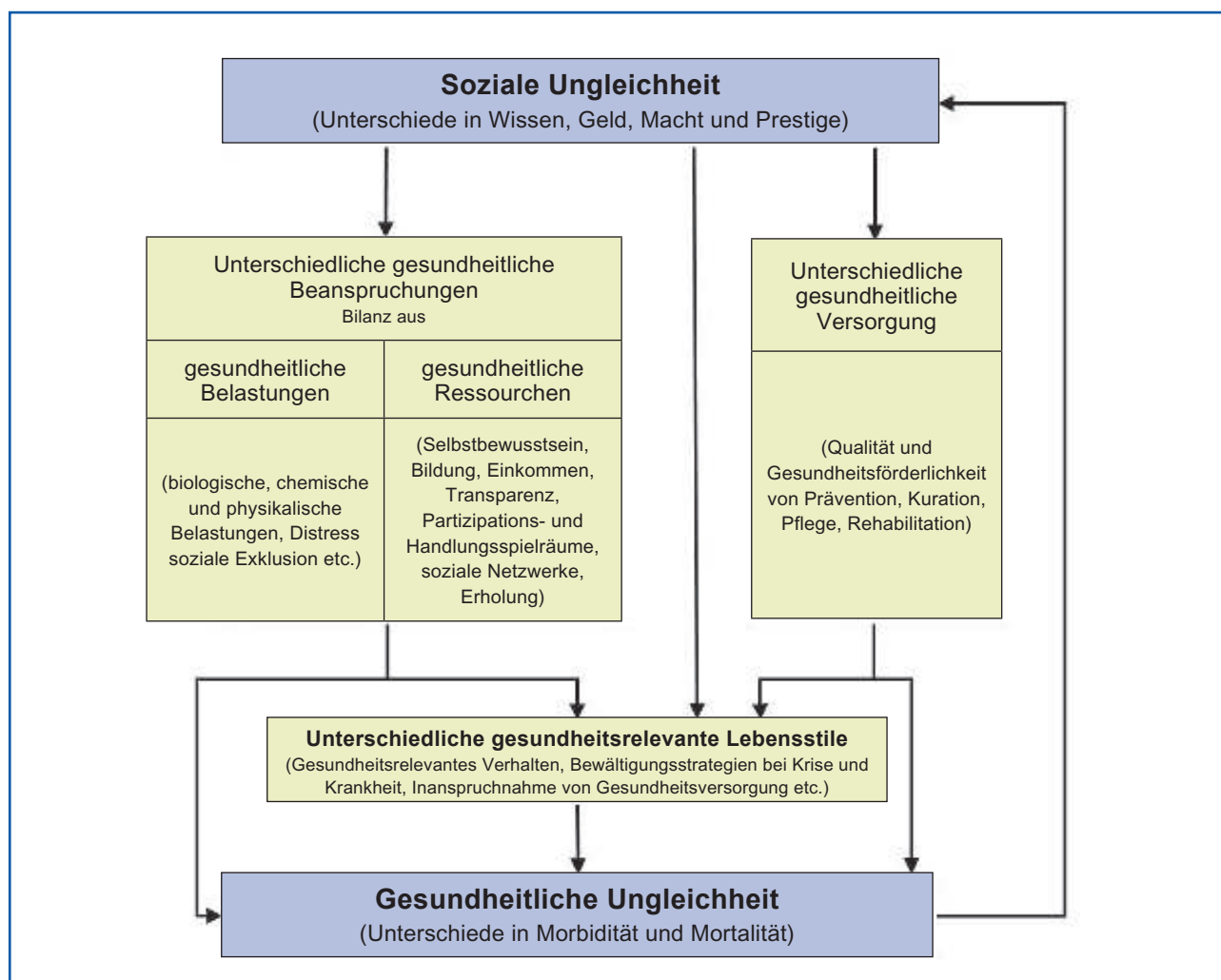


Abbildung 7.1:  
Soziale Ungleichheit und ihre gesundheitsrelevanten Wirkungswege



Quelle und Darstellung: Rosenbrock/Kümpers (2009, modifiziert nach Elkeles und Mielck 1993)

Die folgenden Abschnitte stellen entsprechend den drei Ringen des PHMF (s. Abschnitt 1.2) – Gesundheit, individuelle Determinanten und Verhältnisdeterminanten – zusammenfassend dar, wie es in Wien um die gesundheitliche Chancengerechtigkeit bestellt ist. Der Fokus liegt sowohl auf horizontalen wie auf vertikalen Dimensionen der Chancengerechtigkeit.

## 7.1 Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

### 7.1.1 Gesundheitliche Ebene

Die *Lebenserwartung* und die *Lebenserwartung in Gesundheit* sind stark bildungsabhängig. Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher sind auch die Lebenserwartung und die Lebenserwartung in Gesundheit: Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit rund 16 und Frauen mit 13 Lebensjahren mehr in Gesundheit rechnen als gleichaltrige Personen der untersten Bildungskategorie<sup>23</sup>. Dementsprechend korreliert der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung (30 Jahre und älter) mit der Bildung: je höher die Bildung, desto besser der *selbsteingeschätzte Gesundheitszustand* (max. Pflichtschulabschluss: 54 % bei sehr guter/guter Gesundheit;

<sup>23</sup> Dieser Zusammenhang wird auch für Wien vermutet.

Matura oder höher: 83 %). Analog dazu zeichnen sich auch die Gesundheitsunterschiede nach Einkommenssituation ab (83 % der oberen Einkommenschichten bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, im Gegensatz zu 65 % bei der untersten Einkommenschicht).

Auch *chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme* treten bei Personen mit geringer formaler Bildung bzw. aus dem untersten Einkommensquintil häufiger auf als bei Personen mit einer höheren formalen Bildung (55 vs. 32 %) bzw. aus dem obersten Einkommensquintil (48 vs. 33 %). Sie betreffen zudem häufiger Männer (15 Jahre und älter) ohne Migrationshintergrund als Männer mit Migrationshintergrund (35 vs. 28 %).

*Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag* sind in der Wiener Bevölkerung mit niedrigem Bildungsabschluss (maximal Pflichtschule; 30 Jahre und älter) und mit sehr geringem Einkommen deutlich häufiger als in sozial bessergestellten Schichten (Bildung: 50 vs. 26 %; Einkommen: 44 vs. 22 %). Dieselbe Benachteiligung für bildungs- und einkommenschwache Bevölkerungsschichten zeigt sich auch in Bezug auf die Lebensqualität (mit Ausnahme des sozialen Wohlbefindens).

## 7.1.2 Individuelle Determinanten

*Übergewicht und Adipositas* sind in erster Linie bei WienerInnen mit mittlerer und niedriger Bildung, bei Personen aus den untersten Einkommenschichten und bei der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund verbreitet: Während 40 Prozent der WienerInnen mit einer höheren Bildung (30 Jahre und älter) übergewichtig oder adipös sind, trifft dies bei der Wiener Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss auf 53 Prozent, bei WienerInnen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf 56 Prozent zu. Ebenso zeigt sich, dass WienerInnen der untersten Einkommensquintile (30 Jahre und älter) häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als WienerInnen des obersten Einkommensquintils (53–55 % vs. 45 %).

Ein ähnlicher Befund zeigt sich in Bezug auf den *Bluthochdruck*, der in bildungsfernen und/oder einkommenschwachen Bevölkerungsschichten (30 Jahre und älter) ebenfalls deutlich häufiger vorkommt als bei WienerInnen, die zumindest mit Matura abgeschlossen und/oder ein hohes Einkommen haben (Bildung: 32 vs. 22 %; Einkommen: 29 vs. 21 %). WienerInnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden häufiger an Bluthochdruck als WienerInnen mit Migrationshintergrund (22 vs. 16 %).

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto häufiger essen WienerInnen *täglich Obst und Gemüse*, zumindest in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen (46 % mit Matura oder höherem Abschluss; 22 % mit maximal Pflichtschulabschluss). In Bezug auf das Haushaltseinkommen zeigt sich, dass WienerInnen aus dem obersten Einkommensquintil häufiger täglich Obst und Gemüse konsumieren als WienerInnen der anderen Einkommensquintile (40 vs. 30–33 %). WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) nehmen häufiger täglich Obst und Gemüse zu sich als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (41 vs. 28 %).

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss erfüllen häufiger die österreichischen Empfehlungen für eine *gesundheitswirksame Bewegung* als WienerInnen mit einem niedrigeren Bildungsgrad (27 vs. 13 %). Darüber hinaus ist ein eindeutiger Einkommensgradient erkennbar, der zuungunsten der unteren Einkommenschichten verläuft (unterstes Einkommensquintil: 14 %, oberstes Einkommensquintil: 31 %). Wiener Männer (15 Jahre und älter) mit Migrationshintergrund erfüllen häufiger die Bewegungsempfehlungen als Wiener Männer ohne Migrationshintergrund (34 vs. 26 %). Bei der weiblichen Bevölkerung ist der Zusammenhang hingegen genau umgekehrt (ohne Migrationshintergrund: 22 %, mit Migrationshintergrund: 15 %).

Menschen mit einem niedrigeren Schulabschluss (30 Jahre und älter) *rauchen* häufiger täglich (51 vs. 17 %) als Personen mit einem höheren Schulabschluss. Selbiges gilt auch für WienerInnen aus der untersten gegenüber jenen der obersten Einkommenschicht (39 vs. 25 %). WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) zählen häufiger zu den täglich Rauchenden als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (40 vs. 29 %).

Die Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinkt seltener täglich oder fast täglich (3 vs. 8 %) sowie an 5 bis 6 Tagen pro Woche *Alkohol* (1 vs. 3 %) und pflegt seltener einen problematischen Alkoholkonsum (4 vs. 7 %). Darüber hinaus steigt der wöchentliche Alkoholkonsum mit dem Haushaltseinkommen (von 19 % im untersten Quintil auf 49 % im obersten Quintil). Umgekehrt wird ein problematischer Alkoholkonsum – bei den Männern – häufiger von Personen der untersten Einkommensquintile gepflegt (8–13 %) als von Personen der mittleren bis oberen Einkommensgruppen (rund 4 %). Mit steigender Bildung ist ein steigender Alkoholkonsum zu erkennen (wöchentlicher Konsum: von 13 % mit maximal Pflichtschulabschluss auf 50 % mit Matura oder höher; problematischer Alkoholkonsum: von 3 auf 7 %).

### 7.1.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Die *Armutsgefährdung* ist für nicht-österreichische StaatsbürgerInnen besonders hoch. Im Jahr 2015 sind in dieser Gruppe österreichweit 37 Prozent von Armut bedroht (Gesamtbevölkerung: 14 %). Neben anderen Bevölkerungsgruppen wie Ein-Eltern-Haushalten oder Mehrpersonenhaushalten mit drei oder mehr Kindern sind auch Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss überdurchschnittlich armutsgefährdet (21 %).<sup>24</sup> Im Jahr 2014 lag zudem das *20/80-Verhältnis des Nettohaushaltsäquivalenzeinkommens* in Wien bei einem Wert von 4,6. Das bedeutet, dass in Wien das Haushaltseinkommen der reichsten 20 Prozent der Haushalte mehr als viermal so hoch ist wie jenes der ärmsten 20 Prozent. Österreichweit liegt dieser Wert bei 4,1.

Das *Bildungsniveau* der Wiener Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen, stagniert allerdings in den letzten Jahren. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der Faktor *Bildungsmobilität*. Sie ist in Österreich relativ gering. Zudem ist wie auch in anderen Ländern die Bildung der Frauen weitaus stärker als jene der Männer von der Bildung der Eltern beeinflusst. Von den 18- bis 24-jährigen WienerInnen haben im Jahr 2014 9 Prozent keinen weiterführenden Bildungsabschluss (also maximal Pflichtschulabschluss) und befinden sich auch nicht in Ausbildung (*frühzeitige Schul- und AusbildungsabgängerInnen*).

WienerInnen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft sind – gemessen an der Arbeitslosenquote (ALQ) – häufiger von *Arbeitslosigkeit* betroffen als WienerInnen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (16 vs. 10 %). Die Entwicklung der ALQ zeigt bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft einen geringeren Anstieg (von 2008 bis 2014 um 2,7 %) als bei Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft (um 5,8 %). Ein Zusammenhang mit der formalen Bildung zeigt sich sowohl bei der Arbeitslosigkeit insgesamt als auch *bei arbeitssuchenden Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen*. In beiden Fällen sind arbeitssuchende Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Personen mit einer weiterführenden Bildung.

Darüber hinaus zeigt sich, dass 60 Prozent der erwerbstätigen Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) versus 53 Prozent der erwerbstätigen Wienerinnen mit Migrationshintergrund *trotz gesundheitlicher Einschränkungen zur Arbeit* gehen. Im Zusammenhang mit der Bildung gilt dies häufiger für erwerbstätige Männer mit maximal Pflichtschulabschluss als für Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (79 vs. 51 %).

Weiters finden sich Korrelationen zwischen Bildungs- und Einkommensunterschieden und dem Ausmaß *sozialer Unterstützung* (z. B. praktische Hilfe von Nachbarn oder bei persönlichen Problemen): je höher die Bildung und das Einkommen, desto höher ist auch das Ausmaß sozialer Unterstützung. Zwischen den niedrigsten und den höchsten Bildungs- bzw. Einkommensschichten bestehen Unterschiede von 17 bis 20 Prozentpunkten. Zudem erhalten WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) deutlich seltener ein hohes Ausmaß an Unterstützung als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (37 vs. 52 %).

<sup>24</sup> Ähnliche Ergebnisse werden auch für Wien vermutet.

## 7.1.4 Gesundheitsversorgung

Ein Blick auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ergibt, dass mit steigendem Bildungsstand sowohl die empfohlene *Inanspruchnahme eines Gebärmutterhalsabstrichs* (von 72 auf 90 %) als auch (bei Männern) die empfohlene *Inanspruchnahme einer Darmspiegelung* zunimmt (von 26 auf 40 %). Bezogen auf das Haushaltseinkommen zeigt sich, dass Wienerinnen, deren Einkommen unter dem 1. Quintil liegt, deutlich seltener der empfohlenen Inanspruchnahme eines PAP-Abstrichs entsprechen als Frauen des höchsten Einkommensquintils (82 vs. 93 %). Eine Darmspiegelung wird ebenfalls seltener von Wienern aus dem untersten Einkommensquintil als von Wienern aus dem obersten Quintil in Anspruch genommen (32 vs. 47 %). Wienerinnen mit Migrationshintergrund nehmen einen PAP-Abstrich (in der empfohlenen Regelmäßigkeit) seltener in Anspruch als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (78 vs. 86 %). Die Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund hat zudem in den letzten fünf Jahren seltener eine Darmspiegelung zu Früherkennungszwecken vornehmen lassen als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (29 vs. 41 %).

*Ärztlich verschriebene Medikamente* werden von WienerInnen mit höherer Bildung (30 Jahre und älter; Matura oder höher) seltener eingenommen (49 %) als von WienerInnen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (63 %) bzw. von WienerInnen mit maximal Pflichtschulabschluss (66 %). Umgekehrt nehmen WienerInnen mit höherer Bildung häufiger *rezeptfreie Medikamente* ein (50 %) als WienerInnen mit maximal Pflichtschulabschluss (37 %). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen WienerInnen sowie insbesondere die weibliche Bevölkerung häufiger verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen, wenn sie den unteren Einkommensgruppen angehören (30 bis 59-Jährige: unterstes Einkommensquintil 52 %, oberstes Einkommensquintil 39 %; Frauen: unterstes Einkommensquintil 72 %, oberstes Einkommensquintil 53 %). Umgekehrt nehmen 30- bis 59-jährige WienerInnen aus dem untersten Einkommensquintil deutlich seltener rezeptfreie Medikamente ein als WienerInnen aus dem obersten Quintil (25 vs. 45 %). WienerInnen ohne Migrationshintergrund erhalten häufiger verschreibungspflichtige Medikamente als WienerInnen mit Migrationshintergrund (51 vs. 43 %). Rezeptfreie Medikamente werden häufiger von der männlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund (41 vs. 31 % ohne Migrationshintergrund) sowie häufiger von der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eingenommen (45 vs. 40 % mit Migrationshintergrund).

Bildungsunterschiede spiegeln sich zudem in der *Inanspruchnahme der niedergelassenen ärztlichen Versorgung* wider (zugunsten der höheren Bildungsschichten): einerseits bei der 30- bis 59-jährigen (78 vs. 62 %) und der männlichen Bevölkerung (73 vs. 33 %) in Bezug auf die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen, andererseits bei den ab 30-Jährigen in Bezug auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (74 vs. 52 %). Die männliche Wiener Bevölkerung der untersten Einkommensgruppen (ab 30 Jahren) nimmt seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch als jene der obersten Einkommensgruppen (53–63 % vs. 70–73 %). Dies gilt auch für zahnärztliche Leistungen (58 vs. 76 %). WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) gehen seltener zu Fachärztinnen/Fachärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (68 bzw. 59 % vs. 81 bzw. 67 %).

Mit sinkendem Bildungsgrad nimmt die Wiener Bevölkerung (zw. 30 und 59 Jahren; laut ATHIS 2014) häufiger *spitalsambulante Leistungen* in Anspruch (maximal Pflichtschulabschluss: 27 %; Matura oder höher: 15 %). Für die männliche Bevölkerung sowie für ab 60-Jährige gilt dies vermehrt für Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss: 25 bzw. 39 Prozent. Bei der weiblichen Bevölkerung sind es ausschließlich Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, die seltener eine Spitals-/Unfallambulanz aufsuchen (20 vs. 33 %). Zusammenhänge mit dem Einkommen zeigen sich nur bei den 30- bis 59-Jährigen sowie bei der weiblichen Bevölkerung. Für beide gilt, dass die Inanspruchnahme spitalsambulanter Leistungen mit sinkendem Bildungsgrad steigt (bei den 30- bis 59-Jährigen von 14 auf 22 %; bei den Frauen von 21 auf 29 %). Wienerinnen mit Migrationshintergrund haben in den letzten 12 Monaten häufiger eine Spitals-/Unfallambulanz in Anspruch genommen als Wienerinnen ohne Migrationshintergrund (32 vs. 26 %).

Unterschiede in der *Inanspruchnahme akutstationärer Leistungen* finden sich – in Bezug auf Bildung und Einkommen (laut ATHIS 2014) – nur in der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung. WienerInnen mit maximal Pflichtschulabschluss wurden in den letzten 12 Monaten häufiger in einer Akutkrankenanstalt versorgt als WienerInnen mit einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss oder einer höheren Ausbildung (16 % vs. 14 bzw. 8 %). In dieser Altersgruppe zeigt sich zudem ein negativer Zusammenhang mit dem Einkommen: je geringer das Haushaltseinkommen, desto ausgeprägter die Inanspruchnahme (unterstes Einkommensquintil: 20 %, oberstes Einkommensquintil: 8 %). Die weibliche Bevölkerung ohne Migrationshintergrund nimmt häufiger stationäre Versorgung in Anspruch als Frauen mit Migrationshintergrund (16 % vs. 13 %).

## 7.2 Unterschiede nach Geschlecht

### 7.2.1 Gesundheitliche Ebene

Mit durchschnittlich 83 Lebensjahren weisen *Wiener Frauen* eine um rund 5 Jahre längere *Lebenserwartung* auf als Wiener Männer, verbringen jedoch mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (18,2 vs. 12,5 Jahre). Dementsprechend korreliert der *selbsteingeschätzte Gesundheitszustand* mit dem Geschlecht: Frauen ab 15 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut ein als Männer (76 vs. 82 %). Am größten ist dieser Geschlechtsunterschied bei der ab 60-jährigen Wiener Bevölkerung (56 vs. 64 %).

Frauen in Wien sind häufiger von *chronischen Erkrankungen/Gesundheitsproblemen* betroffen als Männer. Das gilt für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats (Rückenschmerzen: 24 vs. 20 %; Nackenschmerzen: 20 vs. 13 %; Arthrose: 13 vs. 6 %), Depression (12 vs. 10 %) und Krebserkrankungen (bei den unter 60-Jährigen). Ältere Frauen (75 Jahre und älter) werden auch häufiger aufgrund peritrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens akutstationär behandelt (1.994 vs. 1.286 Aufenthalte pro 100.000 EW). Die Mehrheit dieser Brüche ist sturzbedingt.

Wiener Frauen sind darüber hinaus häufiger aus gesundheitlichen Gründen im *Alltag eingeschränkt* als Männer (34 vs. 29 %). Dieser Unterschied betrifft vor allem die ab 60-jährige Bevölkerung<sup>25</sup> (Sehprobleme: 23 vs. 11 %; Geh-Einschränkungen: 24 vs. 16 %; Probleme beim Treppensteigen: 30 vs. 23 %, Probleme bei Aktivitäten der Haushaltsführung: 40 vs. 21 %). Wiener Frauen sind auch häufiger aufgrund *psychischer Erkrankungen* im Krankenstand (2014: 14.075 vs. 6.722 Fälle), weisen aber eine etwas kürzere Krankenstandsdauer auf (38 vs. 42 Tage). Wienerinnen aller Altersgruppen beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als Wiener. Unter 70-jährige Wienerinnen versterben zudem häufiger an Krebserkrankungen als unter 70-jährige Wiener.

*Wiener Männer* erleiden hingegen häufiger einen *Myokardinfarkt* (330 vs. 140 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert) oder einen *ischämischen Schlaganfall* (240 vs. 162 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert). Sie erkranken ab 60 Jahren häufiger an *Krebs* und sind – im Alter von 15 bis 59 Jahren – häufiger *verletzt* (15- bis 29-Jährige: 26 vs. 10 %, 30- bis 59-Jährige: 10 vs. 6 %; insbesondere durch Straßenverkehrs- und Freizeitunfälle). Ferner weist die männliche Bevölkerung in Wien eine etwa doppelt so hohe *vorzeitige Sterblichkeit* auf wie die weibliche (403 vs. 217 Todesfälle pro 100.000 EW unter 70; altersstandardisiert). Die Wiener begehen – im Vergleich zu den Wienerinnen – auch häufiger *Suizid*. Rund 70 Prozent aller Suizide in Wien werden von Männern begangen.

### 7.2.2 Individuelle Determinanten

*Männer in Wien* zwischen 15 und 59 Jahren sind häufiger *übergewichtig und adipös* als Frauen im gleichen Alter (39–54 % vs. 17–32 %), 30- bis 59-jährige Wiener sind häufiger von *Bluthochdruck* betroffen als gleichaltrige Wienerinnen (19 vs. 15 %). Sie *essen* seltener täglich *Obst und Gemüse* (25 vs. 41 %), *rauchen* (in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen) häufiger täglich (41 vs. 38 %) und pflegen einen regelmäßigeren und riskanteren *Alkoholkonsum* (fast täglicher Alkoholkonsum: 9 vs. 3 %; riskanter Alkoholkonsum: 7 vs. 4 %).

<sup>25</sup> Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass die weibliche Bevölkerung ab 60 Jahren im Durchschnitt älter ist als die männliche.

*Frauen in Wien* erfüllen hingegen seltener als Männer die österreichischen Empfehlungen einer *gesundheitswirksamen Bewegung* (20 vs. 29 %) und weisen in der jüngeren Altersgruppe (15 bis 29 Jahre) einen höheren Anteil an *täglich Rauchenden* auf (37 vs. 33 %).

### 7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Armutsgefährdung und daraus entstehende gesundheitsbezogene Problemlagen können als gesamtgesellschaftliche und österreichweite Herausforderung betrachtet werden. Österreichische Ergebnisse zur Armutsgefährdung lassen vermuten, dass auch in Wien Frauen häufiger als Männer von Armut bedroht/betroffen sind.

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im *Bildungsniveau*: Frauen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (26 vs. 23 %), kommen jedoch auch häufiger nicht über einen Pflichtschulabschluss hinaus (26 vs. 23 %). Ein österreichweiter 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. Ebenso bleiben 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss auf dem Pflichtschulniveau. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für Wien vermutet.

Im Vergleich zu Männern gehen Frauen in Wien etwas seltener einer *Erwerbstätigkeit* nach (62 vs. 67 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger – ebenso wie Frauen in ganz Österreich – in *atypischen Beschäftigungsverhältnissen*: 65 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.

Männer in Wien sind hingegen häufiger von *Arbeitslosigkeit* betroffen (13,2 vs. 9,8 %), sind häufiger *körperlichen Arbeitsbelastungen* ausgesetzt (75 vs. 67 %) und *verunfallen* häufiger bei der Arbeit (1.600 vs. 790 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Wiener Männer leisten zudem häufiger Überstunden und Mehrstunden (25 vs. 17 %).

### 7.2.4 Gesundheitsversorgung

*Männer in Wien* (zwischen 30 und 59 Jahren) gehen seltener zum *Hausarzt / zur Hausärztin* (68 vs. 78) und – generell – seltener zu niedergelassenen *Fachärztinnen bzw. Fachärzten* als Frauen (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte; 64 vs. 73 %). Im akutstationären Bereich werden Wiener Männer häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.600 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW), Verletzungen und Vergiftungen (2.200 vs. 1.900), Krankheiten des Verdauungssystems (2.100 vs. 1.700), Krebserkrankungen (1.900 vs. 1.700), Atemwegserkrankungen (1.600 vs. 1.200) und Krankheiten des Nervensystems (1.100 vs. 900) versorgt als Wiener Frauen. An den Patientinnen und Patienten mit *psychiatrischen Erkrankungen* haben 20- bis 39-jährige Wiener Männer einen größeren Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, bedingt durch psychotrope Substanzen, behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei 18- bis 40-jährigen Wienern häufiger statt als bei gleichaltrigen Wienerinnen. Ferner geht die männliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats und infolge von Krankheiten der Atmungsorgane auf *Rehabilitation*. Sie weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell *beeinflussbare Sterblichkeit* auf (106 vs. 77 Todesfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert).

Wiener *Frauen* nehmen häufiger ärztlich verschriebene (55 vs. 41 %) sowie rezeptfreie *Medikamente* ein (bei den ab 30-Jährigen; 48 vs. 33–34 %) und werden häufiger (allerdings nur in der Altersgruppe 60plus) *ambulant von PhysiotherapeutInnen* behandelt (24 vs. 18 %).

Die weibliche Bevölkerung wird zudem häufiger *akutstationär* aufgenommen und verstirbt häufiger innerhalb von 30 Tagen nach einer akutstationären Aufnahme an einem *Myokardinfarkt* (9,3 vs. 4,5 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte dieser Diagnose; altersstandardisiert) oder *Schlaganfall* (12 vs. 6 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden Wienerinnen häufiger aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.700 Patientinnen vs. 1.900 Patienten), Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 vs. 1.400) und Krankheiten des Auges und der

Augenanhangsgebilde (1.500 vs. 1.400) behandelt. An den Patientinnen und Patienten mit *psychiatrischen Erkrankungen* haben Wienerinnen im Alter von 60 Jahren und älter einen auffallend großen Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund organischer, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und affektiver Störungen behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei den 14- bis 17-jährigen, bei den 41- bis 50-jährigen und bei den über 60-jährigen Wienerinnen häufiger statt als bei gleichaltrigen Wienern.

Wienerinnen erhalten zudem häufiger eine *Rehabilitation* aufgrund von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates und wegen Zuständen nach Unfällen und neurochirurgischen Eingriffen sowie eine onkologische Reha, eine Lymphologie-Reha und eine psychiatrische Reha (letztere häufiger im Alter von 15 bis 59 Jahren; mehrheitlich aufgrund affektiver Störungen). Darüber hinaus beziehen Wiener Frauen häufiger Pflegegeld.

# Kapitel 8





*Frauen in Wien* erfüllen hingegen seltener als Männer die österreichischen Empfehlungen einer *gesundheitswirksamen Bewegung* (20 vs. 29 %) und weisen in der jüngeren Altersgruppe (15 bis 29 Jahre) einen höheren Anteil an *täglich Rauchenden* auf (37 vs. 33 %).

### 7.2.3 Verhältnisbezogene Determinanten

Armutsgefährdung und daraus entstehende gesundheitsbezogene Problemlagen können als gesamtgesellschaftliche und österreichweite Herausforderung betrachtet werden. Österreichische Ergebnisse zur Armutsgefährdung lassen vermuten, dass auch in Wien Frauen häufiger als Männer von Armut bedroht/betroffen sind.

Nach wie vor gibt es einen wesentlichen Unterschied im *Bildungsniveau*: Frauen beenden zwar etwas häufiger als Männer ihre Bildungslaufbahn mit einem akademischen Titel (26 vs. 23 %), kommen jedoch auch häufiger nicht über einen Pflichtschulabschluss hinaus (26 vs. 23 %). Ein österreichweiter 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. Ebenso bleiben 36 Prozent der Frauen und 21 Prozent der Männer von Eltern mit maximal Pflichtschulabschluss auf dem Pflichtschulniveau. Ähnliche Zusammenhänge werden auch für Wien vermutet.

Im Vergleich zu Männern gehen Frauen in Wien etwas seltener einer *Erwerbstätigkeit* nach (62 vs. 67 %). Sind sie jedoch berufstätig, befinden sie sich häufiger – ebenso wie Frauen in ganz Österreich – in *atypischen Beschäftigungsverhältnissen*: 65 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.

Männer in Wien sind hingegen häufiger von *Arbeitslosigkeit* betroffen (13,2 vs. 9,8 %), sind häufiger *körperlichen Arbeitsbelastungen* ausgesetzt (75 vs. 67 %) und *verunfallen* häufiger bei der Arbeit (1.600 vs. 790 pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter). Wiener Männer leisten zudem häufiger Überstunden und Mehrstunden (25 vs. 17 %).

### 7.2.4 Gesundheitsversorgung

*Männer in Wien* (zwischen 30 und 59 Jahren) gehen seltener zum *Hausarzt / zur Hausärztin* (68 vs. 78) und – generell – seltener zu niedergelassenen *Fachärztinnen bzw. Fachärzten* als Frauen (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte; 64 vs. 73 %). Im akutstationären Bereich werden Wiener Männer häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2.600 Patienten vs. 1.800 Patientinnen pro 100.000 EW), Verletzungen und Vergiftungen (2.200 vs. 1.900), Krankheiten des Verdauungssystems (2.100 vs. 1.700), Krebserkrankungen (1.900 vs. 1.700), Atemwegserkrankungen (1.600 vs. 1.200) und Krankheiten des Nervensystems (1.100 vs. 900) versorgt als Wiener Frauen. An den Patientinnen und Patienten mit *psychiatrischen Erkrankungen* haben 20- bis 39-jährige Wiener Männer einen größeren Anteil. Am häufigsten werden sie aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, bedingt durch psychotrope Substanzen, behandelt. Eine Unterbringung ohne Verlangen findet bei 18- bis 40-jährigen Wienern häufiger statt als bei gleichaltrigen Wienerinnen. Ferner geht die männliche Bevölkerung häufiger aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems, Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats und infolge von Krankheiten der Atmungsorgane auf *Rehabilitation*. Sie weisen auch eine höhere vom Gesundheitssystem potenziell *beeinflussbare Sterblichkeit* auf (106 vs. 77 Todesfälle pro 100.000 EW; altersstandardisiert).

Wiener *Frauen* nehmen häufiger ärztlich verschriebene (55 vs. 41 %) sowie rezeptfreie *Medikamente* ein (bei den ab 30-Jährigen; 48 vs. 33–34 %) und werden häufiger (allerdings nur in der Altersgruppe 60plus) *ambulant von PhysiotherapeutInnen* behandelt (24 vs. 18 %).

Die weibliche Bevölkerung wird zudem häufiger *akutstationär* aufgenommen und verstirbt häufiger innerhalb von 30 Tagen nach einer akutstationären Aufnahme an einem *Myokardinfarkt* (9,3 vs. 4,5 Todesfälle pro 100 Spitalsaufenthalte dieser Diagnose; altersstandardisiert) oder *Schlaganfall* (12 vs. 6 Todesfälle pro 100 Aufenthalte). Im akutstationären Bereich werden Wienerinnen häufiger aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (2.700 Patientinnen vs. 1.900 Patienten), Krankheiten des Urogenitalsystems (1.800 vs. 1.400) und Krankheiten des Auges und der



Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter/Hurrelmann 2009).

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken gerecht verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit werden häufig mit dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009) und stellen eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Marmot 2013; Richter/Hurrelmann 2009).

In der Fachliteratur wird zwischen *vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten* unterschieden. Vertikale Ungleichheiten sind (meist) durch Unterschiede in Einkommen, Bildung und Berufsstatus bedingt. Teils unabhängig davon sind „horizontale Ungleichheiten“, die durch Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Behinderungen, Familiengröße, Wohnort/Wohnregion und dergleichen entstehen (Hradil 2009).

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung bleiben (vgl. Beiträge in Richter/Hurrelmann 2009). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg ihre gesundheitserhaltende/-förderliche oder gesundheitsschädigende Wirkung (Dragano/Siegrist 2009; Marmot 2013).

Im Fachdiskurs werden *unterschiedliche Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit* angeboten (Mackenbach 2006; Mielck 2005). Sämtliche Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass Gesundheitsunterschiede (abseits biologischer Effekte) vorrangig sozioökonomisch beeinflusst sind (s. Abbildung 7.1 auf folgender Seite) und durch folgende Unterschiede sowie durch eine Verschränkung dieser Faktorenbündel bedingt sind:

- ▶ Unterschiede in körperlichen und psychischen Anforderungen und Ressourcen
- ▶ Unterschiede im Lebensstil (z. B. im Gesundheitsverhalten)
- ▶ Unterschiede in materiellen und sozialen Lebensbedingungen (Verhältnissen)
- ▶ Unterschiede in der Versorgung

Empirische Studien haben gezeigt, dass rund 40 bis 70 Prozent der beobachteten Gesundheitsunterschiede sozioökonomisch erklärt werden können. Alle wissenschaftlichen Befunde gehen davon aus, dass Gesundheit und Lebenserwartung positiv mit dem Sozialstatus korrelieren: je höher der Sozialstatus, desto besser die Gesundheit und desto höher die Lebenserwartung (Hradil 2009; Mackenbach 2006; Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009).

Im vorliegenden Bericht wurden alle Indikatoren – sofern es die Datenlage erlaubte – nach den Dimensionen Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (horizontale Ungleichheiten) sowie nach Bildung und Haushaltseinkommen (vertikale Ungleichheiten) betrachtet. Die wichtigste Datenquelle, die eine Verknüpfung zwischen Gesundheit und gesundheitlichen Dimensionen einerseits und sozioökonomischen Verhältnissen andererseits erlaubt, ist die österreichische Gesundheitsbefragung.

Die EU-SILC-Erhebung ist per se eine wichtige Datenquelle für Chancengerechtigkeit und erlaubt darüber hinaus die Verknüpfung von Gesundheit und sozioökonomischen Dimensionen. Bei anderen wichtigen Datenquellen, etwa der Todesursachenstatistik, die die Basis für die Berechnung der Lebenserwartung darstellt, ist eine routinemäßige Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen nicht möglich. Fallweise gibt es dazu Sonderauswertungen/Publicationen von Statistik Austria (Klotz 2007; Klotz/Doblhammer 2008). Bei anderen Datenquellen (z. B. Krebsstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten) wiederum ist (derzeit) keine Verknüpfung mit sozioökonomischen Variablen möglich.