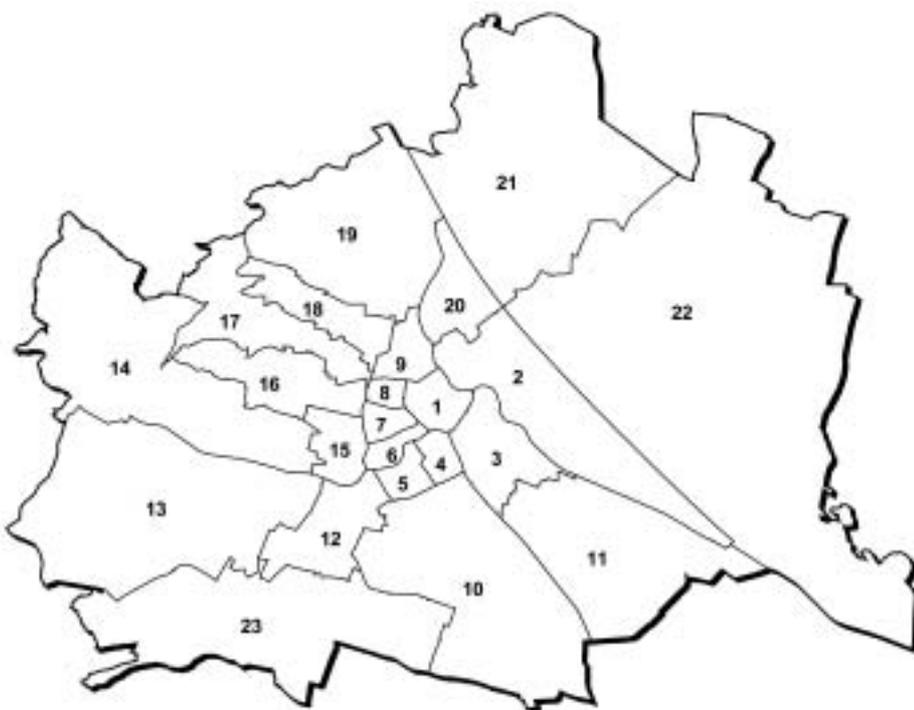




# Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien

## Microcensus 1999 – Results on Health in Vienna



**IMPRESSUM**

<b>KONZEPT:</b>	Dr. Richard KÖLTRINGER Dr. Elfriede URBAS
<b>STATISTISCHE BERECHNUNGEN:</b>	Dr. Richard KÖLTRINGER
<b>BERICHTERSTELLUNG:</b>	Dr. Elfriede URBAS
<b>ENGLISCHE ÜBERSETZUNG:</b>	Sylvi RENNERT
<b>LEKTORAT:</b>	Mag. Linda STIFT
<b>PROJEKTKOORDINATION UND ENDREDAKTION:</b>	Mag. Monika CSITKOVICS
<b>GRAFISCHE PRODUKTION:</b>	Bernhard AMANSHAUSER
<b>UMSCHLAGGESTALTUNG:</b>	Mag. Robert SABOLOVIC
<b>FOTO:</b>	Carlos de MELLO
<b>MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER:</b>	Magistrat der Stadt Wien Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung Schottenring 24, A-1010 Wien Tel.: +43-1-53114-76177 e-mail: bar@bgf.magwien.gv.at Hersteller: AV-Druck plus GmbH, Wien

## VORWORT

Der Mikrozensus ist eine Stichprobenerhebung, die von der Statistik Austria vierteljährlich in Privathaushalten durchgeführt wird. Dabei werden in Österreich fast 60.000 Personen, davon rund 6.000 in Wien, befragt. Das gleich bleibende Grundprogramm mit Fragen zur Bevölkerungs-, Haushalts- und Wohnungsstruktur sowie zur Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit wird durch Sonderprogramme ergänzt. Das Sonderprogramm „Gesundheit“ wurde zuletzt in den Jahren 1991 und 1999 erhoben. Dabei wurde der Fragenkatalog des Jahres 1999 in seinen Grundzügen den vorangegangenen Erhebungen angepasst, sodass ein zeitlicher Vergleich der Ergebnisse möglich ist. Das Sonderprogramm zur Gesundheit erfasst die Merkmale Lebensstil und Belastungen, Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen, Gesundheitsstatus sowie die Beanspruchung medizinischer Leistungen.

Der Mikrozensusdatensatz zur Gesundheit der Bevölkerung wurde im Auftrag der Stadt Wien vom Institut für Panel Research ausgewertet und analysiert. Der nun vorliegende Bericht „Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien“ gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse, wobei Differenzierungen nach Geschlecht und Alter, zum Teil auch nach Erwerbsstatus, Bildung, Nationalität und regionaler Lage vorgenommen wurden. Zeitliche Vergleiche und der Vergleich Wiens mit Österreich runden diesen Bericht ab.

Aus dem Bericht lassen sich hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Wienerinnen und Wiener,

Wien, Dezember 2002



ebenso wie hinsichtlich der Versorgung mit medizinischen Leistungen, sowohl positive als auch negative Ergebnisse bzw. Entwicklungen ablesen:

So kam es in den 90er Jahren zu einer Verbesserung der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Wiener Bevölkerung. Besonders günstig entwickelte sich dabei der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung – und hier vor allem jener der Frauen. Im österreichweiten Vergleich weisen auch die Impfquoten gegen Grippe in Wien einen relativ hohen Wert auf. Zudem haben die Besuche bei ÄrztInnen, die ausschließlich der Kontrolle oder Vorsorge dienen, in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Trotzdem es insgesamt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes im letzten Jahrzehnt gekommen ist, hat sich jener der Jugendlichen und jungen Erwachsenen verschlechtert. Auch ist die berufliche Gesamtbelastung, obwohl sie in Wien geringer ist als im Bundesgebiet, gegenüber 1991 deutlich gestiegen. Vor allem Belastungen infolge starken Zeitdrucks und auf Grund von Konflikten am Arbeitsplatz haben stark zugenommen. Des Weiteren hat sich der Anteil der täglichen ZigarettenraucherInnen – vor allem jener der Frauen – in den letzten Jahren extrem ungünstig entwickelt.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht, der noch eine Fülle von weiteren Ergebnissen bereithält, für Sie von Interesse ist.

Die amtsführende Stadträtin  
für Gesundheits- und Spitalswesen

Prim. Dr. Elisabeth PITTERMANN-HÖCKER

## INHALT

<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>19</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>23</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>29</b>
<b>2 DATENGRUNDLAGE</b>	<b>33</b>
<b>3 AUSGEWÄHLTE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT</b>	<b>39</b>
<b>3.1 GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN</b>	<b>42</b>
3.1.1 Gesundheitsverhalten	43
3.1.2 Teilnahme an Impfprogrammen (Impfschutz)	47
3.1.3 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	48
3.1.4 Risikofaktor Rauchen	50
3.1.5 Über- und Untergewichtigkeit	53
3.1.6 Kumulation von Gesundheitsrisiken	56
3.1.7 Belastungen Erwerbstätiger	58
<b>3.2 SOZIOKULTURELLE AUSPRÄGUNGEN GESUNDHEITSRELEVANTEN VERHALTENS</b>	<b>61</b>
3.2.1 Exkurs: Gesundheitliche Gefährdungen Arbeitsloser	73
<b>LITERATUR</b>	<b>76</b>
<b>TABELLENANHANG</b>	<b>78</b>
<b>4 GESUNDHEITLICHES BEFINDEN, BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGEN</b>	<b>83</b>
<b>4.1 BEURTEILUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES</b>	<b>86</b>
4.1.1 Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit	93
<b>4.2 BESCHWERDEN</b>	<b>96</b>
<b>4.3 ERKRANKUNGEN UND VERLETZUNGEN</b>	<b>100</b>
<b>4.4 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN</b>	<b>105</b>
<b>4.5 BEDARF AN HILFE UND PFLEGE</b>	<b>109</b>
<b>LITERATUR</b>	<b>112</b>
<b>TABELLENANHANG</b>	<b>113</b>
<b>5 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN</b>	<b>119</b>
<b>5.1 KENNZIFFERN DER AMBULANTEN VERSORGUNG</b>	<b>121</b>
5.1.1 Soziokulturelle Unterschiede im Versorgungsumfang	126
5.1.2 Gründe für Arztbesuche	128
5.1.3 Wegzeiten für Arztbesuche	131
5.1.4 Wartezeit bei ÄrztInnen	134
<b>5.2 KRANKENHAUSAUFENTHALTE</b>	<b>136</b>
<b>5.3 MEDIKAMENTENKONSUM</b>	<b>139</b>
5.3.1 Konsum ärztlich verordneter Medikamente	139
5.3.2 Selbstmedikation	142
<b>LITERATUR</b>	<b>143</b>
<b>TABELLENANHANG</b>	<b>144</b>
<b>6 SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	<b>149</b>
<b>ANHANG: FRAGEBOGEN</b>	<b>153</b>

## GRAFIKVERZEICHNIS

### 3 AUSGEWÄHLTE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT

Grafik 3.1: Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Wien 1991 und 1999 (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	45
Grafik 3.2: Personen ohne gezielte Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	46
Grafik 3.3: Quit-Rate 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	52
Grafik 3.4: Tägliche und starke RaucherInnen in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	53
Grafik 3.5: Verteilung des Body Mass Index in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (Personen ab 20 Jahren)	55
Grafik 3.6: Übergewichtigkeit in Wien bei Männern und Frauen 1991 und 1999 nach Alter (Personen ab 20 Jahren)	56
Grafik 3.7: Belastungen Erwerbstätiger in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (Mehrfachangaben möglich)	60
Grafik 3.8: Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, Mehrfachnennungen möglich)	63
Grafik 3.9: Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	64
Grafik 3.10: RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)	69
Grafik 3.11: RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	71
Grafik 3.12: Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	74
Grafik 3.13: RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	75

### 4 GESUNDHEITLICHES BEFINDEN, BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGEN

Grafik 4.1: Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	88
Grafik 4.2: Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)	90
Grafik 4.3: Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	92
Grafik 4.4: Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	93
Grafik 4.5: Beschwerden in Wien 1999 nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	97
Grafik 4.6: Durchschnittliche Zahl der Beschwerden in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	98
Grafik 4.7: Erkrankungshäufigkeit in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht	101
Grafik 4.8: Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)	101
Grafik 4.9: Anteil der Personen ohne chronische Erkrankungen in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	108
Grafik 4.10: Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	109

**5 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN**

Grafik 5.1: Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien und Österreich 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht	123
Grafik 5.2: Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1991 und 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht	124
Grafik 5.3: Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Alter und Geschlecht	125
Grafik 5.4: Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Bildung und Geschlecht	126
Grafik 5.5: Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht	127
Grafik 5.6: Grund für den jeweils letzten Arztbesuch in Wien 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht	128
Grafik 5.7: Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Österreich und Wien 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)	129
Grafik 5.8: Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Wien 1991 und 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)	130
Grafik 5.9: Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Wien 1999 nach Fachrichtung, Erwerbstatus und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)	131
Grafik 5.10: Durchschnittlicher Zeitaufwand für den Hin- und Rückweg zu ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Österreich und in Wien 1999 (in Minuten)	133
Grafik 5.11: Wegzeit (Hin- und Rückweg) für den Besuch des Arztes für Allgemeinmedizin in Wien 1999 (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)	133
Grafik 5.12: Wartezeit bei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Österreich und in Wien 1999 (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)	135
Grafik 5.13: Wartezeit beim Arzt für Allgemeinmedizin in Wien 1999 nach Bezirk (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)	135
Grafik 5.14: Krankenhausaufenthalte in Wien 1999 nach Beruf und Geschlecht (Erwerbstätige)	137
Grafik 5.15: Krankenhausaufenthalte in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	138
Grafik 5.16: Durchschnittliche Zahl der (in den letzten vier Wochen) ärztlich verordneten Medikamente in Wien 1999 nach Zahl der Beschwerden und Geschlecht	141

## TABELLENVERZEICHNIS

### 2 DATENGRUNDLAGE

Tabelle 2.1:	Auskunftserteilung 1991 und 1999 in Österreich nach Bundesländern und Geschlecht	34
Tabelle 2.2:	Auskunftserteilung in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht	35
Tabelle 2.3:	Durchschnittsalter in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (in Jahren)	36

### 3 AUSGEWÄHLTE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT

Tabelle 3.1:	Gesundheitsverhalten in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999 (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	44
Tabelle 3.2:	Körperliche Betätigung in der Freizeit mit Schwitzen in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999 (Personen ab 15 Jahren)	47
Tabelle 3.3:	Impfschutz in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999	48
Tabelle 3.4:	Teilnahme an der Gesundenuntersuchung in den letzten 12 Monaten in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999 (Personen ab 19 Jahren)	49
Tabelle 3.5:	Teilnahme an Mutter-Kind-Pass Untersuchungen 1999 in Wien nach Alter und in Österreich (Frauen mit Kind(ern) unter 6 Jahren)	50
Tabelle 3.6:	RaucherInnenstatus 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Personen ab 15 Jahren)	51
Tabelle 3.7:	Verteilung des Body Mass Index 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Personen ab 20 Jahren)	54
Tabelle 3.8:	RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach körperlicher Betätigung in der Freizeit und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	57
Tabelle 3.9:	RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Body Mass Index und Geschlecht (Personen ab 20 Jahren)	58
Tabelle 3.10:	Belastungen Erwerbstätiger nach Alter und Geschlecht in Wien und in Österreich 1999 (Mehrfachnennungen möglich)	59
Tabelle 3.11:	Gesundheitsverhalten nach Bildung und Geschlecht in Wien 1999 (Personen ab 30 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	62
Tabelle 3.12:	Teilnahme an der Gesundenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten vor der Befragung) in Wien 1999 nach Schulbildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	65
Tabelle 3.13:	Teilnahme an der Gesundenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten vor der Befragung) in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (Personen ab 19 Jahren)	65
Tabelle 3.14:	Aufrechter Impfschutz gegen Grippe in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	66
Tabelle 3.15:	Aufrechter Impfschutz gegen Grippe in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht	67
Tabelle 3.16:	RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	68
Tabelle 3.17:	RaucherInnenanteil in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	70
Tabelle 3.18:	Verteilung des Body Mass Index in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	72
Tabelle 3.19:	Verteilung des Body Mass Index in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 20 Jahren)	72
Tabelle A 3.1:	Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, Mehrfachnennungen möglich)	78

Tabelle A 3.2:	Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	78
Tabelle A 3.3:	RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)	79
Tabelle A 3.4:	RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	79
Tabelle A 3.5:	Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	80
Tabelle A 3.6:	RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	80

**4 GESUNDHEITLICHES BEFINDEN, BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGEN**

Tabelle 4.1:	Beurteilung des Gesundheitszustandes 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Personen ab 15 Jahren)	86
Tabelle 4.2:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (altersstandardisiert; Personen ab 15 Jahren)	87
Tabelle 4.3:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	89
Tabelle 4.4:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	91
Tabelle 4.5:	Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit, Multiple Classification Analysis (MCA), Varianzerklärung = 17 Prozent (Personen ab 15 Jahren, nicht hochgerechnete Daten, $p \leq 0,05$ )	94
Tabelle 4.6:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach der Zahl der Beschwerden und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	98
Tabelle 4.7:	Vorhandensein von Beschwerden in Wien 1999 nach Erwerbstatus und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	99
Tabelle 4.8:	Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht und in Österreich	100
Tabelle 4.9:	Art der Erkrankungen von Männern in Wien 1999 nach Alter (bis zu vier Nennungen möglich)	103
Tabelle 4.10:	Art der Erkrankungen von Frauen in Wien 1999 nach Alter (bis zu vier Nennungen möglich)	104
Tabelle 4.11:	Chronische Erkrankungen von Männern 1999 in Österreich und in Wien nach Alter	106
Tabelle 4.12:	Chronische Erkrankungen von Frauen 1999 in Österreich und in Wien nach Alter	107
Tabelle 4.13:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Alter und Geschlecht	110
Tabelle 4.14:	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens in Österreich 1999 nach Geschlecht und in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	111
Tabelle A 4.1:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 und 1991 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	113
Tabelle A 4.2:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)	113
Tabelle A 4.3:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	114
Tabelle A 4.4:	Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)	114
Tabelle A 4.5:	Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)	115
Tabelle A 4.6:	Häufigste chronische Erkrankungen von Männern und Frauen (ab 30 Jahren) in Wien 1999 nach Bildung (Personen ab 30 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)	115

## 5 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Tabelle 5.1:	Häufigkeit der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht	122
Tabelle 5.2:	Wegzeit (Hin- und Rückweg) für den Besuch von ÄrztInnen in Wien 1991 und 1999 nach Fachrichtung (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)	132
Tabelle 5.3:	Wartezeit bei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Wien 1991 und 1999 (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)	134
Tabelle 5.4:	Krankenhausaufenthalte (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	136
Tabelle 5.5:	Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	140
Tabelle 5.6:	Einnahme von nicht ärztlich verschriebenen Medikamenten (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	142
Tabelle A 5.1:	Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Alter und Geschlecht	144
Tabelle A 5.2:	Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)	144
Tabelle A 5.3:	Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht	145
Tabelle A 5.4:	Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Wien 1999 nach Fachrichtung, Erwerbstatus und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)	145
Tabelle A 5.5:	Wegzeit (Hin- und Rückweg) zu ÄrztInnen und Wartezeit bei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Wien 1999 nach Bezirken (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)	146

**ZUSAMMENFASSUNG**

***SUMMARY***

## ZUSAMMENFASSUNG

### Datengrundlage

Der Mikrozensus ist eine Stichprobenerhebung, die von der Statistik Austria vierteljährlich in Privathaushalten durchgeführt wird. Dabei werden in Österreich fast 60.000 Personen, davon rund 6.000 in Wien, befragt. Das gleich bleibende Grundprogramm mit Fragen zur Bevölkerungs-, Haushalts- und Wohnungsstruktur sowie zur Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit wird durch Sonderprogramme ergänzt. Das Sonderprogramm „Gesundheit“ wurde zuletzt in den Jahren 1991 und 1999 erhoben. Dabei wurde der Fragenkatalog des Jahres 1999 in seinen Grundzügen den vorangegangenen Erhebungen angepasst, sodass ein zeitlicher Vergleich der Ergebnisse möglich ist. Das Sonderprogramm zur Gesundheit erfasst die Merkmale Lebensstil und Belastungen, Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen, Gesundheitsstatus sowie die Beanspruchung medizinischer Leistungen.

Der vorliegende Bericht „Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien“ gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse, wobei Differenzierungen nach Geschlecht und Alter, zum Teil auch nach Erwerbsstatus, Bildungshöhe, Nationalität und regionaler Lage vorgenommen wurden. Zeitliche Vergleiche und der Vergleich Wiens mit Österreich runden diesen Bericht ab.

### Ausgewählte Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Zu den häufigsten Maßnahmen, die gezielt zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unternommen werden, zählen gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität. Allerdings achtet die **Wiener Bevölkerung** etwas weniger auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität als dies im gesamten **Bundesgebiet** der Fall ist. Ebenfalls nur unterdurchschnittlich ist die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen und Gesundenuntersuchungen. Positiv zu vermerken sind jedoch die höheren Impfquoten gegen Grippe in Wien.

Gegenüber 1991 ist – vor allem bei den Frauen – der Anteil der täglichen ZigarettenraucherInnen deutlich gestiegen, eine rückläufige Tendenz gab es erfreulicherweise beim starken **Rauchen** (mehr als 20 Zigaretten

pro Tag). Die (täglichen) RaucherInnenquoten sowie die Quoten starker RaucherInnen liegen deutlich über den Österreich-Werten. Auch wird in Wien – wie die Quit-Rate zeigt – das Rauchen seltener als im gesamten Bundesgebiet aufgegeben. Zu bedenken geben sollte vor allem das Ansteigen der täglichen RaucherInnenquoten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vor allem weiblichen Geschlechts), da dem Beginn des Rauchens in jungen Jahren meist eine über Jahrzehnte hinweg dauernde „Raucherkarriere“ folgt. Unter- und Übergewichtigkeit spielen – auch in ihren extremen Formen – in Wien bei Personen ab 20 Jahren eine der Tendenz nach geringere Rolle als im gesamten Bundesgebiet.

Frauen ergreifen insgesamt häufiger gezielte Maßnahmen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit als Männer: Während bei Frauen gesundheitsbewusste Ernährung im Vordergrund steht, dominiert bei Männern körperliche Aktivität. Kaum merkbare **Geschlechtsunterschiede** zeigen sich in den Impfquoten. Männer gehen häufiger als Frauen Gesundheitsrisiken ein: Sie rauchen häufiger als Frauen und sind auch häufiger (starke) Raucher. Während starkes Übergewicht bei beiden Geschlechtern ähnlich oft auftritt, sind Frauen von starkem Untergewicht bedeutend öfter betroffen.

Im höheren und vor allem im hohen **Alter** verliert gezieltes Gesundheitsverhalten an Bedeutung, vor allem körperliche Aktivität nimmt – zum Teil bedingt durch Mobilitätseinschränkungen – ab. In Wien gibt es allerdings auffallend viele junge Frauen, die keine gezielten Aktivitäten zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit setzen. Während sich der Durchimpfungsgrad gegen Kinderlähmung, Wundstarrkrampf und Zeckenkrankheit mit zunehmendem Alter verringert, nimmt – entsprechend den Empfehlungen – jener gegen Grippe bei älteren Menschen zu. Die Gesundenuntersuchung findet bei Männern am meisten Anklang im mittleren Alter bzw. kurz nach der Pensionierung, bei den Frauen vor allem im frühen Pensionsalter. Die höchsten RaucherInnenquoten finden sich im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre), allerdings liegen die RaucherInnenquoten der 15- bis 29-Jährigen nur wenig darunter. Übergewicht nimmt bei beiden Geschlechtern zunächst mit dem Alter (etwa bis 74 Jahren) zu, wird aber im höheren Alter wieder seltener.

Gesundheitsrelevantes Verhalten ist als Teil eines spezifischen **Lebensstils** zu sehen, der soziokulturell geformt ist und den sich Individuen über Lernen, Gewohnheitsbildung und Prozesse sozialen Vergleichs aneignen. Soziokulturell und ökonomisch benachteiligte Gruppen – wie niedrig Gebildete, in ArbeiterInnenberufen Tätige und MigrantInnen – legen in der Regel weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung, körperliche und psychische Aktivitäten als Personen höherer sozialer Schichtzugehörigkeit. Auch die Erfolgseinschätzung von Vorsorgemaßnahmen scheint in den unteren sozialen Schichten weniger ausgeprägt. So gibt es – vor allem bei den Männern – deutliche Bildungsunterschiede und Unterschiede je nach Art des Wohnbezirks in der Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung. In ArbeiterInnenbezirken wohnhafte Personen sind auch seltener gegen Grippe geimpft.

Personen niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit gehen auch häufiger Gesundheitsrisiken ein. So etwa rauchen niedrig gebildete Männer, in ArbeiterInnenberufen tätige sowie in ArbeiterInnenbezirken wohnhafte Personen und MigrantInnen deutlich häufiger und sind auch öfter starke RaucherInnen. Auch Übergewichtigkeit ist in der Regel bei niedrig Gebildeten häufiger, dagegen findet sich Untergewichtigkeit eher bei höher Gebildeten.

Zu beobachten ist des Weiteren eine **Kumulation von Gesundheitsrisiken** wie etwa starkes Rauchen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag), körperliche Inaktivität und Übergewicht. Häufig betroffen von (starkem) Übergewicht sind aber auch Ex-Raucher und -Raucherinnen.

Gesundheitlich besonders gefährdet sind **Arbeitslose**. Sie unternehmen nicht nur seltener als Erwerbstätige gezielte Anstrengungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit, d. h. sie legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität – dies, obwohl ausreichend Zeit zur Verfügung stehen würde. Arbeitslose – vor allem Frauen – unternehmen jedoch häufiger als andere Gruppen psychische Aktivitäten und nutzen auch öfter öffentliche und sonstige (Beratungs)angebote. Auch gehen Arbeitslose häufiger Gesundheitsrisiken ein, wie sich anhand ihrer RaucherInnenquoten zeigt.

Mit den Veränderungen in der Berufswelt – z. B. neue Technologien, organisatorische Veränderungen, dro-

hende Arbeitslosigkeit, etc. – einher gehen Leistungsverdichtungen und die Zunahme psychischer Beanspruchung. Gegenüber 1991 ist die **berufliche Gesamtbelastung** in Wien deutlich gestiegen. Erheblich zugenommen haben Belastungen infolge von starkem Zeitdruck und Konflikten am Arbeitsplatz. Verstärkt wahrgenommen wird auch die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie jene durch die Pflegearbeit in der Familie. Obwohl Frauen noch immer die Hauptlast in diesen Bereichen tragen und auch wesentlich häufiger als Männer über diesbezügliche Belastungen berichten, werden – im Vergleich zu etwa vor einem Jahrzehnt – auch von den Männern vermehrt solche Belastungen angegeben. Allerdings noch immer deutlich seltener als von Frauen. Aber auch Belastungen auf Grund schwerer körperlicher Arbeit sind erstaunlicherweise gestiegen.

Dennoch ist in **Wien** das Belastungsniveau der Erwerbstätigen deutlich niedriger als im gesamten **Bundesgebiet**, vor allem Belastungen auf Grund schwerer körperlicher Arbeit, der Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie der Pflege von Angehörigen werden hier seltener genannt. Das in Wien gut ausgebaute Betreuungsnetz trägt sicherlich zur Entlastung bei. Allerdings sind in Wien Belastungen auf Grund von Konflikten am Arbeitsplatz häufiger.

### **Gesundheitliches Befinden, Beschwerden und Erkrankungen**

Der überwiegende Teil der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren (ca. drei Viertel) erfreut sich zumindest guter Gesundheit. Frauen **beurteilen** ihren **Gesundheitszustand** etwas negativer. Ein wichtiges Bestimmungsmerkmal für das gesundheitliche Befinden ist das Vorhandensein von **Beschwerden**. Am häufigsten treten bei beiden Geschlechtern Rücken- bzw. Kreuzschmerzen sowie Kopfschmerzen bzw. Migräne auf.

Nahezu die Hälfte der Männer und Frauen waren im Jahr vor der Befragung mindestens einmal krank. Hauptursache dafür waren Erkältungskrankheiten (einschließlich Grippe, Angina, akute Bronchitis) – etwa ein Viertel der Wiener Bevölkerung erkrankte daran. Weitere häufige **Erkrankungsgründe** waren neben der Gruppe der sonstigen Krankheiten Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Schäden an der Wirbelsäule.

Etwas weniger als ein Drittel der Wiener Bevölkerung leidet den eigenen Angaben zufolge unter **chronischen Erkrankungen**, Frauen der Tendenz nach häufiger. Die häufigsten chronischen Erkrankungen der Männer sind erhöhter Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule, Zuckerkrankheit und Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein. Auch Frauen leiden am häufigsten unter erhöhtem Blutdruck und Schäden an der Wirbelsäule, jedoch gefolgt von Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein.

Von der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung brauchen ca. vier Prozent aus gesundheitlichen Gründen (chronische Erkrankung, dauernde Behinderung, höheres Alter) zumindest manchmal **Hilfe bei persönlichen Verrichtungen** – z. B. Essen, Waschen/Baden, Toilette aufsuchen –, zwischen vier und fünf Prozent der Personen ab 15 Jahren sind zumindest manchmal auf **Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens** – z. B. Einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen – angewiesen. Frauen sind häufiger auf Hilfe angewiesen als Männer.

Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich das gesundheitliche Befinden, und die Häufigkeit der Beschwerden und chronischen Erkrankungen nehmen zu. Einhergehend mit der höheren Krankheitsanfälligkeit im Alter und der bestehenden Multimorbidität steigt auch der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen.

Die **Wiener Bevölkerung** weicht in der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes nur wenig vom **Bundesdurchschnitt** ab, auch in der Erkrankungshäufigkeit bestehen keine nennenswerten Unterschiede. In Wien sind allerdings chronische Erkrankungen häufiger als im Bundesdurchschnitt: Bei Männern treten vor allem erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, andere Hauterkrankungen und Lungenasthma häufiger auf, Frauen sind – zusätzlich zu einer Reihe anderer Erkrankungen – ebenfalls von erhöhtem Blutdruck und Zuckerkrankheit stärker betroffen. Deutlich niedriger als im gesamten Bundesgebiet ist – vermutlich auf Grund der Einschränkung der Stichprobe auf Personen in Privathaushalten – in Wien der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen.

Der **Vergleich** der Ergebnisse des Mikrozensus von **1991 und 1999** lässt (unter Berücksichtigung standardisierter und nicht standardisierter Werte) vor allem

bei älteren Befragten und dabei insbesondere bei Frauen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erkennen. Wenig günstig entwickelte sich die Situation der 15- bis 29-Jährigen: Vor allem bei den weiblichen Jugendlichen und den jungen Erwachsenen sind die Anteile der Personen mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit deutlich gesunken.

Der Gesundheitszustand hängt weitgehend von den Lebensbedingungen ab. Je höher die **Bildung** und je höher die **berufliche Position**, desto positiver wird der Gesundheitszustand beurteilt. Empirisch zeigt sich außerdem durchgängig anhand verschiedener Indikatoren ein schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen und MigrantInnen.

Wie die multiple Klassifikationsanalyse von **Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit** zeigt, haben – abgesehen von körperlicher Aktivität – sozialstrukturelle Merkmale wie Erwerbsstatus, Alter und Bildung einen größeren Einfluss auf das gesundheitliche Befinden als das gezielte Gesundheitsverhalten sowie Risikoverhaltensweisen wie Rauchen und Unter- bzw. Übergewichtigkeit. Besonders deutliche negative Effekte gehen von Arbeitslosigkeit und niedriger Bildung aus. Dies zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, zur Verbesserung der Gesundheit auch an den Lebensbedingungen der Menschen anzusetzen.

### Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

**ÄrztInnen** für Allgemeinmedizin kommt in der ambulanten medizinischen Versorgung eine herausragende Rolle zu. Etwa drei Viertel der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung waren im Jahr vor der Befragung mindestens einmal beim Arzt für Allgemeinmedizin. Relativ häufig aufgesucht werden auch ZahnärztInnen, Kinder- und FrauenärztInnen. Etwas mehr als 10 Prozent waren mindestens einmal im **Krankenhaus**. Mit Ausnahme der InternistInnen sind in Wien Arztbesuche aller Fachrichtungen häufiger als im gesamten Bundesgebiet, dagegen sind stationäre Aufenthalte – u. a. auf Grund vermehrter Ausweichmöglichkeiten in den teilstationären Bereich – etwas seltener. Seit 1991 ist in Wien die Inanspruchnahme von ÄrztInnen aller Fachrichtungen – mit wenigen Ausnahmen – gestiegen.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur in ihrem gesundheitlichen Befinden, sondern auch in der

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Frauen suchen insgesamt häufiger ÄrztInnen auf und haben auch häufiger Krankenhausaufenthalte. Mit zunehmendem Alter nehmen Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte zu, vor allem ÄrztInnen für Allgemeinmedizin werden zu zunehmend wichtigen AnsprechpartnerInnen. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status wie niedrig Gebildete und zum Teil auch MigrantInnen nehmen überdurchschnittlich häufig ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Anspruch – jedoch nicht unbedingt FachärztInnen. So etwa kommen Zahnarztbesuche und Besuche bei FrauenärztInnen in unteren sozialen Schichten seltener vor. Krankenhausaufenthalte sind bei ArbeiterInnen und zum Teil auch bei MigrantInnen häufiger.

Je nach Fachrichtung gingen 1999 in Wien zwischen 40 bis 60 Prozent der Männer und 40 bis 90 Prozent der Frauen ausschließlich zur **Kontrolle bzw. Vorsorge** zu ÄrztInnen. Am häufigsten sind reine Kontrollbesuche bei Frauen- und ZahnärztInnen. Mehr als die Hälfte der Ambulanz- bzw. Ambulatoriumsbesuche und nahezu 40 Prozent der Besuche beim Arzt für Allgemeinmedizin erfolgten ebenfalls ausschließlich zur Kontrolle bzw. Vorsorge. Gegenüber 1991 sind ausschließlich der Kontrolle bzw. Vorsorge dienende Besuche bei ÄrztInnen aller Fachrichtungen gestiegen. Auch sind in Wien reine Kontrollbesuche in allen Fachrichtungen häufiger als im gesamten Bundesgebiet.

Die hohe Arztdichte in Wien führt dazu, dass ÄrztInnen in der Regel relativ rasch erreichbar sind. Allerdings braucht man in Wien für den Besuch von InternistInnen und ZahnärztInnen – möglicherweise auf Grund der größeren Wahlmöglichkeit – im Durchschnitt sogar etwas länger als im gesamten Bundesgebiet. In Wien benötigen ca. 60 Prozent für den **Hin- und Rückweg** zu ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FrauenärztInnen nicht mehr als eine viertel Stunde. Am zeitaufwendigsten ist der Weg zu Ambulatori-

en bzw. Ambulanzen sowie zu InternistInnen und sonstigen FachärztInnen. Während sich gegenüber 1991 in Wien der durchschnittliche Zeitaufwand für den Besuch von ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen – mit Ausnahme der FrauenärztInnen – kaum verändert hat, hat sich infolge der gestiegenen Arztdichte und der verbesserten Organisationseffizienz in den Arztpraxen die **Wartezeit** bei ÄrztInnen aller Fachrichtungen – mit Ausnahme der InternistInnen – deutlich verringert. Nicht nur die Wegzeiten, auch die Wartezeiten sind – mit wenigen Ausnahmen geringer als im gesamten Bundesgebiet. Am längsten wartet man in Wien in Ambulatorien bzw. Ambulanzen, bei InternistInnen und sonstigen FachärztInnen, am raschesten wird man bei ZahnbehandlerInnen, Kinder- und FrauenärztInnen sowie ÄrztInnen für Allgemeinmedizin behandelt. Allerdings sind die Weg- und Wartezeiten je nach Bezirk unterschiedlich.

In Wien werden von beiden Geschlechtern etwas häufiger und durchschnittlich mehr ärztlich verordnete **Medikamente** genommen als im gesamten Bundesgebiet. Auch die Selbstmedikation spielt in Wien eine größere Rolle. Ein knappes Drittel der Männer und ca. 40 Prozent der Frauen haben in den letzten vier Wochen vor der Befragung ärztlich verordnete Medikamente konsumiert. Frauen nehmen nicht nur häufiger, sondern auch durchschnittlich mehr Medikamente. Am häufigsten wurden von beiden Geschlechtern unter den ärztlich verordneten Medikamenten solche gegen hohen Blutdruck, sonstige Medikamente, Medikamente gegen Herzbeschwerden, gegen Durchblutungsstörungen und Schmerzmittel genommen. Frauen nehmen nicht nur häufiger vom Arzt verordnete Medikamente, auch die Selbstmedikation spielt bei ihnen eine größere Rolle. Im Rahmen der Selbstmedikation werden am häufigsten Schmerzmittel genommen. Mit zunehmendem Alter und dem Auftreten von Beschwerden steigt der Medikamentenkonsum, auch Mehrfachverordnungen nehmen zu.

## SUMMARY

### Composition of the survey

The Mikrozensus survey is a sample collection conducted quarterly in private households by Statistik Austria. In the course of this survey, nearly 60,000 persons in Austria – approximately 6,000 of them in Vienna – are questioned. The basic survey programme, consisting of questions about demographic, household and dwelling structures as well as employment status and unemployment, is regularly extended with different special programmes. The special programme “Health” was last part of the survey in 1991 and 1999. The 1999 questionnaire was basically adapted to the previous surveys in order to facilitate a comparison of results over time. The special programme on health includes lifestyle and stress, participation in prevention programmes, state of health and use of medical services.

The present report “Mikrozensus 1999 – Results Concerning the State of Health in Vienna” presents an overview of the most important results, differentiated by gender and age, and partly also by employment status, level of education, nationality and region of residence. The report is rounded off by a comparison over time and a comparison of Vienna with the whole of Austria.

### Selected Influence Factors on Health

Healthy nutrition and physical activity are among the most frequent measures for consciously maintaining one's health status. The **Viennese population**, however, pays slightly less attention to healthy nutrition and physical activity than **the whole of Austria**. Participation in prevention measures, such as vaccinations and screening tests, also lies below the Austrian average. On the positive side, however, the influenza vaccination rate is higher in Vienna.

Compared to 1991, the rate of daily smokers has risen significantly, especially among women, while heavy **smoking** (more than 20 cigarettes a day) experienced a downward trend. The rates of daily and heavy smokers lie well above the Austrian average. As the quit rate shows, the rate of people who give up smoking lies below the Austrian average, as well. The growing rates for daily smoking among adolescents and young adults (particularly female) should give cause for concern, as early smoking is usually followed by a smoking habit that lasts

decades. The rates for underweight and overweight – also in their extreme forms – for persons above age 20 in Vienna lie below the Austrian average.

In total, women more often take active steps to maintain their health than men: while for women, healthy nutrition is more important, physical exercise dominates among men. The vaccination rates show hardly any **gender distinctions**. Men are more likely to take health risks than women: they smoke more frequently and are more often heavy smokers. While extreme overweight is equally distributed among both genders, extreme underweight is significantly more common among women.

With **age**, especially among the elderly, specific health relevant behaviour becomes less common, physical activity in particular is reduced – partly due to reduced mobility. However, a significant proportion of young women in Vienna does not take any specific measures to maintain their health. While the immunization coverage against poliomyelitis, tetanus and tick-borne encephalitis sinks with rising age, the influenza vaccination rate is higher among the elderly, as recommended in information campaigns. Among men, the middle-aged or recently retired undergo the preventive health examination (covered by the health insurance) most frequently, while women usually undergo it during the first years of their retirement. The smoking rate is highest among the middle-aged (30–44 years), closely followed by the age group 15–29. Overweight rises with age (until approx. 74 years) equally for both genders, but becomes less common with high age.

Health relevant behaviour must be seen as part of a specific **life style** that is shaped by socio-cultural factors and acquired by the individual by means of learning, forming of habits and social comparison. Socio-culturally and economically disadvantaged groups – such as those with a lower educational level, blue-collar workers and migrants – normally attach less importance to healthy nutrition and physical and mental activities than members of higher social strata. In the lower social groups, the belief in the success of prevention measures seems less common. There are significant differences in the participation in screening tests – in particular among men – depending on the level of education and district of residence. Persons living in working-class districts also are less frequently immunized against influenza.

Members of the lower social strata also take health risks more often. Men with a lower level of education, persons living in working-class districts and migrants smoke significantly more often and are more likely to be heavy smokers. Overweight is also more common among those with a lower education, while underweight is more often found among the better educated.

Additionally, an **accumulation of health risks**, such as heavy smoking (more than 20 cigarettes a day), a sedentary lifestyle and overweight, can be observed. However, former smokers are also often (seriously) overweight.

**Unemployed persons** are especially at risk concerning their health. They undertake fewer efforts to maintain their health status, i.e. healthy nutrition or physical activity, than gainfully employed persons, even though they would have enough time. Unemployed persons – especially women –, however, undertake mental activities more often than any other social group, and they also make more use of public and other (counselling) services. Unemployed people also take more health risks, as the smoking rate shows.

The changes in the professional world – such as new technologies, organizational changes, threat of unemployment etc. – bring with them a higher pressure to perform and rising psychological stress. As compared to 1991, **stress at the work place** in total has risen significantly in Vienna. Strain due to pressure of time and conflicts at the workplace have risen strongly. Multiple stress due to household, children and job or care for a member of the family is seen as higher. Despite the fact that women still do the majority of this work, and accordingly complain about stress more often, a rising number of men mentions these tasks as adding to their stress – more than roughly a decade ago, but still significantly less frequently than women. Surprisingly, strain due to heavy physical work has risen as well.

Nevertheless, the stress level of employed persons in **Vienna** lies significantly below the **Austrian average**, especially concerning strain from heavy physical work; multiple strain through household, children and job as well as care for family members are less common, probably due to the good network of care and social institutions. However, Vienna has higher rates of stress due to conflicts at the work place.

### **Health perception, Ailments and Diseases**

The majority of the Viennese population over 15 years (approx. 75 percent) is in good health. Women **assess** their **health status** more negatively than men. An important factor for determining the state of health is the existence of **ailments**. The most common ailments among both genders are pains of the back and the lower back and headaches or migraine.

Nearly half of the men and women interviewed had been ill at least once in the year preceding the survey. The main cause were colds (including influenza, angina, acute bronchitis) – approximately a quarter of the Viennese population was affected. Other **common diseases** were ear, nose and throat diseases and damages of the spine.

Just under a third of the Viennese population suffers, according to their own statements, from **chronic diseases**, women slightly more often than men. The most common chronic diseases for men are hypertension, damages of the spine, diabetes and diseases of the joints of the hip or the legs. For women, hypertension and damages of the spine are the most common, as well, followed by diseases of the joints of the hip or the legs.

Of the Viennese population living in private households, some four percent need (at least sometimes) **assistance in matters of personal hygiene and care** – such as eating, washing or bathing, going to the bathroom – for medical reasons (chronic disease, permanent disability, old age), and four to five percent of persons above 15 years need (at least sometimes) **assistance with daily tasks** – such as shopping, cooking, laundry. Women require assistance more often than men.

With age, the state of health deteriorates and ailments and chronic diseases become more frequent. Together with the higher proneness to diseases among the elderly and the common multimorbidity, the need for assistance with tasks of everyday life and personal hygiene rises.

The subjective health assessment of the **Viennese population** shows little deviation from the **Austrian average**, there are also no significant differences in the frequency of falling ill. However, concerning chronic diseases, Vienna lies above average: men are more frequently affected by hypertension, diabetes, skin diseases and asthma of the lungs, while women also have higher rates

for hypertension and diabetes (along with other diseases). The need for assistance with tasks of everyday life and personal hygiene is significantly below the national average – possibly due to the limitation of the sample to persons living in private households.

A **comparison** of the Mikrozensus results of **1991 and 1999** (including standardized and non-standardized values) shows an improvement of the health status among the elderly, in particular among women. The situation among the 15-29 year-olds shows a less favourable development: especially among female adolescents and young adults in general, the proportion of persons with good or excellent health has sunk significantly.

The health status is to a large extent dependent on the living conditions. The higher the level of **education** and **professional position**, the more positive the subjective assessment of health. Additionally, empirical data concerning various indicators show a generally lower health status for migrants and unemployed persons.

The multiple classification analysis of **subjective health indicators** shows that (except for physical activity), socio-structural characteristics, such as employment situation, age and education have a greater influence on subjective health than health relevant behaviour or health risks, such as smoking and over- or underweight. Unemployment and a low educational level have especially visible negative effects. This once more shows the importance of seeing the improvement of living conditions as a means to improve the health status.

### **Use of medical services**

**General practitioners** play an extraordinarily important role in ambulant medical care. Approximately three in four Viennese living in private households consulted a general practitioner at least once in the year preceding the survey. Dentists, paediatricians and gynaecologists were also consulted relatively often. Just over 10 percent also were in **hospital care** at least once. With exceptions of internists, medical practitioners of all specialties are consulted more frequently in Vienna than the national average, while the proportion of in-patients is slightly lower – one reason being the higher availability of semi-stationary care. Since 1991, the use of medical services of all kinds – with only a few exceptions – has increased in Vienna.

A gender difference is not only visible in subjective health assessment, but also in the use of medical services. In total, women consult physicians more often than men and are in hospital care more often, as well. With age, the number of medical consultations and hospital stays increases; general practitioners in particular are consulted frequently. Persons with a low socio-economic status, such as persons with a low level of education and, in part, migrants, consult general practitioners more frequently than the population average – this, however, does not hold true for specialists. Among the lower social strata, consultations of dentists and gynaecologists are below average. Blue-collar workers and – partly – migrants have a higher proportion of hospital stays.

Between 40 and 60 percent of men and 40 to 90 percent of women (depending on the specialty of the physician) consulted practitioners only for **medical check-ups or examinations**. Purely preventive medical examinations are most common at gynaecologists and dentists. More than half of the visits to outpatient departments or health care centres and nearly 40 percent of consultations of general practitioners, as well, only concerned medical check-ups or medical examinations. Compared to 1991, the consultations of medical practitioners of all specialties for check-ups or medical examinations have increased, and the figures for Vienna lie above the Austrian average.

The high density of medical practitioners in Vienna means that a physician can be reached relatively quickly. However, the Viennese need longer to get to an internist's or dentist's practice than the national average – possibly due to the large choice. In Vienna, 60 percent of the population have a **travel time** of no more than a quarter of an hour to and back from their general practitioner or gynaecologist. The travel time to outpatient departments or health care centres and to internists and other specialists is longer. While the time needed to visit medical practitioners – with the exception of gynaecologists – has scarcely changed since 1991, the **waiting time** – except for internists – has decreased significantly due to the increased density of practitioners and the higher organizational efficiency in the practices. Not only the travel time, but also the waiting time lies – with a few exceptions – below the Austrian average. The longest waiting time in Vienna is in outpatient departments or health care centres as well as at internists' and other specialists' practices, while it is lowest for patients at dentists, paediatricians, gynaecologists and general practitioners. Howev-

er, the travel and waiting time vary from district to district.

In Vienna, the frequency and amount of use of prescription **drugs** lie slightly above the Austrian average for both genders. Self-medication is also more common in Vienna. Almost one in three men and 40 percent of women had taken medically prescribed drugs in the four weeks preceding the survey. Women not only take pharmaceuticals more often, they also take more on av-

erage than men. The most frequent prescription drugs for both genders were anti-hypertension drugs, other pharmaceuticals, drugs against heart complaints, circulation disorders and analgesics. Women not only take drugs prescribed by the physician more often, they also take more non-prescription drugs than men. Analgesics are the most common drugs in this area. With age and an increase of ailments, the use of pharmaceuticals increases, as well as prescriptions of several drugs at once.

**I.  
EINLEITUNG**

***INTRODUCTION***

## 1 EINLEITUNG

Eine der wesentlichen Aufgaben der Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der Gesundheit der Menschen. Neuere Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerungen in den industrialisierten Ländern (so auch in Österreich) kontinuierlich verbessert, möglicherweise aber nicht im erwünschten Ausmaß. Dies liegt vor allem an der Art der Erkrankungen, die derzeit zum Tode führen (insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bösartige Neubildungen). Darüber hinaus nehmen Erkrankungen zu, die zwar nicht lebensbedrohend sind, aber dauerhafter Therapie bedürfen (muskulo-skelettale Erkrankungen, Diabetes, psychosoziale Störungen einschließlich Suchterkrankungen). Die Therapie dieser Krankheiten verschlingt einen Großteil der für das Gesundheitssystem bereitgestellten Ressourcen (ROSENBROCK 2001). Auch die vermehrten Einflussmöglichkeiten der Medizin tragen zur Kostensteigerung bei. Ein effizienter und effektiver Einsatz vorhandener Ressourcen ist daher besonders bedeutsam.

Um Grundlagen für Planungen im Gesundheitsbereich zur Verfügung zu haben und bestehende gesundheitspolitische Maßnahmen zu evaluieren, bedarf es entsprechender Informationen. Die administrativen Gesundheitsstatistiken reichen dazu nicht aus. Zum einen scheinen in den administrativen Statistiken verschiedene, planungsrelevante Themen wie etwa Lebensstil und Belastungen überhaupt nicht auf, zum anderen

handelt es sich dabei überwiegend um Daten zum Betreuungs- und Leistungsgeschehen (z. B. Abrechnungsdaten der Kostenträger). Gesundheitssurveys, die für die Bevölkerung repräsentative, leistungsunabhängige Daten bieten, können wesentlich zur Ergänzung von Datenlücken beitragen. Sie sind ein wichtiges Instrument, Aufschluss über die Verbreitung verschiedener Arten von Erkrankungen in der Bevölkerung und in Bevölkerungsgruppen, über Ursachen von Gesundheit und Krankheit sowie über die Beanspruchung von präventiven, kurativen und rehabilitativen medizinischen Leistungen durch verschiedene Bevölkerungsgruppen zu erhalten.

Für die Gesundheitsberichterstattung ist es daher besonders bedeutsam, die Ergebnisse vorhandener Erhebungen bestmöglich zu nutzen. Eine wichtige Datenquelle ist die von der Statistik Austria im Rahmen des Mikrozensus im September 1999 zum wiederholten Male durchgeführte Erhebung zum Thema Gesundheit. Die Samplestruktur und -größe dieser Erhebung erlaubt es, gesonderte Auswertungen auf Ebene der Bundesländer, so auch für Wien vorzunehmen. Da ein Teil der Fragen der Erhebung vom Dezember 1991 beibehalten wurde, stehen Vergleichsdaten zur Verfügung, die es erlauben, Entwicklungstendenzen im Gesundheitsbereich aufzuzeigen. Der Vergleich zwischen Wien und Österreich liefert weitere planungsrelevante Aufschlüsse.

## **II. DATENGRUNDLAGE**

### ***DATA BASIS***

### 2 DATENGRUNDLAGE

Der Mikrozensus ist eine von der Statistik Austria vierjährlich durchgeführte Stichprobenerhebung in Privathaushalten, die durch Verordnung (BGBl. Nr. 334/1967) eingerichtet wurde. Die Erhebung besteht einerseits aus einem gleich bleibenden Grundprogramm mit Fragen zur Bevölkerungs-, Haushalts- und Wohnungsstruktur sowie zur Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit, andererseits aus variierenden Sonderprogrammen aus dem Bereich der Sozial- und Gesundheitsstatistik. Auswahlrahmen für die Stichprobenziehung war 1999 die Wohnzählung 1991, revidiert durch die laufende Wohnbaustatistik. Der Auswahlatz des Mikrozensus liegt bei 0,8 Prozent der österreichischen Wohnungen, erfasst werden ca. 30.000 Wohnungen bzw. 60.000 Personen. Die Befragung erfolgt mündlich. Informationen zum Stichprobenplan des Mikrozensus und zu den organisatorischen Fragen finden sich in einschlägigen Publikationen der Statistik Austria (ÖSTAT 1996 und 1999).

Zielgruppe der Erhebung beim Sonderprogramm zum Thema „Gesundheit“ waren alle im Mikrozensus erfassten Personen. Nicht einbezogen wurde die in Anstalten lebende Bevölkerung (Pensionisten- und Pflegeheime, Internate, etc.). Im Gegensatz zum Grundpro-

gramm besteht für Sonderprogramme des Mikrozensus keine Auskunftspflicht, d. h. die Teilnahme daran erfolgt freiwillig.

Der Auswertung des Sonderprogramms vom September 1999 liegen für Österreich hochgerechnet die Angaben von 7,96 Millionen Personen zugrunde. 22,4 Prozent der in der Stichprobe des Mikrozensus erfassten Personen lehnten die Befragung ab, Männer der Tendenz nach häufiger (23,3 Prozent) als Frauen (21,6 Prozent). In Wien sind die Ablehnungsquoten bei beiden Geschlechtern überdurchschnittlich hoch. Insgesamt haben hier 28,7 Prozent (30,4 Prozent der Männer und 27,3 Prozent der Frauen) die Befragung abgelehnt. Am auskunftsfreudigsten waren Männer wie Frauen im Burgenland, Oberösterreich und der Steiermark. Im Vergleich zu 1991 sind die Ablehnungsquoten deutlich gestiegen.

Für 1991 stehen für Österreich hochgerechnet Angaben von 7,75 Millionen Personen zur Verfügung. Österreichweit haben 15,2 Prozent die Befragung abgelehnt (15,7 Prozent der Männer und 14,8 Prozent der Frauen). In Wien betrug 1991 die Ablehnungsquote 17,2 Prozent (Männer 17,7 Prozent, Frauen 16,7 Prozent).

**Tabelle 2.1:** Auskunftserteilung 1991 und 1999 in Österreich nach Bundesländern und Geschlecht

Gliederungsmerkmale	Personen der Stichprobe-Hochrechnung (Absolutzahlen in 1.000)			Personen der Stichprobe (Absolutzahlen)			darunter Auskunft abgelehnt (in %)			Selbstauskunft (Auskunftserteilende = 100 %)		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
<b>1991</b>												
<b>Österreich</b>	7.750,6	3.735,9	4.014,7	56.002	26.715	29.287	15,2	15,7	14,8	58,0	48,9	66,1
<b>Bundesland</b>												
Burgenland	269,7	130,6	139,1	6.639	3.174	3.465	5,7	5,8	5,6	59,1	50,8	66,7
Kärnten	548,2	265,5	282,6	5.398	2.574	2.824	18,4	19,6	17,2	62,9	56,0	69,1
Niederösterreich	1.446,3	704,8	741,6	6.333	3.037	3.296	15,1	15,1	15,1	56,9	48,9	64,3
Oberösterreich	1.331,8	651,6	680,3	6.310	3.041	3.269	15,1	16,0	14,3	56,9	47,8	65,3
Salzburg	479,7	232,2	247,5	5.667	2.651	3.016	18,9	19,4	18,4	57,2	45,4	67,4
Steiermark	1.188,9	572,6	616,3	5.695	2.725	2.970	16,2	16,4	16,1	58,6	49,8	66,6
Tirol	632,3	307,3	325,0	6.547	3.147	3.400	14,9	15,7	14,1	50,8	39,9	60,6
Vorarlberg	330,7	163,0	167,7	6.879	3.349	3.530	16,7	17,1	16,3	54,6	44,1	64,5
Wien	1.523,0	708,3	814,7	6.534	3.017	3.517	17,2	17,7	16,7	65,8	59,2	71,4
<b>1999</b>												
<b>Österreich</b>	7.958,1	3.857,2	4.100,9	58.745	28.262	30.483	22,4	23,3	21,6	58,5	49,2	67,0
<b>Bundesland</b>												
Burgenland	275,0	134,3	140,7	5.165	2.491	2.674	14,6	14,5	14,8	56,7	47,7	65,0
Kärnten	557,9	269,3	288,6	5.006	2.333	2.673	23,9	24,3	23,6	60,8	52,7	67,7
Niederösterreich	1.513,9	739,5	774,4	8.658	4.161	4.497	22,8	23,5	22,3	57,7	50,4	64,4
Oberösterreich	1.347,7	659,3	688,3	8.897	4.329	4.568	17,9	18,7	17,2	57,2	47,0	66,7
Salzburg	505,1	243,8	261,4	5.799	2.788	3.011	29,0	31,2	27,0	59,3	47,1	69,9
Steiermark	1.185,4	575,0	610,4	7.116	3.454	3.662	18,3	19,3	17,3	60,7	51,1	69,5
Tirol	652,3	318,6	333,7	6.746	3.325	3.421	21,0	21,8	20,2	52,6	41,8	62,8
Vorarlberg	341,0	168,1	172,9	5.492	2.685	2.807	28,4	29,1	27,7	56,7	46,1	66,7
Wien	1.579,7	749,3	830,4	5.866	2.696	3.170	28,7	30,4	27,3	67,6	61,8	72,3

Beim Mikrozensus sind auch so genannte Fremdauskünfte, d. h. Auskünfte durch andere Haushaltsmitglieder, erlaubt. 1999 haben in Österreich 58,5 Prozent über sich selbst Auskunft gegeben, in Wien waren es deutlich mehr, nämlich 67,6 Prozent. 1991 waren es österreichweit 58,0 Prozent, der entsprechende Wert für Wien lag bei 65,8 Prozent. Beim Rest konnten jeweils nur Fremdauskünfte erhoben werden. Frauen haben

im Vergleich zu Männern sowohl im gesamten Bundesgebiet als auch in Wien wesentlich häufiger selbst Auskunft gegeben.

Im Vergleich zu 1991 sind in Wien die Ablehnungsquoten bei beiden Geschlechtern in allen Altersgruppen gesunken und zwar am meisten bei den Kindern.

**Tabelle 2.2:** Auskunftserteilung in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht

Gliederungsmerkmal	Personen der Stichprobe (Absolutzahlen)			darunter Auskunft abgelehnt (in %)			Personen der Stichprobe (Absolutzahlen)			darunter Auskunft abgelehnt (in %)		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
	<b>1991</b>						<b>1999</b>					
Wien	6.534	3.017	3.517	17,2	17,7	16,7	5.866	2.696	3.170	28,7	30,4	27,3
	<b>Alter</b>											
0 bis 14	948	484	464	15,7	16,7	14,7	837	424	413	47,1	47,9	46,2
15 bis 29	1.368	676	692	18,5	19,1	17,9	1.029	516	513	27,5	27,3	27,7
30 bis 44	1.419	681	738	17,5	17,8	17,3	1.458	680	778	26,4	29,6	23,7
45 bis 59	1.315	641	674	16,4	17,9	15,0	1.297	607	690	25,4	27,8	23,2
60 bis 74	990	395	595	16,6	16,7	16,5	789	327	462	22,1	22,3	21,9
75 und mehr	494	140	354	18,2	16,4	18,9	456	142	314	26,3	23,2	27,7

Um die mit der Antwortverweigerung verbundenen Probleme zu beheben, wurden 1999 die fehlenden Werte (Interviewausfälle und Nicht-Beantwortung von Items) von der Statistik Austria imputiert bzw. ergänzt. Dabei wird mittels einer auf soziodemografischen Merkmalen basierenden Distanzfunktion der „ähnlichste“ Spender zu einem vorgegebenen Datensatz aufgesucht, aufbauend darauf werden dann sämtliche fehlenden Merkmale ergänzt. Für die Daten vom Dezember 1991 ist keine Imputation verfügbar.<sup>1</sup>

Um vergleichbare Ergebnisse zur Verfügung zu haben, wurde der Fragenkatalog des Sonderprogramms 1999 in seinen Grundzügen den vorangegangenen Erhebungen zur Gesundheit angepasst. Folgende Merkmale wurden erfasst:

**Lebensstil und Belastungen** (Gesundheitsverhalten, körperliche Betätigung in der Freizeit, Körpergröße und -gewicht, Rauchen, Belastungen Erwerbstätiger).

**Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen** (Gesundenuntersuchung, Impfstatus für ausgewählte Erkrankungen, Teilnahme an den vorgeschriebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen).

**Gesundheitsstatus** (Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Art der gesundheitlichen Beschwerden,

Häufigkeit des Krank-Seins, Dauer und Art der Erkrankungen, Art der chronischen Erkrankungen, Häufigkeit des Bedarfs an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und Aktivitäten des täglichen Lebens).

**Beanspruchung medizinischer Leistungen** (Häufigkeit, Grund, Weg- und Wartezeit beim Besuch von ÄrztInnen unterschiedlicher Fachrichtungen sowie von Ambulatorien bzw. Ambulanzen, Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte, Art des ärztlich verordneten Medikamentenkonsums und der Selbstmedikation).<sup>2</sup>

Da bei der Analyse in erster Linie die relativen Häufigkeiten bzw. im Zeitvergleich die prozentuellen Veränderungen interessieren, wurde in der tabellarischen Darstellung auf die Wiedergabe der hochgerechneten Absolutzahlen verzichtet. Schätzungen der absoluten Häufigkeiten lassen sich aus Relativzahlen und Bezugsmassen ermitteln.

Bei der Interpretation der Daten ist folgendes zu beachten: Unter der Annahme einfacher Zufallsauswahl beträgt der Bereich des relativen Stichprobenfehlers bei Österreichswerten mehr als +/-20 Prozent, wenn die aus der Relativzahl hochgerechnete Absolutzahl eines Häufigkeitswertes 18.000 unterschreitet. Der entsprechende Grenzwert für Wien liegt bei 25.000.

<sup>1</sup> Zur Methode der Imputation vgl. BURG 1996, S. 75 ff. Bei den Berechnungen für 1991 wurden fehlende Werte aus der Analyse ausgeklammert.

<sup>2</sup> Der genaue Wortlaut der Fragen ist dem Anhang zu entnehmen.

Auswertungen nach dem Merkmal Bildung beziehen sich auf Personen ab 30 Jahren. Diese Altersbegrenzung wurde gewählt, da vor allem bei höherer Bildung in der Regel erst ab diesem Alter von einer abgeschlossenen formalen Ausbildung ausgegangen werden kann.

Für die regionale Gliederung innerhalb Wiens wurden, analog zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (2001, S. 65), Bezirke mit vergleichbarer Bevölkerungsstruktur zusammengefasst. Folgende Bezirkskategorien werden unterschieden:

1. ArbeiterInnenbezirke mit hohem AusländerInnenanteil (über 20 Prozent): Bezirke 2, 5, 6, 7, 15, 16, 20.

2. ArbeiterInnenbezirke mit niedrigem AusländerInnenanteil (unter 20 Prozent): Bezirke 10, 11, 12, 21, 22.

3. Mischbezirke bzw. heterogene Bezirke: Bezirke 3, 4, 8, 9, 14, 17, 18, 23.

4. Nobelbezirke mit hohem Oberschichtanteil: Bezirke 1, 13, 19.

Auf Grund der Altersabhängigkeit von Gesundheitsfragen sei auf die Tatsache verwiesen, dass das Durchschnittsalter in den Nobelbezirken deutlich über dem der anderen Bezirke liegt.

**Tabelle 2.3:** Durchschnittsalter in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (in Jahren)

Art des Wohnbezirkes	Durchschnittsalter (Jahre)		
	gesamt	Männer	Frauen
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	39,3	36,4	42,1
ArbeiterInnenbezirk	38,0	37,0	38,9
Mischbezirk	41,2	38,7	43,4
Nobelbezirk	46,0	43,2	48,3
gesamt	39,9	37,8	41,8

**III.  
AUSGEWÄHLTE  
EINFLUSSFAKTOREN  
AUF DIE GESUNDHEIT**

***INFLUENCE FACTORS  
ON HEALTH***

<b>3</b>	<b>AUSGEWÄHLTE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>GESUNDHEITSRELEVANTES VERHALTEN</b>	<b>42</b>
3.1.1	Gesundheitsverhalten	43
3.1.2	Teilnahme an Impfprogrammen (Impfschutz)	47
3.1.3	Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	48
3.1.4	Risikofaktor Rauchen	50
3.1.5	Über- und Untergewichtigkeit	53
3.1.6	Kumulation von Gesundheitsrisiken	56
3.1.7	Belastungen Erwerbstätiger	58
<b>3.2</b>	<b>SOZIOKULTURELLE AUSPRÄGUNGEN GESUNDHEITSRELEVANTEN VERHALTENS</b>	<b>61</b>
3.2.1	Exkurs: Gesundheitliche Gefährdungen Arbeitsloser	73
	<b>LITERATUR</b>	<b>76</b>
	<b>TABELLENANHANG</b>	<b>78</b>

### 3 AUSGEWÄHLTE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT

#### Zusammenfassung

Dieser Abschnitt befasst sich mit Aspekten gesundheitsrelevanten Verhaltens der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung. Analysiert werden das gezielte Gesundheitsverhalten (gesundheitsbewusste Ernährung, körperliche und psychische Aktivitäten, etc.), Maßnahmen der primären und sekundären Prävention (Impfungen, Gesundenuntersuchung, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen), Gesundheitsrisiken (Rauchen, Über- bzw. Untergewicht) sowie Belastungen der Erwerbstätigen.

Zu den häufigsten Maßnahmen, die gezielt zur Aufrechterhaltung der Gesundheit unternommen werden, zählen gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität. Allerdings achtet die **Wiener Bevölkerung** etwas weniger auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität als dies im gesamten **Bundesgebiet** der Fall ist. Ebenfalls nur unterdurchschnittlich ist die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen und Gesundenuntersuchungen. Positiv zu vermerken sind jedoch die höheren Impfquoten gegen Grippe in Wien.

Gegenüber 1991 ist – vor allem bei den Frauen – der Anteil der täglichen ZigarettenraucherInnen deutlich gestiegen, eine rückläufige Tendenz gab es erfreulicherweise beim starken **Rauchen** (mehr als 20 Zigaretten pro Tag). Die (täglichen) RaucherInnenquoten sowie die Quoten starker RaucherInnen liegen deutlich über den Österreich-Werten. Auch wird in Wien – wie die Quit-Rate zeigt – das Rauchen seltener als im gesamten Bundesgebiet aufgegeben. Zu bedenken geben sollte vor allem das Ansteigen der täglichen RaucherInnenquoten unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vor allem weiblichen Geschlechts), da dem Beginn des Rauchens in jungen Jahren meist eine über Jahrzehnte hinweg dauernde „Raucherkarriere“ folgt. Unter- und Übergewichtigkeit spielen – auch in ihren extremen Formen – in Wien bei Personen ab 20 Jahren eine der Tendenz nach geringere Rolle als im gesamten Bundesgebiet.

#### Summary: Influence Factors on Health

*The following chapter examines the aspects of health relevant behaviour of the Viennese population living in private households. The factors analyzed in this chapter are specific health relevant behaviour (healthy nutrition, physical and mental activities, etc.), primary and secondary preventive health care measures (vaccinations, preventive health examinations, mother-and-child pass examinations), health risks (smoking, over- and underweight) and occupational stress.*

*Healthy nutrition and physical activity are among the most frequent measures for consciously maintaining one's health status. The **Viennese population**, however, pays slightly less attention to healthy nutrition and physical activity than **the whole of Austria**. Participation in prevention measures, such as vaccinations and screening tests, also lies below the Austrian average. On the positive side, however, the influenza vaccination rate is higher in Vienna.*

*Compared to 1991, the rate of daily smokers has risen significantly, especially among women, while heavy **smoking** (more than 20 cigarettes a day) experienced a downward trend. The rates of daily and heavy smokers lie well above the Austrian average. As the quit rate shows, the rate of people who give up smoking lies below the Austrian average, as well. The growing rates for daily smoking among adolescents and young adults (particularly female) should give cause for concern, as early smoking is usually followed by a smoking habit that lasts decades. The rates for underweight and overweight – also in their extreme forms – for persons above age 20 in Vienna lie below the Austrian average.*

Frauen ergreifen insgesamt häufiger gezielte Maßnahmen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit als Männer: Während bei Frauen gesundheitsbewusste Ernährung im Vordergrund steht, dominiert bei Männern körperliche Aktivität. Kaum merkbare **Geschlechtsunterschiede** zeigen sich in den Impfquoten. Männer gehen häufiger als Frauen Gesundheitsrisiken ein: Sie rauchen häufiger als Frauen und sind auch häufiger (starke) Raucher. Während starkes Übergewicht bei beiden Geschlechtern ähnlich oft auftritt, sind Frauen von starkem Untergewicht bedeutend öfter betroffen.

Im höheren und vor allem im hohen **Alter** verliert gezieltes Gesundheitsverhalten an Bedeutung, vor allem körperliche Aktivität nimmt – zum Teil bedingt durch Mobilitätseinschränkungen – ab. In Wien gibt es allerdings auffallend viele junge Frauen, die keine gezielten Aktivitäten zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit setzen. Während sich der Durchimpfungsgrad gegen Kinderlähmung, Wundstarrkrampf und Zeckenkrankheit mit zunehmendem Alter verringert, nimmt – entsprechend den Empfehlungen – jener gegen Grippe bei älteren Menschen zu. Die Gesundenuntersuchung findet bei Männern am meisten Anklang im mittleren Alter bzw. kurz nach der Pensionierung, bei den Frauen vor allem im frühen Pensionsalter. Die höchsten RaucherInnenquoten finden sich im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre), allerdings liegen die RaucherInnenquoten der 15- bis 29-Jährigen nur wenig darunter. Übergewicht nimmt bei beiden Geschlechtern zunächst mit dem Alter (etwa bis 74 Jahren) zu, wird aber im höheren Alter wieder seltener.

Gesundheitsrelevantes Verhalten ist als Teil eines spezifischen **Lebensstils** zu sehen, der soziokulturell geformt ist und den sich Individuen über Lernen, Gewohnheitsbildung und Prozesse sozialen Vergleichs aneignen. Soziokulturell und ökonomisch benachteiligte Gruppen – wie niedrig Gebildete, in ArbeiterInnenberufen Tätige und MigrantenInnen – legen in der Regel weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung, körperliche und psychische Aktivitäten als Personen höherer sozialer Schichtzugehörigkeit.

*In total, women more often take active steps to maintain their health than men: while for women, healthy nutrition is more important, physical exercise dominates among men. The vaccination rates show hardly any **gender distinctions**. Men are more likely to take health risks than women: they smoke more frequently and are more often heavy smokers. While extreme overweight is equally distributed among both genders, extreme underweight is significantly more common among women.*

*With **age**, especially among the elderly, specific health relevant behaviour becomes less common, physical activity in particular is reduced – partly due to reduced mobility. However, a significant proportion of young women in Vienna does not take any specific measures to maintain their health. While the immunization coverage against poliomyelitis, tetanus and tick-borne encephalitis sinks with rising age, the influenza vaccination rate is higher among the elderly, as recommended in information campaigns. Among men, the middle-aged or recently retired undergo the preventive health examination (covered by the health insurance) most frequently, while women usually undergo it during the first years of their retirement. The smoking rate is highest among the middle-aged (30–44 years), closely followed by the age group 15–29. Overweight rises with age (until approx. 74 years) equally for both genders, but becomes less common with high age.*

*Health relevant behaviour must be seen as part of a specific **life style** that is shaped by socio-cultural factors and acquired by the individual by means of learning, forming of habits and social comparison. Socio-culturally and economically disadvantaged groups – such as those with a lower educational level, blue-collar workers and migrants – normally attach less importance to healthy nutrition and physical and mental activities than members of higher social strata.*

Auch die Erfolgseinschätzung von Vorsorgemaßnahmen scheint in den unteren sozialen Schichten weniger ausgeprägt. So gibt es – vor allem bei den Männern – deutliche Bildungsunterschiede und Unterschiede je nach Art des Wohnbezirks in der Inanspruchnahme der Gesundenuntersuchung. In ArbeiterInnenbezirken wohnhafte Personen sind auch seltener gegen Grippe geimpft.

Personen niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit gehen auch häufiger Gesundheitsrisiken ein. So etwa rauchen niedrig gebildete Männer, in ArbeiterInnenberufen tätige sowie in ArbeiterInnenbezirken wohnhafte Personen und MigrantInnen deutlich häufiger und sind auch öfter starke RaucherInnen. Auch Übergewichtigkeit ist in der Regel bei niedrig Gebildeten häufiger, dagegen findet sich Untergewichtigkeit eher bei höher Gebildeten.

Zu beobachten ist des Weiteren eine **Kumulation von Gesundheitsrisiken** wie etwa starkes Rauchen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag), körperliche Inaktivität und Übergewicht. Häufig betroffen von (starkem) Übergewicht sind aber auch Ex-Raucher und -Raucherinnen.

Gesundheitlich besonders gefährdet sind **Arbeitslose**. Sie unternehmen nicht nur seltener als Erwerbstätige gezielte Anstrengungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit, d. h. sie legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität – dies, obwohl ausreichend Zeit zur Verfügung stehen würde. Arbeitslose – vor allem Frauen – unternehmen jedoch häufiger als andere Gruppen psychische Aktivitäten und nutzen auch öfter öffentliche und sonstige (Beratungs)angebote. Auch gehen Arbeitslose häufiger Gesundheitsrisiken ein, wie sich anhand ihrer RaucherInnenquoten zeigt.

Mit den Veränderungen in der Berufswelt – z. B. neue Technologien, organisatorische Veränderungen, drohende Arbeitslosigkeit, etc. – einher gehen Leistungsverdichtungen und die Zunahme psychischer Beanspruchung. Gegenüber 1991 ist die **berufliche Gesamtbelastung** in Wien deutlich gestiegen. Erheblich zugenommen haben Belastungen infolge von starkem Zeitdruck und Konflikten am Arbeitsplatz.

*In the lower social groups, the belief in the success of prevention measures seems less common. There are significant differences in the participation in screening tests – in particular among men – depending on the level of education and district of residence. Persons living in working-class districts also are less frequently immunized against influenza.*

*Members of the lower social strata also take health risks more often. Men with a lower level of education, persons living in working-class districts and migrants smoke significantly more often and are more likely to be heavy smokers. Overweight is also more common among those with a lower education, while underweight is more often found among the better educated.*

*Additionally, an **accumulation of health risks**, such as heavy smoking (more than 20 cigarettes a day), a sedentary lifestyle and overweight, can be observed. However, former smokers are also often (seriously) overweight.*

***Unemployed persons** are especially at risk concerning their health. They undertake fewer efforts to maintain their health status, i.e. healthy nutrition or physical activity, than gainfully employed persons, even though they would have enough time. Unemployed persons – especially women –, however, undertake mental activities more often than any other social group, and they also make more use of public and other (counselling) services. Unemployed people also take more health risks, as the smoking rate shows.*

*The changes in the professional world – such as new technologies, organizational changes, threat of unemployment etc. – bring with them a higher pressure to perform and rising psychological stress. As compared to 1991, **stress at the work place** in total has risen significantly in Vienna. Strain due to pressure of time and conflicts at the workplace have risen strongly.*

Verstärkt wahrgenommen wird auch die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie jene durch die Pflegearbeit in der Familie.

Obwohl Frauen noch immer die Hauptlast in diesen Bereichen tragen und auch wesentlich häufiger als Männer über diesbezügliche Belastungen berichten, werden – im Vergleich zu etwa vor einem Jahrzehnt – auch von den Männern vermehrt solche Belastungen angegeben. Allerdings noch immer deutlich seltener als von Frauen. Aber auch Belastungen auf Grund schwerer körperlicher Arbeit sind erstaunlicherweise gestiegen.

Dennoch ist in **Wien** das Belastungsniveau der Erwerbstätigen deutlich niedriger als im gesamten **Bundesgebiet**, vor allem Belastungen auf Grund schwerer körperlicher Arbeit, der Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie der Pflege von Angehörigen werden hier seltener genannt. Das in Wien gut ausgebaute Betreuungsnetz trägt sicherlich zur Entlastung bei. Allerdings sind in Wien Belastungen auf Grund von Konflikten am Arbeitsplatz häufiger.

*Multiple stress due to household, children and job or care for a member of the family is seen as higher.*

*Despite the fact that women still do the majority of this work, and accordingly complain about stress more often, a rising number of men mentions these tasks as adding to their stress – more than roughly a decade ago, but still significantly less frequently than women. Surprisingly, strain due to heavy physical work has risen as well.*

*Nevertheless, the stress level of employed persons in **Vienna** lies significantly below the **Austrian average**, especially concerning strain from heavy physical work; multiple strain through household, children and job as well as care for family members are less common, probably due to the good network of care and social institutions. However, Vienna has higher rates of stress due to conflicts at the work place.*

Wichtige Bedingungsfaktoren der Gesundheit der Menschen liegen, abgesehen von der Konstitution, in ihren Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen, die sich politisch gestalten lassen (DEPPE 2000). Daneben spielt das individuelle Verhalten (Ernährung, Bewegung, Rauch- und Trinkgewohnheiten, etc.), das weitgehend soziokulturellen Einflüssen unterliegt, für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Erkrankungen eine Rolle (HAJEN et al. 2000). So etwa gehen Schätzungen des „Center for Disease Control and Prevention“ in den USA von einem überragenden Einfluss der sozialen Umwelt und der Lebensweise auf die Sterblichkeit vor dem 75. Lebensjahr aus. Dagegen wird der Einfluss der Medizin als deutlich geringer eingeschätzt (ROSENBROCK 1998, BADURA 1994).

Vor allem bei den gegenwärtig vorherrschenden Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes, etc.) besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen individuellem Verhalten und ihrem Auftreten, nicht selten ist ein Zusammenwirken verschiedener negativer Einflüsse zu beobachten (SIEGRIST 1998). Dementsprechend be-

deutsam ist es, Aufschlüsse über gesundheitsrelevantes Verhalten und Belastungen innerhalb der Bevölkerung und verschiedener Bevölkerungsgruppen zu erhalten.

### 3.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Menschen setzen keinesfalls immer gezielte Handlungen zur Erhaltung ihrer Gesundheit bzw. zur Verhütung von Krankheiten. Zur Bestimmung verhaltensbedingter Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind daher nicht nur die explizit von Individuen unternommen Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit zu beachten, sondern das gesundheitsrelevante Verhalten insgesamt. Dieses ist als „Teil eines spezifischen *Lebensstils* zu sehen, der soziokulturell geformt ist und den sich Individuen über Lernen, Gewohnheitsbildung und Prozesse sozialen Vergleichs aneignen“ (SIEGRIST 2000, S. 111).

Zur Charakterisierung gesundheitsrelevanten Verhaltens herangezogen werden müssen sowohl gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende als auch gesundheits-

schädigende Verhaltensweisen. Für eine Beschreibung ersterer stehen im Mikrozensus Informationen zu gezieltem Gesundheitsverhalten (Ernährung, körperliche und psychische Aktivitäten, Inanspruchnahme von Beratungs- und sonstigen Angeboten) sowie zu verschiedenen Maßnahmen der primären und sekundären Prävention (Impfschutz, Teilnahme an der Gesundenuntersuchung und den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) zur Verfügung. Von den gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen werden Rauchgewohnheiten, Über- bzw. Untergewichtigkeit sowie Belastungen Erwerbstätiger diskutiert.

### 3.1.1 Gesundheitsverhalten

Unter Gesundheitsverhalten versteht man jegliche Aktivität, die Personen gezielt unternehmen, „Krankheit zu verhüten oder rechtzeitig zu entdecken“ (KASL, COBB 1966, S. 246). Zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens stehen Ansätze aus verschiedenen Disziplinen (Gesundheitspsychologie, Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie) zu Verfügung, die unterschiedliche Ziele verfolgen (vgl. dazu ABEL 1997, VON TROSCHKE 1998). Vor allem die gesundheitspsychologischen Modelle verweisen auf die Bedeutung des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens für die Entstehung von Krankheiten und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, was unter anderem für die Teilnahme an Vorsorge- bzw. Früherkennungsprogrammen von Bedeutung ist.

Zu den etabliertesten Theorien zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens zählt das von SCHWARZER (1996) entwickelte **sozial-kognitive Prozessmodell**.

Es umfasst eine Reihe gesundheitspsychologischer Konzepte. Unterschieden wird zwischen der Motivationsphase und der eigentlichen Handlungsrealisierung. Erstere umfasst drei Stufen: Zu Beginn des Prozesses steht die Einschätzung der eigenen Anfälligkeit gegenüber Krankheiten und der daraus resultierenden Bedrohung. Dies geschieht vor allem dann, wenn man mit neuen Informationen konfrontiert wird (z. B. zur Gesundheitsgefährdung des Rauchens). Auf der zeitlich nächsten Stufe kommt es zur Bildung oder Aktivierung von Ergebniserwartungen, die durch die wahrgenommene Bedrohung beeinflusst sind und zu gesundheitsrelevanten Überzeugungen führen. In der dritten Phase steht die Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz, d. h. die Überzeugung, mit einem bestimmten Verhalten in einer Situation erfolgreich zu sein, im Vordergrund. Wird diese Stufe erfolgreich durchlaufen, entstehen Intentionen zur Änderung bisherigen Verhaltens. Damit ist die Motivationsphase abgeschlossen und die eigentliche Verhaltensänderung beginnt (RENNER, VON LENGERKE 1996). Ob intendierte Verhaltensänderungen realisiert werden, ist weitgehend von der Kompetenzerwartung, d. h. optimistischen Annahmen bezüglich der Kontrollierbarkeit und Steuerbarkeit des Handelns, abhängig.

Laut Mikrozensus setzt ca. ein Drittel der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung keine gezielten Aktivitäten zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit bzw. zur Vorbeugung gegen Krankheiten. Im österreichischen Durchschnitt sind es unter 30 Prozent. In Wien wird sowohl weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung als auch auf körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) als im gesamten Bundesgebiet gelegt.

**Tabelle 3.1:** Gesundheitsverhalten in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999 (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)

Alter	Personen ab 15 J. in 1.000	keine gezielten Aktivitäten	gesundheitsbewusste Ernährung	körperliche Aktivitäten	psychische Aktivitäten	öffentliche Beratungsangebote	private Angebote	sonstiges	durchschnittliche Zahl der Aktivitäten
<b>Männer</b>									
15 bis 29	140,2	29,9	40,0	51,3	3,9	1,2	1,5	8,4	1,06
30 bis 44	208,5	34,4	44,9	47,4	5,1	0,6	1,0	6,5	1,05
45 bis 59	160,1	34,3	40,6	46,2	4,3	0,4	1,4	7,6	1,01
60 bis 74	83,4	32,1	47,2	43,0	2,2	0,0	1,3	9,8	1,03
75 und mehr	34,3	36,8	45,3	28,2	2,6	0,0	0,0	10,9	0,87
gesamt	626,5	33,2	43,0	46,4	4,1	0,5	1,2	7,9	1,03
<b>Frauen</b>									
15 bis 29	145,2	34,9	43,0	43,9	4,7	0,5	0,9	7,6	1,01
30 bis 44	205,7	31,1	49,9	43,5	7,0	1,3	2,0	10,1	1,14
45 bis 59	168,5	29,2	51,9	42,6	6,1	0,6	1,7	8,1	1,11
60 bis 74	110,8	35,3	49,7	34,8	3,3	0,6	1,2	6,9	0,97
75 und mehr	83,0	36,7	45,6	31,4	2,8	0,4	0,9	9,8	0,91
gesamt	713,1	32,7	48,4	40,6	5,2	0,8	1,5	8,6	1,05
<b>gesamt</b>									
Wien	1.339,6	32,9	45,9	43,3	4,7	0,7	1,3	8,3	1,04
Österreich	6.592,0	29,4	48,8	47,9	3,5	0,5	1,0	7,1	1,09

Dagegen werden psychische Aktivitäten (z. B. autogenes Training), die Inanspruchnahme öffentlicher Beratungsangebote (z. B. RaucherInnenberatung, psychosoziale Beratung), privater Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen, Weight Watchers), alles Maßnahmen zur Gesunderhaltung, die nur für Minderheiten in Frage kommen, ebenso wie sonstige Aktivitäten, in Wien häufiger erwähnt. Hier dürfte das reichhaltigere Angebot in Wien eine Rolle spielen.

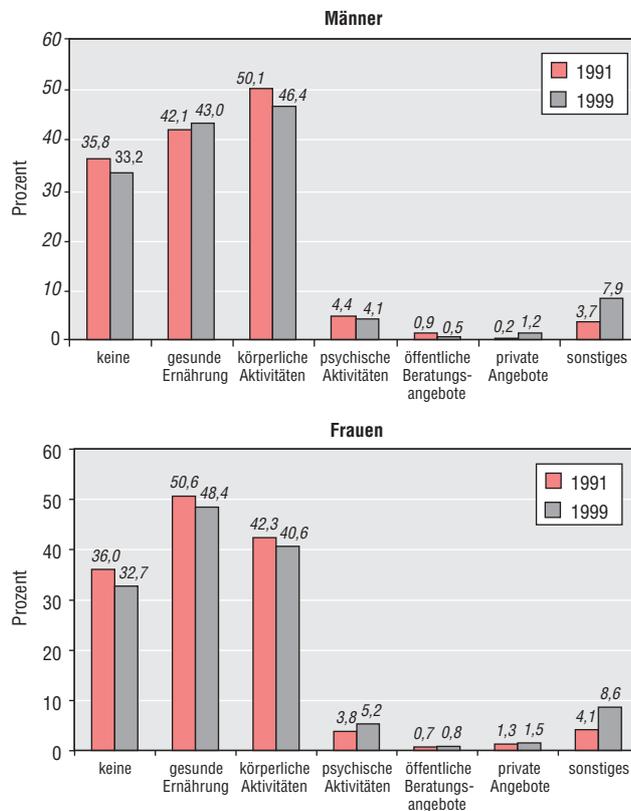
Mit zunehmendem Alter verliert das gezielte Gesundheitsverhalten an Bedeutung. Der Anteil jener, die keine gezielten Aktivitäten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit setzen, nimmt mit dem Alter zu, die Zahl der durchschnittlich durchgeführten Aktivitäten ab. Zu beobachten ist in Wien (davon abweichend) ein überdurchschnittlich hoher Anteil junger Frauen, die nichts gezielt für ihre Gesundheit tun. Während die Bedeutung gesundheitsbewusster Ernährung bei den Frauen zumindest bis ins mittlere Alter zunimmt, verliert körperliche Aktivität als Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Gesundheit mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern deutlich an Anziehungskraft. Män-

nern ist gesundheitsbewusste Ernährung knapp nach der Pensionierung (60 bis 74 Jahre) am wichtigsten. Psychische Aktivitäten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit sind bei beiden Geschlechtern im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre) am häufigsten.

Frauen ergreifen in der Regel häufiger gezielte Maßnahmen zur Förderung bzw. Erhaltung ihrer Gesundheit. Unabhängig vom Alter scheint ihnen gesundheitsbewusste Ernährung wichtiger als Männern, nur im höheren Alter schwindet der Geschlechtsunterschied. Auch psychische Aktivitäten, die Inanspruchnahme öffentlicher Beratungsangebote, privater Angebote und sonstiger Maßnahmen werden von Frauen häufiger erwähnt. Dagegen scheint körperliche Aktivität eher eine Domäne der Männer zu sein.

Der Anteil der Personen, die nichts gezielt für ihre Gesundheit tun, hat sich in Wien gegenüber 1991 bei den Männern um 2,6 (von 35,8 Prozent auf 33,2 Prozent), bei den Frauen um 3,3 Prozentpunkte (von 36,0 Prozent auf 32,7 Prozent) verringert.

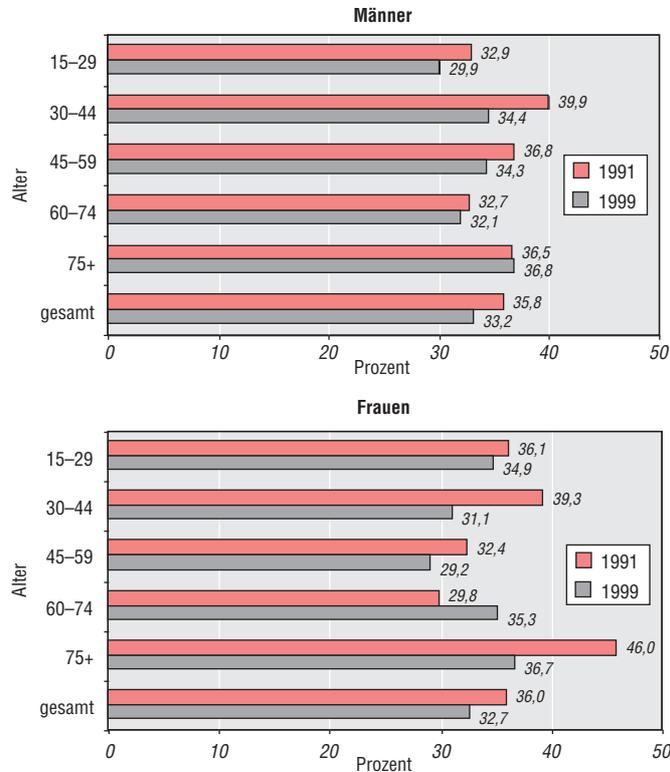
**Grafik 3.1:** Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen in Wien 1991 und 1999 (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)



Zwar legen Frauen im Vergleich zu 1991 weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und ebenso wie Männer, auch auf körperliche Aktivitäten, beide Geschlechter ergreifen aber doppelt so häufig wie 1991 sonstige Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheit. Bei den Frauen haben auch psychische Aktivitäten an Attraktivität gewonnen, bei den Männern private Angebote.

Die Abnahme des Nihilismus gegenüber der eigenen Gesundheit ist beinahe quer durch alle Altersgruppen zu beobachten. Nur bei älteren Männern (ab 75 Jahren) hat sich gegenüber 1991 kaum etwas verändert, bei Frauen zwischen 60 und 74 Jahren hat der Anteil jener, die nichts für ihre Gesundheit tun, zugenommen.

**Grafik 3.2:** Personen ohne gezielte Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



Die geringere körperliche Aktivität in Wien offenbart sich auch in den Ergebnissen zur Häufigkeit intensiver, d. h. mit Schwitzen verbundener körperlicher Betätigung in der Freizeit. 62,9 Prozent der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung betätigen sich in der Freizeit nicht körperlich, im Vergleich zu 59,9 Prozent der österreichischen Bevölkerung. Vor allem häufige körperliche Aktivität (an drei oder mehr Tagen pro Woche) ist in Wien mit (14,3 Prozent) seltener als im Bundesdurchschnitt (17,1 Prozent).

Besonders hoch ist der Anteil der körperlich Inaktiven unter den Frauen. 58,3 Prozent der Männer und 67,0 Prozent der Frauen in Wien betätigten sich in ihrer Freizeit nicht körperlich. Sowohl einmalige als auch mehrmalige körperliche Aktivität pro Woche ist bei Frauen seltener als bei Männern.

**Tabelle 3.2:** Körperliche Betätigung in der Freizeit mit Schwitzen in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999 (Personen ab 15 Jahren)

Alter	Personen ab 15 J. in 1.000	nein	ja, an ... Tag(en) pro Woche			
			einem	zwei	drei bis vier	fünf und mehr
<i>in %</i>						
<b>Männer</b>						
15 bis 29	140,2	51,7	13,0	14,7	13,5	7,0
30 bis 44	208,5	54,3	14,9	14,6	11,0	5,3
45 bis 59	160,1	59,0	15,6	8,9	10,1	6,3
60 bis 74	83,4	66,3	9,4	9,4	7,9	7,1
75 und mehr	34,3	86,6	4,4	6,8	1,6	0,6
gesamt	626,5	58,3	13,4	12,0	10,4	5,9
<b>Frauen</b>						
15 bis 29	145,2	60,7	12,9	11,1	11,0	4,3
30 bis 44	205,7	62,5	14,8	8,8	8,8	5,1
45 bis 59	168,5	63,7	13,3	10,0	8,8	4,2
60 bis 74	110,8	76,0	7,3	6,0	5,1	5,6
75 und mehr	83,0	83,9	4,9	4,6	2,8	3,8
gesamt	713,1	67,0	11,8	8,6	8,0	4,6
<b>gesamt</b>						
Wien	1.339,6	62,9	12,5	10,2	9,1	5,2
Österreich	6.592,0	59,9	12,7	10,3	10,2	6,9

Bei beiden Geschlechtern nimmt körperliche Inaktivität mit dem Alter zu. Die relative Inaktivität der Frauen ist in allen Altersgruppen zu beobachten. Erst im hohen Alter von 75 und mehr Jahren verringert sich der Geschlechtsunterschied.

### 3.1.2 Teilnahme an Impfprogrammen (Impfschutz)

Schutzimpfungen zählen zu den wirksamsten primärpräventiven Maßnahmen. Die aktive Immunisierung

(vorbeugende Impfung) trägt maßgeblich zur Vermeidung bzw. zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit seuchenartig auftretender und komplikationsreicher Infektionskrankheiten bei. Ein hoher Durchimpfungsgrad ist daher bei solchen Erkrankungen besonders bedeutsam.

Im Mikrozensus ermittelt wurde das Bestehen eines Impfschutzes gegen Kinderlähmung (Polio), Wundstarrkrampf (Tetanus), Grippe und Zeckenkrankheit (FSME).

**Tabelle 3.3:** Impfschutz in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999

Alter	Personen in 1.000	aufrechter Impfschutz gegen ... (in %)											
		Kinderlähmung (Polio)			Wundstarrkrampf (Tetanus)			Grippe			Zeckenkrankheit (FSME)		
		ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
<b>Männer</b>													
0 bis 14	122,8	71,7	22,3	6,0	72,0	23,5	4,5	13,2	84,3	2,6	73,5	24,9	1,6
15 bis 29	140,2	62,8	27,5	9,7	73,0	23,3	3,7	12,3	85,9	1,7	69,8	28,0	2,2
30 bis 44	208,5	56,1	30,8	13,1	66,2	26,9	6,9	12,2	84,5	3,4	63,8	33,7	2,5
45 bis 59	160,1	54,3	33,9	11,8	67,4	25,8	6,9	16,4	81,5	2,1	65,5	32,6	2,0
60 bis 74	83,4	46,2	44,1	9,7	62,2	32,4	5,3	22,8	75,9	1,3	69,5	29,7	0,8
75 und mehr	34,3	38,1	42,2	19,7	57,3	34,8	7,9	35,7	61,7	2,6	63,3	34,1	2,6
gesamt	749,3	57,6	31,5	11,0	67,8	26,4	5,8	15,5	82,1	2,4	67,5	30,5	2,0
<b>Frauen</b>													
0 bis 14	117,2	77,6	15,8	6,7	77,8	18,3	3,9	14,0	83,1	2,8	74,1	24,6	1,3
15 bis 29	145,2	66,6	25,8	7,6	69,3	24,6	6,1	11,8	86,9	1,3	70,8	27,7	1,6
30 bis 44	205,7	62,4	27,6	10,0	66,7	26,5	6,8	11,5	85,9	2,6	67,8	30,6	1,5
45 bis 59	168,5	55,8	35,3	8,9	65,3	30,5	4,2	16,6	82,3	1,1	71,5	27,6	0,9
60 bis 74	110,8	42,3	49,3	8,3	51,0	45,1	3,9	22,7	75,6	1,6	65,3	33,9	0,8
75 und mehr	83,0	27,4	61,6	11,0	44,4	48,0	7,6	30,5	68,3	1,2	51,5	46,2	2,2
gesamt	830,4	57,8	33,5	8,8	64,1	30,4	5,4	16,3	81,8	1,8	68,0	30,6	1,4
<b>gesamt</b>													
Wien	1.579,7	57,7	32,5	9,8	65,9	28,5	5,6	16,0	82,0	2,1	67,8	30,6	1,7
Österreich	7.958,1	61,6	29,6	8,8	68,7	24,8	6,5	13,1	85,7	1,2	68,7	30,1	1,2

Am verbreitetsten ist ein aufrechter Impfschutz gegen die Zeckenkrankheit und Wundstarrkrampf, am seltensten gegen Grippe. In Wien sind etwa zwei Drittel gegen die Zeckenkrankheit (67,8 Prozent) und gegen Wundstarrkrampf (65,9 Prozent) geschützt, mehr als die Hälfte gegen Kinderlähmung (57,7 Prozent), jedoch nur etwa jede sechste Person gegen Grippe (16,0 Prozent). Der Durchimpfungsgrad gegen Zeckenkrankheit, Wundstarrkrampf und Kinderlähmung ist in Wien etwas niedriger als im österreichischen Durchschnitt, jener gegen Grippe erfreulicherweise höher. (In Wien ist die Unsicherheit, ob ein Impfschutz gegen Kinderlähmung und Zeckenkrankheit besteht, etwas höher als im gesamten Bundesgebiet).

Männer und Frauen unterscheiden sich im Durchimpfungsgrad gegen die angeführten Erkrankungen nur wenig. Frauen haben etwas seltener einen aufrechten Impfschutz gegen Wundstarrkrampf. Mit Ausnahme der Grippe nimmt der Durchimpfungsgrad bei den einzelnen Erkrankungen mit dem Alter ab, wobei allerdings im Alter die Unsicherheit, ob ein aufrechter Impfschutz besteht, wächst.

Die Grippe verursacht nach wie vor jährlich viele Todesfälle. Vor allem chronisch Kranken (z. B. auch asthmakranken Kindern) und Menschen über 60 wird die Grippe-Impfung empfohlen. Nicht nur ältere Menschen, sondern auch andere Personengruppen (z. B. Schwangere, Babys und Kleinkinder) sind gefährdet. Entsprechend der Empfehlungen erhöht sich bei älteren Menschen der Durchimpfungsgrad gegen Grippe. In Wien hatten 1999 von den 75-Jährigen und älteren 35,7 Prozent der Männer und 30,5 Prozent der Frauen einen aufrechten Impfschutz gegen Grippe.

### 3.1.3 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Während die Primärprävention alle einschlägigen Maßnahmen vor Eintritt einer Erkrankung umfasst, zielt die Sekundärprävention auf die Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien ab. Zwingend zu diesem Konzept gehört die wirksame Frühbehandlung entdeckter Erkrankungsfälle. Gesundheitspolitisches Ziel der Sekundärprävention ist die Senkung der Inzidenz manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

In Österreich besteht seit 1974 für krankenversicherte Personen ab dem 19. Lebensjahr die Möglichkeit, zur Früherkennung von Krankheiten einmal pro Jahr die kostenlose Gesundenuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Diese Untersuchung besteht aus einem Ba-

sisprogramm und für Frauen aus einem gynäkologischen Zusatzprogramm. Vorgesehen im Rahmen dieser Vorsorgemaßnahme ist zudem ein ärztliches Gespräch, das der Gesundheitsaufklärung und -beratung dient.

**Tabelle 3.4:** Teilnahme an der Gesundenuntersuchung in den letzten 12 Monaten in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich 1999 (Personen ab 19 Jahren)

Alter	Personen ab 19 J. in 1.000	ja	nein
		in %	
<b>Männer</b>			
19 bis 29	108,8	8,2	91,8
30 bis 44	208,5	12,2	87,8
45 bis 59	160,1	15,3	84,7
60 bis 74	83,4	14,9	85,1
75 und mehr	34,3	9,7	90,3
gesamt	595,1	12,5	87,5
<b>Frauen</b>			
19 bis 29	113,3	6,7	93,3
30 bis 44	205,7	11,1	88,9
45 bis 59	168,5	11,2	88,8
60 bis 74	110,8	13,1	86,9
75 und mehr	83,0	9,0	91,0
gesamt	681,2	10,5	89,5
<b>gesamt</b>			
Wien	1.276,3	11,4	88,6
Österreich	6.205,3	17,6	82,4

Die Teilnahme an der Gesundenuntersuchung war 1999 in Wien nur unterdurchschnittlich. Während im gesamten Bundesgebiet 17,6 Prozent diese Vorsorgemaßnahme in den letzten 12 Monaten vor der Befragung in Anspruch genommen haben, waren es in Wien lediglich 11,4 Prozent. Frauen nehmen die Gesundenuntersuchung etwas seltener in Anspruch als Männer. Ein Großteil der Frauen macht jedoch (wie noch gezeigt wird) regelmäßige Kontrollbesuche beim Frauenarzt. Die Teilnehmeraten an der Gesundenuntersuchung nehmen bei beiden Geschlechtern im mittleren Alter zu, sind aber im höheren Alter wieder rückläufig.

Geboten wird von der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich außerdem eine vorsorgliche ärztliche Betreuung von Schwangeren und den Kindern. Diese Maßnahme hat entscheidend zum Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit in Österreich beigetragen und auch international große Anerkennung gefunden. Ursprünglich war die Durchführung aller im

Rahmen dieses Untersuchungsprogramms vorgeschriebenen Untersuchungen Voraussetzung für den Bezug der erhöhten Geburtenbeihilfe. Diese wurde jedoch 1996 eingestellt. Als finanzieller Anreiz wurde von Jänner 1997 bis Ende 2001 ein sozial gestaffelter Mutter-Kind-Pass-Bonus für die Teilnahme gewährt. Das Programm umfasste zum Zeitpunkt der Befragung neben fünf allgemeinen und zwei Ultraschalluntersuchungen der werdenden Mutter, acht allgemeine, eine orthopädische, eine Hals-Nasen-Ohren-, eine Ultraschall- und zwei Augenuntersuchungen des Kindes. Mit der Einführung des Kinderbetreuungsgeldes ab Jänner 2002 wurde die weitere Auszahlung ab dem 21. Lebensmonat des Kindes vom Nachweis der absolvierten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen abhängig gemacht. Demnach besteht ein Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld in voller Höhe ab dem 21. Lebensmonat nur, wenn fünf Untersuchungen während der Schwangerschaft und fünf Untersuchungen des Kindes bis zum 14. Lebensmonat vorgenommen und späte-

stens bis zum 18. Lebensmonat durch entsprechende Untersuchungsbestätigungen nachgewiesen werden. Ansonsten gebührt das Kinderbetreuungsgeld nur in halber Höhe. Zusätzlich kam es zu Neuerungen im Untersuchungsprogramm, wie etwa die Einführung einer zusätzlichen Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat.

Frauen mit Kind(ern) unter sechs Jahren wurden gefragt, wie oft sie vor der Geburt ihres (jüngsten) Kindes während der Schwangerschaft bei ärztlichen Kontrolluntersuchungen und ob sie mit ihrem jüngsten Kind bei allen (bis zum Alter des Kindes) vorgeschriebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen waren.

**Tabelle 3.5:** Teilnahme an Mutter-Kind-Pass Untersuchungen 1999 in Wien nach Alter und in Österreich (Frauen mit Kind(ern) unter 6 Jahren)

Alter	Frauen mit Kind(ern) unter 6 Jahren in 1.000	Kontrolluntersuchungen während der letzten Schwangerschaft (in %)				Durchführung der vorgeschriebenen Untersuchungen des Kindes (in %)
		keine, eine	zwei bis vier	fünf bis sieben	mehr als sieben	
15 bis 29	29,2	9,8	10,6	28,7	50,9	94,5
30 bis 44	46,0	4,9	14,2	34,8	46,0	97,4
45 bis 59	0,2	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Wien	75,5	6,8	13,0	32,4	47,8	96,3
Österreich	398,6	5,2	16,0	45,9	32,8	96,4

Vergleicht man die Anteile jener Frauen, die bei mindestens fünf Kontrolluntersuchungen waren (die beiden Ultraschalluntersuchungen werden in der Regel im Rahmen der allgemeinen Kontrolluntersuchungen durchgeführt), so liegt die Teilnahme in Wien (80,2 Prozent) etwas über dem österreichischen Durchschnitt (78,7 Prozent). Knapp ein Drittel (32,4 Prozent) der Frauen mit Kindern unter sechs Jahren in Wien war während der letzten Schwangerschaft fünf- bis sieben Mal, knapp die Hälfte (47,8 Prozent) öfter als sieben Mal bei einer Kontrolluntersuchung. Im gesamten Bundesgebiet war der Anteil der Frauen, die mehr als sieben Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft hatten, wesentlich niedriger, jener mit fünf bis sieben Kontrolluntersuchungen deutlich höher.

Der Großteil der Frauen in Wien hat die vorgeschriebenen Untersuchungen des Kindes durchführen lassen. Wien weicht hier kaum vom österreichischen Durchschnittswert ab. Auffallend ist die mit zunehmendem Alter der Mütter vermehrte Sorgfalt während der Schwangerschaft und auch nach der Geburt ihren Kindern gegenüber. (Allerdings ist bei der Altersgruppe der 45-Jährigen und älteren die Befragtenzahl äußerst gering).

### 3.1.4 Risikofaktor Rauchen

Vielfach gehen Menschen bewusst bestimmte Risiken ein, um positive Wirkungen zu erfahren. Im Falle des Rauchens geschieht dies häufig, obwohl sie ausreichend Kenntnis von den zu erwartenden Schäden haben. Dabei spielen Mechanismen kognitiver Dissonanzreduktion, d. h. kognitiver Strategien zur Verharmlosung eine wichtige Rolle. Schädigende Konsequenzen werden unterbewertet, das persönliche Risiko hierfür unterschätzt und/oder Kontrollmöglichkeiten betont, das schädigende Verhalten jederzeit beenden zu können. Schließlich erfolgt eine Abwägung des Schadens und Nutzens, die auf Grund der Gewöhnung an das Rauchen meist zugunsten des gesundheitsschädigenden Verhaltens ausfällt (vgl. dazu SIEGRIST 1998).

1999 rauchte die Hälfte (51,7 Prozent) der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren zumindest gelegentlich Zigaretten, 43,8 Prozent täglich. Der Anteil der (täglichen) ZigarettenraucherInnen liegt in Wien deutlich über dem österreichischen Durchschnitt. Österreichweit konsumierten 45,1 Prozent zumindest gelegentlich und 36,8 Prozent täglich Zigaretten. Auch der Anteil der starken RaucherInnen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) ist in Wien überdurchschnittlich hoch (Wien 7,2 Prozent, Österreich 5,0 Prozent).

Nach wie vor rauchen Männer häufiger als Frauen. 1999 rauchten in Wien 56,0 Prozent der Männer und 47,9 Prozent der Frauen zumindest gelegentlich Zigaretten, 47,8 Prozent der Männer und 40,2 Prozent der

Frauen täglich. 9,6 Prozent der Männer und 5,0 Prozent der Frauen waren starke Raucher bzw. Raucherinnen (über 20 Zigaretten pro Tag).

**Tabelle 3.6:** RaucherInnenstatus 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Personen ab 15 Jahren)

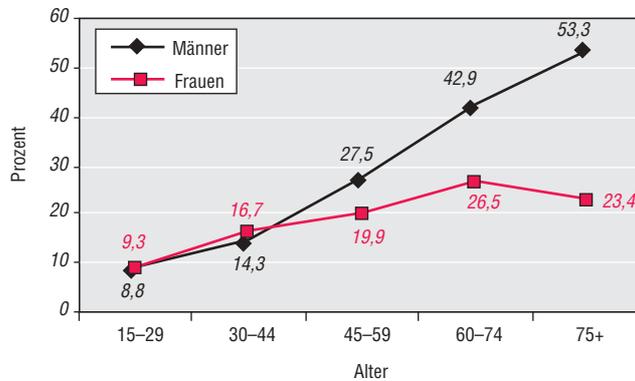
Alter	Personen ab 15 J. in 1.000	gelegentlich	täglich ... Stück Zigaretten (in %)			aufgehört (in %)	nie geraucht (in %)
			bis 10	11 bis 20	mehr als 20		
<b>Männer</b>							
15 bis 29	140,2	9,6	33,9	11,4	6,4	5,9	32,8
30 bis 44	208,5	9,0	29,2	13,8	12,9	10,9	24,2
45 bis 59	160,1	7,9	26,6	7,8	11,7	20,5	25,4
60 bis 74	83,4	6,4	20,0	5,6	6,9	29,1	32,1
75 und mehr	34,3	3,6	24,3	3,6	0,0	35,8	32,8
gesamt	626,5	8,2	28,1	10,1	9,6	16,0	28,0
<b>Frauen</b>							
15 bis 29	145,2	10,1	30,1	9,5	4,6	5,6	40,1
30 bis 44	205,7	8,6	28,9	11,3	6,5	11,1	33,6
45 bis 59	168,5	6,2	25,4	10,6	8,1	12,4	37,4
60 bis 74	110,8	4,9	20,0	6,2	2,0	12,0	54,9
75 und mehr	83,0	7,6	23,7	1,8	0,0	10,1	56,8
gesamt	713,1	7,7	26,3	8,9	5,0	10,3	41,8
<b>gesamt</b>							
Wien	1.339,6	7,9	27,2	9,4	7,2	13,0	35,4
Österreich	6.592,0	8,8	22,2	9,1	5,0	13,0	41,9

Die höchsten RaucherInnenquoten finden sich bei beiden Geschlechtern im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre). 64,9 Prozent der Männer und 55,3 Prozent der Frauen in diesem Alter rauchen (zumindest gelegentlich), 55,9 Prozent bzw. 46,7 Prozent greifen täglich zur Zigarette. Aber auch die (täglich) RaucherInnenquoten der 15- bis 29-Jährigen liegen nur wenig darunter. 51,7 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und 44,2 Prozent der weiblichen rauchen täglich. Mit zunehmendem Alter nehmen die RaucherInnenquoten ab. Von den 75-Jährigen und älteren rauchte in Wien „nur“ mehr etwa ein Viertel (27,9 Prozent der Männer und 25,5 Prozent der Frauen) täglich Zigaretten. Bei der Interpretation der Altersunterschiede ist zu beachten, dass neben dem Alterseinfluss auch Kohorteneffekte wirken, die den zeitgeschichtlichen Einflüssen, denen die Menschen eines bestimmten Alters (insbesondere

in ihren formativen Jahren) ausgesetzt sind, zuzuschreiben sind. Die gegenwärtig älteren Menschen haben in ihrer Jugend seltener geraucht, als dies zur Zeit unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Fall ist (vgl. dazu Statistik Austria 1997, S. 42 ff.).

Ein Teil der Raucher und Raucherinnen gibt das Rauchen wieder auf. Je 13,0 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren in Wien und in Österreich haben zu rauchen aufgehört. Allerdings ist die Quit-Rate, d. h. der Anteil ehemaliger Raucher an denen, die je Raucher waren oder es noch sind, in Wien etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet (Wien 20,1 Prozent, Österreich 22,4 Prozent). In Wien hatten Männer eine Quit-Rate von 22,2 Prozent und Frauen von 17,7 Prozent, im gesamten Bundesgebiet lag sie bei den Männern bei 25,9 Prozent und bei den Frauen bei 18,1 Prozent.

**Grafik 3.3:** Quit-Rate\* 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



\* Anteil der Ex-RaucherInnen an jenen, die jemals geraucht haben bzw. noch rauchen.

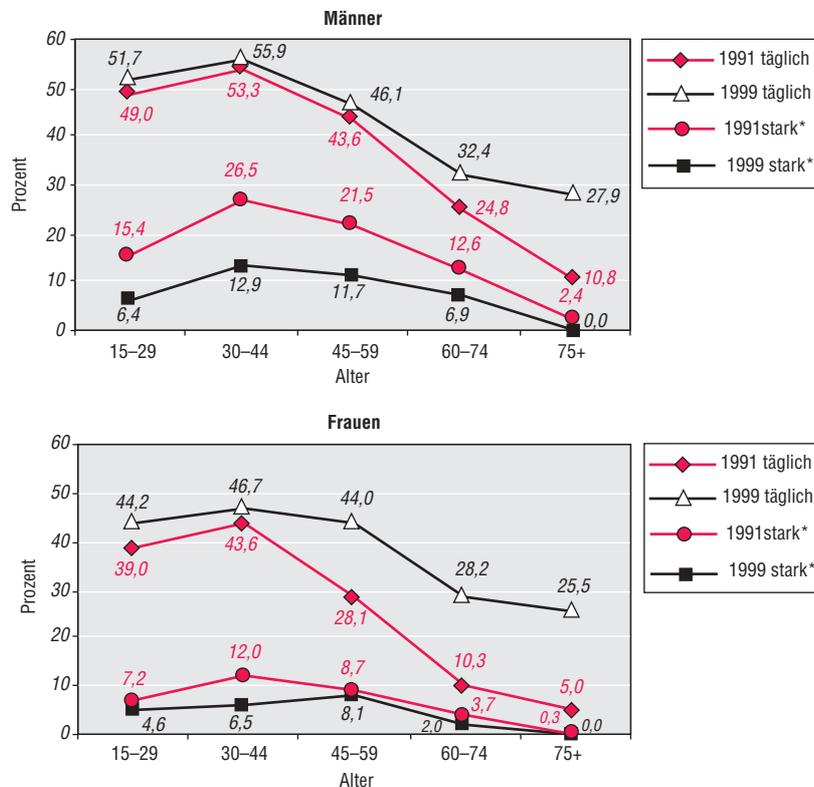
Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil jener, die zu rauchen aufgehört haben und entsprechend auch die Quit-Rate, bei den Männern jedoch deutlicher als bei den Frauen. Frauen gelingt es anscheinend mit zunehmendem Alter seltener als Männern, das Rauchen zu beenden.

Zwar sind die Ergebnisse des Mikrozensus von 1991 und 1999 auf Grund unterschiedlicher Fragestellung nicht direkt vergleichbar (1991 wurde nur tägliches, nicht aber gelegentliches Rauchen ermittelt), sie liefern aber dennoch Hinweise zur Entwicklung der Rauchgewohnheiten in den 90er Jahren. Seit 1991 hat sich der Anteil der täglichen Zigarettenraucher und -raucherinnen in Wien deutlich erhöht. Während 1991 42,5 Prozent der Männer und 27,7 Prozent der Frauen in Wien täglich zur Zigarette griffen, waren es 1999 47,8 Prozent der Männer und 40,2 Prozent der Frauen. Dies bedeutet gegenüber 1991 eine Zunahme der täglich Zigaretten Rauchenden bei den Männern um 12,5 Prozent, bei den

Frauen um 45,1 Prozent (!). Diese enorme Steigerung bei den Frauen hat zu einer erheblichen Verringerung des Geschlechtsunterschieds in Wien geführt. Parallel zu den stark steigenden Raucherquoten der Frauen findet sich eine Zunahme der Sterblichkeit an Lungenkrebs, während sie bei den Männern annähernd gleich blieb.

Positiv zu vermerken ist der Rückgang der Anteile starker Raucher und Raucherinnen im letzten Jahrzehnt. Während 1991 noch 18,5 Prozent der Männer und 7,1 Prozent der Frauen in Wien täglich über 20 Zigaretten rauchten, waren es 1999 nur mehr 9,6 Prozent der Männer und 5,0 Prozent der Frauen. Ein solcher Rückgang ist in allen Altersgruppen (mit Ausnahme bei den Älteren, wo der Anteil der starken Raucher 1991 ohnehin sehr gering war) zu beobachten, am deutlichsten aber war er bei Personen mittleren Alters (30 bis 44 Jahre).

**Grafik 3.4:** Tägliche und starke RaucherInnen\* in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



\* mehr als 20 Zigaretten pro Tag

Der Anteil der täglichen RaucherInnen hat bei den Männern vor allem unter den älteren (ab 60 Jahren) zugenommen, bei den Frauen etwa ab 45 Jahren. Die zeitlichen Veränderungen schließen (wie erwähnt) jeweils auch Kohorteneffekte mit ein. Nicht übersehen werden darf das Ansteigen der täglichen RaucherInnenquoten zwischen 1991 und 1999 unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen beiderlei Geschlechts (vor allem aber unter den jungen Frauen). Dies ist u. a. auch deswegen zu bedauern, als dem Beginn des Rauchens in den jungen Jahren meist eine über Jahrzehnte dauernde „Raucherkarriere“ folgt, was häufig zu erheblichen gesundheitlichen Einbußen und nicht selten zu vorzeitigem Tod führt.

### 3.1.5 Über- und Untergewichtigkeit

Die Ernährung ist für die Gesundheits- und Lebenserwartung von großer Bedeutung. Neben Fehlernährung gelten Über- und Untergewichtigkeit als besondere Risikomerkmale. Übergewichtigkeit hängt eng mit kalorien- und fettreicher Ernährung sowie mangelnder kör-

perlicher Aktivität zusammen (vgl. dazu z. B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1991) und gilt als Risikofaktor für Bluthochdruck, arterielle Verschlusskrankheit, Herzinfarkt, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes mellitus Typ II.

Das Körpergewicht lässt sich am besten im Verhältnis zur Körpergröße beurteilen. Ein international anerkanntes Maß zur Beurteilung des Körpergewichts ist der Body Mass Index (BMI). Er wird berechnet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch das Quadrat der Körpergröße in Metern dividiert. In Anlehnung an internationale Vorgaben wird im folgenden ein BMI unter 18 als „starkes Untergewicht“, ein BMI von 18 bis unter 20 als „Untergewicht“, von 20 bis unter 27 als „Normalgewicht“, von 27 bis unter 30 als „Übergewicht“ und von 30 und darüber als „starkes Übergewicht“ gewertet. Um „Wachstumseffekte“ auszuschließen, wurden bei der Analyse des Body Mass Index lediglich Personen ab dem 20. Lebensjahr berücksichtigt.

**Tabelle 3.7:** Verteilung des Body Mass Index 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Personen ab 20 Jahren)

Alter	Personen ab 20 J. in 1.000	starkes Untergewicht BMI <18	Untergewicht BMI 18–<20	Normalgewicht BMI 20–<27	Übergewicht BMI 27–<30	starkes Übergewicht BMI 30 u. mehr
		in %				
<b>Männer</b>						
20 bis 29	100,6	0,3	3,7	87,5	5,6	3,0
30 bis 44	208,5	0,0	1,7	79,7	11,6	7,0
45 bis 59	160,1	0,0	1,1	68,4	18,8	11,7
60 bis 74	83,4	0,3	0,3	68,1	18,8	12,6
75 und mehr	34,3	0,5	1,8	81,3	12,0	4,4
gesamt	586,9	0,1	1,7	76,4	13,6	8,2
<b>Frauen</b>						
20 bis 29	107,9	4,1	14,5	74,8	3,2	3,4
30 bis 44	205,7	2,1	12,4	73,1	6,9	5,4
45 bis 59	168,5	1,1	3,9	71,5	11,3	12,2
60 bis 74	110,8	1,0	3,0	64,5	16,6	15,0
75 und mehr	83,0	1,2	3,2	75,8	11,7	8,1
gesamt	675,8	1,9	8,0	71,9	9,6	8,7
<b>gesamt</b>						
Wien	1.262,7	1,1	5,0	74,0	11,4	8,5
Österreich	6.117,6	1,4	5,2	71,7	12,6	9,1

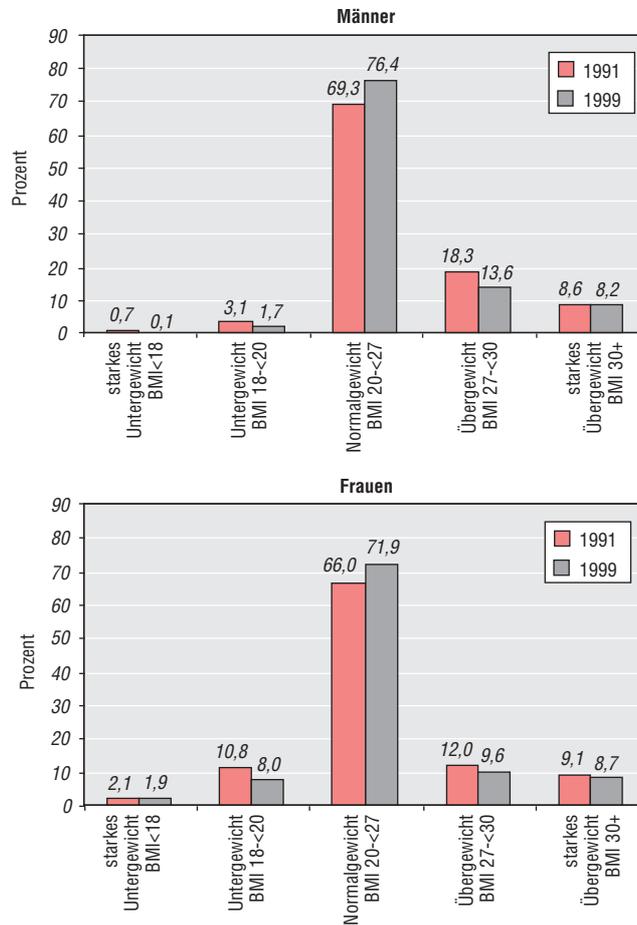
Über- und Untergewicht spielen in Wien eine etwas geringere Rolle als im Bundesdurchschnitt. Während in Österreich von den Personen ab 20 Jahren 6,6 Prozent untergewichtig (BMI<20) und 21,7 Prozent übergewichtig (BMI 27 und mehr) sind, sind es in Wien 6,1 Prozent bzw. 19,9 Prozent. Auch starkes Unter- und Übergewicht ist in Wien seltener. Männer sind häufiger übergewichtig (21,8 Prozent) als Frauen (18,3 Prozent). Starkes Übergewicht ist in Wien bei Männern und Frauen nahezu gleich häufig.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Übergewichtigen zunächst bei beiden Geschlechtern, verrin-

gert sich aber im höheren Alter wieder. Dagegen wird Untergewichtigkeit, einschließlich starker Untergewichtigkeit, im höheren Alter der Tendenz nach häufiger. In Wien sind im Alter von 75 und mehr Jahren 0,5 Prozent der Männer und 1,2 Prozent der Frauen stark untergewichtig. Eine Rolle dürfte dabei die im Alter vermehrt auftretende krankheitsbedingte Gewichtsreduktion („Alterskachexie“) spielen.

Gegenüber 1991 sind in der Wiener Bevölkerung (ab 20 Jahren) die Anteile der (stark) Unter- und Übergewichtigen bei beiden Geschlechtern rückläufig.

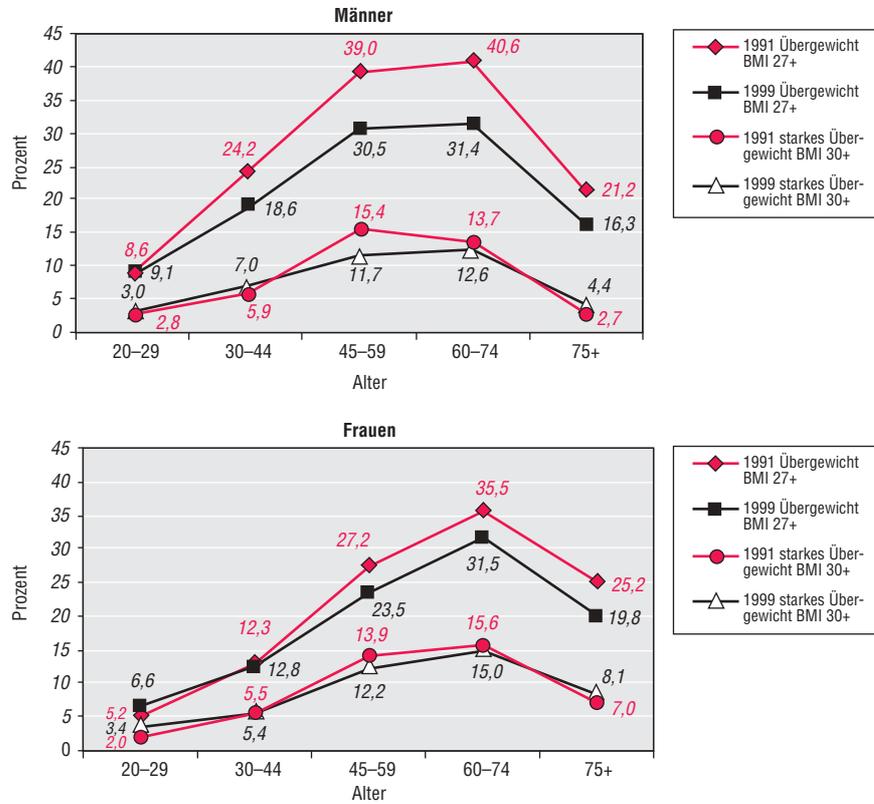
**Grafik 3.5:** Verteilung des Body Mass Index in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (Personen ab 20 Jahren)



Übergewichtigkeit (BMI 27 und mehr) ist seit 1991 in beinahe allen Altersgruppen rückläufig. Lediglich junge Frauen sind gegenwärtig häufiger übergewichtig. Auch starkes Übergewicht tritt bei jungen Frauen,

ebenso wie bei älteren Personen beiderlei Geschlechts vermehrt auf. Dagegen ist starkes Übergewicht bei Personen mittleren Alters (40 bis 59 Jahre) seltener als 1991.

**Grafik 3.6:** Übergewichtigkeit in Wien bei Männern und Frauen 1991 und 1999 nach Alter (Personen ab 20 Jahren)



### 3.1.6 Kumulation von Gesundheitsrisiken

Zu beobachten ist eine Kumulation von Gesundheitsrisiken, wie etwa starkes Rauchen, körperliche Inaktivität und Übergewicht. So z. B. betätigten sich in Wien 1999 67,4 Prozent der starken Raucher und 71,1 Prozent der starken Raucherinnen (mehr als 20 Zigaretten

pro Tag) nicht körperlich in ihrer Freizeit, im Vergleich zu 58,3 Prozent aller Männer und 67,0 Prozent aller Frauen in Wien. Am häufigsten in ihrer Freizeit körperlich aktiv waren gelegentliche Raucher und Raucherinnen.

**Tabelle 3.8:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach körperlicher Betätigung in der Freizeit und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

RaucherInnenstatus	Personen ab 15 J. in 1.000	körperliche Betätigung mit Schwitzen			
		nein	ja, an ... Tag(en) pro Woche		
			ein bis zwei	drei bis vier	fünf und mehr
<i>in %</i>					
<b>gesamt</b>					
nie geraucht	473,6	63,3	23,9	7,8	5,0
aufgehört	173,8	61,0	22,0	10,2	6,8
gelegentlich	106,0	52,2	31,3	10,7	5,8
täglich bis 10 Zigaretten	363,7	64,4	20,6	10,6	4,4
täglich 11 bis 20 Zigaretten	126,3	64,1	21,5	8,6	5,8
täglich mehr als 20 Zigaretten	96,2	69,0	18,2	7,3	5,5
gesamt	1.339,6	62,9	22,7	9,1	5,2
<b>Männer</b>					
aufgehört	100,4	58,8	22,3	11,4	7,4
nie geraucht	175,2	51,3	31,5	10,3	6,8
gelegentlich	51,4	49,1	34,2	11,4	5,3
täglich bis 10 Zigaretten	176,1	64,3	20,8	10,5	4,5
täglich 11 bis 20 Zigaretten	63,1	58,6	23,6	10,1	7,8
täglich mehr als 20 Zigaretten	60,3	67,4	20,8	8,1	3,7
gesamt	626,5	58,3	25,4	10,4	5,9
<b>Frauen</b>					
nie geraucht	298,4	70,4	19,5	6,3	3,9
aufgehört	73,4	64,0	21,5	8,6	5,9
gelegentlich	54,6	55,1	28,5	10,0	6,4
täglich bis 10 Zigaretten	187,7	64,5	20,5	10,6	4,4
täglich 11 bis 20 Zigaretten	63,3	69,7	19,4	7,1	3,8
täglich mehr als 20 Zigaretten	35,9	71,7	13,9	5,8	8,6
gesamt	713,1	67,0	20,4	8,0	4,6

Nicht nur Bewegungsmangel, sondern auch Übergewichtigkeit ist bei starken RaucherInnen überdurchschnittlich häufig. 31,2 Prozent der starken Raucher und 23,6 Prozent der starken Raucherinnen sind in Wien übergewichtig (BMI 27 und mehr) im Vergleich zu 21,8 Prozent der gesamten männlichen und 18,3 Prozent der gesamten weiblichen Bevölkerung. Auch starkes Übergewicht (BMI 30 und mehr) findet sich

bei starken Rauchern und Raucherinnen überdurchschnittlich häufig. 13,5 Prozent der starken Raucher und 12,1 Prozent der starken Raucherinnen haben starkes Übergewicht im Vergleich zu 8,2 Prozent aller Männer und 8,7 Prozent aller Frauen in Wien. Am seltensten (stark) übergewichtig sind Raucher und Raucherinnen, die „nur“ gelegentlich bzw. bis zu 10 Zigaretten täglich rauchen.

**Tabelle 3.9:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Body Mass Index und Geschlecht (Personen ab 20 Jahren)

RaucherInnenstatus	Personen ab 20 J. in 1.000	starkes Unter- gewicht BMI <18	Untergewicht BMI 18-<20	Normalgewicht BMI 20-<27	Übergewicht BMI 27-<30	starkes Über- gewicht BMI 30+
		in %				
<b>gesamt</b>						
nie geraucht	439,4	1,5	7,3	65,9	14,7	10,5
aufgehört	173,4	1,2	4,4	60,0	17,7	16,7
gelegentlich	97,2	1,3	3,7	86,7	4,6	3,7
täglich bis 10 Zigaretten	334,7	0,5	1,7	93,4	2,6	1,8
täglich 11 bis 20 Zigaretten	123,1	0,5	8,5	65,6	17,3	8,1
täglich mehr als 20 Zigaretten	94,9	1,1	4,4	66,1	15,4	13,0
gesamt	1.262,7	1,1	5,0	74,0	11,4	8,5
<b>Männer</b>						
nie geraucht	159,3	0,1	2,9	71,6	16,7	8,7
aufgehört	100,2	0,3	1,0	59,1	23,1	16,6
gelegentlich	46,5	0,0	1,2	87,5	6,1	5,3
täglich bis 10 Zigaretten	160,1	0,1	0,2	95,4	2,3	2,1
täglich 11 bis 20 Zigaretten	61,2	0,0	4,1	68,2	21,1	6,6
täglich mehr als 20 Zigaretten	59,7	0,0	1,6	67,2	17,7	13,5
gesamt	586,9	0,1	1,7	76,4	13,6	8,2
<b>Frauen</b>						
nie geraucht	280,1	2,3	9,9	62,6	13,6	11,5
aufgehört	73,2	2,4	9,0	61,4	10,3	16,9
gelegentlich	50,7	2,5	6,0	86,0	3,3	2,2
täglich bis 10 Zigaretten	174,6	0,9	3,0	91,7	2,9	1,5
täglich 11 bis 20 Zigaretten	61,9	1,0	12,9	63,0	13,5	9,5
täglich mehr als 20 Zigaretten	35,3	3,0	9,2	64,2	11,5	12,1
gesamt	675,8	1,9	8,0	71,9	9,6	8,7

Hinzuweisen ist auf die überdurchschnittlich hohen Anteile an Übergewichtigen und stark Übergewichtigen unter den Ex-Rauchern und Ex-Raucherinnen. 39,7 Prozent der Ex-Raucher und 27,2 Prozent der Ex-Raucherinnen in Wien haben Übergewicht, 13,5 Prozent bzw. 12,1 Prozent sind stark übergewichtig. Obwohl die zur Verfügung stehenden Daten keine Angaben darüber zulassen, ob die Beendigung des Rauchens zu Gewichtsproblemen geführt bzw. bereits bestehende nur verstärkt hat, scheint es für präventive Maßnahmen, die auf eine Verhinderung des Rauchens oder eine Raucherentwöhnung abzielen, bedeutsam, gleichzeitig Ernährungsfragen und Probleme erhöhten Körpergewichts im Auge zu behalten. Nicht selten wird für Raucher und Raucherinnen die befürchtete Gewichtszunahme zum Argument, das Rauchen nicht zu beenden.

### 3.1.7 Belastungen Erwerbstätiger

Die Erwerbsarbeit hat nicht nur für die materielle Reproduktion sondern auch für die Identität und gesell-

schaftliche Anerkennung der Menschen einen zentralen Stellenwert. Die Arbeitswelt trägt daher in hohem Maße zur Bildung und Förderung gesundheitlicher Ressourcen, aber auch zur Entstehung gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Grund von Belastungen bei.

Zu unterscheiden ist zwischen

- Umgebungsbelastungen ( z. B. Lärm, Dämpfe, Hitze) und Unfallgefahren,
- körperlichen Belastungen (z. B. schwere Lasten heben, einseitige Muskelbelastungen) sowie
- psychischen und psychosozialen Belastungen (z. B. Monotonie, starker Zeitdruck, Vorgesetztenverhalten, Mobbing).

Im Mikrozensus wurden neben körperlichen Belastungen (schwere körperliche Arbeit) solche erfasst, die im landläufigen Sinn als „stressfördernd“ gelten, wie z. B. starker Zeitdruck, Konfliktsituationen am Arbeitsplatz, Doppelbelastungen durch Beruf und Verpflichtungen

des Alltags (Haushalt, Kindererziehung, Pflegeaufgaben). Solche Belastungen können sich auf die gesundheitliche Befindlichkeit negativ auswirken und führen nicht selten zu psychosomatischen Störungen.

Mit den Veränderungen der Arbeitswelt (Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft, Automatisierung bzw. Einführung neuer Informationstechnologien, Rationa-

lisierungsmaßnahmen und Reorganisationsprozessen) haben sich auch die Arbeitsbelastungen verändert. Dieser „Belastungsstrukturwandel“ ist durch einen Bedeutungsverlust von Problemen „eindeutiger und direkter körperlicher Schädigung“ charakterisiert, dagegen werden jene der „psychischen und sozialen Beeinträchtigung und deren somatische Konversion [...] zunehmend bedeutsamer“ (MARSTEDT 1994).

**Tabelle 3.10:** Belastungen Erwerbstätiger nach Alter und Geschlecht in Wien und in Österreich 1999 (Mehrfachnennungen möglich)

Alter	Erwerbstätige in 1.000	nichts davon	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf	Beruf und Pflegefälle in der Familie	durchschnittl. Zahl der Belastungen
<b>Männer</b>								
15 bis 29	89,3	46,6	23,0	37,3	16,1	3,1	0,5	0,80
30 bis 44	187,1	41,2	22,5	43,6	17,7	7,9	0,9	0,93
45 bis 59	122,7	33,9	22,4	48,3	19,5	6,3	3,6	1,00
60 und mehr	7,0	35,2	10,4	47,3	24,2	7,2	0,0	0,89
gesamt	406,2	40,1	22,4	43,7	18,0	6,4	1,6	0,92
<b>Frauen</b>								
15 bis 29	66,5	53,3	11,0	32,9	17,3	6,9	1,6	0,70
30 bis 44	155,1	36,8	16,7	40,6	17,8	28,5	2,3	1,06
45 bis 59	90,3	39,1	18,3	40,6	18,8	13,9	5,2	0,97
60 und mehr	1,8	51,3	0,0	34,0	29,3	14,6	0,0	0,78
gesamt	313,6	41,1	15,9	39,0	18,1	19,7	2,9	0,95
<b>gesamt</b>								
Wien	719,8	40,5	19,5	41,6	18,0	12,2	2,2	0,94
Österreich	3.533,4	36,8	25,4	41,3	15,2	14,5	3,1	0,99

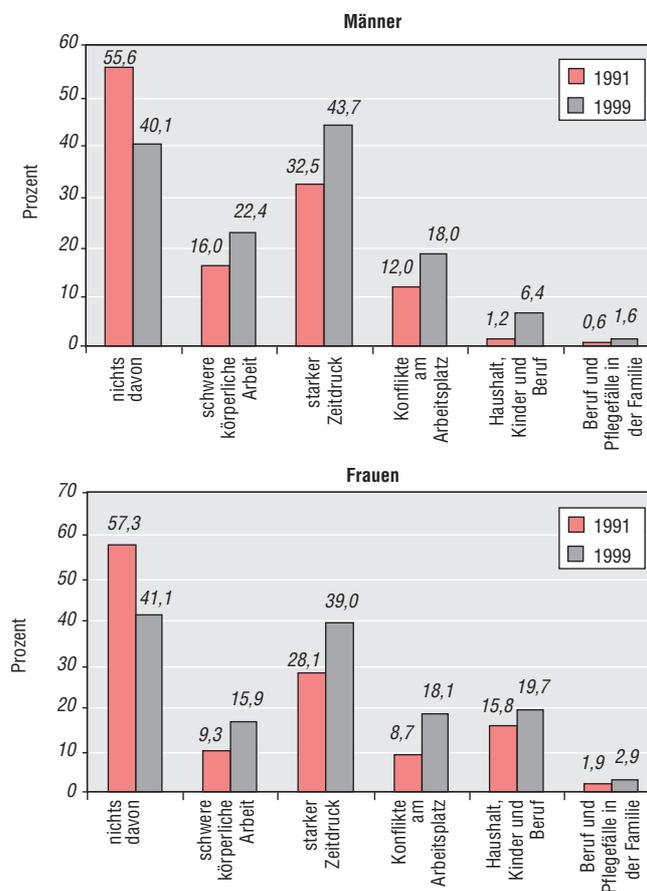
Sowohl in Wien als auch im gesamten Bundesgebiet wird von den Erwerbstätigen am häufigsten der starke Zeitdruck beklagt, am zweithäufigsten sind Belastungen auf Grund schwerer körperlicher Arbeit, gefolgt von Konflikten am Arbeitsplatz. Mehrfachbelastungen durch Haushalt, Kinder und Beruf und vor allem durch die Pflege Angehöriger und Beruf spielen dagegen insgesamt eine vergleichsweise geringere Rolle. Die mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen Belastungen sind regional unterschiedlich ausgeprägt. Unterschiede in der Art der Erwerbstätigkeit und der Verfügbarkeit von entlastenden Angeboten spielen dabei eine wichtige Rolle. So ist etwa in Wien der Anteil der Erwerbstätigen, die sich Belastungen ausgesetzt fühlen, niedriger als im gesamten Bundesgebiet und es werden auch

durchschnittlich weniger Belastungen erwähnt. Schwere körperliche Arbeit wird in Wien erwartungsgemäß seltener als belastend empfunden, das Ausmaß an Belastung auf Grund starken Zeitdrucks ist in Wien ähnlich hoch wie im gesamten Bundesgebiet, allerdings wird in Wien häufiger über Konflikte am Arbeitsplatz berichtet. Die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Pflege von Angehörigen und Beruf spielt in Wien eine geringere Rolle als im Bundesdurchschnitt. Zum einen scheint das vergleichsweise gut ausgebaute Betreuungsnetz von Kindern und pflegebedürftigen Personen in Wien eine gewisse Entlastung zu bieten, zum anderen findet sich aber im großstädtischen Bereich insgesamt weniger Bereitschaft zur Übernahme einer Pflege.

Bemerkenswert im Vergleich zu 1991 ist, dass sich der Anteil der Beschäftigten, die sich keinen Belastungen ausgesetzt fühlen, deutlich verringert hat, zunehmend beklagt wird vor allem der starke Zeitdruck. Dies lässt sich so interpretieren, dass – jedenfalls aus der Sicht der Beschäftigten – „die technischen Neuerungen bzw. die mit ihnen verbundenen, einhergehenden sonstigen (z. B. arbeitsorganisatorischen) Veränderungen [...] zu mehr Stress und Hektik (führen)“

(JAUFMANN, KISTLER 1993). Die anfangs aus dem Belastungswandel abgeleitete Annahme, dass die Gesamtbelastung sinken wird, hat sich ebenso wie die Annahme, körperliche Belastungen würden in einem Ausmaß abnehmen, dass sie praktisch bedeutungslos würden, als Fehlschluss herausgestellt. Bei beiden Geschlechtern sind alle untersuchten Belastungsfaktoren, auch schwere körperliche Arbeit, gegenüber 1991 deutlich gestiegen.

**Grafik 3.7:** Belastungen Erwerbstätiger in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (Mehrfachangaben möglich)



Arbeit und Beruf haben ihren zentralen Wert für die Bedürfnisbefriedigung keineswegs verloren. Im Zuge des „Wertewandels“ sind immaterielle und geistige Ansprüche an die Arbeit wie persönliche Entfaltung, Anerkennung, Kommunikation und Partizipation gestiegen (OPPOLZER 1994). Diesen veränderten kulturellen Anforderungen entsprechen Tendenzen in den Belastungsveränderungen im Zuge neuer Produktionskonzepte: Zunahme von Handlungsspielräumen und ein Autonomiege-

winn lassen sich zumindest für einen Teil der Beschäftigten konstatieren. Allerdings gehen mit diesen positiven Veränderungen simultan auch Leistungsverdichtungen und eine Zunahme psychischer Beanspruchung einher, ein als „Innervierung der Arbeit“ bezeichneter Prozess (MARSTEDT 1994). Unterstützt wird diese Annahme u. a. durch die Tatsache, dass Erwerbstätige zunehmend über Belastungen auf Grund von starkem Zeitdruck und von Konflikten am Arbeitsplatz berichten.

Verstärkt wahrgenommen wird auch die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch die Pflegearbeit in den Familien. Obwohl Frauen noch immer die Hauptlast in diesen Bereichen tragen und auch wesentlich häufiger als Männer über diesbezügliche Belastungen berichten, werden im Vergleich zu etwa vor einem Jahrzehnt auch von den Männern vermehrt solche Belastungen angegeben. Allerdings noch immer deutlich seltener als von den Frauen.

### 3.2 Soziokulturelle Ausprägungen gesundheitsrelevanten Verhaltens

Unter Rückgriff auf die von Max WEBER eingeführte Terminologie lässt sich das Konzept „gesundheitsbezogener Lebensstil“ analytisch in die Komponenten „gesundheitsrelevante Lebensführung“ und „gesundheitsrelevante Lebenschancen“ zerlegen. Während erstere Handlungsdispositionen und Einstellungen der Menschen bezeichnen, bezieht sich der Begriff der Lebenschancen auf die sozialstrukturell ungleich verteilten Opportunitäten und Restriktionen angesichts gesundheitsfördernder bzw. -schädigender Verhaltensweisen. Ein für die präventive Praxis angemessenes Verständnis ergibt sich erst aus der Zusammenschau der Bedingungen gesundheitsrelevanter Lebensführung und gesellschaftlicher Chancenstruktur (vgl. dazu SIEGRIST 2000, S. 111).

Die gesundheitlichen Defizite der unteren sozialen Schichten sind zum Teil Resultat subkultureller Bräuche und Normen, die das Alltagshandeln steuern. Das Verhalten orientiert sich größtenteils am Verhalten relevanter Bezugsgruppen (Familie, Freunde, etc.). Personen aus sozial benachteiligten Schichten orientieren sich häufig an sozialen Normen, die nicht immer förderlich für die Gesundheit sind. Im Rahmen der Sozialisation sozial benachteiligter Schichten wird häufig vermittelt, dass Dinge, die in ferner Zukunft liegen, auf

Grund der Erfordernis, die aktuellen Probleme zu lösen, in den Hintergrund zu treten haben. Präventives Handeln und Symptomaufmerksamkeit spielen daher in sozial benachteiligten Schichten eine untergeordnete Rolle und verstärken so die gesundheitliche Benachteiligung (SIEGRIST 2000, S. 117).

Um sich gegen innere Widerstände durchzusetzen, bedürfen Handlungsabsichten, wie z. B. gesundheitsbewusstes Verhalten, der sozialen Verstärkung. Handlungsabsichten sind darauf angelegt, ein Selbstbild zu entwickeln, welches von einer als wichtig angesehenen Bezugsgruppe positiv bewertet wird. Wenn eine Bezugsgruppe ein bestimmtes Verhalten (wie z. B. das Rauchen) positiv bewertet, steigt die Wahrscheinlichkeit der Verstärkung und Stabilisierung dieses Verhaltens. Selbstbild, sozialer Bewertungsprozess und sozialer Rückhalt spielen bei der Durchsetzung von Handlungsabsichten, egal ob es sich um gesundheitsfördernde oder -schädigende Verhaltensweisen handelt, eine wichtige Rolle. Eine positiv funktionierende Gruppe kann entscheidend zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens beitragen (SIEGRIST 2000, S. 118).

#### Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten unterscheidet sich erwartungsgemäß sowohl nach dem Bildungsniveau als auch nach der beruflichen Stellung. Von den Personen ab 30 Jahren geben niedrig Gebildete häufiger an, nichts für ihre Gesundheit zu tun, als Personen mit höherer Bildung und ergreifen auch durchschnittlich weniger gezielte Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt ihrer Gesundheit. Beinahe die Hälfte der Männer und über 40 Prozent der Frauen mit Pflichtschulbildung unternehmen nichts zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit im Vergleich zu etwa einem Viertel der männlichen und einem Fünftel der weiblichen Universitäts- bzw. HochschulabsolventInnen.

**Tabelle 3.11:** Gesundheitsverhalten nach Bildung und Geschlecht in Wien 1999 (Personen ab 30 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)

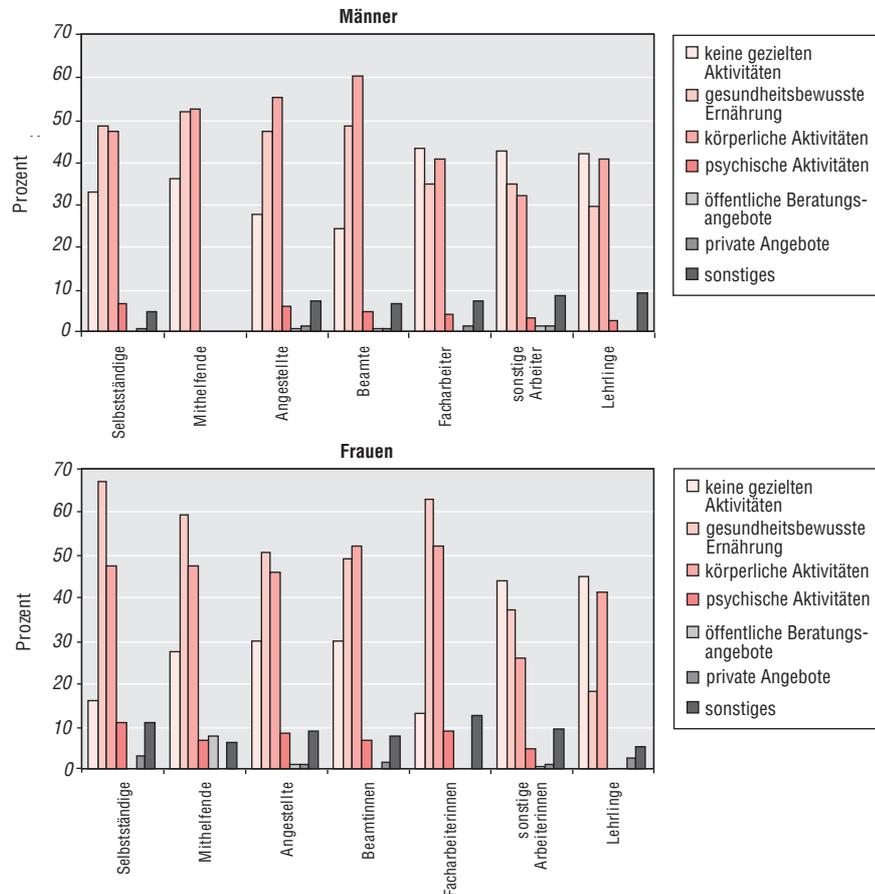
Alter	Personen ab 30 J. in 1.000	keine gezielten Aktivitäten	gesund- heits- bewusste Ernährung	körperliche Aktivitäten	psychische Aktivitäten	öffentliche Beratungs- angebote	private Angebote	sonstiges	durchschn. Zahl der Aktivitäten
<b>Männer</b>									
Pflichtschule	79,2	45,3	35,2	31,8	1,6	0,8	1,5	9,5	0,80
Lehre	202,4	37,5	40,0	40,2	3,6	0,2	1,0	8,1	0,93
BMS	29,7	27,1	51,3	57,4	7,1	0,0	0,8	4,9	1,22
AHS	48,5	30,3	46,2	47,7	3,4	0,4	2,5	6,3	1,07
BHS	45,6	26,0	51,2	51,3	6,3	0,0	0,0	9,2	1,18
Hochschule	80,9	24,3	53,9	59,8	6,1	0,6	1,0	6,1	1,27
gesamt	486,3	34,1	43,9	44,9	4,1	0,4	1,1	7,7	1,02
<b>Frauen</b>									
Pflichtschule	170,3	42,8	40,0	26,3	3,6	1,2	2,0	9,0	0,82
Lehre	157,4	31,7	49,9	39,0	2,3	0,4	1,3	7,9	1,01
BMS	84,6	26,0	53,8	45,2	6,9	0,8	2,1	11,3	1,20
AHS	53,8	23,0	60,0	50,1	6,2	1,3	0,7	6,3	1,25
BHS	43,9	29,4	54,1	50,6	11,9	0,0	1,1	10,4	1,28
Hochschule	57,9	21,7	60,2	55,7	11,0	1,1	1,7	8,3	1,38
gesamt	567,9	32,2	49,8	39,8	5,4	0,8	1,6	8,8	1,06

Mit steigender Bildung wird mehr Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung sowie auf körperliche und psychische Aktivitäten gelegt. Kein einheitlicher Bildungstrend besteht in der Inanspruchnahme öffentlicher Beratungsangebote sowie in der Nutzung privater Angebote (die jedoch insgesamt nur von Minderheiten genutzt werden) und sonstiger Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit.

Entsprechend wenig gesundheitsbewusst verhalten sich Arbeiter und Arbeiterinnen, männliche und weibliche Lehrlinge sowie Facharbeiter. Sie unternehmen

wesentlich seltener als andere Berufsgruppen gezielte Aktivitäten zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivität. Beamte, Angestellte, Selbstständige und Mithelfende beiderlei Geschlechts dagegen gehen am sorgfältigsten mit ihrer Gesundheit um. Sie achten häufiger als die restlichen Berufsgruppen auf gesundheitsbewusste Ernährung und betätigen sich auch häufiger körperlich. Ein relativ ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein findet sich auch bei Facharbeiterinnen.

**Grafik 3.8:** Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, Mehrfachnennungen möglich)

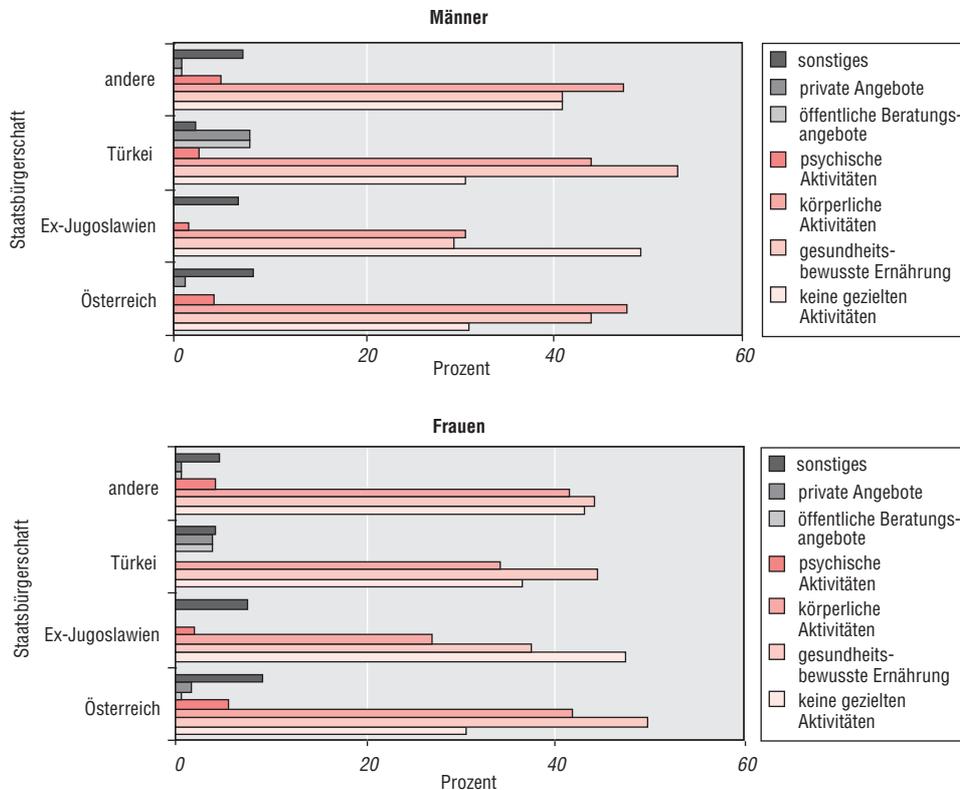


\* Die genauen Werte sind der Tabelle 3.1 im Anhang zu entnehmen (S. 78).

Zu den Bedingungen, die das Leben ausländischer Familien beeinflussen, zählen meist schlechte Wohnverhältnisse, gesundheitlich riskante bzw. von Verlust bedrohte Arbeitsplätze. Noch immer bekommen AusländerInnen bevorzugt Tätigkeiten in niedrigen Lohngruppen mit besonderen Erschwernissen, die besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Die negativen Wirkungen dieser Faktoren auf die Gesundheit sind unbestritten. Hinzu kommen verschiedene akute und chronische Stressoren wie etwa bestimmte Lebensereignisse (life events) und Trennungserfahrungen. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus, Erfahrungen von Diskriminierung und offenem Rassismus sind zusätzliche Quellen von Unsicherheit und Angst. All diese Faktoren wirken sich nicht nur auf die Gesundheit, sondern auch auf das Gesundheitsverhalten aus.

Bei den in Wien lebenden ausländischen StaatsbürgerInnen kommt es deutlich häufiger als bei österreichischen StaatsbürgerInnen vor, dass sie nichts gezielt für ihre Gesundheit tun. Ausgenommen davon sind Männer mit türkischer Staatsbürgerschaft (bei allerdings geringen Befragtenzahlen). Sie geben häufiger als österreichische Staatsbürger an, gezielt mit gesundheitsbewusster Ernährung zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit beizutragen. Auch nehmen sie, ebenso wie türkische Staatsbürgerinnen, überdurchschnittlich häufig öffentliche Beratungsangebote und private Angebote in Anspruch. Dagegen haben körperliche Aktivitäten zur Aufrechterhaltung der Gesundheit bei türkischen Staatsbürgern und Staatsbürgerinnen etwas geringeren Stellenwert als bei österreichischen.

**Grafik 3.9:** Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 3.2 im Anhang zu entnehmen (S. 78).

**Präventionsmaßnahmen**

Sowohl die Risikowahrnehmung als auch die Erfolgseinschätzung des eigenen Verhaltens sind in den unteren sozialen Schichten weniger ausgeprägt, Faktoren die den Erfolg von Vorsorge-Programmen bestimmen. Mit den beschriebenen sozialen Unterschieden im Gesundheitsverhalten einhergehend ist eine soziale Ungleichverteilung in der Beanspruchung von Vorsorge-maßnahmen zu beobachten.

Insbesondere bei den Männern bestehen deutliche Bildungsunterschiede in den Teilnahmequoten an der Gesundenuntersuchung. Am häufigsten haben Absolventen berufsbildender höherer Schulen diese Vorsorge-maßnahme in den letzten 12 Monaten vor Befragung in Anspruch genommen. Jeder vierte Absolvent einer berufsbildenden Schule war im Jahr vor der Befragung bei der Gesundenuntersuchung, jedoch nur jeder vierzehnte mit Pflichtschulniveau. Auffallend ist die nur schwach über dem Durchschnitt liegende Teilnahmequote der Hochschulabsolventen. Aber auch sie nehmen die Gesundenuntersuchung nahezu doppelt so häufig in Anspruch wie Männer mit Pflichtschulbildung.

**Tabelle 3.12:** Teilnahme an der Gesundenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten vor der Befragung) in Wien 1999 nach Schulbildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)

Bildung	Personen ab 30 J. in 1.000	ja	nein
		in %	
<b>Männer</b>			
Pflichtschule	79,2	7,4	92,6
Lehre	202,4	13,4	86,6
BMS	29,7	14,4	85,6
AHS	48,5	16,1	83,9
BHS	45,6	20,0	80,0
Hochschule	80,9	14,2	85,8
gesamt	486,3	13,5	86,5
<b>Frauen</b>			
Pflichtschule	170,3	7,1	92,9
Lehre	157,4	12,7	87,3
BMS	84,6	15,2	84,8
AHS	53,8	11,9	88,1
BHS	43,9	11,5	88,5
Hochschule	57,9	12,4	87,6
gesamt	567,9	11,2	88,8

Bei den Frauen findet sich kein durchgängiger Bildungstrend. Zwar haben Frauen mit Pflichtschule diese Vorsorgemaßnahme erwartungsgemäß am seltensten beansprucht, die höchste Teilnahmequote findet sich aber bei Frauen mit mittlerer Bildung. Absolventinnen allgemein- und berufsbildender Schulen sowie Universitätsabsolventinnen hatten nur durchschnittliche Teilnahmequoten.

Erhebliche Unterschiede in den Teilnahmequoten an der Gesundenuntersuchung bestehen je nach Art des Wohnbezirkes der Befragten. Männer und Frauen aus ArbeiterInnenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil nahmen die Gesundenuntersuchung am seltensten in Anspruch, gefolgt von den in ArbeiterInnenbezirken wohnhaften. Die meiste Sorgfalt legten Bewohner und Bewohnerinnen von Misch- und Nobelbezirken an den Tag, aber selbst hier sind die Teilnahmequoten noch immer bei weitem zu niedrig.

**Tabelle 3.13:** Teilnahme an der Gesundenuntersuchung (in den letzten 12 Monaten vor der Befragung) in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (Personen ab 19 Jahren)

Art des Wohnbezirkes	Personen ab 19 J. in 1.000	ja	nein
		in %	
<b>Männer</b>			
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	163,1	9,9	90,1
ArbeiterInnenbezirk	211,4	11,6	88,4
Mischbezirk	172,3	15,1	84,9
Nobelbezirk	48,3	16,3	83,7
gesamt	595,1	12,5	87,5
<b>Frauen</b>			
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	178,9	8,8	91,2
ArbeiterInnenbezirk	244,5	8,7	91,3
Mischbezirk	200,4	12,6	87,4
Nobelbezirk	57,3	16,0	84,0
gesamt	681,2	10,5	89,5

Als nicht bildungsabhängig erweist sich auf den ersten Blick das Vorhandensein eines Impfschutzes gegen Grippe. Am seltensten sind Absolventen und Absolventinnen allgemeinbildender höherer Schulen gegen Grippe geimpft, am meisten Anklang findet die Grippeimpfung bei den Männern unter Absolventen berufsbildender höherer Schulen bzw. bei den Frauen unter Ab-

solventinnen berufsbildender mittlerer Schulen. Wie gezeigt wurde, hängt entsprechend vorgegebener Empfehlungen, die Beteiligung an den Impfaktionen gegen Grippe stark vom Lebensalter ab. Ältere Menschen haben jedoch in der Regel niedrigeres Bildungsniveau als jüngere.

**Tabelle 3.14:** Aufrechter Impfschutz gegen Grippe in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)

Alter	Personen ab 30 J. in 1.000	aufrechter Impfschutz gegen Grippe		
		ja	nein	weiß nicht
<i>in %</i>				
<b>Männer</b>				
Pflichtschule	79,2	16,9	77,7	5,5
Lehre	202,4	16,6	81,6	1,8
BMS	29,7	19,4	79,5	1,1
AHS	48,5	13,2	83,0	3,7
BHS	45,6	21,0	77,8	1,2
Hochschule	80,9	17,5	80,6	2,0
gesamt	486,3	17,0	80,4	2,5
<b>Frauen</b>				
Pflichtschule	170,3	17,5	80,8	1,7
Lehre	157,4	18,9	79,5	1,5
BMS	84,6	20,0	79,4	0,6
AHS	53,8	14,9	82,3	2,8
BHS	43,9	16,7	80,1	3,2
Hochschule	57,9	17,7	80,2	2,1
gesamt	567,9	18,0	80,3	1,8

Dass auch hier soziale Unterschiede eine Rolle spielen, zeigt sich daran, dass in ArbeiterInnenbezirken mit hohem und niedrigem AusländerInnenanteil sowie in

Mischbezirken deutlich seltener ein aufrechter Impfschutz gegen Grippe besteht als in Nobelbezirken mit hohem Oberschichtanteil.

**Tabelle 3.15:** Aufrechter Impfschutz gegen Grippe in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht

Art des Wohnbezirkes	Personen in 1.000	aufrechter Impfschutz gegen Grippe		
		ja	nein	weiß nicht
		in %		
<b>Männer</b>				
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	207,0	13,1	84,0	2,9
ArbeiterInnenbezirk	273,5	15,9	81,5	2,6
Mischbezirk	211,5	15,7	82,7	1,6
Nobelbezirk	57,3	21,7	75,8	2,5
gesamt	749,3	15,5	82,1	2,4
<b>Frauen</b>				
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	214,3	15,7	82,4	2,0
ArbeiterInnenbezirk	311,0	15,2	82,1	2,8
Mischbezirk	238,0	16,4	83,0	0,7
Nobelbezirk	67,0	24,0	75,1	1,0
gesamt	830,4	16,3	81,8	1,8

In den Nobelbezirken ist etwa jeder fünfte Mann und etwa jede vierte Frau gegen Grippe geimpft, in den ArbeiterInnenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil nur etwa jeder siebente Mann und jede sechste Frau (wobei sich das höhere Durchschnittsalter in den Nobelbezirken hier positiv auswirkt).

### Rauchgewohnheiten

Ebenso wie das Gesundheitsverhalten sowie primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen unterliegen auch riskante Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehl- und Überer-

nährung, Aggressivität, etc., die (wie betont) wichtige, die Gesundheit beeinflussende Faktoren sind, deutlichen soziokulturellen Einflüssen. Vor allem bei den Männern besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Raucherstatus: Mit steigender Bildung sinkt der Anteil der (täglichen) Zigarettenraucher, dagegen nimmt der Anteil der Männer, die nie geraucht haben, zu. Während z. B. von den Männern der niedrigsten Bildungsgruppe (Pflichtschule) 60,0 Prozent täglich rauchen und nur 12,9 Prozent nie geraucht haben, rauchen von den Universitätsabsolventen 32,0 Prozent täglich, bei einem Anteil von 42,7 Prozent echten Nichtraucherern.

**Tabelle 3.16:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)

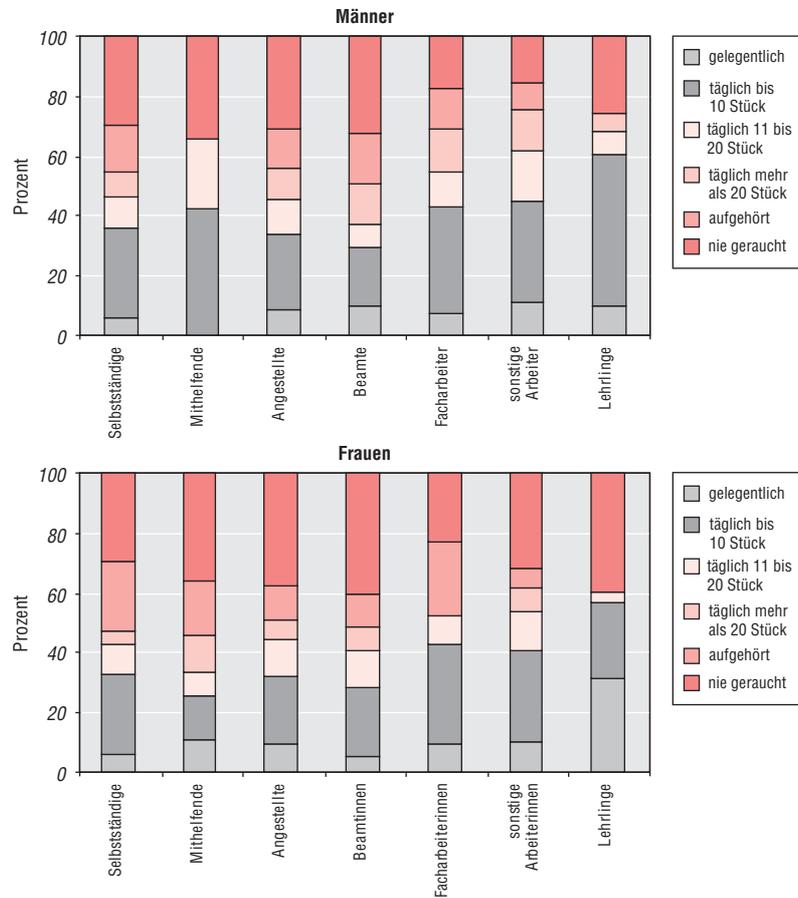
Bildung	Personen ab 30 J. in 1.000	gelegentlich	täglich ... Stück Zigaretten			aufgehört	nie geraucht
			bis 10	11 bis 20	mehr als 20		
<i>in %</i>							
<b>Männer</b>							
Pflichtschule	79,2	8,3	37,6	10,3	12,1	18,7	12,9
Lehre	202,4	6,8	28,1	11,1	12,4	21,5	20,0
BMS	29,7	4,9	21,8	7,6	11,8	18,5	35,4
AHS	48,5	6,7	19,6	6,1	15,4	16,1	36,1
BHS	45,6	8,4	17,9	10,4	8,7	19,8	34,8
Hochschule	80,9	11,2	21,9	7,9	2,2	14,0	42,7
gesamt	486,3	7,8	26,4	9,7	10,6	18,9	26,6
<b>Frauen</b>							
Pflichtschule	170,3	7,9	27,2	9,0	5,9	9,2	40,8
Lehre	157,4	4,4	26,4	11,6	5,3	10,5	41,8
BMS	84,6	6,5	25,0	6,0	4,5	11,8	46,2
AHS	53,8	7,8	21,1	6,4	2,9	17,0	44,8
BHS	43,9	7,7	22,3	10,7	7,2	13,9	38,2
Hochschule	57,9	11,2	23,8	4,5	3,7	13,6	43,1
gesamt	567,9	7,0	25,3	8,7	5,1	11,5	42,3

Bei den Frauen zeigt sich interessanterweise kein durchgängiger Bildungstrend: Zwar ist auch bei ihnen in den niedrigsten Bildungsgruppen (Pflichtschule, Lehre) der Anteil der (täglichen) Zigarettenraucherinnen am höchsten. Jedoch rauchen Frauen mit abgeschlossener berufsbildender höher Schule nahezu ähnlich häufig wie niedrig gebildete. Außerdem findet sich bei ihnen der höchste Anteil starker Raucherinnen (mit mehr als 20 Zigaretten täglich). Am seltensten rauchen Frauen mit Abschluss einer allgemeinbildenden höheren Schule, auch Hochschulabsolventinnen haben nur unterdurchschnittliche (tägliche) Raucherinnenquoten. Hochschulabsolventinnen rauchen häufiger als andere Bildungsgruppen nur gelegentlich. Möglicherweise haben die – zum Teil mit Emanzipationsbestrebungen der Frauen (vor allem in den 70er Jahren) in Zusammenhang zu

sehenden – steigenden Raucherinnenquoten bei höher gebildeten Frauen zu einer Verwischung von Bildungsunterschieden beim weiblichen Geschlecht geführt.

Von den Männern am häufigsten rauchen Arbeiter, Facharbeiter und Lehrlinge. Tägliches Zigarettenrauchen ist (der Reihe nach) bei Lehrlingen, Arbeitern und Facharbeitern am verbreitetsten, sieht man von der zahlenmäßig kleinen Gruppe mithelfender Männer ab. Am seltensten rauchen Beamte, Selbstständige und Angestellte. Auch tägliches Zigarettenrauchen kommt bei Beamten, Angestellten und Selbstständigen am seltensten vor. Entsprechend finden sich unter diesen drei Berufsgruppen (und der zahlenmäßig sehr kleinen Gruppe der Mithelfenden) die höchsten Nichtraucheranteile.

**Grafik 3.10:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 3.3 im Anhang zu entnehmen (S. 79).

Von den Frauen rauchen Arbeiterinnen, Lehrlinge und Facharbeiterinnen am häufigsten, tägliches Zigarettenrauchen ist bei Arbeiterinnen am häufigsten, gefolgt mit deutlichem Abstand von Beamtinnen, Facharbeiterinnen, Angestellten und Selbstständigen. Am geringsten sind die täglichen Raucherinnenquoten bei weiblichen Lehrlingen und Mithelfenden, allerdings ist bei weiblichen Lehrlingen gelegentliches Rauchen überdurchschnittlich häufig. Echte Nichtraucherinnen, d. h. Frauen, die niemals zur Zigarette gegriffen haben, finden sich am häufigsten unter den Beamtinnen, weiblichen Lehrlingen, Angestellten und Mithelfenden.

Am häufigsten wird von Bewohnern und Bewohnerinnen von ArbeiterInnenbezirken (täglich) geraucht, am seltensten von jenen aus Misch- und Nobelbezirken. Entsprechend finden sich in den Misch- und Nobelbezirken bei beiden Geschlechtern die höchsten Anteile an Personen, die niemals geraucht haben. Während allerdings bei den Männern der Nichtraucheranteil in den Nobelbezirken deutlich höher als in den Mischbezirken ist, findet sich bei den Frauen diesbezüglich kein merkbarer Unterschied.

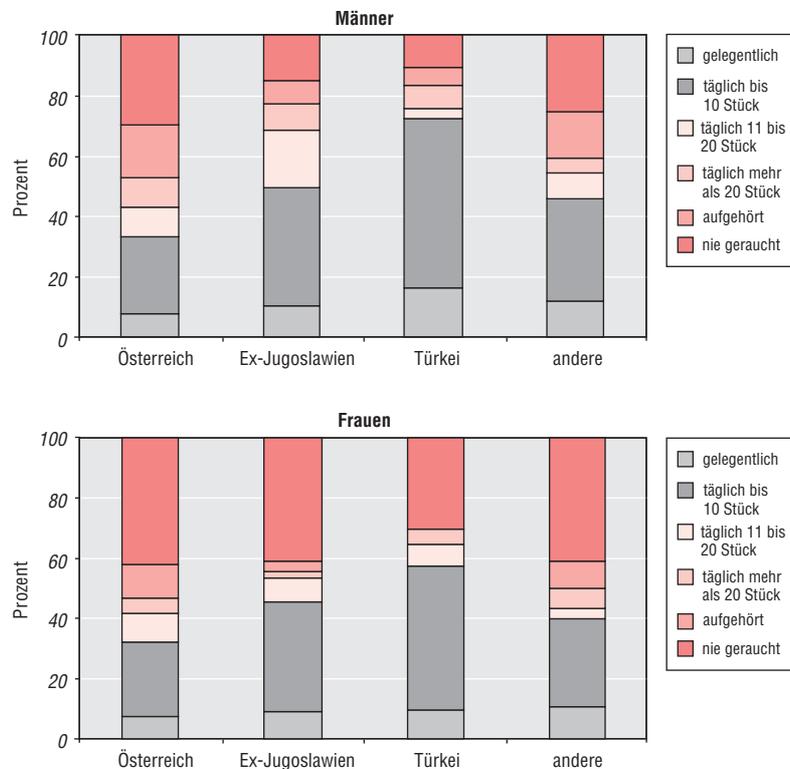
**Tabelle 3.17:** RaucherInnenanteil in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Art des Wohnbezirkes	Personen ab 15 J. in 1.000	gelegentlich	täglich ... Stück Zigaretten			aufgehört	nie geraucht
			bis 10	11 bis 20	mehr als 20		
<i>in %</i>							
<b>Männer</b>							
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	170,7	8,4	31,1	11,8	11,0	12,5	25,2
ArbeiterInnenbezirk	223,1	7,8	32,7	9,5	8,8	16,6	24,6
Mischbezirk	182,8	8,1	21,8	8,7	10,2	19,4	31,7
Nobelbezirk	50,0	9,6	20,5	11,5	6,6	13,3	38,6
gesamt	626,5	8,2	28,1	10,1	9,6	16,0	28,0
<b>Frauen</b>							
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	185,7	8,2	28,4	9,8	4,1	9,6	39,9
ArbeiterInnenbezirk	257,9	7,2	29,7	7,7	6,0	9,7	39,7
Mischbezirk	210,2	7,3	22,0	9,9	4,9	10,8	45,1
Nobelbezirk	59,4	9,1	20,1	7,4	4,5	13,1	45,8
gesamt	713,1	7,7	26,3	8,9	5,0	10,3	41,8

Die Rauchgewohnheiten sind auch kulturspezifisch geprägt. Die höchsten (täglichen) Raucherquoten finden sich bei den Männern unter den türkischen Staatsbürgern (83,3 Prozent Raucher, 66,7 Prozent tägliche Raucher), gefolgt von den aus Ex-Jugoslawien stammenden (77,7 Prozent Raucher; 66,9 Prozent tägliche Raucher). Von den österreichischen Staatsbürgern dagegen rau-

chen 53,0 Prozent; 45,5 Prozent täglich. Nur 10,9 Prozent der männlichen türkischen Staatsbürger und 15,1 Prozent der aus Ex-Jugoslawien stammenden Männer haben niemals geraucht im Vergleich zu 25,7 Prozent mit anderer und 29,9 Prozent mit österreichischer Staatsbürgerschaft.

**Grafik 3.11:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 3.4 im Anhang zu entnehmen (S. 79).

Auch bei den Frauen sind die Raucherinnenquoten unter den türkischen Staatsbürgerinnen und den aus Ex-Jugoslawien stammenden Frauen deutlich höher als unter den Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. 60,2 Prozent der türkischen Staatsbürgerinnen und 46,6 Prozent der aus Ex-Jugoslawien stammenden Frauen greifen täglich zur Zigarette im Vergleich zu 39,2 Prozent der Österreicherinnen und 38,9 Prozent der Frauen mit anderer Staatsbürgerschaft. Von den türkischen Staatsbürgerinnen haben 30,5 Prozent niemals geraucht, während es von den restlichen Gruppen knapp über 40 Prozent sind.

### Über- und Untergewichtigkeit

Nicht nur Rauchen, sondern auch Übergewicht gilt als besonderer Risikofaktor für die Gesundheit. Bei beiden Geschlechtern ist Übergewichtigkeit (BMI 27 und mehr) in den höheren Bildungsgruppen seltener. Lediglich Absolventen und Absolventinnen berufsbildender höherer Schulen fallen hier etwas aus dem Rahmen: Bei Männern findet sich hier der höchste Anteil an (stark) Übergewichtigen, bei Frauen ist der Anteil der Übergewichtigen durchschnittlich hoch, starkes Übergewicht (BMI 30 und mehr) findet sich bei ihnen unterdurchschnittlich häufig.

**Tabelle 3.18:** Verteilung des Body Mass Index in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)

Bildung	Personen ab 30 J. in 1.000	starkes Untergewicht BMI <18	Untergewicht BMI 18-<20	Normalgewicht BMI 20-<27	Übergewicht BMI 27-<30	starkes Übergewicht BMI 30 u. mehr
		in %				
<b>Männer</b>						
Pflichtschule	79,2	0,2	1,1	72,6	18,7	7,3
Lehre	202,4	0,0	1,1	71,1	16,4	11,5
BMS	29,7	0,0	2,4	74,8	9,7	13,1
AHS	48,5	0,4	0,0	81,1	11,5	6,9
BHS	45,6	0,0	1,5	69,1	16,7	12,7
Hochschule	80,9	0,0	2,1	81,6	12,4	3,9
gesamt	486,3	0,1	1,3	74,1	15,2	9,3
<b>Frauen</b>						
Pflichtschule	170,3	0,8	3,5	67,7	13,8	14,2
Lehre	157,4	0,8	5,1	72,5	11,2	10,4
BMS	84,6	3,0	8,1	73,0	9,3	6,6
AHS	53,8	1,3	13,3	72,2	6,1	7,0
BHS	43,9	1,9	9,3	68,4	14,2	6,2
Hochschule	57,9	2,9	10,4	77,6	5,0	4,1
gesamt	567,9	1,5	6,7	71,3	10,8	9,7

Untergewichtigkeit (BMI unter 20) ist bei Männern am häufigsten unter Absolventen berufsbildender mittlerer Schulen und Hochschulabsolventen, bei Frauen unter Absolventinnen allgemeinbildender höherer Schulen und Hochschulabsolventinnen. Dagegen ist bei Frauen mit Pflichtschulbildung und mit Lehre der Anteil der (stark) Untergewichtigen deutlich niedriger.

Österreichische Staatsbürger und Staatsbürgerinnen sind häufiger übergewichtig (BMI 27 und mehr) als sonstige in Österreich wohnende Staatsbürger und Staatsbürgerinnen. Auch starkes Übergewicht (BMI 30 und mehr) ist unter den hiesigen Männern und Frauen häufiger als unter den StaatsbürgerInnen anderer Nationen.

**Tabelle 3.19:** Verteilung des Body Mass Index in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 20 Jahren)

Staatsbürgerschaft	Personen ab 20 J. in 1.000	starkes Untergewicht BMI <18	Untergewicht BMI 18-<20	Normalgewicht BMI 20-<27	Übergewicht BMI 27-<30	starkes Übergewicht BMI 30 u. mehr
		in %				
<b>Männer</b>						
Österreich	491,0	0,1	1,7	75,2	14,1	8,9
Ex-Jugoslawien	39,5	0,0	1,0	79,6	13,2	6,2
Türkei	17,6	0,0	0,0	85,2	14,8	0,0
andere	38,8	0,0	2,4	84,8	7,1	5,7
gesamt	586,9	0,1	1,7	76,4	13,6	8,2
<b>Frauen</b>						
Österreich	579,2	2,0	7,8	71,2	9,8	9,2
Ex-Jugoslawien	42,5	0,0	3,9	78,2	10,2	7,6
Türkei	16,2	0,0	8,5	75,8	8,0	7,7
andere	38,0	3,7	15,4	73,1	5,9	1,9
gesamt	675,8	1,9	8,0	71,9	9,6	8,7

Untergewichtigkeit (BMI unter 20) findet sich bei beiden Geschlechtern am häufigsten unter „anderen“ StaatsbürgerInnen. Starkes Untergewicht (BMI unter 18) ist bei Männern sehr selten bzw. gar nicht vorhanden, am ehesten findet es sich unter österreichischen Staatsbürgern. Bei den Frauen sind „andere“ und österreichische Staatsbürgerinnen am häufigsten von Untergewichtigkeit sowie starker Untergewichtigkeit betroffen.

Gesundheitsförderndes Verhalten bedeutet mehr als das Vermeiden von Gesundheitsrisiken. Gesundheitsförderndes Verhalten ist als Bestandteil eines übergreifenden Lebensstils zu betrachten, wobei physische Gesundheit, psychisches und soziales Wohlergehen und die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten eine besondere Rolle spielen. Eine wichtige Voraussetzung für gesundheitsförderndes Verhalten ist das Vorhandensein entsprechender Schutzfaktoren und Ressourcen. Eine positive Lebenseinstellung, die Fähigkeit zur Stressverarbeitung, das Gefühl, Dinge beeinflussen zu können, sind wichtige Quellen der Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit. Dazu gehört auch Wissen über und Interesse an körperlichen Funktionsabläufen, Kenntnisse über deren Störungen und das Vermeiden von Beeinträchtigungen, rechtzeitiges Erkennen von Krankheiten und angemessene Reaktion, d. h. präventive Orientierungen und Symptomaufmerksamkeit.

### 3.2.1 Exkurs: Gesundheitliche Gefährdungen Arbeitsloser

Längerfristige Perspektiven sind eine wichtige Voraussetzung für gesunde Lebensweisen. Arbeitslosigkeit bedeutet nicht nur finanzielle Einbußen, sondern bringt

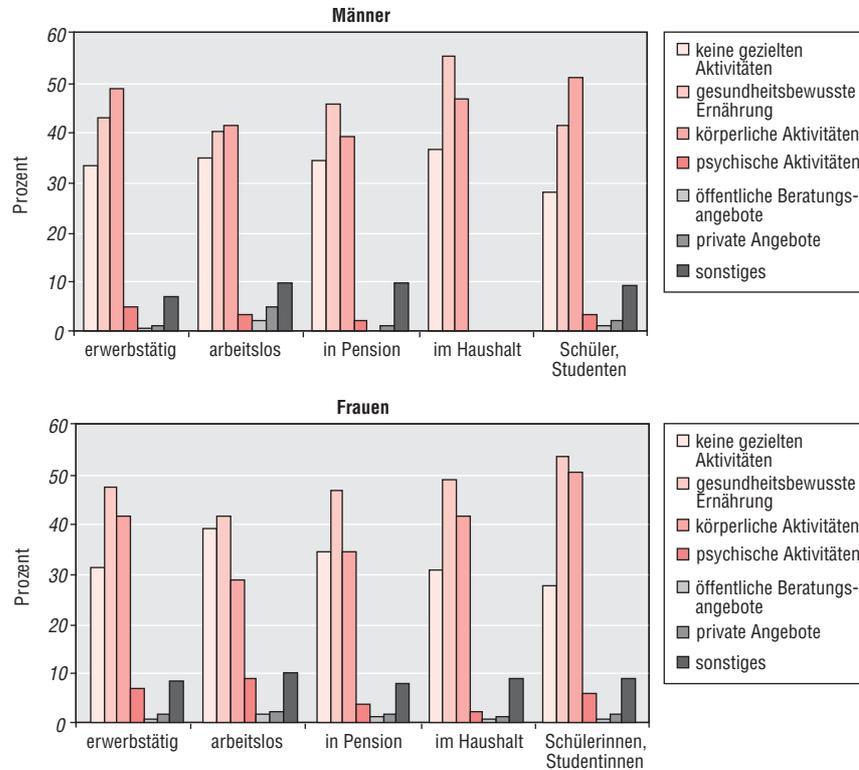
auch psychosoziale und gesundheitliche Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen, einschließlich ihren Kindern mit sich. Bei Verlust der Erwerbsarbeit müssen die Funktionen, die diese für den sozialen Status und die Identität hat, anderweitig substituiert werden, was nicht immer gelingt. Auch für Frauen lässt sich keine geringe psychosoziale und gesundheitliche Betroffenheit bei Arbeitslosigkeit feststellen (BRINKMANN, WIEDEMANN 1994).

Vor allem bei Personen mit starker Arbeitsorientierung führt Arbeitslosigkeit zu erhöhter psychosozialer Belastung. Je nach Art der Arbeitslosigkeit (Kurzzeit-, Übergangs-, Langzeitarbeitslosigkeit) sowie der Dauer und Höhe der Arbeitslosenunterstützung hängt das Belastungs- und Bewältigungspotential auch vom Kontext ab, in dem sie auftritt. Stigmatisierende Bewertungen, wie z. B. Arbeitslosigkeit bzw. deren Andauern sei selbstverschuldet, wirken besonders belastend.

Vor allem bei arbeitslosen Jugendlichen wurden vermehrt riskante Lebensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum, sozialer Rückzug, Aggressivität, etc.) beobachtet (MASGF Brandenburg 1995). Bei bereits bestehendem Suchtverhalten kann eintretende Arbeitslosigkeit zu einer deutlichen Verschlechterung führen. Beim Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit lässt sich oft schwer unterscheiden, was Ursache und was Folge ist.

Jedenfalls geben Arbeitslose häufiger als andere Gruppen an, keine gezielten Anstrengungen zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit zu unternehmen. Besonders ausgeprägt ist dieser Nihilismus gegenüber der eigenen Gesundheit bei arbeitslosen Frauen.

**Grafik 3.12:** Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, in %, Mehrfachnennungen möglich)



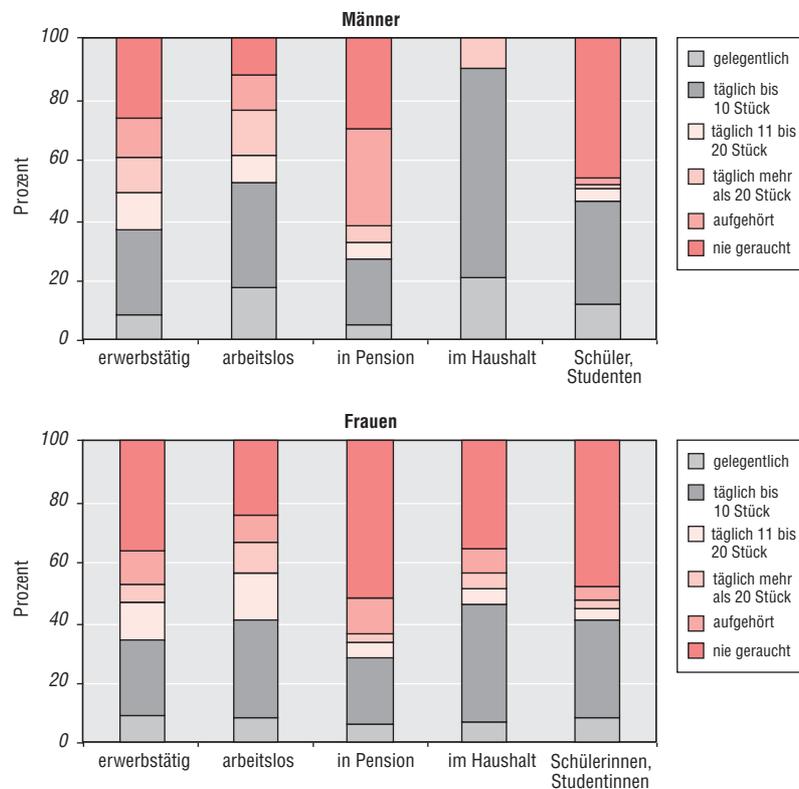
\* Die genauen Werte sind der Tabelle 3.5 im Anhang zu entnehmen (S. 80).

Arbeitslose (Männer wie Frauen) legen weniger Wert auf gesundheitsbewusste Ernährung und körperliche Aktivitäten als Gruppen mit anderem Erwerbsstatus, obwohl ausreichend Zeit dafür zur Verfügung stehen würde. Arbeitslose Frauen unternehmen jedoch häufiger als andere Gruppen psychische Aktivitäten und nutzen, ebenso wie arbeitslose Männer, auch häufiger öffentliche Beratungsangebote, private Angebote und sonstiges.

Besonders hoch unter Arbeitslosen ist der Anteil der gelegentlichen und täglichen ZigarettenraucherInnen

sowie der starken RaucherInnen (mehr als 20 Zigaretten pro Tag). 59,4 Prozent der arbeitslosen Männer und beinahe ebenso viele Frauen (58,4 Prozent) rauchen täglich im Vergleich zu 52,0 Prozent der männlichen und 43,3 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen. 15,2 Prozent der arbeitslosen Männer und 10,3 Prozent der arbeitslosen Frauen sind starke RaucherInnen im Vergleich zu 11,2 Prozent der männlichen und 6,4 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen. Arbeitslose (Männer und Frauen) sind außerdem seltener Ex- und NichtraucherInnen als Erwerbstätige.

**Grafik 3.13:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 3.6 im Anhang zu entnehmen (S. 80).

Verschiedene Interventionsprojekte zeigen, dass eine gesonderte Betreuung von Arbeitslosen im Rahmen der Gesundheitsversorgung nicht sinnvoll ist. Allerdings sind die professionellen Gesundheitsberufe bisher kaum auf die Wahrnehmung gesundheitlicher Probleme Arbeitsloser sensibilisiert, ein qualitatives Versorgungsdefizit, dem vor allem mit Informationsvermittlung zu begegnen ist. Außerhalb des Gesundheitswesens durchgeführte Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Interventionen zur Stützung und Wiederherstellung des psychosozialen Wohlbefindens, haben auf

regionaler Ebene bei Arbeitslosen durchaus stabilisierende Effekte gebracht (vgl. dazu KIESELBACH, WACKER 1991; KIESELBACH, KLINK 1991). Damit die ansonsten gefährdete Vermittlungs- und Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben, müssen die Angebote so angelegt sein, dass sie die Einstellungen von Arbeitslosen gegenüber hilfgewährenden Institutionen berücksichtigen. Arbeitslose neigen stärker als andere Menschen dazu, Probleme vor Dritten zu verbergen und das Hilfesuchen aufzuschieben, um durch die Inanspruchnahme von Hilfe ihr Selbstwertgefühl nicht zusätzlich zu gefährden.

## LITERATUR

- ABEL, T. (1997), Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile: in: WEITKUNAT, R. u. a. (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie, Bern.
- AHRENS, D. (2002), Technologiebewertung und Public Health. Gesundheitsökonomische Evaluation und HTA am Beispiel der Krebsfrüherkennung, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- BURG, T. (1996), Imputation fehlender Werte in Labour Force Surveys, in: Österreichische Zeitschrift für Statistik, 25. Jg., Heft 2.
- BRINKMANN, C.; WIEDEMANN, E. (1994), Zu den psycho-sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 16, S. 16–20.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE; 1991), Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr, Frankfurt/Main.
- ELKELES, T.; SEIFERT, W. (1992), Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel, in: Soziale Welt 43, S. 278–300.
- JAUFMANN, D.; KISTLER, E. (1993), Arbeitsbelastungen und Technik. Sekundäranalyse repräsentativer Umfragen, in: Ifs, INIFES, ISF, SOFI (Hrsg.), Jahrbuch sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung.
- JESSOR, R., Adolescent Development and Behavioral Health, in: MATAROZZO, J.A. u. a. (Hrsg.), Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention, New York 1984.
- KASL, S.V.; COBB, S. (1966), Health behavior, illness behavior, and sick role behavior, in: Arch. environm. Health 12, S. 246–252.
- KIESELBACH, T.; KLINK, F. (Hrsg.; 1991), Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit. Werden Langzeitarbeitslose vergessen?, Angestelltenkammer Bremen.
- KIESELBACH, T.; WACKER, A. (Hrsg.; 1991), Bewältigung von Arbeitslosigkeit im sozialen Kontext. Programme, Initiativen, Evaluationen, Weinheim.
- KURELLA, S. (1992), Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985–1991. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Nr. 92–202, Berlin.
- Magistrat der Stadt Wien – Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement (Hrsg.; 2001), Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Wien.
- MARSTEDT, G. (1994), Rationalisierung und Gesundheit, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Nr. 94–208, Wissenschaftszentrum Berlin.
- MARTIKAINEN, P.T. (1990), Unemployment and mortality among Finnish men 1981–1985, in: British medical Journal 301, S.401–411.
- MASGF Brandenburg: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Integrierte Arbeits- und Gesundheitsförderung in der Prignitz, Potsdam 1995 (Manuskript).
- OPPOLZER, A. (1994), Wertewandel und Arbeitswelt, Gewerkschaftl. Mheft 45, S.349–357.
- ÖSTAT – Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.; 1996), Stichprobenplan des Mikrozensus ab 1994, in: Statistische Nachrichten, Heft 4, S. 312–324.
- ÖSTAT – Österreichisches Statistisches Zentralamt (Hrsg.; 1999), Mikrozensus-Jahresergebnisse 1998, Beiträge zur österreichischen Statistik, Heft 1.328.
- RENNER, B.; VON LENGGERKE, T. (1996), Risiko kennen – Verhalten ändern? Zur Wirkung von Risikoinformation auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Gesundheitsverhalten, Berlin.
- ROSENBROCK, R. (2000), Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern, in: Psychomed 12, S. 99–107.
- ROSENBROCK, R. (2001), Was ist New Public Health?, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 44, S. 753–762.
- SIEGRIST, J. (2000), Machen wir uns selbst krank?, in: SCHWARTZ, F.W. u. a. (Hrsg.), Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Jena.
- SCHWARZER, R. (1996), Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Göttingen.
- SCHWARTZ, F.W. u. a. (Hrsg.; 2000), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Jena.
- SCHWARTZ, F.W.; SIEGRIST, J.; VON TROSCHKE, J. (2000), Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind die Bevölkerungen, in: SCHWARTZ, F.W. u. a. (Hrsg.; 2000), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Jena, S. 9–31.

- STARRIN, B.; SVENSSON, P.G.; WINTERSBERGER, H. (eds.; 1989), *Unemployment, Poverty and Quality of Working Life – Some European Experiences*, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.; 1998), *Gesundheitsbericht für Deutschland*, Stuttgart.
- Statistik Austria (Hrsg.; 2002), *Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997*, Wien.
- VON FERBER, CH. (1979), *Gesundheitsverhalten*, in: SIEGRIST, J.; HENDEL-KRAMER, A. (Hrsg.), *Wege zum Arzt*, München, Wien, Baltimore.
- VON TROSCHKE, J. (1998), *Gesundheits- und Krankheitsverhalten*, in: HURRELMANN, K.; LAASER, U. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Weinheim.

**TABELLENANHANG**

**Tabelle A 3.1:** Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, Mehrfachnennungen möglich)

berufliche Stellung	Erwerbstätige in 1.000	keine gezielten Aktivitäten	gesundheitsbewusste Ernährung	körperliche Aktivitäten	psychische Aktivitäten	öffentliche Beratungsangebote	private Angebote	sonstiges
		in %, Mehrfachnennungen möglich						
<b>Männer</b>								
Selbstständige	44,0	32,9	48,7	47,2	6,3	0,0	0,7	4,3
Mithelfende	1,8	36,2	51,4	52,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Angestellte	183,3	27,3	46,8	55,3	5,7	0,7	1,6	7,5
Beamte	52,8	24,5	48,1	60,3	4,7	0,4	0,9	6,6
Facharbeiter	70,4	43,0	35,0	40,8	4,0	0,0	1,2	7,5
sonstige Arbeiter	88,2	42,6	34,8	32,1	3,2	1,5	1,2	8,8
Lehrlinge	11,3	41,7	29,5	40,7	2,3	0,0	0,0	9,0
<b>Frauen</b>								
Selbstständige	20,1	16,2	67,2	47,1	11,0	0,0	3,1	10,9
Mithelfende	3,4	27,2	59,2	47,2	6,8	7,6	0,0	6,0
Angestellte	209,0	29,6	50,6	45,8	8,1	0,8	1,2	8,7
Beamtinnen	41,8	29,7	48,9	52,2	6,7	0,0	1,8	7,7
Facharbeiterinnen	6,7	12,9	62,8	51,9	8,7	0,0	0,0	12,4
sonstige Arbeiterinnen	80,3	43,8	37,0	25,8	4,4	0,4	1,1	9,5
Lehrlinge	6,9	44,6	17,9	40,9	0,0	0,0	2,4	5,2

**Tabelle A 3.2:** Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)

Staatsbürgerschaft	Personen ab 15 J. in 1.000	keine gezielten Aktivitäten	gesundheitsbewusste Ernährung	körperliche Aktivitäten	psychische Aktivitäten	öffentliche Beratungsangebote	private Angebote	sonstiges
		in %; Mehrfachnennungen möglich						
<b>Männer</b>								
Österreich	522,0	31,3	44,0	47,7	4,3	0,3	1,1	8,2
Ex-Jugoslawien	45,3	49,4	29,7	30,9	1,5	0,0	0,0	6,8
Türkei	18,7	30,9	53,1	44,2	2,5	7,8	7,8	2,3
andere	40,5	40,8	41,2	47,5	5,1	0,8	0,9	7,3
<b>Frauen</b>								
Österreich	608,3	30,8	49,7	41,8	5,7	0,7	1,6	9,1
Ex-Jugoslawien	46,0	47,4	37,6	26,9	2,0	0,0	0,0	7,5
Türkei	17,5	36,7	44,5	34,3	0,0	4,0	4,0	4,3
andere	41,3	43,3	44,0	41,7	4,2	0,6	0,6	4,6

**Tabelle A 3.3:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)

berufliche Stellung	Erwerbstätige in 1.000	gelegentlich	täglich ... Stück Zigaretten			aufgehört	nie geraucht
			bis 10	11 bis 20	mehr als 20		
<i>in %</i>							
<b>Männer</b>							
Selbstständige	44,0	5,8	29,9	10,6	8,5	15,1	30,2
Mithelfende	1,8	0,0	42,1	23,6	0,0	0,0	34,3
Angestellte	183,3	8,7	25,0	11,8	10,4	13,3	30,9
Beamte	52,8	9,4	20,0	7,7	13,4	17,3	32,1
Facharbeiter	70,4	7,0	35,9	11,3	14,7	13,3	17,7
sonstige Arbeiter	88,2	11,4	33,4	17,3	13,3	9,3	15,4
Lehrlinge	11,3	9,5	50,9	8,0	5,8	0,0	25,8
<b>Frauen</b>							
Selbstständige	20,1	5,8	27,0	10,2	4,4	23,0	29,7
Mithelfende	3,4	11,2	14,3	7,6	12,3	18,2	36,4
Angestellte	209,0	9,2	22,9	12,4	6,4	11,7	37,4
Beamtinnen	41,8	5,0	23,5	12,2	7,6	11,2	40,4
Facharbeiterinnen	6,7	9,1	33,3	9,6	0,0	24,8	23,2
sonstige Arbeiterinnen	80,3	9,8	30,5	13,6	7,8	6,7	31,6
Lehrlinge	6,9	31,1	25,2	4,1	0,0	0,0	39,7

**Tabelle A 3.4:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Staatsbürgerschaft	Personen ab 15 J. in 1.000	gelegentlich	täglich ... Stück Zigaretten			aufgehört	nie geraucht
			bis 10	11 bis 20	mehr als 20		
<i>in %</i>							
<b>Männer</b>							
Österreich	522,0	7,4	25,7	9,6	10,2	17,2	29,9
Ex-Jugoslawien	45,3	10,1	39,5	18,9	8,5	7,8	15,1
Türkei	18,7	16,6	55,6	3,6	7,6	5,8	10,9
andere	40,5	12,0	33,7	8,8	4,5	15,3	25,7
<b>Frauen</b>							
Österreich	608,3	7,3	24,7	9,4	5,1	11,2	42,3
Ex-Jugoslawien	46,0	9,1	36,7	7,6	2,3	3,4	41,0
Türkei	17,5	9,3	48,2	6,8	5,2	0,0	30,5
andere	41,3	10,9	29,1	3,3	6,6	9,1	41,0

**Tabelle A 3.5:** Gesundheitsverhalten in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren, Mehrfachnennungen möglich)

Erwerbsstatus	Personen ab 15 J. in 1.000	keine gezielten Aktivitäten	gesundheitsbewusste Ernährung	körperliche Aktivitäten	psychische Aktivitäten	öffentliche Beratungsangebote	private Angebote	sonstiges
<b>Männer</b>								
erwerbstätig	407,0	33,4	42,7	48,6	4,9	0,5	0,9	6,9
arbeitslos	37,7	34,7	40,0	41,2	3,1	1,9	5,0	9,9
in Pension	129,0	34,2	45,5	39,0	2,3	0,2	0,8	9,7
im Haushalt	3,5	36,4	55,3	46,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Schüler, Studenten	44,2	28,1	41,0	51,1	3,1	0,9	1,9	9,1
<b>Frauen</b>								
erwerbstätig	332,4	31,7	48,6	42,7	6,8	0,6	1,3	8,6
arbeitslos	21,7	39,8	42,5	29,4	9,3	1,8	2,0	10,3
in Pension	216,9	35,1	47,6	35,0	3,5	1,1	1,6	8,0
im Haushalt	82,4	31,4	50,0	42,5	2,0	0,8	1,3	8,8
Schülerinnen, Studentinnen	54,0	28,1	54,6	51,7	5,9	0,4	1,7	9,0

**Tabelle A 3.6:** RaucherInnenstatus in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Erwerbsstatus	Erwerbstätige in 1.000	gelegentlich	täglich ... Stück Zigaretten			aufgehört	nie geraucht
			bis 10	11 bis 20	mehr als 20		
			<i>in %</i>				
<b>Männer</b>							
erwerbstätig	407,0	8,0	28,3	12,5	11,2	13,1	26,9
arbeitslos	37,7	16,8	35,4	8,9	15,2	11,6	12,1
in Pension	129,0	5,0	21,8	5,2	5,8	32,1	30,2
im Haushalt	3,5	20,7	69,3	0,0	10,0	0,0	0,0
Schüler, Studenten	44,2	11,4	34,4	3,8	1,7	2,2	46,4
<b>Frauen</b>							
erwerbstätig	332,4	9,2	24,6	12,3	6,4	11,0	36,6
arbeitslos	21,7	7,9	32,7	15,5	10,3	8,4	25,3
in Pension	216,9	5,6	22,0	5,5	3,2	11,6	52,2
im Haushalt	82,4	6,4	39,0	5,7	4,6	8,1	36,2
Schülerinnen, Studentinnen	54,0	8,0	32,4	3,8	2,7	4,8	48,2

**IV.  
GESUNDHEITLICHES  
BEFINDEN, BESCHWERDEN  
UND ERKRANKUNGEN**

***HEALTH PERCEPTION,  
AILMENTS AND DISEASES***

<b>4</b>	<b>GESUNDHEITLICHES BEFINDEN, BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGEN</b>	<b>83</b>
4.1	BEURTEILUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	86
4.1.1	Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit	93
4.2	BESCHWERDEN	96
4.3	ERKRANKUNGEN UND VERLETZUNGEN	100
4.4	CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	105
4.5	BEDARF AN HILFE UND PFLEGE	109
	LITERATUR	112
	TABELLENANHANG	113

## 4 GESUNDHEITLICHES BEFINDEN, BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGEN

### Zusammenfassung

Der folgende Abschnitt bietet einen Überblick über den Gesundheitszustand der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung anhand verschiedener subjektiver, d. h. nicht durch ärztliche Diagnosen validierter, Indikatoren. Untersucht werden der subjektive Gesundheitszustand, das Vorhandensein von Beschwerden, die Erkrankungshäufigkeit und die dafür maßgebenden Erkrankungen, die Prävalenz chronischer Erkrankungen sowie Krankheitsfolgen bzw. der aus Krankheit und Behinderung resultierende Bedarf an Hilfe bei täglichen und persönlichen Verrichtungen.

Der überwiegende Teil der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren (ca. drei Viertel) erfreut sich zumindest guter Gesundheit. Frauen **beurteilen** ihren **Gesundheitszustand** etwas negativer. Ein wichtiges Bestimmungsmerkmal für das gesundheitliche Befinden ist das Vorhandensein von **Beschwerden**. Am häufigsten treten bei beiden Geschlechtern Rücken- bzw. Kreuzschmerzen sowie Kopfschmerzen bzw. Migräne auf.

Nahezu die Hälfte der Männer und Frauen waren im Jahr vor der Befragung mindestens einmal krank. Hauptursache dafür waren Erkältungskrankheiten (einschließlich Grippe, Angina, akute Bronchitis) – etwa ein Viertel der Wiener Bevölkerung erkrankte daran. Weitere häufige **Erkrankungsgründe** waren neben der Gruppe der sonstigen Krankheiten Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Schäden an der Wirbelsäule.

Etwas weniger als ein Drittel der Wiener Bevölkerung leidet den eigenen Angaben zufolge unter **chronischen Erkrankungen**, Frauen der Tendenz nach häufiger. Die häufigsten chronischen Erkrankungen der Männer sind erhöhter Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule, Zuckerkrankheit und Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein. Auch Frauen leiden am häufigsten unter erhöhtem Blutdruck und Schäden an der Wirbelsäule, jedoch gefolgt von Gelenkerkrankungen an Hüfte bzw. Bein.

### **Summary: Health perception, Ailments and Diseases**

*The following chapter gives an overview of the state of health of the Viennese population living in private households based in subjective indicators, i.e. indicators not validated by medical diagnoses. The indicators examined in this chapter are subjective health status, existence of ailments, frequency of illness and the most common diseases, prevalence of chronic diseases and consequences of diseases or need for assistance with tasks of daily life and personal hygiene.*

*The majority of the Viennese population over 15 years (approx. 75 percent) is in good health. Women **assess their health status** more negatively than men. An important factor for determining the state of health is the existence of **ailments**. The most common ailments among both genders are pains of the back and the lower back and headaches or migraine.*

*Nearly half of the men and women interviewed had been ill at least once in the year preceding the survey. The main cause were colds (including influenza, angina, acute bronchitis) – approximately a quarter of the Viennese population was affected. Other **common diseases** were ear, nose and throat diseases and damages of the spine.*

*Just under a third of the Viennese population suffers, according to their own statements, from **chronic diseases**, women slightly more often than men. The most common chronic diseases for men are hypertension, damages of the spine, diabetes and diseases of the joints of the hip or the legs. For women, hypertension and damages of the spine are the most common, as well, followed by diseases of the joints of the hip or the legs.*

Von der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung brauchen ca. vier Prozent aus gesundheitlichen Gründen (chronische Erkrankung, dauernde Behinderung, höheres Alter) zumindest manchmal **Hilfe bei persönlichen Verrichtungen** – z. B. Essen, Waschen/Baden, Toilette aufsuchen –, zwischen vier und fünf Prozent der Personen ab 15 Jahren sind zumindest manchmal auf **Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens** – z. B. Einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen – angewiesen. Frauen sind häufiger auf Hilfe angewiesen als Männer.

Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich das gesundheitliche Befinden, und die Häufigkeit der Beschwerden und chronischen Erkrankungen nehmen zu. Einhergehend mit der höheren Krankheitsanfälligkeit im Alter und der bestehenden Multimorbidität steigt auch der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen.

Die **Wiener Bevölkerung** weicht in der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes nur wenig vom **Bundesdurchschnitt** ab, auch in der Erkrankungshäufigkeit bestehen keine nennenswerten Unterschiede. In Wien sind allerdings chronische Erkrankungen häufiger als im Bundesdurchschnitt: Bei Männern treten vor allem erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, andere Hauterkrankungen und Lungenasthma häufiger auf, Frauen sind – zusätzlich zu einer Reihe anderer Erkrankungen – ebenfalls von erhöhtem Blutdruck und Zuckerkrankheit stärker betroffen. Deutlich niedriger als im gesamten Bundesgebiet ist – vermutlich auf Grund der Einschränkung der Stichprobe auf Personen in Privathaushalten – in Wien der Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens und bei persönlichen Verrichtungen.

Der **Vergleich** der Ergebnisse des Mikrozensus von **1991 und 1999** lässt (unter Berücksichtigung standardisierter und nicht standardisierter Werte) vor allem bei älteren Befragten und dabei insbesondere bei Frauen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erkennen.

*Of the Viennese population living in private households, some four percent need (at least sometimes) **assistance in matters of personal hygiene and care** – such as eating, washing or bathing, going to the bathroom – for medical reasons (chronic disease, permanent disability, old age), and four to five percent of persons above 15 years need (at least sometimes) **assistance with daily tasks** – such as shopping, cooking, laundry. Women require assistance more often than men.*

*With age, the state of health deteriorates and ailments and chronic diseases become more frequent. Together with the higher proneness to diseases among the elderly and the common multimorbidity, the need for assistance with tasks of everyday life and personal hygiene rises.*

*The subjective health assessment of the **Viennese population** shows little deviation from the **Austrian average**, there are also no significant differences in the frequency of falling ill. However, concerning chronic diseases, Vienna lies above average: men are more frequently affected by hypertension, diabetes, skin diseases and asthma of the lungs, while women also have higher rates for hypertension and diabetes (along with other diseases). The need for assistance with tasks of everyday life and personal hygiene is significantly below the national average – possibly due to the limitation of the sample to persons living in private households.*

*A **comparison** of the Mikrozensus results of **1991 and 1999** (including standardized and non-standardized values) shows an improvement of the health status among the elderly, in particular among women.*

Wenig günstig entwickelte sich die Situation der 15- bis 29-Jährigen: Vor allem bei den weiblichen Jugendlichen und den jungen Erwachsenen sind die Anteile der Personen mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit deutlich gesunken.

Der Gesundheitszustand hängt weitgehend von den Lebensbedingungen ab. Je höher die **Bildung** und je höher die **berufliche Position**, desto positiver wird der Gesundheitszustand beurteilt. Empirisch zeigt sich außerdem durchgängig anhand verschiedener Indikatoren ein schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen und MigrantenInnen.

Wie die multiple Klassifikationsanalyse von **Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit** zeigt, haben – abgesehen von körperlicher Aktivität – sozialstrukturelle Merkmale wie Erwerbsstatus, Alter und Bildung einen größeren Einfluss auf das gesundheitliche Befinden als das gezielte Gesundheitsverhalten sowie Risikoverhaltensweisen wie Rauchen und Unter- bzw. Übergewichtigkeit. Besonders deutliche negative Effekte gehen von Arbeitslosigkeit und niedriger Bildung aus. Dies zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, zur Verbesserung der Gesundheit auch an den Lebensbedingungen der Menschen anzusetzen.

*The situation among the 15-29 year-olds shows a less favourable development: especially among female adolescents and young adults in general, the proportion of persons with good or excellent health has sunk significantly.*

*The health status is to a large extent dependent on the living conditions. The higher the level of **education** and **professional position**, the more positive the subjective assessment of health. Additionally, empirical data concerning various indicators show a generally lower health status for migrants and unemployed persons.*

*The multiple classification analysis of **subjective health indicators** shows that (except for physical activity), socio-structural characteristics, such as employment situation, age and education have a greater influence on subjective health than health relevant behaviour or health risks, such as smoking and over- or underweight. Unemployment and a low educational level have especially visible negative effects. This once more shows the importance of seeing the improvement of living conditions as a means to improve the health status.*

Grundlegend für die Gesundheitspolitik und -planung sind Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Neben objektiven, d. h. auf medizinischen Definitionen beruhenden Gesundheitsindikatoren, kommt auch subjektiven Indikatoren große Bedeutung zu. So z. B. spielen das subjektive Befinden, psychische und soziale Komponenten im Prozess des Hilfesuchens eine wichtige Rolle.

Untersuchungen verweisen allerdings auf erhebliche Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Krankheitserleben und medizinischen Befunden (vgl. dazu SCHWARTZ, SIEGRIST, VON TROSCHKE 2000, S. 26). Dies ist auch gesundheitspolitisch bedeutsam. So etwa kann trotz positiver Beurteilung des Gesundheitszustandes eine „stumme“, d. h. symptomarme Krankheit vorliegen. Die Folge ist eine Nicht-Beanspruchung des medizinischen Versorgungssystems, obwohl Bedarf

vorhanden wäre („underutilization“). Dagegen kommt es im Falle „falsch positiver“ Symptomwahrnehmungen zur „overutilization“ von Leistungen des Gesundheitssystems.

Bei den weitverbreiteten chronisch-degenerativen Erkrankungen, insbesondere Gefäßerkrankungen und Karzinome, treten meist erst in einem relativ späten Entwicklungsstadium Symptome auf. Hohe Dunkelziffern unerkannter und unbehandelter Frühstadien chronischer Erkrankungen stellen gegenwärtig eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.

Untersuchungen über die Verteilung und Entstehungsbedingungen von Einstellungen und Gesundheitskonzepten, welche eine „under-“ oder „overutilization“ begünstigen, spielen daher eine wichtige Rolle. Aus

diesem Grund wurden verschiedene Indikatoren zur Messung subjektiver Gesundheit (wie etwa „subjektiver Gesundheitszustand“, „gesundheitsbezogene Lebensqualität“, „behinderungsfreie Lebenserwartung“) entwickelt. Gegenwärtig arbeitet eine Reihe von Forschergruppen im internationalen Rahmen an der Weiterentwicklung und Verfeinerung solcher Indikatoren und deren Messung (vgl. dazu u. a. WESTHOFF 1993, SCHWARTZ, SIEGRIST, VON TROSCHKE 2000).

Die Berücksichtigung des Bezugssystems der Betroffenen bei der Beurteilung der Gesundheit ist auch deswegen bedeutsam, weil sich der subjektive Gesundheitszustand in verschiedenen prospektiven Studien als starker, unabhängiger Prädiktor für Mortalität erwiesen hat (BOSMA, APPELS 1996; IDLER, BENJAMINI 1997). Auch gesundheitsökonomische Analysen greifen vermehrt auf subjektive Gesundheitsindikatoren zurück (vgl. dazu LEIDL 2000, SCHWARTZ, WALTER 2000).

#### 4.1 Beurteilung des Gesundheitszustandes

Im Mikrozensus wurde die Bevölkerung ab 15 Jahren um die Beurteilung ihres Gesundheitszustandes auf einer fünfstufigen Skala, die von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ reicht, gebeten. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes ist u. a. auch deswegen von Interesse, weil ihr meist eine ganzheitliche Sichtweise zugrunde liegt, die sowohl physische, psychische und soziale Aspekte umfasst (HUNT 1988, S. 23 ff).

33,0 Prozent der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung beurteilten 1999 ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, 74,5 Prozent als zumindest gut („sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst), 6,7 Prozent berichteten von „schlechter“ oder „sehr schlechter“ Gesundheit. Die Wiener Bevölkerung weicht in der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes nur unwesentlich vom österreichischen Durchschnitt ab.

**Tabelle 4.1:** Beurteilung des Gesundheitszustandes 1999 in Wien nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Personen ab 15 Jahren)

Alter	Personen ab 15 J. in 1.000	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>Männer</b>						
15 bis 29	140,2	51,3	37,8	7,6	2,6	0,7
30 bis 44	208,5	38,7	43,5	14,3	2,8	0,7
45 bis 59	160,1	27,3	43,9	21,4	5,9	1,5
60 bis 74	83,4	17,2	46,0	26,1	8,2	2,5
75 und mehr	34,3	13,7	36,6	31,8	12,8	5,1
gesamt	626,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
<b>Frauen</b>						
15 bis 29	145,2	49,3	36,8	11,4	2,5	0,0
30 bis 44	205,7	40,9	41,5	13,3	3,3	0,9
45 bis 59	168,5	23,4	45,9	22,3	7,1	1,3
60 bis 74	110,8	16,0	42,6	30,9	9,1	1,5
75 und mehr	83,0	16,2	34,3	33,7	10,5	5,4
gesamt	713,1	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4
<b>gesamt</b>						
Wien	1.339,6	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4
Österreich	6.592,0	34,3	39,2	20,4	4,9	1,2

Die Ergebnisse verweisen einmal mehr auf die Tatsache, dass Frauen ihre Gesundheit im Vergleich zu Männern schlechter einstufen. Der Abstand zwischen den Geschlechtern ist allerdings nicht sehr groß. In Wien berichten 76,6 Prozent der Männer und 72,6 Prozent der Frauen von zumindest guter („sehr gut“

und „gut“ zusammengefasst) Gesundheit. 17,1 Prozent der Männer und 20,4 Prozent der Frauen gaben „mittelmäßige“, 6,2 Prozent der Männer und 8,2 Prozent der Frauen „schlechte“ oder „sehr schlechte“ Gesundheit an. Um den Einfluss des unterschiedlichen Altersaufbaus auszuschalten, wurde eine Altersstan-

standardisierung auf der Basis der im Mikrozensus 1999 erfassten Personen vorgenommen. auf Grund der Altersstandardisierung verringern sich die ohnehin geringen Unterschiede zwischen den Geschlechtern zusätzlich. Zudem fällt auf, dass Frauen nicht durchgängig in allen Altersgruppen ihren Gesundheitszustand schlechter einstufen.

Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich das gesundheitliche Befinden bei beiden Geschlechtern. Ein deutliches Absinken „sehr guten“ gesundheitlichen Befindens ist bei beiden Geschlechtern etwa ab dem 45. Lebensjahr zu beobachten. Der geringfügige Anstieg des Anteils der Kategorie „sehr gut“ bei den Frauen von 75 und mehr Jahren lässt sich wahrscheinlich auf die Einschränkung der Stichprobe auf Personen in Privathaushalten erklären.

Während beinahe 90 Prozent der 15- bis 29-Jährigen (Männer 89,4 Prozent, Frauen 86,1 Prozent) von zumindest guter Gesundheit berichten, liegt dieser Wert bei den 45- bis 59-Jährigen bei rund 70 Prozent (Männer 71,2 Prozent, Frauen 69,3 Prozent) und

sinkt bei den 75-Jährigen und älteren auf 50 Prozent (Männer 50,3 Prozent, Frauen 50,5 Prozent). Dementsprechend erhöhen sich die Anteile der Antwortkategorien „schlecht“ und „sehr schlecht“: Von den 15- bis 29-Jährigen beurteilen 3,3 Prozent der Männer und 2,5 Prozent der Frauen ihre Gesundheit in dieser Weise, von den 45- bis 60-Jährigen 7,4 Prozent der Männer und 8,4 Prozent der Frauen und von den 75-Jährigen und älteren 17,9 Prozent der Männer und 15,9 Prozent der Frauen.

Der Vergleich der Ergebnisse von 1991 und 1999 lässt (unter Berücksichtigung altersstandardisierter und nicht standardisierter Werte) vor allem bei den Frauen eine Verbesserung des gesundheitlichen Befindens erkennen. Der Anteil der Frauen mit „sehr guter“ Gesundheit ist altersstandardisiert um 6,1 Prozentpunkte gestiegen, jener mit „mittelmäßiger“ hat um 3,3 Prozentpunkte abgenommen. Bei den Männern fiel die Veränderung geringer aus: Der Anteil mit „sehr guter“ Gesundheit ist um 1,1 Prozentpunkte gestiegen, jener mit „mittelmäßiger“ hat um 2,1 Prozentpunkte abgenommen.

**Tabelle 4.2:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (altersstandardisiert\*; Personen ab 15 Jahren)

Geschlecht	1991					1999				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
	in %									
gesamt	28,7	41,5	21,8	6,5	1,5	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4
altersstandardisiert*	29,2	41,6	21,6	6,1	1,5	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4
Männer	33,8	40,9	18,8	5,1	1,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
altersstandardisiert*	32,3	40,6	19,9	5,4	1,8	33,3	42,0	17,8	5,3	1,6
Frauen	24,6	42,0	24,2	7,7	1,6	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4
altersstandardisiert*	26,5	42,7	22,8	6,6	1,3	32,6	41,1	19,5	5,5	1,3

\* Altersstandardisierung nach der „direkten Methode“; Standardbevölkerung sind alle im Mikrozensus 1999 erfassten Personen. Eine Altersstandardisierung wird durchgeführt, um den unterschiedlichen Altersaufbau der Bevölkerung auszuschalten und einen strukturbereinigten Vergleich zu ermöglichen.

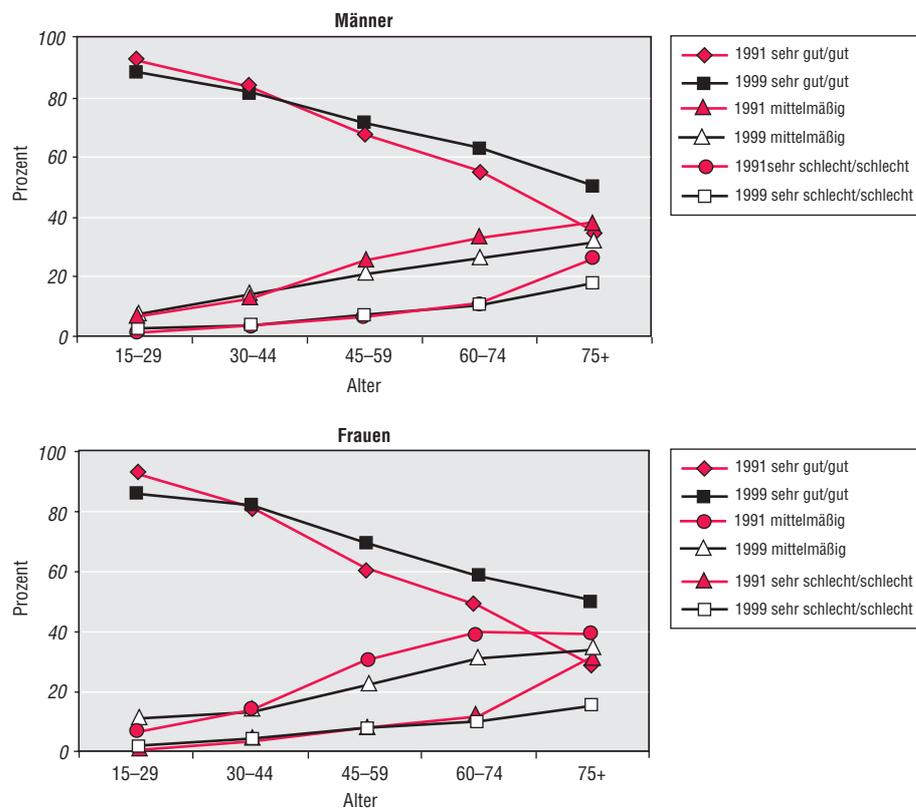
Der Altersvergleich zeigt, dass vor allem ältere Befragte und insbesondere Frauen an guter Gesundheit gewonnen haben. So etwa ist seit 1991 bei Frauen ab 75 Jahren der Anteil mit zumindest guter Gesundheit („sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst) um etwa drei Viertel (von 28,6 Prozent auf 50,5 Prozent) gestiegen. Bei den Männern fiel der Anstieg etwas geringer aus, bei ihnen war

in dieser Altersgruppe ein Anstieg um nicht ganz die Hälfte (von 35,0 Prozent auf 50,3 Prozent) zu beobachten. Wenig günstig entwickelte sich die Situation der jüngeren Kohorten (15 bis 29 Jahre). Bei ihnen hat sich der subjektive Gesundheitszustand seit 1991 verschlechtert. Vor allem bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind die Anteile mit „sehr gu-

ter“ oder „guter“ Gesundheit deutlich (um 6,0 Prozentpunkte) gesunken. Der Anteil der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit „sehr guter“ oder „guter“ Gesundheit ist zwar nur geringfügig (um 3,2 Prozentpunkte) gesunken, der relativ geringe Anteil jener mit schlechter Gesundheit („schlecht“ und „sehr schlecht“ zusammengefasst) ist aber bei ihnen deutlich

gestiegen, und zwar hat er sich beinahe verdreifacht. Bei den weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Anteil mit schlechter Gesundheit auf etwas mehr als das Doppelte angestiegen. Es bleibt abzuwarten, wie sich dieser Trend weiter entwickeln wird, ebenso wie die gesundheitliche Situation der jüngeren Kohorten, wenn diese älter werden.

**Grafik 4.1:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 4.1 im Anhang zu entnehmen (S.113).

Zu beobachten sind deutliche Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und Gesundheit. Je höher die Bildung und je höher die berufliche Position, desto positiver wird der Gesundheitszustand beurteilt. Gesundheitlich am meisten benachteiligt sind Personen mit Pflichtschule als höchstem Bildungsabschluss. Während 83,3 Prozent der Männer und 85,4 Prozent

der Frauen mit Hochschul- bzw. Universitätsabschluss bzw. 80,6 Prozent der Männer und 79,2 Prozent der Frauen mit allgemeinbildender höherer Schule von zumindest guter Gesundheit berichten, ist dies nur bei 60,0 Prozent der Männer und 54,9 Prozent der Frauen mit Pflichtschulbildung der Fall.

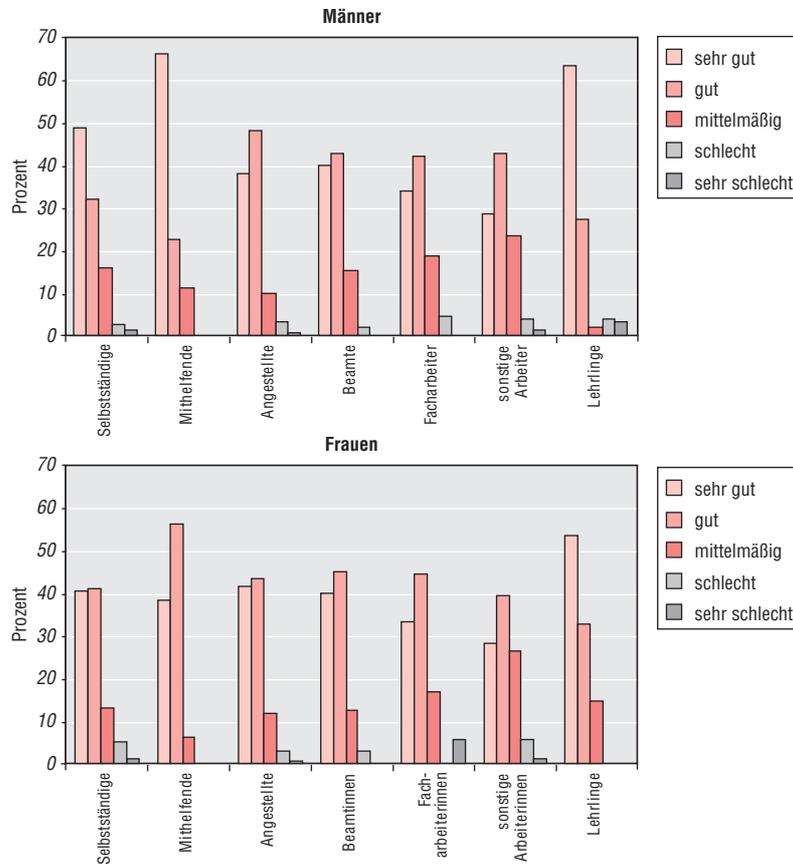
**Tabelle 4.3:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)

Bildung	Personen ab 30 J. in 1.000	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>Männer</b>						
Pflichtschule	79,2	26,5	33,5	26,9	8,8	4,3
Lehre	202,4	26,5	43,1	22,5	7,0	1,0
BMS	29,7	34,8	47,5	14,5	1,8	1,5
AHS	48,5	31,1	49,5	16,8	1,5	1,1
BHS	45,6	25,4	53,8	17,5	2,4	1,0
Hochschule	80,9	39,4	43,9	11,6	3,8	1,3
gesamt	486,3	29,5	43,6	19,9	5,4	1,6
<b>Frauen</b>						
Pflichtschule	170,3	18,3	36,6	31,8	10,2	3,0
Lehre	157,4	25,7	43,5	22,5	6,9	1,4
BMS	84,6	30,3	47,7	16,9	4,5	0,7
AHS	53,8	34,9	44,3	16,7	2,1	2,0
BHS	43,9	33,9	39,8	20,2	4,3	1,9
Hochschule	57,9	41,0	44,4	9,5	4,1	1,0
gesamt	567,9	33,1	45,1	20,6	6,4	1,8

Auch ArbeiterInnen beurteilen ihre Gesundheit deutlich negativer als andere Berufsgruppen. 28,7 Prozent der Arbeiter und 33,0 Prozent der Arbeiterinnen schreiben sich mittelmäßige oder noch schlechtere Ge-

sundheit zu im Vergleich zu 13,9 Prozent der männlichen und 15,2 Prozent der weiblichen Angestellten sowie 17,5 Prozent der männlichen und 15,6 Prozent der weiblichen Beamten.

**Grafik 4.2:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 4.2 im Anhang zu entnehmen (S.113).

Auch die bezirkweise Aufgliederung bestätigt die gesundheitliche Benachteiligung von Personen aus dem ArbeiterInnenmilieu. In ArbeiterInnenbezirken Wiens wohnhafte Personen beurteilen ihre Gesundheit deutlich negativer als jene, die in so genannten Mischbezirken wohnen. Zudem bestehen Abstufungen zwischen ArbeiterInnenbezirken mit hohem und niedrigem AusländerInnenanteil. Während in ArbeiterInnenbezirken mit hohem AusländerInnenanteil 27,7 Prozent der Männer und 30,6 Prozent der Frauen mittelmäßige oder noch schlechtere Gesundheit ange-

ben, sind es in den ArbeiterInnenbezirken mit niedrigem AusländerInnenanteil 23,3 Prozent der Männer und 26,6 Prozent der Frauen, dagegen in Mischbezirken lediglich 19,4 Prozent der Männer und 24,4 Prozent der Frauen. Auffallend ist die vergleichsweise ungünstige Gesundheitseinschätzung in den Nobelbezirken. Ausschlaggebend dafür dürfte das hohe Durchschnittsalter in diesen Bezirken sein. 22,2 Prozent der hier wohnhaften Männer und 31,6 Prozent der Frauen fühlen sich in ihrer Gesundheit in hohem Maße beeinträchtigt.

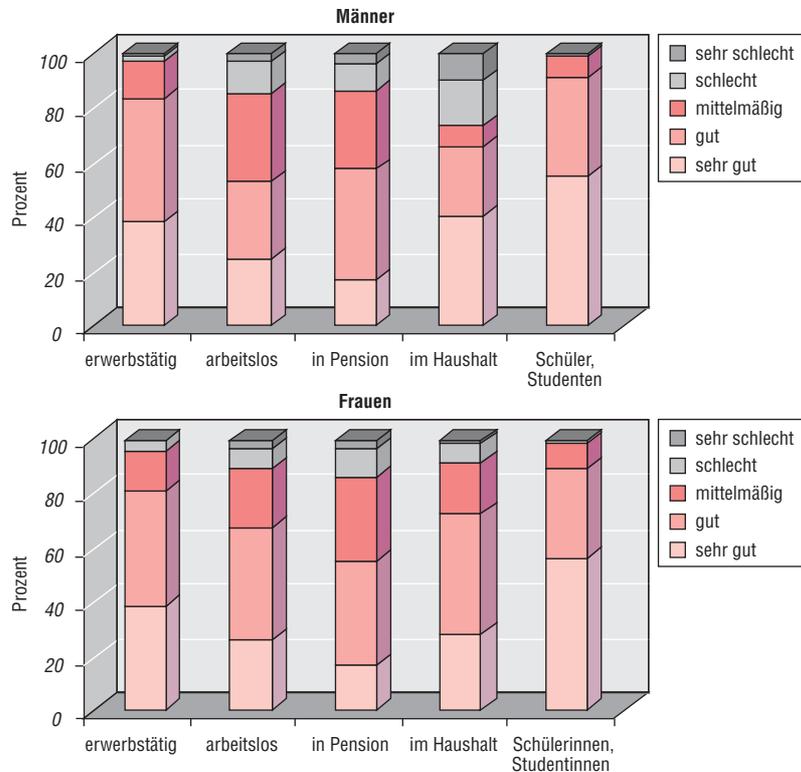
**Tabelle 4.4:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Art des Wohnbezirkes	Personen ab 15 J. in 1.000	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>Männer</b>						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	170,7	32,5	39,8	21,7	4,0	2,0
ArbeiterInnenbezirk	223,1	31,4	45,3	17,0	5,7	0,6
Mischbezirk	182,8	39,2	41,5	14,2	3,5	1,7
Nobelbezirk	50,0	37,0	40,2	12,8	8,4	1,6
gesamt	626,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
<b>Frauen</b>						
ArbeiterInnenbezirk mit hohem AusländerInnenanteil	185,7	31,5	38,0	22,8	6,4	1,4
ArbeiterInnenbezirk	257,9	29,3	44,0	19,9	5,5	1,2
Mischbezirk	210,2	34,8	40,9	17,3	5,5	1,4
Nobelbezirk	59,4	31,8	36,5	22,9	5,8	2,9
gesamt	713,1	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4

Empirisch zeigt sich des Weiteren durchgängig ein schlechterer Gesundheitszustand von Arbeitslosen anhand verschiedener Indikatoren. Analysen mit Aggregat- und Individualdaten deuten zudem auf erhöhte Mortalität Arbeitsloser hin (MARTIKAINEN 1990). Auch die Ergebnisse des Mikrozensus bestätigen die gesundheitliche Benachteiligung Arbeitsloser. Von

den verschiedenen Erwerbsgruppen geben bei den Frauen nur Pensionistinnen, die sich in ihrer Altersstruktur deutlich von anderen Erwerbsgruppen abheben, eine schlechtere Gesundheit an. Bei arbeitslosen Männern liegt der Anteil jener mit zumindest guter Gesundheit sogar knapp unter dem Wert der Pensionisten.

**Grafik 4.3:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



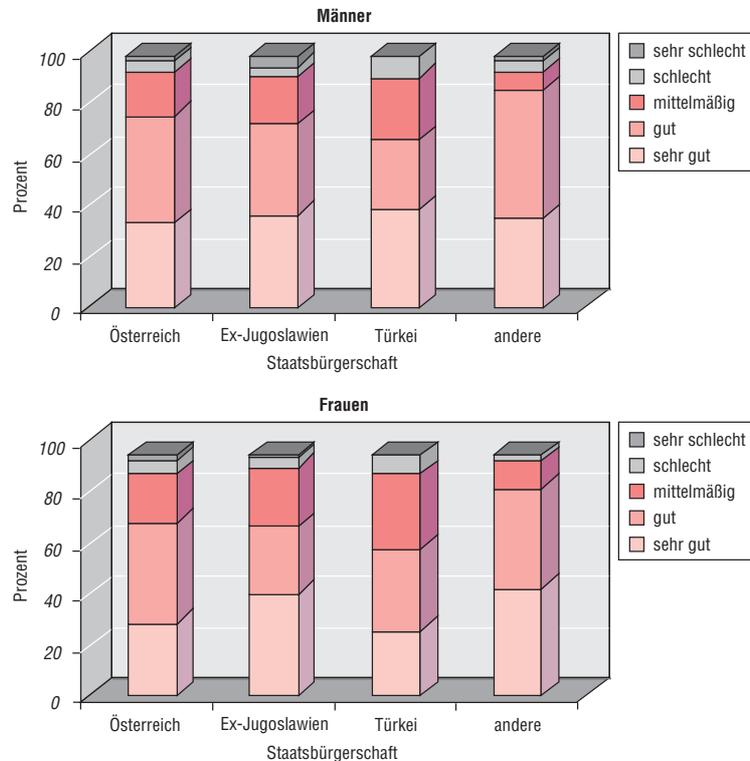
\* Die genauen Werte sind der Tabelle 4.3 im Anhang zu entnehmen (S. 114).

Der Mikrozensus lässt allerdings keine Rückschlüsse darauf zu, inwieweit die gesundheitlichen Defizite Arbeitsloser Ursache für Arbeitslosigkeit sind bzw. aus der Arbeitslosigkeit herrühren. Längsschnittstudien verweisen auf eine verschlechterte Befindlichkeit und Gesundheit von Personen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben und eine Verbesserung nach dem Wiedereintritt ins Berufsleben (STARRIN, SVENSSON, WINTERSBERGER 1989). Eine für die Bundesrepublik Deutschland repräsentative Studie (ELKELES, SEIFERT 1992) verweist darauf, dass der schlechtere Gesundheitszustand der Arbeitslosen dadurch bedingt war, dass Personen, die arbeitslos wurden, bereits vorher gesundheitlich benachteiligt waren und dass es Personen, die gesünder waren, eher gelang, wieder beschäftigt zu werden. Diese Ergebnisse können allerdings nicht über die Bedeutung psychosozialer Beeinträchtigungen durch Arbeitslosigkeit hinwegtäuschen.

Der Gesundheitszustand von MigrantInnen wurde in Österreich erst spät Gegenstand wissenschaftlichen Interesses (vgl. z. B. SPRINGER-KREMSER u. a. 1989, CSITKOVICS u. a. 1997 ). Bei MigrantInnen standen zunächst psychosomatische Probleme sowie die geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Vordergrund. Häufig zu beobachten bei MigrantInnen sind Multimorbidität, psychische und Schmerzsymptome.

Während sich in Wien von den österreichischen StaatsbürgerInnen 76,5 Prozent der Männer und 72,2 Prozent der Frauen zumindest guter Gesundheit erfreuen, sind es von jenen mit Staatsbürgerschaft eines der Staaten Ex-Jugoslawiens 73 Prozent der Männer und 70,5 Prozent der Frauen.

**Grafik 4.4:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 4.4 im Anhang zu entnehmen (S. 114).

Gesundheitlich besonders benachteiligt scheinen die türkischen Staatsbürger und Staatsbürgerinnen. Nur 67,1 Prozent der Männer und 61,0 Prozent der Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft erfreuen sich zumindest guter Gesundheit. (Allerdings schränkt die geringe Befragtenzahl die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ein). Am positivsten beurteilt die heterogene Gruppe mit „anderer“ Staatsbürgerschaft ihre Gesundheit.

#### 4.1.1 Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit

Um zusätzliche Hinweise auf die Ursachen von Gesundheit bzw. Krankheit zu erhalten, wurde mittels multipler Klassifikationsanalyse versucht festzustellen, welchen Einfluss gesundheitsrelevantes Verhalten (Gesundheitsverhalten, Risikofaktoren, etc.) im Vergleich zu sozialstrukturellen Faktoren auf das gesundheitliche Befinden hat. Folgende Faktoren wurden im Modell berücksichtigt: Geschlecht, Alter, Schulbildung, Teilnahme am Erwerbsleben, Rauchgewohnheiten, Body Mass Index, gesundheitsbewusste Ernährung, körperliche

Aktivitäten, psychische Aktivitäten. Insgesamt erklärt das Modell 17 Prozent der Varianz.

Signifikante Effekte auf den subjektiven Gesundheitszustand gehen vom Alter, der Schulbildung, der Teilnahme am Erwerbsleben, den Rauchgewohnheiten, dem Body Mass Index und den körperlichen Aktivitäten aus. Dagegen sind die Faktoren Geschlecht, gesundheitsbewusste Ernährung und psychische Aktivitäten nicht signifikant (vgl. Beta; in der Tabelle werden nur signifikante Beta-Werte ausgewiesen). Die größte Bedeutung für das gesundheitliche Befinden kommt (der Rangreihe nach) der Teilnahme am Erwerbsleben (Beta = 0,18), körperlichen Aktivitäten (0,15), dem Alter (0,14) und Bildungsniveau (0,11) zu. Sieht man vom Einfluss körperlicher Aktivitäten auf die Gesundheit ab, so wirken sich gesundheitsfördernde Verhaltensweisen kaum auf das subjektive Befinden aus, auch die Wirkung gesundheitsriskanten Verhaltens (wie Zigarettenrauchen, Übergewicht) ist im Vergleich zu den Faktoren Teilnahme am Erwerbsleben, Alter und Schulbildung eher gering.

**Tabelle 4.5:** Bestimmungsfaktoren der subjektiven Gesundheit, Multiple Classification Analysis (MCA),  
 Varianzerklärung = 17 Prozent (Personen ab 15 Jahren, nicht hochgerechnete Daten,  $p \leq 0,05$ )

Faktoren	Ausprägungen	Personen ab 15 J.	Abweichung**	
			nicht ange- passt	korrigiert nach Faktoren
Geschlecht n.s.	männlich	2.118	,04	,00
	weiblich	2.612	-,03	,00
Alter Beta=0,14*	15 bis 29	730	,38	,20
	30 bis 44	1.458	,21	,09
	45 bis 59	1.297	-,09	-,10
	60 bis 74	789	-,30	-,07
	75 und mehr	456	-,49	-,23
Schulbildung Beta=0,11	kein Pflichtschulabschluss	44	-,38	-,26
	Pflichtschule	961	-,31	-,17
	Lehrabschluss (Berufsschule)	1.581	-,05	,00
	berufsbildende mittlere Schule	525	,13	,14
	allgemeinbildende höhere Schule	584	,22	,06
	berufsbildende höhere Schule, Nor- malform	330	,10	,01
	berufsbildende höhere Schule, Abi- turentenlehrgang/Kolleg	128	,19	,05
	hochschulverwandte Lehranstalt Universität, Hochschule	80 497	,21 ,25	,06 ,11
Teilnahme am Erwerbsleben Beta=0,18	erwerbstätig	2.604	,20	,12
	arbeitslos	208	-,33	-,28
	in Pension	1.390	-,39	-,22
	im Haushalt	303	-,07	-,04
	SchülerInnen, StudentInnen	186	,53	,23
	sonstige	39	,41	,32
Zigarettenrauchen Beta=0,05	gelegentlich	356	,20	,10
	täglich bis 10 Zigaretten	1.232	,03	,00
	täglich 11 bis 20 Zigaretten	476	,04	-,02
	täglich mehr als 20 Zigaretten	349	-,10	-,10
	aufgehört	665	-,14	-,05
	nie geraucht	1.652	,00	,03
Body Mass Index Beta=0,08	starkes Untergewicht BMI<18	52	,01	-,17
	Untergewicht BMI 18-<20	241	,20	,02
	Normalgewicht BMI 20-<27	3.482	,06	,04
	Übergewicht BMI 27-<30	551	-,19	-,08
	starkes Übergewicht BMI 30+	404	-,38	-,20
gesundheitsbewusste Ernährung n.s.	ja	2.232	,09	,02
	nein	2.498	-,08	-,02
körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung) Beta=0,15	ja	2.048	,23	,15
	nein	2.682	-,17	-,12
psychische Aktivitäten (z. B. autogenes Training) n.s.	ja	240	,14	-,05
	nein	4.490	-,01	,00

\* Der Effekt-Parameter Beta kann zwischen 0 (kein Effekt) und 1 (perfekter Zusammenhang) variieren.

\*\* Positive Werte signalisieren positive, negative Werte negative Effekte.

Unter Bezugnahme auf den Faktor Teilnahme am Erwerbsleben sind entsprechend der nach Faktoren korrigierten, d. h. von den anderen (im Modell berücksichtigten) Faktoren unabhängigen Abweichung vom Mittelwert, bei Arbeitslosen und PensionistInnen die gesundheitlichen Defizite am größten. Am besten schneiden sonstige (nicht näher bezeichnete) Personen sowie SchülerInnen bzw. StudentInnen ab. Während sich der Faktor Alter bei den jüngeren Befragten positiv auf die subjektive Gesundheit auswirkt, ergibt sich bei älteren (ab 45 Jahren) der gegenteilige Effekt. Allerdings lässt der negative Alterseinfluss zwischen 60 und 74 Jahren wieder etwas nach. Möglicherweise bringt das Ausscheiden aus dem Beruf für viele eine gewisse Entlastung, die sich positiv auf das gesundheitliche Befinden auswirkt. Ab 75 Jahren verstärkt sich jedoch der negative Alterseinfluss. Ebenfalls negativ auf das gesundheitliche Befinden wirkt sich auf Grund der damit verbundenen Einstellungen und negativen Lebensbedingungen niedriges Bildungsniveau aus. Am positivsten wirkt sich der Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule und einer Hochschule bzw. Universität aus.

Bezüglich der Auswirkungen des Rauchens auf das gesundheitliche Befinden ist zunächst festzuhalten, dass gelegentliches Rauchen einen positiven Effekt auf das subjektive Befinden hat, der zudem ausgeprägter ist als jener des Nicht-Rauchens. Möglicherweise wirkt gelegentliches Rauchen entspannend und trägt so zur (vorübergehenden) Verbesserung des gesundheitlichen Befindens bei. Allerdings ist in diesem Zusammenhang auf die auch mit gelegentlichem Rauchen verbundenen Gefahren hinzuweisen. So etwa ist gelegentliches Rauchen (insbesondere bei vermehrtem Stress) nicht selten die Vorstufe zu regelmäßigem und starkem Rauchen, mit dem deutliche negative Effekte auf die Gesundheit verbunden sind.

Übergewichtigkeit hat, insbesondere in der extremen Form starken Übergewichts, deutlich negative Auswir-

kungen auf das gesundheitliche Befinden, ebenso gilt dies für starkes Untergewicht. Normal- und Untergewichtigkeit haben nur geringe positive Effekte auf das subjektive Befinden.

Positiv auf das gesundheitliche Befinden wirkt sich gezielte körperliche Aktivität aus, Bewegungsmangel dagegen zeitigt negative Effekte. Im Vergleich dazu spielt die praktizierte gesundheitsbewusste Ernährung nur eine vergleichsweise geringe Rolle für das gesundheitliche Befinden. Es ist zu vermuten, dass in der Bevölkerung mit gesundheitsbewusster Ernährung recht unterschiedliche Vorgaben verknüpft sind, die sich nicht immer positiv auf die Gesundheit auswirken.

Abschließend sei nochmals auf die deutlichen Effekte sozialstruktureller Faktoren auf die Gesundheit verwiesen. Dies zeigt einmal mehr, wie wichtig Gesundheitsförderung im umfassenden Sinne ist. Gesundheitsförderung bedeutet (nach der Definition der WHO) Abkehr von der (alleinigen) Suche nach Risikofaktoren für Krankheiten. Sie zielt darauf ab, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung der Gesundheit zu befähigen“ (WHO, Ottawa Charta 1986). Im Vordergrund dabei stehen Maßnahmen, die Lebensverhältnisse fördern, welche sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Bevölkerungsgruppen und des Einzelnen positiv auswirken (KICKBUSCH und WALTER 1998). Dabei geht es sowohl um die Förderung soziökonomischer, physischer und psychischer Ressourcen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass die Menschen Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen können. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt demnach nicht beim Gesundheitssektor allein, sondern bei allen Politikbereichen. Gesundheitsförderung zielt auf die Schaffung von Lebensbedingungen, die den Menschen positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an Be- und Entlastung erlauben.

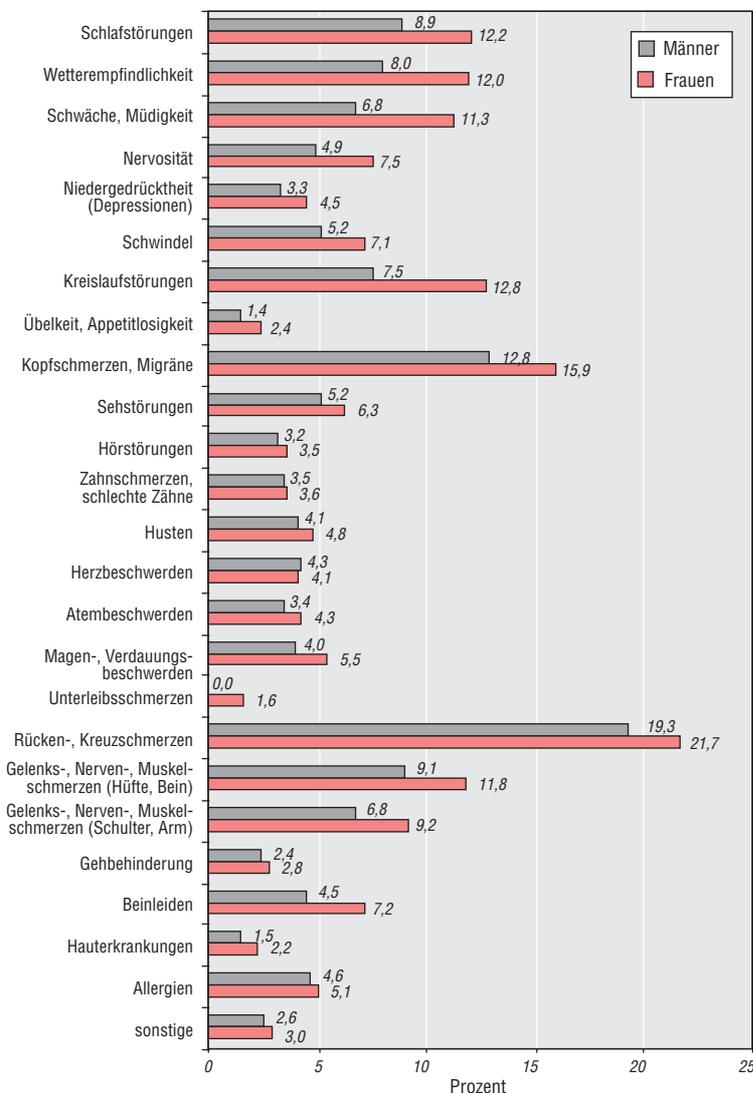
## 4.2 Beschwerden

Im Unterschied zu Krankheiten verbinden sich mit Beschwerden im wesentlichen Komponenten des individuellen Empfindens und Befindens, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigen, in der Regel aber keine Bettlägrigkeit zur Folge haben und auch die gewohnte Tätigkeit nicht behindern. Im Mikrozensus erfasst wurden Allgemeinbeschwerden (wie z. B. Schwäche bzw. Müdigkeit, Schlafstörungen), körpernahe Beschwerden (wie z. B. Rücken- bzw. Kreuzschmerzen, Gelenks-, Nerven und Muskelschmerzen), psychisch körpernahe (z. B. Nervosität) und psychische Beschwerden (Niedergedrücktheit bzw. Depressionen). Die verwendete Beschwerdenliste deckt das Spektrum an Beschwerden sehr gut ab, nur 2,6 Prozent der Männer und 3,0 Prozent der Frauen gaben sonstige Beschwerden an.

Bei den Beschwerden zeigt sich einmal mehr, dass Männer und Frauen unterschiedliche subjektive Gesundheits- bzw. Krankheitskonzepte haben. Frauen haben nicht nur häufiger Beschwerden, sondern geben vermehrt bestimmte Arten von Beschwerden an. Abgesehen von Herz- und Zahnbeschwerden sind alle Arten von Beschwerden bei Frauen häufiger, wobei vor allem

psychische Aspekte emotionaler Befindlichkeit und sozialen Wohlbefindens im Vordergrund stehen. So leiden Frauen deutlich häufiger als Männer unter Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Schwäche bzw. Müdigkeit, Nervosität, „Kreislaufstörungen“ (Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände, kalte Füße), Kopfschmerzen bzw. Migräne. Für Männer bedeutet anscheinend Gesundheit noch immer in erster Linie Leistungsfähigkeit, Funktionieren des Körpers, was z. T. auch mit der stärkeren körperlichen Beanspruchung von Männern zusammenhängen dürfte. Bei beiden Geschlechtern führen Rücken- bzw. Kreuzschmerzen und Kopfschmerzen bzw. Migräne die Rangreihe der Beschwerdenliste an. Am dritthäufigsten sind bei den Männern Gelenks-, Nerven- und Muskelschmerzen an Hüfte bzw. Bein, erst dann folgen Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit und so genannte „Kreislaufstörungen“ (Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände, kalte Füße). Letztere stehen bei den Frauen an dritter Stelle, gefolgt von Schlafstörungen und Wetterempfindlichkeit. Gelenks-, Nerven und Muskelschmerzen an Hüfte bzw. Bein nehmen bei den Frauen in der Rangreihe der Beschwerden erst die sechste Position ein.

**Grafik 4.5:** Beschwerden in Wien 1999 nach Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

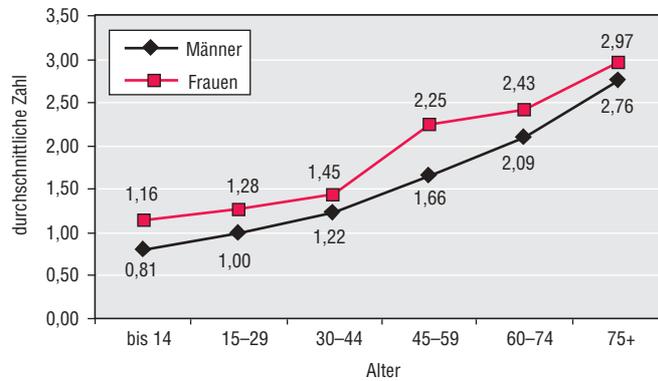


Insgesamt gaben Männer durchschnittlich 1,4, Frauen 1,8 Beschwerden an. Bereits in der Kindheit ist die durchschnittliche Zahl der Beschwerden beim weiblichen Geschlecht höher. Männer lernen anscheinend bereits in der Kindheit, psychosomatische Störungen und Schmerzen nicht auszudrücken. In dieses Bild passt auch der riskantere Umgang mit dem Körper und der Gesundheit männlicher Jugendlicher. Geschlechtsspezifische Gesundheitskonzepte wirken sich nicht nur auf das subjektive Erleben, sondern in der Folge auch

auf ärztliche Diagnosen und therapeutische Entscheidungen aus.

Im Alter nehmen Beschwerden zu, zudem steigt die Wahrscheinlichkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins mehrerer Beschwerden. Während Männer und Frauen mittleren Alters (30 bis 44 Jahre) durchschnittlich 1,2 bzw. 1,5 Beschwerden nannten, steigt die durchschnittliche Zahl der Beschwerden ab 75 Jahren bei den Männern auf 2,8 bzw. bei den Frauen auf 3,0.

**Grafik 4.6:** Durchschnittliche Zahl der Beschwerden in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht



Das subjektive Befinden hängt eng mit dem Vorhandensein von Beschwerden und der Zahl der Beschwerden zusammen. Während von den Personen ohne Beschwerden 53,8 Prozent der Männer und 53,2 Prozent der Frauen ihre Gesundheit als „sehr gut“ beurteilen, re-

duziert sich dieser Anteil bei Vorhandensein einer Beschwerde beinahe um die Hälfte (Männer 27,0 Prozent; Frauen 27,7 Prozent). Bei vier und mehr Beschwerden geben nur mehr 6,2 Prozent der Männer und 8,4 Prozent der Frauen eine „sehr gute“ Gesundheit an.

**Tabelle 4.6:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach der Zahl der Beschwerden und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Zahl der Beschwerden	Personen ab 15 J. in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes				
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>gesamt</b>						
keine	551,4	53,5	39,5	5,9	0,7	0,5
eine	266,3	27,4	50,8	17,9	3,5	0,4
zwei	177,9	21,6	45,8	24,6	5,9	2,1
drei	118,8	15,5	42,2	31,5	9,5	1,3
vier und mehr	225,2	7,6	32,1	39,9	16,0	4,5
gesamt	1.339,6	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4
<b>Männer</b>						
keine	280,3	53,8	40,5	4,7	0,6	0,5
eine	125,0	27,0	52,4	16,9	3,2	0,6
zwei	86,5	19,4	44,1	28,0	5,8	2,7
drei	50,2	17,9	39,0	31,3	10,2	1,5
vier und mehr	84,5	6,2	33,3	39,1	16,9	4,5
gesamt	626,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
<b>Frauen</b>						
keine	271,1	53,2	38,4	7,1	0,8	0,4
eine	141,3	27,7	49,4	18,8	3,8	0,3
zwei	91,4	23,6	47,4	21,3	6,1	1,6
drei	68,6	13,7	44,5	31,6	9,0	1,2
vier und mehr	140,7	8,4	31,3	40,4	15,5	4,5
gesamt	713,1	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4

Über verschiedene, das Erleben von Arbeitslosigkeit beeinflussende Faktoren (wie etwa Art der Arbeitslosigkeit, Höhe der Arbeitslosenunterstützung, Stigmatisierung, etc.) hinaus gilt, dass anhaltende Kränkungen auf Grund von Arbeitslosigkeit, welche die Ressourcen des Individuums übersteigen, Stressoren bilden, die sich auf den psychosozialen und gesundheitlichen Zustand negativ auswirken. Es handelt sich weniger um spezifische Krankheiten als um Befindlichkeitsstörungen und psychosomatische Symptome. Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen können bei

länger anhaltender Arbeitslosigkeit auch zu körperlichen Beeinträchtigungen führen (KURELLA 1992, MASGF 1995, S. 522).

Arbeitslose (Männer wie Frauen) berichten im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich häufiger über Beschwerden. Während von den Erwerbstätigen 49,1 Prozent der Männer und 43,1 Prozent der Frauen beschwerdefrei sind, sind es unter den Arbeitslosen lediglich 42,8 Prozent der Männer und 33,1 Prozent der Frauen. Auch die durchschnittliche Beschwerdezahl ist bei Arbeitslosen deutlich höher.

**Tabelle 4.7:** Vorhandensein von Beschwerden in Wien 1999 nach Erwerbstatus und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

Beschwerden	Männer			Frauen			
	erwerbstätig	arbeitslos	in Pension	erwerbstätig	arbeitslos	in Pension	im Haushalt
<b>Personen in 1.000</b>	407,0	37,7	129,0	332,4	21,7	216,9	82,4
<b>davon haben folgende Beschwerden (in %, Mehrfachnennungen möglich)</b>							
keine	49,1	42,8	25,7	43,1	33,1	25,9	39,6
Schlafstörungen	7,4	15,6	14,2	8,7	19,7	19,4	16,4
Wetterempfindlichkeit	7,0	8,8	14,3	10,0	18,0	17,9	13,3
Schwäche, Müdigkeit	6,2	10,9	11,8	11,2	11,4	15,2	8,2
Nervosität	4,7	10,4	6,9	7,1	10,6	10,4	7,3
Niedergedrücktheit (Depressionen)	2,2	7,7	7,5	4,2	5,4	6,5	3,6
Schwindel	4,0	6,6	8,6	4,8	5,0	12,6	10,6
Kreislaufstörungen	6,0	15,9	13,7	13,1	10,0	17,0	12,9
Übelkeit, Appetitlosigkeit	1,0	2,2	2,7	2,1	1,3	2,5	2,1
Kopfschmerzen, Migräne	12,6	16,8	11,5	19,0	17,0	12,6	18,1
Sehstörungen	3,3	8,5	11,4	4,6	5,9	11,7	3,8
Hörstörungen	2,4	2,6	8,2	2,1	3,3	7,5	3,1
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	3,5	4,6	4,1	3,7	7,2	3,2	3,4
Husten	3,9	6,2	4,7	4,3	1,3	3,8	6,7
Herzbeschwerden	2,5	4,1	14,4	1,8	5,2	11,0	2,7
Atembeschwerden	2,4	4,6	7,3	3,2	4,2	6,6	4,4
Magen-, Verdauungsbeschwerden	3,3	7,2	8,8	5,8	10,0	6,6	3,6
Unterleibsschmerzen	-	-	-	1,9	2,5	1,2	0,7
Rücken-, Kreuzschmerzen	21,7	25,9	24,5	21,9	22,2	29,9	21,9
Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Hüfte, Bein)	8,1	9,4	20,0	8,5	6,3	20,5	14,4
Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Schulter, Arm)	6,8	11,6	11,7	6,6	10,0	16,5	8,7
Gehbehinderung	1,3	5,2	7,8	1,0	0,0	7,6	2,8
Beinleiden	3,4	4,9	10,5	4,7	8,5	13,8	7,5
Beschwerden durch Hauterkrankungen	1,6	0,0	1,6	1,6	1,8	2,3	1,7
Beschwerden durch Allergien	4,3	1,9	4,2	6,3	2,9	3,5	5,4
sonstige	1,8	2,9	5,8	2,3	2,3	4,6	4,6
durchschnittliche Zahl der Beschwerden	1,22	1,94	2,36	1,61	1,92	2,64	1,88

Arbeitslose Männer leiden häufiger an nahezu allen Arten von Beschwerden als erwerbstätige, lediglich Be-

schwerden durch Hauterkrankungen und Allergien finden sich bei erwerbstätigen häufiger. Arbeitslose Männer

berichten in etwa doppelt so häufig wie erwerbstätige über Schlafstörungen, Nervosität, Atembeschwerden, Magen- und Verdauungsbeschwerden sowie Gelenks-, Nerven- und Muskelschmerzen an Schulter und Arm. „Kreislauf-“ und Sehstörungen finden sich bei arbeitslosen Männern zweieinhalbmal häufiger, Niedergedrückt-heit (Depressionen) dreieinhalbmal und Gehbehinderungen viermal häufiger als bei erwerbstätigen. Arbeitslose Frauen leiden zwar ebenfalls unter einer Reihe von Beschwerden häufiger als erwerbstätige (jedoch nicht so durchgängig wie die Männer). Bei arbeitslosen Frauen sind Schlafstörungen, Wetterempfindlichkeit, Probleme mit den Zähnen, Herzbeschwerden, Magen- und Verdauungsbeschwerden, Gelenks- Nerven- und Muskel-

schmerzen an Schulter, Armen und Beinen im Vergleich häufiger als bei erwerbstätigen Frauen.

### 4.3 Erkrankungen und Verletzungen

Im Mikrozensus ermittelt wurden die (mit einer Behinderung der gewohnten Tätigkeit oder Bettlägrigkeit verbundene) Zahl der Erkrankungen bzw. Verletzungen im Jahr vor der Befragung.<sup>3</sup> Subjektive Angaben zu Erkrankungen können erheblich von den durch Ärzte diagnostizierten Befunden abweichen. Beim Rückblick auf das Jahr vor der Befragung spielt auch das Erinnerungsvermögen der Befragten eine Rolle.

**Tabelle 4.8:** Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht und in Österreich

Alter	Personen in 1.000	nie	einmal	zweimal	dreimal	viermal und öfter
		in %				
<b>Männer</b>						
0 bis 14	122,8	51,1	31,0	10,4	5,0	2,5
15 bis 29	140,2	51,9	34,8	9,2	1,9	2,2
30 bis 44	208,5	53,8	31,2	11,3	2,2	1,5
45 bis 59	160,1	53,9	32,3	8,5	3,0	2,4
60 bis 74	83,4	56,4	26,3	11,7	2,4	3,2
75 und mehr	34,3	46,7	33,0	13,5	5,3	1,5
gesamt	749,3	53,0	31,6	10,3	2,9	2,2
<b>Frauen</b>						
0 bis 14	117,2	47,7	34,0	11,1	4,9	2,4
15 bis 29	145,2	51,0	34,9	9,3	3,4	1,4
30 bis 44	205,7	54,3	30,7	9,9	2,9	2,3
45 bis 59	168,5	51,4	30,5	10,9	4,1	3,1
60 bis 74	110,8	56,0	25,5	12,8	3,6	2,1
75 und mehr	83,0	49,3	27,7	12,9	6,9	3,3
gesamt	830,4	51,9	30,9	10,9	4,0	2,4
<b>gesamt</b>						
Wien	1.579,7	52,4	31,2	10,6	3,5	2,3
Österreich	7.958,1	50,3	33,2	10,8	3,5	2,1

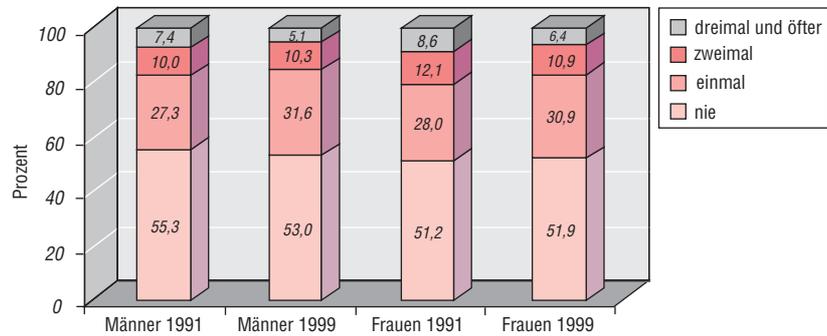
Beinahe die Hälfte der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung war in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindesten einmal krank, Frauen der Tendenz nach häufiger als Männer. Vor allem oftmaliges Krank-Sein war bei Frauen häufiger. Die Erkrankungshäufigkeit in Wien weicht nur geringfügig vom österreichischen Durchschnitt ab. In Wien waren an-

teilsmäßig weniger Personen krank, vor allem der Anteil jener Personen, die nur einmal krank waren, ist etwas niedriger.

Am häufigsten krank waren ältere Personen (ab 75 Jahren) und Kinder, am seltensten Personen zwischen 60 und 74 Jahren.

<sup>3</sup> Wenn in der Folge von Erkrankungen gesprochen wird, sind jeweils auch Verletzungen miteingeschlossen.

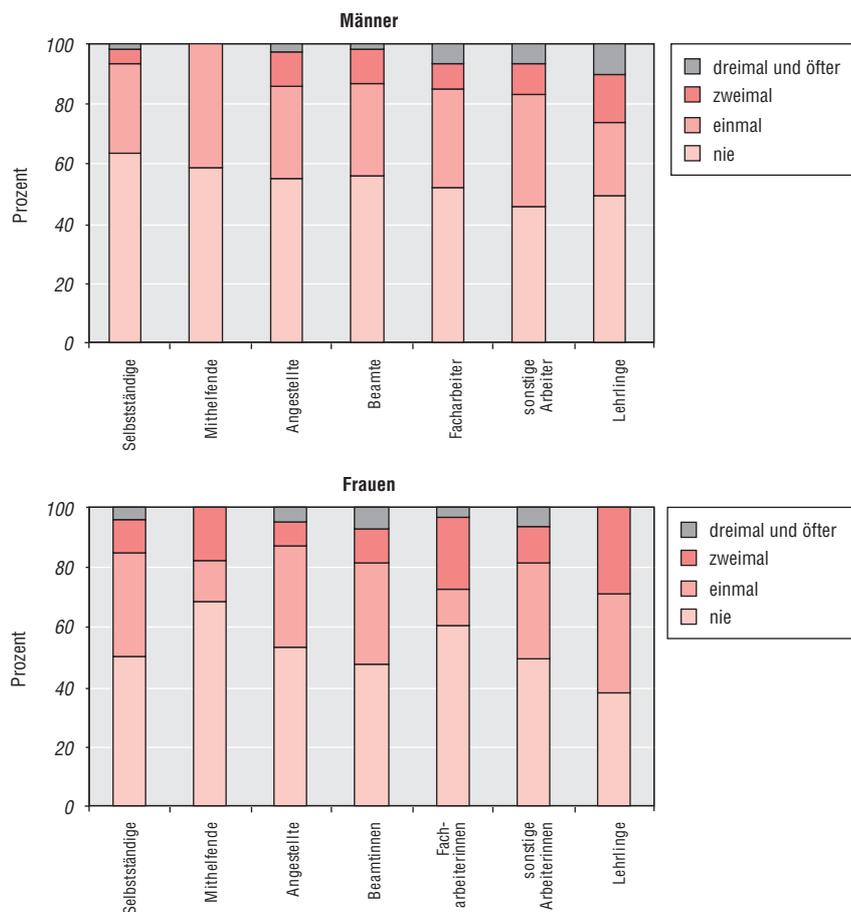
**Grafik 4.7:** Erkrankungshäufigkeit in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht



Während im Vergleich zu 1991 bei den Männern der Anteil jener, die nie krank waren der Tendenz nach rückläufig war, gab es bei den Frauen keine merkbare

Veränderung. Im Vergleich zu 1991 sind bei beiden Geschlechtern die Anteile jener, die einmal krank waren, gestiegen, dagegen war oftmaliges Krank-Sein seltener.

**Grafik 4.8:** Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 4.5 im Anhang zu entnehmen (S. 115).

Am häufigsten erkrankten von den Männern Arbeiter, Lehrlinge und Facharbeiter, am seltensten Selbstständige und Mithelfende. Auch oftmaliges Krank-Sein (dreimal und öfter) kam bei Arbeitern, Lehrlingen und Facharbeitern am häufigsten vor. Von den Frauen waren Lehrlinge, Arbeiterinnen und Beamtinnen am häufigsten krank, Mithelfende und Facharbeiterinnen am seltensten. Oftmaliges Krank-Sein (dreimal und öfter) war bei Beamtinnen und Arbeiterinnen am häufigsten.

Der häufigste Erkrankungsgrund waren (bei Männern wie Frauen) Erkältungskrankheiten (einschließlich Grippe, Angina, akute Bronchitis). Etwa ein Viertel der Wiener Bevölkerung erkrankte im Jahr vor der Befragung daran. Dem folgen (unter Bezugnahme auf die Einzelerkrankungen)<sup>4</sup> sonstige Krankheiten, Hals-Na-

sen und Ohrenkrankheiten sowie Schäden an der Wirbelsäule. Bei den Männern sind in der Folge Erkrankungen auf Grund erhöhten Blutdrucks und Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein) zu nennen. Zwischen ein und zwei Prozent der Männer in Wien hatten Darmerkrankungen, andere Verletzungen, sonstige Hautkrankheiten, andere Herzerkrankungen, Knochenbrüche, Prellungen (einschließlich Zerrungen, Quetschungen), Prostataerkrankungen, Zuckerkrankheit, Nierensteine bzw. Nierenentzündung. Bei den Männern spielen verletzungsbedingte Erkrankungen (Prellungen (einschließlich Zerrungen, Quetschungen), Knochenbrüche, andere Verletzungen) eine etwas größere Rolle als bei Frauen. 4,2 Prozent der Männer und 3,5 Prozent der Frauen gaben verletzungsbedingte Erkrankungen an.

<sup>4</sup> Eine nachträgliche Zusammenfassung der angegebenen Krankheiten zu Krankheitsgruppen entsprechend der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) erschien uns nicht sinnvoll, da das Krankheitsspektrum nicht vollständig erhoben werden konnte.

**Tabelle 4.9:** Art der Erkrankungen von Männern in Wien 1999 nach Alter (bis zu vier Nennungen möglich)

Krankheiten im Jahr vor der Befragung	gesamt	Alter					
		bis 14	15 bis 29	30 bis 44	45 bis 59	60 bis 74	75 +
<b>Männer in 1.000</b>	749,3	122,8	140,2	208,5	160,1	83,4	34,3
<b>davon hatten folgende Krankheit (in %, bis zu vier Nennungen möglich)</b>							
Zuckerkrankheit	1,1	0,4	0,2	0,6	1,1	3,2	4,1
erhöhter Blutdruck	2,1	2,1	1,0	0,6	3,1	3,5	7,9
niedriger Blutdruck	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	1,0	0,0
Herzinfarkt	0,2	0,0	0,0	0,2	0,3	0,6	0,6
andere Herzerkrankungen	1,3	0,5	0,0	0,7	1,3	3,7	6,9
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,5	0,2	0,2	0,2	0,3	1,2	4,3
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	0,6	0,2	0,0	0,7	0,4	0,8	4,0
Augenkrankheiten	0,9	0,5	0,9	0,3	0,7	2,1	3,6
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	2,2	5,3	1,9	1,9	1,6	0,5	1,3
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	24,3	26,9	28,8	26,9	21,2	16,7	13,7
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	0,7	0,5	0,5	0,7	0,6	1,1	1,1
Lungenasthma	0,5	0,4	0,8	0,3	0,2	1,2	0,6
Lungenentzündung	0,5	0,7	0,6	0,2	0,4	0,6	0,0
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,4	0,0	0,3	0,7	0,1	0,6	0,0
andere Magenkrankheiten (z. B. Gastritis)	0,7	0,2	0,8	0,9	0,6	0,9	1,8
Darmerkrankungen	1,8	2,4	1,7	1,8	2,0	0,6	1,3
Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,4	0,5	0,4	0,1	0,7	0,3	0,6
Leberkrankheiten	0,3	0,0	0,2	0,2	0,6	0,3	0,0
Nierensteine, Nierenentzündung	1,0	0,9	0,8	1,0	1,3	1,1	1,1
Stoffwechselstörungen (z. B. Gicht)	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	1,1	0,7
Hautallergien	0,3	0,0	0,5	0,4	0,6	0,0	0,6
sonstige Hautkrankheiten	1,4	3,4	1,0	1,6	0,5	0,7	0,9
Schäden an der Wirbelsäule	2,2	0,5	1,7	1,4	4,5	3,4	1,0
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	2,0	0,6	0,3	2,1	3,8	2,2	5,0
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	0,8	0,0	0,4	0,9	1,6	1,0	1,0
Gefäßstörungen an den Beinen	0,5	0,0	0,0	0,5	0,7	1,5	1,2
Gelenksrheumatismus	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,6	2,0
Nervenentzündungen, Neuralgien, Ischias	0,9	0,2	0,2	1,1	1,5	1,6	0,9
Prostataerkrankungen	1,2	1,2	0,5	0,7	0,4	3,7	4,4
Kinderkrankheiten (z. B. Röteln, Masern, Scharlach)	0,7	3,0	0,8	0,0	0,3	0,0	0,0
Knochenbrüche	1,3	1,3	1,6	1,4	0,7	0,2	3,9
Prellungen, Zerrungen, Quetschungen	1,2	0,8	1,5	1,8	0,8	0,8	0,6
andere Verletzungen	1,7	1,4	2,1	2,1	1,6	0,6	0,9
sonstige Krankheiten	4,0	4,3	4,8	3,1	4,1	3,9	4,5
durchschnittliche Zahl der Erkrankungen	0,58	0,59	0,54	0,55	0,58	0,61	0,80

Bei den Frauen waren neben Erkältungskrankheiten (einschließlich Grippe, Angina, akute Bronchitis), sonstige Krankheiten, Hals-Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein) und gynäkologische Erkrankungen die häufigsten Krankheitsgründe. Zwischen ein und zwei Prozent der Frauen gaben Darmerkrankun-

gen, erhöhten Blutdruck, andere Herzkrankheiten, Knochenbrüche, niedrigen Blutdruck, Prellungen (einschließlich Zerrungen und Quetschungen), Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm) und Lungenentzündung als Grund für Bettlägrigkeit bzw. Unterbrechung der gewohnten Tätigkeit an.

**Tabelle 4.10:** Art der Erkrankungen von Frauen in Wien 1999 nach Alter (bis zu vier Nennungen möglich)

Krankheiten im Jahr vor der Befragung	gesamt	Alter					
		bis 14	15 bis 29	30 bis 44	45 bis 59	60 bis 74	75 +
<b>Frauen in 1.000</b>	830,4	117,2	145,2	205,7	168,5	110,8	83,0
<b>davon hatten folgende Krankheit (in %, bis zu vier Nennungen möglich)</b>							
Zuckerkrankheit	0,8	0,0	0,5	0,5	0,9	1,2	2,1
erhöhter Blutdruck	1,7	0,0	0,3	0,4	2,4	4,4	4,9
niedriger Blutdruck	1,3	0,8	1,9	1,0	1,7	1,0	0,9
Herzinfarkt	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,0
andere Herzerkrankungen	1,4	0,2	0,2	0,5	1,4	3,2	5,4
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	1,7
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	0,6	0,0	0,0	0,3	0,8	1,3	1,5
Augenkrankheiten	0,9	0,2	0,3	0,5	0,4	1,5	4,1
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	3,2	5,1	3,5	3,9	1,8	2,0	2,5
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	25,7	28,9	31,2	27,2	24,0	18,7	20,7
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	0,8	1,5	0,7	1,2	0,4	0,8	0,3
Lungenasthma	0,4	0,4	0,7	0,0	0,7	0,2	0,6
Lungenentzündung	1,0	0,7	1,0	0,3	1,5	1,0	2,3
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,6	0,6	0,3	0,6	0,4	0,9	1,0
andere Magenkrankheiten (z. B. Gastritis)	0,9	1,3	1,8	0,9	0,9	0,2	0,3
Darmerkrankungen	1,8	2,2	1,0	1,9	2,0	2,4	1,3
Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,6	0,3	0,2	0,8	1,0	0,9	0,3
Leberkrankheiten	0,4	0,5	0,0	0,2	0,8	0,0	0,7
Nierensteine, Nierenentzündung	0,9	1,4	0,9	0,9	0,6	0,9	1,2
Stoffwechselstörungen (z. B. Gicht)	0,3	0,3	0,0	0,5	0,1	0,2	0,9
Hautallergien	0,8	0,9	1,3	0,6	0,7	0,5	1,5
sonstige Hautkrankheiten	0,5	0,9	0,2	0,3	1,0	0,3	0,5
Schäden an der Wirbelsäule	2,5	0,7	1,5	2,7	4,2	2,9	1,8
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	2,3	1,0	1,3	1,1	2,7	3,1	6,6
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	1,1	0,2	0,1	0,4	1,6	1,9	3,0
Gefäßstörungen an den Beinen	0,5	0,0	0,0	0,2	0,4	1,5	1,7
Gelenksrheumatismus	0,8	0,7	0,0	0,5	1,1	1,3	2,1
Nervenentzündungen, Neuralgien, Ischias	0,7	0,0	0,2	1,1	0,6	1,8	0,3
gynäkologische Erkrankungen	2,1	2,7	2,9	2,4	2,5	0,7	0,0
Kinderkrankheiten (z. B. Röteln, Masern, Scharlach)	0,3	1,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Knochenbrüche	1,4	3,3	0,5	1,2	1,0	1,2	1,7
Prellungen, Zerrungen, Quetschungen	1,2	0,8	1,2	0,5	1,8	0,9	2,6
andere Verletzungen	0,9	0,9	0,6	0,6	1,8	1,1	0,7
sonstige Krankheiten	3,7	4,0	3,0	3,7	4,1	4,0	3,7
durchschnittliche Zahl der Erkrankungen	0,63	0,62	0,57	0,57	0,66	0,63	0,79

Das Krankheitsprofil unterscheidet sich nicht nur nach dem Geschlecht, sondern ist auch durch das Lebensalter geprägt. Bei den männlichen Kindern (bis 14 Jahre) dominierten neben den Erkältungskrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, sonstige Krankheiten, sonstige Hautkrankheiten, Kinderkrankheiten, Darmerkrankungen, erhöhter Blutdruck und andere Verletzungen. Bei Männern mittleren Alters (30 bis 44 Jahre) standen neben den Erkältungskrankheiten, sonstige Krankheiten, andere Verletzungen, Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein), Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Prellungen (Zerrungen, Quetschungen) und Darmerkrankungen im Vordergrund. Die häufigsten Erkran-

kungsgründe älterer Männer (75 und mehr Jahre) waren neben Erkältungskrankheiten, erhöhter Blutdruck, andere Herzerkrankungen, Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein), sonstige Krankheiten, Prostataerkrankungen, Hirngefäßerkrankungen und Zuckerkrankheit.

Bei den Mädchen (bis 14 Jahre) waren Erkältungskrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, sonstige Krankheiten, Knochenbrüche, gynäkologische Erkrankungen, Darmerkrankungen, Kinderkrankheiten und chronische Bronchitis die häufigsten Krankheitsursachen. Im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre) dominierten bei Frauen neben Erkältungskrankheiten,

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, sonstige Krankheiten, Schäden an der Wirbelsäule, gynäkologische Erkrankungen, Darmerkrankungen, Knochenbrüche und chronische Bronchitis. Bei den älteren Frauen (75 und mehr Jahre) waren neben den Erkältungskrankheiten, Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein), andere Herzerkrankungen, erhöhter Blutdruck, Augenkrankheiten, sonstige Krankheiten, Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm), Prellungen (Zerungen, Quetschungen) die häufigsten Ursachen für das Krank-Sein.

#### 4.4 Chronische Erkrankungen

Die steigende Lebenserwartung und ein durch ungesunde Ernährung, wenig Bewegung bei sitzender Tätigkeit, Rauchen, etc. gekennzeichneter Lebensstil großer Teile der Bevölkerung hat zur Zunahme einer Reihe chronischer Erkrankungen geführt. Über deren Verbreitung in der Wiener Bevölkerung weiß man, abgesehen von Einzelaufnahmen, etwa im Rahmen des Wiener Sozial- und Gesundheitssurveys (2001), relativ wenig. Gesetzliche Vorgaben für die statistische Erfassung chronischer Krankheiten (wie z. B. bei den Todesursachen) fehlen. In der Diagnosestatistik der Krankenanstalten, die fallbezogen geführt wird, scheinen nur die in den Krankenanstalten behandelten Fälle auf. Im ambulanten Bereich gibt es keine Routinestatistik, die Aufschluss über die Häufigkeit chronischer Erkrankungen und deren Entwicklung geben könnte. Regelmäßig erfasst werden in Österreich lediglich die Neuerkrankungen an Krebs durch das Österreichische Krebsregister. Daher wurden Krebserkrankungen im Mikrozensus nicht gesondert ermittelt.

Anhaltspunkte über die Verbreitung wichtiger chronischer Krankheiten können zur Zeit nur aus Gesundheitsbefragungen gewonnen werden. Im Mikrozensus wurde die Prävalenz (Zahl der Erkrankten zum Befragungszeitpunkt) einer Vielzahl chronischer Krankheiten ermittelt. Angemerkt sei, dass es sich dabei um subjektive, d. h. nicht durch ärztliche Diagnosen validierte Angaben handelt. Unter chronischen Erkrankungen

werden hier Erkrankungen verstanden, an denen Personen „dauernd (chronisch)“ leiden. Den Befragten wurde eine Liste mit 30 verschiedenen Krankheiten (einschließlich „sonstiger“) vorgelegt, möglich waren maximal vier Nennungen pro befragter Person. Die vorgegebene Liste deckt anscheinend das Spektrum chronischer Erkrankungen relativ gut ab. In Wien erwähnten nur zwischen 1,7 Prozent (Männer) und 2,6 Prozent (Frauen) sonstige chronische Erkrankungen. Bei der folgenden Darstellung ist zu beachten, dass vor allem bei Erkrankungen, von denen nur Bruchteile der Bevölkerung betroffen sind, mit Einschränkungen der Zuverlässigkeit der Daten zu rechnen ist.

28,0 Prozent der Männer und 31,2 Prozent der Frauen in Wien haben eine (oder mehrere) chronische Erkrankung(en). Der Anteil der Betroffenen ist damit etwas höher als im gesamten Bundesgebiet. In Österreich leiden 25,5 Prozent Männer und 29,3 Prozent der Frauen an chronischen Erkrankungen. Entsprechend höher ist auch die durchschnittliche Zahl der chronischen Erkrankungen in der Wiener Bevölkerung. Während im gesamten Bundesgebiet (bei vier möglichen Nennungen) von Männern 0,38 und von Frauen 0,48 chronische Krankheiten angegeben wurden, wurde in Wien für Männer ein Durchschnittswert von 0,41 und für Frauen von 0,55 errechnet. Frauen sind nicht nur häufiger, sondern auch von durchschnittlich mehr chronischen Krankheiten betroffen.

Sieht man von sonstigen chronischen Erkrankungen ab, so leiden Männer in Wien am häufigsten unter erhöhtem Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule, Zuckerkrankheit, Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein), anderen Herzerkrankungen, Lungenasthma, Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm), Hautallergien, Augenkrankheiten, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Bei den Frauen dominieren ebenfalls erhöhter Blutdruck und Schäden an der Wirbelsäule, jedoch gefolgt von Gelenkserkrankungen (Hüfte, Bein), niedrigem Blutdruck, anderen Herzerkrankungen, Zuckerkrankheit, Gelenkserkrankungen (Schulter, Arm), Gelenksrheumatismus, Augenkrankheiten, Gefäßstörungen an den Beinen und Hautallergien.

Tabelle 4.11: Chronische Erkrankungen von Männern 1999 in Österreich und in Wien nach Alter

chronische Erkrankungen	Österreich		Wien					
	Männer	Männer	davon im Alter von					
			0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75 +
<b>in 1.000</b>	3.857,2	749,3	122,8	140,2	208,5	160,1	83,4	34,3
<b>davon haben (in %, bis zu vier Nennungen möglich)</b>								
Zuckerkrankheit	2,0	2,7	1,1	1,1	2,0	3,1	7,4	6,9
erhöhter Blutdruck	4,9	7,2	4,7	1,9	4,3	8,9	20,6	15,1
niedriger Blutdruck	0,8	0,6	0,0	0,0	0,3	1,2	1,8	0,7
Herzinfarkt	0,5	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3	2,2	0,9
andere Herzerkrankungen	1,9	2,4	0,5	1,4	1,3	2,2	6,1	11,7
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,5	0,5	0,0	0,0	0,1	0,9	0,8	4,4
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	0,8	1,0	0,4	1,2	0,5	0,5	2,1	3,7
Augenkrankheiten	1,1	1,4	0,6	0,5	0,9	2,0	3,3	4,8
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,5	1,4	0,8	1,6	1,0	1,5	1,7	2,8
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	0,6	0,2	0,0	0,3	0,1	0,4	0,3	0,0
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	1,6	1,3	1,3	0,5	1,3	1,5	2,0	2,4
Lungenasthma	1,4	1,9	1,9	2,7	1,1	1,3	2,9	4,0
Lungenentzündung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,5	0,6	0,0	0,0	1,2	0,5	1,7	0,0
andere Magenkrankheiten (z. B. Gastritis)	1,0	1,2	0,3	0,7	1,3	2,1	1,1	2,4
Darmerkrankungen	0,4	0,4	0,3	0,1	0,3	0,3	1,2	1,6
Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,5
Leberkrankheiten	0,5	0,4	0,0	0,2	0,5	0,6	0,3	1,5
Nierensteine, Nierenentzündung	0,3	0,4	0,0	0,6	0,3	0,8	0,4	0,5
Stoffwechselstörungen (z. B. Gicht)	0,8	0,8	1,2	0,1	0,6	0,7	0,9	2,5
Hautallergien	1,4	1,6	1,2	1,8	1,6	1,6	2,0	0,6
sonstige Hautkrankheiten	0,8	1,0	1,3	1,3	0,8	0,9	0,9	1,5
Schäden an der Wirbelsäule	5,5	5,7	2,9	3,7	4,8	8,5	9,7	6,2
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	3,2	2,7	1,1	1,1	1,5	3,9	6,2	7,9
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	1,5	1,6	1,4	0,7	0,9	2,9	3,0	1,4
Gefäßstörungen an den Beinen	0,9	1,1	1,1	0,4	1,1	0,9	2,1	2,0
Gelenksrheumatismus	0,9	0,4	0,0	0,0	0,6	0,4	1,0	1,3
Nervenentzündungen, Neuralgien, Ischias	0,5	0,3	0,0	0,2	0,1	0,7	0,8	0,0
sonstige chronische Krankheiten	2,2	1,7	1,0	1,1	1,9	2,5	2,1	1,5
keine	74,5	72,0	83,5	81,7	76,8	64,5	52,4	45,6
durchschnittliche Zahl der Erkrankungen	0,38	0,41	0,23	0,23	0,31	0,52	0,85	0,89

Frauen sind (abgesehen von gynäkologischen Erkrankungen) häufiger als Männer von niedrigem Blutdruck, anderen Herzkrankheiten, Venenentzündung (-thrombosen, Krampfadern), Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (inkl. Schwerhörigkeit), Erkältungskrankheiten (Grippe, Angina, akute Bronchitis), chronischer Bronchitis (Lungenemphysem), Gallenblasenentzündung (Gallensteine), Hautallergien, Schä-

den an der Wirbelsäule, Erkrankungen der Gelenke an Hüfte, Bein sowie Schulter, Arm, Gefäßstörungen an den Beinen, Gelenksrheumatismus, Nervenentzündung (Neuralgien, Ischias) und sonstigen Krankheiten betroffen. Männer dagegen leiden häufiger an Lungenasthma und sonstigen Hautkrankheiten. Bei den restlichen chronischen Erkrankungen ergeben sich keine (nennenswerten) Geschlechtsunterschiede.

Tabelle 4.12: Chronische Erkrankungen von Frauen 1999 in Österreich und in Wien nach Alter

chronische Erkrankungen	Österreich	Wien						
	Frauen	Frauen	davon im Alter von					
			0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75 +
<b>in 1.000</b>	4.100,9	830,4	117,2	145,2	205,7	168,5	110,8	83,0
<b>davon haben (in %, bis zu vier Nennungen möglich)</b>								
Zuckerkrankheit	2,3	2,9	0,8	1,1	2,3	2,4	6,4	6,5
erhöhter Blutdruck	6,4	7,0	2,7	1,6	3,4	9,6	14,4	16,3
niedriger Blutdruck	2,5	3,4	2,0	3,6	3,3	4,9	2,8	2,5
Herzinfarkt	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6	0,9
andere Herzerkrankungen	2,2	2,9	2,1	0,7	1,1	2,2	6,1	9,9
Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall)	0,4	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,8
Venenentzündungen, -thrombosen, Krampfadern	2,0	1,9	0,3	0,4	1,0	2,9	4,3	3,7
Augenerkrankungen	1,7	2,1	2,0	1,0	1,6	1,6	3,4	4,6
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)	1,5	1,9	1,4	2,3	1,1	1,9	3,3	2,0
Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis	0,5	0,6	1,0	0,6	0,3	1,1	0,2	0,0
chronische Bronchitis, Lungenemphysem	1,6	1,7	2,1	1,1	1,4	2,1	1,5	2,1
Lungenasthma	1,2	1,2	0,3	2,0	0,7	1,3	1,2	2,2
Lungenentzündung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre	0,5	0,7	0,7	0,4	0,4	1,0	0,9	0,7
andere Magenkrankheiten (z. B. Gastritis)	1,1	1,2	0,9	0,9	1,1	1,7	1,8	1,1
Darmerkrankungen	0,5	0,5	0,0	0,3	0,3	1,0	0,7	0,3
Gallenblasenentzündungen, Gallensteine	0,5	0,3	0,0	0,2	0,0	0,6	0,7	1,0
Leberkrankheiten	0,2	0,5	0,5	0,1	0,1	0,6	0,0	1,9
Nierensteine, Nierenentzündung	0,3	0,5	0,0	0,2	0,6	0,3	0,2	2,2
Stoffwechselstörungen (z. B. Gicht)	0,8	0,9	0,3	0,4	0,5	0,7	2,2	2,1
Hautallergien	1,8	2,1	2,2	2,5	1,5	2,8	1,6	1,6
sonstige Hautkrankheiten	0,6	0,6	0,0	0,8	0,4	0,8	0,5	0,8
Schäden an der Wirbelsäule	5,7	6,9	2,7	4,1	5,1	9,1	12,8	9,7
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	3,9	4,0	0,2	2,0	1,9	5,1	8,5	9,5
Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm)	2,3	2,8	0,2	0,8	2,2	4,3	4,9	5,2
Gefäßstörungen an den Beinen	1,6	2,1	1,3	1,1	0,9	2,4	4,7	3,8
Gelenksrheumatismus	2,1	2,4	1,6	0,9	1,3	2,7	4,8	5,1
Nervenzündungen, Neuralgien, Ischias	0,9	0,9	0,0	1,0	0,7	1,1	1,1	1,6
gynäkologische Erkrankungen	0,3	0,2	0,0	0,0	0,4	0,4	0,2	0,3
sonstige chronische Krankheiten	2,8	2,6	1,9	1,1	2,7	3,3	2,9	3,9
keine	70,7	68,8	84,3	79,8	77,9	59,0	52,1	47,5
durchschnittliche Zahl der Erkrankungen	0,48	0,55	0,27	0,31	0,37	0,68	0,94	1,03

Im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet sind in Wien bei den Männern vor allem Zuckerkrankheit, erhöhter Blutdruck, andere Hauterkrankungen und Lungenasthma stärker verbreitet, bei den Frauen ebenfalls Zuckerkrankheit und erhöhter Blutdruck sowie des Weiteren niedriger Blutdruck, andere Herzerkrankungen, Augenerkrankungen, Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit), Leberkrankheiten, Nierensteine (Nierenentzündung), Hautallergien, Schäden an der Wirbelsäule, Gelenkerkrankungen (Schulter, Arm), Gefäßstörungen an den Beinen und Gelenksrheumatismus.

Im Alter nehmen chronische Erkrankungen zu, das Krankheitsspektrum erweitert sich, die Multimorbidität,

d. h. das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer chronischer Erkrankungen steigt. Während von den 15- bis 29-Jährigen 18,3 Prozent der Männer und 20,2 Prozent der Frauen an chronischen Krankheiten leiden, sind es von den 30- bis 44-Jährigen bereits 35,5 Prozent der Männer und 41,0 Prozent der Frauen. Im Alter von 75 und mehr Jahren sind 54,4 Prozent der Männer und 52,2 Prozent der Frauen von chronischen Krankheiten betroffen.

Vor allem unter den älteren Frauen steigt (auf Grund des höheren Durchschnittsalters) die Multimorbidität deutlich an. Während die 15- bis 29-jährigen Männer (bei vier möglichen Nennungen) durchschnittlich 0,27 und Frauen 0,31 chronische Erkrankungen haben, sind

es im Alter von 33 bis 44 Jahren bei den Männern bereits 0,52 und bei den Frauen 0,68. Von 75-jährigen und älteren Männern wurden durchschnittlich 0,98 chronische Erkrankungen genannt, von den Frauen dieses Alters 1,03.

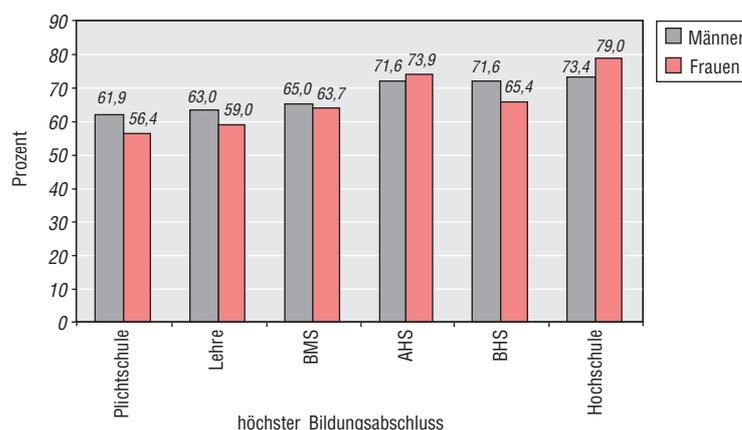
Die meisten chronischen Erkrankungen zeigen eine starke Altersabhängigkeit, wie etwa Zuckerkrankheit, erhöhter Blutdruck, andere Herzkrankheiten, Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfall), Venenentzündung (-thrombosen, Krampfadern), Augenkrankheiten, Gelenkerkrankungen, Gefäßstörungen an den Beinen. Bei einzelnen chronischen Krankheiten (wie etwa bei Herzinfarkten, Schäden an der Wirbelsäule, Leberkrankheiten) ist zwar ein Ansteigen mit dem Alter zu beobachten, im höheren Alter allerdings wieder ein leichter Rückgang. Dagegen unterliegen Hautallergien und Erkältungskrankheiten (Grippe, Angina, chronische Bronchitis) keinem (einheitlichen) Alterstrend.

Während bei den Männern im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre) Schäden an der Wirbelsäule, erhöhter Blutdruck und Zuckerkrankheit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen, sind es im hohen Alter (75

und mehr Jahre) erhöhter Blutdruck, andere Herzkrankungen und Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein). Bei den Frauen dominieren im mittleren Alter, ebenfalls wie bei den Männern, Schäden an der Wirbelsäule und erhöhter Blutdruck, jedoch gefolgt von niedrigem Blutdruck und sonstigen chronischen Erkrankungen. Frauen hohen Alters (75 und mehr Jahre) leiden am häufigsten unter erhöhtem Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule und Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein). Selbst bei Kindern (bis 14 Jahre) treten chronische Erkrankungen zutage. Neben erhöhtem Blutdruck und Schäden an der Wirbelsäule sind bei den Knaben Lungenasthma, bei den Mädchen Hautallergien am häufigsten.

Die Einstellungen und Lebensumstände niedrigerer sozialer Schichten begünstigen anscheinend das Auftreten (vor allem bestimmter) chronischer Erkrankungen. So z. B. sind Personen mit niedrigem Bildungsniveau (Männer wie Frauen) generell häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen. Zu berücksichtigen in diesem Zusammenhang ist die Altersabhängigkeit vieler chronischer Erkrankungen sowie die Tatsache, dass ältere Menschen in der Regel ein niedrigeres Bildungsniveau haben.

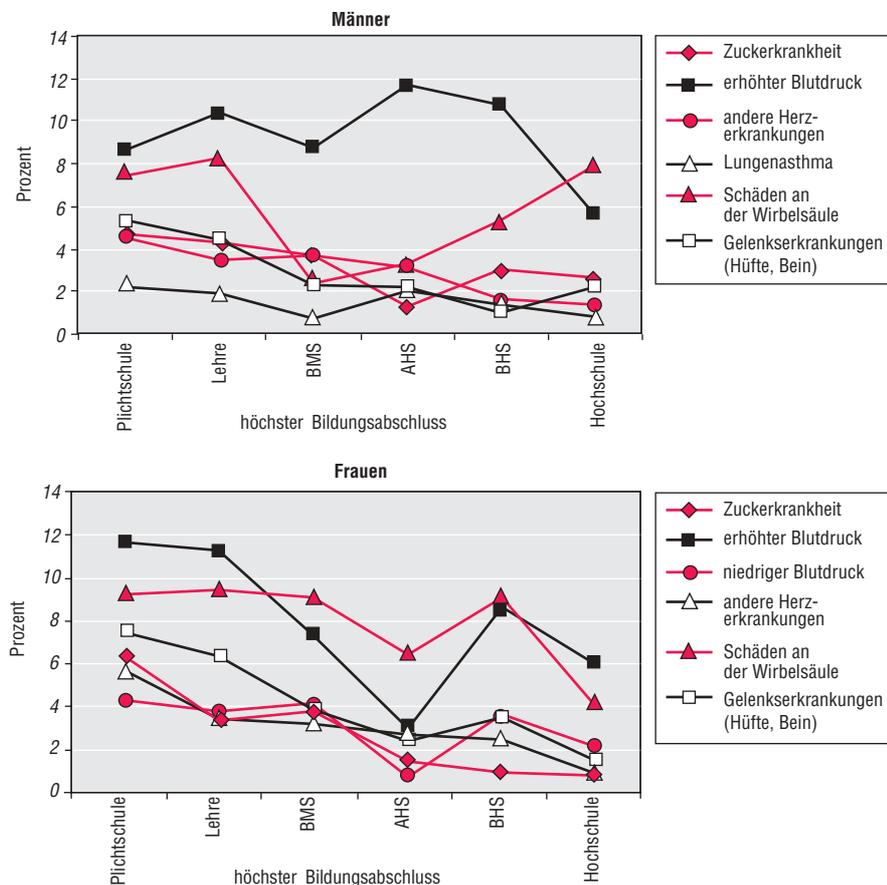
**Grafik 4.9:** Anteil der Personen ohne chronische Erkrankungen in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)



Während von den niedrig gebildeten Personen Männer häufiger frei von chronischen Erkrankungen sind, ist dies bei den höher Gebildeten nicht durchgängig der Fall. Frauen mit abgeschlossener allgemeinbildender höherer Schule und Hochschule bzw. Universität geben häufiger als Männer mit vergleichbarer Bildung an, nicht chronisch krank zu sein.

Die Bildungsabhängigkeit für die bei Männern und Frauen sechs häufigsten chronischen Erkrankungen stellt sich folgendermaßen dar:

**Grafik 4.10:** Häufigste chronische Erkrankungen in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 4.6 im Anhang zu entnehmen (S.115).

Von den bei den Geschlechtern am verbreitetsten chronischen Erkrankungen sind (von Ausnahmen abgesehen) Personen mit niedrigerem Bildungsniveau (Pflichtschule, Lehre, berufsbildende mittlere Schule) am meisten betroffen. Bei den Männern findet sich Lungenasthma zusätzlich relativ häufig bei Absolventen allgemeinbildender höherer Schulen. Schäden an der Wirbelsäule sind, wahrscheinlich als Folge sitzender Tätigkeit und des Mangels an Bewegung, bei Männern unter den höher Gebildeten am verbreitetsten, bei den Frauen sind neben niedrig gebildeten auch Absolventinnen berufsbildender höherer Schulen überdurchschnittlich häufig davon betroffen. Während erhöhter Blutdruck bei den Frauen unter niedrig Gebildeten am verbreitetsten ist, ist Bluthochdruck bei Männern unter jenen mit Abschluss allgemein- und berufsbildender höherer Schulen am häufigsten.

## 4.5 Bedarf an Hilfe und Pflege

Vor allem bei älteren Menschen führen chronische Erkrankungen und daraus resultierende Behinderungen, häufig zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Im Mikrozensus ermittelt wurde zudem der – durch gesundheitliche Gründe, also durch chronische Erkrankungen, dauernde Behinderung oder wegen höheren Alters entstehende – Bedarf an Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens (z. B. Einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen) und bei persönlichen Verrichtungen (z. B. Essen, Waschen/Baden, Toilette aufsuchen). Ausgehend von der empirisch gesicherten Annahme, dass Personen, die Hilfe bei persönlichen Verrichtungen brauchen, in der Regel auch Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens benötigen, wurde zur Ermittlung des Gesamtbedarfs zunächst der Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen erfasst und in einem zweiten

Schritt jene Personen (ab 15 Jahren), die „nie“ oder nur „manchmal“ Hilfe bei persönlichen Verrichtungen benötigen, gefragt, ob und wie häufig sie Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Lebens brauchen.

Von der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung können 3,8 Prozent aus gesundheitlichen Gründen, also durch eine chronische Erkrankung, eine dauernde Behinderung oder wegen höheren Alters, wichtige persönliche Verrichtungen (z. B. Essen, Waschen/Baden, Toilette aufsuchen) nicht selber ausüben und

sind zumindest manchmal auf die Hilfe anderer angewiesen, Frauen (4,3 Prozent) etwas häufiger als Männer (3,3 Prozent). Die Österreich-Werte sind deutlich höher. 5,4 Prozent der österreichischen Bevölkerung (4,9 Prozent der Männer und 5,9 Prozent der Frauen) sind bei persönlichen Verrichtungen zumindest manchmal auf die Hilfe anderer angewiesen. Der Unterschied lässt sich wahrscheinlich zum Teil durch die Einschränkung der Stichprobe auf Personen in Privathaushalten erklären. In Wien leben mehr pflegebedürftige ältere Menschen in Heimen.

**Tabelle 4.13:** Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen nach Alter und Geschlecht

Alter	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (z. B. Waschen, Anziehen; in %)											
	gesamt				Männer				Frauen			
	in 1.000	nie	manchmal	häufig, immer	in 1.000	nie	manchmal	häufig, immer	in 1.000	nie	manchmal	häufig, immer
0 bis 14	240,0	92,7	1,3	6,0	122,8	93,6	1,9	4,5	117,2	91,7	0,7	7,5
15 bis 29	285,4	98,1	0,2	1,7	140,2	98,5	0,3	1,3	145,2	97,8	0,2	2,1
30 bis 44	414,1	97,9	0,5	1,6	208,5	97,8	0,5	1,7	205,7	98,1	0,4	1,4
45 bis 59	328,6	97,3	0,8	1,9	160,1	98,0	0,2	1,9	168,5	96,7	1,4	1,9
60 bis 74	194,2	96,4	1,8	1,8	83,4	95,3	2,4	2,4	110,8	97,2	1,4	1,4
75 und mehr	117,3	88,9	7,4	3,7	34,3	92,1	4,9	3,1	83,0	87,6	8,4	4,0
Wien	1.579,7	96,2	1,3	2,5	749,3	96,7	1,0	2,3	830,4	95,7	1,6	2,7
Österreich	7.958,1	94,6	1,7	3,7	3.857,2	95,1	1,4	3,5	4.100,9	94,1	2,0	3,9

Der Bedarf an Hilfe nimmt mit dem Alter deutlich zu. Während in Wien von den 30- bis 44-Jährigen 2,2 Prozent der Männer und 1,8 Prozent der Frauen zumindest manchmal auf Hilfe bei persönlichen Verrichtungen angewiesen sind, sind es im Alter von 75 und mehr Jahren 8,0 Prozent der Männer und 12,4 Prozent der Frauen. (Der relativ hohe Bedarf bei Kindern dürfte zum Teil von einer Missinterpretation der Frage herrühren.)

Unter der Annahme, dass Personen, die häufig bzw. immer Hilfe bei persönlichen Verrichtungen brauchen, auch Bedarf an Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen

Lebens haben, sind von den Personen ab 15 Jahren in Wien 4,5 Prozent zumindest manchmal auf Hilfe bei den Tätigkeiten des Lebens angewiesen, Frauen wiederum häufiger als Männer. 3,3 Prozent der Männer und 5,5 Prozent der Frauen brauchen zumindest manchmal Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens. Auch hier sind die Österreich-Werte deutlich höher. Im gesamten Bundesgebiet sind 7,1 Prozent der in Privathaushalten lebenden Personen (5,7 Prozent der Männer und 8,5 Prozent der Frauen) zumindest manchmal auf Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens angewiesen.

**Tabelle 4.14:** Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen und bei Tätigkeiten des täglichen Lebens in Österreich 1999 nach Geschlecht und in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Personen ab 15 J. in 1.000	Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen			
		häufig, immer	manchmal, nie		
			Bedarf an Hilfe bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens		
			häufig, immer	manchmal	nie
<i>in %</i>					
<b>gesamt</b>					
15 bis 29	285,4	1,7	0,0	0,2	98,1
30 bis 44	414,1	1,6	0,1	0,3	98,0
45 bis 59	328,6	1,9	1,0	0,7	96,3
60 bis 74	194,2	1,8	1,6	2,1	94,4
75 und mehr	117,3	3,7	6,6	9,7	80,0
Wien	1.339,6	1,9	1,1	1,5	95,5
Österreich	6.592,0	3,2	1,8	2,1	92,8
<b>Männer</b>					
15 bis 29	140,2	1,3	0,0	0,2	98,6
30 bis 44	208,5	1,7	0,1	0,4	97,7
45 bis 59	160,1	1,9	0,6	0,5	97,0
60 bis 74	83,4	2,4	1,5	1,6	94,6
75 und mehr	34,3	3,1	3,6	6,4	86,9
Wien	626,5	1,8	0,6	0,9	96,7
Österreich	3.157,7	2,9	1,3	1,5	94,3
<b>Frauen</b>					
15 bis 29	145,2	2,1	0,0	0,3	97,6
30 bis 44	205,7	1,4	0,0	0,3	98,3
45 bis 59	168,5	1,9	1,4	1,0	95,7
60 bis 74	110,8	1,4	1,8	2,5	94,3
75 und mehr	83,0	4,0	7,8	11,1	77,1
Wien	713,1	2,0	1,5	2,0	94,5
Österreich	3.434,3	3,5	2,3	2,7	91,5

Ebenso wie der Bedarf an Hilfe bei persönlichen Verrichtungen, nimmt auch der Bedarf an Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens im Alter zu. Frauen sind unabhängig vom Lebensalter infolge Krankheit und Gebrechen häufiger auf Unterstützung bei Tätigkeiten des täglichen Lebens angewiesen. Im hohen Alter steigt insbesondere bei den Frauen der

Hilfebedarf drastisch an. In Wien gaben von den 75-Jährigen und älteren 13,1 Prozent der Männer und 22,9 Prozent der Frauen an, zumindest manchmal Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens zu benötigen. 6,7 Prozent der Männer und 11,8 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe brauchen solche Hilfe häufig bzw. immer.

## LITERATUR

- BOSMA, H. APPELS, A. (1996), Differences in mortality between Lithuanian and Dutch middle-aged men, in: HERTZMAN, C.; KELLY, S.; BOBAK, M. (eds.), *East/West Life Expectancy Gap in Europe*, Dordrecht, S. 161–168.
- BRINKMANN, C.; WIEDEMANN, E. (1994), Zu den psycho-sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 16, S. 16–20.
- CSITKOVICS, M. u. a. (1997), Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien, MA 15, Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien.
- ELKELES, T.; SEIFERT, W. (1992), Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel, in: *Soziale Welt* 43, S. 278–300.
- HUNT, S.M. (1988), Subjective health indicators and health promotion, in: *Health promotion* 3, S. 23 ff.
- IDLER, E.L.; BENJAMINI, J. (1997), Self-rated Health and Mortality: Review of 27 Community Studies, in: *Journal of Health and Social Behavior*, S. 21 ff.
- LEIDL, L. (2000), Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation, in: SCHWARTZ, F.W. u. a. (Hrsg.; 2000), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München, Jena, S. 346–369.
- MARTIKAINEN, P.T. (1990), Unemployment and mortality among Finnish men 1981–1985, in: *British medical Journal* 301, S.401–411.
- SCHWARTZ, F.W.; SIEGRIST, J.; VON TROSCHKE, J. (2000), Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind die Bevölkerungen, in: SCHWARTZ, F.W. u. a. (Hrsg.; 2000), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München, Jena, S. 9–31.
- SCHWARTZ, F.W.; WALTER, U. (2000), Altseinkranksein, in: SCHWARTZ, F.W. u. a. (Hrsg.; 2000), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München, Jena, S. 124–140.
- SPRINGER-KREMSEK, M., u. a. (1989), „Life Events“ und Psychosomatik der Frau. In: SÖLLNER u. a. (Hrsg.), *Sozio-psycho-somatik*. Springer-Verlag: Berlin/Heidelberg, S. 210–221.
- STARRIN, B.; SVENSSON, P.G.; WINTERSBERGER, H. (eds.; 1989), *Unemployment, Poverty and Quality of Working Life – Some European Experiences*, Berlin.
- WESTHOFF, G. (Hrsg.; 1993), *Handbuch psychosozialer Messinstrumente*, Göttingen 1993.
- WHO (World Health Organization; 1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*.

## TABELLENANHANG

**Tabelle A 4.1:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1991 und 1999 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Alter	Beurteilung des Gesundheitszustandes (in %)									
	1991					1999				
	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
<b>Männer</b>										
15 bis 29	57,0	35,3	6,6	1,1	0,1	51,3	37,8	7,6	2,6	0,7
30 bis 44	41,4	42,3	12,6	3,0	0,8	38,7	43,5	14,3	2,8	0,7
45 bis 59	20,9	46,5	25,5	5,4	1,7	27,3	43,9	21,4	5,9	1,5
60 bis 74	11,9	43,6	33,1	9,8	1,7	17,2	46,0	26,1	8,2	2,5
75 und mehr	2,3	32,7	38,6	18,2	8,2	13,7	36,6	31,8	12,8	5,1
gesamt	33,8	40,9	18,8	5,1	1,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
<b>Frauen</b>										
15 bis 29	51,7	40,6	6,7	0,6	0,3	49,3	36,8	11,4	2,5	0,0
30 bis 44	34,0	47,7	14,4	3,5	0,4	40,9	41,5	13,3	3,3	0,9
45 bis 59	14,1	47,5	30,2	6,8	1,4	23,4	45,9	22,3	7,1	1,3
60 bis 74	8,6	39,9	39,9	10,7	0,9	16,0	42,6	30,9	9,1	1,5
75 und mehr	1,3	27,3	39,5	24,7	7,2	16,2	34,3	33,7	10,5	5,4
gesamt	24,6	42,0	24,2	7,7	1,6	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4

**Tabelle A 4.2:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige)

berufliche Stellung	Personen ab 15 J. in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes				
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>Männer</b>						
Selbstständige	44,0	48,5	31,8	15,9	2,6	1,2
Mithelfende	1,8	65,7	22,8	11,5	0,0	0,0
Angestellte	183,3	38,1	48,1	10,0	3,5	0,4
Beamte	52,8	40,2	42,3	15,3	2,2	0,0
Facharbeiter	70,4	34,0	42,3	18,7	4,7	0,3
sonstige Arbeiter	88,2	28,4	42,9	23,2	4,0	1,5
Lehrlinge	11,3	63,2	27,5	1,8	4,0	3,4
<b>Frauen</b>						
Selbstständige	20,1	40,4	40,8	12,8	5,2	0,9
Mithelfende	3,4	37,9	56,0	6,1	0,0	0,0
Angestellte	209,0	41,5	43,3	11,8	3,0	0,5
Beamte	41,8	39,9	44,5	12,6	3,0	0,0
Facharbeiter	6,7	33,3	44,3	16,6	0,0	5,8
sonstige Arbeiter	80,3	28,0	39,0	26,4	5,5	1,0
Lehrlinge	6,9	53,3	32,4	14,3	0,0	0,0

**Tabelle A 4.3:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Erwerbsstatus	Personen ab 15 J. in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes				
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>Männer</b>						
erwerbstätig	407,0	38,6	44,8	13,4	2,7	0,5
arbeitslos	37,7	24,2	28,7	32,0	12,1	3,0
in Pension	129,0	16,4	41,0	28,4	10,4	3,8
im Haushalt	3,5	40,2	25,1	8,4	16,9	9,4
Schüler, Studenten	44,2	54,5	36,8	7,4	0,5	0,8
<b>Frauen</b>						
erwerbstätig	332,4	38,7	42,6	14,9	3,3	0,5
arbeitslos	21,7	26,0	41,3	21,8	7,4	3,4
in Pension	216,9	16,7	38,3	31,9	9,8	3,3
im Haushalt	82,4	27,9	45,4	18,2	7,9	0,6
Schülerinnen, Studentinnen	54,0	56,2	33,7	8,6	1,4	0,0

**Tabelle A 4.4:** Beurteilung des Gesundheitszustandes in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 15 Jahren)

Staatsbürgerschaft	Personen ab 15 J. in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes				
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
		in %				
<b>Männer</b>						
Österreich	522,0	33,9	42,6	17,5	4,8	1,2
Ex-Jugoslawien	45,3	36,9	36,5	18,7	4,2	3,7
Türkei	18,7	39,1	28,0	24,7	8,2	0,0
andere	40,5	35,4	51,6	7,0	4,3	1,6
gesamt	626,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
<b>Frauen</b>						
Österreich	608,3	30,2	42,0	20,1	6,1	1,6
Ex-Jugoslawien	46,0	42,3	28,2	24,4	4,2	0,8
Türkei	17,5	27,0	34,0	31,2	7,9	0,0
andere	41,3	44,7	41,8	11,4	2,1	0,0
gesamt	713,1	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4

**Tabelle A 4.5:** Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, in %)

berufliche Stellung	Erwerbstätige in 1.000	Erkrankungshäufigkeit im Jahr vor der Befragung			
		nie	einmal	zweimal	dreimal und öfter
<i>in %</i>					
<b>Männer</b>					
Selbstständige	44,0	62,9	30,5	4,4	2,2
Mithelfende	1,8	58,5	41,5	0,0	0,0
Angestellte	183,3	54,5	31,5	11,4	2,6
Beamte	52,8	55,3	31,1	11,7	2,0
Facharbeiter	70,4	51,6	33,8	8,1	6,5
sonstige Arbeiter	88,2	44,8	37,7	10,5	6,9
Lehrlinge	11,3	49,0	24,3	16,5	10,3
<b>Frauen</b>					
Selbstständige	20,1	50,3	34,4	11,0	4,3
Mithelfende	3,4	68,6	13,7	17,7	0,0
Angestellte	209,0	53,1	34,3	8,0	4,5
Beamtinnen	41,8	47,2	34,1	11,7	7,0
Facharbeiterinnen	6,7	60,2	12,5	23,9	3,4
sonstige Arbeiterinnen	80,3	49,3	32,4	12,0	6,2
Lehrlinge	6,9	37,9	33,3	28,9	0,0

**Tabelle A 4.6:** Häufigste chronische Erkrankungen von Männern und Frauen (ab 30 Jahren) in Wien 1999 nach Bildung (Personen ab 30 Jahren, in %, Mehrfachnennungen möglich)

häufigste chronische Erkrankungen	höchste abgeschlossene Bildung					
	Pflichtschule	Lehre	BMS	AHS	BHS	Hochschule
<b>Männer</b>						
Zuckerkrankheit	4,7	4,3	3,7	1,3	3,0	2,6
erhöhter Blutdruck	8,6	10,4	8,8	11,7	10,7	5,6
andere Herzerkrankungen	4,5	3,5	3,7	3,2	1,7	1,3
Lungenasthma	2,2	1,9	0,8	2,0	1,4	0,9
Schäden an der Wirbelsäule	7,5	8,3	2,4	3,4	5,4	7,9
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	5,3	4,5	2,3	2,2	1,0	2,2
<b>Frauen</b>						
Zuckerkrankheit	6,4	3,4	3,8	1,5	1,0	0,8
erhöhter Blutdruck	11,6	11,3	7,4	3,0	8,6	5,9
niedriger Blutdruck	4,4	3,8	4,1	0,7	3,7	2,1
andere Herzerkrankungen	5,7	3,5	3,2	2,7	2,5	0,9
Schäden an der Wirbelsäule	9,3	9,4	9,1	6,4	9,1	4,0
Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein)	7,5	6,4	3,9	2,4	3,5	1,5

**V.  
INANSPRUCHNAHME  
MEDIZINISCHER  
LEISTUNGEN**

***USE OF MEDICAL  
SERVICES***

<b>5</b>	<b>INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN</b>	<b>119</b>
<b>5.1</b>	<b>KENNZIFFERN DER AMBULANTEN VERSORGUNG</b>	<b>121</b>
5.1.1	Soziokulturelle Unterschiede im Versorgungsumfang	126
5.1.2	Gründe für Arztbesuche	128
5.1.3	Wegzeiten für Arztbesuche	131
5.1.4	Wartezeit bei ÄrztInnen	134
<b>5.2</b>	<b>KRANKENHAUSAUFENTHALTE</b>	<b>136</b>
<b>5.3</b>	<b>MEDIKAMENTENKONSUM</b>	<b>139</b>
5.3.1	Konsum ärztlich verordneter Medikamente	139
5.3.2	Selbstmedikation	142
	<b>LITERATUR</b>	<b>143</b>
	<b>TABELLENANHANG</b>	<b>144</b>

## 5 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

**Zusammenfassung**

Dieser Abschnitt behandelt Bereiche der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung sowie Fragen des Medikamentenkonsums.

**ÄrztInnen** für Allgemeinmedizin kommt in der ambulanten medizinischen Versorgung eine herausragende Rolle zu. Etwa drei Viertel der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung waren im Jahr vor der Befragung mindestens einmal beim Arzt für Allgemeinmedizin. Relativ häufig aufgesucht werden auch ZahnärztInnen, Kinder- und FrauenärztInnen. Etwas mehr als 10 Prozent waren mindestens einmal im **Krankenhaus**. Mit Ausnahme der InternistInnen sind in Wien Arztbesuche aller Fachrichtungen häufiger als im gesamten Bundesgebiet, dagegen sind stationäre Aufenthalte – u. a. auf Grund vermehrter Ausweichmöglichkeiten in den teilstationären Bereich – etwas seltener. Seit 1991 ist in Wien die Inanspruchnahme von ÄrztInnen aller Fachrichtungen – mit wenigen Ausnahmen – gestiegen.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur in ihrem gesundheitlichen Befinden, sondern auch in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Frauen suchen insgesamt häufiger ÄrztInnen auf und haben auch häufiger Krankenhausaufenthalte. Mit zunehmendem Alter nehmen Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte zu, vor allem ÄrztInnen für Allgemeinmedizin werden zu zunehmend wichtigen AnsprechpartnerInnen. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status wie niedrig Gebildete und zum Teil auch MigrantInnen nehmen überdurchschnittlich häufig ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Anspruch – jedoch nicht unbedingt FachärztInnen. So etwa kommen Zahnarztbesuche und Besuche bei FrauenärztInnen in unteren sozialen Schichten seltener vor. Krankenhausaufenthalte sind bei ArbeiterInnen und zum Teil auch bei MigrantInnen häufiger.

Je nach Fachrichtung gingen 1999 in Wien zwischen 40 bis 60 Prozent der Männer und 40 bis 90 Prozent der Frauen ausschließlich zur **Kontrolle bzw. Vorsorge** zu ÄrztInnen.

**Summary: Use of Medical Services**

*This chapter examines ambulant and in-patient medical care and use of pharmaceuticals.*

*General practitioners play an extraordinarily important role in ambulant medical care. Approximately three in four Viennese living in private households consulted a general practitioner at least once in the year preceding the survey. Dentists, paediatricians and gynaecologists were also consulted relatively often. Just over 10 percent also were in **hospital care** at least once. With exceptions of internists, medical practitioners of all specialties are consulted more frequently in Vienna than the national average, while the proportion of in-patients is slightly lower – one reason being the higher availability of semi-stationary care. Since 1991, the use of medical services of all kinds – with only a few exceptions – has increased in Vienna.*

*A gender difference is not only visible in subjective health assessment, but also in the use of medical services. In total, women consult physicians more often than men and are in hospital care more often, as well. With age, the number of medical consultations and hospital stays increases; general practitioners in particular are consulted frequently. Persons with a low socio-economic status, such as persons with a low level of education and, in part, migrants, consult general practitioners more frequently than the population average – this, however, does not hold true for specialists. Among the lower social strata, consultations of dentists and gynaecologists are below average. Blue-collar workers and – partly – migrants have a higher proportion of hospital stays.*

*Between 40 and 60 percent of men and 40 to 90 percent of women (depending on the specialty of the physician) consulted practitioners only for **medical check-ups or examinations**.*

Am häufigsten sind reine Kontrollbesuche bei Frauen- und ZahnärztInnen.

Mehr als die Hälfte der Ambulanz- bzw. Ambulatoriumsbesuche und nahezu 40 Prozent der Besuche beim Arzt für Allgemeinmedizin erfolgten ebenfalls ausschließlich zur Kontrolle bzw. Vorsorge. Gegenüber 1991 sind ausschließlich der Kontrolle bzw. Vorsorge dienende Besuche bei ÄrztInnen aller Fachrichtungen gestiegen. Auch sind in Wien reine Kontrollbesuche in allen Fachrichtungen häufiger als im gesamten Bundesgebiet.

Die hohe Arztdichte in Wien führt dazu, dass ÄrztInnen in der Regel relativ rasch erreichbar sind. Allerdings braucht man in Wien für den Besuch von InternistInnen und ZahnärztInnen – möglicherweise auf Grund der größeren Wahlmöglichkeit – im Durchschnitt sogar etwas länger als im gesamten Bundesgebiet. In Wien benötigen ca. 60 Prozent für den **Hin- und Rückweg** zu ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FrauenärztInnen nicht mehr als eine Viertel Stunde. Am zeitaufwändigsten ist der Weg zu Ambulatorien bzw. Ambulanzen sowie zu InternistInnen und sonstigen FachärztInnen. Während sich gegenüber 1991 in Wien der durchschnittliche Zeitaufwand für den Besuch von ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen – mit Ausnahme der FrauenärztInnen – kaum verändert hat, hat sich infolge der gestiegenen Arztdichte und der verbesserten Organisationseffizienz in den Arztpraxen die **Wartezeit** bei ÄrztInnen aller Fachrichtungen – mit Ausnahme der InternistInnen – deutlich verringert. Nicht nur die Wegzeiten, auch die Wartezeiten sind – mit wenigen Ausnahmen – geringer als im gesamten Bundesgebiet. Am längsten wartet man in Wien in Ambulatorien bzw. Ambulanzen, bei InternistInnen und sonstigen FachärztInnen, am raschesten wird man bei ZahnbehandlerInnen, Kinder- und FrauenärztInnen sowie ÄrztInnen für Allgemeinmedizin behandelt. Allerdings sind die Weg- und Wartezeiten je nach Bezirk unterschiedlich.

In Wien werden von beiden Geschlechtern etwas häufiger und durchschnittlich mehr ärztlich verordnete **Medikamente** genommen als im gesamten Bundesgebiet.

*Purely preventive medical examinations are most common at gynaecologists and dentists.*

*More than half of the visits to outpatient departments or health care centres and nearly 40 percent of consultations of general practitioners, as well, only concerned medical check-ups or medical examinations. Compared to 1991, the consultations of medical practitioners of all specialties for check-ups or medical examinations have increased, and the figures for Vienna lie above the Austrian average.*

*The high density of medical practitioners in Vienna means that a physician can be reached relatively quickly. However, the Viennese need longer to get to an internist's or dentist's practice than the national average – possibly due to the large choice. In Vienna, 60 percent of the population have a **travel time** of no more than a quarter of an hour to and back from their general practitioner or gynaecologist. The travel time to outpatient departments or health care centres and to internists and other specialists is longer. While the time needed to visit medical practitioners – with the exception of gynaecologists – has scarcely changed since 1991, the **waiting time** – except for internists – has decreased significantly due to the increased density of practitioners and the higher organizational efficiency in the practices. Not only the travel time, but also the waiting time lies – with a few exceptions – below the Austrian average. The longest waiting time in Vienna is in outpatient departments or health care centres as well as at internists' and other specialists' practices, while it is lowest for patients at dentists, paediatricians, gynaecologists and general practitioners. However, the travel and waiting time vary from district to district.*

*In Vienna, the frequency and amount of use of prescription **drugs** lie slightly above the Austrian average for both genders.*

Auch die Selbstmedikation spielt in Wien eine größere Rolle. Ein knappes Drittel der Männer und ca. 40 Prozent der Frauen haben in den letzten vier Wochen vor der Befragung ärztlich verordnete Medikamente konsumiert. Frauen nehmen nicht nur häufiger, sondern auch durchschnittlich mehr Medikamente. Am häufigsten wurden von beiden Geschlechtern unter den ärztlich verordneten Medikamenten solche gegen hohen Blutdruck, sonstige Medikamente, Medikamente gegen Herzbeschwerden, gegen Durchblutungsstörungen und Schmerzmittel genommen. Frauen nehmen nicht nur häufiger vom Arzt verordnete Medikamente, auch die Selbstmedikation spielt bei ihnen eine größere Rolle. Im Rahmen der Selbstmedikation werden am häufigsten Schmerzmittel genommen. Mit zunehmendem Alter und dem Auftreten von Beschwerden steigt der Medikamentenkonsum, auch Mehrfachverordnungen nehmen zu.

*Self-medication is also more common in Vienna. Almost one in three men and 40 percent of women had taken medically prescribed drugs in the four weeks preceding the survey. Women not only take pharmaceuticals more often, they also take more on average than men. The most frequent prescription drugs for both genders were anti-hypertension drugs, other pharmaceuticals, drugs against heart complaints, circulation disorders and analgesics. Women not only take drugs prescribed by the physician more often, they also take more non-prescription drugs than men. Analgesics are the most common drugs in this area. With age and an increase of ailments, the use of pharmaceuticals increases, as well as prescriptions of several drugs at once.*

Grundlegend für die Analyse von Gesundheitssystemen und die Gesundheit von Bevölkerungen sind Angaben zur Gesundheitsversorgung. Um Kosten zu dämpfen und Rationierungen zu vermeiden, müssen alle Rationalisierungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Dazu bedarf es nicht nur der Kenntnis der Gesundheitsprobleme der Bevölkerung, sondern auch der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Aus dem administrativen Bereich steht eine Reihe einrichtungs- und fallbezogener Statistiken zum Leistungsgeschehen zur Verfügung. Zur Bestimmung des Versorgungsumfangs der Bevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen sind jedoch vor allem personenbezogene Daten erforderlich. Bisher wurden solche Daten nicht routinemäßig erhoben und stehen daher in nur begrenztem Umfang zur Verfügung. Der Mikrozensus liefert Hinweise zum Versorgungsumfang im ambulanten und stationären Bereich und erlaubt es, Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verschiedener Bevölkerungsgruppen herauszuarbeiten.

## 5.1 Kennziffern der ambulanten Versorgung

Zur Charakterisierung des Versorgungsumfangs im ambulanten Bereich sei zunächst auf die Häufigkeit von Konsultationen eines Arztes für Allgemeinmedizin, Frauenarztes, Internisten, Kinderarztes, sonstigen Facharztes, Ambulatoriums bzw. einer Krankenhausambulanz sowie eines Zahnbehandlers (Dentisten, Zahnambulatoriums) im Jahr vor der Befragung verwiesen. Mitgezählt wurden nicht nur Besuche in der Arztpraxis, sondern auch Hausbesuche des Arztes sowie mit dem Arzt wegen einer (eigenen) Erkrankung oder Beschwerde geführte Telefonate.

Die ambulante Gesundheitsversorgung liegt überwiegend in den Händen der niedergelassenen ÄrztInnen. Besondere Bedeutung kommt dabei den AllgemeinmedizinerInnen zu. Sie werden von den Kranken in der Regel zunächst aufgesucht (Anlaufsfunktion). Bei Bedarf überweisen sie die PatientInnen zum Facharzt, zu anderen Gesundheitsberufen oder in das Krankenhaus (Verteilerfunktion) und beraten sie auf dem Weg dorthin. Viele der PatientInnen werden von einem Allgemeinmediziner (Hausarzt) kontinuierlich betreut. Vor allem in der Langzeitbetreuung chronisch kranker und alter Menschen kommt den HausärztInnen große Bedeutung zu.

Die Ergebnisse bestätigen die herausragende Rolle der AllgemeinmedizinerInnen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung. Etwa drei Viertel der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung haben im Jahr vor der Befragung mindestens einmal einen

Arzt für Allgemeinmedizin konsultiert, wobei der Prozentsatz der Frauen mit 74,3 Prozent etwas über jenem der Männer mit 71,8 Prozent liegt. 14,8 Prozent der Männer und 18,6 Prozent der Frauen waren sechsmal und öfter beim Allgemeinmediziner.

**Tabelle 5.1:** Häufigkeit der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht

Fachrichtung	Personen in 1.000	Zahl der Arztbesuche (in %)					
		keiner	mindestens einer	davon			
				einer	zwei	3 bis 5	6 und mehr
<b>gesamt</b>							
Arzt für Allgemeinmedizin	1.579,7	26,9	73,1	17,1	16,4	22,8	16,8
FachärztInnen:							
Kinderarzt (bis 14 J.)	240,0	39,5	60,5	16,7	9,6	15,3	18,9
Internist	1.579,7	82,5	17,5	6,7	4,0	5,3	1,4
sonstiger Facharzt	1.579,7	59,4	40,6	17,0	9,5	7,7	6,4
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	1.579,7	41,3	58,7	26,5	18,7	9,1	4,5
Ambulatorium, Ambulanz	1.579,7	78,6	21,4	16,2	1,7	2,0	1,6
<b>Männer</b>							
Arzt für Allgemeinmedizin	749,3	28,2	71,8	18,4	16,4	22,2	14,8
FachärztInnen:							
Kinderarzt (bis 14 J.)	122,8	38,9	61,1	17,3	7,9	12,5	23,4
Internist	749,3	83,5	16,5	5,8	3,7	5,7	1,4
sonstiger Facharzt	749,3	58,6	41,4	17,9	9,5	8,1	5,9
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	749,3	42,7	57,3	25,4	18,9	8,5	4,4
Ambulatorium, Ambulanz	749,3	78,6	21,4	16,4	1,6	1,8	1,7
<b>Frauen</b>							
Arzt für Allgemeinmedizin	830,4	25,7	74,3	15,9	16,3	23,4	18,6
FachärztInnen:							
Kinderarzt (bis 14 J.)	117,2	40,0	60,0	16,1	11,4	18,3	14,2
Frauenarzt (ab 15 J.)	713,1	37,9	62,1	36,9	19,5	3,5	2,2
Internist	830,4	81,7	18,3	7,5	4,4	5,0	1,4
sonstiger Facharzt	830,4	60,1	39,9	16,3	9,5	7,3	6,8
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	830,4	39,9	60,1	27,4	18,6	9,6	4,5
Ambulatorium, Ambulanz	830,4	78,5	21,5	16,0	1,8	2,1	1,5

Relativ häufig konsultiert werden in Wien auch Frauen- und KinderärztInnen sowie ZahnärztInnen (inkl. DentistInnen, Zahnambulatorien). Von den Kindern (bis 14 Jahre) waren im Jahr vor der Befragung 60,5 Prozent zumindest einmal beim Kinderarzt, von den Frauen (ab 15 Jahren) besuchten 62,1 Prozent mindestens einmal einen Frauenarzt. 16,5 Prozent der Männer und 18,3 Prozent der Frauen konsultierten zumindest einmal einen Internisten, 41,4 Prozent der Männer und 39,9 Prozent der Frauen suchten zumindest einmal einen sonstigen Facharzt auf. Mehr als die Hälfte der Wiener Bevölkerung (57,3 Prozent der

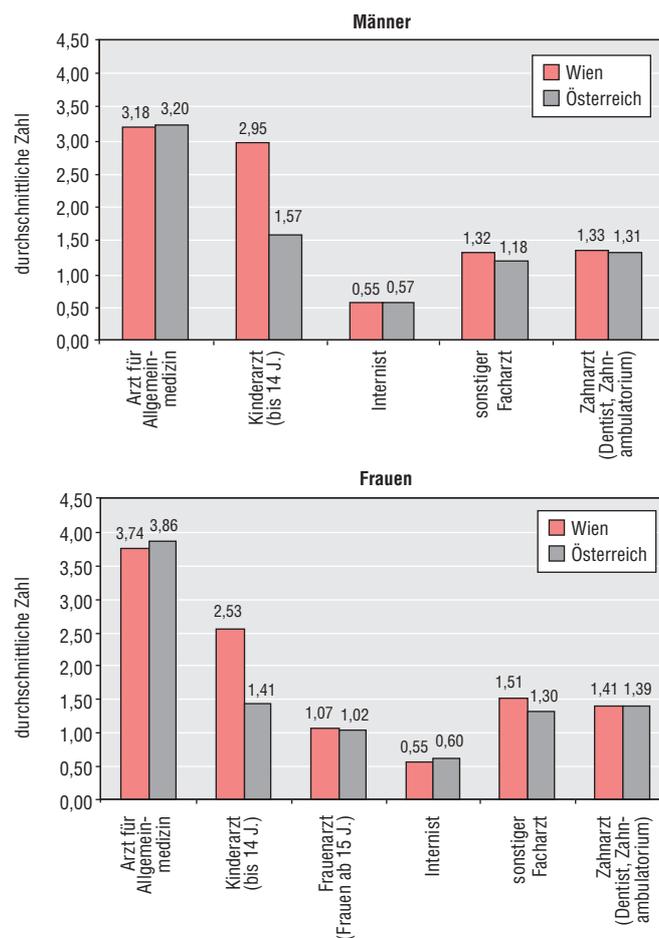
Männer und 60,1 Prozent der Frauen) war mindestens einmal beim Zahnbehandler.

Der geschlechtsspezifischen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit entspricht ein geschlechtsspezifisches Inanspruchnahmeverhalten. Frauen haben der Tendenz nach häufiger mindestens einmal einen Arzt für Allgemeinmedizin, Internisten und Zahnbehandler aufgesucht. Der schwach ausgeprägte, gegenteilige Geschlechtstrend bei den sonstigen FachärztInnen ist damit zu erklären, dass Besuche von Frauen beim Frauenarzt gesondert ausgewiesen sind.

Entsprechend höher ist bei Frauen auch die durchschnittliche Zahl der Konsultationen von ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen (mit Ausnahme von InternistInnen und KinderärztInnen). Eine der Ursachen für die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Frauen dürfte in ihrer höheren Krankheitsbelastung liegen. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass weibliches Rollenverhalten im wesentlichen auch die Sorge um die Gesundheit anderer (Partner, Kinder, etc.) einschließt. Frauen erbringen einen Großteil der Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit anderer Familienmitglieder. Um ihre eigenen Leiden zu kurieren, sind Frauen eher auf professionelle Gesundheitsdienste und auf Unterstützung von außerhalb der Familie angewiesen.

In Wien ist (mit Ausnahme der InternistInnen) die durchschnittliche Zahl der fachärztlichen Konsultationen deutlich höher als im gesamten Bundesgebiet. Auffallend für Wien ist eine weit über dem österreichischen Durchschnitt liegende Zahl an Konsultation von KinderärztInnen. Dagegen werden in Wien ÄrztInnen für Allgemeinmedizin durchschnittlich etwas seltener als im gesamten Bundesgebiet konsultiert. Struktur und Dichte der ärztlichen Versorgung spielen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eine wichtige Rolle. Die bessere fachärztliche Versorgung in Wien trägt zur vermehrten Inanspruchnahme von FachärztInnen bei, während anscheinend unter anderen Vorzeichen stärker auf ÄrztInnen für Allgemeinmedizin ausgewichen wird.

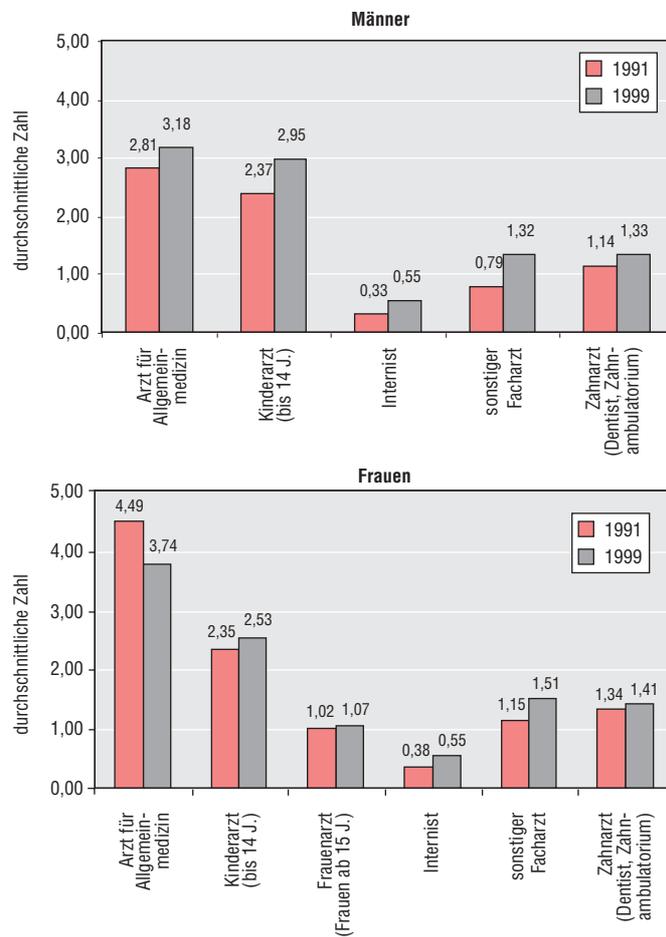
**Grafik 5.1:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien und Österreich 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht



Die durchschnittliche Zahl der Konsultationen eines Arztes für Allgemeinmedizin ist in Wien von 1991 auf 1999 bei den Männern (von 2,8 auf 3,2) gestiegen, erstaunlicherweise bei den Frauen jedoch (von 4,5 auf 3,7) gesunken. auf Grund der zunehmendem Lebenserwartung ist allerdings weiterhin von einer steigenden Zahl der in den Praxen der AllgemeinmedizinerInnen betreuten Frauen auszugehen. Ein Grund für die rückläufige durchschnittliche Zahl der Konsultationen von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin durch Frauen dürfte (abgesehen von der vermehrten Inanspruchnahme von

FachärztInnen und vermehrten Krankenhauseinweisungen) im verstärkten Ausbau der medizinischen Hauskrankenpflege und sonstiger ambulanter Dienste liegen. (Zu berücksichtigen sind auch methodische Probleme, wie z. B. zunehmende Schwierigkeiten bei der Erfassung schwer kranker älterer Frauen). Die durchschnittliche Zahl der Konsultationen der anderen ärztlichen Fachgruppen hat bei beiden Geschlechtern zugenommen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die gestiegene Zahl der Leistungserbringer unter den niedergelassenen FachärztInnen.

**Grafik 5.2:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1991 und 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht



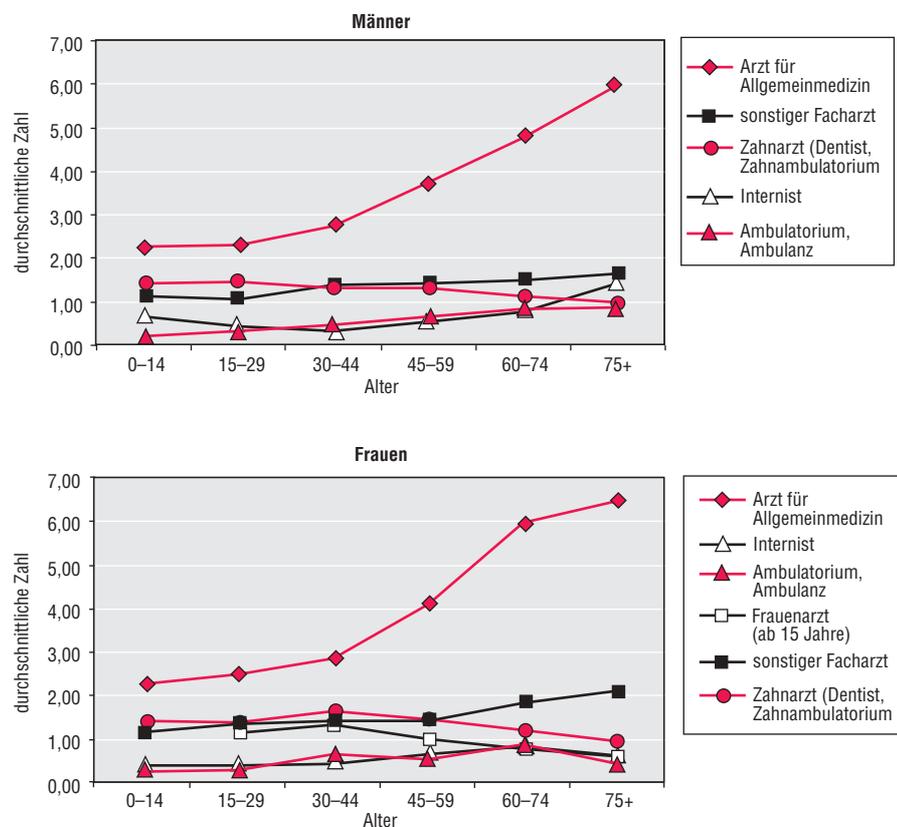
Die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte steigt (allerdings nicht bei allen Fachrichtungen, und nicht in gleichem Maße) mit dem Alter. Vor allem die durchschnittliche Zahl der Konsultationen von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin nimmt im Alter deutlich zu. Während in Wien Männer und Frauen im mittleren Alter

(30 bis 44 Jahre) den Allgemeinmediziner durchschnittlich 2,8 bzw. 2,9 mal aufsuchten, gaben von den 75-Jährigen und älteren Männern 6,0 und Frauen 6,5 Konsultationen an. Auch sonstige FachärztInnen werden von beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter häufiger konsultiert, beim Besuch von InternistInnen

fällt bei den Frauen ab 75 Jahren ein Rückgang der durchschnittlichen Zahl der Konsultationen auf. Möglicherweise spielen Mobilitätseinschränkungen hochaltiger Frauen hier eine gewisse Rolle, die dann (auf Grund der Tatsache, dass Hausbesuche von FachärztInnen nicht vorgesehen sind) zum Ausweichen ins Krankenhaus zwingen. Aufschluss könnte hier eine

Analyse der PatientInnenströme geben. Zahnarztbesuche nehmen, ebenso wie bei den Frauen Besuche des Frauenarztes, mit zunehmendem Alter ab. Während bei den Männern die durchschnittliche Zahl der Ambulatoriums- bzw. Ambulanzbesuche mit dem Alter steigt, zeigt sich bei den Frauen, ebenso wie bei den InternistInnen, im hohen Alter eine rückläufige Tendenz.

**Grafik 5.3:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Alter und Geschlecht\*



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 5.1 im Anhang zu entnehmen (S. 144).

Quantitative Parameter sind jedoch nur ein Aspekt zur Charakterisierung der ambulanten medizinischen Versorgung. Bei der zu beobachtenden Mengen- und Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen stellt sich die Frage, ob mit dem „Mehr an Medizin“ ein Zugewinn an Gesundheit in der Bevölkerung einhergeht. Die steigende Lebenserwartung, die Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes im Alter scheinen dafür zu sprechen. Die Wirksamkeit ärztlicher Interventionen lässt sich jedoch nur unter Berücksichtigung von Krankheits- und Beschwerdebildern beurteilen.

Die gesundheitspolitische Diskussion um Ressourcenallokation führt uns vor Augen, wie unzureichend der gegenwärtige Kenntnisstand über die Wirksamkeit und Effizienz der teilweise seit langem eingesetzten Mittel und Verfahren noch immer ist. Daher ist vor allem eine Technologiebewertung und eine stärkere „Outcome-Orientierung“ notwendig, die auch die Lebensqualität von Patienten mit einschließt (vgl. dazu BATISTA u. a. 1995).

Zur Qualitätssteigerung, vor allem bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen, kann auch eine ver-

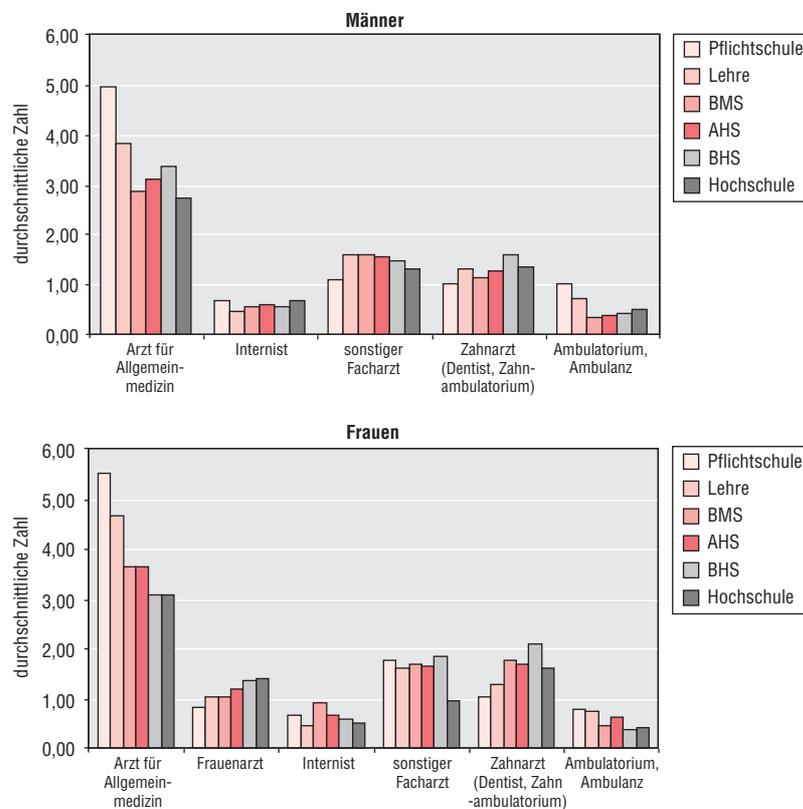
stärkte Zusammenarbeit verschiedener Professionen, die Vernetzung von Diensten (Einbeziehung von Pflegediensten, „case management“, etc.) beitragen. Gesundheitspolitisch zu wünschen ist auch die Aufwertung des ärztlichen Gesprächs. Der Nutzen des ärztlichen Gesprächs lässt sich nicht nur an der Patientenzufriedenheit ablesen. Er wird auch daran deutlich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Dauer und Ausführlichkeit eines Beratungsgesprächs und dem Rückgang der Verordnung bestimmter Arzneimittel wie Schmerz-, Schlaf- und durchblutungsfördernder Mittel zu beobachten ist (VON UEXKUELL 1996).

### 5.1.1 Soziokulturelle Unterschiede im Versorgungsumfang

Nicht nur das Krankheitsrisiko, sondern auch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist sozial ungleich verteilt. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen

Status häufiger Allgemein- und seltener FachärztInnen aufsuchen als jene mit höherem sozialen Status (MIELCK 1994). Dies trifft zum Teil auch für Wien zu. Während von den Personen mit Pflichtschulbildung Männer im Jahr vor der Befragung durchschnittlich 4,9 und Frauen durchschnittlich 5,5 Besuche beim Allgemeinmediziner absolvierten, wurde er von Männern und Frauen mit Hochschul- bzw. Universitätsabschluss nur 2,7 bzw. 3,0 mal konsultiert. Auch Ambulanzbesuche sind unter niedrig Gebildeten (Männer wie Frauen) häufiger als unter Personen mit Hochschul- bzw. Universitätsabschluss. Dagegen werden z. B. sonstige FachärztInnen von niedrig gebildeten Männern etwas seltener konsultiert als von Männern mit höherem Bildungsniveau. Bei den Frauen bestätigt sich jedoch dieser Trend nicht. Bei ihnen fällt aber eine mit zunehmender Bildung vermehrte Konsultation von FrauenärztInnen auf. Auch ZahnbehandlerInnen werden von höher gebildeten Frauen häufiger konsultiert. Bei den Männern ist dies ebenfalls zum Teil zu beobachten.

**Grafik 5.4:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Bildung und Geschlecht\*

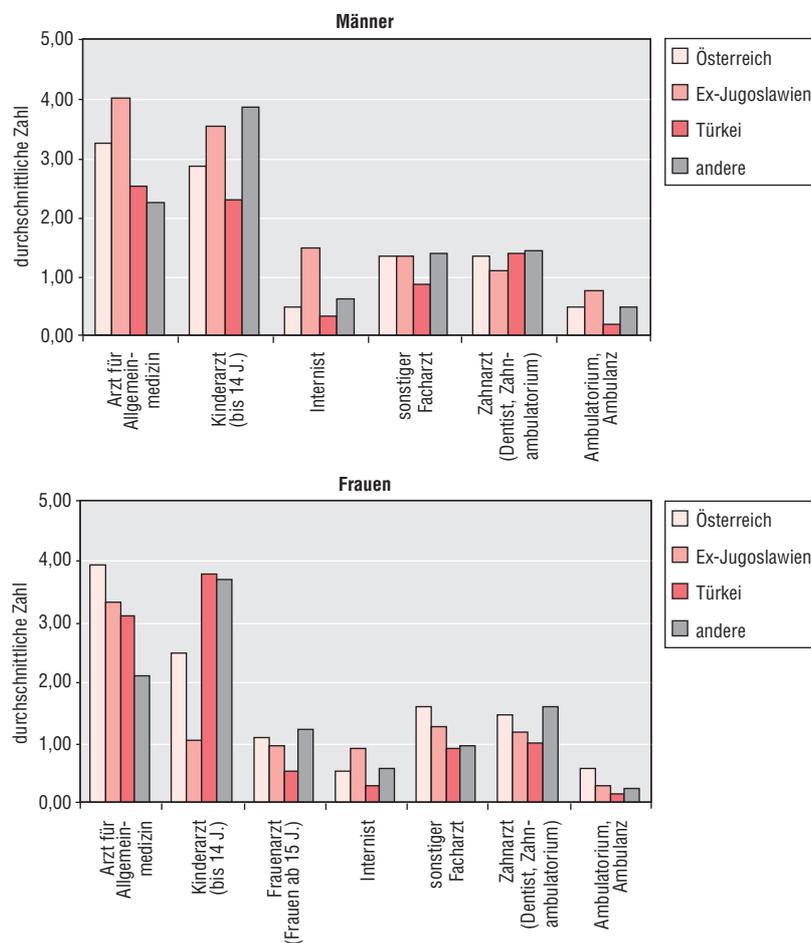


\* Personen ab 30 Jahren; die genauen Werte sind der Tabelle 5.2 im Anhang zu entnehmen (S. 144).

Forschungsergebnisse belegen eine Benachteiligung von Frauen in bestimmten Bereichen von Diagnostik und Therapie, wobei Frauen mit schlechteren Bildungsvoraussetzungen und insbesondere Ausländerinnen besonders benachteiligt sind (ZAMBRANA 1987). Trotz des in der Regel gesicherten formalen Zugangs zum Versorgungssystem zeigen internationale Erfahrungen, dass für MigrantInnen Schwierigkeiten

hinsichtlich des Zugangs zu und bei der Interaktion mit den Gesundheitsdiensten bestehen, die vornehmlich aus ihrem (von der einheimischen Bevölkerung abweichenden) Krankheitsverhalten herrühren. Neben der Sprache wird der Verständigungsprozess mit ausländischen PatientInnen sowohl durch die Unkenntnis ihrer Lebenssituation als auch ihrer kulturspezifischen Krankheitskonzepte erschwert.

**Grafik 5.5:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht\*



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 5.3 im Anhang zu entnehmen (S. 145).

Auffallend bei den Männern ist vor allem die hohe durchschnittliche Zahl der Besuche eines Allgemeinmediziners, Internisten und eines Ambulatoriums bzw. einer Ambulanz durch Staatsbürger aus dem ehemaligen Jugoslawien. Auch KinderärztInnen werden von Knaben mit solcher Staatszugehörigkeit überdurchschnittlich häufig konsultiert. Dagegen werden Zahn-

ärztInnen von diesen Staatsbürgern vergleichsweise selten in Anspruch genommen. Türkische Staatsbürger beiderlei Geschlechts gehen vergleichsweise selten zum Internisten und zu sonstigen FachärztInnen. Auch Frauen- und ZahnärztInnen werden von türkischen Staatsbürgerinnen seltener als von Frauen mit anderer Staatsbürgerschaft aufgesucht.

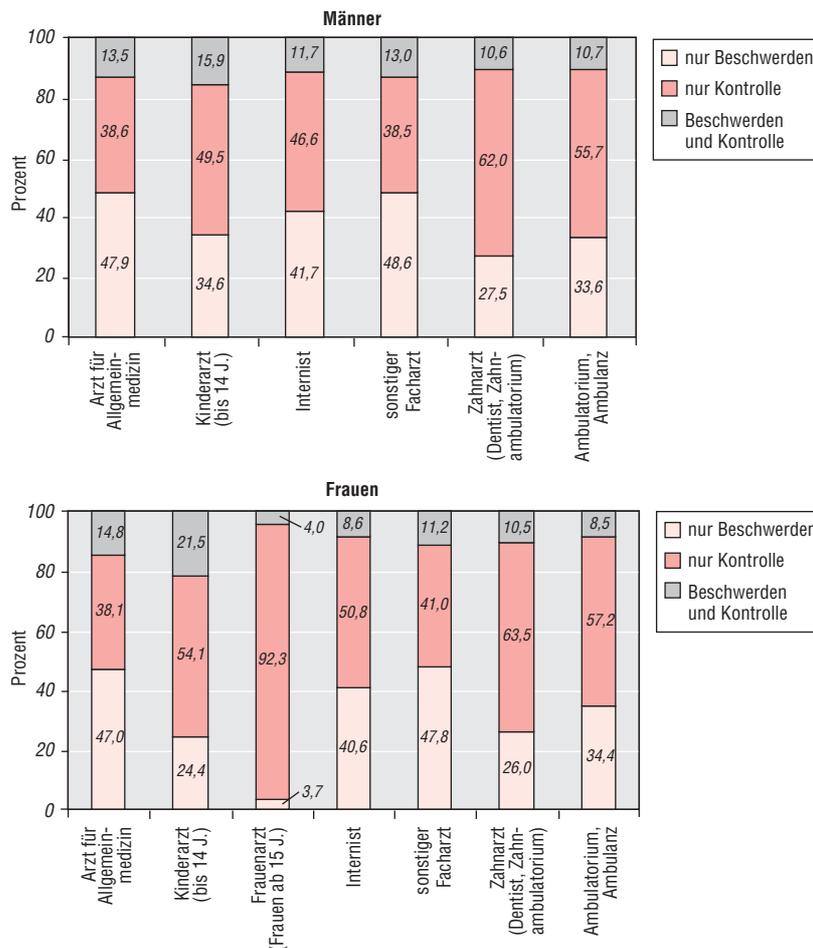
5.1.2 Gründe für Arztbesuche

Zusätzlich zur Häufigkeit der Arztbesuche stehen Angaben zur Verfügung, ob Arztbesuche ausschließlich auf Grund gesundheitlicher Beschwerden oder ausschließlich zur Kontrolle des Gesundheitszustandes bzw. Vorsorge oder wegen beidem (Beschwerden und Kontrolle) erfolgten.

Die Gründe für den Arztbesuch unterscheiden sich je nach Fachrichtung. Von den Personen, die im Jahr vor der Befragung einen Arzt aufsuchten, gingen in Wien zwischen 40 bis 60 Prozent der Männer und zwischen 40 und 90 Prozent der Frauen ausschließlich zur Kontrolle bzw. Vorsorge hin. 92,3 Prozent der Frauen ab 15 Jahren, die im Jahr vor der Befragung einen Frauenarzt aufgesucht haben, haben dies ausschließlich zur Kontrolle ihres Gesundheitszustandes getan.

Auch beim Zahnarzt sind reine Kontrollbesuche relativ häufig. 62,0 Prozent der Männer und 63,5 Prozent der Frauen, die beim Zahnarzt waren, waren ausschließlich zur Kontrolle ihrer Zahngesundheit dort. Auch mehr als die Hälfte der Ambulatoriums- bzw. Ambulanzbesuche dient ausschließlich Kontrollzwecken, beinahe die Hälfte der Internistenbesuche von Männern (46,6 Prozent) und mehr als die Hälfte der Internistenbesuche von Frauen (50,8 Prozent) erfolgte ebenfalls aus diesem Grund. 38,6 Prozent der Männer und 38,1 Prozent der Frauen waren ausschließlich zur Kontrolle beim Arzt für Allgemeinmedizin. Sieht man vom Allgemeinmediziner ab, so weisen Frauen bei ÄrztInnen aller Fachrichtungen häufiger reine Kontrollbesuche auf. Bei diesen Kontrollbesuchen kann es sich sowohl um Vorsorgemaßnahmen als auch um Nachkontrollen nach einer Erkrankung handeln.

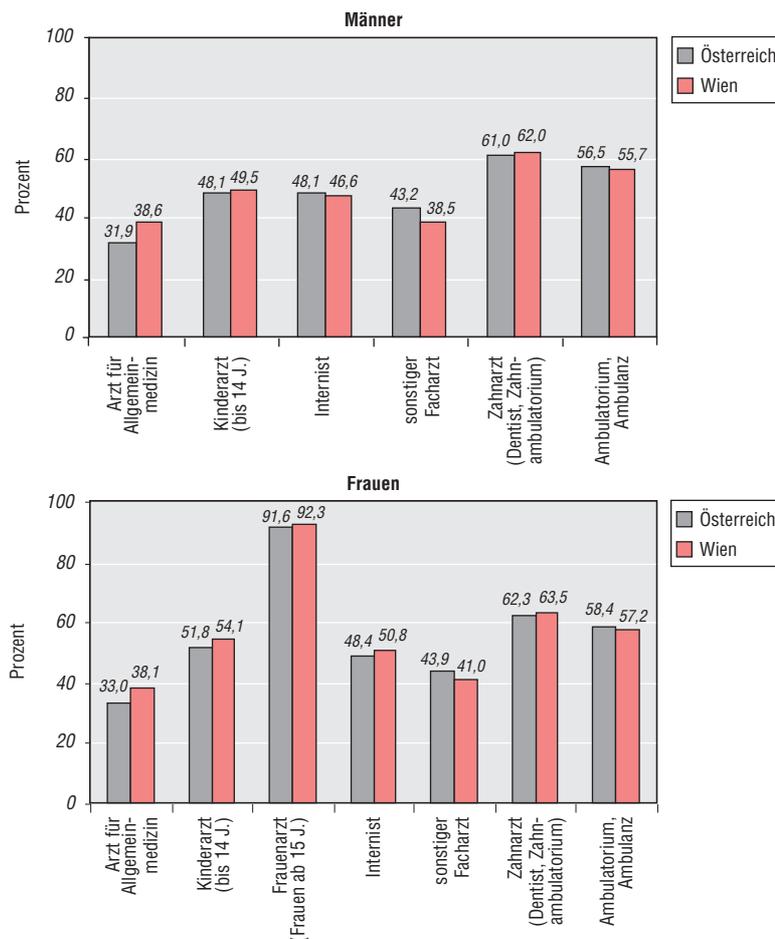
Grafik 5.6: Grund für den jeweils letzten Arztbesuch in Wien 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht



In Wien dienten Besuche beider Geschlechter beim Allgemeinmediziner, Kinderarzt, Zahnarzt, ebenso wie Konsultationen von InternistInnen und FrauenärztInnen durch Frauen, häufiger ausschließlich der Kontrolle bzw. Vorsorge als im gesamten Bundesgebiet. Dage-

gen wurden in Wien von beiden Geschlechtern sonstige FachärztInnen und Ambulatorien bzw. Ambulanzen und von Männern InternistInnen seltener als im Bundesdurchschnitt ausschließlich zur Kontrolle auf-

**Grafik 5.7:** Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Österreich und Wien 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)

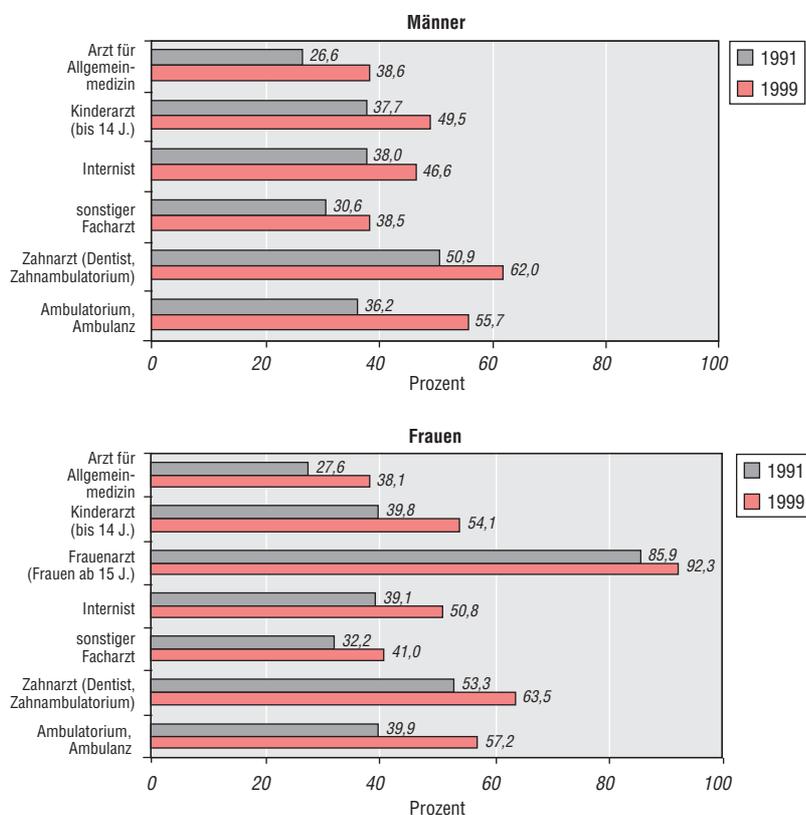


Gegenüber 1991 hat sich in Wien bei Männern und Frauen, die einen Arzt aufgesucht haben, der Anteil jener, die dies ausschließlich zur Kontrolle bzw. Vorsorge machten, deutlich erhöht. Dies ist durchgängig für ÄrztInnen aller Fachrichtungen zu beobachten. Während z. B. 1991 26,6 Prozent der Männer und 27,6 Prozent

der Frauen, die einen Arzt für Allgemeinmedizin aufsuchten, dies ausschließlich zur Kontrolle bzw. Vorsorge taten, waren es 1999 38,6 Prozent der Männer und 38,1 Prozent der Frauen. Dies deutet auf eine verbesserte Kontrolle der Gesundheit bzw. Vorsorge hin.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Ob sich dahinter auch Fälle einer Überversorgung verbergen, lässt sich auf Grund der vorliegenden Daten nicht abschätzen.

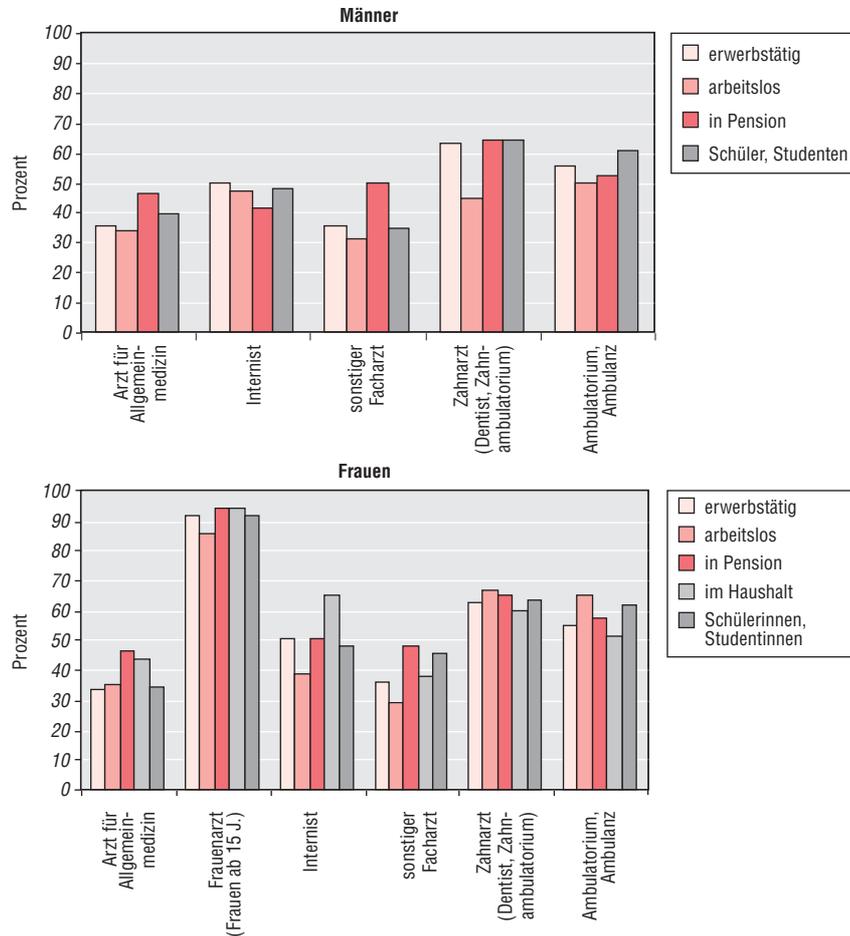
**Grafik 5.8:** Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Wien 1991 und 1999 nach Fachrichtung und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)



Dabei zeigt sich einmal mehr, dass Arbeitslose vergleichsweise wenig auf ihre Gesundheit achten. Arbeitslose Männer nehmen seltener als Gruppen mit anderem Erwerbsstatus ÄrztInnen für Allgemeinmedizin,

sonstige FachärztInnen, ZahnärztInnen und Ambulatorien bzw. Ambulanzen ausschließlich zur Kontrolle bzw. Vorsorge in Anspruch.

**Grafik 5.9:** Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Wien 1999 nach Fachrichtung, Erwerbstatus und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)



\* Die genauen Werte sind der Tabelle 5.4 im Anhang zu entnehmen (S. 145).

Ein Mangel an Kontrolle der Gesundheit bzw. Vorsorge ist zum Teil auch bei arbeitslosen Frauen zu beobachten. Sie gehen seltener als andere Erwerbsgruppen ausschließlich zur Kontrolle ihrer Gesundheit bzw. aus Gründen der Gesundheitsvorsorge zu FrauenärztInnen, InternistInnen und sonstigen FachärztInnen.

### 5.1.3 Wegzeiten für Arztbesuche

Um Hinweise auf die Planungs- und Organisationseffizienz im ambulanten Bereich zu erhalten, wurden im Mikrozensus Wegzeiten für und Wartezeiten bei Arztbesuche(n) ermittelt. Erfasst wurden die Weg- und Wartezeit beim zuletzt getätigten Besuch eines Arztes der jeweiligen Fachrichtung. Die Wegzeit umfasst jeweils die Zeit für den Hin- und Rückweg. Zusätzlich zur

Gliederung des Zeitaufwands für die Weg- und Wartezeit nach vergleichbaren Kategorien wurden Durchschnittswerte berechnet.

Das Thema des zeitlichen Gesamtaufwands für den Arztbesuch ist relativ komplex, da verschiedene Faktoren eine Rolle spielen. Zu berücksichtigen sind die regionalen Infrastrukturen (Zahl und Verteilung der Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen, Verkehrsverbindungen, etc.), die organisatorischen Gegebenheiten in den Arztpraxen, das Durchschnittsalter sowie die Krankheitsarten der PatientInnen und vieles andere mehr. So etwa kann es sein, dass keineswegs der am nächsten gelegene Arzt konsultiert wird, sondern jener, von dem man sich am ehesten Hilfe erwartet bzw. dem man am meisten vertraut. Eine größere Wahlmöglich-

keit kann unter Umständen die Wegzeit für den Arztbesuch sogar erhöhen.

Von der Erhebung der tatsächlichen Konsultationszeit (Direktkontakt mit dem Arzt) wurde im Mikrozensus insofern Abstand genommen, als diese vom Patienten kaum in der erforderlichen Genauigkeit abgeschätzt werden kann. Während im Vorfeld der Konsultationen (in einem Erwartungszustand) der Patient sehr wohl die abgelaufene Zeit beobachten kann, wendet sich beim direkten Arztkontakt seine Aufmerksamkeit voll dem Grund seines Besuches zu. Retrospektiv ergibt sich dann nur ein „Zeitgefühl“, das hauptsächlich durch subjektive Kriterien bestimmt ist.

In Wien benötigten 59,0 Prozent der Personen, die im Jahr vor der Befragung einen Arzt für Allgemeinmedizin sowie einen Frauenarzt konsultierten, für den Hin- und Rückweg jeweils nur bis zu einer viertel Stunde. Den Kinderarzt erreichte über ein Drittel (35,0 Prozent), den Zahnarzt etwas weniger als ein Drittel (30,7 Prozent) in dieser Zeit. Als am zeitaufwändigsten gestaltete sich der Weg zum Ambulatorium bzw. zur Ambulanz, zum Internisten und zu sonstigen FachärztInnen. Während für den Hin- und Rückweg zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Frauenarzt im Durchschnitt 19 Minuten benötigt wurden, war der Zeitaufwand für den Weg zum Ambulatorium bzw. der Ambulanz mehr als doppelt und zum Internisten sowie sonstigen FachärztInnen etwa doppelt so hoch.

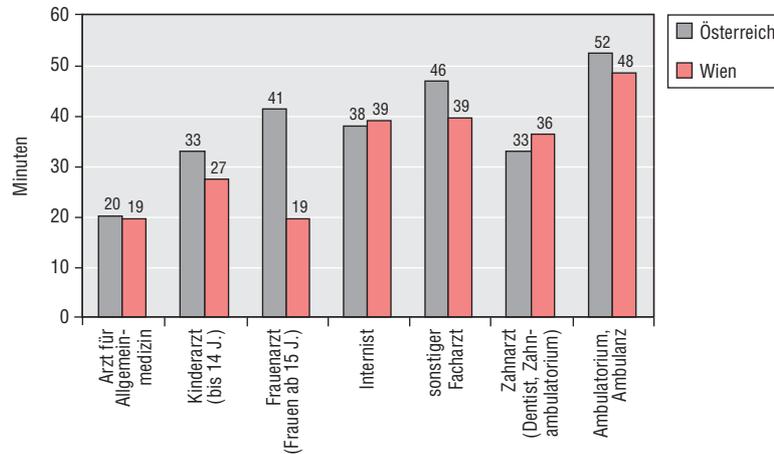
**Tabelle 5.2:** Wegzeit (Hin- und Rückweg) für den Besuch von ÄrztInnen in Wien 1991 und 1999 nach Fachrichtung (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)

Fachrichtung	Wegzeit					durchschnittliche Zeit in Minuten
	bis inkl. 1/4 Stunde	1/4 – inkl. 1/2 Stunde	1/2 – inkl. 1 Stunde	1 – inkl. 2 Stunden	mehr als 2 Stunden	
	in %					
<b>1991</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	62,1	27,1	9,0	1,7	0,1	18
FachärztInnen:						
Kinderarzt (Kinder bis 14 J.)	37,5	41,0	16,7	4,4	0,4	27
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	19,4	38,1	32,2	9,7	0,6	40
Internist	21,2	38,8	31,5	7,9	0,5	39
sonstiger Facharzt	22,9	38,4	29,4	9,0	0,3	38
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	28,6	36,5	26,2	7,9	0,8	36
Ambulatorium, Ambulanz	15,6	32,2	34,4	17,1	0,7	48
<b>1999</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	59,0	29,1	9,9	1,8	0,2	19
FachärztInnen:						
Kinderarzt (Kinder bis 14 J.)	35,0	41,6	20,6	1,4	1,5	27
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	59,0	29,1	9,9	1,8	0,2	19
Internist	15,8	50,9	21,1	11,9	0,3	39
sonstiger Facharzt	23,9	37,6	27,0	10,3	1,2	39
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	30,7	34,6	24,4	9,1	1,2	36
Ambulatorium, Ambulanz	7,7	15,8	70,0	6,1	0,4	48

Gegenüber 1991 hat sich in Wien im durchschnittlichen Zeitaufwand für den Besuch von ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen kaum etwas verändert. Lediglich für den Hin- und Rückweg zum Frauenarzt muss man nunmehr mit wesentlich weniger Zeit rechnen. Während 1991 durchschnittlich noch 40 Minuten benötigt wurden, brauchte man 1999 nur mehr etwa die Hälfte (19 Minuten).

Im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet sind in Wien die durchschnittlichen Wegzeiten für den Besuch von Kinder-, Frauen- und sonstigen FachärztInnen sowie für den Besuch von Ambulatorien bzw. Krankenhausambulanzen deutlich niedriger.

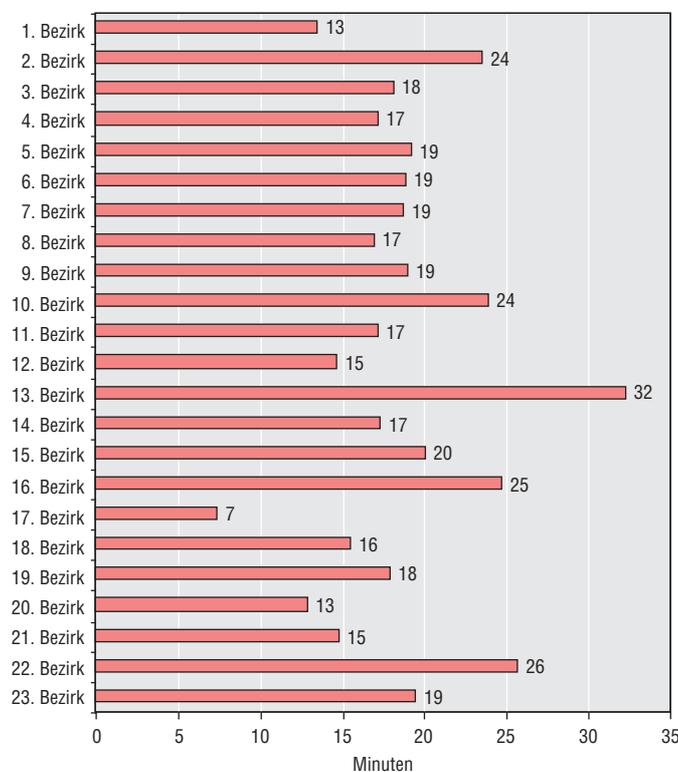
**Grafik 5.10:** Durchschnittlicher Zeitaufwand für den Hin- und Rückweg zu ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Österreich und in Wien 1999 (in Minuten)



Die durchschnittliche Wegzeit für den Besuch des Allgemeinmediziners liegt nur wenig unter dem österreichischen Durchschnittswert, jene für den Besuch des

Internisten und des Zahnarztes ist in Wien sogar etwas höher. Möglicherweise spielt dabei die größere Wahlmöglichkeit in Wien eine Rolle.

**Grafik 5.11:** Wegzeit (Hin- und Rückweg) für den Besuch des Arztes für Allgemeinmedizin in Wien 1999 (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)



Mit Abstand am längsten, und zwar über eine halbe Stunde, braucht man in Wien für den Hin- und Rückweg zum Allgemeinmediziner im 13. Bezirk, gefolgt vom 22. und 16. Bezirk. Die weitläufige Bebauung im 13. Bezirk wirkt sich auf die Wegzeit ungünstig aus. Aber auch im 2. und 10. Bezirk muss man mit über 20 Minuten für den Weg zum Allgemeinmediziner rechnen. Am wenigsten zeitaufwändig gestaltet sich der Weg zum Allgemeinmediziner im 17., 1. und 20. Bezirk.

Die Aufgliederung der Wegzeiten für die anderen ÄrztInnen findet sich in Tabelle 5.5 im Anhang. Auf eine bezirksweise Aufgliederung der Wegzeiten zu den KinderärztInnen, InternistInnen und Ambulatorien bzw.

Ambulanzen wurde wegen der geringen Zahl der Befragten, welche die jeweiligen ÄrztInnen aufgesucht haben, verzichtet.

### 5.1.4 Wartezeit bei ÄrztInnen

Bei ÄrztInnen aller Fachrichtungen ist die Wartezeit deutlich höher als die Wegzeit. Am längsten wartet man im Durchschnitt in Wien im Ambulatorium bzw. in der Ambulanz, bei InternistInnen und sonstigen FachärztInnen, am wenigsten lang bei den ZahnärztInnen (inkl. DentistIn, Zahnambulatorium), Kinder- und FrauenärztInnen sowie den ÄrztInnen für Allgemeinmedizin.

**Tabelle 5.3:** Wartezeit bei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Wien 1991 und 1999 (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)

Fachrichtung	Wartezeit					durchschnittliche Zeit in Minuten
	bis inkl. 1/4 Stunde	1/4 – inkl. 1/2 Stunde	1/2 – inkl. 1 Stunde	1 – inkl. 2 Stunden	mehr als 2 Stunden	
	in %					
<b>1991</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	30,4	32,3	25,7	10,6	1,0	39
FachärztInnen:						
Kinderarzt (Kinder bis 14 J.)	28,1	25,1	38,4	7,6	1,0	42
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	28,3	28,6	28,9	10,8	3,3	45
Internist	35,4	26,6	27,7	8,1	2,3	39
sonstiger Facharzt	28,3	28,7	28,0	11,5	3,5	45
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	39,6	33,4	22,5	4,1	0,5	31
Ambulatorium, Ambulanz	23,8	20,5	22,9	21,6	11,3	67
<b>1999</b>						
Arzt für AllgemeinmedizinerInnen	35,9	32,8	24,6	5,9	0,9	34
FachärztInnen:						
Kinderarzt (Kinder bis 14 J.)	28,3	46,3	21,0	3,9	0,5	32
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	37,6	32,3	22,1	6,4	1,7	34
Internist	40,4	24,5	19,1	12,9	3,0	46
sonstiger Facharzt	27,4	35,1	21,8	11,8	3,9	44
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	47,3	33,6	14,8	3,9	0,4	26
Ambulatorium, Ambulanz	14,8	9,7	63,9	7,9	3,7	58

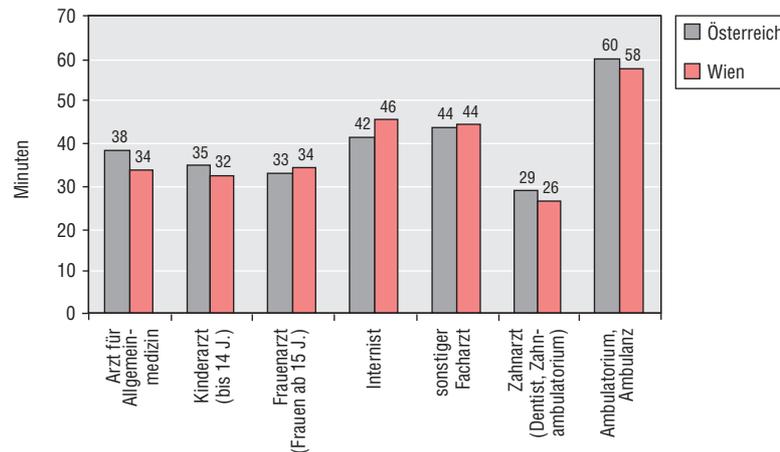
Gegenüber 1991 hat sich in Wien (mit Ausnahme des Internisten) die Wartezeit bei den ÄrztInnen aller Fachrichtungen deutlich verringert. Dies kann sowohl als Resultat der zunehmenden Arztdichte als auch (unter Berücksichtigung gestiegener Arztkontakte) der Verbesserung der Organisationseffizienz in den Arztpraxen gewertet werden. Auffallend beim Internisten ist die große Streuung: Während über 40,4 Prozent nur bis zu einer viertel Stunde beim Internisten gewartet haben, berich-

teten 15,7 Prozent von mehr als einer Stunde Wartezeit. Beim Arzt für Allgemeinmedizin warteten sogar etwas weniger (nämlich 35,9 Prozent) nur bis zu einer viertel Stunde, allerdings sind lange Wartezeiten bei AllgemeinmedizinerInnen relativ selten. Nur 6,8 Prozent warteten mehr als eine Stunde. Beinahe die Hälfte der Zahnarztbesucher in Wien wartete nicht länger als eine viertel Stunde. Nur 4,3 Prozent mussten bei ZahnärztInnen mehr als eine Stunde warten. Gegenteilig verhält es sich

beim Ambulatoriums- bzw. Ambulanzbesuch. Nur 14,8 Prozent warteten bis zu einer viertel Stunde, der über-

wiegende Teil (63,9 Prozent) musste zwischen einer halben und einer Stunde warten, 11,6 Prozent noch länger.

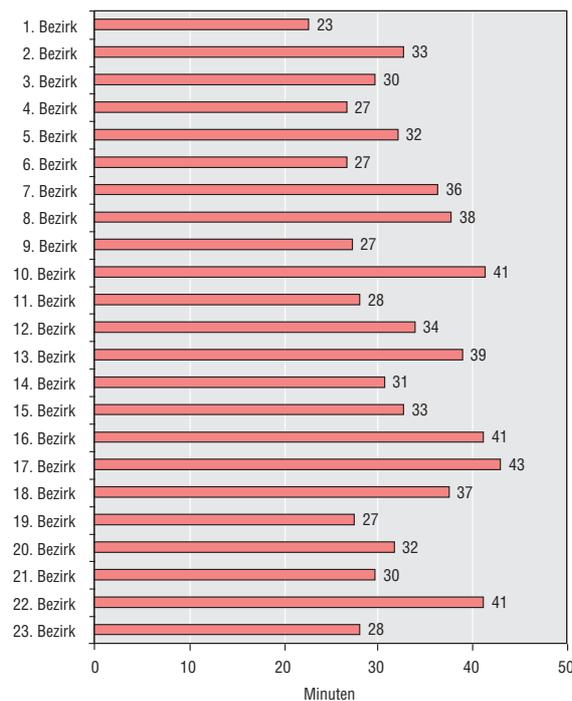
**Grafik 5.12:** Wartezeit bei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Österreich und in Wien 1999 (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)



In Wien wartet man beim Arzt für Allgemeinmedizin, Kinderarzt, Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium) im Durchschnitt weniger lang als im gesamten Bundesgebiet. Kein Unterschied zwischen Wien und Österreich

besteht in der Wartezeit bei sonstigen FachärztInnen. Bei InternistInnen und der Tendenz nach auch bei FrauenärztInnen wartet man in Wien im Durchschnitt sogar etwas länger.

**Grafik 5.13:** Wartezeit beim Arzt für Allgemeinmedizin in Wien 1999 nach Bezirk (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)



Die Wartezeit beim Arzt für Allgemeinmedizin variierte 1999 in Wien je nach Bezirk zwischen 23 (1. Bezirk) und 43 Minuten (17. Bezirk). Während man im 1., 4., 6., 9., 11., 19. und 23. Bezirk im Durchschnitt weniger als eine halbe Stunde warten musste, wartete man im 10., 16., 17. und 22. Bezirk im Durchschnitt über 40 Minuten. Tabelle 5.5 im Anhang gibt Aufschluss über die durchschnittlichen Wartezeiten bei Ärzten verschiedener Fachrichtungen. (Ebenso wie bei der Wegzeit wurde auch von einer bezirksweisen Aufgliederung der Wartezeit bei KinderärztInnen, InternistInnen und Ambulatorien bzw. Ambulanzen abgesehen).

### 5.2 Krankenhausaufenthalte

Um personenbezogene Daten zum stationären Bereich verfügbar zu machen, wurde im Mikrozensus des Wei-

teren die Häufigkeit der stationären Krankenhausaufenthalte (d. h. der Aufenthalte über eine Nacht oder länger), im Jahr vor der Befragung ermittelt. 11,3 Prozent der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung waren in diesem Zeitraum mindestens einmal im Krankenhaus. 9,8 Prozent hatten einen Krankenhausaufenthalt, 1,2 Prozent zwei und eine Minderheit von 0,3 Prozent drei oder mehr. In Wien ist der Anteil der stationären Aufenthalte etwas niedriger als in Österreich. Im gesamten Bundesgebiet hatten 12,8 Prozent mindestens einen stationären Aufenthalt, 11,1 Prozent wurden einmal, 1,2 Prozent zweimal und 0,4 Prozent dreimal oder öfter stationär aufgenommen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die vermehrten Ausweichmöglichkeiten in Wien: Wien verfügt z. B. über eine Reihe teilstationärer Angebote, eine hohe Facharztichte und ein vergleichsweise gut ausgebauten Netz an sozialen Diensten.

**Tabelle 5.4:** Krankenhausaufenthalte (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht

Alter	Personen in 1.000	Krankenhausaufenthalte im Jahr vor der Befragung in %				
		nie	mindestens einmal	davon		
				einmal	zweimal	dreimal und öfter
<b>Männer</b>						
0 bis 14	122,8	91,6	8,4	6,6	1,2	0,6
15 bis 29	140,2	91,9	8,1	7,4	0,7	0,0
30 bis 44	208,5	91,1	8,9	8,0	0,7	0,2
45 bis 59	160,1	87,7	12,3	11,0	1,3	0,0
60 bis 74	83,4	83,7	16,3	13,8	2,5	0,0
75 und mehr	34,3	77,3	22,7	18,3	3,2	1,2
gesamt	749,3	89,2	10,8	9,4	1,2	0,2
<b>Frauen</b>						
0 bis 14	117,2	87,3	12,7	10,9	1,2	0,6
15 bis 29	145,2	91,2	8,8	7,8	0,6	0,3
30 bis 44	205,7	90,4	9,6	8,4	0,8	0,5
45 bis 59	168,5	86,3	13,7	12,0	1,7	0,0
60 bis 74	110,8	86,9	13,1	11,3	1,1	0,7
75 und mehr	83,0	84,3	15,7	12,6	2,2	0,9
gesamt	830,4	88,2	11,8	10,2	1,2	0,4
<b>gesamt</b>						
Wien	1.579,7	88,7	11,3	9,8	1,2	0,3
Österreich	7.958,1	87,2	12,8	11,1	1,2	0,4

Frauen haben häufiger Krankenhausaufenthalte als Männer, vor allem oftmalige Aufenthalte sind bei Frauen etwas häufiger. Im Jahr vor der Befragung hatten in Wien 10,8 Prozent der Männer und 11,8 Prozent der Frauen mindestens einen Krankenhausaufenthalt, 1,4

Prozent der Männer und 1,6 Prozent der Frauen mehr als einen.

Im Alter nehmen Krankenhausaufenthalte zu, interessanterweise bei den Männern jedoch deutlicher als bei

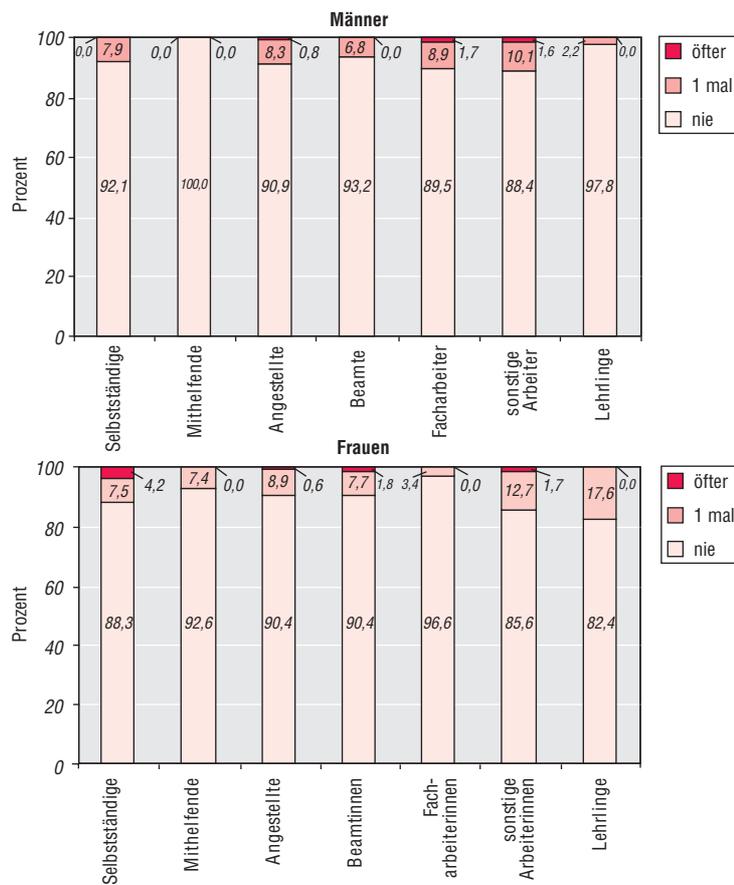
den Frauen. Ab dem Alter von 60 und mehr Jahren liegen (mit wenigen Ausnahmen) die Anteile der Männer, die zumindest einmal im Krankenhaus waren, über jenen der Frauen. Allerdings sind auf Grund der höheren Lebenserwartung der Frauen, und damit zusammenhängend der hohe Frauenanteil im höheren Alter, ältere Frauen bei weitem häufiger in Krankenanstalten anzutreffen als ältere Männer.

Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass sich die Ergebnisse lediglich auf die in Privathaushalten lebenden Personen beziehen. Zu beachten ist, dass gerade in Wien viele ältere Frauen (mit hohem Versorgungsbedarf) in Heimen leben und daher aus der Stichprobe herausfallen. Inwieweit sonstige methodische Gegebenheiten (Untererfassung hochaltiger in Privathaushalten lebender Frauen, weil sie sich im Krankenhaus befinden, oder aus gesundheitlichen

Gründen die Beantwortung der Fragen abgelehnt haben, bzw. in Ein-Personen-Haushalten leben, wodurch Fremdauskünfte wegfallen, etc.) die Ergebnisse beeinflussen, lässt sich schwer abschätzen.

Soziokulturelle Faktoren beeinflussen nicht nur den Gesundheitszustand, sondern wirken sich auch auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aus. So etwa sind Krankenhausaufenthalte bei ArbeiterInnen (sieht man von den weiblichen Lehrlingen, für die auf Grund der geringen Befragtenzahlen kaum zuverlässige Aussagen zu treffen sind, ab) am häufigsten. 11,7 Prozent der Arbeiter und 14,4 Prozent der Arbeiterinnen waren im Jahr vor der Befragung mindestens einmal im Krankenhaus, dagegen lediglich 6,8 Prozent der männlichen und 9,6 Prozent der weiblichen Beamten und 9,1 Prozent der männlichen und 9,6 Prozent der weiblichen Angestellten.

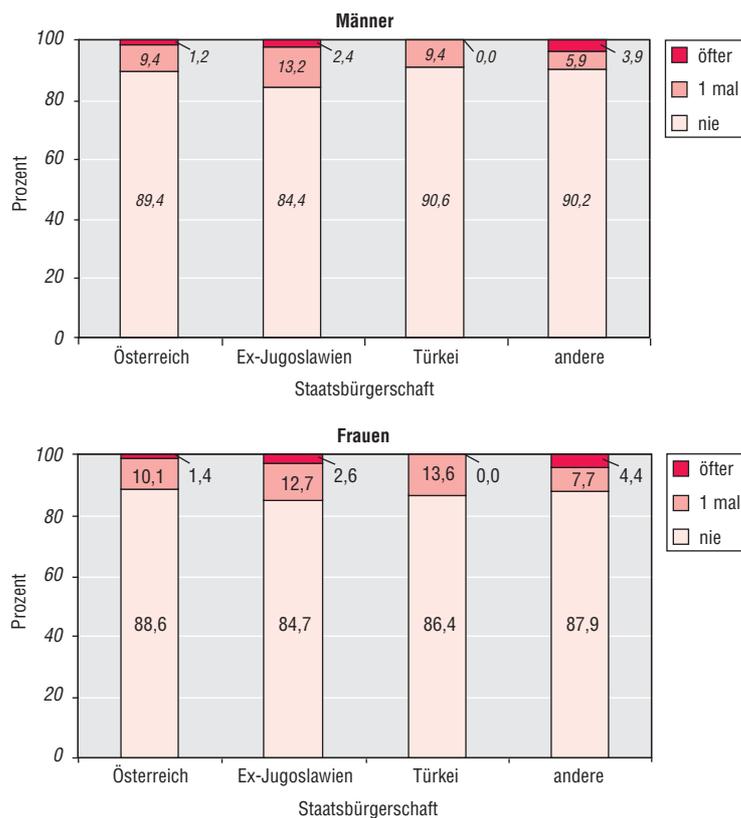
**Grafik 5.14:** Krankenhausaufenthalte in Wien 1999 nach Beruf und Geschlecht (Erwerbstätige)



Auch die gesundheitliche Benachteiligung ausländischer StaatsbürgerInnen hat häufigere Krankenhausaufenthalte zur Folge. Überdurchschnittlich häufig waren Staatsbürger und Staatsbürgerinnen aus dem ehemaligen Jugoslawien von Krankenhausaufenthal-

ten betroffen. Auch Mehrfachaufenthalte (zweimal oder öfter) sind bei diesen Personen relativ häufig. Am häufigsten waren allerdings Mehrfachaufenthalte bei Männern und Frauen mit „anderer“ Staatsbürgerschaft.

**Grafik 5.15:** Krankenhausaufenthalte in Wien 1999 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht



### 5.3 Medikamentenkonsum

Arzneimittel spielen für die effektive Gesundheitsversorgung eine unerlässliche Rolle. Ihre angemessene und wirtschaftliche Verordnung erhöht die Versorgungseffizienz, indem Krankheitsepisoden verkürzt bzw. stationäre Aufnahmen vermieden werden. Andererseits tragen Arzneimittelverordnungs- und -einnahmefehler (vor allem bei älteren Patienten) nicht selten zu stationären Einweisungen bei.

Zusätzlich zu den ärztlich verordneten Medikamenten hat die Selbstmedikation einen nicht unbedeutenden Anteil am Arzneimittelverbrauch. Im Mikrozensus wurde beides ermittelt, die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente und die in Eigenregie in den letzten vier Wochen vor der Befragung konsumierten.

#### 5.3.1 Konsum ärztlich verordneter Medikamente

32,9 Prozent der Männer und 39,7 Prozent der Frauen in Wien haben in den letzten vier Wochen vor der Be-

fragung ärztlich verordnete Medikamente genommen. Im gesamten Bundesgebiet waren es etwas weniger und zwar 30,7 Prozent der Frauen und 38,1 Prozent der Männer.

Frauen nehmen nicht nur häufiger, sondern auch durchschnittlich mehr Medikamente. Unter der Annahme, dass maximal ein sonstiges Medikament eingenommen wurde, haben in Wien in den letzten vier Wochen vor der Befragung Männer durchschnittlich 0,61 und Frauen 0,77 ärztlich verordnete Medikamente konsumiert. Die Werte für das gesamte Bundesgebiet liegen (vor allem bei den Männern) deutlich darunter (Männer 0,56, Frauen 0,74).

Am häufigsten wurden in Wien von Männern wie Frauen Medikamente gegen hohen Blutdruck, sonstige Medikamente, Medikamente gegen Herzbeschwerden, gegen Durchblutungsstörungen und Schmerzmittel genommen. Bei den Männern folgen an sechster Stelle Medikamente gegen Zuckerkrankheit, bei den Frauen Medikamente gegen rheumatische Erkrankungen.

**Tabelle 5.5:** Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Medikamente	Österreich	Wien	davon im Alter					
			bis 14	15 bis 29	30 bis 44	45 bis 59	60 bis 74	75 u. mehr
<b>Männer</b>								
<b>in 1.000 (=100 Prozent)</b>	3.857,2	749,3	122,8	140,2	208,5	160,1	83,4	34,3
<b>davon nehmen Medikamente:</b>	<i>in %, Mehrfachnennungen möglich</i>							
keine	69,3	67,1	78,6	80,9	76,6	60,1	33,8	25,0
gegen Herzbeschwerden	4,9	5,2	3,1	1,2	1,9	5,0	13,9	28,3
gegen hohen Blutdruck	9,4	11,5	6,0	3,1	6,2	14,2	33,1	32,1
gegen niedrigen Blutdruck	1,1	1,2	0,6	0,2	1,0	1,9	2,6	1,9
gegen Lungenasthma	1,8	2,4	2,2	2,3	1,4	2,1	4,1	7,0
gegen Magenbeschwerden	2,2	2,6	1,7	1,4	1,8	3,0	4,7	9,7
gegen Verdauungsstörungen	1,0	1,1	0,5	0,0	1,0	1,4	2,9	3,4
gegen Schlafstörungen	1,8	1,6	0,3	0,8	0,8	1,9	2,3	10,3
gegen Kopfschmerzen	1,7	2,3	2,2	2,1	2,0	2,6	2,5	3,0
gegen Nervosität	1,2	1,0	0,0	0,0	0,4	2,6	2,2	2,2
gegen rheumatische Erkrankungen	2,5	2,5	0,5	1,5	1,7	2,3	6,5	8,7
gegen erhöhten Cholesterinspiegel	2,0	2,2	0,3	0,9	1,1	2,9	6,7	7,3
gegen erhöhte Harnsäure (Gicht)	1,8	1,8	0,6	0,9	0,6	2,5	5,0	7,0
gegen Durchblutungsstörungen	4,2	5,0	2,9	2,0	2,3	4,9	12,6	22,5
gegen Allergien	1,4	1,4	1,9	1,5	1,6	1,2	0,0	1,4
wegen Zuckerkrankheit	2,3	3,2	1,0	0,9	2,0	4,7	9,0	7,0
Schmerzmittel	4,0	4,4	3,1	3,0	4,0	4,9	6,2	10,8
Hormonpräparate	1,2	1,2	1,7	0,7	0,9	1,7	1,4	0,6
Antibiotika	1,8	1,5	2,6	1,0	1,7	1,2	0,6	1,4
sonstige	9,3	8,9	6,1	5,7	6,5	11,2	13,4	25,0
durchschnittliche Zahl der Medikamente	0,56	0,61	0,37	0,29	0,39	0,72	1,30	1,90
<b>Frauen</b>								
<b>in 1.000 (=100 Prozent)</b>	4.100,9	830,4	117,2	145,2	205,7	168,5	110,8	83,0
<b>davon nehmen Medikamente:</b>	<i>in %, Mehrfachnennungen möglich</i>							
keine	61,9	60,3	79,5	77,3	73,5	49,8	34,5	26,4
gegen Herzbeschwerden	6,1	6,6	1,5	1,3	1,7	5,9	14,1	26,4
gegen hohen Blutdruck	12,2	13,1	5,2	3,6	5,4	15,6	28,3	34,4
gegen niedrigen Blutdruck	2,2	3,0	2,2	1,7	2,4	4,4	3,1	4,4
gegen Lungenasthma	1,5	1,8	1,2	2,1	1,6	1,5	2,5	2,0
gegen Magenbeschwerden	2,5	2,9	2,1	1,3	1,8	3,8	5,0	4,6
gegen Verdauungsstörungen	1,5	1,6	0,7	0,4	0,6	1,5	3,7	4,7
gegen Schlafstörungen	2,9	2,4	0,7	1,1	1,2	2,4	3,9	8,4
gegen Kopfschmerzen	2,9	3,3	1,3	1,5	3,3	4,2	4,7	5,2
gegen Nervosität	2,5	2,3	0,3	0,5	1,1	3,6	4,0	5,9
gegen rheumatische Erkrankungen	3,7	3,9	0,7	1,3	1,5	5,1	7,9	10,7
gegen erhöhten Cholesterinspiegel	2,2	2,3	0,9	0,2	1,0	1,6	8,1	5,2
gegen erhöhte Harnsäure (Gicht)	1,1	1,3	1,8	0,5	0,6	0,6	2,4	4,2
gegen Durchblutungsstörungen	5,7	5,6	1,6	1,7	2,0	5,0	12,3	19,6
gegen Allergien	1,5	1,4	1,2	2,6	1,6	0,7	0,8	1,5
wegen Zuckerkrankheit	2,4	2,6	0,6	1,0	1,7	1,8	5,8	7,7
Schmerzmittel	4,8	5,4	3,2	3,0	4,1	6,4	8,6	9,6
Hormonpräparate	3,5	2,9	1,0	1,5	1,4	7,1	4,6	1,3
Antibiotika	2,1	1,8	2,1	2,1	1,1	2,3	2,2	1,5
sonstige	12,9	12,7	5,5	8,8	9,0	16,1	17,7	25,4
durchschnittliche Zahl der Medikamente	0,74	0,77	0,34	0,36	0,43	0,90	1,40	1,83

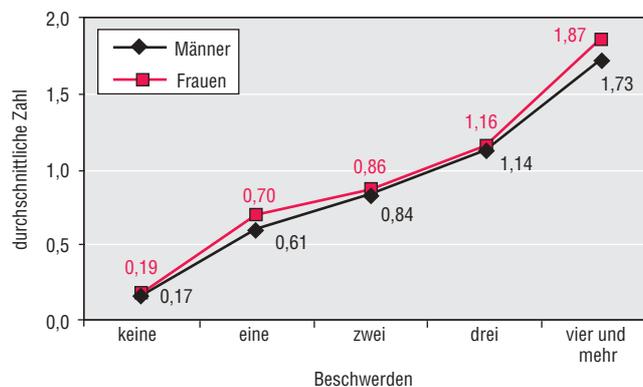
Mit wenigen Ausnahmen wurden in Wien beinahe alle der untersuchten Medikamente von Frauen häufiger genommen. Nur Medikamente gegen Zuckerkrankheit, erhöhte Harnsäure (Gicht) und Lungenasthma wurden von Männern häufiger konsumiert. Kaum ein bzw. kein Unterschied besteht in der Einnahme von Medikamenten gegen erhöhten Cholesterinspiegel und Allergien.

Der Konsum ärztlich verordneter Medikamente nimmt im Alter deutlich zu. Während im mittleren Alter von 30 bis 44 Jahren ca. ein Viertel der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung ärztlich verordnete Medikamente eingenommen hat (Männer 24,4 Prozent, Frauen 26,5 Prozent), waren es von den 75-Jährigen und älteren bereits etwa drei Viertel (Männer 75,0 Prozent, Frauen 73,6 Prozent). Auch die durchschnittliche Zahl der eingenommenen Medikamente nimmt im Alter drastisch zu. Im Durchschnitt wurden im mittleren Alter von Männern 0,39 und von Frauen 0,43 ärztlich verordnete Medikamente konsumiert, im Alter von 75 und mehr Jahren waren es bei den Männern 1,90, bei den Frauen 1,83.

Besonders stark steigt im hohen Alter der Konsum verordneter Medikamente gegen hohen Blutdruck, Herzbeschwerden, Durchblutungsstörungen, rheumatische Erkrankungen, ebenso wie der Konsum von Schmerzmitteln und von Medikamenten gegen Schlafstörungen. Bei Männern ist außerdem im Alter eine deutliche Zunahme des Konsums von Medikamenten gegen Magenbeschwerden zu beobachten.

Ausschlaggebend für den Medikamentenkonsument sind das Vorhandensein bzw. die Häufigkeit von Beschwerden. Während von den beschwerdefreien durchschnittlich 0,17 (Männer) bzw. 0,19 (Frauen) vom Arzt verordnete Medikamente eingenommen werden, nehmen bei Vorhandensein von zwei Beschwerden Männer durchschnittlich 0,84 und Frauen 0,86 ärztlich verordnete Medikamente ein. Bei vier und mehr Beschwerden ist ein Ansteigen der durchschnittlichen Medikamentenzahl bei Männern auf 1,73 und bei Frauen auf 1,87 zu beobachten. Unabhängig von der Zahl der Beschwerden besteht weiterhin ein Geschlechtsunterschied in der durchschnittlichen Zahl der vom Arzt verordneten, konsumierten Medikamente.

**Grafik 5.16:** Durchschnittliche Zahl der (in den letzten vier Wochen) ärztlich verordneten Medikamente in Wien 1999 nach Zahl der Beschwerden und Geschlecht



In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, abzuklären, welche Rolle Weiblichkeitsklischees, Unterschiede im Beschwerden- und Krankheitsspektrum von Männern und Frauen sowie die größere Bereitschaft von Frauen, psychische Belastungen und seelischen Druck mitzuteilen, beim ärztlichen Entscheidungsverhalten spielen. Untersuchungen aus den 80er Jahren zeigen,

dass die gleichen Symptome bei Männern eher als somatisch diagnostiziert und therapiert werden, bei Frauen eher als psychisch oder psychosomatisch (CONEN, KUSTER 1988). Auch in Wien werden z. B. Frauen Medikamente gegen Nervosität mehr als doppelt so häufig, Medikamente gegen Schlafstörungen um die Hälfte häufiger verordnet als Männern.

5.3.2 Selbstmedikation

In Wien werden nicht nur häufiger ärztlich verordnete Medikamente konsumiert als im gesamten Bundesgebiet, auch die Selbstmedikation spielt bei beiden Geschlechtern in Wien eine größere Rolle. Während in Österreich in den letzten vier Wochen vor der Befragung 13,9 Prozent der Männer und 18,6 Prozent der Frauen nicht verordnete Medikamente konsumiert haben, waren es in Wien 17,0 Prozent der Männer und 21,0 Prozent der Frauen. Auch die durchschnittliche Zahl der konsumierten Medikamente ist in Wien deutlich höher.

Bei Frauen spielt die Selbstmedikation eine größere Rolle als bei Männern. Sowohl der Anteil jener, die zu

nicht ärztlich verordneten Medikamenten greifen, als auch die durchschnittliche Zahl der konsumierten Medikamente ist ebenso wie der Konsum der einzelnen Medikamente bei Frauen deutlich höher. Durchschnittlich wurden in Wien (unter der Annahme, dass maximal ein sonstiges Medikament genommen wurde) im Rahmen der Selbstmedikation von Männern 0,19, von Frauen 0,24 Medikamente konsumiert. Die dominierende Rolle im Rahmen der Selbstmedikation spielen Schmerzmittel. 8,3 Prozent der Männer und 10,9 Prozent der Frauen in Wien haben in den letzten vier Wochen vor der Befragung zu nicht verordneten Schmerzmitteln gegriffen. An zweiter und dritter Stelle folgen bei den Männern Erkältungsmittel und sonstige Medikamente, bei den Frauen ebenfalls, jedoch in umgekehrter Reihung.

**Tabelle 5.6:** Einnahme von nicht ärztlich verschriebenen Medikamenten (in den letzten vier Wochen) 1999 in Österreich und in Wien nach Alter und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

Art der Medikamente	Österreich	Wien	davon im Alter					
			bis 14	15 bis 29	30 bis 44	45 bis 59	60 bis 74	75 und mehr
<b>Männer</b>								
<b>in 1.000 (=100 Prozent)</b>	3.857,2	749,3	122,8	140,2	208,5	160,1	83,4	34,3
<b>davon nehmen Medikamente:</b>	<i>in %, Mehrfachnennungen möglich</i>							
keine	86,1	83,0	86,6	77,6	83,5	83,9	84,8	80,4
Kreislaufmittel	0,7	0,6	0,2	0,5	0,8	0,4	0,8	2,9
Abführmittel	0,6	1,0	0,4	1,2	0,9	0,7	2,3	1,4
Erkältungsmittel	3,2	4,7	4,3	7,1	4,5	4,3	3,7	2,3
Schmerzmittel	6,2	8,3	5,5	10,7	7,8	9,9	6,3	8,8
sonstige	4,4	4,4	4,1	4,7	5,1	2,7	5,7	5,7
durchschnittliche Zahl der Medikamente	0,15	0,19	0,14	0,24	0,19	0,18	0,19	0,21
<b>Frauen</b>								
<b>in 1.000 (=100 Prozent)</b>	4.100,9	830,4	117,2	145,2	205,7	168,5	110,8	83,0
<b>davon nehmen Medikamente:</b>	<i>in %, Mehrfachnennungen möglich</i>							
keine	81,4	79,0	87,5	78,8	79,3	75,0	77,4	77,0
Kreislaufmittel	1,6	1,4	0,2	1,1	1,5	1,5	1,8	3,0
Abführmittel	0,8	1,1	0,0	1,0	0,3	0,6	4,0	1,7
Erkältungsmittel	3,5	4,9	3,7	6,5	5,4	4,4	4,2	4,2
Schmerzmittel	8,7	10,9	6,4	12,1	11,5	14,3	8,5	9,6
sonstige	6,2	5,8	3,1	3,5	4,8	7,6	9,2	8,1
durchschnittliche Zahl der Medikamente	0,21	0,24	0,13	0,24	0,23	0,28	0,28	0,27

Während der Konsum nicht verordneter Kreislaufmittel mit dem Alter zunimmt, zeigt sich bei den restlichen untersuchten Medikamenten kein einheitlicher Alterstrend. Männer zwischen 15 und 29 Jahren und ab 75 Jahren sowie Frauen ab 45 Jahren nehmen durchschnittlich die meisten nicht verordneten Medikamente.

Durch den weit verbreiteten Gebrauch von Arzneimitteln in der Bevölkerung haben Fragen der Qualität und Sicherheit in der Arzneimitteltherapie hohe Relevanz. Untersuchungen belegen, dass selbst ein Teil der ärztlich verordneten Arzneimittel in pharmakologischer oder ökonomischer Hinsicht fragwürdig ist (KLEIN-LANGE

2000, S. 240 ff.). Qualitätssicherung im Sinne optimalen Einsatzes vorhandener Mittel scheint daher besonders bedeutsam. Dazu gehört auch ein Arzneimittelinformationssystem, das kontinuierlich, problembezogen und neutral Informationen zum realen Arzneimittelgebrauch sowie zur Arzneimittelsicherheit bereithält.

Untersuchungen zur Arzneimittelprävalenz, zur Dauer von medikamentösen Therapien, zu den ärztlichen Begründungen der Verordnungen, zur Multimedikation, zu den verschiedenen an der Medikation beteiligten FachärztInnen sowie zu ökonomischen Aspekten der

Arzneimitteltherapie fehlen bisher weitgehend. Auf regionaler Basis durchgeführt, könnten solche Untersuchungen Hinweise zu Unter- bzw. Überversorgung, nicht-indikationsgerechter Anwendung von Arzneimitteltherapien, Risiken bei der Therapie mit bestimmten Medikamentengruppen bzw. unerwünschten Arzneimittelwirkungen und unwirtschaftlichen Verordnungen liefern. Die Ergebnisse könnten in Fortbildungsmaßnahmen für ÄrztInnen einfließen und so im Rahmen eines interaktiven Prozesses zur Veränderung der Alltagsroutine der PraxisärztInnen beitragen (vgl. dazu KLEIN-LANGE 2000, S. 240 ff.).

## LITERATUR

- BATTISTA, R. u. a. (1995), Lessons from Eight Countries, in: BANTA, D. u. a. (Hrsg.), Health Care technology and Its Assessments in Eight Countries, Washington.
- BADURA, B. u. a. (1987), Leben nach dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie, Berlin.
- CONEN, D.; KUSTER, M. (1988), Geschlechts- und symptomspezifisches Verhalten männlicher Assistenzärzte, in: Sozial- und Präventivmedizin 3, Jg. 33, S.167–172.
- CSITKOVICS, M. u. a. (1997), Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien, MA 15, Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien.
- KLEIN-LANGE, M. (2000), Krankenversorgung, in: SCHWARTZ, F. W. u. a. (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Jena
- MIELCK, A. (Hrsg.; 1994), Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen.
- VON FERBER, L. (Hrsg.; 1994), Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung: Epidemiologische Grundlagen eines Qualitätsmonitoring, ISAB-Berichte Nr. 34, Leipzig.
- VON UEXKUELL, T. (1996), Psychosomatische Medizin, München.
- ZAMBRANA, R. E. (1987), A research agenda on issues affecting poor and minority women: A model for understanding their health needs, in: Women and Health 12, S. 137–161.

**TABELLENANHANG**

**Tabelle A 5.1:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Alter und Geschlecht

Fachrichtung	Alter (Jahre)					
	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+
<b>Männer</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	2,28	2,31	2,77	3,74	4,77	5,97
FachärztInnen:						
Internist	0,68	0,43	0,34	0,54	0,76	1,42
sonstiger Facharzt	1,12	1,06	1,38	1,44	1,52	1,65
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	1,43	1,46	1,34	1,32	1,13	1,01
Ambulatorium, Ambulanz	0,23	0,32	0,47	0,66	0,84	0,90
<b>Frauen</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	2,26	2,50	2,85	4,12	5,98	6,49
FachärztInnen:						
Frauenarzt (ab 15 Jahre)		1,18	1,34	1,01	0,82	0,63
Internist	0,40	0,41	0,45	0,67	0,83	0,64
sonstiger Facharzt	1,17	1,35	1,44	1,44	1,82	2,13
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	1,45	1,39	1,64	1,47	1,22	0,94
Ambulatorium, Ambulanz	0,26	0,31	0,65	0,56	0,87	0,42

**Tabelle A 5.2:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Bildung und Geschlecht (Personen ab 30 Jahren)

Fachrichtung	höchste abgeschlossene Schulbildung (Personen ab 30 Jahren)					
	Pflichtschule	Lehre	BMS	AHS	BHS	Hochschule
<b>Männer</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	4,93	3,84	2,85	3,12	3,38	2,73
FachärztInnen:						
Internist	0,67	0,46	0,54	0,60	0,54	0,66
sonstiger Facharzt	1,11	1,57	1,59	1,55	1,48	1,32
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	1,00	1,30	1,12	1,25	1,58	1,35
Ambulatorium, Ambulanz	0,99	0,70	0,32	0,36	0,41	0,49
<b>Frauen</b>						
AllgemeinmedizinerInnen	5,49	4,63	3,64	3,65	3,07	3,04
FachärztInnen:						
Frauenarzt	0,82	1,04	1,01	1,19	1,33	1,37
Internist	0,67	0,45	0,89	0,64	0,55	0,50
sonstiger Facharzt	1,77	1,60	1,67	1,64	1,83	0,94
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	1,03	1,28	1,74	1,67	2,10	1,57
Ambulatorium, Ambulanz	0,76	0,75	0,44	0,61	0,38	0,42

**Tabelle A 5.3:** Durchschnittliche Zahl der Arztbesuche (im Jahr vor der Befragung) in Wien 1999 nach Fachrichtung, Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Fachrichtung	Staatsbürgerschaft			
	Österreich	Ex-Jugoslawien	Türkei	andere
<b>Männer</b>				
AllgemeinmedizinerInnen	3,22	3,99	2,51	2,21
FachärztInnen:				
Kinderarzt (bis 14 J.)	2,87	3,51	2,30	3,87
Internist	0,47	1,45	0,34	0,62
sonstiger Facharzt	1,34	1,32	0,84	1,38
Zahnarzt, Dentist, Zahnambulatorium	1,35	1,08	1,40	1,41
Ambulatorium, Ambulanz	0,50	0,77	0,20	0,46
<b>Frauen</b>				
AllgemeinmedizinerInnen	3,93	3,30	3,06	2,11
FachärztInnen:				
Kinderarzt (bis 14 J.)	2,47	1,01	3,78	3,71
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	1,08	0,96	0,54	1,21
Internist	0,53	0,88	0,27	0,58
sonstiger Facharzt	1,59	1,26	0,88	0,92
Zahnarzt, Dentist, Zahnambulatorium	1,43	1,17	0,96	1,58
Ambulatorium, Ambulanz	0,58	0,27	0,14	0,25

**Tabelle A 5.4:** Arztbesuche „nur zur Kontrolle“ in Wien 1999 nach Fachrichtung, Erwerbstatus und Geschlecht (Prozentanteile am jeweils letzten Arztbesuch)

Fachrichtung	Teilnahme am Erwerbsleben				
	erwerbstätig	arbeitslos	in Pension	im Haushalt	SchülerInnen, StudentInnen
<b>Männer</b>					
AllgemeinmedizinerInnen	34,9	33,4	45,9	0,0	39,8
FachärztlInnen:					
Internist	49,6	47,0	41,5	0,0	47,9
sonstiger Facharzt	35,5	30,8	49,3	53,7	34,6
Zahnarzt (Dentist, -ambulatorium)	62,6	44,8	63,6	29,3	64,0
Ambulatorium, Ambulanz	55,3	49,4	52,5	100,0	60,3
<b>Frauen</b>					
AllgemeinmedizinerInnen	33,6	35,2	46,0	43,7	34,2
FachärztInnen:					
Frauenarzt (Frauen ab 15 J.)	91,7	85,3	94,3	94,1	91,1
Internist	50,2	38,9	50,8	64,7	47,6
sonstiger Facharzt	36,0	29,3	47,8	37,7	45,5
Zahnarzt (Dentist, Zahnambulatorium)	62,4	66,3	65,3	59,7	63,4
Ambulatorium, Ambulanz	54,3	65,3	57,5	51,2	61,9

**Tabelle A 5.5:** Wegzeit (Hin- und Rückweg) zu ÄrztInnen und Wartezeit bei ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen in Wien 1999 nach Bezirken (durchschnittlicher Zeitaufwand in Minuten)

Bezirk	durchschnittliche Wegzeit				durchschnittliche Wartezeit (Minuten)			
	Allgemein- medizinerInnen	FrauenärztInnen (Frauen ab 15 J.)	sonstige FachärztInnen	ZahnärztInnen (Dentist, Zahnambulatorium)	Allgemein- medizinerInnen	FrauenärztInnen (Frauen ab 15 J.)	sonstige FachärztInnen (Frauen ab 15 J.)	ZahnärztInnen (Dentist, Zahnambulatorium)
1. Bezirk	13	29	19	25	23	20	16	16
2. Bezirk	24	45	48	40	33	27	51	19
3. Bezirk	18	41	38	33	30	38	48	24
4. Bezirk	17	33	48	41	27	24	31	16
5. Bezirk	19	38	48	51	32	50	52	30
6. Bezirk	19	40	34	38	27	25	34	24
7. Bezirk	19	40	29	25	36	37	67	27
8. Bezirk	17	36	22	22	38	30	32	27
9. Bezirk	19	35	51	38	27	29	25	29
10. Bezirk	24	58	50	52	41	34	39	27
11. Bezirk	17	44	62	19	28	63	81	23
12. Bezirk	15	30	31	22	34	34	39	25
13. Bezirk	32	49	35	53	39	24	43	30
14. Bezirk	17	33	48	41	31	30	44	30
15. Bezirk	20	49	37	39	33	40	34	31
16. Bezirk	25	45	43	31	41	36	76	29
17. Bezirk	7	14	28	14	43	17	39	26
18. Bezirk	16	28	51	33	37	31	53	24
19. Bezirk	18	36	40	34	27	25	30	18
20. Bezirk	13	28	25	31	32	31	49	31
21. Bezirk	15	46	31	31	30	39	38	30
22. Bezirk	26	51	33	44	41	34	38	26
23. Bezirk	19	51	43	41	28	30	39	27

## **VI. SCHLUSSFOLGERUNGEN**

***CONCLUSIONS***

## 6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der subjektive Gesundheitszustand der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung hat sich im Vergleich zu 1991 merkbar verbessert, wobei vor allem die ältere Bevölkerung profitierte. Dennoch sind, um allen Bevölkerungsgruppen (auch den weniger privilegierten) optimale Voraussetzungen für ein Leben und Altern in Gesundheit zu ermöglichen und die mit der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung verbundenen Probleme für das Gesundheitssystem (wie z. B. das vermehrte Auftreten von chronischen Erkrankungen) zu lösen, weitere Anstrengungen erforderlich.

Ein wichtiger Ansatzpunkt liegt in einer Gesundheitsförderung, die an den Lebensbedingungen der Menschen ansetzt. Nach wie vor bestehen deutliche Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten, in der Gesundheit und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, wobei vor allem die unteren sozialen Schichten (Personen mit niedriger Bildung, ArbeiterInnen, MigrantInnen) ebenso wie Arbeitslose deutlichen Einschränkungen unterliegen. Nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern alle Politikbereiche (wie etwa Bildungs-, Sozial-, Frauen-, Wirtschafts- und Umweltpolitik) können dazu beitragen, Bedingungen zu schaffen, die Benachteiligungen, die sich auf die Gesundheit negativ auswirken, verringern bzw. beseitigen.

Riskante Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, Fehl- und Überernährung, Aggressivität, etc. sind wichtige, die Gesundheit beeinflussende Faktoren. Gesundheitsförderung zielt unter anderem auf das Vermeiden solcher Risiken ab. Eine wichtige Voraussetzung für gesundheitsförderndes Verhalten ist das Vorhandensein entsprechender Schutzfaktoren und Ressourcen. Dabei spielen Ansätze, die sich an den Zielen physische Gesundheit, psychisches und soziales Wohlergehen orientieren, eine besondere Rolle. Eine positive Lebenseinstellung, die Fähigkeit zur Stressverarbeitung sowie das Gefühl, Dinge beeinflussen zu können, sind wichtige Quellen für die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit. Dazu gehört auch das Wissen über körperliche Funktionsabläufe und gesundheitliche Störungen, das Vermeiden von Beeinträchtigungen, das rechtzeitige Erkennen von Krankheiten und eine angemessene Reaktion darauf, d. h. präventive Orientierung

gen und Symptomaufmerksamkeit. Eine Gesundheitserziehung, die darauf abzielt, Ressourcen zu fördern und zu stärken, kann wesentlich zum Abbau soziokultureller Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheit beitragen.

Wie das im Rahmen der Untersuchung diskutierte Modell der Bestimmungsfaktoren des subjektiven Gesundheitszustandes zeigt, kommt neben sozialstrukturellen Einflussfaktoren vor allem der körperlichen Aktivität eine besondere Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Gesundheit zu. Gerade der seit 1991 in Wien zu beobachtende Rückgang des gezielten Einsatzes körperlicher Aktivität zur Aufrechterhaltung der Gesundheit, der beinahe in allen Altersgruppen zu beobachten ist sowie die vergleichsweise geringere körperliche Aktivität in der Freizeit in Wien (insbesondere bei den Frauen), sollten Anlass für entsprechende Gegenmaßnahmen sein.

Insgesamt sollte der Prävention mehr Aufmerksamkeit zuteil werden. Zwar ist in Wien die Teilnahme an der Grippeimpfung etwas höher als im Bundesdurchschnitt, jedoch wird sie von Risikogruppen noch immer zu wenig genutzt. Die Teilnahmequoten an der Gesundheitsuntersuchung sind in Wien niedriger als im Bundesdurchschnitt. Ein frühzeitiges Erkennen bestehender Erkrankungen ist jedoch für die Heilung bzw. die Verschlimmerung von Erkrankungen von entscheidender Bedeutung. Allerdings ist dabei zu überlegen, wo bzw. welche Früherkennungsmaßnahmen sinnvoll und zielführend sind.

Auch die in Wien seit 1991 – vor allem bei den Frauen – stark gestiegenen RaucherInnenquoten sollten zu denken geben. In der Konzeption laufender und neuer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollte vor allem der starke Einfluss des sozialen Umfeldes – etwa im Kampf gegen das Rauchen bei den Jugendlichen jener der Peer-Gruppe – Berücksichtigung finden. Um das Rauchen zu verhindern, müssen präventive Maßnahmen bereits in einem frühen Alter – und zwar bereits vor Beginn der Experimentierphase – ansetzen, da dem Beginn des Rauchens und der Phase der Gewöhnung meist eine über Jahrzehnte hinweg dauernde „Raucherkarriere“ folgt, die zu erheblichen gesundheitlichen Einbußen und nicht selten zu vorzei-

tigem Tod führt. In diesem Zusammenhang spielen auch Maßnahmen zur Förderung des Selbstbewusstseins sowie zur Bewältigung von Stress eine wichtige Rolle. Maßnahmen, die auf eine Verhinderung bzw. Beendigung des Rauchens abzielen, sollten die bestehende Kumulation von Risikofaktoren – wie etwa starkes Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel – im Auge behalten. Nicht selten ist für die Betroffenen die befürchtete Gewichtszunahme ein wichtiges Argument, das Rauchen nicht zu beenden.

Ebenso bedeutsam sind präventive Maßnahmen zur Verhinderung chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zuckerkrankheit und Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie Maßnahmen zur Milderung deren Folgen durch verstärkten Ausbau der Rehabilitation. In Wien sind Männer und Frauen häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen als im gesamten Bundesgebiet.

Um bestehende soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten nicht zusätzlich zu verstärken, sind Maßnahmen, die eine Inanspruchnahme von Diensten gefährden – wie etwa Selbstbehalte – zu vermeiden. Besonders wichtig erscheint auch die verstärkte Wahrnehmung der gesundheitlichen Probleme Arbeitsloser seitens der Gesundheitsberufe. Es handelt sich dabei um ein qualitatives Versorgungsdefizit, dem vor allem mit Informationsvermittlung zu begegnen ist. Außerhalb des Gesundheitswesens durchgeführte Beratungs- und Unterstützungsleistungen, die Erleichterung des Zugangs zu verschiedenen Formen gesellschaftlicher Teilhabe bieten, und Interventionen zur Stützung und Wiederherstellung des psychosozialen Wohlbefindens haben auf regionaler Ebene bei Arbeitslosen stabilisierende Effekte gezeigt. Durch sie kann tendenziell auch die ansonsten gefährdete Arbeits- und damit Vermittlungsfähigkeit erhalten bleiben.

Durch den weit verbreiteten Gebrauch von Arzneimitteln in der Bevölkerung kommt Fragen der Qualität und

Sicherheit der Arzneimitteltherapie besondere Bedeutung zu. Dazu gehört ein Arzneimittelinformationssystem, das kontinuierlich, problembezogen und neutral Informationen zum realen Arzneimittelgebrauch sowie zur Arzneimittelsicherheit bereithält. Auch die regelmäßige Überwachung der Compliance der PatientInnen (unter Berücksichtigung der Selbstmedikation) kann zur Steigerung der Qualität der Arzneimittelversorgung beitragen.

Erforderlich in Zukunft wird es sein, Forschungen im Sinne einer „Outcome-Orientierung“, die auf die Lebensqualität der Betroffenen Bezug nimmt, voranzutreiben. In vielen Staaten ist der Bereich der „evidence based medicine“ bereits integrierter Bestandteil der Gesundheitsforschung und trägt so zur erforderlichen Weiterentwicklung medizinischer Standards und zum optimalen Einsatz vorhandener Mittel bei.

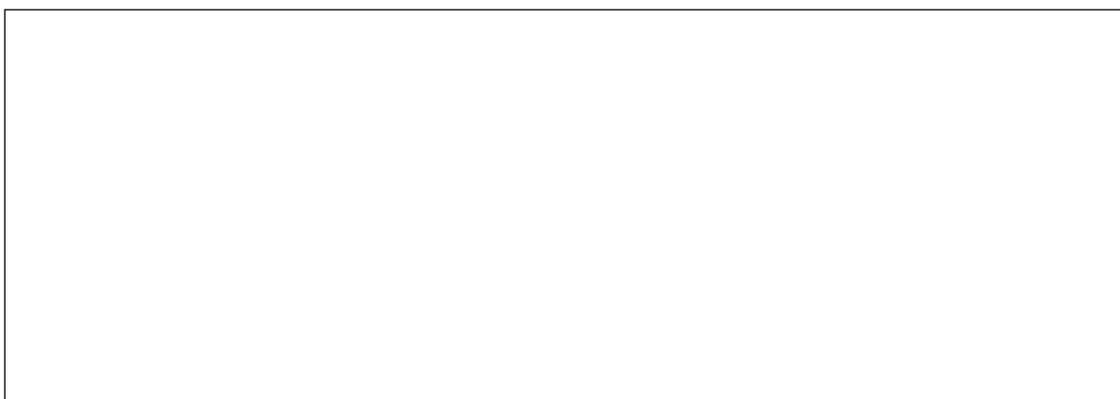
Besonders bedeutsam scheint die Gesundheitsförderung in den Betrieben. Wie sich anhand der Ergebnisse des Mikrozensus zeigt, sind seit 1991 berufliche Belastungen bzw. Zusatzbelastungen bei beiden Geschlechtern deutlich gestiegen, wobei vor allem der starke Zeitdruck, Konflikte am Arbeitsplatz und vor allem von Frauen die Zusatzbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf am häufigsten beklagt wird. Zu überlegen sind in diesem Zusammenhang neue Konzepte der innerbetrieblichen Prävention, wie MitarbeiterInnenbefragungen, um Hinweise auf Belastungen und stressfördernde Faktoren zu finden. Zu überlegen wäre auch die Einrichtung so genannter Gesundheitszirkel, in denen die aus der Sicht der Betroffenen besonders beeinträchtigenden Arbeitsbelastungen identifiziert, und nach technisch, organisatorisch und ökonomisch praktikablen Veränderungsmöglichkeiten gesucht wird. Auch Seminare zum Umgang mit Stress könnten eine Entlastung bringen. Besonders bedeutsam scheint der Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen mit entsprechenden Öffnungszeiten sowie Unterstützungsmöglichkeiten bei der Pflege von Angehörigen.

**ANHANG: FRAGEBOGEN**

***APPENDIX: QUESTIONNAIRE***

ANHANG

 Österreichisches Statistisches Zentralamt		<b>MIKROZENSUS</b>		1999-3/SEPTEMBER <b>Haushaltsblatt A</b>		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Kennzahlen				5			
1 Familienname		Vorname		Bezirk		Interviewer	
2 Tag der Befragung		6 Nutzfläche in Quadratmetern (bei erster Befragung überprüfen!)		7 Anzahl der Wohnräume (ohne Wohnküche!)		11 Betriebskosten in Schilling (ohne Heizungs- bzw. Garagenkosten!)	
3 Leermeldung		8 Rechtsverhältnis an der Wohnung		12 Badezimmer in der Wohnung?		13 Duschnische in der Wohnung?	
Umwidmung (3) <input type="checkbox"/> Wohnung unauf-findbar (1) <input type="checkbox"/> Wohnung abgebro-chen (2) <input type="checkbox"/>		Hauseigentümer <input type="checkbox"/> Verwandter, Verschwägerter des Hauseigentümers <input type="checkbox"/> Wohnungseigentümer (Eigentumswohnung) <input type="checkbox"/> Unentgeltliches Wohnverhältnis <input type="checkbox"/>		Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Sonstiges Rechtsverhältnis <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Zweite Unterkunft (4) <input type="checkbox"/> Unbewohnt (5) <input type="checkbox"/>		9 Wohnungsaufwand im Vormonat in Schilling		14 WC in der Wohnung?		15 Wasseranschluß in der Wohnung?	
Niemand angetroffen (6) <input type="checkbox"/> Auskunft verweigert (7) <input type="checkbox"/>		10 Im Wohnungsaufwand Heizungskosten enthalten?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
4 Personen im Haushalt mit Hauptwohnsitz (auch zeitweilig Abwesende)		5 Wohnungsinhaber – Sonstiger Haushalt?		16 Art der Heizung		Fest verbundene E-Heizung <input type="checkbox"/> Hauszentralheizung <input type="checkbox"/> Gaskonvektoren <input type="checkbox"/>	
Haushalt des Wohnungsinhabers <input type="checkbox"/>		Sonstiger Haushalt <input type="checkbox"/>		Zentralheizung für eine einzelne Wohnung oder Etagenheizung <input type="checkbox"/> Einzelofenheizung <input type="checkbox"/>		Unbekannt <input type="checkbox"/>	





MIKROZENSUS

SONDERPROGRAMM – SEPTEMBER 1999

**LISTE A** Zu den Fragen B 29 und B 33

Zu Frage B 29:

Nennen Sie mir bitte aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, hatten!

Zu Frage B 33:

Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten (ausgenommen 59 - 63) andauernd (chronisch)?

Tragen Sie bitte die von der befragten Person genannte(n) Krankheit(en) mit der/n entsprechenden Kennzahl(en) im Erhebungsblatt B ein!

Pro Frage bis zu vier Eintragungen möglich!

Kennzahl	Krankheiten
30	Zuckerkrankheit
31	Erhöhter Blutdruck
32	Niedriger Blutdruck
33	Herzinfarkt
34	Andere Herzkrankheiten
35	Hirngefäßkrankungen (Schlaganfall)
36	Venenentzündung, -thrombosen, Krampfadern
37	Augenkrankheiten
38	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten (auch Schwerhörigkeit)
39	Erkältungskrankheiten, Grippe, Angina, akute Bronchitis
40	Chronische Bronchitis, Lungenemphysem
41	Lungenasthma
42	Lungenentzündung
43	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre
44	Andere Magenkrankheiten (z.B. Gastritis)
45	Darmerkrankungen
46	Gallenblasenentzündung, Gallensteine
47	Leberkrankheiten
48	Nierensteine, Nierenentzündung
49	Stoffwechselstörungen (z.B. Gicht)
50	Hautallergien
51	Sonstige Hautkrankheiten
52	Schäden an der Wirbelsäule
53	Erkrankungen der Gelenke (Hüfte, Bein)
54	Erkrankungen der Gelenke (Schulter, Arm)
55	Gefäßstörungen an den Beinen
56	Gelenksrheumatismus
57	Nervenentzündung, Neuralgien, Ischias
58	Gynäkologische Erkrankungen
59	Prostataerkrankungen
60	Kinderkrankheiten (z.B. Röteln, Masern, Scharlach, Keuchhusten, Feuchtblattern, Mumps)
61	Knochenbrüche
62	Prellungen, Zerrungen, Quetschungen
63	Andere Verletzungen
64	Sonstige Krankheiten

**LISTE B** Zu Frage B 30

Haben Sie Beschwerden, die zwar Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägerigkeit zur Folge haben oder Ihre gewohnte Tätigkeit nicht behindern? Welche sind es?

Markieren Sie bitte die von der befragten Person genannte(n) Beschwerde(n) im Erhebungsblatt B!

Mehrfachmarkierungen möglich!

Kennzahl	Beschwerden
1	Schlafstörungen
2	Wetterempfindlichkeit
3	Schwäche, Müdigkeit
4	Nervosität
5	Niedergedrücktheit (Depressionen)
6	Schwindel
7	"Kreislaufstörungen" (Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände, kalte Füße)
8	Übelkeit, Appetitlosigkeit
9	Kopfschmerzen, Migräne
10	Sehstörungen
11	Hörstörungen
12	Zahnschmerzen, schlechte Zähne
13	Husten
14	Herzbeschwerden
15	Atembeschwerden (z.B. Lungenasthma, chron. Atemwegserkrankungen)
16	Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden
17	Unterleibsschmerzen
18	Rücken-, Kreuzschmerzen
19	Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Hüfte, Bein)
20	Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Schulter, Arm)
21	Gehbehinderung
22	Beinleiden (Krampfadern, Geschwüre, Durchblutungsstörungen)
23	Beschwerden durch Hauterkrankungen
24	Beschwerden durch Allergien (z.B. Heuschnupfen)
25	Sonstige Beschwerden

MIKROZENSUS

SONDERPROGRAMM – SEPTEMBER 1999

LISTE **C** Zu Frage B 31

**Haben Sie in den letzten vier Wochen vom Arzt verschriebene Medikamente genommen? Gegen welche Erkrankungen bzw. Beschwerden?**

*Markieren Sie bitte das/die von der befragten Person genannte(n) Medikament(e) im Erhebungsblatt B!*

Kenn- zahl	Medikamente
70	Gegen Herzbeschwerden
71	Gegen hohen Blutdruck
72	Gegen niedrigen Blutdruck
73	Gegen Lungenasthma
74	Gegen Magenbeschwerden
75	Gegen Verdauungsstörungen
76	Gegen Schlafstörungen
77	Gegen Kopfschmerzen
78	Gegen Nervosität
79	Gegen rheumatische Erkrankungen
80	Gegen erhöhten Cholesterinspiegel
81	Gegen erhöhte Harnsäure (Gicht)
82	Gegen Durchblutungsstörungen
83	Gegen Allergien
84	Wegen Zuckerkrankheit
85	Schmerzmittel
86	Hormonpräparate
87	Antibiotika
88	Sonstige Medikamente

LISTE **D** Zu Frage B 41

**Was tun Sie, um gesund zu bleiben bzw. Krankheiten vorzubeugen?**

*Markieren Sie bitte die von der befragten Person genannte(n) Verhaltensweise(n) im Erhebungsblatt B!*

Kenn- zahl	Gesundheitsverhalten
90	Gesundheitsbewußte Ernährung
91	Körperliche Aktivitäten (Sport, Bewegung)
92	Psychische Aktivitäten (z.B. autogenes Training)
93	Öffentliche Beratungsangebote (z.B. Raucherberatung, psychosoziale Beratung)
94	Private Angebote (z.B. Selbsthilfegruppen, Weight Watchers)
95	Sonstiges
96	Keine gezielten Aktivitäten

MIKROZENSUS - September 1999

SONDERPROGRAMM "FRAGEN ZUR GESUNDHEIT"

B - Blatt

PERSONENBLATT

Sie werden nun vom Österreichischen Statistischen Zentralamt gebeten, noch einige Fragen zur Gesundheit zu beantworten. Aktuelles Datenmaterial zu diesem Thema wird unter anderem für die optimale Planung gesundheitsfördernder Einrichtungen benötigt. Auch diese Fragen dienen ausschließlich statistischen Zwecken und werden vertraulich behandelt.

<p>25 Leermeldung, falls Auskunft zu den Fragen B 26 - B 43 abgelehnt wird.</p>	<p>34 War(en) diese(r) Arztbesuch(e) zur Behandlung bzw. wegen Beschwerden - oder zur Kontrolle bzw. zur Vorsorge bei einem praktischen Arzt - einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - einem Internisten - einem Kinderarzt (auch als Begleitperson!) - einem sonstigen Facharzt - in einem Ambulatorium (Spitalsambulanz) - bei einem Zahnbehandler (Zahnambulatorium)? In jeder Zeile Häufigkeit des Arztbesuches, Zeitaufwand in Minuten getrennt nach Wegzeit und Wartezeit sowie Grund des Arztbesuches eintragen! Wurde kein Arzt der jeweiligen Gruppe besucht: Bei "Anzahl der Besuche" "0" eintragen!</p>
<p>26 An alle Personen ab 15 Jahren: Wie beurteilen Sie im allgemeinen Ihren Gesundheitszustand: sehr gut - gut - mittelmäßig - schlecht - sehr schlecht?</p>	<p>35 Haben Sie einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung (Polio) - Wundstarrkrampf (Tetanus) - Grippe - Zeckenkrankheit? Mehrfachmarkierungen möglich!</p>
<p>27 An alle Personen: Ich darf jetzt einige Fragen über Erkrankungen und Verletzungen im letzten Jahr stellen. Wie oft waren Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit Anfang September 1998, krank oder verletzt? Einmal - zweimal - dreimal - mehr als dreimal - nie? Bitte denken Sie nur an solche Erkrankungen, derentwegen Sie in Ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert oder bettlägerig waren, also insbesondere <i>bei Erwerbstätigen:</i> vom Arbeitsplatz abwesend, <i>bei Schülern und Studenten:</i> vom Unterricht abwesend waren. <i>Bei Erwerbstätigen, Schülern und Studenten:</i> Denken Sie aber bitte auch an jene Krankheiten oder Verletzungen, die Sie im Urlaub, während der Ferien oder an sonst arbeitsfreien Tagen hatten und derentwegen Sie bettlägerig oder in Ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert waren. Wenn "Nie": Weiter bei B 30!</p>	<p>36 Können Sie aus gesundheitlichen Gründen, also durch eine chronische Erkrankung, eine dauernde Behinderung oder wegen höheren Alters, wichtige persönliche Verrichtungen (z.B. Essen, Waschen/Baden, Toilette aufsuchen, ...) nicht selber ausüben, und sind daher manchmal - häufig oder immer auf die Hilfe anderer angewiesen - oder trifft das nicht zu? Wenn "Häufig oder immer" bzw. Personen unter 15 Jahren: Weiter bei B 38!</p>
<p>28 Wenn Frage B 27 anders als mit "Nie" beantwortet wurde: Wie oft wurden Sie während der letzten zwölf Monate, also seit September 1998 in einem Krankenhaus für eine Nacht oder länger aufgenommen? Einmal - zweimal - dreimal - mehr als dreimal - nie?</p>	<p>37 An alle Personen ab 15 Jahren, die Frage B 36 mit "Nie" oder "Manchmal" beantwortet haben: Können Sie aus gesundheitlichen Gründen, also durch eine chronische Erkrankung, eine dauernde Behinderung oder aus Altersgründen, wichtige Tätigkeiten des täglichen Lebens (z.B. Einkäufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen, ...) nicht selber ausüben und sind daher manchmal - häufig oder immer auf die Hilfe anderer angewiesen - oder trifft das nicht zu?</p>
<p>Liste A (Krankheiten) übergeben! Nennen Sie mir bitte aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, hatten oder noch haben. Wie lange waren Sie bzw. sind Sie noch wegen dieser Erkrankungen bettlägerig oder in Ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert bzw. <i>bei Erwerbstätigen:</i> vom Arbeitsplatz abwesend, <i>bei Schülern und Studenten:</i> vom Unterricht abwesend?</p>	<p>38 An alle Personen: Wie groß in Zentimeter sind Sie ohne Schuhe und wie viele Kilogramm wiegen Sie ohne Schuhe und Kleidung? Ende der Befragung für Personen unter 15 Jahren!</p>
<p>29 Sagen Sie mir bitte auch, ob diese Erkrankungen noch andauern. Wurden Sie wegen dieser Krankheiten (Verletzungen) in einem Krankenhaus für eine Nacht oder länger aufgenommen? <i>Bei Erwerbstätigen, Schülern und Studenten:</i> Nennen Sie bitte auch Art und Dauer von Krankheiten, die Sie im Urlaub, während der Ferien oder sonst an arbeitsfreien Tagen hatten und derentwegen Sie bettlägerig oder in Ihrer Tätigkeit wesentlich behindert waren. Möglichkeit für Eintragung der Kennzahlen von vier Krankheiten!</p>	<p>39 An alle Personen ab 15 Jahren: Rauchen Sie? Ja, gelegentlich - ja, täglich bis 10 Zigaretten - ja, täglich 11 bis 20 Zigaretten - ja, täglich mehr als 20 Zigaretten - nein, habe aufgehört - nein, habe nie geraucht.</p>
<p>30 An alle Personen: Liste B (Beschwerden) übergeben! Haben Sie Beschwerden, die zwar Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägerigkeit zur Folge haben oder Ihre gewohnte Tätigkeit nicht behindern? Welche sind es?</p>	<p>40 Haben Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, an einer Gesundenuntersuchung, die unentgeltlich angeboten wird, teilgenommen?</p>
<p>Liste C (Medikamente) übergeben! Haben Sie in den letzten vier Wochen vom Arzt verschriebene Medikamente genommen? Gegen welche Erkrankungen bzw. Beschwerden? Mehrfachmarkierungen möglich!</p>	<p>41 Liste D (Gesundheitsverhalten) übergeben! Ich übergebe Ihnen jetzt eine Liste zum Thema Gesundheitsverhalten mit der Frage: Was tun Sie, um gesund zu bleiben bzw. um Krankheiten vorzubeugen? Bitte, nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Aktivitäten, die auf Sie zutreffen. Mehrfachmarkierungen möglich!</p>
<p>31 Haben Sie in den letzten vier Wochen nicht ärztlich verschriebene Kreislaufrmittel - Abführmittel - Erkältungsmittel - Schmerzmittel - oder sonstige Medikamente genommen? Mehrfachmarkierungen möglich!</p>	<p>42 Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung, wie z.B. durch Joggen, schnelles oder langes Radfahren oder Aerobic ins Schwitzen? Wenn ja, an wie vielen Tagen in der Woche? Anzahl eintragen bzw. "Nein" markieren! Erwerbstätige: Weiter bei B 43! Nichterwerbstätige Frauen mit Kind(ern) bis zu sechs Jahren: Weiter bei B 44! Ende der Befragung für alle übrigen Personen!</p>
<p>32 Liste A (Krankheiten) übergeben! Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)? Möglichkeit für Eintragung der Kennzahlen (ohne 59 bis 63) von vier Krankheiten!</p>	<p>43 An alle Erwerbstätigen: Welche der folgenden beruflichen bzw. Zusatzbelastungen sind Sie ausgesetzt: schwere körperliche Arbeit - starker Zeitdruck - Konfliktsituationen am Arbeitsplatz - Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf - Mehrfachbelastung durch pflegebedürftige Kinder und Angehörige sowie Beruf - keine der genannten Belastungen? Mehrfachmarkierungen möglich! Ende der Befragung, ausgenommen Frauen mit Kind(ern) unter 6 Jahren!</p>
<p>33 Wie oft waren Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, insgesamt zur Behandlung bzw. wegen Beschwerden oder zur Kontrolle bzw. Vorsorgeuntersuchung: bei einem praktischen Arzt - bei einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - bei einem Internisten - bei einem Kinderarzt (auch als Begleitperson!) - bei einem sonstigen Facharzt - in einem Ambulatorium (Spitalsambulanz) - bei einem Zahnbehandler (Zahnambulatorium)? Auch Hausbesuche des Arztes sowie mit dem Arzt geführte Telefonate wegen einer (eigenen) Erkrankung oder Beschwerde sind mitzuzählen!</p>	<p>44 An alle Frauen mit Kind(ern) unter sechs Jahren: Wie oft waren Sie vor der Geburt Ihres jüngsten Kindes während der Schwangerschaft bei ärztlichen Kontrolluntersuchungen? Anzahl eintragen bzw. "Keine" markieren!</p>
<p>34 Und wieviel Zeit haben Sie für Ihren letzten Besuch im vergangenen Jahr bei einem praktischen Arzt - einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - einem Internisten - einem Kinderarzt (auch als Begleitperson) - einem sonstigen Facharzt - in einem Ambulatorium (Spitalsambulanz) - bei einem Zahnbehandler (Zahnambulatorium) an Wegzeit (Hin- und Rückweg) und Wartezeit aufgewendet?</p>	<p>45 Waren Sie mit Ihrem jüngsten Kind bei allen (bisher) vorgeschriebenen Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen?</p>

Österreichisches Statistisches Zentralamt  
Mikrozensus

**FRAGEN ZUR GESUNDHEIT**

**SONDERPROGRAMM**

**September 1999**

**Erläuterungen**

Herausgeber und Hersteller: Republik Österreich;  
Österreichisches Statistisches Zentralamt  
Wien 1999

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind vorbehalten.

## ALLGEMEINE HINWEISE

Bei der Mikrozensus-Erhebung im September 1999 werden im Sonderprogramm **Fragen zur Gesundheit** gestellt. Auf dem Gebiet der Gesundheitsstatistik stehen zwar eine Reihe von Unterlagen zur Verfügung, zur Bewältigung der zunehmenden Aufgaben der Gesundheitspolitik sind jedoch zusätzliche Informationen notwendig. Es klingt vielleicht erstaunlich, dass z. B. so einfache Grunddaten wie Körpergröße und Körpergewicht der Bevölkerung außer bei Schulkindern, Lehrlingen und Angehörigen des Bundesheeres nicht bekannt sind. Ebenso weiß man nicht, wieviele Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt krank sind und wie oft und wie lange sie während eines Jahres wegen Erkrankungen oder Verletzungen ihrem Arbeitsplatz oder der Schule fernbleiben müssen oder ihrer gewohnten Tätigkeit nicht nachgehen können. Auch Statistiken, wie sie Krankenkassen oder Krankenhäuser führen, geben darüber nur zum Teil Auskunft. Ein weiterer wesentlicher Aspekt dieser Erhebung ist – wie bei allen Mikrozensus-Sonderprogrammen – die Darstellung der Ergebnisse nach sozialen Gruppen und anderen Merkmalen der Befragten, wie sie aus keiner administrativen Statistik möglich ist.

Mit den Ergebnissen dieser Erhebung kann unter anderem der gegenwärtige und künftig zu erwartende Bedarf an Pflegeeinrichtungen bzw. von unterstützenden Maßnahmen für Pflegende abgeschätzt werden; die Daten werden weiters für die Berechnung der Verteilung der Gesundheitsausgaben für bestimmte Bevölkerungsgruppen herangezogen. Mit diesen Ergebnissen werden auch Grundlagen für Aktionen der Gesundheitsverwaltung etwa gegen Rauchen, Übergewicht, hohe Cholesterinwerte oder zur stärkeren Nutzung der Gesundheitsvorsorge geschaffen.

Ähnliche Mikrozensus-Erhebungen haben bereits 1973, 1983 und 1991 stattgefunden; im Zeitvergleich soll auch eine Interpretation der Veränderungen auf diesem Gebiet möglich werden. Wichtige Fragen der Gesundheitspolitik, die jetzt besonders in Diskussion stehen, wie z. B. der Pflegebedarf, wurden im Programm ausführlicher behandelt. Neu sind weiters Fragen zu den Mutter-Kind-Passuntersuchungen oder zu den körperlichen Aktivitäten. Angesichts der in der Öffentlichkeit häufig diskutierten Bemühungen um eine Humanisierung der Arbeitswelt sowie der Fragen der frühzeitigen Pensionierung ist auch die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Gesundheitszustand und Arbeitsbedingungen bzw. Mehrfachbelastung von Berufstätigen von besonderer Bedeutung.

Die Mehrzahl der Fragen richtet sich an alle im Mikrozensus erfassten Personen; bei Kindern unter 15 Jahren dürfen Sie die Fragen nicht an die Kinder selbst, sondern müssen Sie diese an deren Erziehungsberechtigte bzw. an andere Erwachsene im Haushalt stellen. Nur die Fragen B 26 und B 39 bis B 45 richten sich nicht an alle Personen.

Das Erhebungsprogramm setzt sich aus folgenden Fragengruppen zusammen:

- Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes (Frage B 26):  
An alle Personen ab 15 Jahren.
- Häufigkeit von Erkrankungen bzw. Vorliegen von Beschwerden (Fragen B 27 – B 30):  
An alle Personen.
- Medikamentenkonsum (Fragen B 31, B 32):  
An alle Personen
- Chronische Krankheiten (Frage B 33):  
An alle Personen
- Häufigkeit von Arztbesuch und Zeitaufwand (Frage B 34):  
An alle Personen.
- Impfungen (Frage B 35):  
An alle Personen.
- Körperliche Beeinträchtigungen und allfällig notwendige Hilfe bei bestimmten Tätigkeiten (Fragen B 36, B 37):  
An alle Personen bzw. B 37 an Personen ab 15 Jahren.
- Risikofaktoren (Fragen B 38, B 39):  
B 38: Größe/Gewicht (an alle Personen)  
B 39: Rauchen (an alle Personen ab 15 Jahren).
- Gesundheitsverhalten (Fragen B 40, B 41):  
An Personen ab 15 Jahren.

- Körperliche Aktivität (Frage B 42):  
An Personen ab 15 Jahren.
- Berufsbelastung bzw. Mehrfachbelastung durch Beruf und andere Verpflichtungen (Frage B 43):  
An alle Erwerbstätigen.
- Häufigkeit von Arztbesuchen während der Schwangerschaft bzw. Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen mit dem letzten Kind (Fragen B 44 und B 45):  
An alle Frauen mit Kind(ern) unter sechs Jahren.

Bei der Formulierung der Fragen zur Gesundheit wurde versucht, auf medizinischem Gebiet nur Begriffe zu verwenden, die allgemein bekannt sind. Auf Selbstauskünfte sollte bei dieser Erhebung aus verständlichen Gründen besonderer Wert gelegt werden. Wenn freilich z. B. eine aktuelle Erkrankung oder ein Krankenhausaufenthalt es einem Haushaltsmitglied unmöglich macht, Auskunft zu erteilen, oder der allgemeine Gesundheitszustand dies nicht zulässt, ist die Erfassung gerade dieser Person mittels „Fremdauskunft“ besonders wichtig.

### ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FRAGEN

Für dieses Sonderprogramm besteht keine Auskunftspflicht. Bevor Sie die Frage B 26 stellen, muss der folgende Hinweis, der auch auf der Mappeneinlage gedruckt ist, verlesen werden:

„Sie werden nun vom Österreichischen Statistischen Zentralamt gebeten, noch einige Fragen zur Gesundheit zu beantworten. Aktuelles Datenmaterial zu diesem Thema wird unter anderem für die optimale Planung gesundheitsfördernder Einrichtungen benötigt. Auch diese Fragen dienen ausschließlich statistischen Zwecken und werden vertraulich behandelt.“

B 25

Auskunft abgelehnt.

Wird trotz der vorgebrachten Bitte um Mitarbeit die Beantwortung der Fragen B 26 – B 45 abgelehnt, so markieren Sie dies in Feld B 25.

B 26

An alle Personen ab 15 Jahren:

„Wie beurteilen Sie im allgemeinen Ihren Gesundheitszustand: sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht – sehr schlecht?“

Bei dieser Frage muss auf die Formulierung „im allgemeinen“ geachtet werden! Es soll nicht der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung beurteilt werden, da dieser durch akute Krankheit beeinträchtigt sein kann!

B 27

An alle im Mikrozensus erfassten Personen:

„Ich darf jetzt einige Fragen über Erkrankungen und Verletzungen im letzten Jahr stellen. Wie oft waren Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit Anfang September 1998, krank oder verletzt?“

Einmal – zweimal – dreimal – mehr als dreimal – nie?

Bitte denken Sie nur an solche Erkrankungen, derentwegen Sie in Ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert oder bettlägerig waren, also insbesondere

*bei Erwerbstätigen:* vom Arbeitsplatz abwesend

*bei SchülerInnen und StudentInnen:* vom Unterricht abwesend waren.“

*Bei Erwerbstätigen, SchülerInnen und StudentInnen:* „Denken Sie aber bitte auch an jene Krankheiten oder Verletzungen, die Sie im Urlaub, während der Ferien oder an sonst arbeitsfreien Tagen hatten und derentwegen Sie bettlägerig oder in Ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert waren.“

Wenn „Nie“: Weiter bei B 30!

Aus der Fragestellung ergibt sich, dass nur solche Erkrankungen oder Verletzungen zu erheben sind, die die Behinderung der Ausübung der gewohnten Tätigkeit bzw. Bettlägrigkeit zur Folge hatte sowie bei Beschäftigten ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz, bei Schülern und Studenten eine Abwesenheit vom Unterricht zur Folge hatte. Es sollen aber auch analoge Erkrankungen von Berufstätigen, Schülern und Studenten, die während des Urlaubs bzw. der Ferien oder etwa an Wochenenden eingetreten sind, erfasst werden; auch hier erfolgt die Entscheidung, ob eine Erkrankung vorgelegen ist, auf Grund der Behinderung der Ausübung der gewohnten Tätigkeit bzw. Bettlägrigkeit.

Bei Kleinkindern wird man auf jeden Fall Bettlägrigkeit als entscheidendes Merkmal berücksichtigen (bei Säuglingen die Beziehung eines Arztes). Bei den anderen nichterwerbstätigen Personen (Hausfrauen, PensionistInnen) werden Bettlägrigkeit (mindestens sechs Stunden pro Tag außerhalb der Nachtruhe) oder die Unfähigkeit, der gewohnten Tätigkeit nachzugehen, als Krankenstand gewertet (z. B. bei Hausfrauen das Unvermögen, die gewohnten häuslichen Tätigkeiten wie Kochen, Einkaufen, Zusammenräumen auszuüben, und bei PensionistInnen etwa die Unfähigkeit, die Wohnung zum gewohnten Spaziergang zu verlassen).

B 28

Wenn Frage B 27 anders als mit „Nie“ beantwortet wurde:

„Wie oft wurden Sie während der letzten zwölf Monate, also seit September 1998 in einem Krankenhaus für eine Nacht oder länger aufgenommen?

Einmal – zweimal – dreimal – mehr als dreimal – nie?“

Aufnahmen zur Geburt eines Kindes sowie als Begleitperson sind nicht mitzuzählen.

Es soll die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und nicht die Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Nächte angegeben werden.

B 29

Liste A (Krankheiten) übergeben!

„Nennen Sie mir bitte aus dieser Liste die Kennzahlen jener Krankheiten und Verletzungen, die Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, hatten oder noch haben. Wie lange waren Sie bzw. sind Sie noch wegen dieser Erkrankungen bettlägrig oder in Ihrer gewohnten Tätigkeit wesentlich behindert bzw.

*bei Erwerbstätigen:* vom Arbeitsplatz abwesend

*bei Schülern und Studenten:* vom Unterricht abwesend?

Sagen Sie mir bitte auch, ob diese Erkrankungen noch andauern.

Wurden Sie wegen dieser Krankheiten (Verletzungen) in einem Krankenhaus für eine Nacht oder länger aufgenommen?“

*Bei Erwerbstätigen, Schülern und Studenten:* „Nennen Sie bitte auch Art und Dauer von Krankheiten, die Sie im Urlaub, während der Ferien oder sonst an arbeitsfreien Tagen hatten und derentwegen Sie bettlägerig oder in Ihrer Tätigkeit wesentlich behindert waren.“

Möglichkeit für Eintragung der Kennzahlen von vier Krankheiten!

Hat der Befragte in B 27 angegeben, ein- oder mehrmals im vergangenen Jahr krank gewesen zu sein, übergeben Sie bitte die Krankheitsliste. Bis zu vier vom Befragten genannte Kennzahlen von Krankheiten oder Verletzungen und deren Dauer können hier eingetragen werden.

Falls der Befragte mehr als vier Krankheiten hatte, dann sollen die nach Einschätzung des Befragten vier wichtigsten Krankheiten erhoben werden. Die Reihenfolge, in der diese Krankheiten eingetragen werden, kann dem Befragten überlassen werden.

Sie müssen also für jede der bis zu vier Krankheiten die in der Frage genannten Informationen abfragen. Sie gehen dabei am besten nach dem Beleg „waagrecht“ vor, d. h., nachdem Sie die erste Krankheit bzw. deren Kennzahl lt. Liste A eingetragen haben, fragen Sie nach der Dauer dieser Krankheit, und ob die Erkrankung noch andauert; zum Schluss tragen Sie ein, ob zur Behandlung dieser Krankheit ein Spitalsaufenthalt notwendig war.

Die Krankheitsliste enthält nur solche Diagnosen, von denen anzunehmen ist, dass sie dem Befragten bekannt sind. Bestimmte Krankheiten, die tabuisiert sind wie z. B. Krebs oder psychische Erkrankungen, sind mit Absicht nicht eigens angeführt.

Die Zuordnung zur entsprechenden Kennzahl ist vom Befragten selbst vorzunehmen. Es ist nicht Ihre Aufgabe, auf Grund von angegebenen Schmerzen und Beschwerden eine Diagnose zu stellen! Krankheiten oder Verletzungen, die nicht auf der Liste vermerkt sind oder keinem Oberbegriff (z. B. Augenkrankheiten, Ohrenkrankheiten usw.) zuzuordnen sind, sind mit der Kennzahl für „Sonstige Krankheiten (64)“ einzutragen. Alle Folgen von Unfällen sind entweder bei „Knochenbrüche“ (Kennzahl 61), „Prellungen, Zerrungen, Quetschungen“ (62) oder „Andere Verletzungen“ (63) einzutragen.

Hatte der Befragte gleichzeitig mehrere Krankheiten, die ihn an der Ausübung der üblichen Tätigkeit hinderten, z. B. wenn er bei einem Unfall einen Knochenbruch (Kennzahl 61) und Zerrungen (Kennzahl 62) erlitten hatte, so tragen Sie nur eine Erkrankung, und zwar die schwerwiegendste, mit deren Dauer ein. Das gilt auch dann, wenn zwei Erkrankungen nicht völlig gleichzeitig eingetreten sind, sich jedoch größtenteils überschneiden haben.

Beispiel: Ein Erwerbstätiger ist wegen eines Knochenbruches sechs Wochen im Krankenstand gewesen und erkrankte in diesem Krankenstand zusätzlich an einer schweren Grippe, wegen der er eine weitere Woche im Bett bleiben musste. In diesem Fall ist nur die Kennzahl für Knochenbruch und die Dauer dieser Erkrankung einzutragen.

Folgen einander jedoch zwei Krankheiten, so sind beide Krankheiten anzugeben. Beispiel: Ein Erwerbstätiger war wegen einer Grippeerkrankung zu Hause; kurz bevor er wieder zu arbeiten beginnen wollte, erlitt er einen Knochenbruch, der wieder einen Krankenstand verursachte. Hier wären beide Krankheiten mit der jeweiligen Dauer anzugeben.

Bei der Dauer der Erkrankung ist die gesamte Dauer der Erkrankung, also nicht etwa nur jene im Krankenhaus bei einem allfälligen Spitalsaufenthalt anzugeben. Wenn die Krankheit noch andauert, ist auf jeden Fall die bisherige Dauer der Erkrankung in Tagen einzutragen.

Die Frage, ob die **Erkrankung** noch **andauert**, bezieht sich nicht (nur) auf einen allfälligen Krankenhausaufenthalt, sondern auf die gesamte Erkrankung; d. h., bei einem Befragten, der zwar das Krankenhaus bereits verlassen hat, aber weiter noch im Krankenstand ist, ist „Dauert noch an“ zu markieren.

Gibt der Befragte die Krankheitsdauer in Wochen oder Monaten an, so sind für eine Woche 7 Tage, für einen Monat 30 Tage einzutragen. Bei Befragten, die z. B. wegen eines chronischen Leidens dauernd bettlägrig sind, sind als Krankheitsdauer 365 Tage einzutragen!

Gibt der Befragte an bzw. wird für ihn angegeben, dass wegen dieser Erkrankung ein Krankenhausaufenthalt notwendig war, markieren Sie bitte das Kästchen „Spitalsaufenthalt“. Dabei sind nur stationäre Aufenthalte anzugeben, also Aufnahmen in eine Krankenanstalt, bei der ein Spitalsbett mindestens einen Tag lang beansprucht wurde. Behandlungen in einer Krankenhausambulanz sind nicht zu berücksichtigen.

B 30

An alle im Mikrozensus erfassten Personen:

Liste B (Beschwerden) übergeben!

„Haben Sie Beschwerden, die zwar Ihr Wohlbefinden beeinträchtigen, aber keine Bettlägrigkeit zur Folge haben oder Ihre gewohnte Tätigkeit nicht behindern? Welche sind es?“

Mehrfachmarkierungen möglich!

Markieren Sie bitte die Kennzahlen der vom Befragten anhand der Beschwerdenliste (Liste B) angeführten Beschwerden.

Es sollen hier nur solche Beschwerden eingetragen werden, die zwar das Wohlbefinden beeinträchtigen, aber nicht als Krankheit empfunden werden. Krankheitszustände aus dem ersten Abschnitt sollen hier nicht wiederholt werden. Lassen Sie bitte dem Befragten ausreichend Zeit, alle Beschwerden, an denen er leidet, anzugeben. Es sind nicht nur Beschwerden anzugeben, an denen der Befragte zum Zeitpunkt der Befragung leidet. Eine bestimmte Häufigkeit, mit der diese Beschwerden auftreten müssen, um erfasst zu werden, ist nicht vorgegeben. Ganz selten auftretende Beschwerden sollen jedoch nicht erfasst werden. Üblicherweise werden aber Beschwerden, die nicht mit einer gewissen Häufigkeit auftreten, vom Befragten gar nicht als Beschwerden registriert.

Falls die befragte Person angibt, an keiner der angeführten Beschwerden zu leiden, markieren Sie bitte das Feld „Keine davon“.

B 31

Liste C (Medikamente) übergeben!

„Haben Sie in den letzten vier Wochen vom Arzt verschriebene Medikamente genommen? Gegen welche Erkrankungen bzw. Beschwerden?“

Mehrfachmarkierungen möglich!

Markieren Sie bitte die Kennzahlen der vom Befragten anhand der Medikamentenliste (Liste C) angegebenen Medikamente.

Zu Medikamenten zählen auch Injektionen. Es ist dabei zu betonen, dass nur Medikamente, die ärztlich verschrieben wurden, angegeben werden sollen. Verhütungsmittel („Pille“) sind nicht anzugeben.

Falls die befragte Person angibt, keine vom Arzt verschriebenen Medikamente während der letzten vier Wochen eingenommen zu haben, markieren Sie bitte das Feld „Keine“.

B 32

„Haben Sie in den letzten vier Wochen nicht ärztlich verschriebene Kreislaufmittel – Abführmittel – Erkältungsmittel – Schmerzmittel – oder sonstige Medikamente genommen?“

Mehrfachmarkierungen möglich!

Es sollen hier nur Medikamente angegeben werden, die nicht ärztlich verschrieben wurden.

B 33

Liste A (Krankheiten) übergeben!

„Leiden Sie an einer der in dieser Liste angeführten Krankheiten andauernd (chronisch)?“

Möglichkeit für Eintragung der Kennzahlen von vier Krankheiten!

Für diese Frage ist wiederum Liste A zu verwenden, allerdings mit der Einschränkung, dass die Kennzahlen 59 bis 63 nicht angegeben werden dürfen.

Falls die befragte Person angibt, an keinen chronischen Krankheiten zu leiden, markieren Sie bitte das Feld „Keine davon“.

B 34

„Wie oft waren Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, insgesamt zur Behandlung bzw. wegen Beschwerden oder zur Kontrolle bzw. Vorsorgeuntersuchung: bei einem praktischen Arzt – bei einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – bei einem Internisten – bei einem Kinderarzt (auch als Begleitperson!) – bei einem sonstigen Facharzt – in einem Ambulatorium (Spitalsambulanz) – bei einem Zahnbehandler (Zahnambulatorium)?“

Auch Hausbesuche des Arztes sowie mit dem Arzt geführte Telefonate wegen einer (eigenen) Erkrankung oder Beschwerde sind mitzuzählen!

Und wieviel Zeit haben Sie für Ihren **letzten Besuch im vergangenen Jahr** bei einem praktischen Arzt – einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – einem Internisten – einem Kinderarzt (auch als Begleitperson) – einem sonstigen Facharzt – in einem Ambulatorium (Spitalsambulanz) – bei einem Zahnbehandler (Zahnambulatorium) an Wegzeit (Hin- und Rückweg) und Wartezeit aufgewendet?

War(en) diese(r) Arztbesuch(e) zur Behandlung bzw. wegen Beschwerden – oder zur Kontrolle bzw. zur Vorsorge bei einem praktischen Arzt – einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – einem Internisten – einem Kinderarzt (auch als Begleitperson!) – einem sonstigen Facharzt – in einem Ambulatorium (Spitalsambulanz) – bei einem Zahnbehandler (Zahnambulatorium)?“

In jeder Zeile Häufigkeit des Arztbesuches, Zeitaufwand in Minuten getrennt nach Wegzeit und Wartezeit sowie der Grund des Arztbesuches eintragen! Wurde kein Arzt der jeweiligen Gruppe besucht: Bei „Anzahl der Besuche“ „0“ eintragen!

Fragen Sie bitte für jeden angeführten Arzt und für das Ambulatorium (Spitalsambulanz), wie oft der Befragte **insgesamt** im letzten Jahr einen Arzt dieser Gruppe bzw. das Ambulatorium wegen einer Erkrankung, zur Behandlung oder nur zur Kon-

trolle aufgesucht hat. **Hausbesuche** des Arztes beim Befragten sind ebenfalls anzugeben. War dies zumindest einmal der Fall, dann fragen Sie bitte weiter, wie hoch der Zeitaufwand für den letzten Arztbesuch getrennt nach gesamter Wegzeit für Hin- und Rückweg (einschließlich notwendiger Wartezeiten z. B. auf öffentliche Verkehrsmittel) und Wartezeit beim Arzt war. Die Zeiten tragen Sie in Minuten im entsprechenden Feld ein. Für den Fall, dass nur ein Hausbesuch des Arztes oder eine Telefonkonsultation stattgefunden hat, wäre „0“ jeweils bei Weg- und Wartezeit einzutragen. Diese Zeitangaben sollen dazu dienen, den durchschnittlichen Zeitaufwand für einen Arztbesuch zu errechnen. Sollte der Befragte den Zeitaufwand beim letzten Arztbesuch nicht mehr genau wissen, so kann er auch angeben, wie lange er üblicherweise für diesen Arztbesuch braucht. Hat der Befragte keinen Arzt der jeweiligen Gruppe aufgesucht, dann tragen Sie in der betreffenden Zeile (den betreffenden Zeilen) unter „Anzahl der Besuche“ die Ziffer „0“ ein.

Es sind nur solche Arztbesuche zu zählen, bei denen der Befragte selbst mit dem Arzt gesprochen hat. („Rezeptabholen“ bei der Ordinationshilfe zählt also nicht.)

Im Normalfall ist nur der Arztbesuch wegen einer eigenen Krankheit anzugeben; nur für den Besuch beim Kinderarzt ist auch für die jeweilige Begleitperson die Häufigkeit der Besuche sowie der entsprechende Zeitaufwand einzutragen. Die Tatsache, dass es sich dabei um einen „Begleitbesuch“ gehandelt hat, kann aus dem Alter der Personen abgeleitet werden, die einen derartigen Besuch gemacht haben. Diese Möglichkeit besteht bei anderen „Arzttypen“ nicht, da bei der Auswertung nicht mehr feststellbar wäre, ob der Arztbesuch wegen eigener Krankheit oder als Begleitperson erfolgte. Daher dürfen bei allen anderen Gruppen von Ärzten „Begleitbesuche“ nicht angegeben werden.

Bei der Frage, ob ein Arztbesuch zur Behandlung bzw. wegen Beschwerden oder zur Kontrolle bzw. Vorsorge vorgenommen wurde; können für jeden Arzttyp natürlich beide Gründe für den Arztbesuch zutreffen.

Arztbesuch wegen einer offiziellen Gesundenuntersuchung ist hier bei der entsprechenden Gruppe (zumeist Ambulatorium) ebenfalls anzugeben.

„Zur Kontrolle“ ist anzugeben, wenn der Arztbesuch ohne Vorhandensein von Beschwerden erfolgte (z. B. regelmäßiges Überprüfen des Blutdruckes, in bestimmten Abständen stattfindende Besuche beim Zahnarzt oder Frauenarzt, aber auch Kontrollbesuche nach einer bereits ausgeheilten Krankheit).

B 35

„Haben Sie einen aufrechten Impfschutz gegen Kinderlähmung (Polio) – Wundstarrkrampf (Tetanus) – Grippe – Zeckenkrankheit?“

Mehrfachmarkierungen möglich!

Ein aufrechter Impfschutz besteht bei Kinderlähmung und Tetanus, wenn die letzte Impfung weniger als zehn Jahre zurückliegt, bei Grippe ein Jahr, und bei Zeckenkrankheit drei Jahre.

Falls sich die befragte Person trotz der eben genannten Informationen nicht sicher ist, ob ein aufrechter Impfschutz besteht, markieren Sie bitte jeweils das Feld „Weiß nicht“.

B 36

„Können Sie aus gesundheitlichen Gründen, also durch eine chronische Erkrankung, eine dauernde Behinderung oder wegen höheren Alters, wichtige persönliche Verrichtungen (z. B. Essen, Waschen/Baden, Toilette aufsuchen, ...) nicht selber ausüben, und sind Sie daher nicht – manchmal – häufig oder immer auf die Hilfe anderer angewiesen?“

Wenn „Häufig oder immer“ bzw. Personen unter 15 Jahren: Weiter bei B 38!

Die Hilfe, die etwa Säuglinge oder Kleinkinder normalerweise z. B. beim Essen oder Waschen benötigen, ist hier nicht anzugeben.

Diese Frage wird freilich dann nicht zu stellen sein, wenn Sie als Interviewer offensichtlich den Eindruck haben, dass die befragte Person bei der Bewältigung persönlicher Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen ist. In einem solchen Fall bleibt es Ihnen überlassen, auch ohne Fragestellung „Häufig oder immer“ zu markieren.

B 37

An alle Personen ab 15 Jahren, die Frage B 36 mit „Nie“ oder „Manchmal“ beantwortet haben: „Können Sie aus gesundheitlichen Gründen, also durch eine chronische Erkrankung, eine dauernde Behinderung oder aus Altersgründen, wichtige Tätigkeiten des täglichen Lebens (z. B. Einkaufen gehen, Mahlzeiten zubereiten, Wäsche waschen, ...) nicht selber ausüben und sind Sie daher nicht – manchmal – häufig oder immer auf die Hilfe anderer angewiesen?“

B 38

An alle im Mikrozensus erfassten Personen:

„Wie groß in Zentimeter sind Sie ohne Schuhe und wie viele Kilogramm wiegen Sie ohne Schuhe und Kleidung?“

Schwangere Frauen sollten ihr Gewicht vor der Schwangerschaft angeben.

Kann der Befragte keine genauen Angaben machen, ist auch die Eintragung von „Ungefähr“ – Werten zulässig.

Ende der Befragung für Personen unter 15 Jahren!

B 39

An alle Personen ab 15 Jahren: „Rauchen Sie? Ja, gelegentlich – ja, täglich bis 10 Zigaretten – ja, täglich 11 bis 20 Zigaretten – ja, täglich mehr als 20 Zigaretten – nein, habe aufgehört – nein, habe nie geraucht.“

Die untere Altersgrenze für die Befragung zum Rauchen wurde in Angleichung an viele internationale Befragungen mit 15 Jahren festgelegt. Grundsätzlich gibt es in Österreich keine gesetzliche Altersgrenze für das Rauchen; die bekannte Grenze von 16 Jahren bezieht sich nur auf das Rauchen in der Öffentlichkeit.

Unter „Rauchen“ bei diesem Sonderprogramm fällt nur das Rauchen von Zigaretten. Das Rauchen von Zigarren (einschließlich Zigarillos) und Pfeife sowie Tabakschnupfen oder Tabakkauen ist somit nicht zu erfassen.

„Aufgehört“ ist einzutragen, wenn jemand zur Zeit nicht raucht, früher jedoch – egal, wie viele Zigaretten – geraucht hat.

„Nie geraucht“ ist zu markieren, wenn jemand immer Nichtraucher war.

B 40

„Haben Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit September 1998, an einer Gesundenuntersuchung, die unentgeltlich angeboten wird, teilgenommen?“

Die Möglichkeit zu dieser „offiziellen“ kostenlosen Gesundenuntersuchung besteht für alle Österreicher ab 19 Jahren bzw. für Lehrlinge (Anmerkung: Die Arztkosten dafür werden mit der Krankenversicherung nicht über den normalen Krankenschein, sondern über ein spezielles Formular verrechnet!). Sie wird häufig in Ambulatorien durchgeführt; es besteht aber auch die Möglichkeit, sie bei einem niedergelassenen Arzt durchzuführen. Wesentliches Kennzeichen für diese Untersuchungsart ist, dass sie in Österreich mit einem einheitlichen Untersuchungsprogramm mit Fragebogen usw. durchgeführt wird.

B 41

Liste D (Gesundheitsverhalten) übergeben!

„Ich übergebe Ihnen jetzt eine Liste zum Thema Gesundheitsverhalten mit der Frage: Was tun Sie, um gesund zu bleiben bzw. um Krankheiten vorzubeugen? Bitte, nennen Sie mir aus dieser Liste die Kennzahlen jener Aktivitäten, die auf Sie zutreffen.“

Mehrfachmarkierungen möglich!

Gehen Sie mit dem Befragten unbedingt jede Ausprägung einzeln durch und lassen Sie ihn zu jeder Ausprägung gesondert antworten. Warten Sie keinesfalls erst eine globale Antwort am Ende der Reihe von Ausprägungen ab.

B 42

„Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung, wie z. B. durch Joggen, schnelles oder langes Radfahren oder Aerobic ins Schwitzen? Wenn ja, an wie vielen Tagen in der Woche?“

Anzahl eintragen bzw. „Nein“ markieren!

Bei dieser Frage sollen nur körperliche Tätigkeiten genannt werden, die bewusst zur körperlichen Ertüchtigung unternommen werden. Tätigkeiten, bei denen dieser Aspekt nur in sehr geringem Maß gegeben ist, sollten nicht genannt werden (z. B. kurze Radfahrten zum täglichen Einkauf; kurzes Laufen, um ein Verkehrsmittel zu erreichen).

Erwerbstätige: Weiter bei B 43!

Nichterwerbstätige Frauen mit Kind(ern) bis zu sechs Jahren: Weiter bei B 44! Ende der Befragung für alle übrigen Personen!

B 43

An alle Erwerbstätigen:

„Welche der folgenden beruflichen bzw. Zusatzbelastungen sind Sie ausgesetzt: schwere körperliche Arbeit – starker Zeitdruck – Konfliktsituationen am Arbeitsplatz – Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf – Mehrfachbelastung durch pflegebedürftige Kinder und Angehörige sowie Beruf – keine der genannten Belastungen?“

Mehrfachmarkierungen möglich!

Lesen Sie dem Befragten jede Antwortmöglichkeit einzeln vor und lassen Sie ihn zu jeder Ausprägung gesondert antworten. Warten Sie keinesfalls erst eine globale Antwort am Ende der Reihe von Ausprägungen ab.

Es soll hier nur festgestellt werden, ob als Belastungen geltende Umstände vorliegen. Die einzelnen Ausprägungen sind also auch dann zu markieren, wenn der Befragte diese zwar registriert, aber nicht als Belastung empfindet.

Ende der Befragung, ausgenommen Frauen mit Kind(ern) unter 6 Jahren!

B 44

An alle Frauen mit Kind(ern) unter sechs Jahren:

„Wie oft waren Sie vor der Geburt Ihres jüngsten Kindes während der Schwangerschaft bei ärztlichen Kontrolluntersuchungen?“

Anzahl eintragen bzw. „Keine“ markieren!

Im Zahlenfeld ist die Anzahl aller Arztbesuche einzutragen, die – sei es zur Beratung, sei es wegen Beschwerden – im Zusammenhang mit der letzten Schwangerschaft standen. Wurde während der Schwangerschaft aus diesem Grund kein Arzt aufgesucht, ist das Feld „Keine“ zu markieren. Mit dieser Frage soll festgestellt werden, wieviele Arztbesuche während der Schwangerschaft unternommen werden.

B 45

„Waren Sie mit Ihrem jüngsten Kind bei allen (bisher) vorgeschriebenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen?“

Mit dieser Frage soll festgestellt werden, in welchem Ausmaß trotz des Wegfalls der Geburtenbeihilfe weiterhin die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wahrgenommen werden.