

Aufgrund des vielfach entstehenden psychosozialen Drucks wirken sowohl kurzfristige als auch langfristige Arbeitslosigkeit auf das Individuum belastend. Die tatsächliche Krankheitshäufigkeit steigt jedoch besonders mit länger andauernder Arbeitslosigkeit an. Arbeitslose sind im Vergleich zu Erwerbstätigen mit ihrem Leben in hohem Maße unzufrieden und sind auch in höherem Maße von seelischen Krisen betroffen. Sie nehmen zwar verstärkt Beratungsangebote wahr, ernähren sich jedoch deutlich ungesünder, setzen weniger körperliche Aktivitäten, rauchen mehr und haben einen deutlich höheren Alkoholkonsum.

Due to the frequent psychosocial pressure, both short and long term unemployment place a significant strain on the individuals. The frequency of diseases increases particularly with long term unemployment. Unemployed persons are much less content with their lives than others and have a higher incidence of psychological and mental crises. They take advantage of counselling more frequently than others, but they have unhealthier dietary behaviour, have a more sedentary life style, smoke more and have a significantly higher alcohol consumption than employed persons.

10.1 Sozioökonomische Grundlagen

Zahlreiche Studien³⁶¹ auf österreichischer und internationaler Ebene belegen, dass die Gesundheit einer Person mit ihrem sozioökonomischen Status in engem Zusammenhang steht. Personen, die sich in einer schwächeren sozioökonomischen Lage befinden, weisen im Schnitt einen signifikant schlechteren Gesundheitsstatus auf als besser gestellte Individuen.

Die sozioökonomische Stellung eines Individuums wird meist durch das Einkommen, die Bildung und die berufliche Stellung charakterisiert. Teilweise wirken sich diese Faktoren direkt auf die Gesundheit einer Person aus. Zum Beispiel ermöglicht höheres Einkommen höhere Gesundheitsausgaben. Zu einem wesentlichen Teil stehen Einkommen, Bildung und beruflicher Status aber auch stellvertretend für eine Vielzahl von anderen schichtspezifischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Dazu zählen etwa Gesundheitsverhalten oder

Wohn- und Arbeitsbedingungen. Die Summe dieser Faktoren lässt sich mit ihren komplexen Wechselwirkungen auf der Ebene der Personen zu Lebensstilen verdichten, welche je nach sozioökonomischer Schicht unterschiedlich sind und entsprechende Konsequenzen für die Gesundheit haben. Die Bedeutung solcher Faktoren lässt sich daran ermessen, dass Österreich zwar über ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem mit weitreichendem Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen verfügt; die Gesundheit einer Person beziehungsweise die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten hängt jedoch nach wie vor deutlich von ihrem sozioökonomischen Hintergrund ab. Einkommensschwache Personen, Arbeitslose und MigrantInnen besitzen einen sozioökonomischen Hintergrund, der mit besonderen Gesundheitsrisiken verbunden ist. Sie bilden deshalb den Schwerpunkt der folgenden Darstellungen.

³⁶¹ POCHOBRADESKY, E. et al. (2002); MIELCK, A. (2000); MARMOT, M. & WILKINSON, R. (1999).

10.2 Armut

Zusammenfassung

Personen am unteren Ende der Einkommenskala erkranken mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit als wirtschaftlich besser gestellte Personen. Ausschlaggebend für die beobachtbaren Unterschiede im Gesundheitszustand ist eine Vielzahl von zusammenwirkenden psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren. So etwa leben wirtschaftlich schwache Personen häufiger in einem gesundheitlich belastenden Wohnumfeld. Sie leisten am Arbeitsplatz mehr schwere körperliche Arbeit und haben weniger Regenerationsmöglichkeiten. Mangel an entsprechenden Gesundheitsaktivitäten, ungesunde Ernährung, Rauch- und Trinkverhalten führen meist zu zusätzlichen gesundheitlichen Risiken. Auf der psychischen Ebene herrscht bei ärmeren Personen größere Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, insbesondere mit dem Familienleben und der Freizeitgestaltung. Psychologische Krisensituationen treten häufiger auf als bei wirtschaftlich besser gestellten Personen.

Bei der Versorgung mit ärztlicher Infrastruktur bestehen in Wien kaum signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. Entsprechend ihrer schlechteren gesundheitlichen Situation suchen ärmere Personen häufiger einen praktischen Arzt auf. Insgesamt weisen die vorhandenen Statistiken eher auf sozioökonomische Unterschiede bei der Entstehung von Krankheiten als bei der medizinischen Bewältigung hin.

Armut ist gleichzeitig Ursache wie Folge von gesundheitlichen Problemen. Einerseits kann das Auftreten gesundheitlicher Probleme einen sozialen Abstieg und das Absinken in Armut bedeuten. Andererseits kann der Mangel an Ressourcen dazu führen, dass gesundheitliche Belange bei von Armut betroffenen Personen auf der Strecke bleiben. Der Wiener Gesundheitssurvey zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Einkommen und gesundheitlicher Situation. Von jenen Personen, die angaben, dass ihr Einkommen knapp oder kaum zum Leben reicht, waren rund 22 Prozent zum Zeitpunkt der Befragung durch Krankheit oder

Summary: Poverty

Persons at the lower end of the income scale have a significantly higher risk of falling ill than people with a better economic situation. These observable differences in state of health are due to the interaction of a number of mental, social, and economic factors. For example, people with a poor financial situation more frequently have living conditions that are detrimental to health. Their work more frequently involves heavy physical labour and they have fewer recreational possibilities. A lack of health relevant behaviour, unhealthy nutrition, and smoking and drinking habits usually create additional health risks. Regarding mental health, poorer people are usually less content with their living situation, in particular with their family life and leisure activities. Psychological crises are more frequent than among people with a better economic situation.

There are no significant differences in the access to public health services across the different income groups. Due to their poorer state of health, economically disadvantaged people consult general practitioners more frequently than others. In general, the available data show that socioeconomic differences have more impact on falling ill than on coping with illness.

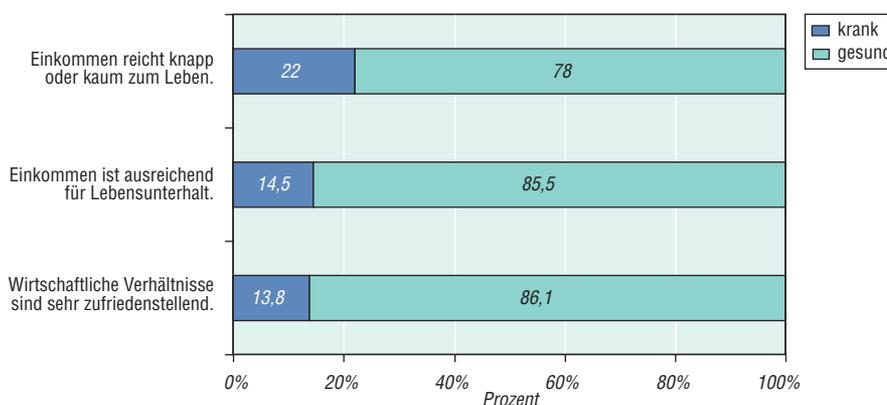
Verletzung in ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt. Bei Personen mit ausreichendem Einkommen für ihren Lebensunterhalt betrug dieser Wert nur 14,5 Prozent, bei Personen mit sehr zufriedenstellenden wirtschaftlichen Verhältnissen 13,8 Prozent (*Grafik 10.1*). Die ärmste Gruppe hatte also ein über 60 Prozent höheres Krankheitsrisiko als die reichste Gruppe.

Betrachtet man anstelle von subjektiven Angaben über die persönliche wirtschaftliche Situation die **Nettohaushaltseinkommen**, so ergibt sich ein ähnliches Bild (*Grafik 10.2*). Personen aus einem Haushalt im

untersten Einkommensdrittel gaben zu 18,4 Prozent eine aktuelle Krankheit an. Bei Personen aus einem Haushalt im mittleren Einkommensdrittel lag der entsprechende Wert bei 15,4 Prozent, während im ober-

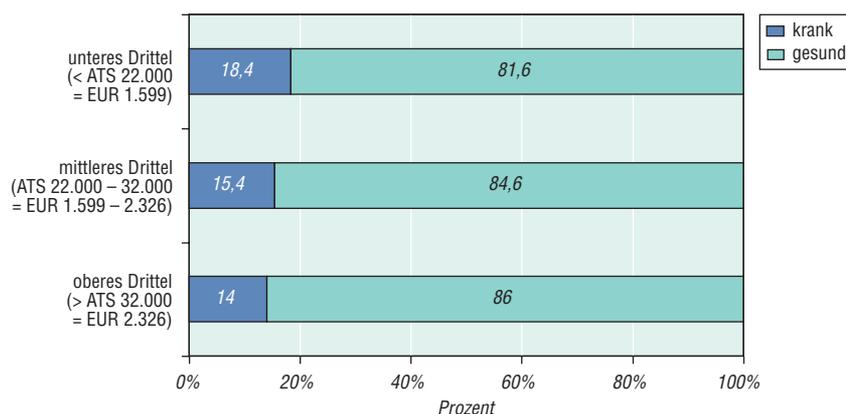
ten Einkommensdrittel nur 14 Prozent der Befragten angaben, aktuell an einer Krankheit zu leiden. Auch hier ist statistisch eine schwächere wirtschaftliche Position mit einem höheren Krankheitsrisiko verbunden.

Grafik 10.1: Aktueller Gesundheitszustand und persönliche wirtschaftliche Verhältnisse, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10.2: Aktuelle Gesundheit und Nettohaushaltseinkommen, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Aus der folgenden Tabelle sind einige allgemeine Informationen hinsichtlich Alters- und Geschlechtsunterschiede in den drei Einkommensgruppen ersichtlich. So zeigt sich, dass die Unterschiede im Durchschnittsalter der Personen in den Einkommensgruppen nicht sehr groß sind. Die Altersstreuung ist im unteren Drittel jedoch am stärksten, d. h. es gibt mehr ältere und mehr jüngere Personen in der einkommensschwächsten Gruppe. Der Anteil der Frauen ist im untersten Einkommens-

drittel am stärksten, im obersten Einkommensdrittel am geringsten. Bei der Beantwortung der Frage nach dem Nettohaushaltseinkommen waren allerdings die Männer gegenüber den Frauen überrepräsentiert (1.735 Männer beantworteten die Frage, aber nur 1.615 Frauen).

Tabelle 10.1: Alters- und Geschlechtsverteilung nach Haushaltsnettoeinkommen, Wien

Einkommensgruppe	Alter		Geschlecht	
	Durchschnittsalter (Jahre)	Altersstreuung	Männer	Frauen
unteres Drittel	44,2	20,3	45,6 %	54,4 %
mittleres Drittel	43,4	17,5	51,6 %	48,4 %
oberes Drittel	43,0	15,5	58,7 %	41,3 %

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Der **Bildungsgrad** einer Person steht in engem Zusammenhang mit ihrer wirtschaftlichen Lage. Bei den Männern blieben ungelernete Arbeiter zu fast 45 Prozent während eines Jahres gesund, bei Selbständigen und Mithelfenden betragen diese Werte jedoch knapp 63 bzw. 58,5 Prozent. Bei Frauen bestand kein signifikanter Unterschied zwischen ungelernen Arbeiterinnen

und Selbständigen, rund die Hälfte hatte während eines Jahres keine Krankheit. Facharbeiterinnen blieben hingegen zu 60 Prozent gesund, weibliche Mithelfende zu knapp 69 Prozent. In diesem Fall war auch bei Frauen ein höherer sozioökonomischer Status mit einem deutlich besseren Gesundheitszustand verknüpft.

Tabelle 10.2: Berufliche Stellung und Erkrankungshäufigkeit in Wien

berufliche Stellung	Erwerbstätige in 1.000	Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung			
		nie	einmal	zweimal	≥ dreimal
<i>in %</i>					
Frauen					
Selbständige	20.1	50,3	34,4	11,0	4,3
Mithelfende	3.4	68,6	13,7	17,7	0,0
Angestellte	209.0	53,1	34,3	8,0	4,5
Beamte	41.8	47,2	34,1	11,7	7,0
Facharbeiter	6.7	60,2	12,5	23,9	3,4
sonstige Arbeiter	80.3	49,3	32,4	12,0	6,2
Lehrlinge	6.9	37,9	33,3	28,9	0,0
Männer					
Selbständige	44.0	62,9	30,5	4,4	2,2
Mithelfende	1.8	58,5	41,5	0,0	0,0
Angestellte	183.3	54,5	31,5	11,4	2,6
Beamte	52.8	55,3	31,1	11,7	2,0
Facharbeiter	70.4	51,6	33,8	8,1	6,5
sonstige Arbeiter	88.2	44,8	37,7	10,5	6,9
Lehrlinge	11.3	49,0	24,3	16,5	10,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die **subjektive Wahrnehmung** des eigenen Gesundheitszustandes wies zwischen den einzelnen Bildungsgruppen erhebliche Unterschiede auf. So bezeichneten rund 40 Prozent der HochschulabsolventInnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut, während sich nur etwa halb so viele PflichtschulabsolventInnen sehr ge-

sund fühlten. Umgekehrt beurteilten mehr als 13 Prozent der PflichtschulabsolventInnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, während bei AHS-AbsolventInnen dieser Wert bei nur etwas über 3 Prozent lag – also nur rund ein Drittel des Anteils von PflichtschulabsolventInnen.

Tabelle 10.3: Ausbildung und subjektive Gesundheit in Wien

Ausbildung	Beurteilung des Gesundheitszustandes (Angaben in %)				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Pflichtschule	20,9	35,6	30,2	9,8	3,4
Lehre	26,2	43,3	22,5	7,0	1,1
BMS	31,4	47,6	16,3	3,8	0,9
AHS	33,1	46,8	16,7	1,8	1,6
BHS	29,5	46,9	18,8	3,3	1,4
Hochschule	40,1	44,1	10,8	3,9	1,2

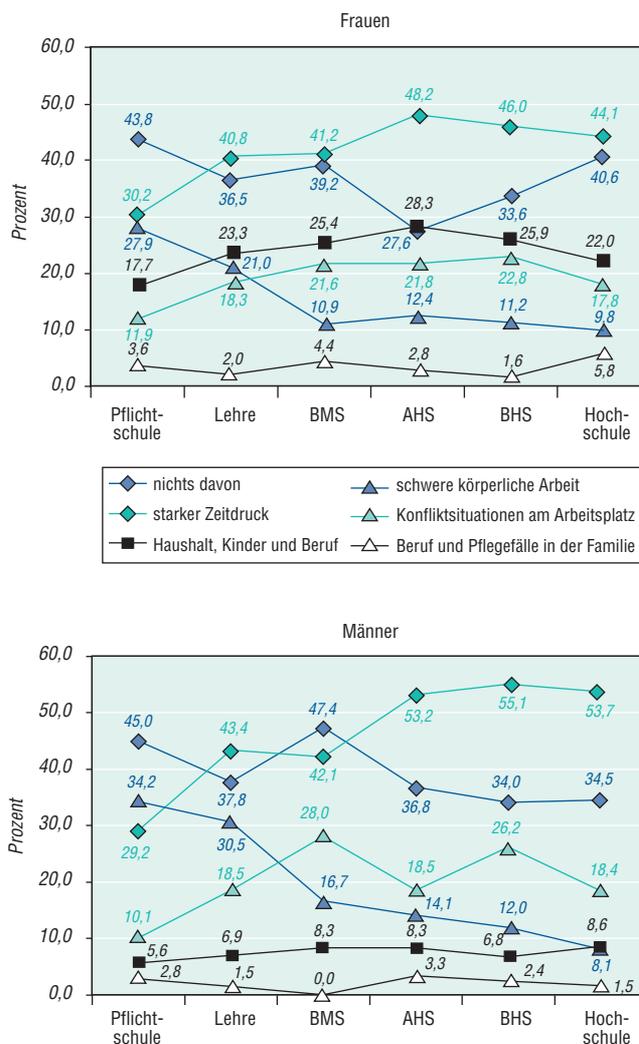
Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die verfügbaren Daten liefern eine Reihe von Hinweisen über die Hintergründe der sozioökonomischen Unterschiede im Gesundheitszustand. **Unterschiedliche Lebensbedingungen** wie Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie **psychosoziales Umfeld** tragen wesentlich dazu bei, dass ärmere Personen größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als wirtschaftlich besser gestellte Personen. Schwere körperliche Arbeit stellte für Frauen mit Pflichtschulabschluss zu knapp 28 Prozent eine Belastung dar, für Frauen mit Lehrabschluss lag dieser Wert bei 21 Prozent. Bei den anderen Bildungsgruppen stellte schwere körperliche Arbeit nur zu ca. 11 Prozent eine gesundheitliche Belastung dar (Personen mit Hochschulabschluss: 9,8 Prozent, AHS-Absolventinnen: 12,4 Prozent). Starker Zeitdruck war hingegen für Frauen mit höherem Bildungsabschluss eine hohe

gesundheitliche Belastung. Deutlich über 40 Prozent der AHS-, BHS-, und Hochschulabsolventinnen waren mit diesem Problem konfrontiert, jedoch nur rund 30 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen.

Bei der Analyse fällt auf, dass Pflichtschulabsolventinnen mit knapp 44 Prozent auch die größte Gruppe jener Personen stellen, die angibt, unter keiner der in Grafik 10.3 angeführten Belastungen zu leiden, während der andere Teil angibt, häufig mehrfachen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt zu sein. Das gleiche Muster findet sich auch bei Männern. Die mangelnde Wahrnehmung von Belastungen könnte unter Umständen darauf zurückzuführen sein, dass in unteren sozioökonomischen Schichten derartige Belastungen als „normal“ empfunden werden.

Grafik 10.3: Ausbildung und gesundheitliche Belastungen in Wien



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Auffallend an Grafik 10.3 ist die hohe Belastung von Frauen mit mittleren Bildungsabschlüssen (AHS- und BHS-Abschluss). Sie sind am stärksten von Mehrfachbelastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf betroffen (AHS: 28,3 Prozent, BHS: 25,9 Prozent). Sie stehen auch am stärksten unter Zeitdruck (AHS: 48,2 Prozent, BHS: 46,0 Prozent) und sind mit rund 20 Prozent am stärksten Konfliktsituationen am Arbeitsplatz ausgesetzt. Nur bei schwerer körperlicher Arbeit geben Frauen dieser Bildungsgruppen deutlich geringere Belastungen an als Frauen mit Pflichtschulabschluss. Da die gesundheitliche Situation von Pflichtschulabsolventinnen jedoch schlechter ist als jene von Frauen mit mittlerem Bildungsniveau, dürften die gesundheitlichen

Konsequenzen von schwerer körperlicher Arbeit besonders gravierend ins Gewicht fallen bzw. in Verbindung mit anderen schichtspezifischen Faktoren sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Das gleiche Muster findet sich auch bei Männern, und zwar in noch stärker ausgeprägter Form: Rund ein Drittel der Pflichtschulabsolventen sind schweren körperlichen Belastungen bei der Arbeit ausgesetzt, während die sonstigen Belastungen tendenziell niedriger als bei Frauen sind. Belastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf sind bei Männern einheitlich über alle Bildungsgruppen deutlich niedriger als bei Frauen. Dies zeigt, dass familiäre Belastungen mitsamt den dadurch be-

dingten gesundheitlichen Risiken immer noch in hohem Maße ein spezifisch weibliches Problem darstellen.

Eine detailliertere Aufstellung gesundheitsbelastender Faktoren am **Arbeitsplatz** zeigt *Tabelle 10.4* Personen im unteren Drittel der Verteilung der Nettofamilieneinkommen sehen sich insbesondere schwerer körperlicher Arbeit und langweiligen monotonen Tätigkeiten ausgesetzt. 32,8 Prozent der Personen im untersten Einkommensdrittel waren mit schwerer körperlicher Arbeit konfrontiert, jedoch nur 25,5 Prozent im mittleren Einkommensdrittel und 15,5 Prozent im obersten Einkommensdrittel. Rund 33 Prozent der einkommensschwächsten Gruppe verrichteten langweilige monotone Tätigkeiten, während dieser Wert in der höchsten Einkommensgruppe nur halb so groß war. Typische mit Leitungs- und Führungsfunktionen verbundene Belastungen, wie z. B. hohe Verantwortung, überwiegen im obersten Einkommensdrittel.

Auffallend sind die vergleichsweise hohen Belastungen am Arbeitsplatz in der mittleren Einkommensgruppe. In vielen Bereichen treten Belastungen ähnlich häufig wie in der untersten Einkommensgruppe auf, teilweise sind sie sogar noch stärker ausgeprägt. Dazu zählen Belastungen durch Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft; Staub, Rauch, Dämpfe; chemische Substanzen; einseitige körperliche Belastungen; isoliertes Arbeiten. Andererseits ist diese Gruppe aber auch in höherem Ausmaß von Problemen wie häufigen Konflikten, erheblicher Verantwortung und unklaren Anforderungen betroffen, die für Personen im unteren Einkommensdrittel von vergleichsweise geringerer Bedeutung sind. Manche gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz verlaufen quer durch alle Einkommensgruppen. So etwa sind Nacht- und Wechselschichten relativ gleichmäßig über alle Gruppen verstreut.

Tabelle 10.4: Berufliche Belastungen nach Einkommensgruppen in Wien

Art der beruflichen Belastung	Nettohaushaltseinkommen in %		
	oberes	mittleres	unteres
Nacht- und Wechselschicht	17,1	18,7	18,6
Lärm	31,8	41,5	37,5
Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft	30,2	41,1	42,2
Staub, Rauch, Dämpfe, etc.	26,2	39,8	40,0
chemische Substanzen	14,5	19,3	22,0
einseitige körperliche Belastungen	34,5	42,8	44,3
unklare Anforderungen	31,6	33,2	39,3
isoliertes Arbeiten	15,3	23,8	24,0
schwere körperliche Arbeit	15,5	25,5	32,8
langweilige monotone Tätigkeiten	16,7	29,5	32,9
ständiger Zeitdruck	66,2	61,4	58,3
große Verantwortung	80,5	76,3	69,1
häufige Konflikte	55,7	53,4	44,1
keine Pausen, kurze Erholung	46,6	46,7	43,9

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), *Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001*.

Die **Regeneration** von Belastungen spielt eine wesentliche Rolle bei Personen, die hohen gesundheitlichen Belastungen in ihrem Alltag ausgesetzt sind. Ein Zusammenhang zwischen ausgeprägtem Schlafmangel und Krankheitstendenzen lässt sich anhand der Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2000/2001 feststellen. Demnach erhalten rund fünf Prozent der gesunden Personen kaum jemals genug Schlaf, um am Morgen richtig ausgeruht zu sein. Jedoch geben fast 10

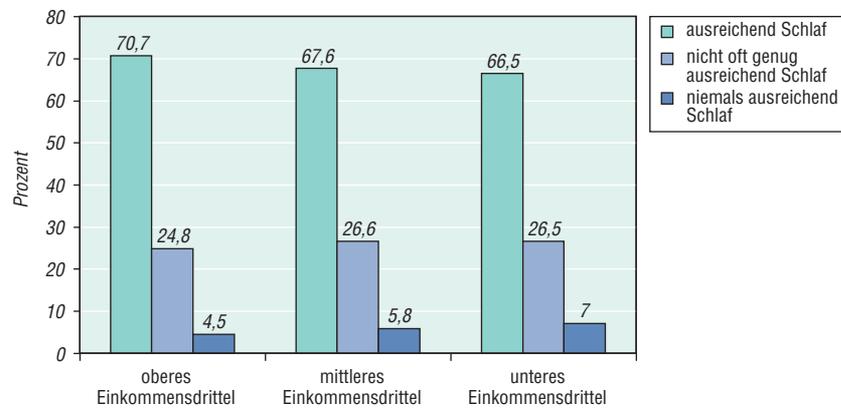
Prozent der aktuell gesundheitlich beeinträchtigten Personen an, stark übermüdet zu sein.

Grafik 10.4 zeigt, dass die Möglichkeiten zur Regeneration im Schlaf je nach Einkommenssituation unterschiedlich verteilt sind. Fast sieben Prozent der Personen im untersten Drittel der Nettohaushaltseinkommen erhalten kaum jemals bzw. nie ausreichend Schlaf. Im obersten Einkommensdrittel betrifft dies rund 4,5

Prozent der Personen. Die schlechteren Regenerationsmöglichkeiten bedeuten somit ein zusätzliches Ge-

sundheitsrisiko für einkommensmäßig schlechter gestellte Gruppen.

Grafik 10.4: Regeneration im Schlaf nach Einkommensgruppen in Wien (Nettohaushaltseinkommen)

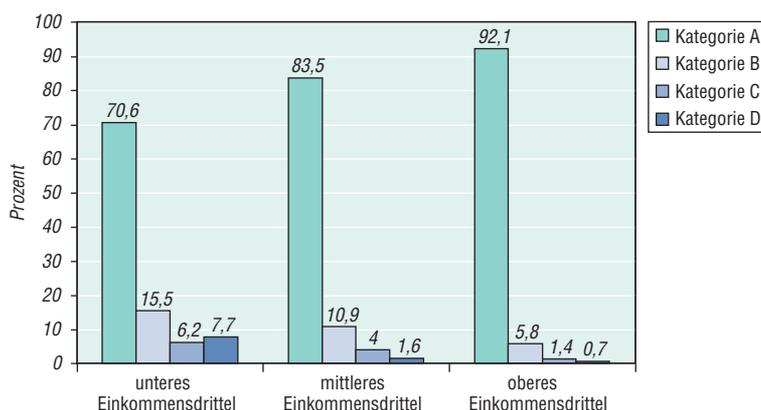


Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die **Wohnungen** einkommensschwächerer Personen sind häufiger in einer schlechteren Kategorie angesiedelt. Zwar bewohnen immerhin rund 70 Prozent in dieser Gruppe eine Wohnung der Kategorie A, jedoch trifft dies für rund 92 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe zu. Wohnungen schlechterer Kategorie werden mit Abstand am meisten von Personen mit niedrigem Einkommen bewohnt. Nahezu acht Prozent der untersten Einkommensgruppe leben in Wohnungen der Kategorie D, während dies nur für 0,7 Prozent der Personen in der obersten Einkommenskategorie zutrifft.

Die unterschiedliche Wohnsituation in den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen bedingt damit in Verbindung stehende schichtspezifische gesundheitliche Belastungen. Die untere Einkommensgruppe ist mit 12,9 Prozent mehr als doppelt so oft Feuchtigkeit, Luftzug oder Kälte im Wohnbereich ausgesetzt wie die oberste Einkommensgruppe, in der rund sechs Prozent von diesen Problemen betroffen sind. Die Unterschiede bei den anderen Belastungen im Wohnbereich sind geringer. Dennoch findet die oberste Einkommensgruppe durchwegs bessere Wohnbedingungen vor. Über alle Gruppen hinweg stellt Verkehrslärm die am weitesten verbreitete Belastungsquelle dar.

Grafik 10.5: Wohnungskategorien nach Einkommensgruppen in Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tabelle 10.5: Wohnsituation nach Einkommensgruppen

Belastung	mittlere bis große Belastung			geringe bis keine Belastung		
	oberes	mittleres	unteres	oberes	mittleres	unteres
	Nettohaushaltseinkommen (in %)					
Feuchtigkeit, Luftzug, Kälte	6,0	8,7	12,9	94,0	91,3	87,1
sonstiges schlechtes Wohnungsklima	4,1	5,0	6,8	95,9	95,0	93,2
Verkehrslärm	14,0	18,7	17,2	86,0	81,3	82,8
Luftverschmutzung durch Straßenverkehr	12,1	14,6	14,4	87,9	85,5	85,6

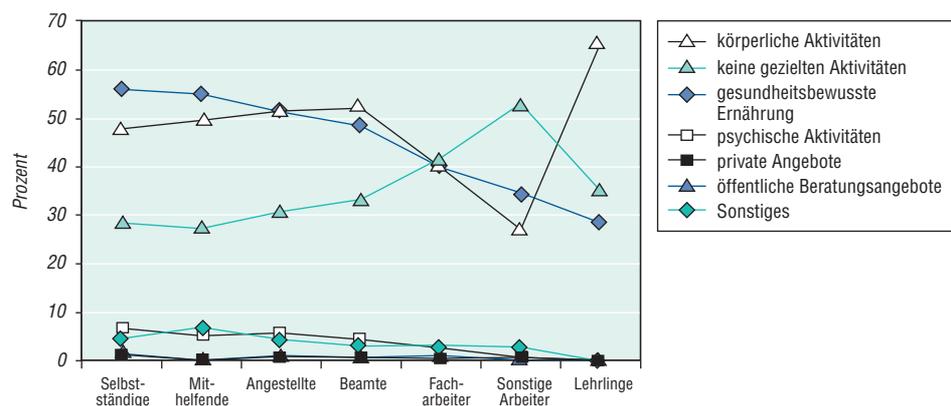
Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Abgesehen von den Wohn- und Arbeitsbedingungen bestimmen aber auch schichtspezifische **Verhaltensweisen** wesentlich die Gesundheit. Das heißt, das aktive Gesundheitsverhalten weist deutliche Muster auf, die sozioökonomisch beeinflusst sind. Mehr als die Hälfte der ungelernten ArbeiterInnen (53 Prozent) setzen von selbst aus keinerlei gesundheitliche Aktivitäten. Bei Selbständigen, Mithelfenden und Angestellten sind deutlich weniger als ein Drittel gesundheitlich inaktiv. Die wichtigsten Formen aktiven Gesundheitsverhaltens stellen gesunde Ernährung und körperliche Aktivitäten dar, aber auch das Rauch- und Trinkverhalten zählen dazu. Während über 50 Prozent der Selbständigen, Mithelfenden und Angestellten sowie knapp die Hälfte der BeamtInnen auf gesunde Ernährung Wert legen, achtet nur rund ein Drittel der ungelernten Arbei-

terInnen sowie rund 28 Prozent der Lehrlinge auf gesunde Nahrung. Körperliche Bewegung folgt einem ähnlichen Muster. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das geringere Ausmaß an körperlichen Aktivitäten bei ungelernten ArbeiterInnen teilweise auch durch die höhere körperliche Beanspruchung am Arbeitsplatz bedingt ist, während sportliche Aktivitäten bei Angehörigen anderer Berufsgruppen häufig einen „gesunden Ausgleich“ darstellen.

Andere Formen aktiven Gesundheitsverhaltens spielen kaum eine wesentliche Rolle. Besonders fällt auf, dass öffentliche Beratungsangebote sowie private Angebote derzeit nur in sehr geringem Maße aktiv in Anspruch genommen werden. Diese Beobachtung lässt sich quer über alle Gruppen hinweg machen.

Grafik 10.6: Aktives Gesundheitsverhalten und berufliche Stellung, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Aufgrund der sozioökonomischen Unterschiede bei Ernährung und Bewegung überrascht es nicht, dass sich auch beim **Körpergewicht** Unterschiede feststellen lassen. Angehörige unterer Bildungsschichten neigen deutlich stärker zu Übergewicht als Angehörige oberer Bildungsschichten. 28 Prozent der weiblichen und 26 Prozent der männlichen PflichtschulabsolventInnen sind von Übergewicht oder sogar starkem Übergewicht

betroffen, jedoch nur 9 Prozent der weiblichen und 16 Prozent der männlichen HochschulabsolventInnen. Untergewicht stellt vor allem bei Frauen mit mittlerer und höherer Bildung in größerem Ausmaß ein Problem dar. Zwischen 10 und 15 Prozent der Frauen dieser Bildungsgruppen leiden an mäßigem bis starkem Untergewicht.

Tabelle 10.6: Körpergewicht und Bildungsniveau, Wien 1999

Bildung	Personen ab 30 Jahre in 1.000	starkes Untergewicht	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	starkes Übergewicht
		BMI <18	BMI 18≤20	BMI 20≤27	BMI 27≤30	BMI ≥30
in %						
Frauen						
Pflichtschule	170.3	0,8	3,5	67,7	13,8	14,2
Lehre	157.4	0,8	5,1	72,5	11,2	10,4
BMS	84.6	3,0	8,1	73,0	9,3	6,6
AHS	53.8	1,3	13,3	72,2	6,1	7,0
BHS	43.9	1,9	9,3	68,4	14,2	6,2
Hochschule	57.9	2,9	10,4	77,6	5,0	4,1
gesamt	567.9	1,5	6,7	71,3	10,8	9,7
Männer						
Pflichtschule	79.2	0,2	1,1	72,6	18,7	7,3
Lehre	202.4	0,0	1,1	71,1	16,4	11,5
BMS	29.7	0,0	2,4	74,8	9,7	13,1
AHS	48.5	0,4	0,0	81,1	11,5	6,9
BHS	45.6	0,0	1,5	69,1	16,7	12,7
Hochschule	80.9	0,0	2,1	81,6	12,4	3,9
gesamt	486.3	0,1	1,3	74,1	15,2	9,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Rauchen und Alkoholkonsum sind ebenfalls gesundheitsbestimmende Faktoren, die nicht unbedingt im unmittelbaren Entscheidungsbereich einer Person liegen, auch wenn es auf den ersten Blick so scheinen mag. Auch hier sind über die individuelle Einzelentscheidung hinaus erhebliche schichtspezifische Unterschiede zu beobachten. Während fast 43 Prozent der männlichen Hochschulabsolventen angaben, nie geraucht zu haben, trifft dies bloß auf knapp 13 Prozent der Pflichtschulabsolventen zu, wengleich ein hoher Anteil dieser Raucher nur maximal 10 Zigaretten pro Tag konsumiert. Frauen weisen generell viel geringere Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen auf. Rund 40 Prozent der Frauen haben nie geraucht.

Sozioökonomische Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen bestehen jedoch nicht nur auf materieller Ebene, bei Arbeits- und Wohnbedingungen oder beim aktiven Gesundheitsverhalten. Auch eine Reihe von **psychologischen und soziologischen** Unterschieden sind zu beobachten, die zu gesundheitlichen Auswirkungen führen können. Diese „weicheren“ Faktoren sind schwieriger zu quantifizieren bzw. statistisch zu erfassen. Ihre Bedeutung sollte deshalb jedoch nicht unterschätzt werden. Einige Hinweise liefert Tabelle 10.7, die den Zusammenhang zwischen Einkommen und Zufriedenheit in diversen Lebensbereichen zeigt. Schichtspezifische Unterschiede bei psychosozialen Faktoren sollten sich in Unterschieden bei der Lebenszufriedenheit widerspiegeln. Die tatsächlichen zugrundeliegenden psychischen und sozialen Zusammenhänge werden bei dieser Betrachtung jedoch noch nicht transparent.

Tabelle 10.7: Rauchverhalten und Bildungsniveau, Wien 1999

Bildung	gelegentlicher Zigarettenkonsum	täglicher Zigarettenkonsum (Anzahl)			aufgehört zu rauchen	nie geraucht
		bis 10 Zig.	11 bis 20	mehr als 20		
<i>in %</i>						
Männer						
Pflichtschule	8,3	37,6	10,3	12,1	18,7	12,9
Lehre	6,8	28,1	11,1	12,4	21,5	20,0
BMS	4,9	21,8	7,6	11,8	18,5	35,4
AHS	6,7	19,6	6,1	15,4	16,1	36,1
BHS	8,4	17,9	10,4	8,7	19,8	34,8
Hochschule	11,2	21,9	7,9	2,2	14,0	42,7
gesamt	7,8	26,4	9,7	10,6	18,9	26,6
Frauen						
Pflichtschule	7,9	27,2	9,0	5,9	9,2	40,8
Lehre	4,4	26,4	11,6	5,3	10,5	41,8
BMS	6,5	25,0	6,0	4,5	11,8	46,2
AHS	7,8	21,1	6,4	2,9	17,0	44,8
BHS	7,7	22,3	10,7	7,2	13,9	38,2
Hochschule	11,2	23,8	4,5	3,7	13,6	43,1
gesamt	7,0	25,3	8,7	5,1	11,5	42,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Fast 88 Prozent der Personen im unteren Einkommensdrittel sind mit ihrem **Leben** insgesamt **zufrieden**, jedoch nahezu alle Personen im oberen Einkommensdrittel. Die markantesten Unterschiede bestehen bei der Zufriedenheit mit dem Familienleben. Während fast 94 Prozent der Personen im oberen Einkommensdrittel mit ihrem Familienleben zufrieden sind, gilt dies

nur für knapp 79 Prozent der Personen im unteren Einkommensdrittel. Bei sozialen Kontakten zu Freunden und Bekannten bestehen die geringsten Unterschiede, hier herrscht allgemein ein hoher Grad an Zufriedenheit.

Tabelle 10.8: Zufriedenheit und Einkommen

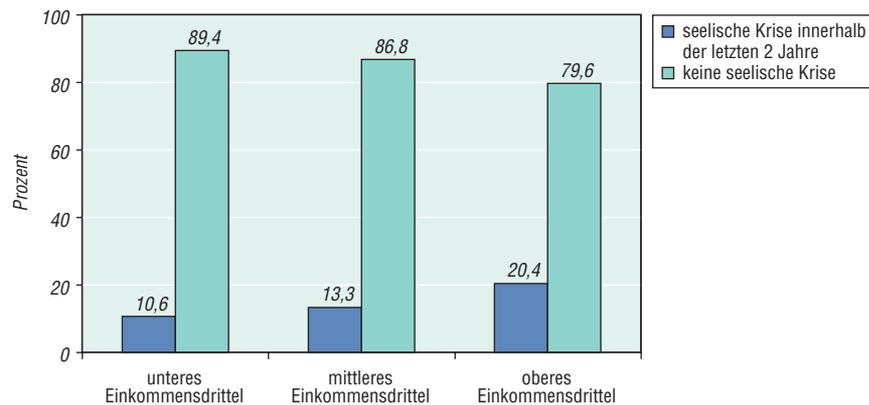
Lebensbereich	ziemlich bis sehr zufrieden			wenig bis gar nicht zufrieden		
	oberes	mittleres	unteres	oberes	mittleres	unteres
	Einkommen (Angaben in %)					
Leben insgesamt	97,5	93,8	87,7	2,6	6,3	12,3
Familienleben	93,9	88,6	78,9	6,1	11,4	21,1
Kontakte zu Freunden und Bekannten	92,9	89,7	86,3	7,1	10,3	13,7
Freizeitgestaltung	85,0	79,7	76,5	15,0	20,3	23,6
Gesundheit	90,2	85,2	78,5	9,9	14,8	21,5

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit ihrer **Freizeitgestaltung** sind fast ein Viertel (23,6 Prozent) der Personen im unteren Einkommensdrittel unzufrieden, jedoch nur knapp 15 Prozent der Personen im oberen Einkommensdrittel. Erhebliche sozioökonomische Unterschiede bestehen auch bei der **Zufriedenheit mit der Gesundheit**. Während ca. 90 Prozent der Personen im oberen Einkommensdrittel mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, gilt dies für nur 78,5 Prozent im unteren Einkommensdrittel.

Markante sozioökonomische Unterschiede auf der individuellen psychischen Ebene sind beim Auftreten **seelischer Krisen** zu beobachten. Über 20 Prozent der Befragten im unteren Einkommensdrittel gaben eine seelische Krise innerhalb der letzten beiden Jahre vor der Befragung an. Bei Personen im oberen Einkommensdrittel war dieser Wert nur halb so hoch. Die Lebenssituation von wirtschaftlich schwächer gestellten Personen erzeugt folglich hohen psychischen Druck, der auf Dauer zu einem Gesundheitsrisiko werden kann.

Grafik 10.7: Seelische Krisen innerhalb der letzten zwei Jahre und Nettohaushaltseinkommen, Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein Grund für die Unterschiede in der Gesundheit zwischen verschiedenen sozioökonomischen Schichten könnte auch darin liegen, dass die **Versorgung mit medizinischen Einrichtungen** uneinheitlich ist oder dass die vorhandenen Einrichtungen nicht in gleicher Weise in Anspruch genommen werden. Dadurch könnte die Bewältigung von Krankheiten für Personen

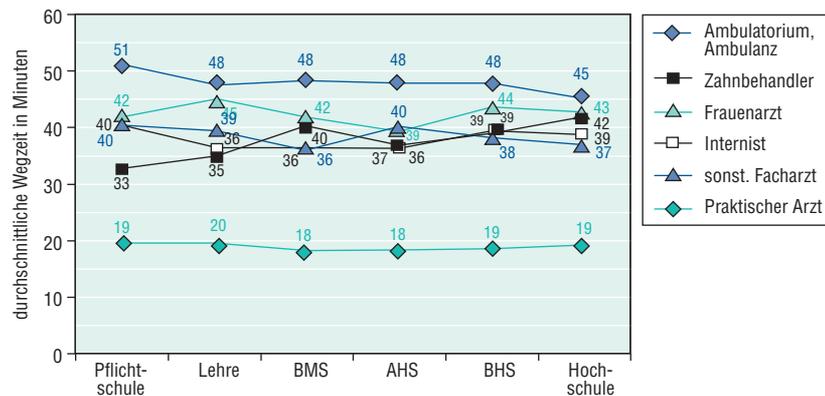
mit niedrigerem sozioökonomischen Status erschwert werden.

Ein Indikator für die Versorgung mit medizinischen Einrichtungen ist die durchschnittliche **Wegzeit zum Arzt**. Die folgende Grafik zeigt jedoch, dass in Wien die Versorgungseinrichtungen im Schnitt quer über alle

sozialen Schichten relativ rasch erreichbar sind. Aus der Grafik ist auch ersichtlich, dass Personen mit niedrigerem Bildungsstand Gesundheitseinrichtungen am häufigsten in Anspruch nehmen. Die größeren gesundheitlichen Risiken in niedrigeren soziökonomischen Schichten schlagen sich also in häufigeren Besuchen bei praktischen Ärzten und Ambulanzen bzw. Ambula-

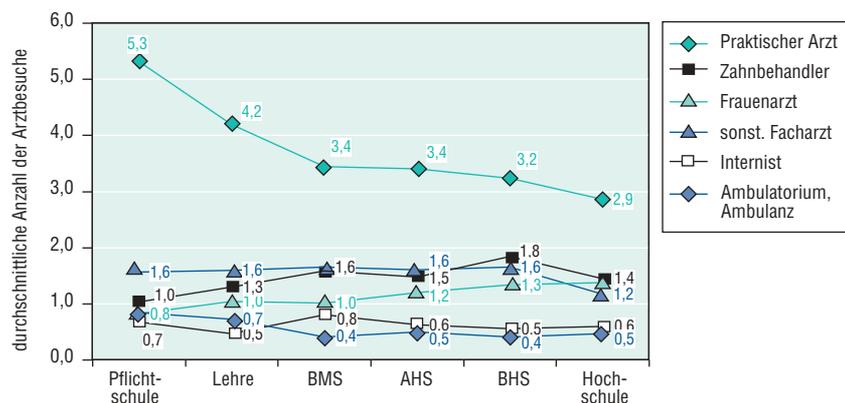
torien nieder. Die Besuchsfrequenz von PflichtschulabsolventInnen bei praktischen Ärzten ist etwa doppelt so hoch wie jene von UniversitätsabsolventInnen und entspricht damit grob dem höheren Auftreten von Krankheiten in dieser Gruppe. FrauenärztInnen und ZahnbehandlerInnen werden jedoch etwas häufiger von höheren Bildungsschichten konsultiert.

Grafik 10.8: Wegzeit zu ärztlichen Einrichtungen nach Bildungsgruppen, Wien 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Grafik 10.9: Arztbesuch und Bildungsniveau in Wien, 1999



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Insgesamt scheinen die soziökonomischen Unterschiede bei der **medizinischen Bewältigung** von Krankheiten in einer Stadt wie Wien mit einem breit zugänglichen öffentlichen Gesundheitswesen vergleichsweise geringer als die Unterschiede bei der Entstehung von Krankheiten. Unterschiedliche Wohn-

und Arbeitsbedingungen sowie schichtspezifisch aktives und gewohnheitsmäßiges Gesundheitsverhalten sind stärker in komplexe gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen verwoben und scheinen deshalb schwerer veränderbar.

10.3 Migration

Zusammenfassung

MigrantInnen sind über einen durchschnittlich niedrigen Einkommens-, Bildungs- und Sozialstatus hinaus noch zusätzlich mit gesundheitlichen Risiken konfrontiert, die sich aus der Migration ergeben. Sie erkranken häufiger als inländische Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Sie leben zu einem größeren Teil in einem belastenden Wohnumfeld und verrichten in hohem Maße schwere körperliche Arbeit. Bei MigrantInnen, die bereits länger in Österreich leben, verbessert sich hingegen die Situation. Sie sind einem deutlich geringeren Risiko eines Arbeitsunfalls ausgesetzt und befinden sich insgesamt in einem besseren gesundheitlichen Zustand.

Insgesamt zeigen MigrantInnen ein deutlich weniger aktives Gesundheitsverhalten. Sie rauchen mehr als Inländer (vor allem innerhalb der männlichen Bevölkerung) und nehmen trotz des erhöhten Krankheitsrisikos weniger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch als österreichische StaatsbürgerInnen. Insgesamt sind MigrantInnen somit gleichermaßen höheren Risiken bei der Entstehung und bei der Bewältigung von Krankheiten ausgesetzt.

Summary: Migration

Immigrants not only have a lower average level of income, education, and social status, but also face additional health risks resulting from their immigrant status. They are more frequently ill than Austrians with an equally low socioeconomic status. An even larger portion of them live in conditions that are detrimental to health, and they frequently have an occupation that requires heavy physical labour. The situation of immigrants improves the longer they live in Austria, resulting in a significantly lower risk of occupational accidents and a better overall state of health.

Overall, immigrants exhibit less active health relevant behaviour. They smoke more than Austrians (especially the male population) and despite their higher risk of illnesses, they use the public health services less frequently than Austrian citizens. In conclusion, immigrants have both higher risks of falling ill and more problems in coping with illness.

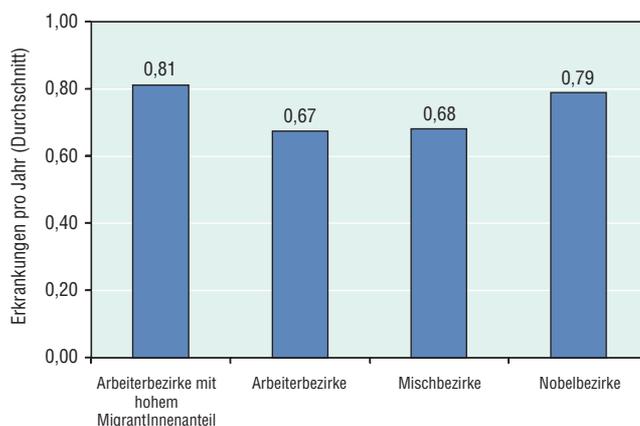
MigrantInnen sind als schwächer gestellte sozioökonomische Gruppen mit im Schnitt niedrigerem Einkommen und Bildungsstand sowie schlechterer beruflicher Stellung den von diesem Status ausgehenden gesundheitlichen Risiken unterworfen. Hinzu kommt die zusätzliche Bewältigung von Herausforderungen, die sich speziell aus der Migration ergeben. Dazu zählen etwa Sprachprobleme, Informationsprobleme, kulturelle Unterschiede, Diskriminierung, räumliche Trennung von Familienangehörigen, soziale Isolation oder ungewisse Zukunftsaussichten. Diesen Risiken wirkt entgegen, dass MigrantInnen im Schnitt jünger sind als die einheimische Bevölkerung. Dieser Faktor verbessert statistisch den gesundheitlichen Ausweis bei Durchschnittsvergleichen mit anderen Gruppen.

Die folgende Grafik zeigt einen Vergleich des Gesundheitsstatus von MigrantInnen nach **Wohngebiet**. Von besonderem Interesse ist dabei ein Vergleich zwischen Wiener ArbeiterInnenbezirken mit einem hohen Anteil an MigrantInnen und ArbeiterInnenbezirken mit geringeren Anteilen. Beiden Bezirkstypen ist ein niedriger sozioökonomischer Status bei Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung gemeinsam, wenngleich dieser in den MigrantInnenbezirken noch etwas stärker ausgeprägt ist. So beträgt etwa der Anteil an ungelerten ArbeiterInnen in MigrantInnenbezirken 26,6 Prozent, in anderen ArbeiterInnenbezirken jedoch nur 21,6 Prozent. Falls also gesundheitliche Risiken in den ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil deutlich höher liegen als in den anderen ArbeiterInnenbezirken, dann ist dieser Unterschied vermutlich auf migrationsbedingte zusätzliche Risiken zurückzuführen.

Tatsächlich lässt sich dieser Effekt beobachten. In ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil liegt die durchschnittliche Zahl der jährlichen Erkrankungen bei 0,81 Fällen pro Person. In ArbeiterInnenbezirken mit geringerem MigrantInnenanteil erkrankt eine Person rund 0,67-mal pro Jahr. Nobelbezirke weisen

ein deutlich höheres Durchschnittsalter der Bevölkerung auf (46 Jahre) und können deshalb nur bedingt zum Vergleich herangezogen werden (Durchschnittsalter in ArbeiterInnenbezirken mit hohem MigrantInnenanteil: 39,3 Jahre; in anderen ArbeiterInnenbezirken: 38 Jahre; in Mischbezirken: 41,2 Jahre).

Grafik 10.10: Krankheit und MigrantInnenstatus, Wien 1999

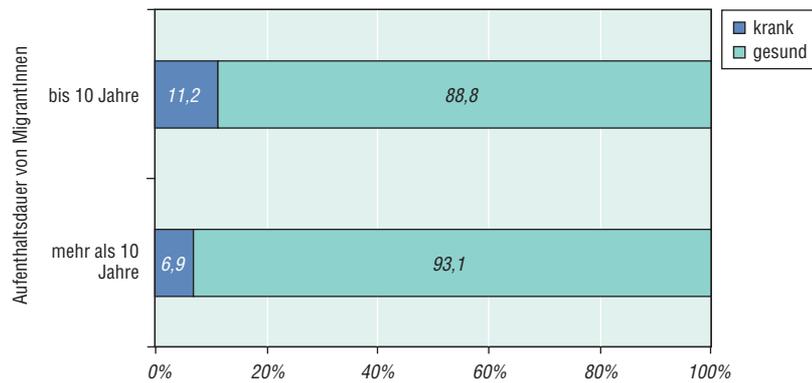


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Aus den oben genannten Zahlen folgt, dass Migration über einen niedrigen sozioökonomischen Status hinausgehend erhebliche gesundheitliche Risiken in sich birgt. Ein anderer Vergleich zwischen **Aufenthaltsdauer** der MigrantInnen und Erkrankungshäufigkeit unterstreicht diesen Zusammenhang. Laut Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001 weisen 11,2 Prozent der MigrantInnen, die sich bis zu maximal zehn Jahren

in Österreich aufhalten, eine aktuelle Krankheit auf. MigrantInnen hingegen, die sich bereits seit über zehn Jahren im Land befinden, litten zum Zeitpunkt der Befragung nur zu 6,9 Prozent an einer Erkrankung. Eine Interpretationsmöglichkeit dieser Zahlen besteht darin, dass soziale Integration die gesundheitlichen Risiken des MigrantInnenstatus entschärft und dadurch zu deutlich niedrigeren Erkrankungsraten führt.

Grafik 10.11: Aufenthaltsdauer von MigrantInnen und aktuelle Erkrankungen

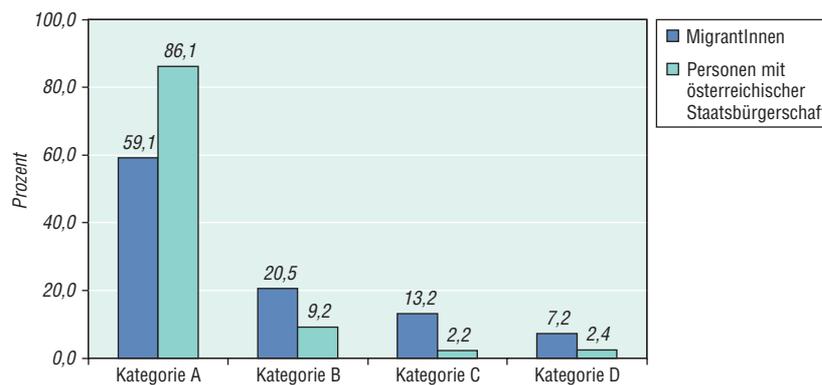


Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Generell ist zu beobachten, dass MigrantInnen teilweise unter noch schwierigeren **Wohn- und Arbeitsbedingungen** leben als inländische Angehörige aus sozial schwachen Schichten. So bewohnen über 20 Prozent der MigrantInnen in Wien Wohnungen der Kategorien C oder D. Bei WienerInnen mit österreichischer Staats-

bürgerschaft ist dies zu weniger als fünf Prozent der Fall. Neben größerer Armut kann also auf eine noch schwierigere Wohnsituation von MigrantInnen mit entsprechend größeren gesundheitlichen Risiken geschlossen werden.

Grafik 10.12: Wohnverhältnisse von MigrantInnen im Vergleich, Wien

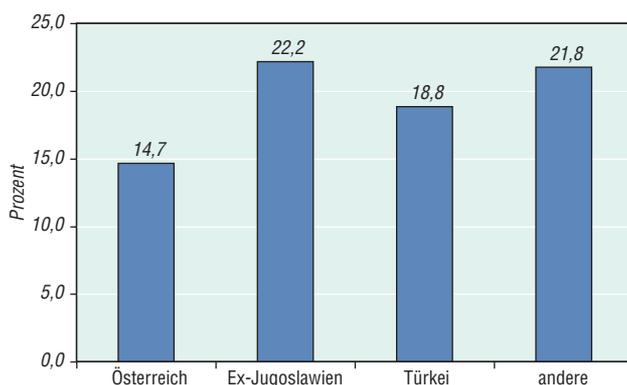


Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Belastungen aufgrund des Arbeitsumfelds sind bei MigrantInnen vor allem im Bereich **schwerer körperlicher Arbeit** deutlich höher als bei österreichischen StaatsbürgerInnen. Während knapp 15 Prozent der

Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft in Wien schwere körperliche Arbeit leisten, gilt dies für 20 und mehr Prozent der MigrantInnen (siehe folgende Grafik).

Grafik 10.13: Belastung von Wiener MigrantInnen durch schwere körperliche Arbeit

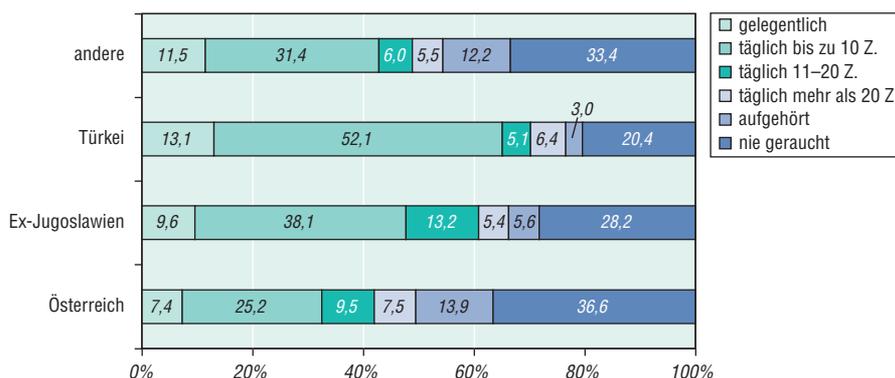


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Das **Gesundheitsverhalten** von MigrantInnen ist in vielen Bereichen vergleichsweise schwach ausgeprägt. Dies zeigt sich auch am Beispiel des **Rauchens**. Vor allem männliche Migranten rauchen mehr als Inländer. Während insgesamt fast 37 Prozent der ÖsterreicherInnen nie geraucht haben, beträgt dieser Anteil bei Perso-

nen aus dem ehemaligen Jugoslawien nur etwas über 28 Prozent und bei MigrantInnen aus der Türkei rund 20 Prozent. Zu berücksichtigen ist bei diesen Zahlen jedoch auch das jüngere Durchschnittsalter von MigrantInnen.

Grafik 10.14: Rauchverhalten von MigrantInnen in Wien

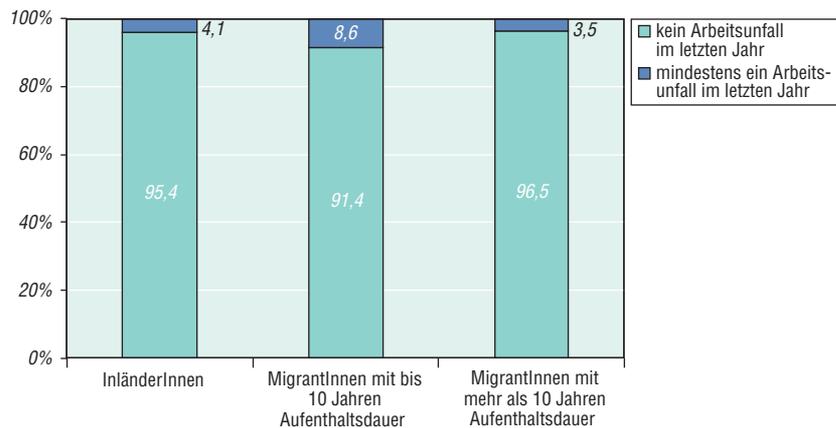


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Die von **Arbeitsunfällen** ausgehende gesundheitliche Gefährdung liegt bei MigrantInnen der untersten sozioökonomischen Ebene doppelt so hoch wie bei anderen Gruppen. Fast 9 Prozent der MigrantInnen mit einer Aufenthaltsdauer von maximal zehn Jahren hatten mindestens einen Arbeitsunfall im letzten Jahr vor

der Befragung, jedoch nur 4 Prozent der österreichischen StaatsbürgerInnen und 3,5 Prozent der MigrantInnen mit einer Aufenthaltsdauer von über zehn Jahren. Bemerkenswert ist auch die Angleichung der Gefährdung von InländerInnen und jenen MigrantInnen, die sich bereits lange im Land aufhalten.

Grafik 10.15: MigrantInnen und Arbeitsunfälle in Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Erhebliche Unterschiede bestehen bei der Wahrnehmung von **Angeboten des öffentlichen Gesundheitssystemen**. Obwohl MigrantInnen im Schnitt größeren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind als InländerInnen, konsultieren sie in vielen Fällen deutlich seltener ÄrztInnen. Dies kann einerseits mit dem niedrigeren Durchschnittsalter dieser Gruppe zusammenhängen. Andererseits können aber die Barrieren für die tatsächliche Inanspruchnahme bei MigrantInnen auf-

grund von Sprach- und anderen Problemen höher sein. In einzelnen Fällen übertreffen MigrantInnengruppen jedoch InländerInnen beim Arztbesuch. Auch gibt es teilweise erhebliche Unterschiede je nach Herkunftsland. Dieses zum Teil etwas erratische Muster könnte mit unterschiedlichen kulturell geprägten Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Einrichtungen in Zusammenhang stehen.

Tabelle 10.9: MigrantInnen und Häufigkeit von Arztbesuchen

Fachrichtung	Staatsbürgerschaft			
	Österreich	Ex-Jugoslawien	Türkei	andere
durchschnittliche Inanspruchnahme				
Männer				
Arzt für Allgemeinmedizin	3,2	4,0	2,5	2,2
Fachärzte:				
Kinderarzt (bis 14 J.)	2,9	3,5	2,3	3,9
Internist	0,5	1,5	0,3	0,6
sonstiger Facharzt	1,3	1,3	0,8	1,4
Zahnarzt, Dentist, -ambulatorium	1,4	1,1	1,4	1,4
Ambulatorium, Ambulanz	0,5	0,8	0,2	0,46
Frauen				
Arzt für Allgemeinmedizin	3,9	3,3	3,1	2,1
Fachärzte:				
Kinderarzt (bis 14 J.)	2,5	1,0	3,8	3,7
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	1,1	1,0	0,5	1,2
Internist	0,5	0,9	0,3	0,6
sonstiger Facharzt	1,6	1,3	0,9	0,9
Zahnarzt, Dentist, -ambulatorium	1,4	1,2	1,0	1,6
Ambulatorium, Ambulanz	0,6	0,3	0,1	0,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Insgesamt ergibt sich als Bild, dass die Problematik der höheren gesundheitlichen Gefährdung von sozioökonomisch schwachen Schichten zu einem signifikanten Teil eine Frage der gesundheitlichen Situation von MigrantInnen darstellt. Rund 20 Prozent der Personen im

unteren Einkommensdrittel in Wien sind MigrantInnen.³⁶² Für eine zielgruppenorientierte Gesundheitspolitik ergeben sich aus diesem Zusammenhang spezielle Anknüpfungsmöglichkeiten bzw. Notwendigkeiten.

10.4 Arbeitslosigkeit

Zusammenfassung

Arbeitslose Personen sind deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als erwerbstätige Personen. Aufgrund des häufig entstehenden psychosozialen Druckes wirken kurzfristige und langfristige Arbeitslosigkeit gleichermaßen belastend. Die tatsächliche Krankheitshäufigkeit steigt jedoch besonders mit länger andauernder Arbeitslosigkeit an.

Arbeitslose sind im Vergleich zu Erwerbstätigen mit ihrem Leben in hohem Maße unzufrieden. Besondere Schwierigkeiten entstehen im Familienleben und in einer befriedigenden Gestaltung der freien Zeit. Arbeitslose Menschen sind auch in höherem Maße von seelischen Krisen betroffen. Sie nehmen zwar verstärkt Beratungsangebote wahr, ernähren sich jedoch deutlich ungesünder, setzen weniger körperliche Aktivitäten, rauchen mehr und haben einen erhöhten Alkoholkonsum. Insgesamt dürften psychosoziale Faktoren wesentlich zum schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen beitragen.

Summary: Unemployment

Unemployed persons have significantly higher health risks than employed persons. Due to the frequent psychosocial pressure, both short and long term unemployment place a significant strain on the individuals. The frequency of diseases increases particularly with long term unemployment.

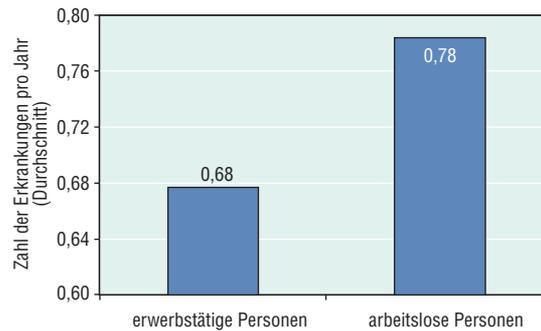
A large share of unemployed persons is not satisfied with their lives. Problems are frequent particularly within the family and with finding satisfactory leisure activities. Unemployed persons also face psychological and mental crises more frequently than others. While they make more use of counselling services, their eating habits are much unhealthier, they have a more sedentary lifestyle, smoke more and consume more alcohol. Overall, psychosocial factors are probably a major reason for the lower state of health of unemployed persons.

Arbeitslosigkeit stellt ein erhebliches soziales Problem dar, das auch gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Es ist allerdings nicht immer klar, was Ursache und was Wirkung ist. Einerseits ist es möglich, dass eine Person aufgrund von Krankheit arbeitslos wird. Andererseits kann der Zustand der Arbeitslosigkeit selbst dazu führen, dass die Gesundheit eines Menschen beeinträchtigt wird.

In Wien betrug 1999 die durchschnittliche Zahl der **Erkrankungen** pro Jahr bei erwerbstätigen Personen 0,68, bei arbeitslosen Personen hingegen lag sie mit 0,78 deutlich darüber. Arbeitslosigkeit steht somit mit höheren gesundheitlichen Risiken in einem deutlichen Zusammenhang.

³⁶² Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10.16: Erwerbsstatus und Krankheit in Wien

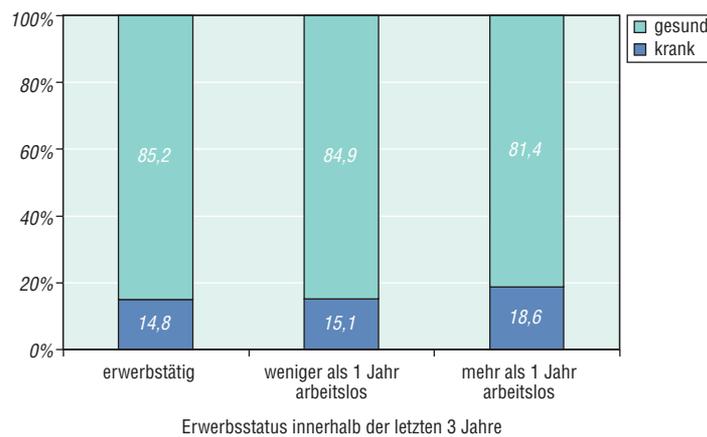


Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Zusätzliche Aufschlüsse erlaubt eine Gegenüberstellung, bei der die **Dauer der Arbeitslosigkeit** und ihr Zusammenhang mit Krankheit einbezogen wird. Personen, die innerhalb der letzten drei Jahre mehr als ein Jahr arbeitslos waren, sind im Schnitt zu 19 Prozent gesundheitlich beeinträchtigt. Für Personen, die weniger als ein Jahr arbeitslos waren, beträgt dieser Wert etwas über, für durchgängig erwerbstätige Personen etwas

unter 15 Prozent (*Grafik 10.17*). Während also zwischen Personen mit kürzeren Perioden von Arbeitslosigkeit und erwerbstätigen Personen kein signifikanter gesundheitlicher Unterschied festzustellen ist, erscheint der Gesundheitszustand von Personen, die über längere Zeiträume arbeitslos sind, signifikant schlechter zu sein.

Grafik 10.17: Arbeitslosigkeit nach Dauer und Krankheit in Wien



Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das **Wohnumfeld** von kurzzeitig arbeitslosen Personen dürfte sich in den meisten Fällen nicht ändern, sodass keine gesundheitlichen Effekte durch eine Verschlechterung der Wohnsituation zu erwarten sind. Langzeitarbeitslosigkeit könnte jedoch sozialen Abstieg mit sich bringen und dadurch zu einer Verschlechterung der Wohnsituation mit möglichen negativen gesundheitli-

chen Wirkungen führen. Tatsächlich zeigt sich jedoch, dass die Wohnsituation von Personen mit längerer Arbeitslosigkeitsdauer kaum einen Unterschied gegenüber Personen mit kürzerer Arbeitslosigkeitsdauer aufweist. In beiden Fällen bewohnen rund 70 Prozent der Personen Wohnungen der Kategorie A, rund fünf Prozent leben in Wohnungen der Kategorie D.³⁶³

Von größerer Bedeutung scheinen für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit deshalb Faktoren zu sein, welche sich auf das **psychische und soziale Befinden** der Individuen und auf das aktive Gesundheitsverhalten beziehen. Die folgende Tabelle zeigt, dass Personen mit längerem Verbleib in der Arbeitslosigkeit eine im Vergleich wesentlich geringere **Zufriedenheit** mit ihrem Leben und ihrer Gesundheit aufweisen als erwerbstätige Personen. Während fast 95 Prozent der erwerbstätigen Personen mit ihrem Leben zufrieden sind, trifft dies nur auf knapp 80 Prozent der

Arbeitslosen zu. Mit ihrer Gesundheit sind knapp 73 Prozent der über längere Zeit Arbeitslosen zufrieden, während rund 89 Prozent der Erwerbstätigen sich über ihre Gesundheit zufrieden äußern.

Ein besonderes Problem scheint auch die **Freizeitgestaltung** darzustellen. Fast 30 Prozent der Arbeitslosen sind mit ihrer Freizeitgestaltung wenig bis gar nicht zufrieden. Das häufig unerwünschte Mehr an Freizeit scheint für eine erhebliche Zahl von Langzeitarbeitslosen nur schwierig zufriedenstellend gestaltbar zu sein.

Tabelle 10.10: Zufriedenheit und Arbeitslosigkeit

Zufriedenheit mit	ziemlich bis sehr zufrieden			wenig bis gar nicht zufrieden		
	erwerbstätig	arbeitslos <1J	arbeitslos >1J	erwerbstätig	arbeitslos <1J	arbeitslos >1J
	in %					
dem Leben insgesamt	94,7	82,9	79,6	5,3	17,1	20,4
dem Familienleben	88,9	82,2	74,5	11,1	17,8	25,6
Kontakten zu Freunden und Bekannten	91,9	86,8	85,4	8,1	13,2	14,6
der Freizeitgestaltung	81,0	74,3	70,8	19,0	25,7	29,2
der Gesundheit	88,8	79,6	73,0	11,2	20,4	27,0

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

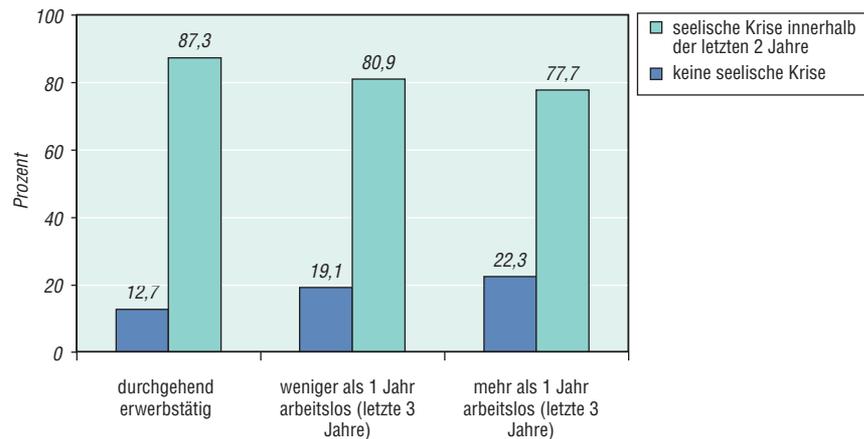
Am ehesten äußern sich die von Arbeitslosigkeit besonders betroffenen Personen zufrieden über ihre **Kontakte zu Freunden und Bekannten**. Mehr als 85 Prozent dieser Gruppe sind mit den sozialen Kontakten außerhalb der eigenen Familie zufrieden. Der Abstand zur Gruppe der Beschäftigten beträgt hier nur etwas über sechs Prozentpunkte. **Sozialkontakte innerhalb der eigenen Familie** werden als weniger befriedigend erlebt. Über ein Viertel der längere Zeit arbeitslosen Personen ist damit unzufrieden, jedoch nur etwa elf Prozent der Erwerbstätigen. Innerfamiliär scheint die Belastung sozialer Beziehungen durch Arbeitslosigkeit also höher zu sein als außerhalb der Familie.

Aufschlussreich sind die Resultate für die mittlere Gruppe jener Personen, die innerhalb der letzten drei Jahre vor der Befragung bis zu einem Jahr in Arbeitslosigkeit zugebracht haben. Tendenziell liegen die Werte dieser Gruppe näher bei jener der über einen längeren Zeitraum arbeitslosen Personen als bei der Gruppe der Erwerbstätigen. Insbesondere liegt die Zufriedenheit

mit dem eigenen Leben nur um rund drei Prozentpunkte über dem niedrigen Wert der Gruppe der längere Zeit Arbeitslosen. Mit ihrer Gesundheit sind über 20 Prozent der Personen in der mittleren Gruppe unzufrieden. Insgesamt scheint sich die Verringerung der Lebenszufriedenheit bereits bei kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit signifikant bemerkbar zu machen. Bei längerer Dauer scheinen sich diese Belastungen noch weiter zu verschärfen und, wie sich an der höheren Morbiditätsrate zeigt, konkrete gesundheitliche Risiken zu erzeugen.

Die spezielle psychologische Situation von Arbeitslosen erhöht die Anfälligkeit für **seelische Krisen**. Mehr als 22 Prozent der Befragten, die innerhalb der letzten drei Jahre mindestens ein Jahr arbeitslos gewesen waren, waren innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren mit einer gravierenden seelischen Krise konfrontiert. Zum Vergleich: Bei Erwerbstätigen traten psychische Probleme nur zu knapp 13 Prozent auf.

³⁶³ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

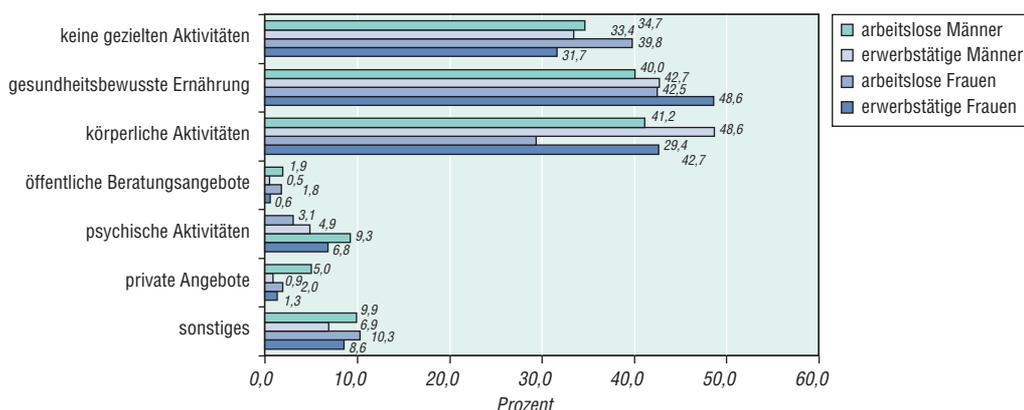
Grafik 10.18: Seelische Krisen und Arbeitslosigkeit in Wien

Quelle: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Druck der Arbeitslosigkeit kann sich in einem geänderten **Gesundheitsverhalten** äußern. Beispielsweise setzen knapp 40 Prozent der arbeitslosen Frauen keinerlei gesundheitliche Aktivitäten. Bei den erwerbstätigen Frauen entsprach dieser Wert nur knapp 32 Prozent. Bei Männern besteht diesbezüglich kaum ein Unterschied. Körperliche Aktivitäten finden jedoch bei beiden Geschlechtern in deutlich vermindertem Ausmaß statt, wenn Individuen von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Fast 43 Prozent der erwerbstätigen Frauen, jedoch nur etwas über 29 Prozent der arbeitslosen Frauen sind körperlich aktiv. Bei den Männern beträgt der entsprechende Wert fast 49 Prozent (Erwerbstätige) beziehungsweise 40 Prozent (Arbeitslose). Um gesundheitsbewusste Ernährung kümmern sich arbeitslose Frauen (42,5 Prozent) signifikant weniger als erwerbstätige Frauen (48,6 Prozent), während die Unterschiede bei Männern wiederum geringer sind (Arbeitslose: 40 Prozent, Erwerbstätige: 42,7 Prozent).

Öffentliche **Beratungsangebote**, private Angebote, psychisch wirksame und sonstige **Aktivitäten** werden von Arbeitslosen zwar in größerem Ausmaß als von Beschäftigten in Anspruch genommen bzw. gesetzt. Jedoch reflektieren diese höhere Inanspruchnahme von Beratungsleistungen und die erhöhten psychischen Aktivitäten einerseits den größeren psychischen Druck, der auf dieser Gruppe lastet; andererseits zeigen sie auch das Bemühen, die eigene Situation zu bewältigen. Insgesamt fallen sie jedoch kaum für die Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens ins Gewicht. Aufgrund der höheren Enthaltung von jeglichen gesundheitlichen Aktivitäten durch Arbeitslose insbesondere bei Frauen sowie aufgrund der deutlich geringeren Aktivität in den zentralen Bereichen Ernährung und Bewegung dürften Arbeitslose aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens insgesamt größeren gesundheitlichen Risiken als Erwerbstätige ausgesetzt sein.

Grafik 10.19: Arbeitslosigkeit und Gesundheitsverhalten



Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

In ihrem **Rauchverhalten** unterscheiden sich arbeitslose Frauen und Männer erheblich von erwerbstätigen Personen. In fast jeder Gruppe der RaucherInnen übertreffen Arbeitslose deutlich die Anteile der Erwerbstätigen. Arbeitslose Frauen übertreffen erwerbstätige

Frauen besonders in der Gruppe der mittleren und starken Raucherinnen. Das Rauchverhalten kann vermutlich in Zusammenhang mit dem erhöhten psychosozialen Druck auf Arbeitslose gesehen werden.

Tabelle 10.11: Rauchverhalten und Erwerbsstatus, Wien 1999

Erwerbsstatus	Personen ab 15 J. in 1.000	gelegentliche Raucher	Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag			aufgehört zu rauchen	nie geraucht
			≤ 10	11 ≤ 20	> 20		
in %							
Männer							
erwerbstätig	407.0	8,0	28,3	12,5	11,2	13,1	26,9
arbeitslos	37.7	16,8	35,4	8,9	15,2	11,6	12,1
Frauen							
erwerbstätig	332.4	9,2	24,6	12,3	6,4	11,0	36,6
arbeitslos	21.7	7,9	32,7	15,5	10,3	8,4	25,3

Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus 1999.

Der **Alkoholkonsum** von arbeitslosen Personen folgt einem den Rauchgewohnheiten analogen Muster. Arbeitslose haben einen erhöhten Konsum bei Bier, Wein sowie harten alkoholischen Getränken.³⁶⁴

Die statistischen Daten weisen insgesamt darauf hin, dass arbeitslose Personen aufgrund ihres Status einem erhöhten psychosozialen Druck ausgesetzt sind. Weniger aktives Gesundheitsverhalten sowie erhöhter Konsum von Nikotin und Alkohol gehen damit einher.

³⁶⁴ Stadt Wien (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**XI.
GESUNDHEITSVORSORGE**

PREVENTIVE HEALTH CARE

INHALT

11 GESUNDHEITSVORSORGE	389
11.1 GESUNDHEITSVORSORGE FÜR MUTTER UND KIND	389
11.1.1 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen	389
11.1.2 Die Wiener Elternberatungsstellen	391
11.2 DAS WIENER IMPFKONZEPT	393
11.2.1 Impfungen im Vorschul- und Schulalter	394
11.3 GESUNDENVORSORGEUNTERSUCHUNGEN	396
11.3.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen	398

10 SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

Zusammenfassung

Personen mit einem schwächeren sozialen Status weisen im Schnitt auch eine schlechtere Gesundheit auf. Die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten verläuft in den verschiedenen sozioökonomischen Schichten aufgrund des Zusammenwirkens vielfältiger Faktoren unterschiedlich. **Ärmere Personen** leben häufiger in einem schlechteren, gesundheitlich belastenden Wohnumfeld. Sie leisten am Arbeitsplatz oft schwere körperliche Arbeit und haben weniger Regenerationsmöglichkeiten. Mangel an entsprechenden Gesundheitsaktivitäten, mangelndes Ernährungsbewusstsein, höhere Raucherprävalenzen sowie höherer Alkoholkonsum führen zu zusätzlichen gesundheitlichen Risiken. Auf der psychischen Ebene herrscht bei ärmeren Personen größere Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation und psychologische Krisensituationen treten häufiger auf. Bei der Versorgung mit ärztlicher Infrastruktur bestehen in Wien jedoch kaum signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. Entsprechend ihrer schlechteren gesundheitlichen Situation suchen ärmere Personen häufiger einen praktischen Arzt auf.

MigrantInnen sind über einen durchschnittlich niedrigen Einkommens-, Bildungs- und Sozialstatus hinaus noch zusätzlich mit gesundheitlichen Risiken konfrontiert, die sich aus der Migration ergeben. Sie erkranken häufiger als inländische Personen mit ebenfalls niedrigem sozioökonomischen Status und leben zu einem noch größeren Teil in einem belastenden Wohn- und Arbeitsumfeld. Es fällt aber auf, dass mit zunehmender Aufenthaltsdauer sich auch die gesundheitliche Situation von MigrantInnen verbessert. Insgesamt nehmen jedoch MigrantInnen trotz des erhöhten Krankheitsrisikos weniger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch als österreichische StaatsbürgerInnen. Dadurch wird auch die medizinische Bewältigung von Krankheiten erschwert.

Arbeitslose Personen sind deutlich höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als erwerbstätige Personen.

Summary: Social Inequality and Health

*A lower social status usually correlates with a poorer state of health. Falling ill and coping with illness is very different in different socioeconomic strata due to a number of different factors. **Poorer persons** more frequently live in conditions which are detrimental to health. Their work often involves hard physical labour and they have less recreational possibilities. A lack of health-promoting activities and of nutritional awareness, more frequent smoking, and a higher consumption of alcohol create additional health risks. Concerning mental health, poorer people are more frequently unhappy with their personal living situation, and psychological crises are more frequent. There are, however, no significant differences among income groups in the access to health care. Since their state of health is lower, poorer people consult general practitioners more frequently than other income groups.*

*In addition to a low average level of income, education, and social status, **immigrants** face additional health risks that are directly related to their status as immigrants. They fall ill more frequently than Austrians with an equally low socioeconomic status, and an even higher percentage of them have living and working conditions that are detrimental to health. However, the state of health of immigrants improves with a longer duration of their stay. Overall, immigrants use the public health services less than Austrians, despite their higher risk of illness. This makes it harder to cope with illness.*

***Unemployed persons** have significantly higher health risks than employed people.*