

Im Folgenden werden vier wesentliche Kennzahlen (s. Punkte 5.1.1 bis 5.1.4) für die materiellen Lebensbedingungen der Wiener Bevölkerung dargestellt:

- ▶ Armutsgefährdung
- ▶ Materielle Deprivation
- ▶ Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung
- ▶ 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Definitionen und Daten

Alle Indikatoren für die *materiellen Lebensbedingungen* stammen aus der EU-SILC-Erhebung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Auch Nicht-EU-Staaten wie die Schweiz oder Norwegen beteiligen sich daran. Die Erhebung gibt es seit 2003, ab 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor.

Erfasst werden u. a. die Beschäftigungssituation und das Einkommen der Mitglieder der ausgewählten Haushalte, deren Wohnsituation, Bildung, Gesundheit und Zufriedenheit. In Österreich werden pro Jahr rund 6.000 Haushalte befragt, drei Viertel davon werden im Folgejahr wieder befragt (max. viermal in Folge), ein Viertel kommt jeweils neu hinzu. Aufgrund der kleinen Stichprobe in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet.

5.1.1 (Dauerhafte) Armutsgefährdung

Im Jahr 2014 waren in Wien – laut EU-SILC – rund 23 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet (im 3-Jahres-Durchschnitt: 21,7 %). Das sind rund 383.000 bis 400.000 Menschen. Die Armutsgefährdung lag damit im Jahr 2014 – nach zwischenzeitlichem Anstieg – wieder in etwa auf dem Niveau von 2009. (s. Abbildung 5.3). Gäbe es keine Sozialleistungen (Familien-, Arbeitslosen-, Gesundheits-, Bildungsleistungen und Wohnbeihilfen), wäre in Wien ein Drittel der Bevölkerung armutsgefährdet (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) (Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2014b; Statistik Austria 2015c). Zuletzt – im Jahr 2015 – lag die Armutsgefährdung auch in Wien unter 20 Prozent (Statistik Austria 2016; Tabellenband EU-SILC 2015).

Die Ergebnisse auf Bundesebene, die auch eine Differenzierung nach anderen Kriterien erlauben, zeigen für folgende Bevölkerungsgruppen eine besonders starke Armutsgefährdung (Werte des Jahres 2015):

- ▶ Ein-Eltern-Haushalte (mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren): 31 %
- ▶ Alleinlebende Frauen (ab 60 Jahren) ohne Pension: 25 %
- ▶ Mehr-Personen-Haushalte mit mindestens drei Kindern: 24 %
- ▶ Nicht-österreichische StaatsbürgerInnen: 37 %
- ▶ Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen: 21 %

Der größere Teil der armutsgefährdeten Menschen ist nicht nur in einem einzelnen Jahr armutsgefährdet, sondern über einen längeren Zeitraum. In Österreich liegt der Anteil dauerhaft Armutsgefährdeter um etwa 5 Prozentpunkte unter dem Anteil der Armutsgefährdeten insgesamt.

Im Durchschnitt der Jahre 2013–2015 war die Armutsgefährdung in Wien (trotz des Gesamtanteils von 22 %) nur bei rund 12 Prozent dauerhaft. Die im Vergleich zu den anderen Bundesländern höhere Armutsgefährdung relativiert sich also dadurch, dass sie für einen größeren Teil der Betroffenen nur vorübergehend ist. Dies könnte einerseits auf die Wirksamkeit der von der Stadt Wien angebotenen arbeits- und sozialpolitischen Maßnahmen und Projekte (Stadt Wien 2015), andererseits auch auf sozialstrukturelle Ursachen hinweisen, etwa einen hohen Anteil an lange in Ausbildung befindlichen jungen Erwachsenen, die öfter kurzfristig, aber seltener dauerhaft armutsgefährdet sind (Kenzian 2012).

Definitionen und Daten

Alle Personen, deren äquivalisiertes Nettohaushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle liegt, gelten als *armutsgefährdet*. Die Armutsgefährdungsschwelle ist als 60 Prozent des Medians der äquivalisierten Haushaltseinkommen (gewichtete verfügbare Haushaltseinkommen) definiert. Der Betrag für die Armutsgefährdungsschwelle liegt im Jahr 2014 (für einen Einpersonenhaushalt) bei 1.161 Euro pro Monat. Für einen Haushalt bestehend aus zwei Erwachsenen und zwei Kindern (unter 14 Jahren) liegt der Wert für die Armutsgefährdungsschwelle 2,1-fach über der Schwelle für einen Einpersonenhaushalt. Da dieser Indikator keine Schulden oder Vermögensbestände und -auflösungen berücksichtigt, gelten diese Personen nicht als *arm*, sondern als *armutsgefährdet*.

Als *dauerhaft armutsgefährdet* gilt jemand, der in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Jahren als armutsgefährdet eingestuft wird. Für die Analyse relevant sind all jene Personen, die vier Jahre in Folge befragt wurden und somit für jedes Erhebungsjahr Daten über Armutsgefährdung beisteuern.

5.1.2 Materielle Deprivation

Rund 16 Prozent der Wiener Bevölkerung (rund 283.000 Menschen) sind – laut EU-SILC – im Jahr 2014 (3-Jahres-Durchschnitt der Jahre 2013–2015) materiell depriviert (BL-Bandbreite: 6–16 %) (Statistik Austria 2015c, 72). Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich die materielle Deprivation in Wien um etwa 4 Prozentpunkte verringert (s. Abbildung 5.3).

Definitionen und Daten

Materielle Deprivation bezeichnet Haushalte, die sich zumindest drei der folgenden neun Grundbedürfnisse finanziell nicht leisten können: Zahlungen wie Miete, Betriebskosten oder Kredite begleichen (1), unerwartete Ausgaben von 1.100 Euro tätigen (2), Wohnung angemessen warm halten (3), jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare vegetarische Speise essen (4), einmal im Jahr auf Urlaub fahren (5), PKW (6), Waschmaschine (7), Fernsehgerät (8), Telefon/Handy (9). Der Indikator beruht auf einer subjektiven Einschätzung der Befragten. *Erheblich depriviert* sind Haushalte, die sich vier dieser neun Grundbedürfnisse nicht leisten können.

5.1.3 Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

Die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegt naturgemäß über der Armutsgefährdung, weil sie auch Personen einschließt, die in einem Haushalt mit geringer Erwerbsintensität leben und/oder materiell erheblich depriviert sind. Etwa 28 Prozent der Wiener Bevölkerung sind im Jahr 2014 (3-Jahres-Durchschnitt der Jahre 2013–2015) – laut EU-SILC – armuts- oder ausgrenzungsgefährdet (BL-Bandbreite: 15–28 %), etwa so viele wie in den Jahren 2009/2010 (s. Abbildung 5.3) (Statistik Austria 2014b; Statistik Austria 2015c).

Definitionen und Daten

Alle Personen, die entweder armutsgefährdet sind, in einem Haushalt ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität wohnen oder unter *erheblicher materieller Deprivation* leiden, gelten als ausgrenzungsgefährdet.

5.1.4 20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens

Das 20/80-Verhältnis der Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen (Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit) wird als Quotient angegeben. Bei einer vollkommen gleichmäßigen Verteilung der Einkommen würde der Quotient 1 betragen. In Wien betrug der Wert im Jahr 2014 (resp. im Durchschnitt der Jahre 2013–2015) 4,6. Das bedeutet, dass in Wien das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie das der ärmsten 20 Prozent (BL-Bandbreite: 3,4–4,6). Im Zeitverlauf seit 2009 war der Indikator sehr konstant, im Jahr 2011 war er am höchsten und sinkt seither wieder leicht (s. Abbildung 5.3).

Entsprechend dem Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. Abschnitt 1.2) werden verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten für folgende Bereiche dargestellt:

- ▶ Materielle Lebensbedingungen
- ▶ (Aus-)Bildung
- ▶ Arbeit und Beschäftigung
- ▶ Soziale Beziehungen und Netzwerke
- ▶ Umwelt

Der Bereich Gesundheitsversorgung und -förderung wird ebenfalls als verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminante betrachtet, jedoch in einem eigenen Kapitel behandelt (s. Kapitel 6).

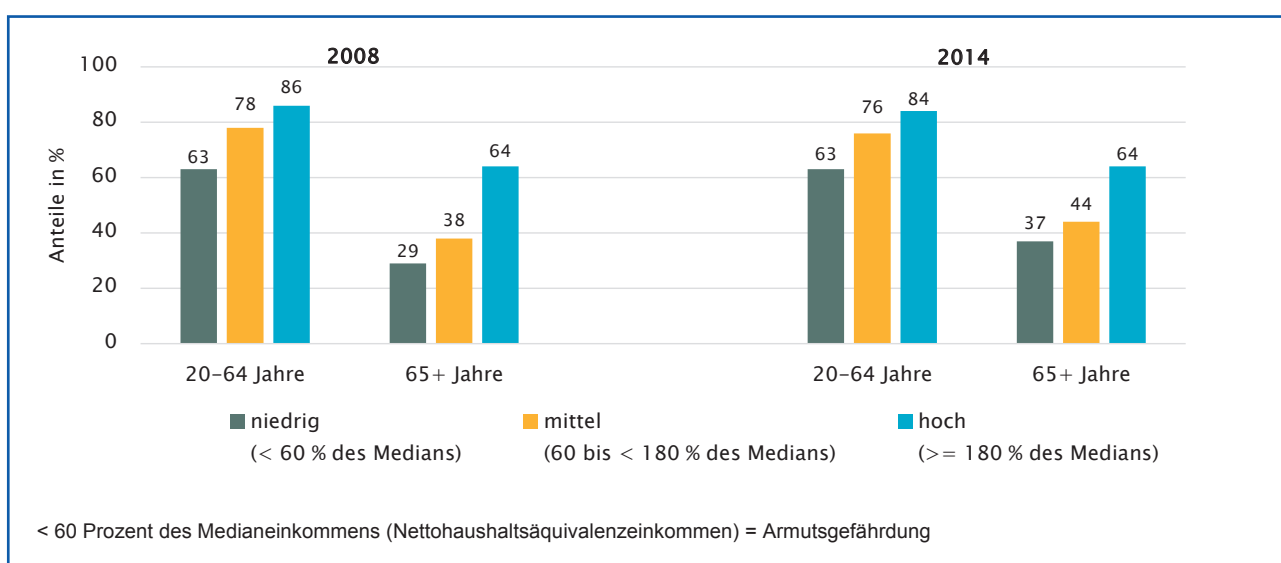
5.1 Materielle Lebensbedingungen

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist lange bekannt und vielfach belegt (Lampert/Kroll 2010; Lampert et al. 2005; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht schlechte Gesundheit bzw. Krankheit das Risiko zu verarmen (soziale Selektionsthese), auch umgekehrt bewirkt Armut eine schlechtere Gesundheit. Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist ein diesbezüglicher Gradient erkennbar (Habl et al. 2014; Klimont et al. 2008). Auf Basis der EU-SILC-Daten kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit demonstriert werden. In der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen und insbesondere in jener der über 64-Jährigen steigt der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, mit dem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 5.1). Die Kategorie mit den niedrigsten Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) entspricht der Gruppe der Armutsgefährdeten (siehe unten).

Ebenso wie für den allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich auch für chronische Krankheiten ein deutlicher Zusammenhang mit den Einkommensverhältnissen zeigen. Im Jahr 2014 waren in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen 37 Prozent der Armutsgefährdeten, aber „nur“ 25 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe chronisch krank. In der Altersgruppe der über 64-Jährigen ist der Unterschied – auf höherem Niveau – genauso beachtlich: 61 Prozent der Armutsgefährdeten und 50 Prozent der Personen in der höchsten Einkommensgruppe litten unter einer chronischen Krankheit (s. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.1:

ÖsterreicherInnen mit sehr guter oder guter Gesundheit nach Einkommensgruppen, 2008 und 2014

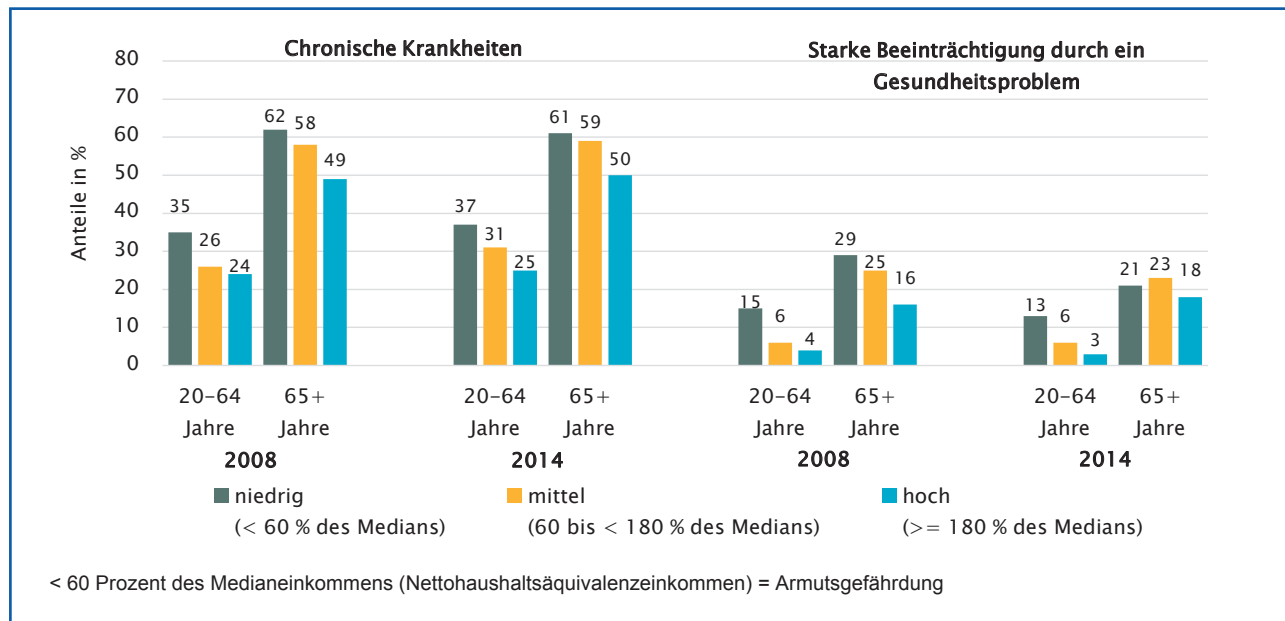


Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014
Darstellung: GÖG

Armutsgefährdete Menschen sind in ihrem Alltag häufiger durch ein gesundheitliches Problem eingeschränkt als Menschen mit hohem Einkommen. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen (s. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

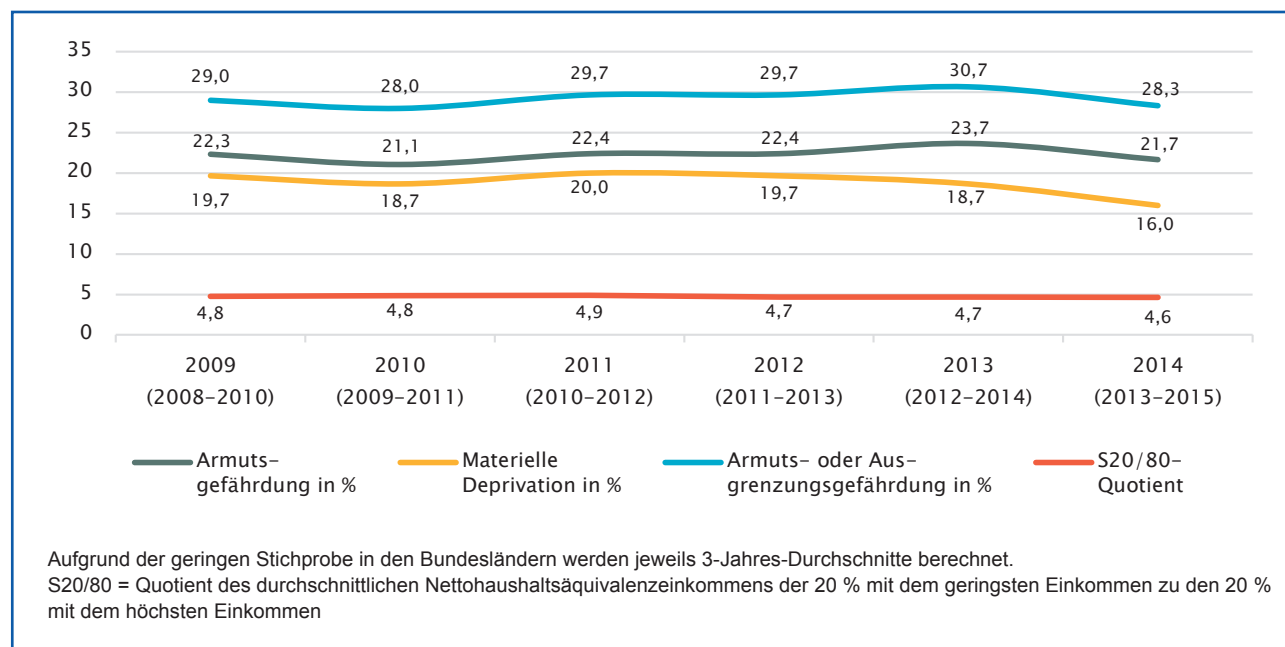
ÖsterreicherInnen mit chronischen Krankheiten und starker Beeinträchtigung durch ein gesundheitliches Problem nach Einkommensgruppen, 2008 und 2014



Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2014
Darstellung: GÖG

Abbildung 5.3:

Armutsindikatoren in Wien, 2009-2014



Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008-2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Indikator *20/80-Verhältnis der Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen* ist, neben dem GINI-Koeffizienten, ein Maß zur Beschreibung von Einkommensungleichheit und damit zur Quantifizierung sozialer Ungleichheit. Er berechnet sich aus dem Verhältnis des Gesamteinkommens des obersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem höchsten Einkommen) zum Gesamteinkommen des untersten Quintils (jener 20 % der Bevölkerung mit dem niedrigsten Einkommen). Als Einkommen wird ein äquivalisiertes Haushaltseinkommen definiert, das Sozialtransfers (z. B. Kinder- und Familienbeihilfe) einschließt und auf die im Haushalt lebenden Personen umgerechnet wird.

5.2 (Aus-)Bildung

Bildung wird als einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit erachtet, insbesondere weil Bildung für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten von Bedeutung ist. Sie beeinflusst etwa die beruflichen Möglichkeiten und Einkommenschancen, die Gesundheitskompetenz sowie verhaltens- und gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (Pelikan et al. 2012; Pelikan et al. 2013; Richter 2009; Röthlin et al. 2013).

Der Zusammenhang von Bildung und Gesundheit ist sowohl international (Richter 2009) als auch für Österreich vielfach belegt (Klimont et al. 2008)⁹. Er zeigt sich bereits am Lebensanfang im Anteil der Frühgeborenen und in der Säuglingssterblichkeit (s. Punkt 6.8.1) sowie am Lebensende in der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung (s. Abschnitt 3.1).

Der Bildungsbereich wird im vorliegenden Bericht anhand dreier Indikatoren abgebildet:

- ▶ Bildungsniveau
- ▶ Bildungsmobilität
- ▶ Frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen

5.2.1 Bildungsniveau

Im Jahr 2014 waren 24 Prozent der WienerInnen (im Alter von 25 bis 64 Jahren) AkademikerInnen (BL-Bandbreite: 11–24 %), ebenso viele haben maximal einen Pflichtschulabschluss (BL-Bandbreite: 14–24 %). Eine Matura oder einen höheren Abschluss können 43 Prozent der WienerInnen vorweisen (BL-Bandbreite: 25–43 %). 33 Prozent haben einen Lehr- oder BMS-Abschluss (s. Tabelle 5.1).

Langfristig gesehen, ist das Bildungsniveau der österreichischen und auch der Wiener Bevölkerung deutlich gestiegen, wenngleich sich innerhalb der letzten Jahre Anzeichen einer Stagnation zeigen. Seit 2008 hat sich der Akademikeranteil in Wien von 20 auf 24 Prozent erhöht; der Anteil derjenigen, die maximal einen Pflichtschulabschluss aufweisen, ist ebenfalls leicht gestiegen (von 22 auf 24 %¹⁰). Diesbezüglich gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Großstädte und Metropolen meist eine polarisierte Bildungsstruktur aufweisen: hoher Akademikeranteil sowie hoher Anteil an Personen mit maximal Pflichtschulabschluss. Wenngleich der Bildungsunterschied zwischen Frauen und Männern seit der Bildungsoffensive der 1960er-Jahre deutlich geringer geworden ist, gibt es nach wie vor einen wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschied im Bildungsniveau: Frauen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Grad (26 vs. 23 %), weisen jedoch auch etwas häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf (25 vs. 23 %; s. Tabelle 5.1), in Wien wie in Österreich.

⁹ Eine zusammenfassende Darstellung für Wien findet sich in Kapitel 7.

¹⁰ http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html; abgefragt am 18. 3. 2016

Tabelle 5.1:

Bildungsstand der WienerInnen im Alter von 25 bis 64 Jahren, 2014

| Bildungsstand | absolut Gesamt | Anteile in % | | |
|---|-------------------|--------------|--------|--------|
| | | Gesamt | Männer | Frauen |
| Pflichtschule | 244.385 | 24,1 | 22,6 | 25,4 |
| Lehre | 228.885 | 22,5 | 27,5 | 17,7 |
| Berufsbildende mittlere Schule | 105.341 | 10,4 | 8,2 | 12,5 |
| Allgemeinbildende oder berufsbildende höhere Schule | 179.833 | 17,7 | 18,0 | 17,4 |
| Kolleg | 10.153 | 1,0 | 0,7 | 1,3 |
| Universität, Hochschule, hochschulverwandte Lehranstalt | 247.272 | 24,3 | 22,9 | 25,7 |

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2014
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Daten hinsichtlich des *Bildungsniveaus* stammen aus dem Bildungsstandregister. Es wird von Statistik Austria geführt.

5.2.2 Bildungsmobilität

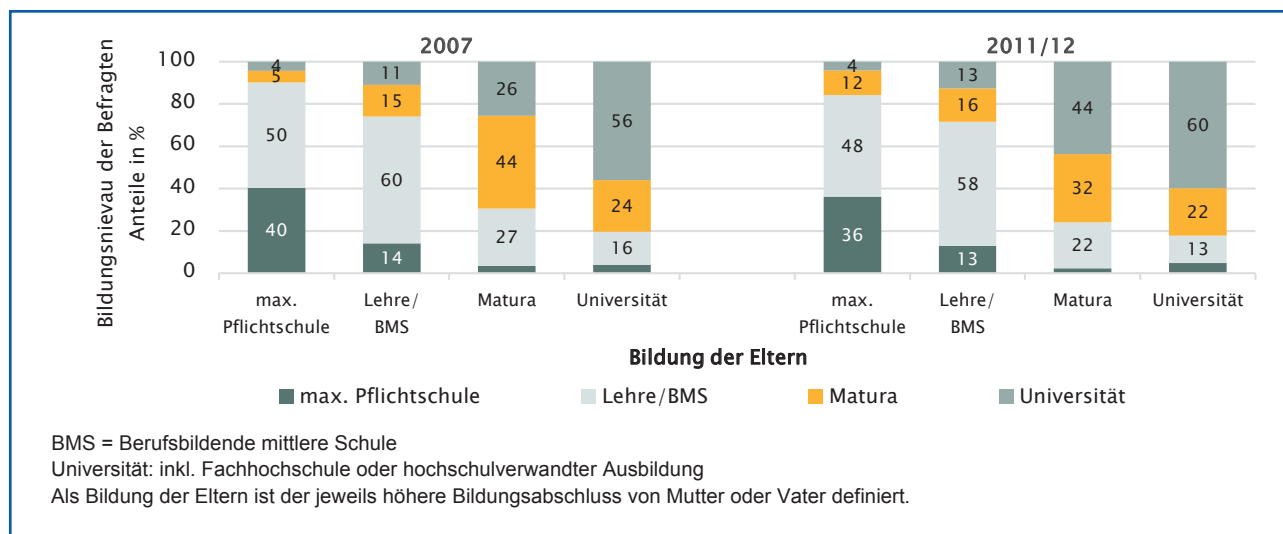
Die Bildungsmobilität beschreibt den Zusammenhang zwischen den Bildungsabschlüssen der Eltern und jenen ihrer Kinder (je größer die Übereinstimmung, desto geringer die Bildungsmobilität). Sie kann in Österreich nur auf Bundesebene abgebildet werden. Die AES-Erhebung 2011/2012 zeigte, dass 57 Prozent der 25- bis 64-Jährigen, die zumindest einen akademischen Elternteil haben, ebenfalls einen tertiären Bildungsabschluss erreichen. Wenn beide Eltern höchstens einen Pflichtschulabschluss aufweisen, schaffen lediglich 5 Prozent einen tertiären Bildungsabschluss.

Für den unteren Bildungsbereich sind die Daten ebenfalls deutlich: 28 Prozent der Kinder, deren elterlicher Bildungsabschluss nicht über die Pflichtschule hinausgeht, bleiben ebenfalls auf diesem Bildungsniveau, während nur 4 Prozent der Kinder mit einem akademischen Elternteil über einen Pflichtschulabschluss nicht hinauskommen. Die Bildungsmobilität ist in Österreich also niedrig. Je geringer die Bildung der Eltern, desto geringer sind die Chancen auf eine akademische Ausbildung der Kinder – und je höher die Bildung der Eltern, desto geringer ist die Gefahr, auf einem niedrigen Ausbildungsniveau zu bleiben.

Ein Vergleich nach Geschlecht zeigt, dass die Bildung der Frauen stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst wird. 60 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer mit einem akademischen Elternteil erreichen ebenfalls einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer, deren Eltern maximal Pflichtschulabschluss haben, bleiben auf Pflichtschulniveau (s. Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5).

Abbildung 5.4:

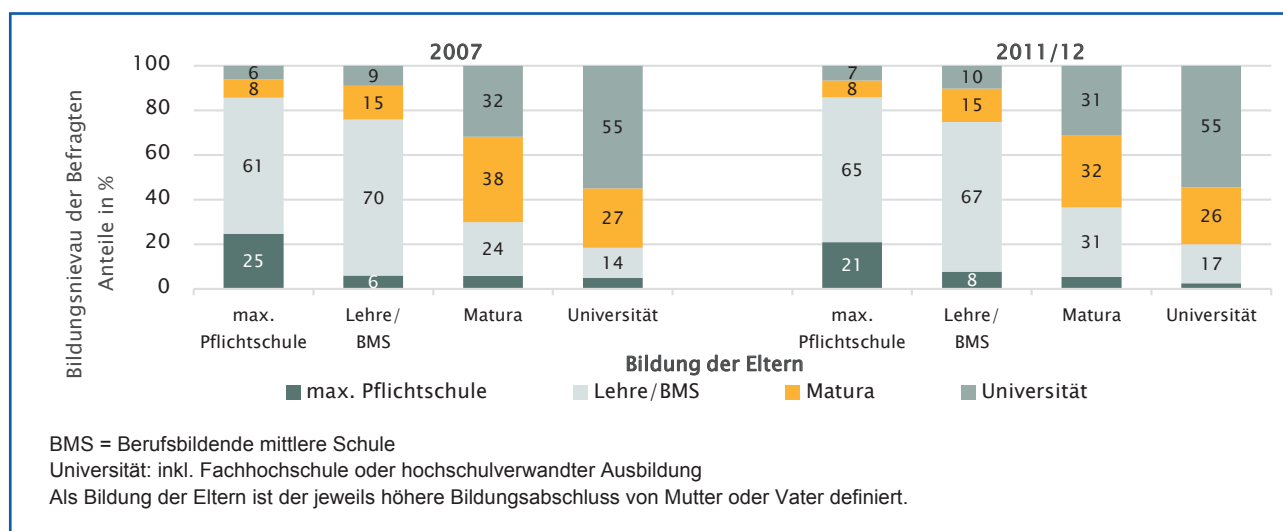
Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Frauen in Österreich, 2007 und 2011/2012



Quelle: AES 2007 und 2011/2012
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.5:

Bildungsmobilität der 25- bis 64-jährigen Männer in Österreich, 2007 und 2011/2012



Quelle: AES 2007 und 2011/2012
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die *Bildungsmobilität* wird im Rahmen der Erwachsenenbildungserhebung (Adult Education Survey / AES) ermittelt (Statistik Austria 2013a), die alle fünf Jahre durchgeführt wird, bisher zweimal stattfand (2007 und 2011/12) und 2016/2017 zum dritten Mal durchgeführt wird.

Die AES-Befragung stellt eine Personenerhebung der 25- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung (Kernpopulation) und der jungen Erwachsenen (18- bis 24-Jährige) dar und wird mittels Face-to-face-Interviews durchgeführt. Die letzte Erhebung in Österreich umfasste die Daten von 5.754 Personen.

5.2.3 Frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen

Auskunft über frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen liefert die Eurostat-Datenbank. Im Jahr 2014 verfügten 9 Prozent der 18- bis 24-jährigen WienerInnen über keinen weiterführenden

Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und stehen nicht in Ausbildung (BL-Bandbreite: 2014: 6–9 %¹¹). Dies betrifft 18- bis 24-jährige Wiener häufiger als gleichaltrige Wienerinnen (10 vs. 8 %). Für die Jahre 2005 bis 2014 ist kein eindeutiger Trend ersichtlich.

Definitionen und Daten

Als *frühzeitige Schul- oder AusbildungsabgängerInnen* zählen „18- bis 24-jährige Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]“. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt“ (Statistik Austria 2012). Der Anteil *frühzeitiger SchulabgängerInnen* ist ein Leitindikator der Strategie „Europa 2020“; bis zum Jahr 2020 soll dieser Anteil unter 10 Prozent sinken. Die Rate der frühzeitigen SchulabgängerInnen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt (Statistik Austria 2015b).

5.2.4 Schulklima

Das Schulklima repräsentiert eine wesentliche Zieldimension der schulischen Gesundheitsförderung. Es steht für die Qualität sozialer Beziehungen, die maßgeblich durch die Schulkultur geprägt sind (Bürgisser 2008).

Übersichtsarbeiten verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl das Gesundheitsverhalten (z. B. das Gewalt- und Suchtverhalten) als auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Selbstwertgefühl, Depressivität). Je besser das Schulklima ist, desto besser sind auch die Ergebnisse bei den untersuchten Endpunkten (Ramelow et al. 2013).

Wiens SchülerInnen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 71 von 100 Punkten (HBSC-Erhebung 2014; gewichtete Ergebnisse). Die Einschätzung des Schulklimas nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab (von 76 Punkten bei den 11-Jährigen auf 69 bzw. 68 Punkte bei den 13- bzw. 15-Jährigen). Das Schulklima hat sich zwischen 2010 und 2014 (in Wien wie in Österreich) für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen verbessert. Insgesamt stieg die Einschätzung des Schulklimas von 65 auf 71 Punkte.

Definitionen und Daten

Aussagen zum *Schulklima* werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2010 verglichen (Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt dabei auf den Schüler-Schüler- sowie Lehrer-Schüler-Beziehungen. Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Daten werden gewichtet, um – über die Jahre hinweg – eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur zu haben. Die Daten beziehen sich auf SchülerInnen der meisten Schultypen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS) und beruhen auf Selbstangaben.

5.3 Arbeit und Beschäftigung

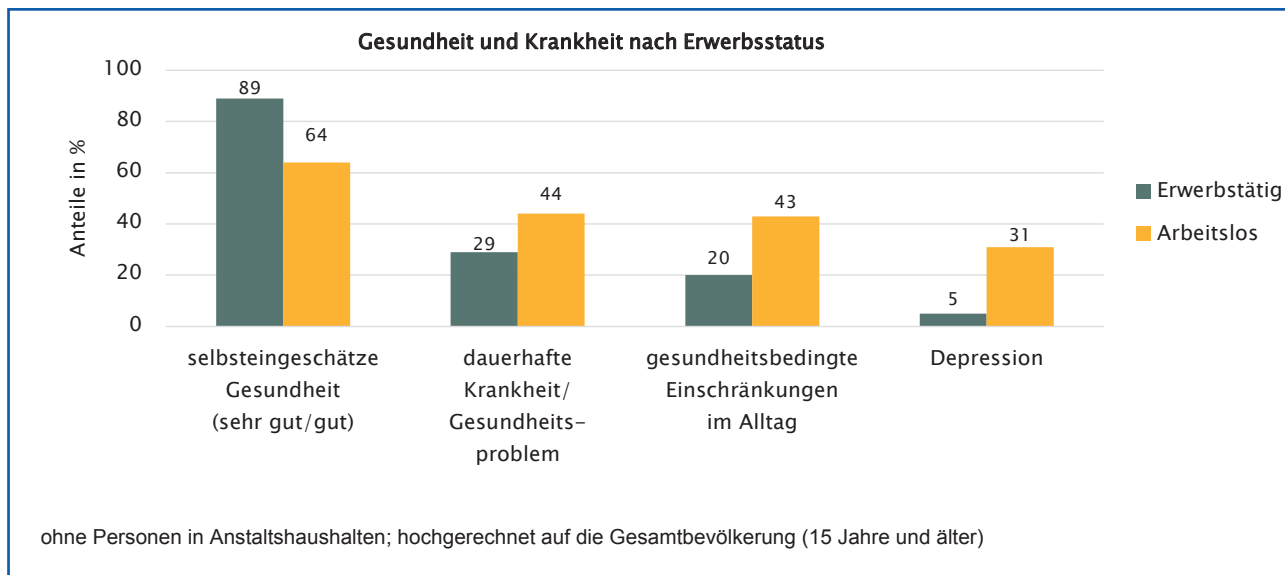
Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen und strukturiert den Tag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit eine wesentliche Determinante für die Gesundheit und das Wohlbefinden (Robert Koch Institut 2015). Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. Punkt 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Punkt 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. Punkt 5.3.4). Ebenfalls als Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollereder/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und der Dauer der Arbeitslosigkeit verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann

¹¹ Die vorliegende Bundesländerbandbreite ist nicht vollständig, da die Eurostat-Datenbank für zwei Bundesländer keine Angaben enthält.

(Robert Koch Institut 2015). Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein (mit Bezug auf Wien s. Abbildung 5.6): Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen einer höhere Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu sein (Robert Koch Institut 2015).

Abbildung 5.6:

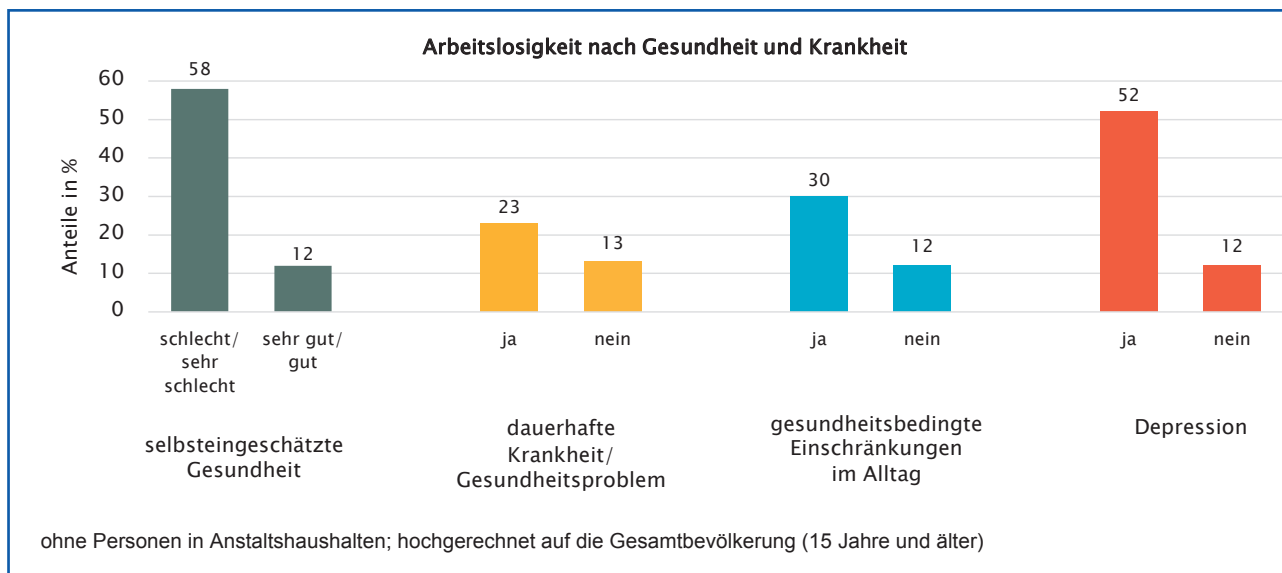
Gesundheits- und Krankheitsindikatoren nach Erwerbsstatus (erwerbstätig vs. arbeitslos), Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.7:

Arbeitslosigkeit nach Gesundheits- und Krankheitsindikatoren, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.3.1 Erwerbstätigkeit

5.3.1.1 Erwerbsstatus

Im Jahr 2014 lebten in Wien – laut Arbeitskräfteerhebung – rund 868.000 Erwerbspersonen, das entspricht einer Erwerbsquote von 72 Prozent (BL-Bandbreite: 72–78 %). Tatsächlich erwerbstätig waren im selben Jahr rund 779.000 Personen (davon sind 49 % weiblich und 51 % männlich), d. h. rund 65 Prozent (BL-Bandbreite: 65–75 %; s. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Wiener Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept), 2014

| Bevölkerung nach Erwerbsstatus (ILO-Konzept) in Wien 2014 | Gesamt | Männer | Frauen |
|--|-----------|---------|---------|
| Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre) | 1.204.200 | 591.400 | 612.800 |
| Erwerbspersonen im Alter von 15–64 Jahren (Erwerbstätige und Arbeitslose zusammen) | 868.200 | 449.200 | 419.000 |
| Erwerbsquote (Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung) in % | 72,1 % | 75,9 % | 68,4 % |
| Erwerbstätige Personen (15–64 Jahre) | 778.900 | 398.300 | 380.600 |
| Erwerbstätigenquote (Anteil der Erwerbstätigen an den 15- bis 64-Jährigen) in % | 64,7 % | 67,4 % | 62,1 % |
| Teilzeitbeschäftigte | 230.000 | 70.200 | 159.800 |
| Teilzeitquote in % | 29,0 % | 9,8 % | 45,8 % |
| Arbeitslose 15–64 Jahre (nach ILO) | 89.500 | 51.100 | 38.400 |
| Arbeitslosenquote (nach ILO) in % | 10,2 % | 11,2 % | 9,1 % |

hochgerechnet auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter; ILO = International Labour Organization

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014
Darstellung: GÖG

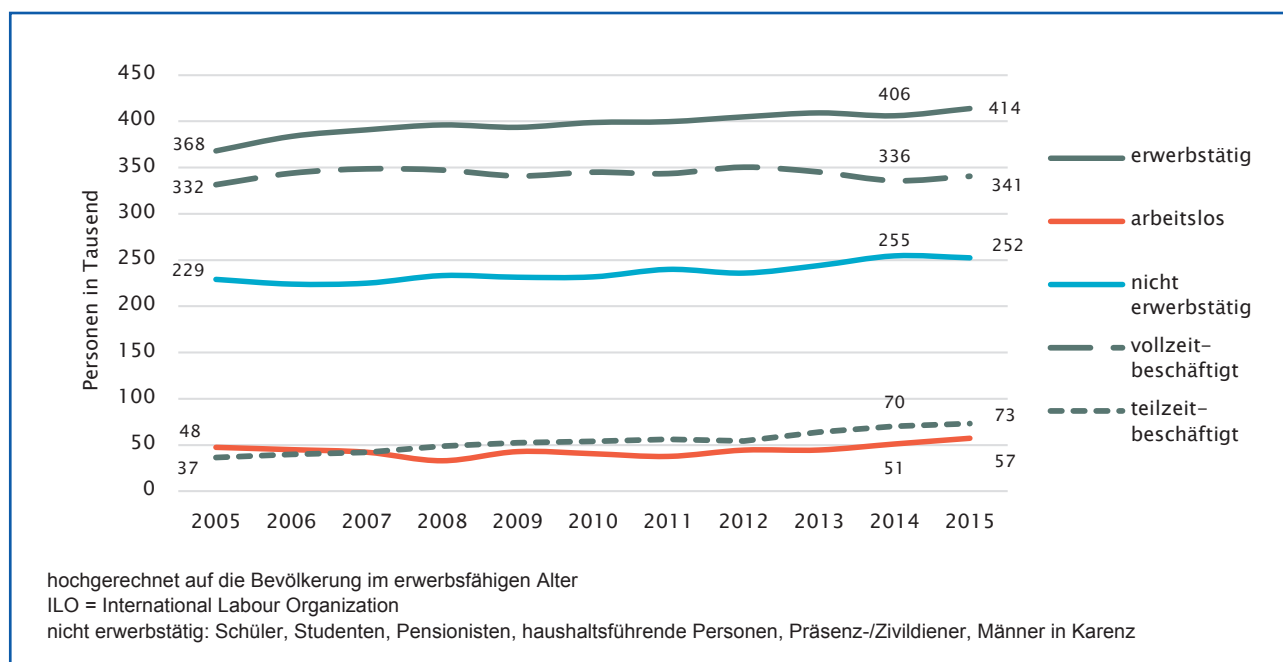
Die Entwicklung relevanter Erwerbsstatus-Indikatoren ist für Wiener in Abbildung 5.8 und für Wienerinnen in Abbildung 5.9 dargestellt.

Auffällig ist, dass

- ▶ die Anzahl der erwerbstätigen Frauen und Männer ähnlich gestiegen ist (14 bzw. 10 %);
- ▶ nach wie vor ein geringer Anteil der Männer (wie in ganz Österreich) teilzeitbeschäftigt ist (9 %, BL-Bandbreite: 7–17 %), die Anzahl allerdings zwischen 2005 und 2014 um rund 92 Prozent gestiegen ist;
- ▶ die Anzahl teilzeitbeschäftigter Frauen (wie in ganz Österreich) weiter gestiegen ist (um ca. 41 %) und die Teilzeitquote von Frauen im Jahr 2014 bei 46 Prozent (BL-Bandbreite: 41–52 %) liegt (s. dazu auch Punkt 5.3.1.2).

Abbildung 5.8:

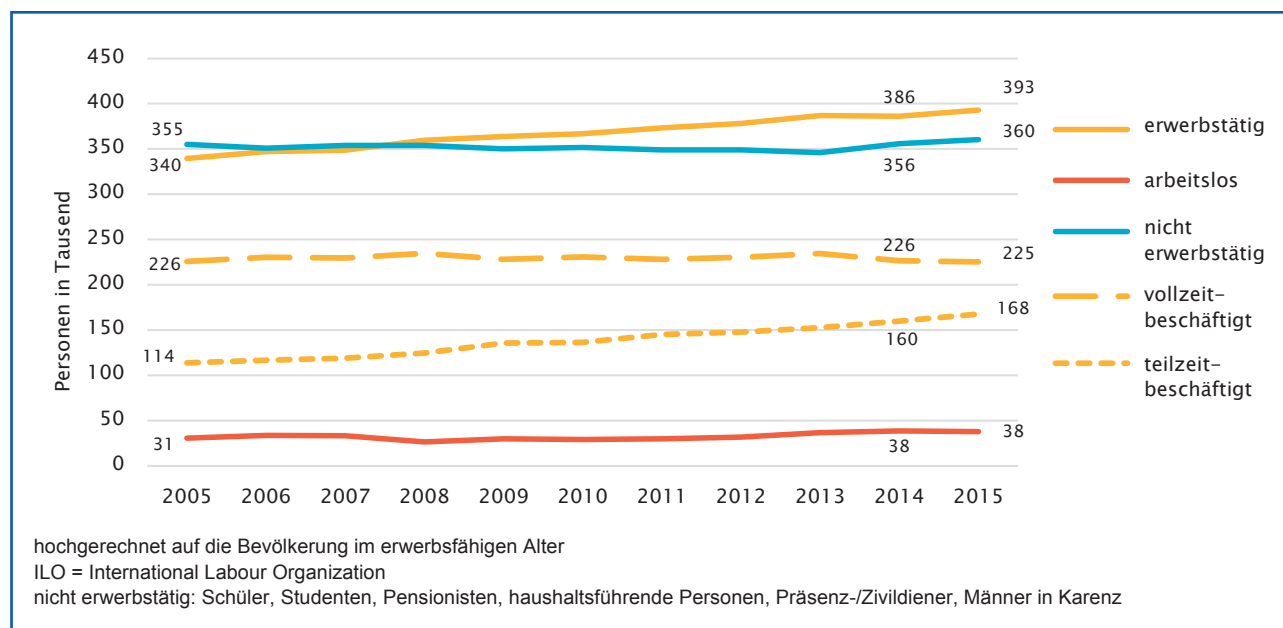
Kennzahlen zum Erwerbsstatus der Wiener Männer nach dem ILO-Konzept, 2005-2015



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2015
 Darstellung: GÖG

Abbildung 5.9:

Kennzahlen zum Erwerbsstatus der Wiener Frauen nach dem ILO-Konzept, 2005-2015



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005-2015
 Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Zahl der *Erwerbspersonen* ist die Summe der Erwerbstätigen und Arbeitslosen und bezeichnet also alle Personen, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben.

Die *Erwerbsquote* ist der Anteil der Erwerbspersonen an der Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe (in Privathaushalten, ohne Präsenz- und Zivildienstler).

Nach dem ILO-Konzept gelten Personen dann als *Erwerbstätige*, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbstständige, Selbstständige oder mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben.

Die *Erwerbstätigenquote* ist der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung im Alter von 15–64 Jahren (in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienstler).

Die *Teilzeitquote* beschreibt den Anteil der Personen, die bei der Arbeitskräfte-Erhebung eine Teilzeiterwerbstätigkeit angeben, an allen Erwerbstätigen.

Als *arbeitslos* gelten nach dem ILO-Konzept jene Personen zwischen 15 und 74 Jahren (in Österreich zw. 15 und 64), auf die folgende Kriterien zutreffen:

- ▶ sie sind nicht erwerbstätig im Sinne der ILO

UND

- ▶ sie könnten innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen und haben während der Referenzwoche und der drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht

ODER

- ▶ sie haben bereits eine Stelle gefunden und werden diese in maximal drei Monaten antreten.

Aussagen zur Erwerbstätigkeit werden auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen von Statistik Austria getroffen (Statistik Austria 2015b).

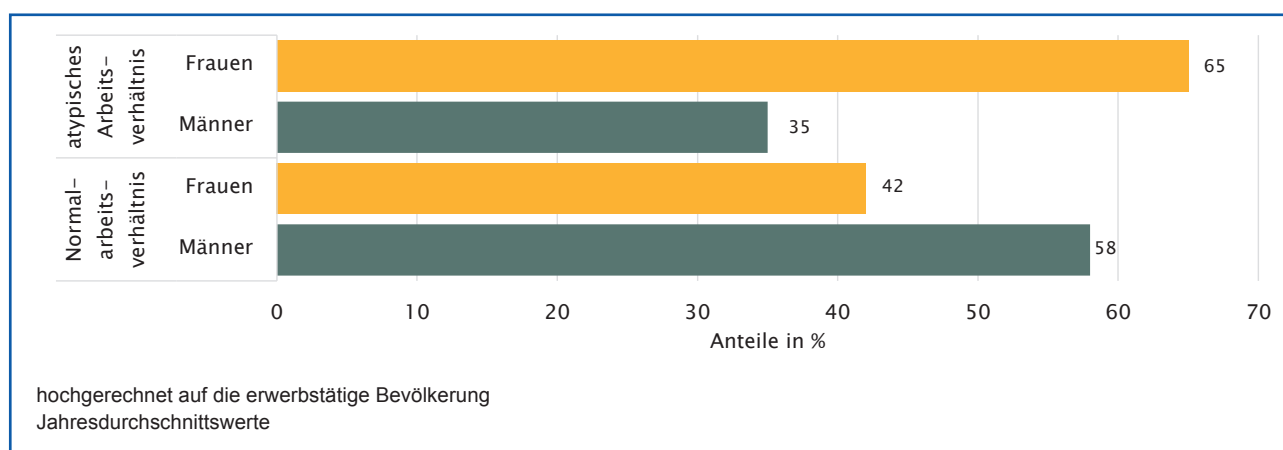
5.3.1.2 Atypische Beschäftigung

Zu atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigenden Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigendem Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse zu erhöhten Stressbelastungen bei. Nicht alle davon betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen über längere Zeit hindurch frei von Beschwerden zu überstehen (Eichmann/Saupe 2014, 36, 179).

Die Entwicklung atypischer Beschäftigungsverhältnisse ist ein österreich- bzw. europaweites Phänomen. Rund 36 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen haben im Jahr 2014 – laut Arbeitskräfteerhebung – ein dementsprechendes Beschäftigungsverhältnis (BL-Bandbreite: 28–36 %). Wie auch in ganz Österreich arbeiten vorwiegend Frauen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen; bei Wienerinnen liegt der Anteil bei 65 Prozent (s. Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10:

Atypische Beschäftigungsverhältnisse der Wiener Erwerbsbevölkerung nach Geschlecht, 2014



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Es zeigt sich, dass in Österreich erwerbstätige Personen mit Migrationshintergrund häufiger atypisch beschäftigt sind als Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund (38 vs. 32 %). Darüber hinaus sind Erwerbspersonen mit geringer (maximal Pflichtschulabschluss) sowie mit höherer Bildung (Matura und höher) häufiger von einem atypischen Beschäftigungsverhältnis betroffen als Erwerbstätige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (36 bzw. 37 % vs. 30 %) (Statistik Austria 2015b).

Definitionen und Daten

Atypische Beschäftigte: Unselbständig Erwerbstätige, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 2 Stunden/Woche) als atypisch beschäftigt gelten, und Vollzeit- oder Teilzeiterwerbstätige, auf die zumindest eine atypische Beschäftigungsform (Leiharbeit, Befristung, geringfügige Beschäftigung, freier Dienstvertrag) zutrifft. Die Anzahl der atypisch Beschäftigten wird von Statistik Austria jährlich im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung erhoben (Statistik Austria 2015b).

5.3.1.3 Arbeitslosigkeit

In ganz Österreich ist die Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit gestiegen. Im Jahr 2014 lag die Arbeitslosigkeit in Wien – laut AMS-Statistik – bei 11,6 Prozent¹² (BL-Bandbreite: 5,7–11,6 %). Insgesamt waren 104.400 Menschen arbeitslos (rund 61.700 Männer und 42.700 Frauen). Die Arbeitslosenquote (ALQ) von Männern liegt bei 13,2 Prozent (BL-Bandbreite: 5,9–13,2 %), jene von Frauen bei 9,8 Prozent (BL-Bandbreite: 5,1–9,9 %).

Die Arbeitslosigkeit ist in Wien wie auch österreichweit zwischen 2008 und 2014 deutlich gestiegen (von 7,8 auf 11,6 %). Das bedeutet ein Mehr an Arbeitslosen von rund 26.700 Personen.

Von Arbeitslosigkeit sind verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark betroffen. Besonders häufig sind BerufseinsteigerInnen und ältere ArbeitnehmerInnen ohne Job. Für die unter 25-Jährigen liegt die Arbeitslosenquote bei 13,6 Prozent (bei Männern etwas höher als bei Frauen) und für ab 50-Jährige bei 11,8 Prozent (wiederum bei Männern höher als bei Frauen).

Arbeitslosigkeit nach Bildung und Migrationshintergrund

Die ALQ von Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt in Wien bei 16,3 Prozent; für die über 50-Jährigen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt sie sogar bei 18,5 Prozent. Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen Anstieg

¹² Das ist etwas höher als gemäß der internationalen Berechnungsmethode nach dem ILO-Konzept, nach der die Quote im Jahr 2014 bei 10,2 % lag (s. Punkt 5.3.1.1).

von 7,3 auf 10,0 Prozent (2008–2014; +2,7 %), bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft von 10,5 auf 16,3 Prozent (+5,8 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind (ALQ = 35,6 %) als Personen mit weiterführender Bildung (Lehr- bzw. BMS-Abschluss: 9,5 %, Matura oder höher: 4,5 %).

Langzeitbeschäftigungslosigkeit

In Österreich ist seit 2008 eine steigende Anzahl von Personen von Langzeitbeschäftigungslosigkeit betroffen. In Wien sind von den arbeitslos gemeldeten Personen rund 33 Prozent (das sind 34.090) mehr als 365 Tage arbeitslos (= langzeitbeschäftigungslos) (BL-Bandbreite: 12–33 %). Die Anzahl der Langzeitbeschäftigungslosen ist in Wien zwischen 2008 und 2014 um mehr als das Doppelte gestiegen (von 21 auf 33 %).

Definitionen und Daten

Arbeitslose: Zum Monatsende bei den regionalen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice (AMS) zum Zwecke der Arbeitsvermittlung registrierte Personen, die nicht in Beschäftigung oder Ausbildung (Schulung) stehen. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort der Arbeitslosen. Als Jahreswert wird der Durchschnitt der 12 Monatsendbestände ausgewiesen.

Arbeitslosenquote (ALQ, nationale Definition): Prozentanteil der Arbeitslosen am Arbeitskräftepotenzial.

Langzeitbeschäftigungslose sind Personen, die zum Stichtag eine AMS-Geschäftsfall-Dauer von mehr als 365 Tagen haben. Als Geschäftsfall-Dauer werden die Dauern einzelner Vormerkepisoden (Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße, arbeitslos, lehrstellensuchend, in Schulung, BezieherIn eines Fachkräftestipendiums, Schulung, Reha mit Umschulungsgeld) addiert.

Als Quelle wurden die Arbeitslosenstatistiken des AMS herangezogen. Datenabfragen wurden über die Tools *AMS online* und *BALI* gemacht. Ergänzend wurden die Arbeitsmarktprofil-Berichte des AMS für Auswertungen herangezogen.

Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

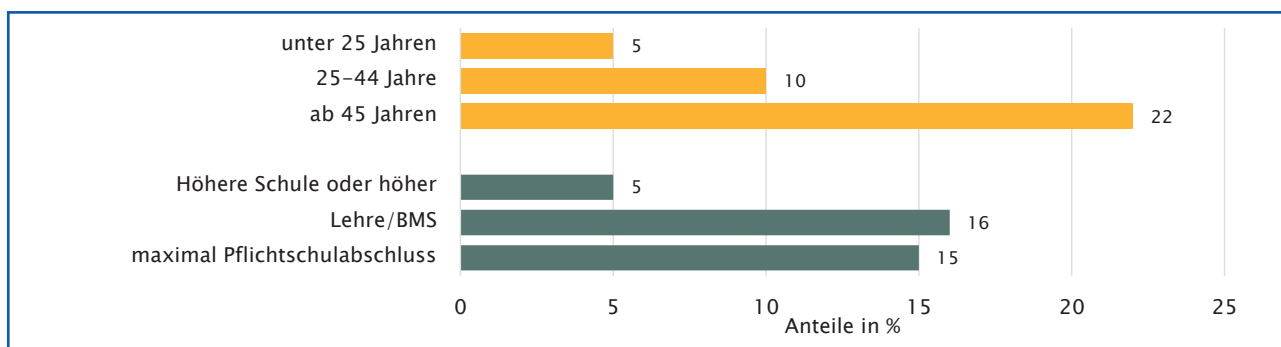
Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gehören zu jener Bevölkerungsgruppe, die am Arbeitsmarkt erschwerten Bedingungen ausgesetzt ist. Unter den arbeitslosen Personen gab es im Jahr 2014 in Wien – laut AMS-Statistik – 14.200 Personen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (62 % davon Männer). Sie machen 14 Prozent aller Arbeitslosen aus (BL-Bandbreite: 14–25 %).

Der Anteil der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (an allen Arbeitslosen) steigt – in Wien wie in Österreich – mit zunehmendem Alter (s. Abbildung 5.11).

Ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang besteht auch mit der formalen Bildung. So haben rund 15 Prozent der arbeitssuchenden Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss, hingegen aber „nur“ 5 Prozent der Arbeitslosen mit einer höheren Ausbildung gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (s. Abbildung 5.11).

Abbildung 5.11:

Anteil Arbeitsuchende mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitsuchenden nach Altersgruppen und Bildung, Wien 2014

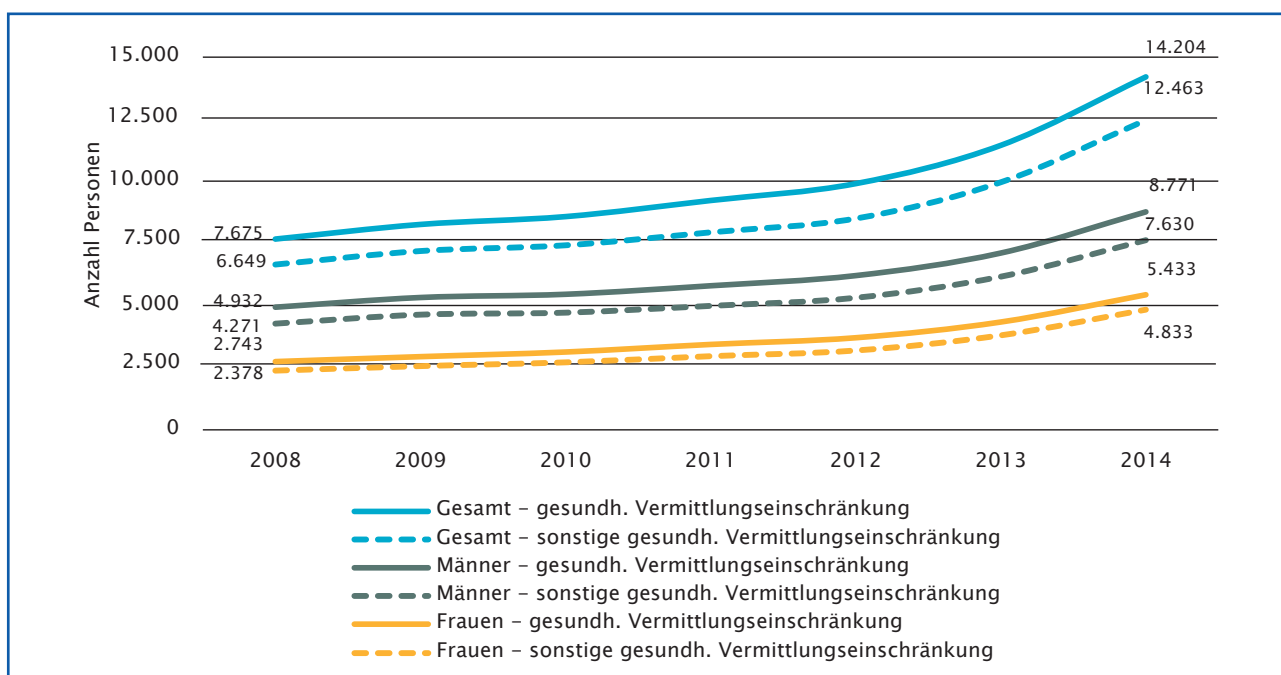


Quelle: AMS Sonderauswertung – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)
Berechnung und Darstellung: GÖG

Von 2008 bis 2014 ist die Anzahl arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen – wie in Österreich insgesamt – deutlich gestiegen (um 85 % von 7.680 auf 14.200 Personen; s. Abbildung 5.12). Relativ zur Anzahl der Arbeitslosen ergibt dies einen Zuwachs um 4 Prozentpunkte.¹³ 12 Prozent der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind Menschen mit Behinderungen, also begünstigt nach Behinderteneinstellungsgesetz u./o. OFG, nach Landesbehindertengesetzen, oder sind Personen mit einem Behindertenpass.

Abbildung 5.12:

WienerInnen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung nach Geschlecht, 2008–2014



Quelle: AMS Online – Arbeitslose nach Personenmerkmalen (AL590)
Berechnung und Darstellung: GÖG

¹³ Im Jahr 2008 lag der Anteil bei 10 Prozent.

Definitionen und Daten

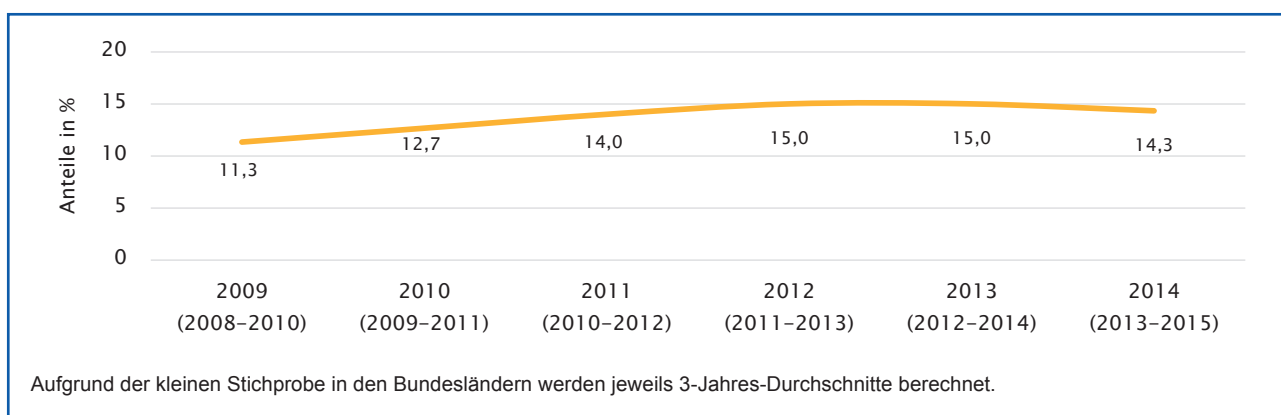
Als *gesundheitliche Vermittlungseinschränkung* gilt das Vorliegen einer festgestellten Behinderung oder einer sonstigen gesundheitlichen (ärztlich attestierten physischen, psychischen oder geistigen) Vermittlungseinschränkung. Quelle sind die Arbeitslosenstatistiken des AMS. Datenabfragen wurden über die Abfrage-Tools AMS online und BALI gemacht.

Personen in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität

Ist in einem Haushalt niemand erwerbstätig oder schöpft der Haushalt insgesamt maximal 20 Prozent seines Erwerbspotenzials – berechnet auf Grundlage aller 18- bis 59-jährigen Personen im Haushalt (ohne Studierende) – aus, wird eine benachteiligte Lebenssituation angenommen. Insgesamt lebten in Wien im Jahr 2014 (Durchschnitt der Jahre 2013–2015) – laut EU-SILC – rund 14 Prozent der Personen unter 60 Jahren in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität (BL-Bandbreite: 5–14 %). Das sind rund 198.000 Personen. Seit 2009 ist der Anteil der in Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr niedriger Erwerbsintensität lebenden WienerInnen um 3 Prozentpunkte gestiegen (s. Abbildung 5.13), ein Trend, der auch für Gesamtösterreich gilt.

Abbildung 5.13:

Personen in Wiener Haushalten ohne Erwerb oder mit sehr geringer Erwerbsintensität, 2009–2014



Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2008–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Ohne Erwerb oder sehr niedrige Erwerbsintensität: Personen bis 59 Jahre, die in einem Haushalt leben, in dem Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ausgenommen Studierende) im Laufe eines Jahres insgesamt weniger als 20 Prozent der maximal möglichen Erwerbsmonate ausschöpfen.

Erwerbsintensität: Weist den Anteil der Erwerbsmonate aller Personen zwischen 18 und 59 Jahren (ohne Studierende) an der maximal möglichen Erwerbszeit im Haushalt im Referenzjahr aus. Pro Person wird bei Vollzeitwerbstätigkeit (unabhängig von den pro Monat tatsächlich geleisteten Stunden) eine volle Erwerbsbeteiligung angenommen. Bei Teilzeiterwerbstätigkeit wird die aktuell geleistete Stundenzahl durch 35 dividiert und anteilmäßig eingerechnet.

Die Ergebnisse stammen aus der EU-SILC-Befragung (Statistics on Income and Living Conditions), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt wird. Aufgrund der kleinen Stichproben in den Bundesländern werden jeweils 3-Jahres-Durchschnitte berechnet (Statistik Austria 2015c).

5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

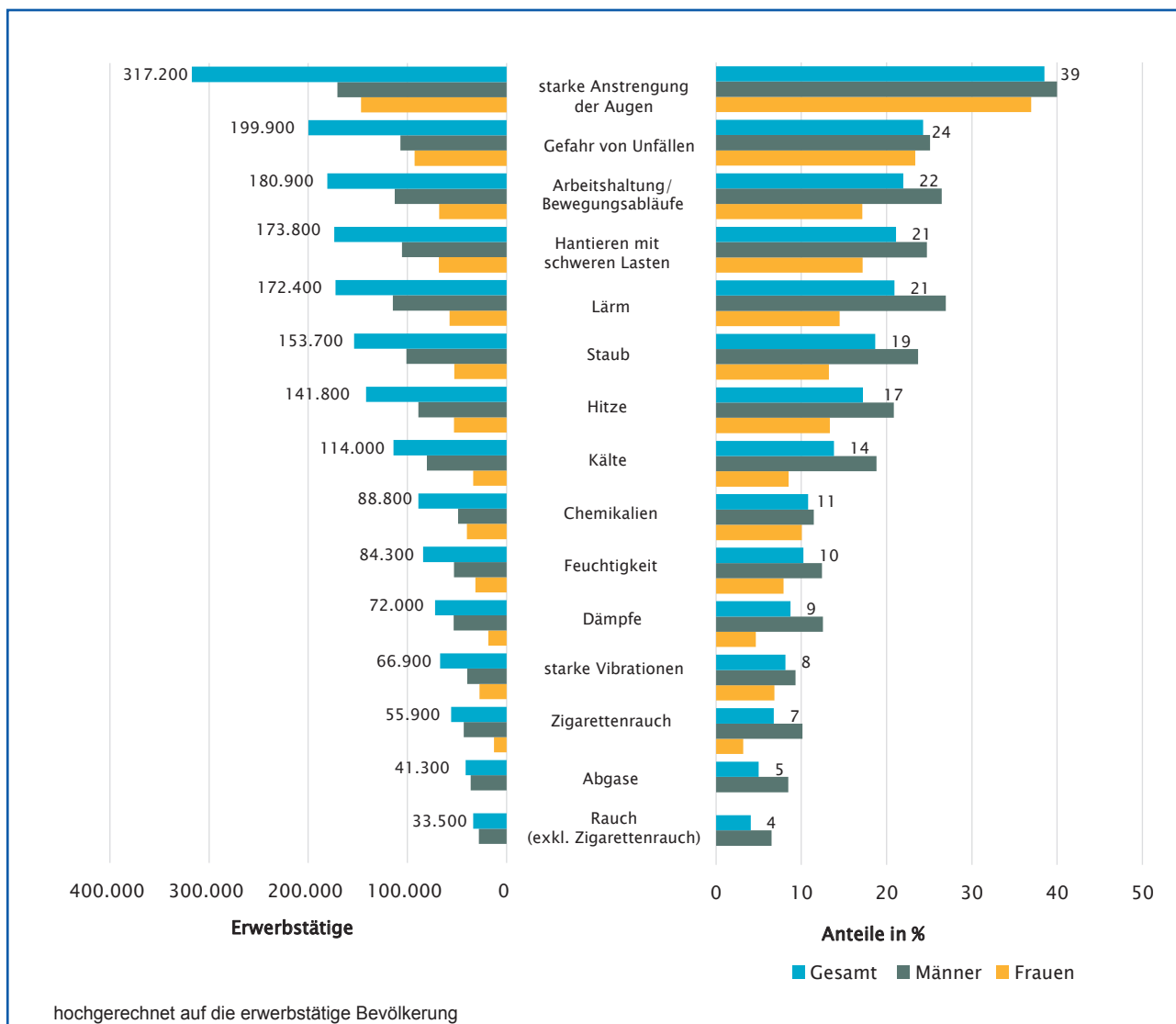
Laut Arbeitskräfteerhebung waren im Jahr 2013 71 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer körperlichen Belastung ausgesetzt (BL-Bandbreite: 66–78 %). Dies trifft auf Männer häufiger zu als auf Frauen (75 vs. 67 %).

Die von Männern und Frauen am häufigsten erlebten Belastungen sind eine starke Anstrengung der Augen, schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe und das Hantieren mit schweren Lasten,

gefolgt von Lärm, Gefahr von Unfällen, Staub und Hitze. In all diesen Bereichen sind Männer häufiger betroffen (s. Abbildung 5.14)

Abbildung 5.14:

Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, erwerbstätige WienerInnen 2013



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2013, Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Anzahl betroffener Personen (in Wien wie in ganz Österreich) gestiegen. Die Wiener Erwerbsbevölkerung hat diesbezüglich einen Anstieg um 69 Prozent zu verzeichnen (von 347.000 auf 586.000 Personen).

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit sind Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund sowie mit geringer formaler Bildung häufiger körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (74 vs. 71 %) und einem hohen Bildungsabschluss (75 vs. 67 %; Statistik Austria 2014a).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz wird auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009; Statistik Austria 2014a). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

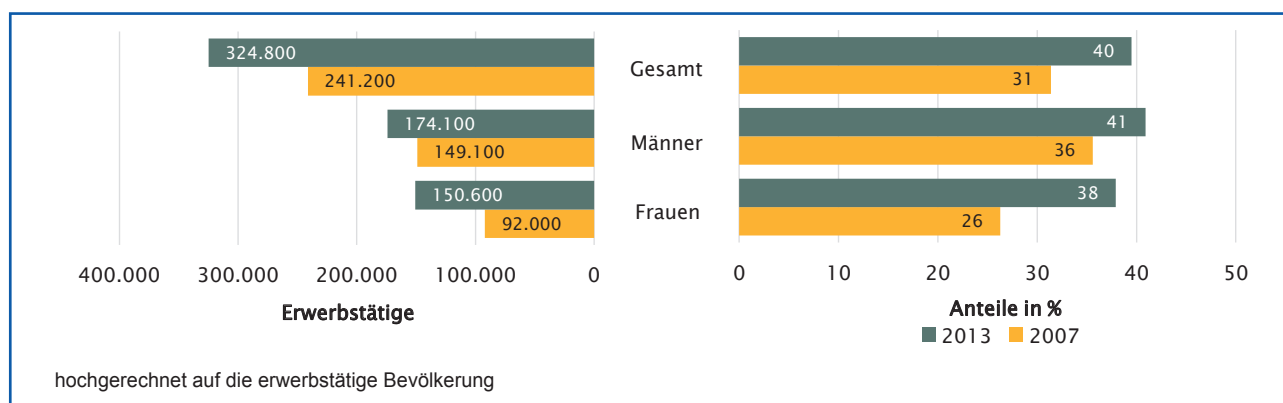
5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind Belastungen, die Stress verursachen und damit gesundheitliche Auswirkungen haben. Sie werden zumeist als von außen kommend wahrgenommen, während das Stresserleben subjektiv ist und zu unterschiedlichen Stressreaktionen führen kann. Ob und in welchem Ausmaß gesundheitliche Beeinträchtigungen eintreten, hängt von unterschiedlichsten – arbeitsbedingten und nicht arbeitsbedingten – Faktoren ab. Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gehören zu den zentralen erwerbsbezogenen Stressquellen und sind damit Haupteinflussfaktoren für die psychische Gesundheit (Eichmann/Saupe 2014).

Im Jahr 2013 waren rund 40 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (BL-Bandbreite: 33–42 %). Zwischen 2007 und 2013 ist dieser psychische Belastungsfaktor – in Wien wie in Österreich insgesamt – angestiegen: bei der Wiener Bevölkerung um 9 Prozentpunkte (s. Abbildung 5.15).

Abbildung 5.15:

Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz, erwerbstätige WienerInnen 2007 und 2013



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013
Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme
Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Jahr 2013 zeigte sich kein nennenswerter Geschlechterunterschied bei starkem Zeitdruck und Arbeitsüberlastung: Diesem Phänomen sind sowohl mehr als jede dritte erwerbstätige Frau als auch mehr als jeder dritte erwerbstätige Mann ausgesetzt. Dies ist insofern interessant, als es im Jahr 2007 noch einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern gab. Damals waren 26 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (s. Abbildung 5.15).

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit sind Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund sowie mit einer hohen formalen Bildung häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen als Erwerbstätige mit Migrationshintergrund (39 vs. 34 %) und geringer formaler Bildung (42 vs. 30 %; Statistik Austria 2014a).

Definitionen und Daten

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung werden auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009; Statistik Austria 2014a). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

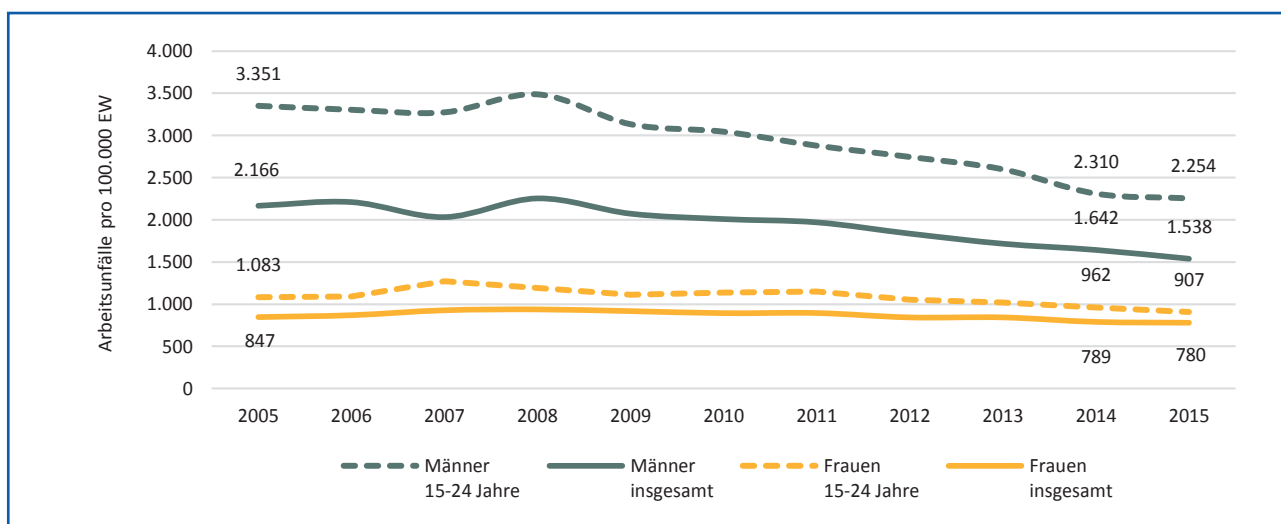
5.3.4 Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle zählen zu jenen gesundheitsrelevanten Risiken, die generell rückläufig sind. Im Jahr 2014 hatten erwerbstätige WienerInnen rund 15.000 Arbeitsunfälle. Das entspricht einer Quote von 1.216 Fällen pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (BL-Bandbreite: 1.145–2.448 Fälle pro 100.000). Knapp drei Viertel dieser Arbeitsunfälle betreffen Männer. Die Rate ist folglich bei Männern zweimal so hoch wie bei Frauen (1.600 vs. 790 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Acht dieser Arbeitsunfälle endeten tödlich.

Im Zeitraum 2005–2014 ist bei den Arbeitsunfällen ein Rückgang von 13 Prozent (das sind rund 2.300 Unfälle weniger) zu beobachten. Dieser ist fast ausschließlich auf Entwicklungen in der männlichen Erwerbsbevölkerung zurückzuführen. Im Jahr 2015 setzte sich dieser Trend fort (s. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:

Arbeitsunfälle insgesamt und für die 15- bis 24-jährige Bevölkerung nach Geschlecht, erwerbstätige WienerInnen 2005–2014



Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko weniger wurden und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben. Arbeitsintensive und gefährliche Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem sind möglicherweise langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit)verantwortlich (Thomas 2015, 52f).

Wie in ganz Österreich ist die Arbeitsunfallrate bei jungen erwerbstätigen Personen überdurchschnittlich hoch. Im Jahr 2014 wurden rund 3.500 Arbeitsunfälle bei 15- bis 24-Jährigen registriert. Das sind rund 23 Prozent aller Arbeitsunfälle in Wien und entspricht einer Rate von etwa 1.600 Fällen pro 100.000 EW in diesem Alter. Mit zunehmendem Alter sinkt das Risiko eines Arbeitsunfalles (Thomas 2015, 52f).

Definitionen und Daten

Die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) führt die Statistik zu *Arbeitsunfällen* und Berufskrankheiten. Erfasst sind Daten über die Anzahl von Arbeitsunfällen, Wegunfällen und anerkannten Berufskrankheiten (Fälle und Todesfälle) nach Altersgruppen, Geschlecht, Bezirk (Betriebs- und Wohnort) und nach Wirtschaftsklassen.

5.3.5 Work-Life-Balance

Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellt eine zentrale Gesundheitsdeterminante dar. Ihr Einfluss wurde in zahlreichen Studien dokumentiert. Sie belegen, dass eine mittel- bis langfristig bestehende Unvereinbarkeit sowohl mit Einschränkungen in der selbsteingeschätzten Gesundheit, einer verminderten Lebenszufriedenheit und einer größeren Beschwerden- und Erkrankungslast einhergeht als auch zu einer verminderten Arbeitszufriedenheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie vermehrt zu Burnout und beruflichen Veränderungsabsichten führt (Allen et al. 2000; Amstad et al. 2011). Mehrheitlich ist dies durch zeit- bzw. beanspruchungsbasierte Konflikte bedingt. Sie definieren den Prototyp einer aus den Fugen geratenen Work-Life-Balance und zeigen sich durch die Lage, das Ausmaß sowie durch die Gestaltungsmöglichkeit der Arbeitszeit beeinflusst (Eichmann/Saupe 2014).

Durch die Zunahme von Doppelverdiener- und Alleinerzieherhaushalten, eine zunehmende „Entgrenzung“ der Arbeit sowie durch merklich gestiegene Leistungs-, Qualitäts- und Selbstverwirklichungsansprüche haben Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben gesamtgesellschaftlich in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen.

Auf Indikatorebene wird im Wiener Gesundheitsbericht der Fokus auf geleistete Überstunden gelegt.

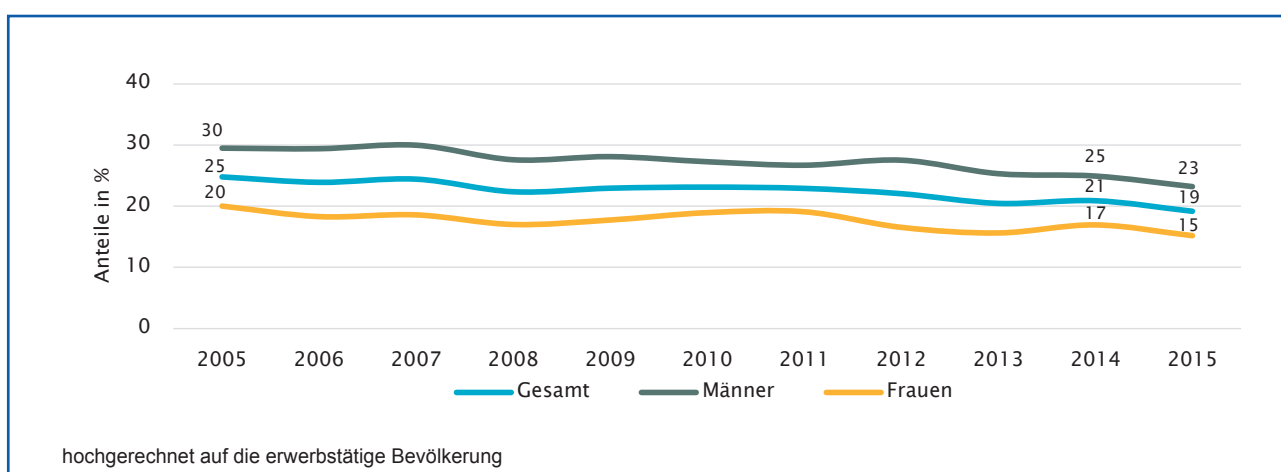
Geleistete Überstunden (inklusive Mehrstunden)

Im Jahr 2014 leisteten – laut Arbeitskräfteerhebung – rund 21 Prozent der unselbständig erwerbstätigen WienerInnen (BL-Bandbreite: 17–22 %) Überstunden (inkl. Mehrstunden). Der höhere Anteil an Personen, die Überstunden leisten, liegt mit 25 Prozent bei Männern (87.200 Personen). Der Anteil von Frauen liegt bei 17 Prozent (rund 60.400 Personen).

Zwischen 2005 und 2014 ist die Anzahl der Überstunden leistenden WienerInnen deutlich zurückgegangen, nämlich um 5 Prozentpunkte bei Männern und um 3 Prozentpunkte bei Frauen (s. Abbildung 5.17).

Abbildung 5.17:

Überstunden bzw. Mehrstunden unselbständig erwerbstätiger WienerInnen, 2005–2015



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2005–2015
Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit leisten unselbstständige Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund häufiger Überstunden als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 vs. 15 %). Darüber hinaus werden Überstunden häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (25 vs. 9 %).

Definitionen und Daten

Überstunden einschließlich Mehrstunden sind zusätzlich zur kollektivvertraglich oder betrieblich vereinbarten Normalarbeitszeit geleistete Arbeitsstunden, die nicht durch Zeitausgleich zu einem anderen Zeitpunkt abgegolten werden. Dabei ist nicht entscheidend, ob sie bezahlt werden oder nicht. Von Überstunden wird gesprochen, wenn über das Vollzeitwerbstätigkeitsausmaß hinausgehend zusätzliche Stunden geleistet werden. Mehrstunden sind zusätzliche Stunden von Teilzeitbeschäftigten bis zum Ausmaß der Vollzeitwerbstätigkeit. Über- und Mehrstunden werden nur bei unselbstständig Erwerbstätigen erhoben. Sie beziehen sich auf eine Referenzwoche und beruhen auf den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2005 bis 2015 von Statistik Austria.

5.3.6 Arbeiten trotz gesundheitlicher Probleme

Im Jahr 2014 gingen – laut ATHIS – rund 56 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen in den letzten 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (BL-Bandbreite: 50–56 %); das sind rund 412.000 Personen. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern ist dabei nicht ersichtlich.

Bei 15- bis 29-jährigen Männern und Frauen (65 bzw. 61 %) trifft die Aussage häufiger zu als bei 30- bis 59-jährigen Männern und Frauen (54 bzw. 56 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen als Wienerinnen mit Migrationshintergrund (60 vs. 53 %). Im Zusammenhang mit der Bildung ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt: Erwerbstätige Männer mit maximal einem Pflichtschulabschluss gehen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit als Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (79 vs. 51 %). Ein Zusammenhang mit dem Einkommen findet sich nicht.

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Ergebnisse beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

Sozialkapital

Das Sozialkapital (auch als soziale Kohäsion oder – wie in den Rahmen-Gesundheitszielen – als sozialer Zusammenhalt bezeichnet) stellt einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gesundheit dar (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007) und kann in drei Ebenen unterteilt werden:

- ▶ Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- ▶ Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- ▶ Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt zeigt sich sowohl auf der individuellen als auch der gesellschaftlichen Ebene. Internationale Studien fanden z. B. Zusammen-

Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss) und stehen nicht in Ausbildung (BL-Bandbreite: 2014: 6–9 %¹¹). Dies betrifft 18- bis 24-jährige Wiener häufiger als gleichaltrige Wienerinnen (10 vs. 8 %). Für die Jahre 2005 bis 2014 ist kein eindeutiger Trend ersichtlich.

Definitionen und Daten

Als *frühzeitige Schul- oder AusbildungsabgängerInnen* zählen „18- bis 24-jährige Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal einen Haupt- oder Mittelschulabschluss), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]“. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt“ (Statistik Austria 2012). Der Anteil *frühzeitiger SchulabgängerInnen* ist ein Leitindikator der Strategie „Europa 2020“; bis zum Jahr 2020 soll dieser Anteil unter 10 Prozent sinken. Die Rate der frühzeitigen SchulabgängerInnen wird jährlich auf Basis der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung ermittelt (Statistik Austria 2015b).

5.2.4 Schulklima

Das Schulklima repräsentiert eine wesentliche Zieldimension der schulischen Gesundheitsförderung. Es steht für die Qualität sozialer Beziehungen, die maßgeblich durch die Schulkultur geprägt sind (Bürgisser 2008).

Übersichtsarbeiten verdeutlichen, dass das Schulklima sowohl das Gesundheitsverhalten (z. B. das Gewalt- und Suchtverhalten) als auch die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Selbstwertgefühl, Depressivität). Je besser das Schulklima ist, desto besser sind auch die Ergebnisse bei den untersuchten Endpunkten (Ramelow et al. 2013).

Wiens SchülerInnen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) bewerten das Schulklima an ihren Schulen mit rund 71 von 100 Punkten (HBSC-Erhebung 2014; gewichtete Ergebnisse). Die Einschätzung des Schulklimas nimmt zwischen der 5. und 7. Schulstufe deutlich ab (von 76 Punkten bei den 11-Jährigen auf 69 bzw. 68 Punkte bei den 13- bzw. 15-Jährigen). Das Schulklima hat sich zwischen 2010 und 2014 (in Wien wie in Österreich) für beide Geschlechter sowie für alle Altersgruppen verbessert. Insgesamt stieg die Einschätzung des Schulklimas von 65 auf 71 Punkte.

Definitionen und Daten

Aussagen zum *Schulklima* werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2010 verglichen (Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Der Fokus liegt dabei auf den Schüler-Schüler- sowie Lehrer-Schüler-Beziehungen. Die Daten werden in einem Index zusammengefasst, der in seinen Ausprägungen auf 0 (schlechtestmögliche Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) normiert ist. Die Daten werden gewichtet, um – über die Jahre hinweg – eine vergleichbare Alters- und Geschlechtsstruktur zu haben. Die Daten beziehen sich auf SchülerInnen der meisten Schultypen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS) und beruhen auf Selbstangaben.

5.3 Arbeit und Beschäftigung

Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen und strukturiert den Tag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit eine wesentliche Determinante für die Gesundheit und das Wohlbefinden (Robert Koch Institut 2015). Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. Punkt 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Punkt 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. Punkt 5.3.4). Ebenfalls als Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollereder/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und der Dauer der Arbeitslosigkeit verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann

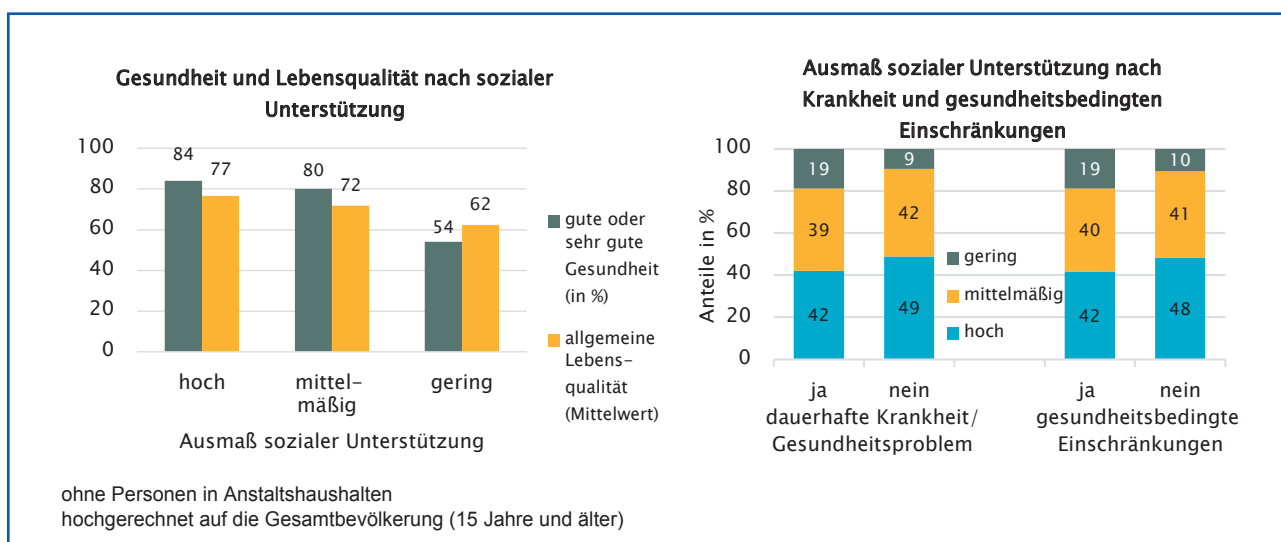
¹¹ Die vorliegende Bundesländerbandbreite ist nicht vollständig, da die Eurostat-Datenbank für zwei Bundesländer keine Angaben enthält.

hänge zwischen sozialem Kapital und Mortalität, Suiziden und der selbsteingeschätzten Gesundheit (Siegrist et al. 2009).

Von den WienerInnen und Wienern wird die eigene Gesundheit mit zunehmendem Sozialkapital öfter als sehr gut oder gut und die Lebensqualität durchschnittlich höher eingeschätzt. Zudem verfügen WienerInnen, die an chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen leiden und/oder aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt sind, über ein geringeres Ausmaß sozialer Unterstützung (s. Abbildung 5.18).

Abbildung 5.18:

Soziale Unterstützung und Gesundheit – Krankheit und soziale Unterstützung, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Ausmaß sozialer Unterstützung

Im vorliegenden Bericht wird das Sozialkapital anhand des „Ausmaßes sozialer Unterstützung“ abgebildet, die bei psychosozialen Belastungen oder im Falle von Hilfsbedürftigkeit in Anspruch genommen werden kann. Knapp die Hälfte der WienerInnen (46 %) verfügt – laut ATHIS 2014 – über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 46–61 %), Männer und Frauen in etwa gleich häufig. 13 Prozent schätzen das Ausmaß sozialer Unterstützung eher gering ein (BL-Bandbreite: 6–13 %).

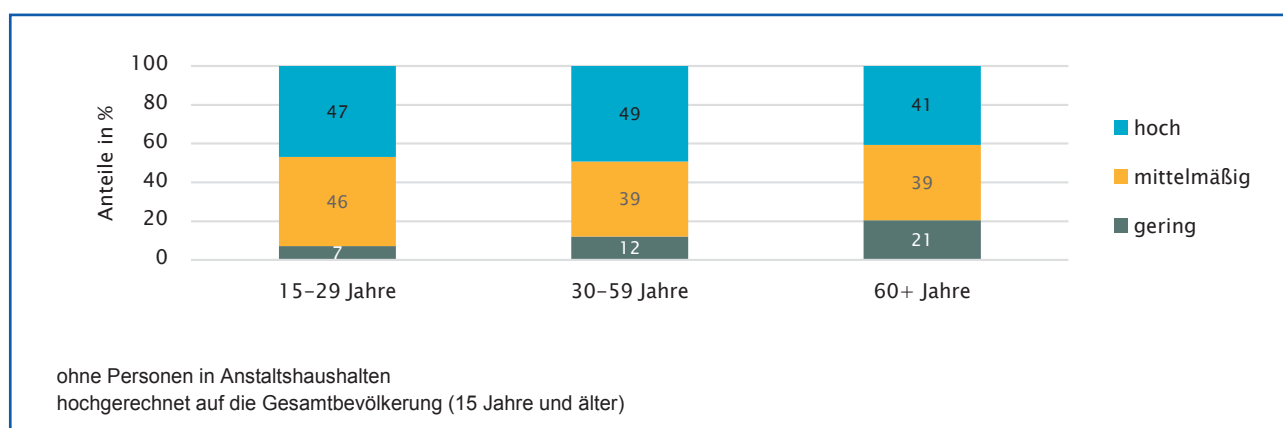
Das Ausmaß sozialer Unterstützung nimmt ab 60 Jahren deutlich ab: Nur noch 41 Prozent der ab 60-jährigen WienerInnen verfügen über ein hohes Unterstützungsausmaß, während dies für 47–49 Prozent der 15- bis 59-Jährigen gilt. Umgekehrt sind 21 Prozent der ab 60-Jährigen mit einem geringen Ausmaß sozialer Unterstützung konfrontiert, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen „nur“ 7 Prozent sind (s. Abbildung 5.19).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Bildung und Einkommen beeinflussen die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben sowie zu erhalten. WienerInnen mit hoher Bildung (Matura und höher; 30 Jahre und älter) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß an Unterstützung als Menschen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (53 vs. 33 %). Dies gilt insbesondere für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung (s. Abbildung 5.20). WienerInnen des obersten Einkommensquintils (30 Jahre und älter) erhalten häufiger ein hohes Ausmaß an Unterstützung als WienerInnen des untersten Quintils (56 vs. 39 %; s. Abbildung 5.20), ein Zusammenhang, der (ebenso wie der beobachtete Bildungsunterschied) nicht nur in Wien, sondern auch in Gesamtösterreich gilt.

Abbildung 5.19:

Ausmaß sozialer Unterstützung nach Altersgruppen, Wien 2014

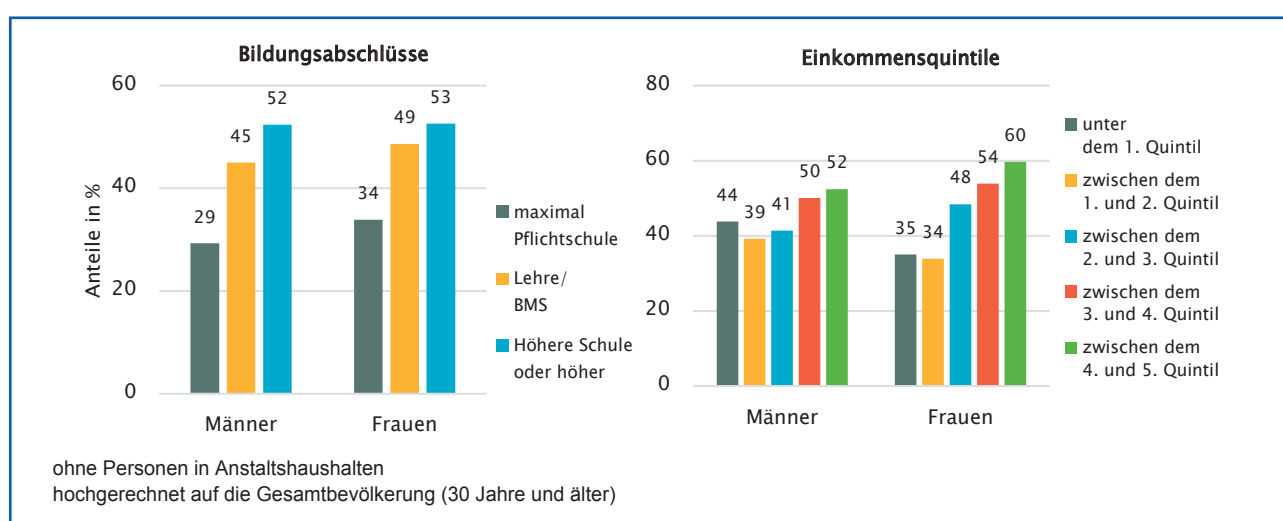


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) verfügen über weniger soziale Unterstützung als WienerInnen ohne Migrationshintergrund: 38 Prozent der Personen mit, jedoch 51 Prozent der Personen ohne Migrationshintergrund erhalten ein hohes Ausmaß an Unterstützung.

Abbildung 5.20:

Soziale Unterstützung (hoch) nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014
Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Das *Ausmaß sozialer Unterstützung* wurde im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 mit der Oslo-3-Items-Social-Support-Scale (Oslo-3) erhoben (Klimont/Baldaszi 2015). Dieses Instrument erfasst, auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme auftreten, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen zeigen und wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen geringe, mittlere und starke Unterstützung berechnet. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich.

Unterschiede nach Bildung und Migrationshintergrund

Österreichweit leisten unselbstständige Erwerbspersonen ohne Migrationshintergrund häufiger Überstunden als Erwerbspersonen mit Migrationshintergrund (20 vs. 15 %). Darüber hinaus werden Überstunden häufiger von Erwerbspersonen mit höherer Bildung (Matura oder höher) erbracht als von Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (25 vs. 9 %).

Definitionen und Daten

Überstunden einschließlich Mehrstunden sind zusätzlich zur kollektivvertraglich oder betrieblich vereinbarten Normalarbeitszeit geleistete Arbeitsstunden, die nicht durch Zeitausgleich zu einem anderen Zeitpunkt abgegolten werden. Dabei ist nicht entscheidend, ob sie bezahlt werden oder nicht. Von Überstunden wird gesprochen, wenn über das Vollzeitbeschäftigkeitsausmaß hinausgehend zusätzliche Stunden geleistet werden. Mehrstunden sind zusätzliche Stunden von Teilzeitbeschäftigten bis zum Ausmaß der Vollzeitbeschäftigung. Über- und Mehrstunden werden nur bei unselbstständig Erwerbstätigen erhoben. Sie beziehen sich auf eine Referenzwoche und beruhen auf den Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebungen 2005 bis 2015 von Statistik Austria.

5.3.6 Arbeiten trotz gesundheitlicher Probleme

Im Jahr 2014 gingen – laut ATHIS – rund 56 Prozent der erwerbstätigen WienerInnen in den letzten 12 Monaten trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit (BL-Bandbreite: 50–56 %); das sind rund 412.000 Personen. Ein Unterschied zwischen den Geschlechtern ist dabei nicht ersichtlich.

Bei 15- bis 29-jährigen Männern und Frauen (65 bzw. 61 %) trifft die Aussage häufiger zu als bei 30- bis 59-jährigen Männern und Frauen (54 bzw. 56 %).

Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In Bezug auf den Migrationshintergrund zeigt sich, dass Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gehen als Wienerinnen mit Migrationshintergrund (60 vs. 53 %). Im Zusammenhang mit der Bildung ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt: Erwerbstätige Männer mit maximal einem Pflichtschulabschluss gehen häufiger trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit als Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (79 vs. 51 %). Ein Zusammenhang mit dem Einkommen findet sich nicht.

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Ergebnisse beziehen sich auf erwerbstätige Personen und beruhen auf Selbstangaben.

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

Sozialkapital

Das Sozialkapital (auch als soziale Kohäsion oder – wie in den Rahmen-Gesundheitszielen – als sozialer Zusammenhalt bezeichnet) stellt einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gesundheit dar (De Silva et al. 2005; Murayama et al. 2012; Nyqvist et al. 2013; Sartorius 2003; Sundquist/Yang 2007) und kann in drei Ebenen unterteilt werden:

- ▶ Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- ▶ Zusammenhalt in Nachbarschaften und sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- ▶ Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Zusammenhalt zeigt sich sowohl auf der individuellen als auch der gesellschaftlichen Ebene. Internationale Studien fanden z. B. Zusammen-

5.5 Umwelt

Im Bereich der Umwelt gibt es zahlreiche Faktoren, die für die Gesundheit relevant sind (z. B. Hitze, Pollen, Wasserqualität etc.). Der Wiener Gesundheitsbericht 2016 konzentriert sich auf die Themenbereiche Luft und Lärm.

5.5.1 Luftqualität

Laut WHO zählen in den westlichen Industrieländern Außenluftbelastungen zu den Umwelteinflüssen mit den größten gesundheitlichen Auswirkungen. Sie können, je nach Schadstoffkonzentration und Expositionsdauer, zu vorübergehenden und chronischen Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, die die Lungenfunktion beeinträchtigen und das Krebsrisiko erhöhen (Künzli et al. 2010). Zu den gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen gehören Schwefeldioxid (SO₂), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO_x), Schwermetalle (Blei, Cadmium, Nickel und Arsen), Benzol, Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) und Ozon (O₃). Sie werden vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt. Ihre Ausbreitung wird insbesondere durch Wetterbedingungen, aber auch durch Geomorphologie und Jahreszeit beeinflusst (Künzli et al. 2010).

Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeigt starke Verbesserungen bei den Schwefeldioxid-, Kohlenstoffmonoxid- und Benzolemissionen. Auch Schwermetalle in der Luft sind in Österreich kaum noch in gesundheitsrelevanten Konzentrationen vorhanden. Der Fokus wird daher auf Stickstoffdioxid (NO₂), Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) und Ozon (O₃) gelegt, da diese aktuell am häufigsten gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen (Umweltbundesamt 2016b).

Die gängigen Luftschadstoffe werden punktuell an Messstationen gemessen. Da Konzentration und Ausbreitung der Schadstoffe von den zuvor erwähnten Faktoren abhängen, können keine Aussagen zur exponierten Bevölkerung getroffen werden. Dennoch gilt, dass erhöhte Werte mit einer erhöhten Gesundheitsgefährdung einhergehen.

Stickstoffdioxid

Stickstoffdioxid (NO₂) gehört zur Gruppe der Stickstoffoxide. Es entsteht bei Verbrennungsprozessen in der Energieerzeugung und besonders in Dieselmotoren. Neben direkten Auswirkungen auf die Gesundheit sind Stickstoffoxide Vorläufersubstanzen von Ozon und Feinstaub und belasten die Gesundheit daher auch indirekt (BMG 2015b). Hohe Stickstoffdioxid-Konzentrationen in der Außenluft wirken sich negativ auf die Lungenfunktion aus. Sie können zu einer Bronchialverengung führen, die vor allem Asthmatiker betrifft (Künzli et al. 2010).

Seit 2005 sind die Stickstoffdioxidwerte an den 17 Wiener Messstationen um rund 20 Prozent zurückgegangen, wobei im Jahr 2014 die niedrigsten Stickstoffdioxid-Werte dieses Zeitraumes registriert wurden. Der im Jahr 2014 in Österreich zum Schutz der menschlichen Gesundheit geltende Jahresmittelwert von 35 µg/m³ wird nur an zwei Wiener Messstellen überschritten (Hietzinger Kai und Taborstraße, beide liegen verkehrsnah), der Halbstunden-Mittelwert von 200 µg/m³ wird an allen Wiener Messstationen eingehalten.

Feinstaub

Feinstaub (PM₁₀ und PM_{2,5}) besteht aus Schwebestaubpartikeln mit einem mindestens 50-prozentigen Anteil an Teilchen mit einem Durchmesser von 10 µm bzw. 2,5 µm. Im Gegensatz zum gut sichtbaren Grobstaub – wie er zum Beispiel auf Baustellen auftritt – ist Feinstaub mit freiem Auge nicht erkennbar. Die kleinen Partikel können tief in die Lunge eindringen und sind deshalb – selbst in kleinen Konzentrationen – besonders gesundheitsgefährdend (Umweltbundesamt 2016b). Während vorübergehende Feinstaubbelastungen zu Husten, Asthmaanfällen und Bronchitis führen können, erhöhen langfristige Belastungen das Lungenkrebs- und Herzinfarkttrisiko (BMG 2015a).

Die Feinstaubbelastung variiert je nach Jahreszeit, Wetterlage und Geomorphologie. In den Wintermonaten, besonders bei austauscharmen Hochdruckwetterlagen mit wenig Wind, erhöht sich die Feinstaubkonzentration vor allem in den Städten aufgrund des hohen Verkehrsaufkommens und der hohen Industriedichte (DWD 2006).

Im Jahr 2014 lag der Jahresmittelwert an den einzelnen Wiener Messstationen zwischen 19 und 25 µg/m³. An keiner der 13 PM₁₀-Luftgütemessstationen wurde der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 40 µg/m³ überschritten. An der Messstation Taborstraße wurde, nach Abzug des Winterdienstanteils an 27 Tagen der Tagesmittelwert von 50 µg/m³ überschritten. Gemäß IG-L erlaubt sind 25 Tage. Die PM₁₀-Immissionen sind seit Messbeginn (2003/2004) an allen Messstationen rückläufig.

An keiner der sechs PM_{2,5}-Luftgütemessstationen in Wien wurde der Grenzwert für den Jahresmittelwert von 25 µg/m³ überschritten.

Ozon

Ozon ist ein geruch- und farbloses Gas, das sowohl in der oberen Erdatmosphäre (Stratosphäre) als auch in der untersten Schicht (Troposphäre) vorkommt. Während es in der oberen Atmosphäre die Haut gegen schädigende UV-Strahlung schützt, stellt bodennahes Ozon ein Gesundheitsrisiko dar. Es gilt als sekundärer Luftschadstoff, da es durch Reaktionen von Hitze und Vorläufersubstanzen wie Stickstoffmonoxid aus Verkehr und Industrie und leichtflüchtigen organischen Verbindungen (VOC) entsteht. Paradoxe Weise nimmt die Ozon-Konzentration bei NO_x-gesättigter Luft ab, weshalb an stark befahrenen Verkehrsadern häufig niedrigere Werte und in ländlichen Gebieten höhere Werte gemessen werden. Die höchsten Ozonwerte treten in heißen, trockenen Sommerperioden auf (Künzli et al. 2010). Die Gesundheitsfolgen durch bodennahes Ozon sind akut und betreffen vor allem die im Freien aktive Bevölkerung. Am stärksten betroffen sind Kinder, Schwerarbeiter und Sportler, bei denen Reizungen der Atemwege und der Augen sowie ein vorübergehender Leistungsabfall eine Folge des Ozons sein können. Bei steigenden Ozonwerten wird eine erhöhte Zahl an Asthmaanfällen, Spitalsaufnahmen und Todesfällen beobachtet (Eidgenössische Kommission für Lufthygiene 2011).

Im Jahr 2014 lag der Jahresmittelwert für Ozon an den einzelnen Wiener Messstationen zwischen 41 und 63 µg/m³. Seit 2005 sinkt der Jahresmittelwert für Ozon. Im Jahr 2014 wurde an vier von fünf Messstellen der Zielwert für den langfristigen Gesundheitsschutz (Acht-Stunden-Mittelwert von 120 µg/m³) überschritten: auf dem Hermannskogel; 152 µg/m³, in der Lobau; 148 µg/m³, auf dem Laaer Berg; 137 µg/m³ und der Hohen Warte; 131 µg/m³. Die Informationsschwelle des Ein-Stunden-Mittelwerts (180 µg/m³) wurde im Jahr 2014 an keiner Messstation überschritten. Insgesamt sind aufgrund des verregneten Sommers die Werte an allen Stationen geringer als im dreijährigen Mittelungszeitraum 2012–2014.

Definitionen und Daten

Um die gesundheitsschädliche Belastung durch Luftschadstoffe zu reduzieren, wurden in einer EU-Richtlinie und anschließend auch im Immissionsschutzgesetz Luft (IG-L; für Stickoxid und Feinstaub) bzw. im Ozongesetz Grenzwerte für Luftschadstoffe festgelegt. Die Grenzwerte wurden wie folgt definiert:

Stickstoffdioxid: Jahresmittelwert: 35 µg/m³ – inklusive einer Toleranzmarge von 5 µg/m³; Halbstunden-Mittelwert: 200 µg/m³

Feinstaub: PM₁₀-Jahresmittelwert: 40 µg/m³; PM₁₀-Tagesmittelwert: 50 µg/m³, dessen Überschreitung laut IG-L an maximal 25 Tagen pro Kalenderjahr zulässig ist; PM_{2,5}- Jahresmittelwert: 25 µg/m³.

Ozon: Informationsschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von 180 µg/m³; Alarmschwelle: Ein-Stunden-Mittelwert von 240 µg/m³; (langfristiger) Gesundheitsschutz: Acht-Stunden-Mittelwert von 120 µg/m³, der an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden darf (gemittelt über drei Jahre)

Die genannten Schadstoff-Konzentrationen werden österreichweit vom Umweltbundesamt und den Bundesländern überwacht (an Belastungsschwerpunkten täglich rund um die Uhr). In Wien messen 17 Stationen die Stickstoffdioxid-Konzentration, 13 Stationen den PM₁₀-, sechs Stationen den PM_{2,5}-Gehalt sowie 5 Stationen die Ozon-Konzentration. Die Daten stammen aus dem Jahresbericht der Luftgütemessungen des Umweltbundesamts (Spangl/Nagl 2014).

5.5.2 Lärm

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden“, bezeichnet (Umweltbundesamt 2016a). Die Hauptquelle von Lärmverschmutzung ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn und Flugverkehr sowie Industrie. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung folglich am größten. (European Environment Agency 2014)

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung: eine aurale und eine extraaurale Belastung. Auraler Lärm ist direkter Lärm, der durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen kann (z. B. laute Discomusik, Presslufthammer). Extraauraler Lärm wird als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen im Körper führen und die Lebensqualität senken. Folgen davon können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen

und Muskelverspannungen sein. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden (Gratt 2009).

Gemessene Lärmbelastung

Mit Stand 2012 sind in Wien 25 Prozent der Bevölkerung (rund 435.400 Personen; BL-Bandbreite: 1–25 %) in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von über 60 dB ausgesetzt. Etwa 30 Prozent aller WienerInnen (rund 514.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–30 %) sind nachts mit einem Lärmpegel von über 50 dB konfrontiert.

Definitionen und Daten

Um die Belastung der Bevölkerung durch *Umgebungs-lärm* zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung von Lärm umzusetzen, hat die EU Umgebungs-lärm-Richtwerte beschlossen (LDEN-Lärmindex). Der LDEN-Lärmindex beschreibt den energieäquivalenten Dauerschallpegel für den Tag-/Abend-/Nachtzeitraum, wobei für den Abendzeitraum ein Pegelzuschlag von 5 dB und für die Nacht einer von 10 dB in die Berechnung einfließt (LNight). Der LDEN für Straßenlärm beträgt hierbei 60 dB, der LNight liegt bei 50 dB (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Bei der Lärmkartierung wird Lärm anhand verschiedener Parameter – wie erlaubter Fahrgeschwindigkeit, Verkehrsstärke und Bebauung – berechnet. Diese Berechnung kann von der Realität abweichen, da die erlaubte Fahrgeschwindigkeit nicht der tatsächlich gefahrenen Geschwindigkeit entsprechen muss, die Witterungssituation (besonders Wind) immer unterschiedlich ist und nur eine generelle Bodendämpfung als Parameter berücksichtigt wird (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015; Gratt 2009).

Die Betroffenenzahl wird mittels des Melderegisters und anhand des höchsten Lärmimmissionspegels an den Häuserfassaden berechnet. Die Daten hinsichtlich der Betroffenen stammen aus der Betroffenenauswertung Straßenverkehr (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft 2015).

Gefühlte Lärmbelastung

Im Jahr 2011 fühlten sich – laut Mikrozensusbefragung Umwelt – 19 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (rund 272.000 Personen) in ihrem Wohnbereich tagsüber und/oder nachts stark bis sehr stark durch Lärm belastet (BL-Bandbreite: 5–19 %). Dies gilt tagsüber häufiger als in der Nacht (16 vs. 10 %). 42 Prozent der WienerInnen konnten nicht bei geöffnetem/gekipptem Fenster schlafen. 42 Prozent der WienerInnen fühlten sich nicht belastet (BL-Bandbreite 42–69 %; Baud 2013).

Seit 2007 hat der Anteil stark bis sehr stark lärmbelasteter WienerInnen geringfügig von etwa 17 auf 19 Prozent zugenommen. Der Anteil der WienerInnen, der sich gar nicht beeinträchtigt fühlt, hat hingegen von 47 Prozent auf 42 Prozent abgenommen.

Rund 52 Prozent der betroffenen WienerInnen berichteten, dass Verkehrslärm die Hauptursache für ihre Lärmbelastung ist, wobei hier hauptsächlich PKW und LKW gemeint sind (20 bzw. 16 %). Auch Nachbarwohnungen und Baulärm gehören mit 23 bzw. 10 Prozent zu den Hauptlärmquellen. Seit 2007 hat sich die Lärmbelastung durch Verkehr verringert, insbesondere durch PKW (von 26 % auf 20 %). Lärmbelastung durch Nachbarn ist in Wien hingegen seit 2007 von 18 auf 23 Prozent gestiegen.

Zur Schärfung des Betroffenen-Profiles kann auf österreichweite Ergebnisse zurückgegriffen werden:

- ▶ 20- bis 40-Jährige bzw. 60- bis 70-Jährige sind häufiger von Lärmbelastung betroffen (12–13 %) als andere Altersgruppen (4–10 %),
- ▶ Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher) fühlen sich stärker beeinträchtigt als Personen mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschule bzw. Lehre/BMS; 12 % vs. 8 %), sind jedoch auch am häufigsten nur geringfügig belastet.

Definitionen und Daten

Ergebnisse in Sachen gefühlte Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung *Umwelt* aus den Jahren 2011 und 2007 berichtet (Baud 2013). Alle Daten beziehen sich auf WienerInnen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Kapitel 6