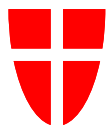


# Lebensqualität in einer wachsenden Stadt

Gesundheit, soziale Unterstützung  
und Pflege

Wiener Lebensqualitätsstudie 2018 –  
Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung III



**Stadt  
Wien**

Stadtentwicklung  
und Stadtplanung



**universität  
wien**

**IFES**

Dr. Bernhard Riederer

Institut für Soziologie  
Universität Wien  
Rooseveltplatz 2  
1090 Wien

Wien, 20. Januar 2020

### Forschungskooperation

Titel: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung für Wien III

Projektbezeichnung: Lebensqualität in einer wachsenden Stadt

### Kooperationspartner

- Stadt Wien (vertreten durch die Magistratsabteilung 18)  
Koordination: SR Ing. Mag. Johannes Gielge
- Universität Wien (vertreten durch das Institut für Soziologie)  
Projektleitung: Univ.-Prof. Dr. Roland Verwiebe / Univ.-Prof. Dr. Jörg Flecker
- Datenerhebung (im Auftrag der Universität Wien): Institut für Empirische Sozialforschung  
Projektleitung: Dr. Gert Feistritzer

### Zitat

Riederer, Bernhard (2020): Lebensqualität in einer wachsenden Stadt: Gesundheit, soziale Unterstützung und Pflege. Teilbericht an die Stadt Wien. Wien: Universität Wien, Institut für Soziologie.

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Allgemeine Gesundheit und körperliche Beeinträchtigung</b> .....	<b>6</b>
1.1. <i>Die Entwicklung der Zufriedenheit mit der Gesundheit</i> .....	6
1.2. <i>Der allgemeine Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit)</i> .....	8
1.3. <i>Körperliche Beeinträchtigung</i> .....	15
1.4. <i>Körperliche Beeinträchtigung und Zufriedenheit mit dem Leben (in Wien)</i> .....	19
1.5. <i>Gesundheitsversorgung: Leistbarkeit von Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten</i> .....	20
<b>2. Psychisches Wohlbefinden und Gesundheit</b> .....	<b>23</b>
2.1. <i>Psychisches Wohlbefinden: Geschlecht, Alter, Haushalt, Bildung</i> .....	23
2.2. <i>Psychisches Wohlbefinden: Lebensstile, Einkommen, Migrationshintergrund</i> .....	25
2.3. <i>Psychisches Wohlbefinden: Erwerbstätigkeit, berufliche Position, Pflege</i> .....	26
2.4. <i>Zusammenhänge zwischen psychischem Wohlbefinden und der körperlichen sowie der allgemeinen Gesundheit</i> .....	28
2.5. <i>Determinanten des psychischen Wohlbefindens</i> .....	29
<b>3. Soziale Unterstützung und Alter</b> .....	<b>35</b>
3.1. <i>Die Lebenssituation älterer Menschen</i> .....	35
3.2. <i>Dimensionen sozialer Unterstützung</i> .....	38
3.3. <i>Unterschiede in der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung</i> .....	39
<b>4. Betreuung und Pflege</b> .....	<b>42</b>
4.1. <i>Ausmaß und Orte geleisteter Betreuung und Pflege</i> .....	42
4.2. <i>Wer wird von wem betreut? Formelle und informelle Betreuung</i> .....	45
4.3. <i>Wer betreut? Charakteristika nicht betreuender und betreuender Personen</i> .....	49
<b>5. Die Beurteilung des Wiener Gesundheits- und Betreuungssystems</b> .....	<b>52</b>
5.1. <i>Die Zufriedenheit mit dem Wiener Gesundheits- und Betreuungssystem</i> .....	52
5.2. <i>Die Beurteilung des Wiener Gesundheitswesens</i> .....	52
5.3. <i>Die Beurteilung des Betreuungsangebots für ältere Menschen</i> .....	55
<b>6. Zusammenfassung und Fazit</b> .....	<b>57</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>59</b>
<b>Appendix</b> .....	<b>61</b>
<b>Datenbasis</b> .....	<b>63</b>

## Einleitung

Der vorliegende Bericht thematisiert Gesundheit, Pflege, soziale Unterstützung und Alter in Wien. Diese Themen sind für jedes einzelne Individuum wie auch insgesamt für die Gesellschaft von großer Relevanz. Sowohl die physische Gesundheit als auch die psychische Gesundheit sind mit unterschiedlichen Aspekten der Lebensqualität und darüber hinaus mit der sozialen und beruflichen Integration eng verknüpft. Wer nicht gesund ist, fühlt sich nicht nur schlecht, sie oder er hat es auch darüber hinaus im Leben zumeist schwerer.

Das erste Kapitel des vorliegenden Berichts setzt sich mit der allgemeinen (subjektiven) Gesundheit und der Betroffenheit durch Einschränkungen aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen auseinander, das zweite Kapitel legt den Fokus auf das psychische Wohlbefinden. Doch was bedeutet Gesundheit? Diese Frage ist nicht ganz einfach zu beantworten. Während ein biomedizinischer Zugang den Zustand des Körpers in den Mittelpunkt rückt und Gesundheit tendenziell mit der Abwesenheit von Krankheit gleichsetzt, zielt etwa ein soziologischer Zugang stärker auf die Leistungsfähigkeit im Rahmen gesellschaftlicher Verpflichtungen ab (Erfüllung von Rollenerwartungen) (vgl. Hehlmann et al. 2018, Hurrelmann & Richter 2013, Richter & Hurrelmann 2016). Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ und meint damit explizit „nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946).<sup>1</sup> Eine damit eng verbundene Frage ist, wie Gesundheit anhand objektiver und/oder subjektiver Indikatoren gemessen wird. In diesem Bericht wird sowohl auf die subjektive Einschätzung der persönlichen Gesundheit insgesamt als auch auf das Vorliegen von körperlichen Beeinträchtigungen als Indikator physischer Gesundheit eingegangen. Zudem wird das psychische Wohlbefinden über das Vorhandensein von Symptomen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen ermittelt.<sup>2</sup>

In den ersten beiden Kapiteln werden in der Folge unter anderem die Entwicklung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit im Zeitverlauf, der Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Gesundheit, die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten sowie die soziale Ungleichheit der Gesundheit in Wien analysiert und diskutiert. Gerade die bestehende Ungleichheit in der Gesundheit weist auf wichtige sozialpolitische Herausforderungen hin (Hehlmann et al. 2018, Mielck 2005, Richter & Hurrelmann 2009).

Obwohl die Stadt Wien sich in den letzten Jahren vor allem durch die Zuwanderung junger Menschen stark verändert hat, nimmt auch die Bevölkerung in fortgeschrittenem und höherem Alter in Wien zu (Magistratsabteilung 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik 2018). Das Altern stellt Individuen wie Gesellschaft vor große Herausforderungen. Politische Strategien, das „aktive Altern“ zu unterstützen (siehe z.B. Boudiny 2013, Walker & Maltby 2012), sind ebenso gefragt wie institutionelle Antworten auf einen zu erwartenden höheren Pflege- und

---

<sup>1</sup> Die Präambel zur Verfassung der WHO von 1946 enthält gleich am Beginn folgende Definition: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (siehe <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

<sup>2</sup> Auch dies steht im Einklang mit der WHO, die „Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genesungsfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen“ als mögliche Kennzeichen einer Depression bezeichnet (siehe <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>).

Betreuungsbedarf. Umso mehr interessiert ein Blick auf die Lebenssituation älterer Menschen und eine Bestandsaufnahme der Pflegearbeit.

Das dritte Kapitel beschreibt kurz die spezifische Lebenssituation älterer Menschen und geht in der Folge auf die Verfügbarkeit sozialer Unterstützungsnetzwerke ein. Kapitel 4 befasst sich daraufhin mit dem Thema der Betreuung und Pflege erwachsener Personen. Hier wird der Frage nachgegangen, wer wie viel an unbezahlter Pflege- und Betreuungsarbeit leistet. Im Anschluss daran wird die Nutzung von informeller und formeller Pflege betrachtet.

Im fünften Kapitel wird die Beurteilung des Wiener Gesundheits- und Betreuungssystems analysiert. Zunächst wird die Entwicklung der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen, der Nähe zu Gesundheitseinrichtungen und dem Betreuungsangebot für ältere Menschen in den letzten 15 Jahren betrachtet, bevor explizit darauf eingegangen wird, welche Bevölkerungsgruppen mit dem Gesundheitswesen und dem Betreuungsangebot für ältere Menschen zufriedener und welche damit unzufriedener sind.

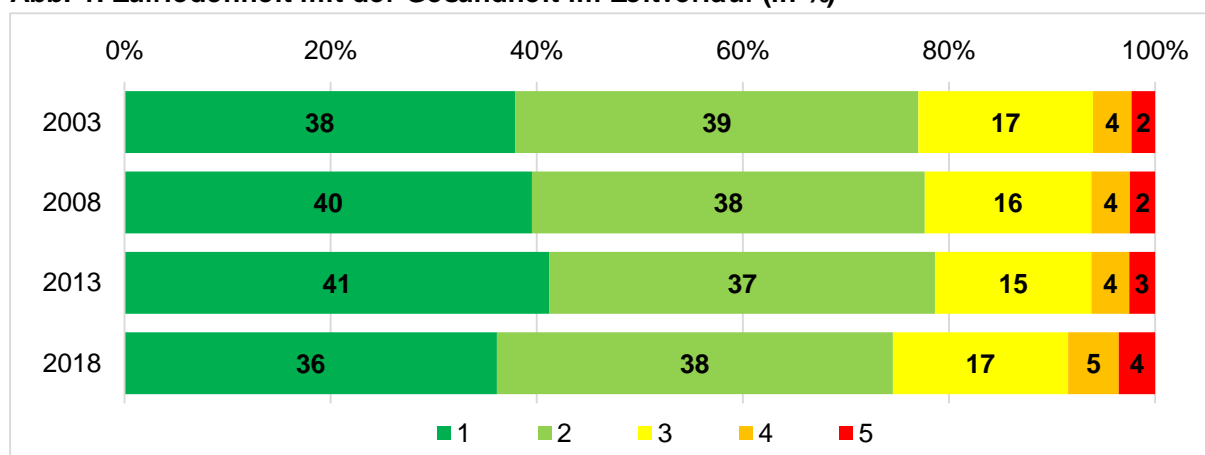
## 1. Allgemeine Gesundheit und körperliche Beeinträchtigung

Das erste Kapitel des vorliegenden Teilberichts beschäftigt sich mit verschiedenen Aspekten der Gesundheit der Befragten. Zunächst wird die Entwicklung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit seit 2003 untersucht, bevor auf die allgemeine (subjektive) Gesundheit und Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen im Jahr 2018 eingegangen wird.

### 1.1. Die Entwicklung der Zufriedenheit mit der Gesundheit

Generell blieb die Beurteilung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit im Zeitverlauf (2003 bis 2018) sehr stabil. Zu allen vier Erhebungszeitpunkten waren zwischen 74 und 78 Prozent der befragten Wienerinnen und Wiener mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden oder zufrieden, wobei die meisten positiven Bewertungen 2013 zu verzeichnen waren (vgl. Abb. 1).

**Abb. 1: Zufriedenheit mit der Gesundheit im Zeitverlauf (in %)**



Quelle: WLQ Studien 2003-2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). 1 = sehr zufrieden, 5 = überhaupt nicht zufrieden.

Betrachtet man die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand nach Altersgruppen, zeigen sich jedoch unterschiedliche Trends (siehe Tab. 1). Während der Anteil an den mit ihrem Gesundheitszustand zufriedenen Personen bei den Wienerinnen und Wienern unter 60 Jahren leicht zurückging, nahm er bei den Personen ab 60 Jahren um rund 8 Prozentpunkte zu (von 63 Prozent im Jahr 2003 auf 71 Prozent im Jahr 2018).

Eine Betrachtung nach Geschlecht (Tab. 1) zeigt, dass die Männer in der Vergangenheit im Durchschnitt geringfügig zufriedener mit ihrer Gesundheit waren als die Frauen, sich aber auch das 2018 umkehrt. Diese Unterschiede sind allerdings stets minimal. Interessant ist im Hinblick auf Geschlechterunterschiede vielmehr, dass die bereits erwähnten Änderungen in der Zufriedenheit nach Altersgruppen bei den Frauen stärker ausfallen als bei den Männern (für Details siehe Tabelle A.1 im Appendix).

Deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand zeigen sich nach dem Migrationshintergrund. In diesem Kontext spielt die Kombination aus der Herkunft der

Zugewanderten und der Unterscheidung zwischen der ersten und der zweiten Generation<sup>3</sup> eine entscheidende Rolle. Vor allem die Einwanderer aus der Türkei (1. Generation) sind mit ihrer Gesundheit deutlich unzufriedener als andere Gruppen, während ihre Kinder (2. Generation) eher zu den zufriedeneren Gruppen zählen.

**Tab. 1: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand? (Note 1 und 2 in %)**

	2003	2008	2013	2018
<b>Alter</b>				
unter 30	89	89	90	81
30 bis 44 Jahre	83	81	83	77
45 bis 59 Jahre	75	75	77	69
60 und älter	63	67	67	71
<b>Geschlecht</b>				
männlich	79	79	80	74
weiblich	75	76	77	76
sonstige*	-	-	-	55
<b>Migrationshintergrund</b>				
Österreich	78	78	79	73
1. Generation	71	75	77	75
Türkei	69	60	70	62
EU-15	78	77	83	82
restliches Europa	67	76	75	76
andere Regionen	81	77	85	76
2. Generation	77	79	79	77
Türkei	83	75	82	73
EU-15	76	80	80	74
restliches Europa	76	79	77	80
andere Regionen	81	81	82	80

Anmerkung: \* Diese Kategorie wurde 2018 zum ersten Mal berücksichtigt (N=11).

Quelle: WLQ Studien 2003-2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Prozentwerte, Summe über die Antwortkategorien „sehr zufrieden“ und „zufrieden“.

Anhand des gepoolten Samples aller Wellen wurde für diesen Teilbericht auch eine Analyse der Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geburtskohorten vorgenommen (Geburtsjahrgänge 1920-24, 1925-29, 1930-35 ..., 1990-94, 1995-99). Deskriptiv zeigt sich hier, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand ab der Geburtskohorte 1930-35 bis zur Geburtskohorte 1985-89 stetig zunimmt. Um ggf. bestehende „Generationeneffekte“ festzustellen zu können, müssen jedoch Alter, Erhebungszeitpunkt und Geburtskohorte simultan berücksichtigt werden. Ansonsten könnte es sich um reine Alters- oder Periodeneffekte handeln (vgl. Schröder 2018).<sup>4</sup> In Regressionsanalysen, die das Geschlecht, das Alter bei der Erhebung, die Erhebungswelle sowie den Migrationshintergrund berücksichtigen (nicht tabellarisch dargestellt), zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geburtskohorten

<sup>3</sup> Der Migrationshintergrund wird wie folgt definiert: Zur ersten Generation zählen Personen, die selbst im Ausland geboren wurden. Die zweite Generation bezeichnet Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind oder zum Zeitpunkt der Zuwanderung nach Österreich nicht älter als sechs Jahre alt waren (sog. BildungsinländerInnen).

<sup>4</sup> Vereinfacht ausgedrückt bezeichnen *Alterseffekte* Unterschiede zwischen Altersgruppen, *Periodeneffekte* Unterschiede nach Erhebungszeitpunkten und *Generationeneffekte* zeitlich (mit zunehmendem Alter) weitgehend stabil bleibende Unterschiede zwischen zu unterschiedlichen Zeitpunkten geborenen Personen. Oft wird bei Vergleichen von Studien aus früheren Tagen mit Jugendstudien jüngerer Datums oder Vergleichen von Jung und Alt in Querschnitterhebungen von Unterschieden zwischen der Großeltern- und/ oder der Elterngeneration und der nachfolgenden Generation gesprochen, obwohl es sich nur um zeitliche Trends (z.B. Mode) oder reine Alterseffekte handeln könnte. So werden sich im Laufe der Jahre auch die Vorlieben der Elterngeneration geändert haben, und jüngere Personen dürften ihre Einstellung mit zunehmendem Alter ebenfalls verändern.

in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand. Dieser Befund spricht gegen einen „Generationeneffekt“.<sup>5</sup>

## 1.2. Der allgemeine Gesundheitszustand (subjektive Gesundheit)

Neben der Zufriedenheit mit der Gesundheit wurde auch der allgemeine Gesundheitszustand der Wienerinnen und Wiener erhoben (Abb. 2). Dieser ist generell gut: Lediglich 6 Prozent sind im Jahr 2018 der Ansicht, dass ihr Gesundheitszustand schlecht oder sehr schlecht ist. Umgekehrt meinen 73 Prozent, dass dieser gut oder sehr gut ist. Zwischen den Geschlechtern existieren kaum Unterschiede: Rund drei Viertel der Frauen und Männer berichten eine sehr gute oder gute Gesundheit.<sup>6</sup> Auch die Unterschiede nach Migrationshintergrund sind sehr gering. Am wichtigsten für die subjektive Gesundheit scheinen Alter, Bildung und Einkommen zu sein.

Wenig überraschend korreliert ein fortgeschrittenes Alter mit einer schlechteren subjektiven Gesundheit. Als sehr gut oder gut stufen ihren Gesundheitszustand etwa 67 Prozent der Personen ab 60 Jahren ein, aber 79 Prozent der Personen unter 30. Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich den deskriptiven Befunden zufolge zwischen den Gruppen nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung: Während rund 85 Prozent der Absolventinnen und Absolventen eines Kollegs, einer Fachhochschule oder einer Universität einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand berichten, tun das unter den Personen, die maximal über einen Pflichtschulabschluss verfügen, 65 Prozent. Zudem ist das Haushaltseinkommen von großer Bedeutung: 60 Prozent der Personen mit einem monatlichen Nettoäquivalenzeinkommen bis 1.000 Euro bezeichnen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Bei den Personen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von mehr als 3.500 Euro im Monat sind es 87 Prozent.

Abgesehen von diesen sozialstrukturellen Merkmalen wurden in einem weiteren Schritt auch etwaige Differenzen in der Gesundheit nach Lebensführung (Lebensstil) und nach der Häufigkeit des Sportbetriebs geprüft. Lebensstile beziehen sich auf ein Muster an Verhaltensweisen und Ansichten über die Lebensführung. Zur Erfassung der *Lebensstile* ziehen wir ein bekanntes Konzept des Sozialwissenschaftlers Gunnar Otte (2008) heran, das von Stelzer und Heyse (2016) weiterentwickelt und von uns für die vorliegende, neueste Erhebung der Lebensqualitätsstudie mit Bezug auf das Leben in Wien noch einmal adaptiert wurde (siehe hierzu auch den Teilbericht zu Lebensstilen in Wien). Dabei werden anhand der Ausprägungen auf den Dimensionen *Ausstattungs niveau* und *biographische Route* zwölf Lebensstile unterschieden. Während sich die Dimension *Ausstattungs niveau* auf die Einstellungen zu den eigenen materiellen Ressourcen bezieht, erfasst die *biographische Route* die Bewertung von Veränderungen im Leben.

Das Ausstattungsniveau bezieht sich zwar nicht allein auf die Verfügbarkeit von Ressourcen, sondern vielmehr auf den subjektiven Umgang mit diesen Ressourcen. Dennoch ist – wie mit höherem Haushaltseinkommen – auch mit höherem Ausstattungsniveau im Durchschnitt ein

---

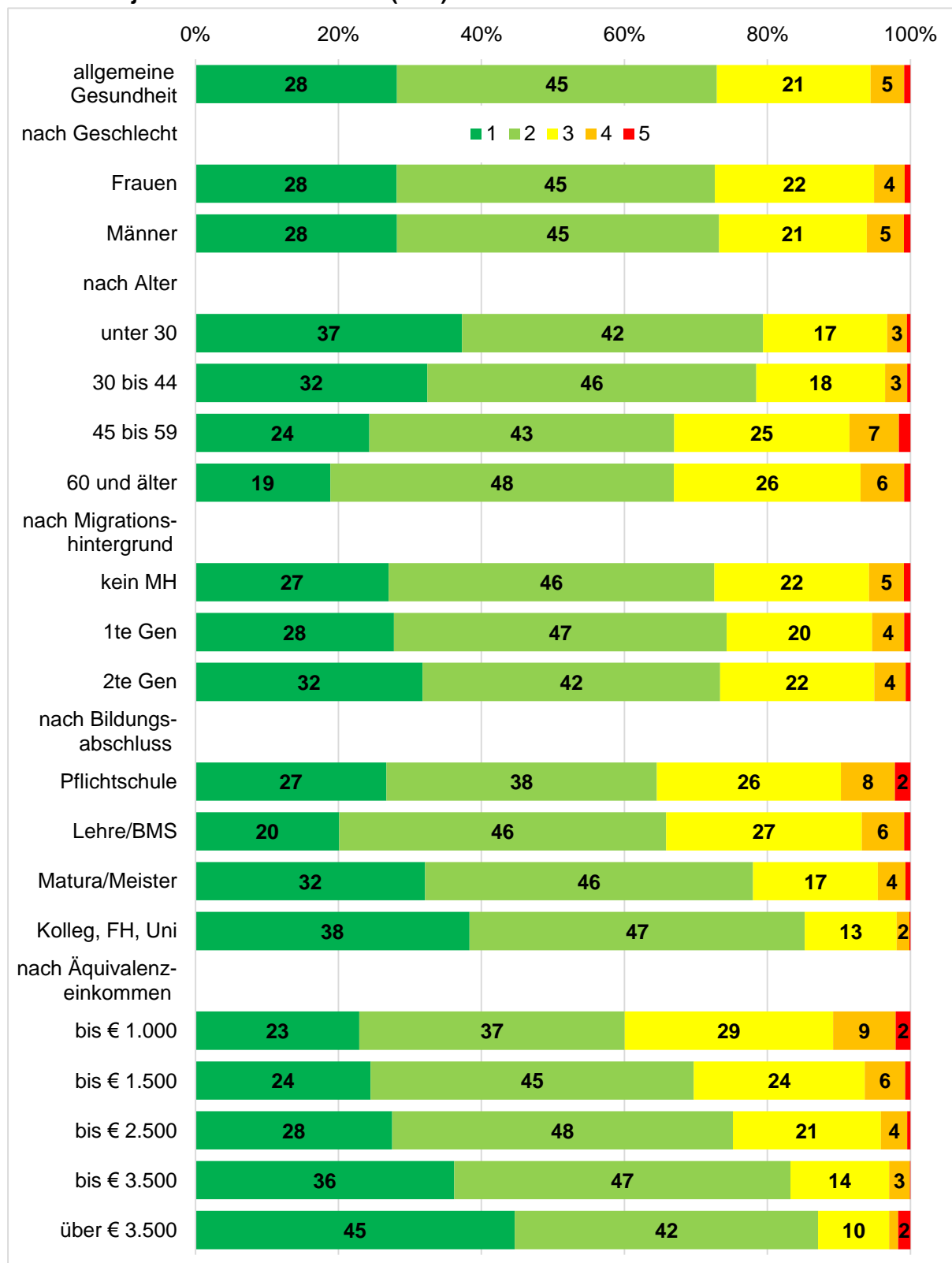
<sup>5</sup> In empirischen Studien, die Alter, Periode und Generation berücksichtigen, zeigen sich oft keine Unterschiede zwischen den Einstellungen der Nachkriegsgenerationen (vgl. Schröder 2018).

<sup>6</sup> Personen, die sich weder dem männlichen noch dem weiblichen, sondern einem anderen Geschlecht zugehörig fühlen, wurden in der Abbildung nicht berücksichtigt, da nur 9 gültige Antworten vorlagen (3 sehr gut, 3 gut, 2 mittelmäßig, 1 sehr schlecht).



besserer berichteter Gesundheitszustand verbunden (Tab. 2). Ähnliches gilt für die Dimension der biographischen Route. Hier geht es um die Einstellung zur eigenen Biographie, Änderungsbereitschaft und Offenheit für Neues (was teilweise mit dem Alter der Befragten korreliert). Je geschlossener eine Biographie ist, so zeigt sich nun empirisch, desto geringer ist im Durchschnitt die berichtete allgemeine Gesundheit.

Abb. 2: Subjektive Gesundheit 2018 (in %)



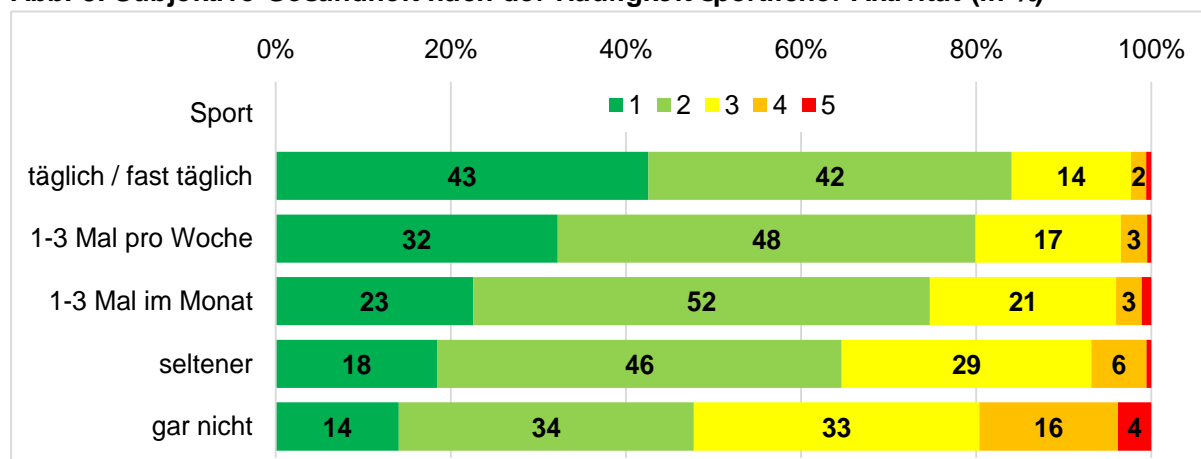
Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Allgemeine Gesundheit: Würden Sie sagen, Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist...? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (sehr gut = 1; 2 = gut; 3 = mittelmäßig; 4 = schlecht; sehr schlecht = 5).

**Tab. 2: Subjektive Gesundheit nach Lebensstil (Note 1 und 2 in %)**

	Biographische Schließung	Biographische Etablierung	Biographische Konsolidierung	Biographische Offenheit
<b>Gehobenes Ausstattungsniveau</b>	Gehoben-Konservative: 71	Statusbewusst-Arrivierte: 77	Leistungsbewusst-Intellektuelle: 80	Reflexive AvantgardistInnen: 84
<b>Mittleres Ausstattungsniveau</b>	Solide Konventionelle: 71	Statusorientiert-Bürgerliche: 72	Bürgerlich-Leistungsorientierte: 77	Expeditiv-Pragmatische: 81
<b>Niedriges Ausstattungsniveau</b>	Limitiert-Traditionelle: 57	Defensiv-Benachteiligte: 65	Konsum-MaterialistInnen: 65	Jugendkulturell Unterhaltungssuchende: 74

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Allgemeine Gesundheit: Würden Sie sagen, Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist...? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (sehr gut = 1; 2 = gut; 3 = mittelmäßig; 4 = schlecht; sehr schlecht = 5). Prozentwerte, Summe über die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“.

Weiterführende Berechnungen weisen jedoch darauf hin, dass Ausstattungsniveau und biographische Route unabhängig von Einkommen und Alter Effekte auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand haben.<sup>7</sup> Die Ergebnisse nach Lebensstil lassen sich zudem als Kulmination der Einflüsse der beiden Dimensionen auf die subjektive Gesundheitseinschätzung interpretieren: Ein niedrigeres Ausstattungsniveau und biographische Schließung führen beide zu schlechterer Gesundheit (nur 57 Prozent mit nach eigenen Angaben sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand bei den limitiert Traditionellen). Ein gehobenes Ausstattungsniveau und biographische Offenheit gehen beide mit besserer Gesundheit einher (84 Prozent bei den reflexiven Avantgardistinnen und Avantgardisten).

**Abb. 3: Subjektive Gesundheit nach der Häufigkeit sportlicher Aktivität (in %)**

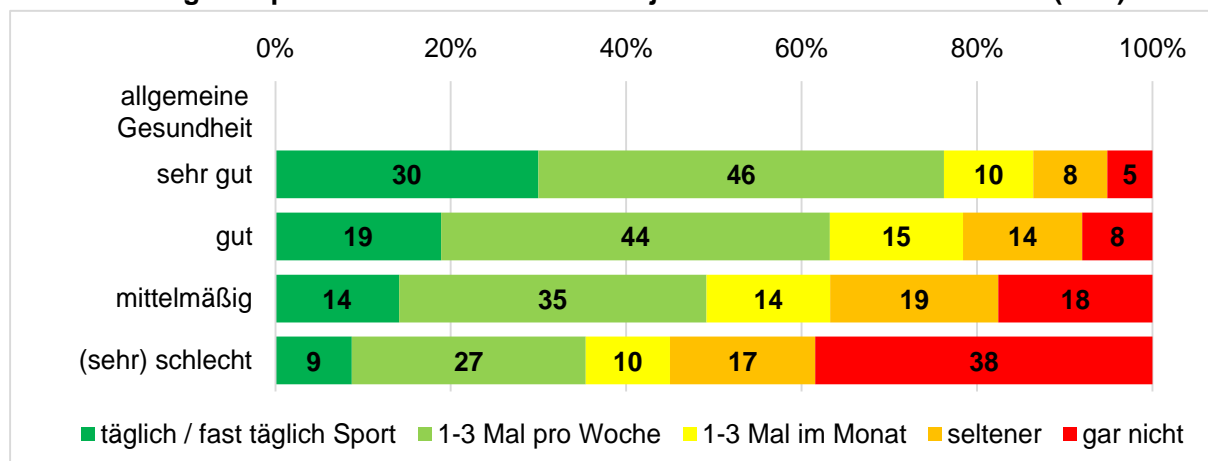
Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Allgemeine Gesundheit: Würden Sie sagen, Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist...? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (sehr gut = 1; 2 = gut; 3 = mittelmäßig; 4 = schlecht; sehr schlecht = 5).

<sup>7</sup> Auf logistischen Regressionsmodellen basierende statistische Tests (Karlson, Holm & Breen 2012) zeigen, dass der Einfluss der beiden Lebensstil-Dimensionen auf die subjektive Gesundheit zwar geringer wird, wenn das Äquivalenzeinkommen und das Alter berücksichtigt werden, deren Einflüsse aber weiterhin statistisch signifikant bestehen bleiben.

In einem weiteren Schritt wurde für diesen Teilbericht nun der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und sportlichen Aktivitäten untersucht (Lampert et al. 2005, Krug et al. 2012). Die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit des Sportbetriebs und der Einschätzung der allgemeinen Gesundheit erfolgt in einer gespiegelten Perspektive, d.h. sowohl die Einschätzung der eigenen Gesundheit als auch das Ausmaß der sportlichen Aktivität werden jeweils als abhängig bzw. unabhängig vom jeweils anderen Merkmal betrachtet. Grundsätzlich lässt sich zunächst festhalten, dass eine schwach positive Korrelation zwischen den beiden Variablen besteht ( $\rho = 0,26$ ;  $p < 0,001$ ): Je gesünder eine Person den eigenen Angaben zufolge ist, desto häufiger betreibt sie Sport. Oder: Je häufiger eine Person Sport betreibt, desto gesünder fühlt sie sich.

Detailliertere Analysen zeigen, dass 43 Prozent der Menschen, die täglich oder fast täglich Sport betreiben, aber nur 14 Prozent jener, die keinen Sport machen, angeben, über einen sehr guten Gesundheitszustand zu verfügen (Abb. 3). Umgekehrt betreiben rund 30 Prozent jener, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut einschätzen, täglich oder fast täglich Sport, während dies bei jenen, die ihn als sehr schlecht oder schlecht bezeichnen, lediglich 9 Prozent tun (Abb. 4).

**Abb. 4: Häufigkeit sportlicher Aktivität nach subjektivem Gesundheitszustand (in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht).

Um die bisher aufgezeigten bivariaten Zusammenhänge in einem multiplen Regressionsmodell zu überprüfen, kommt ein logistisches Modell für ordinale Daten zur Anwendung, das auf einer vierstufigen Variablen zur Erfassung der subjektiven Gesundheit beruht (aufgrund geringer Fallzahlen wurden die Werte 4 und 5 der Originalvariable zusammengefasst). In der Regressionsanalyse werden durchschnittliche Änderungen (sog. *Average Marginal Effects*, AME) berichtet, die mit unterschiedlichen Ausprägungen der erklärenden Variablen einhergehen. Positive (negative) AMEs bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit, einen sehr guten (bzw. guten, mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten) Gesundheitszustand zu berichten, in der betrachteten Gruppe höher (geringer) ist als in der jeweiligen Vergleichsgruppe (Tab. 3).<sup>8</sup>

Die Regressionsanalyse bestätigt, dass Personen mit leistungsbewusst-intellektuellem, expeditiv-pragmatischem oder reflexiv-avantgardistischem Lebensstil ihren Gesundheitszu-

<sup>8</sup> AMEs werden u.a. berichtet, da sie bei logistischen Modellen am ehesten über verschiedene Gruppen und Modelle hinweg vergleichbar sind (siehe u.a. Best & Wolf 2012, Mood 2010).

stand häufiger als sehr gut bezeichnen, während vor allem Personen mit limitiert-traditionellem oder konsum-materialistischen Lebensstil öfter nur einen mittelmäßigen oder gar schlechten Gesundheitszustand berichten. Von der deskriptiven Darstellung abweichend würden Frauen den Schätzungen zufolge bei gleichem Lebensstil und gleichen anderen Charakteristika im Durchschnitt über eine schlechtere subjektive Gesundheit verfügen als Männer.

**Tab. 3: Regressionsanalyse zur Erklärung der subjektiven Gesundheit**

Lesebeispiel: Die Tabelle zeigt Durchschnittseffekte (Average Marginal Effects, AME), die anhand der Ergebnisse eines ordinalen Regressionsmodells geschätzt wurden. Positive (negative) Koeffizienten zeigen im Vergleich zur Referenzkategorie größere (kleinere) Wahrscheinlichkeiten an, in eine bestimmte Kategorie der abhängigen Variable (hier: subjektive Gesundheit) zu fallen. Bei den Leistungsbewusst-Intellektuellen ist die Wahrscheinlichkeit einen sehr guten Gesundheitszustand zu berichten z.B. höher als bei den Gehoben-Konservativen (AME: +0,08). Gleichzeitig sind die Wahrscheinlichkeiten einer guten (-0,01), mittelmäßigen (-0,05) sowie (sehr) schlechten Gesundheit (-0,02) geringer.

Ordinale logistische Regression	Allgemeine Gesundheit			
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht/ sehr schlecht
<b>Einflussfaktoren</b>				
Lebensstil: Gehoben-Konservative		Ref.		
Statusbewusst-Arrivierte	0,04	0,00	-0,03	-0,01
Leistungsbewusst-Intellektuelle	0,08 ***	-0,01 **	-0,05 ***	-0,02 ***
Reflexive AvantgardistInnen	0,12 ***	-0,02 ***	-0,07 ***	-0,02 ***
Solide Konventionelle	0,00	0,00	0,00	0,00
Statusorientierte Bürgerliche	0,00	0,00	0,00	0,00
Bürgerlich-Leistungsorientierte	0,02	0,00	-0,02	-0,01
Expeditiv-Pragmatische	0,08 ***	-0,01 **	-0,05 ***	-0,02 ***
Limitiert-Traditionelle	-0,05 **	-0,01 *	0,04 **	0,02 **
Defensiv-Benachteiligte	-0,03	0,00	0,03	0,01
Konsum-MaterialistInnen	-0,05 *	-0,01	0,04 **	0,02 *
Jugendkulturell-Unterhaltungsorientierte	0,04	0,00	-0,03	-0,01
Gender: männlich		Ref.		
weiblich	-0,03 ***	0,00	0,02 ***	0,01 ***
sonstige	0,04	-0,01	-0,02	-0,01
Alter: unter 30		Ref.		
30 bis 44 Jahre	-0,03 *	0,01	0,02 *	0,01 *
45 bis 59 Jahre	-0,10 ***	0,00	0,07 ***	0,03 ***
60 und älter	-0,04	0,01	0,02	0,01
Migrationshintergrund: keiner		Ref.		
2. Generation	-0,02	0,00	0,01	0,00
1. Generation	0,00	0,00	0,00	0,00
Bildung: Pflichtschule		Ref.		
Lehre/BMS	0,01	0,00	-0,01	0,00
Matura/Meister*in	0,06 ***	0,00	-0,05 ***	-0,02 ***
Universität, Fachhochschule, Kolleg	0,11 ***	-0,01 ***	-0,07 ***	-0,03 ***
Erwerbstätigkeit: ArbeitnehmerIn		Ref.		
Selbständige	0,00	0,00	0,00	0,00
Arbeitslose	-0,14 ***	0,00	0,11 ***	0,04 ***
in Ausbildung	0,01	0,00	-0,01	0,00
PensionistIn	-0,13 ***	0,00	0,10 ***	0,03 ***
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	-0,16 ***	-0,01	0,13 ***	0,05 ***
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts		Ref.		
bis € 1.000		Ref.		
bis € 1.500	0,04 **	0,00	-0,03 **	-0,01 **
bis € 2.500	0,08 ***	0,00	-0,06 ***	-0,02 ***
bis € 3.500	0,13 ***	-0,01	-0,09 ***	-0,03 ***
über € 3.500	0,18 ***	-0,02 *	-0,11 ***	-0,04 ***
Häufigkeit sportlicher Aktivität		Ref.		
täglich oder fast täglich		Ref.		
ein bis drei Mal pro Woche	-0,09 ***	0,03 ***	0,05 ***	0,01 ***
ein bis drei Mal im Monat	-0,16 ***	0,03 ***	0,10 ***	0,03 ***
seltener	-0,18 ***	0,02 ***	0,12 ***	0,04 ***
gar nicht	-0,24 ***	-0,01	0,18 ***	0,07 ***
nicht gefragt (anderer Split)	-0,11 ***	0,03 ***	0,06 ***	0,02 ***

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht); N = 8.314; Pseudo R<sup>2</sup> = 7,05; Signifikanzniveaus: + p < 0,1; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; allgemeine Gesundheit: Würden Sie sagen, Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist...? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (sehr gut = 1; 2 = gut; 3 = mittelmäßig; 4 = schlecht; sehr schlecht = 5).

Ein vergleichbarer Effekt lässt sich auch für die älteste Altersgruppe beobachten, deren Einschätzung des Gesundheitszustandes sich im Modell nicht mehr signifikant von jener der jüngsten Altersgruppe unterscheidet, während höheres Alter ansonsten mit schlechterer berichteter Gesundheit einhergeht. Hier dürfte vor allem die explizite Berücksichtigung der Pensionierung eine Rolle spielen. Denn Pensionistinnen und Pensionisten finden sich häufiger in der Gruppe der Personen, die eine mittelmäßige oder schlechtere Gesundheit berichten. Zudem beurteilen nicht erwerbstätige Personen ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt eindeutig schlechter als erwerbstätige Personen. Das könnte zum Teil aber natürlich auch daran liegen, dass Personen mit gesundheitlichen Problemen öfter Schwierigkeiten haben, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, als Personen ohne solche.

Der Migrationshintergrund erweist sich – wie bereits in den deskriptiven Analysen – als irrelevant für die durchschnittlich berichtete subjektive Gesundheit. Hingegen bestätigen sich die positiven Einflüsse höherer Bildung, eines höheren Einkommens und der größeren Häufigkeit sportlicher Betätigung. Gerade bei der Häufigkeit sportlicher Aktivitäten zeigen sich besonders große Unterschiede: Wer nicht Sport betreibt, hat dem Modell zufolge im Durchschnitt eine 24 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit, über eine nach eigenen Angaben sehr gute Gesundheit zu verfügen, als eine Person, die täglich oder fast täglich Sport betreibt. Dafür ist die Wahrscheinlichkeit, einen nur mittelmäßigen Gesundheitszustand vorzuweisen, um 18 Prozentpunkte höher. Das Risiko einer schlechten oder sehr schlechten subjektiven Gesundheit steigt um 7 Prozentpunkte an.

Neben der sportlichen Aktivität zeigen sich auch beim Nettoäquivalenzeinkommen und der Erwerbstätigkeit größere Effekte. So ist im Durchschnitt die Chance, in der eigenen Wahrnehmung über eine sehr gute Gesundheit zu verfügen, bei Arbeitslosen um 14 Prozentpunkte geringer als bei Beschäftigten und bei Personen aus Haushalten mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von über 3.500 Euro um 18 Prozentpunkte höher als bei Personen aus Haushalten mit bis zu 1.000 Euro monatlichem Nettoäquivalenzeinkommen.

### 1.3. Körperliche Beeinträchtigung

Das Vorhandensein einer körperlichen Beeinträchtigung (z.B. beim Hören, Sehen, Gehen, Heben) wurde in der Lebensqualitätsstudie über zwei Fragen erhoben. Zunächst wurde gefragt, ob eine körperliche Beeinträchtigung vorliegt (ja/ nein). Danach wurden jene, die ein Vorliegen einer körperlichen Beeinträchtigung bejahten, darum gebeten, die Schwere dieser Beeinträchtigung anzugeben (stark/ etwas/ wenig bis gar nicht eingeschränkt). Für die vorliegenden Betrachtungen wurden die Antworten auf beide Fragen miteinander verbunden.<sup>9</sup> Insgesamt zeigt sich, dass bei 69 Prozent der Wienerinnen und Wiener keine körperliche Beeinträchtigung vorliegt (Abb. 5). Bei etwa 12 Prozent liegt eine Beeinträchtigung vor, die kaum Einschränkungen mit sich bringt. Circa 13 Prozent der Befragten haben eine körperliche Beeinträchtigung, die sie etwas einschränkt, und 6 Prozent fühlen sich durch ihre körper-

---

<sup>9</sup> Die Aufteilung auf zwei Fragen ist deshalb sinnvoll, da bei Auflistung der Antwortmöglichkeiten in einer Frage einige Personen dazu tendieren, eine Beeinträchtigung mit geringen Folgen anzugeben, aber bei der Aufteilung auf zwei Fragen anführen, dass keine körperliche Beeinträchtigung vorliegt.

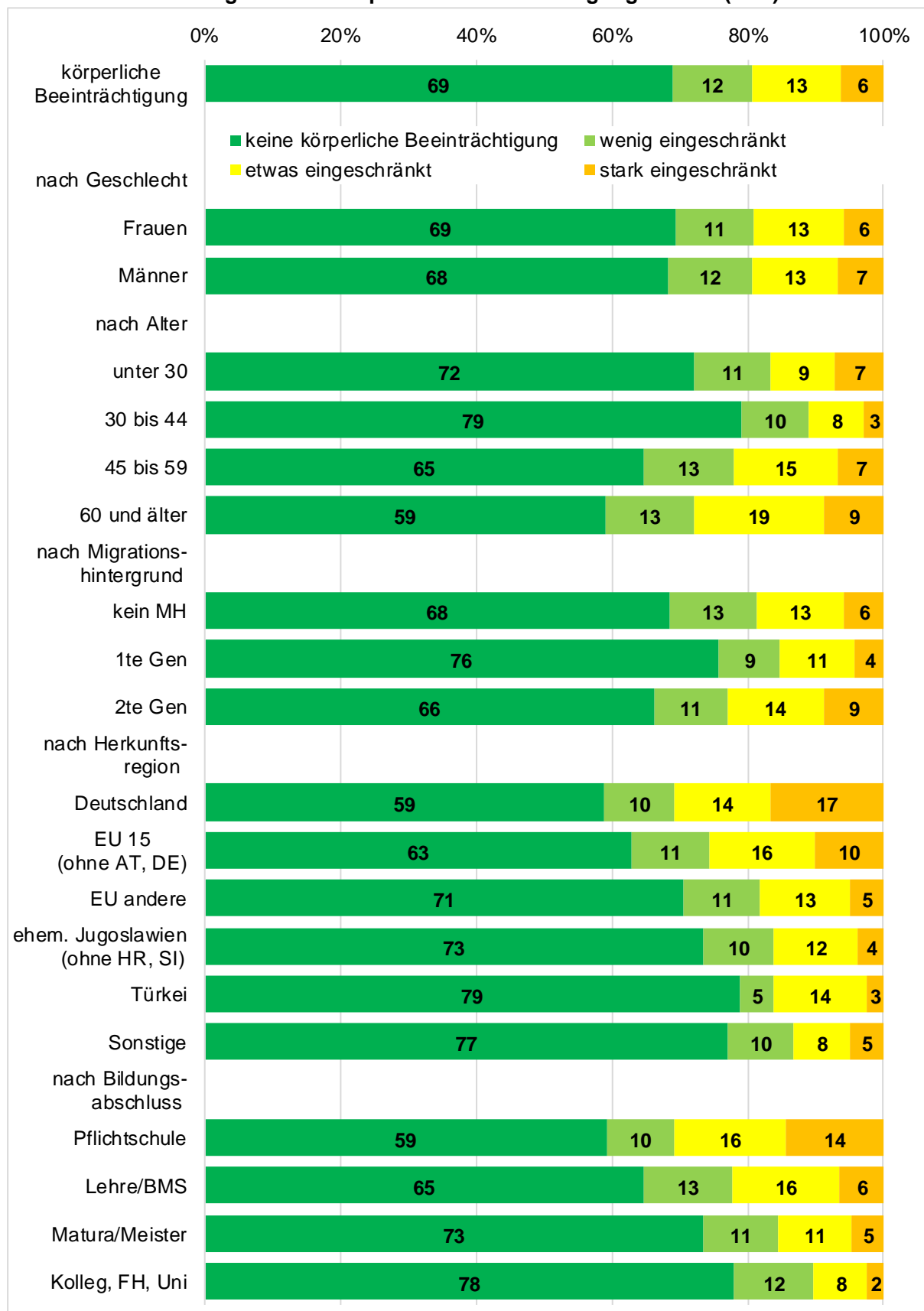
liche Beeinträchtigung stark eingeschränkt. Unterschiede nach Geschlecht bestehen bei dieser Frage nicht.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Von 11 Befragten, die ein anderes Geschlecht als das weibliche oder männliche angaben, berichten 7 keine körperliche Beeinträchtigung, 2 eine Beeinträchtigung mit geringer bis keiner Einschränkung, 2 eine Beeinträchtigung und starke Einschränkung.

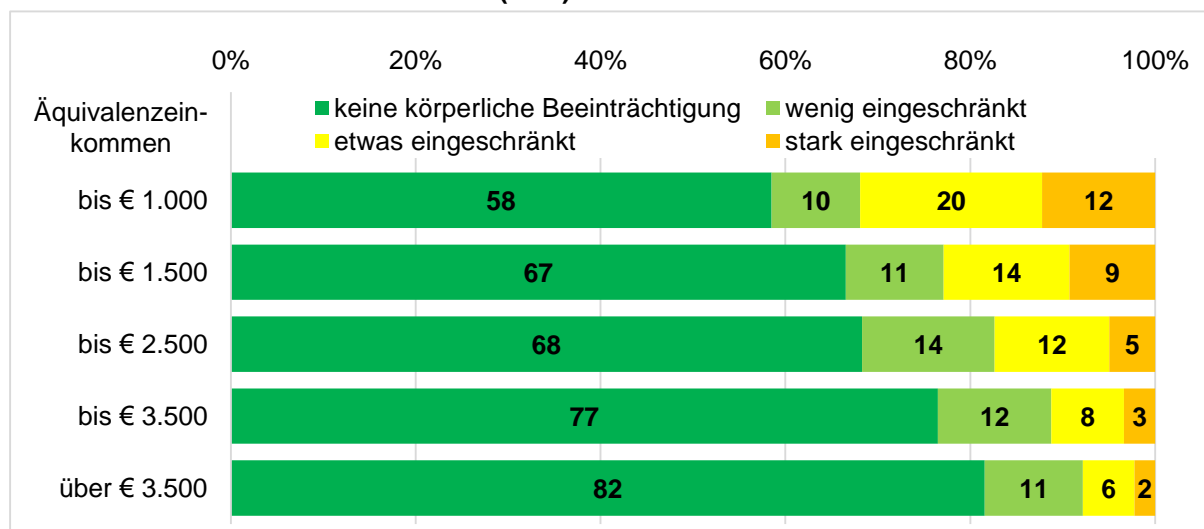


Abb. 5: Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen 2018 (in %)



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Körperliche Beeinträchtigung: 1. Haben Sie eine körperliche Beeinträchtigung – also zum Beispiel beim Hören, Sehen, Gehen, Stehen, Sitzen, Greifen oder Heben? (nein/ ja) Falls ja: 2. Wie sehr sind Sie dadurch – seit zumindest 12 Monaten – bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (wenig bis gar nicht eingeschränkt/ etwas eingeschränkt/ stark eingeschränkt).

**Abb. 6: Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen nach monatlichem Äquivalenzeinkommen des Haushalts 2018 (in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Körperliche Beeinträchtigung: 1. Haben Sie eine körperliche Beeinträchtigung – also zum Beispiel beim Hören, Sehen, Gehen, Stehen, Sitzen, Greifen oder Heben? (nein/ ja) Falls ja: 2. Wie sehr sind Sie dadurch – seit zumindest 12 Monaten – bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (wenig bis gar nicht eingeschränkt/ etwas eingeschränkt/ stark eingeschränkt).

Erwartungsgemäß sind ältere Menschen stärker von Beeinträchtigungen und daraus resultierenden Einschränkungen betroffen als jüngere. Immerhin 59 Prozent der Personen ab 60 Jahren berichten über keine körperliche Beeinträchtigung, während lediglich 9 Prozent mit einer Beeinträchtigung leben, die sie stark einschränkt. Auch der Migrationshintergrund spielt hier eine Rolle. Zugewanderte der ersten Generation (durchschnittlich 44 Jahre alt) berichten seltener Beeinträchtigungen als Angehörige der zweiten Generation (37 Jahre) oder Personen ohne Migrationshintergrund (49 Jahre). Die Betrachtung nach Herkunftsregion zeigt, dass vor allem Befragte, die aus Deutschland oder anderen EU-15-Ländern stammen, körperliche Beeinträchtigungen aufweisen, während diese bei Personen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens (ohne EU-Mitglieder Kroatien und Slowenien), der Türkei oder anderen Ländern seltener vorkommen.

Es zeigen sich zudem Unterschiede in der Betroffenheit durch körperliche Beeinträchtigungen nach Bildungsniveau. Während 78 Prozent der Personen mit Kolleg, Fachhochschulabschluss oder Universitätsstudium keine Beeinträchtigung aufweisen, sind es bei Personen, die maximal über einen Pflichtschulabschluss verfügen, lediglich 59 Prozent. Nur etwa 2 Prozent der Hochgebildeten, aber rund 14 Prozent der Personen mit Pflichtschulabschluss oder geringerer formaler Bildung werden von ihren körperlichen Beeinträchtigungen stark eingeschränkt (Abb. 5). Darüber hinaus sind Personen aus Haushalten mit einem geringeren Nettoäquivalenzeinkommen häufiger von körperlichen Beeinträchtigungen betroffen als Personen aus Haushalten mit höherem Einkommen (Abb. 6).

In ordinalen Regressionsanalysen bestätigen sich die besprochenen Unterschiede nach Alter, Migrationshintergrund (1. und 2. Generation), Bildungsabschluss und Haushaltseinkommen (Tab. 4). Darüber hinaus würden Frauen der Regression zufolge im Durchschnitt häufiger Beeinträchtigungen aufweisen, wenn es in den sonstigen einbezogenen Charakteristika keine Unterschiede zu den Männern gäbe. Der größte Unterschied in der Regression zeigt sich zwischen Haushalten mit bis zu 1.000 Euro und Haushalten mit mehr als 3.500 Euro pro

Monat. Er beträgt den Schätzungen des Modells zufolge trotz Kontrolle anderer Charakteristika rund 24 Prozentpunkte.

**Tab. 4: Regressionsanalyse zum Auftreten körperlicher Beeinträchtigungen**

Lesebeispiel: Die Tabelle zeigt Durchschnittseffekte (Average Marginal Effects, AME), die anhand der Ergebnisse eines ordinalen Regressionsmodells geschätzt wurden. Positive (negative) Koeffizienten zeigen im Vergleich zur Referenzkategorie größere (kleinere) Wahrscheinlichkeiten an, in eine bestimmte Kategorie der abhängigen Variable (hier: Gesundheit) zu fallen. Bei Personen in einem Alter von 60 oder mehr Jahren ist die Wahrscheinlichkeit, dass keine körperliche Beeinträchtigung vorliegt, z.B. geringer als bei Personen unter 30 (AME: -0,19). Die Wahrscheinlichkeiten, durch körperliche Beeinträchtigungen ein wenig (0,05), etwas (0,08) oder stark (0,05) eingeschränkt zu sein, sind bei den Personen ab 60 im Gegenzug höher als bei den Personen unter 30.

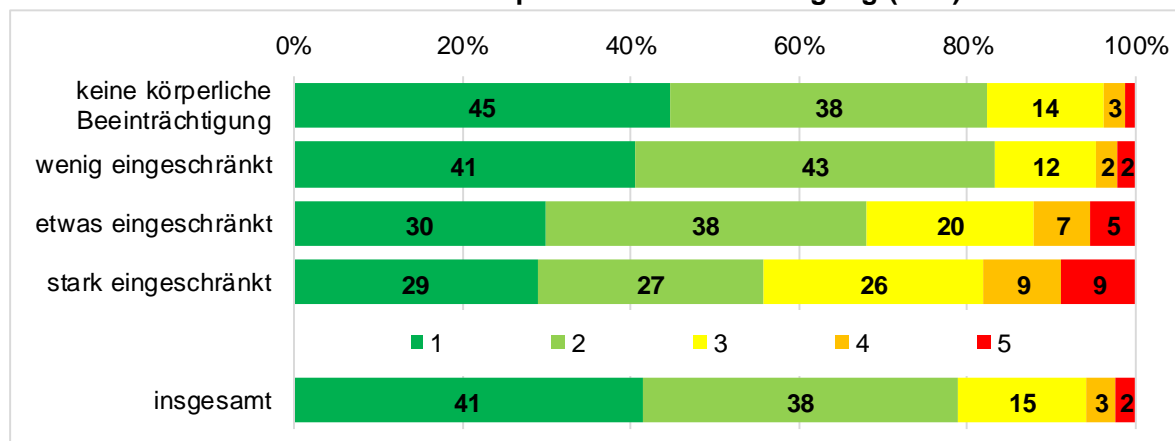
Ordinale logistische Regression	Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigung			
	keine körperliche Beeinträchtigung	wenig eingeschränkt	etwas eingeschränkt	stark eingeschränkt
<b>Einflussfaktoren</b>				
Gender: männlich		Ref.		
weiblich	-0,03 **	0,01 **	0,01 **	0,01 **
sonstige	-0,07	0,02	0,03	0,02
Alter: unter 30		Ref.		
30 bis 44 Jahre	0,00	0,00	0,00	0,00
45 bis 59 Jahre	-0,13 ***	0,04 ***	0,06 ***	0,03 ***
60 und älter	-0,19 ***	0,05 ***	0,08 ***	0,05 ***
Migrationshintergrund		Ref.		
kein Migrationshintergrund		Ref.		
2. Generation	-0,05 ***	0,01 ***	0,02 ***	0,01 ***
1. Generation	0,05 ***	-0,02 ***	-0,02 ***	-0,01 ***
Bildung: Pflichtschule		Ref.		
Lehre/BMS	0,11 ***	-0,02 ***	-0,05 ***	-0,04 ***
Matura/Meister*in	0,18 ***	-0,04 ***	-0,08 ***	-0,05 ***
Universität, Fachhochschule, Kolleg	0,20 ***	-0,05 ***	-0,09 ***	-0,06 ***
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts		Ref.		
bis € 1.000		Ref.		
bis € 1.500	0,09 ***	-0,02 ***	-0,04 ***	-0,03 ***
bis € 2.500	0,13 ***	-0,03 ***	-0,06 ***	-0,04 ***
bis € 3.500	0,18 ***	-0,05 ***	-0,08 ***	-0,05 ***
über € 3.500	0,24 ***	-0,07 ***	-0,11 ***	-0,06 ***

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht); N = 8.413; Pseudo R<sup>2</sup> = 3,82; Signifikanzniveau: + p < 0,1; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; körperliche Beeinträchtigung: 1. Haben Sie eine körperliche Beeinträchtigung – also zum Beispiel beim Hören, Sehen, Gehen, Stehen, Sitzen, Greifen oder Heben? (nein/ ja) Falls ja: 2. Wie sehr sind Sie dadurch – seit zumindest 12 Monaten – bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? (wenig bis gar nicht eingeschränkt/ etwas eingeschränkt/ stark eingeschränkt).

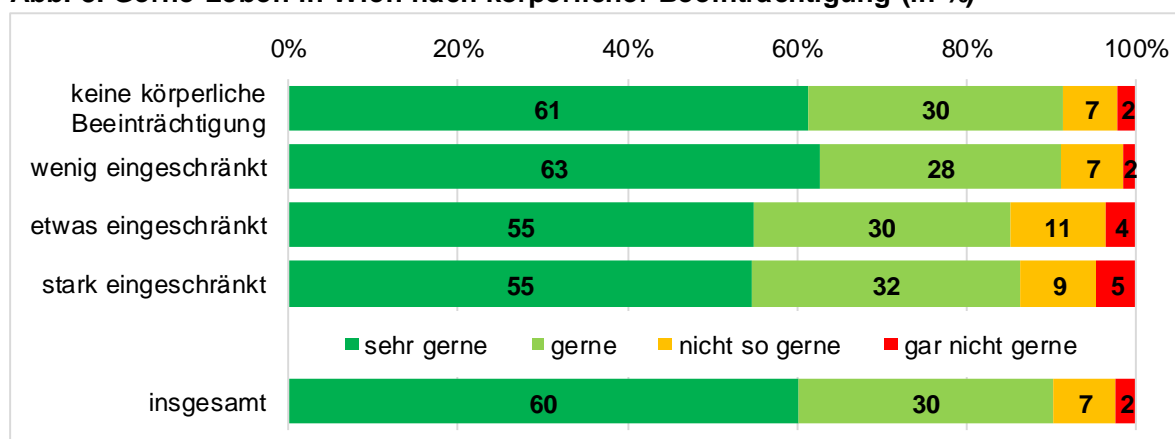
#### 1.4. Körperliche Beeinträchtigung und Zufriedenheit mit dem Leben (in Wien)

Eine körperliche Beeinträchtigung wirkt sich deutlich auf die Lebenszufriedenheit aus. Während über 80 Prozent der Befragten ohne Beeinträchtigung oder mit geringer Einschränkung mit ihrer Lebenssituation insgesamt sehr zufrieden oder zufrieden sind, sind etwas mehr als die Hälfte der Wienerinnen und Wiener mit starken gesundheitlichen Einschränkungen (56 Prozent) mit ihrem Leben sehr zufrieden oder zufrieden (Abb. 7). Rund 18 Prozent dieser Gruppe sind mit ihrer Lebenssituation allerdings auch wenig oder gar nicht zufrieden.

Die Antwort auf die Frage, wie gerne man in Wien lebt, wird hingegen nur wenig davon beeinflusst, ob eine körperliche Beeinträchtigung vorliegt oder nicht (Abb. 8). Selbst unter den Menschen mit Einschränkung (etwas oder stark eingeschränkt) leben rund 85 bis 87 Prozent sehr gerne oder gerne in Wien (im Durchschnitt 90 Prozent der Wienerinnen und Wiener).

**Abb. 7: Lebenszufriedenheit nach körperlicher Beeinträchtigung (in %)**

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Lebenszufriedenheit: Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Lebenssituation insgesamt? (sehr zufrieden = 1; gar nicht zufrieden = 5).

**Abb. 8: Gerne Leben in Wien nach körperlicher Beeinträchtigung (in %)**

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Gerne Leben in Wien: Wie gerne leben Sie in Wien? (sehr gerne = 1; 2 = gerne; 3 = nicht so gerne; gar nicht gerne = 4).

## 1.5. Gesundheitsversorgung: Leistbarkeit von Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten

Um Einschränkungen der Leistbarkeit von notwendigen medizinischen Behandlungen mit größerem Selbstbehalt (z.B. Zahnersatz, Brillen) zu untersuchen, werden in diesem Abschnitt des Teilberichts die Ergebnisse einer logistischen Regressionsanalyse für ordinale Daten diskutiert (Tab 5). In der Regressionsanalyse werden durchschnittliche Änderungen (sog. *Average Marginal Effects*, AME) berichtet, die mit unterschiedlichen Ausprägungen der erklärenden Variablen einhergehen (Antwortmöglichkeiten: „problemlos möglich“, „manchmal nicht möglich“ und „oft gar nicht möglich“).<sup>11</sup> Positive (negative) AMEs bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit, dass notwendige Besuche bei Ärztinnen bzw. Ärzten oder Zahnärztinnen bzw. Zahnärzten „problemlos möglich“, „manchmal nicht möglich“ oder „oft gar nicht möglich“ sind, in der betrachteten Gruppe höher (geringer) ist als in der jeweiligen Referenzgruppe.

<sup>11</sup> Der exakte Wortlaut der Fragestellung: „Es gibt Dinge, die sich viele nicht leisten können, obwohl sie es gerne möchten. Ist das Folgende für Ihren Haushalt in finanzieller Hinsicht problemlos möglich, manchmal nicht möglich oder oft gar nicht möglich? Notwendige Arzt- oder Zahnarztbesuche mit größerem Selbstbehalt in Anspruch nehmen (z.B. Zahnersatz, Brillen). Antwortmöglichkeiten: problemlos möglich/ manchmal nicht möglich/ oft gar nicht möglich.“ (Gemeint sind Besuche bei Ärztinnen oder Ärzten. Im Gegensatz zu den anderen Fragen wurde an dieser Stelle im Fragebogen jedoch nicht die männliche und die weibliche Form verwendet.)

Mit Blick auf die vorliegenden Daten zeigt sich zunächst allgemein, dass notwendige Besuche bei Ärztinnen bzw. Ärzten mit Selbstbehalt für rund 65 Prozent der Wienerinnen und Wiener problemlos möglich sind (nicht tabellarisch dargestellt). Etwa 25 Prozent der Befragten berichten, dass diese manchmal nicht möglich sind. Für 10 Prozent sind sie sogar oft gar nicht möglich. Bei der letzten Erhebung 2012/13 waren medizinische Leistungen (Besuche) mit Selbstbehalt noch für 73 Prozent problemlos möglich und für 7 Prozent oft gar nicht möglich.

Die Regressionsanalyse zeigt nun, dass Personen, die etwas oder stark durch körperliche Beeinträchtigungen eingeschränkt sind, größere Schwierigkeiten als Personen ohne Beeinträchtigung haben, sich notwendige Besuche bei Ärztinnen bzw. Ärzten zu leisten, wenn ein Selbstbehalt anfällt. Ganz allgemein ist die Wahrscheinlichkeit, dass dies manchmal oder oft nicht möglich ist, umso höher, je schlechter der berichtete Gesundheitszustand einer Person ist. Auch der Lebensstil ist relevant: Im Vergleich zu den Personen mit gehobenkonservativem Lebensstil haben beinahe alle anderen Lebensstiltypen öfter Probleme, sich notwendige medizinische Behandlungen leisten zu können. Besonders trifft dies auf Lebensstiltypen zu, die ein geringes Ausstattungsniveau charakterisiert, wie etwa die Konsummaterialistinnen und Materialisten oder die Limitiert-Traditionellen.

Zudem zeigt sich bei Kontrolle des berichteten Gesundheitszustands, des Haushaltseinkommens und anderer Charakteristika (siehe Tab. 5), dass Besuche bei Ärztinnen und Ärzten bei Selbstbehalten für Frauen häufiger problemlos möglich sind als für Männer. Nach Altersgruppen betrachtet haben Personen zwischen 30 und 44 Jahren am ehesten Schwierigkeiten mit der Leistbarkeit medizinischer Behandlungen bei Selbstbehalten, während Ältere (ab 60) die geringsten Probleme aufweisen.

Auch der Migrationshintergrund, der Bildungsabschluss und die Erwerbstätigkeit spielen eine Rolle: Für Eingewanderte (1. Generation) sind Besuche bei Ärztinnen bzw. Ärzten ein wenig öfter nicht möglich als für Personen ohne Migrationshintergrund oder die 2. Generation. Personen mit tertiärem Bildungsabschluss haben erwartungsgemäß weniger Schwierigkeiten, sich notwendige Behandlungen mit Selbstbehalt leisten zu können als Personen mit maximal Pflichtschulbildung. Im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern haben Arbeitslose öfter Probleme, sich notwendige Besuche bei Ärztinnen bzw. Ärzten leisten zu können.

Die größten Unterschiede bei der Leistbarkeit von Besuchen bei Ärztinnen bzw. Ärzten aber zeigen sich nach dem Äquivalenzzettoeinkommen des Haushalts: Je höher das Haushaltseinkommen ist, desto mehr kann man sich leisten. Vergleicht man die Haushalte mit bis zu 1.000 Euro an monatlichem Einkommen mit jenen mit über 3.500 Euro, so ist der Anteil der Personen, für die Behandlungen mit Selbstbehalt problemlos möglich sind, der Schätzung zufolge in der zweiten Gruppe um 42 Prozentpunkte höher als in der ersten. Im Gegenzug wären die Anteile der Personen, für die diese manchmal bzw. oft nicht möglich sind, um 26 bzw. 16 Prozentpunkte geringer.

**Tab. 5: Regressionsanalysen zur Leistbarkeit von Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten**

Lesebeispiel: Die Tabelle zeigt Durchschnittseffekte (Average Marginal Effects, AME), die anhand der Ergebnisse eines ordinalen Regressionsmodells geschätzt wurden. Positive (negative) Koeffizienten zeigen im Vergleich zur Referenzkategorie größere (kleinere) Wahrscheinlichkeiten an, in eine bestimmte Kategorie der abhängigen Variable (hier: Leistbarkeit) zu fallen. Bei Personen mit einer starken Einschränkung ist die Wahrscheinlichkeit, sich problemlos Besuche bei ÄrztInnen leisten zu können, z.B. geringer als bei Personen ohne Beeinträchtigung (AME: -0,07).

Ordinale logistische Regression	notwendige Besuche bei ArztInnen oder ZahnärztInnen		
	problemlos möglich	manchmal nicht möglich	oft gar nicht möglich
<b>Einflussfaktoren</b>			
Beeinträchtigung: keine		Ref.	
wenig eingeschränkt	0,01	-0,01	0,00
etwas eingeschränkt	-0,04 *	0,02 *	0,02 **
stark eingeschränkt	-0,07 ***	0,04 ***	0,03 **
Gesundheit: sehr gut		Ref.	
gut	-0,07 ***	0,04 ***	0,03 ***
mittelmäßig	-0,16 ***	0,09 ***	0,07 ***
schlecht oder sehr schlecht	-0,22 ***	0,12 ***	0,10 ***
Lebensstil: Gehoben-Konservative		Ref.	
Statusbewusst-Arrivierte	0,03	-0,02	-0,01
Leistungsbewusst-Intellektuelle	-0,03	0,02	0,01
Reflexive AvantgardistInnen	-0,08 **	0,05 **	0,03 **
Solide Konventionelle	-0,04	0,02	0,01
Statusorientierte Bürgerliche	-0,11 ***	0,07 ***	0,04 ***
Bürgerlich-Leistungsorientierte	-0,11 ***	0,07 ***	0,04 ***
Expeditiv-Pragmatische	-0,11 ***	0,07 ***	0,04 ***
Limitiert-Traditionelle	-0,16 ***	0,09 ***	0,07 ***
Defensiv-Benachteiligte	-0,15 ***	0,09 ***	0,06 ***
Konsum-MaterialistInnen	-0,18 ***	0,10 ***	0,08 ***
Jugendkulturell-Unterhaltungsorientierte	-0,14 ***	0,08 ***	0,06 ***
Gender: männlich		Ref.	
weiblich	0,06 ***	-0,03 ***	-0,03 ***
sonstige	0,13	0,08	-0,05
Alter: unter 30		Ref.	
30 bis 44 Jahre	-0,04 *	0,02 *	0,02 *
45 bis 59 Jahre	0,04 **	-0,02 **	-0,02 **
60 und älter	0,11 ***	-0,06 ***	-0,04 ***
Migrationshintergrund: keiner		Ref.	
2. Generation	0,02	-0,01	-0,01
1. Generation	-0,03 *	0,02 *	0,02 *
Bildung: Pflichtschule		Ref.	
Lehre/BMS	-0,02	0,01	0,01
Matura/Meister*in	0,03	-0,01	-0,01
Universität, Fachhochschule, Kolleg	0,09 ***	-0,06 ***	-0,04 ***
Erwerbstätigkeit: ArbeitnehmerIn		Ref.	
Selbständige	0,01	0,00	0,00
Arbeitslose	-0,10 ***	0,05 ***	0,05 ***
in Ausbildung	0,08 ***	-0,05 ***	-0,03 ***
PensionistIn	0,00	0,00	0,00
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	-0,01	0,00	0,00
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts		Ref.	
bis € 1.000		Ref.	
bis € 1.500	0,11 ***	-0,05 ***	-0,06 ***
bis € 2.500	0,25 ***	-0,13 ***	-0,12 ***
bis € 3.500	0,37 ***	-0,22 ***	-0,15 ***
über € 3.500	0,42 ***	-0,25 ***	-0,16 ***

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht); N = 8.157; Pseudo R<sup>2</sup> = 12,96; Signifikanzniveaus: + p < 0,1; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; Leistbarkeit: Ist das Folgende für Ihren Haushalt in finanzieller Hinsicht problemlos möglich, manchmal nicht möglich oder oft gar nicht möglich? Notwendige Arzt- oder Zahnarztbesuche mit größerem Selbstbehalt (z.B. Zahnersatz, Brillen): problemlos möglich/ manchmal nicht möglich/ oft gar nicht möglich.

## 2. Psychisches Wohlbefinden und Gesundheit

### 2.1. Psychisches Wohlbefinden: Geschlecht, Alter, Haushalt, Bildung

Das psychische Wohlbefinden wurde in der Wiener Lebensqualitätsstudie indirekt erhoben, indem nach der Häufigkeit des Auftretens potenzieller Symptome psychischer Erkrankungen in den letzten 14 Tagen vor der Erhebung gefragt wurde.<sup>12</sup> Es zeigt sich, dass 69 Prozent der Befragten gar nicht oder nur selten negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen hatten. Rund 12 Prozent berichten, oft oder fast immer an diesen zu leiden.

In der empirischen Literatur zu Depressionsrisiken, psychologischem Distress und anderen Indikatoren des psychischen Wohlbefindens wird eine Reihe von Faktoren identifiziert, die das Wohlbefinden mitbeeinflussen. Dazu zählen unter anderem Geschlecht, Alter, Bildung, Gesundheit, körperliche Beeinträchtigung, Armut, Arbeitslosigkeit, beruflicher Stress, familiäre Beziehungen, das Vertrauen in Mitmenschen, das Ausmaß an sozialer Unterstützung und Lebensereignisse, die das Individuum großen Belastungen aussetzen (siehe z.B. Gadalla 2009, Roberts et al. 2010, Schneiderman et al. 2005, Shield & Price 2005). Im Bericht zur Gesundheit der Wiener Lebensqualitätsstudie 2013 (Riederer et al. 2014) hatte sich unter anderem gezeigt, dass sich Frauen und Männer nicht signifikant voneinander unterschieden, wenn es darum ging, wie häufig sie sich einsam oder glücklich fühlen und wie sehr sie das Leben genießen. Aber Männer schienen seltener unter Depressionen zu leiden. Auch im *Austrian Health Interview Survey* (ATHIS) von 2014 weisen Frauen eine etwas höhere Depressions-Prävalenz als Männer auf (eigene Berechnungen anhand der Wien-Stichprobe; nicht tabellarisch dargestellt). Die aktuellen Daten der SOWI-Studie 2018 scheinen dies zu bestätigen: Während rund 14 Prozent der Frauen oft oder fast immer von negativen Gefühlen betroffen sind, trifft das auf lediglich 10 Prozent der Männer zu. Umgekehrt geben 37 Prozent der Frauen, aber 45 Prozent der Männer an, nie unter negativen Gefühlen zu leiden (Abb. 9).<sup>13</sup>

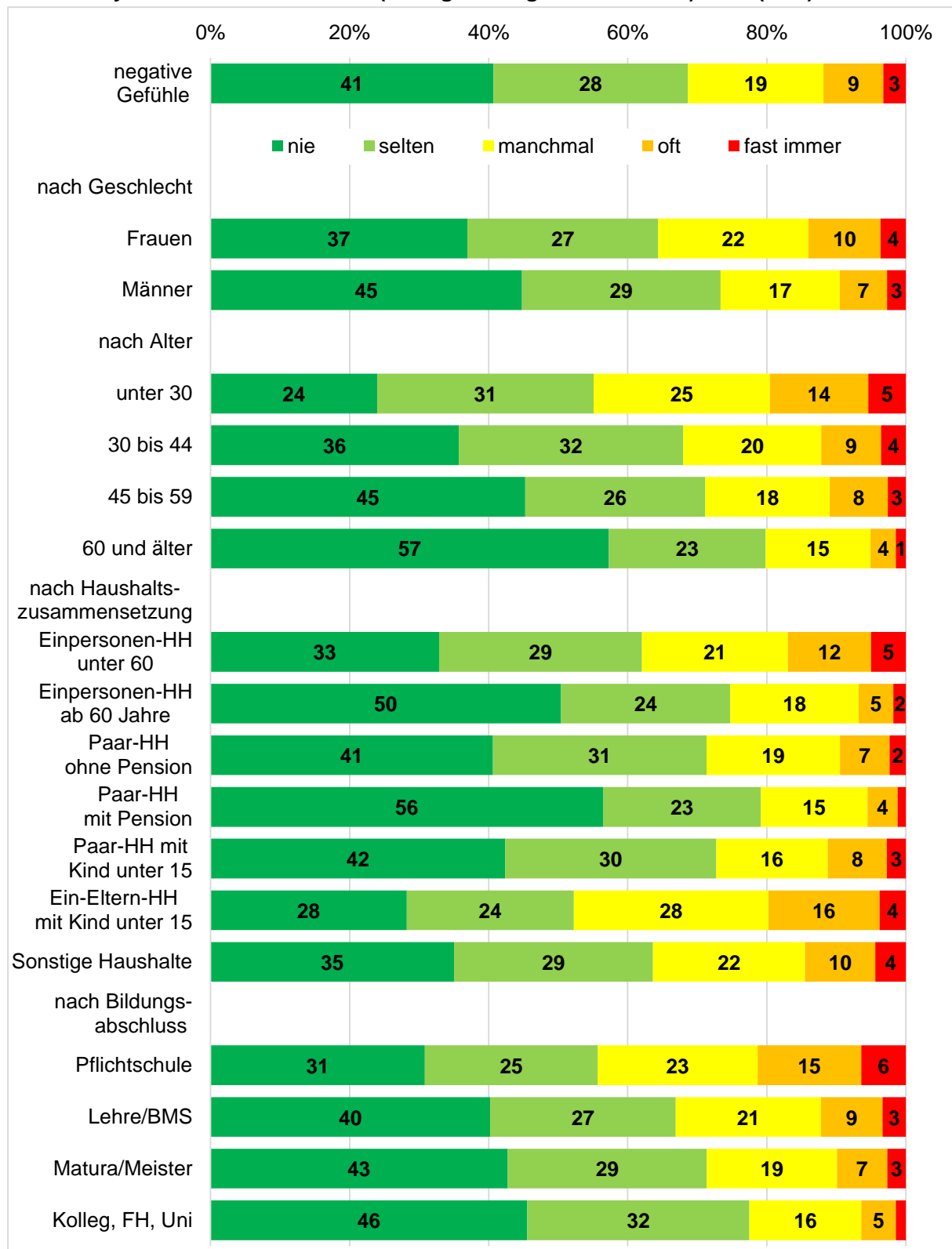
Besonders interessant ist die Analyse des psychischen Wohlbefindens nach dem Alter: Unter den Älteren (ab 60 Jahren) berichten nur 5 Prozent von einem häufigen Auftreten negativer Gefühle (oft oder fast immer). Dafür sind es unter den Jüngeren (unter 30 Jahren) 21 Prozent (Abb. 8). Ergebnisse aus dem ATHIS sprechen hingegen eher dafür, dass sich die psychische Gesundheit in höheren Altersgruppen verschlechtert (Stadt Wien 2017, S. 27). Es existieren jedoch deutliche Unterschiede in der Fragestellung, da in ATHIS das Vorliegen von acht Symptomen anhand eines Screening-Instruments für Depression erfasst wurde (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-8). In der Wiener Lebensqualitätsstudie 2013 (Riederer et al. 2014) wurden ebenfalls acht Indikatoren für eine Depressionsgefährdung separat abgefragt (Auswahl auf Basis der *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D). Hier zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Allerdings kam es

<sup>12</sup> Vier potenzielle Symptome psychischen Wohlbefindens wurden zusammenfassend in einer Frage erhoben. Im Rahmen der Analyse konnte nicht zwischen den Symptomen differenziert werden. Da auch nicht festgestellt werden kann, ob mehrere Symptome auftreten oder nur eines, können die errechneten Anteile nur erste Hinweise auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen geben. Jedes einzelne Symptom kann zudem auch nicht-psychische Ursachen haben.

<sup>13</sup> Von 9 Befragten, die sich selbst einem anderen Geschlecht als dem männlichen oder dem weiblichen zuordneten, und diese Frage beantworteten, berichteten 4 selten, 2 manchmal und 3 fast immer im Laufe der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle gehabt zu haben.

bei den Älteren (ab 60) häufiger zu extremeren Antworten (sowohl „nie“ als auch „immer“) als bei den Jüngeren (unter 30) (siehe Tab. A.2 im Appendix).

**Abb. 9: Psychisches Wohlbefinden (Häufigkeit negativer Gefühle) 2018 (in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5).



Haushaltszusammensetzung und Bildungsabschluss spielen ebenfalls eine Rolle für das psychische Wohlbefinden (Abb. 9). Personen aus Ein-Eltern-Haushalten mit Kindern unter 15 Jahren (20 Prozent) und Alleinlebende unter 60 Jahren (17 Prozent) geben häufiger an, „oft“ oder „fast immer“ von negativen Gefühlen heimgesucht zu werden. Hervorzuheben ist zudem, dass etwa 21 Prozent der Wienerinnen und Wiener mit Pflichtschulabschluss oder geringerer (Aus)Bildung oft oder fast immer von negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen betroffen sind. Bei Personen mit einer abgeschlossenen Lehre oder dem Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule sind es mit 14 Prozent bereits deutlich weniger. Noch geringer ist dieser Anteil bei den Menschen mit Matura oder MeisterInnenschule (etwa 10 Prozent) und Personen mit Kolleg, Fachhochschulabschluss oder Universitätsstudium (nur 6 Prozent).

## 2.2. Psychisches Wohlbefinden: Lebensstile, Einkommen, Migrationshintergrund

Bei einer Betrachtung der Lebensstile wird erneut erkennbar, dass diese für gesundheitliche Fragen in Wien relevant sind. Zwar weisen generell alle Lebensstiltypen mit niedrigem Ausstattungsniveau ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf, doch ist dieses gerade dann öfter gering, wenn große biographische Offenheit hinzukommt (Tab. 6). In der Gruppe der Jugendkulturell-Unterhaltungssuchenden berichten 19 Prozent häufiger negative Gefühle. Bei den Statusbewusst-Arrivierten oder den Gehoben-Konservativen sind es nur 7 bis 8 Prozent.

**Tab. 6: Psychisches Wohlbefinden (Häufigkeit negativer Gefühle) nach Lebensstil (in %)**

	Biographische Schließung	Biographische Etablierung	Biographische Konsolidierung	Biographische Offenheit
<b>Gehobenes Ausstattungsniveau</b>	Gehoben-Konservative: 8	Statusbewusst-Arrivierte: 7	Leistungsbewusst-Intellektuelle: 9	Reflexive AvantgardistInnen: 10
<b>Mittleres Ausstattungsniveau</b>	Solide Konventionelle: 10	Statusorientiert-Bürgerliche: 9	Bürgerlich-Leistungsorientierte: 11	Expeditiv-Pragmatische: 11
<b>Niedriges Ausstattungsniveau</b>	Limitiert-Traditionelle: 15	Defensiv-Benachteiligte: 17	Konsum-MaterialistInnen: 14	Jugendkulturell Unterhaltungssuchende: 19

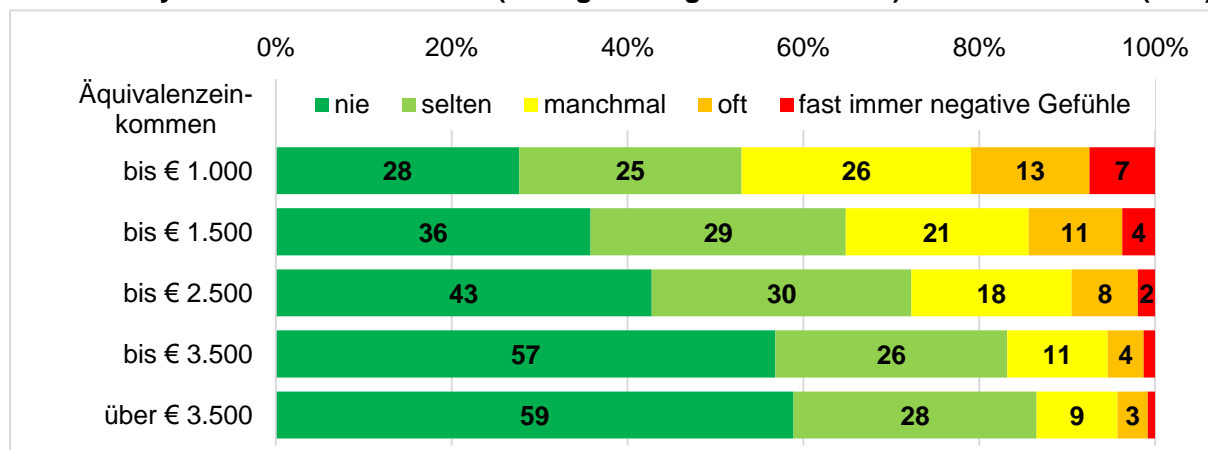
Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5). Prozentwerte, Summe über die Antwortkategorien „oft“ und „fast immer“.

Weitere Analysen verdeutlichen, dass nicht nur die Lebensstildimension „Ausstattungsniveau“, sondern vor allem das Haushaltseinkommen eine große Rolle spielt (Abb. 10). Während lediglich 4 bis 5 Prozent der Personen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen von mehr als 2.500 Euro pro Monat häufig von negativen Gefühlen berichten, sind es bei den Menschen mit monatlich bis zu 1.000 Euro rund 20 Prozent.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Unter den armutsgefährdeten Personen berichten 19 Prozent während der vergangenen zwei Wochen oft oder fast immer negative Gefühle gehabt zu haben.

Das psychische Wohlbefinden ist zudem bei Personen ohne Migrationshintergrund sowie Menschen mit Wurzeln in einem der anderen EU 15 Länder (inklusive Deutschland) seltener beeinträchtigt als bei Personen aus anderen Herkunftsregionen (Tab. 7). Bei den Menschen mit Migrationshintergrund in anderen EU Mitgliedsstaaten ist ein deutlicher Unterschied zwischen der ersten und der zweiten Generation zu beobachten. Während lediglich rund 8 Prozent der selbst Eingewanderten häufig negative Gefühle haben, sind es 16 Prozent unter den Kindern der Eingewanderten. Auch bei den Menschen mit türkischem bzw. bosnischem, montenegrinischem, nordmazedonischem oder serbischem Hintergrund ist die zweite Generation deutlich öfter betroffen als die erste Generation (22 vs. 12 und 19 vs. 14 Prozent).

**Abb. 10: Psychisches Wohlbefinden (Häufigkeit negativer Gefühle) und Einkommen (in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5).

**Tab. 7: Psychisches Wohlbefinden und Herkunft (Anteile jener, die oft oder fast immer negative Gefühle empfanden; in %)**

	Gesamt	Erste Generation	Zweite Generation
Gesamt	-	12	15
nach Herkunftsregion			
Österreich	11	-	-
Deutschland	11	10	10
EU 15 (ohne AT, DE)	9	7	10
EU andere	13	8	16
ehemaliges Jugoslawien (ohne HR, SI)	17	14	19
Türkei	19	12	22
sonstige Länder	17	20	14

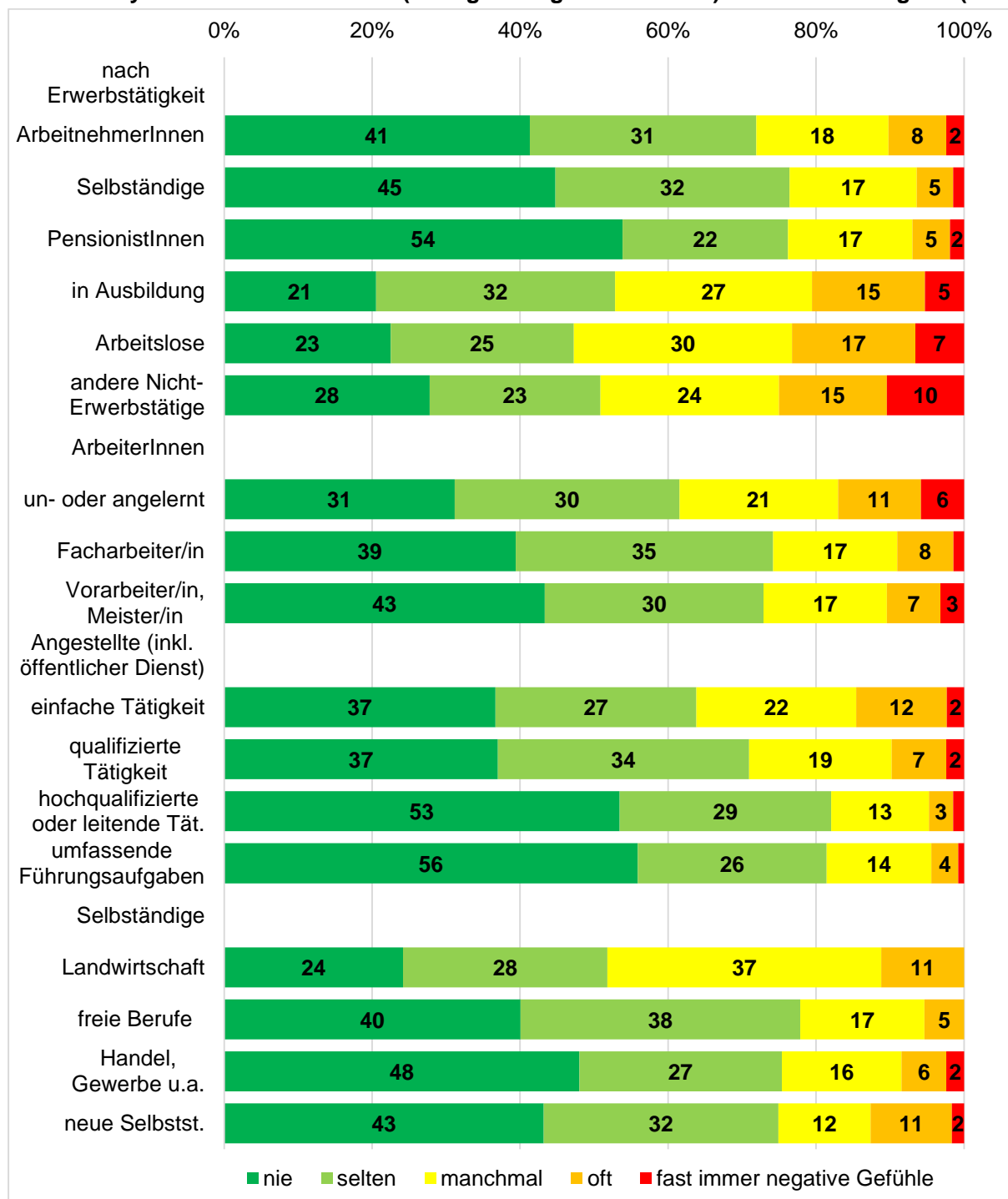
Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5). Prozentwerte, Summe über die Antwortkategorien „oft“ und „fast immer“.

Auffallend ist zudem, dass Migrantinnen und Migranten der ersten Generation aus den sonstigen Ländern (nicht EU, ehemaliges Jugoslawien oder Türkei) vergleichsweise häufig ein geringes psychisches Wohlbefinden besitzen (20 Prozent). In dieser Gruppe könnten sich teilweise auch Geflüchtete finden, die in den letzten Jahren nach Österreich gekommen sind, die häufig unter den Nachwirkungen traumatischer Erlebnisse leiden (Carta et al. 2005, Pumariega et al. 2005, Wenzel & Kinigadner 2016).

### 2.3. Psychisches Wohlbefinden: Erwerbstätigkeit, berufliche Position, Pflege

Die Erwerbstätigkeit erweist sich ebenfalls als hochrelevant für die psychische Gesundheit (Abb. 11). Während Erwerbstätige sowie vor allem Pensionistinnen und Pensionisten kaum unter negativen Gefühlen leiden, sind Personen in Ausbildung, Arbeitslose und aus anderen Gründen nicht Erwerbstätige deutlich stärker davon betroffen. Ein Fünftel der Personen in Ausbildung sowie jeweils ein Viertel der Arbeitslosen und aus anderen Gründen nicht Erwerbstätigen berichtet, oft bis fast immer negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen zu haben.

**Abb. 11: Psychisches Wohlbefinden (Häufigkeit negativer Gefühle) und Erwerbstätigkeit (in %)**



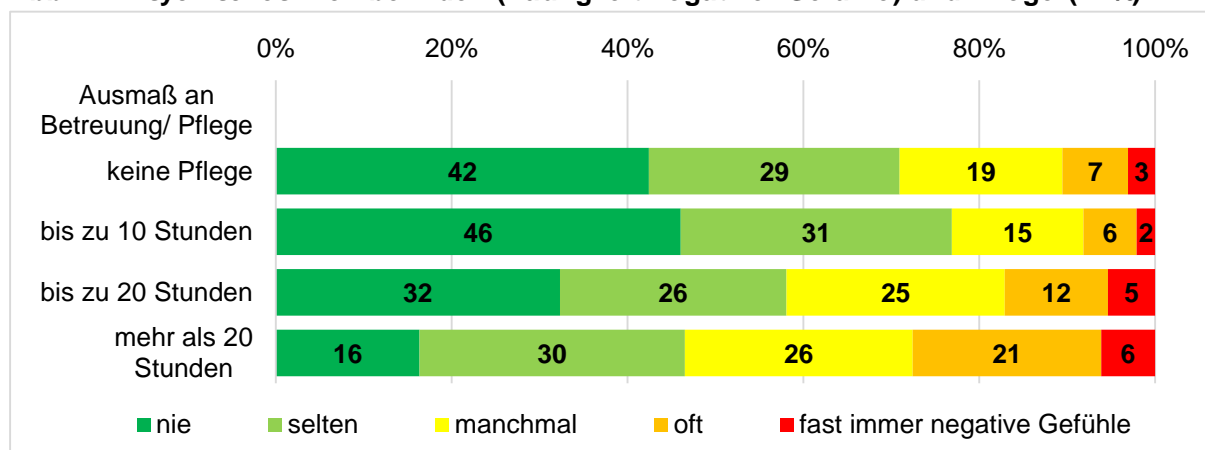
Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5).

Bei den Erwerbstätigen gibt es geringe Unterschiede nach Erwerbsintensität. Unter den un- selbstständig Beschäftigten berichten rund 37 bzw. 36 Prozent in kurzer (1 bis 20 Wochen- stunden) bzw. langer Teilzeit (21 bis 35 Wochenstunden) in den letzten zwei Wochen nie- mals negative Gefühle gehabt zu haben, während das bei den Personen in Vollzeitbeschäfti- gung 43 Prozent tun. Umgekehrt sind 13, 11 bzw. 10 Prozent oft oder fast immer davon be- troffen. Bei den Selbständigen ist kaum ein Unterschied nach der Erwerbsintensität zu er- kennen. Wenn, dann leiden vollzeittätige Selbständige (7 Prozent oft oder fast immer) häufi- ger unter negativen Gefühlen und depressiven Verstimmungen als teilzeittätige Selbständige (6 bzw. 4 Prozent bei kurzer bzw. langer Teilzeit).

Bei der Betrachtung nach beruflicher Position finden sich deutlichere Unterschiede. Über 80 Prozent der hochqualifizierten Angestellten mit leitenden Tätigkeiten oder umfassenden Füh- rungsaufgaben (inkludiert ist hier auch der öffentliche Dienst) berichten nie oder nur selten negative Gefühle oder depressive Verstimmungen zu haben. Bei den Selbständigen in der Landwirtschaft, un- oder angelemten Arbeiterinnen und Arbeitern oder Angestellten mit ein- facher Tätigkeit tun dies vergleichsweise geringe 52, 61 und 64 Prozent.

Auch das Ausmaß an geleisteter Pflege wirkt sich auf das psychische Wohlbefinden der be- treuenden Personen aus (Abb. 12). Während kaum Unterschiede zwischen Personen, die keine Betreuungs- und Pflegearbeit leisten, und betreuenden Personen mit einem wöchentli- chen Aufwand von bis zu 10 Stunden zu erkennen sind, steigt danach die psychische Belas- tung mit dem Stundenaufwand an. Etwa 17 Prozent der über 10 und bis zu 20 Stunden pro Woche betreuenden Personen und sogar 27 Prozent derjenigen, die mehr als 20 Stunden aufwenden, berichten davon, in den letzten zwei Wochen oft oder fast immer negative Ge- fühle oder depressive Verstimmungen gehabt zu haben. Grund dafür könnte neben dem Betreuungsaufwand selbst natürlich auch der gesundheitliche Zustand der zu pflegenden Person sein. Dass ein höherer Aufwand für Betreuung und Pflege mit geringerem psychi- schem Wohlbefinden einhergeht, zeigt sich bei Frauen wie Männern (Tab. A.3 im Appendix).

**Abb. 12: Psychisches Wohlbefinden (Häufigkeit negativer Gefühle) und Pflege (in %)**

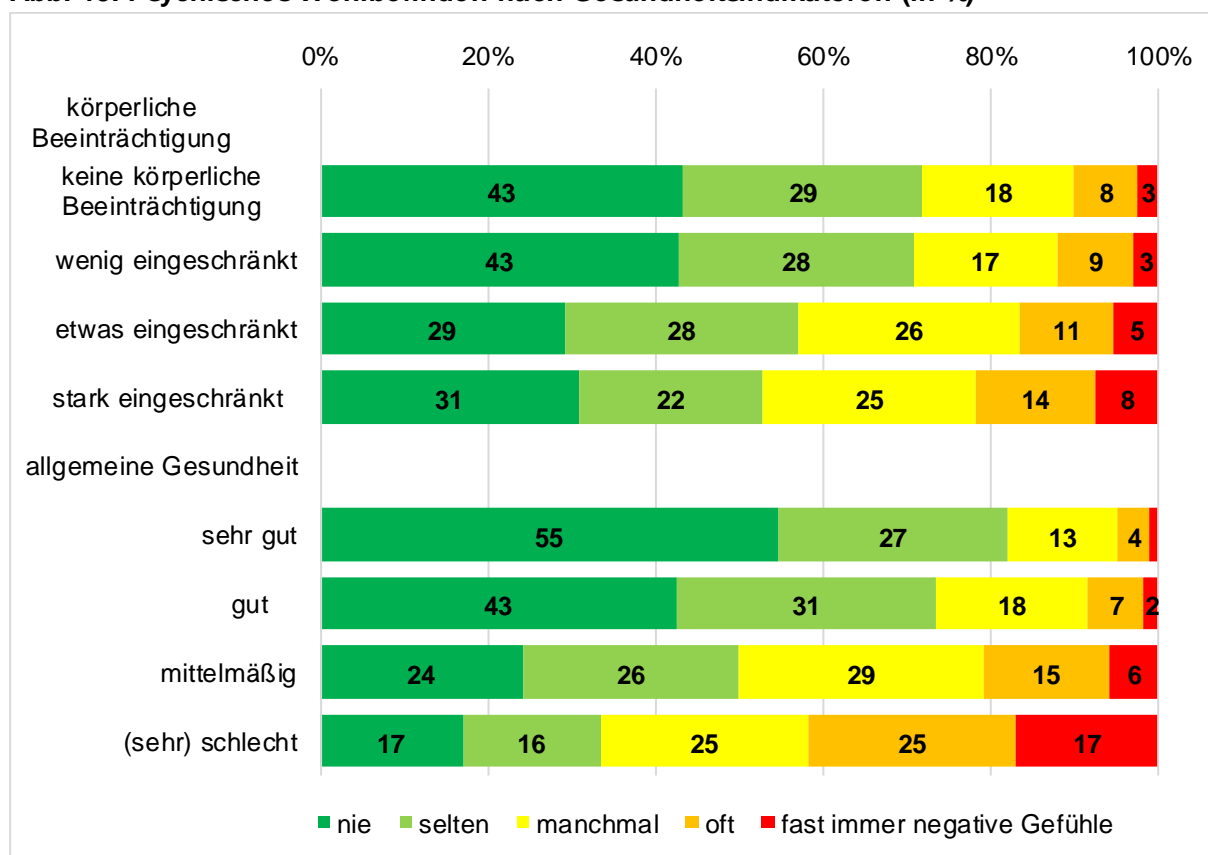


Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5). Für eine Differenzierung nach Geschlecht siehe Tabelle A.3 im Appendix.

#### 2.4. Zusammenhänge zwischen psychischem Wohlbefinden und der körperlichen so- wie der allgemeinen Gesundheit

Grundsätzlich lässt sich zunächst festhalten, dass eine schwache Korrelation zwischen dem Ausmaß an Einschränkungen durch eine körperliche Beeinträchtigung und dem psychischen Wohlbefinden besteht ( $\rho = 0,12$ ;  $p < 0,001$ ): Je größer die Beeinträchtigung einer Person ist, desto häufiger erlebt sie negative Gefühle oder depressive Stimmungen. Etwas stärker ist der Zusammenhang zwischen der subjektiven Bewertung der allgemeinen Gesundheit und dem psychischen Wohlbefinden ( $\rho = 0,31$ ;  $p < 0,001$ ). Auch hier gilt: Je schlechter der subjektive Gesundheitszustand ist, umso häufiger kommt es zu negativen Gefühlen oder depressiven Stimmungen.<sup>15</sup> Abbildung 13 veranschaulicht, dass 22 Prozent der Menschen, die durch ihre körperliche Beeinträchtigung stark eingeschränkt werden, oft oder fast immer unter negativen Gefühlen oder depressiven Verstimmungen leiden. Bei den Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht beurteilen, sind es sogar 42 Prozent!

**Abb. 13: Psychisches Wohlbefinden nach Gesundheitsindikatoren (in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5).

## 2.5. Determinanten des psychischen Wohlbefindens

Die Frage, welche Faktoren das psychische Wohlbefinden beeinflussen, wurde in einem weiteren Schritt mithilfe von ordinalen logistischen Regressionen untersucht (Tab. 8). Im Vergleich zu den Analysen zur subjektiven Gesundheit und zur Leistbarkeit notwendiger medizinischer Betreuung zeigt sich für das psychische Wohlbefinden der Befragten, dass Un-

<sup>15</sup> Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Einschränkungen durch eine körperliche Beeinträchtigung und der subjektiven Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands ist noch etwas stärker ( $\rho = 0,35$ ;  $p < 0,001$ ), aber auch nicht besonders stark ausgeprägt.

terschiede nach dem Lebensstil eine geringere Bedeutung besitzen. Gruppen mit niedrigerem Ausstattungsniveau weisen jedoch tendenziell geringeres Wohlbefinden auf, vor allem die Limitiert-Traditionellen (aber auch Jugendkulturell-Unterhaltungssuchende).

**Tab. 8: Regressionsanalysen zur Erklärung des psychischen Wohlbefindens**

Lesebeispiel: Die Tabelle zeigt Durchschnittseffekte (Average Marginal Effects, AME) eines ordinalen Regressionsmodells. Positive (negative) Koeffizienten zeigen im Vergleich zur Referenzkategorie größere (kleinere) Wahrscheinlichkeiten an, in eine bestimmte Kategorie der abhängigen Variable (hier: Häufigkeit negativer Gefühle) zu fallen. Bei Personen aus Haushalten mit einem Einkommen von über 3.500 Euro ist die Wahrscheinlichkeit, in den letzten zwei Wochen nie negative Gefühle oder depressive Stimmungen empfunden zu haben, z.B. höher (AME: +0,11) und jene, diese oft oder fast immer empfunden zu haben, geringer (-0,05) als bei Personen aus Haushalten mit bis zu 1.000 Euro pro Monat.

Einflussfaktoren	Ordinaler logistische Regression			
	Häufigkeit negativer Gefühle/ depressiver Stimmung			
	nie	selten	manchmal	oft/ fast immer
Lebensstil: Gehoben-Konservative		Ref.		
Statusbewusst-Arrivierte	0,04	-0,01	-0,02	-0,02
Leistungsbewusst-Intellektuelle	0,03	-0,01	-0,01	-0,01
Reflexive AvantgardistInnen	0,03	-0,01	-0,01	-0,01
Solide Konventionelle	-0,05	0,00	0,02	0,02
Statusorientierte Bürgerliche	-0,02	0,00	0,01	0,01
Bürgerlich-Leistungsorientierte	-0,03	0,00	0,01	0,01
Expeditiv-Pragmatische	0,00	0,00	0,00	0,00
Limitiert-Traditionelle	-0,07 **	0,01 *	0,03 **	0,03 **
Defensiv-Benachteiligte	-0,04	0,00	0,02	0,02
Konsum-MaterialistInnen	-0,05	0,00	0,02	0,02
Jugendkulturell-Unterhaltungsorientierte	-0,06 *	0,01	0,03 *	0,03 *
Gender: männlich		Ref.		
weiblich	0,10 ***	-0,01 ***	-0,04 ***	-0,04 ***
sonstige	-0,15	-0,02	0,06 *	0,11
Alter: unter 30		Ref.		
30 bis 44 Jahre	0,09 ***	0,01 ***	-0,04 ***	-0,06 ***
45 bis 59 Jahre	0,20 ***	0,00	-0,09 ***	-0,11 ***
60 und älter	0,34 ***	-0,04 ***	-0,14 ***	-0,15 ***
Migrationshintergrund		Ref.		
kein Migrationshintergrund		Ref.		
2. Generation	-0,01	0,00	0,00	0,00
1. Generation	-0,01	0,00	0,00	0,00
Bildung: Pflichtschule		Ref.		
Lehre/BMS	0,02	0,00	-0,01	-0,01
Matura/MeisterIn	0,04 **	0,00	-0,02 **	-0,02 **
Universität, Fachhochschule, Kolleg	0,03	0,00	-0,01	-0,01
Erwerbstätigkeit: Arbeitslose		Ref.		
in Ausbildung	-0,01	0,00	0,01	0,01
PensionistIn	0,06 *	0,00	-0,02 *	-0,03 *
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	0,04	0,00	-0,02	-0,02
unselbständig erwerbstätig: bis 20 Std.	0,08 **	-0,01 *	-0,03 **	-0,04 **
unselbständig erwerbstätig: 21-35 Std.	0,05 *	0,00	-0,02 *	-0,02 *
unselbständig erwerbstätig: über 35 Std.	0,08 ***	-0,01 ***	-0,03 ***	-0,04 ***
unselbständig erwerbstätig: unbekannt	0,12 ***	-0,01 *	-0,05 ***	-0,05 ***
selbständig erwerbstätig: bis 20 Std.	0,06	0,00	-0,02	-0,03
selbständig erwerbstätig: 21-35 Std.	0,07	-0,01	-0,03	-0,03 *
selbständig erwerbstätig: über 35 Std.	0,05	0,00	-0,02	-0,02
selbständig erwerbstätig: unbekannt	0,13 ***	-0,02 *	-0,06 ***	-0,06 ***
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts		Ref.		
bis € 1.000		Ref.		
bis € 1.500	0,03 *	0,00	-0,01 *	-0,02 *
bis € 2.500	0,05 ***	0,00	-0,02 ***	-0,03 ***
bis € 3.500	0,11 ***	-0,01 ***	-0,05 ***	-0,05 ***
über € 3.500	0,11 ***	-0,01 *	-0,05 ***	-0,05 ***

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht); N = 8.242; Pseudo R<sup>2</sup> = 10,67; Signifikanzniveaus: + p < 0,1; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (fast immer = 1; nie = 5).



**Fortsetzung Tab. 8: Regressionsanalysen zur Erklärung des psychischen Wohlbefindens**

Einflussfaktoren	Häufigkeit negativer Gefühle/ depressiver Stimmung			
	nie	selten	manchmal	oft/ fast immer
<b>Pflege von Angehörigen</b>				
keine Pflege		Ref.		
bis zu 10 Std.	0,03	0,00	-0,01	-0,01
mehr als 10 und bis zu 20 Std.	-0,01	0,00	0,00	0,00
mehr als 20 Std.	-0,13 ***	0,00	0,06 ***	0,08 **
Ausmaß unbekannt	-0,07	0,00	0,03	0,04
keine Angabe	-0,07 ***	0,00	0,03 ***	0,03 ***
nicht gefragt (anderer Split)	-0,01	0,00	0,00	0,00
<b>Beeinträchtigung: keine</b>				
wenig eingeschränkt	0,00	0,00	0,00	0,00
etwas eingeschränkt	-0,03 *	0,00	0,01 *	0,01 *
stark eingeschränkt	-0,01	0,00	0,01	0,01
<b>Gesundheit: sehr gut</b>				
gut	-0,14 ***	0,04 ***	0,06 ***	0,04 ***
mittelmäßig	-0,32 ***	0,03 ***	0,15 ***	0,14 ***
schlecht oder sehr schlecht	-0,44 ***	-0,05 ***	0,18 ***	0,31 ***

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht); N = 8.242; Pseudo R<sup>2</sup> = 10,67; Signifikanzniveau: + p < 0,1; \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; fast immer = 5).

In den bivariaten Analysen zeigten sich in den vorigen Abschnitten kaum Geschlechterunterschiede bei der subjektiven Gesundheit und den Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen (Abb. 2 und 5), während Frauen ein geringeres psychisches Wohlbefinden aufwiesen als Männer (Abb. 9). Multiple Regressionsanalysen ergaben jedoch, dass Frauen im Durchschnitt stärker durch körperliche Beeinträchtigungen eingeschränkt wären als Männer, wenn sich beide nicht in den anderen im Regressionsmodell berücksichtigten Faktoren unterscheiden würden (Tab. 3). Die Befunde der ordinalen Regressionsanalysen in Tabelle 8 belegen nun, dass Frauen unter Kontrolle anderer Faktoren über ein höheres psychisches Wohlbefinden verfügen als Männer. Beide Vergleiche der deskriptiven Ergebnisse mit den Regressionsanalysen weisen also darauf hin, dass beobachtbare Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Bereich der Gesundheit auf andere Bereiche zurückzuführen sind. Die deskriptiv beobachteten Geschlechterunterschiede im psychischen Wohlbefinden sind demzufolge durch Geschlechterunterschiede in Lebensstil, Einkommen, Erwerbstätigkeit etc. erklärbar.<sup>16</sup>

Zudem zeigt sich, dass der in Abbildung 8 hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens festgestellte (überraschende) Zusammenhang zuungunsten der jüngeren Befragten bestehen bleibt. Dieser steht auch etwas in Widerspruch zu den Befunden der zuvor dargestellten Analysen, denen zufolge jüngere Personen (unter 30) eine bessere subjektive Gesundheit aufweisen. Der Migrationshintergrund (1. oder 2. Generation) spielt hingegen keine Rolle für den Grad an Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen oder die psychische Gesundheit.<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Besonders gering scheint das psychische Wohlbefinden bei Personen zu sein, die sich weder dem männlichen noch dem weiblichen, sondern einem anderen Geschlecht zugehörig fühlen (die Fallzahl ist hier allerdings sehr gering).

<sup>17</sup> Auf Basis der SOWI-Daten kann an dieser Stelle aber nicht zwischen Flüchtlingen, die in der Regel sehr belastet sind, und anderen Gruppen von MigrantInnen unterschieden werden. In Tabelle 7 zeigte sich zwar, dass Personen sonstiger Herkunft zu den im Vergleich häufiger belasteten Gruppen zählen,

Eindeutig hat sich in den bisherigen Analysen gezeigt, dass Personen mit höherer Bildung gesünder sind als Personen, die maximal über einen Pflichtschulabschluss verfügen. Beim psychischen Wohlbefinden lässt sich zwar dieselbe Tendenz feststellen, der Unterschied ist in der Regressionsanalyse jedoch statistisch nicht mehr signifikant.

Generell weisen vor allem nicht erwerbstätige Personen ein geringeres psychisches Wohlbefinden auf. Allerdings ist jenes der Pensionistinnen und Pensionisten etwas höher als jenes der Arbeitslosen. Unselbständig erwerbstätige Personen weisen unabhängig vom Ausmaß der Beschäftigung ein höheres psychisches Wohlbefinden auf als Arbeitslose. Das gilt grundsätzlich auch für Selbständige. Die Befunde sind in diesem Fall jedoch nicht signifikant.

Das Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts dürfte sowohl für das Auftreten von Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen als auch für das psychische Wohlbefinden eine große Rolle spielen. Grundsätzlich gilt, dass mit höherem Einkommen ein höheres Wohlbefinden einhergeht.<sup>18</sup> Allerdings kommt es hier zu einem Sättigungseffekt. Ab einer gewissen Einkommenshöhe ergibt sich kein Zugewinn an psychischem Wohlbefinden mehr.<sup>19</sup>

Auch die Pflege von Angehörigen wirkt sich auf den Gesundheitszustand der Befragten aus. Bei einem wöchentlichen Stundenausmaß von bis zu 20 Stunden zeigen sich noch keine Unterschiede zu nicht pflegenden Personen. Bei höherer Belastung ist das psychische Wohlbefinden jedoch geringer.<sup>20</sup>

Abschließend wurden auch das Vorhandensein von Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen und die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes in die Analyse des psychischen Wohlbefindens einbezogen. Hier zeigt sich vor allem ein starker Zusammenhang der allgemeinen Gesundheit mit der Häufigkeit negativer Gefühle oder depressiver Stimmungen. Bei schlechter oder sehr schlechter Gesundheit ist der Anteil an Personen, die oft oder fast immer an negativen Gefühlen oder depressiven Stimmungen leiden, den Schätzungen des Modells zufolge um rund 31 Prozentpunkte höher als bei Personen, die eine sehr gute Gesundheit berichten.

---

doch ist auch hier nur von einem geringen Anteil an Personen mit Fluchthintergrund auszugehen. Es gilt zu berücksichtigen, dass die SOWI-Studie keine Personen erfasst, die nicht in Privathaushalten leben. Daher werden etwa Asylwerbende, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, nicht befragt.

<sup>18</sup> Zu bedenken ist, dass eine schlechtere Gesundheit auch berufliche Möglichkeiten einschränkt.

<sup>19</sup> Studien haben wiederholt gezeigt, dass sich das Einkommen nur bis zu einem gewissen Grad positiv auf das psychische Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und das Lebensglück auswirkt (siehe Frey & Stutzer 2001, Diener et al. 1993). Ist eine Einkommenshöhe erreicht, die einen dem jeweiligen Kontext entsprechenden Lebensstandard ermöglicht, bringen weitere Zugewinne an Einkommen keine Verbesserung mehr (es gibt allerdings auch AutorInnen, die dem widersprechen; siehe z.B. Stevenson & Wolfers 2013).

<sup>20</sup> Das gilt ebenso, wenn sowohl im Haushalt als auch außerhalb gepflegt wird (hier nicht abgebildet).

### 3. Soziale Unterstützung und Alter

Dieses Kapitel beschreibt kurz die spezifische Lebenssituation älterer Menschen und geht in der Folge im Speziellen auf die Verfügbarkeit sozialer Unterstützungsnetzwerke bei älteren, aber auch jüngeren Menschen ein. Die soziale Unterstützung dürfte auch nach Faktoren wie dem Lebensstil oder dem Migrationshintergrund variieren.

#### 3.1. Die Lebenssituation älterer Menschen

Die Lebenssituation älterer Menschen unterscheidet sich zum Teil deutlich von anderen Bevölkerungsgruppen (Tab. 9). Das gilt zunächst für den Bereich der PartnerInnenschaft bzw. der Familie. Lebt insgesamt rund ein Viertel der Frauen und Männer alleine in einem Haushalt, ist es bei den älteren Personen ab 80 Jahren ein deutlich größerer Anteil (72 Prozent der Frauen und die Hälfte der Männer, sofern sie in Privathaushalten und nicht in Pflegeeinrichtungen untergebracht sind). Nur wenige sind ledig, aber ein großer Teil ist bereits geschieden oder verwitwet.

Die subjektive Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit sind in höherem Alter geringer und Einschränkungen durch körperliche Beeinträchtigungen häufiger. Anders verhält es sich auf Basis des vorliegenden Datensatzes jedoch beim psychischen Wohlbefinden. Auch die Zufriedenheit mit der Lebenssituation ist in der aktuellen Wiener Lebensqualitätsstudie bei den jüngeren Personen geringer als bei den Älteren. Das dürfte unter anderem damit zusammenhängen, dass die Älteren im Durchschnitt auch größere Zufriedenheiten mit ihrer finanziellen Situation, ihrer Wohnsituation und ihrer familiären Situation berichten. Die größere Zufriedenheit der Älteren beim Einkommen und beim Wohnen ist wiederum vor allem auf die älteren Männer zurückzuführen, die seltener in Haushalten mit geringem Einkommen und überdurchschnittlich oft in großen Wohnungen (mehr als 105m<sup>2</sup>) leben. Auf die älteren Frauen trifft dies nicht gleichermaßen zu. Ihre Situation ist mit Bezug auf Haushaltseinkommen und Wohnraum mit jener der Frauen in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) durchaus vergleichbar. Die zuletzt angeführten Befunde weisen damit auf einen nicht vernachlässigbaren Gender-Gap im Alter hin: Während nur 7 Prozent der Männer ab 80 Jahren auf ein Einkommen von maximal 1.000 Euro pro Monat kommen, sind es bei den Frauen ab 80 ganze 17 Prozent (äquivalisiertes Haushaltseinkommen). Und während nur 9 Prozent der älteren Männer in kleinen Wohnungen mit bis zu 55 m<sup>2</sup> wohnen, sind es bei den älteren Frauen rund 20 Prozent.

Zudem verfügt ein verhältnismäßig großer Teil der älteren Frauen maximal über einen Pflichtschulabschluss. Umgekehrt verhält es sich bei der tertiären Bildung: Während in der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren insgesamt 22 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen einen tertiären Abschluss vorweisen können, sind es bei den Menschen ab 80 Jahren zwar 21 Prozent bei den Männern, aber nur rund 12 Prozent bei den Frauen. Das weist allerdings auch darauf, dass die jüngeren Frauen besser ausgebildet sind als die jüngeren Männer.

Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft sind unter den älteren Menschen deutlich seltener zu finden. Zum Teil mag das daran liegen, dass Migrantinnen und Migranten nach einigen Jahren oder am Ende ihrer beruflichen Laufbahn wieder in ihr Herkunftsland zurückkehren. Aber auch Einbürgerungen spielen eine Rolle. Unter den älteren Personen sind fast alle Zuwandererinnen und Zuwanderer seit 25 oder mehr Jahren in Österreich. Die Anteile

an Personen mit Migrationshintergrund sind dennoch auch insgesamt etwas geringer als in der Gesamtbevölkerung.

**Tab. 9: Die Lebenssituation ältere Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung**

Bevölkerung Geschlecht: weiblich/männlich	ab 15 Jahre		ab 60 Jahre		ab 80 Jahre	
	w	m	w	m	w	m
<b>Familienstand (%)</b>						
alleine lebende Personen	27	24	48	29	72	50
ledige Personen	36	40	9	10	8	7
Partner/in vorhanden	65	71	51	77	17	57
verheiratete Personen	37	42	42	60	13	46
geschiedene/verwitwete Personen	24	14	49	28	78	47
<b>Gesundheit und Wohlbefinden (%)</b>						
sehr gute oder gute Gesundheit	72	72	66	68	51	57
keine körperliche Beeinträchtigung	69	68	58	61	41	53
sehr zufrieden oder zufrieden mit dem Gesundheitszustand	74	76	70	72	57	65
keine negativen Gefühle oder depressive Stimmungen	37	45	53	63	51	59
sehr zufrieden oder zufrieden mit der Lebenssituation	79	79	87	88	81	89
<b>Sozialstrukturelle Merkmale (%)</b>						
Pflichtschulabschluss	16	16	12	6	20	11
tertiärer Bildungsabschluss	25	22	20	24	12	21
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts bis € 1.000	20	20	14	9	17	7
über € 3.500	3	5	4	8	4	0
Haus/Wohnung bis 55 m <sup>2</sup>	19	20	14	15	20	9
Haus/Wohnung über 105 m <sup>2</sup>	19	19	21	25	18	30
<b>Zufriedenheit (%)</b>						
Sehr zufrieden oder zufrieden mit ...der Wohnsituation	76	77	86	87	88	92
...der finanziellen Situation	63	65	74	81	67	86
...der familiären Situation	81	82	88	90	85	95
...Sozialkontakten	82	79	89	88	76	91
<b>Migrationshintergrund (%)</b>						
ausländische Staatsbürgerschaft	10	11	3	3	1	3
erste Generation	12	13	9	10	9	17
zweite Generation	20	25	10	15	15	6
<b>Anteil an MigrantInnen (%):</b>						
...seit max. 9 Jahren in Österreich	18	18	1	< 1	0	0
...seit mind. 25 Jahren in Österreich	46	49	92	93	100	94
<b>Konfessionszugehörigkeit (%)</b>						
konfessionslos	35	40	33	43	23	33
römisch-katholisch	45	38	56	44	75	45
muslimisch	7	8	1	3	0	0
<b>Lebensstil (%)</b>						
In meinem Leben lege ich Wert auf Bescheidenheit.	80	80	85	84	94	86
Gutes Essen und Trinken spielen in meinem Leben eine große Rolle.	76	78	67	72	62	67
Bei Neuanschaffungen achte ich besonders auf hochwertige Materialien oder exklusives Design.	55	60	63	62	52	70
Für mich ist es wichtig, im Leben möglichst viele verschiedene Dinge auszuprobieren.	63	66	58	57	42	61
Mir ist es wichtig, jeden Monat einen kleinen Betrag zu sparen.	77	71	76	63	75	61
Durchschnittsalter in Jahren	46,8	44,3	71,2	70,0	84,4	84,0
N	4.666	3.773	1.231	808	133	72

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht).

Betrachtet man die Zugehörigkeiten zu Religionsbekenntnissen, so spielt die muslimische Konfession in der Gruppe der Älteren nur eine geringe Rolle. Ältere Frauen erweisen sich häufiger als römisch-katholisch und sind seltener konfessionslos. Bei den älteren Männern ist dieser Trend ebenfalls festzustellen, aber in schwächerer Form. Ältere Menschen legen laut eigenen Angaben mehr Wert auf Bescheidenheit. Für sie spielen gutes Essen und Trinken eine weniger große Rolle, und es ist vor allem älteren Frauen weniger wichtig, möglichst viele verschiedene Dinge auszuprobieren. Ein großer Unterschied zwischen älteren Frauen und älteren Männern findet sich bei der Relevanz der Hochwertigkeit von Neuanschaffungen: Diese ist für 70 Prozent der älteren Männer, jedoch „nur“ rund 52 Prozent der älteren Frauen wichtig. Umgekehrt meinen 75 Prozent der älteren Frauen, dass es ihnen wichtig ist jeden Monat etwas zu sparen, während dies „nur“ 61 Prozent der älteren Männer tun.

Im Hinblick auf die soziale Unterstützung kann abschließend festgehalten werden, dass die Zufriedenheit mit der familiären Situation bei älteren Menschen grundsätzlich sehr hoch ist. Bei den Sozialkontakten gilt dies nur für die älteren Männer (91 Prozent), aber nicht für die älteren Frauen (76 Prozent).

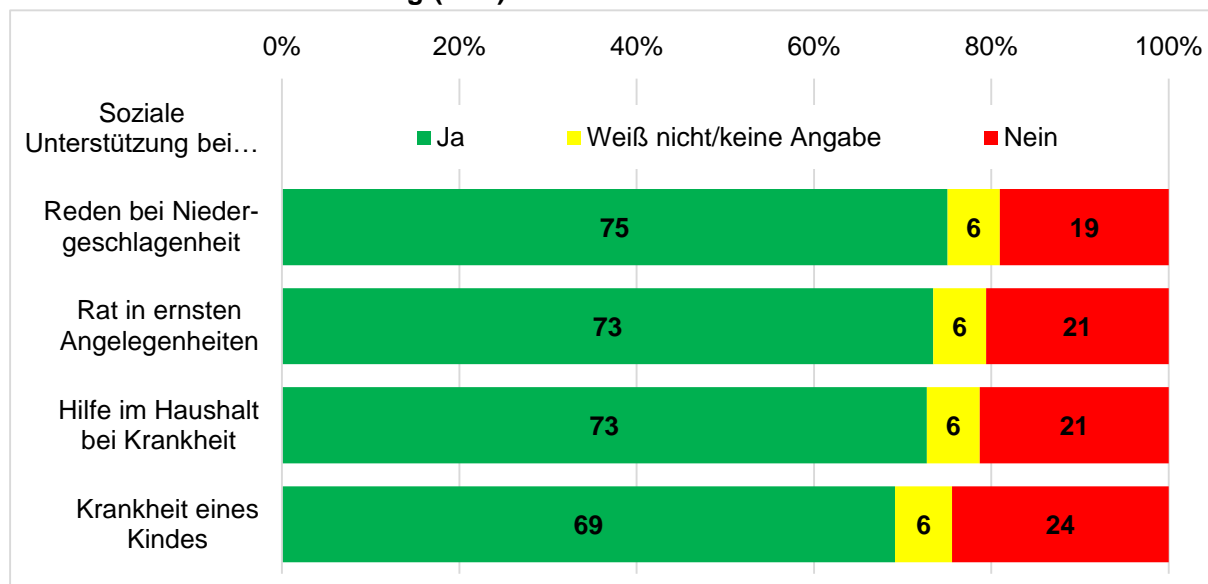
### 3.2. Dimensionen sozialer Unterstützung

Um die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in Wien zu erfassen, wurde die folgende Frageformulierung verwendet: „In bestimmten Situationen ist man auf Unterstützung angewiesen. Würden Sie in den folgenden Situationen Beistand oder Unterstützung von Personen aus Ihrem Umfeld erhalten, die nicht in Ihrem Haushalt wohnen?“ Als Situationen wurden angeführt: (1) Wenn Sie krank sind und Hilfe im Haushalt benötigen. (2) Wenn Sie Rat in einer ernsten persönlichen oder Familienangelegenheit brauchen. (3) Wenn Sie niedergeschlagen sind und jemanden zum Reden brauchen. (4) Wenn ihr Kind krank ist und Sie arbeiten müssen (nur bei Personen mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt).

Bei allen vier Items vertrauen zwischen 69 und 75 Prozent der Befragten darauf, dass sie im jeweiligen Fall Unterstützung durch außerhalb ihres Haushalts lebende Personen bekommen würden (Abb. 14). Am größten ist dabei der Verlass darauf, dass sie mit jemandem reden können, wenn sie niedergeschlagen sind. Am geringsten ist der Wert bei der Unterstützung im Falle eines kranken Kindes.

Betrachtet man die ersten drei Indikatoren (alle außer Krankheit eines Kindes) gemeinsam, so wird ersichtlich, dass 61 Prozent der Wienerinnen und Wiener angeben, in allen drei Situationen unterstützt zu werden (nicht tabellarisch dargestellt). Rund 15 Prozent führen an, dass sie in zwei der drei Situationen Unterstützung von Personen außerhalb ihres Haushalts bekommen würden. Weitere 10 Prozent würden zumindest in einer der drei Situationen unterstützt werden. Lediglich 15 Prozent führen an, in keiner der angeführten Situationen Unterstützung zu bekommen (N = 8.450).

Konzentriert man sich auf Personen, die in einem Haushalt mit (eigenen oder adoptierten) Kindern unter 18 Jahren leben (N = 1.768), kann man alle vier Indikatoren berücksichtigen. Rund 55 Prozent der Eltern berichten, in allen vier Situationen unterstützt zu werden. Weitere 15 bzw. 12 Prozent berichten, in drei bzw. zwei Situationen Unterstützung außerhalb des Haushalts zu finden. Etwa sechs Prozent würden nur in einer der vier Situationen Beistand bekommen, beinahe zwölf Prozent in gar keiner der vier.

**Abb. 14: Soziale Unterstützung (in %)**

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: In bestimmten Situationen ist man auf Unterstützung angewiesen. Würden Sie in den folgenden Situationen Beistand oder Unterstützung von Personen aus Ihrem Umfeld erhalten, die nicht in Ihrem Haushalt wohnen? Wenn Sie krank sind und Hilfe im Haushalt benötigen. Wenn Sie Rat in einer ernstesten persönlichen oder Familienangelegenheit brauchen. Wenn Sie niedergeschlagen sind und jemanden zum Reden brauchen. Wenn ihr Kind krank ist und Sie arbeiten müssen. Antwortmöglichkeiten: ja/ nein/ weiß nicht. N = 8.450 bei den ersten drei Indikatoren; N = 1.768 beim letzten Indikator (nur Personen mit Kindern unter 18 Jahren im Haushalt).

**Tab. 10: Die soziale Unterstützung älterer Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (in %)**

Bevölkerung	ab 15 Jahre		ab 60 Jahre		ab 80 Jahre	
	w	m	w	m	w	m
Geschlecht: weiblich/männlich						
Soziale Unterstützung (% Ja)						
Reden bei Niedergeschlagenheit	79	71	82	73	74	77
Rat in ernstesten Angelegenheiten	77	69	81	72	74	75
Hilfe im Haushalt bei Krankheit	75	70	78	71	79	83
Unterstützung bei allen 3	65	56	67	57	62	65
N	4.666	3.773	1.231	808	133	72

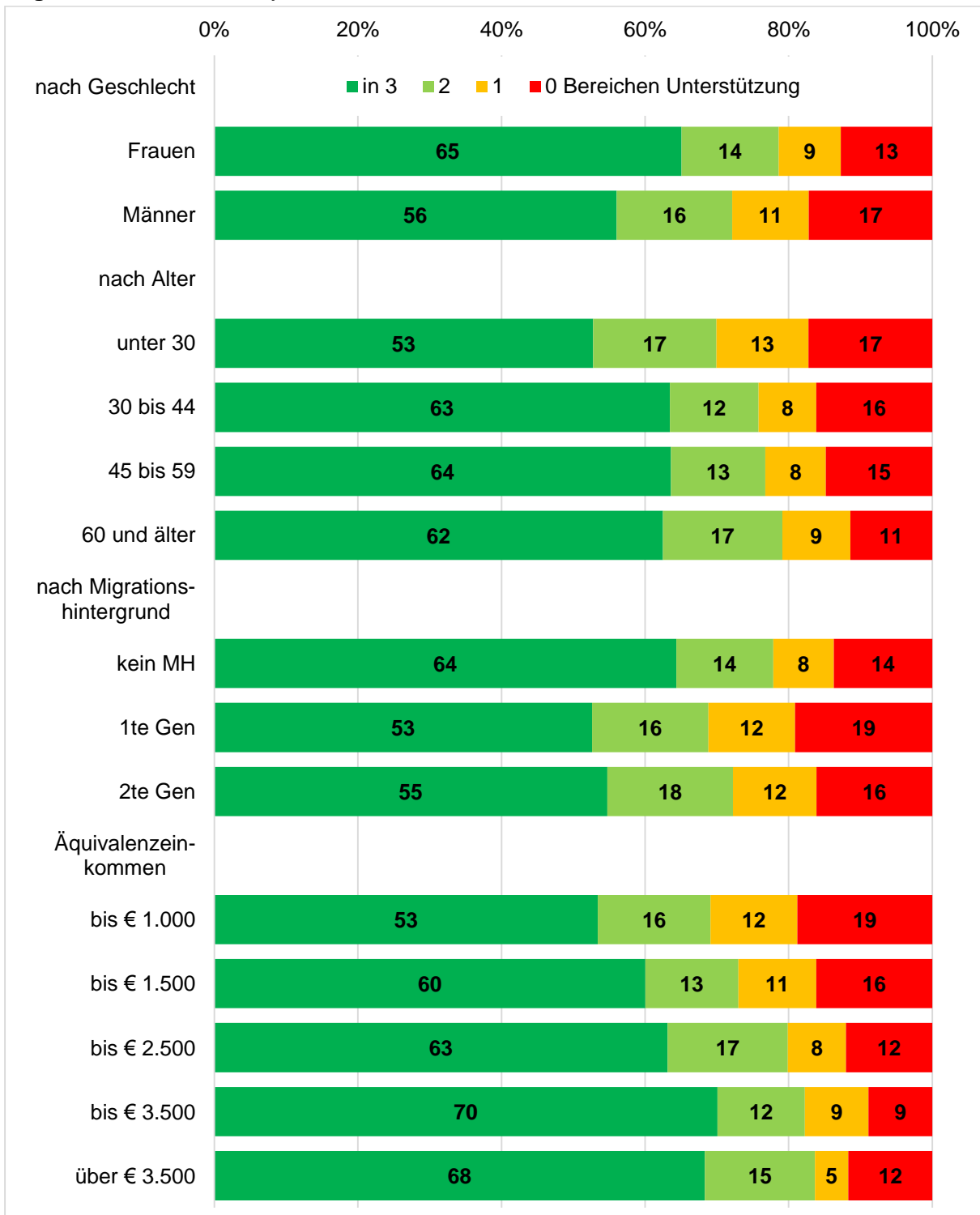
Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht).

Im Hinblick auf die spezifische Situation älterer Menschen ist zu erkennen, dass diese im Vergleich zur Gesamtbevölkerung stärker darauf vertrauen, die Unterstützung und den Beistand anderer zu bekommen (Tab. 10). Am größten ist dieser Unterschied bei der Frage nach Hilfe im Haushalt, sollte diese im Krankheitsfall benötigt werden. Über 60 Prozent der Personen ab 80 gaben an, in allen drei abgefragten Situationen unterstützt zu werden.

### 3.3. Unterschiede in der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung

Die Auswertungen in diesem Abschnitt beziehen sich auf die Frage, in wie vielen der drei bei allen Personen abgefragten Bereiche die Befragten Unterstützungen erhalten würden. Bei einer Betrachtung nach Lebensstilen fällt auf (Tab. 11), dass Gruppen mit gehobenem Ausstattungsniveau stärker auf Unterstützung und Beistand vertrauen. So meinen rund 68 Prozent der reflexiven Avantgardistinnen und Avantgardisten, dass sie in allen drei Situationen unterstützt werden würden. Unter den Defensiv-Benachteiligten sind es hingegen nur 50 Prozent. Die Lebensstile sind also auch in diesem Bereich sehr relevant.

**Abb. 15: Soziale Unterstützung (Anzahl der Bereiche, in denen das Erhalten von Unterstützung angenommen wird; in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: In bestimmten Situationen ist man auf Unterstützung angewiesen. Würden Sie in den folgenden Situationen Beistand oder Unterstützung von Personen aus Ihrem Umfeld erhalten, die nicht in Ihrem Haushalt wohnen? Wenn Sie krank sind und Hilfe im Haushalt benötigen. Wenn Sie Rat in einer ernsten persönlichen oder Familienangelegenheit brauchen. Wenn Sie niedergeschlagen sind und jemanden zum Reden brauchen. Antwortmöglichkeiten: ja/ nein/ weiß nicht. Dargestellt wird die Anzahl an „Ja“-Antworten.



Tab. 11: Soziale Unterstützung nach Lebensstil (Unterstützung in allen drei Bereichen in %)

	Biographische Schließung	Biographische Etablierung	Biographische Konsolidierung	Biographische Offenheit
<b>Gehobenes Ausstattungsniveau</b>	Gehoben-Konservative: 65	Statusbewusst-Arrivierte: 66	Leistungsbewusst-Intellektuelle: 67	Reflexive AvantgardistInnen: 68
<b>Mittleres Ausstattungsniveau</b>	Solide Konventionelle: 62	Statusorientiert-Bürgerliche: 62	Bürgerlich-Leistungsorientierte: 61	Expeditiv-Pragmatische: 65
<b>Niedriges Ausstattungsniveau</b>	Limitiert-Traditionelle: 56	Defensiv-Benachteiligte: 50	Konsum-MaterialistInnen: 52	Jugendkulturell Unterhaltungs-suchende: 54

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: In bestimmten Situationen ist man auf Unterstützung angewiesen. Würden Sie in den folgenden Situationen Beistand oder Unterstützung von Personen aus Ihrem Umfeld erhalten, die nicht in Ihrem Haushalt wohnen? Wenn Sie krank sind und Hilfe im Haushalt benötigen. Wenn Sie Rat in einer ernststen persönlichen oder Familienangelegenheit brauchen. Wenn Sie niedergeschlagen sind und jemanden zum Reden brauchen. Die Tabelle zeigt die Anteile jener Personen, die in allen drei Situationen mit „Ja“ antworteten.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Frauen etwas größere Unterstützung berichten als Männer (Abb.15).<sup>21</sup> Zudem mangelt es vor allem jüngeren Personen unter 30 Jahren häufiger an Unterstützung als Personen in anderen Altersgruppen. Nach Migrationshintergrund fällt auf, dass die erste Generation der Migrantinnen und Migranten weniger soziale Unterstützung erhält als die zweite Generation oder die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Auch bei geringem Haushaltsäquivalenzeinkommen fehlt soziale Unterstützung häufiger.

<sup>21</sup> Im Detail hat sich gezeigt, dass Frauen unter 80 Jahren eine etwas größere Unterstützung berichten als Männer, ab 80 Jahren aber Männer etwas mehr Unterstützung erhalten als Frauen (Tab. 10).

## 4. Betreuung und Pflege

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit der Betreuungs- und Pflegearbeit, die von Angehörigen, anderen Privatpersonen oder institutionellen Einrichtungen geleistet wird. Dabei wird zunächst auf das Ausmaß an wöchentlich geleisteter Pflegearbeit eingegangen.<sup>22</sup>

### 4.1. Ausmaß und Orte geleisteter Betreuung und Pflege

Tabelle 12 gibt einen Überblick darüber, wie viel an Pflegearbeit geleistet wird, und zeigt, zu welchen Teilen diese inner- bzw. außerhalb des Haushalts erbracht wird. Da es im Bereich der Fragen zu Pflege und Betreuung einige Personen gab, die nicht geantwortet haben, wird die Analyse in der Tabelle in mehreren Schritten dargestellt. In Summe (siehe Spalte C) ist zu erkennen, dass etwa 84 Prozent der Wienerinnen und Wiener keine unbezahlten Pflege- oder Betreuungsleistungen an einer erwachsenen, hilfsbedürftigen Person erbringen.

---

<sup>22</sup> In der SOWI-Befragung wurden nur Privathaushalte befragt. Die Betreuung und Pflege in stationären Einrichtungen wurde nicht erfasst.

**Tab. 12: Erbrachte Pflege und Pflegeausmaß (in %)**

(a) Die innerhalb und außerhalb des Haushalts erbrachte Pflege

Sample	A	B	C	D
	%	%	%	
keine Pflege	36	73	84	---
innerhalb des Haushalts	2	4	5	30
außerhalb des Haushalts	5	9	11	66
innerhalb und außerhalb des Haushalts	< 1	1	1	4
keine Angabe	6	12	---	---
nicht gefragt (anderer Split)	50	---	---	---

(b) Das Ausmaß der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen

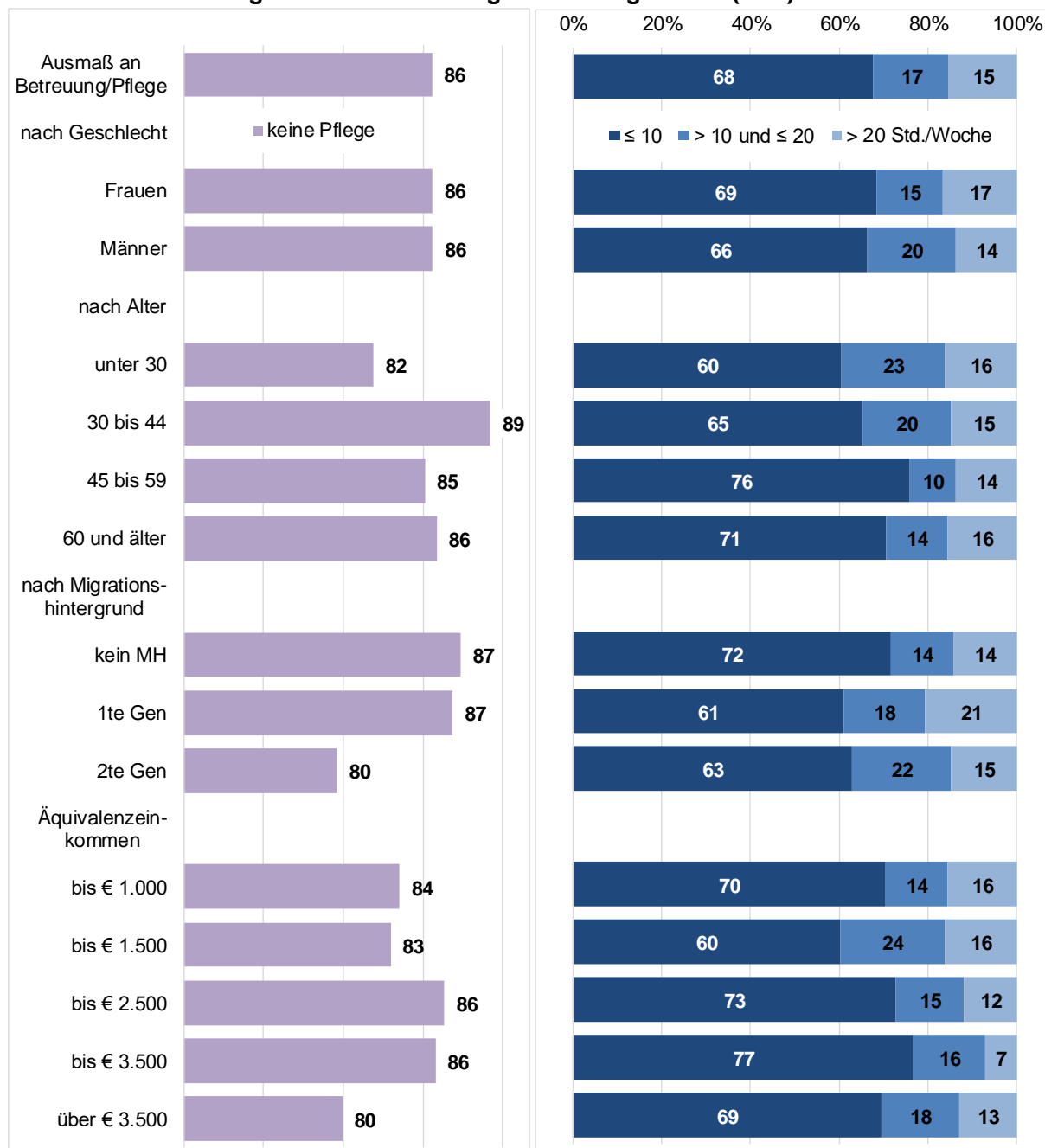
Sample	A	B	C	D
	%	%	%	
keine Pflege	36	73	86	---
bis zu 10 Std. pro Woche	4	8	10	68
mehr als 10 und bis zu 20 Std.	1	2	2	17
mehr als 20 Std.	1	2	2	15
Ausmaß unbekannt	1	2	---	---
keine Angabe	6	12	---	---
nicht gefragt (anderer Split)	50	---	---	---

(c) Die Pflegestufe der gepflegten Person

Sample	B	C	D
	%	%	%
keine Pflegestufe	41	50	---
Pflegestufe 1	6	7	14
Pflegestufe 2	7	9	18
Pflegestufe 3	10	12	23
Pflegestufe 4	8	10	20
Pflegestufe 5	7	8	16
Pflegestufe 6	2	2	4
Pflegestufe 7	2	2	4
unbekannt (weiß nicht)	19	---	---

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Berechnungsvarianten: Sample A bezieht alle Befragten mit ein. Sample B schließt jene aus, die nicht zur Pflege befragt wurden, und Sample C zusätzlich jene, die keine Angaben gemacht haben. Sample D beinhaltet nur Personen, die angegeben haben, Betreuungs- und Pflegearbeit zu leisten.

Der überwiegende Teil der Befragten, die regelmäßig Pflegeleistungen erbringen, leistet diese Arbeit (auch) außerhalb des Haushalts (70 Prozent der Pflegenden). Mehr als zwei Drittel verrichten diese unbezahlte Tätigkeit im Ausmaß von maximal 10 Stunden pro Woche, rund 15 Prozent wendet aber auch mehr als 20 Stunden pro Woche dafür auf.

**Abb. 16: Ausmaß an geleisteter Betreuungs- und Pflegearbeit (in %)**

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: Verrichten Sie unbezahlt regelmäßige Pflege- oder Betreuungsleistungen an einer erwachsenen, hilfsbedürftigen Person? (in Ihrem Haushalt/ außerhalb Ihres Haushalts/ nein, nichts davon) Wie viele Stunden pro Woche wenden Sie im Durchschnitt ungefähr dafür auf? (bis zu 10 Stunden/ bis zu 20 Stunden/ über 20 Stunden).

Tabelle 12 enthält im unteren Teil auch einen Überblick nach Pflegestufe. Bei diesen Befunden ist zunächst anzumerken, dass die Einstufung der gepflegten Person einem großen Teil der befragten Personen nicht bekannt ist. Sehr viele der betreuten Menschen weisen eine mittlere Pflegestufe auf: Rund 78 Prozent jener, deren die Einstufung zwischen 1 und 7 bekannt ist, liegen innerhalb der Stufen 2 bis 5.

Die Befunde der SOWI-Studie aus dem Jahr 2012/2013 hatten gezeigt, dass Frauen und Männer in vergleichbarem Ausmaß zu den Nicht-Pflegenden bzw. Pflegenden gehören, bei den Pflege und Betreuung leistenden Menschen Frauen allerdings mehr Wochenstunden aufwenden als Männer (Riederer et al. 2014, S. 29/30). Anhand der aktuellen Welle der SOWI-Studie lässt sich dies tendenziell bestätigen (siehe Abb. 16). Bei beiden Geschlechtern pflegen rund 86 Prozent nicht. Allerdings ist bei den Frauen der Anteil an mehr als 20 Stunden pro Woche pflegenden Personen höher als bei den Männern (17 vs. 14 Prozent der pflegenden Personen).

Am geringsten ist der Anteil der Pflegeleistungen erbringenden Personen mit rund 11 Prozent in der Gruppe der 30- bis 44-jährigen Personen (d.h. 89 Prozent der Personen in dieser Altersgruppe pflegen nicht).<sup>23</sup> Unter den unter 30-jährigen Personen erbringen dagegen rund 18 Prozent Betreuungs- und Pflegeleistungen, in den älteren Altersgruppen sind es 15 bzw. 14 Prozent. Das Ausmaß der Betreuung ist ebenfalls bei den jüngeren etwas höher als in den anderen Altersgruppen.

Die Betrachtung nach Migrationshintergrund zeigt, dass Angehörige der zweiten Generation mit rund 20 Prozent die höchste Betreuungsquote aufweisen. Während also rund 80 Prozent dieser Gruppe niemanden betreut, sind es bei Personen ohne Migrationshintergrund oder Angehörigen der ersten Generation jeweils 87 Prozent. Wird jemand betreut, ist das Ausmaß bei Personen mit Migrationshintergrund etwas höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Sowohl in den unteren als auch in der höchsten Haushaltseinkommenskategorie sind die Anteile der Personen, die keine Betreuungs- und Pflegeleistungen erbringen, etwas geringer als in den mittleren Einkommenskategorien. Im Ausmaß der Betreuungsarbeit lassen sich kaum systematische Unterschiede nach der Höhe des Einkommens feststellen.

#### **4.2. Wer wird von wem betreut? Formelle und informelle Betreuung**

In der Wiener Lebensqualitätsstudie wurde nicht nur gefragt, wer Betreuungs- und Pflegeleistungen erbringt, sondern auch, ob jemand im Haushalt gepflegt wird (d.h. man selbst oder ein anderes Haushaltsmitglied).<sup>24</sup> Eine Teilstichprobe von 3.640 Personen sollte angeben, ob dies (a) durch ein anderes Haushaltsmitglied, (b) durch Freunde, Bekannte oder andere Familienmitglieder außerhalb des Haushalts, (c) durch eine vom Fonds Soziales Wien geförderten Organisation (z.B. Caritas, Volkshilfe) oder (d) durch eine andere Organisation geschieht. Zudem gab es die Möglichkeiten (e) „nichts davon“ anzugeben oder (f) die Angabe zu verweigern. Dadurch konnte z.B. der Rückgriff auf Personen innerhalb und außerhalb des Haushalts, die kombinierte Nutzung FSW-geförderter und nicht geförderter Einrichtungen sowie die Nutzung sowohl formeller als auch informeller Unterstützung erfasst werden. Vereinzelt kam es aber auch zu widersprüchlichen Angaben, die die Auswertung erschweren. So führten in Summe 78 Personen, die angaben, dass innerhalb des Haushalts

<sup>23</sup> Diese Altersgruppe weist auch den größten Anteil an Haushalten mit Kindern unter 15 Jahren auf. Das scheint jedoch nicht der Grund für den geringen Anteil an Pflegenden zu sein. Haushalte mit zwei Kindern weisen ähnlich hohe Anteile an Pflegenden auf wie Haushalte ohne Kinder unter 15 Jahren.

<sup>24</sup> Anhand der Daten kann leider nicht differenziert werden, ob die gefragte Person selbst oder ein anderes Haushaltsmitglied gepflegt wird. Auch über Geschlecht, Alter oder andere Charakteristika der gepflegten Person ist nichts bekannt.

jemand gepflegt wird, auch an, dass „nichts davon“ zuträfe oder verweigerten weitere Angaben.

Ignoriert man zunächst diese widersprüchlichen Angaben, so kann festgehalten werden, dass rund 7,5 Prozent der Wienerinnen und Wiener angeben, dass eine Person von einem anderen Haushaltsmitglied gepflegt wird. Etwa 4,4 Prozent berichten, dass eine außerhalb des Haushalts lebende Privatperson die Pflegeleistung erbringt (Freunde, Bekannte oder Familienmitglieder). Rund 2,8 Prozent führen eine vom Fonds Soziales Wien geförderte Organisation (z.B. Caritas, Volkshilfe) an, und weitere 1,3 Prozent eine andere Organisation. Etwa 86,4 Prozent gaben an, dass keine dieser Antwortmöglichkeiten zutrifft („nichts davon“), und 2,4 Prozent haben zumindest teilweise die Antwort verweigert.

Berücksichtigt man nun Mehrfachantworten, so erhält man ein differenzierteres Bild (Tab. 13). Der Anteil der Haushalte, in denen niemand gepflegt wird, beträgt rund 85 bis 88 Prozent. In etwa 7 bis 9 Prozent der Haushalte wird der Pflegebedarf durch Privatpersonen abgedeckt (informelle Pflege). Rund 3 Prozent der Haushalte nutzen ausschließlich Betreuung durch Organisationen (formelle Pflege). Mischformen, bei denen sowohl formelle als auch informelle Pflege genutzt wird, kommen lediglich bei rund 1 Prozent der Haushalte vor.

**Tab. 13: Gepflegte Haushaltsmitglieder (in %)**

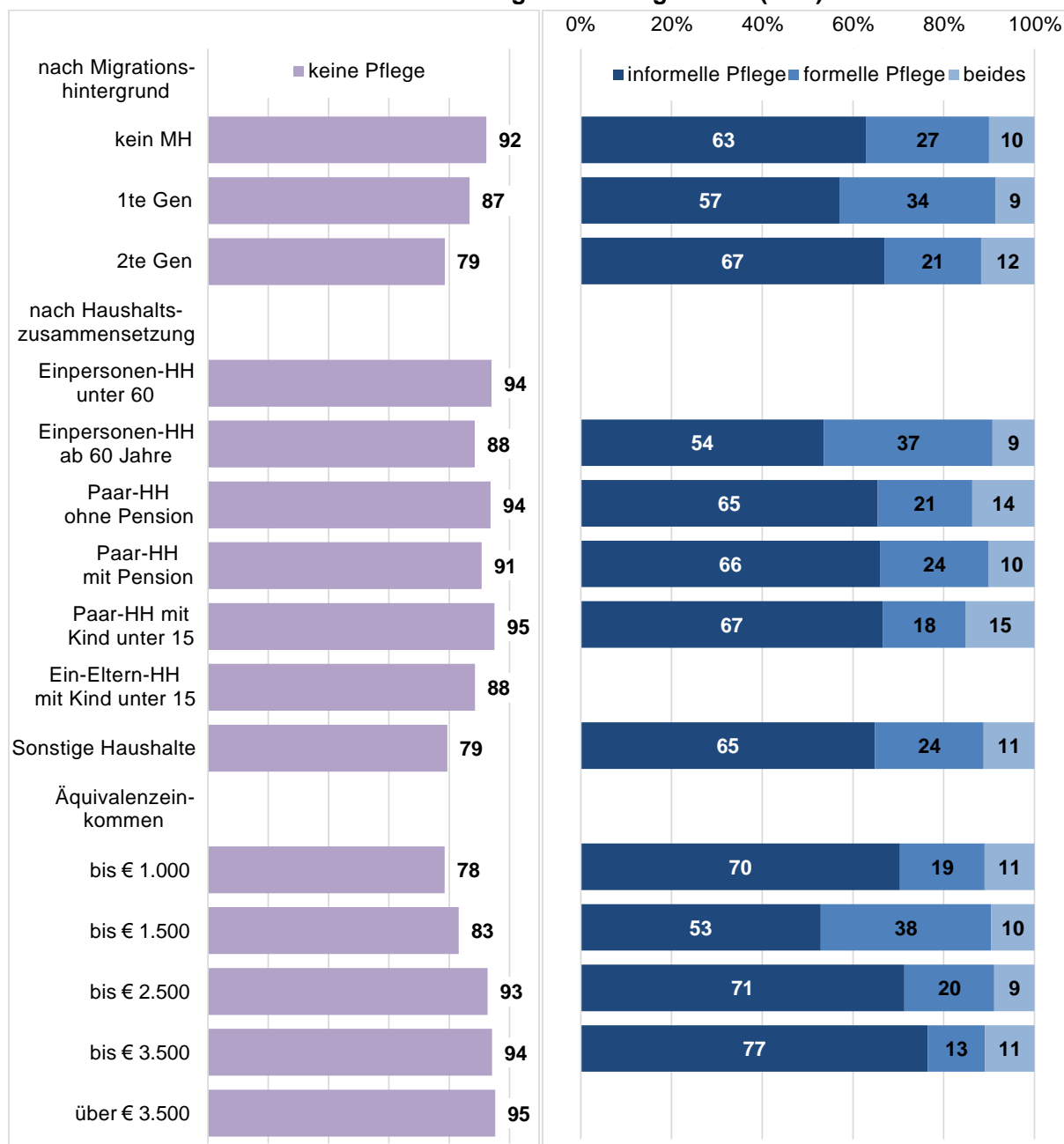
Variante	A	B	C	D	E
Pflege	%	%	%	%	%
<i>informelle Pflege</i>	9	9	69	63	7
nur Person innerhalb des Haushalts	3	3	25	29	3
nur Person außerhalb des Haushalts	2	2	19	22	3
Person innerhalb und außerhalb	1	1	11	12	1
Person innerhalb und „nichts davon“	2	2	12	---	---
Person innerhalb und keine Angabe	<1	<1	3	---	---
<i>formelle Pflege</i>	3	3	22	26	3
nur FSW-geförderte Organisation	2	2	15	18	2
nur andere Organisation	1	1	6	8	1
FSW-geförderte und andere Organisation	<1	<1	<1	<1	<1
<i>Mischformen</i>	1	1	9	11	1
Person innerhalb und geförderte Organisation	<1	<1	3	4	<1
Person innerhalb und andere Organisation	<1	<1	2	2	<1
Person innerhalb und beide Arten von Organisationen	<1	<1	<1	<1	<1
Person außerhalb und geförderte Organisation	<1	<1	2	3	<1
Person außerhalb und andere Organisation	<1	<1	<1	<1	<1
Person inner- und außerhalb sowie geförderte Org.	<1	<1	1	1	<1
Person inner- und außerhalb sowie andere Org.	<1	<1	1	1	<1
<i>Keine Pflege/ keine Angaben</i>	87	87	---	---	88
nichts davon	85	87	---	---	88
keine Angabe	2	---	---	---	---
nichts angeführt	<1	---	---	---	---
N	3.640	3.564	447	369	3.486

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: Werden Sie oder ein anderes Haushaltsmitglied gepflegt oder betreut durch...? Antwortmöglichkeiten: ein Haushaltsmitglied; Freunde, Bekannte oder andere Familienmitglieder außerhalb des Haushalts; einer vom Fonds Soziales Wien geförderten Organisation (z.B. Caritas, Volkshilfe); von einer anderen Organisation; nichts davon; keine Angabe. Berechnungsvarianten: Variante A bezieht alle befragten Personen mit ein. Variante B schließt jene ohne sinnvolle Angabe aus. Variante C konzentriert sich auf Personen, die angeben, dass eine Person gepflegt wird. Variante D schließt zusätzlich zu Variante C jene Personen aus, die widersprüchliche Angaben gemacht bzw. die Frage nicht vollständig beantwortet haben. Variante E beinhaltet im Gegensatz zu Variante D nun wieder jene Personen, die angegeben haben, dass keine der angeführten Pflegeformen auf ihren Haushalt zutrifft.

Betrachtet man nur jene Haushalte, in denen eine Person gepflegt wird, so liegt der Anteil der allein durch informelle Pflege gekennzeichneten Haushalte zwischen 63 und 69 Prozent. Die formelle Betreuung (ohne informelle Pflege) betrifft etwa 22 bis 26 Prozent. Der Anteil der Mischformen (formelle und informelle Pflege) beträgt rund 9 bis 11 Prozent.

Für die nachfolgenden Berechnungen (Abb. 16) wird auf die Kategorisierung in der letzten Spalte von Tabelle 13 zurückgegriffen, in der nur eindeutige Antworten berücksichtigt wurden. Bei dieser Kategorisierung liegt der Anteil an Haushalten, in denen niemand gepflegt wird, bei rund 88 Prozent. Die Anteile von informeller Pflege, formeller Pflege und Mischformen betragen 7, 3 und 1 Prozent.

**Abb. 17: Informelle und formelle Betreuungs- und Pflegearbeit (in %)**



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Anmerkung: Bei Gruppengrößen von unter 20 Personen werden die Ergebnisse nicht ausgewiesen. Frageformulierung: Werden Sie oder ein anderes Haushaltsmitglied gepflegt oder betreut durch...? Antwortmöglichkeiten: ein Haushaltsmitglied; Freunde, Bekannte oder andere Familienmitglieder außerhalb des Haushalts; einer vom Fonds Soziales Wien geförderten Organisation (z.B. Caritas, Volkshilfe); von einer anderen Organisation; nichts davon.

Bei einer Betrachtung nach Migrationshintergrund bestätigt sich, dass die zweite Generation vergleichsweise häufig zu jenen zählt, die Pflegearbeit leisten (vgl. die Abbildungen 16 und 17). Zum einen wohnen 21 Prozent in einem Haushalt, in dem zumindest eine Person ge-



pflegt wird. Zum anderen wird in 79 Prozent dieser Haushalte durch Privatpersonen gepflegt (67 Prozent nur formelle Pflege und 12 Prozent Mischformen).

Nach Haushaltstyp ist erkennbar, dass der Anteil der Haushalte, in denen jemand gepflegt wird, in Haushalten von alleinstehenden Personen ab 60 und Paar-Haushalten mit Pensionsbezug etwas höher ist. Am höchsten ist er jedoch unter den sonstigen Haushalten, zu denen auch die Mehrgenerationen-Haushalte zählen. Ansonsten fällt auf, dass Personen aus Einpersonenhaushalten stärker auf formelle Pflege angewiesen sind als Menschen, die mit anderen Personen gemeinsam in einem größeren Haushalt leben.

Personen, die in reicheren Haushalten leben, berichten seltener von pflegebedürftigen Personen in ihrem Haushalt. Die Unterschiede nach Art der Pflege sind zwischen den Einkommensgruppen jedoch relativ gering; die Kategorie der Personen mit 1.000 bis 1.500 Euro Haushaltseinkommen weicht als einzige von den anderen ab.<sup>25</sup>

### **4.3. Wer betreut? Charakteristika nicht betreuender und betreuender Personen**

Das Kapitel 4 abschließend soll an dieser Stelle noch ein Versuch unternommen werden, die Gruppen nicht-betreuender und betreuender Personen zu charakterisieren. Dazu dient die Gegenüberstellung in Tabelle 14 (für eine nach Geschlecht differenzierte Darstellung siehe Tabelle A.4 im Appendix).

Sowohl die Gruppe, die Betreuungsarbeit leistet, als auch jene, die das nicht tut, ist in Wien zur Hälfte weiblichen Geschlechts und im Durchschnitt Mitte 40. Zudem hat der überwiegende Teil der Betreuenden wie Nicht-Betreuenden einen Partner oder eine Partnerin, besitzt die österreichische Staatsbürgerschaft und gehört der römisch-katholischen Kirche an. Es gibt jedoch auch einige relevante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Personen, die Pflegearbeit leisten, leben weniger oft alleine, haben häufiger einen Partner oder eine Partnerin und sind öfter verheiratet. Zwar sind sowohl betreuende als auch nicht betreuende Personen zu gleichen Teilen geschieden oder verwitwet; wird aber betreut, so unterscheidet sich das Ausmaß der Betreuung: Geschiedene oder verwitwete Personen sind in der Gruppe derer, die mehr als 10 oder gar mehr als 20 Stunden pro Woche Pflege- und Betreuungsarbeit leisten, überrepräsentiert.

Nach formalem Bildungsgrad betrachtet zeigt sich, dass Personen mit Pflichtschulabschluss in der Gruppe der nicht pflegenden Personen etwas stärker vertreten sind. Unter den betreuenden Personen wird ersichtlich, dass betreuende Personen mit tertiärer Bildung vergleichsweise häufiger in der Gruppe mit geringerem Pflegeausmaß (bis zu 10 Stunden pro Woche) zu finden sind. Bezüglich des Haushaltseinkommens ist auffallend, dass untere Einkommensgruppen in Wien bei den Betreuungs- und Pflegearbeit leistenden Personen stärker vertreten sind.

Interessante Befunde ergeben sich nach Konfessionszugehörigkeit: Konfessionslose sind bei den bei pflegeleistenden Personen stark unterrepräsentiert. Im Gegenzug ist aber nicht die

---

<sup>25</sup> Die Aufteilung in informelle und formelle Betreuung wurde in Abbildung 17 für die Gruppe der Haushalte mit mehr als 3.500 Euro Nettoäquivalenzeinkommen nicht separat ausgewiesen, da die Fallzahlen zu gering sind, um Schlüsse ziehen zu können. Im Detail zeigt sich, dass 3 von 5 Befragten die Nutzung formeller Pflege berichten (2 davon nutzen sowohl formelle als auch informelle Pflege).

große Gruppe der Personen römisch-katholischen Bekenntnisses unter den Pflegenden überdurchschnittlich vertreten, sondern Angehörige anderer Religionen (z.B. Personen muslimischen Glaubens). Es zeigt sich auch, dass Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und die zweite Generation stärker bei den Betreuungs- und Pflegeleistungen erbringenden Personen vertreten sind.

**Tab. 14: Charakteristika nicht betreuender und betreuender Personen**

Charakteristika der beiden betrachteten Gruppen	Keine Pflege leistende Personen		Pflegende Personen		
		alle	≤ 10 Std./W.	≤ 20 Std./W.	> 20 Std./W.
Frauenanteil (%)	52	51	52	45	56
Durchschnittsalter in Jahren	45,6	43,5	45,7	39,9	43,5
Familienstand (%)					
alleine lebende Personen	16	8	10	8	6
ledige Personen	36	30	26	31	34
Partner/in vorhanden	72	77	81	71	72
verheiratete Personen	44	49	56	29	37
geschiedene/verwitwete Personen	16	16	12	30	23
Sozialstrukturelle Merkmale (%)					
Pflichtschulabschluss	16	21	19	21	17
tertiärer Bildungsabschluss	23	22	27	20	21
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts					
bis € 1.000	18	22	20	16	24
bis € 1.500	23	27	23	35	32
bis € 2.500	41	35	38	32	32
bis € 3.500	13	11	13	11	6
über € 3.500	4	5	6	6	6
Migrationshintergrund (%)					
ausländische Staatsbürgerschaft	9	13	9	20	18
erste Generation	12	13	9	11	14
zweite Generation	22	33	31	43	32
Konfessionszugehörigkeit (%)					
konfessionslos	38	25	27	17	18
römisch-katholisch	42	42	48	32	39
muslimisch	7	11	7	13	16
Erwerbstätigkeit und Erwerbsintensität (%)					
Arbeitslose	6	7	4	8	9
in Ausbildung	11	6	6	3	7
PensionistIn	26	22	23	22	30
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	6	11	7	17	21
unselbständig erwerbstätig: bis 20 Std.	4	3	3	1	3
unselbständig erwerbstätig: 21-35 Std.	9	8	9	7	4
unselbständig erwerbstätig: über 35 Std.	31	22	26	14	10
unselbständig erwerbstätig: unbekannt	2	5	7	1	1
selbständig erwerbstätig: bis 20 Std.	1	2	3	1	4
selbständig erwerbstätig: 21-35 Std.	1	1	2	1	0
selbständig erwerbstätig: über 35 Std.	3	4	3	3	3
selbständig erwerbstätig: unbekannt	1	9	7	22	8
<b>N</b>	<b>3.027</b>	<b>613</b>	<b>369</b>	<b>95</b>	<b>78</b>

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Für eine nach Geschlecht differenzierte Darstellung siehe Tabelle A.4 im Appendix.

Unterschiede zeigen sich zudem bei der Betrachtung der Erwerbstätigkeit der betreuenden und der *nicht* betreuenden Personen. Personen in Ausbildung oder in Pension sind weniger stark unter den Pflegenden in Wien vertreten, während aus anderen Gründen nicht erwerbstätige Personen (z.B. Hausmänner/Hausfrauen, Personen in Karenz) in dieser Gruppe überrepräsentiert sind. Unterrepräsentiert sind in der Gruppe der Betreuungs- und Pflegearbeit leistenden Menschen aber vor allem unselbständig Erwerbstätige mit Vollzeitbeschäftigung

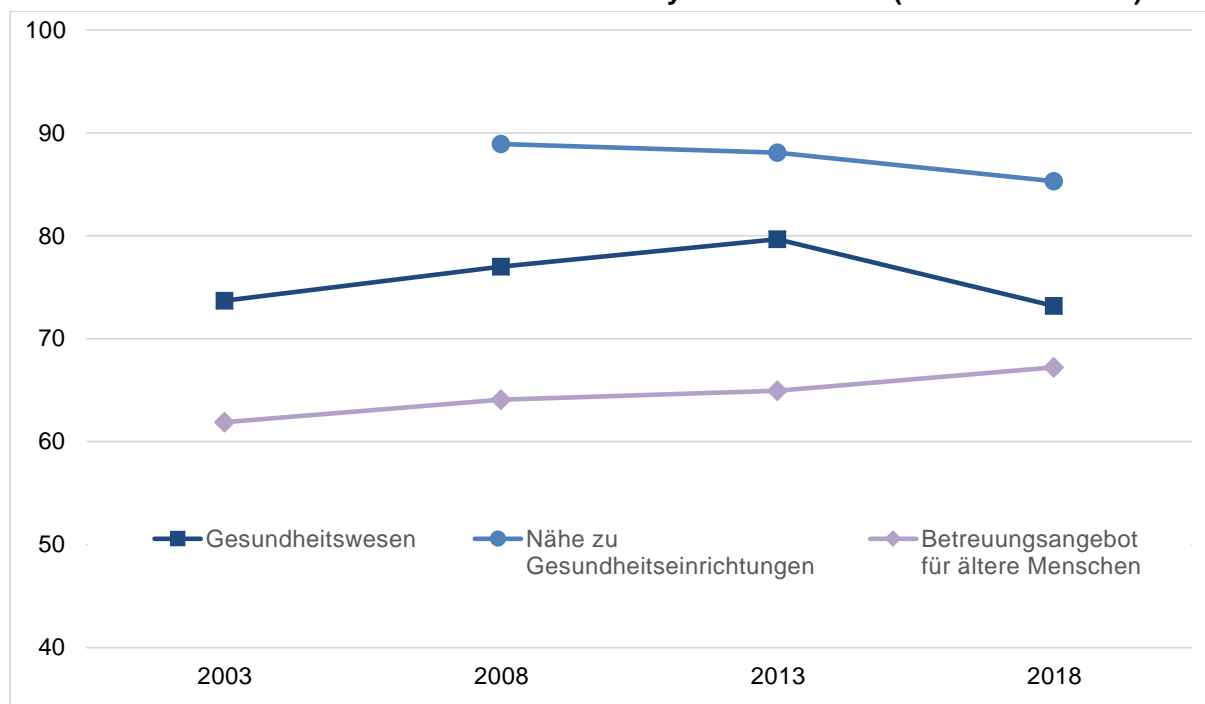
(mehr als 36 Stunden pro Woche). Überrepräsentiert sind unter den betreuenden Personen hingegen Selbständige, die ihre übliche Anzahl an Arbeitsstunden pro Wochen nicht angegeben haben. Diese sind auch verhältnismäßig häufiger unter jenen zu finden, die mehr als 10 Wochenstunden mit Pflegearbeit verbringen.

## 5. Die Beurteilung des Wiener Gesundheits- und Betreuungssystems

### 5.1. Die Zufriedenheit mit dem Wiener Gesundheits- und Betreuungssystem

Dieses Kapitel widmet sich abschließend der Zufriedenheit mit dem Wiener Gesundheitssystem. Hier gilt es erstens festzuhalten, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Wien sehr hoch ist. Der Anteil der mit dem Gesundheitswesen sehr zufriedenen oder zufriedenen Personen liegt in jeder Erhebung zwischen 73 und 80 Prozent, bei der Nähe zu Gesundheitseinrichtungen sogar zwischen 85 und 89 Prozent (Abb. 18). Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen stieg von 2003 bis 2013 leicht an, 2018 ist dann ein Rückgang zu beobachten. Etwas schlechter als das Gesundheitssystem wird das Betreuungsangebot für ältere Menschen beurteilt. Hier zeigt sich jedoch im Zeitverlauf eine Zunahme des Anteils der Zufriedenen. Waren 2003 etwa 62 Prozent mit dem Betreuungsangebot für ältere Menschen sehr zufrieden oder zufrieden, sind es 15 Jahre später rund 67 Prozent.

**Abb. 18: Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem 2003-2018 (Note 1 und 2 in %)**



Quelle: WLQ Studien 2003-2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Prozentwerte, Summe über die Antwortkategorien „sehr zufrieden“ und „zufrieden“. Die Zufriedenheit mit der Nähe zu Gesundheitseinrichtung wurde 2003 nicht abgefragt.

### 5.2. Die Beurteilung des Wiener Gesundheitswesens

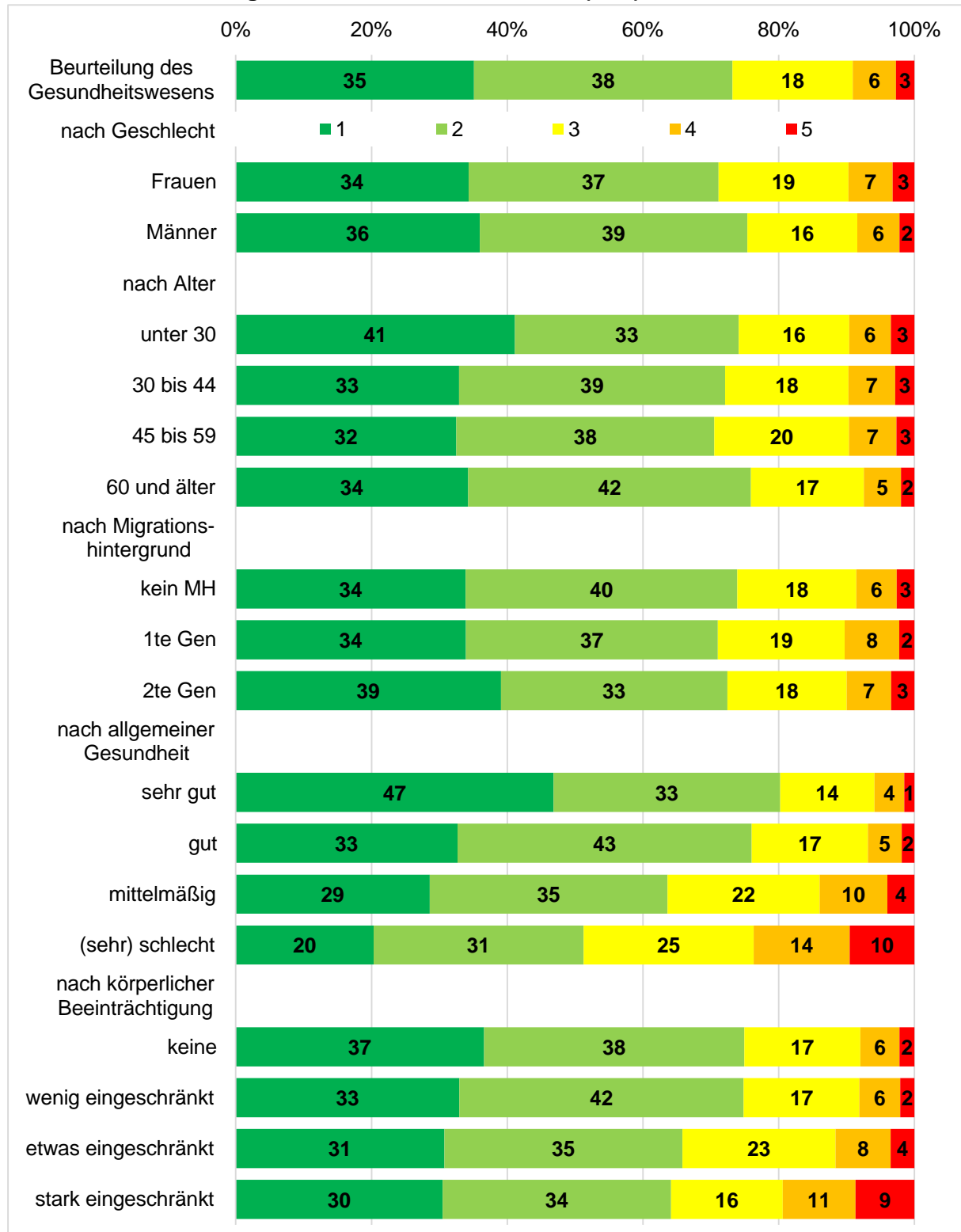
Abbildung 19 zeigt für das Jahr 2018 die Beurteilung des Wiener Gesundheitswesens im Detail. Eine Betrachtung nach Geschlecht ergibt, dass Männer das Gesundheitswesen geringfügig besser bewerten als Frauen. Etwas deutlicher fallen Unterschiede nach dem Alter der befragten Personen aus, sofern man sich den Anteil der mit dem Gesundheitssystem sehr zufriedenen Personen ansieht. Jüngere geben nämlich häufiger an, sehr zufrieden zu sein. Zählt man die sehr zufriedenen und die zufriedenen Personen zusammen, verschwin-

det dieser Altersunterschied allerdings wieder.<sup>26</sup> Ebenfalls gering sind Unterschiede in der Bewertung des Gesundheitswesens nach Migrationshintergrund. Es ist jedoch feststellbar, dass Angehörige der zweiten Generation etwas häufiger die Note 1 vergeben als Angehörige der ersten Generation oder Personen ohne Migrationshintergrund.

---

<sup>26</sup> Bei den Personen ab 80 Jahren beträgt der Anteil der mit dem Gesundheitswesen zufriedenen oder sehr zufriedenen Personen sogar 82 Prozent.

Abb. 19: Die Bewertung des Gesundheitswesens 2018 (in %)



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: Wie beurteilen Sie Wien in den folgenden Bereichen? Das Gesundheitswesen. Note 1 ist "sehr gut", 5 ist "sehr schlecht".

Eindeutige Unterschiede in der Bewertung des Wiener Gesundheitswesens finden sich jedoch in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand der Befragten. Personen, die keine körperliche Beeinträchtigung aufweisen oder im täglichen Leben nur wenig durch eine solche eingeschränkt werden, bewerten das Wiener Gesundheitswesen deutlich besser als Personen, die durch eine körperliche Beeinträchtigung etwas oder stark eingeschränkt sind. Noch deutli-

cher fallen die Differenzen in der Bewertung nach dem subjektiven Gesundheitszustand aus. Während 80 Prozent der Menschen mit sehr guter Gesundheit mit dem Wiener Gesundheitswesen zufrieden oder gar sehr zufrieden sind, sind es bei Personen mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand lediglich 51 Prozent.

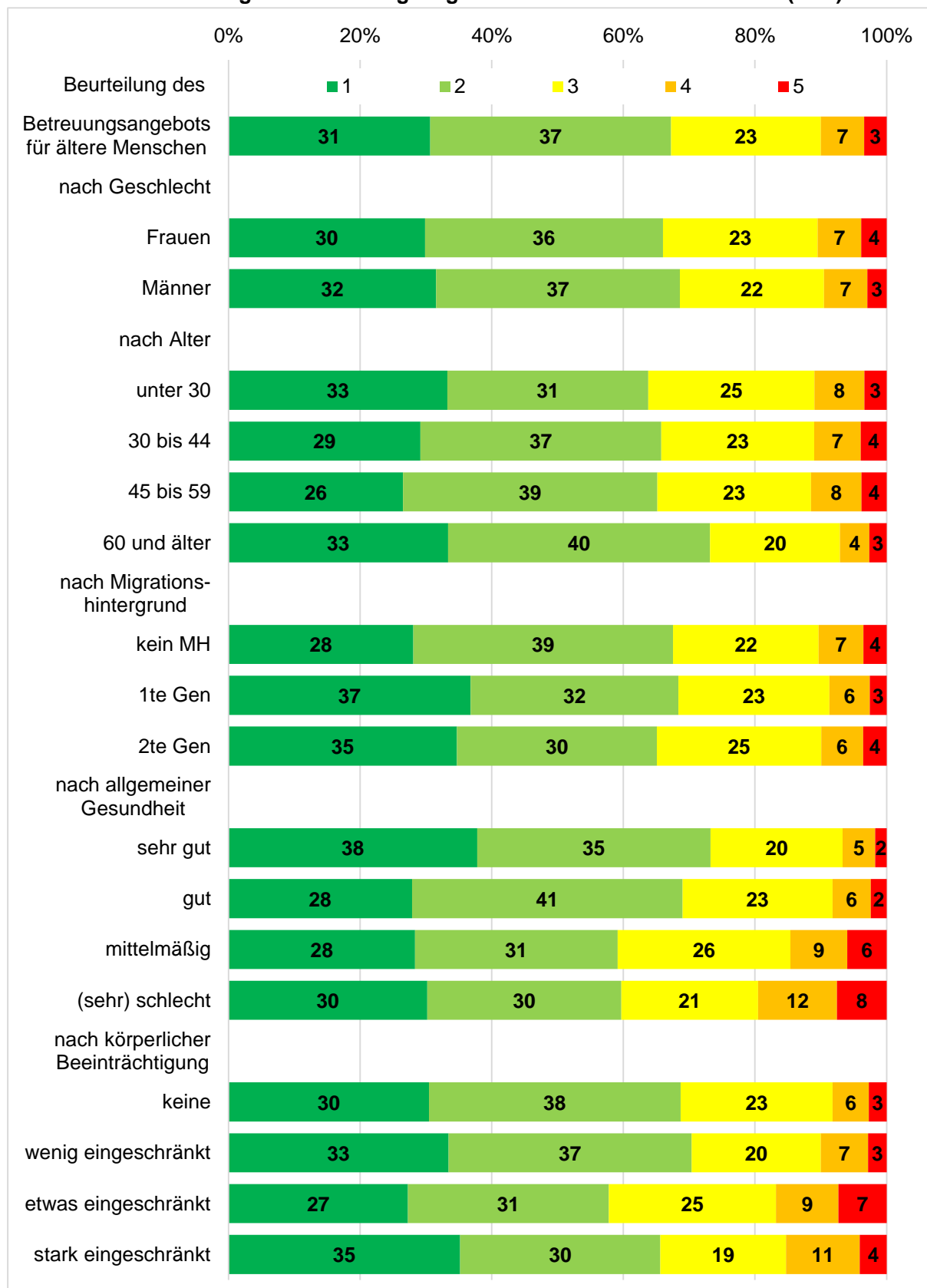
### **5.3. Die Beurteilung des Betreuungsangebots für ältere Menschen**

Auch die Zufriedenheit mit dem Betreuungsangebot für ältere Menschen wurde nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Gesundheitszustand differenziert untersucht (Abb. 20). Erneut zeigen sich nur marginale Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Männer sind wiederum etwas zufriedener). Die Unterschiede nach Migrationshintergrund sind in Summe gering. Allerdings vergeben Personen mit Migrationshintergrund häufiger die Note 1 als Personen ohne Migrationshintergrund, während letztere häufiger die Note 2 vergaben.

Interessant ist, dass Menschen ab 60 Jahren das Betreuungsangebot für ältere Menschen besser bewerten als die jüngeren Befragten. Bei den Personen ab 80 vergeben sogar 41 Prozent die Note 1 und weitere 37 Prozent die Note 2 (N = 93; hier nicht dargestellt).

Unterschiede in der Bewertung des Betreuungsangebotes für ältere Menschen in Wien ergeben sich erneut nach dem Gesundheitszustand der Befragten. Allerdings sind diese geringer als bei der Beurteilung des Gesundheitswesens. Zudem lässt sich im Gegensatz zur Beurteilung des Gesundheitswesens kein eindeutiger Trend nach dem Grad an körperlicher Einschränkung feststellen. Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands scheint sich dennoch auf die Beurteilung des Betreuungsangebots für ältere Menschen auszuwirken. Personen mit nach eigenen Angaben guter oder sehr guter Gesundheit beurteilen das Betreuungsangebot für ältere Menschen in Wien in jedem Fall besser als Personen mit nach eigener Angabe mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit.

Abb. 20: Die Bewertung des Betreuungsangebots für ältere Menschen 2018 (in %)



Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Frageformulierung: Wie beurteilen Sie Wien in den folgenden Bereichen? Das Betreuungsangebot für alte Menschen (z.B. Wohn- und Pflegeheime, Essen auf Rädern, ambulante Tageszentren). Note 1 ist "sehr gut", 5 ist "sehr schlecht".



## 6. Zusammenfassung und Fazit

Dieser Bericht behandelte die Themenbereiche Gesundheit, Pflege, soziale Unterstützung und Alter. Kapitel 1 hat gezeigt, dass sich die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in den letzten 15 Jahren kaum verändert hat. Während 2003 rund 39 Prozent zufrieden und weitere 38 Prozent sehr zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand waren, sind es 2018 rund 38 und 36 Prozent. Hinter dieser Stabilität verbirgt sich jedoch eine interessante Veränderung: Denn bei der Altersgruppe der Menschen ab 60 Jahren hat die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand in diesem Zeitraum zugenommen, während sie bei den jüngeren vor allem ab 2013 abgenommen hat.

Rund drei Viertel der Wienerinnen und Wiener beurteilen ihre Gesundheit als gut oder sogar sehr gut. Die subjektive Gesundheit beeinflussen vor allem Alter, Bildung und Einkommen: Personen, die jünger sind, über einen höheren Bildungsabschluss verfügen und ein höheres Haushaltseinkommen berichten, sind eigenen Angaben zufolge im Durchschnitt gesünder. Zudem fühlen sich sportlich aktivere Menschen gesünder. Demgegenüber wirkt sich ein limitiert-traditioneller oder konsum-materialistischer Lebensstil negativ auf die berichtete Gesundheit aus.

Darüberhinausgehend deuten die Befunde im ersten Kapitel an, dass das Vorhandensein einer körperlichen Beeinträchtigung (z.B. beim Hören, Sehen, Gehen, Heben) häufig zu einer Verringerung der Lebenszufriedenheit führt. Eine Rolle dafür könnte auch spielen, dass sich Personen mit starken Einschränkungen notwendige Besuche bei Ärztinnen und Ärzten häufiger nicht leisten können als Personen ohne Beeinträchtigung. Die größte Relevanz für die Leistbarkeit medizinischer Leistungen trotz Selbstbehalts besitzt allerdings das Einkommen des Haushalts.

Zusammenfassend betrachtet, ist ein weiterer wesentlicher Befund, dass Bildung, Einkommen und Lebensstil eng mit dem Thema Gesundheit verbunden sind. Das zeigte sich bei verschiedenen Indikatoren: der subjektiven Gesundheit, dem Vorliegen körperlicher Beeinträchtigungen und der Leistbarkeit von Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Geringere Bildung und geringeres Einkommen mögen beide zu einem ungesünderen Lebensstil mit schlechterer Ernährung beitragen. Gesundheitliche Einschränkungen können umgekehrt zu verminderter Erwerbstätigkeit und dadurch zu geringerem Einkommen führen. Über die Kausalitäten kann anhand der vorliegenden Daten nur gemutmaßt werden.

Im zweiten Kapitel wurde das psychische Wohlbefinden der Wienerinnen und Wiener betrachtet. Hier zeigte sich, dass Personen aus Ein-Eltern-Haushalten mit Kindern, die Gruppe der Pflichtschulabsolventinnen und -absolventen sowie Frauen überdurchschnittlich häufig von negativen Gefühlen und depressiven Stimmungslagen betroffen sind. Bei jüngeren Menschen war dies überraschenderweise auch der Fall. Während Erwerbstätige und vor allem Pensionistinnen und Pensionisten kaum darunter leiden, berichten Personen in Ausbildung, Arbeitslose und aus anderen Gründen nicht Erwerbstätige deutlich häufiger von negativen Gefühlen. Ein schlechterer subjektiver Gesundheitszustand trägt ebenfalls zu einem eingeschränkten psychischen Wohlbefinden bei. Und körperliche Beeinträchtigungen können die Lebenszufriedenheit deutlich reduzieren.

Angesichts alternder Gesellschaften und der bestehenden Herausforderungen im Bereich der Pflege sind eine Betrachtung der Lebenssituation älterer Menschen (Kapitel 3) und eine Bestandsaufnahme der formell und informell geleisteten Pflege- und Betreuungsarbeit (Kapitel 4) von besonderem Wert für die zukünftige Gestaltung von Gesellschaft und Politik. Die Lebenssituation älterer Menschen in Wien unterscheidet sich in einigen Lebensbereichen deutlich von anderen Bevölkerungsgruppen. Das betrifft nicht nur die Gesundheit, sondern auch das soziale Leben. Ein sehr großer Teil der Menschen ab 80 Jahren lebt alleine (ist geschieden oder verwitwet). Die finanzielle Situation oder die Wohnsituation ist bei den Älteren hingegen oft besser als bei den Jüngeren.<sup>27</sup> Das gilt aber vor allem für die Älteren Männer, denn beim Einkommen und beim Wohnen besteht bei den Personen ab 80 Jahren ein deutlicher Gender-Gap. Hinzu kommt, dass die Älteren Frauen auch mit ihren Sozialkontakten weniger zufrieden sind als der Durchschnitt der Wiener Bevölkerung. Die Befunde deuten also darauf hin, dass vor allem Frauen von materiellen wie sozialen Problemen im Alter betroffen sind.

Ältere Menschen vertrauen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung stärker darauf, Unterstützung von anderen Menschen zu bekommen (Kapitel 3). In etwa 8 Prozent der Wiener Haushalte wird eine erwachsene Person von einer oder mehreren Privatpersonen betreut (Freunde, Bekannte oder Familienmitglieder). Etwa 16 Prozent der befragten Wienerinnen und Wiener gaben an, selbst regelmäßig unbezahlt Pflege- oder Betreuungsleistungen zu erbringen (Kapitel 4). Eine intensive Pflege (mehr als 10 Stunden pro Woche) beeinträchtigte allerdings das psychische Wohlbefinden der Pflege- und Betreuungsarbeit leistenden Personen (vgl. Kapitel 2). Rund 3 Prozent der Haushalte überlassen die Pflege gänzlich einer externen Organisation (z.B. Caritas, Volkshilfe), bei etwa 1 Prozent werden formelle und informelle Pflegeformen kombiniert (Kapitel 4).

Kapitel 5 befasste sich abschließend mit der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und der Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem befindet sich insgesamt auf hohem Niveau. Das Betreuungsangebot für ältere Menschen wird zwar etwas schlechter beurteilt, die Zufriedenheit mit diesem nahm jedoch seit 2003 stetig zu. Im Jahr 2018 sind rund 67 Prozent mit dem Betreuungsangebot für ältere Menschen, rund 73 Prozent mit dem Gesundheitswesen in Wien und rund 85 Prozent mit der Nähe zu Gesundheitseinrichtungen sehr zufrieden oder zufrieden. Etwas schlechter als im Durchschnitt beurteilt werden Gesundheitswesen wie Betreuungsangebot allerdings von Personen mit nach eigenen Angaben mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit. Damit scheinen auf der einen Seite gerade die Betroffenen etwas weniger zufrieden mit dem Gesundheitssystem in Wien zu sein. Auf der anderen Seite sind es die Personen ab 80 Jahren, die mit dem Betreuungsangebot für ältere Menschen überdurchschnittlich zufrieden sind – und damit bereits betroffene (Essen auf Rädern etc.) oder potentiell in naher Zukunft selbst betroffene Personen, die vermutlich auch zu größeren Teilen in Kontakt zu Menschen stehen, die in Wohn- und Pflegeheimen leben.

---

<sup>27</sup> Es muss allerdings beachtet werden, dass die vorliegende Studie nur Personen in Privathaushalten erfasst, jedoch keine Menschen in Einrichtungen wie Alten- oder Pflegeheimen.

## Literatur

- Best, H., & Wolf, C. (2012). Modellvergleich und Ergebnisinterpretation in Logit und Probit-Regressionen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 64: 377-395.
- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Aging & Society*, 33(6), 1077-1098.
- Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M.C., & Haro-Abad, J.M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(13). doi: <http://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13>
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., & Diener, M. (1993), The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research*, 28(3), 195-223.
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2001), *Happiness and economics: How the economy and institutions affect human well-being*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hehlmann, T., Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (2018). *Soziologie der Gesundheit*. München: UVK UTB.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Gadalla, T. M. (2009). Determinants, correlates and mediators of psychological distress: A longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2199-2205.
- Karlsen, K. B., Holm, A., & Breen, R. (2012). Comparing regression coefficients between same-sample nested models using logit and probit: A new method. *Sociological Methodology*, 42(1), 286–313.
- Krug, S., Jekauc, D., Poethko-Müller, C., Woll, A., & Schlaud, M. (2012). Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55(1), 111-120.
- Lampert, T., Mensink, G. B., & Ziese, T. (2005). Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 48(12), 1357-1364.
- Magistratsabteilung 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik (2018). Wien in Zahlen: Bevölkerungsprognose 2018. Wien: Stadt Wien. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/statistik/pdf/bev-prog-2018.pdf> (Download: 03.07.2019).
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mood, C. (2010). Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review*, 26(1): 67-82.
- Otte, G. (2008). *Sozialstrukturanalysen mit Lebensstilen: Eine Studie zur theoretischen und methodischen Neuorientierung der Lebensstilforschung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5): 581–597.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Riederer, B., Troger, T., & Verwiebe, R. (2014). *Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert. Gesundheit und Pflege*. Bericht an die Stadt Wien. Universität Wien: Institut für Soziologie.

- Roberts, B., Abbott, P., & McKee, M. (2010). Levels and determinants of psychological distress in eight countries of the former Soviet Union. *Journal of Public Mental Health, 9*(3), 17-26.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 607-628.
- Schröder, M. (2018). Der Generationenmythos. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 70*: 469-494.
- Shield, M. A., & Price, S. W. (2005). Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society), 168*(3), 513-537.
- Stadt Wien (Hrsg.in) (2017). *Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014*. Erstellt durch die Gesundheit Österreich GmbH (AutorInnen: Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., et al.). Wien: Stadt Wien.
- Stelzer, M., & Heyse, M. (2017). Die Lebensführungstypologie. Eine integrative Typologie der Lebensführung in der BRD. *evangel: Magazin für missionarische Pastoral, 2/2017*. Verfügbar unter: <https://www.euangel.de/ausgabe-2-2017/werkzeuge-auf-dem-pastoralen-markt/die-lebensfuehrungstypologie/> (Download: 10.07.2019).
- Stevenson, B., & Wolfers, J. (2013). Subjective well-being and income: Is there any evidence of satiation? *American Economic Review, 103*(3), 598-604.
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare, 21*, S117-S130.
- Wenzel, T., & Kinigadner, S. (2016). Auf der Flucht. *Psychologie in Österreich, 36*(3): 135-143.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Verfügbar unter: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Download: 03.07.2019).

## Appendix

**Tab. A.1: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand? (Note 1 und 2 in %)**

Geschlecht:	Frauen				Männer			
	2003	2008	2013	2018	2003	2008	2013	2018
Alter								
unter 30	87	86	87	78	91	92	93	84
30 bis 44 Jahre	82	82	83	76	83	80	82	79
45 bis 59 Jahre	75	76	77	72	75	75	77	67
60 und älter	60	64	66	70	68	70	69	72

Quelle: WLQ Studien 2003-2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Prozentwerte, Summe über die Antwortkategorien „sehr zufrieden“ und „zufrieden“.

**Tab. A.2: Angaben zum psychischen Wohlbefinden nach Alter 2013 (in %)**

In der letzten Woche...	nie	selten	manchmal	oft	immer
<i>(a) deprimiert oder niedergeschlagen gewesen</i>					
unter 30	53	24	18	<b>4</b>	<b>1</b>
30 bis 44 Jahre	56	24	13	<b>5</b>	<b>1</b>
45 bis 59 Jahre	57	23	14	<b>6</b>	<b>1</b>
60 und älter	57	24	13	<b>5</b>	<b>1</b>
<i>(b) Gefühl gehabt, alles, was man getan hat, war anstrengend</i>					
unter 30	45	26	19	<b>8</b>	<b>2</b>
30 bis 44 Jahre	44	25	19	<b>10</b>	<b>3</b>
45 bis 59 Jahre	47	22	20	<b>8</b>	<b>3</b>
60 und älter	49	21	19	<b>9</b>	<b>3</b>
<i>(c) unruhig geschlafen</i>					
unter 30	45	23	18	<b>12</b>	<b>2</b>
30 bis 44 Jahre	47	23	15	<b>11</b>	<b>4</b>
45 bis 59 Jahre	45	22	19	<b>11</b>	<b>4</b>
60 und älter	47	18	17	<b>12</b>	<b>6</b>
<i>(d) sich glücklich gefühlt</i>					
unter 30	<b>3</b>	<b>6</b>	18	54	20
30 bis 44 Jahre	<b>4</b>	<b>9</b>	20	49	18
45 bis 59 Jahre	<b>3</b>	<b>10</b>	20	45	22
60 und älter	<b>5</b>	<b>10</b>	21	38	25
<i>(e) sich einsam gefühlt</i>					
unter 30	62	21	12	<b>4</b>	<b>1</b>
30 bis 44 Jahre	70	15	10	<b>4</b>	<b>1</b>
45 bis 59 Jahre	76	11	8	<b>4</b>	<b>1</b>
60 und älter	75	11	10	<b>2</b>	<b>2</b>
<i>(f) das Leben genossen</i>					
unter 30	<b>3</b>	<b>7</b>	20	42	30
30 bis 44 Jahre	<b>4</b>	<b>9</b>	22	41	24
45 bis 59 Jahre	<b>4</b>	<b>8</b>	18	41	29
60 und älter	<b>7</b>	<b>7</b>	18	32	36
<i>(g) sich traurig gefühlt</i>					
unter 30	42	36	17	<b>4</b>	<b>1</b>
30 bis 44 Jahre	50	28	15	<b>6</b>	<b>1</b>
45 bis 59 Jahre	52	25	16	<b>6</b>	<b>1</b>
60 und älter	55	21	17	<b>5</b>	<b>2</b>
<i>(h) sich zu nichts aufraffen können</i>					
unter 30	50	25	17	<b>6</b>	<b>1</b>
30 bis 44 Jahre	56	24	14	<b>5</b>	<b>1</b>
45 bis 59 Jahre	57	23	13	<b>5</b>	<b>1</b>
60 und älter	56	19	16	<b>6</b>	<b>2</b>

Quelle: WLQ Studie 2013; gewichtete Analyse (Personengewicht). Fett gedruckt sind jeweils jene Bereiche, die möglicherweise auf eine Depression hinweisen, für die zudem mehrere Symptome vorliegen müssen. Vorsicht ist auch angebracht, da jedes Symptom andere und nicht ausschließliche psychische Ursachen haben kann.

**Tab. A.3: Psychischen Wohlbefinden nach dem Stundenausmaß der privat geleisteten Betreuung und Pflege 2018 (in %)**

Negative Gefühle in den letzten 2 Wochen	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
<b>(a) Frauen</b>					
keine Pflege	38	27	21	<b>10</b>	<b>3</b>
bis zu 10 Stunden Betreuung/ Pflege	43	31	16	<b>8</b>	<b>2</b>
bis zu 20 Stunden Betreuung/ Pflege	33	28	25	<b>9</b>	<b>4</b>
mehr als 20 Stunden Betreuung/ Pflege	18	19	29	<b>24</b>	<b>10</b>
<b>(b) Männer</b>					
keine Pflege	47	30	16	<b>5</b>	<b>2</b>
bis zu 10 Stunden Betreuung/ Pflege	50	30	14	<b>4</b>	<b>2</b>
bis zu 20 Stunden Betreuung/ Pflege	32	24	25	<b>14</b>	<b>7</b>
mehr als 20 Stunden Betreuung/ Pflege <sup>1</sup>	14	45	22	<b>18</b>	<b>1</b>

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht). Psychisches Wohlbefinden: Wie häufig hatten Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder depressive Verstimmungen? Einschätzung auf 5-stufiger Skala (nie = 1; 2 = selten; 3 = manchmal; 4 = oft; fast immer = 5). Für einen Überblick ohne Differenzierung nach Geschlecht siehe Abbildung 12 im Text. <sup>1</sup> In der Stichprobe gibt es nur 31 Männer, die mehr als 20 Wochenstunden für Pflege und Betreuung aufwenden.

**Tab. A.4: Charakteristika nicht betreuender und betreuender Personen**

Geschlecht:	Frauen		Männer	
	Keine Pflege	Pflegende Personen	Keine Pflege	Pflegende Personen
Charakteristika der beiden betrachteten Gruppen				
Durchschnittsalter in Jahren	46.2	47.0	44.3	41.9
Familienstand (%)				
alleine lebende Personen	18	13	13	3
ledige Personen	35	28	38	30
Partner/in vorhanden	69	76	75	78
verheiratete Personen	41	50	47	47
geschiedene/verwitwete Personen	20	18	12	14
Sozialstrukturelle Merkmale (%)				
Pflichtschulabschluss	17	16	14	26
tertiärer Bildungsabschluss	24	23	22	22
Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts				
bis € 1.000	19	20	17	23
bis € 1.500	26	28	20	26
bis € 2.500	42	35	40	35
bis € 3.500	10	11	16	12
über € 3.500	2	6	6	4
Migrationshintergrund (%)				
ausländische Staatsbürgerschaft	9	12	9	14
erste Generation	11	12	12	14
zweite Generation	20	28	23	38
Konfessionszugehörigkeit (%)				
konfessionslos	34	27	39	21
römisch-katholisch	44	43	37	37
muslimisch	7	10	7	12
Erwerbstätigkeit und Erwerbsintensität (%)				
Arbeitslose	5	5	6	8
in Ausbildung	11	6	11	7
PensionistIn	28	26	22	18
aus anderen Gründen nicht erwerbstätig	9	14	3	7
unselbständig erwerbstätig: bis 20 Std.	5	5	2	2
unselbständig erwerbstätig: 21-35 Std.	13	11	6	5
unselbständig erwerbstätig: über 35 Std.	23	19	39	24
unselbständig erwerbstätig: unbekannt	1	3	3	8
selbständig erwerbstätig: bis 20 Std.	1	1	< 1	3
selbständig erwerbstätig: 21-35 Std.	1	2	1	1
selbständig erwerbstätig: über 35 Std.	2	3	5	4
selbständig erwerbstätig: unbekannt	1	5	1	13
<b>N</b>	<b>1.675</b>	<b>348</b>	<b>1.349</b>	<b>263</b>

Quelle: WLQ Studie 2018; gewichtete Analyse (Personengewicht).

## Datenbasis

Die Auswertungen im vorliegenden Bericht beziehen sich auf die fünf Erhebungswellen über Lebensqualität in Wien, der Wiener Lebensqualitätsstudie (WLQ Studie). Im Folgenden werden die wesentlichsten Eckdaten dieser Erhebungen angeführt.

### **LIW: Leben in Wien (1995)**

- Befragungszeitraum: Juli 1994 bis Oktober 1995
- rund 8.300 „Face-to-face“-Interviews mit in Wien lebenden Personen ab 15 Jahren
- weitere 400 Personen wurden im Zuge einer Aufstockung der Stichprobe im URBAN-II- und im Ziel-2-Gebiet befragt (diese Interviews wurden in den Folgestudien und für den vorliegenden Bericht allerdings nicht herangezogen)

### **LLQW: Leben und Lebensqualität in Wien (2003)**

- Befragungszeitraum: Mai bis Oktober 2003
- Art der Befragung: rund 8.000 telefonische Interviews in deutscher Sprache über ausgewählte Festnetzanschlüsse sowie Mobiltelefone mit in Wien lebenden Personen ab 15 Jahren; zusätzlich 300 Interviews anhand eines türkischen und bosnisch/kroatisch/serbischen Fragebogens

### **SOWI: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung (2008)**

- Befragungszeitraum: Mai bis Dezember 2008
- Art der Befragung: 8.400 telefonische CATI-Interviews in deutscher Sprache, 300 Face-to-face-Interviews in der Muttersprache von Zugewanderten aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien
- Stichprobenziehung: RDD-Verfahren (Random Digit Dialing) sowie Einbeziehung von Handynummern; disproportionaler Sampling nach Bezirken, um auch Aussagen über die kleineren Bezirke zu ermöglichen
- Gewichtungskriterien: Bezirk, Alter x Geschlecht, Bildung

### **SOWI II: Sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung II (2013)**

- Projektbezeichnung an der Universität Wien: Lebensqualität in Wien im 21. Jahrhundert
- Befragungszeitraum: Oktober 2012 bis Juli 2013
- Art der Befragung: 8.100 telefonische CATI-Interviews in deutscher Sprache, 300 CATI-Interviews in der Muttersprache von Zugewanderten aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien
- Stichprobenziehung: RDD-Verfahren (Random Digit Dialing) sowie Einbeziehung von Handynummern; disproportionaler Sampling nach Bezirken, um auch Aussagen über die kleineren Bezirke zu ermöglichen
- Gewichtungskriterien: Bezirk, Alter x Geschlecht, Bildung

### **WLQ-Studie 2018: Wiener Lebensqualitätsstudie (2018)**

- Befragungszeitraum: März bis Dezember 2018
- Art der Befragung: Mixed-Mode-Erhebung von 8.450 Interviews (CATI: 77%, CAWI: 23%); davon 350 CATI-Interviews in der Muttersprache von Zugewanderten aus der Türkei und aus dem ehemaligen Jugoslawien
- Stichprobenziehung: geschichtete Zufallsstichprobe: RLD Verfahren (Random Last Digit) unter Berücksichtigung von Mobilnummern. Disproportionale Stichprobe nach Bezirken, um auch Aussagen über kleinere Bezirke treffen zu können

- Gewichtung:
  - Poststratifikations-Gewichtung: Alter x Geschlecht, Bildung, Bezirk x Alter, Bezirk x Geschlecht, Wohnform
  - Design-Gewichtung zum Ausgleich der unterschiedlichen Ziehungswahrscheinlichkeiten pro Haushalt und Bezirk
  - Gewichtung zum Ausgleich von Modus-Effekten

Bei allen fünf Erhebungen wurde aufgrund des großen Umfanges der Fragestellungen eine Gruppe von Fragen lediglich bei einem Teil der Befragten erhoben (in der Regel wurde die Grundgesamtheit bei der Hälfte gesplittet). Die jeweiligen Stichproben und Substichproben der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren sind flächendeckend repräsentativ (z.B. auch kleinräumig für Wiener Gemeindebezirke). In die Auswertungen des vorliegenden Berichts gingen Informationen aus 8.291 Interviews aus den Jahren 1994/95, 8.300 Interviews aus dem Jahre 2003, 8.704 Interviews aus dem Jahre 2008, 8.400 Interviews aus den Jahren 2012/2013 sowie 8.450 Interviews aus dem Jahre 2018 ein.