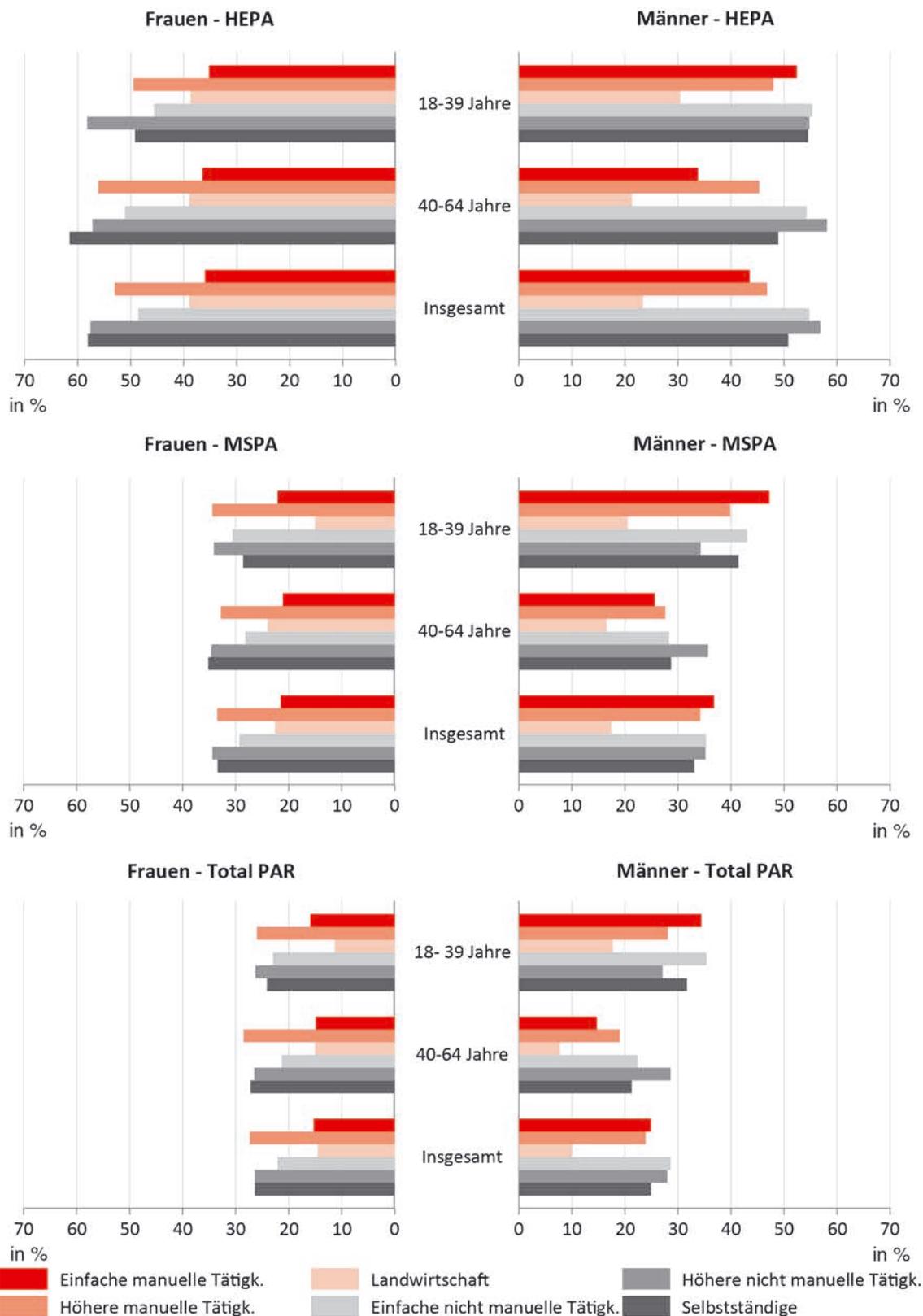
Die Art der beruflichen Tätigkeit beeinflusste in moderatem Ausmaß, ob man gemäß WHO-Empfehlung in der Freizeit ausreichend körperlich aktiv war. Am stärksten ausgeprägt waren die Unterschiede beim Fitnesstraining (HEPA-Empfehlung). Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit betrieben häufiger ausreichend Fitnessaktivitäten (Frauen: 58 %, Männer: 57 %) als jene mit einfacher manueller Tätigkeit (Frauen: 36 %, Männer: 44 %).

Beim Muskeltraining (MSPA-Empfehlung) gab es bei den Männern keine Unterschiede für die Art der beruflichen Tätigkeit, bei den Frauen erfüllten jene mit höherer manueller bzw. nicht manueller Tätigkeit am häufigsten die Empfehlung der WHO (je 34 %). Bei der Erfüllung beider WHO-Kriterien (HEPA- und MSPA-Empfehlung) gab es bei den Männern kaum Unterschiede (abgesehen von den Landwirten), bei den Frauen waren jene mit höherer manueller und nicht manueller Tätigkeit sowie Selbstständige gemäß WHO-Empfehlung am häufigsten körperlich aktiv (27 % bzw. je 26 %). Am seltensten betrieben Landwirte ausreichend Fitnessaktivitäten (23 % erfüllten die HEPA-Empfehlung) und Muskeltraining (17 %) – dabei sollte aber nicht vergessen werden, dass 70 % der Landwirte angaben, körperlich schwer zu arbeiten.

Während bei den jüngeren erwerbstätigen Männern (15 bis 39 Jahre) nur geringfügige Unterschiede in der sportlichen Aktivität zu erkennen waren, erfüllten die älteren (40 bis 64 Jahre) erwerbstätigen Männer mit nicht manueller Tätigkeit häufiger die HEPA-Empfehlung als jene mit manueller Tätigkeit. Frauen mit höherer manueller bzw. höherer nicht manueller Tätigkeit sowie Selbstständige waren in beiden Altersgruppen am häufigsten ausreichend aktiv bezogen auf die WHO-Empfehlung zur Fitness.

Grafik 5.6

**Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach beruflicher Tätigkeit, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Die altersstandardisierten Odds Ratios zeigen, dass die Unterschiede in der sportlichen Aktivität nach beruflicher Tätigkeit generell nicht sehr stark ausgeprägt waren (ausgenommen Erwerbstätige in der Landwirtschaft). Die Wahrscheinlichkeit, dass männliche Erwerbstätige mit einfacher bzw. höherer manueller Tätigkeit sportlich inaktiv waren (HEPA- und MSPA-Empfehlung nicht erfüllt), war um den Faktor 1,4 bzw. 1,5 signifikant höher im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Ebenso signifikante Unterschiede gab es im Vergleich zu Landwirten (um den Faktor 3,5). Bei den Frauen ließen sich signifikante Unterschiede in der sportlichen Inaktivität bei einfacher manueller bzw. nicht manueller Tätigkeit (um den Faktor 2,0 bzw. 1,3) sowie Landwirtinnen (um den Faktor 2,1) feststellen.

## Übersicht 5.11

**Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<b>Weniger als 150 Min. / Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)</b>						
Einfache manuelle Tätigkeit	64,0	2,45	2,03 – 2,95	56,5	1,83	1,51 – 2,21
Höhere manuelle Tätigkeit	47,0	1,21	0,93 – 1,59	53,2	1,64	1,37 – 1,96
Landwirtschaft	61,1	2,20	1,50 – 3,22	76,6	4,46	2,90 – 6,85
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	51,4	1,44	1,25 – 1,66	45,2	1,16	0,98 – 1,36
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	42,4	Ref.	-	43,1	Ref.	-
Selbstständige	41,9	0,98	0,75 – 1,28	49,2	1,30	1,04 – 1,61
<b>Muskelaufbau an weniger als zwei Tagen / Woche (MSPA)</b>						
Einfache manuelle Tätigkeit	78,5	1,94	1,57 – 2,40	63,2	1,06	0,87 – 1,29
Höhere manuelle Tätigkeit	66,5	1,07	0,80 – 1,42	65,8	1,22	1,01 – 1,48
Landwirtschaft	77,4	1,78	1,15 – 2,77	82,6	2,54	1,57 – 4,09
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	70,7	1,28	1,10 – 1,49	64,7	1,12	0,94 – 1,32
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	65,6	Ref.	-	64,8	Ref.	-
Selbstständige	66,6	1,03	0,78 – 1,36	66,9	1,08	0,86 – 1,36
<b>HEPA und MSPA nicht erfüllt</b>						
Einfache manuelle Tätigkeit	84,7	2,03	1,60 – 2,57	75,1	1,37	1,10 – 1,70
Höhere manuelle Tätigkeit	72,7	0,98	0,73 – 1,34	76,1	1,50	1,22 – 1,84
Landwirtschaft	85,5	2,12	1,27 – 3,57	90,0	3,49	1,92 – 6,36
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	77,9	1,28	1,09 – 1,52	71,4	1,11	0,93 – 1,33
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	73,6	Ref.	-	72,0	Ref.	-
Selbstständige	73,6	0,98	0,73 – 1,32	75,1	1,17	0,91 – 1,51

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren.

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

## 5.4 Berufliche Tätigkeit und Gesundheitsvorsorge

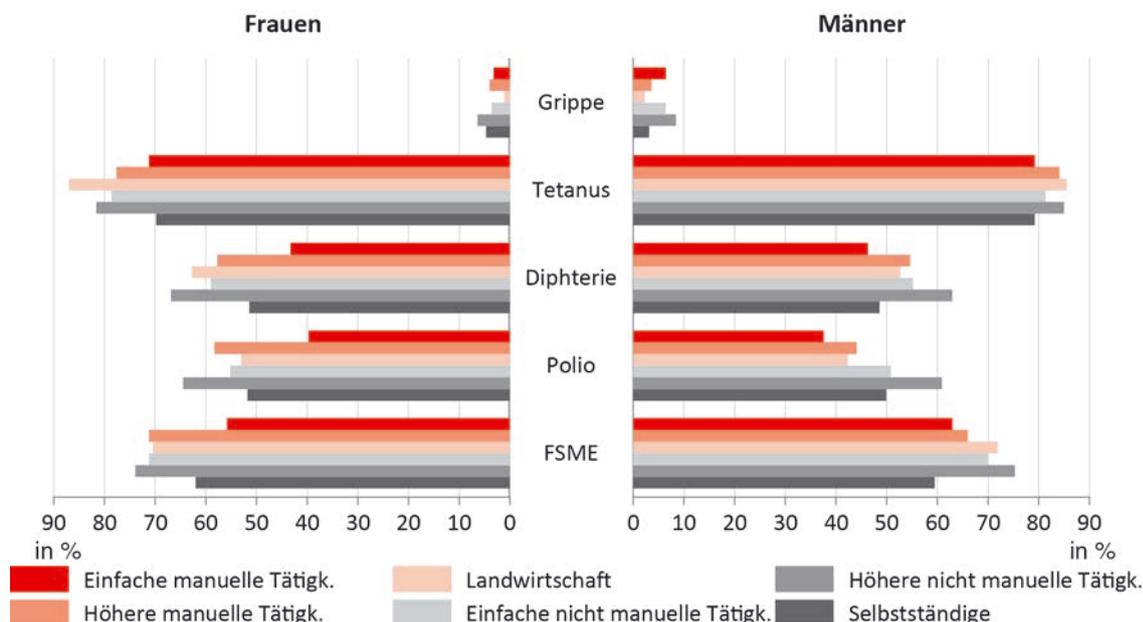
### Impfungen

Ein Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Impfbereitschaft war vorhanden, jedoch je nach Schutzimpfung unterschiedlich stark ausgeprägt.

Unabhängig vom Geschlecht und der beruflichen Tätigkeit bestand der häufigste Impfschutz gegen Tetanus und FSME. Erwerbstätige mit höherer nicht manueller Tätigkeit hatten bei allen Schutz-

Grafik 5.7

**Aufrechter Impfschutz nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

impfungen den höchsten Anteil an geimpften Personen, ausgenommen Tetanus, hier hatten Landwirtinnen und Landwirte die höchsten Impfraten. Erwerbstätige Männer und Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit ließen sich verglichen mit den anderen Erwerbstätigengruppen am seltensten impfen.

Die Signifikanz dieser Unterschiede bestätigen auch die Odds Ratios (ausgenommen bei der Grippeimpfung bei den Männern – hier waren die Unterschiede nicht signifikant). Am höchsten war das Risiko fehlenden Impfschutzes bei Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit bei der Polioimpfung (um den Faktor 2,8 bei Frauen bzw. 2,5 bei Männern verglichen mit Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit) und Diphtherieimpfung (um den Faktor 2,7 bei Frauen bzw. 2,0 bei Männern).

Übersicht 5.12

**Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei Erwerbstätigen mit einfacher manueller Tätigkeit im Vergleich zu jenen mit höherer nicht manueller Tätigkeit nach Geschlecht**

Aufrechter Impfschutz gegen	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	2,06	1,29 – 3,28	1,35	0,94 – 1,95
Tetanus	1,83	1,48 – 2,26	1,55	1,22 – 1,98
Diphtherie	2,66	2,21 – 3,20	2,01	1,67 – 2,42
Polio	2,79	2,32 – 3,36	2,48	2,05 – 3,00
FSME	2,28	1,88 – 2,77	1,97	1,61 – 2,41

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.  
OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios.

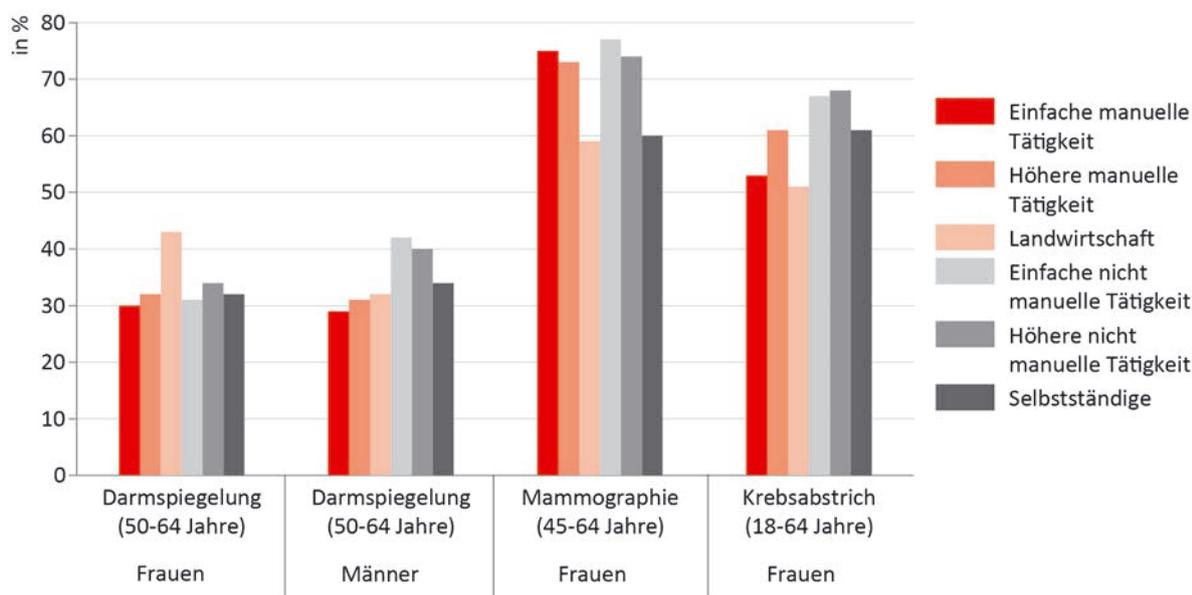
## Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Es konnte kein einheitlicher Trend des Einflusses der Art der Tätigkeit auf die Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs festgestellt werden.

Ausgenommen Landwirtinnen und selbstständige Frauen gab es keine Unterschiede in der Teilnahme an einer **Mammographie** nach Art der beruflichen Tätigkeit. Die Teilnahmequoten lagen bei erwerbstätigen Frauen mit einfacher bzw. höherer manueller bzw. nicht manueller Tätigkeit bei über 70 %. Bei Landwirtinnen und Selbstständigen war das Risiko, in den letzten beiden Jahren diese Präventivmaßnahme nicht in Anspruch genommen zu haben, beinahe doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen mit höherer nicht manueller Tätigkeit.

Grafik 5.8

Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach beruflicher Tätigkeit und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übersicht 5.13

Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht

Berufliche Tätigkeit	Darmspiegelung (50 – 64 Jahre)				Mammographie (45 – 64 Jahre)		Krebsabstrich (18 – 64 Jahre)	
	Frauen		Männer		Frauen		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	1,18	0,84 – 1,67	1,66	1,13 – 2,42	0,96	0,72 – 1,29	1,86	1,54 – 2,25
Höhere manuelle Tätigkeit	1,06	0,57 – 1,95	1,45	1,03 – 2,04	1,06	0,68 – 1,66	1,35	1,02 – 1,79
Landwirtschaft	0,66	0,39 – 1,14	1,41	0,78 – 2,55	1,93	1,23 – 3,03	1,95	1,34 – 2,84
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,14	0,86 – 1,52	0,92	0,69 – 1,23	0,85	0,67 – 1,08	1,07	0,91 – 1,24
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,12	0,70 – 1,78	1,32	0,92 – 1,89	1,93	1,34 – 2,78	1,31	1,00 – 1,73

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren.

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

Signifikante Unterschiede bei der Inanspruchnahme eines **Krebsabstriches** wurden je nach der Art der beruflichen Tätigkeit festgestellt. Bei etwa zwei Drittel der erwerbstätigen Frauen mit nicht manueller Tätigkeit wurde im letzten Jahr vor der Befragung ein Krebsabstrich durchgeführt, bei jenen mit einfacher manueller Tätigkeit bzw. bei Landwirtinnen lag dieser Anteil bei knapp über 50 %. Auch die Odds Ratios bestätigten diesen Trend: Bei Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit und Landwirtinnen war die Wahrscheinlichkeit, nicht regelmäßig einen Krebsabstrich durchführen zu lassen, um den Faktor 1,9 bzw. 2,0 erhöht.

Ein signifikanter Einfluss bei der Inanspruchnahme einer **Darmspiegelung** war nur bei Männern erkennbar. Erwerbstätige Männer mit einfacher manueller Tätigkeit ließen seltener einer Darmspiegelung vornehmen als jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit (29 % bzw. 40 %). Die Wahrscheinlichkeit einer Nicht-Teilnahme war um den Faktor 1,7 erhöht. Bei Frauen gab es keine signifikanten Unterschiede.

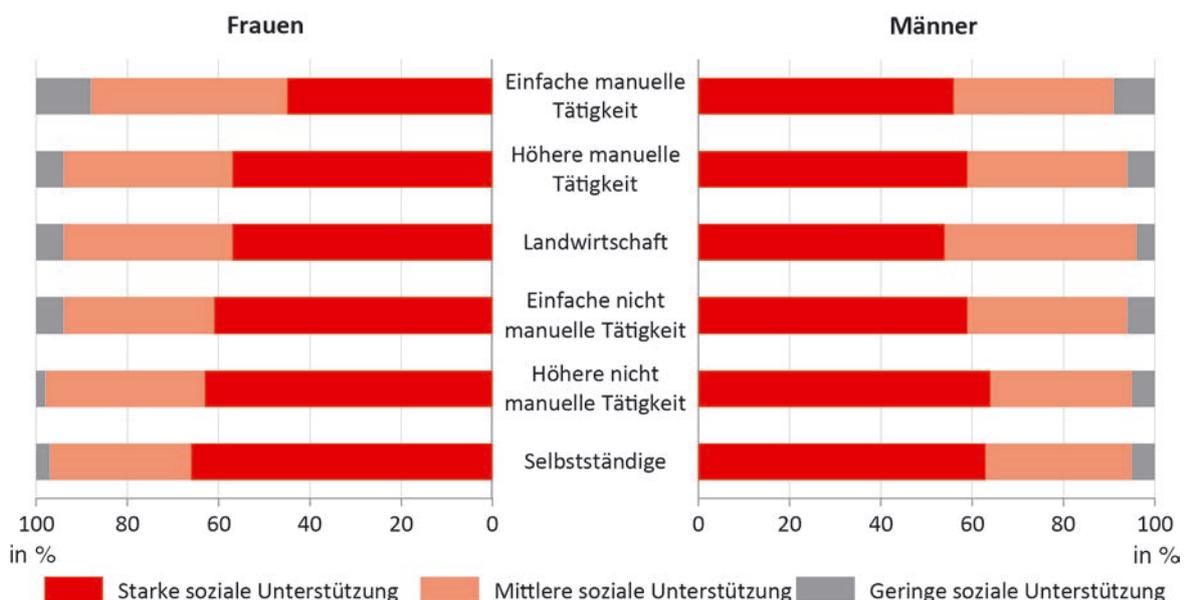
## 5.5 Berufliche Tätigkeit und soziale Unterstützung

Es konnten Unterschiede im Ausmaß der sozialen Unterstützung nach Art der beruflichen Tätigkeit festgestellt werden, bei Frauen etwas ausgeprägter als bei Männern. Erwerbstätige mit einfacher manueller Tätigkeit berichteten häufiger als jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit, nur eine geringe soziale Unterstützung zu erfahren (Frauen: 12 % bzw. 2 %, Männer: 9 % bzw. 5 %).

Auch die Odds Ratios zeigten einen signifikanten Einfluss der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung. Für Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit war dieses Risiko beinahe sechsmal so hoch wie für jene mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Auch für erwerbstätige Frauen mit höherer manueller Tätigkeit, in der Landwirtschaft oder einfacher nicht manueller Tätigkeit war dieses Risiko zumindest zweimal so hoch.

Grafik 5.9

### Soziale Unterstützung nach beruflicher Tätigkeit, Alter und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

## Übersicht 5.14

**Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit nach Geschlecht**

Berufliche Tätigkeit	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Einfache manuelle Tätigkeit	11,9	5,7	3,71 – 8,70	8,6	2,08	1,44 – 3,00
Höhere manuelle Tätigkeit	6,2	2,9	1,53 – 5,36	6,8	1,59	1,10 – 2,30
Landwirtschaft	5,9	2,4	1,06 – 5,65	4,8	0,95	0,4 – 02,26
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	5,9	2,6	1,73 – 3,91	6,1	1,39	0,98 – 1,97
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	2,4	Ref.	-	4,9	Ref.	-
Selbstständige	3,3	1,3	0,60 – 2,75	5,6	1,13	0,69 – 1,83

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

Verglichen mit Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit konnten signifikante Unterschiede nur bei jenen mit einfacher bzw. höherer manueller Tätigkeit festgestellt werden (um den Faktor 2,1 bzw. 1,6).

## 6 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Eintritt in die Arbeitslosigkeit hat in der Regel für den Betroffenen erhebliche Auswirkungen auf dessen Lebensführung. Neben materiellen Folgen hat Arbeitslosigkeit auch immaterielle Verluste zur Folge, wie z. B. Verlust des Selbstwertgefühls, der sozialen Einbindung oder fester Tages- und Zeitstrukturen sowie psychosoziale Belastungen. Zahlreiche Studien zeigen, dass Gesundheitsrisiken und -probleme bei Arbeitslosen vermehrt auftreten, wobei in der Literatur drei Ursachen für das Zusammenwirken von Arbeitslosigkeit und Gesundheit genannt werden. Es sind dies die „Kausationsthese“, die „Selektionsthese“ sowie die „Kompositionseffekte“.<sup>11</sup>

- Die „Kausationsthese“ beschreibt, dass die mit der Arbeitslosigkeit assoziierten Belastungen psychosozialen Stress verursachen, der gesundheitsriskantes Verhalten sowie das Auftreten von Belastungen begünstigen kann.
- Die „Selektionsthese“ geht davon aus, dass Erwerbstätige mit chronischen Gesundheitsproblemen ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko sowie schlechtere Chancen auf eine Wiederbeschäftigung haben.
- Unter dem Begriff „Kompositionseffekte“ versteht man, dass Arbeitslosigkeitsrisiken sozial ungleich verteilt sind. Man nimmt an, dass Arbeitslose im Durchschnitt bereits bei ihrem Eintritt in die Arbeitslosigkeit eine geringere Ausstattung mit materiellen und psychosozialen Ressourcen aufweisen.

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

### 6.1 Arbeitslosigkeit in Österreich

Nach Angaben in der Gesundheitsbefragung stuften sich nach dem Lebensunterhaltskonzept 367.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren als arbeitslos ein (146.000 Frauen und 221.000

Übersicht 6.1

#### Erwerbspersonen nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht

Alter	Frauen			Männer		
	Erwerbspersonen in 1.000	Erwerbstätig in %	Arbeitslos in %	Erwerbspersonen in 1.000	Erwerbstätig in %	Arbeitslos in %
Insgesamt	1.841,6	92,1	7,9	2.294,7	90,4	9,6
15 – 24 Jahre	193,7	87,9	12,1	258,2	85,6	14,4
25 – 34 Jahre	382,0	91,5	8,5	524,7	89,8	10,2
35 – 44 Jahre	475,0	93,0	7,0	557,3	91,5	8,5
45 – 54 Jahre	593,2	93,6	6,4	664,4	90,9	9,1
55 – 64 Jahre	197,7	90,3	9,7	290,2	92,3	7,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

<sup>11</sup> Kroll L., Müters S., Lampert T.: Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsblatt 2016, 59, 228 – 237, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2015.

Männer). Am höchsten war der Anteil der arbeitslosen Frauen und Männer bei den 15- bis 24-jährigen Personen (12 % bzw. 14 %).

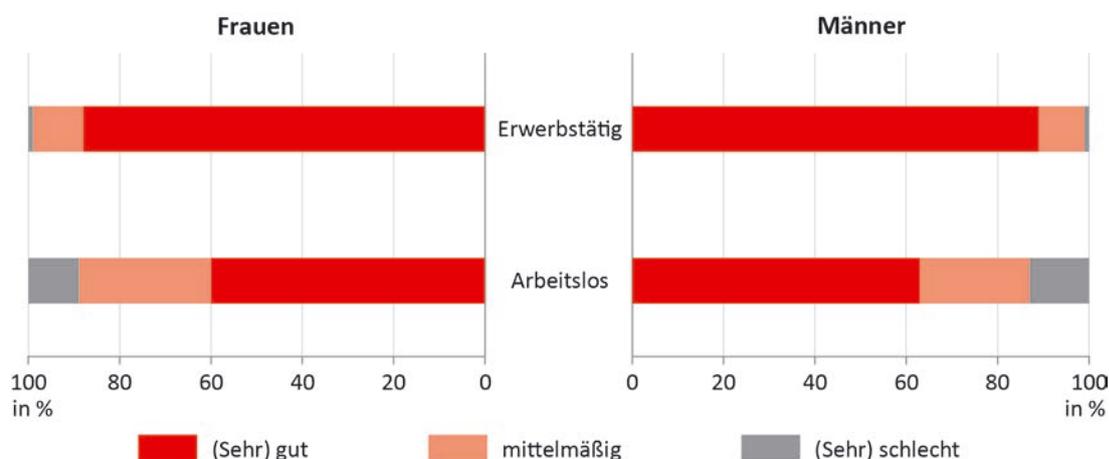
## 6.2 Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand

### Subjektiver Gesundheitszustand

Der Erwerbsstatus hatte einen großen Einfluss auf die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes: Arbeitslose Frauen und Männer fühlten sich gesundheitlich schlechter als Erwerbstätige.

Grafik 6.1

Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Während 88 % bzw. 89 % der erwerbstätigen Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, waren es bei den Arbeitslosen nur 60 % bzw. 63 %. Dementsprechend groß sind die Anteile der arbeitslosen Frauen und Männer, die sich gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlten (12 % bzw. 13 %). Bei den Erwerbstätigen lag dieser Anteil bei 2 % (Frauen) bzw. bei 1 % (Männer).

Übersicht 6.2

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

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	87,9	5,39	4,30 – 6,77	89,0	5,75	4,59 – 7,20
Arbeitslos	59,9	Ref.	-	63,1	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

Die gesundheitlich schlechtere Situation der arbeitslosen Frauen und Männer bestätigen auch die Odds Ratios. Erwerbstätige Männer hatten im Vergleich zu Arbeitslosen (altersbereinigt) eine 5,8-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einzustufen.

Bei den Frauen lag dieser Faktor bei 5,4. Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/07 vergrößerten sich die Unterschiede nach Erwerbsstatus bei den Männern, während bei den Frauen keine Veränderung festgestellt wurde.

## Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Arbeitslose gaben wesentlich häufiger als Erwerbstätige das Vorhandensein einer chronischen Krankheit an, wobei die Unterschiede bei Männern stärker ausgeprägt waren als bei Frauen.

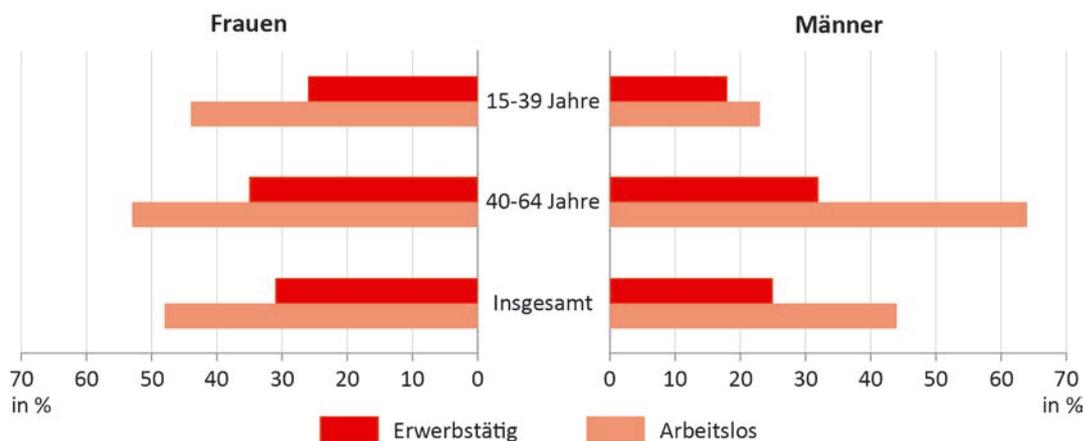
Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass gesundheitliche Probleme nicht allein eine Folge, sondern auch die Ursache von Arbeitslosigkeit sein können.

Ein Viertel der erwerbstätigen Männer gab eine chronische Krankheit an, der entsprechende Anteil der arbeitslosen Männer lag dagegen bei 44 %. Bei den Frauen waren die Unterschiede etwas geringer: Während die Prävalenz chronischer Krankheiten bei erwerbstätigen Frauen 31 % betrug, berichtete beinahe jede zweite arbeitslose Frau vom Vorhandensein einer chronischen Krankheit (48 %).

Chronische Krankheiten traten in beiden Vergleichsgruppen mit zunehmendem Alter häufiger auf. Bei den Männern nahmen die Unterschiede nach Erwerbsstatus mit dem Alter zu. Am häufigsten waren 40- bis 64-jährige arbeitslose Männer von einer chronischen Krankheit betroffen (64 %), bei den erwerbstätigen Männern waren es 32 % (bei den Frauen lagen die entsprechenden Anteile bei 53 % bzw. 35 %). Jüngere Erwerbspersonen (15 bis 39 Jahre) gaben seltener eine chronische Krankheit an. In dieser Altersgruppe waren die arbeitslosen Frauen am häufigsten chronisch krank (44 %).

Grafik 6.2

### Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Das Risiko des Auftretens einer chronischen Krankheit war für arbeitslose Frauen 2,2-mal so hoch wie für Erwerbstätige. Bei den Männern war das Risiko noch höher, nämlich um den Faktor 2,5.

Berücksichtigt man jene Krankheiten und Beschwerden, die bereits in der Bevölkerung im Erwerbsalter weit verbreitet sind, so stellten chronische Kreuzschmerzen sowohl bei den Erwerbstätigen (Frauen: 20 %, Männer: 19 %) als auch bei den Arbeitslosen (Frauen: 30 %, Männer: 32 %) das am häufigsten auftretende Gesundheitsproblem dar. Arbeitslose Frauen und Männer hatten

## Übersicht 6.3

**Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	31,0	Ref.	-	25,5	Ref.	-
Arbeitslos	48,3	2,23	1,81 – 2,75	43,8	2,53	2,06 – 3,10

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

im Vergleich zu Erwerbstätigen ein 1,8-faches bzw. 2,4-faches Risiko, unter diesem chronischen Gesundheitsproblem zu leiden. Allergien kamen ebenfalls ähnlich häufig vor, jedoch waren hier keine Unterschiede im Auftreten nach Erwerbsstatus festzustellen.

Arbeitslose Frauen und Männer litten besonders häufig unter Depressionen (25 % bzw. 22 %). Hier war das Risiko im Vergleich zu Erwerbstätigen am höchsten von allen vorgegebenen chronischen Krankheiten (um den Faktor 5,4 bzw. 12,9). Arbeitslose Männer gaben zudem wesentlich häufiger

## Übersicht 6.4

**Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheiten bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Chronische Krankheiten	Prävalenz		Auftrittswahrscheinlichkeit bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen	
	Erwerbstätig in %	Arbeitslos in %	OR	95%-KI
<b>Frauen</b>				
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	20,0	29,5	1,78	1,41 – 2,24
Allergien	28,2	29,9	1,08	0,86 – 1,35
Bluthochdruck	9,4	14,9	1,99	1,46 – 2,72
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	21,6	26,1	1,37	1,08 – 1,74
Arthrose	6,3	8,7	1,63	1,10 – 2,39
Depression	6,2	24,8	5,40	4,16 – 7,02
Chronische Kopfschmerzen	9,3	26,0	3,35	2,62 – 4,29
Diabetes	1,2	7,0	7,07	4,36 – 11,44
Harninkontinenz	1,0	3,0	3,39	1,76 – 6,52
<b>Männer</b>				
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	18,6	32,3	2,39	1,92 – 2,97
Allergien	23,6	21,2	0,83	0,66 – 1,05
Bluthochdruck	13,8	20,8	1,94	1,50 – 2,51
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	11,3	24,3	2,91	2,28 – 3,70
Arthrose	4,2	9,9	2,85	1,99 – 4,06
Depression	2,5	22,4	12,94	9,60 – 17,44
Chronische Kopfschmerzen	3,4	10,6	3,34	2,37 – 4,70
Diabetes	2,2	2,8	1,38	0,76 – 2,51
Harninkontinenz	0,3	2,1	7,97	3,47 – 18,33

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

als erwerbstätige Männer Bluthochdruck (21 % bzw. 14 %), chronische Nackenschmerzen (24 % bzw. 11 %) und chronische Kopfschmerzen (11 % bzw. 3 %) an. Auch bei diesen Erkrankungen waren die Auftretenswahrscheinlichkeiten statistisch signifikant erhöht.

Arbeitslose Frauen litten im Vergleich zu Erwerbstätigen besonders häufig unter Diabetes (7 % bzw. 1 %) sowie unter Kopfschmerzen (26 % bzw. 9 %) bzw. Bluthochdruck (15 % bzw. 9 %). Beim chronischen Nackenschmerz war zwar das Risiko einer Prävalenz für arbeitslose Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen signifikant erhöht, jedoch waren die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt wie bei den anderen Erkrankungen (Prävalenz von 26 % bzw. 22 %).

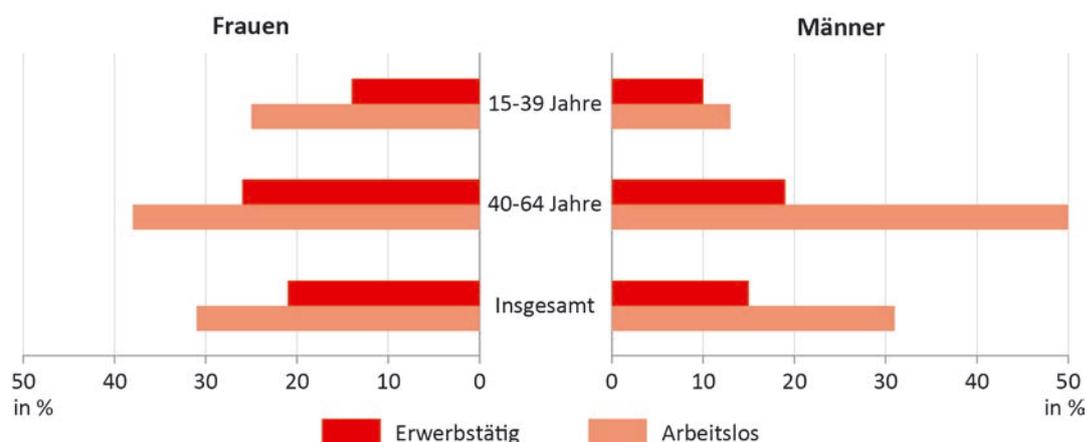
## Schmerzen

Arbeitslose litten häufiger als Erwerbstätige unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen.

Jede fünfte erwerbstätige Frau gab an, unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden, bei den erwerbstätigen Männern lag dieser Anteil bei 15 %. Weitaus häufiger ist das Schmerzvorkommen bei den arbeitslosen Frauen und Männern, unter denen jeder dritte Mann bzw. jede dritte Frau von erheblichen Schmerzen berichtete.

Grafik 6.3

### Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Übersicht 6.5

### Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	21,1	Ref.	-	15,0	Ref.	-
Arbeitslos	31,1	1,82	1,45 – 2,28	31,2	2,86	2,30 – 3,56

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

Die Schmerzprävalenz stieg sowohl bei den Erwerbstätigen als auch bei den Arbeitslosen mit dem Alter. Am meisten belastet waren 40- bis 64-jährige arbeitslose Männer, hier war jeder Zweite betroffen. Bei den erwerbstätigen Männern dieser Altersgruppe lag der Anteil bei 19 %. Die Unterschiede nach Erwerbsstatus waren bei den Frauen in dieser Altersgruppe nicht so stark ausgeprägt (38 % bzw. 26 %).

Auch nach Ausschalten der Alterseffekte war bei beiden Geschlechtern das Risiko, unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden, für Arbeitslose signifikant höher als für Erwerbstätige (Frauen: 1,8-faches Risiko, Männer: 2,9-faches Risiko).

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Einklang zu den vorangegangenen Ergebnissen steht die Tatsache, dass arbeitslose Frauen und Männer ihre Lebensqualität in allen Bereichen geringer einstufen als Erwerbstätige.

Die größten Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität nach Erwerbsstatus waren im physischen Bereich und bei der allgemeinen Lebensqualität festzustellen. Bei den Frauen waren die Unterschiede nach Erwerbsstatus deutlicher ausgeprägt als bei den Männern. Zudem beurteilten arbeitslose Frauen in allen Bereichen ihre Lebensqualität schlechter als arbeitslose Männer, wobei die größten Unterschiede im psychischen Bereich festgestellt wurden.

Übersicht 6.6

### Lebensqualität nach Erwerbsstatus und Geschlecht

Erwerbsstatus	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
<b>Frauen</b>					
Insgesamt	75,8	80,8	75,6	77,3	76,9
Erwerbstätig	76,7	81,8	76,3	77,9	77,6
Arbeitslos	65,4	70,0	67,9	70,2	69,3
<b>Männer</b>					
Insgesamt	76,2	82,3	79,0	76,3	78,4
Erwerbstätig	77,0	83,1	79,5	76,7	78,9
Arbeitslos	69,2	74,5	74,1	72,2	73,6

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbsspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

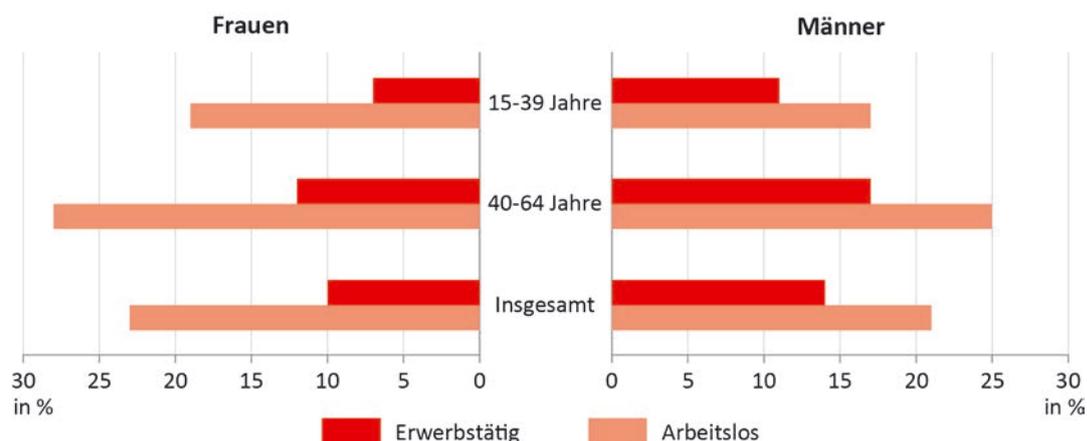
### Adipositas

Der Erwerbsstatus hatte einen starken Einfluss auf die Adipositas-Prävalenz: Bei beiden Geschlechtern war der Anteil der Adipösen bei der arbeitslosen Bevölkerung (Frauen: 23 %, Männer: 21 %) höher als bei Erwerbstätigen (Frauen: 10 %, Männer: 14 %).

Am häufigsten trat Adipositas bei den 40- bis 64-jährigen arbeitslosen Frauen auf (28 %), bei den erwerbstätigen Frauen waren in dieser Altersgruppe 12 % betroffen. Auch bei der jüngeren Bevölkerung gab es große Unterschiede im Auftreten von Adipositas zwischen erwerbstätigen und arbeitslosen Frauen (7 % bzw. 19 %). Bei den Männern waren die Unterschiede nach Erwerbsstatus weniger stark ausgeprägt: Bei den 15- bis 39-jährigen Männern waren 11 % (Erwerbstätige) bzw. 17 % (Arbeitslose) adipös, bei den 40- bis 64-jährigen 17 % (Erwerbstätige) bzw. 25 % (Arbeitslose).

Grafik 6.4

**Prävalenz von Adipositas nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Auch nach Altersstandardisierung wurden bei beiden Geschlechtern signifikante Unterschiede in der Auftretenswahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht im Vergleich von Erwerbstätigen und Arbeitslosen festgestellt. Arbeitslose Frauen hatten ein dreimal so hohes Adipositas-Risiko wie erwerbstätige Frauen, bei den Männern war dieses Risiko um den Faktor 1,7 erhöht. Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/07 wurden bei den Frauen kaum Veränderungen in den Adipositas-Anteilen nach Erwerbsstatus festgestellt. Bei den Männern dagegen stiegen die Adipositas-Anteile bei den Arbeitslosen um 9 Prozentpunkte.

Übersicht 6.7

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	9,5	Ref.	-	14,1	Ref.	-
Arbeitslos	23,4	3,07	2,37 – 3,96	20,7	1,66	1,31 – 2,12

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

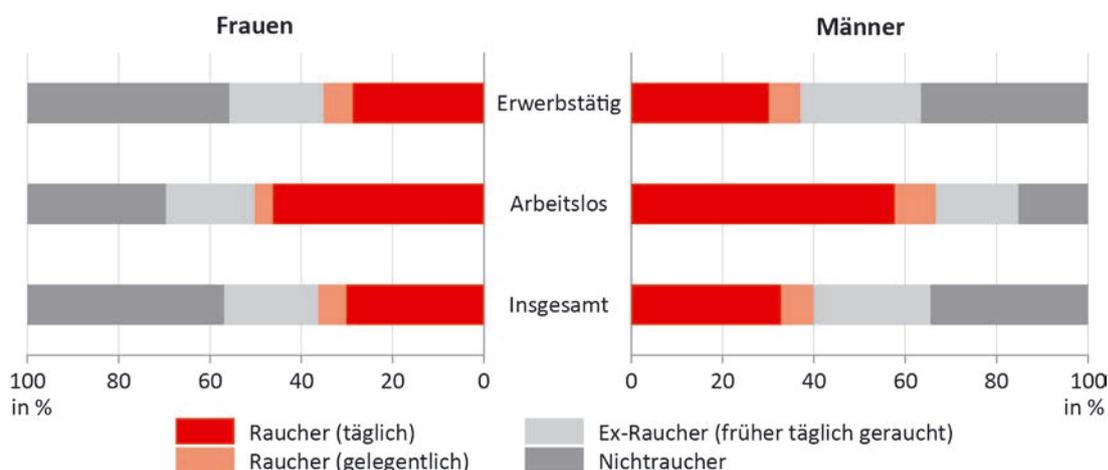
**Rauchen**

Arbeitslose Frauen und Männer rauchten häufiger täglich (46 % bzw. 58 %) als Erwerbstätige (29 % bzw. 30 %). Dementsprechend lag der Anteil der Nichtraucher / -innen bei Arbeitslosen (Frauen: 30 %, Männer: 15 %) deutlich unter jenem der Erwerbstätigen (44 % bzw. 37 %).

Während erwerbstätige Männer häufiger als Arbeitslose mit dem Rauchen aufhörten (26 % bzw. 18 %), gab es bei den Frauen nur einen geringfügigen Unterschied nach Erwerbsstatus (21 % bzw. 19 %).

Grafik 6.5

**Rauchverhalten nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)**

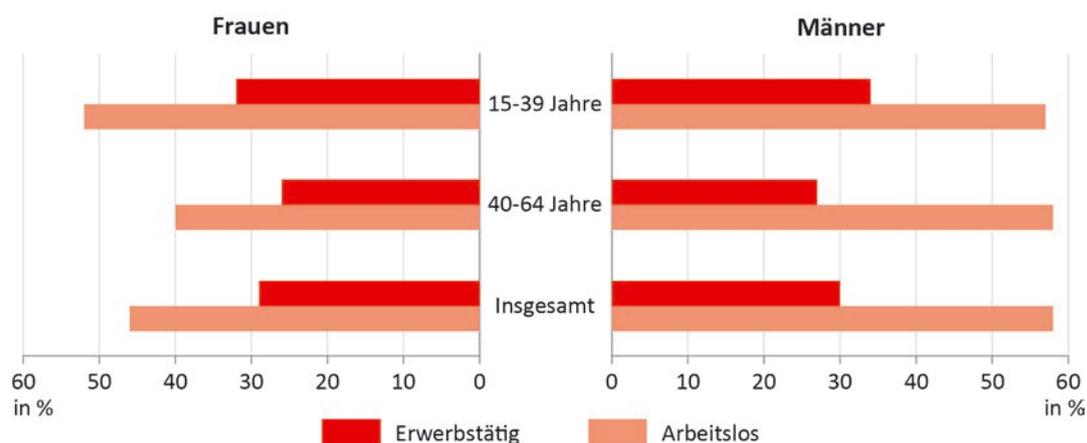


Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Eine Unterteilung nach Altersgruppen zeigte höhere Raucherquoten bei den jüngeren Erwerbspersonen (15 bis 39 Jahre) im Vergleich zu den 40- bis 64-Jährigen, mit Ausnahme der arbeitslosen Männer. In dieser Bevölkerungsgruppe war der Anteil der täglich Rauchenden unter den Erwerbspersonen am höchsten und lag bei den 15- bis 39-jährigen arbeitslosen Männern bei 57 % bzw. 58 % bei den 40- bis 64-Jährigen.

Grafik 6.6

**Täglich Rauchende nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Den Einfluss des Erwerbsstatus auf das tägliche Rauchen zeigten auch die altersstandardisierten Odds Ratios. Die Wahrscheinlichkeit, dass arbeitslose Männer täglich rauchten, war mehr als dreimal so hoch wie für erwerbstätige Männer. Arbeitslose Frauen hatten im Vergleich zu erwerbstätigen ein doppelt so hohes Risiko. Im Vergleich mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung

2006/07 wurden bei den erwerbstätigen und arbeitslosen Frauen sowie bei den erwerbstätigen Männern geringfügige Erhöhungen in den Raucherquoten festgestellt (um jeweils zwei Prozentpunkte), bei den arbeitslosen Männern kam es dagegen zu einem starken Anstieg der Raucheranteile von beinahe zwölf Prozentpunkten.

## Übersicht 6.8

**Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Erwerbstätig	28,8	Ref.	-	30,2	Ref.	-
Arbeitslos	46,3	2,07	1,68 – 2,55	57,7	3,18	2,61 – 3,88

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

**Körperliche Aktivität**

Während es bei den Männern kaum Unterschiede im Anteil der sportlich Aktiven nach Erwerbsstatus gab, betrieben erwerbstätige Frauen etwas häufiger ausreichend Sport (nach den WHO-Empfehlungen).

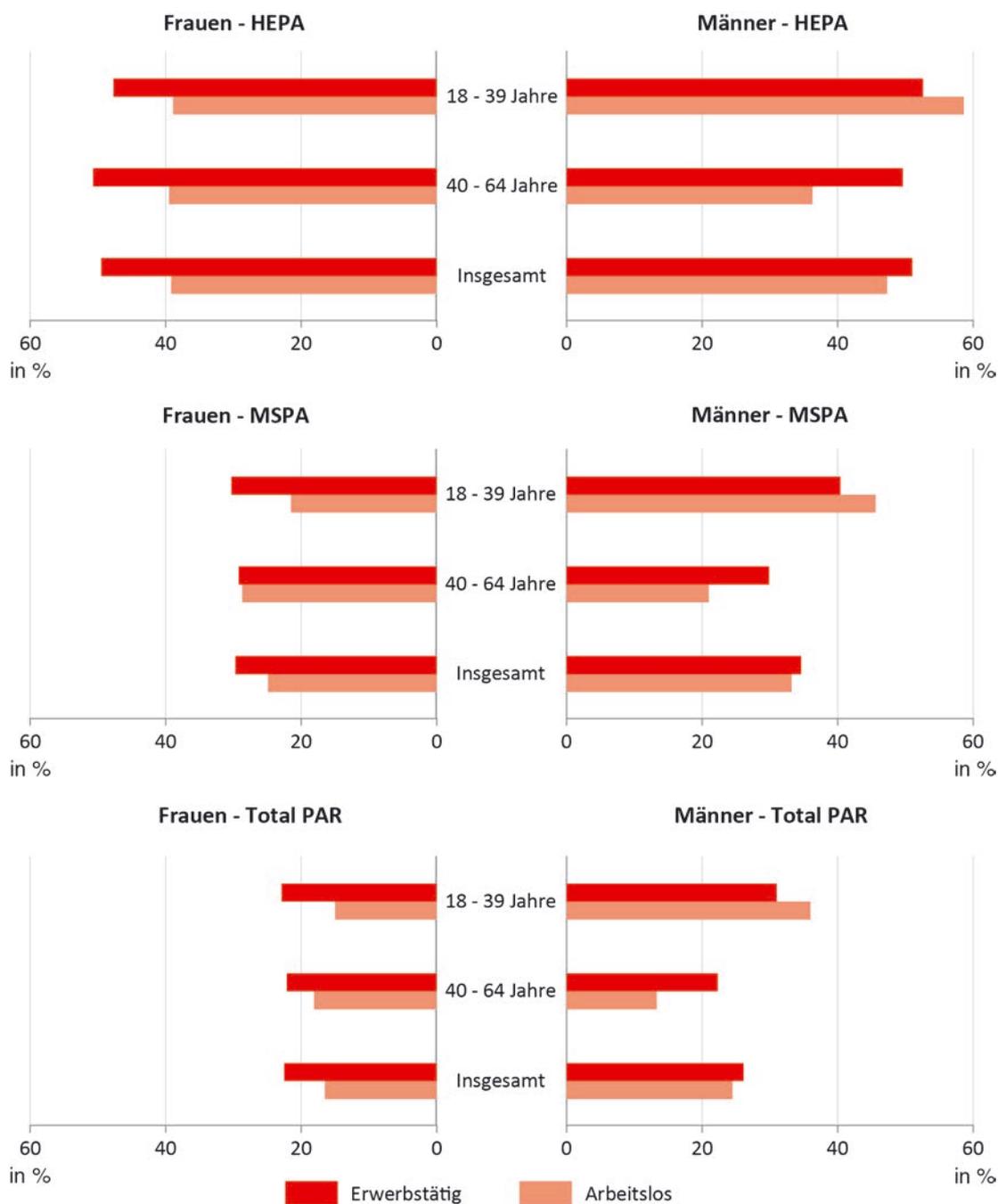
Die WHO-Empfehlung zu körperlicher Fitness erfüllte etwa jeweils die Hälfte der erwerbstätigen Frauen und Männer (50 % bzw. 51 %), bei den Arbeitslosen lag dieser Anteil bei 39 % (Frauen) bzw. 47 % (Männer). Beim Muskeltraining gab es bei den Männern kaum Unterschiede nach Erwerbsstatus, etwa ein Drittel der erwerbstätigen und arbeitslosen Männer erfüllte die WHO-Empfehlung. Arbeitslose Frauen kräftigten dagegen seltener als erwerbstätige ausreichend ihre Muskulatur (25 % bzw. 30 %). Beide Kriterien der WHO erfüllten jeweils rund ein Viertel der erwerbstätigen und arbeitslosen Männer, bei den Frauen wiederum waren die Erwerbstätigen etwas häufiger ausreichend aktiv als Arbeitslose (23 % bzw. 17 %).

Bei der Betrachtung der Altersgruppen zeigte sich bei den Männern ein gegenteiliger Effekt: Sowohl bei der körperlichen Fitness als auch beim Muskeltraining waren die jungen arbeitslosen Männer häufiger ausreichend aktiv als erwerbstätige. Dagegen erfüllten bei den 40- bis 64-jährigen Männern Erwerbstätige öfters die WHO-Empfehlungen als Arbeitslose. Der Anteil der ausreichend aktiven Frauen war dagegen in beiden Altersgruppen bei den Erwerbstätigen höher als bei den Arbeitslosen.

Die altersstandardisierten Odds Ratios zeigen, dass bei den Männern kein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und körperlicher Inaktivität festgestellt werden konnte, mit Ausnahme der WHO-Empfehlung zur Fitness - hier waren erwerbstätige Männer signifikant weniger häufig sportlich aktiv als Arbeitslose (um den Faktor 1,2). Arbeitslose Frauen hatten im Vergleich mit Erwerbstätigen ein um den Faktor 1,5 signifikant erhöhtes Risiko, sportlich inaktiv zu sein (HEPA- und MSPA-Empfehlung nicht erfüllt).

Grafik 6.7

**Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach Erwerbsstatus, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übersicht 6.9

**Wahrscheinlichkeit körperliche Inaktivität in der Freizeit von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<b>Weniger als 150 Min. / Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)</b>						
Erwerbstätig	50,5	Ref.	-	49,0	Ref.	-
Arbeitslos	60,8	1,52	1,23 – 1,87	52,7	1,23	1,01 – 1,49
<b>Muskelaufbau an weniger als zwei Tagen / Woche (MSPA)</b>						
Erwerbstätig	70,3	Ref.	-	65,4	Ref.	-
Arbeitslos	75,1	1,29	1,02 – 1,64	66,8	1,18	0,96 – 1,45
<b>HEPA und MSPA nicht erfüllt</b>						
Erwerbstätig	77,5	Ref.	-	73,9	Ref.	-
Arbeitslos	83,5	1,50	1,14 – 1,97	75,5	1,22	0,97 – 1,53

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 18 bis 64 Jahren.  
 % = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

## 6.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheitsvorsorge

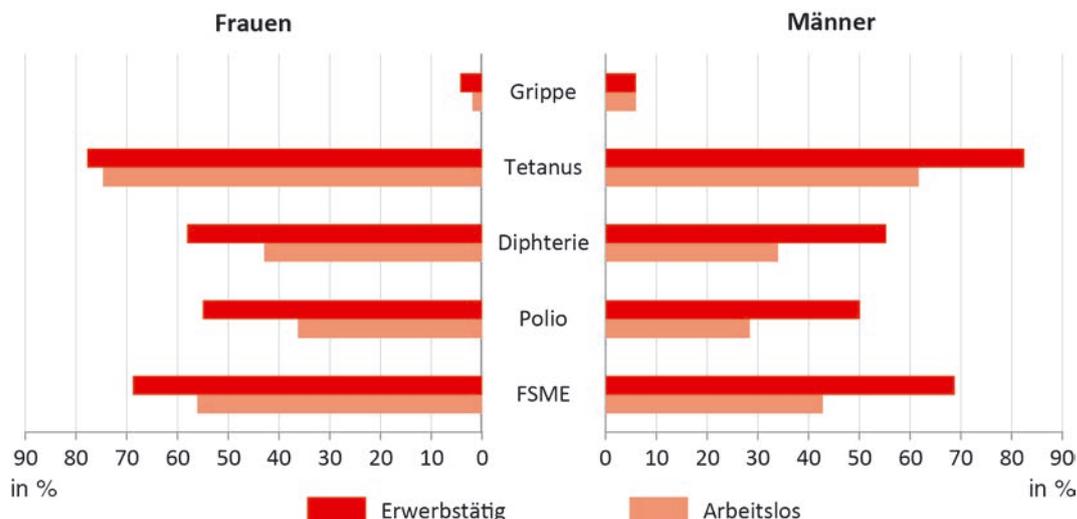
### Impfungen

Die Impfbereitschaft war generell bei allen Schutzimpfungen bei Erwerbstätigen höher als bei Arbeitslosen. Die galt für beide Geschlechter, wobei im Allgemeinen Frauen häufiger über einen aufrechten Impfschutz verfügten als Männer.

Generell ließen sich Erwerbstätige und Arbeitslose am häufigsten gegen Tetanus und FSME impfen. Die größten Unterschiede in den Impfquoten nach Erwerbsstatus traten bei Männern bei der FSME-Impfung auf: 69 % der erwerbstätigen, aber nur 43 % der arbeitslosen Männer hatten einen

Grafik 6.8

**Aufrechter Impfschutz nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren.

aufrechten FSME-Impfschutz. Bei Frauen waren die Unterschiede in den Impfraten nach Erwerbsstatus generell geringer, am größten waren sie bei der Polio-Impfung: 55 % der erwerbstätigen, aber nur 36 % der arbeitslosen Frauen gaben an, über einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung zu verfügen.

Die Odds Ratios bestätigen die signifikant höhere Impfbereitschaft von Erwerbstätigen im Vergleich zu Arbeitslosen (mit Ausnahme der Grippe-Impfung bei den Männern und der Tetanus-Impfung bei den Frauen – hier gab es keine signifikanten Unterschiede). Zum Beispiel hatten arbeitslose gegenüber erwerbstätigen Männern ein etwa 3-fach erhöhtes Risiko, keinen aufrechten Tetanus- und FSME-Impfschutz zu haben. Etwa doppelt so hoch war die Wahrscheinlichkeit von arbeitslosen verglichen mit erwerbstätigen Frauen, keinen aufrechten Impfschutz gegen Grippe, Diphtherie oder Polio zu haben.

#### Übersicht 6.10

### Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

Aufrechter Impfschutz gegen	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	2,24	1,06 – 4,72	1,08	0,72 – 1,63
Tetanus	1,20	0,95 – 1,53	3,02	2,46 – 3,70
Diphtherie	1,85	1,50 – 2,27	2,41	1,97 – 2,95
Polio	2,16	1,74 – 2,67	2,48	2,01 – 3,06
FSME	1,77	1,44 – 2,19	3,11	2,55 – 3,78

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

## Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Mit Ausnahme des Krebsabstrichs konnten keine Unterschiede nach Erwerbsstatus in der Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs festgestellt werden.

Bei etwa zwei Drittel der erwerbstätigen Frauen wurde im letzten Jahr vor der Befragung ein Krebsabstrich durchgeführt, bei arbeitslosen Frauen lag dieser Anteil bei 56 %. Die Wahrscheinlichkeit, nicht regelmäßig einen Krebsabstrich durchführen zu lassen, war bei arbeitslosen Frauen im Vergleich zu Erwerbstätigen um den Faktor 1,5 erhöht.

#### Übersicht 6.11

### Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht

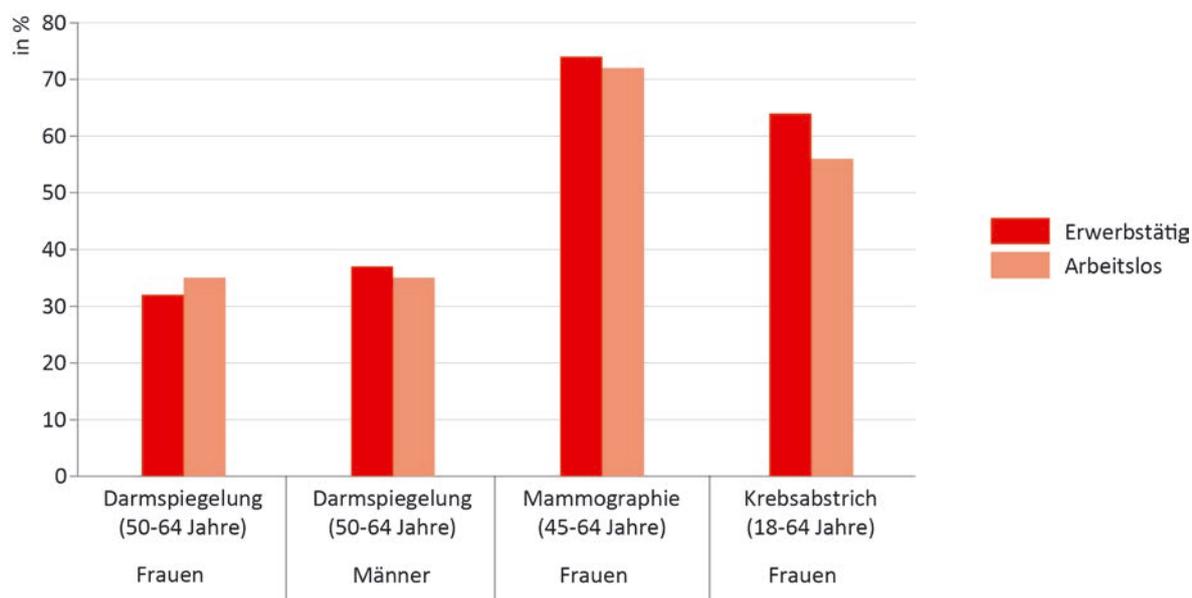
Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Darmspiegelung (50 – 74 Jahre)	0,84	0,57 – 1,24	1,09	0,74 – 1,63
Mammographie (45 – 69 Jahre)	1,06	0,75 – 1,50	-	-
Krebsabstrich (18 – 69 Jahre)	1,45	1,18 – 1,79	-	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

Grafik 6.9

**Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach Erwerbsstatus und Geschlecht (in Prozent)**



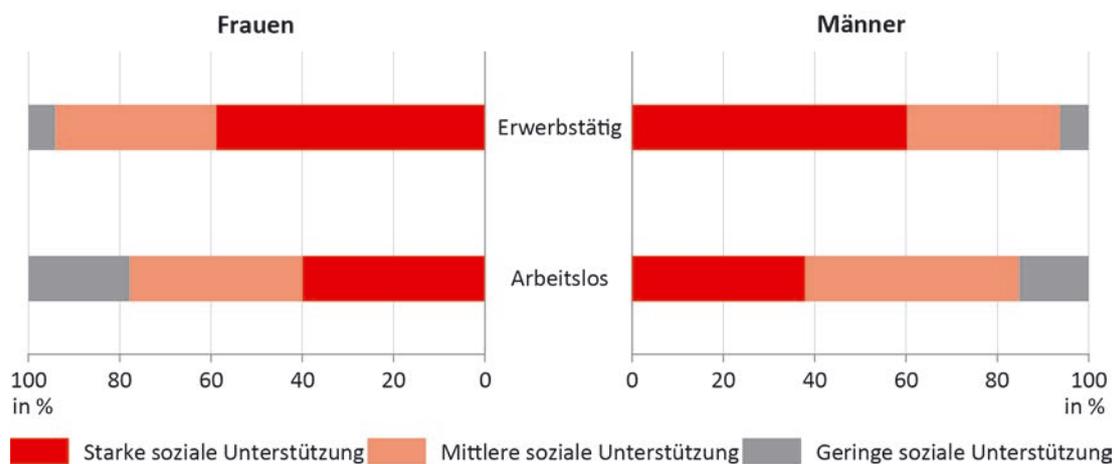
Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbstätige im Alter von 18 bis 64 Jahren.

## 6.5 Arbeitslosigkeit und soziale Unterstützung

Arbeitslose erfahren weitaus häufiger geringe soziale Unterstützung als erwerbstätige Personen.

Grafik 6.10

**Soziale Unterstützung nach Erwerbsstatus, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

Während jeweils 6 % der erwerbstätigen Frauen und Männer über eine geringe soziale Unterstützung berichteten, lagen die Anteile bei Arbeitslosen bei 22 % bzw. 15 %. Auch die Odds Ratios zeigten einen signifikanten Einfluss des Erwerbsstatus auf die Wahrscheinlichkeit, nur ein geringes

## Übersicht 6.12

**Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung von Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Erwerbsstatus	Frauen			Männer		
	%	OR	95-%-KI	%	OR	95-%-KI
Erwerbstätig	5,8	Ref.	-	6,2	Ref.	-
Arbeitslos	22,1	4,80	3,66 – 6,29	15,2	2,89	2,17 – 3,85

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren.

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

Ausmaß an Unterstützung zu erfahren, wobei bei Frauen die Unterschiede stärker ausgeprägt waren als bei Männern. Arbeitslose Frauen hatten verglichen mit erwerbstätigen Frauen ein fünf fach erhöhtes Risiko einer geringen sozialen Unterstützung, bei Männern war dieses Risiko dreimal so hoch.

## 7 Migration und Gesundheit

Laut internationalen Definitionen umfasst die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ jene Personen, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in engem Zusammenhang mit ihrer sozialen Situation zu sehen. Für einen Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist eine Integration am Arbeitsmarkt nur in den unteren Einkommenssegmenten möglich und führt in weiterer Folge zu einem erhöhten Armutsrisiko, das durch große Haushalte und eine niedrige Frauenerwerbsquote noch verstärkt wird. Ob sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von jenem der österreichischen Bevölkerung unterscheidet, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Bekannt ist jedoch, dass Personen mit Migrationshintergrund seltener Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Die Lebenserwartung der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund weist allerdings kaum Unterschiede auf.<sup>12</sup>

### 7.1 Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Gemäß den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung lebten in Österreich im Jahr 2014 rund 1,4 Mio. Personen ab 15 Jahren mit Migrationshintergrund. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren entsprach dies einem Anteil von 20 % (21 % der weiblichen und 18 % der männlichen Bevölkerung).

Etwas weniger als ein Drittel (30 %) der in Österreich lebenden Personen ab 15 Jahren mit Migrationshintergrund stammte aus EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz. Weitere 28 % kamen aus ab 2004 beigetretenen EU-Staaten. 31 % stammten aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei, 10 % aus anderen Staaten. Um geringe Zellenbesetzungen zu vermeiden, wurden in der Analyse die Herkunftsländer des ehemaligen Jugoslawien<sup>13</sup> und der Türkei gemeinsam dargestellt. Auf die Personengruppe aus sonstigen Ländern wurde nicht näher eingegangen, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt.

Übersicht 7.1

#### Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht

Geschlecht	Insgesamt in 1.000	Österreich in 1.000	Migrations- hintergrund in 1.000	darunter:			
				EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz in 1.000	EU-Beitritts- staaten ab 2004 in 1.000	Ehem. Jugoslawien (außerhalb der EU) und Türkei in 1.000	Sonstige Staaten in 1.000
Insgesamt	7.235,4	5.823,6	1.411,8	424,4	396,3	443,6	147,5
Frauen	3.716,6	2.954,4	762,2	234,3	231,9	216,3	79,7
Männer	3.518,8	2.869,3	649,6	190,0	164,5	227,3	67,7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

<sup>12</sup> Statistik Austria, Migration und Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2015

<sup>13</sup> Außerhalb der EU, also ohne die EU-Mitgliedsstaaten Slowenien und Kroatien

Der Altersaufbau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterschied sich von dem der österreichischen Bevölkerung. Die Bevölkerung der EU-Staaten vor 2004, des EWR sowie der Schweiz wies ebenso wie die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund deutlich größere Anteile von älteren Bevölkerungsgruppen auf. Im Gegensatz dazu hatten die übrigen Herkunftsländer einen relativ hohen Anteil an jungen Personen bzw. Personen im erwerbsfähigen Alter. Der Vergleich der Gesundheitsfragen nach Migrationshintergrund erfolgte daher anhand von altersstandardisierten Werten.

## Übersicht 7.2

**Altersstruktur der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht**

Alter in Jahren	Insgesamt in %	Österreich in %	EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz in %	EU-Beitrittsstaaten ab 2004 in %	Ehem. Jugoslawien (außerhalb der EU) und Türkei in %	Sonstige Staaten in %
<b>Frauen</b>						
15 bis 29	20,6	19,0	15,6	21,8	39,6	38,0
30 bis 44	23,3	21,2	29,7	30,5	34,1	30,1
45 bis 59	26,5	28,0	23,9	21,6	16,3	19,4
60 bis 74	18,7	20,2	18,4	14,1	7,6	8,0
75 u. mehr	11,0	11,6	12,4	12,0	2,4	4,5
<b>Männer</b>						
15 bis 29	22,5	21,5	16,7	26,8	30,3	41,0
30 bis 44	24,5	21,9	30,2	36,6	40,1	37,2
45 bis 59	27,9	29,9	23,7	16,3	19,1	11,0
60 bis 74	17,5	18,5	20,3	15,2	7,6	8,8
75 u. mehr	7,6	8,2	9,1	5,1	2,9	2,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

## 7.2 Migration und Gesundheitszustand

### Subjektiver Gesundheitszustand

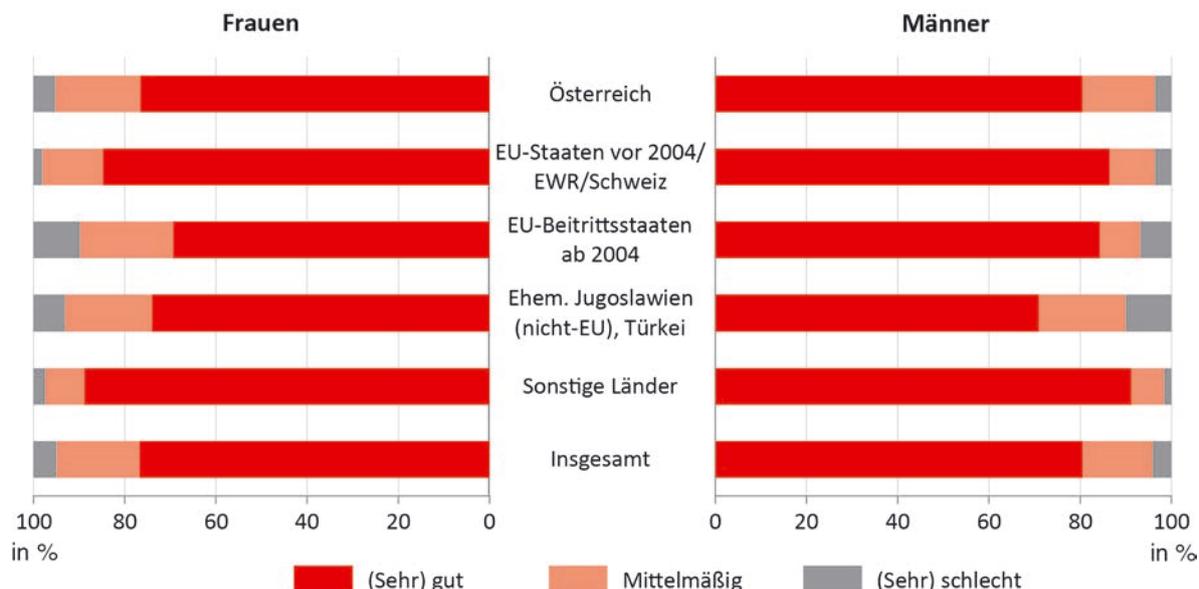
Die Frage zur Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes hat sich bislang nicht nur als guter Indikator für das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung erwiesen, sondern auch aussagekräftige Differenzierungen nach soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten ermöglicht. Es zeigt sich, dass der subjektive Gesundheitszustand stark von Alter und Geschlecht abhängig ist. Aber auch der Migrationshintergrund der Bevölkerung hat Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand.

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes unterschied sich in der vorliegenden Befragung für Personen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund und Geschlecht. Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) und der Türkei beurteilten ihren allgemeinen Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut als die anderen Bevölkerungsgruppen. Am wenigsten positiv schätzten Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 ihren eigenen Gesundheitszustand ein.

Männer mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei schätzten ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich seltener (71 %) als sehr gut oder gut ein als Männer aus EU-Staaten vor 2004 (86 %) bzw. den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (84 %).

Grafik 7.1

**Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 7.3

**Subjektiver Gesundheitszustand nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Migrationshintergrund	Insgesamt in 1.000	Subjektiver Gesundheitszustand, altersstandardisiert in %		
		(Sehr) gut	Mittelmäßig	(Sehr) schlecht
<b>Insgesamt</b>				
Insgesamt	7.235,4	78,0	17,3	4,6
Österreich	5.823,6	78,7	17,2	4,1
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	424,4	85,6	11,7	2,7
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	396,3	73,5	16,9	9,5
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	443,6	58,7	25,2	16,1
Sonstige Länder	147,5	82,5	13,0	4,5
<b>Frauen</b>				
Zusammen	3.716,6	76,9	18,2	4,9
Österreich	2.954,4	77,7	17,9	4,5
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	234,3	85,3	12,8	2,0
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	231,9	70,6	20,3	9,1
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	216,3	60,8	26,4	12,8
Sonstige Länder	79,7	81,7	13,4	5,0
<b>Männer</b>				
Zusammen	3.518,8	79,5	16,2	4,2
Österreich	2.869,3	80,2	16,3	3,5
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	190,0	85,5	10,4	4,1
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	164,5	82,4	9,3	8,3
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	227,3	63,9	24,3	11,8
Sonstige Länder	67,7	84,3	10,2	5,5

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP/Eurostat).

Damit lagen Männer aus EU-Staaten auch über der Selbsteinschätzung von Österreichern (80 % sehr gut/gut). Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 beurteilten ihre Gesundheit deutlich seltener (69 %) positiv als Frauen aus allen Vergleichsgruppen (77 % der Österreicherinnen bzw. 85 % der Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten vor 2004).

Die Altersstandardisierung ließ die Unterschiede zwischen Personen mit verschiedenem Migrationshintergrund noch deutlicher hervortreten. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) bzw. der Türkei verringerte sich nach der Altersstandardisierung der Anteil der Personen mit einer Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes als sehr gut oder gut (Frauen: 61 %, Männer: 64 %). In dieser Betrachtungsweise beurteilten Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien ihre Gesundheit am wenigsten positiv, wogegen sich die Ergebnisse für Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 durch die Altersstandardisierung nur geringfügig veränderten.

Nach Kontrolle des Alterseffekts war die Wahrscheinlichkeit, dass Männer aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, knapp fünfmal so hoch wie in der Referenzgruppe der Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei; dieser Unterschied war statistisch signifikant. Für Männer aus Österreich oder aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 betrug die ebenfalls statistisch signifikante Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des persönlichen Gesundheitszustands rund das Dreifache der Referenzgruppe. Auch Frauen aus den EU-Staaten vor 2004 wiesen im Vergleich zur Referenzgruppe der Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei eine rund viermal höhere Wahrscheinlichkeit einer positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands auf. Bei Österreicherinnen war die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands um den Faktor 2,4 erhöht.

#### Übersicht 7.4

#### Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	77,7	2,36	1,88 – 2,95	80,2	3,00	2,37 – 3,8
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	85,3	4,21	3,04 – 5,84	85,5	4,93	3,37 – 7,2
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	70,6	1,32	0,99 – 1,77	82,4	3,06	2,08 – 4,49
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	60,8	Ref.	-	63,9	Ref.	-
Sonstige Länder	81,7	3,60	2,14 – 6,04	84,3	4,29	2,23 – 8,26

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

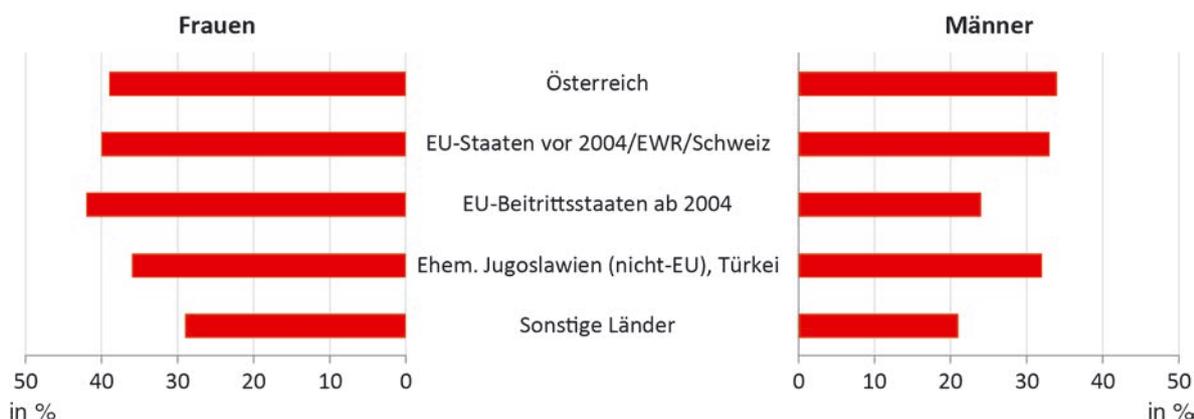
Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung erwies sich als stark vom Alter abhängig: Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen nahm mit dem Alter stark zu. Frauen wiesen generell etwas häufiger chronische Erkrankungen auf als Männer. Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei waren am häufigsten von chronischen Erkrankungen betroffen.

Insgesamt betrachtet unterschied sich die Prävalenz von chronischen Erkrankungen zwischen Personen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund nur gering. Generell war die Häufigkeit chro-

nischer Erkrankungen bei Frauen höher als bei Männern. Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 berichteten deutlich seltener als Männer aus anderen Ländern über chronische Erkrankungen (24 % vs. 34 % der österreichischen Männer). Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei wiesen die geringste Prävalenz chronischer Erkrankungen auf (36 %), bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 war sie am größten (42 %).

Grafik 7.2

**Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

In der altersstandardisierten Betrachtung zeigten sich in gleichem Ausmaß Unterschiede zwischen Gruppen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund wie auch Geschlechtsunterschiede. Die Wahrscheinlichkeit einer chronischen Erkrankung war sowohl bei Frauen als auch bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei im Vergleich zu Österreicherinnen bzw. Österreichern jeweils um das 1,3-Fache erhöht. Ein Effekt gleichen Ausmaßes trat bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 auf.

Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählten Schmerzen, sowohl chronische Kreuzschmerzen als auch chronische Nackenschmerzen, aber auch die Allergien und der Bluthochdruck.

Die Odds Ratios für die Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen bei Personen mit Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei zeigten im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung einen statistisch signifikanten Einfluss des Migrationshinter-

Übersicht 7.5

**Auftretenswahrscheinlichkeit einer chronischen Krankheit in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	37,7	Ref.	-	34,3	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	39,0	1,06	0,88 – 1,27	32,7	0,92	0,73 – 1,16
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	43,2	1,31	1,09 – 1,58	28,1	0,74	0,56 – 0,96
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	43,2	1,34	1,10 – 1,63	39,3	1,29	1,04 – 1,60
Sonstige Länder	37,2	0,91	0,66 – 1,27	30,2	0,79	0,51 – 1,21

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

grunds. Ein besonders deutlicher Effekt war bei Depressionen zu beobachten: Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten eine 6,5-fache Auftretenswahrscheinlichkeit, bei Frauen betrug dieser Faktor 2,3. Auch bei chronischen Kopfschmerzen war das Risiko des Auftretens bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei im Vergleich zu Österreichern um den Faktor 2,9 erhöht, bei Frauen betrug der entsprechende Wert 3,7.

## Übersicht 7.6

**Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer chronischer Krankheit im Vergleich von Personen mit (ehemaliges Jugoslawien, Türkei) und ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Chronische Krankheiten	Österreich	EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	EU-Beitrittsstaaten ab 2004	Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	Sonstige Länder	Auftrittswahrscheinlichkeit im Vergleich von Personen mit (ehem. Jug., Türkei) und ohne Migrationshintergrund	
						OR	95%-KI
Altersstandardisiert in Prozent							
Frauen							
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	25,1	22,8	27,1	44,6	19,9	1,89	1,53 – 2,34
Allergien	26,0	28,2	28,7	33,8	31,7	1,12	0,92 – 1,36
Bluthochdruck	21,3	19,1	21,2	24,7	31,7	1,54	1,14 – 2,09
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	22,6	15,6	19,8	37,2	18,0	1,73	1,39 – 2,14
Arthrose	15,5	11,0	17,1	22,1	8,1	1,23	0,85 – 1,78
Depression	8,5	6,8	16,1	15,7	15,6	2,34	1,78 – 3,08
Chronische Kopfschmerzen	7,9	7,4	13,6	23,9	12,3	3,66	2,93 – 4,58
Diabetes	4,5	3,8	3,7	1,1	11,0	0,20	0,06 – 0,70
Harninkontinenz	4,9	4,1	6,2	9,3	7,6	2,11	1,28 – 3,48
Männer							
Chronische Kreuzschmerzen, anderes chronisches Rückenleiden	23,0	20,1	22,6	34,3	22,6	1,86	1,49 – 2,32
Allergien	20,9	34,2	19,6	16,2	29,7	0,67	0,52 – 0,86
Bluthochdruck	22,1	21,2	19,2	18,3	26,2	0,86	0,63 – 1,17
Chronische Nackenschmerzen, sonstige Beschwerden an der Halswirbelsäule	13,8	10,8	16,0	18,2	11,3	1,79	1,37 – 2,33
Arthrose	9,2	8,1	11,6	6,1	2,2	0,63	0,37 – 1,07
Depression	4,7	7,5	7,1	16,7	6,4	6,45	4,84 – 8,60
Chronische Kopfschmerzen	3,3	1,7	6,4	7,7	7,1	2,86	2,00 – 4,09
Diabetes	5,9	3,0	12,2	4,0	14,2	0,69	0,35 – 1,36
Harninkontinenz	2,4	1,5	2,6	1,6	0,7	1,20	0,50 – 2,88

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

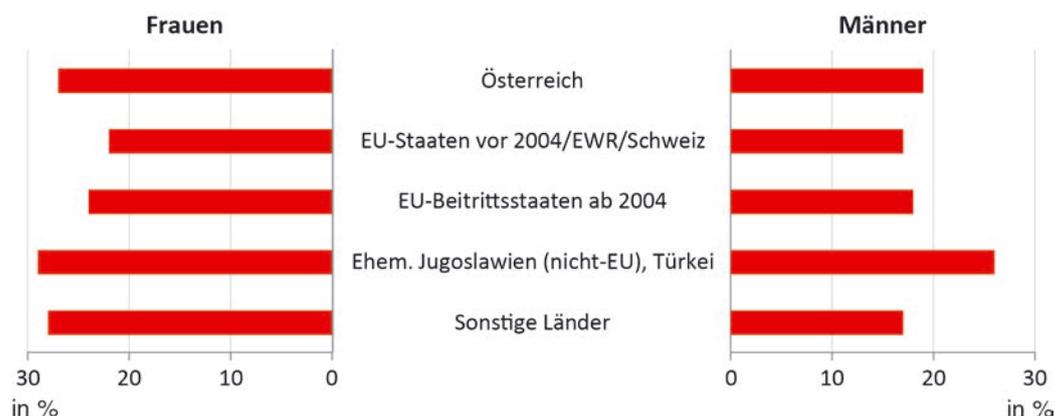
## Schmerzen

Jeder fünfte Mann und jede vierte Frau berichtete über mäßige bis sehr starke Schmerzen in den vier Wochen vor der Befragung. Mit zunehmendem Alter stieg bei beiden Geschlechtern die Betroffenheit. Auch der Migrationshintergrund zeigte Einfluss auf die Schmerzprävalenz und zwar bei den Männern in stärkerem Ausmaß als bei den Frauen.

Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei gaben im Vergleich zu den übrigen Bevölkerungsgruppen die höchste Vier-Wochen-Schmerzprävalenz an (Frauen: 29 %, Männer: 26 %). Ein geringere Schmerzbelastung, nämlich 19 %, wiesen österreichische Männer auf, bei österreichischen Frauen waren es 27 %. Die Schmerzprävalenz von Personen aus den EU-Staaten vor 2004 unterschied sich nur geringfügig von jener der EU-Beitrittsstaaten ab 2004; dies traf auf beide Geschlechter zu.

Grafik 7.3

**Vier-Wochen-Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Nach Altersstandardisierung zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt des Migrationshintergrundes, am stärksten für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei. Männer mit diesem Migrationshintergrund hatten im Vergleich zu Österreichern ein um den Faktor 2,1 erhöhtes Schmerfrisiko, bei Frauen betrug dieser Faktor 1,7.

Übersicht 7.7

**Auftretenswahrscheinlichkeit von mäßigen bis sehr starken Schmerzen in den letzten vier Wochen in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	26,0	Ref.	-	18,7	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	22,1	0,78	0,63 – 0,97	18,0	0,92	0,69 – 1,21
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	28,8	0,94	0,76 – 1,15	18,6	1,16	0,86 – 1,56
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	36,9	1,72	1,39 – 2,11	26,5	2,10	1,67 – 2,65
Sonstige Länder	29,1	1,52	1,09 – 2,13	26,3	1,32	0,82 – 2,12

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. % = altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Lebensqualität zeigte in allen Bereichen Einflüsse des Migrationshintergrundes. Im Besonderen wurde von der Gruppe der EU-Beitrittsstaaten ab 2004 die Lebensqualität als deutlich geringer beurteilt.

Eine Einschränkung der Lebensqualität wurde vor allem von den Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten nach 2004 berichtet: Der Mittelwert für die allgemeine Lebensqualität lag für diese Gruppe bei 67,0 (auf einer Skala von 100), während er insgesamt 74,1 betrug. Auch in den anderen Bereichen der Lebensqualität lag der Mittelwert für Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten zwischen drei und sechs Punkten unter dem Ingesamt-Wert.

## Übersicht 7.8

**Lebensqualität nach Migrationshintergrund und Geschlecht**

Migrationshintergrund	Allgemeine Lebensqualität	Physischer Bereich	Psychischer Bereich	Soziale Beziehungen	Umwelt
<b>Frauen</b>					
Insgesamt	74,1	77,3	73,9	75,6	76,6
Österreich	74,8	77,9	74,3	76,1	77,5
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	74,7	77,6	74,7	74,5	77,2
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	67,0	72,3	70,4	70,9	70,7
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	71,3	76,7	72,5	76,9	71,7
Sonstige Länder	73,4	72,5	73,7	70,8	72,4
<b>Männer</b>					
Insgesamt	75,3	79,8	77,8	74,7	78,3
Österreich	75,4	79,9	77,9	74,7	78,8
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	75,9	80,8	78,1	74,3	78,5
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	72,1	78,5	76,6	73,8	75,1
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	76,0	79,4	75,7	75,1	74,9
Sonstige Länder	76,6	80,6	79,5	77,8	74,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

## 7.3 Migration und Gesundheitsverhalten

### Adipositas

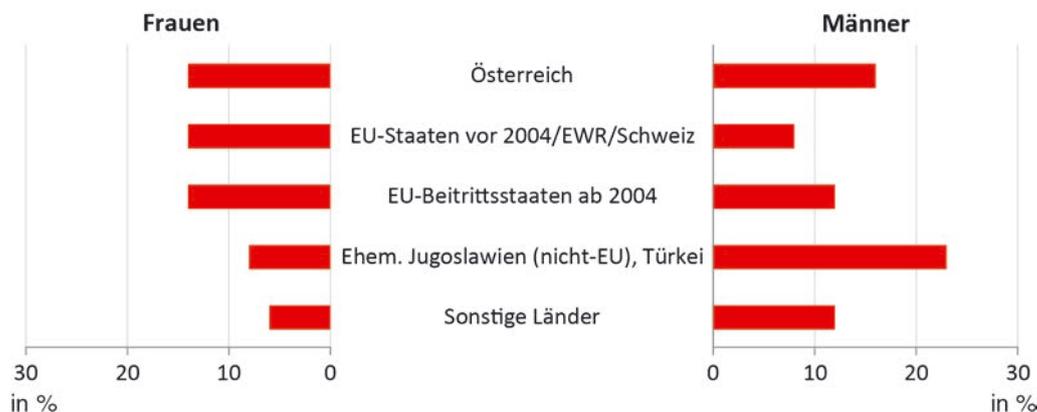
Der Einfluss des Migrationshintergrunds auf das Auftreten von Adipositas war vor allem für Männer zu beobachten. Insbesondere Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten eine höhere Prävalenz.

Bei Männern war die Adipositasprävalenz für die Gruppe der Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei am höchsten (23 %), am niedrigsten war sie bei Männern aus den EU-Staaten vor 2004 (8 %). Österreicherinnen, Frauen aus den EU-Staaten vor 2004 und Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 lagen mit einer Adipositasprävalenz von 14 % gleichauf, während Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei eine deutlich geringere Adipositasprävalenz aufwiesen (8 %).

Nach Altersstandardisierung bzw. Bereinigung des Alterseffekts zeigte sich für den Einfluss des Migrationshintergrundes auf das Auftreten von Adipositas nur mehr für Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei ein signifikanter Effekt: Bei diesen war die Adipositasprävalenz im Vergleich zu österreichischen Männern um das Doppelte erhöht.

Grafik 7.4

**Prävalenz von Adipositas nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 7.9

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas in Abhängigkeit von Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	13,3	Ref.	-	15,5	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	13,7	1,02	0,79 – 1,32	8,5	0,48	0,33 – 0,69
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	12,2	1,10	0,85 – 1,41	12,4	0,84	0,60 – 1,18
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	12,5	0,73	0,52 – 1,03	22,0	1,95	1,54 – 2,47
Sonstige Länder	12,7	0,55	0,30 – 1,00	10,1	0,99	0,59 – 1,68

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

**Rauchen**

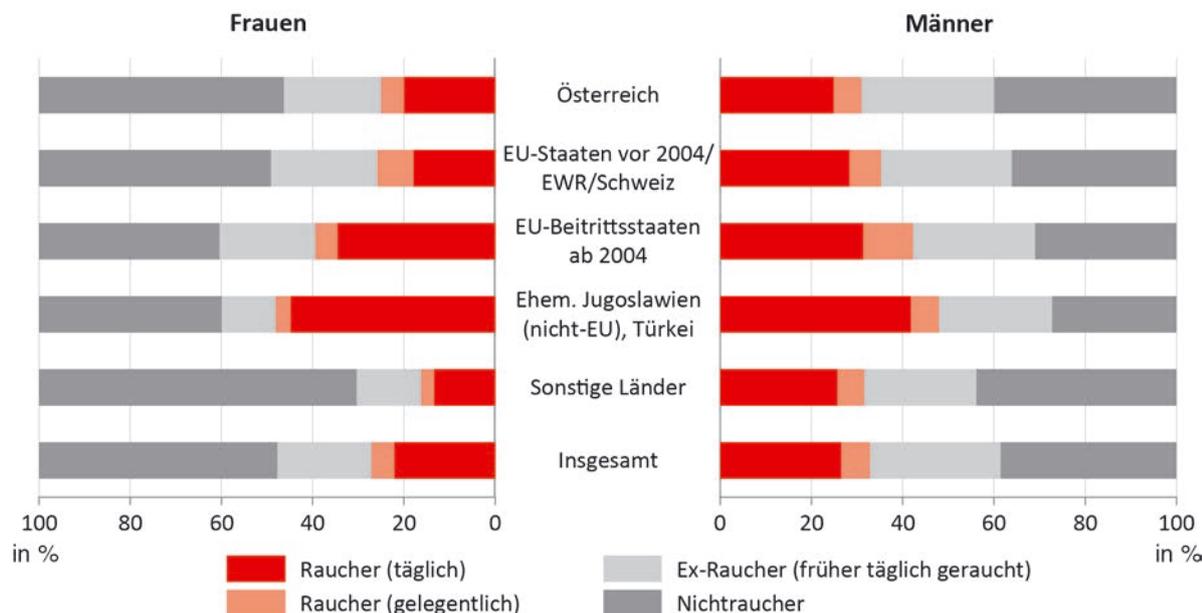
Insgesamt ist der Anteil der täglich Rauchenden bei Männern größer als bei Frauen (27 % vs. 22 %). Bei Personen mit Migrationshintergrund war der Anteil der täglich Rauchenden meist größer als in der österreichischen Bevölkerung.

Im Vergleich der Gruppen mit Migrationshintergrund wiesen bei beiden Geschlechtern Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei den höchsten Anteil an täglich Rauchenden auf: 45 % der Frauen und 42 % der Männer rauchten täglich. Eine überdurchschnittliche Quote täglich Rauchender ergab sich auch bei Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (Frauen: 35 %, Männer: 31 %). Auffallend war, dass bei beiden Gruppen der Anteil der täglich Rauchenden bei Frauen größer war als bei Männern.

Die altersstandardisierten Werte zum Rauchverhalten bestätigten die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung: Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei wiesen den größten Anteil täglich Rauchender auf (Frauen: 38 %, Männer: 31 %). Auch in der Gruppe der EU-Beitrittsstaaten ab 2004 blieb der Anteil der täglich Rauchenden nach der Altersstandardisie-

Grafik 7.5

**Rauchverhalten nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Übersicht 7.10

**Rauchverhalten nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)**

Migrationshintergrund	Insgesamt in 1.000	Altersstandardisiert in Prozent			
		Raucher (täglich)	Raucher (gelegentlich)	Ex-Raucher (früher täglich)	Nichtraucher
<b>Insgesamt</b>					
Insgesamt	7.235,4	23,7	5,6	24,6	46,2
Österreich	5.823,6	22,2	5,6	24,9	47,3
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	424,4	22,1	7,4	24,4	46,0
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	396,3	29,3	7,3	25,1	38,3
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	443,6	35,6	4,1	22,2	38,1
Sonstige Länder	147,5	13,9	3,3	19,1	63,6
<b>Frauen</b>					
Insgesamt	3.716,6	22,1	5,1	20,5	52,4
Österreich	2.954,4	20,3	5,2	21,1	53,4
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	234,3	16,8	8,1	22,3	52,7
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	231,9	28,7	4,8	19,9	46,7
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	216,3	37,6	3,0	13,1	46,2
Sonstige Länder	79,7	12,8	1,5	13,4	72,2
<b>Männer</b>					
Insgesamt	3.518,8	25,3	6,1	29,4	39,2
Österreich	2.869,3	24,1	6,0	29,3	40,6
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	190,0	28,1	7,1	27,7	37,1
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	164,5	27,3	9,1	34,0	29,6
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	227,3	31,0	5,0	31,0	33,0
Sonstige Länder	67,7	11,5	12,4	28,7	47,3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP/Eurostat).

rung hoch (Frauen: 29 %, Männer: 27 %). Auch änderte sich nichts am Überhang von täglichen Raucherinnen gegenüber täglichen Rauchern bei diesen beiden Gruppen.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens ergab eine statistisch signifikante Erhöhung für Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei: Männer aus diesen Ländern hatten eine im Vergleich zu österreichischen Männern um das 1,8-Fache erhöhte Raucherquote, bei Frauen betrug dieser Faktor 2,7. Des Weiteren war die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten nach 2004 statistisch signifikant um das 2,1-Fache im Vergleich zu österreichischen Frauen erhöht.

#### Übersicht 7.11

### Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens in Abhängigkeit von Migrationshintergrund nach Geschlecht

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	20,3	Ref.	-	24,1	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	16,8	0,87	0,69 – 1,09	28,1	1,23	0,97 – 1,55
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	28,7	2,12	1,75 – 2,56	27,3	1,27	0,99 – 1,63
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	37,6	2,68	2,22 – 3,24	31,0	1,83	1,50 – 2,24
Sonstige Länder	12,8	0,51	0,34 – 0,78	11,5	0,86	0,58 – 1,28

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## Körperliche Aktivität in der Freizeit

Hinsichtlich des Migrationshintergrunds zeigten sich für die HEPA-Werte deutlichere Unterschiede als bei den MSPA-Werten. Sowohl Männer als auch Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei erfüllten die HEPA-Empfehlungen seltener als die Vergleichsgruppen.

Lediglich 30 % der Frauen und 41 % der Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei erfüllten die HEPA-Empfehlungen der WHO, in der österreichischen Bevölkerung waren es 51 % der Frauen und 54 % der Männer. Der größte Anteil an Personen, die mit den WHO-Empfehlungen konform waren, war unter den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 zu finden: 39 % der Frauen und 58 % der Männer erfüllten die Richtwerte. Hinsichtlich der MSPA-Empfehlungen gab es bei Männern nur geringe Unterschiede nach dem Migrationshintergrund; bei Frauen hatten Österreicherinnen und Frauen aus den EU-Staaten vor 2004 mit jeweils 31 % den höchsten Erfüllungsgrad der Empfehlungen; am seltensten (24 %) kamen Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei den MSPA-Empfehlungen nach. Bei der Erfüllung beider WHO-Empfehlungen, HEPA und MSPA, erwiesen sich wiederum Männer und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei als am wenigsten ausreichend körperlich aktiv: Lediglich 14 % der Frauen und 27 % der Männer dieser Gruppe erreichten beide Richtwerte, während 23 % der Frauen und 28 % der Männer der österreichischen Bevölkerung beide WHO-Empfehlungen erfüllten.

Die Ausschaltung des Alterseffekts zeigte im Vergleich zu den Häufigkeitsauszählungen teilweise andere Ergebnisse: Für die HEPA-Empfehlung war nach Altersstandardisierung der höchste Anteil an Männern mit ausreichender Aktivität unter den EU-Staaten vor 2004 zu finden (59 %), während ohne Altersstandardisierung die Erfüllung der HEPA-Empfehlungen bei Männern aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 am häufigsten war. In letzterer Gruppe ergab jedoch die Altersstandardisierung eine Reduktion des Prozentanteils von Männern mit ausreichender Aktivität laut

HEPA-Empfehlung von rund vier Prozentpunkten. Bei Frauen ergab die Altersstandardisierung der HEPA-Werte nur geringfügige Veränderungen zu den nicht standardisierten Ergebnissen.

Für die MSPA-Empfehlung zeigten sich wie bei der HEPA-Empfehlung wiederum lediglich bei Männern aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 nennenswerte Unterschiede im Vergleich zu den Häufigkeitsauszählungen. Der Anteil an Männern mit erfüllter MSPA-Empfehlung war bei den altersstandardisierten Werten deutlich geringer als bei den nicht altersstandardisierten Werten (31 % zu 38 %). Auf die Werte der übrigen Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund zeigte die Altersstandardisierung nur geringfügige Einflüsse.

Bei der Erfüllung beider WHO-Empfehlungen, HEPA und MSPA, war – korrespondierend zu den Ergebnissen der einzelnen Werte – durch die Altersstandardisierung wiederum eine Reduktion des Anteils der Männer mit ausreichender Aktivität aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 zu beobachten (24 % altersstandardisiert zu 31 % nicht altersstandardisiert). Der größte Anteil an Männern, die beide WHO-Empfehlungen erfüllt hatten, war sowohl bei den altersstandardisierten als auch bei den nicht altersstandardisierten Werten bei Männern aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. der EWR oder der Schweiz zu finden (33 % altersstandardisiert zu 32 % nicht altersstandardisiert). Bei Frauen gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen altersstandardisierten und nicht standardisierten Ergebnissen.

#### Übersicht 7.12

#### Anteil der in der Freizeit körperlich aktiven Bevölkerung (18 – 64 Jahre) gemäß WHO-Empfehlung nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

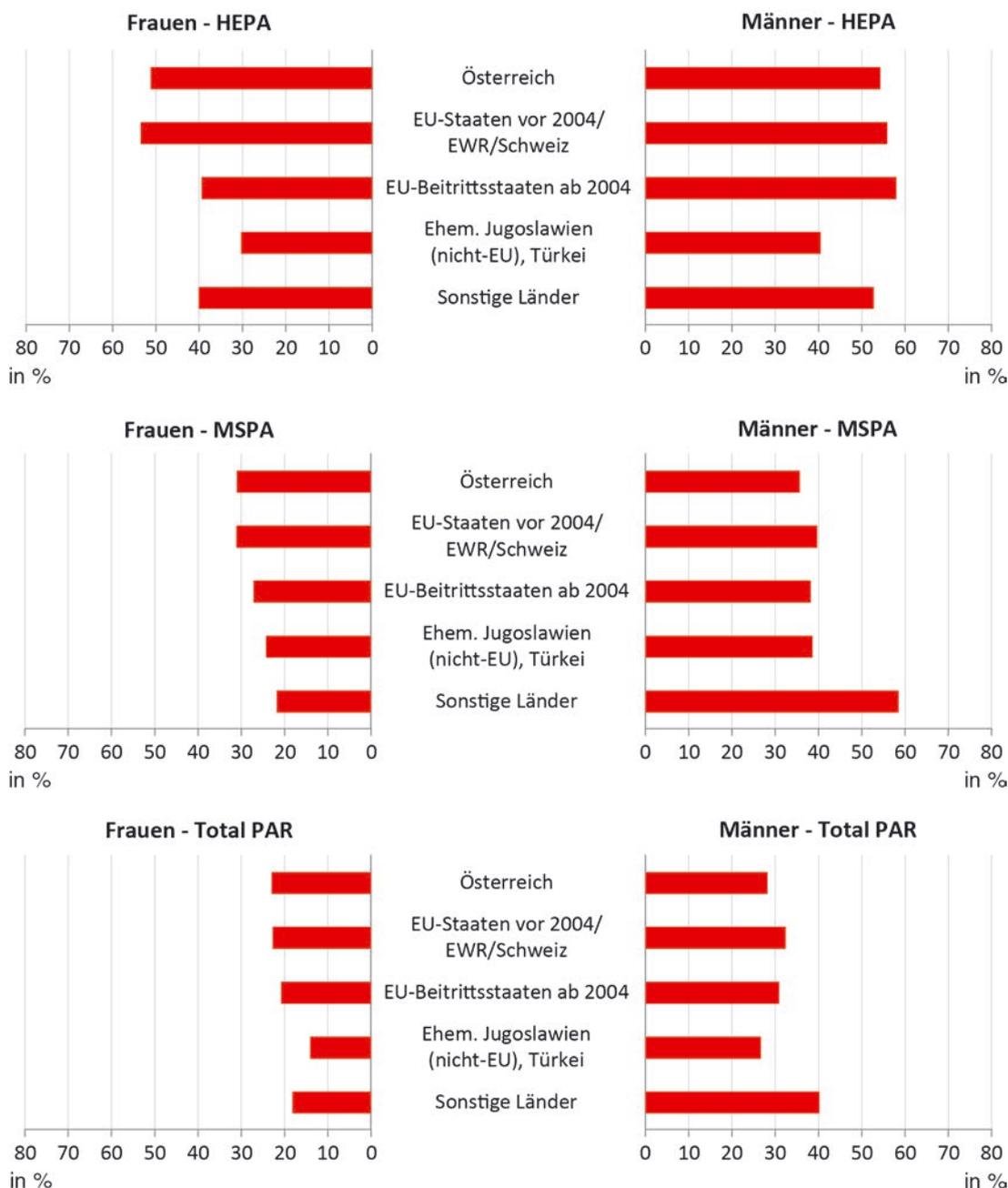
Migrationshintergrund	Personen 18 – 64 Jahre in 1.000	Mind. 150 Min. /Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)	Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen /Woche (MSPA)	HEPA und MSPA erfüllt	Altersstandardisiert in Prozent				
					Frauen				
Insgesamt	2.756,0	49,0	29,3	21,8	Frauen				
Österreich	2.131,8	51,4	30,1	22,7	Frauen				
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	173,6	52,4	29,7	22,6	Frauen				
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	183,3	41,1	25,2	19,3	Frauen				
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	200,3	31,0	21,5	11,9	Frauen				
Sonstige Länder	67,0	36,8	23,9	19,8	Frauen				
					Männer				
Insgesamt	2.737,1	52,0	35,4	27,3	Männer				
Österreich	2.210,1	52,6	34,5	27,0	Männer				
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	144,5	58,5	40,6	33,4	Männer				
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	127,0	54,0	31,1	23,8	Männer				
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	200,8	47,3	39,1	27,8	Männer				
Sonstige Länder	54,6	49,6	43,3	31,5	Männer				

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren. Standardbevölkerung: Europäische Standardbevölkerung (ESP / Eurostat).

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund unterstreicht die Ergebnisse der altersstandardisierten und nicht altersstandardisierten Häufigkeiten: Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität. Männer aus diesen Ländern hatten eine 1,6-fache, Frauen eine 2,4-fache Wahrscheinlichkeit eines nicht ausreichenden HEPA-Wertes. Was die MSPA-Werte betrifft, war lediglich für Frauen dieser Gruppe die Wahrscheinlichkeit eines ungenü-

Grafik 7.6

**Ausreichende körperliche Aktivität in der Freizeit gemäß WHO-Empfehlungen nach Migrationshintergrund, Alter von 18 – 64 Jahren und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

genden MSPA-Wertes um das 1,4-Fache erhöht. Auch das Nicht-Erfüllen beider Grenzwerte, HEPA und MSPA, war bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei wahrscheinlicher (OR = 1,8), bei Männern mit diesem Migrationshintergrund jedoch nicht.

## Übersicht 7.13

**Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität in der Freizeit in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
<b>Weniger als 150 Min. / Woche mäßig intensive Bewegung (HEPA)</b>						
Österreich	51,4	Ref.	-	52,6	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	52,4	0,92	0,76 – 1,11	58,5	0,84	0,66 – 1,06
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	41,1	1,69	1,39 – 2,04	54,0	0,93	0,72 – 1,19
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	31,0	2,36	1,94 – 2,86	47,3	1,56	1,27 – 1,92
Sonstige Länder	36,8	1,7	1,26 – 2,33	49,6	1,15	0,79 – 1,67
<b>Muskelaufbau an weniger als zwei Tagen / Woche (MSPA)</b>						
Österreich	30,1	Ref.	-	34,5	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	29,7	0,95	0,77 – 1,17	40,6	0,72	0,56 – 0,91
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	25,2	1,30	1,05 – 1,61	31,1	1,13	0,86 – 1,47
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	21,5	1,40	1,14 – 1,73	39,1	0,84	0,68 – 1,04
Sonstige Länder	23,9	1,47	1,03 – 2,10	43,3	0,46	0,31 – 0,67
<b>HEPA und MSPA nicht erfüllt</b>						
Österreich	22,7	Ref.	-	27,0	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	22,6	0,99	0,79 – 1,24	33,4	0,70	0,54 – 0,90
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	19,3	1,25	0,99 – 1,58	23,8	1,09	0,82 – 1,45
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	11,9	1,84	1,43 – 2,37	27,8	1,03	0,82 – 1,29
Sonstige Länder	19,8	1,28	0,88 – 1,88	31,5	0,75	0,50 – 1,11

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

% = 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

### Impfungen

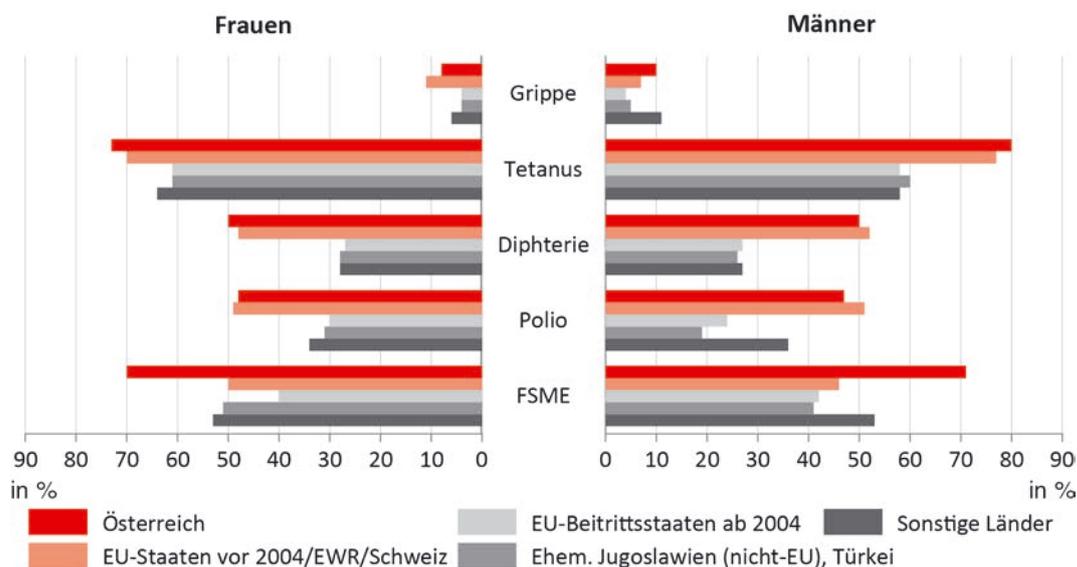
Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten deutlich seltener einen aufrechten Impfschutz als Österreicherinnen und Österreicher bzw. Personen aus den EU-Staaten vor 2004. Die Geschlechtsunterschiede waren über alle hier dargestellten Bevölkerungsgruppen gering.

Der am häufigsten angegebene aufrechte Impfschutz bestand gegen Tetanus, nämlich bei 73 % der österreichischen Frauen und 80 % der Männer. Hingegen wiesen nur 61 % der Frauen und 58 % der Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 sowie 61 % der Frauen und 60 % der Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei einen aktiven Impfschutz gegen Tetanus auf. Beim Bestehen eines Impfschutzes für Diphtherie respektive Polio waren die Unterschiede nach Migrationshintergrund ähnlich wie bei der Tetanusimpfung, wenn auch auf niedrigerem Niveau der Häufigkeiten. Einzig die FSME- bzw. Zeckenimpfung war ausschließlich bei Österreicherinnen und Österreichern häufig vorhanden (Frauen: 70 %, Männer: 71 %), hier hatten auch Personen aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. der EWR und der Schweiz einen geringeren Impfschutz (Frauen: 50 %, Männer: 46 %).

Generell war die Wahrscheinlichkeit eines nicht aufrechten Impfschutzes von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei bei allen ausgewählten Impfungen größer als bei Österrei-

Grafik 7.7

**Aufrechter Impfschutz nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

cherinnen und Österreichern. Bei Männern mit diesem Migrationshintergrund war das Risiko eines mangelnden Polio-Impfschutzes besonders hoch (OR = 4,3). Des Weiteren war bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei die Häufigkeit eines fehlenden Impfschutzes gegen Diphtherie im Vergleich zu Österreicherinnen um ein Vielfaches erhöht (OR = 4,1).

Übersicht 7.14

**Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes im Vergleich von Personen mit (ehemaliges Jugoslawien, Türkei) und ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Impfungen	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Grippe	1,32	0,82 – 2,13	1,56	1,01 – 2,41
Tetanus	2,44	2,02 – 2,96	3,22	2,62 – 3,95
Diphtherie	4,06	3,31 – 4,98	3,59	2,88 – 4,47
Polio	2,74	2,25 – 3,33	4,32	3,39 – 5,51
FSME	2,69	2,23 – 3,23	4,13	3,38 – 5,05

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren. % = altersstandardisierte Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios.

**Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs**

Der Migrationshintergrund hatte einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Mammographie und Krebsabstrich, nicht aber auf die Darmspiegelung. Generell waren diese Effekte jedoch gering.

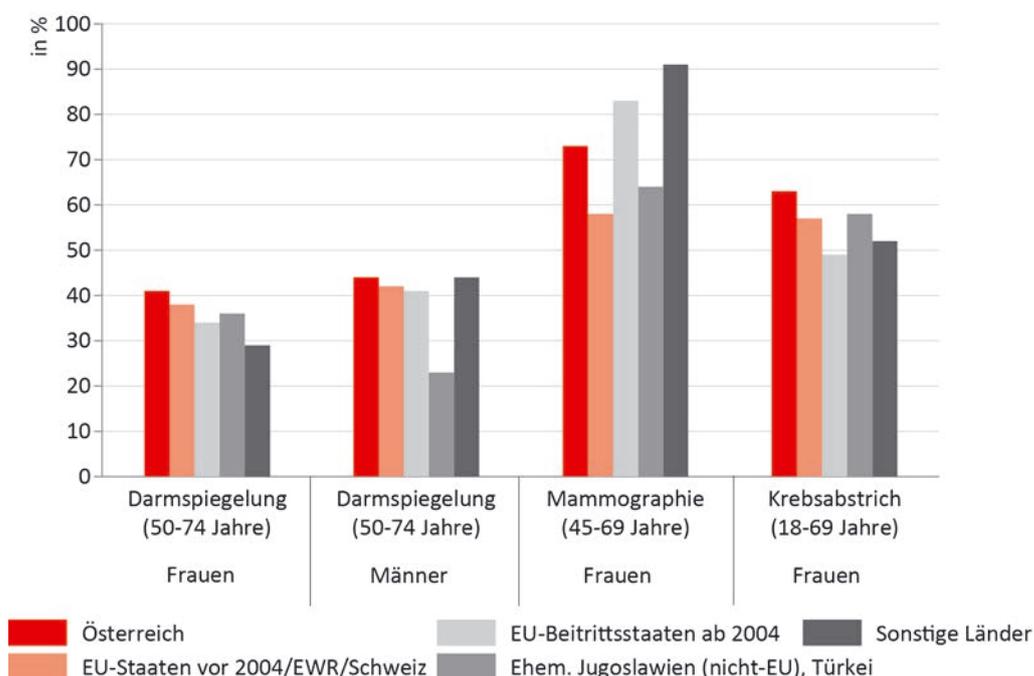
Im Bereich der **Darmspiegelung** wiesen Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei mit lediglich 23 % eine deutlich geringere Inanspruchnahme auf als Österreicher, welche am häufigsten an dieser Untersuchung teilnahmen (44 %). Unter den Frauen war die Teilnahme bei Österreicherinnen am häufigsten (41 %), bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 hingegen am geringsten (34 %).

Bei **Mammographien** waren die Unterschiede zwischen den Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund sehr deutlich. Die höchste Inanspruchnahme wiesen Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 auf (83 %). 73 % der Österreicherinnen nahmen an den Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs teil, jedoch nur 58 % der Frauen aus den EU-Staaten vor 2004.

Die Inanspruchnahme eines **Krebsabstriches** war bei den österreichischen Frauen am größten (63 %). Deutlich seltener – und im Vergleich des unterschiedlichen Migrationshintergrunds am geringsten – war die Teilnahme am Krebsabstrich bei den Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (49 %).

Grafik 7.8

**Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit der Nicht-Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs unterstrich die Ergebnisse der Häufigkeitsauszählungen: Hinsichtlich der Darmspiegelung war bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei eine statis-

Übersicht 7.15

**Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs im Vergleich von Personen mit (ehemaliges Jugoslawien, Türkei) und ohne Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Darmspiegelung (50 – 74 Jahre)	1,22	0,81 – 1,83	2,78	1,57 – 4,93
Mammographie (45 – 69 Jahre)	1,50	1,06 – 2,12	-	-
Krebsabstrich (18 – 69 Jahre)	1,49	1,24 – 1,79	-	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten.

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

tisch signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit der Nicht-Inanspruchnahme zu verzeichnen (OR = 2,8). Unter den Frauen mit diesem Migrationshintergrund war die Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme sowohl für die Mammographie (OR = 1,5) als auch für den Krebsabstrich (OR = 1,5) signifikant erhöht.

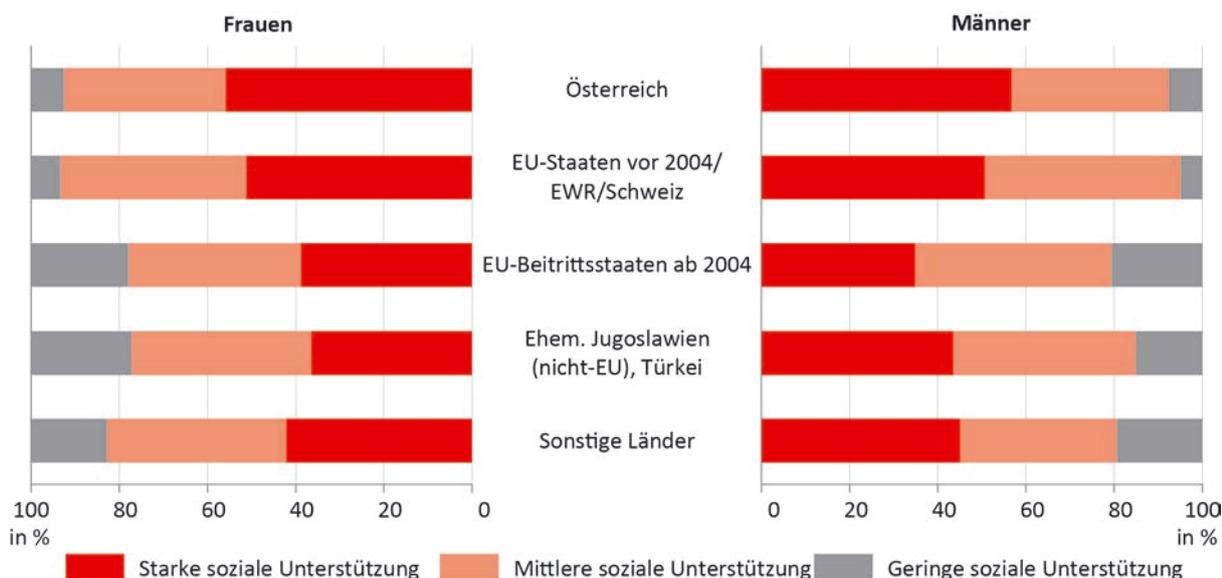
## 7.5 Migration und soziale Unterstützung

Der Einfluss des Migrationshintergrundes auf eine subjektiv wahrgenommene geringe soziale Unterstützung laut „Oslo-3-Items-Social-Support-Scale“ (Oslo-3) war deutlich erkennbar und betraf vor allem Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 sowie dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei.

Frauen und Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 und dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei gaben häufiger an, lediglich über geringe soziale Unterstützung zu verfügen, als Österreicherinnen (7 %) und Österreicher (8 %). Am häufigsten gaben Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei eine geringe soziale Unterstützung an (23 %; Männer mit diesem Migrationshintergrund: 15 %). Aber auch Frauen und Männer aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 berichteten häufig über mangelnde soziale Unterstützung (Frauen: 22 %; Männer: 21 %).

Grafik 7.9

### Soziale Unterstützung nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

Die Ergebnisse der Berechnungen der Wahrscheinlichkeit für die subjektive Wahrnehmung einer geringen sozialen Unterstützung unterstrichen die Ergebnisse der Häufigkeitsauszählungen. Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei hatten eine im Vergleich zu Österreicherinnen um das 5,2-Fache erhöhte Wahrscheinlichkeit für geringe soziale Unterstützung. Des Weiteren war die Wahrscheinlichkeit der subjektiven Wahrnehmung mangelnder sozialer Unterstützung von Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung signifikant erhöht (Männer: OR = 3,7; Frauen OR = 3,8). Personen aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR und der Schweiz hingegen hatten im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung eine geringere Wahrscheinlichkeit, subjektiv eine geringe soziale Unterstützung wahrzunehmen (Männer: OR = 0,6; Frauen: OR = 0,9).

## Übersicht 7.16

**Wahrscheinlichkeit einer geringen sozialen Unterstützung in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund nach Geschlecht**

Migrationshintergrund	Frauen			Männer		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	7,2	Ref.	-	7,8	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	6,4	0,86	0,61 – 1,23	5,4	0,60	0,38 – 0,97
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	19,5	3,84	3,06 – 4,81	17,9	3,71	2,76 – 4,98
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	26,3	5,16	4,07 – 6,55	17,2	2,82	2,12 – 3,75
Sonstige Länder	14,9	3,46	2,33 – 5,14	21,2	4,25	2,70 – 6,70

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren.

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

## 8 Einfluss ausgewählter Merkmale auf zentrale Gesundheitsindikatoren

In den vorangegangenen Kapiteln wurde der Einfluss jeweils einzelner demographischer und sozioökonomischer Merkmale auf die Gesundheit dargestellt. Diese Merkmale korrelieren zum Teil stark, wie z. B. die höchste abgeschlossene Schulbildung und die berufliche Tätigkeit. Durch die Anwendung eines Regressionsmodells kann der Einfluss jedes einzelnen Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle der weiteren Einflussfaktoren berechnet werden.

Für das vorliegende Regressionsmodell wurden als Gesundheitsindikatoren die positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes, Diabetes, Depressionen, Allergien, chronische Kreuzschmerzen, chronische Nackenschmerzen, chronische Kopfschmerzen, starkes Übergewicht (Adipositas), tägliches Rauchen, körperliche Aktivität, Inanspruchnahme von Impfungen und soziale Unterstützung ausgewählt. Als erklärende bzw. unabhängige Variablen wurden berücksichtigt: das Äquivalenzeinkommen bzw. dessen Abweichung vom Median in Prozent, die (frühere) berufliche Tätigkeit, der Lebensunterhalt, die höchste abgeschlossene Schulbildung, der Migrationshintergrund und das Alter in Jahren. In die Analyse einbezogen wurden einerseits Personen, die erwerbstätig, in Karenz oder arbeitslos waren (15- bis 64-Jährige); des Weiteren wurde für Pensionistinnen und Pensionisten (ab 55 Jahren) das Modell gesondert berechnet. Als Ergebnis liegen Odds Ratios (OR) für jede der Ausprägungen der einzelnen Determinanten vor sowie die entsprechenden 95%-Konfidenzintervalle. Das Pseudo-R<sup>2</sup> nach Nagelkerke gibt den Anteil der erklärten Varianz des logistischen Regressionsmodells an und ist ein Maß für die Erklärungskraft des Gesamtmodells.

### 8.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Die im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2014 gestellten Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand schließen sowohl die körperlichen als auch die psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit mit ein. Die vorliegende Regressionsanalyse bezog sich auf die Frage, inwieweit die hier analysierten Merkmale (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter; unter Konstanzhaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren) einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes haben; damit ist eine subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes als gut oder sehr gut gemeint.

Das **Alter** erwies sich als stärkster Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Bei Männern im Alter von 15 bis 24 Jahren war die Wahrscheinlichkeit einer positiven Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zur Referenzgruppe der 55- bis 64-jährigen Männer um das 8,8-Fache erhöht (Frauen: OR=4,7). Bei den 25- bis 34-jährigen Männern betrug dieser Faktor immerhin noch 6,5 (Frauen: OR=2,7).

Bei berufstätigen Frauen war im Vergleich zu den **arbeitslosen Frauen** die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes um das 4,4-Fache erhöht. Bei berufstätigen Männern im Vergleich zu arbeitslosen Männern betrug dieser Faktor 3,7.

Das Vorhandensein eines **Migrationshintergrundes** erwies sich als ein Faktor, der die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes deutlich beeinflusste. Die Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand positiv einzuschätzen, war in der österreichischen Bevölkerung im Vergleich zu Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb

der EU) oder der Türkei moderat erhöht (Frauen: OR=1,4; Männer: OR=1,8); diese Wahrscheinlichkeit war bei Personen aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz stark erhöht (Frauen: OR=2,9; Männer: OR=5,0). Ein ähnlicher Effekt trat auch für Männer mit einem Migrationshintergrund aus den EU-Staaten ab 2004 auf (OR=2,2). Dieses Ergebnis könnte zum Teil mit dem „healthy migrant effect“, der positiven Selektion von Zuwanderern, zusammenhängen. Da aber in einigen Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund vermehrt körperlich belastende Tätigkeiten ausgeübt werden, wird eine Abschwächung des Ausmaßes der positiven Gesundheits einschätzung vermutet.

Ein Effekt des **Einkommens** auf die Selbstbeurteilung der eigenen Gesundheit war in der Gruppe der Pensionierten deutlicher als bei den noch Erwerbstätigen zu erkennen. Mit steigendem Einkommensniveau der Pensionistinnen und Pensionisten erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer positiven Beurteilung der eigenen Gesundheit im Vergleich zur untersten Einkommensgruppe und verdoppelte sich in der höchsten Einkommensgruppe bei beiden Geschlechtern (Frauen: OR=2,0; Männer: OR=2,2).

Was die **höchste abgeschlossene Schulbildung** betrifft, stieg die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes bei Personen mit abgeschlossenen höheren Schulen und Hochschulen im Vergleich zu Personen mit einem Lehrabschluss (Frauen: OR=2,0; Männer: OR=1,8).

Hinsichtlich der **beruflichen Tätigkeit** war bei Selbstständigen und Männern mit höheren nicht manuellen Tätigkeiten im Vergleich zu einfachen manuellen Tätigkeiten die Wahrscheinlichkeit einer positiven Beurteilung des Gesundheitszustandes annähernd doppelt so hoch (Frauen: OR=1,8; Männer: jeweils OR=2,0).

Grafik 1.1

**Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut / gut) bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	●	●	●	●
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	●	●	-	-
Arbeitslos	Ref.	Ref.	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Lehre / BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	●	●	●	●
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	●	●	●	●
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	●	●	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	Ref.	Ref.	●	●
70+	-	-	Ref.	Ref.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.1

**Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut / gut) bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	Ref.	-	Ref.	-
60 % – < 80 %	1,05	0,81 – 1,37	1,00	0,75 – 1,34
80 % – < 100 %	1,08	0,83 – 1,41	1,22	0,91 – 1,65
100 % – < 150 %	1,29	1,01 – 1,65	1,34	1,01 – 1,77
> 150 %	1,65	1,19 – 2,27	1,54	1,11 – 2,13
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Höhere manuelle Tätigkeit	1,06	0,72 – 1,57	1,35	1,02 – 1,78
Landwirtschaft	1,23	0,73 – 2,08	1,73	1,00 – 2,99
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,18	0,94 – 1,47	1,72	1,32 – 2,24
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	1,50	1,11 – 2,02	2,02	1,48 – 2,75
Selbstständige	1,83	1,16 – 2,88	2,04	1,39 – 2,99
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	4,43	3,46 – 5,68	3,70	2,85 – 4,82
Arbeitslos	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	Ref.	-	Ref.	-
Lehre/BMS	1,45	1,16 – 1,82	1,37	1,05 – 1,80
Höhere Schule, Hochschule	2,03	1,53 – 2,69	1,84	1,31 – 2,59
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	1,35	1,01 – 1,81	1,76	1,31 – 2,38
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	2,94	1,68 – 5,15	5,02	2,71 – 9,29
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,94	0,65 – 1,37	2,16	1,34 – 3,50
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	2,27	1,14 – 4,49	7,78	2,02 – 30,06
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	4,73	3,12 – 7,18	8,84	5,78 – 13,54
25 bis 34	2,67	1,97 – 3,61	6,54	4,73 – 9,04
35 bis 44	1,87	1,41 – 2,49	3,23	2,45 – 4,26
45 bis 54	1,20	0,93 – 1,56	1,87	1,47 – 2,39
55 bis 64	Ref.	-	Ref.	-
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,150		0,191	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,146		0,188	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,146		0,182	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,109		0,160	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,142		0,187	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,142		0,176	
Modell ohne Alter	0,116		0,116	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.2

**Wahrscheinlichkeit der positiven Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut / gut) bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	Ref.	-	Ref.	-
60 % – < 80 %	1,12	0,85 – 1,47	0,91	0,64 – 1,29
80 % – < 100 %	1,39	1,07 – 1,82	1,34	0,95 – 1,89
100 % – < 150 %	1,89	1,44 – 2,48	1,52	1,11 – 2,07
> 150 %	2,00	1,35 – 2,97	2,23	1,49 – 3,34
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	Ref.	-	Ref.	-
Lehre / BMS	1,89	1,55 – 2,32	0,90	0,68 – 1,18
Höhere Schule, Hochschule	2,16	1,54 – 3,03	1,33	0,92 – 1,92
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	3,83	1,88 – 7,81	5,29	2,51 – 11,13
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	5,01	2,24 – 11,23	4,79	2,03 – 11,31
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,95	0,86 – 4,39	5,21	2,03 – 13,37
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	Ref.	-	Ref.	-
Sonstige Länder	2,96	0,57 – 15,35	0,96	0,2 – 4,5
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	1,72	1,43 – 2,08	0,94	0,76 – 1,16
70+	Ref.	-	Ref.	-
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,130		0,070	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,114		0,050	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,065		0,065	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,046		0,046	
Modell ohne Alter	0,070		0,070	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.2 Diabetes

Diabetes mellitus ist durch Risikofaktoren wie Übergewicht, falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und Alkoholmissbrauch stark beeinflusst. Diabetes ist zu einem großen Teil eine Erkrankung des Alters, der „Altersdiabetes“ ist sehr häufig. Dies zeigte sich auch ganz deutlich in der vorliegenden Regressionsanalyse. Besonders bei den Männern war das Diabetesrisiko **im Alter ab 45 Jahren** im Vergleich zur Referenzgruppe der 25- bis 34-jährigen Männer um ein Vielfaches erhöht: Bei den 45- bis 54-jährigen Männern war das Diabetesrisiko um das 29,5-Fache erhöht, bei den 55- bis 64-jährigen Männern um das 39,2-Fache. Bei den Frauen hingegen verdoppelte sich das Diabetesrisiko ab 45 Jahren lediglich.

Die Determinante **Arbeitslosigkeit** war vor allem für das Diabetesrisiko von Frauen von Bedeutung: Im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen oder Frauen in Karenz erhöhte sich das Risiko arbeitsloser Frauen um den Faktor 4,5. Bei den Männern gab es keinen signifikanten Effekt der Arbeitslosigkeit auf das Diabetesrisiko.

Sowohl in der Gruppe der Erwerbstätigen (15 bis 64 Jahre) als auch in jener der Pensionistinnen und Pensionisten (ab 55 Jahre) gab es deutliche **Bildungseffekte**. Bei den Erwerbstätigen war die Zunahme des Diabetesrisikos mit sinkendem Bildungsniveau deutlich: Personen mit Pflichtschulabschluss hatten rund das dreifache Diabetesrisiko im Vergleich zu Absolventinnen und Absolventen von höheren Schulen oder Hochschulen (Frauen: OR=3,2; Männer: OR=2,6). Bei Frauen mit Lehrabschluss verdoppelte sich das Diabetesrisiko im Vergleich zu Absolventinnen von höheren Schulen oder Hochschulen. In der Gruppe der Pensionistinnen und Pensionisten war der Bildungseffekt lediglich bei den Frauen ersichtlich: Im Vergleich zu Pensionistinnen mit abgeschlossener höherer Schule oder Hochschule hatten jene mit Pflichtschulabschluss ein dreifach erhöhtes Diabetesrisiko, bei jenen mit Lehrabschluss war das Diabetesrisiko um den Faktor 2,8 erhöht.

Während der **Migrationshintergrund** in der Gruppe der Erwerbstätigen kaum Effekte auf das Diabetesrisiko zeigte, war unter den Pensionistinnen und Pensionisten bei den Männern aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 eine deutliche Erhöhung des Diabetesrisikos im Vergleich zu Österreichern zu beobachten (Frauen: OR=0,8; Männer: OR=5,7).

Das **Einkommensniveau** zeigte keine nennenswerten Effekte auf das Diabetesrisiko.

Grafik 1.2

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Diabetes bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.3

## Aufretenswahrscheinlichkeit von Diabetes bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	0,67	0,33 – 1,35	1,00	0,49 – 2,02
60 % – < 80 %	0,48	0,22 – 1,06	0,92	0,45 – 1,87
80 % – < 100 %	0,27	0,10 – 0,71	0,87	0,44 – 1,69
100 % – < 150 %	0,77	0,41 – 1,43	1,10	0,64 – 1,87
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,09	0,51 – 2,30	1,27	0,66 – 2,46
Höhere manuelle Tätigkeit	0,93	0,31 – 2,75	1,41	0,75 – 2,65
Landwirtschaft	1,02	0,26 – 3,94	0,28	0,04 – 1,85
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,73	0,38 – 1,39	0,95	0,53 – 1,71
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,24	0,47 – 3,31	0,83	0,39 – 1,79
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	4,45	2,51 – 7,88	1,27	0,64 – 2,50
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	3,22	1,50 – 6,89	2,62	1,29 – 5,31
Lehre/BMS	1,95	1,04 – 3,65	1,32	0,76 – 2,29
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	0,95	0,33 – 2,74	0,64	0,23 – 1,80
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,70	0,85 – 3,44	0,87	0,31 – 2,46
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,00	-	0,46	0,16 – 1,34
Sonstige Länder	6,16	2,65 – 14,34	1,10	0,20 – 6,04
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	0,00	-	2,68	0,39 – 18,46
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	0,34	0,13 – 0,88	6,00	1,16 – 31,17
45 bis 54	1,90	1,02 – 3,54	29,48	6,26 – 138,92
55 bis 64	2,44	1,22 – 4,89	39,20	8,16 – 188,30
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,195		0,131	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,183		0,130	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,192		0,125	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,169		0,130	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,184		0,123	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,158		0,128	
Modell ohne Alter	0,141		0,023	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.4

## Aufretenswahrscheinlichkeit von Diabetes bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,18	0,63 – 2,23	1,32	0,78 – 2,21
60 % – < 80 %	1,38	0,73 – 2,62	0,87	0,50 – 1,52
80 % – < 100 %	0,78	0,40 – 1,51	1,03	0,62 – 1,74
100 % – < 150 %	1,06	0,57 – 1,98	1,01	0,64 – 1,59
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	3,01	1,46 – 6,18	0,94	0,58 – 1,53
Lehre / BMS	2,76	1,37 – 5,56	1,07	0,72 – 1,59
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	1,05	0,57 – 1,94	0,45	0,19 – 1,05
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,76	0,38 – 1,52	5,67	3,21 – 10,02
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,11	0,01 – 1,86	0,67	0,23 – 1,97
Sonstige Länder	0,00		22,22	5,12 – 96,42
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	0,76	0,56 – 1,02	0,73	0,55 – 0,98
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,035		0,081	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,028		0,078	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,080		0,080	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,016		0,016	
Modell ohne Alter	0,076		0,076	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.3 Depressionen

Depressionen sind multikausale Erkrankungen mit weiter Verbreitung, von denen Frauen generell stärker betroffen sind als Männer.

Von allen analysierten Merkmalen (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter) erwies sich – unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren – die Art des Lebensunterhalts als stärkster Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit, sich als depressiv einzuschätzen. Bezogen auf erwerbstätige Personen waren **Arbeitslose** um ein Vielfaches stärker gefährdet, depressiv zu sein. Arbeitslose Männer hatten ein stärkeres Depressionsrisiko als arbeitslose Frauen (Frauen: OR=4,1; Männer: OR=8,8).

Der **Migrationshintergrund** war besonders für Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei ein Risikofaktor für die Selbsteinschätzung als depressiv (OR=4,4; Referenzgruppe: Österreicher). In der Gruppe der Pensionisten war dieser Effekt noch stärker (OR=5,7). Das Depressionsrisiko von Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 sowie von Frauen aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei war im Vergleich zu Österreicherinnen rund um das Doppelte erhöht.

Das **Einkommen** zeigte vor allem bei den Frauen deutliche Auswirkungen auf das Depressionsrisiko und hier wiederum besonders in der Gruppe der Pensionistinnen. Unter den erwerbstätigen Frauen war bei den armutsgefährdeten Frauen mit einem Einkommen von weniger als 60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens ein erhöhtes Risiko der Selbsteinschätzung als depressiv zu beobachten (OR=2,3; Referenzgruppe: mehr als 150 % des Medianeinkommens). Bei den Pensionistinnen war das Depressionsrisiko in allen Einkommensgruppen im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe um das Zwei- bis Dreifache erhöht.

Hinsichtlich der **höchsten abgeschlossenen Schulbildung** war die Tendenz einer Erhöhung des Depressionsrisikos mit abnehmendem Bildungsgrad zu beobachten.

Grafik 1.3

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.5

## Aufretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	2,34	1,55 – 3,54	1,03	0,56 – 1,91
60 % – < 80 %	1,62	1,05 – 2,49	1,32	0,73 – 2,39
80 % – < 100 %	1,36	0,88 – 2,10	1,80	1,04 – 3,13
100 % – < 150 %	1,34	0,90 – 1,99	1,25	0,74 – 2,09
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	0,88	0,59 – 1,31	0,82	0,47 – 1,4
Höhere manuelle Tätigkeit	0,88	0,49 – 1,61	0,63	0,35 – 1,13
Landwirtschaft	0,88	0,40 – 1,95	1,03	0,33 – 3,19
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,32	0,96 – 1,81	1,13	0,72 – 1,8
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,03	0,60 – 1,75	0,76	0,39 – 1,46
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	4,09	3,06 – 5,45	8,82	6,01 – 12,95
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,47	1,04 – 2,09	1,73	1,02 – 2,94
Lehre / BMS	0,94	0,71 – 1,24	0,85	0,56 – 1,28
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	0,99	0,60 – 1,62	1,81	1,01 – 3,25
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,96	1,39 – 2,77	0,65	0,30 – 1,38
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	1,97	1,39 – 2,78	4,44	2,93 – 6,75
Sonstige Länder	1,99	1,11 – 3,55	0,43	0,05 – 4,02
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	0,33	0,18 – 0,58	0,12	0,03 – 0,43
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,09	0,80 – 1,5	1,49	0,92 – 2,41
45 bis 54	1,53	1,14 – 2,06	2,53	1,62 – 3,96
55 bis 64	1,52	1,03 – 2,23	2,72	1,58 – 4,68
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,112		0,251	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,103		0,247	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,108		0,248	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,077		0,176	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,108		0,245	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,101		0,216	
Modell ohne Alter	0,093		0,210	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.6

## Aufretenswahrscheinlichkeit von Depressionen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,91	0,96 – 3,79	1,53	0,74 – 3,15
60 % – < 80 %	3,05	1,55 – 6,02	2,14	1,07 – 4,26
80 % – < 100 %	2,49	1,27 – 4,87	0,88	0,42 – 1,85
100 % – < 150 %	2,27	1,18 – 4,37	0,99	0,51 – 1,89
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,10	0,70 – 1,72	1,07	0,58 – 1,99
Lehre / BMS	0,55	0,35 – 0,85	0,72	0,42 – 1,24
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	0,96	0,54 – 1,72	0,81	0,33 – 2,00
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,59	0,98 – 2,57	0,77	0,23 – 2,64
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,70	0,27 – 1,84	5,65	2,75 – 11,6
Sonstige Länder	0,00		13,97	4,16 – 46,89
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	1,03	0,79 – 1,35	1,37	0,94 – 1,99
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,044		0,096	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,031		0,079	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,091		0,091	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,048		0,048	
Modell ohne Alter	0,093		0,093	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.4 Allergien

Allergien sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Im Allgemeinen sind Frauen von Allergien stärker betroffen als Männer. Die Ursachen von Allergien sind nicht eindeutig, eine starke psychosoziale Komponente ist jedoch anzunehmen.

Von allen in die vorliegende Analyse einbezogenen Indikatoren des Gesundheitszustandes erwies sich die Erklärungskraft der Regressionsanalyse für den Indikator Allergie als am schwächsten. Die Messgröße für die Erklärungskraft, das Pseudo-R<sup>2</sup> nach Nagelkerke, wies lediglich eine erklärte Varianz von 4 % bei den Männern und 1 % bei den Frauen aus; dieser Wert sollte mindestens 10 % betragen.

Als stärkster Einflussfaktor auf das Allergierisiko von allen analysierten Merkmalen (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter) erwies sich der **Migrationshintergrund**. Bei Männern aus den EU-Beitrittsstaaten vor 2004 bzw. dem EWR und der Schweiz war das Allergierisiko im Vergleich zu Österreichern um den Faktor 2,3 erhöht. Bei den Frauen zeigte sich bei keinem der Herkunftsländer von Migrantinnen ein signifikanter Effekt auf das Allergierisiko. Der Einfluss des Migrationshintergrunds auf das Allergierisiko wurde besonders in der Gruppe der Pensionistinnen und Pensionisten sichtbar: Bei Pensionistinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei erhöhte sich im Vergleich zu Österreicherinnen das Allergierisiko um den Faktor 5,8. Pensionisten aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 hatten ein um das 2,5-Fache erhöhtes Allergierisiko im Vergleich zu Österreichern.

Was die berufliche Tätigkeit betrifft, war bei in der **Landwirtschaft** arbeitenden Frauen ein reduziertes Allergierisiko im Vergleich zu Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit zu beobachten (OR=0,5).

Mit **zunehmendem Alter** nahm das Allergierisiko ab: Bezogen auf die 25- bis 34-Jährigen war bei den 55- bis 64-jährigen Männern das Allergierisiko um den Faktor 0,6 verringert, bei den gleichaltrigen Frauen betrug der Faktor 0,8.

Das **Einkommen** erwies sich lediglich in der Gruppe der Pensionisten als Einflussfaktor auf das Allergierisiko. Armutsgefährdete Männer mit einem Einkommen unter 60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens hatten ein um das 2,1-Fache höheres Allergierisiko als Männer der höchsten Einkommensklasse (über 150 % des Medianeinkommens).

Die **höchste abgeschlossene Schulbildung** ergab keine signifikanten Effekte auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Allergien.

Grafik 1.4

**Auftretenswahrscheinlichkeit von Allergien bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.7

## Aufretenswahrscheinlichkeit von Allergien bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	0,97	0,78 – 1,21	0,81	0,63 – 1,05
60 % – < 80 %	1,02	0,82 – 1,27	0,96	0,75 – 1,22
80 % – < 100 %	0,87	0,70 – 1,07	0,98	0,78 – 1,23
100 % – < 150 %	0,93	0,78 – 1,12	1,00	0,83 – 1,21
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	0,71	0,57 – 0,88	0,85	0,67 – 1,09
Höhere manuelle Tätigkeit	0,71	0,53 – 0,96	0,93	0,73 – 1,17
Landwirtschaft	0,52	0,32 – 0,84	0,78	0,47 – 1,32
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,90	0,77 – 1,06	1,09	0,90 – 1,33
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,62	0,46 – 0,84	0,86	0,66 – 1,12
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,13	0,89 – 1,44	1,01	0,78 – 1,31
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,17	0,94 – 1,46	0,82	0,62 – 1,07
Lehre/BMS	1,10	0,95 – 1,27	0,72	0,61 – 0,86
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,13	0,88 – 1,44	2,34	1,80 – 3,04
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,82	0,64 – 1,06	0,92	0,66 – 1,27
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,82	0,64 – 1,05	0,71	0,53 – 0,95
Sonstige Länder	1,90	1,29 – 2,80	1,25	0,77 – 2,01
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	1,02	0,81 – 1,27	1,11	0,87 – 1,42
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	0,93	0,79 – 1,10	0,88	0,73 – 1,06
45 bis 54	0,84	0,71 – 0,99	0,64	0,53 – 0,78
55 bis 64	0,80	0,63 – 1,01	0,55	0,42 – 0,70
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,014		0,043	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,013		0,042	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,008		0,041	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,014		0,043	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,014		0,039	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,010		0,028	
Modell ohne Alter	0,012		0,030	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.8

## Aufretenswahrscheinlichkeit von Allergien bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	0,89	0,57 – 1,38	2,14	1,28 – 3,61
60 % – < 80 %	0,90	0,57 – 1,41	1,07	0,61 – 1,89
80 % – < 100 %	1,05	0,69 – 1,61	1,76	1,06 – 2,92
100 % – < 150 %	0,83	0,55 – 1,25	1,03	0,64 – 1,65
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,02	0,69 – 1,50	0,59	0,36 – 0,97
Lehre / BMS	1,17	0,82 – 1,68	0,82	0,56 – 1,21
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	1,75	1,16 – 2,65	0,93	0,49 – 1,77
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,91	1,24 – 2,95	2,47	1,31 – 4,64
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	5,82	3,09 – 10,97	0,84	0,32 – 2,24
Sonstige Länder	0,00	-	0,00	-
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	1,54	1,24 – 1,92	1,18	0,89 – 1,57
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,048		0,036	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,047		0,016	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,031		0,031	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,023		0,023	
Modell ohne Alter	0,034		0,034	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.5 Chronische Kreuzschmerzen

Probleme mit dem Rücken zählen zu den häufigsten Gesundheitsbeschwerden. Sozioökonomische und soziodemographische Einflussfaktoren sind vor allem im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit und dem Alter zu erwarten.

Von allen hier analysierten Merkmalen (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter) erwies sich – unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren – das **Alter** als die stärkste Determinante für das Auftreten von chronischen Kreuzschmerzen. Mit zunehmendem Alter stieg sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Wahrscheinlichkeit chronischer Kreuzschmerzen an. Bei den Männern im Alter von 55 bis 64 Jahren war die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 3,6 erhöht, bei den gleichaltrigen Frauen um den Faktor 2,8; Bezugsgruppe waren die 25- bis 34-Jährigen des jeweils gleichen Geschlechts.

Die **berufliche Tätigkeit** war bei den Männern ein starker Faktor für das Auftreten chronischer Kreuzschmerzen. Männer in der Landwirtschaft hatten ein 2,1-faches Risiko, Männer mit einfachen manuellen Berufstätigkeiten ein 1,9-faches Risiko für chronische Kreuzschmerzen im Vergleich zu Männern, die höhere nicht manuelle Berufstätigkeiten ausübten. Bei selbstständig arbeitenden Frauen war eine Reduktion des Risikos für chronische Kreuzschmerzen im Vergleich zu Frauen mit höheren nicht manuellen Berufstätigkeiten zu beobachten (OR=0,6).

Bei **Arbeitslosigkeit** erhöhte sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Wahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen (Frauen: OR=1,7; Männer: OR=1,8).

Ein statistisch signifikanter Einfluss der **höchsten abgeschlossene Schulbildung** konnte nachgewiesen werden: Erwerbstätige mit Pflichtschulabschluss hatten ein 1,7- (Frauen) bzw. 1,6-faches (Männer) Risiko, an chronischen Kreuzschmerzen zu leiden im Vergleich zu Erwerbstätigen aus der Referenzkategorie „Höhere Schule, Hochschule“. Bei den Pensionisten war der Effekt am deutlichsten (OR=1,8).

Das **Einkommen** und der **Migrationshintergrund** beeinflussten in der Gruppe der Erwerbstätigen (15 bis 64 Jahre) das Risiko für chronische Kreuzschmerzen kaum, beide Determinanten zeigten aber in der Gruppe der Pensionistinnen und Pensionisten deutliche Auswirkungen. Vor allem bei den Männern nahm das Schmerzrisiko mit sinkendem Einkommen zu.

**Männer** mit niedrigem Haushaltseinkommen (unter 60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens), die bereits in Pension waren, hatten eine gegenüber der höchsten Einkommensklasse (über 150 % des Medianeinkommens) um den Faktor 1,8 erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten chronischer Kreuzschmerzen.

Pensionistinnen und Pensionisten aus dem **ehemaligen Jugoslawien** (außerhalb der EU) oder der **Türkei** hatten ein im Vergleich zu pensionierten Personen aus Österreich erhöhtes Risiko für chronische Kreuzschmerzen (Frauen: OR=20,8; Männer: OR=2,4).

Grafik 1.5

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.9

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,00	0,78 – 1,30	1,17	0,89 – 1,53
60 % – < 80 %	1,11	0,86 – 1,44	1,08	0,83 – 1,42
80 % – < 100 %	1,19	0,93 – 1,52	1,00	0,78 – 1,29
100 % – < 150 %	1,08	0,87 – 1,34	1,10	0,89 – 1,37
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,02	0,80 – 1,31	1,93	1,49 – 2,50
Höhere manuelle Tätigkeit	1,05	0,75 – 1,45	1,64	1,27 – 2,11
Landwirtschaft	0,91	0,58 – 1,44	2,14	1,38 – 3,31
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,92	0,76 – 1,12	1,31	1,05 – 1,65
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,57	0,40 – 0,83	1,14	0,84 – 1,53
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,67	1,30 – 2,14	1,79	1,40 – 2,29
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,69	1,32 – 2,16	1,55	1,16 – 2,08
Lehre/BMS	1,61	1,35 – 1,93	1,36	1,11 – 1,67
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,08	0,80 – 1,45	0,87	0,62 – 1,23
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,79	0,59 – 1,06	1,08	0,77 – 1,52
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	1,14	0,87 – 1,48	1,39	1,06 – 1,82
Sonstige Länder	1,23	0,76 – 1,97	0,44	0,19 – 1,00
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	0,68	0,49 – 0,93	0,68	0,47 – 0,97
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,28	1,04 – 1,58	2,25	1,77 – 2,86
45 bis 54	2,01	1,65 – 2,46	2,81	2,23 – 3,54
55 bis 64	2,76	2,15 – 3,55	3,59	2,75 – 4,68
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,067		0,104	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,066		0,103	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,064		0,094	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,063		0,098	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,059		0,100	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,066		0,100	
Modell ohne Alter	0,031		0,047	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.10

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kreuzschmerzen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,38	0,94 – 2,03	1,76	1,18 – 2,64
60 % – < 80 %	1,52	1,03 – 2,24	1,61	1,08 – 2,41
80 % – < 100 %	1,35	0,92 – 1,97	1,62	1,10 – 2,39
100 % – < 150 %	1,19	0,82 – 1,71	1,14	0,80 – 1,62
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,37	0,98 – 1,90	1,75	1,21 – 2,54
Lehre / BMS	1,01	0,74 – 1,37	1,47	1,08 – 2,01
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	0,84	0,57 – 1,25	0,75	0,46 – 1,23
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,44	0,97 – 2,14	1,27	0,71 – 2,27
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	20,81	6,36 – 68,14	2,35	1,23 – 4,49
Sonstige Länder	0,12	0,01 – 1,93	0,44	0,11 – 1,78
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	0,73	0,60 – 0,87	1,21	0,98 – 1,50
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,068		0,048	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,065		0,036	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,040		0,040	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,039		0,039	
Modell ohne Alter	0,045		0,045	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.6 Chronische Nackenschmerzen

Nackenschmerzen sind sehr weit verbreitet. Ausgelöst werden sie unter anderem durch chronischen Stress, Haltungsfehler und Arbeitsbelastungen. Bei älteren Menschen können Nackenschmerzen in Zusammenhang mit Wirbel- oder Bandscheibenschäden infolge altersbedingter Abnutzung entstehen.

Das **Alter** war unter allen hier analysierten Merkmalen (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter; unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren) sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stärkster Einflussfaktor auf das Risiko, an chronischen Nackenschmerzen zu leiden. Erwerbstätige Männer im Alter von 55 bis 64 Jahren hatten im Vergleich zu jüngeren Männern (25 bis 34 Jahre) ein 4,3-faches Erkrankungsrisiko, bei gleichaltrigen Frauen betrug dieser Faktor 2,6.

Bei **arbeitslosen Männern** war das Risiko für chronischen Nackenschmerzen im Vergleich zu erwerbstätigen Männern mehr als verdoppelt (OR=2,1), arbeitslose Frauen hatten ein um das 1,4-fache erhöhtes Risiko im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen.

Die **höchste abgeschlossene Schulbildung** hatte sowohl bei den männlichen Erwerbstätigen als auch bei den Pensionisten deutliche Effekte auf das Schmerzrisiko. Bei erwerbstätigen Männern verdoppelte sich das Risiko von Pflichtschulabsolventen für chronische Nackenschmerzen im Vergleich zu Absolventen von höheren Schulen und Hochschulen, während dieser Faktor bei pensionierten Männern 1,8 betrug. Bei den Frauen zeigte die höchste abgeschlossene Schulbildung keine signifikanten Auswirkungen auf das Nackenschmerz-Risiko.

Das **Einkommen** zeigte bei den Erwerbstätigen keine signifikanten Effekte, wirkte sich jedoch bei den bereits Pensionierten aus, und zwar bei den Frauen stärker als bei den Männern. Pensionistinnen mit einem Einkommen von weniger als 60 % des Äquivalenzeinkommens hatten ein doppelt so hohes Risiko (OR=2,1) für chronische Nackenschmerzen wie Pensionistinnen der höchsten Einkommensstufe (mehr als 150 % des Medianeinkommens).

Der **Migrationshintergrund** zeigte vor allem für die Gruppe der Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder aus der Türkei Auswirkungen auf das Nackenschmerz-Risiko. Bei den berufstätigen Männern dieser Herkunftsländer war dieses Risiko im Vergleich zu Österreichern um das 1,7-fache erhöht. Bei den pensionierten Frauen mit dieser Herkunft betrug das Risiko für chronische Nackenschmerzen sogar das 7,5-fache im Vergleich zu österreichischen Pensionistinnen.

Für die **(frühere) berufliche Tätigkeit** waren keine signifikanten Auswirkungen auf das Risiko für Nackenschmerz zu beobachten.

Grafik 1.6

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Nackenschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.11

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Nackenschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,13	0,89 – 1,44	1,12	0,82 – 1,54
60 % – < 80 %	0,95	0,74 – 1,21	1,05	0,76 – 1,45
80 % – < 100 %	1,02	0,80 – 1,28	0,74	0,54 – 1,02
100 % – < 150 %	0,96	0,78 – 1,18	1,09	0,85 – 1,42
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	0,86	0,68 – 1,10	1,18	0,87 – 1,60
Höhere manuelle Tätigkeit	1,04	0,75 – 1,43	0,92	0,68 – 1,25
Landwirtschaft	0,83	0,53 – 1,31	1,27	0,75 – 2,14
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,94	0,78 – 1,12	0,99	0,75 – 1,29
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,79	0,58 – 1,09	0,74	0,51 – 1,06
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,42	1,10 – 1,83	2,14	1,62 – 2,83
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	0,84	0,65 – 1,07	2,05	1,47 – 2,87
Lehre/BMS	1,10	0,93 – 1,30	1,47	1,15 – 1,89
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	0,73	0,54 – 0,99	0,92	0,60 – 1,39
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,00	0,76 – 1,31	1,27	0,85 – 1,90
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	1,37	1,06 – 1,78	1,69	1,23 – 2,31
Sonstige Länder	1,08	0,67 – 1,72	1,53	0,77 – 3,05
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	0,58	0,42 – 0,81	0,93	0,59 – 1,48
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,38	1,13 – 1,69	2,52	1,83 – 3,46
45 bis 54	2,24	1,85 – 2,72	4,01	2,97 – 5,42
55 bis 64	2,60	2,04 – 3,33	4,31	3,06 – 6,07
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,052		0,102	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,051		0,098	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,051		0,099	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,050		0,092	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,050		0,095	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,049		0,097	
Modell ohne Alter	0,008		0,045	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.12

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Nackenschmerzen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95-%-KI	OR	95-%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	2,09	1,37 – 3,19	1,66	1,03 – 2,67
60 % – < 80 %	1,88	1,22 – 2,90	1,54	0,96 – 2,49
80 % – < 100 %	1,50	0,98 – 2,29	1,60	1,01 – 2,55
100 % – < 150 %	1,27	0,84 – 1,92	1,12	0,73 – 1,73
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,21	0,84 – 1,75	1,82	1,17 – 2,83
Lehre / BMS	1,12	0,79 – 1,58	1,64	1,12 – 2,41
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	0,51	0,32 – 0,83	0,43	0,21 – 0,87
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,73	0,47 – 1,15	1,62	0,87 – 3,04
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	7,53	3,65 – 15,56	0,58	0,25 – 1,31
Sonstige Länder	0,58	0,10 – 3,27	3,51	1,08 – 11,35
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	1,16	0,95 – 1,41	0,98	0,76 – 1,25
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,053		0,039	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,041		0,031	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,032		0,032	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,025		0,025	
Modell ohne Alter	0,039		0,039	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95-%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.7 Chronische Kopfschmerzen

Kopfschmerzen sind ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem. Häufige und starke Kopfschmerzen schränken die Lebensqualität der Betroffenen erheblich ein. Beim überwiegenden Teil der Kopfschmerzen ist die Ursache unklar, daher werden diese als eigenständige Krankheiten klassifiziert. Dazu zählen unter anderem Migräne, Spannungskopfschmerz und Cluster-Kopfschmerz. Kopfschmerzen können aber auch als Folgeerscheinung unterschiedlicher Erkrankungen auftreten, vor allem von Beeinträchtigungen im Kopf- und Halsbereich oder von Infektionen.

Unter allen hier analysierten Merkmalen (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter; unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren) erwies sich die **Arbeitslosigkeit** als einer der stärksten Einflussfaktoren auf das Risiko für chronische Kopfschmerzen. Im Vergleich zu erwerbstätigen Männern und Frauen war bei arbeitslosen Männern das Risiko um das 2,1-Fache, bei arbeitslosen Frauen um das 2,7-Fache erhöht.

Der **Migrationshintergrund** beeinflusste das Risiko für chronische Kopfschmerzen stark: Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei hatten im Vergleich zu österreichischen Männern ein um den Faktor 2,3 erhöhtes Kopfschmerz-Risiko, bei den Frauen betrug dieser Faktor 2,4. Bei pensionierten Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei war das Kopfschmerz-Risiko im Vergleich zu österreichischen Pensionistinnen sogar um das 6,1-Fache erhöht. Auch die erwerbstätigen Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 wiesen ein erhöhtes Risiko für Kopfschmerzen auf (Frauen: OR=1,6; Männer: OR=1,9).

Während die **höchste abgeschlossene Schulbildung** bei Erwerbstätigen nur moderate Auswirkungen auf das Risiko für Kopfschmerzen zeigte, war der Einfluss der Schulbildung in der Gruppe der Pensionistinnen und Pensionisten deutlicher, und zwar besonders bei den Männern. Pensionierte Männer mit Pflichtschulbildung hatten ein 3,6-mal so hohes Risiko wie pensionierte Männer mit höherer oder Hochschulbildung. Bei den Frauen betrug der entsprechende Faktor 1,6.

Das **Einkommen** spielte bei den erwerbstätigen Männern sowie bei den Pensionierten beiderlei Geschlechts eine Rolle hinsichtlich des Risikos für Kopfschmerzen. Erwerbstätige Männer in den beiden unteren Einkommensgruppen (unter 60 % bzw. von 60 % bis unter 80 % des Medianeinkommens) hatten ein rund doppelt so hohes Kopfschmerz-Risiko wie Männer der höchsten Einkommensgruppe (mehr als 150 % des Medianeinkommens). Des Weiteren hatten Pensionistinnen der Einkommensgruppe von 60 % bis unter 80 % des Medianeinkommens ein sechsfaches Risiko für Kopfschmerzen.

Das **Alter** hatte nur geringen Einfluss auf das Risiko für Kopfschmerzen.

Grafik 1.7

### Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kopfschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.13

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kopfschmerzen bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	0,99	0,71 – 1,38	1,72	1,00 – 2,97
60 % – < 80 %	1,35	0,97 – 1,87	1,98	1,15 – 3,41
80 % – < 100 %	0,90	0,64 – 1,26	1,07	0,60 – 1,90
100 % – < 150 %	0,74	0,55 – 1,01	0,99	0,59 – 1,68
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,12	0,82 – 1,55	1,50	0,89 – 2,51
Höhere manuelle Tätigkeit	0,71	0,44 – 1,16	0,91	0,52 – 1,59
Landwirtschaft	0,52	0,22 – 1,22	0,82	0,26 – 2,58
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,96	0,74 – 1,25	0,79	0,47 – 1,33
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,43	0,23 – 0,78	1,50	0,83 – 2,72
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	2,73	2,09 – 3,57	2,11	1,42 – 3,14
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,71	1,26 – 2,32	1,47	0,85 – 2,52
Lehre/BMS	1,37	1,09 – 1,74	1,43	0,93 – 2,21
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,33	0,90 – 1,95	0,85	0,40 – 1,82
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,57	1,15 – 2,14	1,88	1,07 – 3,32
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	2,37	1,80 – 3,12	2,33	1,53 – 3,56
Sonstige Länder	1,54	0,89 – 2,67	4,55	2,31 – 8,95
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	1,18	0,86 – 1,62	1,53	0,93 – 2,51
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,11	0,87 – 1,43	0,91	0,58 – 1,43
45 bis 54	0,75	0,57 – 0,97	1,37	0,91 – 2,07
55 bis 64	0,88	0,62 – 1,26	0,77	0,41 – 1,43
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,090		0,098	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,083		0,088	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,084		0,089	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,072		0,089	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,085		0,095	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,076		0,077	
Modell ohne Alter	0,085		0,091	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.14

**Auftretenswahrscheinlichkeit von chronischen Kopfschmerzen bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	3,79	1,18 – 12,18	1,69	0,51 – 5,58
60 % – < 80 %	6,01	1,87 – 19,25	1,27	0,37 – 4,32
80 % – < 100 %	5,32	1,69 – 16,77	1,06	0,30 – 3,69
100 % – < 150 %	1,95	0,60 – 6,40	0,95	0,30 – 3,06
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,55	0,78 – 3,08	3,62	0,81 – 16,16
Lehre / BMS	0,73	0,36 – 1,47	3,14	0,78 – 12,58
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	0,86	0,36 – 2,03	0,32	0,03 – 3,41
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,82	0,97 – 3,40	-	-
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	6,09	3,03 – 12,25	1,53	0,38 – 6,25
Sonstige Länder	-	-	-	-
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	1,82	1,27 – 2,61	1,80	0,95 – 3,40
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,109		0,052	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,079		0,046	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,041		0,041	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,039		0,039	
Modell ohne Alter	0,042		0,042	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.8 Starkes Übergewicht (Adipositas)

Starkes Übergewicht ist ein ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem, da es zu schweren Folgeerkrankungen führen kann. Die Hauptursache der Adipositas ist ein ungesunder Lebensstil, welcher von sozioökonomischen, soziodemographischen und psychosozialen Faktoren beeinflusst wird.

Von den in das vorliegende Regressionsmodell einbezogenen demographischen und sozioökonomischen Determinanten beeinflussten – unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren – die **höchste abgeschlossene Schulbildung** und der **Lebensunterhalt** die Auftretenswahrscheinlichkeit von Adipositas bei beiden Geschlechtern stark. Einflüsse des **Einkommens** oder der **beruflichen Tätigkeit** zeigten sich nur bei den Frauen.

Das im Vergleich zu Personen mit höherer oder Hochschulbildung höchste Risiko für eine Adipositas hatten Frauen (OR=2,6) und Männer (OR=2,2) mit **Pflichtschulbildung**. Aber auch bei Frauen (OR=2,2) und Männern (OR=2,1) mit Lehrabschluss als höchster Schulbildung war die Wahrscheinlichkeit für starkes Übergewicht im Vergleich zu Personen mit höherer oder Hochschulbildung mehr als verdoppelt. In der Gruppe der **Pensionistinnen und Pensionisten** zeigte sich lediglich bei den Frauen ein signifikanter Bildungseffekt (Pflichtschulabsolventinnen: OR=2,1; Frauen mit Lehrabschluss: OR=1,7).

**Arbeitslosigkeit** war besonders für Frauen eine starke Determinante für das Auftreten von Adipositas: Arbeitslose Frauen hatten im Vergleich zu erwerbstätigen oder karenzierten Frauen ein um das 2,8-Fache erhöhtes Risiko für Adipositas. Bei arbeitslosen Männern war das Adipositas-Risiko im Vergleich zu erwerbstätigen Männern um das 1,5-Fache erhöht.

Die Wahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht variierte zwischen den unterschiedlichen **Einkommensgruppen** (dargestellt als Abweichung vom Median des Äquivalenzeinkommens). Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe (über 150 % des Medianeinkommens) war das Risiko von Frauen der zweithöchsten Einkommensgruppe (100 % bis 150 % des Medianeinkommens) um das 1,8-Fache erhöht. Aber auch das Adipositasrisiko der einkommensschwächeren Frauen (60 % bis 80 % des Medianeinkommens) war erhöht (OR=1,5). Bei den Männern zeigte sich hinsichtlich des Einkommens kein signifikanter Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit von starkem Übergewicht.

Wie schon beim Einkommen waren die Einflüsse der **Art der beruflichen Tätigkeit** auf das Adipositasrisiko nur bei den Frauen zu beobachten. Besonders Frauen in der Landwirtschaft hatten ein im Vergleich zu Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit erhöhtes Adipositasrisiko (OR=1,8). Zudem hatten Frauen mit einfacher manueller Tätigkeit ein höheres Risiko als Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit (OR=1,5).

Der Einfluss des **Migrationshintergrunds** auf die Wahrscheinlichkeit starken Übergewichts erwies sich für Männer und Frauen als unterschiedlich: Während im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung gleichen Geschlechts das Adipositasrisiko der Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei erhöht war (OR=1,5), war bei den Frauen gleicher Herkunft das Risiko verringert (OR=0,5).

Mit zunehmendem **Alter** stieg die Wahrscheinlichkeit starken Übergewichts kontinuierlich an: Sowohl bei den Männern (OR=1,6) als auch bei den Frauen (OR=2,0) im Alter von 55 bis 64 Jahren war das Adipositasrisiko im Vergleich zur Referenzgruppe (25 bis 34 Jahre) deutlich erhöht. Bei den **Pensionistinnen und Pensionisten** war vor allem bei den Männern eine Zunahme des Adipositasrisikos bei ab 70-Jährigen zu beobachten (OR=1,7; Referenzgruppe: 55- bis 69-Jährige).

Grafik 1.8

**Auftretenswahrscheinlichkeit starken Übergewichts bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.15

## Aufretenswahrscheinlichkeit starken Übergewichts bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,38	0,96 – 1,99	0,88	0,65 – 1,19
60 % – < 80 %	1,51	1,05 – 2,18	0,91	0,67 – 1,23
80 % – < 100 %	1,42	0,98 – 2,04	1,19	0,91 – 1,56
100 % – < 150 %	1,82	1,32 – 2,52	1,06	0,84 – 1,35
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,45	1,04 – 2,02	1,19	0,90 – 1,57
Höhere manuelle Tätigkeit	1,34	0,87 – 2,07	0,84	0,63 – 1,11
Landwirtschaft	1,80	1,06 – 3,06	0,92	0,54 – 1,58
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,21	0,92 – 1,59	1,01	0,79 – 1,29
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,88	0,54 – 1,45	1,13	0,82 – 1,55
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	2,76	2,09 – 3,66	1,52	1,15 – 2,01
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	2,62	1,88 – 3,63	2,23	1,61 – 3,08
Lehre/BMS	2,24	1,73 – 2,89	2,11	1,67 – 2,66
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,12	0,76 – 1,66	0,44	0,27 – 0,72
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,24	0,89 – 1,72	0,90	0,60 – 1,35
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,46	0,30 – 0,71	1,49	1,12 – 1,98
Sonstige Länder	0,51	0,23 – 1,13	1,07	0,55 – 2,07
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	0,66	0,43 – 0,99	0,67	0,47 – 0,94
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,11	0,84 – 1,47	0,95	0,74 – 1,23
45 bis 54	1,50	1,16 – 1,95	1,38	1,10 – 1,74
55 bis 64	1,98	1,44 – 2,74	1,61	1,21 – 2,12
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,094		0,055	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,088		0,053	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,090		0,053	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,077		0,052	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,076		0,039	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,086		0,047	
Modell ohne Alter	0,080		0,042	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.16

## Aufretenswahrscheinlichkeit starken Übergewichts bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,79	1,07 – 2,99	2,39	1,43 – 4,00
60 % – < 80 %	1,55	0,91 – 2,62	2,12	1,26 – 3,54
80 % – < 100 %	1,65	0,99 – 2,75	1,89	1,14 – 3,15
100 % – < 150 %	1,68	1,02 – 2,77	2,37	1,50 – 3,74
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	2,10	1,33 – 3,29	1,45	0,95 – 2,21
Lehre / BMS	1,67	1,08 – 2,57	1,04	0,73 – 1,49
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	1,03	0,65 – 1,65	0,73	0,40 – 1,33
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,86	0,52 – 1,43	0,71	0,33 – 1,53
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	1,07	0,51 – 2,22	2,11	1,10 – 4,04
Sonstige Länder	1,78	0,36 – 8,74	2,98	0,92 – 9,61
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	1,11	0,89 – 1,38	1,71	1,33 – 2,18
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,020		0,057	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,015		0,041	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,052		0,052	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,047		0,047	
Modell ohne Alter	0,040		0,040	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.9 Tägliches Rauchen

Das tägliche Rauchen ist ein weit verbreitetes gesundheitsschädigendes Verhalten. Die hier analysierten demographischen und sozioökonomischen Determinanten können nur einen Ausschnitt aus dem breiten Spektrum relevanter Einflussgrößen auf das Rauchverhalten berücksichtigen.

Das Regressionsmodell unter Einschluss der demographischen und sozioökonomischen Determinanten Einkommen, Art der beruflichen Tätigkeit, Lebensunterhalt, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund und Alter ergab folgendes Bild des Erklärungsgehalts der einzelnen Variablen unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren:

Den deutlichsten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, hatte in der Gruppe der Erwerbstätigen die **höchste abgeschlossene Schulbildung**. Das im Vergleich zu Personen mit höherer oder Hochschulbildung am stärksten erhöhte Risiko, täglich zu rauchen, hatten Frauen (OR=4,1) und Männer (OR=3,1) mit Pflichtschulbildung. Aber auch bei Frauen (OR=2,9) und Männern (OR=2,1) mit Lehrabschluss als höchster Schulbildung war die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, im Vergleich zu Personen mit höherer oder Hochschulbildung deutlich größer.

Nicht nur bei den Erwerbstätigen, sondern auch bei den **Pensionistinnen und Pensionisten** erwies sich die höchste abgeschlossene Schulbildung als starke Determinante für das tägliche Rauchen. Besonders bei den Pensionistinnen war die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens stark erhöht, nämlich um das 4,9-Fache bei den Pflichtschulabsolventinnen und um das 4,6-Fache bei den Frauen mit Lehrabschluss, jeweils im Vergleich zu Frauen mit höherer oder Hochschulbildung.

Eine rund doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens wie bei den Erwerbstätigen (einschließlich Personen in Karenz) war bei **Arbeitslosigkeit** zu beobachten (Frauen: OR=1,9; Männer: OR=2,4).

Der **Migrationshintergrund** erwies sich vor allem bei Frauen aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten sowie bei jenen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei als Determinante für eine höhere Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens: Frauen aus den seit 2004 zur EU gehörigen Ländern hatten eine im Vergleich zu Österreicherinnen um das 2,2-Fache erhöhte Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei war die Wahrscheinlichkeit um das 1,9-Fache erhöht.

Besonders deutlich war der Effekt des Migrationshintergrunds auf das Rauchverhalten bei den **Pensionistinnen**: jene aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei hatten im Vergleich zu Österreicherinnen eine 8,3-mal so hohe Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen. Aber auch bei pensionierten Männern mit einem Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien (nicht-EU) oder der Türkei war die Wahrscheinlichkeit des täglichen Rauchens im Vergleich zu österreichischen Pensionisten um das 2,6-Fache erhöht.

Eine Verdoppelung der Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen zeigte sich für Männer, deren **berufliche Tätigkeit** einfache manuelle Arbeiten umfasste (OR=1,9) im Vergleich zu Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit. Auch Männer mit höherer manueller Tätigkeit hatten im Vergleich zu Männern mit höherer nicht manueller Tätigkeit eine um das 1,6-Fache erhöhte Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens. Bei Männern mit selbstständiger Tätigkeit war diese Wahrscheinlichkeit um das 1,6-Fache erhöht. Bei Frauen in der Landwirtschaft war die Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens im Vergleich zu Frauen mit höherer nicht manueller Tätigkeit deutlich reduziert (OR=0,2).

Grafik 1.9

**Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.17

## Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,12	0,89 – 1,41	0,84	0,67 – 1,06
60 % – < 80 %	1,27	1,01 – 1,61	0,76	0,60 – 0,96
80 % – < 100 %	0,88	0,70 – 1,11	0,95	0,77 – 1,18
100 % – < 150 %	1,02	0,83 – 1,25	0,99	0,82 – 1,19
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,15	0,92 – 1,45	1,94	1,55 – 2,42
Höhere manuelle Tätigkeit	0,97	0,71 – 1,31	1,58	1,27 – 1,96
Landwirtschaft	0,22	0,12 – 0,43	0,81	0,51 – 1,29
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	0,98	0,82 – 1,18	1,19	0,98 – 1,45
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,34	0,99 – 1,81	1,56	1,21 – 2,00
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,87	1,48 – 2,37	2,37	1,89 – 2,96
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	4,07	3,26 – 5,08	3,09	2,40 – 3,96
Lehre/BMS	2,86	2,42 – 3,37	2,14	1,80 – 2,55
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	0,84	0,63 – 1,12	1,03	0,78 – 1,37
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	2,18	1,73 – 2,74	1,13	0,84 – 1,51
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	1,88	1,50 – 2,35	1,16	0,92 – 1,47
Sonstige Länder	0,21	0,10 – 0,44	0,60	0,35 – 1,01
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	1,10	0,88 – 1,38	0,89	0,71 – 1,13
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	0,82	0,69 – 0,98	0,90	0,75 – 1,08
45 bis 54	0,69	0,58 – 0,82	0,78	0,65 – 0,93
55 bis 64	0,58	0,45 – 0,74	0,53	0,42 – 0,68
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,156		0,116	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,153		0,114	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,146		0,102	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,150		0,101	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,106		0,089	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,132		0,114	
Modell ohne Alter	0,148		0,108	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.18

## Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	0,40	0,23 – 0,72	0,54	0,28 – 1,02
60 % – < 80 %	0,71	0,41 – 1,24	0,77	0,43 – 1,38
80 % – < 100 %	0,68	0,40 – 1,17	1,15	0,67 – 1,97
100 % – < 150 %	0,56	0,33 – 0,94	1,00	0,62 – 1,62
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	4,89	2,35 – 10,2	0,91	0,50 – 1,65
Lehre / BMS	4,64	2,28 – 9,42	1,41	0,90 – 2,22
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	1,31	0,69 – 2,50	0,94	0,46 – 1,94
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,49	0,18 – 1,36	0,89	0,33 – 2,38
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	8,28	4,13 – 16,57	2,61	1,16 – 5,88
Sonstige Länder	2,43	0,25 – 23,81	-	-
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	0,19	0,13 – 0,26	0,39	0,28 – 0,54
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,177		0,066	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,166		0,056	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,060		0,060	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,058		0,058	
Modell ohne Alter	0,026		0,026	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.10 Körperliche Inaktivität in der Freizeit

Ein zentrales Element der Gesundheitsförderung ist die körperliche Aktivität. In vielen Empfehlungen von Gesundheitsexpertinnen und -experten wird sie als unverzichtbar für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie der Vermeidung von Krankheiten gesehen. Von der WHO gibt es für die 18- bis 64-jährige Bevölkerung die Empfehlungen, mindestens 150 Minuten mäßig intensive Bewegung pro Woche (HEPA-Empfehlung) sowie Training zum Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen pro Woche (MSPA-Empfehlung) auszuführen. Als körperliche Inaktivität gilt demnach das Unterschreiten beider Richtwerte.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse aller hier analysierten Merkmale (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter; unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren) zeigte kein schlüssiges Bild der Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit, körperliche Aktivitäten auszuüben.

Männer und Frauen mit einer **beruflichen Tätigkeit** in der Landwirtschaft wiesen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität auf (Frauen: OR=1,7; Männer: OR=2,5). Bei Frauen in der Landwirtschaft war der Effekt jedoch nicht signifikant.

Personen mit einem Pflichtschulabschluss als **höchster abgeschlossener Schulbildung** wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit für körperliche Inaktivität auf (Frauen: OR=1,7; Männer: OR=2,1) als Personen mit abgeschlossener höherer Schule oder Hochschule. Dieser Effekt war sowohl für Erwerbstätige als auch für Pensionierte zu beobachten.

Personen mit einem **Einkommen** der untersten Einkommensstufe hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich körperlich nicht ausreichend zu bewegen (Frauen: OR=1,3; Männer: OR=1,6) als Personen der obersten Einkommensgruppe (über 150 % des Medianeinkommens).

In der Gruppe der **erwerbstätigen Migrantinnen** war für Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (OR=1,5) und für jene aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei (OR=1,3) die Wahrscheinlichkeit körperlicher Aktivität im Vergleich zu österreichischen Frauen verringert. Bei den erwerbstätigen Männern zeigte sich kein signifikanter Effekt bzw. die Tendenz zu einer höheren Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität im Vergleich zu österreichischen Männern. Ein etwas anderes Bild zeigten die Analysen für pensionierte Personen mit Migrationshintergrund: Pensionierte Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei hatten eine deutlich reduzierte Wahrscheinlichkeit körperlicher Bewegung (OR=11,0), ebenso wie die Frauen dieser Herkunftsländer (OR=2,1).

Hinsichtlich des **Alters** zeigte sich bei den Männern in den höheren Altersgruppen eine verringerte Wahrscheinlichkeit körperlicher Bewegung im Vergleich zur Referenzgruppe der 25- bis 34-jährigen Männer (OR zwischen 1,5 und 1,7). Hingegen war bei den Frauen in den höheren Altersgruppen eine Tendenz der mit dem Alter steigenden Wahrscheinlichkeit körperlicher Bewegung im Vergleich zu den 25- bis 34-jährigen Frauen zu beobachten (OR zwischen 0,6 und 0,8).

Der **Lebensunterhalt** bzw. die Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit körperlicher Inaktivität.

Grafik 1.10

**Wahrscheinlichkeit von körperlicher Inaktivität in der Freizeit (jemals) bei Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.19

**Wahrscheinlichkeit von körperlicher Inaktivität in der Freizeit bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,29	1,01 – 1,65	1,64	1,28 – 2,10
60 % – < 80 %	1,17	0,92 – 1,49	1,13	0,89 – 1,43
80 % – < 100 %	1,07	0,86 – 1,34	1,40	1,12 – 1,74
100 % – < 150 %	1,21	1,00 – 1,47	1,15	0,96 – 1,38
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,28	0,99 – 1,64	1,15	0,90 – 1,46
Höhere manuelle Tätigkeit	0,82	0,60 – 1,11	1,28	1,01 – 1,62
Landwirtschaft	1,69	0,98 – 2,89	2,45	1,33 – 4,51
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,05	0,88 – 1,25	0,98	0,81 – 1,19
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	0,96	0,71 – 1,29	1,06	0,82 – 1,37
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	1,14	0,85 – 1,53	0,97	0,75 – 1,25
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,68	1,30 – 2,16	2,09	1,58 – 2,77
Lehre/BMS	1,30	1,11 – 1,52	1,31	1,11 – 1,55
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,14	0,86 – 1,50	0,69	0,53 – 0,91
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,47	1,09 – 1,98	0,91	0,66 – 1,24
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	1,34	1,00 – 1,79	0,95	0,73 – 1,23
Sonstige Länder	0,93	0,59 – 1,47	0,62	0,39 – 0,98
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	0,45	0,35 – 0,58	0,38	0,30 – 0,48
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	0,83	0,68 – 1,01	1,66	1,36 – 2,01
45 bis 54	0,68	0,57 – 0,83	1,63	1,35 – 1,97
55 bis 64	0,58	0,45 – 0,75	1,51	1,19 – 1,91
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,036		0,081	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,035		0,076	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,033		0,077	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,036		0,081	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,031		0,073	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,033		0,078	
Modell ohne Alter	0,022		0,027	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.20

**Wahrscheinlichkeit von körperlicher Inaktivität in der Freizeit bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95-%-KI	OR	95-%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,39	0,91 – 2,12	1,42	0,93 – 2,18
60 % – < 80 %	1,09	0,71 – 1,68	1,56	1,02 – 2,38
80 % – < 100 %	1,19	0,79 – 1,79	1,12	0,76 – 1,65
100 % – < 150 %	1,24	0,84 – 1,83	1,20	0,85 – 1,68
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,74	1,22 – 2,48	1,61	1,09 – 2,39
Lehre / BMS	1,84	1,33 – 2,55	1,21	0,90 – 1,63
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	0,75	0,49 – 1,14	1,28	0,77 – 2,13
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,94	0,59 – 1,50	2,05	0,97 – 4,34
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	2,12	0,82 – 5,46	11,02	1,67 – 72,52
Sonstige Länder	0,14	0,03 – 0,63	1,92	0,37 – 10,04
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	0,81	0,65 – 1,01	1,05	0,83 – 1,32
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,027		0,036	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,025		0,031	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,031		0,031	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,020		0,020	
Modell ohne Alter	0,036		0,036	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95-%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.11 Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen

Die Notwendigkeit von Impfungen wird in Österreich kontrovers diskutiert. Umfassende objektive Daten zur Durchimpfungsrate sind in Österreich nicht vorhanden.

Der **Migrationshintergrund** erwies sich als stärkster Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit eines fehlenden Impfschutzes unter allen hier analysierten Merkmalen (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter; unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren). Im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit eines mangelnden Impfschutzes bei Männern aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 um das 5,6-Fache (Frauen: OR=3,5), bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei um das 4,2-Fache (Frauen: OR=2,6) und bei Männern aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz um den Faktor 2,2 (Frauen: OR=1,5).

Eine weitere starke Determinante für einen mangelnden Impfschutz war das **Einkommen**, vor allem bei den Frauen. Bei Frauen stieg in den drei untersten Einkommensstufen im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe (ab 150 % des Medianeinkommens) das Risiko eines fehlenden Impfschutzes auf rund das Doppelte, bei Männern trat dieser Effekt lediglich in der untersten Einkommensstufe auf (unter 60 % des Medianeinkommens).

**Arbeitslose Männer** hatten im Vergleich zu berufstätigen Männern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines fehlenden Impfschutzes (OR=1,7), bei arbeitslosen Frauen war kein signifikanter Effekt zu beobachten.

Mit zunehmendem **Alter** war bei den Männern ein Anstieg der Wahrscheinlichkeit für einen fehlenden Impfschutz zu beobachten: 55- bis 64-jährige Männer hatten ein um den Faktor 1,7 erhöhtes Risiko, bei 45- bis 54-jährigen Männern betrug dieser Faktor 1,5.

Die **berufliche Tätigkeit** und die **höchste abgeschlossene Schulbildung** erwiesen sich in nur geringem Ausmaß als Determinanten für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines fehlenden Impfschutzes.

Grafik 1.11

**Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.21

## Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	2,12	1,51 – 2,97	2,18	1,57 – 3,02
60 % – < 80 %	2,41	1,72 – 3,39	1,16	0,82 – 1,65
80 % – < 100 %	2,09	1,50 – 2,92	1,61	1,18 – 2,22
100 % – < 150 %	1,46	1,07 – 2,01	0,84	0,62 – 1,14
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	1,87	1,39 – 2,53	1,00	0,72 – 1,40
Höhere manuelle Tätigkeit	1,49	0,98 – 2,26	1,05	0,75 – 1,47
Landwirtschaft	0,60	0,26 – 1,37	0,94	0,47 – 1,89
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,09	0,84 – 1,41	1,11	0,83 – 1,48
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	2,45	1,72 – 3,50	1,41	1,00 – 2,00
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	0,93	0,68 – 1,27	1,74	1,33 – 2,29
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	0,75	0,57 – 1,00	1,51	1,10 – 2,09
Lehre/BMS	0,91	0,74 – 1,13	0,80	0,62 – 1,02
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,53	1,09 – 2,13	2,16	1,52 – 3,08
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	3,50	2,71 – 4,52	5,64	4,14 – 7,69
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	2,62	2,01 – 3,42	4,16	3,16 – 5,48
Sonstige Länder	1,82	1,09 – 3,02	2,96	1,76 – 5,00
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	1,13	0,84 – 1,53	0,97	0,67 – 1,39
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,01	0,80 – 1,28	1,32	1,00 – 1,73
45 bis 54	0,91	0,71 – 1,15	1,51	1,15 – 1,97
55 bis 64	1,20	0,88 – 1,65	1,66	1,19 – 2,31
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,097		0,163	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,085		0,145	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,080		0,161	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,097		0,158	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,095		0,155	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,059		0,097	
Modell ohne Alter	0,095		0,157	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.22

**Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,04	0,66 – 1,65	1,27	0,78 – 2,06
60 % – < 80 %	1,08	0,67 – 1,73	1,24	0,77 – 2,01
80 % – < 100 %	1,23	0,78 – 1,94	0,77	0,47 – 1,27
100 % – < 150 %	0,79	0,50 – 1,24	1,02	0,67 – 1,56
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,82	1,19 – 2,78	1,31	0,84 – 2,04
Lehre / BMS	1,29	0,86 – 1,94	1,21	0,83 – 1,75
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	2,25	1,51 – 3,37	2,02	1,24 – 3,30
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	0,75	0,45 – 1,28	3,56	2,01 – 6,32
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	2,58	1,37 – 4,85	0,86	0,36 – 2,08
Sonstige Länder	1,58	0,30 – 8,19	0,78	0,16 – 3,81
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	0,81	0,65 – 1,01	0,67	0,52 – 0,88
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,042		0,041	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,036		0,035	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,040		0,040	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,018		0,018	
Modell ohne Alter	0,033		0,033	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## 8.12 Geringe soziale Unterstützung

Das gesundheitsfördernde Potenzial der sozialen Unterstützung durch das persönliche Umfeld – Familie, Freunde, Bekannte – ist seit Langem bekannt.

Unter allen in der vorliegenden Regressionsanalyse inkludierten Merkmale (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter; unter Konstanthaltung der jeweils anderen Einflussfaktoren) erwies sich der **Migrationshintergrund** als stärkster Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung durch die persönliche Umgebung. Bei Frauen mit Migrationshintergrund waren die Effekte größer als bei den Männern: Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei hatten im Vergleich zu österreichischen Frauen eine 5,9-fache Wahrscheinlichkeit, geringe soziale Unterstützung zu erhalten (Männer: OR=2,3). Bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 betrug dieser Faktor 5,1 (Männer: OR=4,9).

Die **berufliche Tätigkeit** erwies sich vor allem bei den Frauen als wesentlicher Faktor für den Erhalt von geringer sozialer Unterstützung: Je niedriger das berufliche Niveau, umso geringer wurde die Wahrscheinlichkeit sozialer Unterstützung. Frauen mit einfachen manuellen Berufstätigkeiten hatten im Vergleich zu Frauen mit höheren nicht manuellen Tätigkeiten eine um den Faktor 2,51 erhöhte Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung.

Mit zunehmendem **Alter** nahm bei den Männern die Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung zu, während sie bei den Frauen abnahm. Männer im Alter von 55 bis 64 Jahren hatten eine um das zweifache höhere Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung als 25- bis 34-jährige Männer. Bei Frauen hingegen ist in der Altersgruppe der 35- bis 44- jährigen Frauen die Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung im Vergleich zur Referenzgruppe der 25- bis 34-Jährigen am größten (OR=1,6).

Für **arbeitslose Frauen** betrug die Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung rund das Dreifache (OR=2,9) von jener der erwerbstätigen Frauen. Bei arbeitslosen Männern betrug dieser Faktor 1,5.

**Frauen mit Pflichtschulbildung** wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung auf (OR=1,9) als Frauen mit Abschluss einer höheren Schule oder Hochschule. Bei den Männern zeigte sich kein signifikanter Effekt der höchsten abgeschlossenen Schulbildung auf die Wahrscheinlichkeit geringer sozialer Unterstützung.

Grafik 1.12

**Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung bei (jemals) Erwerbstätigen und Pensionisten / -innen nach Geschlecht**

Merkmale	Erwerbstätige Frauen	Erwerbstätige Männer	Pensionistinnen	Pensionisten
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	●	●	●	●
60 % – < 80 %	●	●	●	●
80 % – < 100 %	●	●	●	●
100 % – < 150 %	●	●	●	●
> 150 %	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Landwirtschaft	●	●	-	-
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	●	●	-	-
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	Ref.	-	-
Selbstständige	●	●	-	-
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	Ref.	-	-
Arbeitslos	●	●	-	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	●	●	●	●
Lehre/BMS	●	●	●	●
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	●	●	●	●
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	●	●	●	●
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	●	●	●	●
Sonstige Länder	●	●	●	●
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	●	●	-	-
25 bis 34	Ref.	Ref.	-	-
35 bis 44	●	●	-	-
45 bis 54	●	●	-	-
55 bis 64 bzw. 55 bis 69 (Pension)	●	●	Ref.	Ref.
70+	-	-	●	●

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale.

● OR < 1   ● OR 1–2   ● OR 2–3   ● OR > 3   - nicht berechnet   Ref. = Referenzgruppe

grau unterlegt = statistisch signifikant

## Übersicht 1.23

## Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung bei (jemals) Erwerbstätigen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
<60 %	0,92	0,60 – 1,42	1,64	1,08 – 2,48
60 % – <80 %	1,02	0,66 – 1,58	1,38	0,90 – 2,10
80 % – <100 %	0,91	0,59 – 1,41	0,98	0,64 – 1,50
100 % – <150 %	0,80	0,53 – 1,22	1,06	0,73 – 1,54
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>(Frühere) berufliche Tätigkeit</b>				
Einfache manuelle Tätigkeit	2,51	1,61 – 3,91	1,78	1,20 – 2,66
Höhere manuelle Tätigkeit	2,01	1,11 – 3,61	1,30	0,86 – 1,97
Landwirtschaft	1,98	0,84 – 4,69	0,96	0,40 – 2,30
Einfache nicht manuelle Tätigkeit	1,54	1,03 – 2,31	1,21	0,84 – 1,76
Höhere nicht manuelle Tätigkeit	Ref.	-	Ref.	-
Selbstständige	1,13	0,56 – 2,25	1,00	0,61 – 1,64
<b>Lebensunterhalt</b>				
Erwerbstätig oder in Karenz	Ref.	-	Ref.	-
Arbeitslos	2,94	2,15 – 4,01	1,50	1,07 – 2,11
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,85	1,28 – 2,67	1,20	0,79 – 1,82
Lehre/BMS	1,69	1,23 – 2,31	1,06	0,77 – 1,46
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	-	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	1,59	0,94 – 2,70	0,81	0,44 – 1,50
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	5,12	3,71 – 7,07	4,85	3,39 – 6,94
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	5,91	4,36 – 8,00	2,34	1,64 – 3,34
Sonstige Länder	1,70	0,82 – 3,52	4,77	2,68 – 8,50
<b>Alter (in Jahren)</b>				
15 bis 24	1,23	0,81 – 1,86	0,75	0,46 – 1,23
25 bis 34	Ref.	-	Ref.	-
35 bis 44	1,64	1,19 – 2,26	1,42	1,01 – 2,00
45 bis 54	1,51	1,09 – 2,10	1,64	1,17 – 2,29
55 bis 64	1,04	0,65 – 1,66	2,03	1,36 – 3,04
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,192		0,100	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,191		0,095	
Modell ohne (frühere) berufliche Tätigkeit	0,182		0,094	
Modell ohne Lebensunterhalt	0,173		0,097	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,186		0,099	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,118		0,054	
Modell ohne Alter	0,186		0,088	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.

## Übersicht 1.24

## Wahrscheinlichkeit von geringer sozialer Unterstützung bei Pensionisten / -innen nach Geschlecht

Merkmale	Frauen		Männer	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
<b>Äquivalenzeinkommen (Abweichung vom Median in Prozent)</b>				
< 60 %	1,16	0,63 – 2,16	1,09	0,65 – 1,84
60 % – < 80 %	1,74	0,94 – 3,22	1,13	0,67 – 1,90
80 % – < 100 %	1,87	1,03 – 3,40	0,67	0,39 – 1,16
100 % – < 150 %	1,62	0,90 – 2,91	0,95	0,6 – 1,50
> 150 %	Ref.	-	Ref.	-
<b>Höchste abgeschlossene Schulbildung</b>				
Pflichtschule	1,37	0,86 – 2,19	1,38	0,85 – 2,24
Lehre / BMS	1,05	0,67 – 1,64	1,11	0,74 – 1,67
Höhere Schule, Hochschule	Ref.	-	Ref.	-
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	Ref.	-	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz	1,21	0,71 – 2,05	0,60	0,28 – 1,30
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	2,34	1,49 – 3,66	2,14	1,13 – 4,08
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,84	0,32 – 2,21	2,65	1,32 – 5,33
Sonstige Länder	0,00	-	5,18	1,59 – 16,88
<b>Alter (in Jahren)</b>				
55 bis 69	Ref.	-	Ref.	-
70+	0,55	0,42 – 0,72	1,03	0,77 – 1,37
<b>Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke</b>				
Gesamtmodell	0,050		0,035	
Modell ohne Äquivalenzeinkommen	0,042		0,029	
Modell ohne höchste abgeschl. Schulbildung	0,032		0,032	
Modell ohne Migrationshintergrund	0,013		0,013	
Modell ohne Alter	0,035		0,035	

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – OR = Odds Ratios des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale. – 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios. – Ref. = Referenzkategorie. – Pseudo R<sup>2</sup> nach Nagelkerke = Erklärungskraft des Gesamtmodells, wobei Werte ab 0,2 akzeptabel, ab 0,4 gut und ab 0,5 sehr gut sind.



## 9 Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen

Bislang gibt es in Österreich nur wenige systematische statistische Erhebungen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eine der umfassendsten Datenquellen ist die österreichweite HBSC-Befragung<sup>14</sup>, die alle vier Jahre mittels Fragebogen bei einer Stichprobe von 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern Gesundheitsdeterminanten und den Gesundheitszustand erhebt. Einen Überblick über die aktuelle Datenlage gibt der vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2016.

Erstmals wurden im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 auch Informationen zu Kindern unter 18 Jahren erhoben. Dabei sollte der befragte Elternteil Auskunft über alle im selben Haushalt lebenden Kinder zu folgenden Gesundheitsthemen geben:

- allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- gesundheitliche Beschwerden (Unruhe, Überaktivität; Kopf-, Bauchschmerzen, Übelkeit; Schlafschwierigkeiten)
- Bedarf an langfristiger Gesundheitsversorgung
- Inanspruchnahme von Impfungen

Für die Erhebung des Bedarfs an langfristiger Gesundheitsversorgung wurde ein in den USA entwickelter Fragebogen verwendet, der bereits im Gesundheitssurvey für Kinder und Jugendliche in Deutschland (KiGGS) erprobt wurde (CSHCN-Screener – Children with Special Health Care Needs).<sup>15</sup>

Laut **CSHCN-Screener** besteht ein spezieller, langfristiger Versorgungsbedarf, wenn die Eltern mindestens eine der folgenden fünf Hauptfragen einschließlich der zugehörigen Unterfragen bejahen: Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente; Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung; funktionelle Einschränkungen; spezieller Therapiebedarf; emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme. In den zwei Unterfragen wird erfasst, ob der angegebene Versorgungsbedarf einer Krankheit, einer Verhaltensstörung oder einem anderen gesundheitlichen Problem zuzuordnen ist und ob dieses Problem bereits zwölf Monate anhält bzw. absehbar ist, dass es mindestens zwölf Monate bestehen wird.

### 9.1 Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Kindergesundheit

Ein zentrales Ergebnis der KiGGS-Basiserhebung in Deutschland war, dass der soziale Status einen erheblichen Einfluss auf die gesundheitliche Situation im Kindes- und Jugendalter hat.<sup>16,17</sup> Die KiGGS-Erhebung ermöglichte die Betrachtung zahlreicher Indikatoren zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und assoziierten Risikofaktoren sowie zur gesundheitsbezogenen Versorgung nach dem sozialen Status. Dies ist für Österreich in diesem Umfang leider nicht möglich, aber für einige Gesundheitsindikatoren, wie z. B. den allgemeinen

14 HBSC: Health Behaviour in School-aged Children Study.

15 Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U., Schlaud, M.: Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2008, 51: 592 – 601.

16 Lampert, T.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Paediatric up2date 6 (2): 119 – 142, 2011.

17 Lampert, T., Kunz, B., KiGGS Study Group: Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(1), Robert Koch-Institut, Berlin 2015.

Gesundheitszustand, einige ausgewählte gesundheitliche Beschwerden sowie den speziellen Versorgungsbedarf von Kindern, wurde der Einfluss des sozialen Status untersucht.

Übersicht 9.1

**Berechnungsgrundlage für den Statusindex**

Höchste abgeschlossene Schulbildung	Äquivalenzeinkommen in Euro	Berufliche Stellung	Punktwert pro Spalte
Pflichtschule	unter 1.250	Schüler / -innen, Studierende, manuelle und nicht manuelle Hilfstätigkeit	1
Lehrabschluss (Berufsschule)	1.250 – 1.749	angelernte Tätigkeit (manuell), Facharbeiter / -innen (manuell), Landwirtschaft	2
Berufsbildende mittlere Schule (ohne Berufsschule)	1.750 – 2.249	Vorarbeiter / -innen, Meister / -innen (manuell)	3
Allgemeinbildende und berufsbildende höhere Schule	2.250 – 2.999	mittlere Tätigkeit (nicht manuell)	4
BHS-Abiturientenlehrgang, Kolleg	3.000 – 3.999	Freiberufler / -innen, neue Selbstständige, Gewerbeinhabende	5
Hochschulverwandte Lehranstalten, Universitätslehrgänge	4.000 – 4.999	höhere Tätigkeit, hochqualifizierte Tätigkeit (nicht manuell), freiberufliche / selbstständige Akademiker / -innen	6
Universität, Fachhochschule	über 5.000	führende Tätigkeit (nicht manuell)	7

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014.

In der Gesundheitsbefragung wurde der soziale Status mehrdimensional gemessen. Zur Bestimmung des sozialen Status wurde zunächst für jede Kernfamilie ein Familienrepräsentant bestimmt. Der Familienrepräsentant ist das Haushaltsmitglied mit dem größten ökonomischen Einfluss auf den Haushalt. Dabei sind die wichtigsten Entscheidungsparameter die generationelle Position, das Ausmaß der Erwerbstätigkeit, die Position am Arbeitsmarkt sowie Alter und Bildung. Anhand der Angaben des Familienrepräsentanten zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung, zur beruflichen Stellung und zum Äquivalenzeinkommen wurde ein Statusindex berechnet, der Werte zwischen drei und 21 Punkten annehmen kann. Für statistische Analysen wurden die Familienrepräsentanten je nach erreichtem Punktwert Statusgruppen zugeordnet: "niedriger Sozialstatus" (3 bis 8 Punkte), "mittlerer Sozialstatus" (9 bis 14 Punkte) und "hoher Sozialstatus" (15 bis 21 Punkte).<sup>18</sup>

Übersicht 9.2

**Kinder und Jugendliche nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Geschlecht	Insgesamt in 1.000	Niedriger Sozialstatus		Mittlerer Sozialstatus		Hoher Sozialstatus	
		in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Insgesamt	1.491,4	422,6	28,3	683,9	45,9	384,9	25,8
Mädchen	728,5	198,9	27,3	336,2	46,1	193,4	26,5
Buben	762,9	223,7	29,3	347,7	45,6	191,5	25,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

<sup>18</sup> Lange, M. et al.: Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007, 50: 578 – 589.

Demnach waren 28% der Kinder und Jugendlichen der unteren Statusgruppe, 46% der mittleren und 26% der hohen Statusgruppe zuzurechnen. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den so ermittelten Statusgruppen um statistische Konstrukte handelt. Die untere Statusgruppe ist deshalb nicht mit der Unterschicht oder mit Armut gleichzusetzen. Ebenso wenig repräsentiert die obere Statusgruppe die gesellschaftliche Oberschicht.

## Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

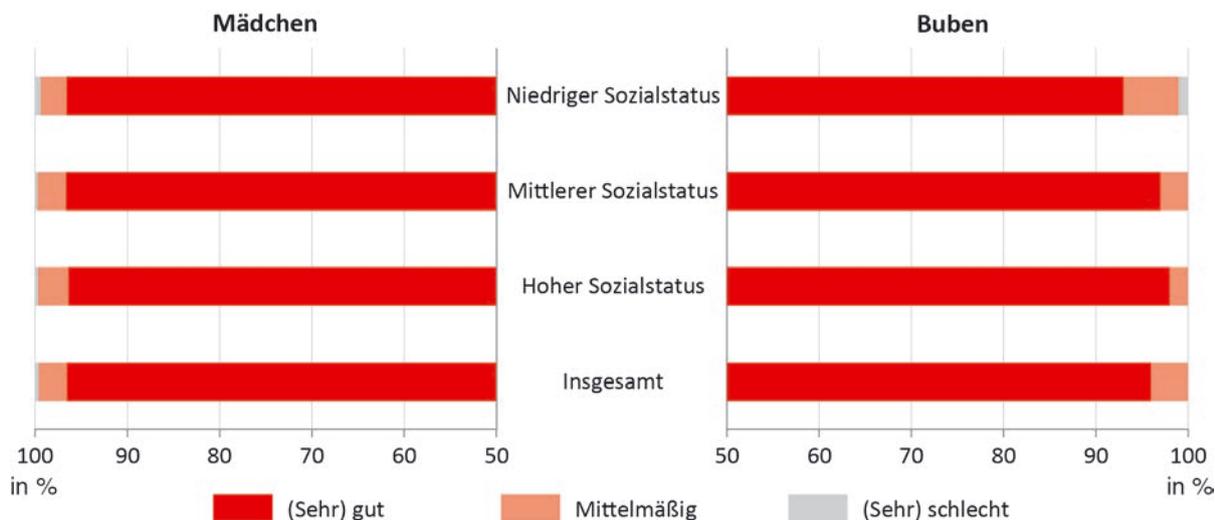
Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung ist ein guter Indikator für die gesundheitliche Lage und erlaubt Vorhersagen über die künftige Häufigkeit von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Sie umfasst neben der körperlichen Gesundheit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens. Die subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit wurde in der Gesundheitsbefragung für die 0- bis 17-Jährigen von den Eltern vorgenommen (Fremdeinschätzung).

Die Einschätzung des Gesundheitszustands von Kindern durch ihre Eltern erwies sich als vom Sozialstatus der Eltern abhängig. Unterschiede zeigten sich jedoch nur bei den Buben, bei den Mädchen waren keine Einflüsse des sozialen Status erkennbar.

Insgesamt schätzten die Eltern den Gesundheitszustand ihrer Kinder als überwiegend sehr gut oder gut ein: 97% der Mädchen, 96% der Buben hatten demnach einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand, für weitere 4% der Buben und 3% der Mädchen beurteilten die Eltern den Gesundheitszustand als mittelmäßig. Der Anteil der Eltern, die den Gesundheitszustand der Kinder als sehr schlecht oder schlecht einschätzten, war marginal und lag unter einem Prozent.

Grafik 9.1

### Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Odds Ratios bekräftigten die Ergebnisse der Häufigkeitsauszählungen. Während bei den Mädchen der soziale Status keinen Einfluss auf die Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands zeigte, gab es bei den Buben statistisch signifikante Effekte. Im Vergleich zu Buben aus Haushalten mit niedrigem Sozialstatus des Familienrepräsentanten war bei Buben aus Haushalten mit mittlerem

Sozialstatus eine positive Beurteilung des Gesundheitszustands durch die Eltern doppelt so wahrscheinlich (OR=2,1), bei Buben mit hohem sozialen Status sogar dreimal so wahrscheinlich (OR=3,2).

Übersicht 9.3

**Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Sozialstatus des Familienrepräsentanten nach Geschlecht**

Sozialstatus	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Niedriger Sozialstatus	96,6	Ref.	-	93,3	Ref.	-
Mittlerer Sozialstatus	96,6	1,04	0,62 – 1,76	96,8	2,12	1,39 – 3,23
Hoher Sozialstatus	96,4	0,94	0,52 – 1,67	97,8	3,22	1,80 – 5,77

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

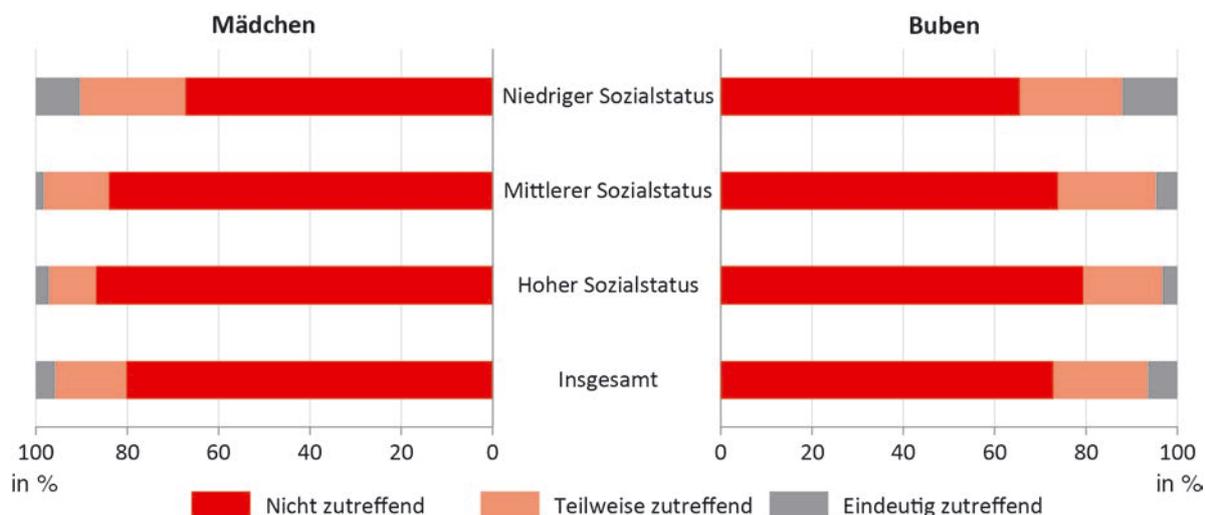
**Gesundheitliche Beschwerden**

Der Sozialstatus zeigte deutliche Einflüsse auf die Häufigkeit von Symptomen der Unruhe und Überaktivität: Je niedriger der Sozialstatus, umso häufiger traten diese Symptome auf. Generell war bei den Mädchen die Häufigkeit von Unruhe und Überaktivität geringer als bei den Buben.

Insgesamt wiesen 20% der Mädchen und 27% der Buben laut Auskunft ihrer Eltern teilweise oder eindeutig Symptome der Unruhe und Überaktivität auf. Während bei 13% der Mädchen mit hohem sozialem Status von ihren Eltern über diese Symptome berichtet wurde, waren es bei den Mädchen mit niedrigem Sozialstatus 33%. Bei den Buben waren laut Aussagen ihrer Eltern 20% der Buben mit hohem und 34% der Buben mit niedrigem Sozialstatus teilweise oder eindeutig von Unruhe und Überaktivität betroffen. Auch bei Kindern in Haushalten mit mittlerem Sozialstatus wurde von ihren Eltern bei Buben häufiger als bei Mädchen über Unruhe und Überaktivität berichtet (Buben: 26%, Mädchen: 16% teilweise oder eindeutig zutreffend).

Grafik 9.2

**Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Symptomen der Unruhe und Überaktivität unterschied sich besonders im Vergleich des niedrigen mit dem hohen Sozialstatus deutlich: Mädchen mit niedrigem sozialem Status hatten im Vergleich zu jenen mit hohem Sozialstatus eine um das 3,4-Fache erhöhte Wahrscheinlichkeit für diese Symptome. Bei den Buben mit niedrigem Sozialstatus war die Wahrscheinlichkeit, von Symptomen der Unruhe und Überaktivität betroffen zu sein, im Vergleich zu Buben mit hohem sozialem Status um das Doppelte erhöht (OR=2,1).

Übersicht 9.4

**Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Sozialstatus	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Niedriger Sozialstatus	32,7	3,43	2,59 – 4,53	34,5	2,09	1,64 – 2,65
Mittlerer Sozialstatus	15,9	1,30	0,98 – 1,71	26,1	1,40	1,11 – 1,76
Hoher Sozialstatus	13,2	Ref.	-	20,6	Ref.	-

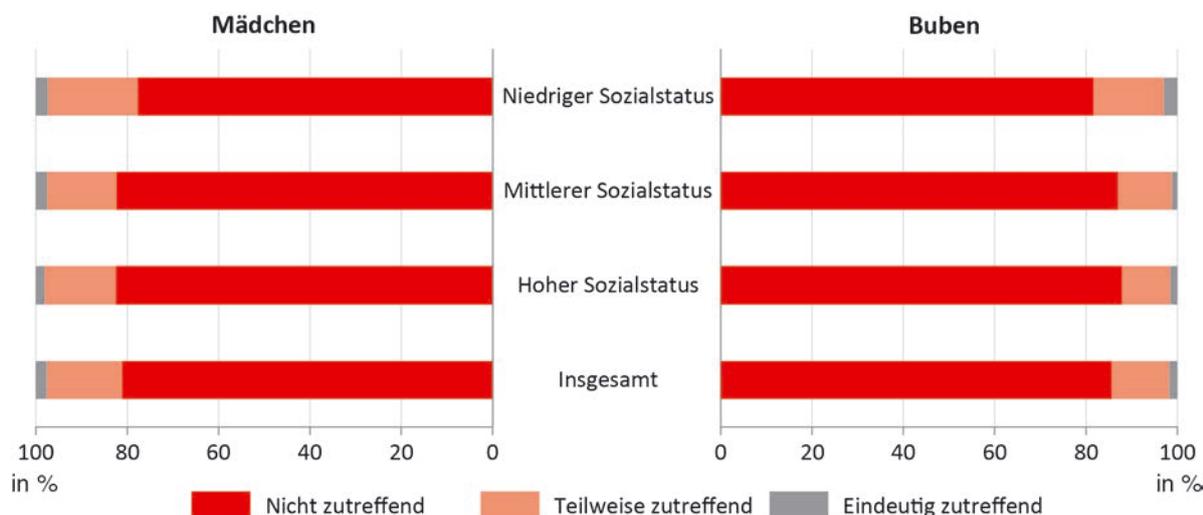
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

Geringfügig mehr Mädchen als Buben waren laut Angaben ihrer Eltern von Kopf- oder Bauchschmerzen sowie Übelkeit betroffen. Der Einfluss des sozialen Status der Eltern bzw. des Familienrepräsentanten auf das Auftreten dieser Symptome war deutlich geringer als bei den Symptomen der Unruhe und Überaktivität.

19% der Mädchen und 15% der Buben wiesen laut Angaben ihrer Eltern Kopf- oder Bauchschmerzen sowie Übelkeit auf (teilweise oder eindeutig zutreffend). Am stärksten betroffen waren Mädchen mit niedrigem Sozialstatus (23%), am geringsten jene mit mittlerem sozialem Status (17%). Auch bei den Buben waren jene mit niedrigem sozialem Status am stärksten betroffen (18%), jene mit hohem Sozialstatus am geringsten (12%).

Grafik 9.3

**Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen und Übelkeit nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Wahrscheinlichkeit von Kopf- oder Bauchschmerzen sowie Übelkeit bei niedrigem Sozialstatus der Eltern war sowohl bei den Buben als auch bei den Mädchen im Vergleich zu jenen mit hohem Sozialstatus nur moderat erhöht (Mädchen: OR=1,4; Buben: OR=1,7). Der Vergleich von mittlerem mit hohem Sozialstatus ergab hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit von Kopf- oder Bauchschmerzen bzw. Übelkeit keine signifikanten Effekte.

Übersicht 9.5

**Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen oder Übelkeit nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Sozialstatus	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Niedriger Sozialstatus	22,3	1,36	1,03 – 1,79	18,3	1,66	1,24 – 2,23
Mittlerer Sozialstatus	17,6	0,97	0,75 – 1,25	13,0	1,03	0,77 – 1,37
Hoher Sozialstatus	17,5	Ref.	-	12,1	Ref.	-

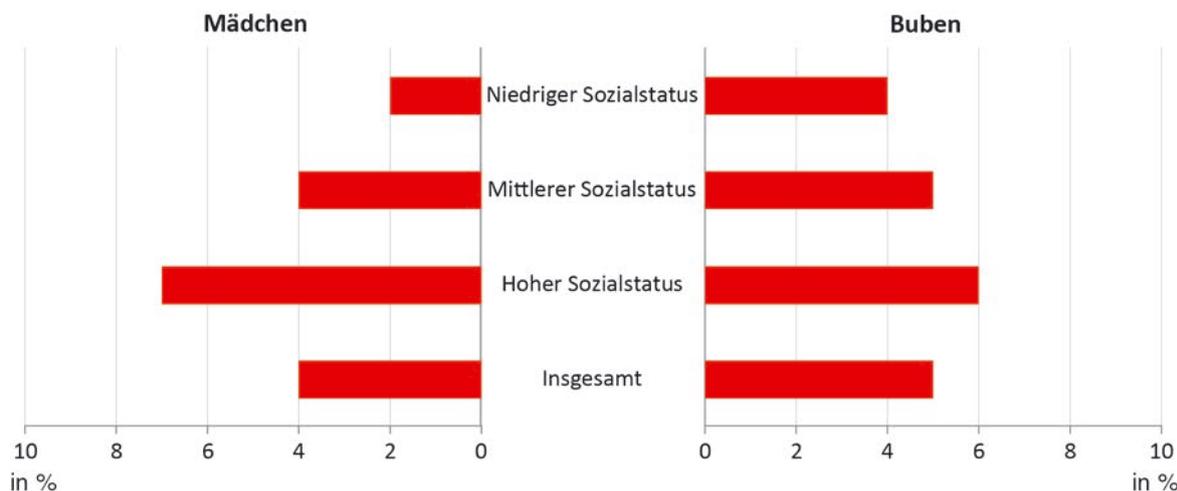
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

Bei den Buben waren keine nennenswerten Unterschiede in der Häufigkeit von Schlafschwierigkeiten hinsichtlich des Sozialstatus zu erkennen, bei den Mädchen waren diese gering.

Insgesamt wiesen 4% der Mädchen und 5% der Buben laut Angaben ihrer Eltern Schlafschwierigkeiten auf. 7% der Mädchen mit hohem Sozialstatus gegenüber 2% der Mädchen mit niedrigem Sozialstatus hatten entsprechend den Angaben ihrer Eltern Schlafschwierigkeiten.

Grafik 9.4

**Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Wie schon bei den Häufigkeitsauszählungen traten auch bei der Berechnung der Wahrscheinlichkeit für Schlafstörungen (Odds Ratios) Effekte des Sozialstatus nur bei den Mädchen auf: Je niedriger der Sozialstatus der Eltern war, umso geringer war die Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen. Bei Mädchen mit mittlerem Sozialstatus betrug die Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen im Vergleich zu Mädchen mit hohem Sozialstatus 0,6, bei Mädchen mit niedrigem sozialem Status betrug dieser Faktor 0,3.

Übersicht 9.6

**Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Sozialstatus	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Niedriger Sozialstatus	2,0	0,27	0,15 – 0,50	4,1	0,72	0,45 – 1,17
Mittlerer Sozialstatus	4,3	0,60	0,40 – 0,91	4,5	0,85	0,56 – 1,30
Hoher Sozialstatus	6,9	Ref.	-	5,6	Ref.	-

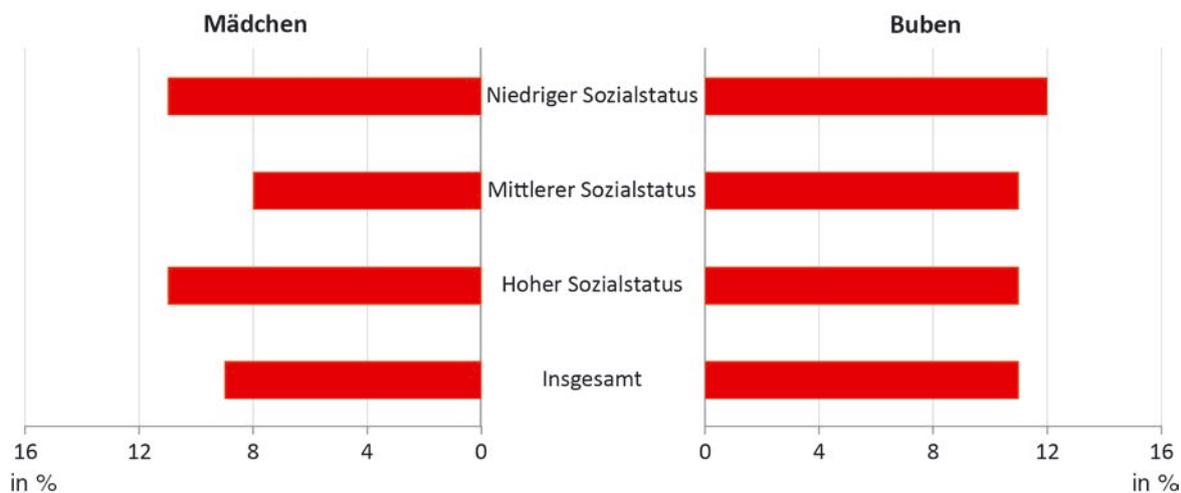
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

**Spezieller Versorgungsbedarf**

Insgesamt wiesen 9% der Mädchen und 11% der Buben einen speziellen Versorgungsbedarf auf. Der Sozialstatus des Familienrepräsentanten beeinflusste den Versorgungsbedarf nur wenig. Lediglich bei Mädchen mit mittlerem Sozialstatus war der Versorgungsbedarf geringer als in den anderen Gruppen (8%).

Grafik 9.5

**Kinder und Jugendliche mit Versorgungsbedarf nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Übersicht 9.7

**Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf lt. CSHCN nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Sozialstatus	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Niedriger Sozialstatus	11,1	0,99	0,70 – 1,39	11,8	1,06	0,77 – 1,47
Mittlerer Sozialstatus	7,8	0,66	0,48 – 0,92	10,9	0,92	0,68 – 1,24
Hoher Sozialstatus	10,8	Ref.	-	11,2	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit für den Versorgungsbedarf durch die Odds Ratios ergab nur geringe Effekte des Sozialstatus: Mädchen mit mittlerem Sozialstatus hatten eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit eines speziellen Versorgungsbedarfs (OR=0,7).

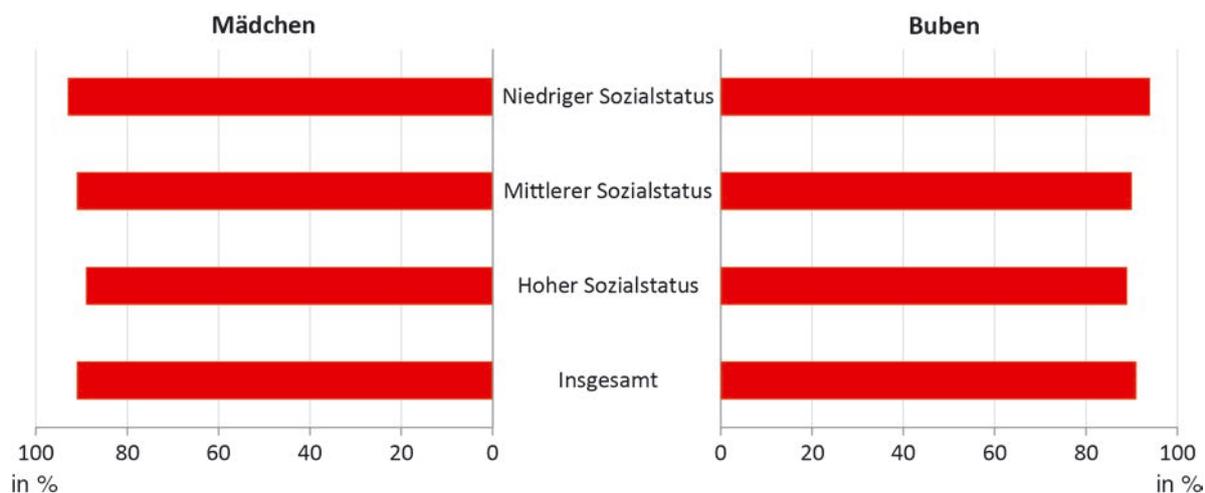
## Inanspruchnahme von Impfungen

In der Befragung wurde eine globale Frage nach der Nutzung des kostenlosen Impfangebots für Kinder gestellt. Mit dieser Frage können jedoch keine Angaben zur Inanspruchnahme einzelner Impfungen gemacht werden.

Generell kann die Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots laut Angaben der Eltern als hoch bezeichnet werden: Jeweils 91% sowohl der Eltern von Mädchen als auch von Buben gaben an, dieses in Anspruch genommen zu haben. Der Sozialstatus beeinflusste die Inanspruchnahme von Impfungen nur wenig. Es ist jedoch die Tendenz zu erkennen, dass Eltern mit niedrigem sozialem Status kostenlose Impfungen eher in Anspruch nahmen (Mädchen 93%, Buben: 94%) als jene mit hohem Sozialstatus (Buben und Mädchen jeweils 89%).

Grafik 9.6

### Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Übersicht 9.8

### Nicht-Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots nach Sozialstatus des Familienrepräsentanten und Geschlecht

Sozialstatus	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Niedriger Sozialstatus	6,7	0,62	0,42 – 0,92	5,9	0,53	0,36 – 0,78
Mittlerer Sozialstatus	9,2	0,87	0,63 – 1,19	10,4	1,00	0,73 – 1,35
Hoher Sozialstatus	10,5	Ref.	-	10,6	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

Die in den Häufigkeitsauszählungen beobachteten Tendenzen der unterschiedlichen Inanspruchnahme von kostenlosen Impfungen in Abhängigkeit vom sozialen Status konnte in den Odds Ratios bestätigt werden: Verglichen mit der Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen durch Kinder mit hohem Sozialstatus halbierte sich die Wahrscheinlichkeit nicht durchgeführter Impfungen bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus (Mädchen: OR=0,6, Buben: OR=0,5). Die Ergebnisse sind statistisch signifikant.

## 9.2 Migration und Kindergesundheit

Während der Einfluss von Migration auf die Gesundheit im Bereich der Erwachsenen in den vergangenen Jahren vermehrt Aufmerksamkeit erlangt hat, ist diese Frage im Bereich der Kindergesundheit erst in jüngerer Zeit behandelt worden und somit die Datenlage in Österreich noch begrenzt.

In Österreich lebten rund 1,5 Mio. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten, darunter rund 390.000 Kinder und Jugendliche (26%), bei denen der Familienrepräsentant einen Migrationshintergrund aufwies. Rund 11% der Kinder und Jugendlichen lebten in einem Haushalt mit einem Migrationshintergrund aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei, 7% hatten einen Familienrepräsentanten, der aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten stammte. Weitere 5% der Kinder lebten in Haushalten mit einem Familienrepräsentanten aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz. Aus sonstigen Staaten stammten rund 3% der Familienrepräsentanten, in der Haushalt Auskunft über die Gesundheit ihrer Kinder gegeben wurde.

### Übersicht 9.9

#### Kinder und Jugendliche nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht

Geschlecht	Insgesamt	Österreich	Migrationshintergrund	darunter:			
				EU-Staaten vor 2004 / EWR/Schweiz	EU-Beitrittsstaaten ab 2004	Ehem. Jugoslawien (außerhalb der EU) und Türkei	Sonstige Staaten
<b>in 1.000</b>							
Insgesamt	1.491,4	1.101,9	389,5	73,0	104,2	169,6	42,7
Mädchen	728,5	535,5	193,0	32,4	54,3	80,1	26,2
Buben	762,9	566,4	196,5	40,6	49,9	89,4	16,5
<b>in Prozent</b>							
Insgesamt	100,0	73,9	26,1	4,9	7,0	11,4	2,9
Mädchen	100,0	73,5	26,5	4,5	7,5	11,0	3,6
Buben	100,0	74,2	25,8	5,3	6,5	11,7	2,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

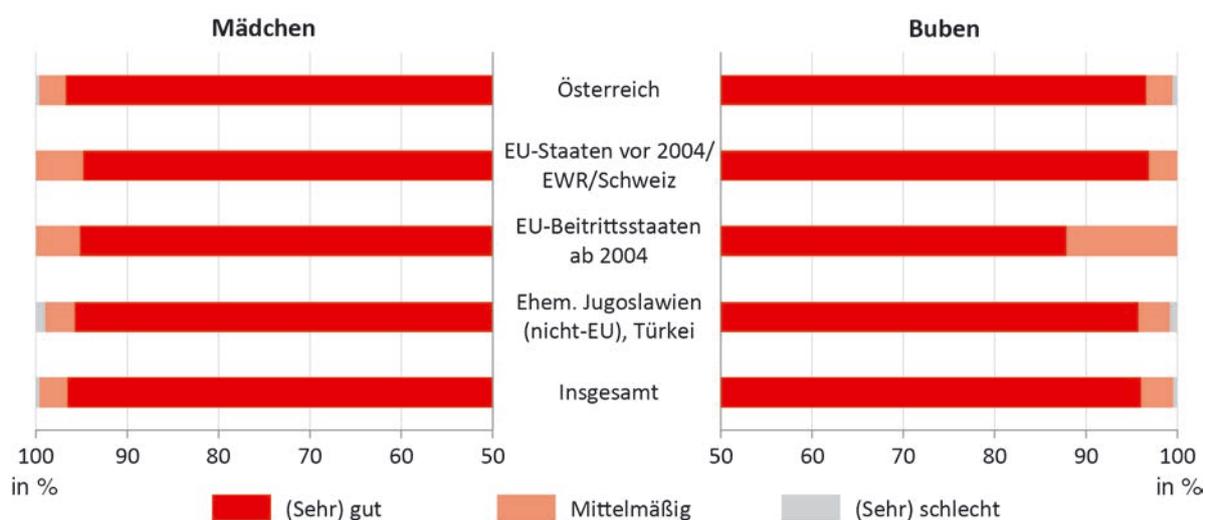
## Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Der Migrationshintergrund der Familienrepräsentanten hatte nur geringen Einfluss auf die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands ihrer Kinder. Nennenswerte Unterschiede des Gesundheitszustands in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund zeigten sich nur bei den Buben, bei den Mädchen waren diese marginal.

Generell schätzte der weitaus überwiegende Teil der Eltern die Gesundheit ihrer Kinder als sehr gut oder gut ein (Mädchen: 97%; Buben: 96%). Eltern aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten schätzten die Gesundheit von Buben allerdings schlechter ein als Eltern mit einem anderen Migrationshintergrund: Lediglich 88% der Buben mit diesem Migrationshintergrund hatten laut Angaben der Eltern einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand. Bei den Mädchen wich die Beurteilung des Gesundheitszustands nach Migrationshintergrund nicht wesentlich von der Gesamtbewertung ab.

Grafik 9.7

**Subjektiver Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Odds Ratios bestätigten die Ergebnisse der Häufigkeitsauszählung dahingehend, dass eine positive Beurteilung des Gesundheitszustandes von Buben aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten im Vergleich zu österreichischen Buben statistisch signifikant weniger wahrscheinlich war (OR = 0,3).

Übersicht 9.10

**Positive Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes (sehr gut oder gut) von Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Migrationshintergrund	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	96,8	1,82	0,95 – 3,51	96,6	1,28	0,71 – 2,33
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	94,8	0,84	0,30 – 2,37	96,9	1,42	0,48 – 4,21
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	95,2	1,15	0,47 – 2,83	87,9	0,33	0,16 – 0,67
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	95,8	Ref.	-	95,8	Ref.	-

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
 OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

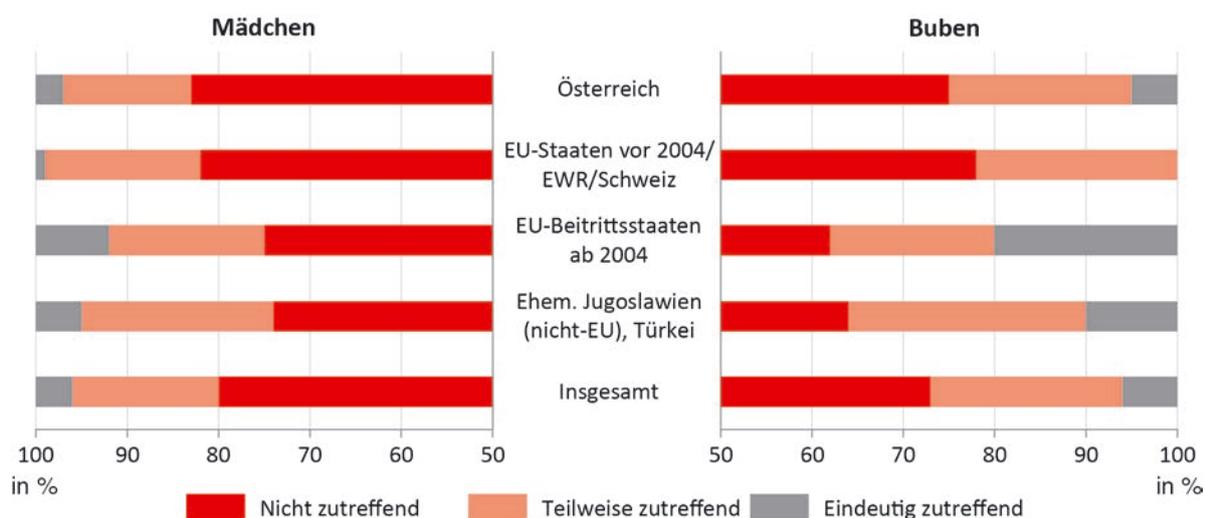
## Gesundheitliche Beschwerden

Der Migrationshintergrund erwies sich als Einflussfaktor auf die Einschätzung der Eltern von Symptomen der Unruhe und Überaktivität ihrer Kinder. Besonders betroffen waren sowohl Buben als auch Mädchen in Haushalten mit einem Familienrepräsentanten aus den seit 2004 der EU beigetretenen Staaten sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei.

Insgesamt wurden 20% der Mädchen und 27% der Buben von ihren Eltern als teilweise oder eindeutig unruhig und überaktiv eingeschätzt. Bei Eltern aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten waren es deutlich mehr: 25% der Mädchen und 38% der Buben wurden als unruhig und überaktiv beurteilt. Überdurchschnittlich häufig war auch die Einschätzung von Unruhe und Überaktivität ihrer Kinder durch Eltern aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei (Mädchen: 26%, Buben: 36%). Am wenigsten häufig waren Unruhe und Überaktivität laut Einschätzung der Eltern bei den österreichischen Kindern (Mädchen: 17%, Buben: 25%).

Grafik 9.8

### Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Odds Ratios bestätigen die Ergebnisse der Häufigkeitsauszählungen zu Kindern mit Symptomen der Unruhe und Überaktivität nach Migrationshintergrund: Sowohl die Mädchen und Buben

Übersicht 9.11

### Kinder und Jugendliche mit Unruhe und Überaktivität nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht

Migrationshintergrund	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	17,3	Ref.	-	25,2	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	18,3	0,93	0,56 – 1,53	22,2	0,77	0,51 – 1,17
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	25,4	1,61	1,13 – 2,30	38,1	1,67	1,21 – 2,32
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	25,9	1,53	1,13 – 2,07	35,7	1,58	1,22 – 2,04

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten. OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

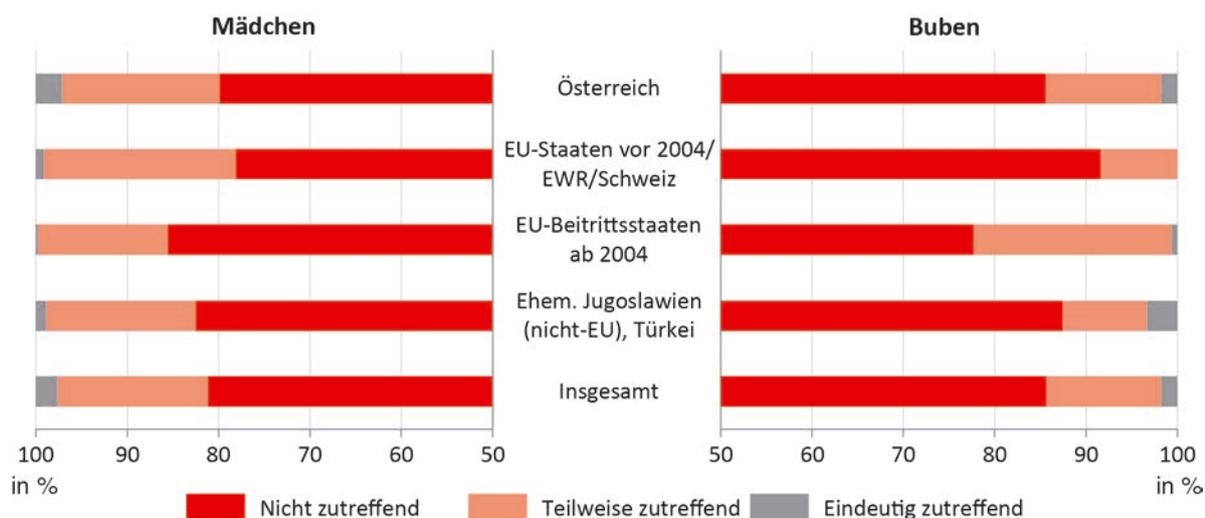
in Haushalten mit Eltern aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten als auch jene aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei hatten eine im Vergleich zu österreichischen Kindern statistisch signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit von Unruhe und Überaktivität, wobei die Odds Ratios zwischen 1,5 und 1,7 lagen.

Der Migrationshintergrund hatte einen Einfluss auf die Einschätzung der Eltern hinsichtlich der Symptome Kopf- oder Bauchschmerzen bzw. Übelkeit ihrer Kinder. Besonders betroffen waren Buben aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten.

Generell beschrieben Eltern Mädchen häufiger als von Kopf- oder Bauchschmerzen bzw. Übelkeit betroffen (Mädchen: 19%, Buben: 15%). Besonders häufig waren diese Beschwerden bei Mädchen in Haushalten mit einem Familienrepräsentanten aus den vor 2004 der EU beigetretenen Staaten (22%), aber auch bei jenen mit einem Familienrepräsentanten aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei (17%). Bei den Buben waren besonders jene aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten betroffen (23%).

Grafik 9.9

**Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen und Übelkeit nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Übersicht 9.12

**Kinder und Jugendliche mit Kopf-, Bauchschmerzen oder Übelkeit nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Migrationshintergrund	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	20,1	Ref.	-	14,4	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	21,9	1,69	1,03 – 2,75	8,4	0,61	0,33 – 1,12
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	14,4	0,69	0,45 – 1,06	22,3	2,10	1,43 – 3,10
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	17,5	1,18	0,83 – 1,66	12,5	0,87	0,61 – 1,24

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten. OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

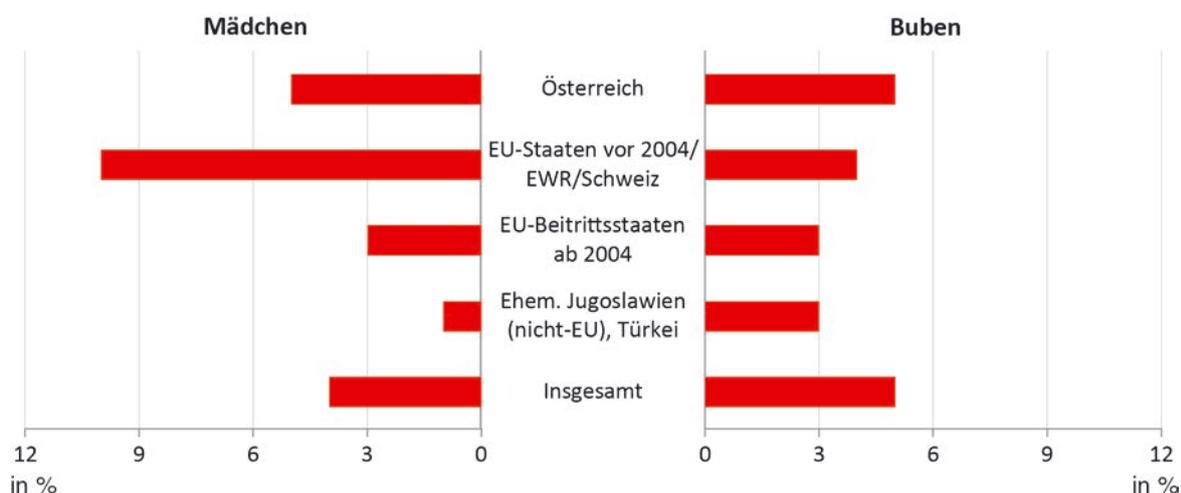
Die Odds Ratios unterstrichen die Ergebnisse der Häufigkeitsauszählung: Die Wahrscheinlichkeit von Kopf- oder Bauchschmerzen bzw. Übelkeit war bei Buben mit Eltern aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten um das 2,1-Fache statistisch signifikant erhöht. Bei den Mädchen mit Eltern aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR und der Schweiz war die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 1,7 signifikant erhöht.

Nach Angaben ihrer Eltern hatten 4% der Mädchen und 5% der Buben Schlafschwierigkeiten. Der Migrationshintergrund hatte bei den Buben keinen nennenswerten Einfluss auf die Häufigkeit von Schlafschwierigkeiten, bei den Mädchen war dieser gering.

Bei der Häufigkeitsauszählung in Bezug auf Schlafschwierigkeiten stachen Mädchen, deren Eltern bzw. der jeweilige Haushaltsrepräsentant aus einem vor 2004 der EU beigetretenen Staat kamen, mit 10% hervor.

Grafik 9.10

**Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Bei der Berechnung der Odds Ratios zeigte sich als einziger signifikanter Effekt, dass die Wahrscheinlichkeit für Schlafstörungen von Buben und Mädchen mit Eltern aus dem ehemaligen Jugoslawien im Vergleich zu österreichischen Kindern reduziert war (Buben: OR = 0,5, Mädchen: OR = 0,1).

Übersicht 9.13

**Kinder und Jugendliche mit Schlafschwierigkeiten nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht**

Migrationshintergrund	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	4,8	Ref.	-	5,3	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	10,1	1,79	0,92 – 3,48	3,6	0,59	0,24 – 1,45
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	2,9	0,57	0,24 – 1,36	2,8	0,42	0,17 – 1,06
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	0,7	0,12	0,03 – 0,47	2,7	0,47	0,23 – 0,95

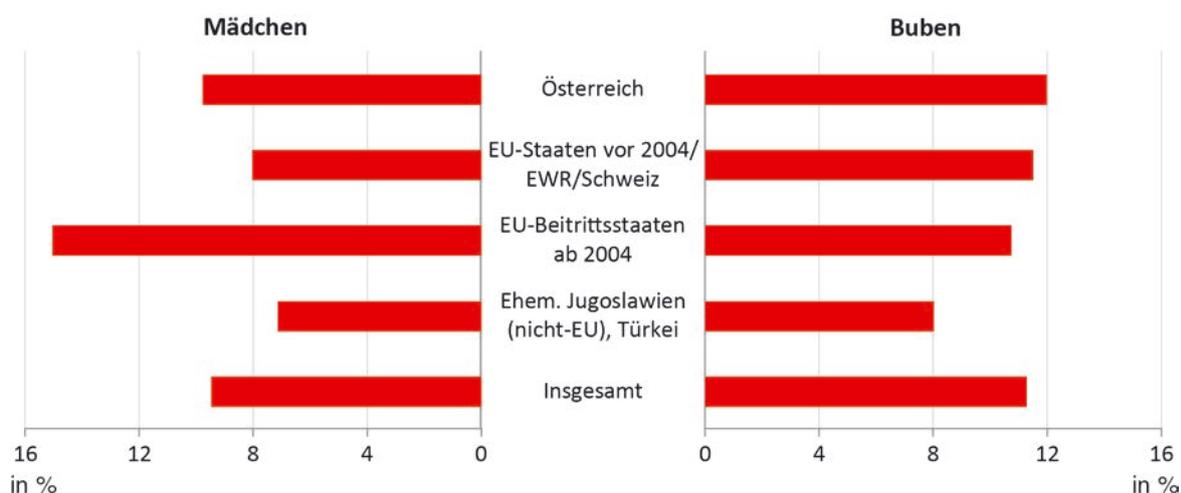
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten. OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

## Spezieller Versorgungsbedarf

Insgesamt wiesen 9% der Mädchen und 11% der Buben einen speziellen Versorgungsbedarf auf. Der Einfluss des Migrationshintergrunds auf den Versorgungsbedarf war bei den Buben gering. Bei den Mädchen hatten jene mit Eltern aus den nach 2004 der EU beigetretenen Staaten erhöhten Versorgungsbedarf (15%).

Grafik 9.11

### Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Berechnung der Odds Ratios bestätigte das Ergebnis der Häufigkeitsauszählungen: Die Wahrscheinlichkeit eines speziellen Versorgungsbedarfs war bei Mädchen in Haushalten mit einem Familienrepräsentanten aus den nach 2004 der EU beigetretenen Staaten im Vergleich zu österreichischen Mädchen um das 1,7-Fache signifikant erhöht. Buben mit Eltern aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei hatten einen im Vergleich zu österreichischen Buben signifikant verringerten Versorgungsbedarf (OR = 0,6).

Übersicht 9.14

### Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf lt. CSHCN nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht

Migrationshintergrund	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	9,8	Ref.	-	12,0	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	8,0	1,06	0,52 – 2,14	11,5	1,08	0,63 – 1,84
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	15,0	1,70	1,10 – 2,64	10,7	1,03	0,62 – 1,70
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	7,1	0,86	0,53 – 1,40	8,0	0,63	0,41 – 0,97

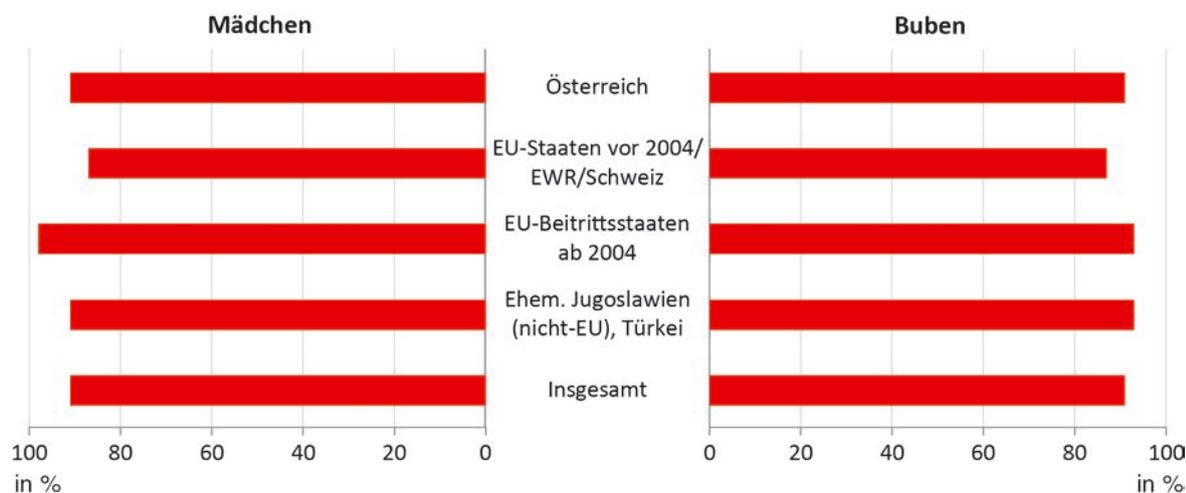
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.

## Inanspruchnahme von Impfungen

Insgesamt betrug die Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots laut Angaben der Eltern bei Mädchen und Buben jeweils 91%. Der Einfluss des Migrationshintergrunds auf die Inanspruchnahme von Impfungen war gering. Eine deutlich vermehrte Inanspruchnahme fand sich lediglich bei Mädchen aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten (98%). Sowohl bei Mädchen als auch bei Buben mit Eltern aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz lag die Inanspruchnahme mit jeweils 87% etwas unter dem Durchschnitt.

Grafik 9.12

### Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht (in Prozent)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.

Die Odds Ratios bestätigten das Ergebnis, dass die Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen bei Mädchen aus den ab 2004 der EU beigetretenen Staaten im Vergleich zu österreichischen Mädchen statistisch signifikant verringert war (OR = 0,2). Die vermehrte Nicht-Inanspruchnahme von Impfungen durch Kinder aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. dem EWR oder der Schweiz war als nicht signifikanter Trend erkennbar.

Übersicht 9.15

### Nicht-Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche nach Migrationshintergrund des Familienrepräsentanten und Geschlecht

Migrationshintergrund	Mädchen			Buben		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Österreich	9,4	Ref.	-	9,4	Ref.	-
EU-Staaten vor 2004/EWR/Schweiz	12,7	1,36	0,76 – 2,43	13,2	1,44	0,87 – 2,38
EU-Beitrittsstaaten ab 2004	1,6	0,16	0,05 – 0,50	7,3	0,73	0,41 – 1,31
Ehem. Jugoslawien (nicht-EU), Türkei	9,0	0,96	0,62 – 1,50	7,5	0,79	0,50 – 1,22

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014. – Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Privathaushalten.  
OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie.



## 10 Glossar

Adipositas bezeichnet starkes Übergewicht. Ein häufig verwendetes Maß für die Klassifikation von Adipositas bei Erwachsenen ist die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI). Der BMI ist definiert als das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Ab einem BMI von 30,0 spricht man von Adipositas.

**Adipositas, starkes Übergewicht**

Die Altersstandardisierung bezeichnet die Standardisierung von Maßzahlen hinsichtlich der Altersstruktur. Durch die Altersstandardisierung werden Effekte, die auf Unterschiede in der Altersstruktur von Vergleichsgruppen zurückzuführen sind, ausgeschaltet und ein strukturbereinigter Vergleich der Ergebnisse ermöglicht.

**Altersstandardisierung**

**Standardbevölkerung:** Als Standardbevölkerung wurde die Europa-Standardbevölkerung von Eurostat verwendet.

Um Haushalte unterschiedlicher Zusammensetzung und Größe hinsichtlich ihres Lebensstandards vergleichen zu können, wird das Äquivalenzeinkommen – das ist ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen – berechnet. Dafür wird das Haushaltsnettoeinkommen des gesamten Haushalts addiert und anschließend mit Hilfe einer Äquivalenzskala (zur Anwendung kommt hier die sog. EU-Skala) gewichtet: Die Haushaltsreferenzperson erhält ein Gewicht von 1,0, jede weitere erwachsene Person im Haushalt eines von 0,5; Kinder, die jünger als 14 Jahre sind, werden mit 0,3 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.

**Äquivalenzeinkommen**

Für eine differenzierte Betrachtung von Einkommensungleichheiten werden fünf Einkommensgruppen unterschieden: unter 60 % des Medianeinkommens, 60 % bis unter 80 %, 80 % bis unter 100 %, 100 % bis unter 150 % sowie 150 % und höher.

Die **niedrige Einkommensgruppe** bezeichnet jene Personen-Gruppe, der ein Haushaltseinkommen von unter 60 % des Medianeinkommens zur Verfügung steht.

Die **prekäre Wohlstandsgruppe** bezeichnet jene Personen-Gruppe, der ein Haushaltseinkommen von 60 % bis < 80 % des Medianeinkommens zur Verfügung steht.

Die berufliche Tätigkeit bezieht sich auf die von Erwerbstätigen ausgeübte Tätigkeit, für die die meiste Zeit aufgewendet wird.

**Berufliche Tätigkeit**

- Einfache manuelle Tätigkeit: Lehre, Hilfstätigkeit, angelernte Tätigkeit

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

**Chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme**

Die Prävalenz von selbstwahrgenommenen chronischen Erkrankungen wurde anhand zweier unterschiedlicher Fragestellungen erfasst: Einerseits mittels einer globalen Ja/nein-Frage, ob die Befragten seit mindestens sechs Monaten an einer chronischen Krankheit gelitten hätten; andererseits durch eine Liste von 17 ausgewählten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen, deren Auftreten in den letzten zwölf Monaten vor dem Interview abgefragt wurde.

**Erwerbspersonen**

Die Zahl der Erwerbspersonen ist die Summe der Erwerbstätigen und Arbeitslosen. Damit werden also alle Personen bezeichnet, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben. Erwerbstätige schließen auch Lehrlinge ein.

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität**

Die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte durch einen Fragebogen, der von der WHO entwickelt wurde (WHOQOL-BREF; World Health Organisation Quality of Life, Kurzversion). Dieser umfasst zwei globale Fragen (zur allgemeinen Lebensqualität und zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden) sowie 24 Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen. Daraus wurden die Mittelwerte für die Bereiche „allgemeine Lebensqualität“, „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ berechnet.

**Höchste abgeschlossene Schulbildung**

Der Begriff „höchste abgeschlossene Schulbildung“ wird für den höchsten Bildungsabschluss verwendet, der im Rahmen des formalen Schul- und Ausbildungssystems erworben wurde.

**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 abgeschlossenen 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.

Die Fragestellung zu den Impfungen bezog sich auf den aufrechten Impfschutz, das heißt, ob in der für die jeweilige Impfung empfohlenen Zeitspanne eine Auffrischung der Impfung durchgeführt wurde. Die Frage nach dem aufrechten Impfschutz ergibt somit nicht den Anteil der Bevölkerung, der jemals geimpft wurde, sondern den Anteil jener Personen, die gemäß der jeweiligen Empfehlung über einen aktiven Impfschutz verfügen.

## Impfungen

Die Empfehlungen der WHO zu gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität für die Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren lauten: Mindestens 150 Minuten mäßig intensive Bewegung pro Woche, wobei die Aktivität in Blöcken von mindestens 10 Minuten Dauer absolviert werden kann sowie Training zum Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen pro Woche

## Körperliche Aktivität in der Freizeit

**HEPA (Health-Enhancing Physical Activity):** Mindestens 150 Minuten mäßig intensive Bewegung pro Woche, wobei die Aktivität in Blöcken von mindestens zehn Minuten Dauer absolviert werden kann (HEPA-Empfehlung).

**MSPA (Muscle-Strengthening Physical Activity):** Training zum Muskelaufbau an zumindest zwei Tagen pro Woche (MSPA-Empfehlung)

**Total PAR:** Werden beide Empfehlungen der WHO (HEPA und MSPA) erfüllt, spricht man von ausreichender körperlicher Aktivität in der Freizeit.

Beim Lebensunterhaltskonzept ordnen sich die Respondentinnen und Respondenten einer der folgenden sozialen Gruppe selbst zu.

## Lebensunterhaltskonzept

- Erwerbstätig
- Arbeitslos
- In Pension
- Ausschließlich haushaltsführend
- In Ausbildung
- Dauerhaft arbeitsunfähig
- Präsenz-/Zivildienst
- In Elternkarenz
- Andere

Laut internationalen Definitionen umfasst die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ jene Personen, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit. Die Herkunftsländer wurden wie folgt zusammengefasst:

## Migrationshintergrund

- Österreich
- EU-Staaten vor 2004 / EWR / Schweiz

- EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (inkl. Slowenien und Kroatien)
- Ehem. Jugoslawien (außerhalb der EU) und Türkei
- Sonstige Staaten

**(Multivariate) logistische Regression**

Die (multivariate) logistische Regression ist ein adäquates statistisches Analyseverfahren, um den Einfluss eines oder mehrerer unabhängiger Merkmale auf ein abhängiges Merkmal zu quantifizieren.

**Odds Ratios (OR):** 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).

Das **Pseudo-R<sup>2</sup> nach Nagelkerke** quantifiziert den Anteil der erklärten Varianz des logistischen Regressionsmodells.

**Prävalenz**

Die Prävalenz ist eine Kennzahl der Epidemiologie für die Krankheitshäufigkeit. Sie sagt aus, welcher Anteil der Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. in einem bestimmten Zeitraum an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist oder einen Risikofaktor aufweist.

**Rauchverhalten**

Beim Rauchverhalten wird unterschieden zwischen Personen, die täglich rauchen (Raucher täglich), Personen, die gelegentlich rauchen (Rauchen gelegentlich), Personen, die das tägliche Rauchen aufgegeben haben und jetzt nicht mehr rauchen (Ex-Raucher, früher täglich geraucht), Personen, die nie täglich geraucht haben (Nichtraucher).

**Schmerzen**

Es wurde nach dem Auftreten und der Intensität von körperlichen Schmerzen in den vier Wochen vor der Befragung gefragt.

**Soziale Unterstützung**

Soziale Unterstützung wurde mit der "Oslo-3-Items-Social-Support-Scale" (Oslo-3) abgefragt. Die Oslo-3-Skala misst die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Es wird gefragt, auf wie viele Menschen man sich bei ernststen persönlichen Problemen verlassen könne, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Menschen an dem zeigen, was man tut, um und wie leicht es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indika-

tor mit den drei Ausprägungen geringe, mittlere und starke Unterstützung berechnet.

Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes wurde die Frage "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?" gestellt. Die Antwortmöglichkeiten reichten dabei von "sehr gut" und "gut" über "mittelmäßig" zu "schlecht" und "sehr schlecht".

**Subjektiver Gesundheitszustand**

Es wurde nach der Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs gefragt.

**Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs**

Die **Darmspiegelung** dient zur Früherkennung von Darmkrebs. Die regelmäßige Durchführung der Darmspiegelung (alle fünf Jahre) wird für die Altersgruppe ab 50 Jahren empfohlen.

Die **Mammographie** dient zur Früherkennung von Brustkrebs. Die Empfehlung zur Inanspruchnahme einer Mammographie (alle zwei Jahre) betrifft Frauen ab 45 Jahren.

Der **Krebsabstrich** (Gebärmutterhalsabstrich) dient zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Die Empfehlung zur Inanspruchnahme eines Krebsabstrichs (einmal jährlich) betrifft Frauen ab 18 Jahren.

