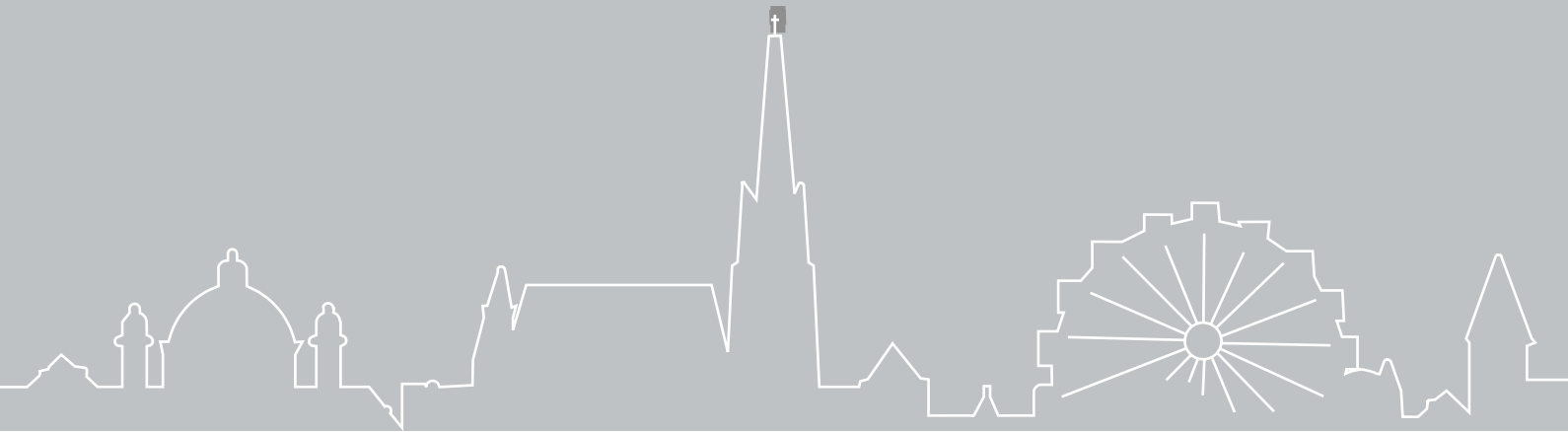


Gesundheit in **Wien**

Health in Vienna



Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey



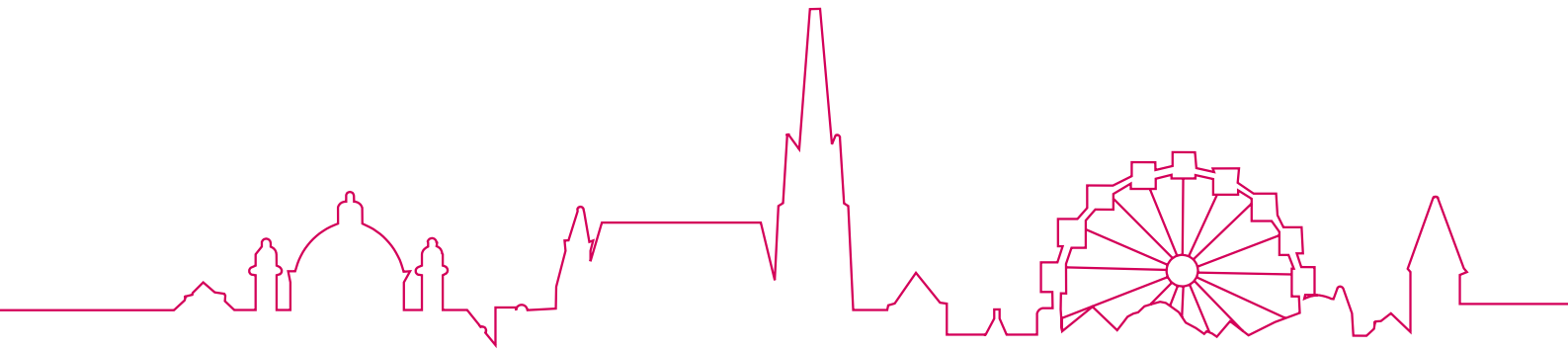


**Bereichsleitung für
Gesundheitsplanung
und Finanzmanagement**



Gesundheit in Wien

Health in Vienna



Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey

Vienna Health and Social Survey

IMPRESSUM

Konzept:	Univ.-Prof. Dr. Wolfgang FREIDL Univ.-Prof. Dr. Willibald-Julius STRONEGGER Mag. Christine NEUHOLD
Berichterstellung:	Univ.-Prof. Dr. Wolfgang FREIDL Univ.-Prof. Dr. Willibald-Julius STRONEGGER Mag. Christine NEUHOLD
Englische Übersetzung:	Mag. Verena BRAUNIZER
Lektorat:	Mag. Linda STIFT
Endredaktion:	Mag. Monika CSITKOVICS
Grafische Produktion:	Bernhard AMANSHAUSER
Umschlaggestaltung:	Bernhard AMANSHAUSER Dr. Eleonore BACHINGER Mag. Monika CSITKOVICS
Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:	Magistrat der Stadt Wien Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung Schottenring 24, A-1010 Wien Tel.: +43-1-53114-76177 e-mail: bar@bgf.magwien.gv.at Hersteller: AV-Druck plus GmbH, Wien

VORWORT

Um den Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung erstmals umfassend zu erheben, beauftragte die Stadt Wien das Institut für Höhere Studien mit der Planung und Durchführung des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2000/2001. In zwei Befragungswellen wurden in den Wintermonaten der Jahre 1999/2000 und 2000/2001 insgesamt 4.000 Wienerinnen und Wiener in Form von mündlichen Interviews zu ihrer gesundheitlichen Lage befragt. Die Fragen bezogen sich dabei auf die Bereiche subjektive Gesundheit, chronische und akute Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Gleichzeitig wurden auch gesundheitsrelevante Lebensbereiche wie Lebensstil, sozioökonomische Situation, Arbeitswelt, Belastungen, Wohnsituation, soziale Netzwerke, subjektive Bewältigungsstrategien und kritische Lebensereignisse erfasst.

In der Folge wurde das Institut für Sozialmedizin der Universität Graz mit der Erstellung eines ersten Überblicksberichtes, basierend auf den Daten dieser Erhebung, beauftragt. Dieser nunmehr vorliegende Bericht beschreibt die gesundheitliche Lage der Wienerinnen und Wiener, aber auch deren Gesundheitsverhalten sowie deren individuelle und soziale Ressourcen. Die dabei vorgenommene Differenzierung nach Geschlecht, Alter, beruflicher Position, Bildung und Einkommen soll dazu beitragen, besonders belastete Bevölkerungsgruppen ausfindig zu machen. Zur Identifikation der Ursachen eines guten bzw. weniger guten Gesundheitszustandes werden in einem weiteren Schritt Zusammenhänge zwischen gesundheitlicher Situation und Gesundheitsverhalten, aber auch zwischen Gesundheitszustand und individuellen bzw. sozialen Ressourcen berechnet und analysiert.

Dieser Bericht zeigt auf, dass Erkrankungen des Bewegungsapparates die häufigste gesundheitliche Beein-

trächtigung der Wienerinnen und Wiener darstellen, gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems und der Atmungsorgane. Neben dem Alter und dem Geschlecht übt vor allem die soziale Lage der Befragten einen Einfluss auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung aus. Dies trifft nicht nur auf die Beschwerdeshäufigkeit, sondern auch auf den subjektiven Gesundheitszustand der Befragten sowie auf die Auftretenshäufigkeit chronischer Krankheiten zu. Aber auch gesundheitliche Verhaltensweisen wie Rauchen, Ernährung, Zahnarztkontrolluntersuchungen, Gesundheitsinformation sowie individuelle Ressourcen – z. B. persönliche Kompetenzen, Selbstsicherheit, Steuerungsmöglichkeiten und persönliche Einstellungen – sind größtenteils sozial bedingt.

Der vorliegende Bericht bestätigt die Schwerpunktsetzung des Wiener Gesundheitsförderungsprogrammes auf die Bereiche Herz-Kreislauf-Erkrankungen („Ein Herz für Wien“), Krankheiten des Bewegungsapparates und Ernährung. Die Ergebnisse der Studie werde ich zum Anlass nehmen, die bereits laufenden – und im nächsten Jahr weiter zu führenden – Projekte des Wiener Gesundheitsförderungsprogrammes verstärkt auf die im Bericht als besonders förderungsbedürftigen Zielgruppen auszurichten.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Dr. Karl Müller für die Planung und Durchführung des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2000/2001 meinen Dank aussprechen, mich aber auch bei den AutorInnen des vorliegenden Berichts, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Freidl, Univ.-Prof. Dr. Willibald-Julius Stronegger und Mag. Christine Neuhold, für ihre ausgezeichnete Arbeit sehr herzlich bedanken.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht für Sie von Interesse ist.

Wien, November 2001

Die amtsführende Stadträtin für
Gesundheits- und Spitalswesen



Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker

REGISTER

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN
SUMMARY AND CONCLUSIONS

THEORIE, STICHPROBE UND
STATISTISCHE METHODEN

SOZIALE RESSOURCEN UND
BELASTUNGEN

INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND
BELASTUNGEN

GESUNDHEITSRELEVANTES
VERHALTEN

GESUNDHEITLICHE LAGE
(EPIDEMIOLOGIE)

LITERATURVERZEICHNIS

ANHANG:
FRAGEBOGEN

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	23
SUMMARY AND CONCLUSIONS	33
1 THEORIE, STICHPROBE UND STATISTISCHE METHODEN	43
1.1 THEORETISCHES KONZEPT	43
1.1.1 Was ist Gesundheitsberichterstattung?	43
1.1.2 Was ist Gesundheit?	45
1.1.2.1 Das biomedizinische Gesundheitsverständnis	45
1.1.2.2 Das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis	45
1.1.2.3 Das psychologische Gesundheitsverständnis	46
1.1.2.4 Das soziologische Gesundheitsverständnis und erklärende Konzepte	47
1.1.3 Ein umfassender Gesundheitsbegriff	52
1.1.4 Was ist Gesundheitsförderung?	54
1.1.5 Wie kann Gesundheit gemessen werden?	55
1.1.6 Arbeitsmodell	55
1.2 STUDIENDESIGN UND STICHPROBENERHEBUNG	57
1.3 STATISTISCH-EPIDEMIOLOGISCHE DATENANALYSE – METHODEN	58
1.3.1 Epidemiologische Datenanalyse	58
1.3.2 Generierung der Gesundheitsindikatoren	58
1.3.3 Regressionsanalysen – Modellbildung	58
1.4 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	59
1.4.1 Basis-Stratifizierungsvariablen	59
1.4.2 Tabellendarstellung und Abbildungen	59
2 SOZIALE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN	63
2.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG	63
2.1.1 Lebensalter und Geschlecht	63
2.1.2 Staatsbürgerschaft	63
2.1.3 Regionale Gliederung nach Bezirkskategorien	64
2.2 ZUGANG ZUM GESELLSCHAFTLICHEN WOHLSTAND – SOZIALE POSITION/STELLUNG	65
2.2.1 Zugang zu Ausbildung	65
2.2.2 Zugang zu Einkommen	67
2.2.3 Zugang zu beruflichen Positionen und Teilnahme am Erwerbsleben	72
2.2.3.1 Teilnahme am Erwerbsleben und Arbeitslosigkeit	72
2.2.3.2 Berufliche Position	77
2.3 ZUGANG ZU SOZIALER ANERKENNUNG UND SOZIALE ZUFRIEDENHEIT	80
2.3.1 Anerkennung durch den Beruf	80
2.3.2 Zufriedenheit mit der finanziellen Lage	80
2.3.3 Zufriedenheit mit dem Familienleben	82
2.3.4 Zufriedenheit mit dem sozialen Netz	84
2.3.5 Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung	86
2.4 ARBEITSSITUATION	88
2.4.1 Arbeitsbelastungen	88
2.4.2 Arbeitszufriedenheit	92
2.5 WOHSITUATION	93
2.5.1 Wohnbelastungen	93
2.5.2 Wohnzufriedenheit	95
2.6 SOZIALE INTEGRATION – SOZIALE UNTERSTÜTZUNG UND BELASTUNG	96
2.6.1 Fremdenfeindlichkeit	97
2.6.2 Gewalt	98

2.7 INDIKATOREN ZU DEN SOZIALEN RESSOURCEN	99
2.7.1 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Alter	101
2.7.2 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Bildung	103
2.7.3 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Einkommen	106
2.7.4 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach beruflicher Position	108
3 INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN	113
3.1 KINDHEIT	113
3.1.1 Belastungen der Kindheit	113
3.2 PERSONALE RESSOURCEN	115
3.3 INDIKATOREN ZU DEN INDIVIDUELLEN RESSOURCEN	119
3.3.1 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Alter	120
3.3.2 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Bildung	121
3.3.3 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Einkommen	122
3.3.4 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach beruflicher Position	124
3.4 SOZIALE RAHMENBEDINGUNGEN DER INDIVIDUELLEN RESSOURCEN	125
4 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN	129
4.1 GESUNDHEITSVERHALTEN	129
4.1.1 Gesundheitsbewusstsein	129
4.1.2 Gesundheitshandeln	131
4.1.3 Schlafverhalten	132
4.1.4 Ernährungsverhalten	133
4.1.5 Body Mass Index	134
4.1.6 Körperliche Bewegung	136
4.1.7 Gesundheitsinformation	137
4.1.8 Gesundheitsvorsorge	139
4.2 DROGENKONSUM UND PSYCHOTROPE SUBSTANZEN	141
4.2.1 Alkoholkonsum	141
4.2.2 Nikotinkonsum	145
4.2.3 Haschischkonsum	148
4.3 KRANKHEITSVERHALTEN, INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSLEISTUNGEN	151
4.3.1 Vorsorgeuntersuchungen	151
4.3.2 Medikamentenkonsum	156
4.3.3 Arztkonsultationen wegen Beschwerden	158
4.3.4 Konsultation einer Gesundheitskraft	159
4.3.5 Komplementärmedizinische Behandlungen	160
4.3.6 ZahnärztInnenkonsultation	161
4.4 INDIKATOREN ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN	163
4.4.1 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Alter	165
4.4.2 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Schulbildung	165
4.4.3 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Haushaltseinkommen	167
4.4.4 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach beruflicher Position	169
4.5 SOZIALE UND INDIVIDUELLE RAHMENBEDINGUNGEN DES GESUNDHEITSVERHALTENS	170

5	GESUNDHEITLICHE LAGE (EPIDEMIOLOGIE)	175
5.1	SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND – PSYCHISCHE BEFINDLICHKEIT	175
5.1.1	Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	175
5.1.2	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands	177
5.1.3	Subjektive körperliche Leistungsfähigkeit	179
5.1.4	Wie häufig fühlen sich die WienerInnen fit?	181
5.1.5	Häufigkeit von Stress im Alltagsleben	182
5.2	OBJEKTIVIERTE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	185
5.2.1	Beschwerden und Symptome	185
5.2.1.1	Indikator „Beschwerdenanzahl“	190
5.2.1.2	Allergische Beschwerden und Allergien	191
5.2.2	Gesamt-Morbidität	193
5.2.3	Morbidität nach Krankheitsgruppen	197
5.2.3.1	Neoplasien/Krebs	201
5.2.3.2	Stoffwechselerkrankungen	202
5.2.3.3	Psychiatrische Krankheiten	203
5.2.3.4	Krankheiten des Kreislaufsystems	204
5.2.3.5	Krankheiten der Atmungsorgane	205
5.2.3.6	Krankheiten der Verdauungsorgane	206
5.2.3.7	Krankheiten der Urogenitalorgane	207
5.2.3.8	Hautkrankheiten	208
5.2.3.9	Krankheiten des Bewegungsapparates	209
5.2.3.10	Entfernung eines Organs	210
5.2.3.11	Unfälle außerhalb der Arbeitszeit, Verletzungen und Vergiftungen	211
5.2.4	Behinderungen und Einschränkungen	214
5.2.5	Zahngesundheit	217
5.3	INDIKATOREN ZUM GESUNDHEITLICHEN BEFINDEN	220
5.3.1	Gesundheitliches Befinden	220
5.3.2	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Alter	222
5.3.3	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Ausbildung	223
5.3.4	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Einkommen	225
5.3.5	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach beruflicher Position	228
5.4	GESELLSCHAFTLICHE UND INDIVIDUELLE BEDINGUNGEN DER GESUNDHEIT	231
	LITERATURVERZEICHNIS	235
	ANHANG: FRAGEBOGEN	239

TABELLENVERZEICHNIS

2 SOZIALE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

Tabelle 1: Altersverteilung nach Geschlecht	63
Tabelle 2: Staatsbürgerschaft nach Geschlecht	63
Tabelle 3: Staatsbürgerschaft nach Geschlecht (AusländerInnenanteil)	64
Tabelle 4: Staatsbürgerschaft nach Alter	64
Tabelle 5: Bezirkskategorie nach BewohnerInnen	64
Tabelle 6: Schulbildung nach Alter und Geschlecht	66
Tabelle 7: Altersverteilung nach Schulbildung und Geschlecht	66
Tabelle 8: Schulbildung nach Staatsbürgerschaft	67
Tabelle 9: Schulbildung nach beruflicher Position und Geschlecht	67
Tabelle 10: Haushalts-Nettoeinkommen gesamt nach Geschlecht	68
Tabelle 11: Haushaltseinkommen/EÄ nach Alter und Geschlecht	69
Tabelle 12: Haushaltseinkommen/EÄ nach Geschlecht	69
Tabelle 13: Haushaltseinkommen/EÄ nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	70
Tabelle 14: Altersverteilung nach dem Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	70
Tabelle 15: Berufliche Position nach dem Haushaltseinkommen/EÄ	71
Tabelle 16: Persönliches Nettoeinkommen nach Geschlecht	71
Tabelle 17: Persönliches Nettoeinkommen nach beruflicher Position und Geschlecht	72
Tabelle 18: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach Alter und Geschlecht	73
Tabelle 19: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach dem Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	73
Tabelle 20: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach beruflicher Position und Geschlecht	74
Tabelle 21: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach Alter und Staatsbürgerschaft	75
Tabelle 22: Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren nach Alter und Geschlecht	75
Tabelle 23: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Alter und Geschlecht	76
Tabelle 24: Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	76
Tabelle 25: Frühpension aufgrund gesundheitlicher Probleme nach Alter und Geschlecht	76
Tabelle 26: Berufliche Position nach Geschlecht	77
Tabelle 27: Berufliche Position nach Alter und Geschlecht	78
Tabelle 28: Berufliche Position nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	78
Tabelle 29: Staatsbürgerschaft nach beruflicher Position und Geschlecht	79
Tabelle 30: Berufliche Position nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	79
Tabelle 31: Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf nach Alter und Geschlecht	80
Tabelle 32: Persönliche finanzielle Lage nach Alter und Geschlecht	81
Tabelle 33: Persönliche finanzielle Lage nach beruflicher Position und Geschlecht	81
Tabelle 34: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alter und Geschlecht	82
Tabelle 35: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	83
Tabelle 36: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach beruflicher Position und Geschlecht	83
Tabelle 37: Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten nach Alter und Geschlecht	84
Tabelle 38: Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	85
Tabelle 39: Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten nach beruflicher Position und Geschlecht	85
Tabelle 40: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Alter und Geschlecht	86
Tabelle 41: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	87
Tabelle 42: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach beruflicher Position und Geschlecht	87
Tabelle 43: Hohes Arbeitspensum nach derzeitiger Teilnahme am Erwerbsleben und Geschlecht	88
Tabelle 44: Hohes Arbeitspensum nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	89
Tabelle 45: Hohes Arbeitspensum nach beruflicher Position und Geschlecht	89
Tabelle 46: Wöchentliche Arbeitszeit nach derzeitiger Teilnahme am Erwerbsleben und Geschlecht	90
Tabelle 47: Wöchentliche Arbeitszeit nach derzeitiger Teilnahme am Erwerbsleben, beruflicher Position und Geschlecht	91

Tabelle 48: Beanspruchung durch die Arbeit nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	92
Tabelle 49: Beanspruchung durch die Arbeit nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	92
Tabelle 50: Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf nach beruflicher Position und Geschlecht	93
Tabelle 51: Wohnungsgröße nach Alter und Geschlecht	93
Tabelle 52: Wohnungsgröße nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	94
Tabelle 53: Wohnungsgröße/EÄ nach beruflicher Position und Geschlecht	94
Tabelle 54: Wohnungsgröße/EÄ nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	94
Tabelle 55: Zufriedenheit mit der Wohnung insgesamt nach beruflicher Position und Geschlecht	95
Tabelle 56: Familienstand nach Alter und Geschlecht	96
Tabelle 57: Anzahl der Personen im Haushalt nach Alter und Geschlecht	96
Tabelle 58: Fremdenfeindlichkeit nach Alter und Geschlecht	97
Tabelle 59: Fremdenfeindlichkeit nach Region (Bezirk) und Geschlecht	98
Tabelle 60: Verwicklung in körperliche Auseinandersetzungen nach Alter und Geschlecht	98
Tabelle 61: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Alter bei Männern	101
Tabelle 62: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Alter bei Frauen	102
Tabelle 63: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Schulbildung bei Männern	103
Tabelle 65: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Schulbildung bei Frauen	104
Tabelle 66: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach dem Haushaltseinkommen/EÄ bei Männern	106
Tabelle 67: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach dem Haushaltseinkommen/EÄ bei Frauen	106
Tabelle 68: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach beruflicher Position bei Männern	108
Tabelle 69: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach beruflicher Position bei Frauen	108

3 INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

Tabelle 1: Als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren nach Alter und Geschlecht	113
Tabelle 2: Als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren nach beruflicher Position und Geschlecht	114
Tabelle 3: GewalttäterIn und Alter bzw. Geschlecht	114
Tabelle 4: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach Alter und Geschlecht	115
Tabelle 7: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach beruflicher Position und Geschlecht	116
Tabelle 5: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	116
Tabelle 8: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	117
Tabelle 9: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt nach Alter und Geschlecht	117
Tabelle 11: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt nach beruflicher Position und Geschlecht	118
Tabelle 10: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	118
Tabelle 12: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach Alter und Geschlecht	120
Tabelle 13: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach Schulbildung und Geschlecht	121
Tabelle 14: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	122
Tabelle 15: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach beruflicher Position und Geschlecht	124

4 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

Tabelle 1: Gesundheitsbewusstsein nach Alter und Geschlecht	129
Tabelle 2: Gesundheitsbewusstsein nach Schulbildung und Geschlecht	130
Tabelle 3: Gesundheitsbewusstsein nach beruflicher Position und Geschlecht	130
Tabelle 4: Gesundheitshandeln nach Alter und Geschlecht	131
Tabelle 5: Gesundheitshandeln nach beruflicher Position und Geschlecht	132
Tabelle 6: Schlafverhalten nach Alter und Geschlecht	132
Tabelle 7: Schlafverhalten nach beruflicher Position und Geschlecht	133
Tabelle 8: Diät Ernährung nach Alter und Geschlecht	133
Tabelle 9: Vom Arzt verordnete oder empfohlene Diäten nach Alter und Geschlecht	134

Tabelle 10: Körpermaße nach Alter und Geschlecht	135
Tabelle 11: Übergewicht nach Schulbildung und Geschlecht	135
Tabelle 12: Übergewicht nach beruflicher Position und Geschlecht	136
Tabelle 13: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Alter und Geschlecht	136
Tabelle 14: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Schulbildung und Geschlecht	137
Tabelle 15: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach beruflicher Position und Geschlecht	137
Tabelle 16: Information für die Gesundheit nach Alter und Geschlecht	138
Tabelle 17: Information für die Gesundheit nach Schulbildung und Geschlecht	138
Tabelle 18: Information für die Gesundheit nach beruflicher Position und Geschlecht	138
Tabelle 19: Informationsquellen nach Alter und Geschlecht	139
Tabelle 20: Zusatzversicherung nach Alter und Geschlecht	139
Tabelle 21: Zusatzversicherung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	140
Tabelle 22: Zusatzversicherung nach beruflicher Position und Geschlecht	140
Tabelle 23: Täglicher Bierkonsum nach Alter und Geschlecht	141
Tabelle 24: Täglicher Bierkonsum nach Schulbildung und Geschlecht	142
Tabelle 25: Täglicher Weinkonsum nach Alter und Geschlecht	142
Tabelle 26: Täglicher Weinkonsum nach Schulbildung und Geschlecht	143
Tabelle 27: Täglicher Konsum von Spirituosen nach Alter und Geschlecht	144
Tabelle 28: Täglicher Konsum von Spirituosen nach Schulbildung und Geschlecht	144
Tabelle 29: RaucherInnenstatus nach Alter und Geschlecht	145
Tabelle 30: RaucherInnenstatus nach Schulbildung und Geschlecht	146
Tabelle 31: RaucherInnenstatus nach beruflicher Position und Geschlecht	146
Tabelle 32: RaucherInnenstatus nach Region (Bezirk) und Geschlecht	147
Tabelle 33: Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht	147
Tabelle 34: Haschischkonsum nach Alter und Geschlecht	148
Tabelle 35: Haschischkonsum nach Schulbildung und Geschlecht	149
Tabelle 36: Haschischkonsum nach beruflicher Position und Geschlecht	149
Tabelle 37: Haschischkonsum nach Region (Bezirk) und Geschlecht	150
Tabelle 38: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht	151
Tabelle 39: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Schulbildung und Geschlecht	152
Tabelle 40: Abnahme eines Scheidenabstriches bei Frauen nach dem Alter	152
Tabelle 41: Abnahme eines Scheidenabstriches bei Frauen nach Schulbildung	153
Tabelle 42: Abnahme eines Scheidenabstriches bei Frauen nach beruflicher Position	153
Tabelle 43: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach Alter	154
Tabelle 44: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach Schulbildung	154
Tabelle 45: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach beruflicher Position	154
Tabelle 46: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach Alter und Geschlecht	155
Tabelle 47: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach Schulbildung und Geschlecht	155
Tabelle 48: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach beruflicher Position und Geschlecht	156
Tabelle 49: Medikamentenkonsum nach Alter und Geschlecht	156
Tabelle 50: Medikamentenaufklärung durch ÄrztInnen und andere Einrichtungen nach Alter und Geschlecht	157
Tabelle 51: Information über Nebenwirkungen nach Alter und Geschlecht	158
Tabelle 52: Konsultieren diverser ÄrztInnen wegen Beschwerden nach Alter und Geschlecht	159
Tabelle 53: Konsultation einer Gesundheitskraft nach Alter und Geschlecht	160
Tabelle 54: Komplementärmedizinische Behandlungen nach Geschlecht	160
Tabelle 55: ZahnärztInnenbesuche nach Schulbildung und Geschlecht	161
Tabelle 56: ZahnärztInnenbesuche nach beruflicher Position und Geschlecht	162
Tabelle 57: Zahnbehandlungen nach Schulbildung und Geschlecht	162
Tabelle 58: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach Alter und Geschlecht	165
Tabelle 59: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach Schulbildung und Geschlecht	165
Tabelle 60: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	167
Tabelle 61: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach beruflicher Position und Geschlecht	169

5 GESUNDHEITLICHE LAGE (EPIDEMIOLOGIE)

Tabelle 1:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Alter und Geschlecht	175
Tabelle 2:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Schulbildung und Geschlecht	176
Tabelle 3:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	176
Tabelle 4:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach beruflicher Position und Geschlecht	177
Tabelle 5a:	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Männern nach Alter	186
Tabelle 5b:	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Frauen nach Alter	186
Tabelle 6a:	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Männern nach dem Haushaltseinkommen/EÄ	187
Tabelle 6b:	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Frauen nach dem Haushaltseinkommen/EÄ	188
Tabelle 7a:	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Männern nach beruflicher Position	189
Tabelle 7b:	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Frauen nach beruflicher Position	189
Tabelle 8:	Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach Alter und Geschlecht	190
Tabelle 9:	Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	190
Tabelle 10:	Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach Schulbildung und Geschlecht	190
Tabelle 11:	Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach beruflicher Position und Geschlecht	191
Tabelle 12a:	Allergien bei Männern nach Alter	191
Tabelle 12b:	Allergien bei Frauen nach Alter	192
Tabelle 13a:	Allergien bei Männern nach beruflicher Position	192
Tabelle 13b:	Allergien bei Frauen nach beruflicher Position	192
Tabelle 14:	Chronische Krankheiten nach Alter und Geschlecht	193
Tabelle 15:	Chronische Krankheiten nach beruflicher Position und Geschlecht	194
Tabelle 16:	Chronische Krankheiten nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)	194
Tabelle 17:	Chronische Krankheiten nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	195
Tabelle 18:	Chronische Krankheiten nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)	196
Tabelle 19:	Chronische Krankheiten nach Region (Bezirk) und Geschlecht	196
Tabelle 20a:	Krankheiten bei Männern nach Alter	197
Tabelle 20b:	Krankheiten bei Frauen nach Alter	198
Tabelle 21a:	Krankheiten bei Männern (ab 45 Jahren) nach dem Haushaltseinkommen/EÄ	198
Tabelle 21b:	Krankheiten bei Frauen (ab 45 Jahren) nach dem Haushaltseinkommen/EÄ	199
Tabelle 22a:	Krankheiten bei Männern (ab 45 Jahren) nach Schulbildung	199
Tabelle 22b:	Krankheiten bei Frauen (ab 45 Jahren) nach Schulbildung	200
Tabelle 23a:	Krankheiten bei Männern (ab 45 Jahren) nach beruflicher Position	200
Tabelle 23b:	Krankheiten bei Frauen (ab 45 Jahren) nach beruflicher Position	201
Tabelle 24:	Krebserkrankung nach Alter und Geschlecht	201
Tabelle 25:	Krebserkrankung nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	202
Tabelle 26:	Stoffwechselerkrankungen nach Alter und Geschlecht	202
Tabelle 27:	Stoffwechselerkrankungen nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	203
Tabelle 28:	Psychiatrische Symptome nach Alter und Geschlecht	203
Tabelle 29:	Psychiatrische Symptome nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	204
Tabelle 30:	Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht	204
Tabelle 31:	Krankheiten des Kreislaufsystems nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	205
Tabelle 32:	Krankheiten der Atmungsorgane nach Alter und Geschlecht	205
Tabelle 33:	Krankheiten der Atmungsorgane nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	206
Tabelle 34:	Krankheiten der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht	206
Tabelle 35:	Krankheiten der Verdauungsorgane nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	207
Tabelle 36:	Krankheiten der Urogenitalorgane nach Alter und Geschlecht	207
Tabelle 37:	Krankheiten der Urogenitalorgane nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	208

GRAFIKVERZEICHNIS

Tabelle 38: Hautkrankheiten nach Alter und Geschlecht	208
Tabelle 39: Hautkrankheiten nach Haushaltseinkommen/EÄ* und Geschlecht (ab 45 Jahren)	209
Tabelle 40: Krankheiten des Bewegungsapparates nach Alter und Geschlecht	209
Tabelle 41: Krankheiten des Bewegungsapparates nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	210
Tabelle 42: Entfernung eines Organs nach Alter und Geschlecht	210
Tabelle 43: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Alter und Geschlecht	211
Tabelle 44: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	212
Tabelle 45: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach beruflicher Position und Geschlecht	212
Tabelle 46: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)	213
Tabelle 47: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Region (Bezirk) und Geschlecht	213
Tabelle 48: Behinderungen und Einschränkungen nach Alter und Geschlecht	214
Tabelle 49: Behinderungen und Einschränkungen nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	215
Tabelle 50: Krankenstandstage im letzten Jahr nach beruflicher Position und Geschlecht	215
Tabelle 51: Krankenstandstage im letzten Jahr nach Schulbildung und Geschlecht	215
Tabelle 52: Verwendung von Hilfsmitteln im Alltag nach Alter und Geschlecht	216
Tabelle 53: Verwendung von Hilfsmitteln im Alltag nach Region (Bezirk) und Geschlecht	216
Tabelle 54: Zahnanzahl nach Alter und Geschlecht	217
Tabelle 55: Zahnanzahl nach Schulbildung und Geschlecht	217
Tabelle 56: Zahnanzahl nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)	218
Tabelle 57: Zahnanzahl nach beruflicher Position und Geschlecht	218
Tabelle 58: Zahnanzahl nach Region (Bezirk) und Geschlecht	219
Tabelle 59: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)	222
Tabelle 60: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)	223
Tabelle 61: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte; ab 45 Jahren)	224
Tabelle 62: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (Mittelwerte)	225
Tabelle 63: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht ab 45 Jahren (Mittelwerte)	226
Tabelle 64: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach beruflicher Position und Geschlecht (Mittelwerte)	228
Tabelle 65: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach beruflicher Position und Geschlecht ab 45 Jahren (Mittelwerte)	230

GRAFIKVERZEICHNIS

2 SOZIALE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

Grafik 1: Arbeitszufriedenheit nach Alter und Geschlecht	102
Grafik 2: Soziales Netz nach Alter und Geschlecht	102
Grafik 3: Persönliche finanzielle Lage nach Alter und Geschlecht	103
Grafik 4: Arbeitszufriedenheit nach Schulbildung und Geschlecht	104
Grafik 5: Arbeitsbelastung nach Schulbildung und Geschlecht	104
Grafik 6: Persönliche finanzielle Lage nach Schulbildung und Geschlecht	105
Grafik 7: Soziales Netz nach Schulbildung und Geschlecht	105
Grafik 8: Arbeitsbelastung nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	107
Grafik 9: Arbeitszufriedenheit nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	107
Grafik 10: Live Event-Belastung nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	107
Grafik 11: Arbeitszufriedenheit nach beruflicher Position und Geschlecht	109
Grafik 12: Wohnzufriedenheit nach beruflicher Position und Geschlecht	109
Grafik 13: Persönliche finanzielle Lage nach beruflicher Position und Geschlecht	109

3 INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

Grafik 1:	Anomie nach Alter und Geschlecht	120
Grafik 2:	Kohärenzsinn (SOC) nach Alter und Geschlecht	121
Grafik 3:	Anomie nach Schulbildung und Geschlecht	121
Grafik 4:	Kohärenzsinn (SOC) nach Schulbildung und Geschlecht	122
Grafik 5:	Anomie nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	123
Grafik 6:	Kohärenzsinn (SOC) nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	123
Grafik 7:	Anomie nach beruflicher Position und Geschlecht	124
Grafik 8:	Kohärenzsinn (SOC) nach beruflicher Position und Geschlecht	124

4 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

Grafik 1:	Bewegung nach Schulbildung und Geschlecht	166
Grafik 2:	Alternativmedizin nach Schulbildung und Geschlecht	166
Grafik 3:	Gesunde Ernährung nach Schulbildung und Geschlecht	166
Grafik 4:	Body Mass Index nach Schulbildung und Geschlecht	167
Grafik 5:	Bewegung nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	168
Grafik 6:	Vorsorge nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	168

5 GESUNDHEITLICHE LAGE (EPIDEMIOLOGIE)

Grafik 1:	Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht	178
Grafik 2:	Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht (ab 45 Jahren)	178
Grafik 3:	Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	179
Grafik 4:	Gesundheitszustand nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)	179
Grafik 5:	Körperliche Leistungsfähigkeit nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)	180
Grafik 6:	Körperliche Leistungsfähigkeit nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	180
Grafik 7:	Körperliche Leistungsfähigkeit nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)	181
Grafik 8:	Fit fühlen nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)	181
Grafik 9:	Fit fühlen nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	182
Grafik 10:	Fit fühlen nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)	182
Grafik 11:	Leiden unter Stress nach Alter und Geschlecht	183
Grafik 12:	Leiden unter Stress nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)	183
Grafik 13:	Leiden unter Stress nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	183
Grafik 14:	Leiden unter Stress nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)	184
Grafik 15:	Leiden unter Stress nach Region (Bezirk) und Geschlecht	184
Grafik 16:	Beschwerdenintensität nach Alter und Geschlecht	222
Grafik 17:	Chronische Krankheiten nach Alter und Geschlecht	223
Grafik 18:	Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	225
Grafik 19:	ADL nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht	226
Grafik 20:	Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	227
Grafik 21:	Chronische Krankheiten nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	227
Grafik 22:	ADL nach Haushaltseinkommen/EÄ und Geschlecht (ab 45 Jahren)	227
Grafik 23:	Beschwerden nach beruflicher Position und Geschlecht	228
Grafik 24:	Chronische Krankheiten nach beruflicher Position und Geschlecht	229
Grafik 25:	ADL nach beruflicher Position und Geschlecht	229

ZUSAMMENFASSUNG
UND
SCHLUSSFOLGERUNGEN

*SUMMARY AND
CONCLUSIONS*

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammensetzung der Stichprobe

Der vorliegende Gesundheitssurvey basiert auf einer repräsentativen Querschnitterhebung der Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren als Zielpopulation. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Wellen. Die erste Welle wurde von November 1999 bis Februar 2000, die zweite von Dezember 2000 bis März 2001 durchgeführt. Im Haushalt der Zielpersonen wurden von unterwiesenen InterviewerInnen Face-to-Face-Interviews anhand eines Fragebogens durchgeführt. Der Datenanalyse liegen 4.019 auswertbare Interviews zugrunde, was einer Ausschöpfungsrate der Ausgangsstichprobe von 55 Prozent entspricht. Die Hauptursache für den 45%-Anteil an Ausfällen liegt in der Verweigerung der Teilnahme an der Befragung durch die Zielpersonen.

Zur Herstellung einer befriedigenden Repräsentativität der Auswertungen wurde eine Gewichtung der Rohdaten vorgenommen, um deren Verteilung an jene der wichtigsten demographischen Merkmale in der Wiener Bevölkerung anzugleichen. Alle statistischen Analysen wurden jeweils getrennt für Männer und Frauen ausgeführt. Unter Einbeziehung inhaltlicher Überlegungen wurden die Gesundheits- und Sozialvariablen in der Grundausswertung für jene Personengruppen beschrieben, die unter Verwendung der folgenden Kriterien definiert wurden: Einkommenslage, Ausbildungsniveau, berufliche Position, Staatsbürgerschaft und Wohnregion.

Soziale Ressourcen und Belastungen

Soziale Ressourcen und Belastungen besitzen eine große Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung. Um zu klären, wer in welchem Ausmaß von Ressourcen und Belastungen betroffen ist, wurde deren Verteilung in verschiedenen sozialen Gruppen untersucht. Dabei unterscheiden wir den Zugang zum gesellschaftlichen Wohlstand, welcher die soziale Schicht einer Person bestimmt, den Zugang zu sozialer Anerkennung bzw. die soziale Zufriedenheit, die Arbeitssituation, die Wohnsituation, die soziale Integration und die Belastung durch Lebensereignisse („Schicksalsschläge“). Der Zugang zum gesellschaftlichen Wohlstand besteht im wesentlichen aus dem Zugang zu Ausbildung, dem Zugang zu Einkommen und dem Zugang zu beruflichen Positionen. Diese drei Komponenten korrelieren positiv untereinander, tragen aber auch unabhängig voneinander zur Gesundheit bei.

Die **Ausbildungssituation** der jüngeren Menschen hat sich gegenüber den früheren Generationen erheblich verbessert. Eine frühe Benachteiligung im Ausbildungsniveau wird jedoch zumeist im höheren Lebensalter nicht mehr aufgeholt. Diese Bildungsbenachteiligung der älteren Generation erfordert als Gegenmaßnahme verstärkte Anstrengungen in der Erwachsenenbildung.

Hinsichtlich des Zugangs zu **Einkommen** zeigt sich ein generelles Defizit bei den Frauen und eine besonders auffallende Einkommensbenachteiligung der jungen Menschen (bis ca. 50 Jahre), während ältere Erwerbstätige und PensionistInnen eine zumeist sehr zufriedenstellende Einkommenssituation aufweisen. Es wäre generell notwendig, die Einkommenssituation der Familien mit Kindern zu verbessern, insbesondere aber dann, wenn die Erwerbstätigen eine nur wenig qualifizierte Tätigkeit ausüben.

Eine Benachteiligung hinsichtlich der eingenommenen **beruflichen Position** besteht generell bei Frauen sowie bei AusländerInnen, und hier besonders bei Ausländerinnen. Die Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf ist zwar allgemein sehr hoch, bei den gering qualifizierten Erwerbstätigen und jungen Menschen gibt es aber auch viele weniger oder nicht zufriedene. Die Arbeitszufriedenheit nimmt mit dem Einkommen und der Höhe der beruflichen Position zu, ist also in der untersten Einkommensgruppe und bei den unqualifizierten Erwerbstätigen am kleinsten.

Ein wichtiger Maßstab für die **Wohnqualität** ist die pro Person zur Verfügung stehende Wohnfläche. Diese ist besonders gering bei AusländerInnen und bei Personen

der untersten Einkommensschicht. Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation ist zwar mit ca. 90 Prozent ziemlich oder sehr zufriedenen Personen generell sehr hoch, aber in der untersten Einkommens- und Berufsgruppe finden sich erhöhte Anteile an wenig und gar nicht Zufriedenen. Ebenso weist in diesen sozialen Gruppen die Wohnbelastung die höchsten Werte auf und der Bestand an Haushaltsgeräten die kleinste Anzahl.

Mit zunehmendem Lebensalter steht immer mehr Wohnfläche zur Verfügung und die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen wird kleiner. Trotz des besonders bei Frauen großen Anteils an Einpersonenhaushalten im Pensionsalter wird **Einsamkeit** erst im sehr hohen Alter (Altersgruppe ab 75 Jahren) ein häufigeres Problem.

Die Zufriedenheit mit dem **Familienleben** und der **Freizeitgestaltung** nimmt mit dem Alter stark zu und ist in der untersten Einkommensgruppe am kleinsten. Ebenso ist in dieser Gruppe sowohl das soziale Netz als auch die Zufriedenheit mit dem **sozialen Netz** am geringsten. Das **politische Engagement** sowie die persönliche politische Bildung ist bei den unqualifiziert Erwerbstätigen,

den Personen mit Pflichtschulbildung und in der untersten Einkommensgruppe am geringsten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die niedrigste Ausbildungsgruppe (PflichtschulabsolventInnen), die niedrigste berufliche Ebene (unqualifizierte oder angelernte Tätigkeit) und die niedrigste Einkommensschicht (ca. 15 Prozent der Haushaltseinkommen) sowie AusländerInnen die größten Defizite hinsichtlich aller untersuchten sozialen Ressourcen aufweisen. Weiters sind in diesen Gruppen die Belastungen durch die Wohnverhältnisse, teilweise auch die Arbeitsbelastungen, verglichen mit den anderen Gruppen am größten.

Hinsichtlich der verschiedenen Lebensalter zeigt sich als genereller Trend eine ausgeprägte Zunahme der meisten sozialen Ressourcen (besonders des Einkommens, nicht jedoch der Ausbildung) und der Zufriedenheit in allen untersuchten Lebensbereichen mit steigendem Lebensalter. Aufgrund des Studiendesigns kann jedoch nicht entschieden werden, ob es sich bei diesen Zusammenhängen um einen reinen Alterstrend handelt, oder ob sie zum Teil auf einem Generationeneffekt beruhen.

Mögliche Maßnahmenswerpunkte

- verbesserte Bildungseinrichtungen für alle bereitstellen
- Bildung, Information und Beratung vor allem sozial schwachen Schichten zugänglich machen
- Zugang zu Information und Wissen erleichtern, Hemmschwellen abbauen
- Humanisierung der Arbeitsbedingungen
- gerechte Entlohnung
- gerechten Zugang zu externen Ressourcen schaffen
- Gleichberechtigung in allen sozialen Bereichen (speziell der untersten Schicht und der AusländerInnen)
- verbesserte soziale Unterstützung und Aufbau bzw. Öffnung von Netzwerken für (und mit) sozial Benachteiligten
- verbesserte materielle, physische, psychische und soziale Lebensbedingungen für benachteiligte junge Menschen schaffen
- wirtschaftliche Lage der Frauen verbessern
- Bekämpfung von Armut und wirtschaftlicher Not
- sozialgruppenspezifische Maßnahmen anbieten (Problemgruppen: Frauen, junge Menschen, Familien, gering qualifizierte Erwerbstätige)
- Reduktion der Wohnbelastungen
- Eindämmen psychovegetativer Erkrankungen durch Reduzierung von belastenden Lebensverhältnissen, wie z. B. emotionalem Stress, Leistungsdruck und Reizüberflutung
- Erhöhung der sozialen Integration durch Auf- und Ausbau sozialer Netzwerke

Individuelle Ressourcen und Belastungen

Individuelle Ressourcen sind im allgemeinen auf der psychischen Ebene in der Person selbst angesiedelt. Sie umfassen Aspekte wie persönliche Kompetenzen, Selbstsicherheit, Steuerungsmöglichkeiten, persönliche Einstellungsdispositionen und die spirituelle Dimension des Lebens. Ressourcen dieser Art werden im Laufe der menschlichen Sozialisation erworben. Wir unterscheiden dabei Aspekte der Kindheit und personale Ressourcen.

Die Ergebnisse zu den individuellen Ressourcen zeigen, dass männliche Befragte bis zu 32 Prozent in der Kindheit – wenn auch zum Teil selten – in ihrer Familie **körperliche Gewalt** erfahren haben, bei den Frauen ergeben sich diesbezüglich Werte bis zu 24 Prozent. Die beruflich weniger qualifizierten Schichten sind davon häufiger betroffen als die qualifizierteren. Eine auffällige Ausnahme bilden hierbei Frauen in Führungspositionen, sie sind bemerkenswert häufig in der Kindheit familiärer Gewalt ausgesetzt gewesen. Gewaltanwendung wird weit häufiger von Vätern vollzogen als von Müttern.

Ein Großteil der Befragten glaubt, **selbstständig auf die eigene Gesundheit** einwirken zu können. In den mittleren Altersgruppen herrscht diese Ansicht verstärkt vor. Eine weitere Verstärkung dieser Position bringt die Zugehörigkeit zu einer höheren Einkommensschicht bzw. zu einer höheren beruflichen Gruppe mit sich. AusländerInnen sind in einem geringeren Ausmaß der Ansicht, selbstständig für die eigene Gesundheit verantwortlich sein zu können.

Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern sind über 90 Prozent sehr oder ziemlich mit ihrem **Leben** insgesamt **zufrieden**. Die Zufriedenheit nimmt mit dem Alter leicht zu, mit besserer beruflicher Position und höherem Einkommen sogar stark zu.

Bei den Indikatoren zu den individuellen Ressourcen sind bezüglich der **Life Events** („Schicksalsschläge“) in der Kindheit kaum Verteilungsunterschiede zu beobachten. Es zeichnet sich lediglich eine leicht zunehmende Angabe mit höherem Alter ab. Auch bezüglich eines als autoritär erlebten **Erziehungsstils** sind kaum Differenzierungen gegeben. Beachtet werden sollte allerdings der auffällig hohe Wert bei jenen Personen, die eine Lehre absolviert haben.

Hinsichtlich der **subjektiven Lebensqualität** treten kaum Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf. Jedoch sind Unterschiede zugunsten der höheren sozialen Schichten feststellbar. Die personale Ressource **Kohärenzsinn** (eine generalisierte und überdauernde Einstellungsdisposition, wonach man den Herausforderungen des Lebens gewachsen ist) ist insgesamt stark ausgeprägt und nimmt mit zunehmendem Alter noch etwas zu. Bei den Männern ist der Kohärenzsinn etwas stärker ausgebildet als bei den Frauen. Generell ist eher eine Zunahme mit besserer sozialer Position erkennbar. Der **Anomiegrad** (das Erleben der Auflösung sozialer Werte und Normen) nimmt mit dem Alter ab, mit schlechterer sozialer Position zu, wobei eine auffällige Ausnahme darin besteht, dass Frauen in höchsten Positionen hohe Anomieausprägungen angeben.

Die Modellbildung, welche Schlüsse bezüglich des Zusammenhangs von sozialen und individuellen Ressourcen zulassen sollte, legt sehr eindeutig nahe, dass gut ausgeprägte soziale Bedingungen die Entwicklung individueller Ressourcen fördern.

Generell ist ein Trend feststellbar, wonach höhere soziale Schichten besser mit individuellen Ressourcen ausgestattet sind.

Mögliche Maßnahmenswerpunkte

- Stärkung des Selbstbewusstseins und der Handlungskompetenz bis ins höhere Alter
- Stärkung des Selbstbewusstseins sozial schwacher Schichten und der AusländerInnen
- Steigerung der Bewältigungsressourcen (allgemeine Widerstandsressourcen)
- verbesserte Bildungseinrichtungen für alle bereitstellen
- Zugang zu Information und Wissen erleichtern, Hemmschwellen abbauen
- Bildung, Information und Beratung vor allem unteren sozialen Schichten zugänglich machen
- Gleichberechtigung in allen sozialen Bereichen (speziell der untersten Schicht)
- gerechten Zugang zu externen Ressourcen schaffen, als Voraussetzung zur positiven Entwicklung von individuellen Ressourcen
- differenzierte, ziel- bzw. sozialgruppen- und geschlechtsspezifische gesundheitsfördernde Angebote wie Erziehungsberatung, Familienberatung, Anlaufstelle für familiäre Gewalt

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Menschliches Verhalten kann entscheidend zur Erhaltung von Gesundheit, zur Entwicklung von Krankheiten, aber auch zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen beitragen. Gesundheitsrelevantes Verhalten wurde nach drei Subkapiteln gegliedert. Das erste befasst sich mit Gesundheitsverhalten im herkömmlichen Sinn wie Bewegung und Ernährung, das zweite mit dem Konsum von Drogen und das dritte mit Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.

Positives Gesundheitsverhalten, als Summe von Verhaltensweisen, nimmt mit dem Alter zu und fällt erst bei den über 74-Jährigen etwas ab. Universitätsabsolventinnen und Männer mit mittlerer Ausbildung erzielen nach Bildungsschicht die höchsten Werte. Mit Ausnahme der höchsten Einkommensklasse der Frauen nimmt positives Gesundheitsverhalten mit höherem Einkommen zu, sowie auch mit besserer beruflicher Position die Werte zunehmen.

Ein gesundheitsbewussteres Verhalten, im Sinne von **auf die eigene Gesundheit achten**, ist mit zunehmendem Alter zu beobachten. Frauen achten dabei, unabhängig von Bildung oder beruflicher Position, häufiger auf ihre Gesundheit als Männer. Mit zunehmendem Alter wird nicht nur häufiger auf die Gesundheit geachtet, sondern auch mehr dafür getan. Vor allem zwischen dem 60. und 74. Lebensjahr ist die Motivation etwas für die Gesundheit zu tun, bei Frauen und Männern sehr hoch. Für rund die Hälfte der jungen Menschen hingegen ist **aktives Gesundheitshandeln** noch

kein Thema. Eine höhere Bildung und bessere berufliche Position gehen bei Frauen und Männern mit verstärktem Gesundheitsbewusstsein einher. Bei Frauen in Führungspositionen ist das Gesundheitsbewusstsein besonders deutlich ausgeprägt.

Der Indikator „**gesunde Ernährung**“ zeigt, dass das Ernährungsverhalten mit zunehmendem Alter besser wird und nach Sozialschichteinteilung höhere Schichten geringfügig bessere Werte erzielen. Diätenernährung ist nur für einen geringen Prozentsatz ein Thema. Frauen halten etwas häufiger Diät als Männer; am häufigsten betrifft dies Frauen zwischen dem 60. und 74. Lebensjahr. Auffallend ist jedoch, dass junge Frauen dreimal so oft eine Diät halten als junge Männer.

Die Wiener und Wienerinnen nehmen im **Körpergewicht** ungefähr bis zum 75. Lebensjahr kontinuierlich zu; dies zeigt sich nicht nur im durchschnittlichen Körpergewicht, sondern auch beim durchschnittlichen Wert des Body Mass Index. Der Body Mass Index, als Indikator des Körpergewichtes, nimmt nur bei Frauen mit höherer Bildung linear ab; bei Männern sind die Werte mit Ausnahme jener mit Lehrabschluss annähernd gleich. Rund 50 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss kämpfen mit Übergewicht und ein Fünftel mit starkem Übergewicht. Bezüglich beruflicher Position ist bei den Frauen eine eindeutige Abnahme des Körpergewichtes mit höherer Position zu sehen. Insgesamt sind Männer häufiger übergewichtig als Frauen.

Körperliche Aktivität ist eine Domäne der Männer; über die Hälfte der jungen Männer ist fast täglich bzw. mehrmals in der Woche aktiv. Bei den Frauen betätigt sich die Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen am häufigsten. Mit Abstand am seltensten kommen Befragte über 74 Jahren ins Schwitzen. Körperliche Bewegung korreliert bei den Frauen deutlich mit Bildung; je höher der Bildungsstatus, desto häufiger sind sie körperlich aktiv. Bei den Männern ist dieser Zusammenhang nicht gegeben. Dieses Bild zeigt auch der Indikator „Physische Aktivität“, der über 15 Einzelitems gebildet wurde.

Wenn es um **Gesundheitsinformation** geht, spielt das Alter wieder eine große Rolle. Bei den Altersgruppen bis zum 75. Lebensjahr nimmt das Informationsbedürfnis stark zu; bei Frauen ist dies wesentlich stärker ausgeprägt als bei den Männern. Auch hier wird der Schichtgradient wieder deutlich sichtbar; höher Gebildete und besser Qualifizierte informieren sich häufiger über Gesundheit. Informationsquellen sind in erster Linie Zeitungen, Zeitschriften und Bücher sowie Radio und Fernsehen. Für die Altersgruppe der über 74-Jährigen gewinnt die ärztliche Informationsquelle an Bedeutung. Gespräche mit Verwandten oder Bekannten spielen vor allem für Frauen und Männer bis 44 Jahren eine größere Rolle. Der Indikator Gesundheitsinformation bestätigt das oben beschriebene Ergebnis.

Ihre Gesundheit wollen vor allem Männer mit hohem Einkommen zusätzlich versichert wissen. Rund 38 Prozent der Männer zwischen 25 und 59 Jahren leisten sich eine **Zusatzversicherung**, bei den Frauen haben jene zwischen 45 und 59 Jahren am häufigsten diese Versicherung abgeschlossen. Zusatzversichert sind allerdings vor allem jene mit höherem Einkommen, höherer Ausbildung und besserer beruflicher Position.

Ein höheres Gesundheitsrisiko gehen all jene ein, die Drogen oder psychotrope Substanzen konsumieren. **Alkohol** zählt zu jenen Substanzen, der in Maßen genossen sogar der Gesundheit förderlich sein kann. Insgesamt sprechen verstärkt Männer dem Alkohol zu. Dabei neigen Männer stärker zu Bier- und Frauen eher zu Weinkonsum, Spirituosen werden insgesamt nur von einem geringen Prozentsatz der Befragten täglich getrunken. Bier konsumieren am häufigsten Männer im Alter zwischen 45 und 59 Jahren sowie jene mit Universitätsabschluss. Höher gebildete Männer trinken aber mengenmäßig weniger als untere Bildungsgruppen.

Bei den Frauen bilden die 16- bis 24-Jährigen die stärkste Gruppe der Biertrinkerinnen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Weinkonsum rapide zu. Wobei ältere und alte Männer vermehrt zu einem Viertel oder sogar bis zu einem halben Liter täglich neigen und Frauen dieses Alters eher nur ein Glas (1/8 l) Wein genießen. Höher Gebildete trinken häufiger Wein als untere Bildungsklassen. Rund drei Viertel der PflichtschulabsolventInnen trinken gar keinen Wein. In gleicher Weise kommt der Indikator Alkohol zum Tragen, der weiters bei Frauen nach beruflicher Position eine lineare Zunahme anzeigt. Bei Männern wird mit zunehmendem Einkommen ein höherer Alkoholkonsum sichtbar.

Ein Gesundheitsrisiko geht gut die Hälfte der jungen Wiener und Wienerinnen ein, indem sie täglich rauchen. Insgesamt rauchen ca. 40 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen, wobei der **Nikotinkonsum** mit dem Alter deutlich abnimmt. Mit der Gruppe ab 45 Jahren nimmt die Zahl der ExtraucherInnen stark zu, bei den über 74-jährigen Männern sind 69 Prozent Extraucher. Es zeigt sich, dass Nikotinkonsum eher ein Verhalten der unteren Bildungs- und Berufsgruppen ist; je höher der Bildungsstatus und die berufliche Position, desto größer wird der NichtraucherInnenanteil. Das lässt sich auch daran beobachten, dass in ArbeiterInnenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil die größte Gruppe der RaucherInnen und in den Nobelbezirken die wenigsten RaucherInnen anzutreffen sind. Männliche und weibliche Jugendliche beginnen heutzutage schon viel früher zu rauchen, das Durchschnittsalter liegt bei 15 Jahren. Je älter die Befragten werden, desto später haben sie durchschnittlich zu rauchen begonnen.

Haschisch wurde von Männern insgesamt häufiger probiert als von Frauen. Die 45- bis 59-jährigen befragten Männer geben an, schon einmal Haschisch konsumiert zu haben, 84 Prozent davon haben früher einmal versucht Haschisch zu rauchen und 16 Prozent dieser Altersgruppe haben innerhalb des vergangenen Monats Haschisch geraucht. Haschischkonsum lässt sich sonst gehäuft eher in den oberen Schichten und den Nobelbezirken beobachten.

Vorsorgeuntersuchungen werden mit zunehmendem Alter häufiger in Anspruch genommen, mit Ausnahme der über 74-Jährigen, die bereits sehr häufig in ärztlicher Behandlung sind. Zwischen den Geschlechtern gibt

es dabei nur geringe Unterschiede. Das Interesse an Vorsorgeuntersuchungen ist bei den Jugendlichen noch nicht sehr groß; rund die Hälfte war noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung. Bildung steht in keinem direkten Zusammenhang mit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Frauen mit Lehrabschluss oder mittlerer Ausbildung und Männer mit Lehr- oder Universitätsabschluss waren zu je ca. 30 Prozent im letzten Jahr bei einer Vorsorgeuntersuchung. Die Hälfte der Männer mit Pflichtschulabschluss hat noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. Spezielle Vorsorgeuntersuchungen für Frauen, wie **Scheidenabstrich** und **Mammografie**, werden mit zunehmendem Alter häufiger durchgeführt, wobei sich ab 75 Jahren die zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen vergrößern. 31 Prozent der jungen Frauen waren noch nie bei dieser Untersuchung, und 74 Prozent der jungen Frauen haben noch nie eine Mammografie durchführen lassen. Mit zunehmendem Bildungsstatus haben Frauen häufiger einen Scheidenabstrich vornehmen lassen, dieser lineare Anstieg zeigt sich bei der Durchführung einer Mammografie nicht. 40 Prozent der Frauen mit Lehrabschluss nahmen diese Untersuchung am häufigsten im letzten Jahr in Anspruch; rund 40 Prozent der Frauen mit Universitätsabschluss bilden insgesamt die größte Gruppe, die diese Untersuchung noch nie durchführen ließ. Unqualifizierte Frauen haben nur zu 50 Prozent im letzten Jahr einen Scheidenabstrich vornehmen lassen. Eine Mammografie wurde von qualifizierten Frauen am öftesten in Anspruch genommen, Universitätsabsolventinnen blieben dieser Untersuchung mit 39 Prozent am öftesten fern. Bei den Männern zeigt sich ein deutlicher Anstieg an durchgeführten **Prostatauntersuchungen** mit zunehmendem Alter. Es lässt sich ein Anstieg der Prostatauntersuchungen mit zunehmend besserer beruflicher Position beobachten.

Um Beschwerden zu lindern, werden **Medikamente** überwiegend von Frauen und älteren Befragten eingenommen. An erster Stelle stehen dabei blutdrucksenkende Mittel, die ab 60 Jahren von Frauen und Männern häufig eingenommen werden, und Herzmedikamente, die von über 74-Jährigen am häufigsten konsumiert werden. Interessant ist, dass diese Herz-Kreislauf-Medikamente etwas häufiger von Männern eingenommen werden als von Frauen, im Gegensatz zu den übrigen Medikamenten. Medikamente gegen Muskel-, Knochen-, Sehnen- und Gelenkschmerzen werden mit Abstand am häufigsten von Frauen ab 60 Jahren eingenommen. Zu anderen Schmerzmitteln greifen

eher jüngere Frauen und Männer häufiger, und Schlafmittel sowie Beruhigungsmittel werden wieder am häufigsten von über 74-Jährigen konsumiert. Die jungen Männer bilden die größte Gruppe, die überhaupt keine Medikamente nimmt. Wie diese Medikamente einzunehmen sind, lassen sich die Wiener und Wienerinnen am häufigsten von ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin erklären. Informationen über Nebenwirkungen werden in erster Linie über den Beipacktext bezogen, nur rund die Hälfte der über 74-jährigen Frauen lässt sich wiederum von ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin beraten, oder sie informieren sich (16 Prozent bis 18 Prozent) gar nicht über die Nebenwirkungen.

Beim Auftreten von Beschwerden in den vergangenen drei Monaten suchten die Befragten in den meisten Fällen zunächst einmal den Hausarzt auf und mit zunehmendem Alter immer häufiger. Hausbesuche und stationäre Krankenhausaufenthalte nahm ebenfalls die Gruppe der über 74-Jährigen am häufigsten in Anspruch. Männer über 59 Jahren und Frauen ab 45 Jahren konsultierten häufiger Fachärzte als andere Altersgruppen. ZahnärztInnen wurden eher von jüngeren Personen (rund 18 Prozent) wegen Beschwerden aufgesucht. 60 Prozent der jungen Männer und 50 Prozent der jungen Frauen konsultierten in diesem Zeitraum keinen Arzt bzw. keine Ärztin. Andere **Gesundheitsdienste** wurden nur sehr selten in den vergangenen drei Monaten in Anspruch genommen; 95 Prozent bis 97 Prozent der jungen Frauen und Männer konsultierten niemanden. Am ehesten wurden noch PhysiotherapeutInnen, gefolgt von PsychotherapeutInnen, in Anspruch genommen, und dies wiederum häufiger von Frauen als von Männern. Auch komplementärmedizinische Behandlungen erfreuen sich bei Frauen größerer Beliebtheit als bei Männern.

ZahnärztInnen wurden in den letzten fünf Jahren relativ häufig besucht. Über 50 Prozent der Befragten, mit Ausnahme der Personen mit Pflichtschulabschluss, waren fünfmal oder öfter in diesem Zeitraum bei ZahnärztInnen. Jene mit Pflichtschulabschluss bilden die größte Gruppe (ca. 15 Prozent), die in den vergangenen fünf Jahren nie ZahnärztInnen konsultiert hat. Dabei waren mit zunehmendem Bildungsstatus mehr Befragte bei einer Kontrolluntersuchung. Ein ähnliches Bild zeigt sich nach beruflicher Position; mehrheitlich wurden ZahnärztInnen fünfmal oder öfter besucht, nur unqualifizierte Frauen und Männer gehen mit Abstand seltener zu ZahnärztInnen.

Insgesamt ist somit auch im Bereich des gesundheitsrelevanten Verhaltens der soziale Gradient gut dokumentierbar. Gesundheitsverhalten konnte nur zum Teil klar strukturiert vorhergesagt werden. Am besten von allen

Modellen konnte bei der physischen Aktivität die Varianz mit sozialen und individuellen Ressourcen erklärt werden. Insgesamt scheint Bildung eine wichtige Voraussetzung für positives Gesundheitsverhalten zu sein.

Mögliche Maßnahmenswerpunkte

- bessere Nutzung soziokultureller Ressourcen zur Förderung aktiver Lebensstile und sinnerfüllter Tätigkeiten
- Erhöhung der sozialen Kompetenz sowie der Handlungskompetenz
- genuss- und maßvoller Umgang mit Essen, Alkohol, Nikotin
- bewussterer Umgang mit Medikamenten
- geschlechtsspezifisches gesundheitsförderndes Angebot
- sozialgruppenspezifisches gesundheitsförderndes Angebot
- Zugang zu Bildung und Beratung erleichtern

Gesundheitliche Lage

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Wiener Bevölkerung wurde zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand, zu dem u. a. die psychische Befindlichkeit und die Lebensqualität zählen, und der objektivierten Gesundheit in Form von Beschwerden und Krankheiten unterschieden. Mit „objektiverter Gesundheit“ bezeichnen wir selbst-objektivierte Angaben zu Beschwerden und Krankheiten. Der subjektive Gesundheitszustand umfasste die folgenden Variablen: Zufriedenheit mit der Gesundheit, subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes auf einer hundertteiligen Skala, subjektive körperliche Leistungsfähigkeit, „Sich-fit-fühlen“, Stressgefühl im Alltag und Wohlbefinden am Abend.

Die **Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand** ist mit über 80 Prozent bis ins höhere Alter sehr oder ziemlich Zufriedenen sehr hoch. Erst in der Altersgruppe der über 74-Jährigen gibt es einen nennenswerten Abfall, und zwar auf 75 Prozent bei den Männern und 66 Prozent bei den Frauen. Trotz der hohen Zufriedenheitswerte gibt es eine starke Zunahme der Zufriedenheit mit der Höhe des Nettoeinkommens.

Hinsichtlich der **subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes** zeigen sich die höchsten Bewertungen in der Jugend und kontinuierlich abfallende Werte mit zunehmendem Lebensalter. Dagegen nimmt das Wohlbefinden am Abend mit dem Lebensalter

kontinuierlich zu. Am schlechtesten werten Personen der untersten Einkommens- und Bildungsschicht sowie Personen mit unqualifizierten beruflichen Tätigkeiten ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden am Abend.

Die übrigen beschriebenen Indikatoren der subjektiven Gesundheit – die subjektive körperliche Leistungsfähigkeit, das „**Sich-fit-fühlen**“ und das **Wohlbefinden am Abend** – zeigen eine vergleichbare Abhängigkeitsform von den sozialen Ressourcen Einkommen, Ausbildung und berufliche Position wie die „subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands“ und die Gesundheitszufriedenheit. Ein abweichendes Muster weist die Variable „**Stress im Alltagsleben**“ auf. Dies ist verständlich, da das subjektive Stressempfinden nicht nur von der individuellen Kapazität zur Stressverarbeitung abhängt, sondern zu einem erheblichen Anteil auch die Anforderungen der Lebenssituation wiedergibt. So nimmt die Stresshäufigkeit mit Beginn des Pensionsalters stark ab und sie wird von Personen der obersten Einkommens-, Ausbildungs- und Berufsgruppe als höher angegeben als von Personen der unteren Gruppen.

Die stärkste **Abhängigkeit der subjektiven Gesundheit** von den untersuchten Ressourcen besteht jeweils vom Einkommen. Alle Ressourcen zeigen in ihrem Zusammenhang mit der subjektiven Gesundheit ein Schwellwertverhalten („Sättigungseffekt“), d. h. die

Gesundheit nimmt bis zur vorletzten Kategorie vergleichsweise stark zu, von der vorletzten zur letzten jedoch nur geringfügig. Eine weitere Steigerung des Einkommens oder der Ausbildung ist also nur mehr mit einem kleinen Gesundheitsgewinn verbunden. Zur Sicherstellung eines ausreichenden Gesundheitszustandes aller Bevölkerungsgruppen könnte es folglich ausreichen, wenn diese mit externen Ressourcen auf dem jeweiligen Schwellwertniveau versorgt wären. Derartige Schwellwertrelationen sind u. a. aus sozialepidemiologischen Untersuchungen zur Lebenserwartung bekannt. Sobald eine Nation ein gewisses Bruttonationalprodukt (BNP) pro Kopf erwirtschaftet, ist eine weitere Steigerung des BNP kaum noch mit einer Steigerung der Lebenserwartung verbunden. Unter dieser Schwelle hängt dagegen die Lebenserwartung stark von der Wirtschaftsleistung ab.

Die untersuchten Bereiche der selbst-objektivierten Gesundheit sind einerseits die innerhalb der letzten zwei Wochen aufgetretenen Beschwerden oder Symptome und andererseits das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Von mindestens einer der erhobenen **Beschwerden** betroffen zu sein, geben in allen Altersstufen mehr Frauen (78,5 Prozent) als Männer (71,2 Prozent) an. Die häufigsten Beschwerden sind bei Männern und Frauen Schmerzen des Bewegungsapparates, welche mit dem Lebensalter stark zunehmen. Unabhängig vom Alter leiden ca. 20 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen unter Müdigkeit. Zu den häufigen Beschwerden der Frauen zählen Kopfschmerzen (26,1 Prozent), von welchen auch ca. 16 Prozent der Männer betroffen sind. Häufig sind weiters Schlafstörungen (19,1 Prozent der Frauen und 13,2 Prozent der Männer leiden darunter), die mit dem Alter stark zunehmen. Hör- und Sehschwächen, Gedächtnisschwäche und Inkontinenz sind Altersprobleme. Die meisten Beschwerden betreffen die unteren Einkommensgruppen ca. zwei- bis dreimal häufiger als die oberen. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen bei den Beschwerden mit psychosomatischem Anteil, und zwar bei Depressionen und depressiven Verstimmungen, Kopfschmerzen, Angst/Nervosität, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Einen etwas kleineren Unterschied zeigen die Gelenkschmerzen, die Magen- und Verdauungsbeschwerden, die Atemschwierigkeiten, die Konzentrationsstörungen und bei den Frauen die Schlafstörungen.

Die häufigste **allergisch bedingte Beschwerde** ist die nur zu bestimmten Jahreszeiten auftretende Rhinitis, von der vor allem die jungen Männer (17,9 Prozent) und Frauen (14,2 Prozent) in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen betroffen sind. Mit zunehmendem Alter tritt sie immer seltener auf, ebenso in den unteren beruflichen Positionen. Mit zunehmendem Alter geht die Anzahl der Allergien und die Anzahl der Allergene zurück. Anders als bei den meisten Beschwerden treten allergische Beschwerden und die Reaktion auf Allergene in den oberen Bildungsschichten häufiger auf als in den unteren.

Die Anzahl der genannten Beschwerden nimmt bei Männern und Frauen mit steigendem Einkommen und steigendem Ausbildungsniveau ab. Weniger stark ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen den Beschwerdehäufigkeiten und der beruflichen Position.

Anders als bei den Beschwerden gibt es im Anteil der unter mindestens einer **chronischen Krankheit** leidenden Personen mit insgesamt je ca. 30 Prozent keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Mit steigendem Lebensalter ist eine starke Zunahme der Prävalenz der chronischen Krankheiten von etwa sieben bis zehn Prozent bei den 16- bis 24-Jährigen bis auf ca. 60 Prozent bei den über 74-Jährigen zu beobachten. Umgekehrt gesehen heißt dies, dass sogar in der Gruppe ab 75 Jahren noch ca. 40 Prozent keine chronische Krankheit haben und weitere ca. zehn Prozent nur wenig oder gar nicht durch ihre Krankheit eingeschränkt sind. Der überwiegende Teil (über 90 Prozent) der chronisch Kranken gibt an, durch die Krankheit ziemlich oder sehr in den alltäglichen Handlungen eingeschränkt zu sein. Mit zunehmendem Einkommen nimmt unter den Personen ab 45 Jahren der Anteil der chronisch kranken Personen erheblich ab, besonders bei den Frauen, wo eine Halbierung der Prävalenz von der untersten zur obersten Schicht zu sehen ist. Vergleichbar groß ist der Unterschied zwischen der untersten und obersten Ausbildungsschicht, während mit der beruflichen Position kein starker Zusammenhang besteht.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates an erster Stelle, gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane. Die Erkrankungen des Kreislaufsystems nehmen im Pensionsalter markant zu, und dies bei den Männern stärker als bei den Frauen.

en: Jeder fünfte Mann und jede siebte Frau ist betroffen. Eine starke Alterszunahme zeigen außerdem die endokrinologischen Krankheiten (Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen), die Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie die Verletzungen. Besonders Krankheiten des Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates treten mit zunehmendem Einkommensniveau erheblich seltener auf. Analoge Zusammenhänge mit dem Ausbildungsniveau finden sich zusätzlich für endokrinologische und psychiatrische Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und Verletzungen. Unter Diabetes leiden Personen der untersten Einkommensschicht ab einem Alter von 45 Jahren ca. fünfmal so häufig wie jene der obersten Schicht. Eine unter Personen ab 45 Jahren häufige Erkrankung ist die Hypertonie, unter welcher ca. 22 Prozent der Männer und acht Prozent der Frauen dieser Altersgruppe leiden. Mit zunehmendem Einkommen nimmt die Häufigkeit der Hypertonie ab, bei den Frauen sogar auf ein Fünftel.

Von mindestens einem **Freizeitunfall** waren innerhalb eines Jahres gleichermaßen ca. 8,5 Prozent der Männer und der Frauen betroffen. Freizeitunfälle treten gehäuft in der jüngsten untersuchten Altersgruppe (16–24 Jahre) auf. Es handelt sich bei diesen Unfällen bei den Männern zu über 50 Prozent und bei den Frauen zu einem Drittel um Sportunfälle. Am seltensten erleiden Personen der obersten und am häufigsten Personen der untersten Einkommensschicht Freizeitunfälle.

Wie viele WienerInnen leben mit **Behinderungen** oder Einschränkungen in ihren alltäglichen Aktivitäten, welche infolge von Krankheiten oder Verletzungen aufgetreten sind? Insgesamt sind ca. 18 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer von Einschränkungen betroffen. Sie nehmen mit dem Alter zu und betreffen im Alter ab 75 Jahren jeden fünften Mann und jede vierte Frau. Der Anteil der Personen, bei welchen diese Einschränkung chronisch ist, nimmt mit dem Alter erheblich zu, und zwar von ca. 17 Prozent in der jüngsten Altersgruppe auf 75 Prozent in der ältesten.

Die **Zahngesundheit** hängt stark vom Alter ab. Die Anzahl der eigenen Zähne nimmt mit dem Alter erheb-

lich ab. Jede zweite Frau und 39 Prozent der Männer der höchsten Altersgruppe (ab 75 Jahre) besitzen keinen eigenen Zahn mehr. Je höher das Ausbildungsniveau oder die berufliche Position einer Person ist, umso mehr eigene Zähne sind ihr geblieben.

Für Personen ab einem Lebensalter von 60 Jahren wurde ihre Fähigkeit zur Durchführung von einfachen Aktivitäten im Alltag (**Activities of Daily Living**) mittels des Indikators ADL beurteilt. Dabei zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen, dass die unterste Bildungsschicht am schlechtesten abscheidet, während sich die anderen Bildungsschichten unwesentlich unterscheiden. Männer weisen durchwegs bessere Werte auf als Frauen. Je höher das Einkommen und die berufliche Position ist, umso besser können Aktivitäten im Alltag durchgeführt werden.

Die Analyse der gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen der Gesundheit mittels komplexer Modellbildung unter Ausschaltung der Faktoren Alter, Schulbildung und Einkommen ergibt, dass der **subjektive Gesundheitszustand** von allen Faktoren am stärksten mit der subjektiven Lebensqualität positiv korreliert und auch positiv mit der physischen Aktivität zusammenhängt. Beeinträchtigende Faktoren sind eine Belastung durch Life Events und ein hoher Body Mass Index. Nur bei Frauen ist die Arbeitszufriedenheit ein positiver Faktor für den subjektiven Gesundheitszustand, bei den Männern spielt sie nach den vorliegenden Daten keine Rolle.

Unter einer **chronischen Krankheit** zu leiden, ist bei Männern und Frauen mit einer erhöhten Belastung durch Life Events in der Vergangenheit verbunden. Der einzige sonstige krankheitsbegünstigende Faktor sind Life Events in der Kindheit. Negativ korreliert mit dem Vorhandensein einer chronischen Krankheit ist nur die subjektive Lebensqualität, und zwar vor allem bei den Frauen. Hier bleibt die Richtung der Kausalität offen, d. h. ob die Krankheit die Lebensqualität beeinträchtigt oder eine geringe Lebensqualität die Entstehung einer Krankheit begünstigt hat. Alle untersuchten Verhaltensfaktoren zeigen keinen Zusammenhang mit dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung.

Mögliche Maßnahmenswerpunkte

- gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- Stärkung des Selbstbewusstseins und der Handlungskompetenz bis ins Alter
- differenzierte, ziel- bzw. sozialgruppenspezifische gesundheitsfördernde Angebote
- Nutzung unerschlossener Gesundheitspotenziale zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Ausbau der gesundheitsfördernden Infrastruktur
- Unfallverhütung im höheren Alter, im Jugendalter und im Sport
- Früherkennung und gezieltes therapeutisches Vorgehen, um Krankheiten (vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes) und Behinderungen abzuschwächen und um die individuelle Lebensqualität zu verbessern
- Unfallverhütung im Alter
- altersadäquate und sozialgruppen- sowie geschlechtsspezifische gesundheitsfördernde Programme
- Förderung der physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit
- Maßnahmen gegen Einkommensarmut

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Composition of Random Samples

The current health survey is based on a representative cross-section study carried out among the Viennese population aged 16 and above. The necessary data were collected in two stages, from November 1999 to February 2000, and from December 2000 to March 2001. Our staff were given special instructions to do face-to-face interviews in selected households with the help of questionnaires prepared for that purpose. 4,019 of these interviews, i.e. 55 percent of the samples taken initially, were evaluated for the data analysis. 45 percent of the samples were not utilized, the main reason being that target persons refused to participate in the interviews.

The raw data were then weighted and adapted to Vienna's main demographic characteristics in order to make the evaluations sufficiently representative. The statistical analyses were carried out separately for men and women. During the initial evaluation, health and social variables were described for selected groups of persons as defined by the following criteria: income level, level of education, professional status, nationality, region of residence.

Social Resources and Social Pressure

Social resources and social pressure have a major bearing on a population's general health situation. Different social groups were examined to find out who is affected by resources and pressure and to what extent. Valid results were achieved by specifying access to social prosperity, i.e. a person's social level, social aspiration and/or access to social recognition, working situation, housing situation, social integration and pressure caused by life events (calamities). Access to social prosperity essentially means access to education, income and professional status, components which on their own and in combination with each other substantially contribute to a person's state of health.

The **educational level** of younger people has improved dramatically compared to previous generations. However, it is still almost impossible to catch up on early educational deficits later on in life. The educational disadvantages experienced by older generations need to be compensated by increased efforts in adult education.

Looking at access to **income** reveals a general deficit for women as well as noticeable disadvantages for young people (up to the age of 50 approximately). On the whole, older people in gainful employment and old age pensioners have a very satisfactory income. There is a general need to improve the income situation of families with children, particularly in those cases where income is drawn from low-skilled activities.

In terms of **professional status**, women and foreigners, especially foreign women, are generally disadvantaged. Most people feel sufficiently recognized in their profession, young people in gainful employment and those with less qualifications, however, are often less satisfied or not satisfied at all. Work-related satisfaction increases with income and professional status, it is subsequently less widespread among people without qualifications and those in the lowest income group.

Housing quality largely depends on the floor space available per person. Foreigners and people in the lowest income group are particularly affected by lack of floor space. Most people, approximately 90 percent of the population, are either fairly happy or extremely satisfied with their housing situation; those least satisfied or not satisfied at all are generally found in the lowest income group or working in professions requiring little or no skills. The latter are also most affected by housing pressure and generally own fewer household appliances than other members of society.

Available floor space increases with age, which is in reverse proportion to the number of people per household. Although many people, especially women, live by themselves when they reach retirement age, **loneliness** is only felt acutely by people above the age of 75.

Satisfaction with family life and leisure time activities increases considerably with age and is lowest among those with the smallest incomes. The latter also have the weakest social network at their disposal and are least satisfied with their **social contacts**. **Political commitment** and political education are particularly low among unqualified labourers, persons with compulsory education only, as well as among those with the smallest incomes.

In summary, the biggest deficits concerning all of the social resources examined were found among people of the lowest educational level (compulsory education on-

ly), the lowest income level (the lowest 15 percent of household incomes approximately), as well as among foreigners. These groups are also most affected by their housing situation, as well as by pressure at work.

Looking at age groups reveals a general trend towards higher social resources (especially income, but not education) with increasing age. The same is true for overall satisfaction with all of the examined spheres of life. The nature of the study did not allow for any conclusions as to whether this had to do with a general age trend or was partly due to a generation effect.

Priority Measures

- Offer improved educational facilities for everyone
- Provide access to education, information and counselling, particularly for people in lower income brackets
- Facilitate access to information and knowledge, reduce obstacles
- Humanize working conditions
- Introduce fair salary/wage systems
- Provide equal access to external resources
- Establish equality for all social levels, with special emphasis on the lowest level as well as on foreigners
- Improve social support and establish/open up new and existing networks for (and with) the socially disadvantaged
- Improve material, physical, psychological and social living conditions for disadvantaged young people
- Improve women's economic situation
- Fight poverty and need
- Offer targeted measures for specific groups (focus on: women, young people, families, people in gainful employment with low qualifications)
- Reduce adverse housing conditions
- Lower the likelihood of psychovegetative diseases by reducing stress situations, e.g. emotional stress, pressure to perform, and over-stimulation
- Raise social integration by establishing/expanding social networks

Resources of and Pressure on Individuals

Individual resources are usually of a psychological nature. They include aspects such as personal skills, self-confidence, control mechanisms, personal dispositions and attitudes, as well as a person's spiritual dimension. All of these are acquired in the course of a person's socialisation, some during childhood, others later on in life, the latter being referred to as personal resources.

The evaluation of individual resources showed that 32 percent of male interviewees— some less frequently than others - had experienced **physical violence** in the home

during childhood. The same is true for 24 percent of female interviewees. Those with fewer vocational qualifications are more affected than those better qualified, the noticeable exception being women in leading positions, with whom a striking frequency of family violence during childhood was found. Fathers are more likely to resort to violence than mothers.

The majority of interview partners believes they can **influence their state of health** out of their own accord, an opinion most prevalent among people of medium age and especially among members of higher income groups

and those in better positions, while foreigners are less likely to believe this.

90 percent of men and women are very or fairly **satisfied with their lives** as a whole. Satisfaction increases slightly with age, more strongly so with better positions and higher income.

Few differences were noted in the spread of **life events** (calamities) during childhood, which are considered indicators for individual resources. What does increase slightly with age is the willingness to report cases. There also seems to be a fairly even spread of cases of **authoritarian upbringing**. It should be noted, however, that a conspicuous number of people who opt for an apprenticeship have experienced this kind of upbringing.

Subjectively experienced quality of life changes little with age, yet it does seem to be more strongly felt among

people of higher social standing. As for personal resources, there is a widespread **sense of coherence**, i.e. a generalised and lasting disposition which refers to a person's ability to meet the challenges of life and which tends to further increase with age. Men have a slightly stronger sense of coherence than women, as do people of higher social standing. The degree of **anomie**, i.e. witnessing the disintegration of social values and standards, tends to drop with age and increase with lower social standing, the conspicuous exception being women in leading positions who report a high degree of anomie.

As to the conclusions to be drawn from the correlation of social and individual resources, it seems quite evident that well established social conditions provide a sound basis for the development of individual resources.

On the whole, people of higher social status are better equipped with individual resources than others.

Priority Measures

- Promote life-long self-confidence and capacity to act
- Promote self-confidence of people of lower social levels and foreigners
- Increase resources to handle situations (general resistance resources)
- Improve educational facilities for everyone
- Facilitate access to information and knowledge, reduce obstacles
- Provide access to education, information and counselling, particularly for people of lower social status
- Promote equality in all walks of life (placing special emphasis on the lowest social level)
- Provide fair access to external resources as a prerequisite for the positive development of individual resources
- Offer targeted and gender-specific services for different social groups, e.g. educational guidance, family counselling, contact points for reporting family violence

Health Relevant Behaviour

A person's state of health and their ability to deal with health problems are markedly influenced – in a positive as well as in a negative way - by their behaviour or attitude to life. Health relevant behaviour is divided into three subchapters. The first is dedicated to health behaviour in the traditional sense, including physical activities and nutrition, the second deals with drug consumption and the third with how and to what extent national health services are made use of.

Positive health behaviour as the sum total of behaviour modes increases with age and then begins to deteri-

orate with people aged 74 and above. Female university graduates and men with secondary education did best in this category with regard to their degree of education. With the exception of women in the highest income bracket, positive health behaviour increases with income and professional status.

Health awareness, i.e. taking care of one's own health, increases with age. Women are found to take care of their own health more frequently than men, regardless of their level of education or professional status. As people grow older they not only become more aware of their

state of health but also expend greater efforts to maintain it. Men and women between the ages of 60 and 74 are particularly motivated to take care of their health. Approximately 50 percent of young people do not consider **active health behaviour** a real issue. Both for men and women there is a positive correlation between health awareness and education and professional status. Women in leading positions are particularly aware of their state of health.

"Healthy nutrition" as an indicator shows that nutritional behaviour improves with age, higher social levels achieving marginally better results overall. While keeping a diet is not an issue for most people, women tend to go on a diet more often than men, particularly between ages 60 to 74. It is conspicuous that young women go on a diet three times more often than their male counterparts.

As a whole, people in Vienna put on **weight** continuously up to the age of 75, which is reflected by the average body weight as well as the average body mass index. The body mass index, as an indicator of body weight, decreases linearly only with women of higher education. With men, it generally remains the same, the exception being men who have completed an apprenticeship. Approximately 50 percent of women with compulsory education only are overweight, one fifth is severely obese. Women in higher positions have a noticeably lower average body weight, a fact which is also proven by the indicator. As a whole, men are overweight more frequently than women.

Physical activity continues to be a male-dominated terrain, with more than half of all young men participating on a daily basis or at least several times a week. Women are most active between ages 25 and 44. People aged 74 and above are least likely to do exercise. In the case of women, there is a strong correlation between physical activity and education. The higher the level of education, the more frequently they engage in physical activities, while for men, there is no such correlation. This is also reflected by the indicator "physical activity", a factor made up of 15 individual items.

Health information is also very much age-related. Up to the age of 75, most people have a continuously increasing desire to be informed, women even more so than men. Again, the class gradient is quite noticeable. The better a person's education and the higher their

qualifications, the more they want to know about health. Main sources of information include newspapers, magazines and books, as well as radio and TV. People aged 74 and above tend to rely more on their doctors as a source of information. Men and women up to the age of 44 frequently listen to the advice of relatives and friends. The above results are reflected by the indicator health information.

Men in higher income brackets are particularly interested in having their health insured. Approximately 38 percent of men between ages 25 and 59 take **additional health insurance**, while women tend to do so more between ages 45 and 59. Again, people with higher incomes, better education and better professional status are more likely to spend money on additional insurance than others.

Consumption of drugs and psychotropic substances is a big health risk. **Alcohol**, taken in moderation, is believed to be beneficial to health. On the whole, men consume more alcohol than women. Men have a preference for beer, while women tend to drink more wine. Daily spirits consumption is reported as very low overall. Beer consumption is highest among men between ages 45 and 59, as well as among male university graduates. Total alcohol consumption among men is inversely proportional to the level of education. In the case of women the most beer drinkers are found in the age group between 16 and 24. Wine consumption among men and women rapidly increases with age. Elderly and old men are frequently found to drink between 1/4 and half a litre of wine daily, while women in the same age group generally tend to drink no more than one glass (1/8 litre) per day. People with higher education drink wine more frequently than those with a lower education. Approximately three quarters of people with compulsory schooling only never drink wine. The above results are supported by the indicator alcohol which incidentally also shows that alcohol consumption among women increases linearly with their professional status. Alcohol consumption among men on the other hand rises with income.

More than half of the young Viennese population risk their health by smoking every day. Approximately 40 percent of all men and 29 percent of all women are smokers, yet **nicotine consumption** does drop rapidly with age. There is a conspicuous number of former smokers in the age group above 45. 69 percent of men

aged 74 and above are former smokers. The survey found nicotine consumption more widespread among less educated people and those in lower positions. The share of non-smokers rises with education and career level. This is also reflected by the fact that the biggest group of smokers by far is found in districts with a high percentage of blue-collar workers and foreigners. The number of smokers is lowest in districts with the highest income level. Both men and women start smoking at a much earlier age than used to be the case, the average age for first-time smokers being 15. As a rule, the older the interviewees, the later in life they started smoking.

In total, more men than women have smoked **hashish**. All the 45 to 59 year old men reported to have tried hashish at least once in their lives: 84 percent claim to have done so earlier in life, while 16 percent did so within the course of the previous month. On the whole, hashish consumption is most frequent among people of higher classes living in districts with the highest income level.

The frequency of **voluntary screening tests** increases with age with no apparent gender differences, the exception being people aged 74 and above who frequently already are in medical treatment. Young people are seldom interested in voluntary screening tests, approximately half of them have never had this done. There seems to be no direct link between the level of education and the frequency of voluntary screening tests. Approximately 30 percent of women who have completed an apprenticeship or have graduated from secondary education, and equally as many men who have completed an apprenticeship or have graduated from university claim to have had voluntary screening tests in the past year. 50 percent of men with compulsory schooling only have not had voluntary screening tests. Special screening tests for women, such as **pap smears** or **mammography**, are undergone more frequently with increasing age, with a noticeable drop in testing frequency among women aged 75 and above. 31 percent of young women have not undergone any of these tests, 74 percent have never had a mammography. The frequency of pap smears increases with the level of education, while the same cannot be said for the frequency of mammographies. 40 percent of women with an apprenticeship had a mammography in the course of the past year, while university graduates are least likely to have had this kind of examination performed (40 percent have never undergone this test). Only 50 percent of women without qualifications had a pap smear in the course of the past year. Women with quali-

fications had mammographies performed most frequently in the past year, 39 percent of university graduates did not. For men, the frequency of **prostate examinations** increases with age and professional status.

Women and elderly people tend to take **medication** as a remedy more often than others interviewed. Most frequently used are antihypertensive medication, particularly by men and women aged 60 and above, followed by cardiac medication for people aged 74 and above. It is interesting to note that men tend to rely on cardiovascular medication slightly more often than women, which is not true for other kinds of medication. Painkillers as a remedy for muscle, bone, tendon or joint aches are most frequently used by women aged 60 and above. Younger women and men tend to use other types of painkillers, while hypnotics and sedatives are most frequently taken by men and women aged 74 and above. Young men are most likely not to take any medication at all. The majority of people in Vienna rely on their doctors for advice on how to administer medication, yet most of them refer to the enclosed instructions for information on side effects. Only half of women aged 74 and above ask their doctors for advice on side effects, 16 percent to 18 percent never ask about side effects.

In the past three months of reporting, the majority of people interviewed turned to their general practitioners at the first sign of malaise, the more often the older they were. Home visits and in-patient treatment were made use of mainly by people aged 74 and above. Men above the age of 59 and women above the age of 45 tend to consult specialists more often than others. Dentists are most often visited by younger people (18 percent), 60 percent of young men and 50 percent of young women did not consult a doctor at all in the period of reporting.

Other **health services** were hardly made use of in the past three months; 95 percent to 97 percent of young men and women sought no advice at all. The majority of those who did visited physiotherapists, followed by psychotherapists. These services are more popular with women than with men, as is alternative medical treatment.

Dentists were visited fairly often during the past five years. More than 50 percent of the people interviewed reported to have visited a dentist five times or more during that time, the exception being people with compulsory education only. The latter form the largest group (15

percent) among the people who have not visited a dentist at all during the past five years. The number of people who go for check-ups increases with the level of education, as well as with a person's professional status. Those in higher positions reported to have visited a dentist five times or more, while unqualified men and women did so conspicuously less frequently.

On the whole, health relevant behaviour, too, is largely dependent on the social gradient. Health relevant behaviour did not appear well-structured and was thus quite difficult to predict. Variances in physical activity were best explained with the help of social and individual resources. Education seems to be a vital prerequisite for positive health behaviour.

Priority Measures

- Resort to socio-cultural resources to promote an active life-style and to encourage purposeful activities
- Increase social competencies as well as capacity to act
- Promote enjoyment and moderation with food, alcohol and nicotine consumption
- Promote sensible use of medication
- Offer gender-oriented health promotion services
- Offer health services tailored to the needs of different social groups
- Facilitate access to education and counselling

General Health Situation

To describe the general health situation of people in Vienna, we distinguished between subjective health, including amongst others a person's mental condition and quality of life, and objective health as the sum total of a person's ailments and diseases. By "objective health" we mean self-objectified accounts of ailments and diseases. "Subjective health" includes the following variables: satisfaction with state of health, subjective assessment of state of health on a scale of 1 to 100, subjective physical condition, "feeling fit", daytime stress, well-being in the evening.

More than 80 percent of people are very or fairly **content with their own state of health** right into old age. People aged 74 and above are noticeably less so, only 75 percent of men and 66 percent of women in that age group claim to be satisfied with their state of health. While satisfaction rates are generally high, contentedness still rises considerably with the level of income.

Subjective health is rated highest among young people and continuously drops with increasing age. Well-being in the evenings, on the other hand, increases with age. People with the lowest income and educational level as well as people engaged in unskilled activities are least satisfied with their health and well-being in the evenings.

As for the other subjective health indicators, i.e. subjective physical condition, "**feeling fit**", and **well-being in the evenings**, they also depend on social resources, such as income, education and professional situation, as do "subjective health assessment" and satisfaction with state of health. "**Daytime stress**" alone seems to deviate from this pattern. This is easily explained by the fact that subjectively felt stress not only depends on a person's capacity to deal with stress but also to a large extent on that person's circumstances of life. Stress frequency drops significantly with retirement, it is more strongly felt by people of the highest income, education or career level and less so by people in lower positions.

Of all resources examined, income has the **greatest influence on subjective health**. Threshold value behaviour, i.e. a "saturation effect", is displayed by all of them, which means that health noticeably improves up until the second to last category and only slightly so from there on. A further increase in income or education thus has very little effect on a person's health. Consequently, an adequate supply of external resources at the threshold level would suffice to ensure adequate health for everyone. Threshold value relations are quite common in socio-epidemiological calculations of life expectancy. In countries which have already reached a certain GNP (gross national product) level, an increase in life expectancy is rarely due to an increase in GNP. Below that

threshold, however, life expectancy strongly depends on a country's economic performance.

The **self-objectified areas of health** considered for our purpose included ailments or symptoms felt in the past two weeks as well as chronic diseases. 78.5 percent of women and 71.2 percent of men of all ages claim to have been afflicted by at least one of the ailments listed. Most frequent ailments for men and women are pains in the locomotor system which increase drastically with age. Approximately 20 percent of men and 25 percent of women suffer from fatigue independent of age. 26.1 percent of women and approximately 16 percent of men often suffer from headaches. Other frequent ailments include sleeping disorders (19.1 percent of women and 13.2 percent of men are afflicted) which become more frequent with age. Hearing and vision impairment, weakness of memory and incontinence are common ailments in old age. Lower income groups are afflicted by the majority of ailments two or three times as often as others. This is true particularly for psychosomatic disorders, such as depressions, depressive moods, headaches, anxiety/nervousness, fatigue and exhaustion. The above distinction is less apparent with joint aches, stomach and digestive disorders, shortness of breath, inability to concentrate and sleeping disorders (with women).

By far the most common **allergy** is rhinitis which only occurs at certain times of the year. Mainly younger men (17.9 percent) and women (14.2 percent) between 25 and 44 years of age are afflicted. It occurs less with increasing age and is rarely found among people in lower positions. The number of allergies and allergens drops with increasing age. Unlike most ailments, allergies and reactions to allergens are more frequent among people with higher education.

As a whole, the number of ailments suffered by men and women drops as the level of income and education rises. There is no similar correlation between the frequency of ailments and the level of professional status.

Unlike as with ailments, the number of men and women suffering from at least one **chronic disease** is approximately the same with 30 percent each. The prevalence of chronic diseases increases with age, from between 7 percent and 10 percent among 16 to 24 year olds to approximately 60 percent among people aged 74 and above. However, this also means that around 40 percent of people in the age group above 75 do not suffer from chronic

diseases at all and a further 10 percent are hardly restricted or not restricted at all by their illness. The majority of people suffering from chronic diseases, more than 90 percent, claim to be fairly or extremely restricted in their daily lives. People in higher income brackets in the age group above 45 develop far fewer chronic diseases. This is true particularly for women, the difference in prevalence between the lowest and the highest income level being almost 50 percent. There is a similar difference between the lowest and highest educational level, a correlation which did not appear so for the different professional levels.

Both men and women primarily suffer from diseases of the locomotor system, followed by circulatory diseases and diseases of the respiratory organs. The number of circulatory diseases rapidly increases with retired people, particularly men. One in five men and one in seven women are afflicted. Drastic increases with age were also noted in the number of endocrinologic diseases (nutritional and metabolic disorders), diseases of the nervous system and the sensory organs, as well as in the number of injuries. Circulatory diseases and diseases of the locomotor system in particular are conspicuously less frequent among people at higher income levels. Similarly, there is a strong correlation between the level of education and the number of endocrinologic and psychiatric disorders, diseases of the nervous system and injuries, all of which are less frequent among people at higher educational levels. In the age group above 45, people in the lowest income bracket suffer from diabetes five times as often as those in the highest income bracket. Hypertonia is also widespread among people in the age group above 45, with approximately 22 percent of men and 8 percent of women being affected. The frequency of hypertonia decreases with increasing income, most visibly so in the case of women, where numbers go down to one fifth.

Approximately 8.5 percent of men and the same number of women suffered at least one **leisure time accident** in the course of one year. Leisure accidents are most widespread in the youngest age group, i.e. among people aged 16 to 24. Most of these are sports accidents, 50 percent in the case of men, 30 percent in the case of women. People in the highest income bracket are injured least often, those in the lowest income bracket most often so.

We then looked at the number of people in Vienna suffering from **disabilities** or restrictions in their daily lives resulting from diseases or injuries. Around 18 percent of

women and 14 percent of men experience restrictions. These numbers increase with age and are highest in the age group above 75, where one in five men and one in four women are affected. The number of people suffering chronic restrictions increases drastically with age, from 17 percent among the youngest to 75 percent among the oldest.

Dental health is strongly influenced by the age factor. Loss of teeth increases drastically with age; one in two women and 39 percent of men in the age group above 75 do not have any of their own teeth left. This is less apparent among people of higher education and in better positions.

The indicator ADL was used to calculate a person's ability to carry out simple **activities of daily living** in the age group above 60. The poorest results were found at the lowest educational level for both men and women, while between the other levels there were hardly any differences. Men seemed to fair better than women throughout. The higher a person's income or position at work, the better their ability to carry out activities of daily living.

Social and individual health conditions were analysed with the help of complex models, eliminating the factors age, education and income. People's **subjective state of health** was found to have the most conspicuous positive correlation with their subjective quality of life, as well as their level of physical activity. Life events and a high body mass index, on the other hand, have a strong negative bearing on a person's subjective state of health. Satisfaction at work was found to be a positive factor for women, while according to current data it had little influence on men's subjective state of health.

Men and women who suffer from a **chronic disease** are often found to have experienced a number of life events in the past. Life events experienced during childhood are the only other factor that increases a person's proneness to diseases later on in life. There is a strong negative correlation between chronic diseases and subjective quality of life, particularly among women. The causality is not clearly defined here, i.e. it is not evident whether diseases influence the quality of life, or whether low quality of life favours the development of diseases. None of the behavioural factors examined were in any way related to the occurrence of chronic diseases.

Priority Measures

- Promote health at all political levels
- Strengthen people's self-confidence and their capacity to act at all age levels
- Offer health services tailored to different target groups and social levels
- Make use of unused health potentials to avoid cardiovascular diseases and diseases of the locomotor system
- Enhance health promotion infrastructure
- Avoid accidents among older people, during adolescence and during sports activities
- Recognize diseases at an early stage, provide targeted therapy (particularly for cardiovascular diseases, diseases of the locomotor system and diabetes) alleviate disabilities and improve the individual quality of life
- Offer age- and gender-specific health programmes as well as targeted programmes for different social groups
- Promote physical, mental, social and economic independence
- Establish measures to avoid poverty

I.

THEORIE, STICHPROBE UND STATISTISCHE METHODEN

INHALT

1 THEORIE, STICHPROBE UND STATISTISCHE METHODEN	43
1.1 THEORETISCHES KONZEPT	43
1.1.1 Was ist Gesundheitsberichterstattung?	43
1.1.2 Was ist Gesundheit?	45
1.1.2.1 Das biomedizinische Gesundheitsverständnis	45
1.1.2.2 Das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis	45
1.1.2.3 Das psychologische Gesundheitsverständnis	46
1.1.2.4 Das soziologische Gesundheitsverständnis und erklärende Konzepte	47
1.1.3 Ein umfassender Gesundheitsbegriff	52
1.1.4 Was ist Gesundheitsförderung?	54
1.1.5 Wie kann Gesundheit gemessen werden?	55
1.1.6 Arbeitsmodell	55
1.2 STUDIENDESIGN UND STICHPROBENERHEBUNG	57
1.3 STATISTISCH-EPIDEMIOLOGISCHE DATENANALYSE – METHODEN	58
1.3.1 Epidemiologische Datenanalyse	58
1.3.2 Generierung der Gesundheitsindikatoren	58
1.3.3 Regressionsanalysen – Modellbildung	58
1.4 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	59
1.4.1 Basis-Stratifizierungsvariablen	59
1.4.2 Tabellendarstellung und Abbildungen	59

1 THEORIE, STICHPROBE UND STATISTISCHE METHODEN

1.1 Theoretisches Konzept

1.1.1 Was ist Gesundheitsberichterstattung?

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion steht nicht nur die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die Steigerung ihrer Lebensqualität, sondern auch eine bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen. Fragen nach Effektivität und Effizienz gesundheitspolitischer Maßnahmen stehen im Vordergrund der Kostendebatte im Gesundheitswesen. In diesem Kontext wurde vor allem die Forderung nach einer stärkeren Zielorientierung des Gesundheitswesens erhoben. Gesundheitsberichterstattung soll dafür medizinische, soziale, ökologische und ökonomische Orientierungsdaten bereitstellen (ADLER et al., 1996).

HURRELMANN & MURZA (1996) verstehen unter Gesundheitsberichterstattung „die systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Gesundheitsgefährdungen und der Gesundheitsversorgung.“ Es handelt sich dabei nicht nur um eine bloße Dokumentation von Fakten, wie sie in der Medizinalstatistik und der Epidemiologie üblich ist, sondern um solche Aufbereitungen und Interpretationen von Daten, die für die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitssystemgestaltung nutzbar gemacht werden können.

Gesundheitsberichterstattung informiert über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung oder einzelner Bevölkerungsgruppen und stellt Gesundheit in ihren sozialen, ökologischen und ökonomischen Bezügen dar (WODARG, 1990). Über diese kurzfristige Zielsetzung hinaus sollen ihre Ergebnisse mittelfristig in die Planung gesundheitspolitischer Maßnahmen eingehen. Gesundheitsberichterstattung ist in diesem Zusammenhang ein nützliches „Werkzeug für die Festsetzung von Prioritäten und Zielsetzungen im Gesundheitsbereich“. (FIDLER, 1993) Über die Bereitstellung von Planungsgrundlagen durch Gesundheitsberichte soll eine Qualitätssicherung und Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens erreicht werden. Langfristiges Ziel ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung

einer Region durch einen effizienteren Einsatz vorhandener Ressourcen.

Die Aussagekraft der Gesundheitsberichterstattung muss auch durch die Nutzung unterschiedlichster Quellen für die Daten gesteigert werden. In der bisherigen Praxis der Gesundheitsberichterstattung wurden Daten aus der empirischen Gesundheitsforschung selten berücksichtigt. Solchen Daten kommt aber eine besonders starke Aussagekraft im Blick auf räumlich, zeitlich, sozial und demographisch differenzierte Darstellungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der Versorgung bzw. Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens zu. Deswegen sollten diese Datenquellen viel stärker als bisher für die Gesundheitsberichterstattung mit erschlossen werden (MURZA & HURRELMANN, 1996).

Flächendeckende Reihenuntersuchungen, wie sie z. B. im Rahmen von Schuluntersuchungen durchgeführt werden, haben für eine gesundheitspolitisch relevante Gesundheitsberichterstattung nur geringen Wert. Das liegt daran, dass aus Datenschutzgründen im Rahmen von Reihenuntersuchungen keine Informationen über die soziale, familiäre, finanzielle, berufliche und wohnortspezifische Situation erhoben werden dürfen. Diese für die Gestaltung von gesundheitspolitischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen wichtigen Basisdaten können hingegen im Rahmen der empirischen Gesundheitsforschung erhoben werden.

Bei repräsentativen Surveys können wegen des anonymen Charakters der Untersuchungen die sozial- und umweltepidemiologisch wichtigen Informationen erhoben werden, die in Reihenuntersuchungen gespart bleiben müssen. Damit kann erfasst werden, welche Bevölkerungsgruppen von welchen Gesundheitsproblemen besonders betroffen sind. Es können präzise Informationen darüber gewonnen werden, welche Risikopopulationen nach sozialen, demographischen und familienstrukturellen Kriterien einer besonderen gesundheits- und sozialpolitischen Berücksichtigung bedürfen. Auf diese Weise sind differenzierte Informationen über medizinische und lebensweltliche Zusammenhänge von Krankheitsentstehung und

Krankheitsverhütung zu erwarten. Auf dieser Basis können inhaltlich fundierte und zielorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme ansetzen.

Standardisierte und routinisierte Erhebungen von Gesundheitsdaten im Rahmen von mikrozensusartigen Verfahren und/oder repräsentativen Survey-Studien durch Serviceeinrichtungen, private Dienstleister oder Universitätsinstitute sollten zum festen Bestandteil der Datenquellen für die Gesundheitsberichterstattung werden (MURZA & HURRELMANN, 1996).

Gesundheitsberichterstattung wird derzeit auf vielen politischen und regionalen Ebenen betrieben. Man kann dabei die europäische, die nationale, die Länder- und regional-kommunale Ebene unterscheiden.

Auf europäischer Ebene wurde z. B. durch das EURO-STAT-Projekt eine Datensammlung von Gesundheits- und gesundheitsverwandten Surveydaten möglich.

Eine Übersicht von Gesundheitsthemen, die am häufigsten in den nationalen Surveys zur Anwendung kommen, wurde im „Health Monitoring Programme“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaft, 1996) erstellt (HUPKENS, 1997).

Es handelt sich dabei um folgende 12 Themenbereiche:

- chronische Zustände (Erkrankungen)
- Selbsteinschätzung der Gesundheit
- körperliche Behinderungen (langzeitige)
- vorübergehende Bewegungseinschränkungen
- Größe und Gewicht (Erwachsene)
- Raucher
- ehemalige Raucher
- Alkoholkonsum
- Bewegung
- Spitalsaufenthalte
- ärztliche Behandlungen
- Medikamentenkonsum

1997 wurden die drei Themenbereiche psychische Gesundheit, Drogen und Ernährung hinzugefügt.

Jährlich sollten von den Mitgliedsstaaten Daten zu den 15 Themenbereichen gesammelt werden.

Der Aufbau einer leistungsfähigen Gesundheitsberichterstattung erfordert eine organisatorische Ver-

ankerung in Public Health Einrichtungen auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Organisationen sowie eine geeignete Datenbasis, eine entwickelte bevölkerungs- und systembezogene Gesundheitsforschung und entsprechend qualifizierte Fachleute. Einige Länder haben in den letzten Jahren Anstrengungen unternommen, die großen Mängel der bisherigen Gesundheitsberichte zu beseitigen, so die Schweiz, die Niederlande und Deutschland (MURZA & HURRELMANN, 1996).

Die derzeitige Gesundheitsberichterstattung ist überwiegend „Krankheitsberichterstattung“. Die Herausforderung der Zukunft wird sein, einen wesentlich stärkeren (positiven) Gesundheitsbezug herzustellen, insbesondere durch Einbeziehung von Informationen über gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsressourcen. RÁSKY (2001) kommt zu dem Schluss, dass gegenwärtig die Datengenerierung in unserem Land hauptsächlich auf Krankheiten hin orientiert ist, wohingegen gesundheitsorientierte Daten nur in sehr geringem Maße verfügbar sind.

Im Sinne des Public Health Ansatzes sollten gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse und professionelles Handeln im öffentlichen Gesundheitswesen möglichst zuverlässige Informationen über Gesundheit, Versorgung und Ressourcen in der Bevölkerung heranziehen können. Mittels Gesundheitsberichterstattung können solche Informationen gewonnen und eine Bevölkerungsdiagnose erstellt werden. Ein Gesundheitssurvey ist ein bestens geeignetes Instrument der Gesundheitsberichterstattung.

Die Bedeutung eines Surveys liegt in den folgenden vier Aspekten:

- a) in der Bekanntmachung und der Darlegung der Nützlichkeit eines solchen Projektes für die BürgerInnen
- b) in der Erhöhung des Gesundheitswissens bei Politikern und bei speziellen Berufsgruppen
- c) im Einleiten einer öffentlichen Debatte und im Beginn von Aktionen der BürgerInnen und Organisationen und
- d) in der Herstellung einer Basis für eine längerfristige Planung einer „gesunden Gemeinde“ (MATZON, 1989)

Ein Survey kann als Teil eines demokratischen Prozesses aufgefasst werden, in dem Menschen ihre Bedürf-

nisse, Erfahrungen und Einstellungen definieren und damit eine Selbstreflexion ihrer sozialen Lebenssituation vornehmen. Dies schließt die Beurteilung von Serviceangeboten und professionellen Institutionen ein.

1.1.2 Was ist Gesundheit?

1.1.2.1 Das biomedizinische Gesundheitsverständnis

Die naturwissenschaftliche Medizin unterscheidet prinzipiell zwei gesundheitliche Zustände: Krankheit und Gesundheit. Ausgehend von seiner soziologischen Systemtheorie vertritt LUHMANN (1990) die These, dass in der binären Codierung krank/gesund die Abgrenzung der Medizin als autonomes gesellschaftliches Handlungssystem begründet liegt: „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist.“ (LUHMANN, 1990) Mit anderen Worten: Krankheit bestimmt die Funktionsorientierung des naturwissenschaftlich orientierten Medizinsystems, sie ist in der Luhmannschen Terminologie der Anschlusswert, Gesundheit dagegen der Legitimationswert, das Ziel ärztlichen Handelns. Der Medizinhistoriker ENGELHARDT (1975) und mit ihm andere Autoren haben formuliert, dass es für die Medizin viele Krankheiten, streng genommen aber nur eine Gesundheit gibt.

Krankheit (disease) ist biomedizinisch betrachtet entweder ein biologischer Strukturdefekt oder eine physiologische Funktionsstörung – eine Begriffsbestimmung, die bio-psycho-sozial orientierte Autoren wie ENGEL (1977), FOSS und ROTHENBERG (1987), UEXKÜLL und WESIACK (1988) als reduktionistisch und mechanistisch („breakdown of the machine“) zurückweisen. Nicht eingeschlossen werden das subjektive Sich-krank-fühlen (illness) und das sozial definierte Kranksein (sickness; AHMED, KOLKER & COELHO, 1979).

Was aber ist (positive) Gesundheit? Folgt man der binären Krankheits-/Gesundheitslogik, bedeutet Gesundheit die Negation von Krankheit, d. h. Nicht-Krankheit, aus naturwissenschaftlicher Sicht „normale“ Struktur oder Funktion. Was normal ist, lässt sich freilich nicht anhand wissenschaftsimmanenter Kriterien bestimmen, sondern liegt in der Definitionsmacht

der ExpertInnen, unabhängig davon, ob es sich um die Beurteilung von gesundheitsrelevantem Sozialverhalten, der DNS-Sequenz eines Gens oder eines komplexen Ursache-Wirkung-Zusammenhangs pathogenetischer und salutogenetischer Faktoren handelt.

Festzuhalten bleibt, dass die naturwissenschaftliche Medizin über keinen wissenschaftlich fundierten Gesundheitsbegriff und folglich auch nicht über einen entsprechenden gesundheitstheoretischen Erklärungsansatz verfügt (GAWATZ, 1993).

1.1.2.2 Das bio-psycho-soziale Gesundheitsverständnis

Das bio-psycho-soziale Modell geht davon aus, dass bei menschlicher Gesundheit und Krankheit neben biologischen immer auch psychosoziale Aspekte zum Tragen kommen, welche gleichgewichtet beachtet werden müssen. Es wird also konsequent berücksichtigt, dass der Mensch nicht nur ein (biologischer) Körper ist, sondern auch einen Körper hat, zu dem er erlebend, kognitiv und emotional Stellung bezieht. Das heißt, neben seiner biologischen hat der Mensch auch eine zu berücksichtigende psychosoziale Natur. Das menschliche Individuum ist subjektiv erlebend, intendierend und handelnd auf die Welt ausgerichtet. Da diese Subjektivität natürlich auch den eigenen Körper mit einschließt, ist das Verhalten in der Krankheit und in der Gesundheit nicht nur durch biologische Veränderungen verursacht, sondern immer auch durch die Bedeutung, die Gedanken und Gefühle, die der Mensch der Gesundheit, der Krankheit, der Behandlung, der Therapie, dem Arzt/Ärztinverhalten usw. entgegenbringt. Der (biologische) Befund erklärt daher nie zur Gänze das Befinden.

Dieses Subjekthafte des Menschen, die Wechselbeziehungen zwischen seiner biologischen Natur, seiner psychosozialen Natur und seiner Umwelt bilden den Gegenstand dieses Ansatzes. Das sogenannte bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt diese Wechselbeziehungen und erhebt den Anspruch, ein neues Paradigma in der Humanmedizin zu verkörpern. Psychosoziale Gesichtspunkte werden dabei nicht additiv dem Biologischen hinzugefügt, sondern in ein ganzheitliches Modell integriert. Somit versteht sich dieses Modell als Antwort auf das in den letzten Jahren zunehmende Erkennen der Grenzen und der Ergänzungsbe-

dürftigkeit einer naturwissenschaftlich-technischen Medizin. Mit anderen Worten: Dieses Modell entspricht dem Übergang von einer krankheitszentrierten zu einer patientInnenzentrierten Medizin.

1.1.2.3 Das psychologische Gesundheitsverständnis

Die relevante Literatur vermittelt den Eindruck, dass in der Psychologie – anders als in der Medizin – überwiegend von einem Krankheits-Gesundheitskontinuum und nicht von einem binären Code ausgegangen wird.

Gesundheitliches Wohlbefinden

Beim heutigen Forschungsstand können psychisches und körperliches Befinden als inhaltlicher und konzeptioneller Kern subjektiver Gesundheit angesehen werden. Dies wird besonders in den Arbeiten von BECKER und MitarbeiterInnen deutlich (z. B. BECKER, 1982, 1986, 1991). BECKER (1986) kommt zum Schluss, dass sich der momentane (aktuelle) seelische Gesundheitszustand anhand von sieben Indikatorenbereichen beschreiben lässt: (1) emotionale Befindlichkeit, (2) Energie- und Antriebsniveau, (3) Expressivität versus Defensivität, (4) Funktions- und Leistungsniveau, (5) Selbsttranszendenz versus Selbstzentrierung, (6) Autonomie versus Hilfesuchen und Abhängigkeit sowie (7) Selbstwertgefühl. Jede dieser Dimensionen schließt sowohl körperliche als auch seelische Erfahrungen, Empfindungen und Bewertungen ein: emotionale Befindlichkeit, z. B. körperlichen Schmerz und negative Gefühlszustände auf der Krankheitsseite sowie körperliches Wohlbefinden und positive Gefühle auf der Gesundheitsseite.

In der Forschung und Praxis stellt sich die Frage, wie Angehörige verschiedener sozialer Gruppen, Gesunde und Kranke, ihre gesundheitliche Wirklichkeit konstruieren, welche Gesundheits- und Krankheitskonzepte mit spezifischen Lebenslagen und Lebenserfahrungen einhergehen.

Wie sich anhand eines von DANN (1991) berichteten Untersuchungsbeispiels zeigt, könnte sich vom Aufbau her eine Dreiteilung subjektiver Befindlichkeits-

theorien als zweckmäßig erweisen. (1) In einem Definitionsteil werden die verwendeten Konzepte von Wohlbefinden beschrieben und erläutert: z. B. subjektives Wohlbefinden als Glückseligkeit, Freude und mit sich selbst zufrieden und im Einklang sein. (2) In einem Bedingungsteil wird dargelegt, welche Bedingungsfaktoren, Ursachen oder Handlungen zum Wohlbefinden führen: z. B. Nähe geliebter Menschen, sich Zeit für sich selbst nehmen, Ausgeglichenheit der wichtigsten Lebensbereiche sowie körperliche und geistige Anstrengung. (3) Ein Folgeteil gibt Auskunft über die Konsequenzen gesundheitlichen Wohlbefindens bei sich selbst, im eigenen Handeln und bei anderen: z. B. höheres Selbstwertgefühl, sich mehr zutrauen und selbstbewusst mit anderen umgehen.

Dieses Beispiel zeigt, dass subjektive Theorien gesundheitlichen Wohlbefindens in einem umfassenden Kontext, nämlich der Realgenese menschlichen Handelns stehen. Deshalb sind subjektive Gesundheitstheorien ein Schlüssel zum Verständnis gesundheitsbezogenen Verhaltens (GAWATZ, 1993).

Die zentrale Annahme der Theorie lautet, dass jemand in dem Maße seelisch gesund ist, in dem es ihm/ihr gelingt, externe Anforderungen (z. B. Rollenverpflichtungen, Anpassungszwänge an die Umwelt) und interne Anforderungen (z. B. Schmerzen, psychische Bedürfnisse) zu bewältigen. Wichtig für eine erfolgreiche Befindlichkeitsregulation im Zeitverlauf sind danach ein dynamisches Gleichgewicht und ein optimaler Rhythmus von aktuellem und habituellem Wohlbefinden, von Anstrengung und Erholung, Anspannung und Entspannung. Als entscheidende Voraussetzung für eine gelungene Lebensgestaltung nennt Becker – neben der Bewältigung bedeutsamer Lebensanforderungen – auch „positive“ Fähigkeiten, wie die Fähigkeit, die „kleinen Freuden des Alltags“ genießen zu können, ein stabiles und positives Selbstwertgefühl, die Wertschätzung durch andere Menschen, die Erfüllung sinnvoller Aufgaben und die Verankerung in einem tragfähigen Wertesystem (BECKER, 1991).

Anders als in der Biomedizin gibt es in der Psychologie somit nicht nur eine sondern viele Gesundheit, genauer: viele Befindlichkeitsdimensionen.

1.1.2.4 Das soziologische Gesundheitsverständnis und erklärende Konzepte

In einer Untersuchung zur Lebensqualität der Bevölkerung in der Bundesrepublik (GLATZER & ZAPF, 1984) nennen Erwachsene Gesundheit als das wichtigste menschliche Anliegen.

In der soziologischen Theorie steht vor allem der Zusammenhang zwischen sozialen Strukturen und der gesundheitlichen Befindlichkeit bzw. den Krankheitszuständen von Gesellschaftsmitgliedern im Vordergrund. Die generelle These, dass die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen können, wurde spätestens mit der Klassentheorie von Karl Marx populär (vgl. HRADIL, 1987).

In der aus heutiger Sicht klassischen Studie von HERZLICH (1973) wurden drei allgemeine Gesundheitsvorstellungen herausgearbeitet: Abwesenheit von Krankheit („health in a vacuum“); Gesundheitsreserve („the substructure of the other types of health“); Gleichgewicht („physical well-being“ und „psychological well-being“). Positive Gesundheit wird häufig mit gesunden Lebensbedingungen (Leben in der Natur, auf dem Lande) erklärt.

In der Folgezeit haben Forschergruppen um d'Houtaud (z. B. D'HOUTAUD & GUÉGUEN, 1989) an sehr großen Stichproben systematisch Gesundheitsvorstellungen in Abhängigkeit von soziostrukturellen Merkmalen untersucht. Hauptergebnis sind Häufigkeitsverteilungen folgender Gesundheitskategorien: hedonistische Lebenseinstellung, Gleichgewicht, positives Körpergefühl, Vitalität, psychisches Wohlbefinden, (gesunde) Lebensweisen, Hygiene, Gesundheit als Wert, Prävention, körperliche Fähigkeiten, Nicht-Krankheit. Die Häufigkeitsmuster sind sozialschichtabhängig: Die Antworten der Angestellten und jüngeren Befragten reflektierten häufiger individuelle Normen, die Antworten der Arbeiter und älteren Befragten häufiger kollektive Normen. Das heißt, Gesundheitskonzepte stehen im Einklang mit sozialen Rollen und Leistungsanforderungen. Voraussetzungen für positive Gesundheit sind, insbesondere aus der Sicht der Befragten mit höherer Bildung, entsprechende Lebensbedingungen, körperliche Widerstandskraft und gesundheitsgerechte Lebensweisen.

Die soziologische Gesundheitsforschung zeigt somit, dass die in der Bevölkerung vorherrschenden Gesundheitskonzepte vom sozialen Kontext abhängen und Teilelemente so genannter Alltagstheorien sind.

Blaxter (1990) findet vier Hauptkategorien der Gesundheit: (1) Nicht-Fitsein – Fitness, (2) Krankheit/Behinderung – Freisein von Krankheit, (3) Krankheitserfahrung – keine Krankheitserfahrung, (4) psychosoziale Probleme – Wohlbefinden. Diese Dimensionen korrelieren sowohl untereinander, wobei sich altersspezifische Unterschiede zeigen, als auch mit eindimensional erfasstem gesundheitlichem Befinden. Erwartungsgemäß hängen die mit Hilfe dieser Dimensionen erfassten Gesundheitsniveaus vom Einkommen der Befragten, von ihrem Alter und auf differenzierte Weise vom Geschlecht ab. Aus gesundheitstheoretischer Sicht besonders relevant erscheinen die Schlussfolgerungen, die die Autorin aus der Literatur und ihrer Studie zieht. Danach ist Gesundheit für die meisten Menschen kein dichotomes, sondern ein multidimensionales Konzept. Weiterhin schließen sich gutes gesundheitliches Befinden und moderate Beschwerden nicht aus, sondern sind durchaus miteinander vereinbar. Außerdem schließen Laienkonzepte von Gesundheit im allgemeinen professionelle Konzepte ein; Gesundheit umfasst somit sowohl eine subjektive als auch eine objektive Dimension.

1.1.2.4.1 Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung

Durch das umfassende bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass es sich dabei um multikausal und interaktiv bedingte, dynamische, nur systematisch zu verstehende Phänomene handelt. In der Literatur kann mittlerweile als gesichert gelten, dass soziale Unterstützung (social support) in diesem Geflecht von Faktoren einen wichtigen unabhängigen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der Menschen hat. Ein Individuum, das über eine ausreichende Zahl sozialer Beziehungen von entsprechender Intensität und Qualität verfügt, scheint gegen Krankheit, vorzeitigen Tod und negative Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen besser geschützt zu sein und chronische Erkrankungen besser bewältigen zu können als ein Individuum ohne ausreichende Zahl und Qualität solcher Bindungen.

Unter dem sozialen Netzwerk versteht man die Strukturen der sozialen Beziehungen, die bestimmte Handlungsspielräume schaffen, während die soziale Unterstützung die Inhalte betrifft, die in sozialen Beziehungen ausgetauscht werden, bzw. die Funktionen, die soziale Netzwerke für ihre Mitglieder haben (KLUSMANN, 1989).

Das persönliche Netzwerk beinhaltet in der Regel soziale Kontakte zu den Familienmitgliedern, zu Verwandten, FreundInnen, Bekannten, NachbarInnen, ArbeitskollegInnen usw. Von NetzwerkforscherInnen werden, um den Grad der sozialen Integration eines Individuums zu erfassen, folgende Dimensionen für wichtig gehalten: Umfang, Spannweite und Dichte sozialer Netze, die emotionale Qualität der Beziehungen sowie die Einstellung der Netzwerkangehörigen zu ihrem jeweiligen Netz.

Das Konzept der sozialen Unterstützung (sozialer Rückhalt) baut auf verschiedene Begriffe, wie dem der „Sozialen Ressourcen“, der „Netzwerkunterstützung“, dem „Unterstützungssystem, oder der „Sozialen Bindung“ auf (BEUTEL, 1988).

Unter sozialer Unterstützung können daher die Eigenschaften dieser sozialen Netzwerke, einzelner sozialer Beziehungen und konkreter zwischenmenschlicher Prozesse verstanden werden, die vom einzelnen als wertvoll, hilfreich oder erfreulich empfunden werden (BADURA, 1988), etwa bei vertrauensvollen Gesprächen, freundschaftlichem Beisammensein, Anerkennung in der Familie oder praktischen Hilfen zur Bewältigung von Trauer, Ängsten und Einsamkeit (WILM, 1990). Diese Beziehungen tragen dazu bei, dass die Gesundheit erhalten bzw. Krankheit vermieden wird, psychische und somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheit bewältigt werden können.

Die soziale Unterstützung ist somit die besondere Leistung sozialer Netzwerke, wobei der subjektive Charakter dieser Phänomene in den Vordergrund tritt (GASSER-STEINER & FREIDL, 1995). Soziale Beziehungen werden im Kontext kritischer Lebensereignisse (z. B. Krankheit, Tod einer engen Bezugsperson, Scheidung, Arbeitslosigkeit) als Ressource für die Stressbewältigung (coping) angesehen. In solchen Situationen

kann ein Individuum bei der Stressbewältigung auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen, um sozialen Rückhalt zu erhalten oder einzufordern (Ressourcenforschung).

Die Prozesse der sozialen Unterstützung können vielfältig und in ihrer Wirkung positiv oder in seltenen Fällen negativ sein. Zusammen mit Persönlichkeitsfaktoren und Bewältigungsmustern (coping) wären soziale Bindungen, soziale Netzwerke und unterstützende soziale Interaktionen als ein „psychosoziales Immunsystem“ (BADURA, 1988) beschreibbar, das den einzelnen vor seelischen und körperlichen Schäden schützt oder ihm hilft, derartige Schäden und ihre Folgen zu bewältigen. Soziale Unterstützung kann aber auch mit Kosten, z. B. einer Bedrohung des Selbstwertgefühls, verbunden sein. Sie kann für das soziale Netzwerk eine intensive Belastung und Bedrohung darstellen (GASSER-STEINER & FREIDL, 1995).

Zusammenfassend lassen sich folgende gesundheitsförderliche Effekte sozialer Beziehungen beschreiben:

- Aus dem Eingebettetsein in als unterstützend empfundene soziale Beziehungen resultiert eine unmittelbare Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit, ohne dass ein Individuum belastet sein muss (Direkteffekt). Diese Effekte lassen sich als „unintendierte und unbeabsichtigte ‚Neben-‘ Produkte und Begleiterscheinungen“ alltäglicher sozialer Interaktionen interpretieren (NESTMANN, 1988), in denen menschliche Grundbedürfnisse nach liebevoller Zuwendung, Anerkennung, Sicherheit, sozialer Integration, etc. befriedigt und gleichzeitig Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Ich-Identität als Voraussetzungen psychosozialen Wohlbefindens entwickelt und gestützt werden (COBB, 1976; KAPLAN et al., 1987; SCHWARZER & LEPPIN, 1989).
- Systeme sozialer Unterstützung helfen Menschen aber auch, gesundheitsbeeinträchtigende Folgen von Belastungen zu moderieren oder zu neutralisieren (NESTMANN, 1988). Um Menschen aber vor den pathogenen Effekten belastender Ereignisse zu schützen (Puffereffekt), müssen die Unterstützungsleistungen auf die vom Stressereignis geweckten Bedürfnisse auch „passen“, also Kongruenz von Unterstützung und individueller Bedürfnislage gegeben sein.

1.1.2.4.2 Anomie

Ein soziologisches Modell stellt Anomie als gesundheitsdeterminierendes internes Ressourcen- oder Anforderungskonzept in den Mittelpunkt. DURKHEIM (1933, 1952) führte als erster Anomie als soziologisches Konstrukt ein. Er nimmt damit auf die entscheidende Aufgabe der Sozietät bezug, moralische Autorität zu vermitteln. Ausnahmezustände in Gesellschaften können zu extremen Einschnitten führen. In solchen Ausnahmesituationen können Gesellschaften die Macht und Autorität verlieren, menschliches Verhalten normativ zu regulieren. Seine Anomiedefinition inkludiert zwei Hauptaspekte: (1) Verlust der normativen Autorität der Gesellschaft und (2) Auflösung von sozialen Werten und Normen. In seinen Studien zum abweichenden Verhalten hat MERTON (1938) dieses Konzept aufgegriffen, weiterentwickelt und umfassend in die soziologische Theorie eingeführt.

Das Konstrukt Anomie beschreibt einen Zustand mangelnder sozialer Orientierung und Auflösung sozialer und kulturell bedingter Werte und Normen. Die Folge können Orientierungslosigkeit, Ungewissheit über die Substanz und Legitimität von Normen in Situationen sozialer Interaktion sein. Dies kann zu Frustrationen, sozialen Distanzierungen, sozialer Desintegration und psychischen Fehlanpassungen führen.

SROLE entwickelte 1956 eine Skala zur Erfassung des individuellen Anomiegrades (anomia). Er verwendet soziale Maladaptation und interpersonelle Entfremdung als synonyme Termini, wobei er sich des Umstandes voll bewusst ist, dass seine Skala ein individuelles Merkmal misst, während DURKHEIM und MERTON den Zustand von Gesellschaften definieren. In einer Studie, in welcher der individuelle Anomiegrad verwendet wurde, war es möglich zu zeigen, dass dieser in einem Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit bedeutsam ist. Der individuelle Anomiegrad steht mit sozialer Integration, erlebter emotionaler Unterstützung und Alltagsbelastungen, mit psychologischer Lebensqualität und psychosomatischen Beschwerden in Zusammenhang. Dies legt eine wichtige Funktion von Anomie als gesundheitsdeterminierende Variable nahe (FREIDL, 1997).

1.1.2.4.3 Salutogenese

Der Medizin- und Gesundheitssoziologe Aaron ANTONOVSKY erarbeitete eine Theorie der Gesundheit, die nicht auf eine kurzfristige, situationsspezifische Bewältigungsstrategie abzielt, sondern vielmehr eine lebensstilähnliche Variable, eine Disposition als Voraussetzung für Gesundheit postuliert. Nach ANTONOVSKY (1979) determiniert die von ihm beschriebene Variable – **das Kohärenzgefühl (SOC)** – das Gesundheitsniveau eines Individuums.

ANTONOVSKY (1979) löst sich von dem üblicherweise in der Medizin verwendeten pathogenetischen Ansatz. An die Stelle des Suchens nach spezifischen Krankheitsauslösern tritt bei ihm die Frage, wie Individuen trotz der allgegenwärtigen mikrobiologischen, physikalischen, psychologischen, sozialen und kulturellen krankheitserzeugenden Bedingungen ihre Gesundheit bewahren können. ANTONOVSKY (1979) bezeichnet diese Frage als die „Frage der Salutogenese“.

Das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC) ist nach Ansicht ANTONOVSKYS (1987) die Antwort auf die Frage der Salutogenese und somit zentraler Punkt seiner Theorie. Er definiert den Kohärenzsinn als „... eine allgemeine Einstellung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äußere Umwelt vorhersagbar und überschaubar ist und dass sich die Dinge so gut entwickeln werden wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“

Je mehr Ressourcen das Individuum zur Verfügung hat, desto mehr Erfahrungen mit Lebenssituationen wird es machen, die untereinander konsistent sind, die es direkt oder über legitimierte andere lenken kann und die weder zu einer Überlastung noch zu einer Unterforderung führen. Solche durch Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit gekennzeichnete Situationen führen zur Entwicklung eines ausgeprägten Kohärenzsинns (ANTONOVSKY, 1979). Die Hauptaufgabe des Kohärenzsинns besteht in der Aktivierung der Ressourcen zur Vermeidung und Bewältigung von Stressoren.

1.1.2.4.4 Soziale Ungleichheit

Der Begriff soziale Ungleichheit definiert Unterschiede zwischen Gesellschaftsmitgliedern bezüglich sozialer Schichtmerkmale, wie z. B. Einkommen, Teilhabe an den Bildungsgütern, berufliches Sozialprestige, verfügbarer Besitz, Gesundheitsrisiken von Arbeitsbedingungen und Wohngegend. Individuelle Ungleichheit definiert die ungleiche Ausprägung biologischer Merkmale wie Aussehen, Größe und physische Stärke und besonderer erworbener Fertigkeiten von Individuen einer Gesellschaft.

Im soziologischen Schichtungsmodell wird eine geschichtete Gesellschaft durch folgende Merkmale beschrieben:

- Sie besteht aus mehreren Sozialschichten, deren Mitglieder einen unterschiedlichen Sozialstatus aufweisen. Höhere Schichten verfügen über größere Ressourcen (z. B. Einkommen, Bildung) und höhere Konsumationsmöglichkeit als niedrigere Schichten.
- Der Beruf ist ein hauptsächliches Schichtmerkmal.
- Im allgemeinen werden Ober-, Mittel- und Unterschicht unterschieden, es sind jedoch auch stärkere Differenzierungen möglich (FREIDL & NOACK, 1995).

Ein immer umfangreicher werdendes, von SoziologInnen, SozialmedizinerInnen und SozialepidemiologInnen zusammengetragenes Datenmaterial liefert eindeutige und überzeugende Belege dafür, dass – unabhängig von individuellen konstitutionellen Besonderheiten – im weitesten Sinne soziale Strukturen gewichtigen Einfluss sowohl auf die physische und psychische Gesundheit als auch auf die Lebenserwartung ausüben (STEINKAMP, 1999).

Die Verbesserung menschlicher Lebensbedingungen hat schon bei der Bekämpfung und Eindämmung der noch im vergangenen Jahrhundert dominierenden Infektionskrankheiten eine entscheidende Rolle gespielt. So gab es z. B. einen Rückgang der durch Tuberkulose bedingten Todesfälle um 90 Prozent bereits vor der Einführung der Antibiotika, d. h. der ersten systematischen Kausaltherapie (FRIES & CRAPO, 1981). Stetig verbesserte Ernährungs- und Hygieneverhältnisse waren die dafür entscheidenden Ursachen.

Seit dem 12. Jahrhundert, in dem zum ersten Mal Daten über den Zusammenhang zwischen chronischer Krank-

heit und Lebenserwartung einerseits und sozialer Schichtzugehörigkeit andererseits berichtet worden sind, lässt sich bis heute der Schichtgradient belegen. Er ist konsistent für eine große Anzahl von Krankheiten, für verschiedene Populationen und bleibt über bemerkenswert lange Zeiträume stabil. Vor allem bei Männern und Frauen im Alter von 24 bis 64 Jahren variieren Lebenserwartung und Erkrankungsrisiken dramatisch im Hinblick auf das Bildungsniveau, das Einkommen und den Beruf, unabhängig davon, ob man diese Indikatoren der sozialen Schicht einzeln oder zusammengefasst betrachtet (vergleiche dazu ANTONOVSKY, 1967; DOHRENWEND & DOHRENWEND, 1969, 1981; SYME & BERKMAN, 1976; WHEATON, 1978; MARMOT & McDOWALL, 1986; WILKINSON, 1986; TOWNSEND & DAVIDSON, 1988; DOHRENWEND, 1990; STRONEGER et al., 1997; MIELCK, 2000; FREIDL et al., 2001).

Der raum-zeitstabile Schichtgradient in Gesundheit und Lebenserwartung ist letztlich ein Beleg für die Bedeutung der sozialen Umwelt. Seine Existenz erzwingt geradezu eine stärkere Orientierung am Sozialsystem-Modell (SCHEFF, 1973), wenn es darum geht, vermeidbarem Leiden und vermeidbarer Begrenzung der Lebenserwartung wirkungsvoll zu begegnen (STEINKAMP, 1999).

Eine differenzierte Analyse gesellschaftlicher Ungleichheitsstrukturen kann unsere Kenntnis darüber erweitern, wie die Organisation einer Gesellschaft Gesundheit und Krankheit beeinflusst (MARMOT, KOGEVINAS & ELSTON, 1987) und welche Glieder in der langen Kausalkette von der Makrostruktur zum Individuum dabei von Bedeutung sind. Ihre genauere Kenntnis ermöglicht auch wirkungsvollere Interventionsstrategien auf den verschiedenen Ebenen.

Auf der oberen Analyseebene (Makroebene) werden die Dimensionen sozialer Ungleichheit verankert, aus denen ungleiche Lebensbedingungen und -chancen resultieren. Die mittlere Analyseebene (Mesoebene) umfasst die konkreten Lebenskontexte, in denen strukturell vermittelte ungleiche Belastungen und Ressourcen ihre Wirkung entfalten. Auf der unteren Ebene (Mikroebene) werden die Auseinandersetzungsprozesse des Individuums mit Belastungen und Ressourcen thematisiert und die Folgen nicht gelingender Bewältigungsprozesse für die individuelle Befindlichkeit zu erfassen versucht, wobei hier auch das komplexe Zusammenspiel zwischen psychischen und somatischen Prozessen beachtet werden muss (STEINKAMP, 1999).

1.1.2.4.5 Armut und soziale Ungleichheit

In den modernen Gesellschaften, deren Struktur überwiegend und zunehmend von einer monetären Dynamik geprägt wird, kann der (absolute oder relative) Mangel an Einkommen als die wichtigste Dimension von Armut gesehen werden. Dennoch besteht Armut nicht nur aus Einkommensdefiziten, sondern sie ist wesentlich mit einem Mangel an Zugang zu weiteren begehrten Ressourcen der Gesellschaft verbunden (vgl. GLATZER & HÜBINGER, 1990). Sie ist somit eine Form extremer sozialer Benachteiligung, angesiedelt am unteren Ende einer Skala der sozialen Ungleichheit.

Wie die soziale Ungleichheit in den gegenwärtigen Gesellschaften zu charakterisieren sei, ist eine Frage, worüber noch kein befriedigender Konsens besteht. Von den die soziale Position am wesentlichsten determinierenden Gütern wie Einkommen, Besitz, Bildung (Wissen und Können), Ansehen, Macht und Absicherung gegenüber Existenzrisiken (vgl. z. B. SIEGRIST, 1995) kommen in der gesundheitsbezogenen Ungleichheitsforschung vor allem das Einkommen, der höchste Bildungsabschluss und die berufliche Stellung (oft als „Sozioökonomischer Status“ bezeichnet) als Indikatoren des sozialen Status zur Anwendung. Diese Indikatoren sind im allgemeinen positiv korreliert und eignen sich dadurch zur Bildung von Schichtindizes. Es gibt aber zunehmend Gruppen, für welche dieser Zusammenhang nicht mehr gültig ist, wie z. B. junge AkademikerInnen mit sehr geringem Einkommen (RASKY, STRONEGGER & FREIDL, 1996).

Das Postulat der Chancengleichheit ist im Zusammenhang mit der Prävention und speziell in der Gesundheitsförderung besonders schwer zu erfüllen. Bereits die Voraussetzungen sind in mancher Beziehung ungünstig, weil die wirtschaftlich Benachteiligten, seien es Individuen, Minderheitengruppen oder Regionen bereits in ihren Lebensumständen (Wohn- und Arbeitsbedingungen, Möglichkeit zum Einkauf ausgewählter Nahrungsmittel, etc.) gesundheitlich ungünstigere Voraussetzungen vorfinden. Dazu kommen

schlechtere Ausbildungsmöglichkeiten und damit schlechtere Voraussetzungen für ein interessiertes Mitverfolgen gesundheitsbezogener Empfehlungen. Unmittelbare existentielle Sorgen können schließlich dazu führen, dass das Bedürfnis nach Ablenkung und kurzfristiger Befriedigung längerfristige Erwägungen im Sinne der Prävention in den Hintergrund drängen.

Doch auch im Zusammenhang mit der Prävention können soziale Unterschiede im Gesundheitszustand entstehen oder noch vergrößert werden. Die vielfach ausgesprochene Forderung, die gesundheitliche Vorsorge der Selbstverantwortung des Individuums und der Familie zu überlassen, berücksichtigt nicht, dass die Rahmenbedingungen zur Übernahme dieser Verantwortung in sozial benachteiligten Kreisen nicht erfüllt sind. Zudem sind Programme der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung oft so gestaltet, dass sozial Benachteiligte durch sie nicht erreicht werden, sie nicht verstehen oder sich im Lichte ihrer Alltagssorgen nicht prioritär angesprochen fühlen. Die oft sowohl für den einzelnen als auch für die Familie heraufbeschworene **Selbstverantwortung für die Gesundheit** kann hier gar nicht zum Tragen kommen. Als Ergebnis wird nicht nur die Schere der Schichtunterschiede weiter geöffnet, sondern die Schuld dafür wird zusätzlich noch den benachteiligten Menschen zugeschoben (MARTIN, 1991).

Mögliche Interventionsstrategien zur Verringerung der Unterschiede liegen vor allem in der Politik. MÜLLER (1995) fordert dazu: „Gesundheit ist ein Individualrecht, was Politik stärker als eine Herausforderung aufzunehmen hat. Wenn Gesundheit von Risiken bzw. Gefährdungen und den Ressourcen abhängig ist und Risiken wie Ressourcen sozial ungleich verteilt sind, dann hat eine auf Gesundheit bezogene Politik schichtspezifisch an den Risiken und Gefährdungen anzusetzen, um sie zu reduzieren und zu minimieren und Prozesse zu organisieren, die den Individuen die Ressourcen zur Verfügung stellen, um adäquat mit den belastenden Herausforderungen umgehen zu können.“

1.1.2.4.6 Soziale Zugehörigkeit und Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit

Das, was sich der einzelne unter Gesundheit und Krankheit vorstellt, ist durch das rationale Denken der Medizin mitgeprägt; diese Vorstellungen nehmen aber auch je nach sozialer Zugehörigkeit – der Zugehörigkeit zu einer Klasse, einem Geschlecht, einer Kultur oder einer Religion – unterschiedliche Formen an.

Zur Beschreibung der Entstehung von derartigen Unterschieden greift man auf den soziologischen Begriff der Beziehung zum Körper und zur Gesundheit zurück. Er umfasst sämtliche Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, durch die der Mensch zum Ausdruck bringt, was ihm sein Körper bedeutet und wie er ihn einsetzt. Eine klassische Anwendung dieses Begriffs findet sich bei Boltanski (1968). Er unterscheidet zwischen reflexiven und instrumentalen Haltungen gegenüber dem Körper und der Gesundheit.

Eine reflexive Beziehung zur Gesundheit besteht dann, wenn der Mensch die Zeichen und Symptome seines Körpers stets aufmerksam verfolgt und in diesem Sinne einen ständigen Dialog mit seinem Körper führt. Er horcht auf, wenn der Körper eine Botschaft sendet und entziffert die Hinweise auf eine etwaige Veränderung oder Störung. Mit der Möglichkeit einer Erkrankung wird gerechnet. Die Krankheit ist in den üblichen Umgang mit der Gesundheit integriert.

Bei einer instrumentalen Beziehung wird dem Körper hingegen keine Beachtung geschenkt – es sei denn, er versagt seinen Dienst. Krankheit wird als Zwischenfall empfunden, der den Betroffenen an der Erfüllung seiner täglichen Aufgaben hindert. Gesundheit leitet sich aus dem Nichtvorhandensein der Krankheit ab und bedarf keiner besonderen Aufmerksamkeit. D. h. nicht, dass der Mensch für seinen Körper nicht Sorge trägt. Er pflegt ihn jedoch, um seine Leistungsfähigkeit zu erhalten und nicht aus gesundheitsorientierten Erwägungen heraus.

Die beiden Haltungen hängen gemäß BOLTANSKI unmittelbar mit der sozialen Schichtung zusammen: Die reflexive Haltung ist für mittlere und wohlhabende Klassen typisch; hier gilt der Körper als Träger des Erscheinungsbildes und der Geistesarbeit. Hingegen findet man die instrumentale Haltung in den unteren Be-

völkerungsschichten; sie lässt sich sehr direkt durch die materiellen Lebensbedingungen und insbesondere durch das Überwiegen von manuellen Tätigkeiten erklären. Die Haltungen gegenüber dem Körper sind lediglich der Ausdruck der Klassenzugehörigkeit des Einzelnen.

Dieser Ansatz dient auch dazu, die unterschiedlichen Beziehungen, die Frauen und Männer ein und derselben sozialen Schicht zu ihrem Körper haben, zu verstehen. In den unteren Bevölkerungsschichten herrscht zwar eine instrumentale Beziehung zum Körper vor, doch tendieren gemäß BOLTANSKI die Frauen eher zur Entwicklung einer reflexiven Körperbeziehung. Die reflexive Einstellung zum Körper, die in höheren Bevölkerungsschichten vorkommt, ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Welches Verhältnis ein Mensch zu seinem Körper und seiner Gesundheit hat, liefert jeweils Hinweise über dessen Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Kultur. Es prägt auch die Einstellung gegenüber dem Risiko sowie der Art und Weise, wie die Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen wird. Dieses Verhältnis ist ein Schlüssel zum Verständnis von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (CARDIA-VONÈCHE & BASTARD, 1996).

1.1.3 Ein umfassender Gesundheitsbegriff

In den letzten beiden Jahrzehnten vollzog sich vor allem mit den Arbeiten ANTONOVSKYS (1979, 1987) ein Perspektivenwechsel hinsichtlich der Konzeptualisierung des Begriffes Gesundheit. Dem traditionellen Begriff der Pathogenese wurde die Salutogenese gegenübergestellt. Mit diesem Terminus wird danach gefragt, warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben bzw. wie Gesundheit wiederhergestellt wird. Dies impliziert auch eine Wende im gesundheitswissenschaftlichen Denken, die Tendenz von einer krankheitsorientierten Belastungsforschung hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsforschung. Das statische Konzept eines negativen Gesundheitsbegriffes, d. h. Abwesenheit von Krankheit, ist aus dieser Sicht unzureichend.

Gesundheit, und damit auch die Zuständigkeit für Gesundheit, wird aus dem medizinisch definierten Kontext herausgenommen und um die psychosoziale Dimension

erweitert. Damit wird die Grundlage für ein ganzheitliches, d. h. die physischen, psychischen und sozialen Lebensbereiche des Menschen umfassendes und diese integrierendes Konzept geschaffen. Diese Erweiterung des Verständnisses von Gesundheit ist sowohl eine Konsequenz aus der Erkenntnis bestimmter Grenzen des „klassischen“ medizinischen Ansatzes als auch eine Folge des Wissens um die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken.

Die solchermaßen erweiterte Gesundheitsdefinition hat neben der Integration des psychosozialen Bereiches drei weitere Implikationen, die sich in fast allen modernen Gesundheitskonzepten wiederfinden.

- Gesundheit hat Prozesscharakter, sie ist kein Zustand, sondern ein immer wieder aufs Neue herzustellendes „Gleichgewicht“.
- Gesundheit und Krankheit entziehen sich einer eindimensionalen, monokausalen Erklärung. Sie sind das Ergebnis eines von vielen Faktoren beeinflussten Prozesses.
- Gesundheit und Krankheit haben eine subjektive Dimension. In Abgrenzung von der biomedizinischen Sicht, in der Krankheit an eine (zumindest scheinbar) objektivierbare Diagnose gebunden wird, ist Wohlbefinden auch subjektiv bestimmt (GERBER & STÜNZNER, 1999).

Moderne Gesundheitsbegriffe gehen davon aus, dass Austauschprozesse zwischen Individuen und Umwelt sowie auch Wahrnehmungsprozesse und Bewältigungsstrategien von Individuen, aber auch die Umwelt selbst für Gesundheit von größter Bedeutung sind. Damit ist Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein dynamisches Gleichgewicht zwischen physischen, psychischen und sozialen Schutz- und Abwehrmechanismen einerseits und potenziell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits. Notwendig ist ein ständiges Ausgleichen von Belastungen und Herstellen von Gesundheit durch das Individuum (FREIDL, 1994).

Die WHO spricht seit Ende der 40er Jahre von mehreren Dimensionen von Gesundheit und Wohlbefinden: von der physischen, psychischen, sozialen und geistigen sowie seit Ende der 80er Jahre auch von der ökologischen und spirituellen (im Sinne von Lebenssinn) Dimension (BRÖSSKAMP-STONE et al. 1998). Sie umschreibt Gesundheit als individuell erlebtes, physi-

sches, psychisches und soziales Wohlbefinden und unterstreicht damit die subjektive Dimension von Gesundheit. Das, was Menschen unter Gesundheit verstehen oder mit Gesundheit assoziieren, ist von ihrem gesellschaftlich-kulturellen Hintergrund abhängig. Damit prägen Faktoren wie Lebensphase, Alter, soziale Herkunft, Bildungsgrad, Geschlecht, Erziehung und die Strukturen des Gesundheitswesens das Gesundheitsverständnis des einzelnen und von Gruppen (SCHNEIDER, 1990; SCHAEFER, 1990; KICKBUSCH, 1985).

Gesundheit ist also kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Heute besteht in den Sozialwissenschaften und der Medizin Einigkeit darüber, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss: Neben körperlichem Wohlbefinden (z. B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z. B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen. Die sozialwissenschaftlichen Definitionsversuche des Phänomens Gesundheit zeichnen sich dabei durch eine Komplexität aus, die historisch als neu zu betrachten ist (BENGEL et al., 1998).

Ressourcen für Gesundheit werden üblicherweise in interne oder individuelle (physische und psychische) und externe (physikalische, materielle, ökologische, kulturelle, organisationale, etc.) Ressourcen eingeteilt. Interne Ressourcen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit sind auf der emotionalen/affektiven, kognitiven und behavioralen Ebene angesiedelt. Es handelt sich dabei um Verhaltensweisen und Überzeugungen („health belief systems“). Externe Ressourcen sind im sozialen Feld angesiedelt und betreffen dementsprechend die sozialen Handlungsmöglichkeiten einer Person. Beispiele hierfür sind die Erweiterung struktureller Angebote von Betrieben und Gemeinden, die Erweiterung des Kontrollspielraumes am Arbeitsplatz, Stärkung von Bildung und die Verbesserung sozialer Unterstützungssysteme.

Diese Ressourcen haben zentrale Bedeutung, wenn es um Bewältigung (coping) von Belastungen geht, die

sich im salutogenetischen Prozess negativ auswirken könnten. Im Kontext eines solchen Verständnisses von Gesundheit wird das Gesundheitshandeln einer Person (im weitesten Sinn) von den unterschiedlichsten Systemen determiniert. Aus dieser Sicht entsteht Gesundheit durch die Fähigkeit des Organismus, sein eigenes Handeln und seine Physiologie zu regulieren, wobei der Informationsaustausch auf allen Organisationsebenen (von einfachen Molekülen bis zu sozialen/kulturellen Interaktionen) mitbestimmend ist (WEINER, 1990, 1991).

1.1.4 Was ist Gesundheitsförderung?

Ein wesentliches Charakteristikum der Gesundheitsförderung ist die Abkehr von der (alleinigen) Suche nach Risikofaktoren für spezifische Krankheiten und die Hinwendung zur (krankheitsunspezifischen) Frage: „Wie und wo wird Gesundheit hergestellt?“ (Salutogenese)

Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen (BRÖSSKAMPSTONE, KICKBUSCH & WALTER, 1998).

Ziele und Strategien zur Förderung der Gesundheit und Schaffung bzw. Erhaltung gesunder Umwelten sind in der Ottawa-Charta verankert, die im Rahmen der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Ottawa 1986 verabschiedet wurde.

In der Ottawa-Charta heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoff-

nungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (WHO, Ottawa-Charta, 1986)

Entsprechend der WHO-Definition von Gesundheit werden soziale und individuelle Ressourcen gleichermaßen betont wie körperliche Fähigkeiten. Gesundheit wird als ein wesentlicher Bestandteil des Alltags verstanden – und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheitsförderung hat im Sinne der WHO einen emanzipatorischen Charakter.

Zielgruppen der Gesundheitsförderung sind alle Menschen jeder Altersgruppe, und es gilt, bestehende erhebliche Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen zu reduzieren. Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit stellen ebenso Grundvoraussetzungen für die Gesundheit dar wie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem und eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen (WHO, Ottawa-Charta, 1986; WHO, Genf, 1997).

Gesundheitsförderung verbindet verschiedene Strategien der gesundheitsförderlichen Veränderung von Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen und solche zur Förderung gesundheitsbezogenen Erlebens und Handelns der Menschen.

Drei Ebenen lassen sich unterscheiden:

- politisch-ökonomische Ebene: eine gesellschaftspolitische Strategie der Ressourcenentwicklung zur Sicherung der für Gesundheit grundlegenden Lebensressourcen (Arbeit, Einkommen, Nahrung, Wohnung), zur Bekämpfung von sozialer Benachteiligung (z. B. durch Armut, Arbeitslosigkeit, etc.) sowie zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer sicheren Umwelt.

- Ebene für eine gesundheitsförderliche Infrastruktur:
eine Strategie der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung im Hinblick auf gesundheitsrelevante Einrichtungen (z. B. Einrichtungen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereiches, Betriebe, etc.) unter Einbindung und professioneller Beratung der EntscheidungsträgerInnen und HauptakteurInnen in die Analyse und Gestaltung der gesundheitsrelevanten Bedingungen (BMBF, 1997).
- persönliche Ebene:
eine Strategie der personalen Entwicklung mit dem Ziel der Befähigung und Stärkung (empowerment) der Menschen zu autonomem, gesundheitsförderlichem und sinnerfühltem Handeln, insbesondere zur Bewältigung von Krankheiten und psychosozialen Belastungen, zum Erkennen und Vermeiden von Gesundheitsrisiken, zur Nutzung und Entwicklung von Gesundheitsressourcen (z. B. von Gesundheitsbildungsangeboten) und zur Mitwirkung bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt.

1.1.5 Wie kann Gesundheit gemessen werden?

„Ein Gesundheitsindikator ist eine Variable (ein quantitatives Maß) zur Widerspiegelung des Gesundheitszustandes“ eines Individuums oder einer Gruppe von Individuen und zur Beschreibung der Veränderung dieses Zustandes über die Zeit (KAR, 1986). Im weiteren Sinn versteht man unter einem Indikator ein Maß, welches relevante Informationen ein spezielles Phänomen betreffend subsumiert oder eine begründete Annäherung an ein solches Maß (NOACK & MCQUEEN, 1988).

Indikatoren sind Variablen, die dazu dienen, Veränderungen zu messen, indem sie die objektive Realität in einem bestimmten Umfang widerspiegeln. Sie dienen der Bewertung von Fortschritten. Bei einmaliger Messung geben sie Informationen über den momentanen Istzustand. Regelmäßige Messungen in festgelegten zeitlichen Abständen machen es möglich, bestimmte Abweichungen vom Ausgangszustand, ihre Richtung und ihre Geschwindigkeit, also die Entwicklungsdyna-

mik, zu dokumentieren. Sie sollen im Zusammenhang mit Gesundheit die Frage nach den Regulationsprozessen der Lebensvorgänge im Organismus als einem einheitlichen Ganzen, seine Verbindung mit der Umwelt sowie die Adaptation an bestimmte Umweltbedingungen beschreiben helfen (EWERT, 1988). Da es das vorrangige Ziel von Gesundheitsförderungsprojekten ist, ein verbessertes gesundheitliches Befinden der Bevölkerung herzustellen, müssen zur Erstellung einer Bevölkerungsdiagnose Indikatoren herangezogen werden, die unabhängig von traditionellen Krankheits-/Gesundheitsstatus-Messungen sind. Dazu zählen ökonomische Bedingungen, sozialpolitische Systemvariablen sowie Umwelt- und situationale Faktoren.

Die WHO gibt eine zweiteilige Klassifikation vor (vgl. HANSLUWKA, 1985):

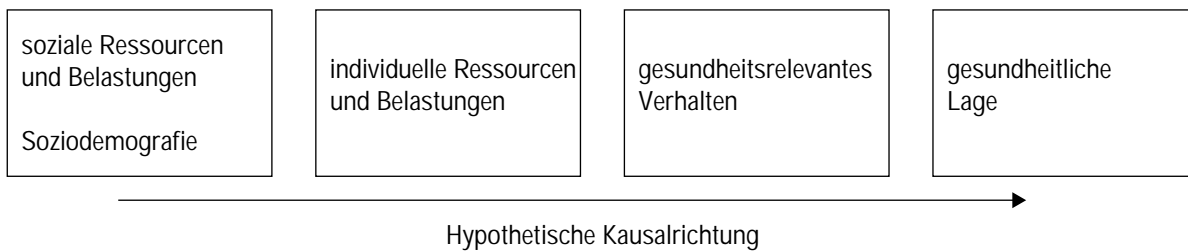
- (1) Indikatoren zum Gesundheitszustand (gesundheitlichen Befinden) und
- (2) Indikatoren zur Bereitstellung, Verteilung und Nutzung von Ressourcen.

Angestrebt wird ein prinzipielles Umdenken von bisher vorwiegend krankheits- zu gesundheitsorientierten Zielsetzungen. Die zentrale Idee der Gesundheitsförderung ist es, über komplexe Gesundheitsressourcen und Lebensbedingungen durch Stärkung des Gesundheitspotenzials und Minderung gesundheitlicher Herausforderungen die Balance der Gesundheit zu bewahren. Die Indikatoren sind daher notwendigerweise nicht auf den Gesundheitszustand im traditionellen Sinn und auf Gesundheitsverhalten limitiert, sondern umfassen ein weiteres Spektrum, wie soziale Lage, soziale Unterstützungssysteme, gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote, Sozial- und Gesundheitspolitik, Wissen und Motivation für Gesundheitshandeln, Lebensqualität, Wohlbefinden und persönliche Ressourcen.

1.1.6 Arbeitsmodell

Die Gliederung der Indikatoren folgt den Hauptkomponenten eines Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit (z. B. LAZARUS & FOLKMAN, 1984; FREIDL, 1997). Vom erarbeiteten Modell und Indikatorenverständnis ausgehend haben wir für diese Untersuchung den Aufbau **vom Sozialen zur Gesundheit** gewählt:

Ebenen des Anforderungs-Ressourcen-Modells



Unser Arbeitsmodell orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit und am salutogenetischen Ansatz nach ANTONOVSKY. Psychologische und soziologische Konzepte von Gesundheit werden dabei integriert.

Auf allen Systemebenen sind sowohl Ressourcen als auch Belastungen angesiedelt. **Gesundheit** und **Gesundheitsverhalten** einer Person werden dem gemäß von unterschiedlichen Systemen determiniert. Die individuellen und sozialen Ressourcen spielen die wesentliche Rolle bei der Bewältigung (coping) von Belastungen. **Individuelle Ressourcen** sind auf der behavioralen innerpsychischen Ebene und **soziale Ressourcen** im sozialen Feld (Makro- bzw. Mikroumwelt)

angesiedelt. **Makro- und Mikroumwelt** geben gesundheitsrelevante soziale **Verhaltensnormen** für das Individuum vor. Die **soziale Lage** des Individuums hat zentrale Bedeutung, da sie ungleiche Lebenspositionen und eine ungleiche Ressourcenverteilung bedingt. Diese interagierenden Systeme determinieren Gesundheit und Gesundheitshandeln.

Gesundheit entsteht durch die Fähigkeit des Organismus, sein eigenes Verhalten und seine Physiologie zu regulieren, wobei der Informationsaustausch auf allen Organisationsebenen mitbestimmend ist (WEINER, 1990). Gesundheit kann als Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen auf allen Systemebenen gesehen werden.

1.2 Studiendesign und Stichprobenerhebung

Die der vorliegenden Studie zugrundeliegende Stichprobenerhebung erfolgte im Auftrag der Stadt Wien in zwei Wellen. Der Erhebungszeitraum der ersten Welle dauerte von November 1999 bis Februar 2000, jener der zweiten Welle von Dezember 2000 bis März 2001.

Die Zielpopulation war die Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren. Die Zielpersonen wurden nach der Methode der einfachen Zufallsauswahl unter Zuhilfenahme von Zählbezirken bestimmt.

Studienform:	repräsentative Querschnitterhebung für Wien
Auftraggeber:	Stadt Wien
Erhebungszeitraum:	November 1999 bis Februar 2000 (1. Welle) Dezember 2000 bis März 2001 (2. Welle)

In den Haushalten wurden von unterwiesenen Personen Face-to-Face-Interviews mit den Zielpersonen

durchgeführt. Die InterviewerInnen folgten dabei einem 48-seitigen Fragebogen im DIN-A4-Format.

Studiendesign Übersicht

Zielpopulation:	Wiener Wohnbevölkerung (16+ Jahre)
Stichprobendesign:	einfache Zufallsauswahl
Stichprobenumfang:	n = 4.019
Ausschöpfungsrate:	55 % Nettoausgangsstichprobe: 7.300 100 % Ausfälle insgesamt: 3.281 45 % davon: Zielperson nicht erreicht 798 24 % Zielperson verweigert 2.222 68 % Zielperson nicht interviewfähig 201 6 % nicht verwertbare Interviews 60 2 %
Datenerhebungsmethode:	Face-to-Face-Interviews im Haushalt der Zielpersonen
Gewichtung:	nach wichtigen demographischen Merkmalen anhand des Mikrozensus 2000/2 (vgl. Kap. 1.3.1.)

1.3 Statistisch-epidemiologische Datenanalyse – Methoden

1.3.1 Epidemiologische Datenanalyse

Bei Erhebungen in einfacher Zufallsauswahl entstehen in der Regel systematische Ausfälle, welche die Repräsentativität der Stichprobe bisweilen erheblich beeinträchtigen. Dies kann im Extremfall bis zur Wertlosigkeit einer Erhebung gehen. Sofern die Stichprobenverzerrung nicht zu gravierend ist, ermöglicht jedoch eine Gewichtung der Daten die nachträgliche rechnerische Herstellung einer befriedigenden Repräsentativität der Auswertungsergebnisse.

In allen durchgeführten Auswertungen wurden die erhobenen Daten zur Erzielung von weitgehender Repräsentativität der Ergebnisse statistisch gewichtet. Dies war notwendig, da die Rohdaten der Erhebung in den meisten soziodemographischen Variablen leichte bis moderate Abweichungen von den tatsächlichen Verteilungen in der Wiener Bevölkerung aufwiesen. Die Gewichtung erfolgte unter Verwendung der aktuellsten Mikrozensusdaten vom 2. Quartal 2000 (MZ 2000/2) und passt die Merkmale Geschlecht, Alter, Schulbildung, Teilnahme am Erwerbsleben, Staatsbürgerschaft, Bezirk, Haushaltsgröße und Familienstand an dessen „SOLL“-Verteilungen an.

Um den Einfluss von statistischen Störvariablen, insbesondere der Variablen Geschlecht und Alter, auszuschließen, wählten wir als vorrangige statistische Methode die Stratifizierung nach diesen Variablen. Dies ist bei ausreichender Fallzahl die Korrekturmethode der Wahl, da sie vergleichsweise die meiste Information liefert und keinerlei einschränkende Zusatzannahmen benötigt. Alle statistischen Analysen wurden nach Geschlecht stratifiziert, wo sinnvoll und möglich auch nach Altersgruppen. Bei der komplexen Modellbildung wurden die Effekte der Störvariablen mittels Verfahren der Regressionsanalyse korrigiert.

1.3.2 Generierung der Gesundheitsindikatoren

In diesem Survey wurden, mittels persönlicher Interviews oder Fragenkomplexe, so genannte Skalen erhoben, die aus mehreren inhaltlich eindeutig zusammengehörigen Einzelfragen bestehen. Diese Fragenkomple-

xe wurden zu so genannten Indikatoren zusammengefasst, die es erlauben, Gesundheit und damit verbundene Einflussgrößen zu erfassen und die dazu herangezogen werden können, Gesundheitszustände in vielfältigster Art zu beschreiben.

Um Indikatoren zu bilden, wurden die hypothetisch zu Skalen zusammengestellten Items auf interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) geprüft. Interne Konsistenzen mit $\alpha > 0.50$ wurden noch als angemessen akzeptiert.

Waren das inhaltliche Konstrukt plausibel und die internen Konsistenzen statistisch für die jeweilige Dimension akzeptabel, wurden die Indikatoren additiv gebildet. Der sich ergebende Wert wurde durch die Anzahl der verwendeten Items dividiert, um so eine bessere Einschätzung im Verhältnis zur Einzelskala zu gewährleisten.

Einige Indikatoren wurden a priori als Summenindizes gebildet, d. h. es wurden eindeutig zusammengehörige Quantitäten aufsummiert: z. B. ergibt die Anzahl der chronischen Krankheiten den dazugehörigen Summenindikator.

1.3.3 Regressionsanalysen – Modellbildung

Die gebildeten Indikatoren und die komplexen Modellbildungen wurden unter Verwendung linearer Regressionsmodelle analysiert und auf ihre Anpassungsgüte überprüft. In allen Regressionsmodellen wurde nach dem Alter (in Jahren), dem Einkommen und der Bildung korrigiert und nach Geschlecht stratifiziert. Zur Einschätzung der durch die Prädiktoren aufgeklärten Varianz einer Zielvariablen wird bei allen Regressionsmodellen der R^2 -Wert angegeben. Je kleiner der R^2 -Wert ist, desto kleiner ist in der Regel die Anzahl der signifikanten Prädiktoren und um so weniger wird die Zielvariable durch die untersuchten Prädiktoren „erklärt“, d. h. um so weniger kann sie auf die Prädiktoren (in Form eines linearen Zusammenhanges) zurückgeführt werden. Die Gültigkeit der Schätzwerte der Regressionsparameter wird durch Angabe der Signifikanzen beurteilt.

Die berechneten und statistisch abgesicherten Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren und den

Zielvariablen dürfen nur als Assoziationen, nicht aber als kausale Relationen zwischen Ursache und Wirkung interpretiert werden. Erst die Einbeziehung zusätzlicher Informationen aus anderen Untersuchungen un-

ter Berücksichtigung relevanter Theorien könnte eine kausale Interpretation ermöglichen. Unter diesem Vorbehalt sind alle Beschreibungen dieses Berichtes zu lesen.

1.4 Darstellung der Ergebnisse

1.4.1 Basis-Stratifizierungsvariablen

Alle untersuchten Sozial- und Gesundheitsvariablen wurden einheitlich nach dem Geschlecht (männlich, weiblich) und nach dem Lebensalter (in fünf Altersgruppen) stratifiziert. Zusätzlich wurde in Abhängigkeit von inhaltlichen Überlegungen wo sinnvoll auch einheitlich nach den folgenden Variablen stratifiziert:

- Einkommensschicht: Haushaltsnettoeinkommen pro Erwachsenenäquivalent (ungefähre Perzentilaufteilung in vier Gruppen mit Anteilen in der Anordnung 15 Prozent – 35 Prozent – 35 Prozent – 15 Prozent)
- Ausbildungsschicht (Pflichtschule, Lehre, mittlere Ausbildung, Universität)
- berufliche Position (unqualifiziert, mittel qualifiziert, hoch qualifiziert, Führungsposition)
- Staatsbürgerschaft (InländerInnen/AusländerInnen)
- Bezirkskategorie (ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil [über 20 Prozent], ArbeiterInnenbezirk mit niedrigem AusländerInnenanteil [unter 20 Prozent], Mischbezirke bzw. heterogene Bezirke, Nobelbezirke mit hohem Oberschichtanteil)

1.4.2 Tabellendarstellung und Abbildungen

Numerierung:	Die Zählung erfolgt innerhalb der Hauptkapitel 2, 3, 4 und 5 jeweils getrennt.
Tabellenaufbau:	In der Regel stehen die Klassifikationskategorien der Stratifizierungsvariablen in der ersten Spalte (ganz links) und definieren die Zeilen. Die Antwortkategorien der Responsevariablen definieren die weiteren Spalten. Daher summieren in der Regel die Prozentwerte einer Zeile auf 100%.
Behandlung fehlender Werte:	Aufgrund der von Variable zu Variable unterschiedlichen Anzahl an fehlenden Werten variiert auch die den einzelnen Tabellen zugrundeliegende Fallzahl und in der Folge auch die Genauigkeit der Resultate von Tabelle zu Tabelle. Fehlende Werte treten jedoch nur in sehr kleiner Anzahl auf (meist maximal einige Prozent), sodass dadurch die Genauigkeit der Resultate praktisch nicht beeinträchtigt wird. Die Tabellen wurden jeweils mit der maximal verfügbaren Fallzahl berechnet. Wir verzichteten daher auf die Angabe der jeweils genauen Fallzahl.
Rundungsdifferenzen:	Geringfügige Abweichungen von Sollwerten (z. B. 99 % oder 101 % statt 100 %) sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

II.

SOZIALE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

INHALT

2	SOZIALE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN	63
2.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE ZUSAMMENSETZUNG DER BEVÖLKERUNG	63
2.1.1	Lebensalter und Geschlecht	63
2.1.2	Staatsbürgerschaft	63
2.1.3	Regionale Gliederung nach Bezirkskategorien	64
2.2	ZUGANG ZUM GESELLSCHAFTLICHEN WOHLSTAND – SOZIALE POSITION/STELLUNG	65
2.2.1	Zugang zu Ausbildung	65
2.2.2	Zugang zu Einkommen	67
2.2.3	Zugang zu beruflichen Positionen und Teilnahme am Erwerbsleben	72
2.2.3.1	Teilnahme am Erwerbsleben und Arbeitslosigkeit	72
2.2.3.2	Berufliche Position	77
2.3	ZUGANG ZU SOZIALER ANERKENNUNG UND SOZIALE ZUFRIEDENHEIT	80
2.3.1	Anerkennung durch den Beruf	80
2.3.2	Zufriedenheit mit der finanziellen Lage	80
2.3.3	Zufriedenheit mit dem Familienleben	82
2.3.4	Zufriedenheit mit dem sozialen Netz	84
2.3.5	Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung	86
2.4	ARBEITSSITUATION	88
2.4.1	Arbeitsbelastungen	88
2.4.2	Arbeitszufriedenheit	92
2.5	WOHNSITUATION	93
2.5.1	Wohnbelastungen	93
2.5.2	Wohnzufriedenheit	95
2.6	SOZIALE INTEGRATION - SOZIALE UNTERSTÜTZUNG UND BELASTUNG	96
2.6.1	Fremdenfeindlichkeit	97
2.6.2	Gewalt	98
2.7	INDIKATOREN ZU DEN SOZIALEN RESSOURCEN	99
2.7.1	Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Alter	101
2.7.2	Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Bildung	103
2.7.3	Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Einkommen	106
2.7.4	Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach beruflicher Position	108

2 SOZIALE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

2.1 Soziodemographische Zusammensetzung der Bevölkerung

Abgesehen von kleineren Abweichungen aufgrund von unvermeidbaren statistischen Stichprobeneffekten spiegelt die soziodemographische Zusammensetzung der Stichprobe die Soziodemographie der Wiener Bevölkerung wider. Die bei der Erhebung aufgetretenen Stichprobenfehler wurden bei der statistischen Analyse der Daten mittels Gewichtungungsverfahren nachträglich korrigiert (vgl. Kap. 1.2), wodurch eine weitgehende Repräsentativität der Auswertungen erzielt werden konnte.

2.1.1 Lebensalter und Geschlecht

In diesem Bericht wird die soziale und gesundheitliche Lage der Bevölkerung getrennt für jedes Geschlecht und für charakteristische Lebensalter beschrieben. Das Lebensalter der befragten Personen wurde dazu in fünf

Altersgruppen eingeteilt. Jeder Gruppe entspricht ein Lebensabschnitt mit charakteristischen Lebensbedingungen und Inhalten. Die Gruppen wurden folgendermaßen definiert:

- 16–24 Jahre: Jugendalter (Jugend und schulische oder berufliche Ausbildungszeit)
- 25–44 Jahre: junges Erwachsenenalter (Aufbau der beruflichen Stellung und der Familie)
- 45–59 Jahre: mittleres Erwachsenenalter (berufliche Konsolidierung, Kinder sind erwachsen)
- 60–74 Jahre: Pensionsalter/Seniorenalter
- ab 75 Jahre: alte Menschen

Die Verteilung der fünf Altersgruppen in der Stichprobe insgesamt und für jedes Geschlecht getrennt ist aus Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Altersverteilung nach Geschlecht

Geschlecht	Alter in Jahren (in %)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer	12,5	41,6	24,6	14,7	6,7
Frauen	10,3	39,5	24,5	15,0	10,7
gesamt	11,3	40,5	24,6	14,9	8,8

Am stärksten vertreten sind das jüngere und mittlere Erwachsenenalter. Bei den alten Menschen gibt es entsprechend der höheren Lebenserwartung der Frauen einen größeren Frauenanteil in der Stichprobe, während in den jüngeren und mittleren Altersgruppen die Geschlechtsanteile ungefähr gleichverteilt sind.

2.1.2 Staatsbürgerschaft

Die Geschlechterverteilung ist bei InländerInnen und AusländerInnen ähnlich (Tabelle 2). Es gibt in beiden Gruppen etwa fünf Prozent mehr Frauen als Männer.

Tabelle 2: Staatsbürgerschaft nach Geschlecht

Österreichische Staatsbürgerschaft	Geschlecht (in %)	
	Männer	Frauen
österreichische	47,1	52,9
nicht österreichische	47,3	52,7
gesamt	47,1	52,9

Entsprechend ist auch der Anteil an Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft bei Männern und Frauen

mit Werten von 15,7 Prozent bzw. 15,6 Prozent vergleichbar groß (Tabelle 3).

Tabelle 3: Staatsbürgerschaft nach Geschlecht (AusländerInnenanteil)

Geschlecht	Staatsbürgerschaft (in %)	
	InländerInnen	AusländerInnen
Männer	84,3	15,7
Frauen	84,4	15,6
gesamt	84,4	15,6

Der Vergleich der Altersverteilung zwischen AusländerInnen und InländerInnen ergibt, dass AusländerInnen zu über 80 Prozent der Altersgruppe 16 bis 44 Jahre angehören, während zu dieser Altersgruppe nur 46

Prozent der inländischen Bevölkerung gehören (Tabelle 4). Umgekehrt sind nur 3,4 Prozent der AusländerInnen älter als 59 Jahre, aber 27,4 Prozent der ÖsterreicherInnen, die älter als 15 Jahre sind.

Tabelle 4: Staatsbürgerschaft nach Alter

Staatsbürgerschaft	Alter in Jahren (in %)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
österreichische	8,6	37,6	26,4	17,2	10,2
nicht österreichische	26,1	55,8	14,7	2,2	1,2
gesamt	11,3	40,5	24,6	14,9	8,8

2.1.3 Regionale Gliederung nach Bezirkskategorien

Eine regionale Aufgliederung der Analysen auf Bezirksebene ist wegen der geringen Stichprobengröße der Erhebung nicht möglich. Es wurde deshalb versucht, durch Zusammenfassung von Bezirken mit vergleichbarer sozioökonomischer Struktur eine großräumigere Regionenbildung innerhalb der Wiener Gemeindebezirke einzuführen. Eine Einteilung in die folgenden vier Bezirkskategorien erwies sich als zweckmäßig:

1. ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil (über 20 Prozent): Bezirke 2, 5, 6, 7, 15, 16, 20
2. ArbeiterInnenbezirk mit niedrigem AusländerInnenanteil (unter 20 Prozent): Bezirke 10, 11, 12, 21, 22
3. Mischbezirke bzw. heterogene Bezirke: Bezirke 3, 4, 8, 9, 14, 17, 18, 23
4. Nobelbezirke mit hohem Oberschichtanteil: Bezirke 1, 13, 19

Tabelle 5 beschreibt die relativen Bevölkerungsanteile der vier Bezirkskategorien an der Gesamtbevölkerung.

Tabelle 5: Bezirkskategorie nach BewohnerInnen

Bezirkskategorie	BewohnerInnen (in %)
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	26,3
ArbeiterInnenbezirk	36,8
Mischbezirk	29,4
Nobelbezirk	7,5
gesamt	100,0

2.2 Zugang zum gesellschaftlichen Wohlstand – Soziale Position/Stellung

Die soziale Lage einer Person besteht wesentlich in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand. Zu diesem Wohlstand gehören heute als wichtigste soziale Ressourcen insbesondere das infrastrukturelle Angebot an beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten, an Arbeitsplätzen sowie an Einkommen. Der Zugang zu diesen Ressourcen konnte in Studien als eine der bedeutendsten Gesundheitsdeterminanten nachgewiesen werden. Wir untersuchen daher in den nächsten Abschnitten ausführlich die Verteilung dieser sozialen Ressourcen in der Bevölkerung.

2.2.1 Zugang zu Ausbildung

Es wurde in sozialepidemiologischen Studien wiederholt nachgewiesen, dass die Ausbildung einer Person eine wesentliche Ressource sowohl für die Gesundheit als auch für ein gesundheitsförderliches Verhalten darstellt. Der Anteil an dieser Ressource, den eine soziale Schicht aufweist, ist folglich ein Teil des Gesundheitspotenzials dieser Schicht.

Es lag nicht innerhalb der Möglichkeiten dieses Surveys, eine genaue Bildungsstatistik der Wiener Bevölkerung zu erhalten. Die Ergebnisse dieses Kapitels weisen daher eine vergleichsweise nur geringe Differenziertheit und Genauigkeit auf und werden daher nur in den für die Ziele dieser Studie bedeutsamen Grundzügen charakterisiert. Für eine exakte Statistik verweisen wir auf die ausführliche Literatur über Ausbildungsdaten der Statistik Austria.

Das Ausbildungsniveau wurde in aufsteigender Reihenfolge in vier Gruppen eingeteilt: Zur ersten Gruppe „Pflichtschule“ gehören nur Personen mit der gesetzlichen Mindestschulbildung, zur zweiten Gruppe „Lehre“ Personen mit Lehrabschluss, zur dritten Gruppe „mittlere Ausbildung“ gehören Abschlüsse von berufsbildenden mittleren und höheren Schulen, allgemeinbildenden höheren Schulen (Gymnasien) und Akade-

mien (z. B. Sozialakademie), und zur vierten Gruppe gehören Personen mit Hochschul- oder Universitätsausbildung.

Unsere Analysen zeigen als Grundtrend sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine anteilmäßige Zunahme der Personen mit höheren Ausbildungsabschlüssen (d. i. mittlere Ausbildung, Matura oder universitäre Ausbildung) mit Abnahme des Lebensalters (Tabelle 6). Darin spiegelt sich ein positiver Generationentrend wider: Die jüngere Generation erhält heute eine umfangreichere Ausbildung als frühere Generationen. Weiters ist der in den höheren Altersgruppen zu beobachtende gravierende Geschlechtsunterschied bei Personen, welche die Mindestausbildung (Pflichtschule) genossen haben, in der jüngeren Generation (Altersgruppe 25–44 Jahre) praktisch verschwunden.

Zu beachten ist, dass in der Altersgruppe „16–24 Jahre“ viele Personen ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben und infolgedessen den unteren Ausbildungsgruppen zugerechnet werden, auch wenn sie sich aktuell bereits in einem höheren Ausbildungssystem befinden.

Der auffallend hohe Anteil an Personen mit Pflichtschulausbildung in den höheren Altersklassen, besonders unter den Frauen, legt die Hypothese nahe, dass eine frühe Benachteiligung bei der Ausbildung im höheren Lebensalter bisher nicht mehr aufgeholt werden kann. Es wäre zu klären, inwieweit Defizite in der Erwachsenenbildung und der berufsbegleitenden Weiterbildung dafür verantwortlich zu machen sind. Insbesondere scheinen die Möglichkeiten des Erwerbs einer Ausbildung auf Matura- oder Universitätsniveau für ältere ArbeitnehmerInnen einer erheblichen Verbesserung zu bedürfen, z. B. durch zielgruppenspezifische Angebote der Bildungseinrichtungen, verbunden mit bezahlten Freisemestern („sabbatical“) am Arbeitsplatz.

Tabelle 6: Schulbildung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Schulbildung (in %)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
Männer				
16–24	63,6	18,9	16,7	0,7
25–44	15,6	32,1	33,6	18,7
45–59	10,4	47,7	30,1	11,7
60–74	9,6	53,7	28,3	8,5
75+	16,1	41,1	28,8	14,1
gesamt	19,4	38,1	29,5	12,9
Frauen				
16–24	56,8	11,5	30,7	1,0
25–44	18,0	20,5	44,1	17,4
45–59	22,3	33,8	34,7	9,2
60–74	31,8	30,4	33,7	4,1
75+	51,9	22,1	23,5	2,5
gesamt	28,7	24,5	36,7	10,1

Wie setzen sich die vier Ausbildungsgruppen hinsichtlich ihrer Altersstruktur zusammen? Laut Tabelle 7 überwiegen in den beiden höheren Ausbildungsgruppen

(mittlere Ausbildung und Universitätsausbildung) die jungen Erwachsenen.

Tabelle 7: Altersverteilung nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Alter in Jahren (in %)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
Pflichtschule	40,8	33,4	13,1	7,2	5,5
Lehre	6,2	35,1	30,8	20,7	7,2
mittlere Ausbildung	7,1	47,3	25,1	14,1	6,5
Universität	0,7	60,1	22,3	9,6	7,3
gesamt	12,5	41,6	24,6	14,7	6,7
Frauen					
Pflichtschule	20,3	24,8	19,1	16,6	19,2
Lehre	4,8	33,0	33,9	18,6	9,6
mittlere Ausbildung	8,6	47,5	23,2	13,8	6,8
Universität	1,0	67,9	22,4	6,0	2,6
gesamt	10,3	39,5	24,5	15,0	10,7

Im Vergleich mit der inländischen Wiener Bevölkerung überwiegen bei Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft sowohl solche mit nur minimaler Ausbildung (Pflichtschulbildung) als auch Personen mit hohem Bil-

dungsniveau (Universitätsabschluss; Tabelle 8). Bei AusländerInnen besteht daher ein vergleichsweise großer Ausbildungsbedarf.

Tabelle 8: Schulbildung nach Staatsbürgerschaft

Staatsbürgerschaft	Schulbildung (in %)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
InländerInnen	20,5	33,2	35,4	10,9
AusländerInnen	45,1	18,7	22,0	14,2
gesamt	24,4	30,9	33,3	11,4

Wie groß ist in verschiedenen beruflichen Positionen der Anteil an der Ressource Ausbildung? Zur Beantwortung dieser Frage verwenden wir hier vorweg eine Einteilung der beruflichen Stellung in vier Klassen, welche erst später in Kapitel 2.2.3.2 eingeführt wird. Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, dass ein höherer Ausbil-

dingsstand (d. i. mittlere Ausbildung und besonders Universität) überwiegend bei Personen in hoch qualifizierten Tätigkeiten und Führungspositionen vorhanden ist. Personen mit wenig qualifizierter Tätigkeit besitzen dagegen höchstens zu ca. 80 Prozent eine Lehr-ausbildung.

Tabelle 9: Schulbildung nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Schulbildung (in %)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
Männer				
unqualifiziert	34,3	50,7	14,5	0,5
qualifiziert	18,9	50,4	27,2	3,5
hoch qualifiziert	6,4	28,2	38,9	26,5
Führungsposition	5,8	20,6	35,1	38,4
gesamt	17,3	40,6	28,6	13,5
Frauen				
unqualifiziert	45,3	34,7	19,0	1,0
qualifiziert	14,8	28,5	49,4	7,3
hoch qualifiziert	6,7	13,7	48,9	30,7
Führungsposition	6,6	9,8	43,0	40,5
gesamt	25,3	27,6	36,7	10,4

2.2.2 Zugang zu Einkommen

Der in den modernen überwiegend monetär strukturierten Wirtschaftssystemen und Gesellschaften entscheidende einzelne Faktor für die Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand ist das Einkommen und Vermögen einer Person. Es überrascht daher nicht, dass unter allen Sozialschichtindikatoren das Einkommen einer Person bzw. des Haushalts in epidemiologischen Studien in der Regel den ausgeprägtesten Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand aufweist.

In Österreich ist in Erhebungen die Frage nach dem Einkommen traditionell als heikel zu beurteilen. Diese Frage führt zu meist hohen Raten der Antwortverwei-

gerung. Die Einkommensfragen wurden daher im vorliegenden Survey in Form von vorgegebenen 2000,- Schilling-Intervallen als Antwortkategorien gestellt. Einerseits aus diesem Grund und andererseits wegen des Problems, dass nichtperiodische Einkommensanteile oftmals nicht angegeben werden, dürfen die in den Tabellen angegebenen Schilling-Werte nur als grobe Näherung an das tatsächliche Einkommen interpretiert werden. Dies stellt für unsere Untersuchung jedoch keine ernst zu nehmende Einschränkung dar, da es hier nicht auf die Schätzung der genauen Einkommenshöhe ankam, sondern auf eine Reihung in Einkommensgruppen – von der untersten Einkommensgruppe („Schicht 1“) bis zur höchsten Einkommensgruppe („Schicht 4“).

Tabelle 10: Haushalts-Nettoeinkommen gesamt nach Geschlecht

Geschlecht	Haushalts-Nettoeinkommen gesamt (in %)			
	– 12.000,–	– 24.000,–	– 40.000,–	> 40.000,–
Männer	9,4	31,1	38,5	21,0
Frauen	15,0	34,6	34,7	15,8
gesamt	12,3	32,9	36,5	18,3

Aus Tabelle 10 ist ersichtlich, dass Frauen erheblich öfter in Haushalten der untersten Haushalts-Nettoeinkommensgruppe (bis ATS 12.000,–) leben als Männer. Bei Verwendung dieser Variable zur Einschätzung der Einkommenslage ist allerdings nicht berücksichtigt, wie viele Personen im jeweiligen Haushalt leben und auf wie viele Personen sich daher das Einkommen aufteilt. Aus diesem Grund ist es zweckmäßiger, das gesamte Haushaltseinkommen auf die Haushaltsgröße zu beziehen. Es ist verständlich, dass der finanzielle Aufwand nicht für alle Haushaltsmitglieder gleich hoch zu veranschlagen ist. Um den Aufwand zumindest grob zu charakterisieren wurde dafür das so genannte **Erwachsenenäquivalent EÄ** eingeführt. Es gibt für das EÄ unterschiedliche Äquivalenzskalen. Wir folgen hier der Äquivalenzskala der EU, welche auch als „modifizierte OECD-Skala“ bezeichnet wird (vgl. „Statistische Beiträge zu Armut, Armutsgefährdung und Sozialer Ausgrenzung.“ Statistische Nachrichten 10 [1997], 844–852). Die EU-Skala gewichtet den ersten Erwachsenen im Haushalt mit dem Faktor 1,0; jede weitere erwachsene Person mit 0,5 und Kinder mit 0,3.

Allen weiteren das Einkommen betreffenden Analysen in diesem Bericht legen wir das Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent als Einkommensindikator

zugrunde. Die Kategorisierung des Wertebereichs erfolgte durch Festlegung von Grenzwerten (cut-off-points) im Merkmalsbereich (in Schilling, vgl. Fußnote in den Tabellen), wobei versucht wurde, eine ungefähre Perzentilaufteilung der vier Gruppen mit Anteilen in der Anordnung 15 Prozent – 35 Prozent – 35 Prozent – 15 Prozent zu erreichen, d. h. „Schicht 1“ entspricht den untersten 15 Prozent der Einkommen, „Schicht 2“ den folgenden 35 Prozent, „Schicht 3“ den 35 Prozent der oberhalb des Medians liegenden Einkommen, und „Schicht 4“ den obersten 15 Prozent der Einkommen.

In welchen soziodemographischen Gruppen finden sich die kleinsten, in welchen die größten Einkommen? Aus Tabelle 11 ist ersichtlich, dass die jungen Menschen im Alter von 16–24 Jahren zum Großteil den beiden untersten Einkommensgruppen „Schicht 1“ und „Schicht 2“ zuzurechnen sind. Auffallend ist, dass vor allem bei den Männern, tendenziell auch bei den Frauen, die Gruppe der jungen PensionistInnen den kleinsten Anteil in der untersten Einkommensgruppe aufweist. Generell kann festgestellt werden, dass sich vor allem bei den jungen Menschen eine Einkommensbenachteiligung zeigt, während bei den Menschen im Pensionsalter eine zufriedenstellende Einkommenslage vorhanden sein dürfte.

Tabelle 11: Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
Männer				
16–24	31,5	44,5	21,3	2,7
25–44	16,7	36,4	33,5	13,5
45–59	9,0	32,3	36,2	22,6
60–74	2,9	49,5	30,0	17,6
75+	10,1	51,4	23,0	15,6
gesamt	13,8	39,1	31,7	15,4
Frauen				
16–24	33,4	41,5	23,4	1,6
25–44	16,3	46,3	28,8	8,7
45–59	12,2	36,1	35,8	15,8
60–74	15,8	49,7	24,9	9,5
75+	27,0	47,3	17,0	8,7
gesamt	17,8	43,8	28,4	10,0

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Wie setzen sich nun die Einkommensschichten unter soziodemographischen Gesichtspunkten zusammen? Laut Tabelle 12 überwiegen in der untersten „Schicht 1“

die Frauen, in der obersten „Schicht 4“ in etwa gleichem Ausmaß die Männer.

Tabelle 12: Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ nach Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ	Männer (in %)	Frauen (in %)
Schicht 1	41,7	58,3
Schicht 2	45,2	54,8
Schicht 3	50,7	49,3
Schicht 4	58,7	41,3
gesamt	48,0	52,0

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Der Vergleich der Einkommenssituation nach Staatsbürgerschaft ergibt (Tabelle 13) eine stärkere Belegung der unteren Einkommensgruppen bei den AusländerInnen und einen etwa doppelt so hohen Anteil an Per-

sonen in der obersten Einkommensschicht bei den InländerInnen. In beiden Gruppen zeigt sich ein etwa gleicher Einkommensunterschied zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 13: Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

Geschlecht	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
InländerInnen				
Männer	10,7	38,9	33,8	16,6
Frauen	14,5	43,8	31,1	10,7
gesamt	12,7	41,5	32,4	13,5
AusländerInnen				
Männer	33,6	40,5	18,4	7,4
Frauen	39,3	44,0	11,0	5,6
gesamt	36,6	42,3	14,6	6,5

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Die unterste Einkommensschicht setzt sich überwiegend aus jungen Personen zusammen, und zwar vor allem aus der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter der Familiengründung (Tabelle 14). Die in diesem Alter

oft vergleichsweise großen Familien tragen sicher zu dem geringeren pro-Kopf-Einkommen im Haushalt bei – das Einkommen müssen sich mehr Personen teilen als in durchschnittlichen PensionistInnenhaushalten.

Tabelle 14: Altersverteilung nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (in %)

Haushaltseinkommen/EÄ	Alter (Jahre)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
Schicht 1	24,2	51,5	16,4	3,2	4,7
Schicht 2	12,1	39,7	20,8	19,0	8,4
Schicht 3	7,2	45,2	28,8	14,2	4,7
Schicht 4	1,9	37,4	37,0	17,2	6,5
gesamt	10,6	42,7	25,2	15,0	6,4
Frauen					
Schicht 1	17,5	36,6	17,7	13,4	14,8
Schicht 2	8,8	42,4	21,2	17,1	10,5
Schicht 3	7,7	40,7	32,5	13,2	5,9
Schicht 4	1,5	34,8	40,8	14,4	8,5
gesamt	9,3	40,1	25,7	15,1	9,8

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Um Einblick in die berufliche Zusammensetzung der Einkommensschichten zu erhalten, vergleichen wir die Verteilung der beruflichen Positionen in den vier Schichten (Tabelle 15). In den beiden unteren Einkommensschichten überwiegen deutlich Personen mit niedrig oder mittelqualifizierten Tätigkeiten, und zwar bei

den Frauen stärker als bei den Männern. Die oberste Einkommensschicht besteht bei den Männern überwiegend aus hoch qualifiziert tätigen Personen, während bei den Frauen die mittlere Qualifikationsebene überwiegt. In beiden Geschlechtern sind Führungspositionen in der obersten Einkommensstufe am häufigsten vertreten.

Tabelle 15: Berufliche Position nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾

Haushaltseinkommen/EÄ	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
Schicht 1	43,7	36,5	13,0	6,7
Schicht 2	29,8	40,8	20,9	8,4
Schicht 3	13,0	38,5	35,3	13,2
Schicht 4	5,3	25,4	45,6	23,8
gesamt	22,1	37,0	28,7	12,3
Frauen				
Schicht 1	66,7	21,9	5,8	5,7
Schicht 2	45,6	36,9	12,9	4,7
Schicht 3	27,1	48,8	18,7	5,3
Schicht 4	14,8	46,6	29,2	9,5
gesamt	39,7	39,4	15,4	5,5

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Ein persönliches Nettoeinkommen von unter ca. ATS 10.000,- findet sich bei Frauen etwa doppelt so häufig als bei Männern. Über ein Einkommen von über ATS

30.000,- können sich Männer mehr als fünfmal so oft freuen wie Frauen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Persönliches Nettoeinkommen nach Geschlecht

Geschlecht	persönliches Nettoeinkommen (in %)				
	-10.000,-	-18.000,-	-30.000,-	>30.000,-	kein Einkommen
Männer	14,6	30,7	33,9	16,5	4,3
Frauen	28,2	38,3	18,9	3,0	11,5
gesamt	21,8	34,7	26,0	9,4	8,1

Das persönliche Nettoeinkommen steht in enger Beziehung zur eingenommenen beruflichen Position (Tabelle 17). Während unqualifizierte bzw. angelernte

Arbeitskräfte so gut wie nie über ATS 30.000,- verdienen, erhält fast jede zweite männliche Führungskraft ein Nettoeinkommen dieser Kategorie.

Tabelle 17: Persönliches Nettoeinkommen nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	persönliches Nettoeinkommen (in %)				
	–10.000,–	–18.000,–	–30.000,–	>30.000,–	kein Einkommen
Männer					
unqualifiziert	22,3	52,3	21,9	1,9	1,7
qualifiziert	14,8	34,5	41,6	8,1	1,1
hoch qualifiziert	5,9	18,9	43,9	30,8	0,6
Führungsposition	6,0	18,3	27,9	46,8	0,9
gesamt	12,9	32,1	36,2	17,7	1,0
Frauen					
unqualifiziert	38,4	49,5	8,5	0,3	3,4
qualifiziert	22,1	43,2	24,5	2,6	7,6
hoch qualifiziert	18,5	24,1	42,5	9,4	5,5
Führungsposition	12,2	37,4	30,5	13,7	6,2
gesamt	27,3	42,3	21,4	3,4	5,5

2.2.3 Zugang zu beruflichen Positionen und Teilnahme am Erwerbsleben

2.2.3.1 Teilnahme am Erwerbsleben und Arbeitslosigkeit

Das Ausmaß der Teilnahme am Erwerbsleben sowie die bei der Teilnahme eingenommene berufliche Position sind Schlüsselfaktoren für die Integration in die Gesellschaft. Mit beiden Faktoren sind sowohl soziale Ressourcen wie z. B. Einkommen, Ansehen und Anerkennung als auch Belastungen wie Stress oder gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen verbunden. Vielfach konnte ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand nachgewiesen werden, welcher unabhängig von Bildungsstand und Einkommen wirksam ist.

In Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter zeigen sich große Differenzen in der Teilnahme am Erwerbsleben (Tabelle 18). Während im jungen und mittleren Erwachsenenalter die überwiegende Mehrheit der Männer vollzeitbeschäftigt ist, trifft dies nicht einmal auf die Hälfte der Frauen zu. Wie die Tabelle zeigt, ist der Unterschied durch den höheren Anteil an teilzeit- oder geringfügig beschäftigten Frauen und zu einem geringeren Teil an Hausfrauen zu erklären.

Bei Frauen wie Männern sind besonders die jüngeren Altersgruppen von Arbeitslosigkeit auffallend stark betroffen. Die Genauigkeit des Surveys lässt jedoch eine ganz exakte Schätzung des Arbeitslosenanteils nicht zu.

Tabelle 18: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben (in %)						
	voll-beschäftigt	teilzeit-beschäftigt	geringfügig beschäftigt	Hausfrau, Hausmann	SchülerIn/StudentIn	arbeitslos	PensionistIn/RentnerIn
Männer							
16–24	47,2	8,5	0,7	0,0	34,4	9,2	0,0
25–44	79,0	6,6	1,0	0,4	6,1	6,3	0,6
45–59	75,5	2,0	1,0	0,6	0,1	7,3	13,5
60–74	7,3	0,8	0,0	0,2	0,0	1,0	90,8
75+	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	98,3
gesamt	58,4	4,5	0,7	0,3	6,9	5,7	23,5
Frauen							
16–24	27,5	6,8	2,1	8,1	48,3	7,1	0,0
25–44	48,3	21,2	2,7	16,0	5,7	6,0	0,1
45–59	45,8	15,0	1,4	14,6	0,3	3,7	19,2
60–74	2,4	1,1	0,3	3,8	0,0	0,6	91,8
75+	2,8	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	93,5
gesamt	33,8	12,9	1,7	11,7	7,3	4,1	28,5

Die unterste Einkommensschicht („Schicht 1“) setzt sich bei den Männern zu etwa je einem Fünftel aus SchülerInnen/StudentInnen und aus arbeitslosen Personen zusammen und immerhin noch zu zwei Fünftel aus Vollzeitbeschäftigten, dagegen ist in dieser Gruppe der PensionistInnenanteil der kleinste von allen Ein-

kommensgruppen (Tabelle 19). Bei den Frauen ergeben sich in der untersten Einkommensschicht andere Anteile wegen des hohen Anteils an Pensionistinnen. Der Anteil an vollzeitbeschäftigten Frauen ist vergleichsweise gering.

Tabelle 19: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts-Einkommen/EÄ	derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben (in %)						
	voll-beschäftigt	teilzeit-beschäftigt	geringfügig beschäftigt	Hausfrau Hausmann	SchülerIn/StudentIn	arbeitslos	PensionistIn/RentnerIn
Männer							
Schicht 1	40,9	8,1	2,0	0,9	18,0	18,1	12,0
Schicht 2	52,8	4,7	1,2	0,2	6,0	5,1	30,0
Schicht 3	70,4	2,9	0,5	0,0	2,9	1,5	21,8
Schicht 4	73,0	2,7	0,0	0,0	1,0	0,9	22,4
gesamt	59,8	4,3	0,9	0,2	5,9	5,1	23,7
Frauen							
Schicht 1	16,8	8,5	2,7	17,2	14,2	11,8	28,9
Schicht 2	30,5	14,6	1,8	13,8	5,7	3,7	29,8
Schicht 3	47,7	17,0	0,6	6,5	3,2	1,1	23,9
Schicht 4	55,1	7,7	1,4	5,6	1,0	0,6	28,7
gesamt	35,4	13,5	1,6	11,5	6,1	4,1	27,9

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Die Gruppe der Berufstätigen mit unqualifizierter oder angelernter Tätigkeit weist die mit Abstand größte Arbeitslosenrate unter allen beruflichen Positionen auf (Tabelle 20). Dies ist leicht einsehbar, wenn man bedenkt, dass sich Personen dieser Gruppe am Arbeitsmarkt gegen höher qualifizierte Konkurrenten nur schwer durchsetzen können. Zudem zählen zu dieser Gruppe häufiger Berufe mit z. B. Anstellungs- oder Ar-

beitsverhältnissen von kurzer Dauer und wiederkehrenden Phasen in der Arbeitslosigkeit. Es wäre aber ein Fehlschluss hieraus abzuleiten, dass allein eine höhere Qualifizierung diese Probleme lösen könnte. Bei einem Überangebot an Arbeitskräften wird sich das Überangebot immer in der Gruppe der am geringsten Qualifizierten konzentrieren und dort zu einem hohen Arbeitslosenanteil führen.

Tabelle 20: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben (in %)						
	voll-beschäftigt	teilzeit-beschäftigt	geringfügig beschäftigt	Hausfrau Hausmann	SchülerIn/ StudentIn	arbeitslos	PensionistIn/ RentnerIn
Männer							
unqualifiziert	57,5	7,8	1,0	0,9	0,2	11,3	21,4
qualifiziert	64,3	3,8	1,4	0,2	1,2	5,1	24,0
hoch qualifiziert	65,1	3,1	0,0	0,0	0,6	3,3	27,9
Führungsposition	63,6	6,9	0,6	0,4	1,0	0,1	27,4
gesamt	62,9	4,9	0,8	0,3	0,7	5,4	24,9
Frauen							
unqualifiziert	32,5	16,1	2,6	6,2	0,5	6,3	35,9
qualifiziert	41,0	13,6	1,2	12,3	0,8	2,5	28,6
hoch qualifiziert	46,3	12,4	1,6	10,1	0,7	2,4	26,6
Führungsposition	47,6	19,2	3,0	8,1	0,5	0,8	20,7
gesamt	38,8	14,7	1,9	9,3	0,6	3,9	30,7

Beim Vergleich der Teilnahme am Erwerbsleben nach dem Staatsbürgerschaftsstatus fällt auf, dass AusländerInnen viel häufiger SchülerInnen bzw. StudentInnen und seltener PensionistInnen sind als dies bei InländerInnen der Fall ist (Tabelle 21). Wahrscheinlich ist dies zu einem großen Teil auf die jüngere Alters-

zusammensetzung der ausländischen Bevölkerungsgruppe zurückzuführen. Weiters fällt die ca. dreimal so hohe Arbeitslosigkeit bei Ausländern und Ausländerinnen auf. Etwa jede vierte Ausländerin ist eine nicht im Erwerbsleben stehende „Hausfrau“, während es bei den Österreicherinnen nur mehr jede zehnte ist.

Tabelle 21: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach Alter und Staatsbürgerschaft

Alter (Jahre)	derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben (in %)						
	voll-beschäftigt	teilzeit-beschäftigt	geringfügig beschäftigt	Hausfrau, Hausmann	SchülerIn, StudentIn	arbeitslos	PensionistIn, RentnerIn
InländerInnen							
Männer	58,5	4,3	0,7	0,1	4,9	4,2	27,3
Frauen	34,2	13,2	1,4	9,6	5,5	3,2	32,9
gesamt	45,7	9,0	1,1	5,1	5,2	3,7	30,2
AusländerInnen							
Männer	57,8	5,5	0,8	1,5	17,6	13,7	3,1
Frauen	31,6	11,5	3,2	23,2	16,8	9,0	4,7
gesamt	44,0	8,7	2,1	13,0	17,2	11,2	3,9

Von Arbeitslosigkeit waren in den letzten drei Jahren insgesamt 18 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen zumindest einmal betroffen (Tabelle 22). Hinsichtlich der Erfahrung von Arbeitslosigkeit fällt auf,

dass die jüngeren Personen besonders stark betroffen sind, und zwar fast ein Drittel in der Altersgruppe „16–24 Jahre“ und noch ein Fünftel der Personen im jungen Erwachsenenalter („25–44 Jahre“).

Tabelle 22: Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
16–24	29,1	28,2
25–44	22,3	19,4
45–59	18,1	15,7
60–74	6,4	4,0
gesamt	17,7	14,9

Eine genauere Analyse unter Einbeziehung der Dauer der Arbeitslosigkeit (Tabelle 23) zeigt, dass die älteren Personen (ab 45 Jahren) mehr von Langzeitarbeitslosigkeit (d. i. Dauer über ein Jahr) betroffen sind, während die jüngeren Personen (bis 44 Jahre) überwiegend (zu zwei Dritteln) nur bis zu einem Jahr arbeitslos sind. Jüngere ArbeitnehmerInnen erleben also öfter Phasen

der Arbeitslosigkeit, können aber andererseits schneller den Weg zurück ins Berufsleben finden als ältere Arbeitslose. Bedenklich bleibt trotzdem, dass sogar über ein Drittel der Arbeitslosen der jungen Altersgruppen (zw. 16 und 44 Jahren) länger als ein Jahr keine angemessene Beschäftigung finden kann.

Tabelle 23: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Dauer der Arbeitslosigkeit (in %)				
	2 Jahre und mehr	1 bis unter 2 Jahre	6 Monate bis unter 1 Jahr	3 bis unter 6 Monate	weniger als 3 Monate
Männer					
16–24	14,9	23,7	10,6	20,2	30,6
25–44	14,3	21,6	17,7	26,4	20,0
45–59	31,7	33,6	15,7	15,9	3,1
60–74	29,1	26,9	21,6	7,1	15,3
gesamt	19,8	25,4	16,4	21,6	16,7
Frauen					
16–24	3,1	29,4	23,9	28,4	15,2
25–44	20,6	19,8	22,2	23,0	14,5
45–59	31,2	19,4	28,9	11,2	9,3
60–74	38,3	56,2	0,0	5,5	0,0
gesamt	23,3	23,9	22,4	18,5	11,9

Von Arbeitslosigkeit sind ausländische MitbürgerInnen mehr als doppelt so häufig betroffen wie InländerInnen, und zwar Männer stärker als Frauen (Tabelle

24). Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass arbeitslose Frauen zum Teil zu „Hausfrauen“ werden und damit die Arbeitslosigkeitsstatistik „entlasten“.

Tabelle 24: Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

Geschlecht	Arbeitslosigkeit in den letzten drei Jahren (in %)	
	InländerIn	AusländerIn
Männer	14,5	37,9
Frauen	12,8	29,3
gesamt	13,7	33,7

In Frühpension aufgrund von gesundheitlichen Problemen befinden sich deutlich mehr Männer als Frauen (Tabelle 25). In der Altersgruppe der 60– bis 74-jährigen

Männer gibt sogar fast ein Drittel an, aufgrund gesundheitlicher Probleme vorzeitig pensioniert worden zu sein.

Tabelle 25: Frühpension aufgrund gesundheitlicher Probleme nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Frühpension aufgrund gesundheitlicher Probleme (nur Welle 1)	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
16–24	0,0	0,0
25–44	0,3	0,0
45–59	12,9	9,3
60–74	29,0	16,9
75+	7,9	11,8
gesamt	9,4	6,4

2.2.3.2 Berufliche Position

Die berufliche Position oder Stellung einer Person definiert sich in jeder Berufsgruppe (Angestellte, Handwerker, Beamte ...) nach jeweils berufsgruppenspezifischen Kriterien. Zu Vergleichszwecken wurde jedoch immer wieder und auch mit gewissem Erfolg (vgl. General Registrar Classification in Großbritannien) eine einheitliche Klassifikation angestrebt, welche zur Abbildung einer allgemeingültigen beruflichen Hierarchie geeignet ist. Unter Einbeziehung des Qualifikationsniveaus einer Tätigkeit und der mit der Tätigkeit verbundenen (Führungs-) Aufgaben wurden in diesem Bericht die folgenden vier Kategorien für die berufliche Position unterschieden:

1. unqualifizierte oder angelernte Tätigkeit (z. B. un- oder angelernte ArbeiterIn, Angestellte und Beamte/In mit einfacher Tätigkeit)
2. (mittel) qualifizierte Tätigkeit (z. B. gelernte/r FacharbeiterIn, VorarbeiterIn, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit und BeamtIn im mittleren Dienst)
3. hoch qualifizierte Tätigkeit (z. B. MeisterIn, PolierIn, IngenieurIn, LehrerIn, Angestellte mit Leitungsfunktion, Selbstständige mit bis zu neun Mitarbeitern)
4. Führungsposition (z. B. DirektorIn, GeschäftsführerIn, Vorstand/Vorständin, freie Berufe, Selbstständige ab zehn Mitarbeitern)

Hinsichtlich der Verteilung der beruflichen Positionen in der Wiener Bevölkerung zeigt sich eine deutliche Benachteiligung der Frauen. Der Anteil der Frauen in Führungspositionen ist nur halb so groß wie jener der Männer (Tabelle 26). Umgekehrt üben etwa doppelt so viele Frauen wie Männer eine nur angelernte bzw. unqualifizierte Tätigkeit aus. Insgesamt überwiegen in beiden Geschlechtern anteilmäßig die weniger hoch qualifizierten beruflichen Positionen gegenüber den hoch qualifizierten und Führungspositionen (welche zusammen einen ca. 30 Prozent-Anteil aufweisen).

Tabelle 26: Berufliche Position nach Geschlecht

Geschlecht	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer	22,6	37,3	28,1	12,1
Frauen	40,1	38,4	15,5	6,0
gesamt	31,6	37,9	21,6	9,0

Verglichen mit den ausgeprägten Unterschieden im Bildungsniveau zwischen den Altersgruppen zeigen sich nur kleinere Verschiebungen in den Anteilen an beruflichen Positionen zwischen jüngeren und älteren Personen (Tabelle 27). Ab der zweiten Altersgruppe

(25–44 Jahre) bleiben die Anteile weitgehend konstant, nur bei den Männern gibt es noch eine leichte Zunahme an Personen mit Führungspositionen bei gleichzeitig leichter Abnahme an Personen mit niedrig qualifizierten Tätigkeiten.

Tabelle 27: Berufliche Position nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
16–24	32,2	60,6	4,1	3,1
25–44	24,4	35,3	29,0	11,3
45–59	20,4	34,1	31,7	13,8
60–74	19,0	37,0	30,2	13,8
75+	15,7	33,7	33,2	17,5
gesamt	22,6	37,3	28,1	12,1
Frauen				
16–24	58,6	36,2	0,6	4,6
25–44	35,0	38,8	18,8	7,4
45–59	36,0	42,7	16,1	5,2
60–74	46,8	34,4	13,9	4,8
75+	51,1	33,2	10,4	5,3
gesamt	40,1	38,4	15,5	6,0

Mit der beruflichen Position ist das verfügbare Haushaltseinkommen zumeist eng verknüpft (Tabelle 28). Personen mit niedrigqualifizierter Tätigkeit zählen bei Männern wie bei Frauen mit beinahe 80 Prozent zu den unteren beiden Einkommensschichten, während ein

Einkommen der „Schicht 4“ praktisch nicht auftritt. Dagegen sind hoch qualifizierte Tätigkeiten und Führungspositionen großteils mit Einkommen der oberen beiden Schichten 3 und 4 verbunden, und zwar bei Männern ausgeprägter als bei Frauen.

Tabelle 28: Berufliche Position nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

berufliche Position	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
Männer				
unqualifiziert	24,3	52,6	19,2	3,9
qualifiziert	12,1	42,9	33,9	11,1
hoch qualifiziert	5,6	28,4	40,3	25,8
Führungsposition	6,7	26,8	35,1	31,4
gesamt	12,2	38,9	32,6	16,2
Frauen				
unqualifiziert	24,0	51,4	20,6	4,0
qualifiziert	7,9	41,9	37,3	12,9
hoch qualifiziert	5,4	37,4	36,6	20,6
Führungsposition	14,6	37,8	29,0	18,6
gesamt	14,3	44,8	30,1	10,9

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Ein Vergleich der eingenommenen beruflichen Position nach Staatsbürgerschaft zeigt (Tabelle 29), dass Ausländer zu über 50 Prozent und Ausländerinnen zu

etwa 70 Prozent eine unqualifizierte bzw. angelernte Tätigkeit ausüben und in allen qualifizierten beruflichen Positionen deutlich unterrepräsentiert sind.

Tabelle 29: Staatsbürgerschaft nach beruflicher Position und Geschlecht (in %)

Staatsbürgerschaft	berufliche Position			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
Inländer	17,4	39,9	29,7	13,0
Ausländer	54,8	20,6	18,2	6,4
gesamt	22,6	37,3	28,1	12,1
Frauen				
Inländerinnen	36,2	41,4	16,0	6,4
Ausländerinnen	68,1	17,2	11,5	3,2
gesamt	40,1	38,4	15,5	6,0

Ausländer und Ausländerinnen sind überwiegend un- oder angelernt berufstätig. Jeder dritte Mann mit un- oder angelernter Tätigkeit ist ein Ausländer und jede fünfte Frau dieser beruflichen Stellung ist eine Auslän-

derin (Tabelle 30). Dagegen bleibt in allen qualifizierten Tätigkeitskategorien der AusländerInnenanteil unter zehn Prozent.

Tabelle 30: Berufliche Position nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in %)

berufliche Position	Staatsbürgerschaft	
	InländerInnen	AusländerInnen
Männer		
unqualifiziert	66,7	33,3
qualifiziert	92,4	7,6
hoch qualifiziert	91,1	8,9
Führungsposition	92,7	7,3
gesamt	86,3	13,7
Frauen		
unqualifiziert	79,3	20,7
qualifiziert	94,5	5,5
hoch qualifiziert	90,9	9,1
Führungsposition	93,5	6,5
gesamt	87,8	12,2

2.3 Zugang zu sozialer Anerkennung und soziale Zufriedenheit

Neben dem Zugang zu den materiellen Ressourcen einer Gesellschaft, welcher im vorigen Abschnitt untersucht wurde, darf auch der soziale Wert des Zugangs zu den immateriellen Gratifikationen für den Sozialstatus und die Gesundheit nicht zu gering veranschlagt werden. Besonders das subjektive Erleben materieller wie immaterieller gesellschaftlicher Ressourcen besitzt für den heutigen Menschen große Bedeutung, wie es sich u. a. im allgemein zunehmenden Interesse für Lebensqualität, Wellness und Erlebnisswelten („Erlebnisgesellschaft“) dokumentiert.

Im folgenden soll daher die Verteilung der beruflichen Anerkennung sowie die Zufriedenheit mit wichtigen Lebensbereichen genauer analysiert werden.

2.3.1 Anerkennung durch den Beruf

Aus Tabelle 31 ist ersichtlich, dass die Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf generell sehr hoch ist. Mindestens zwei Drittel der Berufstätigen jeder Altersgruppe bezeichnen sich als sehr oder ziemlich zufrieden. Bei beiden Geschlechtern ist eine Zunahme der mit der Anerkennung sehr zufriedenen Personen mit zunehmendem Lebensalter zu sehen. Parallel dazu gibt es bei den Männern eine Abnahme der gar nicht zufriedenen, die bei den Frauen nicht auftritt. Bei letzteren gibt es in allen Altersstufen etwa gleichbleibend ein Drittel mit der Anerkennung wenig oder gar nicht Zufriedene. Möglicherweise gelingt es Männern in höherem Maße als Frauen, mit zunehmendem Alter in befriedigendere Arbeitsverhältnisse zu wechseln.

Tabelle 31: Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
16–24	22,6	44,9	20,2	12,3
25–44	29,8	43,4	19,2	7,6
45–59	33,2	44,5	13,4	8,9
60–74	54,1	42,0	3,9	0,0
gesamt	30,6	43,8	17,3	8,4
Frauen				
16–24	21,6	45,5	24,5	8,3
25–44	29,9	37,4	23,3	9,5
45–59	29,5	36,3	22,9	11,3
60–74	83,7	5,8	0,0	10,5
gesamt	29,7	37,3	23,0	10,0

2.3.2 Zufriedenheit mit der finanziellen Lage

Sehr zufrieden mit der persönlichen finanziellen Lage sind besonders die Erwachsenen im mittleren und höheren Alter (Tabelle 32). Etwa ein Drittel der Probanden in dieser Altersgruppe bezeichnet ihre finanzielle Lage als sehr zufriedenstellend. Umgekehrt beurteilt jeder fünfte Mann und beinahe jede fünfte Frau im Alter zwischen 16 und 24 Jahren ihre finanzielle Lage als „ziemlich knapp“ oder „kaum das Notwendigste“, eine Beur-

teilung, die bei männlichen Pensionisten praktisch nicht vorkommt. Sogar in der folgenden Altersgruppe (25–44 Jahre) bezeichnet noch fast jede sechste Person ihre finanzielle Lage als zumindest „ziemlich knapp“. So scheint eine prekäre finanzielle Lage heute vorwiegend ein Problem der jüngeren Personen zu sein, während Menschen im Pensionsalter subjektiv weitgehend über ausreichende finanzielle Mittel verfügen dürften, mit Ausnahme der sehr alten Pensionistinnen.

Tabelle 32: Persönliche finanzielle Lage nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	persönliche finanzielle Lage (in %)			
	sehr zufriedenstellend	es reicht	ziemlich knapp	kaum das Notwendigste
Männer				
16–24	16,3	59,4	19,6	4,6
25–44	25,4	58,5	13,8	2,2
45–59	30,6	57,5	10,4	1,4
60–74	42,7	53,2	3,6	,4
75+	35,7	60,7	3,7	0,0
gesamt	28,8	57,8	11,5	1,9
Frauen				
16–24	17,0	65,4	16,2	1,4
25–44	24,2	59,3	15,1	1,4
45–59	30,2	57,9	10,0	2,0
60–74	26,4	62,2	11,1	,3
75+	23,5	55,9	18,7	2,0
gesamt	25,2	59,7	13,7	1,4

Betrachtet man die subjektive Einschätzung der finanziellen Lage in Abhängigkeit von der beruflichen Position, so findet man eine zunehmende Zufriedenheit je höher die eingenommene Position ist (Tabelle 33). Eine als „ziemlich knapp“ oder schlechter eingeschätzte

finanzielle Lage betrifft vorwiegend Personen mit unqualifizierter Tätigkeit. Eine angemessene Mindestbezahlung auch der unqualifizierten bzw. angelernten Arbeit könnte vermutlich das Problem der finanziellen Notlagen erheblich reduzieren.

Tabelle 33: Persönliche finanzielle Lage nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	persönliche finanzielle Lage (in %)			
	sehr zufriedenstellend	es reicht	ziemlich knapp	kaum das Notwendigste
Männer				
unqualifiziert	14,0	61,0	21,4	3,6
qualifiziert	24,9	63,7	10,2	1,2
hoch qualifiziert	41,5	51,0	6,3	1,2
Führungsposition	47,7	45,9	4,9	1,5
gesamt	29,9	57,3	11,0	1,8
Frauen				
unqualifiziert	16,9	59,9	21,8	1,5
qualifiziert	30,7	61,7	6,6	0,9
hoch qualifiziert	36,4	56,5	6,2	0,9
Führungsposition	37,0	51,4	8,9	2,8
gesamt	26,4	59,5	12,8	1,3

2.3.3 Zufriedenheit mit dem Familienleben

Die Zufriedenheit mit dem Familienleben ist in der älteren Generation erheblich größer als bei den Jüngeren, besonders stark ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den Männern (Tabelle 34). Da es sich bei der

vorliegenden Studie um eine Querschnittserhebung handelt, kann nicht entschieden werden, ob diese Zunahme ein reiner Alterseffekt ist, oder ob sich darin auch eine Verschiedenheit der Generationen widerspiegelt („Kohorteneffekt“).

Tabelle 34: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Zufriedenheit mit dem Familienleben (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
16–24	44,8	39,1	12,7	3,4
25–44	49,6	36,1	9,7	4,5
45–59	56,5	34,4	6,3	2,8
60–74	70,0	22,8	4,4	2,8
75+	71,5	15,3	5,7	7,4
gesamt	55,2	32,7	8,2	3,9
Frauen				
16–24	39,7	42,1	12,3	5,9
25–44	50,4	40,2	7,5	1,8
45–59	51,4	38,2	8,1	2,3
60–74	51,7	33,9	8,8	5,6
75+	54,5	26,9	11,9	6,8
gesamt	50,2	37,5	8,8	3,5

Analysiert man die Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Einkommensgruppen, dann zeigt sich, dass mit zunehmendem Einkommen auch eine größere Zufriedenheit auftritt (Tabelle 35). Die höchsten Anteile

der wenig oder gar nicht Zufriedenen finden sich bei Männern wie Frauen in der untersten Einkommensgruppe.

Tabelle 35: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts- einkommen/EÄ	Zufriedenheit mit dem Familienleben (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
Schicht 1	47,7	33,8	11,1	7,4
Schicht 2	52,2	33,5	9,3	5,0
Schicht 3	59,2	33,3	6,6	1,0
Schicht 4	59,6	30,4	6,9	3,1
gesamt	54,9	33,0	8,3	3,8
Frauen				
Schicht 1	40,6	41,4	13,9	4,2
Schicht 2	50,1	38,0	8,6	3,3
Schicht 3	54,1	36,8	7,2	1,9
Schicht 4	58,7	32,0	5,6	3,7
gesamt	50,4	37,7	8,8	3,1

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Einen ähnlichen, aber weniger stark ausgeprägten Zusammenhang ergibt die Analyse der Familienleben-Zufriedenheit mit der beruflichen Position (Tabelle 36). Höhere berufliche Positionen sind zumeist mit

vergleichsweise höherer familiärer Zufriedenheit verbunden. Die vorige Analyse legt nahe, dass hierbei die schlechtere finanzielle Lage der einfacheren Berufspositionen eine Rolle spielt.

Tabelle 36: Zufriedenheit mit dem Familienleben nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zufriedenheit mit dem Familienleben (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
unqualifiziert	49,2	33,9	9,9	7,0
qualifiziert	56,2	32,1	8,7	3,1
hoch qualifiziert	60,1	30,6	5,8	3,5
Führungsposition	56,3	32,2	8,7	2,7
gesamt	55,7	32,1	8,2	4,0
Frauen				
unqualifiziert	47,8	37,3	11,2	3,7
qualifiziert	56,3	33,7	7,1	2,9
hoch qualifiziert	49,8	42,3	6,1	1,9
Führungsposition	52,0	36,9	7,3	3,8
gesamt	51,6	36,7	8,6	3,2

2.3.4 Zufriedenheit mit dem sozialen Netz

Die Zufriedenheit mit dem sozialen Netz, d. i. mit den Kontakten zu FreundInnen und Bekannten, ist bei beiden Geschlechtern mit jeweils fast 90 Prozent sehr oder ziemlich zufriedenen Personen ausgesprochen hoch (Tabelle 37). Nur bei den Menschen in der Altersgruppe der über 74-Jährigen findet sich ein nennenswerter Anteil von gar nicht Zufriedenen; 6,5 Prozent der Männer und 11,6 Prozent der Frauen geben diese Beurteilung ab. Erst in einem Alter von über 74 Jahren dürfte

Einsamkeit ein häufig auftretendes Problem werden, denn erst in dieser Gruppe steigt der Prozentsatz der „gar nicht zufriedenen“ Personen deutlich über den in allen anderen Altersgruppen etwa konstant bleibenden Anteil von nur 1,5 Prozent auf 6,5 Prozent bei den Männern und 11,6 Prozent bei den Frauen. Der bei den Frauen fast doppelt so hohe Prozentsatz muss auch im Zusammenhang mit der bei alten Frauen kleineren Anzahl an im Haushalt lebenden Personen gesehen werden (vgl. den Abschnitt 2.6).

Tabelle 37: Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
16–24	56,8	37,1	5,5	0,6
25–44	44,6	45,8	8,2	1,5
45–59	47,8	40,5	10,3	1,3
60–74	59,5	31,8	7,1	1,6
75+	56,4	27,1	9,9	6,5
gesamt	49,9	40,1	8,3	1,7
Frauen				
16–24	52,5	38,6	7,6	1,4
25–44	51,7	37,7	9,4	1,2
45–59	53,3	36,6	8,4	1,7
60–74	52,1	36,0	10,6	1,3
75+	47,3	27,6	13,6	11,6
gesamt	51,8	36,2	9,6	2,5

Die Analyse der Zufriedenheit mit dem sozialen Netz im Hinblick auf die Einkommenssituation ergibt einen vertrauten Zusammenhang: je höher das Einkommen,

um so höher ist auch die Zufriedenheit (Tabelle 38). Jedoch auch hier steigt der Anteil der „gar nicht“ Zufriedenen nicht über fünf Prozent.

Tabelle 38: Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ	Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
Schicht 1	43,7	41,9	11,5	2,9
Schicht 2	44,3	43,3	10,2	2,2
Schicht 3	54,2	37,8	7,3	0,7
Schicht 4	55,3	37,6	5,3	1,8
gesamt	49,0	40,5	8,7	1,8
Frauen				
Schicht 1	41,8	38,9	14,2	5,0
Schicht 2	52,1	35,1	10,5	2,3
Schicht 3	54,1	37,7	7,3	0,8
Schicht 4	65,5	27,1	7,4	0,0
gesamt	52,2	35,7	10,0	2,1

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Ein analoges Resultat erhält man bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der beruflichen Position und der Zufriedenheit mit dem sozialen Netz (Tabelle 39). Höhere Positionen sind mit größerer

Zufriedenheit mit dem Kontakt zu FreundInnen und Bekannten verbunden, wenn auch der Zusammenhang nicht so markant ist wie jener mit dem Einkommen.

Tabelle 39: Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zufriedenheit mit Kontakten zu FreundInnen und Bekannten (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
unqualifiziert	47,1	41,3	8,6	3,0
qualifiziert	49,0	39,2	10,4	1,4
hoch qualifiziert	48,6	43,5	6,2	1,6
Führungsposition	51,9	39,0	8,4	0,6
gesamt	48,8	40,9	8,6	1,7
Frauen				
unqualifiziert	47,3	38,4	10,4	3,9
qualifiziert	57,4	32,7	8,5	1,4
hoch qualifiziert	53,3	34,2	11,6	0,8
Führungsposition	59,5	34,8	5,7	0,0
gesamt	52,8	35,4	9,5	2,3

2.3.5 Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung

Auch die Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung ist mit Werten von ca. 80 Prozent sehr oder ziemlich Zu-

friedenen als generell sehr hoch zu bezeichnen (Tabelle 40). Sie nimmt mit dem Lebensalter zu, jedoch ist auch hier aufgrund des Studiendesigns nicht klar zu unterscheiden, ob es sich dabei um einen reinen Alterseffekt oder mehr um einen Generationeneffekt handelt.

Tabelle 40: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
16–24	38,6	43,0	16,6	1,8
25–44	27,0	49,3	20,9	2,8
45–59	39,7	42,2	16,1	1,9
60–74	58,5	35,4	5,3	0,8
75+	47,8	38,9	10,4	2,9
gesamt	37,6	44,0	16,2	2,2
Frauen				
16–24	24,1	47,1	23,9	4,9
25–44	29,5	45,9	20,9	3,7
45–59	36,9	42,9	16,2	4,0
60–74	45,8	40,0	11,0	3,3
75+	41,7	34,7	16,2	7,4
gesamt	34,5	43,2	18,1	4,2

Untersucht man die Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung in Abhängigkeit von der Einkommenssituation, so fällt die starke Zunahme des Anteils der „sehr zufriedenen“ Personen mit zunehmendem Einkom-

men auf. Möglicherweise bilden die finanziellen Möglichkeiten einen zentralen Faktor für eine befriedigend erlebte Freizeitgestaltung.

Tabelle 41: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts- einkommen/EÄ	Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
Schicht 1	30,3	42,0	24,8	2,9
Schicht 2	32,1	50,2	15,3	2,5
Schicht 3	41,1	42,1	15,9	0,8
Schicht 4	45,7	41,9	10,1	2,3
gesamt	36,8	45,2	16,0	2,0
Frauen				
Schicht 1	24,8	40,3	26,4	8,5
Schicht 2	34,2	43,5	18,5	3,7
Schicht 3	35,1	45,4	16,8	2,6
Schicht 4	49,1	39,1	7,9	3,9
gesamt	34,3	43,0	18,4	4,3

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Die Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung zeigt weiters einen ausgeprägten Zusammenhang mit der beruflichen Position (Tabelle 42). Eine hohe berufliche Stellung ist mit hoher Freizeit Zufriedenheit verbunden. Der höchste Anteil an „gar nicht zufriedenen“ und an

„wenig zufriedenen“ Personen findet sich in der Gruppe der Personen mit unqualifizierter Tätigkeit. Umgekehrt ist der Anteil der mit der Freizeitgestaltung sehr oder ziemlich Zufriedenen unter den Führungskräften am größten.

Tabelle 42: Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zufriedenheit mit der Freizeitgestaltung (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
unqualifiziert	32,2	40,5	22,8	4,5
qualifiziert	37,2	47,5	13,4	1,9
hoch qualifiziert	38,4	46,4	13,6	1,5
Führungsposition	43,1	38,0	17,4	1,5
gesamt	37,1	44,5	16,1	2,3
Frauen				
unqualifiziert	31,4	42,3	20,1	6,2
qualifiziert	38,8	42,5	15,5	3,2
hoch qualifiziert	38,6	42,2	17,9	1,3
Führungsposition	40,6	47,8	9,0	2,5
gesamt	35,9	42,7	17,3	4,1

2.4 Arbeitssituation

Zu den traditionellen sozialepidemiologischen Gesundheitsdeterminanten zählen neben den Wohnverhältnissen (vgl. Abschnitt 2.5) auch die Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. Trotz der vielfältigen Veränderungen, welche das Arbeitsleben im 20. Jahrhundert erfahren hat, bildet es auch heute noch einen der sozialen Hauptfaktoren in der Entwicklung von Krankheit und Gesundheit. Wir untersuchen in diesem Subkapitel in einem ersten Teil die objektiven Arbeitsbelastungen und in einem zweiten Teil die (subjektive) Arbeitszufriedenheit.

2.4.1 Arbeitsbelastungen

In Tabelle 43 wird untersucht, wie oft ArbeitnehmerInnen ein so hohes Arbeitspensum zu erfüllen haben, dass es ihnen Schwierigkeiten bereitet, die gestellte Aufgabe zu bewältigen. Etwa die Hälfte der Vollzeitbeschäftigten gibt an, zumindest gelegentlich ein so hohes Arbeitspensum zu haben. Unter den Vollbeschäftigten haben sogar etwa jeder sechste Mann und jede siebte Frau oft ein so hohes Arbeitspensum. Bei Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten tritt eine so hohe Arbeitsbelastung praktisch nicht auf.

Tabelle 43: Hohes Arbeitspensum nach derzeitiger Teilnahme am Erwerbsleben und Geschlecht

derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben	hohes Arbeitspensum (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
vollbeschäftigt	16,2	35,4	30,7	17,7
teilzeitbeschäftigt	2,9	29,5	37,0	30,6
geringfügig beschäftigt	0,0	10,0	52,8	37,2
gesamt	15,0	34,7	31,4	18,9
Frauen				
vollbeschäftigt	13,0	34,2	29,9	22,8
teilzeitbeschäftigt	5,8	29,7	34,4	30,2
geringfügig beschäftigt	2,1	11,5	43,8	42,5
gesamt	10,7	32,2	31,6	25,5

Die folgende Tabelle 44 analysiert den Zusammenhang zwischen dem hohen Arbeitspensum und dem Einkommen. Je größer das Einkommen ist, um so kleiner wird der Anteil der Personen, welche nie ein so hohes

Arbeitspensum zu bewältigen haben, dass sie dabei in Schwierigkeiten kommen. Ein höheres Einkommen ist im statistischen Mittel also mit einem häufiger auftretenden höheren Arbeitspensum verbunden.

Tabelle 44: Hohes Arbeitspensum nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts- einkommen/EÄ	hohes Arbeitspensum (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
Schicht 1	6,2	32,1	30,8	31,0
Schicht 2	15,1	32,6	31,9	20,3
Schicht 3	16,2	36,5	31,3	16,0
Schicht 4	17,2	34,3	34,8	13,7
gesamt	14,9	34,2	32,1	18,7
Frauen				
Schicht 1	15,6	26,4	26,7	31,3
Schicht 2	9,5	37,0	28,8	24,6
Schicht 3	10,3	34,1	28,3	27,4
Schicht 4	14,8	25,1	43,0	17,2
gesamt	11,1	33,4	30,2	25,3

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Der Zusammenhang zwischen einem hohen Arbeitspensum und der beruflichen Position zeigt kein ganz einheitliches Bild (Tabelle 45). Als Grundtendenz ist zu erkennen, dass in höheren beruflichen Positio-

nen auch die Häufigkeit von hohen Arbeitspensum höher ist als bei Personen mit weniger hoch qualifizierter Tätigkeit.

Tabelle 45: Hohes Arbeitspensum nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	hohes Arbeitspensum (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
unqualifiziert	10,0	35,8	32,9	21,3
qualifiziert	12,4	36,6	32,5	18,5
hoch qualifiziert	21,8	30,9	32,7	14,6
Führungsposition	16,9	35,2	22,6	25,4
gesamt	15,0	34,7	31,4	18,9
Frauen				
unqualifiziert	7,8	25,0	32,8	34,5
qualifiziert	12,4	33,7	32,7	21,2
hoch qualifiziert	12,9	42,3	26,3	18,4
Führungsposition	11,6	37,3	32,2	19,0
gesamt	10,7	32,2	31,6	25,4

Als ein Indikator für die berufliche Arbeitsbelastung kann die wöchentliche Arbeitszeit verwendet werden. Unter der Voraussetzung, dass sich eine Arbeit überwiegend belastend auswirkt, bedeutet eine höhere Ar-

beitszeit auch eine höhere Gesamtbelastung. Andererseits gibt es auch Tätigkeiten, welche für den/die Berufstätige/n mit mehr Gratifikationen bzw. Befriedigungen als Belastungen verbunden sind. Hohe Arbeits-

zeit muss daher nicht immer hohe Berufsbelastung bedeuten, sondern dieser Zusammenhang ist für die jeweilige Tätigkeit individuell zu beurteilen.

Männer weisen sowohl in Teilzeitbeschäftigung als auch in Vollzeitbeschäftigung etwas höhere durchschnittliche Arbeitszeiten auf als Frauen (Tabelle 46).

Tabelle 46: Wöchentliche Arbeitszeit nach derzeitiger Teilnahme am Erwerbsleben und Geschlecht

derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben	wöchentliche Arbeitszeit	
	Mittelwert	Median
Männer		
vollbeschäftigt	47,37	44,00
teilzeitbeschäftigt	26,23	25,00
geringfügig beschäftigt	9,89	10,00
gesamt	45,44	42,00
Frauen		
vollbeschäftigt	42,62	40,00
teilzeitbeschäftigt	25,60	25,00
geringfügig beschäftigt	8,96	10,00
gesamt	36,91	40,00
gesamt		
vollbeschäftigt	45,51	40,00
teilzeitbeschäftigt	25,75	25,00
geringfügig beschäftigt	9,23	10,00
gesamt	41,52	40,00

Höhere berufliche Positionen sind in der Regel mit höheren durchschnittlichen Arbeitszeiten verbunden,

und zwar sowohl bei vollzeit- als auch bei teilzeitbeschäftigten Erwerbstätigen (Tabelle 47).

Tabelle 47: Wöchentliche Arbeitszeit nach derzeitiger Teilnahme am Erwerbsleben, beruflicher Position und Geschlecht

derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben	berufliche Position	wöchentliche Arbeitszeit (Mittelwerte)		
		Männer	Frauen	gesamt
vollbeschäftigt	unqualifiziert	44,24	42,18	43,19
	qualifiziert	44,25	41,53	43,14
	hoch qualifiziert	50,98	44,08	48,95
	Führungsposition	53,93	47,11	52,03
	gesamt	47,37	42,62	45,51
teilzeitbeschäftigt	unqualifiziert	25,64	26,00	25,93
	qualifiziert	25,50	25,90	25,82
	hoch qualifiziert	26,33	23,90	24,63
	Führungsposition	28,78	24,57	26,20
	gesamt	26,23	25,58	25,73
geringfügig beschäftigt	unqualifiziert	11,49	9,45	9,81
	qualifiziert	9,19	8,72	8,96
	hoch qualifiziert	0,0	8,96	8,96
	Führungsposition	10,00	6,66	7,65
	gesamt	9,89	8,96	9,23
gesamt	unqualifiziert	41,57	35,40	37,94
	qualifiziert	42,54	37,01	39,97
	hoch qualifiziert	49,86	39,01	46,16
	Führungsposition	51,27	39,20	47,19
	gesamt	45,44	36,92	41,53

Wie wird die Beanspruchung am Arbeitsplatz durch Geschwindigkeitsvorgaben bzw. den Arbeitsdruck eingeschätzt? Etwas über die Hälfte der ArbeitnehmerInnen findet die Beanspruchung „gerade recht“. Ein klarer Zusammenhang mit dem Einkommen konnte jedoch nicht festgestellt werden (Tabelle 48). In den un-

tersten Einkommensgruppen finden sich sowohl die höchsten Nennungen von „etwas zu niedrig“ als auch von „viel zu hoch“. Diesem Ergebnis könnte die sehr inhomogene berufliche Zusammensetzung der Einkommensgruppen zugrunde liegen.

Tabelle 48: Beanspruchung durch die Arbeit nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts- einkommen/EÄ	Beanspruchung durch die Arbeit (in %)				
	viel zu hoch	etwas zu hoch	gerade recht	etwas zu niedrig	viel zu niedrig
Männer					
Schicht 1	9,9	26,3	55,2	7,8	0,8
Schicht 2	7,4	32,3	55,2	4,4	0,8
Schicht 3	9,5	33,3	54,0	2,8	0,5
Schicht 4	6,7	36,2	54,7	1,6	0,8
gesamt	8,3	32,7	54,7	3,7	0,7
Frauen					
Schicht 1	11,2	20,3	63,0	3,3	2,1
Schicht 2	6,4	29,9	59,1	3,5	1,1
Schicht 3	4,9	28,5	61,8	3,6	1,2
Schicht 4	5,2	34,7	58,6	0,0	1,4
gesamt	6,2	29,1	60,4	3,1	1,3

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Ein Vergleich der beruflichen Beanspruchung zwischen InländerInnen und AusländerInnen ergibt eine deutlich

höhere Arbeitsbelastung bei den männlichen wie weiblichen ausländischen Berufstätigen (Tabelle 49).

Tabelle 49: Beanspruchung durch die Arbeit nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

Geschlecht	Beanspruchung durch die Arbeit (in %)				
	viel zu hoch	etwas zu hoch	gerade recht	etwas zu niedrig	viel zu niedrig
InländerInnen					
Männer	8,3	31,4	55,7	3,7	0,9
Frauen	4,9	29,5	60,9	3,6	1,0
gesamt	6,7	30,5	58,1	3,7	0,9
AusländerInnen					
Männer	11,5	38,5	46,6	3,1	0,3
Frauen	12,6	26,7	54,5	3,2	3,2
gesamt	12,0	33,3	50,1	3,1	1,5

2.4.2 Arbeitszufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf hängt sehr stark von der beruflichen Position ab (Tabelle 50). Während fast 90 Prozent der Personen in einer Führungsposition sehr oder ziemlich zufrieden

mit der Anerkennung sind, gibt dies nur jede zweite Person mit unqualifizierter Tätigkeit an. Unter den unqualifiziert erwerbstätigen Personen findet sich auch der größte Anteil an mit der Anerkennung „gar nicht zufrieden“ Männern (15 Prozent) und Frauen (17 Prozent).

Tabelle 50: Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
unqualifiziert	11,4	44,1	29,7	14,8
qualifiziert	25,6	49,8	16,4	8,2
hoch qualifiziert	42,1	40,1	12,1	5,8
Führungsposition	53,2	33,4	9,8	3,7
gesamt	30,6	43,8	17,3	8,4
Frauen				
unqualifiziert	18,4	36,6	27,8	17,2
qualifiziert	32,8	38,9	22,0	6,4
hoch qualifiziert	35,1	38,0	21,6	5,3
Führungsposition	56,1	30,5	9,4	4,1
gesamt	29,7	37,3	23,1	10,0

2.5 Wohnsituation

Auch in der heutigen Zeit ist die Wohnsituation gerade der unteren sozialen Schichten oftmals mit gesundheitlichen Belastungen durch hohe Wohndichte, Lärm, Feuchtigkeit, Schädlinge, etc. verbunden. Die erhobenen Kenngrößen lassen allerdings nur eine grobe Einschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Wohnbelastung zu.

2.5.1 Wohnbelastungen

Ein entscheidender Faktor für die Charakterisierung der Wohnsituation ist die in einem Haushalt zur Verfügung stehende Wohnfläche. Es ist zur Beurteilung der

individuellen Wohnsituation sinnvoll, die Wohnfläche des Haushalts auf die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen zu beziehen. Wir verwenden dafür das Erwachsenenäquivalent (EÄ), welches bereits im Kapitel 2.2.2 zur Beschreibung der Einkommenssituation eingeführt wurde.

Mit zunehmendem Lebensalter verbessert sich die Wohnsituation hinsichtlich der verfügbaren Wohnfläche pro Erwachsenenäquivalent kontinuierlich (Tabelle 51). Entscheidend dafür ist sicherlich primär die Abnahme der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen mit Zunahme des Lebensalters (vgl. Kapitel 2.6).

Tabelle 51: Wohnungsgröße nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wohnungsgröße/EÄ ¹⁾ in m ² (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
16–24	45,37	41,66
25–44	48,81	47,06
45–59	52,67	56,09
60–74	57,50	60,69
75+	61,76	59,92
gesamt	51,46	52,13

1) Wohnungsgröße auf das Erwachsenenäquivalent (EÄ) bezogen.

Die Einkommenssituation bildet sich in einem direkten Verhältnis auf die gewichtete Wohnungsgröße ab (Tabelle 52). Je höher das pro Person verfügbare Haushaltseinkommen, desto größer ist die durch-

schnittlich pro Person verfügbare Wohnfläche. In der untersten Einkommensgruppe stehen jeder Person ca. 40m² Wohnraum zur Verfügung, in der obersten etwa 66m².

Tabelle 52: Wohnungsgröße nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ	Wohnungsgröße/EÄ in m ² (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
Schicht 1	39,40	41,29
Schicht 2	46,49	49,97
Schicht 3	55,93	57,02
Schicht 4	67,10	65,77
gesamt	51,67	52,00

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Je höher die berufliche Position, um so mehr Wohnraum steht zur Verfügung (Tabelle 53). Die Unterschiede zwischen unterster und oberster Gruppe sind

hier jedoch nicht so groß wie bei den Einkommensgruppen (vgl. Tabelle 52).

Tabelle 53: Wohnungsgröße/EÄ¹⁾ nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Wohnungsgröße/EÄ in m ² (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
unqualifiziert	42,98	47,27
qualifiziert	48,91	55,43
hoch qualifiziert	57,76	59,68
Führungsposition	64,79	62,64
gesamt	51,97	53,25

- 1) Wohnungsgröße auf das Erwachsenenäquivalent (EÄ) bezogen.

AusländerInnen steht durchschnittlich erheblich weniger Wohnraum zur Verfügung als InländerInnen (Ta-

belle 54). Zwischen Männern und Frauen besteht dabei kein wesentlicher Unterschied.

Tabelle 54: Wohnungsgröße/EÄ¹⁾ nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Staatsbürgerschaft	Wohnungsgröße/EÄ in m ² (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
InländerInnen	54,01	55,12
AusländerInnen	37,73	35,93
gesamt	51,46	52,13

- 1) Wohnungsgröße auf das Erwachsenenäquivalent (EÄ) bezogen.

2.5.2 Wohnzufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der Wohnsituation ist mit Werten um 90 Prozent von zumindest „ziemlich zufriede-

nen“ Personen generell sehr hoch (Tabelle 55). „Gar nicht“ oder „wenig“ mit ihrer Wohnung Zufriedene gibt es in nennenswerter Häufigkeit nur in der Gruppe der unqualifiziert und mittel qualifiziert Erwerbstätigen.

Tabelle 55: Zufriedenheit mit der Wohnung insgesamt nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zufriedenheit mit der Wohnung insgesamt (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
unqualifiziert	42,4	41,1	10,1	6,4
qualifiziert	60,0	30,4	7,2	2,4
hoch qualifiziert	63,2	31,3	3,3	2,2
Führungsposition	66,4	28,9	3,2	1,4
gesamt	57,7	32,9	6,3	3,1
Frauen				
unqualifiziert	55,0	29,9	8,4	6,8
qualifiziert	62,1	30,3	4,9	2,7
hoch qualifiziert	64,6	29,1	5,0	1,3
Führungsposition	61,0	33,6	3,4	1,9
gesamt	59,6	30,1	6,2	4,1

2.6 Soziale Integration – Soziale Unterstützung und Belastung

Die soziale Integration kann in einer ersten Annäherung durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (Single-Haushalt vs. MitbewohnerInnen) und die Anzahl der weiteren sozialen Kontakte beschrieben werden.

Besonders Männer sind zu einem sehr hohen Prozentsatz verheiratet und leben mit ihrer Ehefrau im gemein-

samen Haushalt (Tabelle 56). Während bis zu einem Alter von ca. 45 Jahren etwa gleich viele Männer wie Frauen verheiratet sind, gibt es ab diesem Alter deutlich mehr verheiratete Männer als verheiratete Frauen. In der Altersgruppe „45–59“ Jahre ist der Anteil der Geschiedenen am größten. Jeder siebte Wiener und jede vierte Wienerin dieser Altersgruppe ist geschieden.

Tabelle 56: Familienstand nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Familienstand (in %)				
	verheiratet	verheiratet getrennt lebend	geschieden	verwitwet	ledig
Männer					
16–24	4,0	0,0	0,0	0,0	96,0
25–44	50,2	1,6	4,9	0,4	42,9
45–59	76,5	0,8	14,1	1,1	7,6
60–74	80,5	0,8	9,5	6,1	3,1
75+	68,1	0,0	4,0	27,9	0,0
gesamt	56,6	1,0	7,2	3,2	32,1
Frauen					
16–24	6,8	0,8	0,8	0,2	91,4
25–44	51,6	1,3	11,6	1,0	34,4
45–59	61,0	1,8	23,0	7,2	7,1
60–74	41,3	2,2	14,9	31,3	10,3
75+	14,0	0,0	7,9	69,1	8,9
gesamt	43,8	1,4	13,4	14,3	27,2

Mit zunehmendem Lebensalter leben der Wiener und die Wienerin mit immer weniger Personen im gleichen Haushalt zusammen. Ab dem Pensionsalter sinkt die durchschnittliche Anzahl der im Haushalt lebenden

Personen auf unter zwei ab. Bei den älteren Frauen ist die Anzahl der Personen im Haushalt kleiner als bei den Männern, d. h. es leben mehr ältere Frauen allein als ältere Männer.

Tabelle 57: Anzahl der Personen im Haushalt nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Anzahl der Personen im Haushalt (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
16–24	2,98	3,00
25–44	2,48	2,79
45–59	2,47	2,22
60–74	1,97	1,62
75+	1,76	1,22
gesamt	2,42	2,33

2.6.1 Fremdenfeindlichkeit

Zur sozialen Integration in einer Bevölkerung gehört auch das Zusammenleben von unterschiedlichen Volksgruppen. Welche Einstellungen gegenüber fremden ethnischen Gruppen finden sich in der Wiener Bevölkerung?

Jedem fünften Wiener und jeder fünften Wienerin ist es „eher unangenehm“, „ZigeunerInnen“ (Roma, Sin-

ti) als Nachbarn zu haben (Tabelle 58). Dagegen werden andere Volksgruppen wie Juden, Deutsche, Ungarn oder Chinesen nur von ca. fünf Prozent bis acht Prozent als unangenehme Nachbarn empfunden. Auffallend ist, dass vergleichsweise besonders von jungen Männern sowohl Deutsche (12 Prozent) als auch Juden (17 Prozent) als „eher unangenehme Nachbarn“ eingeschätzt werden, während junge Frauen keine höheren Werte an Ablehnung aufweisen.

Tabelle 58: Fremdenfeindlichkeit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Es ist eher unangenehm, folgende Volksgruppen als Nachbarn zu haben (in %)				
	Deutsche	Juden	Roma, Sinti, „Zigeuner“	Ungarn	Chinesen
Männer					
16–24	12,1	17,6	24,8	9,0	9,7
25–44	5,2	4,9	14,2	3,3	4,6
45–59	5,0	7,5	17,5	4,4	6,6
60–74	7,3	11,5	28,2	8,9	11,6
75+	4,5	7,9	24,5	6,6	10,9
gesamt	6,3	8,3	19,1	5,3	7,2
Frauen					
16–24	5,3	7,3	15,4	5,3	4,8
25–44	5,3	6,2	15,4	6,2	6,5
45–59	5,0	6,3	24,8	4,9	8,7
60–74	6,6	11,9	27,6	11,0	13,5
75+	7,7	10,5	29,9	11,8	14,7
gesamt	5,7	7,6	21,1	7,1	8,8

Die folgende Tabelle 59 vergleicht die Einstellung zu ausländischen Gruppen zwischen den vier unterschiedenen Regionen in Wien. Es fällt auf, dass besonders in den „Nobelbezirken“ die Roma bzw. Sinti („Zigeuner“) und auch die Chinesen besonders häufig als „eher un-

angenehme“ Nachbarn bezeichnet werden. Vergleichsweise etwas erhöhte Raten an ablehnender Einstellung gegenüber fremden Volksgruppen zeigen auch die ArbeiterInnenbezirke, besonders jene mit kleinem AusländerInnenanteil (< 20 Prozent).

Tabelle 59: Fremdenfeindlichkeit nach Region (Bezirk) und Geschlecht

Region (Bezirk)	Es ist eher unangenehm, folgende Volksgruppen als Nachbarn zu haben (in %)				
	Deutsche	Juden	Roma, Sinti, „Zigeuner“	Ungarn	Chinesen
Männer					
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	6,6	8,9	19,9	4,9	6,9
ArbeiterInnenbezirk	6,8	9,3	19,5	6,4	7,1
Mischbezirk	5,2	6,1	15,9	4,5	7,4
Nobelbezirk	6,6	9,2	27,1	4,3	8,4
gesamt	6,3	8,3	19,1	5,3	7,2
Frauen					
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	4,8	6,5	18,8	6,3	6,8
ArbeiterInnenbezirk	7,6	10,5	24,7	8,2	9,9
Mischbezirk	4,4	5,5	17,2	6,1	7,7
Nobelbezirk	4,7	6,6	26,4	8,6	13,9
gesamt	5,7	7,6	21,1	7,1	8,8

2.6.2 Gewalt

In körperliche Auseinandersetzungen sind insgesamt 16 Prozent der Männer und fünf Prozent der Frauen zumindest selten verwickelt, 13 Prozent der Männer und vier Prozent der Frauen gelegentlich oder oft (Ta-

belle 60). Besonders hohe Werte an körperlichen Auseinandersetzungen finden sich in der jüngsten Altersgruppe (16–24 Jahre): 35 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen sind hier zumindest selten in Auseinandersetzungen verwickelt.

Tabelle 60: Verwicklung in körperliche Auseinandersetzungen nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Verwicklung in körperliche Auseinandersetzungen (Welle 2; in %)				
	oft	gelegentlich	selten	nie	trifft nicht zu
Männer					
16–24	4,0	9,1	21,4	54,4	11,1
25–44	0,3	2,8	9,3	82,0	5,6
45–59	0,0	4,2	9,9	80,2	5,6
60–74	0,0	1,0	6,6	83,7	8,7
75+	0,0	0,0	0,0	90,3	9,7
gesamt	0,9	3,9	10,8	77,2	7,3
Frauen					
16–24	0,1	2,8	6,8	84,6	5,6
25–44	0,4	1,3	3,9	86,8	7,7
45–59	0,6	1,7	5,3	85,2	7,2
60–74	0,0	1,2	0,5	89,1	9,2
75+	0,0	0,7	0,4	86,8	12,1
gesamt	0,3	1,5	3,6	86,5	8,1

2.7 Indikatoren zu den sozialen Ressourcen

Die Indikatoren, bestehend aus mehreren Items, werden am Schluss des jeweiligen Kapitels dargestellt. Die Abkürzung F verweist auf die Fragebogennummer, um die Zuordnung der Indikatoren im Fragebogen zu ermöglichen. Die Darstellung der Indikatoren gliedert sich nach den üblichen vier Stratifizierungsvariablen: (1) Alter, (2) Bildung, (3) Einkommen und (4) berufliche Position, wobei unter jeder Stratifizierung zusätzlich nach Männern und Frauen getrennt analysiert wurde. Die inhaltliche Interpretation aller Ergebnisse erfolgt gleich zu Beginn dieses Kapitels. Dies erscheint sinnvoll und notwendig, da es dadurch möglich ist, alle Informationen zu einem Indikator (z. B. Arbeitsbelastung) bezüglich aller verwendeten Stratifizierungen kompakt in einem Absatz zu beschreiben. Auf den folgenden Seiten finden sich dann die Tabellen und Liniendiagramme nach Alter, Bildung, Einkommen und beruflicher Position geordnet, in welchen die numerischen Ergebnisse angeführt sind.

Die **Arbeitsbelastung** wurde mit 18 Einzelitems (F79) erhoben, die verschiedenste Belastungssituationen bei der Arbeit beschreiben. Als Beispiele seien Lärm, Monotonie, Zeitdruck, hohe Verantwortung und Passivrauchen genannt. Diese möglichen Belastungen wurden hinsichtlich ihrer Intensität auf einer Skala mit den Ausprägungen stark/gering/gar nicht beurteilt. In die Stichprobe wurden nur Personen aufgenommen, die eine berufliche Tätigkeit ausüben. Die Arbeitsbelastung der Männer variiert über die Altersklassen zwischen 1,38 bei den 60- bis 74-Jährigen und 1,70 bei der jüngsten Gruppe. Bei den Frauen sind die zweite und dritte Altersgruppe am stärksten belastet. Die älteste weibliche Gruppe ist gar nicht mehr berufstätig. Bei den Männern ist mit Zunahme der Bildung eine abnehmende Arbeitsbelastung zu beobachten, bei den Frauen hingegen eher ein umgekehrter Trend. Die männliche Gruppe zeigt bei zunehmendem Einkommen und besserer beruflicher Stellung eine abnehmende Arbeitsbelastung. Frauen der obersten und untersten Einkommensklassen weisen die höchste Belastung auf. Insgesamt sind die Differenzen eher gering.

Der **subjektive Arbeitsstress** wurde aus vier Items (F79) gebildet und schließt Aspekte wie Erschöpfung und Bedrücktheit, die auf die tägliche Arbeitssituation zurückzuführen sind, ein. Die Beurteilung erfolgte über eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen oft,

gelegentlich, selten oder nie. Die Altersverteilungen weisen kaum markante Unterschiede aus. Bei Bildung geben eher die höchsten und niedrigsten Gruppen vermehrten Stress an. Personen der untersten Einkommensklasse erreichen die höchsten Werte – im besonderen gilt dies für Frauen. Bezüglich der beruflichen Position sind die Unterschiede gering, die Höchstwerte liegen bei Personen in Führungsposition.

Der Indikator **Arbeitszufriedenheit** wurde aus sieben Items (F68) errechnet, mittels derer die Zufriedenheit zu verschiedenen Aspekten des Berufslebens (z. B. Arbeitsinhalt, Einkommen, gesundheitliche Bedingungen, Aufstiegsmöglichkeiten u. a.) bewertet wurde. Die Bewertungsskala enthielt vier Ausprägungen: sehr/ziemlich/wenig/gar nicht. Die Arbeitszufriedenheit ist bei den mittleren Altersgruppen am höchsten. Die Arbeitszufriedenheit nimmt mit steigender Bildung zu, wobei die höchste weibliche Bildungsgruppe eine Ausnahme darstellt: Ihr Wert ist etwa ident mit jenem der Frauen, die eine Lehre abgeschlossen haben. Bei beiden Geschlechtern besteht ein klarer linearer Zusammenhang, nach dem höheres Einkommen und bessere berufliche Stellung mit mehr Arbeitszufriedenheit einhergehen.

Wohnbelastung beurteilt die Verhältnisse in der eigenen Wohnung anhand von sechs Items (F60), die sich mit Lärm, Feuchtigkeit, Luft u. a. beschäftigen. Die vorhandenen Belastungen können mit sehr/ziemlich/wenig/gar nicht klassifiziert werden. Die beiden ältesten Gruppen erleben sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die geringste Wohnbelastung.

Bezüglich des Bildungsabschlusses können bis auf eine Ausnahme keine Unterschiede festgestellt werden. Frauen der untersten Bildungsschicht geben mit Abstand die höchste Belastung in diesem Bereich an. Die Wohnbelastung nimmt mit steigendem Einkommen und besserer beruflicher Position ab. Eine geringfügige Abweichung gibt es bei Frauen in Führungspositionen, sie fühlen sich etwas stärker belastet.

Der Indikator **Wohnzufriedenheit** definiert sich durch die Zufriedenheit mit den Wohnverhältnissen wie Lage, Sicherheit, Ansehen, etc. und wurde über fünf Einzelitems (F55) erhoben. Werte auf der Zufriedenheitsskala waren sehr/ziemlich/wenig/gar nicht. Die Wohnzufrie-

denheit steigt bei Frauen und Männer mit zunehmenden Alter. Weiters steigt sie – bei Vernachlässigung geringfügiger Abweichungen – mit höherer Bildung, höherem Einkommen und besserer beruflicher Stellung.

Zur Eruierung der Anzahl vorhandener Haushaltsgeräte wurde der Indikator **Haushaltsgeräte** gebildet. Er summiert bis zu sechs mögliche Geräte wie z. B. Geschirrspüler, PC, etc. auf (F59). Diese Anzahl ist bei den oberen beiden Altersklassen am geringsten. Sie steigt mit höherer Bildung, besserem Einkommen und höherer beruflicher Position bei Frauen und Männern unter Berücksichtigung zweier Ausnahmen an. Die höchste Einkommensklasse der Männer gibt einen geringfügig niedrigeren Wert an als die direkt darunterliegende Einkommensgruppe. Ebenso geben Frauen in Führungsposition eine merklich geringere Anzahl als die beiden darunterliegenden Berufsgruppen an.

Das **soziale Netz** wurde durch fünf Items (F61 bis F64) erhoben. Jedes dieser Items wurde in soziales Netz hoch bzw. niedrig klassifiziert (dichotomisiert). Für hoch wurde ein Punktwert von eins vergeben. Die jeweiligen Punkte wurden aufsummiert, inhaltlich werden dabei die Häufigkeit des Zusammentreffens mit Verwandten und FreundInnen, Vereinsarbeit, Unterstützung im Krankheitsfall u. a. beurteilt. Hierbei lässt sich feststellen, dass die jüngste Gruppe bei beiden Geschlechtern die höchsten Ausprägungen aufweist und die älteste die geringsten. Auffällig ist der eklatant niedrige Wert bei den alten Frauen. Die Ausprägung sozialer Netzwerke nimmt mit Zugehörigkeit zu einer höheren Sozialschicht eher zu, wenn auch zu berücksichtigen ist, dass nicht in allen Verteilungen lineare soziale Gradienten vorliegen. Lineare Gradienten sind vor allem bei Frauen evident.

Das **politische Engagement** wurde aus sieben Items (F67) gebildet und schließt Aspekte wie Mitarbeit in einer politischen Partei, Bürgerinitiativen, Demonstrationen u. a. politische Aktivitäten ein. Die durchgeführten Aktivitäten wurden addiert. Das politische Engagement ist eher bei den mittleren Altersschichten hoch und bei der ältesten und jüngsten niedriger. Es nimmt mit höherem Bildungsstatus auffallend stark linear zu. Auch bezüglich zunehmenden Einkommens und höherer beruflicher Position tritt eine Tendenz zum stärkerem politischen Engagement hervor. Männer zeigen sich insgesamt engagierter als Frauen.

Zur Erhebung der **politischen Bildung** wurden fünf Items (F65) vorgegeben, die verschiedene Medien (Tagesszeitungen, Rundfunksendungen, Internet u. a.) im Zusammenhang mit politischer Information zum Inhalt hatten. Die Probanden gaben an, wie viele Stunden sie sich wöchentlich mit dem jeweiligen Medium beschäftigten. Die angegebenen Stunden wurden summiert. Die durchschnittliche Anzahl nimmt mit dem Alter zu. Eine kleine Abweichung stellen die über 74-jährigen Frauen dar, ihr Wert sinkt leicht unter den der darunterliegenden Altersgruppe ab. Pauschal gesprochen – wenn man marginale Abweichungen ignoriert – nimmt die politische Bildung mit steigender sozialer Schicht zu.

AusländerInnenfeindlichkeit wurde durch sechs Items (F66) erfasst, die feststellen sollten, inwieweit Personen verschiedener Nationalitäten (z. B. Russen, Deutsche, Roma, Juden u. a.) als NachbarInnen eher angenehm/egal/eher unangenehm erlebt werden. Alle Angaben mit eher unangenehm wurden als Summenscore berechnet. Die AusländerInnenfeindlichkeit nimmt bei den Frauen kontinuierlich mit dem Lebensalter zu. Bei den Männern erreichen auffälligerweise die jüngste Altersgruppe und die 60- bis 74-Jährigen die höchsten Werte, gefolgt von den ältesten, den 45- bis 49-Jährigen und den 25- bis 44-Jährigen mit der niedrigsten Ausprägung. Fremdenfeindlichkeit nimmt mit höherer Schulbildung ab. Bei der Einkommensverteilung weisen die bestbezahlten Männer mit Abstand den geringsten Wert auf, während bei den Frauen die niedrigste und höchste Einkommensklasse die höchste AusländerInnenfeindlichkeit angeben. Bei der beruflichen Position zeigt sich, dass Personen mit hoher Qualifikation oder Führungsposition mit Abstand niedrigere Werte erreichen.

Die Probanden wurden weiters nach dem Auftreten von 14 verschiedenen Lebensereignissen (F120) in den letzten beiden Jahren befragt, wie z. B. schwere Krankheiten, seelische Krisen, Trennungen, soziale Probleme u. a. Daraus wurde einerseits die **Lebensereignisse-Anzahl** errechnet. Andererseits wurde die Belastung eines gegebenen Ereignisses anhand einer vierstufigen Ratingskala mit den Ausprägungen sehr/ziemlich/wenig/gar nicht bewertet. Daraus wurde die **LE-Belastung** (= Life Event-Belastung) generiert. In der männlichen Stichprobe sind die Altersgruppen von 25–44 Jahren und von 45–49 Jahren am stärksten von Life Events betroffen und auch belastet. Bei den Frauen

sind es die ersten drei Altersgruppen, für die dieser Umstand zutrifft. Bildungsabhängige Unterschiede sind eher uneindeutig, bei Frauen sind die höchsten Bildungskategorien am stärksten betroffen, bei den Männern die beiden mittleren. Ein eindeutiger sozialer Gradient besteht hingegen für das Einkommen sowohl bei Frauen als auch bei Männern: Je höher das Einkommen desto niedriger die Life Event Anzahl und deren individuell erlebte Belastung. Bezüglich der beruflichen Stellung ist die Verteilung bei den Männern relativ ausgeglichen. Bei den Frauen erreichen jene mit Führungsposition auffällig hohe Werte.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für einen guten Gesundheitszustand und gesundheitliches Wohlbefinden ist eine zufriedenstellende **persönliche wirtschaftliche Lage** (F109). Die Selbsteinschätzung der wirtschaftlichen Lage/Verhältnisse erfolgte über vier

mögliche Antwortkategorien: (1) Meine wirtschaftlichen Verhältnisse sind zufriedenstellend. Ich habe genug Geld, um mir ein schönes Leben zu machen. (2) Es reicht. Ich komme im großen und ganzen mit meinem Geld aus, aber ich kann keine großen Sprünge machen. (3) Ich bin ziemlich knapp dran, es reicht gerade zum Leben, es bleibt mir aber auch nichts übrig. (4) Ich habe kaum das Notwendigste. Oft weiß ich gar nicht, wie ich durchkommen soll. Bei den Männern wird die wirtschaftliche Lage mit zunehmenden Alter eher besser eingeschätzt, bei den Frauen liegen die schlechtesten Einschätzungen in der ältesten und jüngsten Gruppe vor. Bis auf eine geringfügige Abweichung, wonach Frauen mit Führungsposition ihre Lage etwas schlechter einschätzen als jene mit hoher Qualifikation, wird die wirtschaftliche Lage klar mit zunehmender Bildung, höherem Einkommen und besserer beruflicher Position im Sinne eines linearen Trends besser erlebt.

2.7.1 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Alter

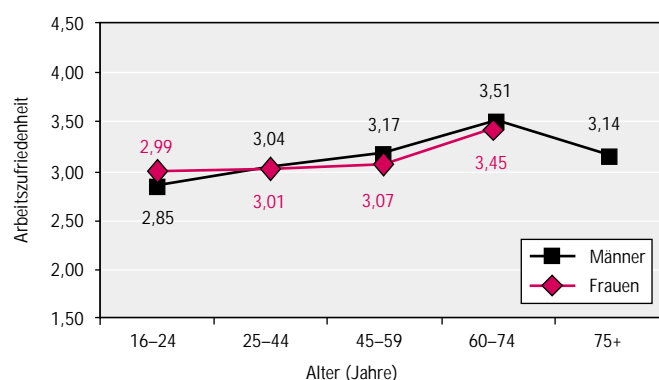
Tabelle 61: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Alter bei Männern

Indikatoren	Alter (Mittelwerte)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
	Männer				
Arbeitsbelastung	1,70	1,61	1,58	1,38	1,50
Arbeitsstress	2,39	2,54	2,44	2,38	2,50
Arbeitszufriedenheit	2,85	3,04	3,17	3,51	3,14
Wohnbelastung	1,30	1,38	1,35	1,24	1,18
Wohnzufriedenheit	3,22	3,34	3,45	3,61	3,64
Haushaltsgeräte	3,21	3,10	3,24	2,72	2,27
soziales Netz	3,85	3,54	3,54	3,54	3,14
politisches Engagement	0,59	1,00	1,09	0,96	0,72
politische Bildung	8,25	12,46	14,78	17,99	18,89
Fremdenfeindlichkeit	0,83	0,40	0,53	0,84	0,68
Lebensereignisse-Anzahl	1,57	2,19	1,83	1,65	1,59
Life Event-Belastung	0,34	0,47	0,41	0,38	0,38
persönliche finanzielle Lage	2,13	1,93	1,83	1,62	1,68

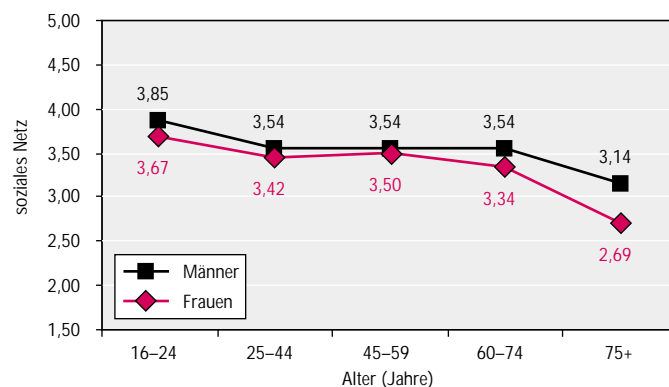
Tabelle 62: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Alter bei Frauen

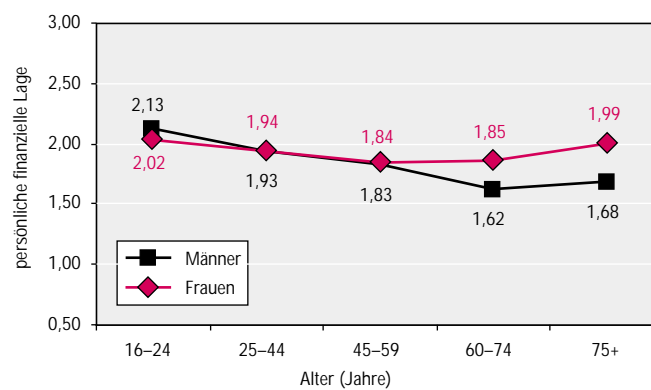
Indikatoren	Alter (Mittelwerte)				
	16-24	25-44	45-59	60-74	75+
	Frauen				
Arbeitsbelastung	1,40	1,50	1,45	1,36	0,0
Arbeitsstress	2,25	2,59	2,47	2,55	0,0
Arbeitszufriedenheit	2,99	3,01	3,07	3,45	0,0
Wohnbelastung	1,40	1,39	1,32	1,31	1,29
Wohnzufriedenheit	3,22	3,36	3,50	3,53	3,54
Haushaltsgeräte	2,94	3,13	3,21	2,41	1,62
soziales Netz	3,67	3,42	3,50	3,34	2,69
politisches Engagement	0,63	0,82	0,64	0,60	0,45
politische Bildung	7,35	9,98	12,88	15,92	15,54
Fremdenfeindlichkeit	0,46	0,48	0,65	0,90	0,92
Lebensereignisse-Anzahl	2,20	2,16	2,08	1,72	1,75
Life Event-Belastung	0,51	0,50	0,51	0,42	0,43
persönliche finanzielle Lage	2,02	1,94	1,84	1,85	1,99

Grafik 1: Arbeitszufriedenheit nach Alter und Geschlecht



Grafik 2: Soziales Netz nach Alter und Geschlecht



Grafik 3: Persönliche finanzielle Lage nach Alter und Geschlecht

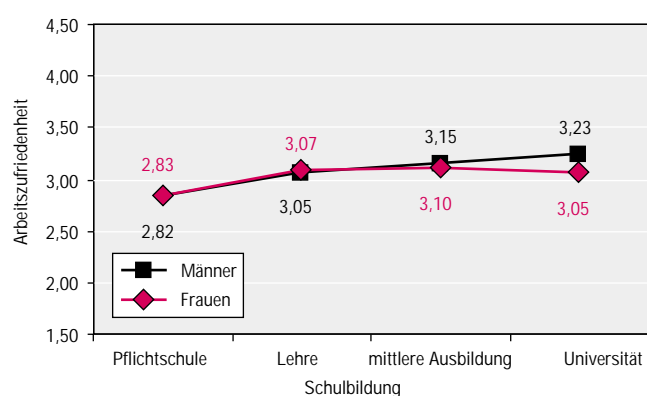
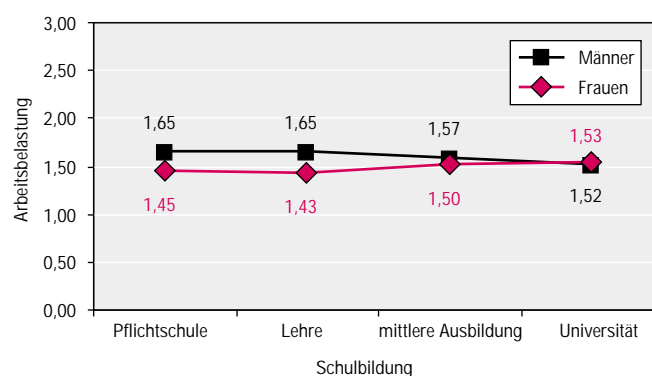
2.7.2 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Bildung

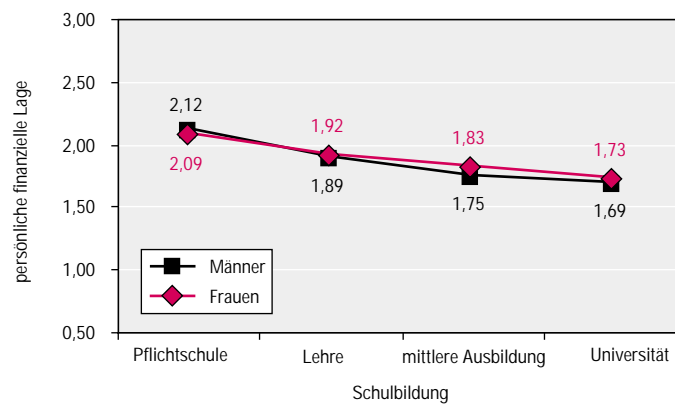
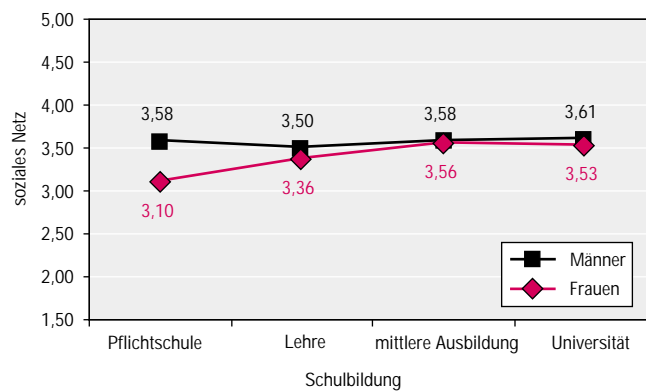
Tabelle 63: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Schulbildung bei Männern

Indikatoren	Schulbildung (Mittelwerte)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
	Männer			
Arbeitsbelastung	1,65	1,65	1,57	1,52
Arbeitsstress	2,56	2,42	2,49	2,57
Arbeitszufriedenheit	2,82	3,05	3,15	3,23
Wohnbelastung	1,34	1,32	1,33	1,33
Wohnzufriedenheit	3,27	3,45	3,43	3,46
Haushaltsgeräte	2,84	2,97	3,16	3,24
soziales Netz	3,58	3,50	3,58	3,61
politisches Engagement	0,52	0,82	1,13	1,55
politische Bildung	9,64	14,82	14,78	14,39
Fremdenfeindlichkeit	0,93	0,58	0,43	0,32
Lebensereignisse-Anzahl	1,78	1,93	2,02	1,75
Life Event-Belastung	0,41	0,43	0,43	0,37
persönliche finanzielle Lage	2,12	1,89	1,75	1,69

Tabelle 65: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach Schulbildung bei Frauen

Indikatoren	Schulbildung (Mittelwerte)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
	Frauen			
Arbeitsbelastung	1,45	1,43	1,50	1,53
Arbeitsstress	2,47	2,45	2,52	2,76
Arbeitszufriedenheit	2,83	3,07	3,10	3,05
Wohnbelastung	1,45	1,30	1,32	1,32
Wohnzufriedenheit	3,30	3,46	3,47	3,52
Haushaltsgeräte	2,39	2,88	3,07	3,38
soziales Netz	3,10	3,36	3,56	3,53
politisches Engagement	0,39	0,48	0,86	1,38
politische Bildung	10,56	12,22	12,39	13,18
Fremdenfeindlichkeit	0,75	0,78	0,51	0,33
Lebensereignisse-Anzahl	2,09	1,95	2,01	2,18
Life Event-Belastung	0,52	0,46	0,47	0,50
persönliche finanzielle Lage	2,09	1,92	1,83	1,73

Grafik 4: Arbeitszufriedenheit nach Schulbildung und Geschlecht**Grafik 5:** Arbeitsbelastung nach Schulbildung und Geschlecht

Grafik 6: Persönliche finanzielle Lage nach Schulbildung und Geschlecht**Grafik 7:** Soziales Netz nach Schulbildung und Geschlecht

2.7.3 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach Einkommen

Tabelle 66: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ bei Männern

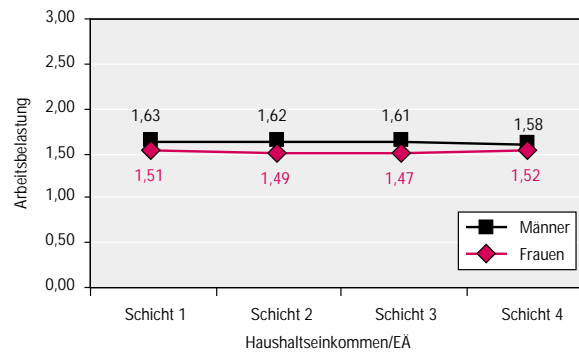
Indikatoren	Haushaltseinkommen/EÄ (Mittelwerte)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
	Männer			
Arbeitsbelastung	1,63	1,62	1,61	1,58
Arbeitsstress	2,50	2,49	2,47	2,49
Arbeitszufriedenheit	2,76	2,95	3,16	3,35
Wohnbelastung	1,42	1,34	1,30	1,28
Wohnzufriedenheit	3,22	3,38	3,51	3,49
Haushaltsgeräte	2,56	2,73	3,48	3,30
soziales Netz	3,38	3,42	3,68	3,61
politisches Engagement	0,97	0,86	1,06	1,24
politische Bildung	12,22	14,02	14,39	15,45
Fremdenfeindlichkeit	0,56	0,64	0,53	0,35
Lebensereignisse-Anzahl	2,07	2,03	1,88	1,86
Life Event-Belastung	0,47	0,45	0,40	0,40
persönliche finanzielle Lage	2,45	2,00	1,66	1,35

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

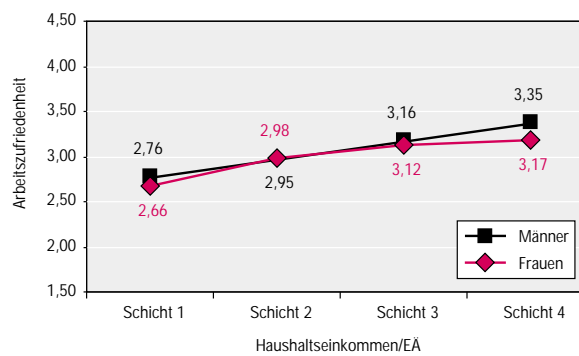
Tabelle 67: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ bei Frauen

Indikatoren	Haushaltseinkommen/EÄ (Mittelwerte)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
	Frauen			
Arbeitsbelastung	1,51	1,49	1,47	1,52
Arbeitsstress	2,73	2,52	2,51	2,52
Arbeitszufriedenheit	2,66	2,98	3,12	3,17
Wohnbelastung	1,52	1,35	1,32	1,29
Wohnzufriedenheit	3,18	3,41	3,49	3,63
Haushaltsgeräte	2,19	2,79	3,27	3,34
soziales Netz	3,13	3,31	3,55	3,60
politisches Engagement	0,56	0,74	0,71	0,95
politische Bildung	11,95	11,87	12,27	13,12
Fremdenfeindlichkeit	0,77	0,65	0,53	0,74
Lebensereignisse-Anzahl	2,43	2,04	1,99	1,91
Life Event-Belastung	0,60	0,48	0,46	0,44
Persönliche finanzielle Lage	2,38	2,01	1,67	1,40

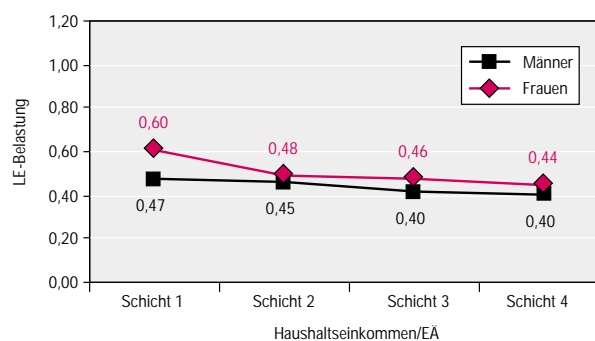
- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 8: Arbeitsbelastung nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 9: Arbeitszufriedenheit nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 10: Life Event-Belastung nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

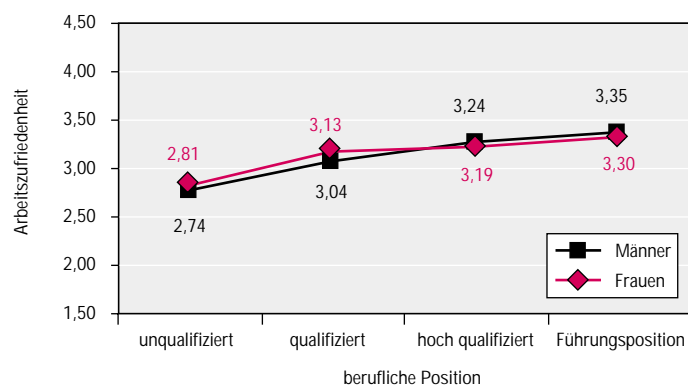
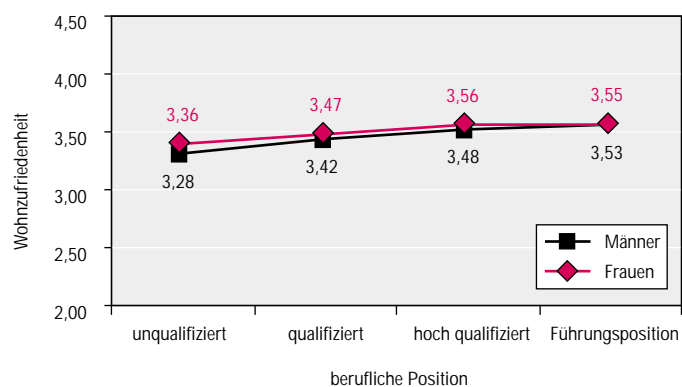
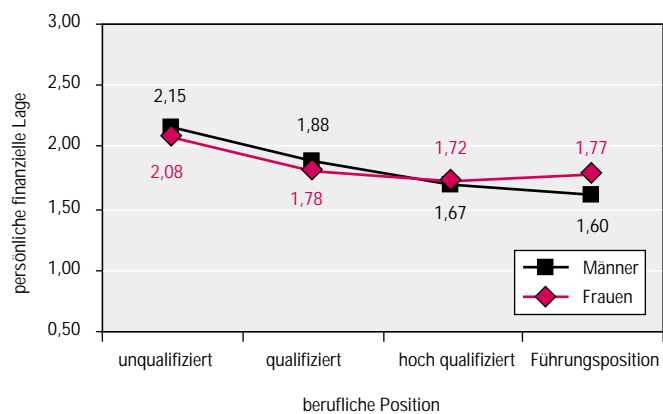
2.7.4 Gesundheitsindikatoren der sozialen Ressourcen stratifiziert nach beruflicher Position

Tabelle 68: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach beruflicher Position bei Männern

Indikatoren	berufliche Position (Mittelwerte)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
	Männer			
Arbeitsbelastung	1,62	1,63	1,60	1,53
Arbeitsstress	2,50	2,43	2,54	2,55
Arbeitszufriedenheit	2,74	3,04	3,24	3,35
Wohnbelastung	1,39	1,32	1,31	1,29
Wohnzufriedenheit	3,28	3,42	3,48	3,53
Haushaltsgeräte	2,50	3,09	3,26	3,32
soziales Netz	3,42	3,56	3,54	3,62
politisches Engagement	0,67	0,90	1,10	1,33
politische Bildung	12,27	13,74	15,06	15,80
Fremdenfeindlichkeit	0,64	0,70	0,45	0,37
Lebensereignisse-Anzahl	1,88	1,86	1,98	1,94
Life Event-Belastung	0,43	0,41	0,43	0,42
persönliche finanzielle Lage	2,15	1,88	1,67	1,60

Tabelle 69: Indikatoren zu den sozialen Ressourcen nach beruflicher Position bei Frauen

Indikatoren	berufliche Position (Mittelwerte)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
	Frauen			
Arbeitsbelastung	1,44	1,49	1,53	1,49
Arbeitsstress	2,51	2,49	2,58	2,66
Arbeitszufriedenheit	2,81	3,13	3,19	3,30
Wohnbelastung	1,40	1,31	1,28	1,32
Wohnzufriedenheit	3,36	3,47	3,56	3,55
Haushaltsgeräte	2,52	3,12	3,25	2,90
soziales Netz	3,22	3,46	3,49	3,74
politisches Engagement	0,45	0,67	1,16	1,25
politische Bildung	11,33	12,60	13,13	13,47
Fremdenfeindlichkeit	0,78	0,61	0,40	0,30
Lebensereignisse-Anzahl	1,96	2,06	2,02	2,18
Life Event-Belastung	0,48	0,49	0,47	0,52
persönliche finanzielle Lage	2,08	1,78	1,72	1,77

Grafik 11: Arbeitszufriedenheit nach beruflicher Position und Geschlecht**Grafik 12:** Wohnzufriedenheit nach beruflicher Position und Geschlecht**Grafik 13:** Persönliche finanzielle Lage nach beruflicher Position und Geschlecht

III.

INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

INHALT

3	INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN	113
3.1	KINDHEIT	113
3.1.1	Belastungen der Kindheit	113
3.2	PERSONALE RESSOURCEN	115
3.3	INDIKATOREN ZU DEN INDIVIDUELLEN RESSOURCEN	119
3.3.1	Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Alter	120
3.3.2	Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Bildung	121
3.3.3	Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Einkommen	122
3.3.4	Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach beruflicher Position	124
3.4	SOZIALE RAHMENBEDINGUNGEN DER INDIVIDUELLEN RESSOURCEN	125

3 INDIVIDUELLE RESSOURCEN UND BELASTUNGEN

Individuelle Ressourcen sind auf der behavioralen innerpsychischen Ebene in der Person selbst angesiedelt. Sie umfassen Aspekte wie persönliche Kompetenzen, Selbstsicherheit, Steuerungsmöglichkeiten, persönliche Einstellungsdispositionen und die spirituelle Dimension des Lebens. Ressourcen dieser Art werden im Laufe der menschlichen Sozialisation erworben. Im Bewältigungsprozess alltäglicher Belastungen spielen individuelle Ressourcen eine wichtige Rolle und sind

damit ein entscheidend gesundheitsbeeinflussender Faktor, wie von einer großen Anzahl von gesundheitswissenschaftlichen Studien nahegelegt wird. Das jeweilige Arsenal und die Qualität individueller Ressourcen, die bei Belastungen und Krisen als Bewältigungsoptionen zur Verfügung stehen, hängen von den lebensgeschichtlich durchlaufenen und aktuellen sozialen Beziehungen, den von ihnen ausgehenden Entwicklungsimpulsen oder Deprivationserfahrungen ab.

3.1 Kindheit

3.1.1 Belastungen der Kindheit

Eine positive kindliche Sozialisation scheint als individuelle Ressource von großer Bedeutung für spätere gesundheitliche Entwicklungen. Zirka 17 Prozent der

Männer und 14 Prozent der Frauen geben an, in der Kindheit oft oder gelegentlich körperliche Gewalt erfahren zu haben. Am häufigsten davon betroffen war sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen.

Tabelle 1: Als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren (in %)				
	oft	gelegentlich	selten	nie	trifft nicht zu
Männer					
16–24	4,1	6,8	8,4	70,5	10,2
25–44	4,4	11,3	18,4	61,4	4,5
45–59	9,2	13,9	15,5	57,6	3,8
60–74	4,6	13,1	14,1	66,7	1,5
75+	3,8	3,8	12,8	77,2	2,4
gesamt	5,5	11,1	15,5	63,5	4,4
Frauen					
16–24	1,8	3,4	7,0	78,7	9,1
25–44	4,7	10,4	11,4	69,9	3,5
45–59	7,3	10,3	12,6	66,0	3,8
60–74	5,5	6,2	5,3	77,4	5,6
75+	6,3	5,7	10,2	70,5	7,2
gesamt	5,4	8,6	10,2	71,0	4,9

Männer in unqualifizierten Positionen sind in etwa zu 22 Prozent in der Kindheit oft oder gelegentlich körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen, während die

anderen männlichen Berufsgruppen nur zu ca. 15 Prozent betroffen waren. Bei den Frauen sind es jene in Führungsposition, die auffällig häufig betroffen waren.

Tabelle 2: Als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren (in %)				
	oft	gelegentlich	selten	nie	trifft nicht zu
Männer					
unqualifiziert	7,7	14,3	16,8	56,8	4,5
qualifiziert	4,8	11,9	17,6	60,8	4,9
hoch qualifiziert	5,1	10,4	14,3	66,2	4,1
Führungsposition	7,2	8,5	12,6	68,2	3,6
gesamt	5,8	11,6	15,9	62,3	4,4
Frauen					
unqualifiziert	6,5	10,2	10,4	67,3	5,6
qualifiziert	5,1	8,2	10,8	71,2	4,7
hoch qualifiziert	3,5	5,7	9,6	77,9	3,4
Führungsposition	4,4	14,5	15,6	64,2	1,3
gesamt	5,4	9,0	10,7	70,3	4,7

Die Gewalt ging insgesamt gesehen weit häufiger von den Vätern aus, wobei sich die Verteilung in Abhängigkeit vom Geschlecht etwas verändert. Väter sind ihren

Söhnen gegenüber häufiger gewalttätig als ihren Töchtern, während Mütter häufiger ihren Töchtern gegenüber gewalttätig sind als ihren Söhnen gegenüber.

Tabelle 3: GewalttäterIn und Alter bzw. Geschlecht

Alter (Jahre)	Von wem ging die Gewalt aus?	
	Vater (in %)	Mutter (in %)
Männer		
16–24	72,3	43,5
25–44	72,2	47,6
45–59	68,3	44,8
60–74	48,8	61,0
75+	72,8	53,2
gesamt	67,5	48,8
Frauen		
16–24	49,6	59,3
25–44	67,5	48,1
45–59	49,2	53,0
60–74	46,3	57,9
75+	61,3	54,5
gesamt	58,0	51,9

3.2 Personale Ressourcen

Die mittleren Altersschichten sind am ehesten überzeugt, selbstständig etwas für ihre eigene Gesundheit tun zu können. Geschlechtsunterschiede liegen bezüglich

der Beurteilung dieses Umstandes kaum vor. Nur eine verschwindende Minderheit meint, nichts für die eigene Gesundheit tun zu können.

Tabelle 4: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (nur Welle 1; in %)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
16–24	72,3	26,3	1,4	0,0
25–44	82,2	16,8	0,8	0,2
45–59	80,9	17,4	1,7	0,0
60–74	85,4	9,9	3,5	1,2
75+	75,5	22,6	1,9	0,0
gesamt	81,2	17,0	1,6	0,3
Frauen				
16–24	71,9	23,7	3,1	1,3
25–44	86,6	12,7	0,6	0,0
45–59	81,6	14,3	2,2	1,9
60–74	78,1	17,6	4,3	0,0
75+	65,4	23,0	6,6	5,0
gesamt	80,9	15,7	2,3	1,1

Die Überzeugung, etwas für die Gesundheit tun zu können, nimmt in der höheren Einkommens- und Berufsschicht (Tabelle 5 und Tabelle 6) zu, d. h. die Zuge-

hörigkeit zu einer höheren sozialen Schicht geht mit einer stärker ausgeprägten autonomen Handlungskompetenz einher.

Tabelle 5: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (nur Welle 1; in %)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
Schicht 1	74,3	24,1	1,6	0,0
Schicht 2	77,3	20,0	2,2	0,6
Schicht 3	86,4	12,3	1,0	0,3
Schicht 4	87,5	12,5	0,0	0,0
gesamt	81,7	16,7	1,4	0,3
Frauen				
Schicht 1	71,7	21,0	5,1	2,2
Schicht 2	80,4	17,8	1,3	0,5
Schicht 3	84,8	12,8	1,2	1,1
Schicht 4	87,8	8,6	1,5	2,1
gesamt	80,9	16,0	1,9	1,1

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Tabelle 7: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (nur Welle 1; in %)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
unqualifiziert	76,1	22,2	1,3	0,4
qualifiziert	79,5	17,0	2,9	0,5
hoch qualifiziert	84,3	15,0	0,6	0,0
Führungsposition	87,0	11,7	1,2	0,0
gesamt	81,4	16,6	1,7	0,3
Frauen				
unqualifiziert	76,4	19,2	2,3	2,1
qualifiziert	84,2	13,3	2,4	0,0
hoch qualifiziert	88,6	8,5	1,7	1,3
Führungsposition	93,7	4,9	0,0	1,4
gesamt	82,7	14,1	2,1	1,1

InländerInnen sind weit stärker davon überzeugt als AusländerInnen, eigenständig etwas für ihre Gesundheit bewirken zu können. Besonders auffallend ist da-

bei die wenig selbstständig handlungsorientierte Position der ausländischen Mitbürgerinnen.

Tabelle 8: Einschätzung, selbst etwas tun zu können, um gesund zu bleiben nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Staatsbürgerschaft	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (nur Welle 1; in %)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
InländerInnen	82,4	15,6	1,7	0,2
AusländerInnen	64,2	34,8	0,4	0,6
gesamt	81,2	17,0	1,6	0,3
Frauen				
InländerInnen	83,4	13,8	1,7	1,1
AusländerInnen	58,5	32,6	7,9	1,0
gesamt	80,9	15,7	2,3	1,1

Die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben nimmt mit dem Alter leicht zu. Wenig oder gar nicht zufrieden sind bei den Frauen ca. acht Prozent und bei den Männern ca. sechs Prozent der Befragten.

Tabelle 9: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
16–24	41,1	48,4	9,0	1,5
25–44	37,2	56,3	5,4	1,1
45–59	44,2	49,7	4,8	1,2
60–74	60,6	37,1	1,6	0,6
75+	57,6	35,1	7,3	0,0
gesamt	44,2	49,5	5,3	1,0
Frauen				
16–24	29,7	58,0	9,4	2,8
25–44	41,7	51,3	5,8	1,2
45–59	42,5	47,6	7,4	2,5
60–74	44,3	50,0	5,7	0,0
75+	49,2	41,6	7,7	1,4
gesamt	41,9	49,9	6,7	1,5

Bezüglich der Einkommensverteilung und der beruflichen Position (Tabelle 10 und Tabelle 11) lässt sich ein klarer Trend ablesen: Je höher die soziale Schicht desto größer die Lebenszufriedenheit. So sind zum Beispiel in der untersten Einkommensschicht der

Frauen fast 19 Prozent wenig oder gar nicht zufrieden, hingegen sind es nur knapp vier Prozent in der obersten Einkommensklasse, die wenig zufrieden sind, während „gar nicht zufrieden“ überhaupt nicht genannt wird.

Tabelle 10: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts- einkommen/EÄ	Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufriede- den	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
Schicht 1	35,7	48,5	11,8	4,0
Schicht 2	39,6	54,0	5,4	1,0
Schicht 3	47,8	49,0	3,2	0,0
Schicht 4	54,8	43,1	1,3	0,7
gesamt	44,0	50,0	5,0	1,1
Frauen				
Schicht 1	31,3	50,2	13,7	4,8
Schicht 2	40,7	53,6	4,6	1,2
Schicht 3	47,3	47,2	4,6	0,9
Schicht 4	56,0	40,2	3,8	0,0
gesamt	42,4	49,8	6,1	1,6

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Tabelle 11: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
unqualifiziert	33,8	55,9	8,4	1,8
qualifiziert	43,1	50,2	5,7	1,0
hoch qualifiziert	50,1	45,5	3,7	0,7
Führungsposition	50,8	46,9	1,9	0,4
gesamt	43,9	49,8	5,3	1,0
Frauen				
unqualifiziert	39,1	48,6	9,7	2,6
qualifiziert	45,6	49,2	4,3	0,9
hoch qualifiziert	44,6	51,9	3,3	0,2
Führungsposition	50,0	42,6	6,0	1,3
gesamt	43,1	48,9	6,4	1,5

3.3 Indikatoren zu den individuellen Ressourcen

Die Darstellung der Indikatoren gliedert sich nach den üblichen vier Stratifizierungsvariablen: (1) Alter, (2) Bildung, (3) Einkommen und (4) berufliche Position, wobei innerhalb jeder Stratifizierung zusätzlich nach Männern und Frauen getrennt analysiert wurde. Die inhaltliche Interpretation aller Ergebnisse erfolgt gleich zu Beginn dieses Kapitels. Auf den folgenden Seiten finden sich dann die Tabellen und Liniendiagramme nach Alter, Bildung, Einkommen und berufliche Position geordnet, in welchen die numerischen Ergebnisse angeführt sind. Die Abkürzung F verweist auf die Fragebogennummer, um die Zuordnung der Indikatoren im Fragebogen zu ermöglichen.

Ressourcen und Belastungen, die in der Kindheit zur Verfügung stehen, können auf die weitere gesundheitliche Entwicklung eines Individuums entscheidende Auswirkungen haben. In diesem Sinn wurde ein Indikator **Life Events-Kindheit** durch Summation von vier möglichen vorgegebenen Ereignissen dieser Art errechnet (F121). Die Werte steigen mit zunehmendem Alter, wobei die älteste männliche Gruppe abweicht, in dem ihr Wert unter den der 60- bis 74-Jährigen abfällt. Bei der Bildung besteht bei Frauen ein Zusammenhang, wonach niedrigere Bildung mit einer höheren LE-Anzahl in der Kindheit einhergeht. Bei den Männern geben die mittleren Bildungsgruppen die höchste Anzahl an. Bezüglich Einkommen sind bei beiden Geschlechtern die gleichen Verteilungen zu erkennen wie bei der Bildung. Die Verteilung über verschiedene berufliche Positionen ist bei den Männern ziemlich ausgeglichen, bei den Frauen ist in der untersten Berufsgruppe die höchste Anzahl von Kindheits-Life Events zu erkennen.

Weiters wurde ein Indikator **autoritärer Erziehungsstil** gebildet. Diese umfassende Skala gibt 16 Aussagen (F124) zum Thema vor, wobei die befragte Person zu beurteilen hatte, ob die jeweilige Aussage für ihre persönliche Situation zutrifft oder nicht. Jede Aussage, die in Richtung autoritäres oder kontrollierendes Verhalten in der Erziehung zu interpretieren ist, wurde zum jeweiligen Punktwert addiert. Am autoritärsten wurden Personen der Altersgruppe von 45–59 Jahren erzogen. Bei den Männern wurden die jüngsten und die ältesten am wenigsten autoritär erzogen, bei den Frauen hingegen ist die Verteilung insgesamt ausgeglichener. Bezüglich Bildung kann festgehalten werden, dass Per-

sonen, die eine Lehre absolviert haben, mit dem autoritärsten Erziehungsstil konfrontiert waren. Die Verteilungen zum Einkommen und zur beruflichen Position wirken eher ausgeglichen.

Subjektive Lebensqualität wurde durch fünf Items (F108) erfasst, die die allgemeine Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Sozialkontakte, Freizeit, Gesundheit) abfragen. Die Zufriedenheitsbeurteilung erfolgt über vierstufige Ratingskalen mit den Ausprägungen sehr/ziemlich/wenig/gar nicht. Dieser Indikator variiert über die Altersgruppen bei den Frauen zwischen 3,12 und 3,28 und bei den Männern zwischen 3,23 und 3,47, ohne eine besonders auffallende Altersabhängigkeit zu demonstrieren. Auch bezüglich des Bildungsgrades bestehen kaum Unterschiede – mit einer auffälligen Ausnahme: Frauen mit Pflichtschule weisen mit Abstand den geringsten Wert auf. Die Lebensqualität nimmt jedoch bei Männern und Frauen mit höherem Einkommen und besserer beruflicher Position linear zu.

Der Indikator **Anomie** beschreibt einen Zustand mangelnder sozialer Orientierung und die Auflösung sozialer und kulturell bedingter Werte und Normen. Dies kann zu Frustrationen, sozialen Distanzierungen, sozialer Desintegration und psychischen Fehlanpassungen führen. Im vorliegenden Survey wurde dieses Konstrukt durch fünf Items (F111) erhoben, die den Wunsch nach schwerwiegenden Veränderungen im Sozial- und Berufsleben betreffen. Die Beurteilung erfolgte nach der Häufigkeit des Auftretens solcher Wünsche auf einer vierstufigen Skala: oft/gelegentlich/selten/nie. Die Anomie nimmt bei beiden Geschlechtern eindeutig mit dem Alter ab. Die Verteilung nach Bildung ist uneindeutig. Bei den Frauen weisen die Universitätsabsolventinnen den höchsten Anomiegrad auf, bei den Männern hingegen die unterste Bildungsschicht. Pauschal gesprochen nimmt der Anomiegrad mit höherem Einkommen ab. Bei den Männern nimmt er auch mit besserer beruflicher Stellung ab. Bei der weiblichen Gruppe geben die unterste und oberste Berufsgruppe die höchsten Werte an.

Der **Kohärenzsinn (SOC)** stellt definitionsgemäß eine generalisierte und überdauernde Auffassung von der Welt und dem darin eingebetteten eigenen Leben dar. Individuen mit stark ausgeprägtem Kohärenzsinn neh-

men ihre Umwelt als stimmig und vorhersagbar wahr und vertrauen auf den – an der jeweiligen Situation gemessen – bestmöglichen Ausgang der Ereignisse. Dieses Konstrukt wurde mit sieben Items erhoben. Die Beurteilung erfolgte anhand vierstufiger Ratingskalen: oft/gelegentlich/selten/nie. Der SOC nimmt mit dem Alter zu, wobei bei den über 75-Jährigen wieder eine geringe Abnahme beobachtbar ist. Frauen und Männer der untersten Bildungsgruppe weisen den geringsten

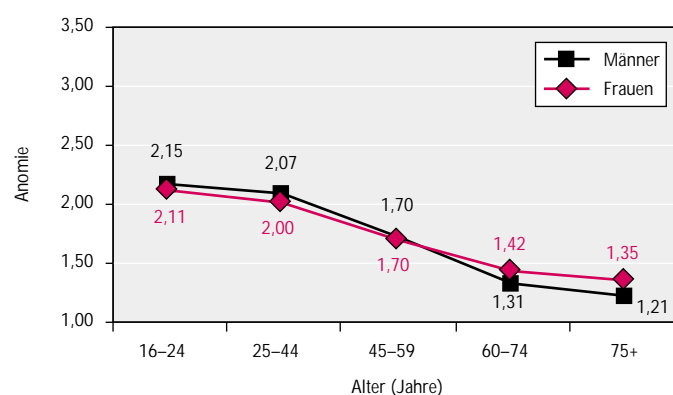
Wert auf, während die anderen Bildungsgruppen eher ein homogenes Bild vermitteln. Bezüglich Einkommen kann ein klarer sozialer Gradient erkannt werden, je mehr Einkommen desto bessere SOC-Werte. Weiters ist auch eine Zunahme der Werte bis zur dritthöchsten beruflichen Position klar erkennbar. Die höchste Berufsgruppe fällt sowohl bei Männern als auch bei Frauen wieder leicht ab.

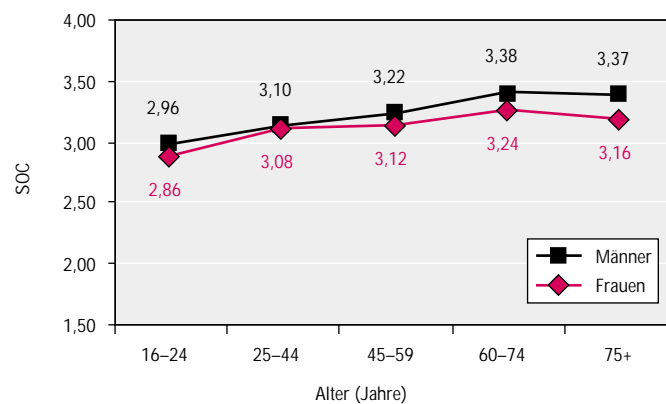
3.3.1 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Alter

Tabelle 12: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach Alter und Geschlecht

Indikatoren	Alter (Mittelwerte)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
Life Event-Kindheit	0,24	0,41	0,83	1,24	1,00
autoritär erzogen	4,23	5,20	6,11	5,42	4,84
Lebensqualität	3,30	3,23	3,30	3,47	3,31
Anomie	2,15	2,07	1,70	1,31	1,21
Kohärenzsinn	2,96	3,10	3,22	3,38	3,37
Frauen					
Life Event-Kindheit	0,21	0,36	0,68	1,05	1,12
autoritär erzogen	4,71	5,09	5,59	4,83	4,95
Lebensqualität	3,15	3,28	3,25	3,28	3,12
Anomie	2,11	2,00	1,70	1,42	1,35
Kohärenzsinn	2,86	3,08	3,12	3,24	3,16

Grafik 1: Anomie nach Alter und Geschlecht

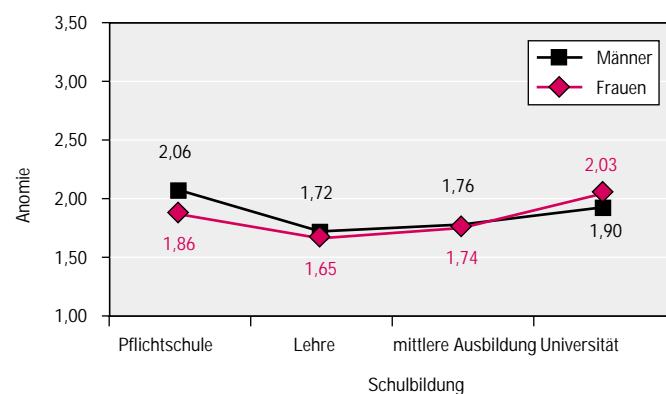


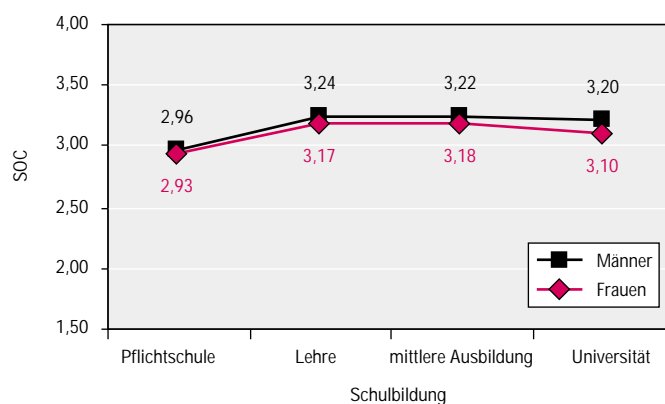
Grafik 2: Kohärenzsinn (SOC) nach Alter und Geschlecht

3.3.2 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Bildung

Tabelle 13: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach Schulbildung und Geschlecht

Indikatoren	Schulbildung (Mittelwerte)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
Männer				
Life Event-Kindheit	0,49	0,80	0,63	0,52
autoritär erzogen	4,90	5,67	5,24	5,03
Lebensqualität	3,28	3,29	3,32	3,27
Anomie	2,06	1,72	1,76	1,90
Kohärenzsinn	2,96	3,24	3,22	3,20
Frauen				
Life Event-Kindheit	0,81	0,65	0,50	0,31
autoritär erzogen	5,10	5,45	5,08	4,54
Lebensqualität	3,08	3,30	3,33	3,25
Anomie	1,86	1,65	1,74	2,03
Kohärenzsinn	2,93	3,17	3,18	3,10

Grafik 3: Anomie nach Schulbildung und Geschlecht

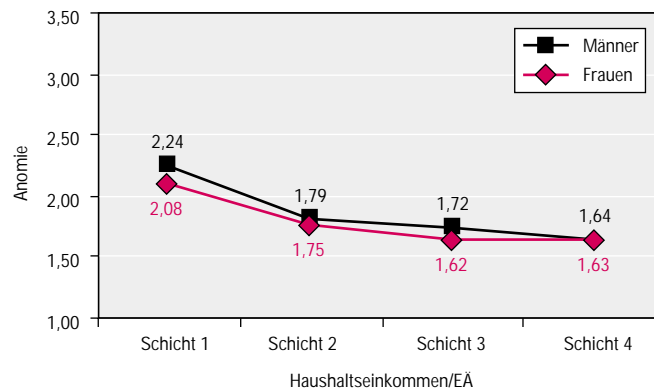
Grafik 4: Kohärenzsinn (SOC) nach Schulbildung und Geschlecht

3.3.3 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach Einkommen

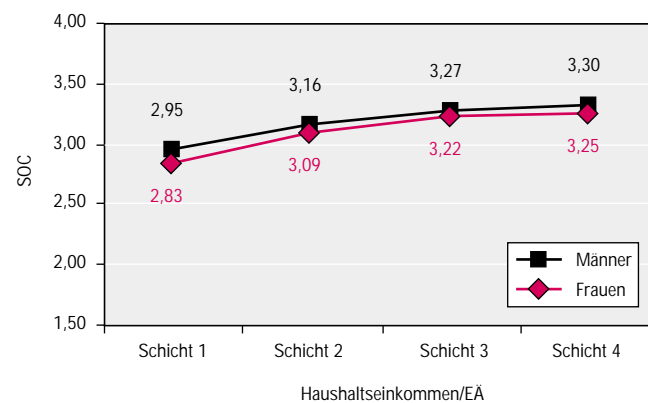
Tabelle 14: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Indikatoren	Haushaltseinkommen/EÄ (Mittelwerte)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
Männer				
Life Event-Kindheit	0,50	0,76	0,66	0,61
autoritär erzogen	5,12	5,40	5,53	5,39
Lebensqualität	3,16	3,22	3,38	3,41
Anomie	2,24	1,79	1,72	1,64
Kohärenzsinn	2,95	3,16	3,27	3,30
Frauen				
Life Event-Kindheit	0,68	0,66	0,59	0,45
autoritär erzogen	5,20	5,20	5,06	5,35
Lebensqualität	3,02	3,25	3,31	3,42
Anomie	2,08	1,75	1,62	1,63
Kohärenzsinn	2,83	3,09	3,22	3,25

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 5: Anomie nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht


- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 6: Kohärenzsinn (SOC) nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht


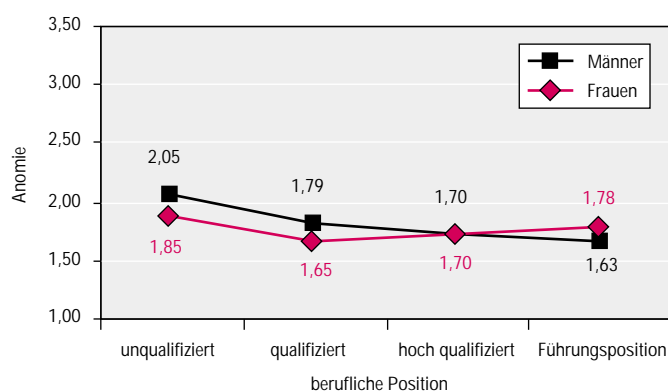
- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

3.3.4 Gesundheitsindikatoren der individuellen Ressourcen stratifiziert nach beruflicher Position

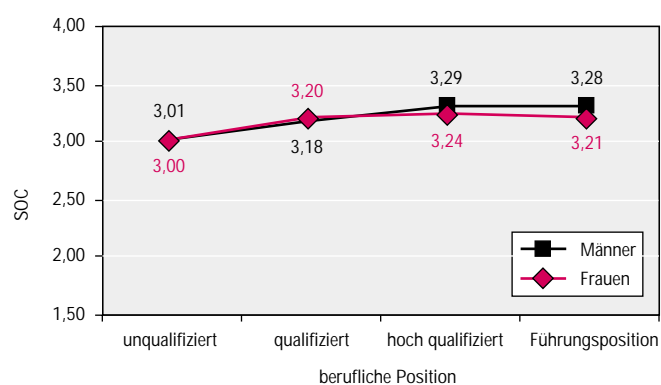
Tabelle 15: Indikatoren zu den individuellen Ressourcen nach beruflicher Position und Geschlecht

Indikatoren	berufliche Position (Mittelwerte)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
Life Event-Kindheit	0,67	0,67	0,72	0,68
autoritär erzogen	5,59	5,40	5,23	5,48
Lebensqualität	3,17	3,30	3,35	3,35
Anomie	2,05	1,79	1,70	1,63
Kohärenzsinn	3,01	3,18	3,29	3,28
Frauen				
Life Event-Kindheit	0,77	0,57	0,50	0,65
autoritär erzogen	5,25	5,24	4,84	5,08
Lebensqualität	3,15	3,32	3,32	3,36
Anomie	1,85	1,65	1,70	1,78
Kohärenzsinn	3,00	3,20	3,24	3,21

Grafik 7: Anomie nach beruflicher Position und Geschlecht



Grafik 8: Kohärenzsinn (SOC) nach beruflicher Position und Geschlecht



3.4 Soziale Rahmenbedingungen der individuellen Ressourcen

Mittels multipler Regressionsanalysen wurde geprüft, inwieweit die sozialen Rahmenbedingungen mit den personalen Ressourcen im Zusammenhang stehen (Modellgruppe I). Alle Analysen wurden nach Geschlecht stratifiziert durchgeführt und bezüglich möglicher Einflüsse von Alter, des gewichteten Haushaltsnettoeinkommens pro Kopf und der Schulbildung korrigiert.

Die folgende Tabelle beinhaltet sechs Regressionsmodelle unter Angabe der standardisierten Beta-Werte und des r^2 . Die Beta-Werte verdeutlichen die Stärke des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Prädiktoren und der jeweiligen abhängigen Variablen. Das r^2 gibt an, wie viel Prozent gemeinsamer Varianz zwischen der Gesamtheit aller im Modell vertretenen Prädiktoren und der abhängigen Variable gegeben sind.

Bei den verwendeten Variablen bedeutet ein höherer Wert eine stärkere Ausprägung auf der jeweiligen Variable, z. B. bessere Lebensqualität oder mehr Arbeitsstress. Kästchen mit Schattierung markieren statistisch abgesicherte Zusammenhänge (* $p < .05$, ** $p < .01$).

Arbeitsstress steht bei Frauen wie bei Männern in negativem Zusammenhang mit der Lebensqualität und dem Kohärenzsinn: d. h. je weniger Arbeitsstress desto besser die Lebensqualität und der Kohärenzsinn, sowie in positivem Zusammenhang mit der Anomie: je mehr Arbeitsstress, desto stärker ausgeprägt das Anomiegefühl.

Ein höheres Ausmaß an **Arbeitszufriedenheit** hingegen steht bei Frauen und Männern in einem positiven Zusammenhang mit der Lebensqualität und dem Kohärenzsinn und in einem negativen Zusammenhang mit Anomie. Das bedeutet, dass mit höherer Arbeitszu-

friedenheit die Lebensqualität und der Kohärenzsinn zunehmen und die Anomie abnimmt.

Die **Wohnbelastung** steht in keinem Zusammenhang mit den Maßen der personalen Ressourcen, mit einer Ausnahme, wonach höhere Wohnbelastung mit höherer Anomie einhergeht.

Eine größere **Wohnzufriedenheit** ist bei Männern wie bei Frauen verbunden mit besserer Lebensqualität und einem besser ausgeprägten Kohärenzsinn und einer geringeren Anomieausprägung.

Eine höhere Anzahl von vorhandenen **Haushaltsgeräten** korreliert bei Männern mit verminderter Anomie und einem höher entwickelten Kohärenzsinn.

Gute funktionierende **soziale Netzwerke** stehen sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit allen Maßzahlen der personalen Ressourcen in Zusammenhang. Es gibt positive Zusammenhänge mit der Lebensqualität und dem Kohärenzsinn und einen negativen Zusammenhang mit der Anomie.

Die **Life Event-Belastung** steht wiederum bei beiden Geschlechtern in positivem Zusammenhang mit der Anomie und in negativem Zusammenhang mit Lebensqualität und Kohärenzsinn. D. h. je höher die Life Event-Belastung ist, umso stärker ist die Anomie ausgeprägt und umso geringer sind die Lebensqualität und der Kohärenzsinn.

Generell gesprochen konnte mit diesen Analysen gezeigt werden, dass die Entwicklung individueller Gesundheitsressourcen in sehr hohem Ausmaß von sozialen Rahmenbedingungen determiniert wird.

Soziale Rahmenbedingungen der personalen Ressourcen (Modellgruppe I)

		Lebensqualität	Anomie	Kohärenzsinn
MODELLGRUPPE I				
Standardisierte Betagewichte				
Männer		Modell 1	Modell 3	Modell 5
soziale Ressourcen				
Arbeitsstress		-,115**	,152**	-,223**
Arbeitszufriedenheit		,297**	-,276**	,236**
Wohnbelastung		-,048	,068**	-,052
Wohnzufriedenheit		,163**	-,182**	,072*
Haushaltsgeräte		,048	-,066**	,071**
soziales Netz		,208**	-,055*	,091**
Life Event-Belastung		-,104**	,105**	-,159**
r²		0,323**	0,457**	0,338**
Frauen		Modell 2	Modell 4	Modell 6
soziale Ressourcen				
Arbeitsstress		-,163**	,149**	-,231**
Arbeitszufriedenheit		,265**	-,313**	,223**
Wohnbelastung		,003	,054	-,001
Wohnzufriedenheit		,201**	-,209**	,150**
Haushaltsgeräte		-,011	-,009	,036
soziales Netz		,237**	-,113**	,117**
Life Event-Belastung		-,109**	,076**	-,237**
r²		0,371**	0,500**	0,415**

* signifikant

** hochsignifikant

Korrigiert nach Alter, Schulbildung und Einkommen

IV. GESUNDHEITS- RELEVANTES VERHALTEN

INHALT

4	GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN	129
4.1	GESUNDHEITSVERHALTEN	129
4.1.1	Gesundheitsbewusstsein	129
4.1.2	Gesundheitshandeln	131
4.1.3	Schlafverhalten	132
4.1.4	Ernährungsverhalten	133
4.1.5	Body Mass Index	134
4.1.6	Körperliche Bewegung	136
4.1.7	Gesundheitsinformation	137
4.1.8	Gesundheitsvorsorge	139
4.2	DROGENKONSUM UND PSYCHOTROPE SUBSTANZEN	141
4.2.1	Alkoholkonsum	141
4.2.2	Nikotinkonsum	145
4.2.3	Haschischkonsum	148
4.3	KRANKHEITSVERHALTEN, INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSLEISTUNGEN	151
4.3.1	Vorsorgeuntersuchungen	151
4.3.2	Medikamentenkonsum	156
4.3.3	Arztkonsultationen wegen Beschwerden	158
4.3.4	Konsultation einer Gesundheitskraft	159
4.3.5	Komplementärmedizinische Behandlungen	160
4.3.6	ZahnärztInnenkonsultation	161
4.4	INDIKATOREN ZUM GESUNDHEITSVERHALTEN	163
4.4.1	Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Alter	165
4.4.2	Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Schulbildung	165
4.4.3	Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Haushaltseinkommen	167
4.4.4	Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach beruflicher Position	169
4.5	SOZIALE UND INDIVIDUELLE RAHMENBEDINGUNGEN DES GESUNDHEITSVERHALTENS	170

4 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN

Menschliches Verhalten kann zur Erhaltung von Gesundheit, zur Entwicklung von Krankheiten, aber auch zu deren Bewältigung und Heilung beitragen. Mit dem Begriff Gesundheitsverhalten bezeichnet man menschliche Verhaltensweisen, die vor dem Hintergrund medizinischer Erkenntnisse als für die Gesundheit förderlich oder riskant im Sinne der potenziellen Verursachung von Krankheiten bewertet werden können. Weiters wird gesundheitsrelevantes Verhalten von Indivi-

duen oder sozialen Gruppen vor dem Hintergrund sozialer Normen bewertet, die sowohl medizinisch wie kulturell-religiös und gesellschaftlich legitimiert sind. Im Gegensatz dazu bezieht sich der Begriff des Krankheitsverhaltens auf menschliche Verhaltensweisen in der Auseinandersetzung mit Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen, die als Krankheit interpretiert werden.

4.1 Gesundheitsverhalten

4.1.1 Gesundheitsbewusstsein

Insgesamt achten Frauen häufiger auf ihre Gesundheit als Männer. Das Gesundheitsbewusstsein nimmt mit zunehmendem Alter zu. Über 74-jährige Männer achten zu

49 Prozent sehr auf ihre Gesundheit, bei den 75-jährigen Frauen sind es 47 Prozent, die sehr auf ihre Gesundheit achten. Rund ein Drittel der 16- bis 24-jährigen Frauen und Männer achten wenig bis gar nicht auf ihre Gesundheit.

Tabelle 1: Gesundheitsbewusstsein nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
16–24	20,5	42,1	31,7	5,7
25–44	18,8	47,2	29,7	4,3
45–59	22,8	49,4	25,0	2,8
60–74	33,8	47,5	15,6	3,1
75+	49,1	33,8	13,4	3,7
gesamt	24,2	46,2	25,6	3,9
Frauen				
16–24	17,9	53,2	25,7	3,2
25–44	27,9	50,9	18,4	2,8
45–59	28,1	51,5	17,3	3,0
60–74	41,3	43,9	12,3	2,4
75+	46,5	40,9	10,0	2,6
gesamt	30,9	49,2	17,1	2,8

Mit zunehmend höherer Schulbildung (bis zum mittleren Abschluss) nimmt auch das Gesundheitsbewusstsein bei Frauen und Männern zu. Personen mit Universitätsabschluss achten wieder etwas weniger auf ih-

re Gesundheit. Frauen und Männer mit mittlerer Ausbildung achten am häufigsten auf ihre Gesundheit, wobei bei Frauen dies etwas häufiger tun als Männer.

Tabelle 2: Gesundheitsbewusstsein nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
Pflichtschule	21,9	37,4	33,9	6,8
Lehre	25,0	47,0	23,8	4,2
mittlere Ausbildung	25,7	48,8	23,6	1,8
Universität	22,1	51,3	23,2	3,4
gesamt	24,2	46,2	25,6	3,9
Frauen				
Pflichtschule	28,3	49,7	18,3	3,7
Lehre	31,8	45,0	19,1	4,1
mittlere Ausbildung	32,9	50,5	15,1	1,5
Universität	29,0	53,2	15,9	1,9
gesamt	30,9	49,2	17,1	2,8

Höher qualifizierte Frauen und Männer achten häufiger auf ihre Gesundheit, wobei dies bei Frauen in Führungspositionen am deutlichsten sichtbar wird. Sie achten zu 40 Prozent sehr bzw. zu 43 Prozent ziemlich auf ihre Gesundheit. Bei den Männern sind die Unter-

schiede zwischen qualifiziert, hoch qualifiziert und Führungsposition nur gering, sie sind aber deutlich weniger gesundheitsbewusst als Frauen in diesen Positionen.

Tabelle 3: Gesundheitsbewusstsein nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
unqualifiziert	20,1	44,8	29,8	5,3
qualifiziert	24,9	47,5	24,3	3,3
hoch qualifiziert	26,5	46,1	23,4	4,0
Führungsposition	25,5	46,2	25,2	3,2
gesamt	24,3	46,4	25,4	3,9
Frauen				
unqualifiziert	28,5	47,2	20,5	3,8
qualifiziert	35,2	50,1	12,2	2,4
hoch qualifiziert	32,8	51,0	13,4	2,9
Führungsposition	40,3	43,4	15,6	0,7
gesamt	32,4	48,7	15,9	2,9

4.1.2 Gesundheitshandeln

Mit zunehmendem Alter, ausgenommen die über 74-jährigen Personen, tun Frauen und Männer öfter etwas, um gesund zu bleiben. In der Altersgruppe zwischen 60 und 74 Jahren unternehmen 84 Prozent der Männer bzw. 85 Prozent Frauen etwas für ihre Gesund-

heit. Ein geringer Prozentsatz der Frauen und Männer – zwischen vier Prozent und 13 Prozent – haben versucht, etwas für die Gesundheit zu tun, dann aber aufgegeben. Nichts für ihre Gesundheit zu tun geben 36 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen zwischen 16 und 24 Jahren an.

Tabelle 4: Gesundheitshandeln nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
16–24	54,4	9,8	35,8
25–44	68,4	8,1	23,5
45–59	76,6	6,4	17,0
60–74	84,0	3,9	12,1
75+	83,3	4,7	12,0
gesamt	72,0	7,0	21,0
Frauen			
16–24	53,6	12,6	33,9
25–44	74,9	6,2	18,9
45–59	80,5	5,5	14,0
60–74	85,2	5,0	9,8
75+	72,7	10,5	16,8
gesamt	75,4	6,9	17,6

Mit zunehmend besserer beruflicher Position steigt der Prozentsatz all jener Frauen und Männer, die etwas tun, um gesund zu bleiben. Frauen aller Positionen tun dies insgesamt häufiger als Männer. Bei den Frauen in Führungsposition unternehmen sogar 89 Prozent etwas für ihre Gesundheit. Bei Frauen und Männern, die

versucht haben etwas für ihre Gesundheit zu tun, es dann aber aufgegeben haben, liegt der Prozentsatz insgesamt unter neun Prozent. 35 Prozent der unqualifiziert tätigen Männer und 24 Prozent der unqualifiziert tätigen Frauen tun am häufigsten nichts, um gesund zu bleiben.

Tabelle 5: Gesundheitshandeln nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
unqualifiziert	57,4	7,8	34,8
qualifiziert	72,9	7,5	19,6
hoch qualifiziert	79,8	5,7	14,5
Führungsposition	81,0	5,4	13,6
gesamt	72,4	6,8	20,8
Frauen			
unqualifiziert	67,1	8,4	24,4
qualifiziert	81,6	4,6	13,9
hoch qualifiziert	86,0	6,7	7,3
Führungsposition	89,3	7,0	3,7
gesamt	77,0	6,6	16,4

4.1.3 Schlafverhalten

Über die Hälfte der Frauen und Männer bekommen meistens ausreichend Schlaf. Bis zum 59. Lebensjahr geben Frauen etwas häufiger als Männer an, ausreichend Schlaf zu bekommen. Ab dem sechzigsten Lebensjahr schlafen Männer deutlich öfter ausreichend als Frauen. 95 Prozent der 60- bis 74-jährigen und 88 Pro-

zent der über 74-jährigen Männer bekommen meistens ausreichend Schlaf. Frauen dieser Altersgruppen liegen jeweils um rund zehn Prozentpunkte unter den Männern. 41 Prozent der 16- bis 24-jährigen Frauen bekommen im Vergleich zu 37 Prozent der Männer dieser Altersgruppe nicht oft genug ausreichend Schlaf und 16 Prozent der 16- bis 24-jährigen Männer bekommen kaum jemals bzw. nie genug Schlaf.

Tabelle 6: Schlafverhalten nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
16-24	47,5	37,0	15,5
25-44	61,7	32,0	6,3
45-59	76,5	20,4	3,1
60-74	94,6	3,9	1,5
75+	87,9	10,4	1,7
gesamt	70,1	24,2	5,7
Frauen			
16-24	50,2	41,4	8,4
25-44	64,3	30,4	5,3
45-59	72,7	22,2	5,0
60-74	82,5	11,9	5,6
75+	77,0	16,2	6,8
gesamt	69,0	25,2	5,7

Beim Schlafverhalten gibt es bezüglich der beruflichen Position kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Gut zwei Drittel der Befragten bekommen meistens ausreichend Schlaf. Unqualifiziert Tätige bekommen etwas weniger ausreichend Schlaf als jene der anderen Positionen. Bei den Männern schlafen 28 Prozent der unqualifiziert tätigen Männer nicht oft genug

ausreichend und bei den unqualifiziert tätigen Frauen bzw. Frauen in Führungsposition bekommen 26 Prozent nicht oft genug Schlaf. Die Prozentsätze all jener Frauen und Männer, die kaum jemals genug bzw. nie genug Schlaf bekommen, sind sehr gering und liegen unter sieben Prozent.

Tabelle 7: Schlafverhalten nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
unqualifiziert	65,2	28,6	6,1
qualifiziert	71,8	21,7	6,5
hoch qualifiziert	72,6	23,2	4,3
Führungsposition	72,7	23,4	3,9
gesamt	70,7	23,9	5,5
Frauen			
unqualifiziert	67,7	26,0	6,3
qualifiziert	71,9	23,9	4,2
hoch qualifiziert	72,8	21,6	5,6
Führungsposition	69,9	26,1	4,0
gesamt	70,2	24,5	5,2

4.1.4 Ernährungsverhalten

Insgesamt halten Frauen häufiger Diät als Männer, wobei die Prozentsätze insgesamt eher niedrig sind. Bei den Frauen halten die 60- bis 74-jährigen mit 18 Pro-

zent am häufigsten Diät und bei den Männern ist es ebenfalls diese Altersgruppe, die mit 14 Prozent am häufigsten Diät hält. Auffallend ist, dass junge Frauen fast dreimal so oft eine Diät halten wie junge Männer.

Tabelle 8: Diät Ernährung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Diät Ernährung	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
16–24	4,2	11,2
25–44	6,8	10,5
45–59	11,3	12,0
60–74	13,7	17,9
75+	10,7	11,7
gesamt	8,8	12,2

Mit zunehmendem Alter wird bei Frauen und Männern häufiger eine Diät verordnet. Männern wurde bis zur Altersgruppe der 60- bis 74-jährigen öfter eine Diät verordnet als Frauen. 48 Prozent der Männer zwischen 60 und 74 Jahren wurde im Gegensatz zu 29 Prozent der 60- bis 74-jährigen Frauen eine Diät verordnet. Bei den über 74-Jährigen wurde den Frauen häufiger als

den Männern eine Diät verordnet. Empfohlen wurde sehr häufig den 16- bis 24-jährigen Männern (33 Prozent) eine Diät zu machen, bei den Frauen dieser Altersgruppe sind es nur 14 Prozent. Am häufigsten geht die Empfehlung Diät zu halten an die über 74-jährigen Männer (40 Prozent) und die 60- bis 74-jährigen Frauen (41 Prozent).

Tabelle 9: Vom Arzt verordnete oder empfohlene Diäten nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Diät vom Arzt verordnet oder empfohlen (in %)		
	verordnet	empfohlen	nichts davon
Männer			
16–24	0,0	33,2	66,8
25–44	12,8	29,1	58,1
45–59	27,6	29,6	42,8
60–74	48,1	18,7	33,2
75+	45,3	40,2	14,5
gesamt	27,3	28,0	44,7
Frauen			
16–24	0,0	13,5	86,5
25–44	9,4	18,1	72,5
45–59	20,5	37,5	42,0
60–74	29,2	41,2	29,6
75+	53,6	19,3	27,1
gesamt	20,1	27,6	52,3

4.1.5 Body Mass Index

Der durchschnittliche Body Mass Index (BMI) nimmt mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männern zu und erst ab dem 75. Lebensjahr etwas ab. Das lässt sich ebenfalls beim Körpergewicht beobachten. Die Durch-

schnittswerte des BMI liegen bei Frauen und Männern bis 44 Jahren im Bereich Normalgewicht. Ab der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen haben Frauen und Männer im Durchschnitt mäßiges Übergewicht. Die Körpergröße nimmt mit jüngerem Lebensalter linear zu, d. h. dass die jüngeren Generationen größer werden.

Tabelle 10: Körpermaße nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Körpergröße in cm (Mittelwerte)	Körpergewicht in kg (Mittelwerte)	Body Mass Index (Mittelwerte)
Männer			
16–24	178,17	72,87	22,89
25–44	179,08	79,91	24,88
45–59	176,88	83,47	26,67
60–74	175,01	83,36	27,15
75+	172,01	75,98	25,64
gesamt	177,35	80,15	25,46
Frauen			
16–24	166,78	59,56	21,40
25–44	166,20	63,79	23,10
45–59	164,19	68,93	25,55
60–74	163,07	70,16	26,41
75+	159,89	65,93	25,77
gesamt	164,62	65,80	24,31

Mit höherer Bildung tritt Übergewicht bzw. Fettleibigkeit bei Frauen und Männern seltener auf. Dies ist vor allem bei den Frauen sehr gut zu sehen. 50 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss haben Übergewicht

und 21 Prozent haben sogar starkes Übergewicht, bei den Universitätsabsolventinnen sind es nur 21 Prozent, die übergewichtig und sieben Prozent, die fettleibig sind. Bei den Männern zeigt sich ein ähnliches Bild.

Tabelle 11: Übergewicht nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Übergewicht BMI >25 (in %)	Fettleibigkeit BMI >30 (in %)
Männer		
Pflichtschule	40,2	8,5
Lehre	59,4	16,8
mittlere Ausbildung	46,3	8,4
Universität	36,8	6,5
gesamt	48,9	11,4
Frauen		
Pflichtschule	49,8	21,2
Lehre	43,0	11,6
mittlere Ausbildung	27,0	7,4
Universität	20,9	6,7
gesamt	36,9	12,3

Männer und Frauen in Führungspositionen haben weniger Übergewicht bzw. starkes Übergewicht. Vor allem bei Frauen in dieser Position zeigt sich dies deutlich. Nur 19 Prozent haben Übergewicht und sieben Prozent leiden an starkem Übergewicht im Gegensatz zu 47 Prozent der unqualifiziert tätigen Frauen, die

übergewichtig sind und 17 Prozent der Frauen dieser Gruppe, die starkes Übergewicht haben. Bei den Männern sind die Unterschiede nur gering, wobei auch hier jene in Führungspositionen den mit Abstand geringsten Wert aufweisen.

Tabelle 12: Übergewicht nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Übergewicht BMI >25 (in %)	Fettleibigkeit BMI >30 (in %)
Männer		
unqualifiziert	51,9	11,7
qualifiziert	51,7	12,4
hoch qualifiziert	51,6	13,7
Führungsposition	47,7	8,4
gesamt	51,2	12,1
Frauen		
unqualifiziert	46,8	16,7
qualifiziert	34,9	10,6
hoch qualifiziert	32,0	9,3
Führungsposition	19,0	7,1
gesamt	38,3	12,7

4.1.6 Körperliche Bewegung

Männer sind insgesamt körperlich aktiver als Frauen. Vor allem junge Männer (16–24 Jahre) kommen mit 25 Prozent am häufigsten täglich oder fast täglich ins Schwitzen, 37 Prozent betreiben mehrmals in der Wo-

che intensiv Sport. Bei den Frauen ist die Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren am aktivsten. Mit Abstand am seltensten kommen über 74-Jährige ins Schwitzen. 51 Prozent der Männer und 63 Prozent der Frauen in diesem Alter kommen nie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen.

Tabelle 13: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen? (in %)					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
16–24	25,3	36,5	18,2	6,9	9,4	3,7
25–44	17,2	32,2	22,6	8,0	10,7	9,3
45–59	19,1	32,6	13,7	10,3	9,9	14,5
60–74	18,1	20,9	17,0	9,0	11,2	23,7
75+	7,6	6,4	15,7	2,6	17,1	50,6
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8
Frauen						
16–24	9,1	24,3	31,2	13,3	12,7	9,4
25–44	16,2	28,2	18,3	8,5	11,5	17,3
45–59	14,4	25,3	22,2	7,5	11,8	18,8
60–74	14,0	19,2	13,9	9,1	11,4	32,4
75+	1,9	10,2	5,9	2,1	16,7	63,3
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0

Je höher der Bildungsstatus bei den Frauen ist, desto häufiger sind sie körperlich aktiv. Frauen mit Universitätsabschluss kommen zu 15 Prozent täglich oder fast täglich und zu 41 Prozent mehrmals in der Woche durch körperliche Bewegung ins Schwitzen. Bei den

Männern ist kein Zusammenhang zwischen Bildung und körperlicher Aktivität zu sehen. Hier betreiben Männer mit mittlerer Ausbildung etwas häufiger intensiv Sport als jene mit Pflichtschulabschluss.

Tabelle 14: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen? (in %)					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
Pflichtschule	22,1	29,4	13,6	7,6	10,3	17,0
Lehre	16,7	27,8	17,5	7,3	11,2	19,6
mittlere Ausbildung	19,2	30,9	19,1	9,8	12,4	8,6
Universität	14,0	31,0	28,1	8,3	7,2	11,5
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8
Frauen						
Pflichtschule	10,7	17,2	16,2	5,8	10,6	39,5
Lehre	13,2	20,9	19,2	8,9	15,2	22,5
mittlere Ausbildung	14,6	26,3	20,3	9,6	12,6	16,7
Universität	15,0	40,5	18,1	7,6	8,5	10,2
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0

Nach beruflicher Position geben unqualifiziert tätige Frauen mit 32 Prozent und Männer mit 22 Prozent am häufigsten an, nie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen zu kommen. Allerdings sind es auch 19 Prozent der unqualifiziert tätigen Männer, die täglich bzw. fast täglich intensiv körperlich aktiv sind. Sie

unterscheiden sich damit nicht von Männern der anderen beruflichen Positionen. Zwischen den beruflichen Positionen „qualifiziert“, „hoch qualifiziert“ und „Führungsposition“ sind die Unterschiede in der körperlichen Aktivität bei Frauen und Männern gering.

Tabelle 15: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen? (in %)					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
unqualifiziert	18,5	22,2	15,8	8,7	12,9	21,9
qualifiziert	18,1	29,8	18,8	8,6	10,6	14,1
hoch qualifiziert	15,9	32,2	20,9	8,6	8,7	13,7
Führungsposition	18,7	27,6	19,9	7,3	13,7	12,9
gesamt	17,7	28,5	18,8	8,5	11,0	15,6
Frauen						
unqualifiziert	11,6	17,2	17,0	8,8	13,5	31,9
qualifiziert	14,6	27,0	18,9	7,9	11,6	20,1
hoch qualifiziert	14,0	32,4	20,3	5,8	12,0	15,5
Führungsposition	14,3	24,2	15,4	12,6	13,3	20,2
gesamt	13,3	23,7	18,2	8,2	12,5	24,1

4.1.7 Gesundheitsinformation

Insgesamt informieren sich Frauen häufiger über das, was sie für ihre Gesundheit tun können als Männer. Bis zur Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen nimmt der

Prozentsatz der Frauen und Männer, die sich über Gesundheit informieren, stark zu. 78 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen zwischen 60 und 74 Jahren informieren sich darüber, was sie für ihre Gesundheit tun können.

Tabelle 16: Information für die Gesundheit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Informieren Sie sich darüber, was Sie für Ihre Gesundheit tun können?	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
16–24	36,0	50,9
25–44	61,1	77,2
45–59	72,6	78,0
60–74	77,8	82,0
75+	73,2	69,1
gesamt	64,1	74,6

Höher gebildete Frauen und Männer informieren sich häufiger, was sie für ihre Gesundheit tun können. 76 Prozent der Männer und 87 Prozent der Frauen mit Universitätsabschluss informieren sich. Bei den Män-

nern und Frauen mit Pflichtschulabschluss sind es hingegen nur 41 Prozent der Männer und 66 Prozent der Frauen, die sich darüber informieren, was sie für ihre Gesundheit tun können.

Tabelle 17: Information für die Gesundheit nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Informieren Sie sich darüber, was Sie für Ihre Gesundheit tun können?	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
Pflichtschule	41,0	66,0
Lehre	65,7	70,4
mittlere Ausbildung	71,9	80,6
Universität	75,9	87,3
gesamt	64,1	74,6

Nach beruflicher Position informieren sich wiederum 75 Prozent der hoch qualifizierten Männer und 84 Prozent der hoch qualifizierten Frauen am häufigsten über

das, was sie für ihre Gesundheit tun können, wobei die Unterschiede bei den Frauen zwischen den beruflichen Positionen nicht so groß sind wie bei den Männern.

Tabelle 18: Information für die Gesundheit nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Informieren Sie sich darüber, was Sie für Ihre Gesundheit tun können?	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
unqualifiziert	54,8	71,2
qualifiziert	63,3	77,8
hoch qualifiziert	75,1	83,5
Führungsposition	68,5	81,9
gesamt	65,3	76,3

Insgesamt nutzen Frauen häufiger diverse Informationsquellen als Männer. An erster Stelle stehen bei Frauen und Männern Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften und Bücher. Weiters beziehen Frauen und Männer der Altersgruppen bis 74 Jahre ihre Information durch Radio und Fernsehen. In der äl-

testen Gruppe wird Information von ÄrztInnen häufiger bezogen als Information durch Radio und Fernsehen. Gespräche mit Verwandten oder Bekannten spielen vor allem bei Frauen und Männern bis 44 Jahren eine größere Rolle. Apotheken dienen zu rund einem Zehntel Frauen und Männern als Informationsquelle.

Tabelle 19: Informationsquellen nach Alter und Geschlecht

Infoquelle	Woher beziehen Sie die Information? (in %)				
	Alter (Jahre)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher	60,2	76,7	74,8	75,3	72,8
Informationen durch Radio und Fernsehen	40,7	49,8	51,0	60,6	56,4
Arzt/Ärztin	31,2	43,1	57,0	57,5	66,3
ApothekerInnen	7,7	10,7	9,6	10,6	12,6
andere Gesundheitsberufe	4,4	8,0	6,8	4,9	7,5
Gespräche mit Verwandten oder Bekannten	41,3	42,8	33,3	33,8	15,3
Informationen durch Betrieb oder BetriebsärztInnen	1,2	7,3	6,8	1,4	0,0
Informationen durch Schule oder SchulärztInnen	4,9	0,0	1,4	0,0	0,0
Veranstaltungen	3,6	3,9	3,6	4,3	1,5
Vereine, (Selbsthilfe-) Gruppen	3,8	3,7	2,4	1,6	0,0
Gesundheits-, Schlankheits- und Fitnessinstitute	8,5	7,7	5,0	2,3	0,0
andere Quellen	16,7	13,8	9,9	5,8	1,9
Frauen					
Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher	71,1	85,5	84,6	80,4	61,9
Informationen durch Radio und Fernsehen	49,8	52,2	66,1	63,1	65,2
Arzt/Ärztin	49,5	47,2	56,8	63,9	71,4
ApothekerInnen	14,3	16,5	13,7	13,5	16,9
andere Gesundheitsberufe	3,8	11,3	10,8	7,2	5,7
Gespräche mit Verwandten oder Bekannten	51,2	50,1	38,8	35,2	24,6
Informationen durch Betrieb oder BetriebsärztInnen	1,2	6,2	5,6	0,0	1,5
Informationen durch Schule oder SchulärztInnen	4,9	1,3	0,9	0,3	0,0
Veranstaltungen	5,1	7,8	8,7	7,1	4,8
Vereine, (Selbsthilfe-) Gruppen	2,3	3,8	4,8	4,1	1,6
Gesundheits-, Schlankheits- und Fitnessinstitute	6,9	7,9	6,1	6,6	0,5
andere Quellen	3,5	8,5	7,2	3,2	4,8

4.1.8 Gesundheitsvorsorge

Eine Zusatzversicherung wird wesentlich häufiger von Männern als von Frauen abgeschlossen. Männer zwi-

schen 25 und 59 Jahren leisten sich mit rund 38 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung. Bei den Frauen hat die Gruppe der 45- bis 59-Jährigen mit 29 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung.

Tabelle 20: Zusatzversicherung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Zusatzversicherung	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
16–24	22,3	14,1
25–44	38,5	26,0
45–59	38,0	29,0
60–74	31,1	27,0
75+	27,0	22,9
gesamt	34,5	25,3

Je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger haben Frauen und Männer eine Zusatzversicherung. 48 Prozent der Männer und 42 Prozent der Frauen der

obersten Schicht leisten sich diese Versicherung. Bei den Frauen der untersten Einkommensschicht sind nur 14 Prozent Zusatzversichert.

Tabelle 21: Zusatzversicherung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ ¹⁾	Zusatzversicherung	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
Schicht 1	19,7	13,8
Schicht 2	30,4	23,8
Schicht 3	42,5	31,5
Schicht 4	47,7	41,5
gesamt	35,4	26,0

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Männer sind mit zunehmend besserer beruflicher Position häufiger Zusatzversichert. Bei den Frauen haben hoch qualifizierte mit 38 Prozent am häufigsten eine

Zusatzversicherung abgeschlossen. Männer sind wiederum generell häufiger Zusatzversichert als Frauen.

Tabelle 22: Zusatzversicherung nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Zusatzversicherung	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
unqualifiziert	26,5	19,1
qualifiziert	34,6	30,6
hoch qualifiziert	41,6	37,6
Führungsposition	42,4	29,6
gesamt	35,7	27,0

4.2 Drogenkonsum und psychotrope Substanzen

4.2.1 Alkoholkonsum

Alkohol wird insgesamt von Männern wesentlich häufiger konsumiert als von Frauen. Täglich Bier trinken am häufigsten Männer im Alter zwischen 45 und 59 Jahren und das zum Teil in großen Mengen: 17 Prozent trinken bis zu einem halben Liter, elf Prozent bis zu einem Liter und fünf Prozent über einen Liter. Jüngere Männer trinken zwar insgesamt etwas weniger Bier als

die oben beschriebene Gruppe, aber mengenmäßig wird auch häufig (8 Prozent) bis zu einem Liter Bier täglich getrunken. Über 74-Jährige trinken mit 64 Prozent am seltensten Bier und jene, die Bier täglich trinken, tun dies in geringeren Mengen. Bei den Frauen bilden die 16- bis 24-Jährigen die stärkste Gruppe der Biertrinkerinnen, wobei aber auch hier 75 Prozent gar kein Bier trinken. In den übrigen Altersgruppen trinken über 80 Prozent der Frauen kein Bier.

Tabelle 23: Täglicher Bierkonsum nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	täglicher Bierkonsum (in %)						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
16–24	53,0	6,6	8,0	11,3	11,1	7,5	2,4
25–44	45,5	10,9	5,2	10,1	16,3	8,3	3,8
45–59	41,6	8,0	8,8	9,0	16,7	11,4	4,5
60–74	49,2	10,3	7,5	11,7	14,7	6,6	0,0
75+	63,7	3,7	7,3	10,9	14,3	0,0	0,0
gesamt	47,6	8,9	6,9	10,3	15,1	8,2	3,0
Frauen							
16–24	75,1	12,3	4,7	2,3	4,1	1,5	0,1
25–44	87,1	5,9	2,6	1,5	2,7	0,1	0,0
45–59	82,4	6,4	2,1	3,9	4,0	1,1	0,0
60–74	84,2	7,8	2,9	3,1	1,9	0,0	0,0
75+	84,1	8,7	4,5	1,2	1,4	0,0	0,0
gesamt	83,8	7,4	3,0	2,4	2,9	0,5	0,0

Im Zusammenhang mit dem Bildungsstatus trinken höher gebildete Männer häufiger Bier. 43 Prozent der Universitätsabsolventen trinken kein Bier und jene, die Bier konsumieren, trinken mengenmäßig weniger als die übrigen Bildungsgruppen. Männer mit Pflichtschulabschluss stellen die größte Gruppe (50 Prozent) dar, die kein Bier trinkt. Bei den Frauen trinken jene

mit mittlerer Ausbildung am häufigsten Bier. 86 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss bzw. 85 Prozent der Universitätsabsolventinnen geben an, gar kein Bier zu trinken, wobei Frauen mit Universitätsabschluss mit fünf Prozent am häufigsten bis zu einem halben Liter Bier trinken.

Tabelle 24: Täglicher Bierkonsum nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	täglicher Bierkonsum (in %)						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
Pflichtschule	49,5	6,8	6,1	9,9	14,2	10,9	2,6
Lehre	47,7	8,1	7,3	8,6	15,4	8,5	4,3
mittlere Ausbildung	47,8	9,0	7,8	11,8	15,3	6,1	2,1
Universität	42,6	15,5	6,2	12,4	16,0	4,8	2,6
gesamt	47,6	8,9	6,9	10,3	15,1	8,2	3,0
Frauen							
Pflichtschule	85,7	7,3	2,3	1,4	2,0	1,2	0,0
Lehre	84,6	6,9	2,6	3,4	2,6	0,0	0,0
mittlere Ausbildung	81,0	8,0	4,8	2,5	3,4	0,3	0,0
Universität	85,1	7,2	0,6	2,4	4,7	0,0	0,0
gesamt	83,8	7,4	3,0	2,4	2,9	0,5	0,0

Der tägliche Weinkonsum nimmt bei Männern im Alter besonders stark zu. Nur 32 Prozent der über 74-jährigen Männer trinken keinen Wein, 23 Prozent trinken täglich nur wenig (1/16l), 18 Prozent bis zu einem Achtel, 14 Prozent bis zu einem Viertel und 13 Prozent konsumieren bis zu einem halben Liter Wein (täglich). 80 Prozent der jungen Männer trinken keinen Wein,

später steigt der Weinkonsum mit dem Alter relativ rasch und kontinuierlich an. Bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei diese insgesamt wesentlich weniger Wein trinken als Männer. Junge Frauen greifen am seltensten zu einem Glas Wein und die Gruppe der 60- bis 74-jährigen Frauen genießt am häufigsten im Schnitt ein Glas Wein am Tag.

Tabelle 25: Täglicher Weinkonsum nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	täglicher Weinkonsum (in %)					
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	über 1/2l
Männer						
16–24	80,1	11,0	3,7	3,7	1,4	0,0
25–44	60,7	19,3	6,9	8,5	3,5	1,1
45–59	55,9	17,0	10,2	11,7	4,9	0,3
60–74	34,5	21,5	13,6	19,5	8,8	2,2
75+	32,0	22,6	18,4	13,6	13,3	0,0
gesamt	58,5	17,7	8,5	9,9	4,6	0,8
Frauen						
16–24	77,1	13,5	6,1	3,3	0,0	0,0
25–44	67,5	17,8	10,8	3,8	0,1	0,0
45–59	68,7	12,2	10,8	6,1	2,2	0,0
60–74	65,7	13,7	14,0	3,3	2,8	0,4
75+	70,2	7,8	13,1	8,9	0,0	0,0
gesamt	69,0	14,2	11,0	4,8	1,0	0,1

Mäßiger aber regelmäßiger Weinkonsum wird mit zunehmender Bildung bei Frauen und Männern häufiger gepflegt, wobei die Prozentsätze mit zunehmender Menge bei den Männern deutlich höher sind. Bei den UniversitätsabsolventInnen konsumieren 24 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen nur bis zu ei-

nem Sechzehntel, 13 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen rund ein Achtel, sowie 16 Prozent der Männer und sechs Prozent der Frauen bis zu einem Viertel Wein täglich. 75 Prozent der Männer und 77 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss trinken keinen Wein.

Tabelle 26: Täglicher Weinkonsum nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	täglicher Weinkonsum (in %)					
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	über 1/2l
Männer						
Pflichtschule	75,4	11,9	3,8	3,8	3,7	1,3
Lehre	58,1	17,5	8,6	10,3	5,3	0,2
mittlere Ausbildung	48,6	21,7	11,6	13,8	4,1	0,2
Universität	39,2	23,8	13,0	16,0	6,1	1,8
gesamt	58,5	17,7	8,5	9,9	4,6	0,8
Frauen						
Pflichtschule	77,2	11,2	6,5	4,9	0,0	0,2
Lehre	73,9	9,3	11,5	4,5	0,8	0,0
mittlere Ausbildung	61,9	18,8	13,5	4,6	1,2	0,0
Universität	56,0	19,7	15,2	5,5	3,5	0,0
gesamt	69,0	14,2	11,0	4,8	1,0	0,1

Spirituosen werden insgesamt nur von einem kleinen Prozentsatz der Männer und Frauen getrunken. Männer zwischen 45 und 59 Jahren konsumieren noch am häufigsten diese harten Getränke; 14 Prozent trinken bis zu einem Sechzehntel, drei Prozent bis zu einem Achtel und vier Prozent bis zu einem Viertel pro Tag.

Mit 93 Prozent der über 74-Jährigen stellen sie die größte Gruppe bei den Männern dar, die überhaupt keine Spirituosen zu sich nehmen. Nicht einmal zehn Prozent der Frauen pro Altersklasse trinken Spirituosen. Am häufigsten konsumieren junge Frauen mit sieben Prozent bis zu einem Sechzehntel am Tag.

Tabelle 27: Täglicher Konsum von Spirituosen nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	täglicher Spirituosenkonsum (in %)				
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	über 1/4l
Männer					
16–24	84,7	6,5	7,3	0,9	0,7
25–44	85,1	10,4	2,3	1,5	0,7
45–59	79,9	13,4	2,6	4,0	0,0
60–74	81,0	15,4	3,5	0,0	0,0
75+	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0
gesamt	83,8	10,7	3,3	1,7	0,4
Frauen					
16–24	91,7	7,9	0,4	0,0	0,0
25–44	93,6	5,0	0,6	0,4	0,4
45–59	93,8	6,2	0,0	0,0	0,0
60–74	95,6	3,8	0,2	0,0	0,4
75+	94,9	4,2	1,0	0,0	0,0
gesamt	93,9	5,3	0,4	0,2	0,2

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Bildungsgruppen sind nur gering, und es besteht auch kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und dem Konsum von Spirituosen. Universitätsabsolventen greifen neben Männern mit Lehrabschluss am häufigsten zu hochprozentigen Getränken, trinken diese jedoch nur in sehr kleinen Mengen

(1/16l) im Vergleich zu jenen mit Lehrabschluss, die mengenmäßig etwas mehr zu sich nehmen. Rund 94 Prozent der Frauen aller Bildungsgruppen konsumieren überhaupt keine Spirituosen. Sieben Prozent der Frauen mit Lehrabschluss trinken bis zu einem Sechzehntel pro Tag.

Tabelle 28: Täglicher Konsum von Spirituosen nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	täglicher Spirituosenkonsum (in %)				
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	über 1/4l
Männer					
Pflichtschule	86,0	6,7	5,3	1,7	0,2
Lehre	81,9	11,3	2,6	3,1	1,1
mittlere Ausbildung	85,0	11,2	3,0	0,8	0,0
Universität	81,4	17,4	1,2	0,0	0,0
gesamt	83,8	10,7	3,3	1,7	0,4
Frauen					
Pflichtschule	93,9	5,1	0,4	0,0	0,7
Lehre	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0
mittlere Ausbildung	94,4	4,7	0,9	0,0	0,0
Universität	93,6	5,0	0,0	1,4	0,0
gesamt	93,9	5,3	0,4	0,2	0,2

4.2.2 Nikotinkonsum

Insgesamt rauchen Männer häufiger als Frauen, wobei junge Männer (16 bis 24 Jahre) mit 56 Prozent und junge Frauen mit 52 Prozent am öftesten täglich rauchen und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nur gering sind. Mit zunehmendem Alter nimmt der Nikotinkonsum bei Frauen und Männern ab. 93 Prozent der über 74-jährigen Frauen und 90 Prozent

der Männer dieser Altersklasse sind Nichtraucher, wobei bei 69 Prozent dieser Männer und 30 Prozent dieser Frauen früher einmal geraucht haben. Bei den Männern zwischen 45 und 74 Jahren sind je über 50 Prozent Extraucher, bei den Frauen bilden die 45- bis 59-Jährigen mit 41 Prozent die größte Gruppe der Extraucherinnen. Gesamt geben ca. 40 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen an, täglich zu rauchen.

Tabelle 29: RaucherInnenstatus nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Rauchen Sie?			Haben Sie jemals geraucht? (von NichtraucherInnen)		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein	ja, während der letzten 6 Monate damit aufgehört	ja, schon früher damit aufgehört	nein
Männer						
16–24	56,1	4,7	39,2	4,6	8,6	86,8
25–44	46,5	5,3	48,2	6,3	32,4	61,3
45–59	40,4	2,3	57,3	3,5	52,5	44,0
60–74	20,6	2,1	77,3	2,4	56,6	41,0
75+	8,3	2,1	89,6	0,0	68,5	31,5
gesamt	39,8	3,8	56,4	4,0	44,1	51,9
Frauen						
16–24	51,6	6,5	41,9	4,8	13,4	81,7
25–44	30,9	6,5	62,6	4,9	29,0	66,1
45–59	32,9	2,3	64,7	1,6	41,3	57,1
60–74	20,3	0,4	79,3	0,0	28,2	71,8
75+	6,9	0,0	93,1	0,0	29,5	70,5
gesamt	29,4	3,9	66,8	2,5	30,8	66,6

Mit zunehmend höherem Bildungsstatus nimmt der Prozentsatz der RaucherInnen stark ab. Männer mit Pflichtschulabschluss rauchen mit 58 Prozent am häufigsten täglich, bei den Frauen dieser Bildungsklasse sind es 32 Prozent, die täglich rauchen. UniversitätsabsolventInnen bilden mit 71 Prozent bei den Männern

und 77 Prozent bei den Frauen die größte Gruppe der NichtraucherInnen. Rund 65 Prozent der Frauen der übrigen Bildungsklassen sind Nichtraucherinnen, wobei rund 30 Prozent davon Extraucherinnen sind. Bei den Männern mit Lehrabschluss sind mit 51 Prozent die meisten Extraucher zu finden.

Tabelle 30: RaucherInnenstatus nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Rauchen Sie?			Haben Sie jemals geraucht? (von NichtraucherInnen)		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein	ja, während der letzten 6 Monate damit aufgehört	ja, schon früher damit aufgehört	nein
Männer						
Pflichtschule	58,1	2,9	39,0	1,6	34,7	63,6
Lehre	40,5	2,4	57,0	4,0	51,4	44,6
mittlere Ausbildung	34,2	5,2	60,6	5,0	45,6	49,3
Universität	23,1	6,1	70,8	3,8	31,5	64,7
gesamt	39,8	3,8	56,4	4,0	44,1	51,9
Frauen						
Pflichtschule	32,1	2,9	65,0	1,5	27,6	70,9
Lehre	31,8	2,6	65,6	2,0	29,4	68,6
mittlere Ausbildung	29,3	4,5	66,2	3,1	33,5	63,4
Universität	15,8	7,7	76,6	4,0	33,2	62,7
gesamt	29,4	3,9	66,8	2,5	30,8	66,6

Nach beruflicher Position zeigt sich ein ähnliches Bild. Je höher die berufliche Position, desto geringer ist der RaucherInnenanteil. Unqualifiziert tätige Männer rauchen mit 52 Prozent mit Abstand am häufigsten täglich, und in Führungspositionen sind mit 65 Prozent die meisten Nichtraucher. Exraucher finden sich zwischen 40 Prozent und 50 Prozent in allen beruflichen Positionen. Bei den Frauen sind die Unterschiede zwi-

schen den beruflichen Positionen eher gering. Hoch qualifizierte Frauen bilden mit 70 Prozent die größte Gruppe der Nichtraucherinnen, und bei den Frauen in Führungspositionen finden sich mit 12 Prozent am meisten Gelegenheitsraucherinnen. Exraucherinnen sind unter den qualifizierten bzw. hoch qualifizierten Frauen am häufigsten anzutreffen.

Tabelle 31: RaucherInnenstatus nach beruflicher Position und Geschlecht (in %)

berufliche Position	Rauchen Sie?			Haben Sie jemals geraucht? (von NichtraucherInnen)		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein	ja, während der letzten 6 Monate damit aufgehört	ja, schon früher damit aufgehört	nein
Männer						
unqualifiziert	51,8	2,2	46,0	4,4	42,7	52,9
qualifiziert	39,8	3,4	56,8	3,6	47,5	48,9
hoch qualifiziert	32,8	5,5	61,6	4,5	48,8	46,7
Führungsposition	32,7	2,3	65,0	2,3	41,0	56,7
gesamt	39,7	3,6	56,7	3,8	46,1	50,0
Frauen						
unqualifiziert	31,8	1,3	66,9	1,2	28,1	70,7
qualifiziert	29,4	4,3	66,3	3,2	36,9	59,9
hoch qualifiziert	25,9	4,4	69,7	3,2	37,6	59,2
Führungsposition	26,8	12,0	61,2	4,3	31,6	64,0
gesamt	29,7	3,6	66,7	2,5	33,2	64,4

Auch nach Bezirken geordnet finden sich in den ArbeiterInnenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil mit 42 Prozent die meisten Raucher und mit 31 Prozent die meisten Raucherinnen. In den Nobelbezirken lebt die größte Gruppe der Nichtraucher (60 Prozent)

bzw. der Nichtraucherinnen (72 Prozent). Exraucher sind mit 50 Prozent am häufigsten im Nobelbezirk zu finden, bei den Frauen ist die Gruppe der Exraucherinnen in allen Bezirken mit rund 30 Prozent annähernd gleich groß.

Tabelle 32: RaucherInnenstatus nach Region (Bezirk) und Geschlecht (in %)

Region (Bezirk)	Rauchen Sie?			Haben Sie jemals geraucht? (von Nichtrauchern)		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein	ja, während der letzten 6 Monate damit aufgehört	ja, schon früher damit aufgehört	nein
Männer						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	42,4	5,2	52,3	4,8	40,1	55,1
ArbeiterInnenbezirk	38,9	2,6	58,5	3,9	45,2	50,9
Mischbezirk	39,9	3,5	56,6	3,3	44,6	52,0
Nobelbezirk	33,6	6,1	60,4	4,2	50,2	45,6
gesamt	39,8	3,8	56,4	4,0	44,1	51,9
Frauen						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	31,3	4,3	64,4	2,8	28,7	68,5
ArbeiterInnenbezirk	30,8	2,8	66,4	1,8	30,4	67,8
Mischbezirk	27,5	4,9	67,6	2,5	32,5	65,0
Nobelbezirk	24,3	3,5	72,3	4,5	32,8	62,7
gesamt	29,4	3,9	66,8	2,5	30,8	66,6

Je älter die Befragten werden, desto später haben sie durchschnittlich mit dem Rauchen begonnen, erst ab dem 45. Lebensjahr haben Frauen später zu rauchen begonnen als Männer. Bei den über 74-Jährigen haben Männer im Durchschnittsalter von 20 Jahren und

Frauen mit durchschnittlich 23 Jahren zu rauchen begonnen. Jugendliche rauchen heute im Mittel ab dem 15. Lebensjahr, wobei es zwischen Frauen und Männern beim Rauchbeginn keine Unterschiede mehr gibt.

Tabelle 33: Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	In welchem Alter haben Sie zu rauchen begonnen? (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
16–24	15,06	15,22
25–44	17,08	17,40
45–59	17,54	18,50
60–74	18,99	20,97
75+	20,22	23,42
gesamt	17,44	18,25

4.2.3 Haschischkonsum

Insgesamt haben Frauen seltener versucht Haschisch zu rauchen als Männer. In der Gruppe der 45- bis 59-jährigen Männer haben alle Befragten schon einmal versucht Haschisch zu rauchen, 16 Prozent davon innerhalb des vergangenen Monats und 84 Prozent früher einmal. Bei den Frauen dieser Altersgruppe haben 72 Prozent nie Haschisch geraucht und 28 Prozent ha-

ben es früher einmal probiert. In der Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren haben die Männer ebenfalls häufiger versucht Haschisch zu rauchen als die Frauen. Bei den 16- bis 24-Jährigen sind etwas mehr junge Männer (61 Prozent) als junge Frauen (54 Prozent), die noch nie versucht haben Haschisch zu rauchen, wobei die übrigen jungen Männer aktuell etwas mehr konsumiert haben als die Frauen.

Tabelle 34: Haschischkonsum nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Haben Sie jemals versucht, Haschisch zu rauchen? (in %; nur Welle 1)				
	nein, niemals	ja, innerhalb des vergangenen Monats	ja, innerhalb des vergangenen Jahres	ja, früher	weiß nicht
Männer					
16–24	60,7	15,1	7,9	15,6	0,7
25–44	56,4	8,5	5,8	28,4	0,9
45–59	0,0	16,2	0,0	83,8	0,0
gesamt	56,5	9,5	6,1	27,0	0,9
Frauen					
16–24	53,8	11,2	16,9	18,1	0,0
25–44	67,7	1,8	4,5	25,4	0,6
45–59	71,9	0,0	0,0	28,1	0,0
gesamt	65,9	3,0	6,1	24,4	0,5

Mit zunehmend besserer Schulbildung wurde von beiden Geschlechtern häufiger Haschisch geraucht. Bei den Frauen mit Universitätsabschluss sind es mit 47 Prozent um neun Prozentpunkte mehr als bei den Männern, die früher einmal Haschisch konsumiert haben. In den übrigen Bildungsklassen sind anteilmäßig

mehr Frauen zu finden, die noch nie versucht haben Haschisch zu rauchen. Aktuell haben Männer (18 Prozent) und Frauen (5 Prozent) mit Pflichtschulabschluss am häufigsten Haschisch geraucht. Die befragten Frauen und Männer mit Lehrabschluss haben am seltensten versucht Haschisch zu konsumieren.

Tabelle 35: Haschischkonsum nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Haben Sie jemals versucht Haschisch zu rauchen? (in %; nur Welle 1)				
	nein, niemals	ja, innerhalb des vergangenen Monats	ja, innerhalb des vergangenen Jahres	ja, früher	weiß nicht
Männer					
Pflichtschule	55,6	17,9	10,1	16,3	0,0
Lehre	62,5	9,9	2,5	24,8	0,4
mittlere Ausbildung	54,5	7,7	8,5	28,6	0,8
Universität	47,9	5,9	5,3	38,1	2,8
gesamt	56,5	9,5	6,1	27,0	0,9
Frauen					
Pflichtschule	70,6	4,9	7,0	17,5	0,0
Lehre	82,2	0,7	2,4	14,7	0,0
mittlere Ausbildung	64,4	4,3	6,0	24,7	0,6
Universität	39,9	0,0	11,5	47,0	1,6
gesamt	65,9	3,0	6,1	24,4	0,5

Auch nach beruflicher Position ist zu beobachten, dass mit zunehmend besserer Position häufiger versucht wurde Haschisch zu rauchen. Dies zeigt sich bei Frauen besonders deutlich. 83 Prozent der unqualifiziert tätigen Frauen haben im Vergleich zu 40 Prozent der Frauen in Führungspositionen noch nie Haschisch konsumiert. Der aktuelle Haschischkonsum ist bei den Frau-

en insgesamt gering. Bei den Männern sind die Unterschiede zwischen den beruflichen Positionen geringer. Innerhalb des vergangenen Monats haben Männer in Führungspositionen mit 13 Prozent, gefolgt von unqualifiziert tätigen Männern mit elf Prozent, am häufigsten Haschisch geraucht. Die meisten Männer haben es jedoch nur früher einmal versucht.

Tabelle 36: Haschischkonsum nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Haben Sie jemals versucht, Haschisch zu rauchen? (in %; nur Welle 1)				
	nein, niemals	ja, innerhalb des vergangenen Monats	ja, innerhalb des vergangenen Jahres	ja, früher	weiß nicht
Männer					
unqualifiziert	63,3	10,9	3,6	22,1	0,0
qualifiziert	56,3	8,4	7,3	26,7	1,3
hoch qualifiziert	54,4	8,3	6,1	31,2	0,0
Führungsposition	53,8	13,4	1,4	27,0	4,5
gesamt	56,9	9,4	5,5	27,2	1,0
Frauen					
unqualifiziert	82,5	1,5	2,9	13,0	0,0
qualifiziert	65,5	2,3	5,1	27,1	0,0
hoch qualifiziert	55,8	2,3	6,6	35,2	0,0
Führungsposition	40,4	1,9	5,8	44,6	7,3
gesamt	67,8	2,0	4,7	24,9	0,6

In den Nobelbezirken sind mehr Frauen und Männer zu finden, die schon versucht haben Haschisch zu rauchen, als in den übrigen Bezirken. Innerhalb des vergangenen Monats haben 14 Prozent und innerhalb des

vergangenen Jahres haben 15 Prozent der Männer in Nobelbezirken Haschisch geraucht. Rund 53 Prozent der Männer in den übrigen Bezirken haben niemals Haschisch geraucht, die Unterschiede liegen hier nur

im zeitlichen Verlauf des Haschischkonsums. Bei den Frauen, die in Nobelbezirken leben, ist die Gruppe, die es früher einmal versucht hat, mit 46 Prozent sehr groß. Frauen in ArbeiterInnenbezirken bilden mit 82

Prozent die größte Gruppe, die nie Haschisch konsumiert hat. Aktuell konsumiert in allen Bezirken nur ein geringer Prozentsatz der Frauen Haschisch.

Tabelle 37: Haschischkonsum nach Region (Bezirk) und Geschlecht

Region (Bezirk)	Haben Sie jemals versucht, Haschisch zu rauchen? (in %; nur Welle 1)				
	nein, niemals	ja, innerhalb des vergangenen Monats	ja, innerhalb des vergangenen Jahres	ja, früher	weiß nicht
Männer					
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	52,4	7,6	6,2	33,2	0,6
ArbeiterInnenbezirk	52,4	7,7	1,5	25,2	0,3
Mischbezirk	53,2	12,4	9,0	24,0	1,4
Nobelbezirk	44,9	13,7	14,8	23,9	2,7
gesamt	56,5	9,5	6,1	27,0	0,9
Frauen					
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	65,6	4,9	9,0	20,5	0,0
ArbeiterInnenbezirk	81,7	2,2	1,2	13,8	1,0
Mischbezirk	57,4	1,4	8,5	32,0	0,6
Nobelbezirk	45,7	7,0	1,6	45,7	0,0
gesamt	65,9	3,0	6,1	24,4	0,5

4.3 Krankheitsverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

4.3.1 Vorsorgeuntersuchungen

Mit zunehmendem Alter haben Frauen und Männer häufiger während des letzten Jahres an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. Ein Ausnahme bilden die über 74-jährigen Frauen und Männer, die diese Untersuchungen wieder seltener in Anspruch nehmen. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sind relativ gering. Junge Männer sind etwas vorsorgebe-

wusster als junge Frauen, es haben jedoch rund die Hälfte der 16- bis 24-jährigen Männer und Frauen noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. 15 Prozent der Männer bzw. 14 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe wissen nicht, wann sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben. In den Altersgruppen zwischen 25 und 59 Jahren nehmen Frauen etwas häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil als Männer dieser Altersgruppen.

Tabelle 38: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wann haben Sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
16–24	20,1	14,3	3,6	47,0	14,9
25–44	20,2	13,7	17,2	45,3	3,5
45–59	31,5	19,3	18,8	28,3	2,1
60–74	37,6	10,3	21,1	28,6	2,3
75+	33,1	7,7	21,5	32,7	5,0
gesamt	26,4	14,2	16,7	38,1	4,5
Frauen					
16–24	15,1	13,2	7,8	50,1	13,8
25–44	25,3	14,2	14,1	41,5	4,9
45–59	34,6	14,5	16,9	32,1	2,0
60–74	35,4	11,2	19,6	31,8	2,0
75+	28,9	8,1	20,5	32,4	10,2
gesamt	28,4	13,1	15,6	37,7	5,2

Zwischen der Bildung und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist kein eindeutiger Zusammenhang zu sehen. Bei den Männern ist die Gruppe mit Pflichtschulabschluss mit 49 Prozent die größte, die noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hat, bei den Frauen sind das ebenfalls jene mit Pflichtschulabschluss (39 Prozent) sowie jene mit Universitätsabschluss (40 Prozent). Zehn Prozent der männlichen

bzw. neun Prozent der weiblichen Befragten mit Pflichtschulabschluss wissen nicht, wann sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben. Je 29 Prozent der Männer mit Lehr- bzw. Universitätsabschluss und je 30 Prozent der Frauen mit Lehre bzw. mittlerer Ausbildung haben am öftesten im letzten Jahr an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen.

Tabelle 39: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Wann haben Sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
Pflichtschule	24,0	8,9	8,5	48,8	9,8
Lehre	28,7	17,6	18,5	32,3	2,8
mittlere Ausbildung	23,8	13,9	20,1	38,5	3,6
Universität	29,1	13,1	16,1	38,0	3,7
gesamt	26,4	14,2	16,7	38,1	4,5
Frauen					
Pflichtschule	25,8	10,3	15,0	39,4	9,4
Lehre	30,2	10,7	19,8	34,6	4,6
mittlere Ausbildung	30,4	16,1	13,1	37,6	2,8
Universität	24,4	15,3	16,1	40,2	4,0
gesamt	28,4	13,1	15,6	37,7	5,2

Frauen der Altersgruppe zwischen 25 und 59 Jahren haben im letzten Jahr mit über 70 Prozent am häufigsten einen Scheidenabstrich vornehmen lassen. Bei den jüngeren Frauen waren es nur 46 Prozent, 31 Prozent haben diese Vorsorgeuntersuchung noch nie in Anspruch genommen bzw. wissen sieben Prozent die-

ser Altersgruppe nicht, wann zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen wurde. Ab dem 60. Lebensjahr werden die zeitlichen Abstände, in denen ein Scheidenabstrich genommen wurde, immer größer. Bei 42 Prozent der über 74-jährigen Frauen liegt diese Untersuchung schon mehr als drei Jahre zurück.

Tabelle 40: Abnahme eines Scheidenabstriches bei Frauen nach dem Alter

Alter (Jahre)	Wann wurde zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Frauen					
16–24	45,5	13,6	3,1	30,9	7,0
25–44	70,8	17,1	6,4	4,0	1,7
45–59	72,5	12,8	12,1	1,8	0,7
60–74	51,5	19,5	20,7	4,3	4,1
75+	26,9	15,7	41,9	6,6	8,9
gesamt	61,0	15,9	13,4	6,6	3,1

Mit höherem Bildungsstatus lassen Frauen häufiger einen Scheidenabstrich vornehmen. Rund 72 Prozent der Frauen mit mittlerer Ausbildung bzw. Universitätsabschluss haben im letzten Jahr an dieser Untersuchung teilgenommen. Bei den Pflichtschulabsol-

ventinnen waren es nur 43 Prozent. 13 Prozent dieser Gruppe haben noch nie einen Scheidenabstrich vornehmen lassen, und neun Prozent wissen nicht, wann diese Untersuchung zuletzt vorgenommen wurde.

Tabelle 41: Abnahme eines Scheidenabstriches bei Frauen nach Schulbildung

Schulbildung	Wann wurde zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Frauen				
Pflichtschule	43,2	14,4	20,5	13,3	8,5
Lehre	61,1	21,3	12,7	4,3	0,7
mittlere Ausbildung	71,6	14,4	9,1	3,7	1,2
Universität	72,9	12,5	10,5	3,5	0,6
gesamt	61,0	15,9	13,4	6,6	3,1

Nach beruflicher Position lassen unqualifiziert tätige Frauen am seltensten einen Scheidenabstrich machen, 52 Prozent ließen im letzten Jahr diese Untersuchung durchführen. Bei den übrigen Positionen liegt der Prozentsatz jener Frauen, die im letzten Jahr an der Untersuchung teilgenommen haben, zwischen 68 Prozent und 71 Prozent. In allen beruflichen Positionen ist der

Anteil der Frauen, die noch nie einen Scheidenabstrich machen ließen, mit unter vier Prozent relativ gering, ausgenommen jener der unqualifiziert tätigen Frauen, bei denen sich sechs Prozent noch nie untersuchen ließen und sechs Prozent nicht wissen, wann zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen wurde.

Tabelle 42: Abnahme eines Scheidenabstriches bei Frauen nach beruflicher Position

berufliche Position	Wann wurde zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Frauen				
unqualifiziert	51,7	19,4	17,0	6,2	5,7
qualifiziert	71,3	12,5	12,5	3,1	0,6
hoch qualifiziert	67,5	16,7	12,7	2,0	1,1
Führungsposition	68,8	20,8	6,8	3,7	0,0
gesamt	62,7	16,4	14,0	4,2	2,7

Junge Frauen bilden mit 74 Prozent die größte Gruppe, die noch nie ein Bruströntgen machen hat lassen bzw. die mit sechs Prozent nicht wissen, wann sie zuletzt diese Untersuchung machen ließen. Frauen zwischen 45 und 59 Jahren haben mit 57 Prozent am häufigsten

diese Untersuchung im letzten Jahr durchführen lassen. Ab 60 Jahren werden die zeitlichen Abstände wieder größer, in denen eine Mammografie durchgeführt wurde. Bei 31 Prozent der Frauen über 74 Jahren liegt diese Untersuchung mehr als drei Jahre zurück.

Tabelle 43: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach Alter

Alter (Jahre)	Wann haben Sie zuletzt ein Brustströntgen (Mammografie) machen lassen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Frauen				
16–24	10,7	6,4	3,0	74,4	5,6
25–44	23,5	17,5	10,9	46,3	1,8
45–59	56,7	24,6	11,2	6,5	1,0
60–74	44,6	23,4	14,8	14,2	3,0
75+	25,0	13,7	31,2	23,7	6,4
gesamt	33,6	18,6	12,9	32,2	2,6

Frauen mit Lehrabschluss haben mit 40 Prozent am häufigsten im letzten Jahr eine Mammografie durchführen lassen. Pflichtschulabsolventinnen waren mit 26 Prozent am seltensten bei dieser Untersuchung.

Frauen mit Universitätsabschluss haben jedoch mit 40 Prozent am häufigsten noch nie ein Brustströntgen machen lassen.

Tabelle 44: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach Schulbildung

Schulbildung	Wann haben Sie zuletzt ein Brustströntgen (Mammografie) machen lassen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Frauen				
Pflichtschule	26,4	16,2	17,2	33,3	7,0
Lehre	40,0	23,1	12,7	23,7	0,5
mittlere Ausbildung	35,0	18,3	10,6	34,9	1,2
Universität	33,9	15,5	9,7	40,2	0,6
gesamt	33,6	18,6	12,9	32,2	2,6

Auch nach beruflicher Position bilden Frauen in Führungspositionen mit Abstand die größte Gruppe (39 Prozent), die noch nie eine Mammografie machen ließ. Durchschnittlich qualifizierte Frauen waren im letzten

Jahr mit 39 Prozent am öftesten beim Brustströntgen. In den letzten ein bis drei Jahren waren rund 20 Prozent der Frauen aller beruflichen Positionen bei dieser Vorsorgeuntersuchung.

Tabelle 45: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach beruflicher Position

berufliche Position	Wann haben Sie zuletzt ein Brustströntgen (Mammografie) machen lassen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Frauen				
unqualifiziert	33,0	20,5	14,6	27,4	4,5
qualifiziert	39,3	19,4	12,5	28,1	0,7
hoch qualifiziert	36,8	20,8	13,6	28,3	0,5
Führungsposition	31,5	23,4	6,6	38,5	0,0
gesamt	35,9	20,3	13,2	28,5	2,1

Mit zunehmendem Alter lassen Männer häufiger eine Prostatauntersuchung vornehmen. Vor allem gut die

Hälfte der über 60-Jährigen war im letzten Jahr bei dieser Untersuchung; nur ein geringer Prozentsatz, 15

Prozent der 60- bis 74-Jährigen und 19 Prozent der über 74-Jährigen, hat noch nie eine Prostatauntersuchung vornehmen lassen. Bei den jungen Männern (16

bis 24 Jahre) waren 74 Prozent noch nie bei einer Prostatauntersuchung, 13 Prozent wissen nicht, wann bzw. ob eine Prostatauntersuchung vorgenommen wurde.

Tabelle 46: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wann wurde zuletzt eine Prostatauntersuchung vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Männer				
16–24	6,8	4,4	1,5	74,1	13,3
25–44	10,7	9,6	8,9	66,8	4,0
45–59	36,0	17,8	15,5	28,9	1,9
60–74	55,5	16,7	13,2	13,9	0,6
75+	53,1	10,2	13,4	19,1	4,2
gesamt	25,8	12,1	10,5	47,4	4,1

Männer mit Lehrabschluss lassen insgesamt am häufigsten eine Prostatauntersuchung vornehmen. 25 Prozent der Männer mit mittlerer Ausbildung bzw. Universitätsabschluss waren im letzten Jahr bei dieser Untersuchung, rund 47 Prozent der Männer dieser Bildungsgruppen waren noch nie bei einer

Prostatauntersuchung. 64 Prozent der Männer mit Pflichtschulabschluss ließen noch nie diese Vorsorgeuntersuchung vornehmen, neun Prozent wissen nicht, wann bzw. ob diese Untersuchung durchgeführt wurde, und nur bei 15 Prozent dieser Bildungsgruppe wurde im letzten Jahr die Prostata untersucht.

Tabelle 47: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Wann wurde zuletzt eine Prostatauntersuchung vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Männer				
Pflichtschule	15,0	6,2	5,7	63,7	9,4
Lehre	31,9	14,8	11,2	39,2	2,8
mittlere Ausbildung	25,4	12,6	11,8	46,8	3,3
Universität	25,1	11,5	12,9	48,4	2,0
gesamt	25,8	12,1	10,5	47,4	4,1

Je höher die berufliche Position desto häufiger haben Männer an einer Prostatauntersuchung teilgenommen. Rund 31 Prozent der hoch Qualifizierten bzw. Männer in Führungsposition haben im letzten Jahr die Prostata

untersuchen lassen. 57 Prozent der unqualifiziert tätigen und 46 Prozent der qualifizierten Männer haben noch nie diese Untersuchung vornehmen lassen.

Tabelle 48: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Wann wurde zuletzt eine Prostatauntersuchung vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
	Männer				
unqualifiziert	21,5	8,8	9,2	56,5	4,1
qualifiziert	26,8	12,6	10,4	46,2	4,0
hoch qualifiziert	31,3	14,9	10,9	41,1	1,9
Führungsposition	31,5	15,6	15,7	34,7	2,6
gesamt	27,4	12,7	10,9	45,7	3,3

4.3.2 Medikamentenkonsum

Insgesamt nehmen Frauen häufiger Medikamente zu sich als Männer. Der Konsum von Medikamenten steigt mit zunehmendem Alter an. Medikamente gegen zu hohen Blutdruck nehmen Frauen und Männer am häufigsten ab 60 Jahren. 37 Prozent der Männer und 31 Prozent der Frauen von 60 bis 74 Jahren und 41 Prozent der Männer bzw. 39 Prozent der Frauen über 74 Jahren nehmen blutdrucksenkende Medikamente ein. Herzmittel nehmen in erster Linie über 74-jährige Männer (35 Prozent) und über 74-jährige Frauen (30 Prozent) ein. Medikamente gegen Muskel-, Knochen-, Sehnen- und Gelenkschmerzen werden vor allem von Frauen eingenommen, 20 Prozent der 60- bis 74-jährigen bzw. 33 Prozent der über 74-jährigen

Frauen konsumieren diese Medikamente. Andere Schmerzmittel werden von Frauen und Männern jüngerer Jahrgänge häufiger genommen. 19 Prozent der 16- bis 24-Jährigen, 17 Prozent der 25- bis 44-Jährigen und 18 Prozent der 45- bis 59-Jährigen nehmen andere Schmerzmittel. Rund 13 Prozent der Männer zwischen 25 und 59 Jahren nehmen andere Schmerzmittel. Schlafmittel nehmen mit 15 Prozent am häufigsten über 74-jährige Frauen, bei den Männern sind es die über 74-jährigen mit 13 Prozent. Beruhigungsmittel werden mit Abstand am öftesten von über 74-jährigen Frauen (12 Prozent) eingenommen. Mittel gegen Asthma werden insgesamt nur von einem geringen Prozentsatz konsumiert, am häufigsten mit sieben Prozent von über 74-jährigen Frauen.

Tabelle 49: Medikamentenkonsum nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Einnahme von Medikamenten (in %)							
	gegen Asthma	gegen Bluthochdruck	Herzmittel	gegen Muskel-, Knochen-, Sehnen- und Gelenkschmerzen	andere Schmerzmittel	Schlafmittel	Beruhigungsmittel	gar keine
Männer								
16–24	1,2	0,0	0,7	1,6	6,1	0,0	0,4	81,4
25–44	1,3	2,4	0,4	5,6	13,7	1,3	1,3	62,4
45–59	1,2	15,8	5,8	7,8	13,4	2,8	1,8	45,4
60–74	2,8	36,5	19,2	8,8	8,3	2,4	2,5	23,2
75+	1,9	41,1	35,0	18,2	11,7	12,9	3,0	15,1
gesamt	2,2	13,0	6,9	7,0	11,8	2,4	1,6	51,7
Frauen								
16–24	0,9	0,5	0,0	3,0	18,6	1,7	1,9	59,8
25–44	1,3	0,8	0,4	3,2	17,4	1,0	1,9	59,8
45–59	2,0	13,4	2,8	14,9	17,8	4,1	4,5	35,6
60–74	3,0	31,3	10,2	20,3	9,2	6,7	5,2	24,4
75+	7,3	38,9	30,0	32,5	14,6	15,0	12,1	12,9
gesamt	2,3	12,5	5,6	11,8	16,1	4,2	4,1	43,6

Am häufigsten lassen sich Frauen und Männer von ÄrztInnen erklären, wie Medikamente eingenommen werden müssen. Über 90 Prozent der Frauen aller Altersgruppen vertrauen den ÄrztInnen. Männer der ersten beiden Altersgruppen lassen sich den Gebrauch von Medikamenten etwas seltener (70 Prozent bzw. 85 Prozent) von ÄrztInnen erklären, dafür etwas häufiger

(rund 28 Prozent) in der Apotheke aufklären als die anderen Altersgruppen. Die Prozentsätze all jener Frauen und Männer, die sich von einer anderen Person über Medikamente aufklären lassen, ist sehr gering. Rund acht Prozent der Frauen und Männer zwischen 16 und 24 Jahren lassen sich von niemandem über den Gebrauch aufklären.

Tabelle 50: Medikamentenaufklärung durch ÄrztInnen und andere Einrichtungen nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Erklärung, wie Medikamente eingenommen werden müssen (in %)			
	Arzt/Ärztin	Apotheke	andere	niemand
Männer				
16–24	69,3	28,7	4,4	8,3
25–44	84,9	28,3	5,9	6,7
45–59	95,3	14,4	0,9	2,3
60–74	98,3	11,6	0,4	0,6
75+	92,1	13,8	2,2	5,2
gesamt	92,7	16,9	2,1	3,3
Frauen				
16–24	91,0	10,3	0,0	8,7
25–44	89,1	14,9	2,6	7,0
45–59	93,5	21,4	1,9	2,2
60–74	94,7	20,9	3,5	2,7
75+	96,0	14,2	2,7	2,4
gesamt	93,3	17,9	2,5	3,7

Information über die Nebenwirkungen von Medikamenten holen sich Frauen und Männer in erster Linie, indem sie den Beipackzettel lesen. Dies tun Männer etwas häufiger als Frauen. Die über 74-jährigen Frauen lesen mit 58 Prozent am seltensten den Beipackzettel, dafür informieren sie sich mit 50 Prozent am häufigsten bei ihrem Arzt bzw. bei ihrer Ärztin. Insgesamt informieren sich Frauen etwas häufiger (43 Prozent) als

Männer (38 Prozent) bei ÄrztInnen über Nebenwirkungen der Medikamente. Information über die Apotheke, in der Familie, bei FreundInnen oder anderes wird von Frauen und Männern verhältnismäßig wenig in Anspruch genommen. Gar nicht über Nebenwirkungen informieren sich vor allem über 74-jährige Frauen (18 Prozent), über 74-jährige Männer (16 Prozent) sowie die 25- bis 44-jährigen Männer (18 Prozent).

Tabelle 51: Information über Nebenwirkungen nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Information über Nebenwirkungen dieser Medikamente (in %)					
	durch den Beipackzettel	durch Arzt/Ärztin	in der Apotheke	in der Familie, bei FreundInnen	anderes	nein
Männer						
16–24	82,5	37,2	7,1	3,6	0,0	9,1
25–44	72,5	27,2	3,7	1,5	1,7	17,7
45–59	75,2	38,9	4,2	2,7	4,1	12,3
60–74	81,9	44,1	4,3	0,9	1,1	8,5
75+	69,5	38,9	3,1	8,0	0,7	15,5
gesamt	76,0	37,9	4,0	2,8	2,0	12,7
Frauen						
16–24	69,3	45,8	3,1	1,6	0,0	8,2
25–44	74,6	32,4	4,4	3,6	2,2	10,9
45–59	78,6	41,5	5,5	0,2	2,5	11,8
60–74	77,7	45,3	6,6	3,7	1,5	8,5
75+	58,2	50,8	3,8	4,4	2,6	18,1
gesamt	72,9	42,6	5,1	2,7	2,1	12,0

4.3.3 Arztkonsultationen wegen Beschwerden

Den Hausarzt suchten in den vergangenen drei Monaten Frauen und Männer aller Altersgruppen am häufigsten wegen Beschwerden auf. Mit zunehmendem Alter nahmen die Hausarztbesuche bei Frauen und Männern zu. Über 74-jährige Männer konsultierten diesen mit 63 Prozent am häufigsten, gefolgt von den über 74-jährigen Frauen mit 61 Prozent. Die ÄrztInnen ins Haus kommen ließen ebenfalls am häufigsten die über 74-jährigen Frauen und Männer. FachärztInnen suchten Frauen über 45 Jahren (40 Prozent bis 44

Prozent) häufiger auf als jüngere Frauen. Bei den Männern sind dies die Altersgruppen ab 60 Jahren (35 Prozent bis 37 Prozent). ZahnärztInnen mussten wegen Beschwerden in den vergangenen drei Monaten eher mittlere Altersgruppen aufsuchen, die Prozentsätze liegen hier zwischen 18 Prozent und 19 Prozent. Über 74-Jährige waren wiederum am häufigsten in den vergangenen drei Monaten stationär im Krankenhaus; neun Prozent waren es bei den Männern und 12 Prozent bei den Frauen. 60 Prozent der 16- bis 24-jährigen Männer und 50 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe haben in den letzten drei Monaten keine ÄrztInnen konsultiert.

Tabelle 52: Konsultieren diverser ÄrztInnen wegen Beschwerden nach Alter und Geschlecht

Arzt/Ärztin	Arztbesuch wegen Beschwerden in den vergangenen 3 Monaten (in %)				
	Alter (Jahre)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
HausärztInnen	25,8	30,0	42,2	52,1	63,0
Hausbesuch von ÄrztInnen	0,6	1,3	1,6	3,6	10,5
FachärztInnen	8,0	17,6	28,0	36,9	35,1
ZahnärztInnen	12,3	18,9	17,7	12,2	6,2
BetriebsärztInnen	0,0	0,6	2,4	0,5	0,0
NotärztInnen	0,4	0,5	0,8	0,9	0,6
Ambulanz	3,3	5,1	6,0	7,1	4,5
ich war im Krankenhaus (nicht ambulant)	2,9	1,8	5,9	6,3	8,5
andere ÄrztInnen	1,6	1,2	2,2	2,7	0,0
nein	57,9	49,7	38,6	23,3	23,1
Frauen					
HausärztInnen	27,1	29,3	49,1	60,2	60,9
Hausbesuch von ÄrztInnen	1,0	1,0	2,4	2,7	12,6
FachärztInnen	16,6	26,8	39,5	44,4	40,7
ZahnärztInnen	18,2	19,4	17,9	14,0	13,7
BetriebsärztInnen	0,0	0,5	0,9	0,0	0,0
NotärztInnen	1,4	0,2	0,9	0,5	2,1
Ambulanz	5,8	3,0	6,6	6,1	4,8
ich war im Krankenhaus (nicht ambulant)	3,3	2,8	7,0	3,3	12,1
andere ÄrztInnen	0,2	2,5	1,9	3,2	2,2
nein	49,7	44,2	26,2	23,3	15,5

4.3.4 Konsultation einer Gesundheitskraft

In den vergangenen drei Monaten wurden von Frauen und Männern andere Gesundheitsdienste nur in sehr geringem Maße in Anspruch genommen. 97 Prozent der jungen Männer (16 bis 24 Jahre) und 95 Prozent der jungen Frauen konsultierten niemanden. PhysiotherapeutInnen werden noch am häufigsten von Frauen und Männern in Anspruch genommen. Neun Prozent der Frauen und sechs Prozent der Männer zwi-

schen 45 und 59 Jahren nutzten dieses Angebot am häufigsten. PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen werden von Frauen etwas häufiger konsultiert als von Männern. 25- bis 44-Jährige und 45- bis 59-jährige Frauen waren mit rund vier Prozent am öftesten bei diesen TherapeutInnen. ChiropraktikerInnen und KrankenpflegerInnen wurden kaum in Anspruch genommen. Personen anderer Gesundheitsberufe wurden von weniger als fünf Prozent der Befragten konsultiert.

Tabelle 53: Konsultation einer Gesundheitskraft nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Konsultation einer anderen Person in einem Gesundheitsberuf in den vergangenen 3 Monaten (in %)					
	Kranken- pflegerIn	Physio- therapeutIn	Chiro- praktikerIn	PsychotherapeutIn, PsychologIn	andere	nein
Männer						
16–24	0,0	1,7	0,2	0,8	0,7	97,0
25–44	0,7	4,5	0,9	3,0	3,4	88,0
45–59	0,3	6,2	0,9	1,2	3,9	88,0
60–74	0,0	3,4	0,1	0,5	2,5	93,5
75+	0,0	5,2	0,9	0,0	1,7	92,1
gesamt	0,4	4,5	0,7	1,7	3,0	90,2
Frauen						
16–24	0,4	1,7	0,0	0,5	2,8	94,6
25–44	0,5	4,2	0,5	4,2	4,7	87,0
45–59	0,1	9,2	1,8	3,7	5,1	80,7
60–74	1,5	8,2	1,2	0,3	3,4	86,9
75+	2,0	4,5	0,9	1,6	1,6	89,5
gesamt	0,7	5,8	0,9	2,8	4,1	86,5

4.3.5 Komplementärmedizinische Behandlungen

Komplementärmedizinische Behandlungen werden von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen. Am häufigsten kommt die Massage bei Frauen (26 Prozent) und bei Männern (20 Prozent) zum Einsatz, gefolgt vom Gebrauch homöopathischer Mittel, die von 26 Prozent der Frauen und deutlich seltener von 16 Prozent der Männer konsumiert werden. Heilsalben wurden von elf Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen auch noch relativ häufig verwendet.

Ernährungsberatung bzw. Diätberatung, Anwendungen mit speziellen Apparaten und andere alternative Behandlungen werden mit rund sechs Prozent von Frauen und Männern in Anspruch genommen. Rund vier Prozent der Frauen und Männer nutzten autogenes Training oder Akupunktur. Akupressur und Reflexzonentherapie kamen mit insgesamt 2–3 Prozent eher selten zum Einsatz. Hypnose wird nur von einem verschwindend geringen Teil (0,4 Prozent) angenommen. 59 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen nahmen keine dieser komplementärmedizinischen Behandlungen in Anspruch.

Tabelle 54: Komplementärmedizinische Behandlungen nach Geschlecht

komplementärmedizinische Behandlungen in den letzten 12 Monaten	Geschlecht		
	Männer (in %)	Frauen (in %)	gesamt (in %)
homöopathische Mittel	16,1	25,9	21,2
Reflexzonentherapie	1,3	3,0	2,2
autogenes Training	3,7	3,7	3,7
Ernährungsberatung, Diätberatung	5,6	5,9	5,8
Akupunktur	2,8	5,6	4,2
Akupressur	2,4	3,0	2,7
Massage	20,2	26,1	23,3
Anwendungen mit speziellen Apparaten	5,5	6,7	6,1
Heilsalben	10,5	13,2	11,9
Hypnose	0,4	0,5	0,4
andere alternative Behandlungen	5,2	8,1	6,7
nein	58,7	48,8	53,4

4.3.6 ZahnärztInnenkonsultation

ZahnärztInnen werden von Frauen aller Bildungsklassen häufiger besucht als von Männern. Ausgenommen der Personen mit Pflichtschulabschluss waren in den anderen Bildungsklassen mehr als 50 Prozent der Frauen und Männer fünfmal oder öfter in den letzten fünf Jahren bei ZahnärztInnen. Am häufigsten waren

das Frauen (73 Prozent) und Männer (62 Prozent) mit mittlerer Ausbildung. Zwischen 22 Prozent und 25 Prozent der Männer und 16 Prozent bis 23 Prozent der Frauen waren zwei- bis viermal in den letzten fünf Jahren bei ZahnärztInnen. PflichtschulabgängerInnen bilden die größte Gruppe mit 16 Prozent bei den Männern und 14 Prozent bei den Frauen, die in den letzten fünf Jahren nie bei ZahnärztInnen waren.

Tabelle 55: ZahnärztInnenbesuche nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	ZahnärztInnenbesuche in den letzten fünf Jahren (in %)			
	5-mal oder öfter	2- bis 4-mal	1- oder 2-mal	nie
Männer				
Pflichtschule	42,5	24,0	18,0	15,5
Lehre	53,3	21,5	16,4	8,8
mittlere Ausbildung	62,0	22,6	9,8	5,6
Universität	57,2	24,7	9,4	8,7
gesamt	54,3	22,7	13,8	9,2
Frauen				
Pflichtschule	46,7	17,3	22,5	13,5
Lehre	61,3	19,6	11,4	7,7
mittlere Ausbildung	72,9	16,3	7,4	3,4
Universität	68,9	22,8	7,3	1,0
gesamt	62,1	18,1	12,7	7,1

Nach beruflicher Position lässt sich sehr ähnliches beobachten wie nach dem Bildungsstand. Mehrheitlich wurden ZahnärztInnen fünfmal oder öfter in den letzten fünf Jahren konsultiert. Personen in hoch qualifizierten Positionen besuchten am häufigsten mit 60 Prozent (Männer) bzw. 76 Prozent (Frauen) fünfmal oder öfter ZahnärztInnen in den letzten fünf Jahren.

Die Unterschiede zwischen den oberen drei Berufsklassen sind bei Frauen und Männern relativ gering. Unqualifiziert Tätige gingen mit Abstand seltener zu ZahnärztInnen, 15 Prozent der Männer und zehn Prozent der Frauen dieser Gruppe waren in den letzten fünf Jahren überhaupt nicht bei ZahnärztInnen.

Tabelle 56: ZahnärztInnenbesuche nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	ZahnärztInnenbesuche in den letzten fünf Jahren (in %)			
	5-mal oder öfter	2- bis 4-mal	1- oder 2-mal	nie
Männer				
unqualifiziert	44,3	23,9	17,3	14,5
qualifiziert	56,2	21,6	13,6	8,7
hoch qualifiziert	59,0	20,8	12,6	7,5
Führungsposition	57,7	25,9	10,8	5,7
gesamt	54,5	22,4	13,8	9,3
Frauen				
unqualifiziert	51,4	18,5	20,5	9,6
qualifiziert	69,7	17,3	7,8	5,3
hoch qualifiziert	75,8	15,3	6,4	2,5
Führungsposition	68,2	21,8	6,3	3,7
gesamt	63,2	17,7	12,6	6,5

Mit zunehmendem Bildungsstatus gingen Frauen und Männer öfter zu einer Kontrolluntersuchung bei ZahnärztInnen. Eine Ausnahme bilden Frauen mit Universitätsabschluss, die etwas seltener bei einer Kon-

trolluntersuchung waren, als jene mit mittlerer Ausbildung. Frauen waren insgesamt häufiger bei dieser Untersuchung als Männer.

Tabelle 57: Zahnbehandlungen nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	normale Kontrolluntersuchung	
	Männer (in %)	Frauen (in %)
Pflichtschule	46,5	54,2
Lehre	53,7	60,1
mittlere Ausbildung	60,5	68,1
Universität	60,0	61,5

4.4 Indikatoren zum Gesundheitsverhalten

Die Darstellung der Indikatoren gliedert sich nach den üblichen vier Stratifizierungsvariablen: (1) Alter, (2) Bildung, (3) Einkommen und (4) berufliche Position, wobei innerhalb jeder Stratifizierung zusätzlich nach Männern und Frauen getrennt analysiert wurde. Die inhaltliche Interpretation aller Ergebnisse erfolgt gleich zu Beginn dieses Kapitels. Auf den folgenden Seiten finden sich dann die Tabellen und Liniendiagramme nach Alter, Bildung, Einkommen und beruflicher Position geordnet, in welchen die numerischen Ergebnisse angeführt sind. Die Abkürzung F verweist auf die Fragebogennummer, um die Zuordnung der Indikatoren im Fragebogen zu ermöglichen.

Zur Beurteilung der Inanspruchnahme von Informationsquellen zu gesundheitlichen Themen wurde der Indikator **Gesundheitsinformation** gebildet. Er summiert bis zu zwölf mögliche Quellen wie z. B. Arzt, Verwandte, Medien, etc. auf (F44). Die älteste und die jüngste Altersgruppe geben die geringste Inanspruchnahme solcher Informationsquellen an. Bei den Frauen nimmt der Wert mit höherer Bildung linear zu, während bei Männern eher eine gleichmäßige Verteilung besteht. Männer mit mittlerer Bildung erreichen hier den höchsten Wert. Generell gesprochen nehmen die Werte mit steigendem Einkommen zu. Gleiches gilt für die ersten drei beruflichen Positionen. Personen mit Führungspositionen liegen etwas unter der Gruppe der hoch Qualifizierten.

Gesundheitshandeln wurde mittels zwölf Items (F85) erhoben, die zu einem Indikator **positives Gesundheitsverhalten** zusammengefasst wurden. Dieser setzt sich z. B. aus folgenden Faktoren zusammen: bewusste Entspannung (z. B. Stress fernhalten, ausruhen), aktives Vorbeugen (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Sport betreiben) und Vermeiden von Alkohol. Der Indikator summiert die angegebenen Verhaltensweisen. Positives Gesundheitsverhalten nimmt mit dem Alter zu, fällt jedoch bei den über 74-Jährigen wieder stark ab. Bei den Frauen liegt bezüglich Bildung eine relativ ausgeglichene Verteilung vor, den höchsten Wert geben Universitätsabsolventinnen an. Bei der männlichen Gruppe steigen die Werte mit zunehmender Bildung an, wobei die Universitätsabsolventen eine Ausnahme bilden und einen geringeren Wert erzielen als Personen mit mittlerer Ausbildung. Positives Gesundheitsverhalten steigt mit dem Einkommen. Eine Ausnahme sind

Frauen der höchsten Einkommensklasse, sie fallen stark ab. Je höher die berufliche Position der Personen ist, desto besser ist auch deren Gesundheitsverhalten.

Physische Aktivität, die sich durch Sport und Bewegung, wie auch Wandern, Turnen und Gymnastik definiert, wurde mittels 15 Einzelitems (F100) abgefragt. Mögliche Antwortkategorien waren: mehrmals pro Woche/alle 1–2 Wochen/1–2mal pro Monat/seltener/nie. Die körperliche Bewegung nimmt mit dem Alter ab. Eine Ausnahme stellen nur junge Frauen dar, die etwas weniger aktiv sind als 25- bis 59-jährige Frauen. Die physische Aktivität nimmt mit steigender Bildung linear zu. Dies gilt auch – mit marginalen Abweichungen in den obersten Schichten – für die Einkommens- und Berufsklassifikation.

Vorsorge ist ein weiterer Indikator für Gesundheitshandeln. Die Angabe der Personen darüber, in welchen Zeiträumen vier verschiedene vorgegebene Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden, dienen als Grundlage für diesen Indikator (F47). Das Vorsorgeverhalten wird mit zunehmendem Alter besser, fällt jedoch bei den über 74-Jährigen geringfügig ab. Bei den Männern weisen die Pflichtschulabsolventen das schlechteste Vorsorgeverhalten auf, bei den Frauen sind es bemerkenswerterweise die Universitätsabsolventinnen. Vergleichbares ergibt sich bei der beruflichen Position. Unqualifiziert Tätige schneiden bei den Männern am schlechtesten ab, Universitätsabsolventinnen liegen sogar noch darunter. Vorsorgeverhalten korreliert positiv mit dem Einkommen.

Der Indikator **Alternativmedizin** summiert die in den letzten zwölf Monaten in Anspruch genommenen komplementärmedizinischen Behandlungen, wobei zwölf Antwortmöglichkeiten vorgegeben wurden (F49). Alternativmedizinische Methoden werden am stärksten von den drei mittleren Altersgruppen in Anspruch genommen. Generell gesprochen ist zunehmende Inanspruchnahme mit steigender sozialer Schicht, klassifiziert nach Bildung, Einkommen und Beruf, gegeben.

Als weitere Dimension des Gesundheitshandelns wurde das Ernährungsverhalten erhoben. Es wurde ein Indikator **gesunde Ernährung** gebildet, der häufigen Konsum von Fisch, gekochtem Gemüse, Rohkost/Sa-

lat/rohem Gemüse, frischem Obst und Vollkornbrot als Grundlage heranzieht (F95). Die Beurteilung erfolgte über eine fünfstufige Ratingskala von (fast) täglich/mehrmals pro Woche/mehrmals pro Monat/selten/nie. Das Ernährungsverhalten wird mit zunehmendem Alter besser. Einzige Ausnahme sind Frauen über 74 Jahre, deren Wert mäßig abfällt. Bezüglich der Sozialschichteinteilungen herrscht eher ein homogenes Bild vor. Leichte Tendenzen eines positiven Zusammenhangs zwischen höherer Schicht und gesünderer Ernährung sind jedoch beobachtbar.

Alkoholkonsum wurde über drei Einzelitems (F87; Bier, Wein, Spirituosen) erhoben, die mittels einer achtstufigen Mengenskala bezogen auf einen Tag beurteilt wurden. Der Indikator **Alkohol** wurde aus diesen Items gebildet, in dem die Mengenangaben annäherungsweise in Gramm Alkohol umgerechnet und aufsummiert wurden. Der Alkoholkonsum steigt bei Männern im Übergang von der ersten zur zweiten Altersphase sprunghaft an, bleibt dann bis zu einem Lebensalter von 74 Jahren ziemlich stabil und fällt danach wieder stark ab. Der Alkoholkonsum der Frauen beträgt mengenmäßig in etwa ein Drittel oder weniger des männlichen Konsums. Die Verteilung über die weiblichen Altersgruppen erscheint ausgeglichen, wobei die Werte zwischen 3,88 in der ältesten Gruppe und 4,77 bei 45- bis 59-Jährigen variieren. Bei den Männern konsumieren jene mit Lehrabschluss am meisten Alkohol, bei Frauen jene mit Universitätsabschluss. Für die Männer kann festgehalten werden: Je höher das Einkommen, desto mehr Alkohol wird konsumiert. Bei den Frauen geben die höchste und niedrigste Einkommensschicht den größten Alkoholkonsum an. Bezüglich beruflicher Position geben hoch qualifizierte Männer den höchsten Konsum an, während bei Frauen eine lineare Zunahme mit steigender beruflicher Stellung gegeben ist.

Als Indikator des Körpergewichtes wurde der **Body Mass Index** [BMI = Körpergewicht (kg)/ Körpergröße (m) zum Quadrat] untersucht. Der BMI nimmt bis einschließlich der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen kontinuierlich zu und bei über 74-Jährigen wieder ab. Männer mit Lehrabschluss zeigen in dieser Verteilung mit 26,5 den höchsten Wert, während die anderen Bildungsklassen um 25 liegen. Bei den Frauen nehmen die Werte mit zunehmender Bildung ab. Einkommens- und Berufsverteilung weisen kaum markante Differenzen aus. Bemerkenswert ist der niedrige Wert von 22,4 von Frauen in Führungspositionen.

Zigarettenrauchen stellt eines der stärksten verhaltensgebundenen Gesundheitsrisiken dar. Das **Rauchverhalten** wurde durch die Variable durchschnittliche Zigarettenanzahl pro Tag (F92) erhoben. Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten ist bis zu einem Lebensalter von 59 Jahren einigermaßen gleichbleibend und nimmt in den letzten beiden Lebensphasen stark ab. Frauen rauchen durchschnittlich viel weniger als Männer. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum nimmt mit steigender Bildung linear ab. Dies gilt auch für Frauen mit steigendem Einkommen, während bei den Männern die unterste und die oberste Einkommensschicht am meisten rauchen. Bei der Verteilung zur beruflichen Position ist auffällig, dass unqualifizierte Männer mit Abstand den höchsten Wert angeben.

Insgesamt kann zum Themenkomplex Gesundheitsverhalten festgehalten werden, dass Frauen eine weit gesündere Lebensweise bevorzugen und ein besser ausgeprägtes präventives Verhalten aufweisen als Männer. Die einzige Ausnahme stellt die physische Aktivität dar. In diesem Bereich sind Männer aktiver als Frauen.

4.4.1 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Alter

Tabelle 58: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach Alter und Geschlecht

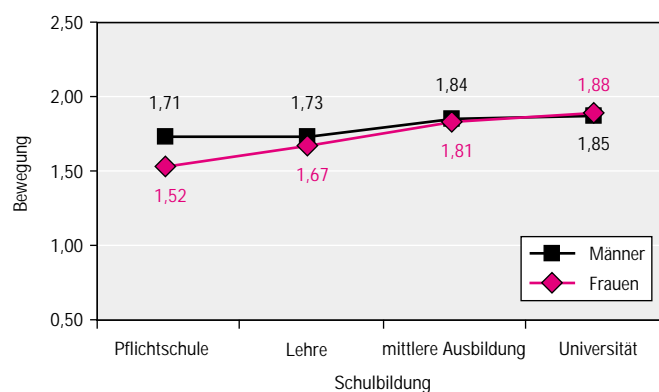
Indikatoren	Alter (Jahre; Mittelwerte)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
Gesundheitsinformation	2,24	2,68	2,62	2,58	2,34
positives Gesundheitsverhalten	4,25	4,61	4,99	5,48	4,97
Bewegung	1,96	1,81	1,76	1,72	1,40
Vorsorge	2,72	2,78	3,26	3,34	3,33
Alternativmedizin	0,39	0,83	0,81	0,68	0,65
gesunde Ernährung	3,30	3,50	3,58	3,68	3,77
Alkohol	12,81	18,02	19,46	17,83	12,07
Body Mass Index	22,89	24,88	26,67	27,15	25,65
Frauen					
Gesundheitsinformation	2,64	2,98	3,04	2,85	2,59
positives Gesundheitsverhalten	4,41	5,17	5,05	5,22	4,81
Bewegung	1,72	1,79	1,74	1,66	1,32
Vorsorge	2,65	2,86	3,24	3,37	3,27
Alternativmedizin	0,56	1,03	1,17	1,15	0,86
gesunde Ernährung	3,56	3,86	3,97	3,98	3,84
Alkohol	3,97	4,14	4,77	4,67	3,88
Body Mass Index	21,40	23,10	25,56	26,41	25,78

4.4.2 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Schulbildung

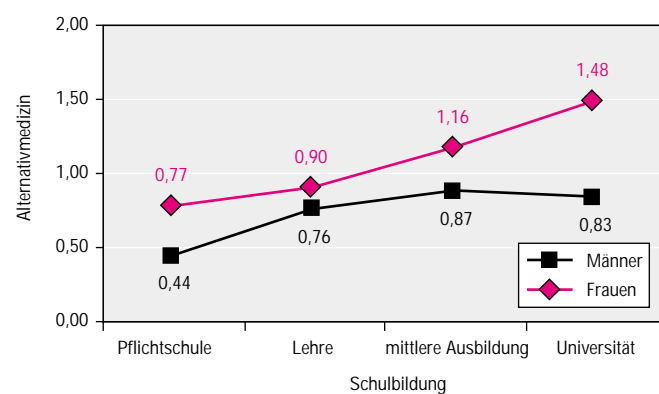
Tabelle 59: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach Schulbildung und Geschlecht

Indikatoren	Schulbildung (Mittelwerte)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
Männer				
Gesundheitsinformation	2,52	2,44	2,76	2,64
positives Gesundheitsverhalten	4,55	4,79	5,08	4,80
Bewegung	1,71	1,73	1,84	1,85
Vorsorge	2,77	3,14	3,03	3,02
Alternativmedizin	0,44	0,76	0,87	0,83
gesunde Ernährung	3,36	3,50	3,67	3,63
Alkohol	15,54	20,72	14,42	16,22
Body Mass Index	24,65	26,48	25,09	24,55
Frauen				
Gesundheitsinformation	2,68	2,84	3,04	3,12
positives Gesundheitsverhalten	5,09	4,93	5,04	5,30
Bewegung	1,52	1,67	1,81	1,88
Vorsorge	3,01	3,10	3,11	2,94
Alternativmedizin	0,77	0,90	1,16	1,48
gesunde Ernährung	3,73	3,86	3,94	4,01
Alkohol	4,14	3,63	4,42	5,97
Body Mass Index	25,68	24,80	23,39	22,62

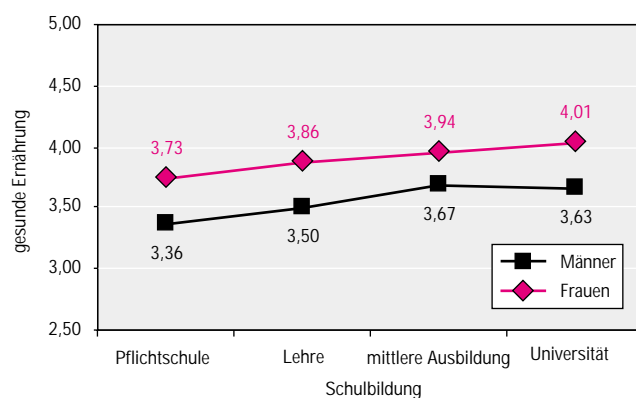
Grafik 1: Bewegung nach Schulbildung und Geschlecht

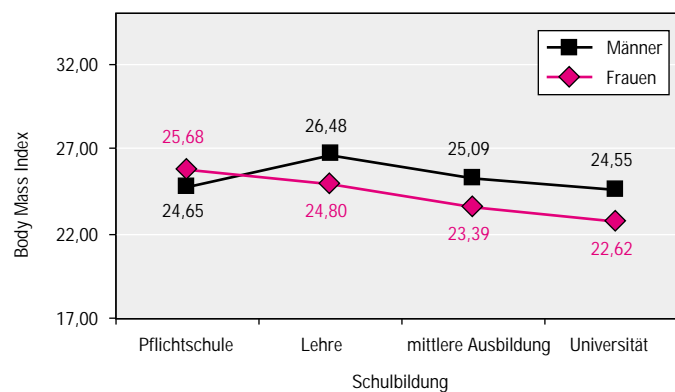


Grafik 2: Alternativmedizin nach Schulbildung und Geschlecht



Grafik 3: Gesunde Ernährung nach Schulbildung und Geschlecht



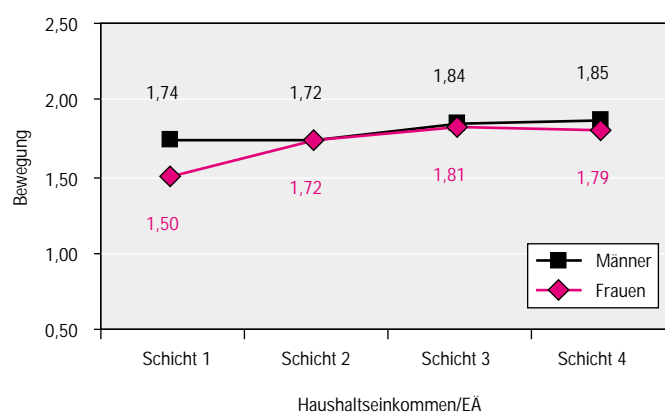
Grafik 4: Body Mass Index nach Schulbildung und Geschlecht

4.4.3 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach Haushaltseinkommen

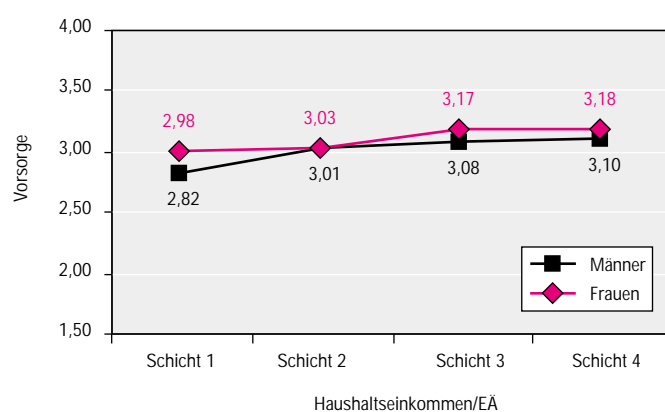
Tabelle 60: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Indikatoren	Haushaltseinkommen/EÄ (Mittelwerte)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
Männer				
Gesundheitsinformation	2,41	2,52	2,67	2,65
positives Gesundheitsverhalten	4,29	4,95	4,86	5,07
Bewegung	1,74	1,72	1,84	1,85
Vorsorge	2,82	3,01	3,08	3,10
Alternativmedizin	0,61	0,67	0,91	0,89
gesunde Ernährung	3,50	3,47	3,55	3,62
Alkohol	9,87	17,24	18,62	21,08
Body Mass Index	24,83	25,50	25,92	25,53
Frauen				
Gesundheitsinformation	2,65	2,95	2,95	3,16
positives Gesundheitsverhalten	4,88	5,08	5,28	4,92
Bewegung	1,50	1,72	1,81	1,79
Vorsorge	2,98	3,03	3,17	3,18
Alternativmedizin	0,82	1,03	1,13	1,16
gesunde Ernährung	3,70	3,88	3,93	3,96
Alkohol	4,82	3,73	3,84	5,42
Body Mass Index	24,55	24,51	24,32	24,07

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 5: Bewegung nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 6: Vorsorge nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

4.4.4 Indikatoren des Gesundheitsverhaltens stratifiziert nach beruflicher Position

Tabelle 61: Indikatoren des Gesundheitsverhaltens nach beruflicher Position und Geschlecht

Indikatoren	berufliche Position (Mittelwerte)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
Gesundheitsinformation	2,51	2,55	2,71	2,59
positives Gesundheitsverhalten	4,50	4,80	5,01	5,26
Bewegung	1,59	1,80	1,82	1,80
Vorsorge	2,89	3,07	3,12	3,07
Alternativmedizin	0,62	0,68	0,89	0,92
gesunde Ernährung	3,39	3,52	3,66	3,51
Alkohol	18,45	13,92	21,19	15,04
Body Mass Index	25,67	25,72	25,69	25,41
Frauen				
Gesundheitsinformation	2,71	3,00	3,13	3,02
positives Gesundheitsverhalten	4,82	5,24	5,24	5,39
Bewegung	1,56	1,78	1,84	1,79
Vorsorge	3,06	3,17	3,11	2,83
Alternativmedizin	0,84	1,07	1,39	1,59
gesunde Ernährung	3,78	3,93	3,96	3,85
Alkohol	3,54	4,58	4,67	6,84
Body Mass Index	25,40	24,16	23,81	22,41

4.5 Soziale und individuelle Rahmenbedingungen des Gesundheitsverhaltens

Am Ende dieses Kapitels soll mittels zwölf multipler Regressionsanalysen geprüft werden, inwieweit die sozialen und die individuellen Rahmenbedingungen mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen (Modellgruppe II). Alle Analysen wurden wieder nach Geschlecht stratifiziert durchgeführt und hinsichtlich sozioökonomischer Variablen korrigiert.

Arbeitsstress steht nur bei Frauen in negativem Zusammenhang mit physischer Aktivität, d. h. je mehr Arbeitsstress desto weniger physische Aktivität. Stressreiche Arbeitsbedingungen wirken ver hindernd.

Ein höheres Ausmaß an **Arbeitszufriedenheit** hingegen korreliert bei Männern mit einer größeren physischen Aktivität.

Die **Wohnbelastung** steht bei Männern in einem negativen Zusammenhang mit gesunder Ernährung und mit Vorsorge, d. h. je größer die Wohnbelastung, umso weniger kümmern sich Männer um positive Ernährungsgewohnheiten und um Gesundheitsvorsorge.

Die **Wohnzufriedenheit** beiderlei Geschlechts korreliert mit keinem einzigen Parameter des Gesundheitsverhaltens.

Eine höhere Anzahl von **Haushaltsgeräten** korreliert bei Männern mit vermehrter physischer Aktivität, gesünder Ernährung und einem höher entwickelten Vorsorgeverhalten, bei Frauen bestehen Zusammenhänge in die gleiche Richtung, jedoch nur mit physischer Aktivität und Vorsorge.

Gute funktionierende **soziale Netzwerke** stehen sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit mehr physischer Aktivität in Zusammenhang und bei Männern zusätzlich noch mit besserer Vorsorge.

Die **Life Event-Belastung** steht bei beiden Geschlechtern in positivem Zusammenhang mit der physischen Aktivität, mit der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten und mit Vorsorge. D. h. eine höhere Life Event Belas-

tung bedeutet auch mehr physische Aktivität, mehr Tabakkonsum und ein ausgeprägteres Vorsorgeverhalten.

Eine höhere Anzahl in der **Kindheit durchlebter Life Events** geht bei Frauen mit einem höheren Body Mass Index einher.

Die subjektive **Lebensqualität** korreliert bei beiden Geschlechtern positiv mit physischer Aktivität und bei den Männern zusätzlich – ebenfalls positiv – mit gesunder Ernährung.

Der **Kohärenzsinn** zeigt bei den Männern keinerlei Zusammenhänge mit den Maßzahlen des Gesundheitsverhaltens, bei den Frauen korreliert er positiv mit gesunder Ernährung.

Besonders hervorgehoben werden muss, dass das Modell zur Vorhersage des Alkoholkonsums grundsätzlich mit den verwendeten Variablen als Prädiktoren aus statistischer Sicht zu verwerfen ist und somit inhaltlich bedeutungslos ist, d. h. es kann keine klare Bedingungskonstellation für den Alkoholkonsum vorhergesagt werden. Auch das Modell zum Nikotinkonsum ist sehr schwach abgesichert. Eine besonders wichtige Korrelation zum Zigarettenkonsum stellt die Korrekturvariable Bildung dar. Je höher das Bildungsniveau, desto geringer der Zigarettenkonsum. Das gilt für Männer als auch für Frauen. Auch beim Body Mass Index ist dieser Zusammenhang höchst maßgeblich für die Aufklärung der Varianz verantwortlich: Je höher die Bildung, desto geringer der BMI.

Insgesamt kann zur Modellgruppe II festgehalten werden, dass Gesundheitsverhalten nicht mit großer Eindeutigkeit vorhersagbar ist. Aufgrund dessen kann geschlossen werden, dass es sich dabei um höchst komplexe und differenzierte Abhängigkeitsmuster handelt. Einige wenige Zusammenhänge wirken daher auch nicht unbedingt plausibel. Am besten von allen Modellen zum Gesundheitsverhalten konnte jenes zur physischen Aktivität die Varianz erklären.

Soziale und individuelle Rahmenbedingungen des Gesundheitsverhaltens (Modellgruppe II)

	physische Aktivität	Zigaretten	Alkohol	gesunde Ernährung	Body Mass Index	Vorsorge
MODELLGRUPPE II						
Standardisierte Betagewichte						
Männer	Modell 1	Modell 3	Modell 5	Modell 7	Modell 9	Modell 11
soziale Ressourcen						
Arbeitsstress	-,042	,041	,002	,085	,059	,001
Arbeitszufriedenheit	,111**	,019	-,066	-,043	-,008	-,058
Wohnbelastung	,022	-,003	-,002	-,100*	,006	-,068*
Wohnzufriedenheit	,022	-,021	-,024	-,050	,033	,004
Haushaltsgeräte	,117**	-,059	,009	,096*	,039	,087**
soziales Netz	,103**	-,028	,022	,078	,043	,096**
Life Event-Belastung	,093**	,073*	,004	,013	-,041	,082**
individuelle Ressourcen						
Life Events-Kindheit	,038	,023	,010	-,025	,039	-,002
subjektive Lebensqualität	,101**	-,055	-,038	,185**	-,020	,004
Kohärenzsinn	,020	-,054	-,098	,065	,021	,019
r²	0,169**	0,081**	0,033	0,128**	0,125**	0,15**
Frauen	Modell 2	Modell 4	Modell 6	Modell 8	Modell 10	Modell 12
soziale Ressourcen						
Arbeitsstress	-,072*	-,051	-,071	,072	,057	-,013
Arbeitszufriedenheit	-,038	,047	,067	-,046	-,032	,011
Wohnbelastung	,009	,005	,040	-,034	-,023	-,012
Wohnzufriedenheit	,001	-,025	,007	-,005	-,036	,025
Haushaltsgeräte	,101**	-,043	,001	,077	,022	,096*
soziales Netz	,147**	-,030	-,065	,093	,007	,064
Life Event-Belastung	,154**	,080*	,034	,002	-,007	,075*
individuelle Ressourcen						
Life Events-Kindheit	-,037	,013	,014	-,038	,112**	,007
subjektive Lebensqualität	,127**	-,015	,017	,096	-,021	-,042
Kohärenzsinn	,037	-,023	-,098	,121*	,023	,007
r²	0,212**	0,049*	0,023	0,085**	0,163**	0,157*

* signifikant

** hochsignifikant

Korrigiert nach Alter, Schulbildung und Einkommen

V.
GESUNDHEITLICHE
LAGE
(EPIDEMIOLOGIE)

5	GESUNDHEITLICHE LAGE (EPIDEMIOLOGIE)	175
5.1	SUBJEKTIVER GESUNDHEITSZUSTAND – PSYCHISCHE BEFINDLICHKEIT	175
5.1.1	Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit	175
5.1.2	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands	177
5.1.3	Subjektive körperliche Leistungsfähigkeit	179
5.1.4	Wie häufig fühlen sich die WienerInnen fit?	181
5.1.5	Häufigkeit von Stress im Alltagsleben	182
5.2	OBJEKTIVIERTE GESUNDHEIT UND KRANKHEIT	185
5.2.1	Beschwerden und Symptome	185
5.2.1.1	Indikator „Beschwerdenanzahl“	190
5.2.1.2	Allergische Beschwerden und Allergien	191
5.2.2	Gesamt-Morbidität	193
5.2.3	Morbidität nach Krankheitsgruppen	197
5.2.3.1	Neoplasien/Krebs	201
5.2.3.2	Stoffwechselerkrankungen	202
5.2.3.3	Psychiatrische Krankheiten	203
5.2.3.4	Krankheiten des Kreislaufsystems	204
5.2.3.5	Krankheiten der Atmungsorgane	205
5.2.3.6	Krankheiten der Verdauungsorgane	206
5.2.3.7	Krankheiten der Urogenitalorgane	207
5.2.3.8	Hautkrankheiten	208
5.2.3.9	Krankheiten des Bewegungsapparates	209
5.2.3.10	Entfernung eines Organs	210
5.2.3.11	Unfälle außerhalb der Arbeitszeit, Verletzungen und Vergiftungen	211
5.2.4	Behinderungen und Einschränkungen	214
5.2.5	Zahngesundheit	217
5.3	INDIKATOREN ZUM GESUNDHEITLICHEN BEFINDEN	220
5.3.1	Gesundheitliches Befinden	220
5.3.2	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Alter	222
5.3.3	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Ausbildung	223
5.3.4	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Einkommen	225
5.3.5	Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach beruflicher Position	228
5.4	GESELLSCHAFTLICHE UND INDIVIDUELLE BEDINGUNGEN DER GESUNDHEIT	231

5 GESUNDHEITLICHE LAGE (EPIDEMIOLOGIE)

5.1 Subjektiver Gesundheitszustand – psychische Befindlichkeit

Gesundheit wird heute in der westlichen Welt vielfach mit dem subjektiven Wohlbefinden gleichgesetzt. Dieser subjektive Zugang zum Gesundheitsbegriff klingt bereits in der auf das Jahr 1946 zurückgehenden Definition der WHO an. Als Gesundheit wurde damals das „vollständige körperliche, mentale (bzw. psychische) und soziale Wohlbefinden bzw. Wohlsein (**well-being**)“ definiert. Der Gesundheitsbegriff sollte damit als eigenständiger Begriff und nicht nur über eine Negation des Krankheitsbegriffs (als das Freisein von Krankheiten) eingeführt werden.

5.1.1 Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit

Bei der Beschreibung der subjektiven Gesundheit der Wiener Bevölkerung beginnen wir mit der Analyse der

Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass eine große Mehrheit der Männer wie der Frauen (jeweils über 80 Prozent) mit ihrer Gesundheit sehr oder ziemlich zufrieden sind. Erst in der Altersgruppe der über 74-Jährigen gibt es einen nennenswerten Abfall, und zwar auf 75 Prozent bei den Männern und 66 Prozent bei den Frauen. Ebenso gibt es erst in dieser Altersgruppe einen Anstieg der Nennungen in der Kategorie „gar nicht zufrieden“ von einem verschwindend kleinen Prozentsatz auf elf Prozent bzw. 15 Prozent. Der Anteil der mit der Gesundheit „sehr“ Zufriedenen nimmt mit dem Alter stetig ab, während der Anteil sowohl der „wenig“ Zufriedenen als auch der „ziemlich“ Zufriedenen keinen klaren Alterstrend aufweist. Im höheren Alter gibt es etwas mehr gesundheitlich zufriedene Männer als Frauen.

Tabelle 1: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer				
16–24	37,3	52,3	8,6	1,9
25–44	33,4	55,4	10,1	1,1
45–59	33,5	48,7	13,7	4,1
60–74	30,5	55,0	12,6	1,9
75+	23,9	51,9	13,2	11,0
gesamt	32,8	53,1	11,4	2,7
Frauen				
16–24	27,9	55,4	15,9	0,8
25–44	38,6	48,9	10,0	2,5
45–59	31,3	48,1	12,6	8,0
60–74	29,2	48,8	16,6	5,5
75+	22,4	43,9	18,5	15,2
gesamt	32,6	48,8	13,1	5,5

Die folgenden Analysen der Gesundheitszufriedenheit beschränken wir auf Personen ab 45 Jahren, da oft erst ab etwa diesem Alter ein stabiler Effekt der sozialen Variablen auf die Gesundheitsindikatoren vorliegt. Besonders indiziert ist dieses Vorgehen bei der später folgenden Analyse der Beschwerden und Krankheiten, da Krankheiten oft erst nach vielen Jahren als Folge der

Einwirkung der sozialen Lage auftreten. Die Einbeziehung junger Personen in die Analyse könnte die tatsächlichen Zusammenhänge verdecken.

Hinsichtlich des Ausbildungsniveaus finden sich Personen, die mit ihrer Gesundheit gar nicht zufrieden sind, am häufigsten in der Gruppe der Pflichtschulab-

solventInnen, bei Männern mit acht Prozent und bei Frauen sogar mit 17 Prozent (Tabelle 2). Mit zunehmendem Ausbildungsniveau nimmt der Anteil der „gar nicht“ Zufriedenen ab. Auffallend ist, dass bei Männern wie bei Frauen die Universitätsabsolven-

tInnen mit ihrer Gesundheit seltener „sehr zufrieden“ sind als die anderen Ausbildungsgruppen, dafür aber häufiger „ziemlich zufrieden“. Möglicherweise bildet sich darin auch ein differenzierteres Antwortverhalten ab.

Tabelle 2: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer¹⁾				
Pflichtschule	32,3	49,4	10,8	7,5
Lehre	30,9	48,7	14,9	5,4
mittlere Ausbildung	34,3	51,2	11,9	2,7
Universität	22,3	63,7	12,3	1,7
gesamt	31,1	51,2	13,3	4,4
Frauen¹⁾				
Pflichtschule	21,8	44,3	17,4	16,5
Lehre	33,7	45,4	14,5	6,4
mittlere Ausbildung	33,2	49,8	13,0	4,0
Universität	17,7	60,5	16,2	5,7
gesamt	28,8	47,4	15,0	8,8

1) Alter ab 45 Jahren

Eine klare positive Korrelation besteht zwischen der Gesundheitszufriedenheit und der Einkommenssituation (Tabelle 2). In der untersten Einkommensschicht findet sich der größte Anteil an „gar nicht zufriedenen“ Personen mit elf Prozent bei den Männern und 18 Pro-

zent bei den Frauen. Umgekehrt ist der Anteil der „sehr“ Zufriedenen in der obersten Einkommensschicht mit 42 Prozent bei den Männern und 40 Prozent bei den Frauen der größte von allen Schichten.

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer²⁾				
Schicht 1	30,9	45,3	13,2	10,6
Schicht 2	22,1	55,3	14,4	8,2
Schicht 3	36,4	49,0	13,1	1,5
Schicht 4	42,0	47,6	7,7	2,7
gesamt	31,3	51,0	12,6	5,1
Frauen²⁾				
Schicht 1	19,0	43,4	19,8	17,8
Schicht 2	31,3	44,8	17,1	6,7
Schicht 3	27,2	54,8	12,6	5,3
Schicht 4	39,7	44,0	6,9	9,4
gesamt	29,2	47,4	15,0	8,4

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

2) Alter ab 45 Jahren

Die Analyse der Gesundheitszufriedenheit nach der beruflichen Position ergibt ein sehr ähnliches Bild wie die vorige Analyse nach dem Einkommen. Die höchsten Anteile an „gar nicht Zufriedenen“ weist die Gruppe der unqualifiziert Tätigen auf (acht Prozent der Männer und zwölf Prozent der Frauen), während unter den

Führungspositionen die entsprechenden Anteile mit 1,4 Prozent bzw. 1,5 Prozent minimal sind (Tabelle 4). Andererseits sind Personen in Führungspositionen am häufigsten „sehr zufrieden“ mit ihrer Gesundheit (38 Prozent der Männer und 35 Prozent der Frauen).

Tabelle 4: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach beruflicher Position und Geschlecht

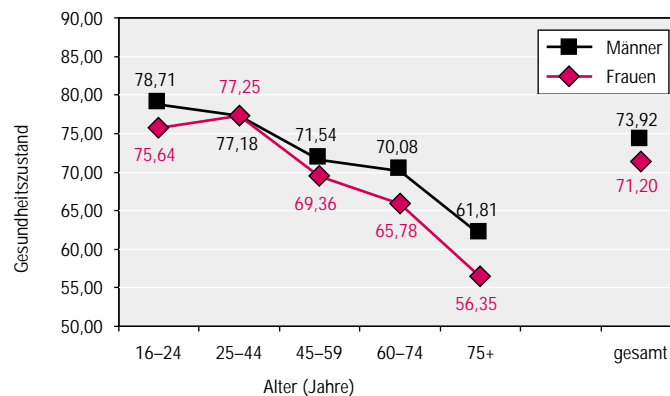
berufliche Position	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? (in %)			
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Männer¹⁾				
unqualifiziert	26,4	51,0	14,7	7,9
qualifiziert	27,1	53,3	15,4	4,2
hoch qualifiziert	35,1	50,6	10,5	3,8
Führungsposition	37,6	48,5	12,5	1,4
gesamt	31,0	51,3	13,3	4,4
Frauen¹⁾				
unqualifiziert	27,5	42,1	18,0	12,4
qualifiziert	30,1	50,2	12,4	7,3
hoch qualifiziert	29,8	49,5	16,1	4,6
Führungsposition	35,4	49,1	13,9	1,5
gesamt	29,2	46,7	15,4	8,7

1) Alter ab 45 Jahren

5.1.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Die befragten Personen wurden im Laufe des Interviews gebeten, auf einer hundertteiligen Skala (analog einem Thermometer) ihren derzeitigen Gesundheitszustand einzuschätzen. Der unterste Punkt „0“ bezeichnete den denkbar schlechtesten Zustand, und der oberste Punkt „100“ den denkbar besten. Ein schwarzer Balken neben dem mittleren Punkt „50“ markierte als optische Hilfe den mittleren Gesundheitszustand.

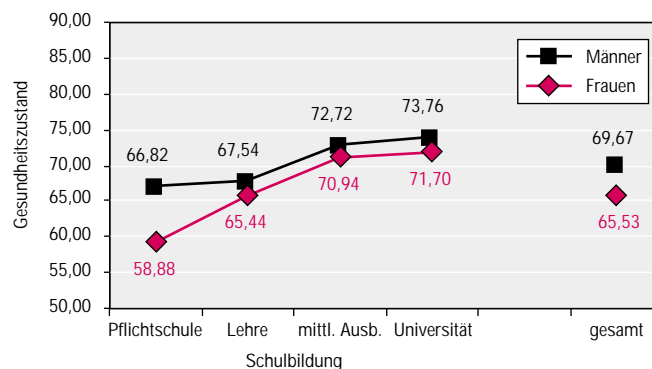
Unsere Analyse zeigt, dass sowohl Männer als auch Frauen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand im überdurchschnittlichen Bereich beurteilen, die Werte der Männer liegen im Mittel über jenen der Frauen (Grafik 1). Eine Aufschlüsselung der Werte nach dem Alter zeigt, dass bei Männern wie auch bei Frauen die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter kontinuierlich schlechter wird (Grafik 1). Bei den Frauen ist diese Abnahme ausgeprägter als bei den Männern, während sich im jungen Erwachsenenalter noch keine klare Geschlechtsdifferenz zeigt.

Grafik 1: Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht

Die folgenden Analysen des Gesundheitszustandes nach soziodemographischen Variablen beschränken wir wieder auf Personen der Altersgruppe ab 45 Jahren.

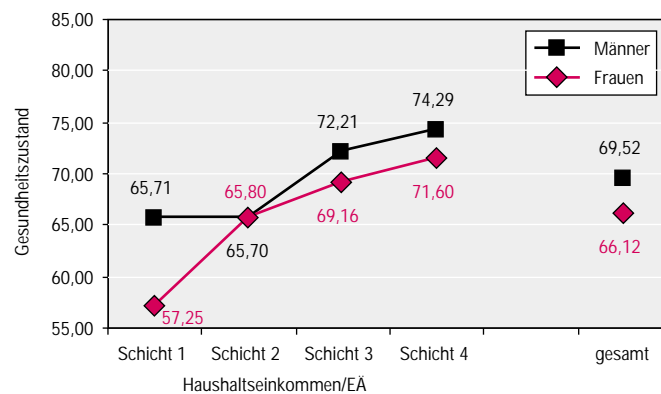
Bei beiden Geschlechtern wird der subjektive Gesundheitszustand um so besser bewertet, je höher der Ausbildungsstatus ist (Grafik 2). Dabei ist der Unterschied zwischen der mittleren Ausbildung und der Uni-

versitätsausbildung kleiner als jener zwischen diesen beiden Gruppen und den beiden unteren Bildungsgruppen. Es handelt sich hier wahrscheinlich um einen Schwellwertzusammenhang („Sättigungseffekt“): Sobald ein gewisser Ausbildungslevel erreicht ist, bringt ein zusätzlicher Bildungszuwachs einen vergleichsweise geringen Gesundheitszuwachs. Gesundheitlich benachteiligt sind daher vor allem die untersten Ausbildungsgruppen.

Grafik 2: Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Aus der folgenden Grafik 3 ist ersichtlich, dass sich die subjektive Gesundheit mit zunehmendem Einkommen verbessert. Die Differenz zwischen den beiden obersten Gruppen „Schicht 3“ und „Schicht 4“ ist geringer als die Differenz zwischen „Schicht 3“ und den unteren Einkommensschichten. Dies deutet auf einen Schwell-

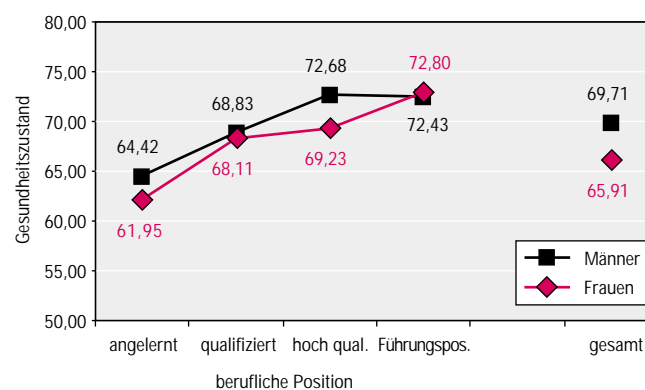
wertzusammenhang („Sättigungseffekt“) hin: Sobald ein gewisser Einkommenslevel erreicht ist, bringt ein zusätzlicher Einkommenszuwachs einen vergleichsweise geringen Gesundheitszuwachs. Gesundheitlich benachteiligt sind daher vor allem die untersten Einkommensgruppen (Einkommensarmut).

Grafik 3: Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Je höher die berufliche Position einer Person ist, um so besser beurteilt sie ihre subjektive Gesundheit (Grafik 4). Wiederum ist der Unterschied zwischen den beiden oberen beruflichen Gruppen kleiner als die Differenz

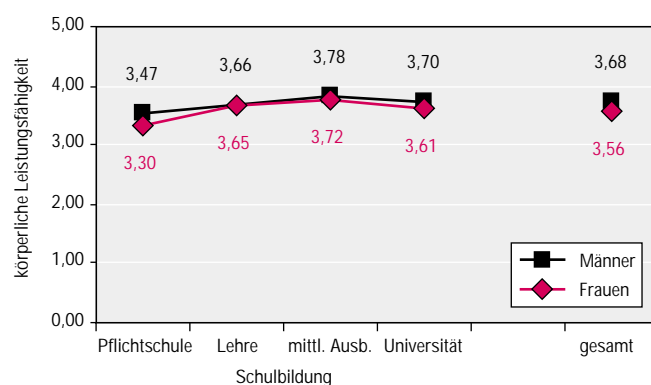
zwischen den beiden unteren Berufsgruppen sowie auch jene zwischen diesen und den oberen Gruppen. Die gesundheitliche Benachteiligung betrifft somit vorwiegend die unteren beruflichen Positionen.

Grafik 4: Gesundheitszustand nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)

5.1.3 Subjektive körperliche Leistungsfähigkeit

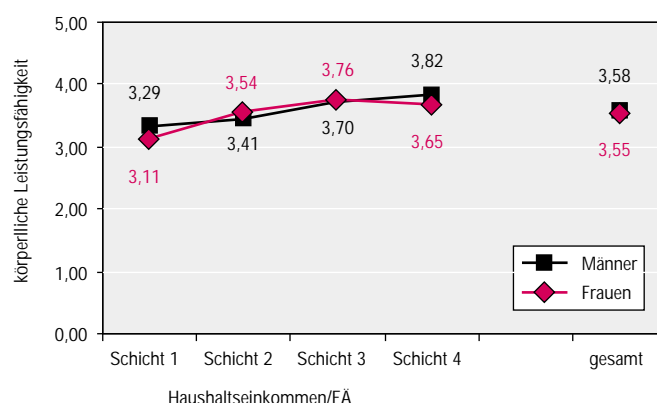
Die folgenden Analysen betreffen die subjektive Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Die befragten Personen wurden aufgefordert, auf einer fünfteiligen Skala (sehr schlecht = 1, schlecht = 2, mittelmäßig = 3, gut = 4, sehr gut = 5) ihre körperliche

Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Die unterste Bildungsgruppe (Pflichtschulbildung) beurteilt ihre Leistungsfähigkeit deutlich schlechter als die höheren Bildungsgruppen (Grafik 5). Es fällt auf, dass nicht die oberste Ausbildungsgruppe (universitäre Ausbildung) die besten Werte aufweist, sondern die Personen mit mittlerer Ausbildung.

Grafik 5: Körperliche Leistungsfähigkeit nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Im Vergleich mit den beiden oberen Einkommensgruppen bewerten die beiden unteren Einkommensgruppen ihre körperliche Leistungsfähigkeit erheblich schlechter (Grafik 6). Zwischen den beiden oberen Ein-

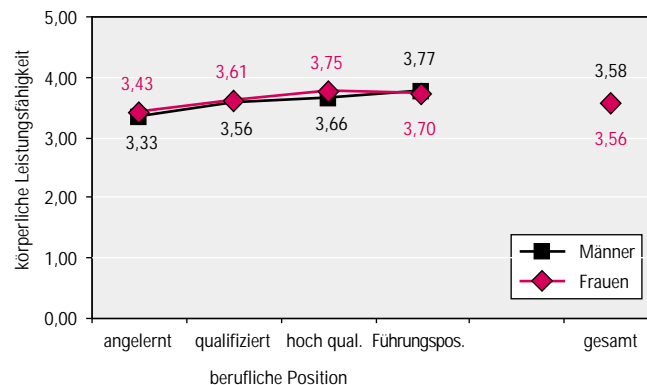
kommensschichten zeigt sich kein klarer Unterschied, was auf einen Schwellwertzusammenhang zwischen dem Einkommen und der subjektiven Leistungsfähigkeit hinweist.

Grafik 6: Körperliche Leistungsfähigkeit nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Generell wird die körperliche Leistungsfähigkeit um so besser bewertet, je höher die eingenommene berufliche Position ist (Grafik 7). Zwischen Männern und Frauen gibt es praktisch keinen Unterschied. Vor allem Perso-

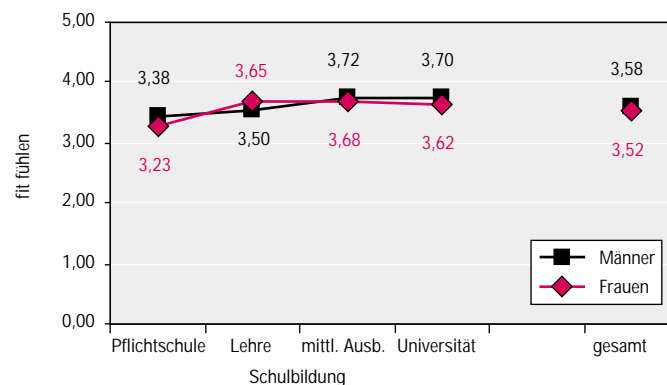
nen in unqualifizierten Berufspositionen beurteilen ihre körperliche Leistungsfähigkeit als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Grafik 7: Körperliche Leistungsfähigkeit nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)

5.1.4 Wie häufig fühlen sich die WienerInnen fit?

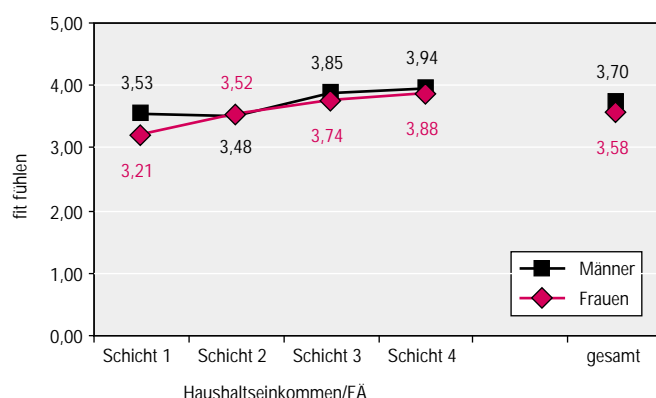
Eine weitere Frage zum subjektiven Gesundheitszustand betraf die Fitness. Anhand einer fünfteiligen Skala sollten die Befragten beantworten, wie häufig (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4, immer = 5) sie sich „fit genug fühlen, um all das zu tun, was sie tun möchten.“

Hinsichtlich des Zusammenhangs mit der Ausbildungsebene zeigen sich die schlechtesten Werte unter den PflichtschulabsolventInnen, die besten Werte finden sich in vergleichbarer Weise sowohl unter den Personen mit mittlerer als auch bei jenen mit universitärer Ausbildung (Grafik 8).

Grafik 8: Fit fühlen nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Eine sehr deutliche Abhängigkeit zeigt die subjektive Fitness vom Einkommensniveau (Grafik 9). Je höher das Einkommen, um so häufiger fühlen sich die Wiener und Wienerinnen fit genug, all das zu tun, was sie

tun möchten. Wiederum ist der Unterschied zwischen den beiden obersten Einkommensgruppen kleiner als jener zwischen den oberen und den unteren Gruppen.

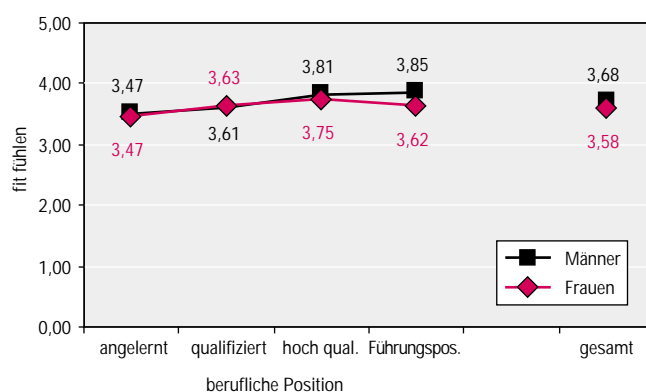
Grafik 9: Fit fühlen nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Weniger stark ausgeprägt ist der Zusammenhang zwischen Fitnesshäufigkeit und beruflicher Position (Grafik 10). Wiederum aber finden sich die schlechtesten Werte in den unteren beruflichen Positionen. Männer in einer Führungsposition geben eine deutlich höhere

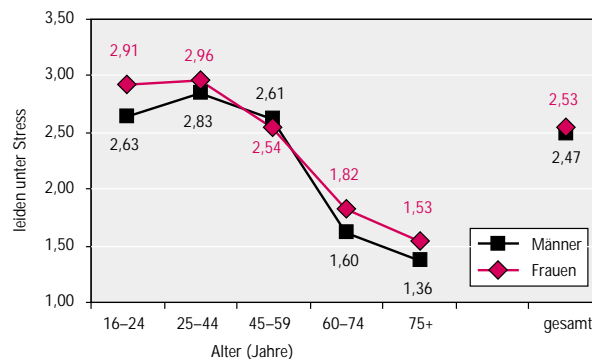
Fitnesshäufigkeit an als Frauen in vergleichbaren Positionen. Dieser Geschlechtsunterschied besteht auch noch in geringerem Ausmaß in den hoch qualifizierten Positionen, jedoch nicht mehr in den wenig qualifizierten Stellungen.

Grafik 10: Fit fühlen nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)

5.1.5 Häufigkeit von Stress im Alltagsleben

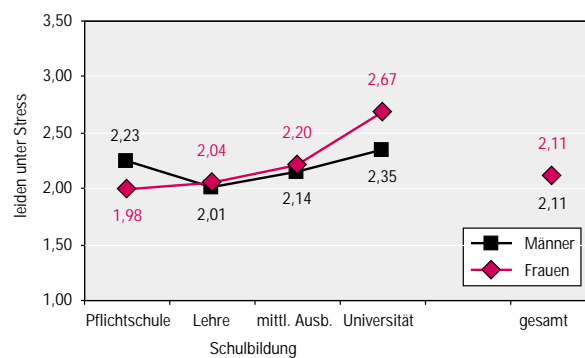
Die subjektive Häufigkeit von Stress im Alltagsleben wurde auf einer vierteiligen Skala erhoben, wobei der Begriff „Stress“ hier in seiner umgangssprachlichen Bedeutung verwendet wurde. Er dürfte in dieser alltäglichen Bedeutung mit den Begriffen „Zeitdruck“ und „Hektik“ beinahe gleichzusetzen sein. Die Ant-

wortkategorien reichten von nie (= 1) über selten (= 2) und gelegentlich (= 3) bis oft (= 4). Stress im Alltagsleben wird am häufigsten von der Altersgruppe der jungen Erwachsenen berichtet (Grafik 11). Er nimmt mit dem Alter ab und tritt im Pensionsalter erheblich seltener auf als im beruflich aktiven Lebensabschnitt. Frauen geben leicht höhere Stresshäufigkeiten an als Männer.

Grafik 11: Leiden unter Stress nach Alter und Geschlecht

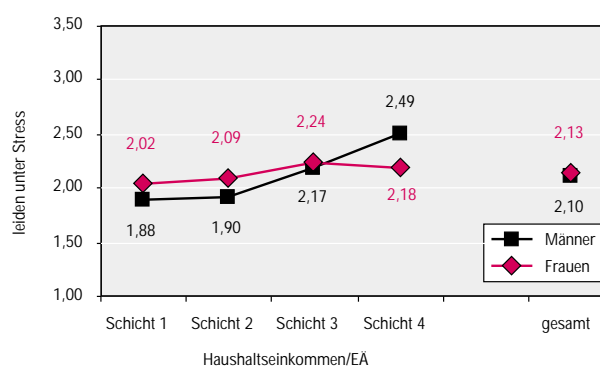
Die Auswertung der Stresshäufigkeit nach den vier Ausbildungsstufen ergibt, dass mit zunehmender Ausbil-

dung die Stresssituationen häufiger auftreten, und dies stärker bei den Frauen als bei den Männern (Grafik 12).

Grafik 12: Leiden unter Stress nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Stress im Alltagsleben wird von einkommensstärkeren Schichten häufiger angegeben als von einkommens-

schwachen (Grafik 13), und am häufigsten von Männern der obersten Einkommensgruppe.

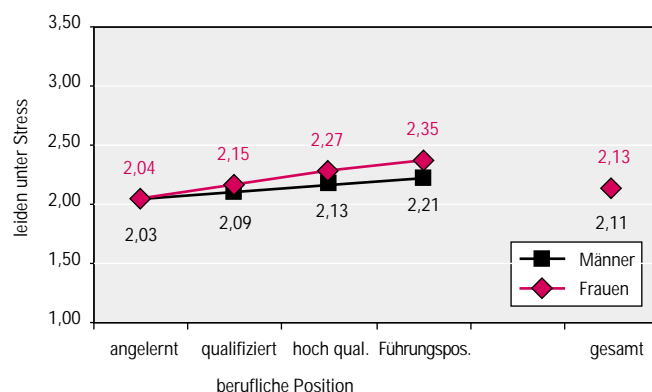
Grafik 13: Leiden unter Stress nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Je höher die berufliche Position, um so häufiger leidet eine Person nach eigenen Angaben unter Stress im Alltagsleben (Grafik 14). Diese Resultate zeigen eine gewisse Übereinstimmung mit vielen epidemiologischen

Studien zu den Belastungen im Arbeitsleben, welche bei oberen beruflichen Positionen einen häufigeren Termindruck als bei niedrig qualifizierten fanden.

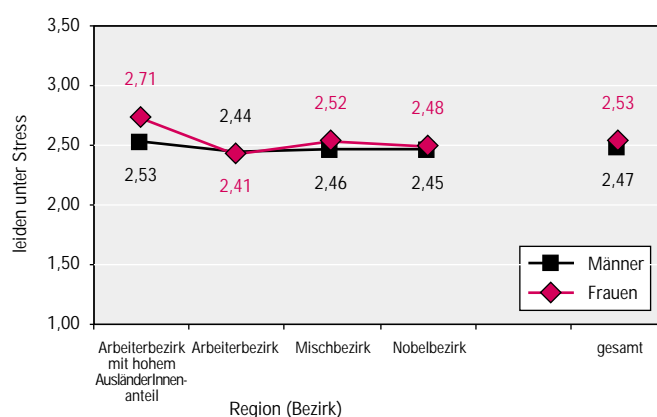
Grafik 14: Leiden unter Stress nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)



Der Vergleich der Stresswerte zwischen den vier Wiener Bezirkskategorien ergibt, dass in den Arbeiter-

Innenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil vermehrt Personen mit häufigem Alltagsstress leben.

Grafik 15: Leiden unter Stress nach Region (Bezirk) und Geschlecht



5.2 Objektivierter Gesundheit und Krankheit

Dieses Kapitel untersucht im ersten Teil die Prävalenz der wichtigsten körperlichen Beschwerden in der Wiener Bevölkerung und im zweiten Teil die Morbidität für verschiedene Krankheitsgruppen unter epidemiologischen Gesichtspunkten.

5.2.1 Beschwerden und Symptome

Jeweils getrennt für jede Altersgruppe ist aus Tabelle 5a für Männer und aus Tabelle 5b für Frauen ersichtlich, welcher Anteil der Bevölkerung während der Dauer von zwei Wochen von bestimmten Beschwerden, Schmerzen oder Krankheitssymptomen betroffen ist.

Von keiner der erhobenen Beschwerden betroffen zu sein geben 29 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen an, wobei dieser Anteil bei den Männern von 46 Prozent in der jüngsten Altersgruppe (16–24 Jahre) auf 17 Prozent in der ältesten Gruppe (ab 75 Jahre) absinkt, bei den Frauen von 32 Prozent auf zehn Prozent. Aus allen epidemiologischen Untersuchungen zur Beschwerdenhäufigkeit ist bekannt, dass Frauen mehr Beschwerden berichten als Männer.

Die häufigsten Beschwerden sind bei Männern wie Frauen Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich und im Rücken- oder Lendenbereich gefolgt von Gelenkschmerzen in den Armen, Händen, Beinen, Knien oder Hüften. Besonders die Gelenkschmerzen zeigen eine ausgeprägte Zunahme mit dem Lebensalter, während die Schmerzen im Rücken- und Nackenbereich ab dem mittleren Lebensalter nicht mehr viel häufiger auftreten.

Etwa jeder fünfte Mann und jede vierte Frau gibt an, in den letzten zwei Wochen unter Müdigkeit gelitten zu haben. Alle Lebensalter sind davon ungefähr gleich häufig betroffen.

Zu den häufigsten Beschwerden der Frauen zählen mit 26 Prozent die Kopfschmerzen, von welchen nur 16 Prozent der Männer betroffen sind. In beiden Geschlechtern leiden die älteren Menschen seltener unter Kopfschmerzen als die jungen.

Eine relativ häufig auftretende Beschwerde sind Schlafstörungen. Von diesen sind 13 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen betroffen. Sie nehmen mit dem Lebensalter ständig und sehr stark zu, jeder vierte Mann und fast jede zweite Frau der über 74-Jährigen ist betroffen.

Inkontinenz ist ein Altersproblem, das fast nur im höheren Pensionsalter auftritt und Frauen etwa doppelt so oft wie Männer betrifft.

Ebenso tritt Gedächtnisschwäche erst in der ältesten Gruppe verstärkt auf, dann jedoch bereits bei jedem vierten Mann und fast jeder vierten Frau.

Der Anteil der unter einer Hör- oder Sehschwäche leidenden Personen nimmt im Pensionsalter massiv zu. 29 Prozent der Männer und 40 Prozent der Frauen in der Altersgruppe ab 75 Jahre sind davon betroffen.

Tabelle 5a: Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Männern nach Alter

Beschwerden	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen (in %)					
	Alter (Jahre)					
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+	gesamt
	Männer					
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	13,3	24,4	30,1	25,8	22,9	24,5
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	15,2	22,4	33,9	36,3	33,1	27,1
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	8,9	13,3	22,9	31,0	44,2	19,8
Kopfschmerzen	21,8	18,6	15,1	9,6	11,2	16,3
starkes Herzklopfen	2,6	2,5	3,4	6,9	8,1	3,7
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	3,9	5,8	6,5	5,4	7,3	5,7
Schlafstörungen	5,7	9,2	17,3	18,6	24,6	13,2
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	4,7	4,7	5,4	5,2	6,5	5,0
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	2,0	7,0	10,2	6,0	7,6	7,0
Müdigkeit	16,0	23,5	23,9	14,9	20,0	21,1
Magenschmerzen	4,3	4,6	6,5	5,7	1,2	5,0
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	2,2	5,6	5,2	6,9	8,9	5,5
Inkontinenz	0,0	0,1	0,9	1,2	4,1	0,7
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	2,5	4,5	3,0	2,6	7,1	3,8
Verkühlung, Schnupfen, Husten	16,6	24,7	21,4	23,8	12,8	22,0
Atemschwierigkeiten	2,0	3,5	5,5	7,9	10,9	4,9
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	2,4	3,2	4,8	8,3	24,3	5,7
Hör- oder Sehschwäche	1,2	2,5	11,1	19,1	28,8	8,6
nein, nichts davon	45,9	30,4	24,3	23,2	16,5	28,8

Tabelle 5b: Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Frauen nach Alter

Beschwerden	Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen (in %)					
	Alter (Jahre)					
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+	gesamt
	Frauen					
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	21,0	28,6	41,6	37,1	39,8	33,5
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	16,6	24,7	35,9	45,8	46,7	32,1
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	13,1	16,0	35,4	44,8	54,2	28,9
Kopfschmerzen	31,2	30,2	26,4	17,8	16,6	26,1
starkes Herzklopfen	4,0	2,5	6,1	9,4	17,9	6,2
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	13,0	9,0	14,6	13,3	14,1	12,0
Schlafstörungen	10,5	10,1	20,0	31,2	41,3	19,1
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	9,5	8,6	10,4	8,6	11,9	9,5
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	9,1	10,7	14,5	9,8	15,7	11,9
Müdigkeit	26,1	26,2	26,1	17,8	28,7	25,2
Magenschmerzen	10,3	5,7	7,1	8,9	9,3	7,4
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	5,5	5,3	8,0	9,9	18,7	8,1
Inkontinenz	0,3	0,2	2,1	4,4	9,7	2,3
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	4,6	6,1	6,9	2,0	6,3	5,6
Verkühlung, Schnupfen, Husten	23,2	23,1	19,6	21,7	15,7	21,3
Atemschwierigkeiten	3,2	1,8	5,1	9,7	14,0	5,2
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	5,2	3,3	6,7	9,2	21,3	7,1
Hör- oder Sehschwäche	2,1	1,9	9,1	20,8	39,7	10,5
nein, nichts davon	31,6	26,3	17,3	17,4	9,7	21,5

Nach der Beschreibung der Altersverteilung der Beschwerden analysieren wir im folgenden die Abhängigkeit der Beschwerdeprävalenzen von sozialen Schichtvariablen.

Depressionen und depressive Verstimmungen („Melancholie“) finden sich in der untersten Einkommensschicht erheblich häufiger als in der obersten (Tabelle 6). Ebenso treten Kopfschmerzen in der untersten Schicht deutlich öfter auf als in der obersten.

Die erhobenen Beschwerden und Symptome mit einer starken psychosomatischen Komponente sind Kopfschmerzen, Angst/Nervosität, Depression/depressive Verstimmungen, Müdigkeit und Niedergeschlagenheit/Kraftlosigkeit. Die Prävalenz jedes dieser Sympto-

me nimmt mit zunehmendem Einkommen bei Männern wie Frauen deutlich ab: Sie treten in der untersten Einkommensschicht ca. zwei- bis dreimal häufiger auf als in der obersten. Einen kleineren Einkommensgradienten zeigen die Auswertungen bei den Gelenkschmerzen, den Magen- und Verdauungsbeschwerden, den Atemschwierigkeiten, den Konzentrationsstörungen/Gedächtnisschwäche und den Schlafstörungen (letztere besonders bei den Frauen).

Keinen deutlich ausgeprägten Zusammenhang mit der Einkommenssituation ergeben die Analysen für Schmerzen im Rücken-/Lendenbereich sowie Schulter- oder Nackenbereich sowie für Hauterkrankungen, Verkühlungen, Inkontinenz, Hör- und Sehschwäche.

Tabelle 6a: Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Männern nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾

Beschwerden	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
	Männer			
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	23,1	26,0	23,8	21,8
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	26,6	28,7	29,2	27,7
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	20,7	22,5	18,7	16,8
Kopfschmerzen	21,4	18,9	15,1	9,6
starkes Herzklopfen	6,9	5,4	1,2	2,6
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	10,4	7,4	4,5	3,5
Schlafstörungen	15,0	15,5	9,3	15,9
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	8,1	6,3	3,5	3,8
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	10,9	9,1	5,4	5,8
Müdigkeit	24,3	24,2	19,5	17,4
Magenschmerzen	7,8	6,2	3,5	4,4
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	5,3	7,1	5,5	4,3
Inkontinenz	1,1	0,7	0,5	0,6
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	2,6	4,5	4,2	4,1
Verkühlung, Schnupfen, Husten	19,2	22,8	25,9	19,6
Atemschwierigkeiten	5,5	6,9	4,1	2,5
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	3,4	7,7	4,6	4,4
Hör- oder Sehschwäche	6,0	10,3	7,7	8,7
nein, nichts davon	30,0	28,2	24,7	30,7

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Tabelle 6b: Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Frauen nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾

Beschwerden	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
	Frauen			
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	32,0	35,7	33,8	33,9
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	30,0	34,0	32,8	31,1
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	34,9	30,1	24,8	26,5
Kopfschmerzen	35,1	27,9	23,8	21,6
starkes Herzklopfen	9,0	6,5	4,8	8,5
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	18,1	11,9	10,4	11,6
Schlafstörungen	24,1	20,4	15,7	14,2
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	14,5	9,1	9,5	5,0
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	18,6	10,8	11,0	10,4
Müdigkeit	33,7	26,6	21,9	20,9
Magenschmerzen	6,4	8,0	5,0	5,0
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	8,4	9,3	7,7	7,1
Inkontinenz	2,2	3,0	2,0	2,8
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	6,4	5,9	4,8	3,3
Verkühlung, Schnupfen, Husten	25,2	23,0	17,8	19,7
Atemschwierigkeiten	7,3	6,1	4,6	1,1
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	11,8	7,1	7,1	3,1
Hör- oder Sehschwäche	12,8	12,1	8,6	7,4
nein, nichts davon	18,9	19,9	22,7	16,5

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

In der Verteilung der Beschwerden auf berufliche Positionen (Tabelle 7a und 7b) zeigen sich keine so ausgeprägten Zusammenhänge wie in der vorhergehenden Analyse der Einkommenseffekte. Am deutlichsten finden sich in höheren beruflichen Positionen vergleichsweise kleine Prävalenzen bei einigen Symptomen mit psychischer Komponente: Kopfschmerzen, Nervosität/Angst und Schlafstörungen (bes. bei Frauen). Andere psychosomatische Beschwerden wie Müdigkeit, Depression, Kraftlosigkeit/Niedergeschlagenheit und

Verdauungsbeschwerden zeigen dagegen keinerlei eindeutigen Zusammenhang.

Personen in hohen Berufspositionen weisen auch bei den mehr auf körperliche Belastungen hinweisenden Beschwerden „Schmerzen in Schulter-/Nackengebiet und im Rücken-/Lendenbereich“ sowie bei den Atemschwierigkeiten kleinere Prävalenzen auf als Personen in wenig qualifizierten Positionen.

Tabelle 7a: Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Männern nach beruflicher Position

Beschwerden	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qual.	Führungspos.
	Männer			
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	26,9	25,7	24,7	20,4
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	28,7	29,4	26,8	24,7
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	21,0	19,9	21,9	17,4
Kopfschmerzen	19,8	17,6	14,6	7,0
starkes Herzklopfen	5,6	3,3	3,1	3,3
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	8,4	5,4	4,0	3,7
Schlafstörungen	14,5	13,3	12,2	13,9
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	5,0	5,4	4,7	4,5
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	7,7	7,6	7,0	5,4
Müdigkeit	21,0	21,5	22,2	20,5
Magenschmerzen	7,4	3,7	4,9	5,0
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	6,1	5,1	4,7	8,7
Inkontinenz	0,8	1,1	0,6	0,4
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	2,9	4,5	3,9	3,1
Verkühlung, Schnupfen, Husten	21,0	20,2	25,7	22,0
Atemschwierigkeiten	6,3	5,9	4,3	2,6
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	3,7	6,4	7,9	1,8
Hör- oder Sehschwäche	7,6	8,7	12,3	6,8
nein, nichts davon	30,7	28,7	24,0	30,5

Tabelle 7b: Beschwerden während der vergangenen 2 Wochen bei Frauen nach beruflicher Position

Beschwerden	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qual.	Führungspos.
	Frauen			
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	33,4	37,2	32,0	37,6
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	34,3	36,6	30,1	30,9
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	35,5	26,8	24,7	28,9
Kopfschmerzen	27,1	27,6	20,7	18,2
starkes Herzklopfen	8,1	5,6	4,7	7,0
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	14,2	11,2	8,6	12,0
Schlafstörungen	21,8	17,5	14,4	17,3
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	10,9	9,2	8,3	10,1
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	13,2	10,2	9,9	14,7
Müdigkeit	25,3	23,9	25,6	26,3
Magenschmerzen	8,0	6,8	5,9	7,8
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	8,8	8,3	7,3	5,3
Inkontinenz	2,5	3,2	0,7	3,7
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	5,5	4,7	6,9	6,8
Verkühlung, Schnupfen, Husten	18,7	22,4	22,4	22,6
Atemschwierigkeiten	7,4	5,1	2,8	0,7
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	8,7	6,2	5,0	4,6
Hör- oder Sehschwäche	12,3	10,1	9,6	8,7
nein, nichts davon	24,0	18,4	20,3	16,1

5.2.1.1 Indikator „Beschwerdenanzahl“

Ein für die gesamte Beschwerdensituation und damit für die gesundheitliche Gesamtlage einer Person aussagekräftiger Indikator ist im einfachsten Fall die Beschwerdenanzahl, also die Anzahl aller Arten an genannten Beschwerden, Schmerzen oder Krankheits-

symptomen. Frauen berichten im Durchschnitt erheblich mehr Beschwerden als Männer, und das in allen Altersgruppen (Tabelle 8). Weiters nimmt die durchschnittliche Beschwerdenanzahl mit dem Alter kontinuierlich zu. Sie ist in der obersten Altersgruppe (ab 75 Jahre) etwa doppelt so groß wie in der Gruppe der Jugendlichen (16–24 Jahre).

Tabelle 8: Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	durchschnittliche Beschwerdenanzahl (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
16–24	1,25	2,09
25–44	1,80	2,14
45–59	2,27	2,96
60–74	2,35	3,22
75+	2,84	4,22
gesamt	2,00	2,72

Mit zunehmendem Einkommen gibt es bei Männern wie bei Frauen einen kontinuierlichen Rückgang der durchschnittlichen Beschwerdenanzahl (Tabelle 9).

Tabelle 9: Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushaltseinkommen/EÄ	durchschnittliche Beschwerdenanzahl (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
Schicht 1	2,18	3,36
Schicht 2	2,30	2,86
Schicht 3	1,86	2,49
Schicht 4	1,73	2,33
gesamt	2,06	2,79

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Von allen Ausbildungsebenen wird die kleinste durchschnittliche Anzahl an Beschwerden von AbsolventInnen der Universitäten angegeben (Tabelle 10).

Tabelle 10: Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	durchschnittliche Beschwerdenanzahl (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
Pflichtschule	1,73	3,16
Lehre	2,27	2,65
mittlere Ausbildung	1,97	2,49
Universität	1,67	2,46
gesamt	2,00	2,72

Der Zusammenhang zwischen der beruflichen Position und der durchschnittlichen Beschwerdenanzahl ist weniger klar ausgeprägt als jener mit dem Einkommen oder der Ausbildung (Tabelle 11). In der untersten be-

ruflischen Position ist die Anzahl an Beschwerden unter allen Berufspositionen trotzdem im Durchschnitt am größten.

Tabelle 11: Durchschnittliche Summe der Beschwerden nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	durchschnittliche Beschwerdenanzahl (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
unqualifiziert	2,14	2,96
qualifiziert	2,04	2,73
hoch qualifiziert	2,05	2,40
Führungsposition	1,71	2,63
gesamt	2,03	2,76

5.2.1.2 Allergische Beschwerden und Allergien

In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine stetige Zunahme allergischer Beschwerden und Erkrankungen beobachtet. Die Ursachen dieser Veränderung sind umstritten und größtenteils ungeklärt. Diskutiert werden sowohl die zunehmende Umweltverschmutzung als auch das individuelle Hygieneverhalten und Veränderungen in der Wahrnehmung und Interpretation der Symptome. Dieser Abschnitt untersucht wegen der relativ großen Häufigkeit dieser Beschwerdengruppe ausführlich die Zusammenhänge. In etwa einem Drittel aller Wiener Haushalte gibt es Familienmitglieder, die von Allergien betroffen waren oder sind.

Die häufigsten allergischen Symptome sind die allergische Rhinitis, vor allem die nur während einer bestimmten Jahreszeit auftretende, und allergische Hautausschläge (Tabelle 12a und 12b). Die jahreszeitabhängige allergische Rhinitis ist vorwiegend ein Problem der jüngeren Männer und Frauen, in der Altersgruppe 25–44 Jahre sind 18 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen betroffen. Dagegen zeigt sich kein so klarer Zusammenhang mit dem Lebensalter für die von der Jahreszeit unabhängige Rhinitis und für allergische Hautausschläge. Auch die sonstigen erhobenen allergischen Symptome korrelieren in keiner eindeutigen Weise mit dem Lebensalter, mit der alleinigen Ausnahme der allergischen Darmleiden. Diese treten mit zunehmendem Lebensalter häufiger auf.

Tabelle 12a: Allergien bei Männern nach Alter

Allergien	Alter (Jahre)					
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+	gesamt
	Männer (in %)					
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	12,3	17,9	11,6	7,1	2,1	13,0
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	2,4	5,6	3,0	4,9	2,2	4,2
Nesselausschlag	0,5	1,9	0,7	2,0	2,8	1,5
Asthma	3,4	4,1	3,9	2,7	0,0	3,5
allergisches Darmleiden	0,3	1,2	0,6	1,4	2,8	1,1
allergischer Hautausschlag	5,0	8,1	5,2	4,8	6,3	6,4
andere Allergie	7,8	8,7	4,0	3,9	3,9	6,4
nichts davon	77,3	65,7	76,6	78,4	82,9	72,9

Tabelle 12b: Allergien bei Frauen nach Alter

Allergien	Alter (Jahre)					
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+	gesamt
	Frauen (in %)					
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	10,4	14,2	8,6	8,5	6,3	10,7
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	3,2	6,2	5,5	5,7	2,8	5,3
Nesselausschlag	0,7	3,2	2,1	2,4	0,7	2,3
Asthma	6,2	3,1	3,3	3,8	6,3	3,9
allergisches Darmleiden	0,3	0,6	0,6	1,0	1,8	0,8
allergischer Hautausschlag	9,1	11,0	9,3	5,6	8,1	9,3
andere Allergie	14,9	10,4	12,3	8,9	3,3	10,3
nichts davon	68,5	63,9	70,8	70,4	78,3	68,6

Gibt es eine Korrelation zwischen allergischen Symptomen und der beruflichen Position? Laut Tabelle 13 nimmt die Prävalenz der jahreszeitabhängigen allergischen Rhinitis bei Männern wie Frauen von den unqualifizierten bis zu den hoch qualifizierten Positionen

zu. Personen in Führungspositionen weisen aber wiederum so geringe Prävalenzen auf wie die untersten beruflichen Positionen. Die sonstigen allergischen Symptome zeigen keinen linearen Zusammenhang mit der beruflichen Position.

Tabelle 13a: Allergien bei Männern nach beruflicher Position

Allergien	berufliche Position			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qual.	Führungsposition
	Männer (in %)			
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	11,0	12,5	16,0	10,6
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	2,6	4,6	4,6	4,6
Nesselausschlag	1,4	1,1	2,1	1,9
Asthma	4,4	4,2	2,4	3,2
allergisches Darmleiden	2,0	0,7	0,6	1,9
allergischer Hautausschlag	6,5	7,0	6,0	7,3
andere Allergie	5,9	6,4	6,5	5,4
nichts davon	75,4	73,1	69,3	75,5

Tabelle 13b: Allergien bei Frauen nach beruflicher Position

Allergien	berufliche Position			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qual.	Führungsposition
	Frauen (in %)			
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	8,7	10,7	15,0	8,7
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	4,7	4,6	9,4	7,9
Nesselausschlag	1,5	1,9	5,0	5,9
Asthma	2,9	4,5	2,8	3,8
allergisches Darmleiden	0,8	1,0	0,8	0,0
allergischer Hautausschlag	9,0	9,0	9,6	10,3
andere Allergie	8,1	12,7	9,3	8,0
nichts davon	72,2	67,9	62,9	68,3

5.2.2 Gesamt-Morbidität

Während der vorhergehende Abschnitt den Beschwerden und Krankheitssymptomen gewidmet war, untersucht dieser Abschnitt die Prävalenz der chronischen Krankheiten in der Wiener Bevölkerung. Unter „chronischen Krankheiten“ werden hier Krankheiten von „lang anhaltender Dauer“ (im umgangssprachlichen Sinn) oder Krankheiten ohne Aussicht auf dauerhafte Heilung verstanden.

Die einfachste Weise, die Morbidität einer Bevölkerungsgruppe zu charakterisieren, besteht in der Angabe des Anteils der Bevölkerung, welcher an mindestens einer chronischen Krankheit leidet. Unsere Analyse wird noch ergänzt durch die Bewertung der Einschränkung bzw. Behinderung, welche die alltäglichen Handlungen durch die Erkrankung erfahren.

Anders als bei den Beschwerden (vgl. Abschnitt 5.2.1) gibt es im Anteil der unter mindestens einer chronischen Krankheit leidenden Personen mit insgesamt je ca. 30 Prozent keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen (Tabelle 14). Mit steigendem Lebensalter ist eine starke Zunahme der Prävalenz von etwa 7–10 Prozent bei den 16- bis 24-Jährigen bis auf ca. 60 Prozent bei den über 74-Jährigen zu beobachten. Umgekehrt gesehen heißt dies, dass sogar in der Gruppe ab 75 Jahren noch ca. 40 Prozent keine chronische Krankheit aufweisen und weitere ca. zehn Prozent nur wenig oder gar nicht durch ihre Krankheit eingeschränkt sind. Während in den jüngeren Altersgruppen (16–44 Jahre) fast alle Personen mit chronischer Erkrankung angeben, dadurch in ihren alltäglichen Handlungen sehr eingeschränkt zu sein, geben dies in den höheren Altersgruppen nur mehr etwa zwei Drittel der Erkrankten an.

Tabelle 14: Chronische Krankheiten nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	leiden unter andauernder Krankheit (in %)		Sind Sie daher in Ihren alltäglichen Handlungen eingeschränkt? ¹⁾ (in %)			
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer						
16–24	7,1	92,9	6,8	0,4	0,0	0,0
25–44	16,5	83,5	13,2	2,8	0,4	0,0
45–59	38,1	61,9	29,7	7,1	0,7	0,7
60–74	55,8	44,2	40,2	9,8	4,3	1,5
75+	59,0	41,0	34,0	18,5	6,4	0,0
gesamt	29,3	70,7	21,8	5,6	1,4	0,4
Frauen						
16–24	10,6	89,4	10,1	0,5	0,0	0,0
25–44	15,9	84,1	14,5	1,3	0,2	0,0
45–59	30,7	69,3	22,0	6,2	1,6	0,9
60–74	54,3	45,7	38,8	10,4	4,9	0,3
75+	62,4	37,6	38,6	12,8	8,0	3,1
gesamt	29,7	70,3	22,1	5,0	2,1	0,6

1) Die Prozentwerte dieser Frage summieren auf den Anteil der chronisch Kranken der ersten Ergebnisspalte.

Zwischen der Prävalenz chronischer Krankheiten und der beruflichen Position gibt es keinen gut ausgeprägten linearen Zusammenhang (Tabelle 15). Eine leichte Abnahme der chronisch Kranken mit Zunahme der beruflichen Position ist bei den Frauen zu sehen, nicht

aber bei den Männern. Das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung war jedoch nicht elaboriert genug, um hier kleine Korrelationen und Trends eindeutig nachweisen zu können.

Tabelle 15: Chronische Krankheiten nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	leiden unter andauernder Krankheit (in %)		Sind Sie daher in Ihren alltäglichen Handlungen eingeschränkt? ¹⁾ (in %)			
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer						
unqualifiziert	28,6	71,4	23,8	4,6	0,2	0,0
qualifiziert	31,5	68,5	22,7	5,8	2,0	1,0
hoch qualifiziert	28,8	71,2	20,8	6,1	1,8	0,1
Führungsposition	36,1	63,9	25,9	8,8	1,5	0,0
gesamt	30,6	69,4	22,8	6,0	1,5	0,4
Frauen						
unqualifiziert	33,1	66,9	23,1	6,5	2,4	1,1
qualifiziert	30,4	69,6	22,3	4,8	2,9	0,4
hoch qualifiziert	25,4	74,6	21,4	2,4	1,7	0,0
Führungsposition	26,6	73,4	20,9	5,6	0,0	0,0
gesamt	30,5	69,5	22,4	5,2	2,3	0,6

1) Die Prozentwerte dieser Frage summieren auf den Anteil der chronisch Kranken der ersten Ergebnisspalte.

Die folgenden Tabellen untersuchen die Zusammenhänge der Krankheitsprävalenz mit sozialen Faktoren bei Personen ab einem Alter von 45 Jahren. Dies ist insofern von Interesse, da sich oft erst ab dem mittleren Lebensalter Krankheiten manifestieren und teilweise auch erst in diesem Alter eine Stabilisierung bei den Sozialvariablen erfolgt.

Zwischen der Prävalenz chronischer Krankheiten und der beruflichen Position ist ein U-förmiger Zusammenhang nachzuweisen (Tabelle 16). Die Prävalenz nimmt bei Männern wie Frauen mit steigender beruflicher Position ab, nimmt aber in den Führungsposition wieder zu. Der überwiegende Teil (über 90 Prozent) der Personen mit chronischer Krankheit ist in den alltäglichen Handlungen durch die Erkrankung „ziemlich“ oder „sehr“ eingeschränkt.

Tabelle 16: Chronische Krankheiten nach beruflicher Position und Geschlecht (ab 45 Jahren)

berufliche Position	leiden unter andauernder Krankheit (in %)		Sind Sie daher in Ihren alltäglichen Handlungen eingeschränkt? ¹⁾ (in %)			
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer						
unqualifiziert	47,9	52,1	40,0	8,0	0,0	0,0
qualifiziert	49,9	50,1	33,7	9,6	4,3	2,2
hoch qualifiziert	42,9	57,1	30,4	10,0	2,3	0,2
Führungsposition	45,6	54,4	31,6	11,5	2,5	0,0
gesamt	46,7	53,3	33,6	9,7	2,6	0,8
Frauen						
unqualifiziert	47,6	52,4	30,8	10,8	4,0	1,9
qualifiziert	43,5	56,5	29,8	7,7	5,3	0,7
hoch qualifiziert	36,6	63,4	28,5	4,7	3,4	0,0
Führungsposition	41,3	58,7	28,9	12,3	0,0	0,0
gesamt	44,1	55,9	30,0	8,8	4,2	1,1

1) Die Prozentwerte dieser Frage summieren auf den Anteil der chronisch Kranken der ersten Ergebnisspalte.

Stark ausgeprägt ist der Zusammenhang der Prävalenz chronischer Erkrankungen mit der Einkommenssituation des Haushalts (Tabelle 17). Mit zunehmendem Haushaltseinkommen nimmt der Anteil der chronisch

kranken Personen erheblich ab, besonders bei den Frauen, wo eine Halbierung der Prävalenz von der untersten zur obersten Schicht zu sehen ist.

Tabelle 17: Chronische Krankheiten nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Haushalts- einkommen/EÄ	leiden unter andauernder Krankheit (in %)		Sind Sie daher in Ihren alltäglichen Handlungen eingeschränkt? ²⁾ (in %)			
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer						
Schicht 1	44,5	55,5	34,8	4,6	3,8	1,4
Schicht 2	54,5	45,5	37,6	12,5	3,3	1,2
Schicht 3	43,7	56,3	34,7	7,8	1,3	0,0
Schicht 4	38,0	62,0	26,0	7,1	2,9	2,0
gesamt	47,0	53,0	34,1	9,3	2,6	1,0
Frauen						
Schicht 1	58,5	41,5	35,0	11,1	7,5	4,9
Schicht 2	44,3	55,7	29,3	10,0	4,4	0,6
Schicht 3	38,6	61,4	29,1	8,0	1,5	0,0
Schicht 4	31,9	68,1	21,6	6,5	3,9	0,0
gesamt	43,4	56,6	29,2	9,2	4,0	1,1

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

2) Die Prozentwerte dieser Frage summieren auf den Anteil der chronisch Kranken der ersten Ergebnisspalte.

Ebenso wie in der letzten Tabelle nimmt die Prävalenz chronischer Erkrankungen mit zunehmender Höhe der Ausbildung ab, wiederum bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern (Tabelle 18). Pflichtschul-

absolventInnen leiden mehr als doppelt so oft unter einer chronischen Krankheit wie UniversitätsabsolventInnen.

Tabelle 18: Chronische Krankheiten nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Schulbildung	leiden unter andauernder Krankheit (in %)		Sind Sie daher in Ihren alltäglichen Handlungen eingeschränkt? ¹⁾ (in %)			
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer						
Pflichtschule	45,2	54,8	25,9	11,4	7,9	0,0
Lehre	50,1	49,9	37,1	10,1	1,8	1,1
mittlere Ausbildung	43,6	56,4	33,2	7,4	2,0	1,0
Universität	42,2	57,8	27,5	11,6	3,1	0,0
gesamt	46,8	53,2	33,7	9,6	2,7	0,8
Frauen						
Pflichtschule	57,0	43,0	34,5	12,3	7,5	2,7
Lehre	43,0	57,0	31,1	7,9	3,2	0,8
mittlere Ausbildung	37,5	62,5	27,8	7,7	2,0	0,0
Universität	25,0	75,0	21,2	2,0	0,0	1,7
gesamt	44,5	55,5	30,5	8,8	3,9	1,2

1) Die Prozentwerte dieser Frage summieren auf den Anteil der chronisch Kranken der ersten Ergebnisspalte.

In der Verteilung der Personen mit chronischer Erkrankung auf die vier Wiener Bezirkskategorien zeigen sich bei Männern und Frauen unterschiedliche Muster. Zu einem wesentlichen Teil trägt dazu die ungleiche Altersverteilung in den Bezirkskategorien bei. Der hohe Anteil an chronisch kranken Frauen (Tabelle 19) in

den Nobelbezirken ist auf den hohen Anteil an alten Frauen in diesen Bezirken zurückzuführen. Den kleinsten Anteil an chronisch kranken Personen weisen bei Männern wie Frauen die Mischbezirke auf, relativ hohe Anteile finden sich in den ArbeiterInnenbezirken.

Tabelle 19: Chronische Krankheiten nach Region (Bezirk) und Geschlecht

Region (Bezirk)	leiden unter andauernder Krankheit (in %)		Sind Sie daher in Ihren alltäglichen Handlungen eingeschränkt? ¹⁾ (in %)			
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	27,0	73,0	21,1	4,4	1,5	0,0
ArbeiterInnenbezirk	33,9	66,1	25,3	6,3	1,5	0,8
Mischbezirk	26,4	73,6	19,3	5,7	1,2	0,2
Nobelbezirk	24,4	75,6	15,8	6,7	1,5	0,4
gesamt	29,3	70,7	21,8	5,6	1,4	0,4
Frauen						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	30,0	70,0	23,6	3,9	2,1	0,5
ArbeiterInnenbezirk	30,0	70,0	21,7	5,6	1,8	0,9
Mischbezirk	27,9	72,1	19,6	6,2	1,6	0,5
Nobelbezirk	34,4	65,6	28,3	1,3	4,8	0,0
gesamt	29,7	70,3	22,1	5,0	2,1	0,6

1) Die Prozentwerte dieser Frage summieren auf den Anteil der chronisch Kranken der ersten Ergebnisspalte.

5.2.3 Morbidität nach Krankheitsgruppen

Die Analyse der Gesamtmorbidität des vorhergehenden Abschnitts wird nun durch eine detailliertere Untersuchung der Morbidität für die wichtigsten Krankheitsgruppen ergänzt. Eine zuverlässige Analyse der Prävalenz auf der Ebene von einzelnen Erkrankungen ist mit der vorliegenden Studie aufgrund ihres geringen Umfangs nicht möglich, weshalb verwandte Krankheiten zu Krankheitsgruppen zusammengefasst wurden. Die Analysen der Zusammenhänge mit den soziodemographischen Variablen wurden wie bereits im vorigen Kapitel auf Personen ab 45 Jahren beschränkt, da sich meist erst ab diesem Alter mögliche Krankheitseffekte manifestieren.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stehen Erkrankungen des Bewegungsapparats an erster Stelle in der Prävalenz, gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems und der Atmungsorgane (Tabelle 20). Die Erkrankungen des Kreislaufsystems nehmen im Pensionsalter markant zu, und dies bei den Männern stärker als bei den Frauen: Jeder fünfte Mann und jede siebte Frau sind betroffen. Dagegen ist bei den Frauen eine stärkere Zunahme der Krankheiten des Bewegungsapparates festzustellen als bei den Männern.

Eine starke Alterszunahme der Prävalenz findet sich außerdem bei endokrinologischen Krankheiten (Ernährungs- u. Stoffwechselerkrankungen) und bei Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie bei Verletzungen. Verhältnismäßig gering bzw. fehlend ist die Alterszunahme bei Krankheiten der Haut und den psychiatrischen Krankheiten.

Tabelle 20a: Krankheiten bei Männern nach Alter

Krankheiten	Alter (Jahre)				
	16–24	25–44	45–59	60+	gesamt
	Männer (in %)				
Neoplasien	0,0	0,1	0,4	3,7	0,9
endokrinolog.-/Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	1,0	0,4	4,5	9,2	3,4
psychiatrische KH	0,0	0,3	0,5	0,0	0,3
Nervensystem/Sinnesorgane	1,2	1,7	6,2	7,5	4,0
Kreislaufsystem	0,2	1,7	6,3	20,8	6,7
Atmungsorgane	1,6	3,7	5,7	6,4	4,5
Verdauungsorgane	0,9	2,5	4,3	6,3	3,6
Urogenitalorgane	0,0	0,3	1,3	2,4	0,9
Haut, Subcutis	0,0	1,4	0,9	2,0	1,3
Bewegungsapparat	2,1	5,0	12,4	17,4	9,1
Verletzungen/Vergiftungen	0,4	2,4	4,0	4,9	3,1
sonstige	0,0	0,5	2,1	2,0	1,1

Tabelle 20b: Krankheiten bei Frauen nach Alter

Krankheiten	Alter (Jahre)				
	16–24	25–44	45–59	60+	gesamt
	Frauen (in %)				
Neoplasien	0,0	0,5	2,0	2,0	1,2
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	0,7	1,2	4,8	8,8	4,0
psychiatrische KH	0,2	0,2	0,6	0,8	0,5
Nervensystem/Sinnesorgane	1,3	1,7	4,8	9,6	4,4
Kreislaufsystem	0,0	1,4	5,4	15,2	5,8
Atmungsorgane	3,5	2,7	4,3	6,5	4,2
Verdauungsorgane	0,0	1,3	3,1	6,2	2,9
Urogenitalorgane	0,4	0,4	0,9	1,5	0,8
Haut, Subcutis	1,6	1,6	1,7	1,1	1,5
Bewegungsapparat	2,7	4,5	12,8	27,8	12,3
Verletzungen/Vergiftungen	0,0	1,5	1,1	4,9	2,1
sonstige	0,6	0,4	1,5	1,3	0,9

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Krankheitsprävalenzen und sozialen Faktoren? Besonders bei den Frauen zeigt sich ein Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen, und das vor allem für Krankheiten des Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates (Tabelle 21). Weniger stark ausgeprägt, aber doch

sichtbar, ist die Verbindung mit endokrinologischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie mit Krankheiten des Nervensystems und der Atmungsorgane. Keine klare Korrelation findet sich mit den Neoplasien, den Erkrankungen der Urogenitalorgane, der Haut und der Verdauungsorgane.

Tabelle 21a: Krankheiten bei Männern (ab 45 Jahren) nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾

Krankheiten	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
	Männer			
Neoplasien	1,9	2,0	2,5	0,6
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	5,1	7,5	8,8	3,5
psychiatrische KH	2,7	0,0	0,4	0,0
Nervensystem/Sinnesorgane	6,5	9,4	4,8	6,3
Kreislaufsystem	13,3	16,1	11,0	9,7
Atmungsorgane	3,7	8,4	5,0	3,3
Verdauungsorgane	7,5	6,7	2,3	6,0
Urogenitalorgane	1,1	2,1	0,4	3,7
Haut, Subcutis	0,0	1,0	2,0	1,3
Bewegungsapparat	10,8	18,2	12,6	13,2
Verletzungen/Vergiftungen	8,2	2,6	3,5	7,4
sonstige	0,0	3,1	0,8	1,8

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Tabelle 21b: Krankheiten bei Frauen (ab 45 Jahren) nach dem Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾

Krankheiten	Haushaltseinkommen/EÄ (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
	Frauen			
Neoplasien	1,4	2,3	1,3	1,8
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	13,4	6,2	6,8	4,2
psychiatrische KH	1,6	0,7	0,4	0,0
Nervensystem/Sinnesorgane	12,7	8,8	2,9	5,4
Kreislaufsystem	20,2	8,7	10,7	8,9
Atmungsorgane	6,5	3,8	5,1	6,2
Verdauungsorgane	5,6	4,4	4,4	3,5
Urogenitalorgane	0,0	2,2	0,2	0,0
Haut, Subcutis	2,9	,6	1,1	1,7
Bewegungsapparat	29,3	22,3	12,8	13,3
Verletzungen/Vergiftungen	2,1	4,5	2,9	0,0
sonstige	3,4	0,4	0,9	1,0

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Lineare Trends zwischen Krankheitsprävalenzen und Ausbildungsstand ergeben sich in der vorliegenden Studie deutlicher bei den Frauen als bei den Männern (Tabelle 22). Betroffen sind an erster Stelle die Krankheiten des Bewegungsapparates und des Kreislaufsys-

tems, weiters auch Krankheiten des Nervensystems, endokrinologische und psychiatrische Erkrankungen sowie Verletzungen. Bei den Männern fällt auf, dass bei den Krankheiten des Kreislaufsystems keine Korrelation mit dem Ausbildungsniveau festzustellen ist.

Tabelle 22a: Krankheiten bei Männern (ab 45 Jahren) nach Schulbildung

Krankheiten	Schulbildung (in %)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
	Männer			
Neoplasien	0,0	2,5	1,4	2,6
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	12,6	5,5	7,9	3,3
psychiatrische KH	0,0	0,3	0,0	1,0
Nervensystem/Sinnesorgane	7,0	8,2	3,4	9,6
Kreislaufsystem	10,8	13,8	11,7	15,4
Atmungsorgane	1,9	6,6	6,8	5,2
Verdauungsorgane	4,3	5,6	4,8	5,7
Urogenitalorgane	2,4	1,4	2,2	1,6
Haut, Subcutis	1,9	1,6	0,9	1,2
Bewegungsapparat	23,1	14,5	13,4	11,4
Verletzungen/Vergiftungen	7,2	4,4	3,7	3,3
sonstige	1,2	2,8	1,9	0,0

Tabelle 22b: Krankheiten bei Frauen (ab 45 Jahren) nach Schulbildung

Krankheiten	Schulbildung (in %)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
	Frauen			
Neoplasien	0,9	2,8	1,5	5,9
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	10,8	6,1	4,4	3,7
psychiatrische KH	1,8	0,3	0,2	0,0
Nervensystem/Sinnesorgane	9,7	6,2	6,4	3,9
Kreislaufsystem	14,4	9,8	8,8	1,7
Atmungsorgane	7,0	6,8	3,6	0,9
Verdauungsorgane	5,3	2,0	7,6	7,6
Urogenitalorgane	2,3	0,6	0,9	0,0
Haut, Subcutis	1,6	1,3	1,6	0,0
Bewegungsapparat	30,2	17,9	15,9	6,8
Verletzungen/Vergiftungen	5,7	1,6	2,1	1,6
sonstige	1,7	1,0	1,7	0,0

Sehr wenige lineare Zusammenhänge gibt es zwischen der beruflichen Position und der Prävalenz von chronischen Erkrankungen (Tabelle 23). Bei den Männern treten Verletzungen bei den niedrig qualifiziert Tätigen

häufiger auf, besonders bei den Frauen sind diese auch häufiger von Krankheiten des Bewegungsapparates betroffen. Beides dürfte eine direkte Auswirkung ihrer häufiger manuellen Tätigkeit sein.

Tabelle 23a: Krankheiten bei Männern (ab 45 Jahren) nach beruflicher Position

Krankheiten	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
	Männer			
Neoplasien	1,3	1,6	1,8	4,0
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	6,9	7,4	5,5	8,0
Psychiatrische KH	0,4	0,2	0,4	0,0
Nervensystem/Sinnesorgane	6,3	8,3	4,3	8,0
Kreislaufsystem	9,1	16,1	11,4	14,6
Atmungsorgane	5,7	6,7	4,9	6,7
Verdauungsorgane	3,7	6,1	5,1	5,7
Urogenitalorgane	1,2	2,4	1,4	2,1
Haut, Subcutis	1,9	1,7	0,7	1,8
Bewegungsapparat	11,3	17,9	16,4	7,9
Verletzungen/Vergiftungen	5,8	4,1	4,1	3,1
sonstige	2,4	2,4	2,3	0,4

Tabelle 23b: Krankheiten bei Frauen (ab 45 Jahren) nach beruflicher Position

Krankheiten	berufliche Position (in %)			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
	Frauen			
Neoplasien	1,2	2,5	3,3	1,7
endokrinolog./Ernährungs-/Stoffwechsel-KH	7,0	8,4	2,3	3,2
Psychiatrische KH	1,1	0,1	0,0	0,5
Nervensystem/Sinnesorgane	7,3	6,8	8,0	9,1
Kreislaufsystem	10,9	11,8	4,3	9,8
Atmungsorgane	4,2	7,0	4,0	5,8
Verdauungsorgane	4,8	4,2	7,5	0,0
Urogenitalorgane	1,4	1,3	1,3	0,0
Haut, Subcutis	2,2	0,9	0,0	2,2
Bewegungsapparat	27,5	15,9	14,0	17,8
Verletzungen/Vergiftungen	3,0	3,5	3,3	0,0
sonstige	1,8	1,4	0,0	3,4

5.2.3.1 Neoplasien/Krebs

Die Prävalenz der Krebserkrankungen nimmt laut Tabelle 24 mit dem Alter zu, wie es für eine typische Al-

terserkrankung auch zu erwarten ist. Insgesamt ist sie bei Männern und Frauen vergleichbar hoch (1,2 Prozent bzw. 1,0 Prozent).

Tabelle 24: Krebserkrankung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Krebs (in %)	
	Männer	Frauen
16–24	0,0	0,0
25–44	0,2	0,3
45–59	1,2	1,6
60+	3,8	1,7
gesamt	1,2	1,0

Die Analyse der Krebsprävalenz nach Einkommensschichten führt zu dem etwas merkwürdigen Ergebnis, dass bei Frauen die Krebshäufigkeit mit dem Einkommen zunimmt, während sie bei den Männern tendenzi-

ell abnimmt. Die Studienergebnisse sind allerdings bei den hinsichtlich der Prävalenz relativ seltenen Erkrankungen nur mit Vorbehalt zu interpretieren.

Tabelle 25: Krebserkrankung nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Haushaltseinkommen/EÄ	Krebs (in %)	
	Männer	Frauen
Schicht 1	0,0	0,8
Schicht 2	3,3	1,5
Schicht 3	2,3	1,8
Schicht 4	1,7	3,1
gesamt	2,4	1,7

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.2 Stoffwechselerkrankungen

Der Diabetes gehört zu den bedeutendsten Stoffwechselerkrankungen. Seine Prävalenz ist in Wien gemäß

Tabelle 26 bei Männern und Frauen vergleichbar hoch und nimmt ab dem Pensionsalter erheblich zu, während Personen in den unteren Altersgruppen bis 44 Jahren kaum betroffen sind.

Tabelle 26: Stoffwechselerkrankungen nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Diabetes	Gallensteine	Nierensteine
Männer			
16–24	0,3	0,0	0,0
25–44	0,2	0,6	0,2
45–59	3,9	1,7	1,2
60+	11,0	4,8	2,4
gesamt	3,4	1,7	0,9
Frauen			
16–24	0,2	0,0	0,0
25–44	0,7	0,6	0,4
45–59	3,6	3,2	1,2
60+	12,1	4,2	1,0
gesamt	4,3	2,1	0,7

Die Prävalenz des Diabetes zeigt, besonders bei Frauen, eine sehr starke Abhängigkeit von der Einkommenssituation (Tabelle 27). In der obersten Einkommensschicht sind nur zwei Prozent bzw. drei Prozent

der Männer bzw. Frauen betroffen, während Frauen der untersten Einkommensschicht fast fünfmal so häufig unter Diabetes leiden.

Tabelle 27: Stoffwechselerkrankungen nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (in %)

Haushaltseinkommen/EÄ	Diabetes	Gallensteine	Nierensteine
Männer			
Schicht 1	7,6	0,0	2,2
Schicht 2	8,3	2,4	1,4
Schicht 3	9,5	5,4	2,0
Schicht 4	1,7	1,2	2,1
gesamt	7,3	2,9	1,8
Frauen			
Schicht 1	15,4	3,7	2,4
Schicht 2	8,2	3,2	0,3
Schicht 3	6,7	3,7	0,4
Schicht 4	3,3	3,2	4,5
gesamt	8,3	3,4	1,2

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.3 Psychiatrische Krankheiten

Von den erhobenen psychiatrischen Symptomen zeigt die Prävalenz der Epilepsie keine Altersabhängigkeit, die Nervosität bzw. Angstzustände nehmen mit dem

Alter zu, und die Kopfschmerzen/Migräne treten am häufigsten in den beiden mittleren Altersgruppen (25–59 Jahre) auf (Tabelle 28). Von Migräne sind Frauen ungefähr doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Tabelle 28: Psychiatrische Symptome nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Nervosität, Angstzustände	Epilepsie	schwere Kopfschmerzen, Migräne
Männer			
16–24	2,6	0,4	2,9
25–44	4,0	0,1	4,6
45–59	4,7	0,3	5,9
60+	7,2	0,4	2,9
gesamt	4,7	0,3	4,4
Frauen			
16–24	4,1	1,4	7,2
25–44	4,2	0,3	11,5
45–59	8,5	0,7	11,6
60+	10,7	1,1	8,4
gesamt	6,9	0,7	10,3

Die Prävalenz der Nervosität/Angstzustände ist in den unteren Einkommensschichten höher als in den oberen (Tabelle 29). Die Prävalenz der Epilepsie folgt auch

bei Frauen diesem Muster, während bei Männern kein linearer Zusammenhang erkennbar ist.

Tabelle 29: Psychiatrische Symptome nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht in % (ab 45 Jahren)

Haushaltseinkommen/EÄ	Nervosität, Angstzustände	Epilepsie
Männer		
Schicht 1	6,1	1,1
Schicht 2	9,9	0,0
Schicht 3	3,4	0,4
Schicht 4	4,6	1,1
gesamt	6,5	0,4
Frauen		
Schicht 1	20,4	2,7
Schicht 2	8,3	0,8
Schicht 3	8,1	0,0
Schicht 4	7,1	0,0
gesamt	10,0	0,8

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.4 Krankheiten des Kreislaufsystems

An Hypertonie zu leiden berichten 12,1 Prozent der Männer und 21,5 Prozent der Frauen (Tabelle 30). Bei

den Männern zeigt sich eine starke Zunahme der Prävalenz mit dem Alter, die bei den Frauen nicht zu erkennen ist.

Tabelle 30: Krankheiten des Kreislaufsystems nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	hoher Blutdruck	Herzinfarkt, Angina pectoris	Hirnschlag
Männer			
16-24	0,9	0,9	0,0
25-44	4,5	1,8	0,5
45-59	15,0	2,5	0,7
60+	29,8	1,8	0,0
gesamt	12,1	1,9	0,4
Frauen			
16-24	26,4	4,0	0,0
25-44	18,8	4,0	0,0
45-59	22,5	1,4	0,0
60+	21,8	0,9	0,0
gesamt	21,5	2,8	0,0

Die Einschränkung der Analyse auf Personen ab 45 Jahren ergibt, dass Männer mit einer Prävalenz von 22 Prozent öfter an hohem Blutdruck leiden als Frauen

mit einer Prävalenz von acht Prozent (Tabelle 31). Mit zunehmendem Einkommen nimmt die Häufigkeit der Hypertonie ab, bei den Frauen sogar auf ein Fünftel.

Tabelle 31: Krankheiten des Kreislaufsystems nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht *in %* (ab 45 Jahren)

Haushalts-einkommen/EÄ	hoher Blutdruck	Herzinfarkt, Angina pectoris	Hirnschlag
Männer			
Schicht 1	9,4	0,0	2,2
Schicht 2	25,1	2,4	1,4
Schicht 3	23,1	5,4	2,0
Schicht 4	19,8	1,2	2,1
gesamt	22,2	2,9	1,8
Frauen			
Schicht 1	15,4	3,7	2,4
Schicht 2	8,2	3,2	0,3
Schicht 3	6,7	3,7	0,4
Schicht 4	3,3	3,2	4,5
gesamt	8,3	3,4	1,2

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.5 Krankheiten der Atmungsorgane

Von den beiden erhobenen Krankheiten der Atmungsorgane Bronchitis und Asthma tritt die chronische

Bronchitis mit zunehmendem Lebensalter häufiger auf, während Asthma keinen Alterstrend aufweist (Tabelle 32). Beide Krankheiten werden von Frauen etwas häufiger berichtet als von Männern.

Tabelle 32: Krankheiten der Atmungsorgane nach Alter und Geschlecht *(in %)*

Alter (Jahre)	chronische Bronchitis	Asthma
Männer		
16–24	1,6	1,6
25–44	2,3	1,8
45–59	4,5	2,9
60+	4,5	1,8
gesamt	3,2	2,1
Frauen		
16–24	2,8	3,4
25–44	1,4	2,4
45–59	3,9	1,9
60+	8,9	3,9
gesamt	4,1	2,8

Die Prävalenz sowohl von chronischer Bronchitis als auch von Asthma ist tendenziell um so kleiner, je höher

das Einkommen ist (Tabelle 33).

Tabelle 33: Krankheiten der Atmungsorgane nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht *in %* (ab 45 Jahren)

Haushaltseinkommen/EÄ	chronische Bronchitis	Asthma
Männer		
Schicht 1	2,5	5,1
Schicht 2	6,7	2,5
Schicht 3	4,8	2,6
Schicht 4	1,8	0,8
gesamt	4,8	2,4
Frauen		
Schicht 1	9,1	3,5
Schicht 2	6,6	2,8
Schicht 3	6,6	1,6
Schicht 4	0,7	1,8
gesamt	6,3	2,5

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.6 Krankheiten der Verdauungsorgane

Unter Magengeschwüren oder Gastritis leiden nach eigenen Angaben etwa gleich viele Frauen (4,6 Prozent)

wie Männer (4,4 Prozent; Tabelle 34). Ihre Prävalenz nimmt mit dem Alter auf fast das Dreifache in der Gruppe der über 60-Jährigen zu.

Tabelle 34: Krankheiten der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht (*in %*)

Alter (Jahre)	Magengeschwür, Gastritis	
	Männer	Frauen
16-24	2,2	2,3
25-44	3,4	3,6
45-59	6,3	4,7
60+	5,6	6,9
gesamt	4,4	4,6

Von Magengeschwüren oder Gastritis ist in der untersten Einkommensschicht jede zehnte Person betroffen

(Tabelle 35). Mit Zunahme des Einkommens zeigt sich eine Abnahme der Prävalenz.

Tabelle 35: Krankheiten der Verdauungsorgane nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Haushalts- einkommen/EÄ	Magengeschwür, Gastritis (in %)	
	Männer	Frauen
Schicht 1	10,2	9,5
Schicht 2	8,1	5,6
Schicht 3	3,5	7,3
Schicht 4	5,4	0,9
gesamt	6,2	6,1

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.7 Krankheiten der Urogenitalorgane

Krankheiten des Unterleibs bzw. der Geschlechtsorgane werden bei Männern mit dem Alter häufiger, wäh-

rend bei den Frauen kein linearer Zusammenhang mit dem Alter festzustellen ist (Tabelle 36). Unter schmerzhafter Menstruation bzw. Dysmenorrhöe leiden am häufigsten die jungen Frauen.

Tabelle 36: Krankheiten der Urogenitalorgane nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Krankheiten des Unterleibs bzw. der Geschlechtsorgane	schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhöe
Männer		
16–24	0,0	–
25–44	0,5	–
45–59	1,6	–
60+	3,0	–
gesamt	1,2	–
Frauen		
16–24	1,1	12,2
25–44	2,0	8,1
45–59	1,9	4,5
60+	1,5	0,1
gesamt	1,7	5,6

Die Prävalenz der Krankheiten des Unterleibs bzw. der Geschlechtsorgane steht in keinem deutlichen Zusammenhang mit der Einkommenssituation, jedoch

sind Frauen der untersten Einkommensschicht am stärksten von allen Einkommensgruppen betroffen (Tabelle 37).

Tabelle 37: Krankheiten der Urogenitalorgane nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (*in %*)
(ab 45 Jahren)

Haushalts- einkommen/EÄ	Krankheiten des Unterleibs bzw. der Geschlechtsorgane	schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhöe
Männer		
Schicht 1	0,0	–
Schicht 2	2,5	–
Schicht 3	1,9	–
Schicht 4	3,9	–
gesamt	2,4	–
Frauen		
Schicht 1	5,2	3,2
Schicht 2	0,7	2,1
Schicht 3	0,9	2,4
Schicht 4	1,5	2,3
gesamt	1,6	2,4

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.8 Hautkrankheiten

Ekzeme und Hautausschläge sowie Schuppenflechte

sind in allen Altersgruppen etwa vergleichbar häufig vertreten, es zeigt sich kein eindeutiger Alterstrend (Tabelle 38).

Tabelle 38: Hautkrankheiten nach Alter und Geschlecht (*in %*)

Alter (Jahre)	Ekzem, Hautausschlag	Schuppenflechte
Männer		
16–24	2,5	1,1
25–44	4,3	3,4
45–59	1,8	3,0
60+	4,0	1,2
gesamt	3,4	2,5
Frauen		
16–24	5,0	1,3
25–44	4,8	1,4
45–59	4,8	2,3
60+	3,4	1,9
gesamt	4,5	1,7

Ebenso wie mit dem Alter zeigt die Prävalenz der Hautausschläge und Schuppenflechte auch keinen klaren

Zusammenhang mit den Einkommensschichten (Tabelle 39).

Tabelle 39: Hautkrankheiten nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht *in %* (ab 45 Jahren)

Haushalts-einkommen/EÄ	Ekzem, Hautausschlag	Schuppenflechte
Männer		
Schicht 1	1,6	1,1
Schicht 2	4,1	1,9
Schicht 3	1,9	4,5
Schicht 4	3,9	1,1
gesamt	3,2	2,5
Frauen		
Schicht 1	6,9	3,4
Schicht 2	2,6	1,3
Schicht 3	3,1	1,2
Schicht 4	7,2	3,3
gesamt	4,0	1,9

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.9 Krankheiten des Bewegungsapparates

Neben den bereits in Abschnitt 5.2.2 beschriebenen Beschwerden des Bewegungsapparates analysieren wir hier zusätzlich die Prävalenz von teilweisen Lähmungserscheinungen und von Rückenschmerzen. Von teilweisen Lähmungen sind insgesamt 1,3 Prozent der Männer und 1,0 Prozent der Frauen betroffen (Tabelle

40). Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Prävalenz der teilweisen Lähmungen zu, und bereits in der Altersgruppe 45–59 Jahre geben dies etwa 1,5 Prozent der Befragten an. Ebenso nimmt die Prävalenz der Rückenschmerzen mit dem Alter stark zu. Von den 60- bis 74-jährigen Männern leiden ca. 30 Prozent und von den Frauen dieser Altersgruppe sogar 43 Prozent unter Rückenschmerzen.

Tabelle 40: Krankheiten des Bewegungsapparates nach Alter und Geschlecht (*in %*)

Alter (Jahre)	teilweise Lähmung	Rückenschmerzen
Männer		
16–24	0,0	7,9
25–44	0,6	18,1
45–59	1,6	30,7
60+	3,0	29,2
gesamt	1,3	22,3
Frauen		
16–24	0,0	9,7
25–44	0,2	20,2
45–59	1,3	30,6
60+	2,2	43,4
gesamt	1,0	27,6

Von teilweiser Lähmung und von Rückenschmerzen ist die oberste Einkommensschicht am seltensten von allen Einkommensgruppen betroffen (Tabelle 41).

Tendenziell weisen die beiden unteren Einkommensgruppen höhere Prävalenzen auf als die beiden oberen.

Tabelle 41: Krankheiten des Bewegungsapparates nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht *in %* (ab 45 Jahren)

Haushalts-einkommen/EÄ	teilweise Lähmung	Rückenschmerzen
Männer		
Schicht 1	3,4	35,7
Schicht 2	4,1	30,8
Schicht 3	1,9	32,7
Schicht 4	0,5	24,5
gesamt	2,6	30,5
Frauen		
Schicht 1	4,5	34,8
Schicht 2	1,3	39,8
Schicht 3	1,7	35,6
Schicht 4	0,0	30,8
gesamt	1,8	36,7

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.2.3.10 Entfernung eines Organs

Von der Entfernung eines Organs (Tabelle 42) waren Frauen ab der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen

deutlich häufiger betroffen als Männer (drei Prozent bzw. ein Prozent). Dabei handelt es sich vermutlich überwiegend um Brust- oder Gebärmutterentfernungen.

Tabelle 42: Entfernung eines Organs nach Alter und Geschlecht (*in %*)

Alter (Jahre)	Arm- oder Beinamputation	Entfernung eines Organs (Lunge, Niere, Brust, Gebärmutter)
Männer		
16-24	0,0	0,0
25-44	0,0	0,5
45-59	0,2	0,7
60+	0,4	0,9
gesamt	0,1	0,6
Frauen		
16-24	0,5	0,0
25-44	0,0	0,6
45-59	0,0	3,2
60+	0,1	2,5
gesamt	0,1	1,7

5.2.3.11 Unfälle außerhalb der Arbeitszeit, Verletzungen und Vergiftungen

Dieser Abschnitt untersucht das Auftreten von Unfällen, welche sich außerhalb der Arbeitszeit ereigneten und welche bei der betroffenen Person Schwierigkeiten bei der Ausübung der alltäglichen Aktivitäten zur Folge hatten. Die verwendete Maßzahl ist eine sogenannte Perioden-Prävalenz. Sie gibt den Anteil der Personen in der Bevölkerung an, welchen während der Periode eines Jahres zumindest ein Unfall widerfährt.

Von mindestens einem Freizeitunfall waren innerhalb eines Jahres gleichermaßen ca. 8,5 Prozent der Männer und der Frauen betroffen (Tabelle 43). Freizeitunfälle treten gehäuft in der jüngsten Altersgruppe (16–24 Jahre) auf. Es handelt sich bei diesen Unfällen bei den Männern zu über 50 Prozent und bei den Frauen zu einem Drittel um Sportunfälle. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Haushaltsunfälle an allen Freizeitunfällen von ca. 20 Prozent bis auf etwa 50 Prozent zu.

Tabelle 43: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit? (in %)				
	Freizeitunfälle: Prävalenz	Verkehrsunfall	Haushaltsunfall	Sportunfall	anderer Unfall
Männer					
16–24	17,5	18,2	17,0	54,2	17,2
25–44	10,0	12,5	16,0	55,6	24,3
45–59	4,1	24,3	13,1	34,5	36,3
60–74	5,6	22,9	53,1	6,5	17,6
75+	4,9	0,0	49,0	0,0	51,0
gesamt	8,5	15,9	20,9	45,7	24,3
Frauen					
16–24	15,5	10,5	23,0	34,7	35,2
25–44	6,9	23,7	26,6	28,9	26,0
45–59	9,0	15,8	30,1	18,9	35,2
60–74	4,7	8,5	38,4	28,6	41,5
75+	13,6	1,8	50,0	2,1	47,9
gesamt	8,7	14,7	31,2	23,2	34,6

Freizeitunfälle treten bei Männern wie Frauen in der untersten Einkommenschicht am häufigsten (14 Prozent bzw. zehn Prozent) und in der obersten Schicht am seltensten (6,5 Prozent bzw. 7,0 Prozent) auf (Ta-

belle 44). Mit dem Einkommen nimmt bei den Frauen der Anteil der Sportunfälle zu, wogegen bei den Männern kein Trend erkennbar ist.

Tabelle 44: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

Haushalts- einkommen/EÄ	Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit? (in %)				
	Freizeitunfälle: Prävalenz	Verkehrsunfall	Haushaltsunfall	Sportunfall	anderer Unfall
Männer					
Schicht 1	13,9	19,6	17,3	46,6	18,5
Schicht 2	7,4	20,5	30,3	33,4	27,7
Schicht 3	9,6	7,0	16,2	53,9	26,3
Schicht 4	6,5	16,6	32,1	43,5	7,8
gesamt	8,8	15,2	22,8	44,5	22,9
Frauen					
Schicht 1	10,4	5,5	44,6	6,6	49,5
Schicht 2	8,8	13,4	39,3	23,8	23,5
Schicht 3	9,0	13,7	25,1	29,3	36,3
Schicht 4	7,0	16,3	18,2	33,2	37,7
gesamt	9,0	12,0	34,8	22,4	33,8

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

Schicht 1 = –10.000,-; Schicht 2 = –18.000,-; Schicht 3 = –26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Personen der beiden unteren beruflichen Positionskategorien sind häufiger von Freizeitunfällen betroffen als Personen der beiden oberen Positionskategorien (Tabelle 45). Bei den Frauen wächst der Anteil der

Sportunfälle bei parallelem Rückgang der Haushaltsunfälle mit Zunahme der Qualifikation der ausgeübten Tätigkeit. Bei den Männern ist kein analoger Trend erkennbar.

Tabelle 45: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit? (in %)				
	Freizeitunfälle: Prävalenz	Verkehrsunfall	Haushaltsunfall	Sportunfall	anderer Unfall
Männer					
unqualifiziert	9,4	15,5	14,0	43,6	32,9
qualifiziert	10,1	15,9	23,2	44,6	25,9
hoch qualifiziert	6,2	8,0	28,8	45,5	17,7
Führungsposition	5,7	32,9	20,8	33,8	25,5
gesamt	8,3	15,6	21,8	43,6	26,0
Frauen					
unqualifiziert	7,6	14,4	44,8	19,2	25,9
qualifiziert	10,0	12,6	28,4	22,2	38,9
hoch qualifiziert	6,7	19,9	19,8	44,1	24,8
Führungsposition	3,1	20,8	20,8	59,5	19,7
gesamt	8,1	14,4	33,4	24,4	31,8

Bei Männern gibt es keinen linearen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsniveau und der Unfallprävalenz, dagegen nehmen bei den Frauen die Freizeitunfälle mit zunehmender Ausbildung ab (Tabelle 46). Bei

den Frauen zeigt sich eine Zunahme des Anteils der Sportunfälle und Abnahme der Haushaltsunfälle je höher die Ausbildungsebene ist. Ein vergleichbarer Trend ist bei den Männern nicht nachzuweisen.

Tabelle 46: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Schulbildung	Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit? (in %)				
	Freizeitunfälle: Prävalenz	Verkehrsunfall	Haushaltsunfall	Sportunfall	anderer Unfall
Männer					
Pflichtschule	3,0	52,2	0,0	0,0	47,8
Lehre	4,0	0,0	55,0	12,8	32,2
mittlere Ausbildung	6,9	36,9	13,0	31,0	28,1
Universität	3,9	6,3	62,9	0,0	30,8
gesamt	4,7	20,1	33,8	18,6	31,4
Frauen					
Pflichtschule	10,8	6,2	49,6	6,7	42,9
Lehre	7,9	24,0	32,9	6,8	36,4
mittlere Ausbildung	8,3	5,0	27,6	25,9	43,6
Universität	3,9	0,0	0,0	100,0	0,0
gesamt	8,7	10,4	37,5	14,9	40,1

Freizeitunfälle treten häufiger unter BewohnerInnen der ArbeiterInnenbezirke (Tabelle 47) auf als unter BewohnerInnen der Misch- und Nobelbezirke. In den ArbeiterInnenbezirken sind die Unfälle der Männer über-

wiegend Sportunfälle und jene der Frauen überwiegend Haushaltsunfälle. In den Nobelbezirken weisen bei den Frauen auch die Sportunfälle einen hohen Anteil auf.

Tabelle 47: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Region (Bezirk) und Geschlecht

Region (Bezirk)	Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit? (in %)				
	Freizeitunfälle: Prävalenz	Verkehrsunfall	Haushaltsunfall	Sportunfall	anderer Unfall
Männer					
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	9,4	16,9	18,7	46,5	30,3
ArbeiterInnenbezirk	8,7	9,2	22,4	41,7	26,7
Mischbezirk	7,4	23,6	21,1	55,0	9,6
Nobelbezirk	8,6	23,1	20,4	30,7	37,9
gesamt	8,5	15,9	20,9	45,7	24,3
Frauen					
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	8,4	15,5	33,0	17,6	34,4
ArbeiterInnenbezirk	9,6	17,0	35,8	21,4	31,4
Mischbezirk	8,1	14,9	26,7	26,6	35,7
Nobelbezirk	7,6	0,0	18,4	38,2	47,2
gesamt	8,7	14,7	31,2	23,2	34,6

5.2.4 Behinderungen und Einschränkungen

Welcher Anteil der Wiener Bevölkerung lebt mit Behinderungen oder Einschränkungen in ihren alltäglichen Tätigkeiten, die infolge von Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen eingetreten sind? Wir untersuchen im folgenden die Zweiwochenprävalenz an Wienern und Wienerinnen mit den beschriebenen Behinderungen.

Tabelle 48 gibt in der ersten Ergebnisspalte den Anteil der Personen an, welche durch eine Krankheit oder

Verletzung zwei Wochen lang in der Ausübung ihrer alltäglichen Aktivitäten behindert waren. Dieser Anteil ist mit 18 Prozent bei den Frauen etwas höher als bei den Männern mit 14 Prozent. Er nimmt mit dem Lebensalter tendenziell zu und betrifft bei Personen ab 75 Jahren jeden fünften Mann und jede vierte Frau.

Der Anteil der Personen, bei welchen diese Einschränkung oder Behinderung als chronisch zu bezeichnen ist, d. h. bereits länger als sechs Monate andauert, nimmt mit dem Alter erheblich zu, und zwar von ca. 17 Prozent auf 75 Prozent.

Tabelle 48: Behinderungen und Einschränkungen nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Einschränkung alltäggl. Aktivitäten durch Krankheit oder Verletzung?	Anteil mit chronischer Einschränkung
Männer		
16–24	6,5	17,3
25–44	12,7	18,2
45–59	19,7	46,6
60–74	10,8	40,5
75+	19,5	76,6
gesamt	13,8	36,1
Frauen		
16–24	12,8	17,5
25–44	14,7	25,8
45–59	20,7	49,1
60–74	18,5	63,6
75+	26,1	73,3
gesamt	17,8	45,1

Die unteren Einkommensschichten sind tendenziell von Behinderungen bzw. Einschränkungen ihrer alltäglichen Aktivitäten stärker betroffen als die oberen (Tabelle 49). Die chronischen Einschränkungen zeigen

einen U-förmigen Zusammenhang mit dem Einkommen: Sie nehmen mit steigendem Einkommen ab, sind aber in der obersten Schicht wieder häufiger.

Tabelle 49: Behinderungen und Einschränkungen nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (in %)

Haushaltseinkommen/EÄ	Einschränkung alltäglicher Aktivitäten durch Krankheit oder Verletzung?	Anteil mit chronischer Einschränkung
Männer		
Schicht 1	10,5	47,1
Schicht 2	16,1	42,5
Schicht 3	12,8	20,8
Schicht 4	12,8	38,4
gesamt	13,8	36,0
Frauen		
Schicht 1	25,4	51,7
Schicht 2	17,0	40,8
Schicht 3	16,9	34,6
Schicht 4	16,6	40,7
gesamt	18,4	41,8

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Durchschnittlich verbrachten im letzten Jahr aufgrund einer Krankheit oder Verletzung Männer wie Frauen ca. acht Arbeitstage zu Hause (Tabelle 50). Die Aufschlüsselung nach der beruflichen Position ergibt, dass

mit zunehmend qualifizierter Tätigkeit die Anzahl der Krankenstandstage bei Männern wie Frauen erheblich zurückgeht.

Tabelle 50: Krankenstandstage im letzten Jahr nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Krankenstandstage im letzten Jahr? (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
unqualifiziert	11,13	9,19
qualifiziert	8,85	8,78
hoch qualifiziert	5,89	5,87
Führungsposition	5,69	2,88
gesamt	8,14	8,00

Ähnlich wie in der letzten Tabelle weisen vor allem die beiden unteren Bildungsgruppen eine hohe Anzahl an

Krankenstandstagen auf (Tabelle 51).

Tabelle 51: Krankenstandstage im letzten Jahr nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Krankenstandstage im letzten Jahr? (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
Pflichtschule	10,33	10,95
Lehre	10,47	8,92
mittlere Ausbildung	6,52	7,22
Universität	3,08	4,13
gesamt	8,14	7,99

Welche Hilfsmittel werden von der Wiener Bevölkerung benötigt, um das Alltagsleben zu bewältigen? Ungefähr zwei Drittel der Wiener und Wienerinnen benötigen eine Brille bzw. Kontaktlinsen, und bereits ein Viertel der Männer und ein Drittel der Frauen verwenden diese Hilfen im Jugendalter (Tabelle 52). Andere

Hilfsmittel wie Hörhilfen, Gehhilfen, Rollstuhl und andere Hilfen werden dagegen fast nur von Personen im Pensionsalter eingesetzt. In der höchsten Altersgruppe (ab 75 Jahren) sind Gehhilfen wie Stöcke oder Krücken besonders häufig in Verwendung.

Tabelle 52: Verwendung von Hilfsmitteln im Alltag nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Hilfsmittel, um das Alltagsleben zu bewältigen (in %)					
	Brillen, Kontaktlinsen	Hörhilfen	Stock, Krücken, andere Gehhilfe	Rollstuhl	anderes	nein
Männer						
16–24	24,2	0,3	0,3	0,3	0,3	75,8
25–44	40,6	0,1	0,6	0,1	0,6	58,7
45–59	80,2	0,9	1,9	0,4	1,2	18,5
60–74	94,2	5,0	3,3	0,6	2,2	5,4
75+	94,0	17,2	27,3	0,0	2,7	2,1
gesamt	59,7	2,2	3,0	0,3	1,1	39,3
Frauen						
16–24	34,3	0,0	0,0	0,0	0,0	65,7
25–44	45,1	0,0	0,1	0,0	0,6	54,3
45–59	86,8	0,9	1,0	0,8	1,1	13,2
60–74	93,2	1,1	3,9	0,2	1,5	6,7
75+	94,7	9,9	33,6	2,7	0,5	2,0
gesamt	66,7	1,4	4,4	0,5	0,8	32,7

Die Verteilung der Hilfsmittel zur Alltagsbewältigung in den vier Bezirkskategorien spiegelt teilweise die Alterszusammensetzung der Bevölkerung wider (Tabelle

53). In den Nobelbezirken gibt es den höchsten Anteil an Personen mit Brillen bzw. Kontaktlinsen und mit Hörhilfen.

Tabelle 53: Verwendung von Hilfsmitteln im Alltag nach Region (Bezirk) und Geschlecht

Region (Bezirk)	Hilfsmittel, um das Alltagsleben zu bewältigen (in %)					
	Brillen, Kontaktlinsen	Hörhilfen	Stock, Krücken, andere Gehhilfe	Rollstuhl	anderes	nein
Männer						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	52,1	1,3	3,3	0,2	1,1	46,2
ArbeiterInnenbezirk	61,6	2,8	3,2	0,6	1,3	37,6
Mischbezirk	63,1	1,7	2,8	0,0	1,1	36,4
Nobelbezirk	67,9	4,2	2,1	0,0	0,0	32,1
gesamt	59,7	2,2	3,0	0,3	1,1	39,3
Frauen						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	58,4	1,2	4,8	0,1	0,6	41,4
ArbeiterInnenbezirk	68,5	1,6	4,6	0,8	0,7	30,6
Mischbezirk	69,2	1,3	3,6	0,6	1,1	30,3
Nobelbezirk	74,5	2,4	5,5	0,0	0,7	24,2
gesamt	66,7	1,4	4,4	0,5	0,8	32,7

5.2.5 Zahngesundheit

Den Zustand der Zahngesundheit beschreiben wir durch Angaben über die ungefähre Anzahl der noch vorhandenen eigenen Zähne.

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Anzahl der eigenen Zähne erheblich ab (Tabelle 54). Jede zweite Frau über 74 Jahre und 39 Prozent der Männer der höchsten Altersgruppe (ab 75 Jahren) besitzen keinen eigenen Zahn mehr.

Tabelle 54: Zahnanzahl nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten? (in %)					
	keinen	1–9 Zähne	10–19 Zähne	mehr als 20 Zähne	alle Zähne	weiß nicht
Männer						
16–24	1,9	0,7	0,2	29,0	65,6	2,6
25–44	0,4	2,1	4,0	60,1	33,0	0,4
45–59	5,7	12,2	17,0	54,0	10,7	0,3
60–74	16,1	23,3	15,5	40,3	4,8	0,0
75+	39,1	27,3	18,5	14,3	0,0	0,8
gesamt	6,8	9,2	9,4	48,7	25,2	0,6
Frauen						
16–24	0,5	0,4	0,1	28,5	66,2	4,4
25–44	0,4	1,1	5,3	57,3	35,7	0,3
45–59	4,7	10,4	20,8	51,4	11,5	1,2
60–74	16,1	26,6	21,9	31,6	3,5	0,3
75+	48,7	27,0	12,9	8,4	2,7	0,4
gesamt	9,0	9,9	11,9	43,8	24,5	0,9

Je höher das Ausbildungsniveau einer Person ist, umso mehr Zähne hat sie behalten (Tabelle 55).

Tabelle 55: Zahnanzahl nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten? (in %)					
	keinen	1–9 Zähne	10–19 Zähne	mehr als 20 Zähne	alle Zähne	weiß nicht
Männer						
Pflichtschule	6,5	7,1	6,8	43,2	35,2	1,1
Lehre	9,6	12,8	12,8	48,8	15,5	0,6
mittlere Ausbildung	5,4	7,3	8,8	49,6	28,2	0,7
Universität	2,1	6,0	4,9	54,8	32,1	0,0
gesamt	6,8	9,2	9,4	48,7	25,2	0,6
Frauen						
Pflichtschule	16,7	13,7	13,3	32,3	22,3	1,6
Lehre	10,3	12,0	16,9	47,0	12,5	1,3
mittlere Ausbildung	4,3	7,4	9,7	48,1	30,2	0,2
Universität	0,8	3,0	3,3	53,0	39,4	0,5
gesamt	9,0	9,9	11,9	43,8	24,5	0,9

Durch die Beschränkung der letzten Analyse auf Personen im Alter ab 45 Jahren zeigt sich der Zusammen-

hang zwischen Ausbildungsniveau und Zahnanzahl noch deutlicher (Tabelle 56).

Tabelle 56: Zahnanzahl nach Schulbildung und Geschlecht (ab 45 Jahren)

Schulbildung	Wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten? (in %)					
	keinen	1–9 Zähne	10–19 Zähne	mehr als 20 Zähne	alle Zähne	weiß nicht
Männer						
Pflichtschule	20,9	21,5	16,4	37,4	3,8	0,0
Lehre	16,0	19,7	18,6	39,7	6,0	0,0
mittlere Ausbildung	10,9	15,9	17,1	47,3	7,9	1,0
Universität	5,5	12,1	8,3	59,4	14,7	0,0
gesamt	13,9	18,0	16,8	43,8	7,3	0,3
Frauen						
Pflichtschule	30,1	24,4	20,3	21,3	3,6	0,3
Lehre	16,5	18,2	23,5	34,7	5,7	1,4
mittlere Ausbildung	8,8	15,6	17,2	45,0	13,0	0,4
Universität	2,6	9,5	7,7	75,4	3,0	1,8
gesamt	17,5	18,8	19,5	36,3	7,2	0,7

Ein analoger Zusammenhang wie in den letzten Tabellen ergibt sich zwischen Zahnanzahl und beruflicher Position. Personen in den oberen beruflichen Positionen

haben mehr Zähne als Personen, welche wenig qualifizierte Tätigkeiten ausüben (Tabelle 57).

Tabelle 57: Zahnanzahl nach beruflicher Position und Geschlecht

berufliche Position	Wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten? (in %)					
	keinen	1–9 Zähne	10–19 Zähne	mehr als 20 Zähne	alle Zähne	weiß nicht
Männer						
unqualifiziert	7,0	11,1	9,4	51,6	20,2	0,7
qualifiziert	8,2	10,0	10,1	47,7	23,0	1,1
hochqualifiziert	6,5	8,5	10,0	53,4	21,4	0,2
Führungsposition	5,8	10,1	11,2	49,2	23,3	0,4
gesamt	7,1	9,8	10,0	50,4	22,0	0,7
Frauen						
unqualifiziert	13,7	13,0	16,7	40,8	15,4	0,4
qualifiziert	6,9	9,8	10,8	47,4	23,9	1,2
hoch qualifiziert	1,9	7,8	10,2	50,5	29,0	0,6
Führungsposition	2,1	10,3	6,8	56,6	24,1	0,0
gesamt	8,6	10,8	12,8	45,8	21,3	0,7

Die Ergebnisse der Zahngesundheit in den vier untersuchten Bezirkskategorien zeigen keinen einheitlichen Trend (Tabelle 58). Gute Werte bei der Zahnanzahl gibt es sowohl in den ArbeiterInnenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil als auch in den Nobelbezirken.

Die schlechtesten Werte ergeben sich bei Männern und Frauen in den ArbeiterInnenbezirken mit kleinem AusländerInnenanteil (nur 23 Prozent bzw. 20 Prozent haben noch alle Zähne).

Tabelle 58: Zahnanzahl nach Region (Bezirk) und Geschlecht

Region (Bezirk)	Wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten? (in %)					
	keinen	1–9 Zähne	10–19 Zähne	mehr als 20 Zähne	alle Zähne	weiß nicht
Männer						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	5,6	6,7	8,1	51,9	26,9	0,8
ArbeiterInnenbezirk	7,0	11,7	10,9	46,4	23,3	0,6
Mischbezirk	8,1	7,9	9,3	49,0	25,2	0,6
Nobelbezirk	5,4	11,1	6,7	47,6	29,3	0,0
gesamt	6,8	9,2	9,4	48,7	25,2	0,6
Frauen						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	5,7	10,1	11,7	42,7	28,2	1,5
ArbeiterInnenbezirk	11,3	11,4	13,2	43,2	19,9	0,8
Mischbezirk	8,8	8,2	9,6	46,4	26,2	0,8
Nobelbezirk	9,1	8,9	14,7	39,7	27,2	0,3
gesamt	9,0	9,9	11,9	43,8	24,5	0,9

5.3 Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden

Die Darstellung der Indikatoren gliedert sich nach den üblichen vier Stratifizierungsvariablen: (1) Alter, (2) Bildung, (3) Einkommen und (4) berufliche Position, wobei innerhalb jeder Stratifizierung zusätzlich nach Männern und Frauen getrennt analysiert wurde. Die inhaltliche Interpretation aller Ergebnisse erfolgt gleich zu Beginn dieses Kapitels. Auf den folgenden Seiten finden sich dann die Tabellen und Liniendiagramme nach Alter, Bildung, Einkommen und beruflicher Position geordnet, in welchen die numerischen Ergebnisse angeführt sind. Die Abkürzung F verweist auf die Fragebogennummer, um die Zuordnung der Indikatoren im Fragebogen zu ermöglichen.

5.3.1 Gesundheitliches Befinden

Das **Wohlbefinden am Abend** wurde aus vier Items (F82) gebildet und schließt Aspekte wie Erschöpfung und Bedrücktheit ein. Die Beurteilung erfolgte über eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen oft/gelegentlich/selten/nie. Das Wohlbefinden der jüngeren zwei Altersgruppen ist bei den Männern am geringsten ausgeprägt und nimmt ab der mittleren Altersgruppe aufsteigend zu. Bei den Frauen ist ein genereller Aufwärtstrend mit dem Alter zu erkennen, wobei die ältesten Frauen jedoch einen geringfügig niedrigeren Wert angegeben als die darunter liegende Altersgruppe. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen geben die beiden mittleren Bildungsgruppen die höchsten Werte an. Andererseits steigt das Wohlbefinden mit dem Einkommen linear an. Für die berufliche Stellung gibt es keine eindeutigen Trends, klar ist aber, dass die Personen mit schlechtester Position das geringste Wohlbefinden erleben.

Bei den über 44-jährigen Männern geben wieder die beiden mittleren Bildungsgruppen das beste Wohlbefinden an, bei den Frauen dieses Alters hingegen ist eine Zunahme mit der Bildung zu erkennen, wobei jene mit Universitätsabschluss leicht gegenüber den Maturantinnen absinken. Höheres Einkommen geht mit einer Zunahme des Wohlbefindens einher, mit einer vernachlässigbar geringfügigen Ausnahme bei den Männern. Bezüglich ihrer beruflichen Position weisen Personen der untersten Gruppe wiederum das schlechteste Wohlbefinden auf.

Die **subjektive Einschätzung der Gesundheit** hat sich in der Gesundheitsforschung als einfacher und relativ zuverlässiger Indikator erwiesen. Die globale subjektive Einschätzung der Gesundheit wurde auf einer Skala von 0 bis 100 erhoben (1 Item, F103). Die Ausprägungen dieses Indikators zeigen relativ stabile lineare Trends. Sie nehmen mit zunehmendem Alter ab, mit höherer Bildung, höherem Einkommen und höherer beruflicher Position zu. Bemerkenswerte Ausnahmen sind nur die Männer mit der geringsten Bildung und dem geringsten Einkommen. Sie schätzen sich gesünder ein als dies die nächstfolgend höhere Gruppe tut. Betrachtet man die über 44-Jährigen allein, so verschwinden diese Ausnahmen über alle Sozialschichtklassifizierungen hinweg.

Gesundheitliche Beschwerden stellen eine weitere wichtige Dimension gesundheitsbezogener Lebensqualität dar. Diese wurden in der Erhebung durch 18 Items (F34) abgedeckt, die den Indikator Beschwerden bilden und einerseits als **Beschwerdenintensität** und andererseits als **Beschwerdenanzahl** zusammengefasst wurden. Mögliche Antwortkategorien waren bei der Berechnung der Anzahl gegeben/nicht gegeben und bei der Intensität gar nicht/gering/stark.

Insgesamt ist ein Zusammenhang zwischen zunehmendem Alter und durchschnittlicher Anzahl der berichteten Beschwerden zu sehen. Die Mittelwerte der Männer steigen in den Altersgruppen von 1,25 auf 2,84 und die Mittelwerte der Frauen von 2,09 auf 4,22. Ebenso ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit zunehmendem Alter eine höhere Beschwerdenintensität zu erkennen.

Gesundheitliche Beschwerden nehmen bei den Frauen deutlich mit besserer Bildung ab. Bei den Männern hingegen geben die zwei mittleren Bildungsklassen bei der Beschwerdenanzahl als auch bei deren Intensität die höchsten Werte an. Bei den Einkommensklassen kann generell für beide Geschlechter festgehalten werden: Je höher das Einkommen, desto geringer die erlebten Beschwerden. Eine Ausnahme bildet nur die unterste Einkommensklasse der Männer, welche einen geringfügig niedrigeren Wert bei der Beschwerdenanzahl aufweist als die nächsthöhere Einkommensgruppe.

Auch bei der Betrachtung der beruflichen Position ist dieser Gradient beobachtbar – mit einer Ausnahme, wonach Frauen in Führungsposition etwas mehr Beschwerden angeben als hoch qualifizierte Frauen. Betrachtet man nur Personen ab 45 Jahren, zeigt sich ein beinahe gleiches Bild: Der soziale Gradient tritt stabil zu Tage, die einzigen Ausnahmen bilden die höchsten Schichten, die manchmal mehr Beschwerden angeben als die direkt darunter liegende Sozialschicht. Frauen geben bei allen verwendeten Klassifizierungen häufiger Beschwerden an als Männer.

Weiters wurde die **Anzahl der chronischen Krankheiten**, die von der jeweiligen Person angegeben wurden, aufsummiert (F23). Sie nimmt mit dem Alter stark zu. Männer geben dabei durchschnittlich eine größere Anzahl als Frauen an. Während bei den Frauen ein eindeutig sozialer Gradient (mit zu vernachlässigenden Ausnahmen) zu beobachten ist – d. h. je höher die Bildung, das Einkommen und die berufliche Position desto geringer die Anzahl der chronischen Erkrankungen – ist bei Männern keine klar interpretierbare Verteilung zu erkennen. Schließt man nur die über 44-Jährigen in die Stichprobe ein, zeigt sich im Bildungsbereich auch bei den Männern ein klarer sozialer Gradient. Die Ergebnisse für Einkommen und Beruf bleiben jedoch unverändert.

Der Indikator **frühere schwere Krankheiten** wurde als Summenindex in gleicher Weise wie die Anzahl chronischer Erkrankungen gebildet (F25). Die Werte nehmen plausiblerweise mit zunehmendem Alter für Männer und Frauen zu. Bei Frauen und Männern lassen sich über die verschiedenen Sozialschichtvariablen kaum klare Verteilungsverläufe beobachten. Auffällig ist, dass Frauen sowie Männer der obersten Einkom-

mensschicht und in bester beruflicher Position die meisten Krankheiten anführen. Bei den über 44-Jährigen ist ein ähnlich inhomogenes Bild gegeben.

Der Indikator **Activities of Daily Living (ADL)** umfasst die Beurteilung der Durchführbarkeit von einfachen Aktivitäten im Alltag anhand von acht Fragen (F51). Als Antwortmöglichkeiten konnte angegeben werden, ob diese Aktivitäten keine/geringe/große/sehr große Schwierigkeiten bereiten. Er wurde nur für Personen mit einem Lebensalter über 60 Jahre berechnet. Dabei zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen, dass die unterste Bildungsschicht am schlechtesten abschneidet, während sich die anderen Bildungsschichten unwesentlich unterscheiden. Männer weisen durchwegs bessere Werte auf als Frauen. Für die Verteilung des Einkommens und der beruflichen Stellung kann festgehalten werden: Je besser die soziale Position, umso höhere ADL-Werte.

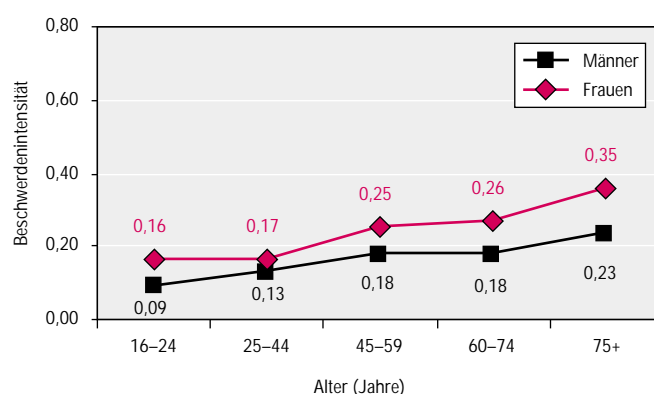
Die **Allergieanzahl** wurde aus den angegebenen allergisch bedingten Krankheiten der befragten Person als Summenindex aus acht Items errechnet (F29). Die **Allergiebelastung** wurde durch die Einschätzung auf einer Skala mit den Ausprägungen sehr/ziemlich/wenig/gar nicht für die jeweilige Allergie (8 Items, F29) beurteilt. Zusätzlich wurde die Summe der für eine Person bedeutsamen **Allergene** gebildet, wobei bis zu zwölf mögliche Stoffe vorgegeben wurden (F30). Alle drei Indikatoren sind bei beiderlei Geschlecht in den zwei jüngeren Altersgruppen eher hoch und nehmen mit steigendem Alter ab. Weiters zeigt sich eine generelle Tendenz der Zunahme mit höherer Bildung. Die Klassifikationen nach Einkommen und Beruf können diese Indikatorengruppe nicht gut differenzieren.

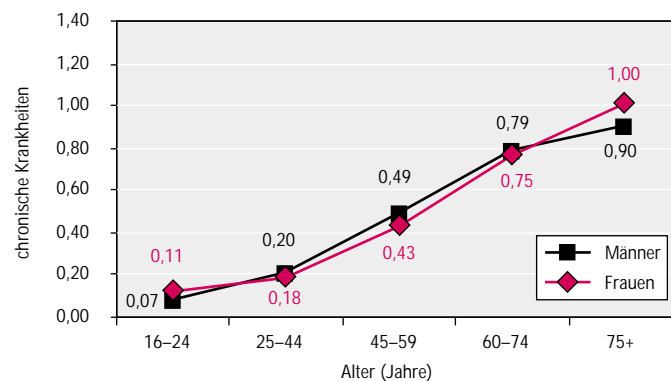
5.3.2 Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Alter

Tabelle 59: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

Indikatoren	Alter (Jahre)				
	16–24	25–44	45–59	60–74	75+
Männer					
Wohlbefinden am Abend	2,64	2,62	2,92	3,18	3,21
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	79	77	72	70	62
Beschwerdenintensität	0,09	0,13	0,18	0,18	0,23
Summe Beschwerdenanzahl	1,25	1,80	2,27	2,35	2,84
Anzahl chronischer KH	0,07	0,20	0,49	0,79	0,90
Anzahl früherer schwerer KH	0,16	0,26	0,50	0,63	0,69
ADL	0,0	0,0	0,0	3,67	3,24
Allergieanzahl	0,32	0,47	0,29	0,27	0,20
Allergiebelastung	0,07	0,10	0,06	0,06	0,05
Allergene	0,33	0,60	0,31	0,28	0,23
Frauen					
Wohlbefinden am Abend	2,40	2,54	2,72	2,94	2,86
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	76	77	69	66	56
Beschwerdenintensität	0,16	0,17	0,25	0,26	0,35
Summe Beschwerdenanzahl	2,09	2,14	2,96	3,22	4,22
Anzahl chronischer KH	0,11	0,18	0,43	0,75	1,00
Anzahl früherer schwerer KH	0,15	0,22	0,49	0,59	0,78
ADL	0,0	0,0	0,0	3,48	2,85
Allergieanzahl	0,45	0,49	0,42	0,36	0,29
Allergiebelastung	0,09	0,11	0,11	0,08	0,08
Allergene	0,76	0,75	0,63	0,53	0,27

Grafik 16: Beschwerdenintensität nach Alter und Geschlecht



Grafik 17: Chronische Krankheiten nach Alter und Geschlecht

5.3.3 Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Ausbildung

Tabelle 60: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)

Indikatoren	Schulbildung			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
Männer				
Wohlbefinden am Abend	2,78	3,16	2,97	2,73
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	75	71	76	76
Beschwerdenintensität	0,13	0,18	0,15	0,12
Summe Beschwerdenanzahl	1,73	2,27	1,97	1,67
Anzahl chronischer KH	0,25	0,50	0,37	0,31
Anzahl früherer schwerer KH	0,25	0,45	0,40	0,39
ADL	3,24	3,55	3,63	3,49
Allergieanzahl	0,31	0,35	0,38	0,43
Allergiebelastung	0,07	0,08	0,08	0,09
Allergene	0,30	0,40	0,47	0,56
Frauen				
Wohlbefinden am Abend	2,62	2,85	2,78	2,69
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	66	69	75	77
Beschwerdenintensität	0,27	0,21	0,20	0,19
Summe Beschwerdenanzahl	3,16	2,65	2,49	2,46
Anzahl chronischer KH	0,58	0,41	0,32	0,20
Anzahl früherer schwerer KH	0,45	0,40	0,36	0,35
ADL	2,93	3,39	3,43	3,30
Allergieanzahl	0,36	0,37	0,50	0,49
Allergiebelastung	0,09	0,09	0,11	0,11
Allergene	0,52	0,54	0,75	0,81

Tabelle 61: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte; ab 45 Jahren)

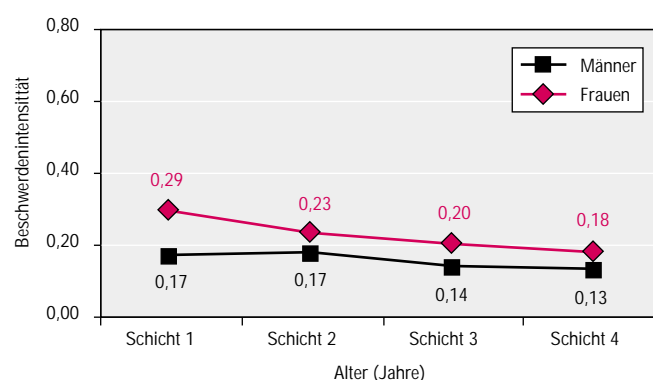
Indikatoren	Schulbildung			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
Männer				
Wohlbefinden am Abend	3,04	3,22	3,12	2,83
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	67	68	73	74
Beschwerdenintensität	0,20	0,20	0,16	0,15
Summe Beschwerdenanzahl	2,54	2,54	2,19	2,01
Anzahl chronischer KH	0,72	0,67	0,58	0,60
Anzahl früherer schwerer KH	0,57	0,55	0,56	0,66
ADL	3,24	3,55	3,63	3,49
Allergieanzahl	0,24	0,26	0,24	0,41
Allergiebelastung	0,05	0,06	0,05	0,09
Allergene	0,19	0,29	0,25	0,48
Frauen				
Wohlbefinden am Abend	2,74	2,89	2,95	2,92
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	59	65	71	72
Beschwerdenintensität	0,35	0,24	0,23	0,27
Summe Beschwerdenanzahl	4,02	3,01	2,86	3,38
Anzahl chronischer KH	0,92	0,60	0,49	0,32
Anzahl früherer schwerer KH	0,68	0,53	0,54	0,54
ADL	2,93	3,39	3,43	3,30
Allergieanzahl	0,37	0,39	0,36	0,37
Allergiebelastung	0,09	0,10	0,08	0,08
Allergene	0,49	0,56	0,52	0,59

5.3.4 Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach Einkommen

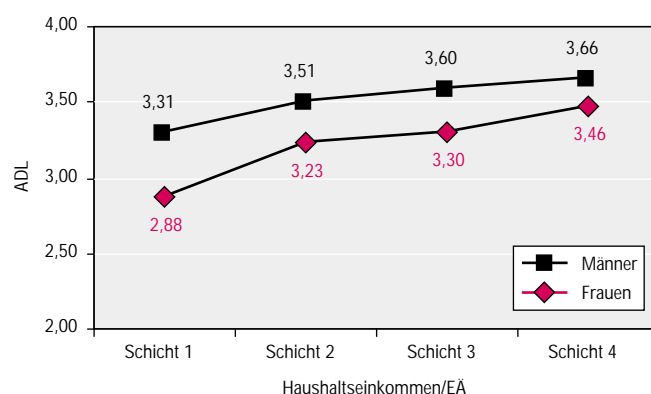
Tabelle 62: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (Mittelwerte)

Indikatoren	Haushaltseinkommen/EÄ			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
Männer				
Wohlbefinden am Abend	2,69	3,05	3,16	3,21
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	74	71	75	77
Beschwerdenintensität	0,17	0,17	0,14	0,13
Summe Beschwerdenanzahl	2,18	2,30	1,86	1,73
Anzahl chronischer KH	0,29	0,48	0,33	0,40
Anzahl früherer schwerer KH	0,34	0,40	0,39	0,44
ADL	3,31	3,51	3,60	3,66
Allergieanzahl	0,34	0,38	0,39	0,33
Allergiebelastung	0,08	0,08	0,08	0,07
Allergene	0,44	0,42	0,46	0,38
Frauen				
Wohlbefinden am Abend	2,57	2,78	2,91	3,00
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	65	71	73	75
Beschwerdenintensität	0,29	0,23	0,20	0,18
Summe Beschwerdenanzahl	3,36	2,86	2,49	2,33
Anzahl chronischer KH	0,56	0,40	0,33	0,38
Anzahl früherer schwerer KH	0,40	0,42	0,37	0,45
ADL	2,88	3,23	3,30	3,46
Allergieanzahl	0,41	0,43	0,47	0,45
Allergiebelastung	0,10	0,10	0,11	0,10
Allergene	0,60	0,65	0,69	0,70

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 18: Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 19: ADL nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

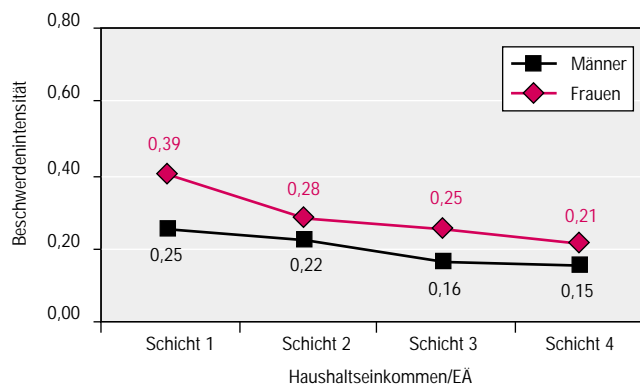
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Tabelle 63: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht ab 45 Jahren (Mittelwerte)

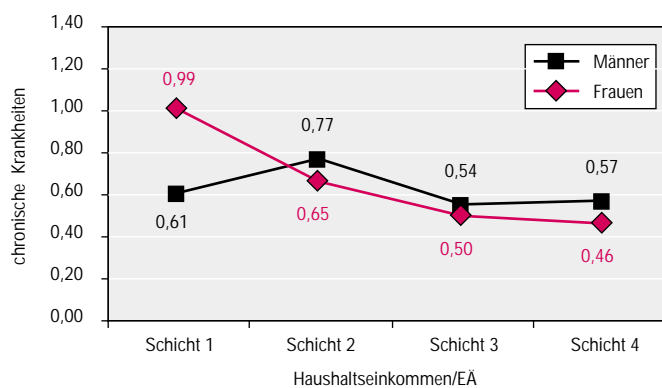
Indikatoren	Haushaltseinkommen/EÄ			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
Männer				
Wohlbefinden am Abend	2,86	3,17	3,26	3,24
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	66	66	72	74
Beschwerdenintensität	0,25	0,22	0,16	0,15
Beschwerdenanzahl	3,16	2,77	2,06	1,98
Anzahl chronischer KH	0,61	0,77	0,54	0,57
Anzahl früherer schwerer KH	0,65	0,58	0,50	0,60
ADL	3,31	3,51	3,60	3,66
Allergieanzahl	0,24	0,27	0,27	0,27
Allergiebelastung	0,05	0,06	0,06	0,06
Allergene	0,31	0,28	0,28	0,23
Frauen				
Wohlbefinden am Abend	2,65	2,87	3,00	3,02
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	57	66	69	72
Beschwerdenintensität	0,39	0,28	0,25	0,21
Beschwerdenanzahl	4,25	3,41	3,05	2,60
Anzahl chronischer KH	0,99	0,65	0,50	0,46
Anzahl früherer schwerer KH	0,64	0,63	0,47	0,63
ADL	2,88	3,23	3,30	3,46
Allergieanzahl	0,37	0,36	0,42	0,43
Allergiebelastung	0,11	0,08	0,11	0,10
Allergene	0,60	0,49	0,57	0,54

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:

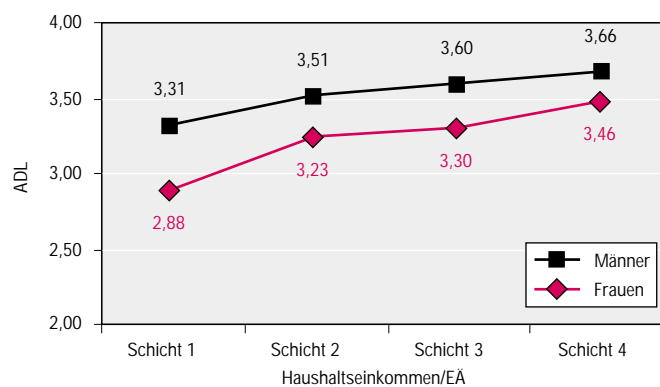
Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 20: Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 21: Chronische Krankheiten nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

Grafik 22: ADL nach Haushaltseinkommen/EÄ¹⁾ und Geschlecht (ab 45 Jahren)

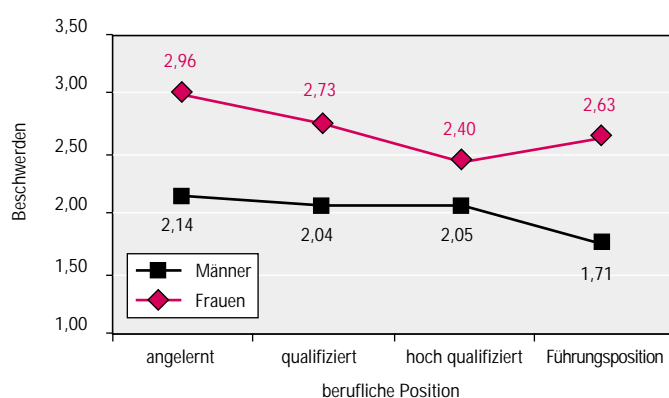
- 1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala:
 Schicht 1 = -10.000,-; Schicht 2 = -18.000,-; Schicht 3 = -26.000,-; Schicht 4 = >26.000,-

5.3.5 Gesundheitsindikatoren stratifiziert nach beruflicher Position

Tabelle 64: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach beruflicher Position und Geschlecht (Mittelwerte)

Indikatoren	berufliche Position			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
Wohlbefinden am Abend	2,90	3,12	3,14	3,12
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	71	74	75	74
Beschwerdenintensität	0,16	0,16	0,15	0,13
Summe Beschwerdenanzahl	2,14	2,04	2,05	1,71
Anzahl chronischer KH	0,34	0,44	0,39	0,48
Anzahl früherer schwerer KH	0,37	0,40	0,43	0,46
ADL	3,41	3,56	3,56	3,55
Allergieanzahl	0,34	0,36	0,38	0,35
Allergiebelastung	0,07	0,08	0,08	0,08
Allergene	0,35	0,41	0,49	0,41
Frauen				
Wohlbefinden am Abend	2,73	2,90	2,84	3,04
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	67	73	75	76
Beschwerdenintensität	0,25	0,22	0,19	0,21
Summe Beschwerdenanzahl	2,96	2,73	2,40	2,63
Anzahl chronischer KH	0,48	0,42	0,31	0,32
Anzahl früherer schwerer KH	0,42	0,39	0,41	0,43
ADL	3,15	3,28	3,47	3,48
Allergieanzahl	0,36	0,44	0,52	0,45
Allergiebelastung	0,08	0,11	0,12	0,10
Allergene	0,50	0,69	0,80	0,76

Grafik 23: Beschwerden nach beruflicher Position und Geschlecht



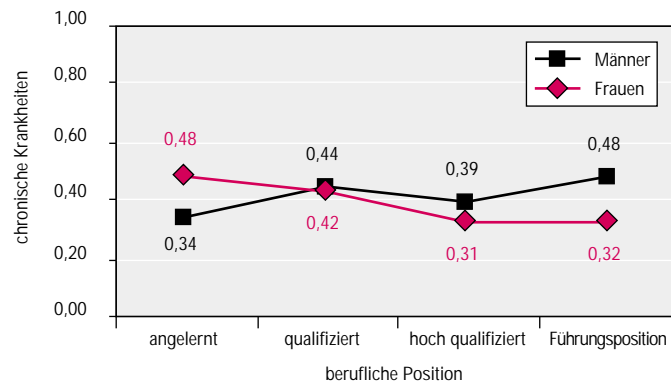
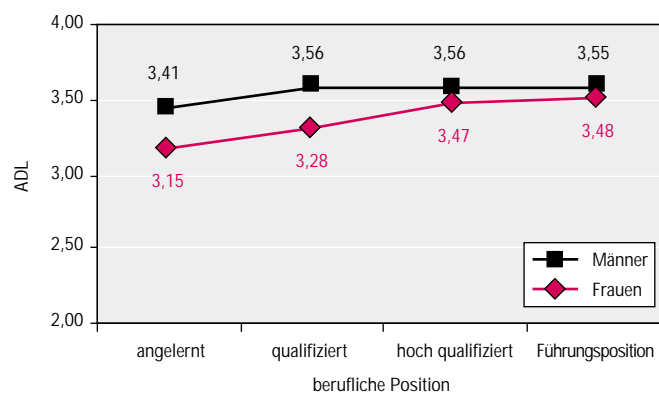
Grafik 24: Chronische Krankheiten nach beruflicher Position und Geschlecht**Grafik 25:** ADL nach beruflicher Position und Geschlecht

Tabelle 65: Indikatoren zum gesundheitlichen Befinden nach beruflicher Position und Geschlecht ab 45 Jahren (Mittelwerte)

Indikatoren	berufliche Position			
	unqualifiziert	qualifiziert	hoch qualifiziert	Führungsposition
Männer				
Wohlbefinden am Abend	3,01	3,19	3,16	3,14
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	64	69	73	72
Beschwerdenintensität	0,21	0,20	0,18	0,13
Summe Beschwerdenanzahl	2,70	2,49	2,34	1,74
Anzahl chronischer KH	0,56	0,75	0,58	0,62
Anzahl früherer schwerer KH	0,50	0,60	0,55	0,64
ADL	3,41	3,56	3,56	3,55
Allergieanzahl	0,26	0,23	0,31	0,28
Allergiebelastung	0,05	0,06	0,06	0,07
Allergene	0,22	0,23	0,36	0,33
Frauen				
Wohlbefinden am Abend	2,78	2,98	2,88	3,20
Gesundheitszustand auf einer Skala von 0 bis 100	62	68	69	73
Beschwerdenintensität	0,31	0,26	0,23	0,26
Summe Beschwerdenanzahl	3,58	3,24	2,89	3,17
Anzahl chronischer KH	0,72	0,64	0,48	0,54
Anzahl früherer schwerer KH	0,56	0,61	0,54	0,45
ADL	3,15	3,28	3,47	3,48
Allergieanzahl	0,33	0,42	0,45	0,35
Allergiebelastung	0,08	0,11	0,10	0,09
Allergene	0,46	0,56	0,70	0,70

5.4 Gesellschaftliche und individuelle Bedingungen der Gesundheit

Dieses Kapitel wird mit zwölf multiplen Regressionsanalysen abgeschlossen, die errechnen, inwieweit die sozialen und die personalen Rahmenbedingungen als auch das Gesundheitsverhalten mit den Indikatoren der Gesundheit im engeren Sinne in Zusammenhang stehen (Modellgruppe III). Die Modelle zu ADL beziehen sich nur auf die Subpopulation der ab 60-Jährigen. Alle Analysen wurden wieder nach Geschlecht stratifiziert durchgeführt und hinsichtlich sozioökonomischer Variablen korrigiert.

Stärkerer **Arbeitsstress** geht bei Männern und Frauen mit einer höheren Beschwerdenintensität einher.

Ein höheres Ausmaß an **Arbeitszufriedenheit** korreliert bei Frauen mit einem subjektiv besser beurteilten Gesundheitszustand.

Die **Wohnbelastung** steht bei Frauen in einem positiven Zusammenhang mit der Beschwerdenintensität – d. h. je höher die Wohnbelastung desto mehr Beschwerden.

Die **Wohnzufriedenheit**, die Anzahl der **Haushaltsgeräte** und die **sozialen Netzwerke** korrelieren bei Frauen wie Männern mit keinem Gesundheitsindikator.

Die **Life Event-Belastung** steht bei beiden Geschlechtern in positivem Zusammenhang mit der Beschwerdenintensität und mit chronischen Erkrankungen – d. h. je höher die Life Event Belastung, desto stärkere Beschwerden und mehr Erkrankungen. Bei Männern besteht weiters ein negativer Zusammenhang mit der subjektiv eingeschätzten Gesundheit. Bei den Frauen korreliert eine höhere Life Event-Belastung zusätzlich mit schlechterem Wohlbefinden und mit geringerem ADL. Weiters korrelieren bei Frauen damit noch mehr frühere Erkrankungen.

Eine höhere Anzahl in der **Kindheit durchlebter Life Events** geht bei Männern und Frauen mit mehr chronischen Erkrankungen und früheren Erkrankungen einher.

Die subjektive **Lebensqualität** korreliert bei beiden Geschlechtern positiv mit dem subjektiven Gesundheitszustand und dem ADL-Wert und negativ mit der Beschwerdenintensität. Bei Frauen bedeutet eine bessere Lebensqualität auch weniger chronische und weniger frühere Erkrankungen sowie ein besseres Wohlbefinden.

Der **Kohärenzsinn** zeigt bei den Männern und Frauen einen positiven Zusammenhang mit dem Wohlbefinden.

Ein höheres Ausmaß an **physischer Aktivität** steht bei Frauen und Männern in einem positiven Zusammenhang mit einem besseren Gesundheitszustand und mit einem höheren ADL-Wert.

Die Anzahl täglich gerauchter **Zigaretten** steht bei Frauen in positivem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden.

Höherer **Alkoholkonsum** geht bei Männern mit höheren ADL-Werten einher.

Ein niedrigerer **Body Mass Index** ist bei Männern mit einem besseren subjektiven Gesundheitszustand verbunden und bei Männern und Frauen mit schlechteren ADL-Werten.

Insgesamt kann zur Modellgruppe III festgehalten werden, dass die Gesundheitsindikatoren durchschnittlich gut vorhersagbar sind und dass breit gestreut sowohl soziale und individuelle Ressourcen als auch Verhaltensaspekte von Bedeutung sind.

Gesellschaftliche und individuelle Bedingungen der Gesundheit (Modellgruppe III)

	Beschwerden- intensität	subjektiver Gesundheits- zustand	Wohlbefinden	chronische Krankheiten	frühere Erkrankungen	ADL
MODELLGRUPPE III						
Standardisierte Betagewichte						
Männer	Modell 1	Modell 3	Modell 5	Modell 7	Modell 9	Modell 11
soziale Ressourcen						
Arbeitsstress	,125**	-,041	–	,001	-,023	–
Arbeitszufriedenheit	-,081	,005	–	-,035	-,052	–
Wohnbelastung	,043	,057	-,056	-,026	,002	,051
Wohnzufriedenheit	,081	,015	,081	,028	,040	,019
Haushaltsgeräte	-,023	-,038	-,080	,022	,020	-,071
soziales Netz	-,054	-,004	,038	-,032	-,020	-,013
Life Event-Belastung	,269**	-,083*	-,035	,165**	,083	-,054
individuelle Ressourcen						
Life Events-Kindheit	,054	-,044	,058	,099*	,247**	,118
subjektive Lebensqualität	-,117*	,306**	-,011	-,091	-,027	,355**
Kohärenzsinn	-,043	,057	,390**	,013	,014	,002
Gesundheitshandeln						
physische Aktivität	-,021	,136**	-,018	-,048	-,030	,350**
Zigarettenanzahl pro Tag	-,029	-,033	,043	-,015	,035	,028
Alkoholkonsum	,004	-,006	-,059	-,005	-,034	,194**
Body Mass Index	,077	-,080*	,041	,009	-,031	,182*
r²	0,263**	0,267**	0,325**	0,212**	0,140**	0,513**
Frauen	Modell 2	Modell 4	Modell 6	Modell 8	Modell 10	Modell 12
soziale Ressourcen						
Arbeitsstress	,193**	-,025	–	,001	-,021	–
Arbeitszufriedenheit	-,008	,141**	–	-,052	,050	–
Wohnbelastung	,089*	,018	-,055	,046	-,002	,053
Wohnzufriedenheit	,065	,004	-,022	,029	,045	,060
Haushaltsgeräte	,013	-,035	-,061	-,006	-,049	,030
soziales Netz	,000	-,025	,006	-,003	,039	-,038
Life Event-Belastung	,270**	-,082	-,082*	,168**	,123**	-,101*
individuelle Ressourcen						
Life Events-Kindheit	,069	-,052	-,016	,090*	,242**	,100*
subjektive Lebensqualität	-,222**	,296**	,170**	-,151**	-,108	,307**
Kohärenzsinn	-,032	,023	,312**	,002	-,004	,065
Gesundheitshandeln						
physische Aktivität	,033	,087*	,021	-,068	-,015	,417**
Zigarettenanzahl pro Tag	,047	-,046	,079*	,019	,007	,068
Alkoholkonsum	-,011	-,016	-,030	-,037	-,032	-,035
Body Mass Index	,035	-,073	,005	,034	-,017	,130**
r²	0,349**	0,333**	0,328**	0,256**	0,177**	0,596**

* signifikant

** hochsignifikant

Korrigiert nach Alter, Schulbildung und Einkommen

LITERATURVERZEICHNIS

LITERATURVERZEICHNIS

- ADLER, U.; ALBOTA, M.; BRAND, H.; FREIGANG, M. & KELLERHOF, M. (1996). Einführung in die Gesundheitsberichterstattung. In G. MURZA & K. HURRELMANN (Hrsg.), Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim und München: Juventa, 32–45.
- AHMED, P.I.; KOLKER, A. & COELHO, G.V. (1979). Toward a new definition of health. An overview. In P.I. AHMED, G.V. COELHO (Hrsg.), Toward a New Definition of Health. New York, 7–22.
- ANTONOVSKY, A. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45, 31–73.
- ANTONOVSKY, A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- ANTONOVSKY, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- BADURA, B. (1988). Soziale Unterstützung und gemeindenähe Versorgung. *Sozial- und Präventivmedizin* 33/ 2, 79–85.
- BECKER, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit I: Theorien, Modelle, Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- BECKER, P. (1986). Theoretischer Rahmen. In P. BECKER & B. MINSEL (Hrsg.), Psychologie der seelischen Gesundheit II. Göttingen; Toronto; Zürich: Hogrefe, 1–90.
- BECKER, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. ABELE & P. BECKER (Hrsg.), Wohlbefinden. Weinheim und München: Juventa Verlag, 13–49.
- BENGEL, J.; STRITTMACHER, R. & WILLMANN, H. (1998). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BzgA, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6.
- BEUTEL, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Basel: VCH Verlags AG.
- BLAXTER, M. (1990). Health and Lifestyles. London, New York: Tavistock Routledge.
- BOLTANSKI, L. (1968). La découverte de la maladie. Paris. Centre de sociologie de l'enseignement de la culture. Maison des sciences de l'homme.
- BRÖSSKAMP-STONE, U.; KICKBUSCH, I. & WALTER, U. (1998). Gesundheitsförderung und Prävention. In F. W. SCHWARTZ, B. BADURA, R. LEIDL, H. RASPE, J. SIEGRIST (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München; Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 9/141–149.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (1997). Gesundheit und allgemeine Weiterbildung: Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung, Bonn.
- CARDIA-VONÈCHE, L. & BASTARD, B. (1996). Das soziale Umfeld: Durch die soziale Zugehörigkeit bedingte Unterschiede bei den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit. In F. GUTZWILLER & O. JEANNERET (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 475–477.
- COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300–14.
- DANN, H.D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In A. ABELE & P. BECKER (Hrsg.), Wohlbefinden. Weinheim und München: Juventa Verlag, 97–117.
- D'HOUTAUD, A. & GUÈGUEN, R. (1989). Structures et typologie des opinions sur la santé. In A. D'HOUTAUD, M. FIELD & R. GUÈGUEN (Hrsg.), Les Représentations de la Santé. Paris, 137–153.
- DOHRENWEND, B.P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? *Social Psychiatric Epidemiology*. Berlin: Springer, 1–47.

- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. (1969). Social status and psychological disorder: A causal inquiry. New York: Wiley.
- DURKHEIM, E. (1933). The Division of Labor in Society. Glencoe: Free Press.
- DURKHEIM, E. (1952). Suicide: A Study in Sociology. London: Routledge & Kegan Paul.
- ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–36.
- ENGELHARDT, H.T., Jr. (1975). Evaluation und Explanation in the Biomedical sciences. Dordrecht.
- EWERT, G. (1988). Gesundheitsindikatoren – Entwicklung, Stand und Perspektiven. *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 83, 927–930.
- FIDLER, A. H. (1993). Aufbau, Organisation und Evaluation eines Gesundheitsberichterstattungssystems. *Gesundheitswesen*, 55, 348–356.
- FREIDL, W. (1994). Gesundheitsförderung in der Gemeinde – Indikatoren für Qualitätsstandards. Forschungsbericht 94/1. Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.
- FREIDL, W. & NOACK, R. H. (1995). Soziale und verhaltensbezogene Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In O. FRISCHENSCHLAGER, M. HEXEL, W. KANTNER-RUMPELMAIR, M. RINGLER, W. SÖLLNER & U.V. WISIAK (Hrsg.), *Lehrbuch der psychosozialen Medizin: Grundlagen der medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinische Soziologie*, Wien; New York: Springer-Verlag, 15–20.
- FREIDL, W. (1997). The impact of anomia in a demand resource model of health. *Social Science and Medicine*, 44/9, 1357–1365.
- FREIDL, W.; STRONEGGER, W.J., RÁSKY, É. & NEUHOLD, C. (2001). Associations of income with self-reported ill-health and resources in a rural community sample of Austria. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 106–114.
- FRIES, J.S. & CRAPO, M. (1981). Vitality and aging. Implications of the rectangular curve. San Francisco: Freeman.
- FOSS, L. & ROTHENBERG, K. (1987). The Second Medical Revolution. Boston; London.
- GASSER-STEINER, P. & FREIDL, W. (1995). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In O. FRISCHENSCHLAGER, M. HEXEL, W. KANTNER-RUMPELMAIR, M. RINGLER, W. SÖLLNER & U.V. WISIAK (Hrsg.), *Lehrbuch der psychosozialen Medizin: Grundlagen der medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinische Soziologie*. Wien; New York: Springer Verlag, 69–76.
- GAWATZ, R. & NOVAK, P. (1993). Soziale Konstruktion von Gesundheit. Universitätsverlag Ulm.
- GERBER, U. & V. STÜNZNER, W. (1999). Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften. In K. HURRELMANN (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*, 39.
- GLATZER, W. & ZAPF, W. (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- GLATZER, W. & HÜBINGER, W. (1990). Lebenslagen und Armut. In D. DÖRING et al. (Hrsg.), *Armut im Wohlstand*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 31–55.
- HANSLUWKA, H. E. (1985). Measuring the health of populations, indicators and interpretations. *Social Science and Medicine*, 20/12, 1207–1224.
- HERZLICH, C. (1973). Health and Illness. London: Academic Press.
- HRADIL, S. (1987). Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- HUPKENS, C.L.H. (1997). Coverage of health topics by surveys in the European Union. Eurostat Report. Doc OS/E3/97/HIS/2, Luxemburg.

- HURRELMANN, K. & MURZA, G. (1996). Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In G. MURZA & K. HURRELMANN (Hrsg.), Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 8–31.
- KAPLAN, G. A.; HAAN, M. N.; SYME, S. L.; MINKLER, M. & WINKLEBY M. (1987). Socioeconomic Status and Health. In W. R. AMLER & H. B. DULL (Eds.), Closing the gap: the burden of unnecessary illness. New York; Oxford: Oxford University Press, 125–129.
- KICKBUSCH, I. (1985). Health Promotion – A move towards a new Public Health. WHO Copenhagen, untitled paper.
- KLUSMANN, D. (1989). Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In M.C. ANGERMEYER & D. KLUSMANN (Hrsg.), Soziales Netzwerk. Ein Konzept für die Psychiatrie. Berlin; Heidelberg; New York: Springer, 17–63.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- LUHMANN, N. (1990). Der medizinische Code. In Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag, 183–195.
- MARMOT, M.G. & MCDOWALL, M.E. (1986). Mortality decline and widening social inequalities. The Lancet, 2, 274–276.
- MARMOT, M.G.; KOGEVINAS, M. & ELSTON, M.A. (1987). Socioeconomic status and disease. Annual Review of Public Health, 8, 111–135.
- MARTIN, J. (1991). Enjeux éthiques en Santé publique. Genève: Médecine & Hygiène.
- MATZON, K. B. (1989). Health profile surveys in the context of a healthy city development. Health Promotion, 4/2, 145–48.
- MERTON, R. K. (1938). Social structure and anomia. American Sociological Review 3, 672–682.
- MIELCK, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Huber.
- MURZA, G. & HURRELMANN, K. (1996). Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- MÜLLER, R. (1995). Thesen zur Gesellschaftlichkeit von Gesundheit. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 27–38.
- NESTMANN, F. (1988). Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin, New York: de Gruyter.
- NOACK, H. & MCQUEEN, D., (1988). Towards health promotion indicators. Health Promotion, 3/1, 73–78.
- RÁSKY, É.; STRONEGGER, W.J. & FREIDL, W. (1996). Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. Preventive Medicine, 25, 757–763.
- RÁSKY, É. & FREIDL, W. (2001). Gesundheitsberichterstattung in Österreich. Bestandsaufnahme und Ergebnisse eines regionalen Surveys. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, 18, Linz.
- SCHAEFER, G. (1990). Gesundheit – Vorstellungen in verschiedenen Kulturen. In Jahresheft Gesundheit, 10–13.
- SCHEFF, T.J. (1973). Das Etikett „Geisteskrankheit“. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt: Fischer.
- SCHNEIDER, V. (1990). Gesundheit – Was ist das heute? In Jahresheft Gesundheit, 8–9.
- SCHWARZER, R. & LEPPIN, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen; Toronto; Zürich: Hogrefe.

- SIEGRIST, J. (1995). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2. Beiheft, 54–63.
- SROLE, L. (1956). Social intregation and certain collaries: an exploratory study. *American Sociological Review* 21, 709–117.
- Statistische Beiträge zu Armut, Armutsgefährdung und Sozialer Ausgrenzung (1997). *Statistische Nachrichten*, 10, 844–852.
- STEINKAMP, G. (1999). Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder und länger leben als andere. In W. SCHLICHT & H.H. DICKHUTH (Hrsg.), *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität*. Stuttgart, New York: Schattauer, 101–154.
- STRONEGGER, W.J.; FREIDL, W. & RÁSKY, É. (1997). Health behaviour and risk behaviour: socioeconomic differences in an Austrian rural county. *Social Science and Medicine*, 44, 423–26.
- SYME, S.L. & BERKMAN, L.F. (1976). Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 104, 1–8.
- TOWNSEND, P. & DAVIDSON N. (1988). *Inequalities in Health. The Black Report*. Whitehead, London: Penguin.
- UEXKÜLL, T.V. & WESIACK, W. (1988). *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban und Schwarzenberg.
- WEINER, H. (1990). Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 81–101.
- WEINER, H. (1991). Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit – Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 465–481.
- WHEATON, B. (1978). The Sociogenesis of Psychological Disorder: Reexamining the Casual Issues with Longitudinal Data. *American Sociological Review*, 43, 383–403.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Health Promotion, 1, iii-v.
- WHO (1997). *Health Promotion Glossary (Pre-publication HPR/HEP/WICHP/RS/97.1)*. Geneva.
- WILKINSON, R.G. (1986). *Class and Health. Research and longitudinal data*. London, New York: Tavistock.
- WILM, S. (1990). Gemeindegetragene Gesundheitsförderung im Alltag – „Langen lebt gesund“. In S. WILM, A. AUGSTEIN, K. JORK (Hrsg.). *Frankfurt am Main: R.G. Fischer*, 13–26.
- WODARG, W. (1990). Stadtgesundheit – oder: Wissen ist Macht! Gesundheitsberichterstattung als Instrument sozialer Entscheidungsprozesse. In W. THIELE & A. TROJAN (Hrsg.), *Lokale Gesundheitsberichterstattung*. St. Augustin: Aasgard Verlag, 37–46.

ANHANG: FRAGEBOGEN

GESUNDHEITSSURVEY WIEN II*

Wissenschaftliche Leitung

Institut für Höhere Studien (Ansprechpartner: Dr. K. H. Müller, Tel.: 599 91 - 212)

Datenerhebung

ipr-Sozialforschung (Ansprechpartner: Dr. R. Költringer, Tel.: 522 77 70)

Zentrale Fragestellung

Gesundheit

TEIL A ALLGEMEINE DATEN

Frage 0

A: Interviewer bitte einstufen: Die befragte Person ist ...?

männlich 1
weiblich 2

B: Interviewer bitte einstufen: Schätzen Sie den sozialen Status des/der Befragten auf einer zehnstufigen Skala ein, wobei 1 = ganz unten, 10 = ganz oben bedeutet.

unten 1
..... 2
..... 3
..... 4
..... 5
..... 6
..... 7
..... 8
..... 9
oben 10

Frage 1

In welchem Jahr wurden Sie geboren? (00 = 1900 oder früher; falls diese Frage nicht beantwortet wird: Ende des Interviews – das Alter ist bei Gesundheitsthemen entscheidend)

Geburtsjahr

1	9		
---	---	--	--

* Fragebogen der 2. Befragungswelle; dieser wurde gegenüber der 1. Befragungswelle leicht redigiert.

Frage 2

Wie ist Ihr Familienstand?

- verheiratet 1 → weiter mit Frage 4
 verheiratet, getrennt lebend 2
 geschieden 3
 verwitwet 4
 ledig 5

Frage 3

Leben Sie mit jemandem in Lebensgemeinschaft, ohne verheiratet zu sein?

- ja 1
 nein 2

Frage 4

Wie viele Geschwister haben Sie? (0 = keine)

Anzahl der Geschwister **Frage 5**

Wie viele Kinder haben Sie? (0 = keine)

Anzahl der Kinder **Frage 6**

A: Wie viele Erwachsene, das heißt Personen, die 16 Jahre oder älter sind, leben in diesem Haushalt?

Anzahl der Personen (16 Jahre oder älter)

B: Wie viele Kinder unter 16 Jahre leben in diesem Haushalt? (0 = keine)

Anzahl der Kinder (unter 16 Jahre) **Frage 7**

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- Pflichtschule ohne Lehre 1
 Pflichtschule mit Lehre 2
 berufsbildende mittlere Schule (BMS) 3
 allgemeinbildende höhere Schule (AHS) 4
 berufsbildende höhere Schule (BHS) 5
 Akademie (z. B. Sozialakademie, Päd. Akademie) 6
 Hochschule, Fachhochschule, Universität 7

Frage 8

Wie ist Ihr derzeitiger Berufsstand? Sind Sie ...? (*Vorlesen*)

- | | | |
|--|---|-----------------------|
| voll berufstätig (37 oder mehr Stunden) | 1 | → weiter mit Frage 10 |
| teilzeitbeschäftigt (12 - 36 Stunden) | 2 | → weiter mit Frage 10 |
| geringfügig beschäftigt (1 - 11 Stunden) | 3 | → weiter mit Frage 10 |
| Hausfrau/Hausmann | 4 | |
| Schüler/Student | 5 | |
| arbeitslos | 6 | |
| Pensionist/Rentner | 7 | |

Frage 9

Waren Sie jemals berufstätig?

- | | | |
|--|---|-----------------------|
| ja, hauptberuflich | 1 | |
| ja, aber nur nebenberuflich (z. B. Ferialjobs, etc.) | 2 | → weiter mit Frage 19 |
| nein | 3 | → weiter mit Frage 19 |

Frage 10

Waren Sie innerhalb der vergangenen 3 Jahre arbeitslos?

- | | | |
|------------|---|-----------------------|
| ja | 1 | |
| nein | 2 | → weiter mit Frage 12 |

Frage 11

Wie lange waren Sie in dieser Zeit insgesamt arbeitslos?

- | | |
|---------------------------------|---|
| 2 Jahre und mehr | 1 |
| 1 bis unter 2 Jahre | 2 |
| 6 Monate bis unter 1 Jahr | 3 |
| 3 bis unter 6 Monate | 4 |
| weniger als 3 Monate | 5 |

Frage 12

[entfällt]

Frage 13

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt (bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt)?

ARBEITER:

ungelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin	1
angelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin	2
gelernte(r) Facharbeiter oder -arbeiterin	3
Vorarbeiter oder -arbeiterin	4
Meister, Polier	5

ANGESTELLTE:

Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis	6
Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, einfache Büroangestellte)	7
Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z. B. Buchhalter, technischer Zeichner)	8
Angestellte mit hoch qualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion (z. B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter, Lehrer im Angestelltenverhältnis)	9
Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben (z. B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe)	10

SELBSTSTÄNDIGE (einschließlich mithelfende Familienangehörige):

selbstständige Landwirte	11
freie Berufe, selbstständige Akademiker oder Akademikerin	12
sonstige Selbstständige ohne oder mit einem Mitarbeiter	13
sonstige Selbstständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern	14
sonstige Selbstständige mit 10 oder mehr Mitarbeitern	15
mithelfende Familienangehörige	16

AUSZUBILDENDE/PRAKTIKANTEN:

Auszubildende, Lehrlinge	17
Volontäre, Praktikanten u. ä.	18

BEAMTE/VERTRAGSBEDIENSTETETE:

einfacher Dienst	19
mittlerer Dienst	20
gehobener Dienst	21
höherer Dienst	22

Frage 14

In welchem Betriebszweig, in welcher Branche arbeiten Sie (bzw. haben Sie zuletzt gearbeitet)?

LANDWIRTSCHAFT, ENERGIE, BERGBAU:

Land- und Forstwirtschaft, Tierhaltung und Fischerei	1
Energiewirtschaft und Wasserversorgung, Bergbau	2

PRODUKTION:

Chemische Industrie (einschließlich Kohlewerkstoffindustrie)	3
Kunststoffverarbeitung	4
Gewinnung und Verarbeitung von Steinen und Erden	5
Stahl- und Maschinenbau	6
Fahrzeugbau	7
Elektrotechnik	8
Herstellung von Eisen-, Blech- und Metallwaren	9
Feinmechanik und Optik	10
Holzgewerbe	11
Papiergewerbe	12
Druckgewerbe	13
Leder-, Textil- und Bekleidungsgewerbe	14
Nahrungs- und Genussmittelgewerbe	15

BAU:

Bauhauptgewerbe	16
Ausbau- und Bauhilfsgewerbe	17

HANDEL:

Großhandel, Handelsvermittlung	18
Einzelhandel, Versandhandel	19

VERKEHR:

Eisenbahnen	20
Post, Telekom.	21
Verkehrsgewerbe (ohne Eisenbahnen und Österreichische Bundespost)	22

DIENSTLEISTUNG PRIVAT:

Kredit- und sonstige Finanzierungsinstitute, Versicherungsgewerbe	23
Gaststätten und Beherbergungsgewerbe sowie Verpflegungseinrichtungen	24
Wäscherei und Reinigung	25
sonstige <u>private</u> Dienstleistungen	26

DIENSTLEISTUNG ÖFFENTLICH:

Wissenschaft, Bildung, Kunst und Publizistik	27
Gesundheits- und Veterinärwesen	28
Kirchen, Verbände, Vereine, private Haushalte	29
öffentliche Verwaltung, Gebietskörperschaften und Sozialversicherungen	30

weiß nicht	31
------------------	----

Frage 15

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie in Ihrem Hauptberuf aus (bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt)? Bitte sagen Sie mir den genauen Namen des Berufes oder beschreiben Sie mir die Art Ihrer Tätigkeit und beruflichen Position. (z. B. Automechaniker-Geselle, Bauhilfsarbeiter, Volksschullehrer, etc.)

Frage 16

In welchem Alter haben Sie begonnen, hauptberuflich einer Erwerbsarbeit nachzugehen?

Alter

--	--

*Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit nicht berufstätig ist,
weiter mit Frage 19*

Frage 17

[entfällt]

Frage 18

Wie viele Stunden beträgt durchschnittlich Ihre wöchentliche berufliche Arbeitszeit – einschließlich Überstunden, Zusatzarbeit und zu Hause erledigter beruflicher Arbeit?

Stunden

--	--	--

TEIL B WOHLBEFINDEN

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem persönlichen Wohlbefinden stellen.

Frage 19

Achten Sie im allgemeinen sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht auf Ihre Gesundheit?

- sehr 1
- ziemlich 2
- wenig 3
- gar nicht 4

Frage 20

Wie würden Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit einschätzen? Ist sie ...? (*Vorlesen*)

- sehr gut 1
- gut 2
- mittelmäßig 3
- schlecht 4
- sehr schlecht 5

Frage 21

Fühlen Sie sich immer, oft, gelegentlich, selten oder nie fit genug, um all das zu tun, was Sie tun möchten?

- immer 1
- oft 2
- gelegentlich 3
- selten 4
- nie 5

Frage 22

Leiden Sie im Alltagsleben oft, gelegentlich, selten oder nie unter Stress?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 23

Die nächsten Fragen beziehen sich auf lang dauernde und chronische Krankheiten.

Leiden Sie unter einer andauernden Krankheit, unter den Folgeerscheinungen einer Verletzung, unter einer Behinderung oder unter einem anderen anhaltenden Leiden?

ja 1
nein 2 → weiter mit Frage 24

A: Unter welcher derartigen Krankheit leiden Sie?

B: Welcher Körperteil ist davon betroffen?

C: Seit wie vielen Jahren leiden Sie unter dieser Krankheit?

D: Hat Ihnen Ihr Arzt erklärt, worum es sich dabei handelt?

E: Sind Sie aufgrund dieser Krankheit in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Handlungen sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht eingeschränkt?

F: Leiden Sie unter irgendeiner anderen langjährigen Erkrankung?

1. Krankheit: A: _____ B: _____ C: _____ D: _____ ja 1 nein 2 E: sehr 1 ziemlich 2 wenig 3 gar nicht 4	2. Krankheit: A: _____ B: _____ C: _____ D: _____ ja 1 nein 2 E: sehr 1 ziemlich 2 wenig 3 gar nicht 4
3. Krankheit: A: _____ B: _____ C: _____ D: _____ ja 1 nein 2 E: sehr 1 ziemlich 2 wenig 3 gar nicht 4	4. Krankheit: A: _____ B: _____ C: _____ D: _____ ja 1 nein 2 E: sehr 1 ziemlich 2 wenig 3 gar nicht 4
F: _____	

Frage 24

Leiden Sie augenblicklich oder haben Sie jemals unter einer der folgenden Krankheiten gelitten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

	A: augenblicklich	B: jemals
Diabetes	1	1
Nervosität, Angstzustände	2	2
Epilepsie	3	3
schwere Kopfschmerzen, Migräne	4	4
teilweise Lähmung	5	5
hoher Blutdruck	6	6
Herzinfarkt, Angina pectoris	7	7
Hirnschlag	8	8
chronische Bronchitis	9	9
Asthma	10	10
Allergie	11	11
Ekzem, Hautausschlag	12	12
Magengeschwür, Gastritis	13	13
Gallenstein	14	14
Nierenstein	15	15
Krankheiten des Unterleibs bzw. der Geschlechtsorgane	16	16
schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhöe	17	17
Schuppenflechte	18	18
Rückenschmerzen	19	19
Krebs – (Wenn ja:) Welcher?	20	20
Arm- oder Beinamputation	21	21
Entfernung eines Organs (Lunge, Niere, Brust, Gebärmutter)	22	22
andere schwere Krankheit	23	23
nichts davon	24	24

Frage 25

A: Wenn Sie an Ihr Leben zurückdenken, an Ihre Kindheit, dann die Jugend und so fort, haben Sie jemals an einer schweren Krankheit gelitten? (*Mehrfachnennungen möglich*)

Wenn ja:

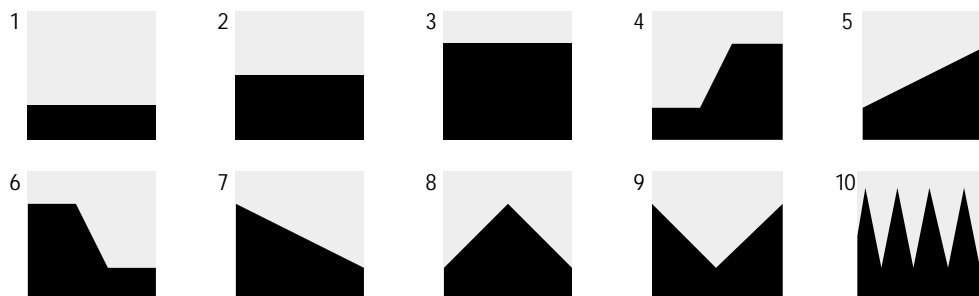
B: War diese Erkrankung mit einem längeren, mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt verbunden? (*Mehrfachnennungen möglich*)

C: Unter welcher Krankheit haben Sie da gelitten? (*Notieren*)

	A:	B:	C:
0 bis 5 Jahre	1	1	_____
6 bis 10 Jahre	2	2	_____
11 bis 15 Jahre	3	3	_____
16 bis 20 Jahre	4	4	_____
21 bis 40 Jahre	5	5	_____
41 bis 60 Jahre	6	6	_____
61 bis 80 Jahre	7	7	_____
81+ Jahre	8	8	_____
nein	9	–	–

Frage 26

Wie würden Sie nun Ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit beschreiben? Welches dieser Bilder würde da am besten passen?



TEIL C HAUS- UND FREIZEITUNFÄLLE

Frage 27

Waren Sie im vergangenen Jahr in irgendwelche Unfälle außerhalb der Arbeitszeit verwickelt, aufgrund deren Sie Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer alltäglichen Aktivitäten hatten? (z. B. verstauchter Knöchel, Verbrennung, Vergiftung, etc.)

ja 1

nein 2

→ weiter mit Frage 29

Frage 28

A: Handelte es sich dabei um einen ...? (Vorlesen) (Mehrfachnennungen möglich)

B: Wenn ja: Wie viele derartige Unfälle waren das im vergangenen Jahr insgesamt? (Anzahl eintragen)

	A:	B:
Verkehrsunfall	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haushaltsunfall	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sportunfall	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
anderen Unfall	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
keine Angabe	5	-

TEIL D ALLERGIEN/ÜBEREMPFINDLICHKEIT

Frage 29

A: Bitte sagen Sie mir, ob Sie jemals eines der folgenden gesundheitlichen Probleme gehabt haben? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

Wenn ja:

B: War das innerhalb des vergangenen Jahres? (*Mehrfachnennungen möglich*)

C: Haben Sie sich dadurch sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht beeinträchtigt gefühlt?

	A:	B:	C:			
			sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen während bestimmter Jahreszeiten	1	1	1	2	3	4
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen unabhängig von der Jahreszeit	2	2	1	2	3	4
Nesselausschlag	3	3	1	2	3	4
Asthma	4	4	1	2	3	4
allergisches Darmleiden	5	5	1	2	3	4
allergischer Hautausschlag	6	6	1	2	3	4
andere Allergie	7	7	1	2	3	4
nichts davon	8	-	-			

Frage 30

Zeigen Sie bei einem der folgenden Dinge allergische oder überempfindliche Reaktionen? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

Pollen.....	1
Tiere.....	2
Staubmilben.....	3
Schimmelpilze.....	4
künstliche Lebensmittelfarbe, Konservierungsmittel.....	5
bestimmte Lebensmittel.....	6
bestimmte Medikamente oder deren Komponenten.....	7
bestimmte Chemikalien oder Metalle.....	8
bestimmte Getränke.....	9
Kosmetika oder Hautsalben.....	10
andere Dinge.....	11
<u>ich bin allergisch, aber ich weiß nicht wogegen</u>	<u>12</u>
nein, nichts davon.....	13

Wenn in den beiden vorangegangenen Fragen jeweils mit „nichts davon“ geantwortet wurde, weiter mit Frage 33!

Frage 31

Wurde Ihre Allergie oder Überempfindlichkeit von einem Arzt diagnostiziert? (*Mehrfachnennungen möglich*)

ja, vom Hausarzt	1
ja, vom Facharzt	2
ja, im Krankenhaus (nicht Ambulanz)	3
ja, in der Ambulanz	4
ja, woanders	5
<u>weiß nicht</u>	<u>6</u>
nein	7

Filter: Falls der oder die Befragte nie an allergischer Rhinitis oder Asthma gelitten hat – siehe Frage 29 –, weiter mit Frage 33!

Frage 32

Wird oder wurde Ihre allergische Rhinitis (Schnupfen) oder Ihr Asthma schlechter ...?

A: wenn Sie rauchen?

ja	1
<u>nein</u>	<u>2</u>
trifft nicht zu, rauche nicht	3
weiß nicht	4

B: bei passivem Rauchen?

ja	1
<u>nein</u>	<u>2</u>
trifft nicht zu	3
weiß nicht	4

C: wenn Sie infolge des Straßenverkehrs Luftverschmutzungen ausgesetzt sind?

ja	1
<u>nein</u>	<u>2</u>
trifft nicht zu	3
weiß nicht	4

Frage 33

A: Sind oder waren andere Familienmitglieder von Allergien betroffen?

ja	1
nein	2

B: Wenn ja: Wer in Ihrer Familie ist oder war davon betroffen? (*Mehrfachnennungen möglich*)

Eltern	1
Geschwister	2
Kinder	3
Partner	4
<u>andere Verwandte</u>	<u>5</u>
keine Angabe	6

TEIL E SYMPTOME UND BESCHWERDEN

Die nächsten Fragen betreffen Krankheitssymptome, Schmerzen oder allgemeine Beschwerden. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten alleine auf die vergangenen 2 Wochen.

Frage 33

A: Waren Sie während der vergangenen 2 Wochen von einer der folgenden Beschwerden betroffen? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

Wenn ja:

B: Waren Sie davon stark oder gering betroffen?

C: Was haben Sie getan, um damit fertig zu werden? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- Arztbesuch..... 1
 traditionelle Hausmittel (z. B. heißes Bad, Wadenwickel, etc.)..... 2
 Naturheilmittel (z. B. Tees, Chinaöl, Kräutereextrakte, etc.)..... 3
 Medikamente aus der Hausapotheke 4
 kaufe nicht rezeptpflichtige Medikamente 5
 nichts (warte, bis die Beschwerden von selbst abklingen) 6
 Sonstiges 7

	A:	B:		C:						
		stark	gering							
Schmerzen oder Beschwerden im Schulter- oder Nackenbereich	1	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Schmerzen oder Beschwerden im Rücken- oder Lendenbereich	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Schmerzen oder Beschwerden bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	3	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Kopfschmerzen	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7
starkes Herzklopfen	5	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	6	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Schlafstörungen	7	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	8	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Müdigkeit	9	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Magenschmerzen	10	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	11	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Inkontinenz	12	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	13	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Verkühlung, Schnupfen, Husten	14	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Atemschwierigkeiten	15	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	16	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	17	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Hör- oder Sehschwäche	18	1	2	1	2	3	4	5	6	7
nein, nichts davon	19	–		–						

TEIL F BEHINDERUNGEN

Die nächsten Fragen betreffen Einschränkungen Ihrer alltäglichen Tätigkeiten infolge von Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen.

Frage 35

Hat Ihnen innerhalb der vergangenen 2 Wochen eine Krankheit oder eine Verletzung die Ausübung Ihrer alltäglichen Aktivitäten erschwert?

ja 1
nein 2 → weiter mit Frage 37

Frage 36

Sind diese Schwierigkeiten oder Einschränkungen eher chronisch, wobei mit chronisch gemeint ist, dass sie länger als 6 Monate andauert haben?

ja 1
nein 2

Frage 37

Waren Sie in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls gezwungen, in Pension zu gehen oder die Arbeit zu wechseln?

ja, Arbeit gewechselt 1
ja, Pension 2
ja, zuerst Arbeit gewechselt, dann Pension 3
nein 4

Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit nicht berufstätig ist, weiter mit Frage 39!

Frage 38

A: Wie viele Arbeitstage mussten Sie innerhalb der vergangenen 2 Wochen aufgrund einer Krankheit oder Verletzung zu Hause verbringen? (0 = keiner)

Krankenstandstage in den vergangenen 2 Wochen

B: Und wie viele Arbeitstage waren es innerhalb des vergangenen Jahres insgesamt?
(0 = keiner)

Krankenstandstage im vergangenen Jahr insgesamt

TEIL G MEDIKAMENTE

Die folgenden Fragen betreffen die Einnahme von Medikamenten.

Frage 39

- A: Haben Sie innerhalb der vergangenen 2 Wochen eines der folgenden Medikamente genommen bzw. verabreicht bekommen? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)
 B: Wenn ja: Wurde Ihnen diese Arznei vom Arzt verschrieben? (*Mehrfachnennungen möglich*)

	A:	B:
Mittel gegen Husten	1	1
Mittel gegen Asthma	2	2
Mittel gegen Bluthochdruck	3	3
Herzmittel	4	4
Hautmittel	5	5
Mittel gegen Muskel-, Knochen-, Sehnen- und Gelenkschmerzen	6	6
andere Schmerzmittel	7	7
Schlafmittel	8	8
Abführmittel	9	9
Beruhigungsmittel	10	10
Penizillin, Antibiotika	11	11
andere Medikamente (<i>Welche?</i>)	12	12
nein	13	–

Filter: Falls der oder die Befragte keine verschriebenen Medikamente eingenommen hat, weiter mit Frage 43!

Frage 40

Die nächsten zwei Fragen betreffen die Einnahme der verschriebenen Arzneien.

Hat Ihnen irgend jemand erklärt, wie Sie diese Medikamente einnehmen müssen? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- ja, Arzt/Ärztin 1
 ja, Apotheke 2
ja, andere..... 3
 nein 4

Frage 41

Haben Sie irgendwo gelesen, wie diese Medikamente einzunehmen sind? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ja, auf der Verpackung 1
ja, auf dem Beipackszettel 2
ja, woanders 3
nein 4

Frage 42

Haben Sie sich über die Nebenwirkungen dieser Medikamente informiert? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ja, durch den Beipackzettel 1
ja, beim Arzt 2
ja, in der Apotheke 3
ja, in der Familie, bei Freunden 4
ja, anderes 5
nein 6

Frage 43

Informieren Sie sich darüber, was Sie für Ihre Gesundheit tun können?

- ja 1
nein 2

→ weiter mit Frage 45

Frage 44

Woher beziehen Sie die Informationen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher 1
Informationen durch Radio und Fernsehen 2
Arzt 3
Apotheker 4
andere Gesundheitsberufe 5
Gespräche mit Verwandten oder Bekannten 6
Informationen durch Betrieb oder Betriebsarzt 7
Informationen durch Schule oder Schularzt 8
Veranstaltungen 9
Vereine, (Selbsthilfe-) Gruppen 10
Gesundheits-, Schlankheits- und Fitnessinstitute 11
andere Quellen (Welche?) 12
keine Angabe 13

TEIL H GESUNDHEITSSYSTEM

Die nächsten Fragen betreffen Ihren Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitssystems.

Frage 45

A: Haben Sie innerhalb der vergangenen 3 Monate wegen eigener Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen einen Arzt benötigt? (*Mehrfachnennungen möglich*)

B: *Wenn ja:* Wie viele Male war das in den letzten 3 Monaten?

	A:	B:
ja, Hausarzt	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Hausbesuch eines Arztes	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Facharzt	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Zahnarzt	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Betriebsarzt	5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Notarzt	6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Ambulanz	7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, ich war im Krankenhaus (nicht ambulant)	8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, anderer Arzt	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nein	10	—

Frage 46

A: Haben Sie innerhalb der vergangenen 3 Monate eine andere Person in einem Gesundheitsberuf konsultiert? (*Mehrfachnennungen möglich*)

B: *Wenn ja:* Wie viele Male war das in den letzten 3 Monaten?

	A:	B:
ja, Krankenpflegerin	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Physiotherapeuten	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Chiropraktiker	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Psychotherapeuten, Psychologen	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, andere	5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nein	6	—

Frage 47

Wann haben Sie zuletzt ...?

	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
a. den Blutdruck messen lassen	1	2	3	4	5
b. die Sehstärke testen lassen	1	2	3	4	5
c. das Blutcholesterin messen lassen	1	2	3	4	5
d. an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen	1	2	3	4	5

Frage 48

A: *Wenn die befragte Person weiblich ist:*

Wann wurde zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen?

im letzten Jahr 1
 vor 1 bis 3 Jahren 2
 vor mehr als 3 Jahren 3
noch nie 4
 weiß nicht. 5

B: *Wenn die befragte Person weiblich ist:*

Wann haben Sie zuletzt ein Bruströntgen (Mammographie) machen lassen?

im letzten Jahr 1
 vor 1 bis 3 Jahren 2
 vor mehr als 3 Jahren 3
noch nie 4
 weiß nicht. 5

C: *Wenn die befragte Person männlich ist:*

Wann wurde zuletzt eine Prostatauntersuchung durchgeführt?

im letzten Jahr 1
 vor 1 bis 3 Jahre 2
 vor mehr als 3 Jahren 3
noch nie 4
 weiß nicht. 5

TEIL I KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Die nächsten Fragen beziehen sich auf alternative, ergänzende Behandlungsformen.

Frage 49

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate eine der folgenden Behandlungen erhalten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

homöopathische Mittel.....	1
Reflexzonentherapie.....	2
autogenes Training.....	3
Ernährungsberatung, Diätberatung.....	4
Akupunktur.....	5
Akupressur.....	6
Massage.....	7
Anwendungen mit speziellen Apparaten (z. B. Magnettherapie).....	8
Heilsalben.....	9
Hypnose.....	10
<u>andere alternative Behandlungen.....</u>	<u>11</u>
nein.....	12

TEIL J EINSCHRÄNKUNGEN

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten ausüben zu können. Nicht gemeint sind kurzzeitige Störungen der Befindlichkeit.

Frage 50

Verwenden Sie irgendwelche Hilfsmittel, um Ihr Alltagsleben zu bewältigen – zum Beispiel Brillen, Kontaktlinsen, Hörgerät, Stock oder Rollstuhl? (*Mehrfachnennungen möglich*)

ja, Brillen, Kontaktlinsen.....	1
ja, Hörhilfen.....	2
ja, Stock, Krücken, andere Gehhilfe.....	3
ja, Rollstuhl.....	4
<u>ja, anderes.....</u>	<u>5</u>
nein.....	6

*Filter: Falls der oder die Befragte unter 60 Jahre alt ist,
weiter mit Frage 52!*

Frage 51

Bereitet es Ihnen normalerweise keine, geringe, große oder sehr große Schwierigkeiten, die folgenden Tätigkeiten auszuüben? (*Vorlesen*)

	Schwierigkeiten			
	keine	geringe	große	sehr große
a. eine Tageszeitung lesen (wenn nötig mit Brille)	1	2	3	4
b. verstehen, was in einem Gespräch mit 3 oder mehr Personen gesprochen wird	1	2	3	4
c. 100 Meter laufen	1	2	3	4
d. 400 Meter ohne Pause gehen	1	2	3	4
e. die Stiegen ein Stockwerk ohne Pause hinauf- und hinuntersteigen	1	2	3	4
f. etwas mit einem Gewicht von 5 kg tragen, z. B. eine Einkaufstasche	1	2	3	4
g. sich bücken, knien und vorbeugen	1	2	3	4
h. sich selbst waschen und anziehen	1	2	3	4

TEIL K ZÄHNE

Nun wollen wir Ihnen einige Fragen zum Zustand Ihrer Zähne stellen.

Frage 52

Die meisten Erwachsenen haben nicht mehr alle Ihre Zähne. Wie ist das bei Ihnen, wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten?

keinen	1
1 - 9 Zähne	2
10 - 19 Zähne	3
mehr als 20 Zähne	4
<u>alle meine Zähne (32 Stück)</u>	<u>5</u>
weiß nicht	6

Frage 53

Wie oft waren Sie während der letzten 5 Jahre beim Zahnarzt, sei es wegen einer Behandlung oder wegen einer Kontrolluntersuchung?

5mal oder öfter	1
2- bis 4mal	2
1- oder 2mal	3
nie	4

→ weiter mit Frage 55

Frage 54

Welche Behandlungen haben Sie innerhalb der vergangenen 12 Monate von Ihrem Zahnarzt erhalten? (*Mehrfachnennungen möglich*)

normale Kontrolluntersuchung	1
vorbeugende Behandlung (auch Erteilen von Ratschlägen)	2
Zahnreinigung	3
Zahnfüllung	4
Ziehen eines Zahns	5
Parodontosebehandlung	6
Zahnersatz	7
Reparatur eines alten Zahnersatzes	8
Zahnkronen, Brücken	9
<u>andere</u>	<u>10</u>
kann mich nicht erinnern, weiß nicht	11
war während der letzten 12 Monate nicht beim Zahnarzt	12

TEIL L WOHNEN

Die nächsten Fragen betreffen die Wohnverhältnisse und den Kontakt zu Familie, Freunden, Bekannten.

Frage 55 (neu)

Sind Sie sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht zufrieden ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. mit Ihrer Wohnung insgesamt	1	2	3	4
b. mit der Lage Ihrer Wohnung in der Stadt	1	2	3	4
c. mit dem Ansehen Ihres Wohnviertels	1	2	3	4
d. mit der Sicherheit in Ihrem Wohnviertel	1	2	3	4
e. mit den Möglichkeiten, spazieren zu gehen	1	2	3	4

Frage 56

[entfällt]

Frage 57

Wie viele Quadratmeter hat Ihre Wohnung?

m²

--	--	--

Frage 58

Welcher Wohnungskategorie ist Ihre Wohnung (heute) zuzuordnen?

- Kategorie A (min. 30m²; Zimmer, Küche oder Kochnische, Vorraum,
WC, Bad oder Badenische; Warmwasseraufbereitung für Bad und Küche;
Zentral- oder Etagenheizung) 1
- Kategorie B (wie A ohne Zentral- oder Etagenheizung) 2
- Kategorie C (Wasserentnahmestelle, WC) 3
- Kategorie D (ohne WC und/oder Wasserentnahmestelle) 4

Frage 59

Mit welchen der folgenden Haushaltsgeräte ist Ihr Haushalt ausgestattet? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

- Geschirrspüler 1
- Tiefkühlgerät 2
- Waschmaschine 3
- Wäschetrockner 4
- PC 5
- zumindest eine Energiesparlampe 6
- nichts davon 7

Frage 60

Sind Sie in Ihrer Wohnung sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht belastet ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. durch Feuchtigkeit, Luftzug oder Kälte	1	2	3	4
b. durch andere Arten schlechten Wohnungsklimas	1	2	3	4
c. durch Lärm von Straßenverkehr, Eisenbahn oder Flugverkehr	1	2	3	4
d. durch Luftverschmutzung infolge von Straßenverkehr	1	2	3	4
e. [entfällt]	-	-	-	-
f. durch passives Rauchen	1	2	3	4
g. durch andere Faktoren	1	2	3	4

Frage 61

A: Wie oft treffen Sie Ihre Familie bzw. Familienangehörige?

B: Und wie oft treffen Sie Freunde oder Bekannte?

	A:	B:
täglich oder fast täglich	1	1
1- oder 2-mal die Woche	2	2
1- oder 2-mal im Monat	3	3
seltener	4	4
nie	5	5

Frage 62

Wie sicher könnten Sie im Krankheitsfall mit der alltäglichen Hilfe aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis rechnen?

ganz sicher	1
ziemlich sicher	2
eher nicht	3
ganz sicher nicht	4

Frage 63

Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor, dass Sie alleine sind, obwohl Sie es vorziehen würden, in Gesellschaft anderer Leute zu sein?

oft	1
gelegentlich	2
selten	3
nie	4

Frage 64

Besuchen Sie regelmäßig Veranstaltungen oder Treffen innerhalb der folgenden Vereine, Klubs oder Gruppen?
(Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)

Sportverein	1
Kulturverein (Gesangsgruppe, Laientheater, etc.)	2
Hobbyverein (Briefmarken, Funken, Foto, etc.)	3
Selbsthilfegruppe	4
Pensionistenverein	5
kirchliche Gruppe, religiöser Verein	6
politische Partei, Klub	7
andere politische Gruppierung wie Amnesty International, etc.	8
<u>andere Vereine oder Klubs</u>	<u>9</u>
nein	10

Frage 65

Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie in etwa ...? (0 = 0 bis weniger als eine halbe Stunde)

	Stunden
f. mit dem Lesen von Tageszeitungen	<input type="text"/> <input type="text"/>
g. mit dem Lesen von politischen Wochenzeitschriften wie Profil, Format oder Trend	<input type="text"/> <input type="text"/>
h. mit dem Sehen von Informationssendungen im Fernsehen wie etwa Zeit im Bild oder Zur Sache	<input type="text"/> <input type="text"/>
i. mit dem Hören von Informationssendungen im Radio wie etwa dem Mittagsjournal	<input type="text"/> <input type="text"/>
j. mit dem Betrachten von Internetseiten zu politischen, wirtschaftlichen oder kulturellen Themen	<input type="text"/> <input type="text"/>

Frage 66

Wäre es Ihnen eher angenehm, egal oder eher unangenehm, Angehörige der folgenden Volksgruppen als Nachbarn zu haben?

	eher angenehm	egal	eher unangenehm
a. Russen	1	2	3
b. Deutsche	1	2	3
c. Juden	1	2	3
d. Roma, Sinti, „Zigeuner“	1	2	3
e. Ungarn	1	2	3
f. Chinesen	1	2	3

Frage 67

Welche der folgenden Möglichkeiten, sich politisch zu engagieren, haben Sie selbst schon genutzt? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

einer politischen Partei beigetreten oder dort mitgearbeitet	1
einer anderen politischen Gruppierung wie z. B. Amnesty International beigetreten oder dort mitgearbeitet	2
Flugblätter verteilt	3
Unterschriften gesammelt	4
bei einer Bürgerinitiative mitgemacht	5
<u>an einer Demonstration teilgenommen</u>	<u>6</u>
nichts davon	7

TEIL M ARBEIT

*Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit nicht berufstätig ist,
weiter mit Frage 82!*

Die nächsten Fragen betreffen Ihre Arbeit.

Frage 68

Sind Sie sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht zufrieden ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. mit Ihrer Arbeit insgesamt	1	2	3	4
b. mit dem Inhalt Ihrer beruflichen Tätigkeit	1	2	3	4
c. mit der Sicherheit Ihres Arbeitsplatzes	1	2	3	4
d. mit dem Einkommen	1	2	3	4
e. mit den Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz	1	2	3	4
f. mit den Aufstiegsmöglichkeiten	1	2	3	4
g. mit der Anerkennung durch Ihren Beruf	1	2	3	4

Frage 69

Wie oft ist Ihr Arbeitspensum so hoch, dass Sie Schwierigkeiten haben, die Aufgaben zu bewältigen? (*Vorlesen*)

oft.....1
gelegentlich.....2
selten.....3
nie.....4

Frage 70

Wie würden Sie die Geschwindigkeit bzw. den Arbeitsdruck an Ihrem Arbeitsplatz einschätzen? Ist die Beanspruchung durch Ihre Arbeit ...? (*Vorlesen*)

viel zu hoch.....1
etwas zu hoch.....2
gerade recht.....3
etwas zu niedrig.....4
viel zu niedrig.....5

Frage 71

In welchem Maß können Sie Ihren Tagesarbeitsplan selbst bestimmen?

- in großem Maß 1
 bis zu einem gewissen Grad 2
 ein wenig 3
 gar nicht 4

Frage 72

Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich oder monoton?

- sehr abwechslungsreich 1
 eher abwechslungsreich 2
 weder abwechslungsreich noch monoton 3
 eher monoton 4
 sehr monoton 5

Frage 73

Wie groß sind die Chancen, in Ihrer augenblicklichen beruflichen Position etwas Neues zu lernen?

- sehr groß 1
 eher groß 2
 eher gering 3
 keine Möglichkeit, etwas Neues zu lernen 4

Frage 74

Wie würden Sie die körperliche Beanspruchung durch Ihre Hauptbeschäftigung beschreiben? Arbeiten Sie ...?
 (Vorlesen)

- hauptsächlich sitzend, ohne große körperliche Anstrengung 1
 hauptsächlich stehend oder gehend, nicht weiter körperlich belastend 2
 stehend oder gehend mit Heben und Tragen von Gegenständen oder 3
 verrichten Sie schwere oder schnelle, körperlich beanspruchende Arbeit 4

Frage 75

Sind Sie bei Ihrer Arbeit an mehr als 2 Tagen in der Woche einer der folgenden körperlichen Belastungen ausgesetzt? (Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)

- starke Erschütterungen und Vibrationen an den Händen 1
 starke Erschütterungen und Vibrationen am Körper 2
 Arbeit in gebückter oder gekrümmter Körperhaltung 3
 sich wiederholende monotone Bewegungen 4
Tragen oder Heben schwerer Gegenstände (wenigstens 10 kg schwer) 5
 nichts davon 6

Frage 76

Sind Sie den folgenden Belastungen in Ihrem Beruf stark, gering oder gar nicht ausgesetzt?

	stark	gering	gar nicht
a. häufiger starker Kundenandrang	1	2	3
b. Nacht- und Wechselschicht	1	2	3
c. Lärm	1	2	3
d. Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft	1	2	3
e. Staub, Rauch, Dämpfe, andere Arten von Luftverunreinigungen	1	2	3
f. chemische Substanzen, Flüssigkeiten	1	2	3
g. einseitige körperliche Belastungen	1	2	3
h. widersprüchliche und oft unklare Anforderungen	1	2	3
i. isoliertes Arbeiten	1	2	3
j. dauerndes sich Umstellen	1	2	3
k. schwere körperliche Arbeit	1	2	3
l. langweilige monotone Tätigkeiten	1	2	3
m. ständiger Zeitdruck	1	2	3
n. schnelle Entscheidungen	1	2	3
o. große Verantwortung	1	2	3
p. häufige Konflikte	1	2	3
q. keine Pausen, kurze Erholung	1	2	3
r. passives Rauchen	1	2	3

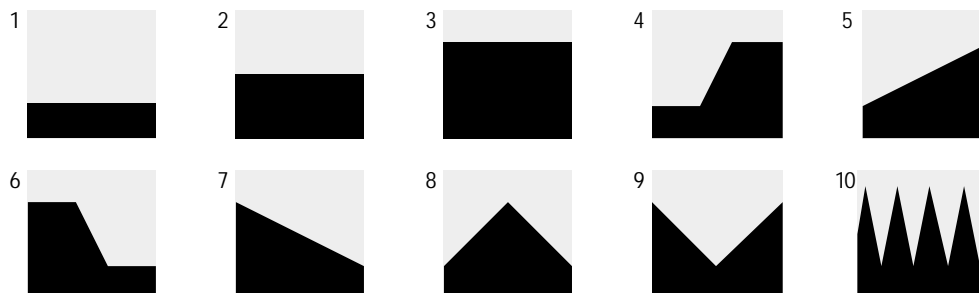
Frage 77

Wie viele Stunden pro Tag verbringen Sie normalerweise mit Bildschirmarbeit?

- weniger als 1 Stunde 1
 1 bis unter 2 Stunden 2
 2 bis unter 4 Stunden 3
 4 Stunden oder mehr 4
 keine Bildschirmarbeit, trifft nicht zu 5

Frage 78

Wenn Sie an Ihre berufliche Arbeit zurückdenken, wie würden Sie den Verlauf der beruflichen Belastung über die Zeit beschreiben? Welches dieser Bilder würde dafür am besten passen?

**Frage 79**

Nun geht es darum, wie Sie sich nach der Arbeit fühlen. Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor ...?

	oft	gelegentlich	selten	nie
a. dass Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht und Sie noch Stunden nachher daran denken	1	2	3	4
b. dass Sie sich müde oder erschöpft fühlen	1	2	3	4
c. dass Sie sich unbefriedigt oder bedrückt fühlen	1	2	3	4
d. dass Sie das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen	1	2	3	4

Frage 80

Hatten Sie während des letzten Jahres einen Arbeitsunfall, der eine Abwesenheit von der Arbeit während des nächsten Tages oder auch darüber hinaus zur Folge hatten?

nein 0

ja, Anzahl der Unfälle

Frage 81

[entfällt]

*Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit berufstätig ist,
weiter mit Frage 83!*

Frage 82

Nun geht es darum, wie Sie sich normalerweise am Abend fühlen. Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor ...?

	oft	gelegentlich	selten	nie
a. dass Ihnen die Tagesbeschäftigung nicht aus dem Kopf geht und Sie noch Stunden nachher daran denken	1	2	3	4
b. dass Sie sich müde oder erschöpft fühlen	1	2	3	4
c. dass Sie sich unbefriedigt oder bedrückt fühlen	1	2	3	4
d. dass Sie das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen	1	2	3	4

TEIL N GESUNDHEITSVERHALTEN

Die nächsten Fragen betreffen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

Frage 83

[entfällt]

Frage 84

Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben oder um Ihre Gesundheit zu verbessern?

- ja, ich tue etwas1
 nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben2 → weiter mit Frage 86
 nein, nichts3 → weiter mit Frage 86

Frage 85

Was tun Sie, um gesund zu bleiben oder um Ihre Gesundheit zu verbessern? *(Mehrfachnennungen möglich)*

bin körperlich aktiv	1
ernähre mich gesund	2
esse weniger	3
rauche nicht	4
versuche mit dem Rauchen aufzuhören bzw. weniger zu rauchen	5
trinke keinen Alkohol	6
versuche meinen Alkoholkonsum einzuschränken	7
versuche Stress zu vermeiden	8
versuche ausreichend zu schlafen	9
halte den Kontakt zu meiner Familie, meinen Freunden und Bekannten aufrecht ...	10
gehe regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung	11
<u>nichts Bestimmtes</u>	<u>12</u>
nichts davon	13

Frage 86

Bekommen Sie ausreichend Schlaf, um am Morgen richtig ausgeruht zu sein?

ja, meistens	1
nicht oft genug	2
nein, kaum jemals bzw. nie	3

TEIL O ALKOHOL - GETRÄNKE

Die folgenden Fragen betreffen den Konsum von alkoholischen und nichtalkoholischen Getränken.

Frage 87 (neu)

Wie viel trinken Sie von den folgenden Getränken durchschnittlich an einem Tag?

	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
a. Milch	0	1	2	3	4	5	6	7
b. Kaffee	0	1	2	3	4	5	6	7
c. Tee	0	1	2	3	4	5	6	7
d. Bier	0	1	2	3	4	5	6	7
e. Wein bzw. Sekt	0	1	2	3	4	5	6	7
f. Schnaps, Weinbrand, Likör, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7
g. Obstsaft bzw. Gemüsesäfte	0	1	2	3	4	5	6	7
h. Wasser bzw. Mineralwasser	0	1	2	3	4	5	6	7
i. Erfrischungsgetränke wie Coca, Sprite, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7

Frage 88

Gab es in Ihrem Leben Zeiten, in denen Sie sehr viel mehr Alkohol als heute getrunken haben?

ja 1
nein 2

TEIL P NIKOTIN

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Rauchgewohnheiten.

Frage 89

Wie viele Personen in Ihrem Haushalt rauchen, Sie selbst mit eingerechnet? (0 = keine)

Zahl der Personen

--	--

Frage 90

Rauchen Sie?

- ja, täglich 1 → weiter mit Frage 92
ja, aber nicht täglich 2 → weiter mit Frage 92
nein 3

Frage 91

Haben Sie jemals geraucht?

- ja, ich habe während der letzten 6 Monate damit aufgehört 1
ja, habe schon früher damit aufgehört 2
nein 3 → weiter mit Frage 95 (neu)

Frage 92Wie viel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag bzw. wie viel haben Sie geraucht? (0 = keine)

- a. Zigaretten
- b. Zigarillos
- c. Zigarren
- d. Pfeifen

Frage 93

In welchem Alter haben Sie zu rauchen begonnen?

Alter

*Filter: Falls der oder die Befragte mit dem Rauchen aufgehört hat,
weiter mit Frage 95 (neu)!*

Frage 94Haben Sie während des vergangenen Jahres versucht, mit dem Rauchen aufzuhören oder Ihren Nikotinkonsum einzuschränken?

- ja, habe versucht aufzuhören 1
ja, habe meinen Tabakkonsum einzuschränken versucht 2
nein 3

TEIL Q KÖRPER

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Ernährungsgewohnheiten, das Körpergewicht und die Körpergröße.

Frage 95 (neu)

Essen Sie die folgenden Nahrungsmittel fast täglich, mehrmals pro Woche, mehrmals pro Monat, seltener oder nie?

	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
a. Fisch	1	2	3	4	5
b. Wurstwaren bzw. Schinken	1	2	3	4	5
c. Fleisch	1	2	3	4	5
d. gekochtes Gemüse	1	2	3	4	5
e. Rohkost, Salat bzw. rohes Gemüse	1	2	3	4	5
f. frisches Obst	1	2	3	4	5
g. Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Kekse	1	2	3	4	5
h. sonstige Süßwaren	1	2	3	4	5
i. Vollkornbrot bzw. Knäckebrötchen	1	2	3	4	5
j. Weißbrot bzw. Mischbrot	1	2	3	4	5
k. Eier	1	2	3	4	5
l. Käse, Topfen, Joghurt	1	2	3	4	5

Frage 96

A: Ernähren Sie sich gemäß einer besonderen Diät oder Ernährungsweise?

ja 1
nein 2

B: *Wenn ja:* Wurde Ihnen diese Diät vom Arzt verordnet oder empfohlen?

ja, verordnet 1
ja, empfohlen 2
nein, nichts davon 3

Frage 97

Wie groß sind Sie ohne Schuhe?

Körpergröße in cm

--	--	--

Frage 98

Wie viel Kilogramm wiegen Sie ohne Bekleidung?

Gewicht in kg

--	--	--

Frage 99

Ist Ihr Blutdruck zu hoch, eher hoch, eher niedrig, zu niedrig oder gerade richtig?

- zu hoch 1
 eher hoch 2
 eher niedrig 3
 zu niedrig 4
gerade richtig..... 5
 weiß nicht..... 6

Frage 100

Wie oft betreiben Sie – von der Urlaubszeit einmal abgesehen – folgende sportliche Betätigungen: mehrmals pro Woche, alle 1 bis 2 Wochen, 1- bis 2-mal pro Monat, seltener oder nie? (*Vorlesen*)

	mehr- mals pro Woche	alle 1-2 Wochen	1- bis 2-mal pro Monat	seltener	nie
a. längere Wege zu Fuß gehen (Spaziergehen, Wege zur Arbeit, Einkaufen, etc.)	1	2	3	4	5
b. Wandern, Bergwandern, Bergsteigen	1	2	3	4	5
c. Fahrradfahren (einschließlich Wege zur Arbeit, Einkaufen, etc.)	1	2	3	4	5
d. Gartenarbeit	1	2	3	4	5
e. Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic und ähnliches	1	2	3	4	5
f. Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	1	2	3	4	5
g. Schwimmen (nicht Baden)	1	2	3	4	5
h. Dauerlaufen, Jogging, Leichtathletik (Laufen)	1	2	3	4	5
i. Fußball, Basketball, Handball, Volleyball	1	2	3	4	5
j. Rudern	1	2	3	4	5
k. Skilanglauf, Skilaufen-Alpin	1	2	3	4	5
l. Tischtennis, Federball	1	2	3	4	5
m. Tennis, Squash	1	2	3	4	5
n. Heimtrainer und ähnliches	1	2	3	4	5
o. andere Sportaktivitäten	1	2	3	4	5

Frage 101

A: Haben Sie eine dieser Sportarten früher einmal über längere Zeit intensiver, d. h. wenigstens einmal die Woche, betrieben? (*Mehrfachnennungen möglich*)

längere Wege zu Fuß gehen (Spazierengehen, Wege zur Arbeit, etc.)	1
Wandern, Bergwandern, Bergsteigen.....	2
Fahrradfahren (einschließlich Wege zur Arbeit, Einkaufen, etc.)	3
Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic und ähnliches	4
Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	5
Schwimmen (nicht Baden).....	6
Dauerlaufen, Jogging, Leichtathletik (Laufen)	7
Fußball, Basketball, Handball, Volleyball	8
Rudern.....	9
Skilanglauf, Skilaufen-Alpin	10
Tischtennis, Federball.....	11
Tennis, Squash.....	12
Heimtrainer und ähnliches	13
<u>andere Sportart</u>	<u>14</u>
nein	15

→ weiter mit Frage 102

B: Vor wie vielen Jahren haben Sie damit aufgehört?

Jahre

--	--

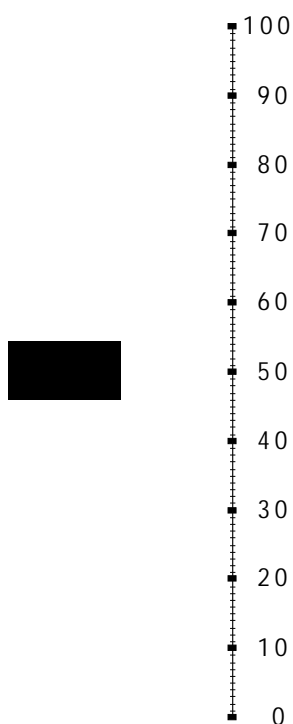
Frage 102

Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung bzw. durch Sport ins Schwitzen?

täglich oder fast täglich.....	1
mehrmals in der Woche	2
etwa 1-mal pro Woche	3
2- bis 3-mal im Monat	4
1-mal im Monat oder seltener	5
nie	6

Frage 103

Ich möchte Sie nun noch einmal bitten, mir zu sagen, wie gut oder schlecht Sie Ihren Gesundheitszustand einschätzen. Um Ihnen die Einschätzung zu erleichtern, ist hier eine Skala gezeichnet, die ganz ähnlich wie ein Thermometer aussieht und von 0 bis 100 reicht. „0“ bezeichnet den denkbar schlechtesten Gesundheitszustand, „100“ den denkbar besten. Bitte verschieben Sie den Zeiger zu dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt. (*Kugelschreiber als Zeiger verwenden, Stelle auf der Skala mit „-“ markieren*)

**TEIL R****Frage 104**

[entfällt]

TEIL S

*Filter: Falls keine Kinder unter 16 Jahre im Haushalt sind,
weiter mit Frage 108!*

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Erkrankungen der Kinder in Ihrem Haushalt.

Frage 105

- A: Zunächst möchte ich Sie bitten, mir das Alter der Kinder zu nennen, die bei Ihnen zu Hause leben und unter 16 Jahre alt sind.
B: Und welches Geschlecht hat dieses Kind?

	A: Alter (in Jahren)	B: männ- lich	weib- lich
1. ältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2
2. zweitältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2
3. drittältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2
4. viertältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2

Frage 106

- A: Ist eines dieser Kinder innerhalb der vergangenen 2 Wochen krank gewesen, hat es den Arzt besucht oder ein Medikament eingenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

	1. ältestes Kind	2. zweitälteste s Kind	3. drittältestes Kind	4. viertältestes Kind
ja, es war krank	1	1	1	1
ja, es blieb einige Tage lang zu Hause, weil es krank war	2	2	2	2
ja, wir waren beim Arzt	3	3	3	3
ja, es war im Krankenhaus	4	4	4	4
ja, es hat Medikamente genommen	5	5	5	5
nein	6	6	6	6

- B. *Wenn ja:* Was hatte dieses Kind?

1. ältestes Kind: _____
2. zweitältestes Kind: _____
3. drittältestes Kind: _____
4. viertältestes Kind: _____

- C. Hat eines dieser Kinder innerhalb der vergangenen 2 Wochen eines der folgenden Symptome gezeigt? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

	1. ältestes Kind	2. zweitälteste s Kind	3. drittältestes Kind	4. viertältestes Kind
Kopfweh	1	1	1	1
Magenschmerzen	2	2	2	2
Rückenschmerzen	3	3	3	3
Probleme mit den Ohren, etwa Ohrenschmerzen, Eiterung	4	4	4	4
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	5	5	5	5
Verkühlung, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen	6	6	6	6
nein	7	7	7	7

Frage 107

- Hat eines dieser Kinder innerhalb des vergangenen Jahres unter einer Allergie oder Überempfindlichkeit gelitten? (*Mehrfachnennungen möglich*)

	1. ältestes Kind	2. zweit- ältestes Kind	3. dritt- ältestes Kind	4. viert- ältestes Kind
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen während bestimmter Jahreszeiten	1	1	1	1
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen unabhängig von der Jahreszeit	2	2	2	2
Nesselausschlag	3	3	3	3
Asthma	4	4	4	4
allergisches Darmleiden	5	5	5	5
allergischer Hautausschlag	6	6	6	6
andere Allergie	7	7	7	7
nein	8	8	8	8

TEIL T

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines Lebensumfeld.

Frage 108

Sind Sie sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht zufrieden ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. mit Ihrem Leben insgesamt	1	2	3	4
b. mit Ihrem Familienleben	1	2	3	4
c. mit Ihren Kontakten zu Freunden und Bekannten	1	2	3	4
d. mit der Freizeitgestaltung	1	2	3	4
e. mit Ihrer Gesundheit	1	2	3	4

Frage 109

Wie würden Sie Ihre persönliche wirtschaftliche Lage beschreiben? Welcher Punkt trifft für Sie am ehesten zu? *(Vorlesen)*

- Meine wirtschaftlichen Verhältnisse sind sehr zufriedenstellend. „Ich habe genug Geld, um mir ein schönes Leben zu machen“ 1
- Es reicht. Ich komme im großen und ganzen mit meinem Geld aus, aber ich kann keine großen Sprünge machen. 2
- Ich bin ziemlich knapp dran, es reicht gerade zum Leben, es bleibt mir aber auch nichts übrig 3
- Ich habe kaum das Notwendigste. Oft weiß ich gar nicht, wie ich durchkommen soll. 4

Frage 110

In unserer Gesellschaft gibt es Bevölkerungsgruppen, die eher oben stehen, und solche, die eher unten stehen. Wenn Sie an sich selbst denken: Wo würden Sie sich auf einer Skala von 1 bis 10 einordnen, bei der 1 ganz unten und 10 ganz oben bedeutet?

- unten 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- oben 10
- weiß nicht 11

Frage 111

Wünschen Sie sich oft, gelegentlich, selten oder nie ... (*Vorlesen*)

	oft	gelegentlich	selten	nie
a. einen anderen Beruf auszuüben	1	2	3	4
b. anders zu wohnen	1	2	3	4
c. andere Freunde zu haben	1	2	3	4
d. in einem anderen Land zu leben	1	2	3	4
e. ein anderes Leben zu führen	1	2	3	4

TEIL U

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Lebensgeschichte und besonders prägende Ereignisse.

Frage 112

Hatte Ihr Leben bis jetzt ...? (*Vorlesen*)

- überhaupt keine klaren Ziele oder Zwecke 1
 wenig klare Ziele oder Zwecke 2
 ziemlich klare Ziele oder Zwecke oder 3
 sehr klare Ziele und Zwecke 4

Frage 113

Haben Sie oft, gelegentlich, selten oder nie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

- oft 1
 gelegentlich 2
 selten 3
 nie 4

Frage 114

Haben Sie oft, gelegentlich, selten oder nie das Gefühl, in einer ungewöhnlichen Situation zu sein und nicht zu wissen, was tun?

- oft 1
 gelegentlich 2
 selten 3
 nie 4

Frage 115

Passiert es oft, gelegentlich, selten oder nie, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

- oft.....1
gelegentlich.....2
selten.....3
nie.....4

Frage 116

Denken Sie oft, gelegentlich, selten oder nie, dass Sie vom Schicksal benachteiligt worden sind?

- oft.....1
gelegentlich.....2
selten.....3
nie.....4

Frage 117

Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor, dass sich Ihnen immer der gleiche Gedanke aufdrängt?

- oft.....1
gelegentlich.....2
selten.....3
nie.....4

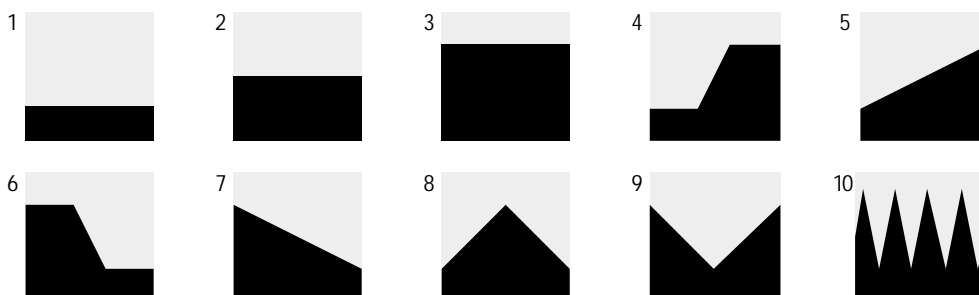
Frage 118

Erwarten Sie, dass Ihr persönliches Leben in Zukunft ...? (*Vorlesen*)

- ganz ohne Bedeutung und Sinn sein wird.....1
wenig Bedeutung und Sinn haben wird.....2
ziemlich viel Bedeutung und Sinn haben wird oder.....3
voll Bedeutung und Sinn sein wird.....4

Frage 119

Jetzt geht es darum, wie Sie Ihren beruflichen Werdegang einschätzen. Wenn Sie an Ihren gesamten bisherigen Berufsweg zurückdenken, welches dieser Bilder würde dafür am besten passen?



trifft nicht zu, weil nie berufstätig.....11

Frage 120

A: Ist in den letzten 2 Jahren eine der folgenden Veränderungen in Ihrem Leben oder eines der folgenden Ereignisse eingetreten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

B: Wenn ja: Hat Sie das sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht belastet?

	A:	B:			
		sehr	ziem- lich	wenig	gar nicht
Ist bei Ihnen selbst eine schwere körperliche Krankheit aufgetreten? D. h. eine Krankheit oder Operation, derentwegen Sie ins Krankenhaus mussten oder die Sie länger als 10 Tage an das Bett gebunden hat (auch größere Zahnbehandlungen)?	1	1	2	3	4
Ist dies in Ihrer eigenen Familie oder im engsten Freundeskreis geschehen?	2	1	2	3	4
Ist bei Ihnen eine größere seelische Krise aufgetreten – z. B. Selbstmordgedanken, starke Ängste, starke Schlafstörungen?	3	1	2	3	4
Ist jemand in Ihrer Familie oder Ihrem engsten Freundeskreis gestorben: der Partner, ein Kind, ein Elternteil oder eines der Geschwister?	4	1	2	3	4
Sind Sie oder jemand aus Ihrer Familie Opfer eines Überfalls, Raubes oder Einbruchs geworden?	5	1	2	3	4
Wurde gegen Sie oder gegen Ihren Partner ein Strafverfahren eingeleitet oder wurden Sie in einen Zivilprozess verwickelt?	6	1	2	3	4
Haben Sie einen geliebten, wertvollen Gegenstand verloren oder vielleicht ein Haustier, das Ihnen viel bedeutet?	7	1	2	3	4
Sind Sie größeren finanziellen Belastungen ausgesetzt gewesen – z. B. Verschlechterung des Einkommens, Schuldenzahlung, Zwang zur Aufnahme eines Nebenberufs, Unterstützung von Angehörigen?	8	1	2	3	4
Gab es Auseinandersetzungen mit dem Vermieter oder den Nachbarn?	9	1	2	3	4
Gab es im engsten Familien- oder Freundeskreis schwere Auseinandersetzungen?	10	1	2	3	4
Hat es einen Abbruch einer engen, für Sie wichtigen Beziehung gegeben – z. B. Trennung, Scheidung vom Partner?	11	1	2	3	4
Sind Sie von einem für Sie wichtigen Menschen tief enttäuscht oder gekränkt worden?	12	1	2	3	4
Hat Ihnen jemand Unrecht getan, ohne dass Sie sich entsprechend zur Wehr setzen konnten?	13	1	2	3	4
Gab es in den letzten 2 Jahren irgendein anderes für Sie wichtiges Ereignis, das bisher noch nicht angesprochen wurde?	14	1	2	3	4
nichts davon	15	-			

Frage 121

Wenn Sie nun an Ihre Kindheit und Jugend zurückdenken, ist eines der folgenden Ereignisse in Ihrem Leben eingetreten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

Haben Sie als Kind eine schwere Krankheit erlitten und mehrere Wochen im Krankenhaus verbracht?	1
Hat Ihre Familie in Ihrer Kindheit oder Jugend unter Armut gelitten? ..	2
Waren Ihre Eltern damals längere Zeit arbeitslos?	3
<u>Sind Ihre Eltern früh gestorben, als Sie noch sehr jung waren?</u>	<u>4</u>
nichts davon	5

Frage 122

Haben Sie während Ihrer Kindheit in Ihrer Familie oft, gelegentlich, selten oder nie körperliche Gewalt erfahren?

oft	1	
gelegentlich	2	
selten	3	
<u>nie</u>	<u>4</u>	→ weiter mit Frage 123A
trifft nicht zu	5	→ weiter mit Frage 123A
keine Angabe, will ich nicht sagen	6	→ weiter mit Frage 123A

Frage 123

Von wem ging diese Gewalt aus? (*Mehrfachnennungen möglich*)

Vater	1
Mutter	2
Geschwister	3
Großeltern	4
andere Verwandte	5
<u>andere nahestehende Personen, Bekannte</u>	<u>6</u>
keine Angabe	7

Frage 123A (neu)

Und wenn Sie an Ihr heutiges Leben denken. Geschieht es da oft, gelegentlich, selten oder nie, dass Sie in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt sind? Darunter verstehen wir auch kleinere Handgreiflichkeiten beispielsweise mit Freunden, den Kindern oder dem Partner.

oft	1
gelegentlich	2
selten	3
<u>nie</u>	<u>4</u>
trifft nicht zu	5
keine Angabe, will ich nicht sagen	6

Frage 124

Wenn Sie nun an Ihre Kindheit und an Ihre Erziehung zurückdenken, treffen die folgenden Aussagen zu oder nicht? (Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)

Wenn Sie sich laufend schlecht benahmen, kam es dann vor, dass Ihre Eltern sagten: „Wenn das mit Dir so weitergeht, kommst du ins Erziehungsheim.“	1
Hörten Sie manchmal die Aussage: „Mach das nicht noch einmal, sonst ...“	2
Sagten Ihre Eltern Ihnen manchmal, Sie würden sich schlecht benehmen?	3
Durften Sie Ihre Eltern kritisieren?	4
Bekamen Sie manchmal eine Ohrfeige, bei der Sie nicht einsahen warum?	5
Kontrollierten Ihre Eltern regelmäßig Ihre Schularbeiten?	6
Durften Sie in der Wohnung auch einmal laut sein?	7
Waren Ihre Eltern besorgt, wenn Sie auf der Straße spielen wollten, weil da so leicht etwas passieren könnte?	8
Wenn Sie in irgendeinem Schulfach Schwierigkeiten hatten, übten Ihre Eltern dann viel mit Ihnen?	9
Waren Ihre Eltern sehr darauf bedacht, dass Sie sich auf keinen Fall in Schlägereien mit anderen Kindern verwickeln ließen?	10
Mussten Sie, wenn Sie etwas in der Schule nicht begriffen hatten, zu Haus so lange üben, bis Sie es konnten?	11
Duldeten Ihre Eltern Widerspruch?	12
Waren Ihre Eltern dagegen, dass Sie sich, als Sie noch zur Schule gingen, durch kleine Arbeiten Geld verdienten?	13
Wenn Sie etwas getan hatten, was Ihren Eltern sehr zu Herzen ging, wurde Ihnen dann manchmal gesagt: „Ich kann dich gar nicht mehr lieb haben.“	14
Bekamen Sie manchmal eine Tracht Prügel?	15
Hörten Sie manchmal die Aussage: "Du bist kein liebes Kind, sonst würdest du deinen Eltern nicht so viel Kummer bereiten"?	16
nichts davon	17

TEIL V**Frage 125**

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihren Eltern stellen.

Welchen höchsten Schulabschluss hat bzw. hatte Ihr Vater?

Pflichtschule ohne Lehre	1
Pflichtschule mit Lehre	2
berufsbildende mittlere Schule (BMS)	3
allgemeinbildende höhere Schule (AHS)	4
berufsbildende höhere Schule (BHS)	5
Akademie (z. B. Sozialakademie, Päd. Akademie)	6
Hochschule, Universität	7
weiß nicht	8

Frage 126

Welchen höchsten Schulabschluss hat bzw. hatte Ihre Mutter?

Pflichtschule ohne Lehre	1
Pflichtschule mit Lehre	2
berufsbildende mittlere Schule	3
allgemeinbildende höhere Schule	4
berufsbildende höhere Schule	5
Akademie (z. B. Sozialakademie, Päd. Akademie)	6
<u>Hochschule, Universität</u>	7
weiß nicht	8

Frage 127

Wiederum auf der Skala von 1 bis 10, bei der 1 ganz unten und 10 ganz oben bedeutet: Wie würden Sie den sozialen Status Ihres Vaters und den Ihrer Mutter einstufen?

	A: Vater	B: Mutter
unten	1	1
.....	2	2
.....	3	3
.....	4	4
.....	5	5
.....	6	6
.....	7	7
.....	8	8
.....	9	9
oben	10	10
weiß nicht	11	11

TEIL W

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch einige allgemeine Fragen zur Statistik stellen.

Frage 128

Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert oder mitversichert?

Gebietskrankenkasse	1
Betriebskrankenkasse	2
SVA der gewerblichen Wirtschaft	3
SVA der Bauern	4
VA des österreichischen Bergbaues	5
VA der österreichischen Eisenbahnen	6
VA der öffentlich Bediensteten	7
<u>andere</u>	8
weiß nicht	9
bei keiner	10

Frage 129

Verfügen Sie über eine Zusatzversicherung?

- ja 1
nein 2

Frage 130

A: Sind Sie österreichischer Staatsbürger?

- ja 1 → weiter mit Frage 131
nein 2

B: Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

.....

C: Wie viele Jahre sind Sie insgesamt schon in Österreich? (0 = weniger als ein halbes Jahr)

Jahre

--	--

Frage 131

Wenn Sie nun alle Einkommen zusammenrechnen – in welche dieser Gruppen fällt das monatliche Gesamt-Netto-Einkommen Ihres Haushaltes?

- bis 4.000 öS 1
4.000 bis 5.999 öS 2
6.000 bis 7.999 öS 3
8.000 bis 9.999 öS 4
10.000 bis 11.999 öS 5
12.000 bis 13.999 öS 6
14.000 bis 15.999 öS 7
16.000 bis 17.999 öS 8
18.000 bis 19.999 öS 9
20.000 bis 21.999 öS 10
22.000 bis 23.999 öS 11
24.000 bis 25.999 öS 12
26.000 bis 27.999 öS 13
28.000 bis 29.999 öS 14
30.000 bis 31.999 öS 15
32.000 bis 33.999 öS 16
34.000 bis 35.999 öS 17
36.000 bis 37.999 öS 18
38.000 bis 39.999 öS 19
mehr als 40.000 öS 20
keine Angabe 21

Frage 132

In welche dieser Gruppen fällt Ihr persönliches Netto-Einkommen pro Monat?

bis 4.000 öS.	1
4.000 bis 5.999 öS.	2
6.000 bis 7.999 öS.	3
8.000 bis 9.999 öS.	4
10.000 bis 11.999 öS.	5
12.000 bis 13.999 öS.	6
14.000 bis 15.999 öS.	7
16.000 bis 17.999 öS.	8
18.000 bis 19.999 öS.	9
20.000 bis 21.999 öS.	10
22.000 bis 23.999 öS.	11
24.000 bis 25.999 öS.	12
26.000 bis 27.999 öS.	13
28.000 bis 29.999 öS.	14
30.000 bis 31.999 öS.	15
32.000 bis 33.999 öS.	16
34.000 bis 35.999 öS.	17
36.000 bis 37.999 öS.	18
38.000 bis 39.999 öS.	19
<u>mehr als 40.000 öS.</u>	<u>20</u>
kein eigenes Einkommen	21
keine Angabe	22

Frage 133

Im Rahmen dieser Untersuchung sollen später vertiefende Gespräche mit den Teilnehmern der Umfrage geführt werden. Würden Sie sich zu einem solchen persönlichen Interview bereit erklären? *(Wenn ja: Unbedingt den Namen des/der Befragten im entsprechenden Feld auf der letzten Seite notieren)*

ja.	1
nein	2

TEIL X INTERVIEWER**Frage 134****INTERVIEWER BITTE EINTRAGEN:**

Bezirk

--	--

Frage 135

A: Datum des Interviews

Tag		Monat		Jahr			

B: Nummer laut Adressenliste (ADRNR)

--	--	--	--	--

C: Name des/der Befragten:

D: Interviewsprache:

ausschließlich Deutsch 1

teilweise andere Sprache 2

ausschließlich andere Sprache 3

E: Interviewernummer (INTNR)

--	--	--

Die korrekte Durchführung des Interviews wird hiermit bestätigt.

Unterschrift InterviewerIn