

Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit

Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019



Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00-0

STATISTIK AUSTRIA

Bundesanstalt Statistik Österreich

Guglgasse 13, 1110 Wien

Tel.: +43 1 711 28-7070

Verlagsort: Guglgasse 13, 1110 Wien

Hersteller:

Dieser Bericht wurde von STATISTIK AUSTRIA im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) erstellt.

Autorinnen: Mag. Jeannette Klimont, Mag. Michaela Prammer-Waldhör

Analyse: Dipl. Ing Angelika Meraner, Petra Ihle BA

Herstellungsort: Guglgasse 13, 1110 Wien

Copyright Titelbild: © elenabsl / stock.adobe.com

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung der Medieninhaber unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Bundesanstalt Statistik Österreich und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist.

Rückmeldungen: Ihre Überlegungen zu vorliegender Publikation übermitteln Sie bitte an info@statistik.gv.at.

Wien, Oktober 2020

Vorwort



Rudolf Anschöber
© BKA/Andy Wenzel

Mehr Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden für alle – das ist das übergeordnete Ziel der österreichischen Gesundheitspolitik. Dabei bedeutet gesundheitliche Chancengleichheit, dass alle Bevölkerungsgruppen unabhängig von Geschlecht, Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen die gleichen Chancen haben, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Dieses weitere wesentliche Ziel hat sich die österreichische Gesundheitspolitik im Rahmen der Gesundheitsziele Österreichs gesetzt.



Tobias Thomas
© Statistik Austria/
Ranger-Marton

Die vorliegende Publikation bildet eine wichtige Grundlage für die evidenzbasierte Politikgestaltung, indem auf wissenschaftlicher Basis Zusammenhänge zwischen individuellem Gesundheitszustand bzw. Gesundheitsverhalten und zentralen Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status aufgezeigt werden, insbesondere zu Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht. So wird unter anderem gezeigt, ob und in welchem Ausmaß chronische Krankheiten in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auftreten oder welchen Einfluss Lebensumstände und soziales Umfeld auf verhaltensbezogene Risikofaktoren wie Rauchen, Adipositas und Bewegungsmangel haben. Ein weiterer Fokus gilt der Annahme von Gesundheitspräventionsangeboten durch unterschiedliche Bevölkerungsgruppen.

Basis der vorliegenden Analysen bilden die Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019, einer repräsentativen Stichprobenerhebung, die auf Grundlage einer Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie der Bundesgesundheitsagentur von Statistik Austria konzipiert und durchgeführt wurde.

Rudolf Anschöber
Bundesminister

Prof. Dr. Tobias Thomas
Fachstatistischer Generaldirektor STATISTIK AUSTRIA

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 3 |
| Zusammenfassung | 7 |
| 1 Einleitung | 18 |
| 2 Einflussfaktoren | 19 |
| 2.1 Einkommen..... | 19 |
| 2.2 Höchste abgeschlossene Schulbildung..... | 22 |
| 2.3 Migrationshintergrund..... | 25 |
| 2.4 Urbanisierungsgrad..... | 28 |
| 2.5 Feinstaubbelastung..... | 29 |
| 3 Gesundheitszustand | 32 |
| 3.1 Subjektiver Gesundheitszustand..... | 32 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick..... | 33 |
| Einkommen..... | 34 |
| Bildung..... | 37 |
| Migrationshintergrund..... | 40 |
| Feinstaubbelastung..... | 43 |
| 3.2 Chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme..... | 47 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick..... | 47 |
| Einkommen..... | 50 |
| Bildung..... | 55 |
| Migrationshintergrund..... | 65 |
| Urbanisierungsgrad..... | 71 |
| Feinstaubbelastung..... | 77 |
| 3.3 Schmerzen..... | 85 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick..... | 85 |
| Bildung..... | 86 |
| Migrationshintergrund..... | 89 |
| 3.4 Mundgesundheit..... | 92 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick..... | 92 |
| Einkommen..... | 93 |
| Bildung..... | 96 |
| Migrationshintergrund..... | 99 |
| Urbanisierungsgrad..... | 102 |
| 3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität..... | 105 |

| | |
|---|------------|
| Einkommen | 106 |
| Bildung..... | 107 |
| Migrationshintergrund..... | 108 |
| Urbanisierungsgrad | 109 |
| 4 Gesundheitsverhalten | 111 |
| 4.1 Tägliches Rauchen | 111 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 112 |
| Bildung..... | 112 |
| Migrationshintergrund..... | 114 |
| Urbanisierungsgrad | 116 |
| 4.2 Adipositas (starkes Übergewicht) | 118 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 119 |
| Bildung..... | 119 |
| Migrationshintergrund..... | 121 |
| Urbanisierungsgrad | 123 |
| 4.3 Körperliche Aktivität | 125 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 125 |
| Einkommen | 127 |
| Bildung..... | 131 |
| Migrationshintergrund..... | 135 |
| Urbanisierungsgrad | 140 |
| 5 Krankheitsprävention | 142 |
| 5.1 Inanspruchnahme von Impfungen | 142 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 143 |
| Einkommen | 144 |
| Bildung..... | 149 |
| Migrationshintergrund..... | 153 |
| Urbanisierungsgrad | 156 |
| 5.2 Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs..... | 159 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 159 |
| Einkommen | 160 |
| Bildung..... | 163 |
| Migrationshintergrund..... | 165 |
| 6 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem..... | 168 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 168 |
| Einkommen..... | 169 |
| Bildung..... | 172 |

| | |
|---|------------|
| Migrationshintergrund | 175 |
| 7 Einschränkungen im Alltag, Pflege und ungedeckter Pflegebedarf | 180 |
| 7.1 Einschränkungen im Alltag | 181 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 181 |
| Einkommen | 183 |
| Bildung..... | 185 |
| Migrationshintergrund..... | 188 |
| Urbanisierungsgrad | 190 |
| 7.2 Pflege und ungedeckter Pflegebedarf | 192 |
| Pflege und Hilfe im Alltag..... | 192 |
| Ungedeckter Pflege- und Unterstützungsbedarf | 193 |
| Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick | 193 |
| Bildung..... | 195 |
| 8 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen..... | 198 |
| 8.1 Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick..... | 198 |
| 8.2 Gesundheitliches Wohlbefinden | 200 |
| 9 Methodik | 208 |
| 9.1 Datengrundlage | 208 |
| 9.2 Analyseverfahren..... | 209 |
| Varianzanalyse (ANOVA) | 210 |
| Logistische Regression | 211 |
| Altersstandardisierung..... | 212 |
| Lesehilfe anhand des Analysebeispiels „Subjektiver Gesundheitszustand“ | 212 |
| Tabellenverzeichnis..... | 217 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 223 |
| Literaturverzeichnis | 226 |
| Abkürzungen..... | 227 |

Zusammenfassung

Basierend auf den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2019 wurden in der vorliegenden Analyse Zusammenhänge zwischen den gesundheitlichen Themen

- Gesundheitszustand
- Gesundheitsverhalten
- Krankheitsprävention
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem
- Einschränkungen im Alltag (Personen 55 Jahre und mehr)
- Kindergesundheit

und folgenden zentralen Indikatoren zur Lebenslage und zum sozialen Status untersucht:

- Alter
- Einkommen
- höchste abgeschlossene Schulbildung
- Migrationshintergrund
- Urbanisierungsgrad
- Feinstaubbelastung (bei ausgewählten Themen)

Um zu erkennen, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren und den ausgewählten gesundheitlichen Themen gibt, wurden mehrfaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Lag ein signifikanter Zusammenhang vor, wurde mithilfe von logistischen Regressionen die Effektstärke ermittelt.

Übersicht 1 und Übersicht 2 geben einen Überblick über signifikante Zusammenhänge zwischen Gesundheit und den oben angeführten unabhängigen Faktoren bei Männern und Frauen, wobei bei einer bestehenden Signifikanz zwischen „signifikant“, „sehr signifikant“ und „höchst signifikant“ unterschieden wird.

Übersicht 1 Signifikante Zusammenhänge bei Männern im Überblick

| Gesundheitsindikator | Ein- kommen | Bildung | Migra- tions- hinter- grund | Urba- nisi- erungs- grad | Fein- staub- belas- tung |
|--|----------------|---------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Gesundheitszustand | | | | | |
| Subjektiver Gesundheitszustand | ● | ● | ● | ● | ● |
| Mindestens eine chronische Krankheit | ● | ● | ● | ● | ● |
| Bluthochdruck | ● | ● | ● | ● | ● |
| Arthrose | ● | ● | ● | ● | ● |
| Chronische Kreuzschmerzen | ● | ● | ● | ● | ● |
| Chronische Nackenschmerzen | ● | ● | ● | ● | ● |
| Diabetes | ● | ● | ● | ● | ● |
| Allergien | ● | ● | ● | ● | ● |
| Depression | ● | ● | ● | ● | ● |
| Chronische Kopfschmerzen | ● | ● | ● | ● | ● |
| Schmerzen | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Zahngesundheit | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Gesundheitsverhalten | | | | | |
| Tägliches Rauchen | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Adipositas | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Ausdaueraktivität | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Muskelkräftigungsaktivität | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Krankheitsprävention | | | | | |
| Grippe-Impfung | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Tetanus-Impfung | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Diphtherie-Impfung | ● | ● | ● | ● | ○ |
| Polio-Impfung | ● | ● | ● | ● | ○ |
| FSME-Impfung | ● | ● | ● | ● | ○ |

| Gesundheitsindikator | Ein- kommen | Bildung | Migra- tions- hinter- grund | Urba- nisi- erungs- grad | Fein- staub- belas- tung |
|---|----------------|---------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem | • | ● | ● | • | ○ |
| Einschränkungen im Alltag und Pflegebedarf | | | | | |
| Einschränkung bei basaler Aktivität | • | ● | • | ● | ○ |
| Einschränkung bei instrumenteller Aktivität | ● | ● | ● | • | ○ |
| Pflege bei basaler Aktivität | • | ● | • | • | ○ |

- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 0,1 % (höchst signifikant).
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 1 % (sehr signifikant).
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 5 % (signifikant).
- Es besteht kein signifikanter Zusammenhang.
- Nicht berechnet.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Übersicht 2 Signifikante Zusammenhänge bei Frauen im Überblick

| Gesundheitsindikator | Ein- kommen | Bildung | Migra- tions- hinter- grund | Urba- nisi- erungs- grad | Fein- staub- belas- tung |
|--------------------------------------|----------------|---------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Gesundheitszustand | | | | | |
| Subjektiver Gesundheitszustand | ● | ● | ● | • | ● |
| Mindestens eine chronische Krankheit | • | ● | • | • | ● |
| Bluthochdruck | ● | ● | ● | ● | • |
| Arthrose | • | ● | • | ● | • |
| Chronische Kreuzschmerzen | ● | ● | ● | • | ● |
| Chronische Nackenschmerzen | • | ● | ● | • | ● |
| Diabetes | ● | ● | • | • | ● |
| Allergien | • | • | • | ● | • |
| Harninkontinenz | • | ● | • | • | ● |
| Depression | ● | ● | • | • | ● |

| Gesundheitsindikator | Ein- kommen | Bildung | Migra- tions- hinter- grund | Urba- nisi- erungs- grad | Fein- staub- belas- tung |
|---|----------------|---------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Chronische Kopfschmerzen | • | ● | ●● | • | • |
| Schmerzen | • | ●● | ● | • | ○ |
| Zahngesundheit | ●● | ●● | ●● | ●● | ○ |
| Gesundheitsverhalten | | | | | |
| Tägliches Rauchen | • | ●● | ●● | ● | ○ |
| Adipositas | • | ●● | • | ● | ○ |
| Ausdaueraktivität | ●● | ●● | ●● | • | ○ |
| Muskelkräftigungsaktivität | ●● | ●● | • | • | ○ |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | ●● | ●● | ● | • | ○ |
| Krankheitsprävention | | | | | |
| Grippe-Impfung | • | ● | • | ● | ○ |
| Tetanus-Impfung | ●● | ● | ●● | • | ○ |
| Diphtherie-Impfung | ●● | ●● | ●● | • | ○ |
| Polio-Impfung | ●● | ●● | ●● | ● | ○ |
| FSME-Impfung | ●● | ● | ●● | • | ○ |
| Krebsabstrich | ● | ●● | ●● | • | ○ |
| Mammographie | ● | ● | • | • | ○ |
| Darmspiegelung | • | • | ● | • | ○ |
| Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem | ● | ● | ●● | • | ○ |
| Einschränkungen im Alltag und Pflegebedarf | | | | | |
| Einschränkung bei basaler Aktivität | • | ●● | ●● | • | ○ |
| Einschränkung bei instrumenteller Aktivität | • | ●● | ●● | • | ○ |

- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 0,1 % (höchst signifikant).
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 1 % (sehr signifikant).
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 5 % (signifikant).
- Es besteht kein signifikanter Zusammenhang.
- Nicht berechnet.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Gesundheitszustand

Knapp drei Viertel der österreichischen Wohnbevölkerung stuften ihren **allgemeinen Gesundheitszustand** als sehr gut oder gut ein. Signifikante Unterschiede bei der Beurteilung der eigenen Gesundheit finden sich hinsichtlich Einkommen, Bildung und Feinstaubbelastung für Männer und Frauen sowie beim Migrationshintergrund für Frauen.

- So ist die Chance auf einen (sehr) guten Gesundheitszustand bei Männern und Frauen der höchsten Einkommensstufe 5,4- bzw. 4,5-mal so hoch im Vergleich zur niedrigsten Einkommensstufe.
- Zudem zeigt sich, dass mit steigendem Bildungsniveau die subjektive Gesundheit zunehmend positiv eingeschätzt wird.
- Auch die Luftqualität spielt eine Rolle: Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstuft, ist in Wohngebieten mit sehr guter Luftqualität fast doppelt so hoch wie in Wohngebieten mit einer hohen Feinstaubbelastung, bei Männern beträgt die Odds Ratio 1,6.
- Frauen mit Herkunft aus EU-Staaten (Beitritt vor 2004) oder EFTA-Staaten sind mit ihrem Gesundheitszustand am meisten (sehr) zufrieden (84 %). Im Vergleich dazu: Unter den Österreicherinnen sind es 76,0 % und unter Frauen, die aus dem ehemaligen Jugoslawien oder aus der Türkei stammen, knapp 56 %.

Die **Prävalenz chronischer Krankheiten** ist besonders stark vom Alter abhängig, unter den über 74-Jährigen sind neun von zehn Personen von (mindestens) einer chronischen Erkrankung betroffen. Bezogen auf die Population im Alter von 15+ Jahren berichteten zwei von drei Personen, an zumindest einer chronischen Krankheit zu leiden. Darüber hinaus haben auch andere Faktoren wie Bildung, Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Feinstaubbelastung einen maßgeblichen Einfluss. Ihre Effekte sind allerdings stark vom jeweiligen Krankheitsbild abhängig und variieren auch in Abhängigkeit vom Geschlecht. Für den Indikator „Auftreten mindestens einer chronischen Krankheit“ hat sich ein Zusammenhang bei Frauen mit Bildung und Feinstaub, bei Männern mit dem Migrationshintergrund und dem Urbanisierungsgrad herausgestellt.

- So haben beispielsweise Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss – verglichen mit Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss (mindestens Matura) – ein rund 1,5-faches Risiko einer chronischen Erkrankung. Die

Bildung hat auch einen zentralen Einfluss auf das Auftreten von den meisten untersuchten chronischen Krankheiten. Diabetes, Arthrose sowie chronische Kreuz-, Nacken- und Kopfschmerzen betreffen Frauen und Männer gleichermaßen, Bluthochdruck, Depression und Harninkontinenz nur Frauen und Allergien nur Männer. Dabei ist generell zu beobachten, dass die Krankheitsprävalenz mit zunehmendem Bildungsniveau stetig abnimmt. Die einzige Ausnahme bilden Allergien: Hier ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken bei niedriger Schulbildung geringer.

- Des Weiteren berichteten einkommensschwache Personen öfter über das Vorhandensein von Bluthochdruck, Depression, chronischen Kreuzschmerzen oder Diabetes als finanziell besser gestellte. Hervorzuheben ist ein um mehr als das Fünffache erhöhtes Diabetesrisiko unter finanziell sehr schlecht gestellten Frauen im Vergleich zu jenen der höchsten Einkommenskategorie.
- Der Migrationshintergrund hat bei Männern nur hinsichtlich des Vorhandenseins einer Allergie einen Einfluss, während bei Frauen das Auftreten von Bluthochdruck sowie von chronischen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen statistisch signifikant vom Migrationshintergrund beeinflusst wird.
- Von der Siedlungsdichte am Wohnort statistisch abhängig sind die Prävalenz von Allergien (Männer und Frauen) sowie Hypertonie und Arthrose (nur Frauen). Die größten Unterschiede zwischen hohem und niedrigem Urbanisierungsgrad zeigen sich bei Allergien: Für Männer aus städtischen Ballungszentren ist das Risiko einer Allergie im Vergleich zu Männern aus ländlichen Gebieten um den Faktor 1,5 erhöht, für Frauen um den Faktor 1,3.
- Ein mit steigender Feinstaubbelastung erhöhtes Erkrankungsrisiko zeigt sich bei Bluthochdruck und Diabetes bei den Männern, während Frauen signifikant öfter mit Diabetes, Depressionen, Kreuz- und Nackenschmerzen sowie mit Harninkontinenz konfrontiert sind.

An mäßigen, starken oder sehr starken körperlichen **Schmerzen** litten etwa drei von zehn in Österreich wohnhaften Personen in den vier Wochen vor der Befragung. Besonders hoch ist der Anteil der Personen mit zumindest mäßigen Schmerzen in der älteren Bevölkerung. Abseits des Alters hat auch die Bildung bei beiden Geschlechtern einen hochsignifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Schmerzen. So haben beispielsweise Männer mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu höher gebildeten Männern ein um den Faktor 2,6 signifikant erhöhtes Risiko, an mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden. Unter Frauen steht das Auftreten von (zumindest mäßigen) Schmerzen zudem mit dem Migrationshintergrund in Zusammenhang.

Sieben von zehn Personen stufen ihren **Zahnstatus** in der Gesundheitsbefragung 2019 als sehr gut oder gut ein. Besonders hoch ist der Anteil der Personen mit (sehr) guter Mundgesundheits in der jüngeren Population, mit fortschreitendem Alter treten vermehrt Zahnprobleme auf. Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad korrelierten mit der Mundgesundheits.

- Sowohl Frauen als auch Männer stufen ihre Zahngesundheit umso besser ein, je höher ihr Haushaltseinkommen und je höher ihr Bildungsabschluss ist. So ist die Wahrscheinlichkeit eines (sehr) guten Zahnstatus unter Männern mit einer höheren Schulbildung rund dreimal so hoch wie unter Männern mit höchstens Pflichtschulabschluss, bei Frauen ist sie 2,2-mal so hoch.
- Am meisten zufrieden mit ihrer Mundgesundheits sind Personen mit Herkunft aus EU-Staaten (Beitritt vor 2004) oder EFTA-Staaten (fast drei Viertel), am seltensten aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei stammende Personen (rund die Hälfte).

Gesundheitsverhalten

23,5 % der Männer und 17,8 % der Frauen **rauchen täglich**. Signifikante Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich Bildung, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad.

- Männer und Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss greifen am häufigsten täglich zur Zigarette (35,5 % bzw. 25,9 %). Weitaus geringer ist die Raucherquote bei Männern und Frauen mit höherer Schulausbildung (14,3 % bzw. 12,2 %).
- Unter Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei sowie aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 ist das Risiko täglichen Rauchens im Vergleich zu Österreichern 1,9-mal so groß, bei Frauen beträgt dieser Faktor 1,8.
- Etwas geringer sind die Unterschiede nach Urbanisierungsgrad: So haben Männer aus Großstädten sowie aus kleineren Städten und Vororten im Vergleich zu jenen aus weniger dicht besiedelten Gebieten ein um das 1,3-fache erhöhtes Risiko täglich zu rauchen.

1,2 Mio. Personen ab 15 Jahren sind von **Adipositas** betroffen. Nicht nur das Alter hat einen Einfluss auf die Häufigkeit von Adipositas (mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, adipös zu sein), auch die Bildung korreliert hochgradig mit dem Auftreten von starkem Übergewicht. Daneben spielen noch der Migrationshintergrund bei Männern sowie der Urbanisierungsgrad bei Frauen eine Rolle (jedoch sind hier die Unterschiede nur gering).

- Die Wahrscheinlichkeit, eine Adipositas zu entwickeln, ist bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau am höchsten, wobei die bildungsspezifischen Unterschiede bei Frauen wesentlich stärker ausgeprägt sind: Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu bildungshöheren Frauen ein 3,0-faches Risiko, stark übergewichtig zu sein, Männer ein 2,0-faches Risiko.
- Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Länder) bzw. der Türkei haben ein doppelt so hohes Adipositas-Risiko im Vergleich zu österreichischen Männern.

Ausreichend **körperlich aktiv** nach den WHO-Empfehlungen¹ sind 26,0 % der Männer zwischen 18 und 64 Jahren sowie 21,1 % der Frauen, wobei es signifikante Unterschiede in Bezug auf Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund gibt.

- Die Wahrscheinlichkeit, nicht ausreichend körperlich aktiv zu sein, ist bei Männern und Frauen der prekären Wohlstandsgruppe sowie bei Männern mit niedrigem Einkommen 2,6-mal so hoch wie bei Personen mit dem höchsten Haushaltseinkommen.
- Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten ein 2,5-fach so hohes Risiko körperlicher Inaktivität, bei Frauen ist es sogar 3,6-mal so hoch. Am häufigsten körperlich aktiv ist die höher gebildete junge Bevölkerung – 43,5 % der Männer und 34,3 % der Frauen dieser Personengruppe erfüllen beide WHO-Kriterien.
- Der höchste Anteil an Personen, die ausreichend körperlich aktiv sind, ist unter Personen aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. EFTA-Staaten zu finden

¹ 2,5 Stunden pro Woche Ausdaueraktivitäten und mindestens zweimal wöchentlich Aktivitäten zur Muskelkräftigung

(33,7 % der Männer und 26,1 % der Frauen), am seltensten trifft das auf Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei zu (13,5 % der Männer und 10,1 % der Frauen).

Krankheitsprävention

Gegen Tetanus besteht am häufigsten ein **Impfschutz**, gefolgt von FSME, Diphtherie und Polio (zwischen 74,2 % und 59,2 % der Bevölkerung ab 15 Jahren). Wesentlich seltener wird die Gripeschutzimpfung in Anspruch genommen (unter 60 Jahren: 5,8 %, 60 Jahre und mehr: 16,2 %). Impfungen werden signifikant häufiger mit steigendem Einkommen (bei der Grippe-Impfung nur bei Männern) und höherer Schulbildung angenommen. Auch der Migrationshintergrund spielt bei der Impfbereitschaft eine Rolle (mit Ausnahme der Grippe-Impfung): Das Risiko, keinen aufrechten Impfschutz zu haben, ist bei Männern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei am größten. Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Urbanisierungsgrad kommt bei der Grippe-, Polio- und Zeckenschutzimpfung (hier nur bei den Männern) vor.

Krebsvorsorgeuntersuchungen werden unterschiedlich häufig angenommen. Etwa die Hälfte der Frauen ab 15 Jahren ließ im letzten Jahr vor der Befragung einen Krebsabstrich durchführen, zwei Drittel der Frauen ab 45 Jahren waren bei einer Mammographie (bezogen auf die letzten beiden Jahre). 44,2 % der Männer und 41,3 % der Frauen ab 50 Jahren waren in den vergangenen fünf Jahren bei einer Darmspiegelung. Einen günstigen Einfluss auf die regelmäßige Durchführung eines Krebsabstriches und einer Mammographie haben Einkommenshöhe und Bildungsniveau. Der Migrationshintergrund spielt auch bei der Inanspruchnahme von Krebsabstrich und Darmspiegelung (nur bei Frauen) eine Rolle, wobei Frauen ohne Migrationshintergrund diese am häufigsten in Anspruch genommen hatten.

Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Rund sechs Zehntel der in Österreich wohnhaften Bevölkerung beurteilten die Qualität der medizinischen Versorgung als hervorragend oder sehr gut, wobei Unterschiede in Bezug auf Einkommen (nur Frauen), Bildung und Migrationshintergrund bestehen.

- Frauen aus der höchsten und Frauen aus der niedrigsten Einkommenskategorie bewerteten die medizinische Versorgungsqualität am öftesten als hervorragend oder sehr gut (63,0 % bzw. 61,7 %). In den drei mittleren Klassen steigen die entsprechenden Anteile mit zunehmendem Einkommen von 53,2 % über 56,8 % auf 58,5 % an.
- Die Wahrscheinlichkeit einer hervorragenden oder sehr guten Beurteilung des Gesundheitssystems ist unter Personen mit höherer Ausbildung um den Faktor 1,2 (Frauen) bzw. 1,3 (Männer) höher als unter Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss.
- Gut 68 % aller Frauen mit Herkunft aus EU-Staaten (Beitritt ab 2004) bzw. EFTA-Staaten beschrieben die medizinische Versorgung als hervorragend oder sehr gut, während das unter Österreicherinnen lediglich rund 56 % taten. Unabhängig vom Migrationshintergrund stellten Männer dem Gesundheitssystem deutlich häufiger ein sehr gutes Zeugnis aus als Frauen.

Einschränkungen im Alltag (Personen ab 55 Jahren)

Knapp 16 % der österreichischen Wohnbevölkerung in der Altersgruppe „55+ Jahre“ haben eine oder mehrere **Einschränkungen in der Ausübung basaler alltäglicher Aktivitäten**, bei der Durchführung **instrumenteller (Haushalts-)Tätigkeiten** ist es fast ein Drittel. Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Alter auch die Häufigkeit von Einschränkungen.

Abseits des Alters wurden noch folgende Zusammenhänge festgestellt:

- Höchste abgeschlossene Schulbildung: Einschränkungen im Alltag kommen generell mit zunehmendem Bildungsniveau seltener vor. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Schwierigkeiten in haushaltsorganisatorischen Belangen in einem stärkeren Zusammenhang mit dem Bildungsniveau stehen als Einschränkungen im Bereich der persönlichen Bedürfnisse.
- Migrationshintergrund: Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) bzw. der Türkei müssen im Vergleich zu Österreicherinnen mit einer 5,6-fach so hohen Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten bei basalen und mit

einer 4,6-fach so hohen Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten bei instrumentellen Einschränkungen bewältigen.

- Einkommen: Mit abnehmendem Einkommen steigt das Risiko von Schwierigkeiten bei der Haushaltsorganisation deutlich an. Im Vergleich zu Männern aus sehr guten finanziellen Verhältnissen ist die Wahrscheinlichkeit einer instrumentellen Einschränkung in der niedrigsten Einkommensklasse um mehr als das Fünffache erhöht.
- Urbanisierungsgrad des Wohnortes: In dicht besiedelten Großstädten sind Männer etwas häufiger von Einschränkungen bei basalen Aktivitäten des Alltags betroffen als in ländlichen Regionen; ihr Risiko war im Vergleich um den Faktor 1,4 erhöht.

Der Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf der Personen mit Einschränkungen bei basalen oder instrumentellen Tätigkeiten nimmt (egal ob er abgedeckt werden kann oder nicht) mit steigendem Alter stark zu. Ausgenommen die Schulbildung bei Männern konnte kein Zusammenhang mit den anderen untersuchten erklärenden Variablen festgestellt werden.

Kindergesundheit

Der weit überwiegende Teil aller Eltern (96,8 %) schätzt den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut ein. Die Fallzahlen von Kindern mit gesundheitlichen Problemen sind relativ klein, die einzelnen beobachteten Gruppen unterscheiden sich mitunter auch nur unmaßgeblich. Die Varianzanalyse hat keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Einkommen, Migrationshintergrund bzw. Urbanisierungsgrad und dem subjektiven Gesundheitszustand, der Inanspruchnahme von Impfungen und dem Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder ergeben.

1 Einleitung

„Mehr gesunde Lebensjahre für alle“ – das ist ein erklärtes Vorhaben der Rahmen-Gesundheitsziele Österreichs², die in einem breit angelegten Prozess in Zusammenarbeit mit zahlreichen Stakeholdern im Jahr 2011 entwickelt wurden und einen Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik der kommenden 20 Jahre bilden.

Ziel 2 der Rahmengesundheitsziele legt die gesundheitliche Chancengleichheit fest. Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion, von Geschlecht oder Bildung dieselben Gesundheitschancen bestehen.

Auch soll die Gesundheit der Menschen erhalten und nicht erst auf Krankheiten reagiert werden. Die Rahmen-Gesundheitsziele wollen positiv auf die Erhaltung und Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung einwirken. Sie rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Einkommen, Sozialstatus, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse (Gesundheitsdeterminanten). So kann nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, sondern auch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden.

Der vorliegende Bericht zeigt die gesundheitliche Situation der Wohnbevölkerung Österreichs nach Einkommenssituation, Bildungsstatus, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad auf, um Ausmaß und Struktur von gesundheitlicher Chancenungleichheit zu verdeutlichen.

² [Gesundheitsziele Österreichs](#)

2 Einflussfaktoren

Soziale Rahmenbedingungen haben einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit – soziale Benachteiligung ist häufig mit einem schlechteren Gesundheitszustand korreliert. Umweltrelevante Einflüsse wie Feinstaub oder Lärm können ebenfalls eine wichtige Rolle in der Analyse der Krankheitslast spielen. Daher wurden in der vorliegenden Studie folgende Einflussfaktoren analysiert, um Gesundheitsprobleme und Krankheitsrisiken, die mit nachteiligen Lebensbedingungen zusammenhängen, aufzuzeigen: Einkommen, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad sowie Feinstaubbelastung.

2.1 Einkommen

Das Einkommen hat einen wichtigen Einfluss auf die soziale Integration, die soziokulturelle Teilhabe sowie auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Einzelnen. Zahlreiche Studien zeigen, dass von Armut betroffene Menschen häufiger unter Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden leiden als finanziell besser gestellte Frauen und Männer. Sie fühlen sich subjektiv gesundheitlich schlechter und neigen eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen, was insbesondere in einem höheren Tabakkonsum, aber auch in mangelnder körperlicher Aktivität oder einer ungesunden Ernährungsweise zum Ausdruck kommt.

Um die Einkommenssituation von Haushalten unterschiedlicher Größe und Struktur vergleichen zu können, wird das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Dabei wird das Haushaltsnettoeinkommen mithilfe einer Äquivalenzskala nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtet. Bei dieser Vorgehensweise werden Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehrpersonenhaushalt genauso berücksichtigt wie die Tatsache, dass Personen je nach Alter unterschiedliche (finanzielle) Bedürfnisse haben. Die Personengewichte werden auf Basis einer von der EU entwickelten Skala berechnet: Für die erste erwachsene Person des Haushalts wird ein Gewicht von 1,0 angenommen, für jede weitere Person ab 14 Jahren ein Gewicht von 0,5 und für Kinder von 0 bis 13 Jahren ein Gewicht von 0,3.

Für eine differenzierte Betrachtung von Einkommensungleichheiten wurden folgende fünf Einkommensklassen in Prozent des medianen gesamtgesellschaftlichen Haushaltseinkommens (verfügbares Nettoäquivalenzeinkommen) unterschieden:

- Unter 60 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens (niedriges Haushaltseinkommen)
- 60 % bis unter 80 % (prekäre Wohlstandsgruppe)
- 80 % bis unter 100 %
- 100 % bis unter 150 %
- 150 % und höher

Neben dem Personenkreis mit niedrigem Haushaltseinkommen kommt Personen mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen 60 % bis unter 80 % besondere Aufmerksamkeit zu, da diese Gruppe durch Arbeitslosigkeit oder Verschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs geraten kann. Diese Gruppe wird als prekäre Wohlstandsgruppe bezeichnet.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass in der Gesundheitsbefragung nach dem Netto-Monatseinkommen gefragt wurde und nicht (wie etwa im Rahmen von EU-SILC – Statistics on Income and Living Conditions) nach dem Netto-Jahreseinkommen. Das Konzept des Monatseinkommens führt zu niedrigeren Einkommensangaben als das Konzept des Jahreseinkommens. Der Unterschied entsteht unter anderem durch fehlende Berücksichtigung des 13. und 14. Monatsgehalts, einmaliger Zahlungen sowie auch durch saisonale Beschäftigungsmuster. Beispielsweise kann eine saisonbeschäftigte Person bei einer Monatsbetrachtung als armutsgefährdet eingestuft werden, bei einer Betrachtung nach dem Jahreseinkommen aber nicht. Die Berechnungen zum Äquivalenzeinkommen von EU-SILC und der Gesundheitsbefragung können daher nicht verglichen werden.

Einkommensarmut und Einkommensungleichheit

Übersicht 3 zeigt die Verteilung des durchschnittlichen und medianen Haushaltseinkommens nach Alter und Geschlecht. In der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und mehr) stand rund 15 % der Personen nur ein niedriges Haushaltseinkommen (unter 60 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens) zur Verfügung. Jugendliche und junge Erwachsene sowie die weibliche ältere Bevölkerung waren häufiger betroffen: 21,4 % der 15- bis 29-Jährigen (hier gab es nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede) und 18,0 % der Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren. Zum Vergleich

dazu lebten 15,3 % der 30- bis 44-Jährigen, 12,6 % der 45- bis 59-Jährigen und 11,3 % der 60- bis 74-Jährigen in Haushalten mit niedrigem Einkommen. Generell gehörten Frauen häufiger der untersten Einkommensklasse an als Männer (Frauen: 16,0 %, Männer 14,1 %), besonders Frauen, deren Ehe geschieden oder Partnerschaft aufgelöst worden war (24,0 %). Unter Männern waren insbesondere arbeitslose und dauerhaft arbeitsunfähige Männer von niedrigem Einkommen betroffen (50,8 % bzw. 54,1 %).

Übersicht 3 Verteilung des durchschnittlichen und medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens sowie Anteil der Personen mit niederen Einkommen 2019 nach Alter und Geschlecht

| Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Mittelwert (in €/Monat) | | | | | | |
| Insgesamt | 1.714 | 1.551 | 1.734 | 1.847 | 1.772 | 1.543 |
| Männer | 1.780 | 1.562 | 1.788 | 1.920 | 1.882 | 1.636 |
| Frauen | 1.651 | 1.539 | 1.678 | 1.776 | 1.672 | 1.478 |
| Median (in €/Monat) | | | | | | |
| Insgesamt | 1.600 | 1.500 | 1.600 | 1.667 | 1.600 | 1.400 |
| Männer | 1.650 | 1.500 | 1.667 | 1.733 | 1.667 | 1.500 |
| Frauen | 1.500 | 1.450 | 1.538 | 1.667 | 1.600 | 1.333 |
| Anteil der Personen mit niederen Einkommen (unter 60 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens¹) in Prozent | | | | | | |
| Insgesamt | 15,1 | 21,4 | 15,3 | 12,6 | 11,3 | 15,7 |
| Männer | 14,1 | 21,0 | 14,7 | 11,6 | 10,1 | 12,5 |
| Frauen | 16,0 | 21,7 | 15,9 | 13,6 | 12,4 | 18,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.
 – ¹ Haushaltsnettoeinkommen gewichtet entsprechend Haushaltsgröße und -zusammensetzung. Die Klassifikation des Haushaltsnettoeinkommens erfolgt anhand des gesamtgesellschaftlichen Medianeinkommens (Frauen und Männer gesamt).

2.2 Höchste abgeschlossene Schulbildung

Bildung ist ein zentraler Faktor in der Analyse von sozioökonomischen Einflüssen auf die Gesundheit. Dabei sind verschiedene Gesichtspunkte zu betrachten. Einerseits ist Bildung im Kontext der beruflichen Position auf dem Arbeitsmarkt zu sehen. Bildungsdefizite verschlechtern die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und erhöhen das Risiko einer Langzeitarbeitslosigkeit. Ebenso variieren arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen mit dem Bildungsstatus. Andererseits stellt die Bildung auch außerhalb der Arbeitswelt eine wichtige Ressource für die Gesundheit dar. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme am sozialen, kulturellen und politischen Leben. Zudem werden über die Bildung gesundheitsrelevante Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen vermittelt, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise prägen.

In der Gesundheitsbefragung wurde nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung gefragt. Zu berücksichtigen ist, dass 6,9 % der Personen bei der Frage nach dem Lebensunterhalt angaben, noch in Schulausbildung zu stehen. Für diese Personengruppe wurde jene Schulausbildung herangezogen, die sie bereits abgeschlossen hatte.

Für die Analysen zur Gesundheitsrelevanz der Bildung wurden folgende drei Gruppen unterschieden:

- Pflichtschule: Personen, die höchstens einen Pflichtschulabschluss erworben haben sowie Personen ohne Pflichtschulabschluss
- Lehre, berufsbildende mittlere Schule: Personen mit erfolgreichem Abschluss einer Lehre oder einer Fachschule bzw. Handelsschule ohne Matura
- Höhere Schule, Akademie, Hochschule: Personen, die eine Matura (an einer allgemein bildenden oder berufsbildenden höheren Schule) oder einen postsekundären Abschluss (an einer Akademie, Hochschule, Fachhochschule oder Universität) erworben haben. Ebenso eingeschlossen sind Kollegs und Abiturientenlehrgänge.

Bildungsstand der Bevölkerung

Der Anteil der Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, die zum Zeitpunkt der Befragung über die Pflichtschule hinaus (noch) keine weitere Ausbildung abgeschlossen hatten, umfasst 18,3 %. Nur ein geringer Anteil der Bevölkerung, nämlich 1,0 %, hat das Schulsystem ohne Abschluss verlassen (weiteren 0,2 % fehlte der Pflichtschulabschluss, diese besuchten aber noch eine Schule). Beinahe die Hälfte der Bevölkerung verfügte über

eine mittlere Schul- bzw. Berufsausbildung (34,1 % haben eine Lehre, 13,8 % eine BHS erfolgreich beendet). Für 32,6 % der Bevölkerung ist ein Abschluss einer höheren Schule oder Hochschule die höchste abgeschlossene Schulbildung (AHS, BHS, Kolleg: 16,2 %; Universität, Hochschule oder Fachhochschule: 16,4 %). Während sich der Anteil der Bevölkerung mit abgeschlossener Lehre/BMS gegenüber den Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014 kaum veränderte, sank der Anteil der Personen, die nur die Pflichtschule abgeschlossen hatten, im gleichen Zeitraum um 7,4 Prozentpunkte gegenüber 2006/07 bzw. 2,7 Prozentpunkte gegenüber 2014. Gleichzeitig stieg der Anteil der Personen, die eine höhere Schule, eine Akademie oder eine Hochschule absolviert hatten, um 6,8 Prozentpunkte gegenüber 2006/07 und um 3,3 Prozentpunkte gegenüber 2014.

Dieser allgemeine Anstieg des Bildungsniveaus der in Österreich wohnhaften Bevölkerung zeigt sich auch in der altersdifferenzierten Betrachtung (Übersicht 4). Während in der älteren Bevölkerung (75 Jahre und mehr) 41,0 % nach der Pflichtschule ihre Ausbildung beendet hatten, sind es bei den 30- bis 44-Jährigen nur 10,2 %. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen ist der Anteil der Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss größer als in den höheren Altersgruppen (nämlich 26,8 %), was aber darauf zurückzuführen ist, dass vor allem die 15- bis 19-Jährigen eine weiterführende Ausbildung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht beendet hatten. Zwei Drittel der Personen dieser Altersgruppe gaben an, noch in Schulausbildung zu stehen, bei den 20- bis 24-Jährigen war es etwa ein Drittel. Gleichzeitig gibt es in den höheren Altersgruppen mehr Personen mit mittlerer Schul- bzw. Berufsausbildung: Mehr als die Hälfte der 45- bis 74-Jährigen hat eine Lehre bzw. BMS abgeschlossen, unter den ab 75-Jährigen sind es 46,1 %. Der Anteil der Bevölkerung mit einer höheren Schulausbildung ist bei den 30- bis 44-Jährigen mit 45,8 % am höchsten, reduziert sich jedoch mit zunehmendem Alter und liegt in der Gruppe 75+ bei 12,9 %.

Die Geschlechterunterschiede in der Bildungsbeteiligung sind in den letzten Jahrzehnten nahezu verschwunden. In der Vergangenheit beendeten besonders viele Frauen nach der Pflichtschule ihre Ausbildung (bei den Frauen ab 75 Jahren sind es 51,8 %, bei den gleichaltrigen Männern nur 25,5 %). In der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen liegen die Anteile bei 11,2 % (Frauen) bzw. 9,2 % (Männer). Eine mittlere Schulausbildung wird häufiger von Männern abgeschlossen (bei den 30- bis 44-Jährigen: 48,8 % der Männer und 39,8 % der Frauen), wobei traditionell Männer häufiger eine Lehre und Frauen häufiger eine Fachschule absolvieren. Bei der höheren Schulbildung holten die Frauen gegenüber den Männern stark auf bzw. „überholten“ diese: Von den 30- bis 44-Jährigen haben 49,0 % der Frauen und 42,0 % der Männer eine höhere Schule, Akademie oder Hochschule abgeschlossen.

Übersicht 4 Höchste abgeschlossene Schulbildung 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

| Geschlecht, höchste abgeschlossenen Schulbildung | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Männer und Frauen | | | | | | |
| Pflichtschule | 19,5 | 26,8 | 10,2 | 12,6 | 20,9 | 41,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 47,9 | 31,4 | 44,3 | 57,1 | 58,0 | 46,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 32,6 | 41,8 | 45,4 | 30,3 | 21,1 | 12,9 |
| Männer | | | | | | |
| Pflichtschule | 15,7 | 28,3 | 9,2 | 9,9 | 13,4 | 25,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 53,0 | 35,4 | 48,8 | 62,8 | 62,2 | 57,1 |
| Höhere Schule/Akademie,/Hochschule | 31,3 | 36,3 | 42,0 | 27,3 | 24,4 | 17,4 |
| Frauen | | | | | | |
| Pflichtschule | 23,2 | 25,3 | 11,2 | 15,3 | 27,6 | 51,8 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 43,0 | 27,1 | 39,8 | 51,4 | 54,2 | 38,4 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 33,8 | 47,6 | 49,0 | 33,3 | 18,2 | 9,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die Bildung hat einen bedeutenden Einfluss auf die Lebenslage – dies lässt sich unter anderem am Zusammenhang mit der Einkommenssituation ablesen. Das mittlere Äquivalenzeinkommen (Median) von Personen, die nach der Pflichtschule keine weitere Ausbildung abgeschlossen haben, liegt bei 1.200 Euro. Mit zunehmendem Bildungsniveau steigt das mittlere Äquivalenzeinkommen (Lehre/BMS: 1.600 Euro, Höhere Schule/Akademie/Hochschule: 1.905 Euro). Männer befinden sich in einer besseren Einkommenssituation als Frauen. Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Bildung ist aber bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt (Übersicht 5). In der Gruppe der Personen mit niedrigem Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens) ist der Pflichtschulabschluss für 28 % der Frauen und 31,8 % der Männer die höchste abgeschlossene Schulbildung. Mit höherem Bildungsniveau sinkt das Risiko, unter die Armutsgrenze zu fallen – dies betrifft sowohl Männer als auch Frauen.

Übersicht 5 Höchste abgeschlossene Schulbildung 2019 nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent)

| Geschlecht, höchste abgeschlossene Schulbildung | Einkommensklassen in % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens ¹ | | | | |
|---|--|-----------------|------------------|-------------------|---------|
| | < 60 % | 60 % bis < 80 % | 80 % bis < 100 % | 100 % bis < 150 % | ≥ 150 % |
| Männer und Frauen | | | | | |
| Pflichtschule | 29,5 | 24,8 | 24,2 | 18,7 | 2,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 12,2 | 16,6 | 23,5 | 36,9 | 10,8 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 10,7 | 9,5 | 16,4 | 35,6 | 27,7 |
| Männer | | | | | |
| Pflichtschule | 31,8 | 21,6 | 24,4 | 18,8 | 3,4 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 11,2 | 15,7 | 22,9 | 38,0 | 12,2 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 10,3 | 8,5 | 15,3 | 35,0 | 30,9 |
| Frauen | | | | | |
| Pflichtschule | 28,0 | 26,9 | 24,0 | 18,6 | 2,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 13,3 | 17,6 | 24,2 | 35,6 | 9,2 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 11,1 | 10,4 | 17,4 | 36,2 | 24,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.
 – ¹ Haushaltsnettoeinkommen gewichtet entsprechend Haushaltsgröße und -zusammensetzung. Die Klassifikation des Haushaltsnettoeinkommens erfolgt anhand des gesamtgesellschaftlichen Medianeinkommens (Frauen und Männer gesamt).

2.3 Migrationshintergrund

Je nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland beziehungsweise dem Geburtsland der Eltern gibt es verschiedene Möglichkeiten, Gruppen von Migrantinnen und Migranten zu bestimmen. In dieser Analyse wird die „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ beschrieben. Internationalen Definitionen zufolge umfasst diese Gruppe alle Personen, deren Elternteile beide im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist in engem Zusammenhang mit ihrer sozialen Situation zu sehen. In Bezug auf das verfügbare Haushaltseinkommen ist die ausländische Bevölkerung schlechter gestellt als die inländische. Menschen mit Migrationshintergrund sind öfter in Niedriglohnbranchen tätig; darüber hinaus gehen ausländische Frauen, vor allem aus Drittstaaten, häufiger als Inländerinnen keiner Erwerbsarbeit nach. Dadurch erhöht sich die Armutsgefährdung von Haushalten mit Migrationshintergrund. Zu den materiellen Belastungen kommen häufig psychosoziale Herausforderungen wie schwierige Arbeitsbedingungen, überdurchschnittliche Betroffenheit von Arbeitslosigkeit oder auch ein unsicherer Aufenthaltsstatus hinzu – Faktoren, die allesamt eine gesundheitliche Erschwernis darstellen. Dazu kommt, dass das Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund unterschiedlich ist: So nehmen Menschen mit Migrationshintergrund beispielsweise seltener Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.³

Für die Analysen zum Migrationshintergrund wurden folgende Gruppen unterschieden:

- Österreich
- EU-Staaten vor 2004/EFTA
- EU-Beitrittsstaaten ab 2004
- ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU) bzw. Türkei
- sonstige Staaten

Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Gemäß den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung lebten in Österreich im Jahr 2019 rund 1,6 Mio. Personen ab 15 Jahren mit Migrationshintergrund. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung in Privathaushalten entspricht dies einem Anteil von etwa 22 %.

Übersicht 6 zeigt die Verteilung der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht. 16,1 % der in Österreich lebenden Personen ab 15 Jahren mit Migrationshintergrund stammen aus EU-Staaten vor 2004 bzw. den EFTA-Staaten. Ein weiteres Viertel kommt aus ab 2004 beigetretenen EU-Staaten. 38,2 % stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei⁴, 21,2 % aus anderen Staaten.

³ STATISTIK AUSTRIA, Migration und Integration. Zahlen, Daten, Indikatoren 2020

⁴ Um geringe Zellenbesetzungen zu vermeiden, wurden in der Analyse die Herkunftsländer des ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU und der Türkei gemeinsam dargestellt.

Auf die Personengruppe aus sonstigen Ländern wurde in der Analyse der soziodemographischen und sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit nicht näher eingegangen, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt.

Übersicht 6 Bevölkerung ab 15 Jahren 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in 1.000)

| Migrationshintergrund | Insgesamt | Männer | Frauen |
|---|-----------|---------|---------|
| Bevölkerung insgesamt | 7.417,9 | 3.623,9 | 3.793,9 |
| Bevölkerung ohne Migrationshintergrund | 5.781,1 | 2.823,2 | 2.957,8 |
| Bevölkerung mit Migrationshintergrund | 1.636,8 | 800,7 | 836,1 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 263,9 | 126,3 | 137,6 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 402,1 | 179,1 | 223 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 624,5 | 324,7 | 299,8 |
| Sonstige Staaten | 346,3 | 170,5 | 175,7 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Der Altersaufbau der österreichischen Bevölkerung spiegelt die wichtigsten historischen und demographischen Ereignisse der vergangenen hundert Jahre wider und ist insbesondere durch die beiden Weltkriege, den Babyboom zu Beginn der 1960er-Jahre und den nachhaltigen Geburtenrückgang der vergangenen drei bis vier Jahrzehnte geprägt. Darüber hinaus wirkt sich auch die Zuwanderung auf die Altersstruktur der Bevölkerung aus, denn die Zugewanderten sind eine tendenziell jüngere Bevölkerungsgruppe.

Übersicht 7 zeigt die Altersstruktur der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund. Die Bevölkerung der EU-Staaten vor 2004 bzw. der EFTA-Staaten weist ähnlich der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einen deutlich höheren Anteil älterer Personen auf. Im Gegensatz dazu ist der Anteil von Personen im erwerbsfähigen Alter in der Population der übrigen Herkunftsländer relativ groß. Daher ist ein altersstandardisierter Vergleich der Ergebnisse in Hinblick auf den Migrationshintergrund besonders wichtig, da hier Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen Altersstrukturen verglichen werden.

Übersicht 7 Altersstruktur der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer insgesamt | 21,1 | 24,0 | 27,7 | 18,0 | 9,1 |
| Österreich | 19,6 | 21,2 | 28,9 | 19,8 | 10,5 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 15,8 | 36,2 | 25,8 | 13,8 | 8,4 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 19,6 | 36,8 | 23,3 | 14,4 | 5,8 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 32,7 | 28,8 | 25,2 | 12,5 | 1,0 |
| Sonstige Staaten | 29,1 | 39,0 | 20,4 | 6,5 | 5,0 |
| Frauen insgesamt | 19,2 | 22,5 | 26,7 | 19,0 | 12,5 |
| Österreich | 17,8 | 19,7 | 27,0 | 21,0 | 14,6 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 13,3 | 23,5 | 35,3 | 17,3 | 10,5 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 15,5 | 35,7 | 28,3 | 13,0 | 7,6 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 31,7 | 32,6 | 23,2 | 11,0 | 1,5 |
| Sonstige Staaten | 31,3 | 36,6 | 19,7 | 8,2 | 4,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

2.4 Urbanisierungsgrad

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung Österreichs lebt derzeit in Städten, und es ist ein zunehmender Trend zur Urbanisierung zu verzeichnen. Das Leben in den Städten geht einher mit einer erhöhten Bevölkerungsdichte, mehr Verkehrslärm und einer stärkeren Umweltverschmutzung, aber zugleich mit einem besseren Zugang zu Gesundheitsversorgung und anderen Ressourcen. Viele ländliche Gebiete dagegen sind durch die Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen charakterisiert, sodass ein höheres Durchschnittsalter bei den Bewohnerinnen und Bewohnern festzustellen ist, woraus wiederum eine höhere Prävalenz an Pflegebedarf, chronischen Erkrankungen und Mobilitätseinschränkungen resultiert.

In der vorliegenden Studie wurde zur Abgrenzung von städtischen und ländlichen Gebieten der Urbanisierungsgrad gemäß aktueller Eurostat-Klassifizierung herangezogen. Basierend auf der Bevölkerungsdichte in einem 1-km-Raster werden dabei folgende drei Kategorien unterschieden:

- hohe Bevölkerungsdichte: dicht besiedelte Gebiete (größere Städte, urbane Zentren, städtische Gebiete)
- mittlere Bevölkerungsdichte: Gebiete mittlerer Besiedlungsdichte (kleinere Städte und Vororte)
- niedrige Bevölkerungsdichte: gering besiedelte Gebiete (ländliches Gebiet)

Bevölkerung nach Urbanisierungsgrad

In Österreich lebten 2019 (Ergebnisse der Gesundheitsbefragung; Übersicht 8) rund 4,5 Mio. Menschen ab 15 Jahren (60,8 %) in urbanen Gebieten. Dazu zählen dicht besiedelte Gebiete sowie Gebiete mittlerer Besiedlungsdichte. 2,9 Mio. Männer und Frauen (39,2 %) wohnten in gering besiedelten, also ländlichen Gebieten. Tendenziell ist in dicht besiedelten Gebieten die Bevölkerung jünger als in weniger dicht besiedelten Gebieten.

Übersicht 8 Bevölkerung ab 15 Jahren 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (in 1.000)

| Urbanisierungsgrad | Insgesamt | Männer | Frauen |
|------------------------------|-----------|---------|---------|
| Bevölkerung insgesamt | 7.417,9 | 3.623,9 | 3.793,9 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 2.255,4 | 1.084,2 | 1.171,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 2.254,5 | 1.091,9 | 1.162,7 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 2.907,9 | 1.447,8 | 1.460,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

2.5 Feinstaubbelastung

Als Feinstaub werden Teilchen (Partikel) mit einem Durchmesser von $PM_{2,5}$ μm (Particulate Matter) bezeichnet. Je kleiner die Staubpartikel sind, desto eher können sie in die Lungenbläschen gelangen und desto größer ist die gesundheitliche Beeinträchtigung.

Laut Umweltbundesamt hat eine aktuelle Bewertung der Gesundheitsauswirkungen von Feinstaub durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) klar gezeigt, dass eine erhöhte PM_{2,5}-Belastung in Zusammenhang mit schweren Gesundheitsauswirkungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) steht. Für diese Auswirkungen konnte kein Schwellenwert gefunden werden, das heißt, sie können auch bei Belastungen unter dem Grenzwert auftreten. Dadurch kann es zu einer signifikanten Verminderung der Lebenserwartung kommen.⁵

Die Feinstaubbelastung wird mit einem Indikator für die durchschnittliche Exposition (AEI – Average-Exposure-Indikator) für PM_{2,5} bewertet, ein international verwendeter Indikator, der im städtischen Raum als Mittelwert über drei Jahre berechnet wird. In Österreich wird der AEI in den fünf bevölkerungsreichsten Städten Österreichs (das sind Wien, Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck) gemessen. Es gibt diesbezüglich Grenzwerte aus einer EU-Luftqualitätsrichtlinie (20 µg/m³) und auch ein nationales Ziel, das darüber hinausgeht. Noch treffsicherer ist die Verwendung der mittleren PM_{2,5}-Exposition (in µg/m³), die vom Umweltbundesamt berechnet wird und die gesamte österreichische Bevölkerung (gewichtet) einbezieht. Dadurch werden räumlich punktuelle Daten auf die gesamte Fläche Österreichs hochgerechnet. Diese Berechnung eliminiert nicht evaluierbare Messstellen (Messstellen mit unplausiblen Werten, etwa, wenn sich temporär eine Baustelle in der Nähe befindet) und berücksichtigt anhand eines einfachen topografisch-klimatologischen Modells die Verbreitung von Feinstaub. Sie kann standardisiert in regelmäßigen Abständen wiederholt werden und sichert damit eine über den Zeitverlauf kontinuierliche Beobachtungsreihe. Die mittlere PM_{2,5}-Exposition wird auch als Meta-Indikator beim Gesundheitsziel 4 der Gesundheitsziele Österreichs verwendet.⁶

Für die Analyse der Gesundheitsdaten wurde die mittlere PM_{2,5}-Exposition über die Koordinaten des Wohnortes mit dem Datensatz der Gesundheitsbefragung verknüpft, und es wurden folgende Kategorien gebildet:

- unter 8 µg/m³
- 8 bis unter 10 µg/m³
- 10 bis unter 12 µg/m³
- 12 bis unter 14 µg/m³
- 14 µg/m³ und mehr

⁵ Umweltbundesamt; Luftschadstoffe.

⁶ Gesundheitsziele Österreich. Gesundheitsziel 4.

Exposition der Bevölkerung mit Feinstaub

Laut Umweltbundesamt zeigt die PM_{2,5}-Exposition der österreichischen Bevölkerung zwischen 2005 und 2019 eine signifikante Abnahme von 19,3 auf 12,8 µg/m³.⁷

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zeigen, dass etwa ein Drittel der Bevölkerung ab 15 Jahren einer mittleren PM_{2,5}-Exposition von 14 µg/m³ und mehr ausgesetzt ist (Übersicht 9). Bei etwas mehr als einem Viertel der Bevölkerung liegt die Exposition zwischen 12 bis unter 14 µg/m³, bei der restlichen Bevölkerung unter 12 µg/m³. In Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte ist die Bevölkerung höherer Feinstaubbelastung ausgesetzt als in Regionen mit mittlerer oder niedriger Bevölkerungsdichte.

Übersicht 9 Exposition der Bevölkerung ab 15 Jahren mit Feinstaub 2019 nach Urbanisierungsgrad (in Prozent)

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}) | Insgesamt | Hohe Bevölkerungsdichte | Mittlere Bevölkerungsdichte | Niedrige Bevölkerungsdichte |
|---|-----------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| < 8 µg/m ³ | 7,5 | - | 3,4 | 16,4 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 12,6 | 0,1 | 16,8 | 18,9 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 18,4 | 5,8 | 25,7 | 22,4 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 27,2 | 16,6 | 35,4 | 29,1 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 34,4 | 77,4 | 18,7 | 13,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

⁷ Umweltbundesamt; [Luftschadstoffe](#).

3 Gesundheitszustand

Gesundheit ist nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern kann als ein dynamisch veränderliches Geschehen verstanden werden, das von lebensgeschichtlich unterschiedlichen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst wird. Gesundheit hat eine körperliche, psychische, soziale, ökonomische und eine ökologische Dimension – das betrifft etwa die Fähigkeit, die physischen Anforderungen des Alltags bewältigen zu können, psychische Ausgeglichenheit, zufriedenstellende soziale Beziehungen oder auch der Gesundheit förderliche Umweltbedingungen.

Diese Dimensionen suchte die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 mit der Erhebung eines breiten Spektrums gesundheitsrelevanter Kennzahlen zu berücksichtigen: Die abgedeckten Themen reichten vom subjektiven Gesundheitszustand über chronische Krankheiten, Schmerzen, körperliche Einschränkungen und psychische Gesundheit bis hin zu Fragen der Lebensqualität. Soziale und ökonomische Aspekte wurden über die sozioökonomischen Determinanten „Einkommen“, „Bildung“, „Migrationshintergrund“, „Urbanisierungsgrad“ und „Feinstaubbelastung“ abgebildet.

Die Schwerpunkte des folgenden Berichtsabschnitts liegen bei folgenden ausgewählten Themen:

- subjektiver Gesundheitszustand
- chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme
- Schmerzen
- Mundgesundheit
- gesundheitsbezogene Lebensqualität

3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand liefert einen guten Indikator für das allgemeine Wohlbefinden einer Bevölkerung. Im Unterschied zu klinisch erhobenen Befunden werden mit dieser Frage nicht nur körperliche und psychische, sondern auch

soziale, ökonomische und umweltbezogene Aspekte von Gesundheit implizit miterfasst. Die Selbsteinschätzung des „Gesundheitszustandes im Allgemeinen“ erfolgte auf einer Skala mit fünf Antwortmöglichkeiten (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht).

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Knapp drei Viertel der österreichischen Wohnbevölkerung stufen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Besonders hoch war der Anteil der Personen mit (sehr) guter Gesundheit in der jüngeren Population, mit fortschreitendem Alter sahen sich Frauen und Männer zunehmend mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Abseits des Alters haben aber auch andere, teils stark miteinander in Wechselwirkungen stehende Faktoren einen maßgeblichen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand. Dazu zählen unter anderem das Einkommen, die Bildung und der Migrationshintergrund; diese Faktoren waren als sozioökonomische „Standarddeterminanten“ Teil der Analyse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Darüber hinaus wurde im Jahr 2019 erstmals die Feinstaubbelastung als ein den subjektiven Gesundheitszustand bestimmender Umweltfaktor berücksichtigt.

Ob die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes von den genannten sozioökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird, wurde mit Hilfe einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) analysiert. Dieses Verfahren wurde angewandt, um die Abhängigkeiten zwischen Alter, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad bzw. Feinstaubbelastung bei der Identifikation signifikanter Zusammenhänge zu berücksichtigen. Dabei wurde der Einfluss eines unabhängigen Merkmals (einer sozioökonomischen Determinante) bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses von anderen sozioökonomischen Determinanten untersucht.

Die p-Werte der Varianzanalyse geben darüber Auskunft, ob die genannten sozioökonomischen Determinanten einen statistisch gesicherten (signifikanten) Einfluss auf den Gesundheitszustand von Frauen und Männern haben – sie sind in Übersicht 10 dargestellt. Hier wird ersichtlich, dass die Merkmale „Einkommen“, „Bildung“ und „Feinstaubbelastung“ sowohl für Frauen als auch für Männer einen hochsignifikanten Einfluss auf den Gesundheitszustand haben (auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %, sprich der p-Wert liegt unter 0,001). Dagegen spielt der Migrationshintergrund nur für Frauen eine Rolle (und zwar auf einem Signifikanzniveau von 5 % bzw. mit einem p-Wert unter 0,05). Kein signifikanter Zusammenhang ($p\text{-Wert} \geq 0,05$) zeigt sich für die Variable „Urbanisierungsgrad“. In der textlichen Analyse wird nur auf signifikante Zusammenhänge eingegangen.

Übersicht 10 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand von Frauen und Männern?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,559 | 0,038 |
| Urbanisierungsgrad | 0,948 | 0,999 |
| Feinstaubbelastung | < 0,001 | < 0,001 |

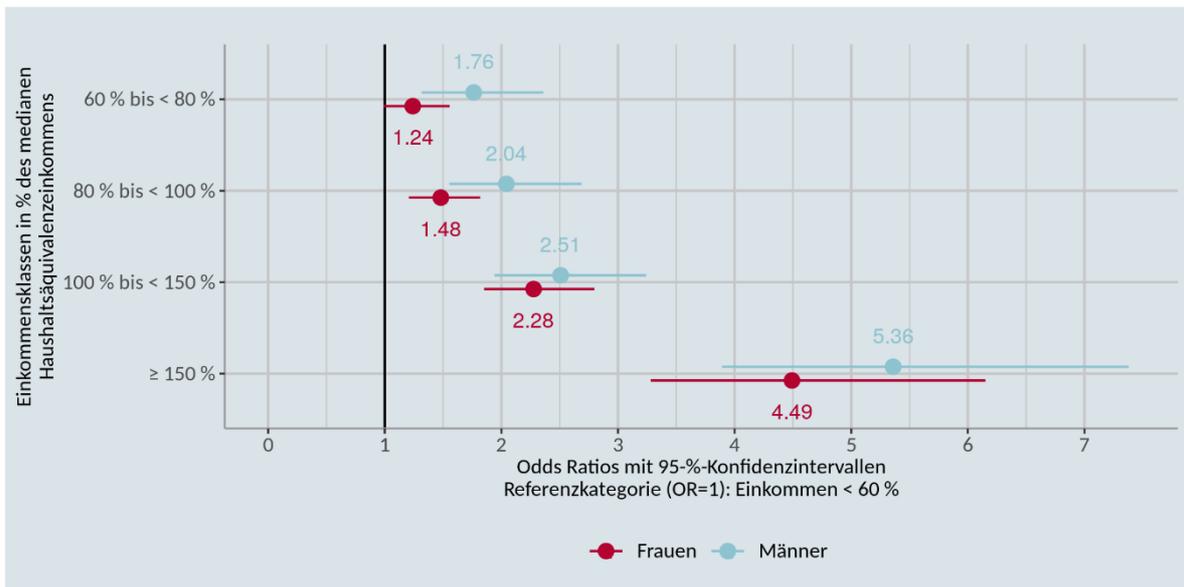
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Einkommen

Ausreichende finanzielle Mittel sind Voraussetzung für den Zugang zu zahlreichen Gesundheits- und Vorsorgeangeboten, die über die Behandlung von Krankheiten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Neben diesem materiellen Aspekt ist das Einkommen für soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe bedeutsam; es spielt damit auch für das psychosoziale Wohlbefinden als wichtige Dimension von Gesundheit eine maßgebliche Rolle.

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands ist, zeigen die in Abbildung 1 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die subjektive Gesundheit, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „< 60 % des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

Abbildung 1 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Am größten ist der Unterschied zu Männern mit dem höchsten Haushaltseinkommen: Im Vergleich zur niedrigsten Einkommensklasse ist hier die Chance auf einen (sehr) guten Gesundheitszustand 5,4-mal so hoch. Unter Frauen lag das analoge Odds Ratio bei 4,5.

Sowohl Frauen als auch Männer stufte ihren Gesundheitszustand umso besser ein, je höher ihr Haushaltseinkommen war. Dass die Odds Ratios von Frauen in allen Einkommensklassen niedriger sind als die der Männer, liegt daran, dass Frauen in der untersten Einkommensklasse ihre Gesundheit deutlich besser beurteilen als Männer. So bezeichneten 14,1 % aller Männer, aber nur 8,6 % aller Frauen in dieser Einkommensklasse ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht.

Auch in der univariaten Betrachtung der subjektiven Gesundheit bestätigt sich dieser Zusammenhang (Übersicht 11 und Übersicht 12): Personen mit einem geringen Einkommen bewerteten ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als (sehr) schlecht und seltener als (sehr) gut als Personen mit mehr finanziellen Möglichkeiten. Während nur 62,8 % aller Personen in der niedrigsten Einkommenskategorie (mit weniger als 60 % des medianen Haushaltseinkommens) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichneten, liegt der analoge Wert in der höchsten Einkommensgruppe (mit mindestens 150 % des Medianeinkommens) um gut 23 Prozentpunkte höher (bei etwa 86 %). Unter

Männern ist diese Differenz größer als unter Frauen (25,3 bzw. 21,9 Prozentpunkte). Umgekehrt bezeichneten 14,1 % der Männer und 8,6 % der Frauen in der untersten Einkommensklasse ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht. Bei einem Einkommen von mehr als 150 % des medianen Haushaltseinkommens waren das nur jeweils 2,4 %.

Übersicht 11 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | (Sehr) guter Gesundheitszustand | Mittelmäßiger Gesundheitszustand | (Sehr) schlechter Gesundheitszustand |
|---|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Männer | 75,0 | 18,5 | 6,6 |
| < 60 % | 60,7 | 25,3 | 14,1 |
| 60 % bis < 80 % | 70,4 | 20,6 | 8,9 |
| 80 % bis < 100 % | 73,9 | 19,5 | 6,5 |
| 100 % bis < 150 % | 77,0 | 17,9 | 5,1 |
| ≥ 150 % | 86,0 | 11,6 | 2,4 |
| Frauen | 74,4 | 19,6 | 6,0 |
| < 60 % | 64,8 | 26,6 | 8,6 |
| 60 % bis < 80 % | 68,4 | 22,0 | 9,6 |
| 80 % bis < 100 % | 71,9 | 22,1 | 6,0 |
| 100 % bis < 150 % | 78,4 | 17,2 | 4,3 |
| ≥ 150 % | 86,7 | 10,9 | 2,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Dieser Zusammenhang zeigt sich in allen Altersgruppen. Bereits in der jüngsten Gruppe der 15- bis 29-Jährigen ist der Anteil der Personen mit (sehr) guter Gesundheit in der obersten Einkommensklasse um rund fünf Prozentpunkte höher als in der niedrigsten Einkommenskategorie (94,2 % versus 89,1 %). Mit zunehmenden Alter geht diese Schere weiter auf: Stufte in der Einkommensklasse „≥ 150 %“ mehr als die Hälfte der über 74-Jährigen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein, waren es in der Einkommensklasse „< 60 %“ lediglich 28,6 %.

Übersicht 12 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Männer | 75,0 | 93,4 | 87,7 | 71,1 | 62,3 | 42,4 |
| < 60 % | 60,7 | 89,7 | 71,7 | 52,7 | 43,0 | 29,8 |
| 60 % bis < 80 % | 70,4 | 95,8 | 84,3 | 66,5 | 50,5 | 35,2 |
| 80 % bis < 100 % | 73,9 | 92,2 | 90,3 | 66,2 | 64,5 | 35,8 |
| 100 % bis < 150 % | 77,0 | 94,0 | 92,0 | 71,1 | 62,0 | 51,1 |
| ≥ 150 % | 86,0 | 94,4 | 91,8 | 87,4 | 83,8 | 57,7 |
| Frauen | 74,4 | 90,3 | 86,5 | 71,5 | 66,2 | 37,5 |
| < 60 % | 64,8 | 88,6 | 78,2 | 55,5 | 54,1 | 28,1 |
| 60 % bis < 80 % | 68,4 | 88,0 | 84,4 | 56,2 | 60,1 | 36,7 |
| 80 % bis < 100 % | 71,9 | 91,3 | 84,6 | 64,8 | 64,4 | 35,4 |
| 100 % bis < 150 % | 78,4 | 90,1 | 89,6 | 79,8 | 70,0 | 42,8 |
| ≥ 150 % | 86,7 | 93,8 | 94,9 | 89,0 | 84,6 | 53,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Bildung

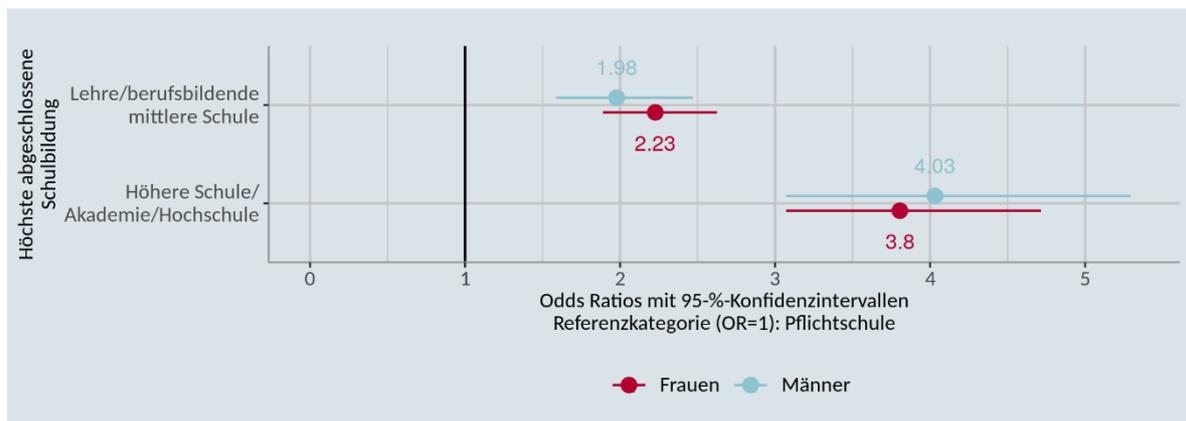
Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hängt nicht nur vom Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Krankheiten ab, es wird in hohem Maße auch von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen beeinflusst. Dabei spielt der Bildungsstand eine bedeutende Rolle.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands ist, zeigen die in Abbildung 2 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die subjektive Gesundheit, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Pflichtschule“ wurde als

Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

So ist die Wahrscheinlichkeit eines (sehr) guten Gesundheitszustands unter Personen mit abgeschlossener Lehre oder berufsbildender mittlerer Schule rund doppelt so hoch wie unter Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss. Bei Frauen und Männern mit höherer Ausbildung (mindestens Matura) macht das analoge Verhältnis sogar das Vierfache aus (Männer: 4,0, Frauen: 3,8).

Abbildung 2 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Auch die univariaten Vergleiche der einzelnen Bildungskategorien in Übersicht 13 und Übersicht 14 zeigen, dass die subjektive Gesundheit mit steigendem Bildungsniveau zunehmend positiv eingeschätzt wird. Umgekehrt steigt auch der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht beurteilen, mit abnehmendem Bildungsniveau. So stuften rund 59 % aller Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss, aber rund 83 % aller Personen mit höherer Schulausbildung ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein. Dagegen gaben nur knapp 4 % der höher Gebildeten eine (sehr) schlechte Gesundheit an, während 13,0 % der Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss unter (sehr) schlechtem Gesundheitszustand litten. Im geschlechtsspezifischen Vergleich der Pflichtschulabsolventen und -absolventinnen sind Männer häufiger von (sehr) schlechter Gesundheit betroffen als Frauen (15,0 % Männer, 11,7 % Frauen).

Übersicht 13 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Bildung und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | (Sehr) guter Gesundheits- zustand | Mittelmäßiger Gesundheits- zustand | (Sehr) schlechter Gesundheits- zustand |
|--|---|--|--|
| Männer | 75,0 | 18,5 | 6,6 |
| Pflichtschule | 58,8 | 26,2 | 15,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 74,3 | 19,5 | 6,3 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 83,8 | 12,9 | 3,3 |
| Frauen | 74,4 | 19,6 | 6,0 |
| Pflichtschule | 58,8 | 29,5 | 11,7 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 75,5 | 19,6 | 4,9 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 82,4 | 13,3 | 4,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzten, war unter gut gebildeten Frauen und Männern deutlich höher als unter gering Qualifizierten. Dieser Sachverhalt gilt für beide Geschlechter und für alle untersuchten Altersgruppen. Am größten ist der bildungsbezogene Unterschied unter den 45- bis 59-Jährigen: In dieser Altersgruppe beurteilte nur die Hälfte der Pflichtschulabsolventinnen und -absolventen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut, während dies unter den Personen mit höherer Schulbildung rund 83 % waren – das entspricht einem Unterschied von etwa 32 Prozentpunkten. Bei Personen unter 30 Jahren ist der bildungsspezifische Unterschied noch nicht so stark ausgeprägt (10,2 Prozentpunkte), da Krankheiten in der jüngeren Bevölkerung noch eine vergleichsweise untergeordnete Rolle spielen. Mit zunehmendem Alter steigt die Differenz, erst in der älteren Bevölkerung (bei Frauen ab 60 und bei Männern ab 75 Jahren) nimmt der Einfluss der Bildung auf das subjektive Gesundheitsempfinden wieder ab. Dies spiegelt auch die (für Frauen und Männer unterschiedlichen) gesellschaftlichen Veränderungen im Bildungsverständnis und -zugang im letzten Jahrhundert wider.

Übersicht 14 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 75,0 | 93,4 | 87,7 | 71,1 | 62,3 | 42,4 |
| Pflichtschule | 58,8 | 85,9 | 67,5 | 53,6 | 41,0 | 31,1 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 74,3 | 93,4 | 87,8 | 68,5 | 61,4 | 42,9 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 83,8 | 95,4 | 92,6 | 83,8 | 75,8 | 56,0 |
| Frauen | 74,4 | 90,3 | 86,5 | 71,5 | 66,2 | 37,5 |
| Pflichtschule | 58,8 | 82,2 | 69,3 | 48,6 | 50,2 | 28,7 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 75,5 | 88,0 | 84,5 | 71,9 | 71,4 | 46,4 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 82,4 | 93,8 | 92,3 | 82,0 | 76,7 | 48,6 |

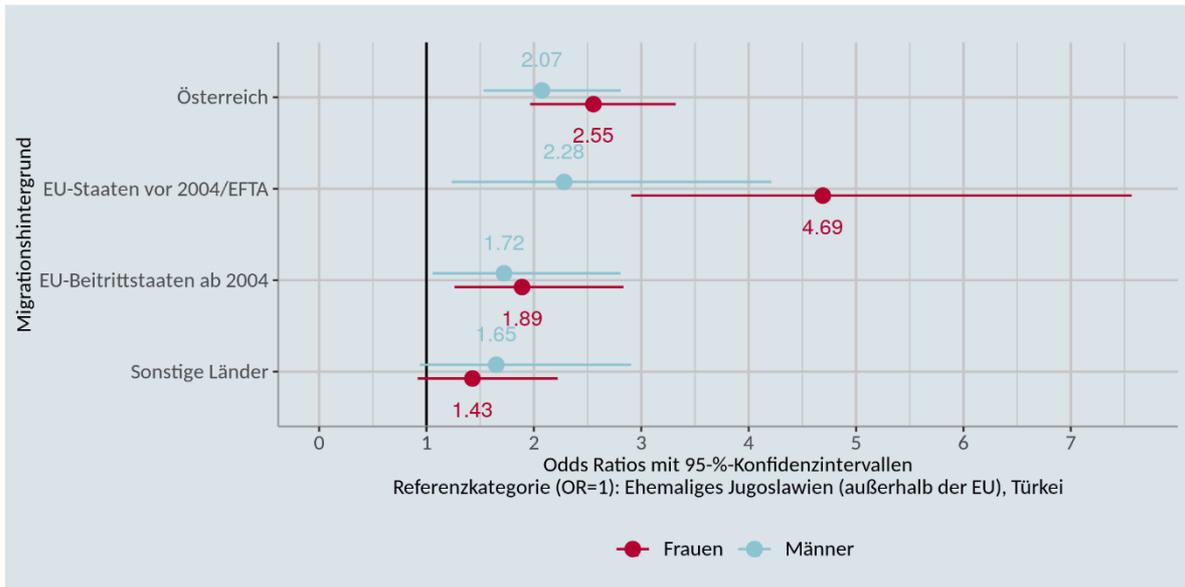
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Migrationshintergrund

Menschen unterschiedlicher Herkunft können sich in Hinblick auf ihre Gesundheit, ihr gesundheitsbezogenes Verhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterscheiden. Die im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 eingesetzte mehrfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) hat ergeben, dass der Migrationshintergrund unter Frauen einen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand hat; die Ergebnisse sind in der nachstehenden Textanalyse im Detail beschrieben. Unter Männern hat sich dieser Effekt nicht bestätigt.

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands ist, zeigen die in Abbildung 3 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die subjektive Gesundheit, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

Abbildung 3 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Am größten ist der Unterschied zu Frauen, deren Eltern in einem vor dem Jahr 2004 der EU beigetretenen Staat, einem EFTA-Staat oder in der Schweiz geboren wurden. In dieser Kohorte ist die Wahrscheinlichkeit eines (sehr) guten Gesundheitszustands 4,7-mal so hoch wie unter Frauen mit Migrationshintergrund „ehemaliges Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder Türkei“. An zweiter Stelle in diesem Ranking folgen Österreicherinnen mit einem Odds Ratio von 2,6.

Dieser Befund bestätigt sich auch in der altersstandardisierten Verteilung der Befragungsergebnisse. Während gut 84 % aller Frauen mit Herkunft aus EU-Staaten (Beitritt vor 2004) oder EFTA-Staaten ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut beschrieben, waren es unter Österreicherinnen 76,0 % und unter Frauen, die aus dem ehemaligen Jugoslawien oder aus der Türkei stammen, knapp 56 %. In der letztgenannten Gruppe ist der altersstandardisierte Anteil der Frauen mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand auch fast sechsmal so groß wie in der erstgenannten Gruppe – er liegt bei 13,7 % (vergleiche Übersicht 15).

Übersicht 15 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | (Sehr) guter Gesundheitszustand | Mittelmäßiger Gesundheitszustand | (Sehr) schlechter Gesundheitszustand |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Männer | 75,0 | 18,5 | 6,6 |
| Österreich | 76,1 | 18,1 | 5,8 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 78,8 | 15,4 | 5,8 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 72,2 | 19,8 | 8,0 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 61,9 | 19,9 | 18,2 |
| Sonstige Länder | 71,5 | 22,4 | 6,0 |
| Frauen | 74,4 | 19,6 | 6,0 |
| Österreich | 76,0 | 18,6 | 5,4 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 84,1 | 13,5 | 2,4 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 72,7 | 21,7 | 5,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 55,9 | 30,4 | 13,7 |
| Sonstige Länder | 66,9 | 23,9 | 9,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Dabei schätzten die jungen Frauen gerade aus dieser Population („ehemaliges Jugoslawien, Türkei“) ihre Gesundheit noch am besten ein: Mehr als 94 % von ihnen beschrieben ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut, das sind um 2,1 Prozentpunkte mehr als in der Gruppe „EU-Staaten vor 2004/EFTA“. Allerdings sinkt dieser Anteil mit fortschreitendem Alter vergleichsweise drastisch; in der Altersgruppe 75+ beurteilten nur mehr 17 % der Frauen mit Herkunft „Ex-Jugoslawien/Türkei“ ihre Gesundheit mit (sehr) gut. In der Gruppe „EU-Staaten vor 2004/EFTA“ waren es noch gut 64 % (Übersicht 16).

Übersicht 16 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 75,0 | 93,4 | 87,7 | 71,1 | 62,3 | 42,4 |
| Österreich | 76,1 | 93,9 | 88,4 | 72,5 | 64,8 | 43,0 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 78,8 | 90,6 | 93,1 | 83,4 | 61,9 | 43,4 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 72,2 | 97,9 | 88,4 | 67,2 | 54,1 | 30,2 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 61,9 | 91,1 | 81,2 | 53,1 | 36,7 | 27,6 |
| Sonstige Länder | 71,5 | 92,9 | 83,6 | 71,1 | 61,2 | 22,5 |
| Frauen | 74,4 | 90,3 | 86,5 | 71,5 | 66,2 | 37,5 |
| Österreich | 76,0 | 90,1 | 89,3 | 74,0 | 67,6 | 38,0 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 84,1 | 92,1 | 93,7 | 81,2 | 78,0 | 64,1 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 72,7 | 88,4 | 80,4 | 72,5 | 76,0 | 18,9 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 55,9 | 94,2 | 73,8 | 42,8 | 30,2 | 17,2 |
| Sonstige Länder | 66,9 | 88,9 | 85,9 | 58,5 | 60,1 | 12,9 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Feinstaubbelastung

Eine hohe Luftverschmutzung geht nicht nur zu Lasten von Umwelt und Klima, sondern hat auch negative Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand. Zwar werden in Österreich die aktuell gültigen Grenzwerte in der Regel eingehalten, ein großer Teil insbesondere der städtischen Bevölkerung ist dennoch hohen Belastungen ausgesetzt. In der Analyse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 wurde erstmals die Feinstaubbelastung als sozioökonomische Gesundheitsdeterminante aufgenommen, um den Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und Gesundheitszustand zu untersuchen.

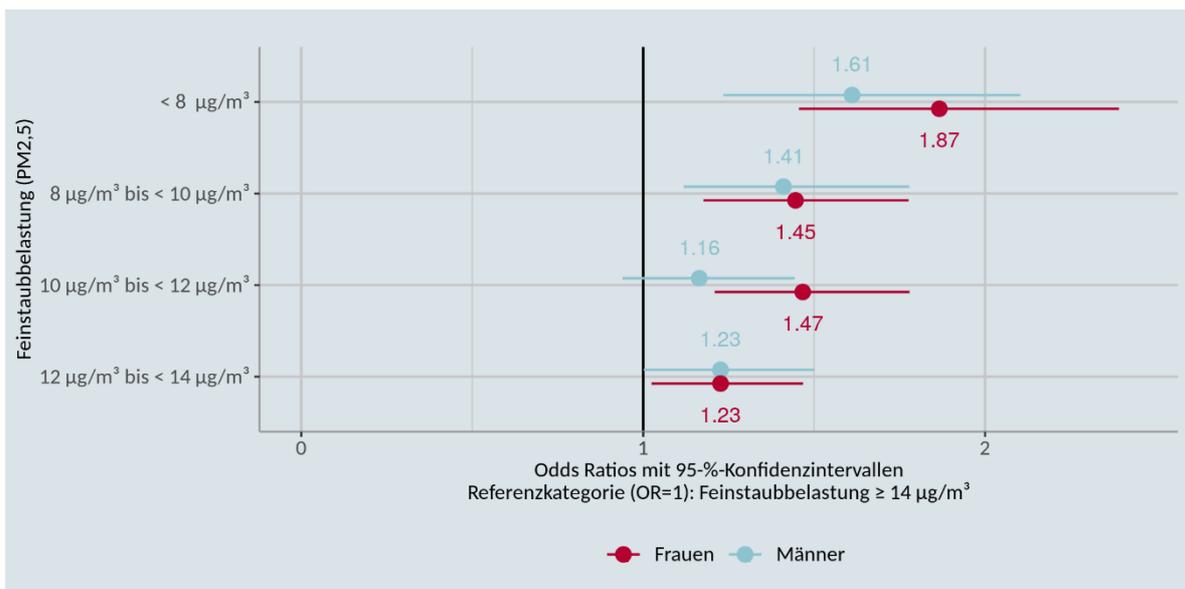
Als Feinstaub werden Teilchen (Partikel) mit einem Durchmesser von unter 10 µm bezeichnet. Besonders schädlich ist Feinstaub der Kategorie PM_{2,5} (particulate matter),

weil er zu einem überwiegenden Teil sehr kleine Partikel mit einer Größe von 2,5 µm enthält und mit der Atmung in die Lunge gelangt. Der Grenzwert für die Belastung durch Feinstaub PM_{2,5} liegt derzeit (europaweit) bei 20 µg/m³ im Jahresmittel.

Die Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Feinstaubbelastung (PM_{2,5}) und dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand.

Wie stark der Effekt der Feinstaubbelastung auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands ist, zeigen die in Abbildung 4 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die subjektive Gesundheit, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die höchste Belastungskategorie (PM_{2,5} ≥ 14 µg/m³) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Feinstaubbelastungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 4 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstuft, ist in Wohngebieten mit sehr guter Luftqualität (mit einer Feinstaubbelastung von weniger als 8 µg/m³) fast doppelt so groß wie in Wohngebieten mit einer hohen Feinstaubbelastung (von mehr als 14 µg/m³). Die Odds Ratios liegen für Frauen bei 1,9 und für Männer bei 1,6.

Frauen fühlen sich in Regionen mit höherer Feinstaubbelastung etwas häufiger gesundheitlich beeinträchtigt als Männer. Das zeigte sich auch in einer univariaten Analyse der subjektiven Gesundheit (Übersicht 17 und Übersicht 18). In der am stärksten durch Feinstaub belasteten Population bezeichneten 70,5 % der Frauen und 72,2 % der Männer ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut (-1,7 Prozentpunkte). In der Gesamtbevölkerung der über 15-Jährigen stuften im Vergleich dazu 74,7 % aller Personen ihren subjektiven Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein.

Die Gruppe der 15- bis 29-Jährigen fühlt sich durch Feinstaub deutlich weniger beeinträchtigt als ältere Personen. Vermehrte Feinstaubbelastung zeigt unter Männern erst ab 45 Jahren und unter Frauen ab 30 Jahren einen Effekt auf das subjektive Gesundheitsempfinden. In der Altersgruppe „45 bis 59 Jahre“ mit sehr geringer Feinstaubbelastung (unter 8 µg/m³) gaben 80,4 % der Männer und 81,8 % der Frauen an, sich gesundheitlich zumindest gut zu fühlen; in der gleichen, jedoch stark feinstaubbelasteten Altersgruppe (≥ 14 µg/m³) sind die entsprechenden Anteile deutlich niedriger (67,5 % bei Männern, 66,7 % bei Frauen).

Übersicht 17 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}), Geschlecht | (Sehr) guter Gesundheitszustand | Mittelmäßiger Gesundheitszustand | (Sehr) schlechter Gesundheitszustand |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Männer | 75,0 | 18,5 | 6,6 |
| < 8 µg/m ³ | 79,8 | 15,6 | 4,6 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 77,5 | 17,4 | 5,0 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 74,9 | 19,0 | 6,2 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 75,8 | 18,2 | 6,0 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 72,2 | 19,4 | 8,4 |

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}), Geschlecht | (Sehr) guter Gesundheitszustand | Mittelmäßiger Gesundheitszustand | (Sehr) schlechter Gesundheitszustand |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Frauen | 74,4 | 19,6 | 6,0 |
| < 8 µg/m ³ | 80,4 | 15,2 | 4,4 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 76,9 | 19,0 | 4,2 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 77,3 | 17,9 | 4,8 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 74,5 | 19,1 | 6,4 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 70,5 | 22,1 | 7,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Übersicht 18 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Feinstaubbelastung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}), Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 75,0 | 93,4 | 87,7 | 71,1 | 62,3 | 42,4 |
| < 8 µg/m ³ | 79,8 | 94,9 | 90,2 | 80,4 | 67,1 | 48,6 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 77,5 | 94,3 | 88,8 | 76,8 | 64,0 | 45,6 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 74,9 | 93,0 | 87,7 | 69,7 | 64,3 | 41,7 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 75,8 | 94,7 | 88,3 | 71,1 | 64,1 | 43,0 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 72,2 | 92,2 | 86,6 | 67,5 | 57,1 | 38,9 |
| Frauen | 74,4 | 90,3 | 86,5 | 71,5 | 66,2 | 37,5 |
| < 8 µg/m ³ | 80,4 | 89,7 | 93,2 | 81,8 | 69,2 | 50,4 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 76,9 | 91,8 | 89,8 | 72,9 | 70,2 | 39,5 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 77,3 | 93,4 | 89,3 | 74,1 | 68,2 | 42,3 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 74,5 | 89,3 | 86,6 | 72,4 | 68,3 | 34,2 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 70,5 | 88,8 | 82,6 | 66,7 | 60,8 | 34,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

3.2 Chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme

Ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der gesundheitlichen Lebensqualität ist das Vorhandensein von dauerhafter Krankheit oder chronischen Gesundheitsproblemen. In Zusammenhang mit diesem Themenkreis wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung (unter anderem) die Prävalenz von 17 häufig vorkommenden chronischen Erkrankungen erhoben. Als chronisch wurden dabei jene Krankheiten definiert, die in den zwölf Monaten vor dem Interview seit mindestens sechs Monaten bestanden hatten oder deren Dauer zum Zeitpunkt der Befragung mit voraussichtlich mindestens sechs Monaten eingeschätzt wurde. Die Antwortkategorien beschränkten sich auf „Ja“ oder „Nein“.

Im folgenden Berichtsabschnitt wurden ausgewählte chronische Erkrankungen im Detail analysiert. Eine Gesamtbetrachtung erfolgte nach dem Kriterium, ob eine Person im letzten Jahr vor der Befragung an zumindest einer der erfassten 19 chronischen Krankheiten gelitten hatte oder nicht.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Über die gesamte österreichische Bevölkerung betrachtet leiden etwa zwei Drittel aller Frauen und Männer unter mindestens einer chronischen Krankheit bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem. Die Prävalenz chronischer Krankheiten ist besonders stark vom Alter abhängig: Unter den über 74-Jährigen sind neun von zehn Personen von (mindestens) einer chronischen Erkrankung betroffen. Darüber hinaus haben auch andere Faktoren wie Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Feinstaubbelastung einen maßgeblichen Einfluss. Ihre Effekte sind allerdings stark vom jeweiligen Krankheitsbild abhängig und variieren auch in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Die Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse sind in den nachstehenden Tabellen angeführt. Abseits des Alters bestimmen unter Frauen Bildung und Feinstaubbelastung und unter Männern der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad das Vorhandensein mindestens einer chronischen Krankheit (Übersicht 19). Welche sozioökonomischen Determinanten im Einzelnen einen statistisch signifikanten Einfluss auf spezifische chronische Erkrankungen von Frauen und Männern haben, ist in Übersicht 20 angeführt.

So hat die Bildung einen hochsignifikanten Einfluss auf das Auftreten von Arthrose oder chronischen Kreuzschmerzen (unabhängig vom Geschlecht). Unter Frauen zeigt sich ein

analoger Zusammenhang beim Bluthochdruck und bei den chronischen Nackenschmerzen, während unter Männern wieder der Migrationshintergrund einen hochsignifikanten Effekt auf das Vorhandensein von Allergien hat – um nur einige Beispiele herauszugreifen.

Übersicht 19 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz mindestens einer chronischer Krankheit?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | 0,649 | 0,221 |
| Bildung | 0,200 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,039 | 0,320 |
| Urbanisierungsgrad | 0,049 | 0,989 |
| Feinstaubbelastung | 0,250 | 0,009 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Übersicht 20 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Bluthochdruck | | |
| Einkommen | 0,043 | 0,026 |
| Bildung | 0,182 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,567 | 0,021 |
| Urbanisierungsgrad | 0,680 | 0,012 |
| Feinstaubbelastung | 0,024 | 0,583 |
| Arthrose | | |
| Einkommen | 0,640 | 0,105 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,525 | 0,610 |
| Urbanisierungsgrad | 0,568 | 0,003 |

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Feinstaubbelastung | 0,714 | 0,486 |
| Chronische Kreuzschmerzen | | |
| Einkommen | < 0,001 | 0,002 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,170 | 0,050 |
| Urbanisierungsgrad | 0,562 | 0,227 |
| Feinstaubbelastung | 0,325 | 0,031 |
| Chronische Nackenschmerzen | | |
| Einkommen | 0,120 | 0,791 |
| Bildung | 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,164 | 0,020 |
| Urbanisierungsgrad | 0,997 | 0,510 |
| Feinstaubbelastung | 0,390 | < 0,001 |
| Diabetes | | |
| Einkommen | 0,315 | < 0,001 |
| Bildung | 0,022 | 0,003 |
| Migrationshintergrund | 0,057 | 0,313 |
| Urbanisierungsgrad | 0,898 | 0,552 |
| Feinstaubbelastung | 0,018 | 0,006 |
| Allergien¹ | | |
| Einkommen | 0,452 | 0,783 |
| Bildung | 0,002 | 0,105 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | 0,081 |
| Urbanisierungsgrad | 0,001 | 0,013 |
| Feinstaubbelastung | 0,093 | 0,478 |
| Harninkontinenz | | |
| Einkommen | 0,308 | 0,707 |
| Bildung | 0,104 | 0,008 |

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Migrationshintergrund | 0,991 | 0,625 |
| Urbanisierungsgrad | 0,836 | 0,060 |
| Feinstaubbelastung | 0,712 | 0,003 |
| Depression | | |
| Einkommen | 0,003 | < 0,001 |
| Bildung | 0,065 | 0,004 |
| Migrationshintergrund | 0,434 | 0,141 |
| Urbanisierungsgrad | 0,050 | 0,125 |
| Feinstaubbelastung | 0,215 | 0,004 |
| Chronische Kopfschmerzen | | |
| Einkommen | 0,187 | 0,193 |
| Bildung | 0,010 | 0,006 |
| Migrationshintergrund | 0,196 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,865 | 0,991 |
| Feinstaubbelastung | 0,292 | 0,190 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Prävalenz mindestens einer Allergie.

In den folgenden Unterkapiteln sind die beobachteten Zusammenhänge zwischen den einzelnen sozioökonomischen Determinanten und der Prävalenz chronischer Krankheiten dargestellt. In den textlichen Beschreibungen wurden dabei nur auf einem Niveau von 5 % signifikante Korrelationen aufgenommen (mit p-Werten unter 0,05 %).

Einkommen

Zwischen der Prävalenz eines (unspezifischen) chronischen Gesundheitsproblems und dem Einkommen zeigte sich in der mehrfaktoriellen Varianzanalyse keine statistisch signifikante Korrelation. Dagegen wurde bei einzelnen (spezifischen) chronischen Beschwerden wie Bluthochdruck, Depression, chronischen Kreuzschmerzen oder Diabetes sehr wohl ein Zusammenhang zwischen Einkommen und dem Vorhandensein von Krankheit sichtbar.

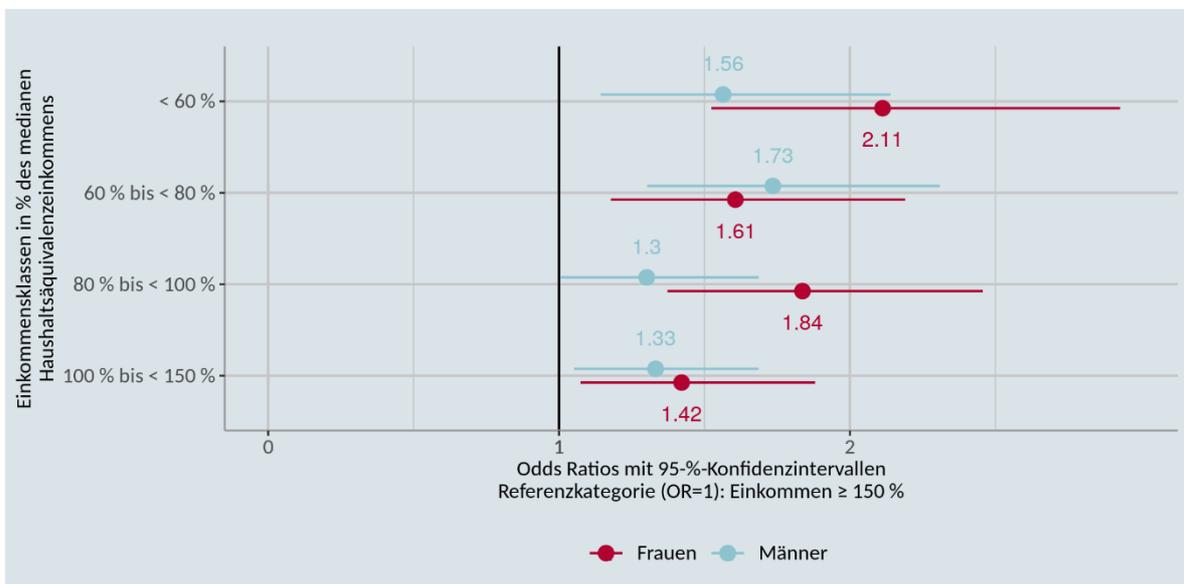
Ausgewählte chronische Krankheiten

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten ist, zeigen die in Abbildung 5 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz chronischer Erkrankungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „ $\geq 150\%$ des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

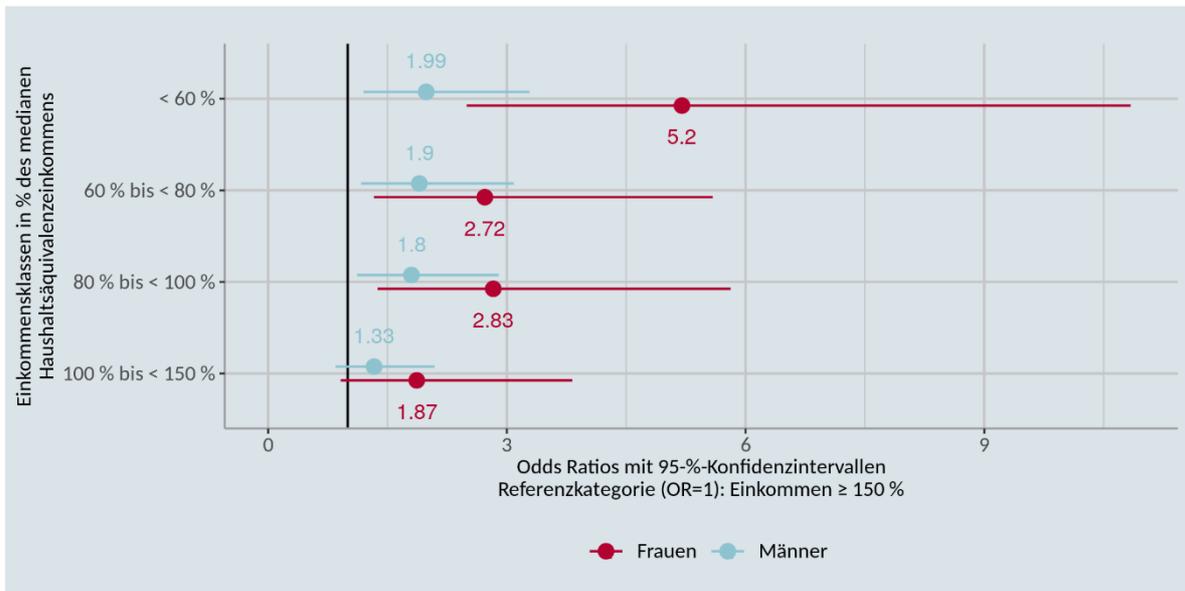
Am größten ist der einkommensabhängige Unterschied zwischen der obersten und der untersten Einkommensklasse bei der Prävalenz von Diabetes unter Frauen: Unter finanziell sehr schlecht gestellten Frauen ist das Diabetesrisiko im Vergleich zur Einkommenskategorie „ $\geq 150\%$ “ um mehr als das Fünffache erhöht. Auch depressive Erkrankungen treten im untersten Einkommenssegment mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit auf (unter Männern um den Faktor 3,4 und unter Frauen um den Faktor 4,2 höher). Mehr als doppelt so groß ist auch das Risiko chronischer Kreuzschmerzen; hier liegt das Odds Ratio für Männer bei 2,5 und für Frauen bei 2,2.

Abbildung 5 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)

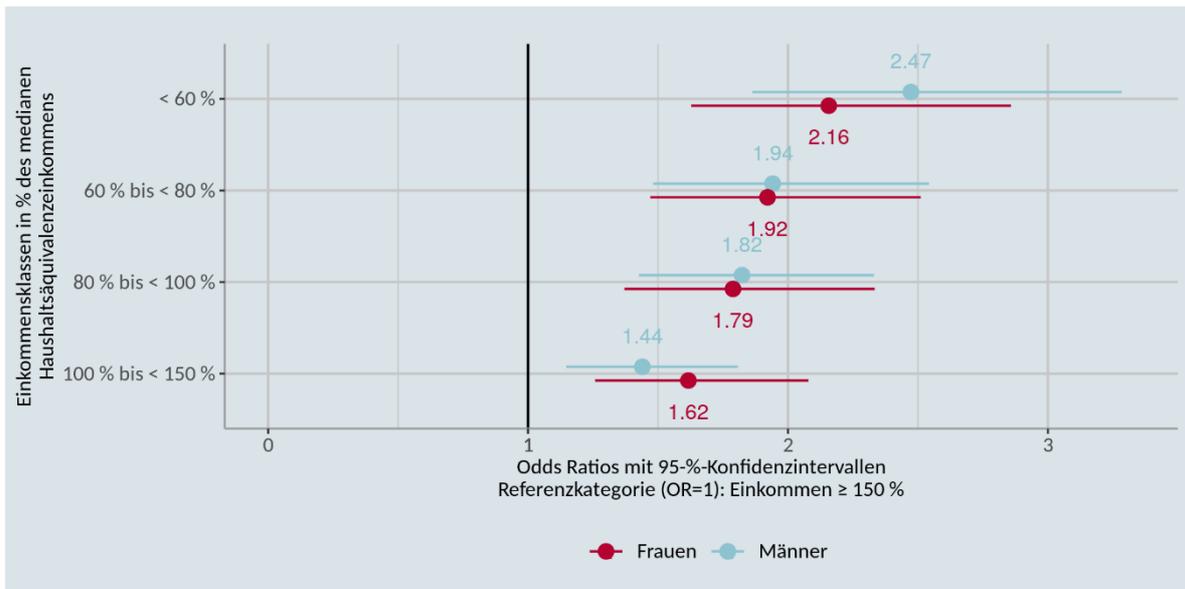
Bluthochdruck



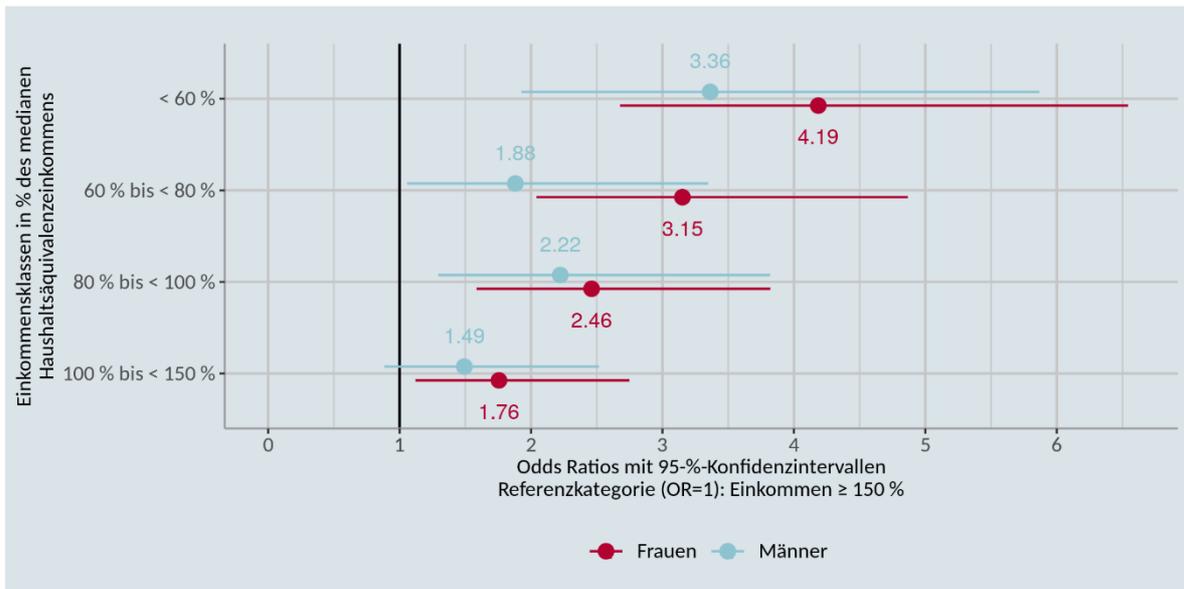
Diabetes



Chronische Kreuzschmerzen



Depression



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Dass die Prävalenz der untersuchten chronischen Krankheiten unter finanziell benachteiligten Personen höher ist als in oberen Einkommenschichten, zeigen auch die altersstandardisierten univariaten Verteilungen für Frauen und Männer in Übersicht 21 und in Übersicht 22. Die größte einkommensbezogene Diskrepanz besteht bei den chronischen Kreuzschmerzen: Beklagten rund 18 % aller Frauen wie auch Männer in der höchsten Einkommensklasse ein Rückenleiden, waren es in der Gruppe mit sehr geringem Haushaltseinkommen (von weniger als 60 % des medianen Haushaltsäquivalenz-Nettoeinkommens) 31,4 % der Frauen und 32,4 % der Männer.

Übersicht 21 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, chronische Erkrankung | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Bluthochdruck | 22,6 | 3,2 | 7,9 | 25,8 | 42,4 | 50,4 |
| < 60 % | 24,7 | 3,1 | 10,0 | 28,7 | 40,2 | 62,9 |
| 60 % bis < 80 % | 26,3 | 5,8 | 10,8 | 27,3 | 50,2 | 55,0 |
| 80 % bis < 100 % | 22,1 | 1,4 | 5,9 | 25,8 | 47,1 | 45,1 |

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, chronische Erkrankung | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| 100 % bis < 150 % | 22,5 | 3,7 | 8,8 | 27,4 | 39,7 | 47,5 |
| ≥ 150 % | 18,7 | 1,4 | 4,8 | 20,7 | 37,8 | 44,1 |
| Depression | 5,6 | 3,1 | 5,7 | 7,3 | 5,3 | 7,4 |
| < 60 % | 9,7 | 3,9 | 14,5 | 13,6 | 8,3 | 4,0 |
| 60 % bis < 80 % | 5,9 | 1,2 | 7,8 | 9,6 | 4,4 | 5,0 |
| 80 % bis < 100 % | 6,7 | 4,3 | 4,5 | 7,9 | 8,0 | 11,0 |
| 100 % bis < 150 % | 4,6 | 3,3 | 3,4 | 6,4 | 4,5 | 5,8 |
| ≥ 150 % | 3,6 | 1,5 | 2,8 | 3,6 | 2,2 | 11,9 |
| Kreuzschmerzen und andere Rückenleiden | 24,6 | 9,7 | 16,0 | 31,2 | 36,3 | 36,9 |
| < 60 % | 32,4 | 12,7 | 25,9 | 40,3 | 42,7 | 48,7 |
| 60 % bis < 80 % | 28,4 | 9,3 | 19,9 | 35,4 | 44,8 | 38,1 |
| 80 % bis < 100 % | 26,6 | 8,6 | 18,3 | 36,6 | 37,5 | 38,0 |
| 100 % bis < 150 % | 22,7 | 9,5 | 12,0 | 29,9 | 35,5 | 32,7 |
| ≥ 150 % | 18,3 | 9,6 | 9,8 | 21,1 | 27,1 | 32,5 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Übersicht 22 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Bluthochdruck | 20,5 | 1,1 | 5,0 | 19,8 | 42,2 | 55,7 |
| < 60 % | 24,5 | 0,8 | 7,8 | 30,1 | 44,6 | 59,5 |
| 60 % bis < 80 % | 20,7 | 1,6 | 2,5 | 20,3 | 44,3 | 57,0 |
| 80 % bis < 100 % | 22,6 | 1,6 | 5,4 | 22,1 | 47,9 | 57,4 |
| 100 % bis < 150 % | 19,5 | 1,2 | 5,7 | 17,7 | 40,1 | 52,3 |
| ≥ 150 % | 14,3 | 0,0 | 2,3 | 13,5 | 28,8 | 44,7 |

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Diabetes | 5,3 | 0,5 | 1,3 | 3,9 | 11,6 | 15,6 |
| < 60 % | 9,8 | 1,3 | 4,0 | 11,9 | 19,0 | 18,0 |
| 60 % bis < 80 % | 5,4 | 0,3 | 0,0 | 4,8 | 11,8 | 17,1 |
| 80 % bis < 100 % | 5,7 | 0,0 | 1,5 | 3,5 | 13,9 | 16,1 |
| 100 % bis < 150 % | 4,1 | 0,0 | 0,7 | 1,7 | 9,3 | 15,5 |
| ≥ 150 % | 2,4 | 0,8 | 1,0 | 2,0 | 3,6 | 7,1 |
| Depression | 9,0 | 4,6 | 5,9 | 12,2 | 10,4 | 14,2 |
| < 60 % | 14,8 | 8,3 | 9,6 | 21,1 | 19,3 | 16,5 |
| 60 % bis < 80 % | 11,5 | 3,8 | 6,6 | 21,2 | 11,7 | 15,5 |
| 80 % bis < 100 % | 9,1 | 3,3 | 5,6 | 12,9 | 10,6 | 16,7 |
| 100 % bis < 150 % | 7,0 | 5,1 | 5,0 | 6,6 | 9,0 | 12,7 |
| ≥ 150 % | 3,5 | 0,0 | 3,6 | 8,2 | 2,5 | 1,5 |
| Kreuzschmerzen und andere Rückenleiden | 26,5 | 9,9 | 19,3 | 31,5 | 35,9 | 46,1 |
| < 60 % | 31,4 | 10,8 | 20,9 | 41,4 | 44,2 | 48,7 |
| 60 % bis < 80 % | 29,0 | 6,2 | 22,2 | 39,3 | 40,4 | 44,8 |
| 80 % bis < 100 % | 27,5 | 10,7 | 19,5 | 33,9 | 33,6 | 52,3 |
| 100 % bis < 150 % | 26,0 | 11,5 | 19,3 | 27,1 | 36,1 | 48,3 |
| ≥ 150 % | 18,0 | 13,1 | 12,9 | 23,5 | 24,1 | 15,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Bildung

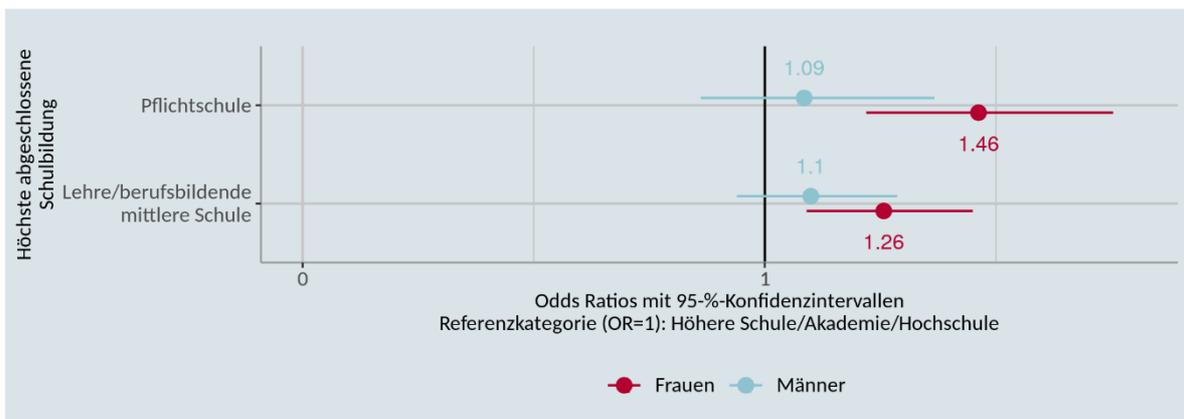
Die Häufigkeit, mit der bestimmte chronische Krankheiten auftreten, wird unter anderem vom Bildungsstand einer Person beeinflusst. Das gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Ob überhaupt (zumindest) eine chronische Krankheit auftritt, ist dagegen zwar bei Frauen, nicht aber bei Männern in Zusammenhang mit der Bildung zu sehen.

Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit

Denn für Frauen zeigt sich in der mehrfaktoriellen Varianzanalyse ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und dem Auftreten (zumindest) eines chronischen Gesundheitsproblems, der sich unter Männern nicht bestätigt.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Prävalenz von (zumindest) einem chronischen Gesundheitsproblem ist, zeigen die in Abbildung 6 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Krankheitsprävalenz, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 6 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

So haben Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss – verglichen mit Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss (mindestens Matura) – ein rund 1,5-faches und Frauen mit mittlerer Bildung (Lehre, berufsbildende Schule) ein rund 1,3-faches Risiko einer chronischen Erkrankung.

Mit zunehmendem Bildungsniveau kommen chronische Krankheiten unter Frauen tendenziell seltener vor. Dies betrifft alle Altersgruppen mit Ausnahme der unter 30-Jährigen; unter ihnen ist der Bildungseffekt auch noch nicht so stark ausgeprägt. Ein markanter Unterschied zeigt sich in der Gruppe der 30- bis 44-jährigen Frauen: Während hier rund jede zweite Frau mit höherer Bildung an einer chronischen Erkrankung leidet, sind es unter den Pflichtschulabsolventinnen mehr als zwei Drittel (52,2 % versus 68,0 %). Im höheren Alter verringert sich diese deutliche Differenz von knapp 16 Prozentpunkten auf 8,5 Prozentpunkte in der Altersgruppe 75+ (Übersicht 23).

Übersicht 23 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 65,7 | 42,0 | 53,9 | 73,2 | 84,1 | 88,3 |
| Pflichtschule | 68,2 | 35,2 | 59,8 | 80,7 | 89,5 | 84,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 66,1 | 42,6 | 52,1 | 75,1 | 85,0 | 88,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 64,1 | 44,4 | 54,5 | 65,5 | 79,7 | 92,5 |
| Frauen | 66,1 | 41,2 | 55,1 | 71,8 | 85,5 | 90,7 |
| Pflichtschule | 72,2 | 45,8 | 68,0 | 76,8 | 88,7 | 92,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 66,4 | 41,1 | 55,4 | 73,3 | 84,8 | 90,8 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 63,1 | 42,0 | 52,2 | 66,9 | 83,0 | 83,5 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Ausgewählte chronische Krankheiten

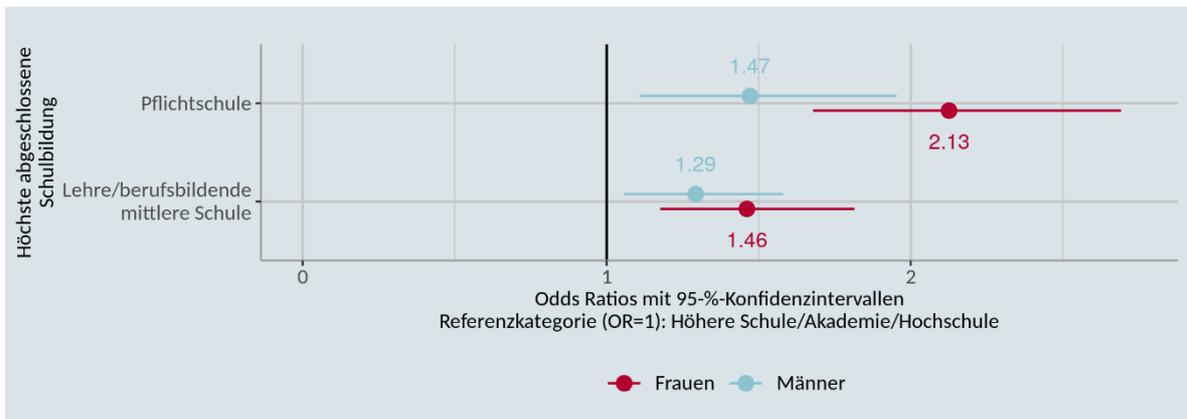
In der Gesamtbetrachtung aller Personen, die im letzten Jahr ein chronisches Gesundheitsproblem bzw. eine chronische Krankheit hatten, zeigt sich unter Frauen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und Krankheitsprävalenz, nicht aber unter Männern. In einer Detailbetrachtung einzelner Diagnosen ergibt sich ein anderes Bild.

So steht die Häufigkeit von Diabetes, Arthrose sowie chronischen Kreuz-, Nacken- und Kopfschmerzen unter Frauen gleichermaßen wie unter Männern in einem statistischen Zusammenhang mit dem Bildungsniveau einer Person. Bei Frauen spielt die Bildung des Weiteren bei Bluthochdruck, Depression und Harninkontinenz eine Rolle. Dabei ist generell zu beobachten, dass die Krankheitsprävalenz mit zunehmendem Bildungsniveau stetig abnimmt. Die einzige Ausnahme bilden die Allergien (wobei hier nur für Männer ein signifikanter Zusammenhang mit der Bildung nachgewiesen werden konnte): Während mehr als ein Viertel der höher gebildeten Männer unter mindestens einer Allergie leidet, sind in der Gruppe der Männer mit mittlerem Bildungsabschluss knapp ein Fünftel und in der Gruppe der Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss nur rund ein Siebentel von mindestens einer Allergie betroffen.

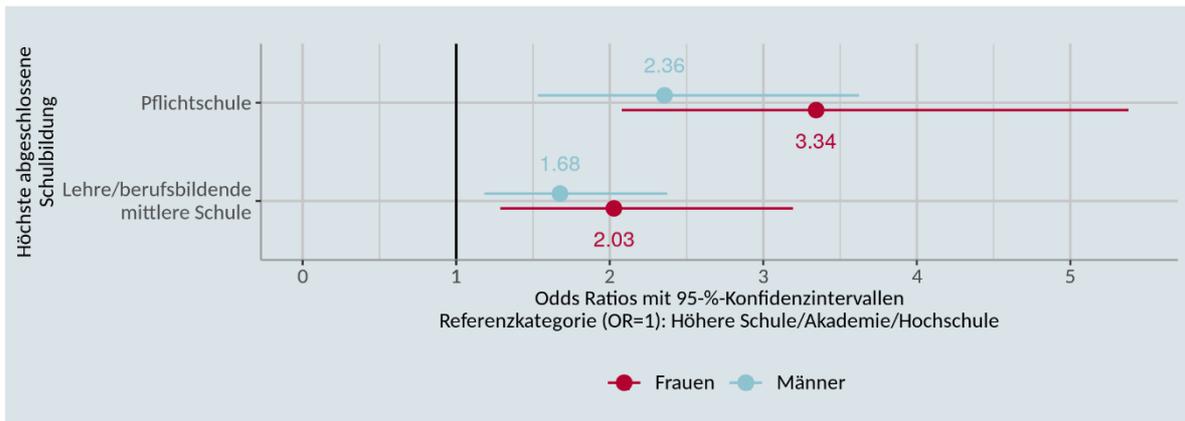
Wie stark der Effekt der Bildung auf die Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten ist, zeigen die in Abbildung 7 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz chronischer Erkrankungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 7 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)

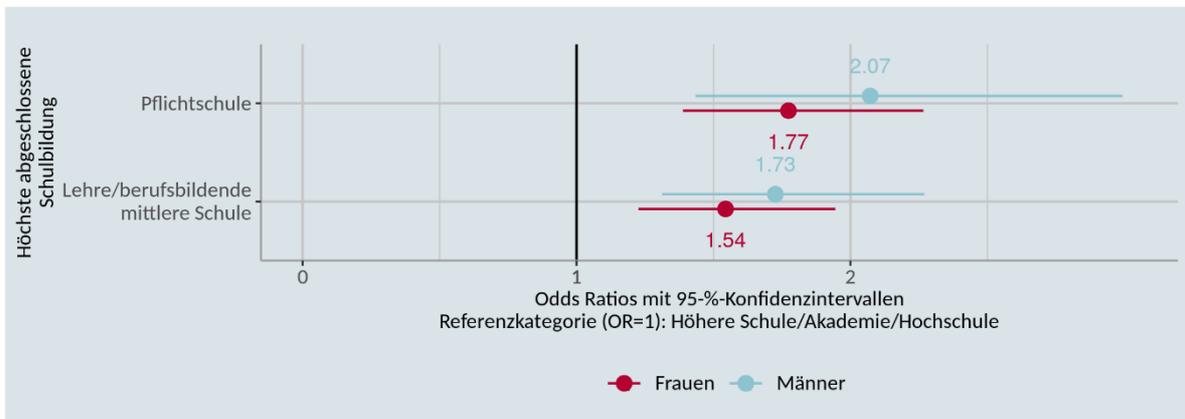
Bluthochdruck



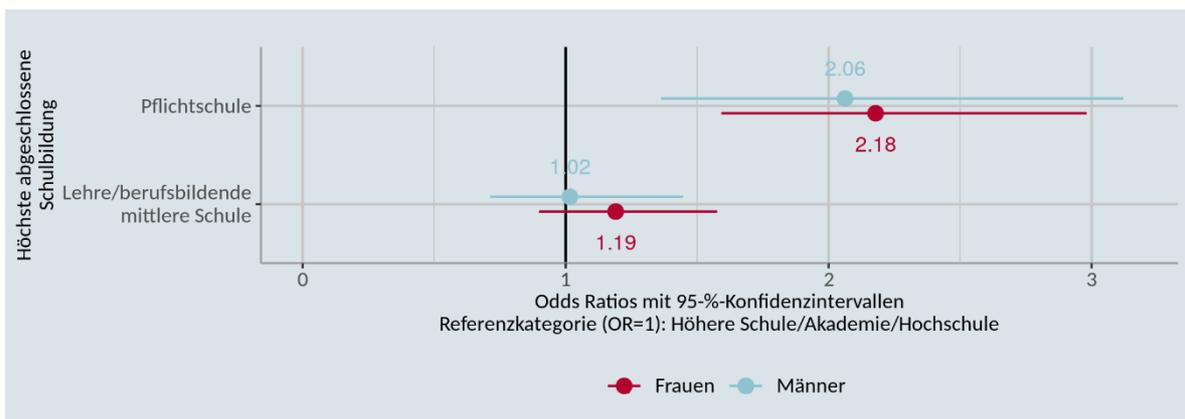
Diabetes



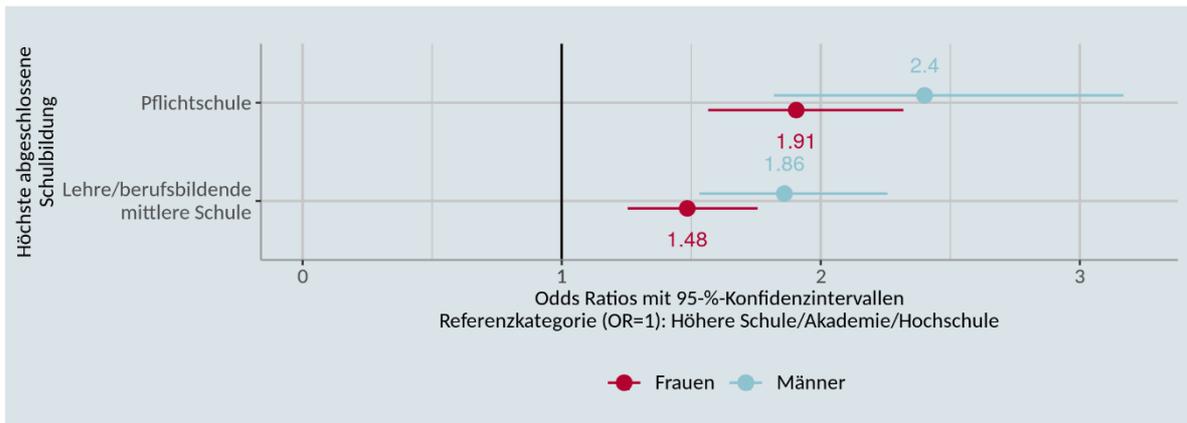
Arthrose



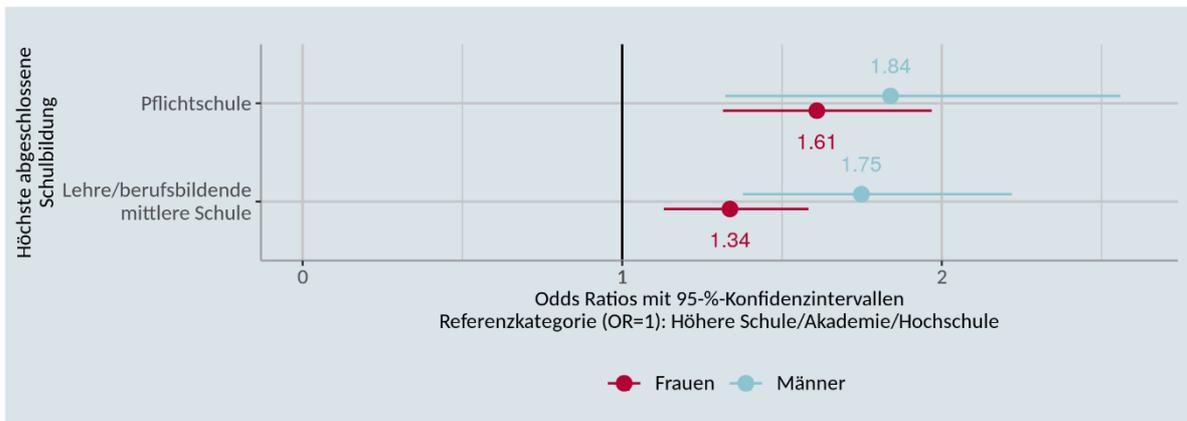
Depression



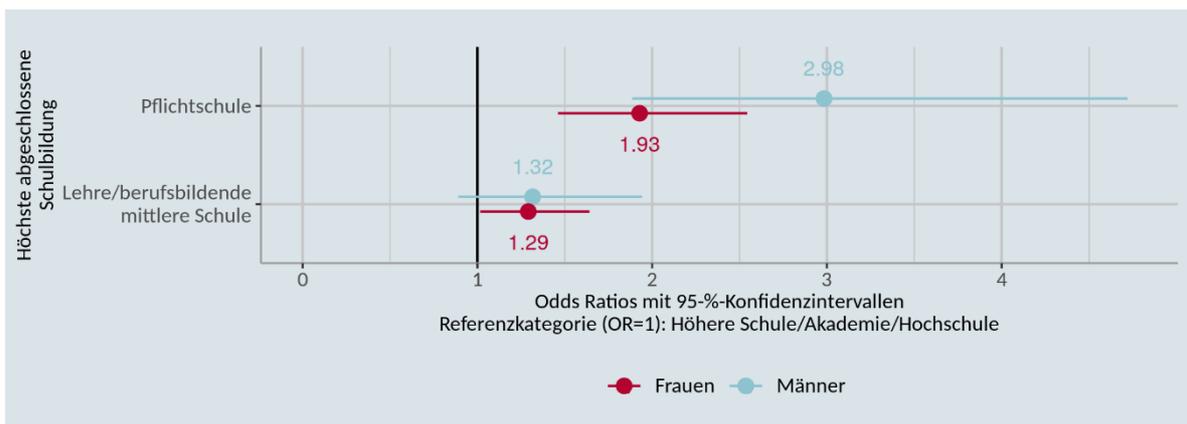
Chronische Kreuzschmerzen



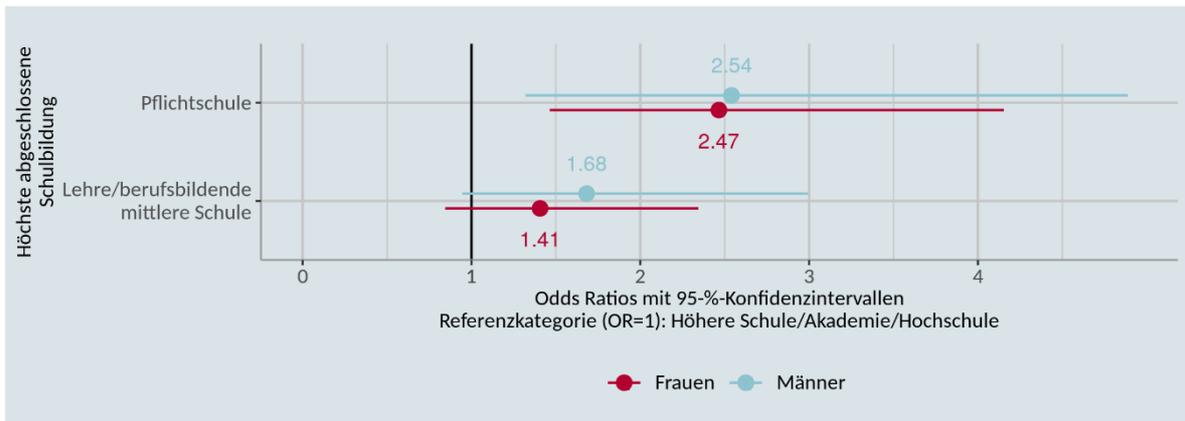
Chronische Nackenschmerzen



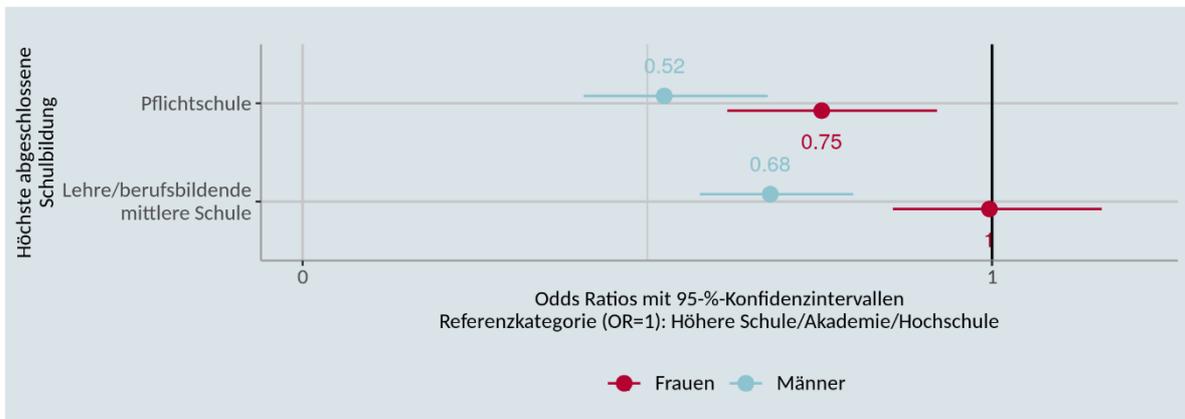
Chronische Kopfschmerzen



Harninkontinenz



Prävalenz mindestens einer Allergie



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die größten Unterschiede zwischen Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss und jenen mit mindestens Matura zeigen sich bei Diabetes, chronischen Kopf- und chronischen Kreuzschmerzen: Für Frauen mit Pflichtschule ist etwa das Risiko, an Diabetes zu erkranken, im Vergleich zu höher gebildeten Frauen um den Faktor 3,3 erhöht; unter Männern liegt das analoge Odds Ratio bei 2,4. Auch ist das Auftreten von Kopfschmerzen unter gering qualifizierten Männern dreimal und unter gering qualifizierten Frauen doppelt so wahrscheinlich wie unter höher Gebildeten. Ähnliches gilt für Arthrose: Hier liegen die Odds Ratios für Männer bei 2,1 und für Frauen bei 1,8.

In der altersstandardisierten Verteilung bestehen bei chronischen Kreuzschmerzen die größten Unterschiede zwischen den einzelnen Bildungskategorien. In der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen leidet fast die Hälfte aller Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss unter Rückenschmerzen. In der hochqualifizierten Gruppe ist es nur knapp ein Fünftel. In der Regel nimmt die Zahl der chronisch Erkrankten mit sinkendem Bildungsniveau und

fortschreitendem Alter zu. Eine Ausnahme bilden die Allergien: Hier nimmt die Prävalenz mit dem Alter ab, zudem erkranken hoch Qualifizierte häufiger an einer Allergie als gering Qualifizierte. So hatten 32,3 % der höher-, 25,4 % der mittel- und 18,3 % der geringqualifizierten Männer der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre eine Allergie (Übersicht 24).

Übersicht 24 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, chronische Erkrankung | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Diabetes | 6,8 | 0,6 | 0,9 | 6,6 | 16,2 | 15,8 |
| Pflichtschule | 10,3 | 1,2 | 0,2 | 12,3 | 27,6 | 15,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 7,1 | 0,6 | 1,3 | 7,1 | 15,5 | 17,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 4,6 | 0,2 | 0,5 | 3,5 | 12,7 | 10,3 |
| Arthrose | 11,1 | 0,1 | 2,8 | 12,5 | 22,0 | 28,2 |
| Pflichtschule | 14,1 | 0,0 | 6,9 | 14,2 | 27,8 | 32,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 11,7 | 0,1 | 3,0 | 15,0 | 22,1 | 27,3 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 8,4 | 0,1 | 1,6 | 5,9 | 18,9 | 26,3 |
| Kreuzschmerzen und andere Rückenleiden | 24,6 | 9,7 | 16,0 | 31,2 | 36,3 | 36,9 |
| Pflichtschule | 34,7 | 13,6 | 27,2 | 46,9 | 44,8 | 46,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 26,6 | 11,3 | 19,4 | 33,5 | 38,3 | 35,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 17,5 | 10,8 | 9,0 | 19,9 | 27,1 | 27,0 |
| Nackenschmerzen | 14,1 | 4,5 | 8,9 | 18,9 | 19,7 | 23,0 |
| Pflichtschule | 16,4 | 4,3 | 10,6 | 23,6 | 20,4 | 28,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 15,4 | 4,4 | 11,0 | 20,9 | 22,2 | 21,8 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 10,3 | 7,0 | 6,0 | 12,3 | 13,3 | 16,6 |
| Kopfschmerzen | 5,6 | 5,0 | 5,8 | 6,0 | 5,0 | 6,6 |
| Pflichtschule | 11,3 | 7,9 | 14,6 | 11,8 | 13,1 | 6,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 5,3 | 6,0 | 4,9 | 5,8 | 3,6 | 6,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 4,6 | 4,8 | 4,3 | 4,1 | 4,1 | 6,8 |
| Allergien | 21,0 | 28,2 | 24,1 | 20,8 | 15,1 | 11,4 |

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, chronische Erkrankung | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Pflichtschule | 14,3 | 18,3 | 14,0 | 15,4 | 13,1 | 7,3 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 19,5 | 25,4 | 21,4 | 19,7 | 14,7 | 12,0 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 25,3 | 32,3 | 29,8 | 25,5 | 17,4 | 15,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Auch in der Altersverteilung der chronischen Krankheiten von Frauen bestätigt sich die steigende Prävalenz mit dem Alter, nur bei den chronischen Kopfschmerzen nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung ab 60 Jahren wieder ab. Die größten bildungs-spezifischen Unterschiede bestehen beim Vorhandensein von Altersdiabetes und Bluthochdruck; so leiden fast sechs Zehntel der gering qualifizierten, jedoch weniger als vier Zehntel der höher gebildeten über 74-Jährigen an Hypertonie. In der Altersgruppe 60+ sind gut 17 % aller Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss zuckerkrank, unter Frauen der Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ sind es vergleichsweise niedrige 2,0 % (75+ Jahre) bzw. 7,0 % (60 bis 74 Jahre). In der jüngeren Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen fallen bildungsbezogene Unterschiede beim Auftreten chronischer Kopfschmerzen auf: In dieser Altersgruppe sind 21,5 % der Frauen mit Pflichtschule und nur 8,7 % der Frauen mit höherer Ausbildung betroffen (vergleiche Übersicht 25).

Übersicht 25 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, chronische Erkrankung | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Bluthochdruck | 20,5 | 1,1 | 5,0 | 19,8 | 42,2 | 55,7 |
| Pflichtschule | 26,1 | 1,9 | 11,1 | 28,4 | 49,9 | 58,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 20,3 | 2,6 | 5,7 | 19,9 | 38,7 | 55,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 16,6 | 0,6 | 3,1 | 15,3 | 40,4 | 37,6 |
| Diabetes | 5,3 | 0,5 | 1,3 | 3,9 | 11,6 | 15,6 |
| Pflichtschule | 8,3 | 0,1 | 5,4 | 6,8 | 17,4 | 17,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 4,9 | 0,1 | 0,9 | 4,1 | 9,8 | 16,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 2,5 | 1,1 | 0,6 | 2,0 | 7,0 | 2,0 |

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, chronische Erkrankung | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Arthrose | 16,7 | 0,5 | 3,9 | 17,5 | 32,2 | 47,6 |
| Pflichtschule | 19,6 | 0,9 | 8,7 | 20,4 | 36,3 | 48,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 17,2 | 0,2 | 4,2 | 18,8 | 32,6 | 48,4 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 13,7 | 0,5 | 2,4 | 13,6 | 25,6 | 43,4 |
| Depression | 9,0 | 4,6 | 5,9 | 12,2 | 10,4 | 14,2 |
| Pflichtschule | 15,4 | 6,9 | 17,1 | 21,2 | 15,8 | 14,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 7,9 | 3,5 | 5,0 | 11,3 | 8,4 | 14,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 7,1 | 4,2 | 4,2 | 9,3 | 7,4 | 13,4 |
| Kreuzschmerzen und andere Rückenleiden | 26,5 | 9,9 | 19,3 | 31,5 | 35,9 | 46,1 |
| Pflichtschule | 34,6 | 18,4 | 29,3 | 39,8 | 43,4 | 49,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 27,4 | 10,5 | 23,2 | 32,9 | 33,2 | 46,3 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 21,2 | 9,3 | 13,6 | 25,5 | 32,9 | 30,1 |
| Nackenschmerzen | 24,0 | 9,1 | 19,0 | 32,5 | 29,4 | 35,5 |
| Pflichtschule | 28,9 | 10,8 | 26,7 | 36,7 | 36,5 | 37,8 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 24,4 | 8,0 | 20,4 | 35,8 | 25,7 | 37,3 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 20,0 | 9,1 | 16,0 | 24,9 | 28,7 | 22,7 |
| Kopfschmerzen | 10,0 | 9,5 | 10,4 | 13,6 | 6,2 | 8,6 |
| Pflichtschule | 15,5 | 15,4 | 21,5 | 16,9 | 9,9 | 8,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 9,7 | 9,0 | 9,4 | 14,2 | 5,3 | 9,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 8,2 | 8,8 | 8,7 | 11,2 | 3,4 | 8,0 |
| Harninkontinenz | 5,2 | 0,5 | 1,0 | 2,6 | 7,3 | 25,8 |
| Pflichtschule | 7,2 | 0,9 | 2,9 | 3,9 | 11,3 | 29,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 4,6 | 0,5 | 0,8 | 2,7 | 6,7 | 22,2 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 3,3 | 0,5 | 0,7 | 1,7 | 1,4 | 22,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

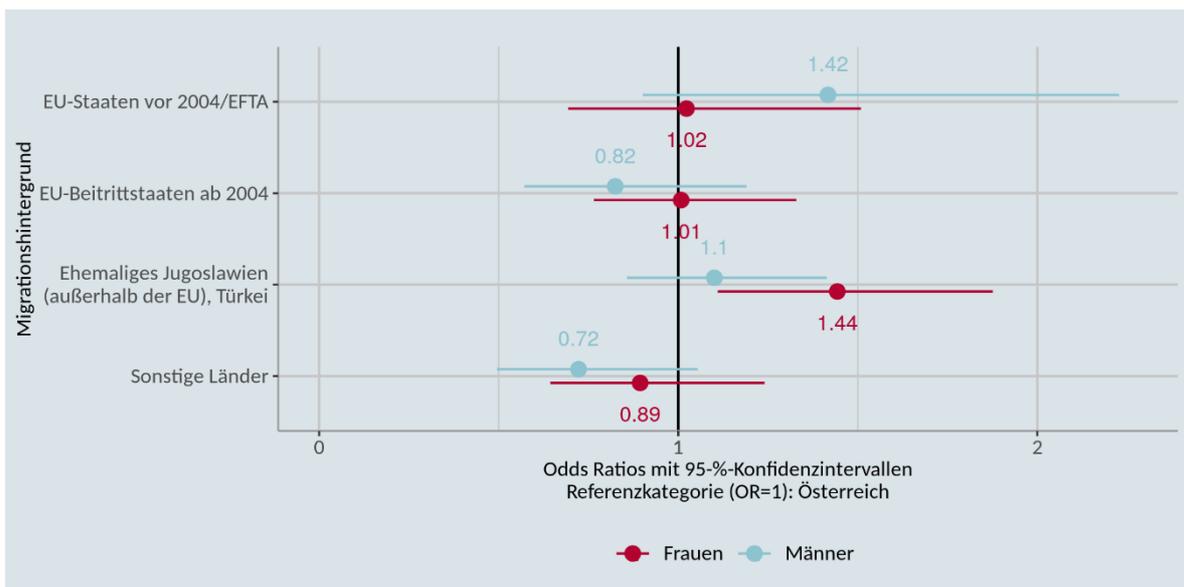
Migrationshintergrund

Besteht unter Frauen zwischen Bildung und dem Vorhandensein von mindestens einer chronischen Krankheit ein Zusammenhang (nicht aber unter Männern), so ist es beim Migrationshintergrund umgekehrt: Der Migrationshintergrund spielt unter Männern in Hinblick auf die Krankheitsprävalenz eine signifikante Rolle, für Frauen dagegen nicht.

Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz von (zumindest) einem chronischen Gesundheitsproblem ist, zeigen die in Abbildung 8 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Krankheitsprävalenz, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Migrationskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 8 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Männer aus EU-15-Staaten haben im Vergleich zu Österreichern ein 1,4-faches Risiko, von zumindest einer chronischen Erkrankung bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem betroffen zu sein.

In der univariaten Analyse ergibt sich folgendes Bild (Übersicht 26): Mit zunehmendem Alter verringert sich die Differenz zwischen den einzelnen Migrationsgruppen, was die Prävalenz von mindestens einer chronischen Erkrankung anbelangt. Der größte Unterschied zeigt sich unter den jüngsten Männern: So tritt bei 53,7 % aller unter 30-Jährigen mit Herkunft aus „EU-Staaten vor 2004/EFTA“ zumindest eine chronische Krankheit auf, während dieser Prozentsatz in der Kategorie „EU-Staaten (Beitritt ab 2004)“ nur bei 34,7% liegt – das entspricht einem Unterschied von 19,0 Prozentpunkten. In der Altersgruppe „75+“ macht diese Differenz dagegen 5,1 Prozentpunkte aus.

Übersicht 26 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 65,7 | 42,0 | 53,9 | 73,2 | 84,1 | 88,3 |
| Österreich | 65,9 | 43,6 | 54,6 | 72,7 | 83,1 | 87,9 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 67,4 | 53,7 | 61,0 | 62,5 | 84,7 | 88,5 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 61,9 | 34,7 | 45,2 | 71,9 | 83,5 | 90,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 69,3 | 39,6 | 51,5 | 82,1 | 94,9 | 91,2 |
| Sonstige Länder | 60,4 | 26,5 | 54,6 | 70,4 | 93,5 | 55,6 |
| Frauen | 66,1 | 41,2 | 55,1 | 71,8 | 85,5 | 90,7 |
| Österreich | 65,5 | 42,2 | 53,5 | 70,1 | 86,0 | 90,2 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 66,3 | 48,8 | 58,4 | 71,9 | 75,1 | 89,1 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 64,2 | 35,6 | 54,5 | 74,3 | 75,7 | 97,9 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 73,8 | 39,6 | 65,6 | 86,5 | 90,1 | . |
| Sonstige Länder | 60,5 | 35,6 | 51,3 | 76,2 | 57,4 | . |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

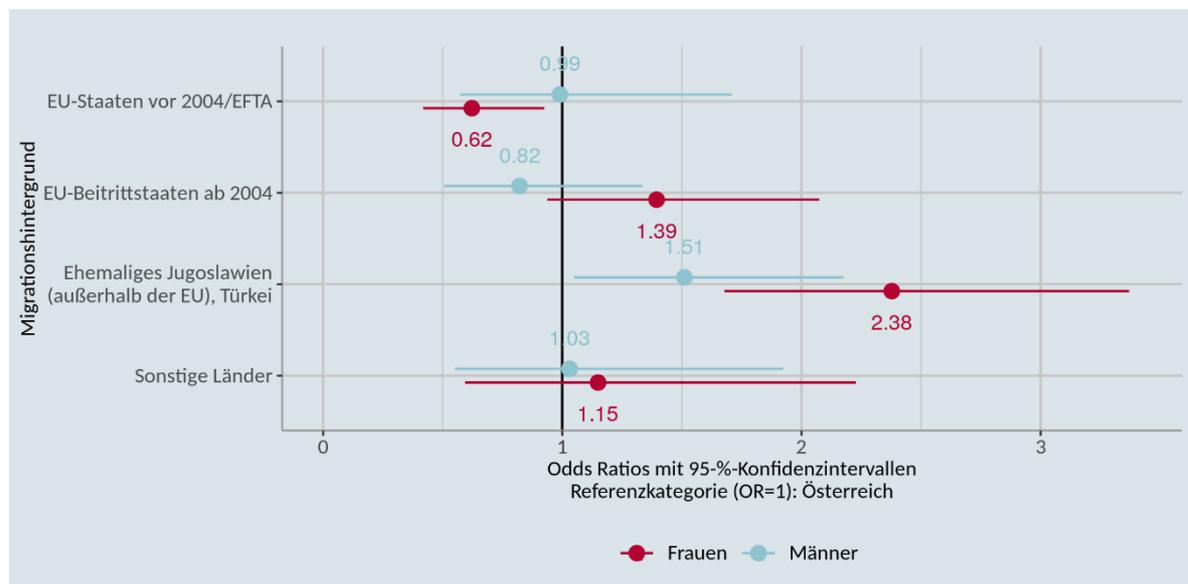
Ausgewählte chronische Krankheiten

Bei Männern korrelieren Migrationshintergrund und Prävalenz von (mindestens einer) chronischen Krankheit(en) signifikant – unter Frauen bestätigte sich dieser Zusammenhang nicht. In der Betrachtung einzelner spezifischer Beschwerden allerdings ergibt sich ein differenzierteres Bild: Bei Männern hängt von allen 17 untersuchten chronischen Krankheiten nur die Allergie mit dem Migrationshintergrund zusammen, während bei Frauen das Auftreten von Bluthochdruck sowie von chronischen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen statistisch signifikant vom Migrationshintergrund beeinflusst wird.

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten ist, zeigen die in Abbildung 9 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz chronischer Erkrankungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Migrationskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 9 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)

Bluthochdruck



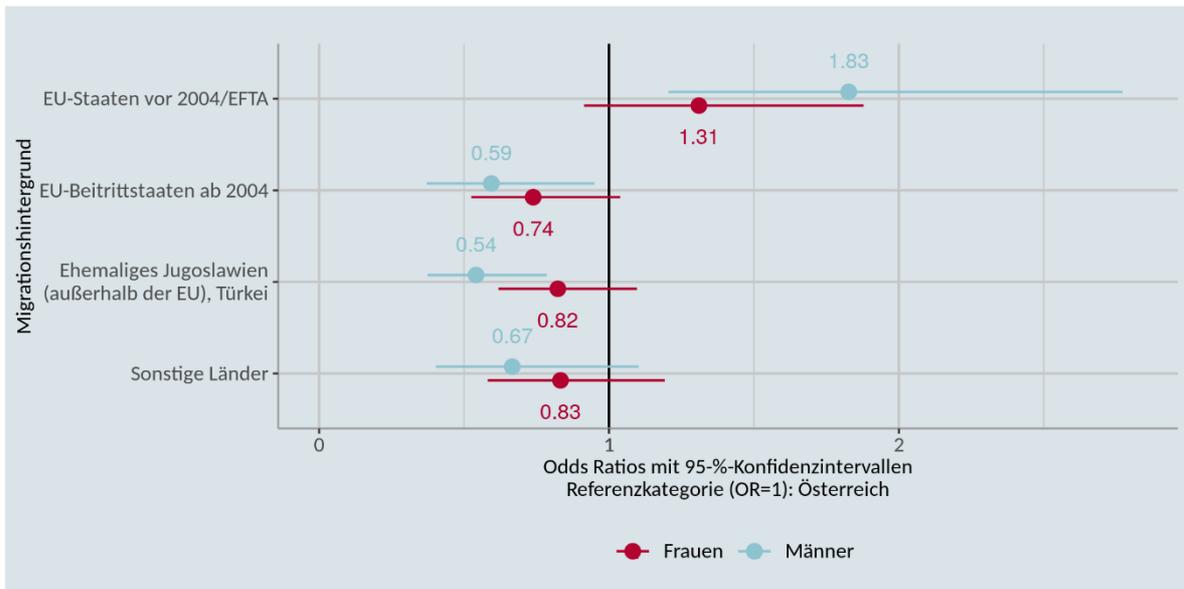
Chronische Nackenschmerzen



Chronische Kopfschmerzen



Prävalenz mindestens einer Allergie



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Bei Frauen zeigen sich die größten Unterschiede zwischen Österreicherinnen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei. Im Vergleich zu Österreicherinnen treten chronische Kopfschmerzen bei aus diesen Ländern stammenden Frauen mit einer 2,7-mal so hohen Wahrscheinlichkeit auf; beim Bluthochdruck macht der entsprechende Faktor 2,4 und bei den chronischen Nackenschmerzen 1,9 aus.

In Hinblick auf das Auftreten von Allergien (bei denen sich nur bei den Männern ein signifikanter Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund zeigt) ist das Prävalenzrisiko in der Gruppe der aus den EU-15-Staaten, dem EWR und der Schweiz stammenden Männern im Vergleich zu Österreichern um das 1,8-Fache erhöht.

Allergische Erkrankungen treten in hochindustrialisierten Ländern häufiger auf als in weniger industrialisierten Ländern – das bestätigen auch die Befragungsergebnisse aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (vergleiche Übersicht 27). Gut 30 % aller Männer aus EU-Ländern (mit Beitrittsjahr vor 2004) oder EFTA-Staaten und gut 22 % aller Österreicher bejahten die Frage nach dem Vorhandensein (mindestens) einer Allergie, in der Gruppe „Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei“ waren es vergleichsweise niedrige 16,1 %. Dabei nimmt die Prävalenz von Allergien in der Bevölkerung zu; so sind etwa 31,4 % der österreichischen Männer unter 30 Jahren von (zumindest) einer Allergie betroffen, während der analoge Anteil unter den Ältesten (75+) 10,8 % beträgt.

Von Bluthochdruck sind deutlich mehr ältere als jüngere Frauen betroffen: Gab nur eine von hundert Frauen unter 30 Jahre Bluthochdruck an, berichtete in der Altersgruppe „75+ Jahre“ deutlich mehr als die Hälfte der Frauen von dieser Erkrankung (55,7 %). Am häufigsten kommt die Diagnose Bluthochdruck in der aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei stammenden Bevölkerung vor: Der Anteil der Frauen Hypertonie liegt hier bei 30,8 %, während er unter Österreicherinnen um 11,2 Prozentpunkte niedriger ist (19,6 %; vergleiche Übersicht 28).

Auch chronische Kopf- und Nackenschmerzen treten unter Frauen aus der Migrationsgruppe „Ehemaliges Jugoslawien/Türkei“ häufiger auf als unter Frauen mit einem anderen (oder keinem) Migrationshintergrund. In dieser Gruppe klagte rund jede fünfte Frau über chronische Kopfschmerzen und fast vier von zehn Frauen gaben chronische Nackenschmerzen an. Die geringste Prävalenz von beiden Beschwerdebildern zeigt sich bei Frauen aus vor 2004 der EU beigetretenen Staaten (Kopfschmerzen: 7,4 %, Nackenschmerzen: 17,2 %).

Übersicht 27 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, chronische Erkrankung | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Allergien¹ | 21,0 | 28,2 | 24,1 | 20,8 | 15,1 | 11,4 |
| Österreich | 22,2 | 31,4 | 26,1 | 21,6 | 14,9 | 10,8 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 30,5 | 33,8 | 44,5 | 29,5 | 16,3 | 20,4 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 16,2 | 27,8 | 8,9 | 15,2 | 11,9 | 19,9 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 16,1 | 17,2 | 16,5 | 9,4 | 11,5 | 37,2 |
| Sonstige Länder | 21,8 | 10,0 | 17,6 | 25,3 | 43,3 | 7,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+. – ¹ Prävalenz mindestens einer Allergie.

Übersicht 28 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, chronische Erkrankung | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Bluthochdruck | 20,5 | 1,1 | 5,0 | 19,8 | 42,2 | 55,7 |
| Österreich | 19,6 | 1,2 | 3,9 | 18,5 | 40,3 | 56,0 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 15,0 | 0,0 | 0,0 | 6,3 | 37,8 | 56,5 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 23,1 | 0,8 | 6,4 | 22,5 | 46,1 | 63,8 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 30,8 | 1,1 | 10,3 | 36,4 | 67,1 | 55,6 |
| Sonstige Länder | 16,2 | 0,8 | 7,6 | 20,7 | 43,5 | 5,0 |
| Nackenschmerzen | 24,0 | 9,1 | 19,0 | 32,5 | 29,4 | 35,5 |
| Österreich | 23,3 | 8,5 | 17,7 | 31,4 | 28,8 | 36,3 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 17,2 | 9,9 | 18,6 | 21,9 | 19,3 | 13,8 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 22,4 | 2,5 | 17,6 | 34,3 | 24,2 | 41,7 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 36,8 | 15,6 | 26,7 | 48,7 | 42,9 | 62,3 |
| Sonstige Länder | 24,9 | 7,2 | 21,8 | 35,2 | 41,1 | 13,2 |
| Kopfschmerzen | 10,0 | 9,5 | 10,4 | 13,6 | 6,2 | 8,6 |
| Österreich | 8,7 | 8,9 | 8,8 | 11,4 | 5,0 | 8,7 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 7,4 | 8,6 | 3,2 | 14,2 | 6,0 | 1,5 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 12,9 | 6,7 | 10,5 | 23,8 | 5,1 | 19,4 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 19,6 | 14,5 | 19,8 | 24,4 | 29,7 | . |
| Sonstige Länder | 10,7 | 8,2 | 12,8 | 20,1 | 2,5 | 4,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Urbanisierungsgrad

Das Risiko, an einem chronischen Leiden zu erkranken, ist in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte am Wohnort unterschiedlich. Dabei zeigen sich sowohl unter Frauen

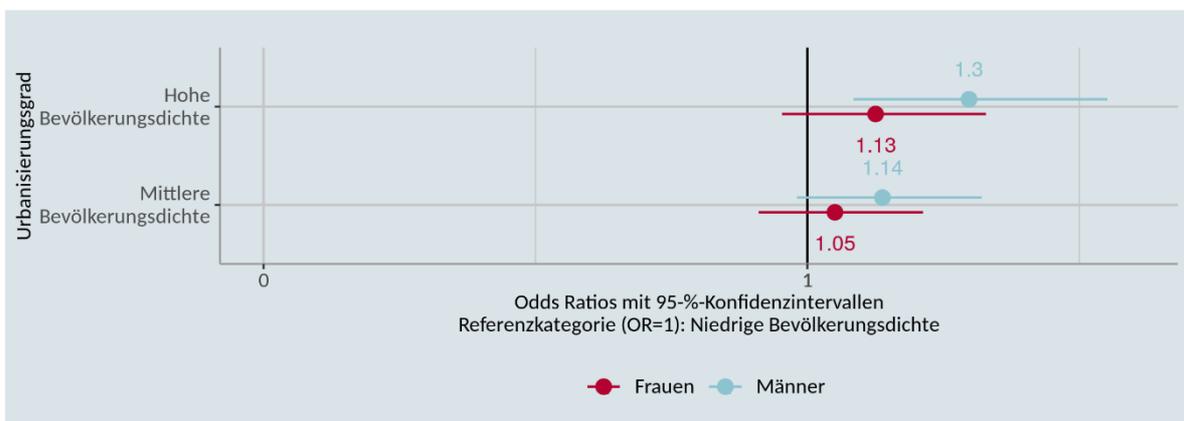
als auch unter Männern für die Gesamtvariable „Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit“ wie auch für einzelne Beschwerdebilder differenzierte Zusammenhänge.

Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Siedlungsdichte und dem Auftreten (zumindest) eines chronischen Gesundheitsproblems besteht unter Männern; unter Frauen ist dieser Zusammenhang nicht signifikant.

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Prävalenz von (zumindest) einem chronischen Gesundheitsproblem ist, zeigen die in Abbildung 10 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Krankheitsprävalenz, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Abbildung 10 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Mit zunehmender Bevölkerungsdichte treten chronische Krankheiten etwas häufiger auf. So haben in dicht besiedelten Städten wohnhafte Männer im Vergleich zu Männern, die in ländlichen Gebieten leben, ein 1,3-faches Risiko einer chronischen Erkrankung.

Über alle Krankheiten und Altersgruppen hinweg betrachtet kommen chronische Beschwerden bei niedrigem Urbanisierungsgrad seltener vor als bei hohem Urbanisierungsgrad. So berichteten knapp 68 % der Personen aus städtischen Ballungsgebieten von einer chronischen Krankheit im letzten Jahr. In Gebieten mit niedriger Bevölkerungsdichte liegt der analoge altersstandardisierte Prozentsatz bei gut 64 %. Am stärksten ausgeprägt ist diese Differenz bei den jungen Männern: In dicht besiedelten Städten sind 46,2 % und in dünn besiedelten Gebieten 36,7 % der unter 30-Jährigen chronisch krank (+9,4 Prozentpunkte, vergleiche Übersicht 29).

Übersicht 29 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 65,7 | 42,0 | 53,9 | 73,2 | 84,1 | 88,3 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 68,2 | 46,2 | 56,3 | 75,4 | 88,7 | 84,6 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 66,0 | 43,4 | 53,4 | 73,8 | 82,0 | 91,3 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 63,4 | 36,7 | 51,8 | 71,2 | 83,1 | 88,2 |
| Frauen | 66,1 | 41,2 | 55,1 | 71,8 | 85,5 | 90,7 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 67,5 | 40,7 | 58,7 | 74,5 | 86,2 | 89,1 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 66,0 | 40,6 | 56,2 | 71,9 | 84,3 | 90,8 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 65,0 | 42,7 | 51,1 | 69,6 | 85,9 | 91,7 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Ausgewählte chronische Krankheiten

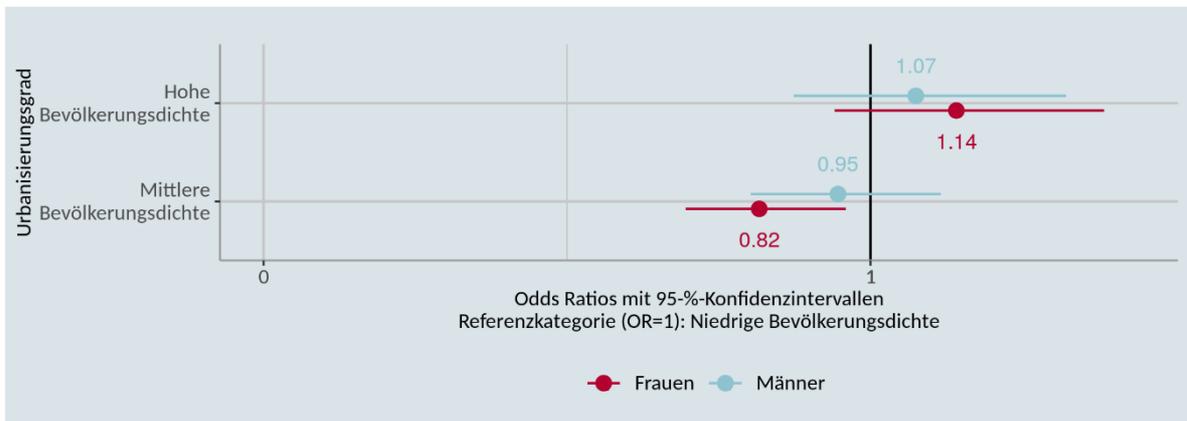
In der Gesamtbetrachtung aller Personen, die im letzten Jahr chronisch krank waren oder ein chronisches Gesundheitsproblem hatten, zeigt sich unter Männern ein signifikanter Zusammenhang zwischen Urbanisierungsgrad und Krankheitsprävalenz, nicht aber unter Frauen. In der Detailanalyse einzelner Diagnosen ergibt sich ein anderes Bild.

Jedenfalls von der Siedlungsdichte am Wohnort statistisch abhängig ist die Häufigkeit von Allergien – das betrifft Frauen und Männer. Bei Frauen spielt der Urbanisierungsgrad darüber hinaus bei Hypertonie und Arthrose eine signifikante Rolle.

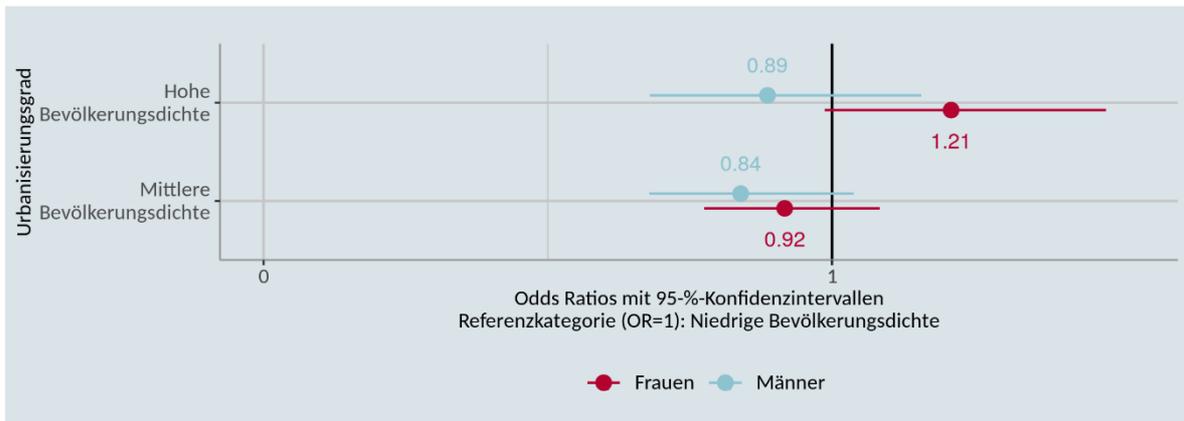
Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten ist, zeigen die in Abbildung 11 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz chronischer Erkrankungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Abbildung 11 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)

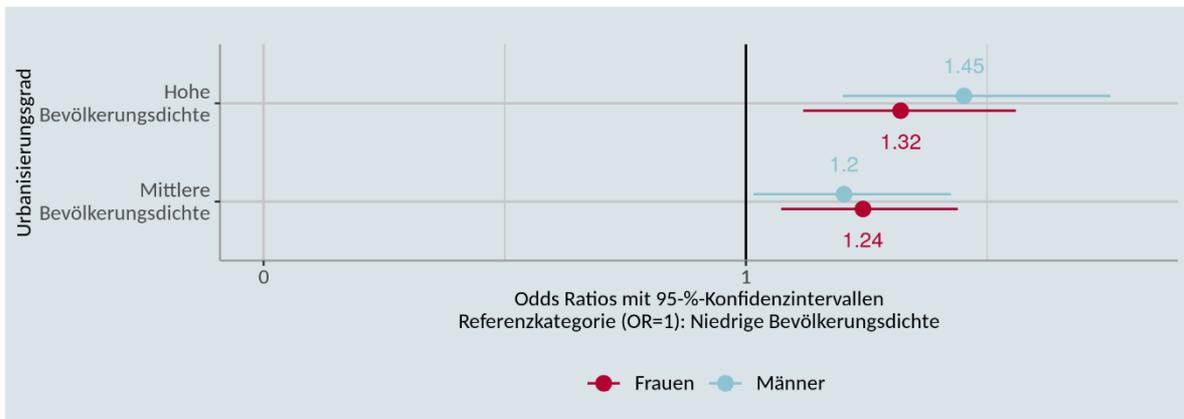
Bluthochdruck



Arthrose



Prävalenz mindestens einer Allergie



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die größten Unterschiede zwischen hohem und niedrigem Urbanisierungsgrad zeigen sich bei Allergien: Für Männer aus städtischen Ballungszentren ist das Risiko einer Allergie im Vergleich zu Männern aus ländlichen Gebieten um den Faktor 1,5 erhöht, für Frauen um den Faktor 1,3.

Auch in der altersstandardisierten Verteilung bestehen bei den Allergien die größten Unterschiede in Hinblick auf den Verstädterungsgrad (Übersicht 30 und Übersicht 31). Am häufigsten von Allergien betroffen sind 60- bis 74-jährige Frauen, die in dicht besiedelten Städten leben – fast jede Dritte von ihnen leidet an einer Allergie. Im Vergleich dazu ist unter Frauen dieses Alters mit ländlichem Wohnort nur jede Fünfte betroffen. Auch unter Männern ist der Zusammenhang zwischen Urbanisierungsgrad und Allergieprävalenz in dieser Altersgruppe am stärksten ausgeprägt. Rund 21 % dieser Männer in dicht besiedelten Gebieten und knapp 13 % der Männer in dünn besiedelten Gebieten leiden an einer Allergie – das entspricht einem Unterschied von 8,6 Prozentpunkten.

Übersicht 30 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Urbanisierungsgrad und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, chronische Erkrankung | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Allergien | 21,0 | 28,2 | 24,1 | 20,8 | 15,1 | 11,4 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 24,3 | 28,4 | 27,9 | 23,5 | 21,4 | 15,7 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 21,2 | 30,2 | 23,8 | 22,3 | 13,1 | 10,0 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 18,4 | 25,8 | 20,6 | 18,2 | 12,9 | 9,9 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Übersicht 31 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Urbanisierungsgrad und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, chronische Erkrankung | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Bluthochdruck | 20,5 | 1,1 | 5,0 | 19,8 | 42,2 | 55,7 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 22,6 | 0,9 | 7,4 | 23,3 | 46,4 | 54,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 18,0 | 0,9 | 2,5 | 16,5 | 36,3 | 56,9 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 20,9 | 1,7 | 4,7 | 19,8 | 43,6 | 55,7 |
| Arthrose | 16,7 | 0,5 | 3,9 | 17,5 | 32,2 | 47,6 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 18,6 | 0,6 | 5,0 | 22,1 | 30,9 | 53,6 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 15,3 | 0,3 | 2,6 | 16,1 | 31,6 | 41,8 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 16,4 | 0,5 | 3,9 | 15,0 | 33,3 | 48,0 |
| Allergien | 24,5 | 23,7 | 27,2 | 27,2 | 24,2 | 14,6 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 27,1 | 23,0 | 28,9 | 28,9 | 31,2 | 19,6 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 25,6 | 24,5 | 28,9 | 30,7 | 24,2 | 11,6 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 21,9 | 24,6 | 24,3 | 22,9 | 19,2 | 13,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Feinstaubbelastung

Feinstaub als Luftschadstoff birgt ein hohes Morbiditätsrisiko. Das gilt im Besonderen für städtische Ballungsgebiete, in denen die Bevölkerung einer höheren Feinstaubbelastung ausgesetzt ist. Die Folge können Lungen- oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein. In die Analyse wurde deshalb die Feinstaubbelastung am Wohnort miteinbezogen, um die Bedeutung der Luftverschmutzung in Hinblick auf die Entstehung bzw. den Verlauf von chronischen Krankheiten zu untersuchen.

Prävalenz von mindestens einer chronischen Krankheit

Wie bei den bislang beschriebenen sozioökonomischen Determinanten zeigt sich auch bei der Feinstaubbelastung ein differenziertes Bild. Grundsätzlich spielt die Feinstaubbelastung als Risikofaktor für das Auftreten chronischer Krankheiten unter Frauen eine größere Rolle; bei Männern besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Feinstaubbelastung und dem generellen Vorhandensein (mindestens) einer chronischen Erkrankung.

Wie stark der Effekt der Feinstaubbelastung auf die Prävalenz von (zumindest) einem chronischen Gesundheitsproblem ist, zeigen die in Abbildung 12 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Krankheitsprävalenz, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die niedrigste Belastungskategorie ($PM_{2.5} < 8 \mu\text{g}/\text{m}^3$) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Feinstaubbelastungskategorien gegenübergestellt.

Frauen, die einer sehr hohen Feinstaubbelastung ausgesetzt sind ($PM_{2.5} \geq 14 \mu\text{g}/\text{m}^3$), sind 1,5-mal so oft chronisch krank als Frauen, deren Feinstaubbelastung sehr gering ist ($< 8 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Abbildung 12 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

In der altersstandardisierten Verteilung (Übersicht 32) zeigt sich über alle Altersgruppen eine tendenzielle Zunahme der Krankheitsprävalenz mit steigender Feinstaubbelastung. Eine Ausnahme bilden Jugendliche und junge Erwachsene (und hier im Besonderen Frauen): Von den 15- bis 29-jährigen Frauen gaben 44,2 % in der untersten Belastungskategorie ($PM_{2,5} < 8 \mu g/m^3$) zumindest eine chronische Krankheit an, in der mittleren Belastungskategorie ($10 \mu g/m^3$ bis $< 12 \mu g/m^3$) waren es 36,0 % und in der höchsten ($PM \geq 14 \mu g/m^3$) 43,9 %. Über alle Altersgruppen und Geschlechter betrachtet steigen die analogen Anteile von 60,8 % auf 65,2 % und weiter auf 68,2 %. Die Differenz zwischen höchster und niedrigster Feinstaubbelastung macht 7,4 Prozentpunkte aus.

Übersicht 32 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Feinstaubbelastung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}), Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 65,7 | 42,0 | 53,9 | 73,2 | 84,1 | 88,3 |
| < 8 µg/m³ | 61,0 | 42,8 | 47,3 | 65,3 | 78,2 | 86,7 |

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}), Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 62,8 | 40,8 | 49,2 | 68,3 | 80,1 | 92,2 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 66,1 | 43,2 | 54,0 | 74,7 | 83,5 | 86,8 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 65,6 | 38,9 | 54,9 | 72,6 | 85,5 | 89,5 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 67,8 | 43,6 | 55,7 | 77,0 | 86,5 | 87,5 |
| Frauen | 66,1 | 41,2 | 55,1 | 71,8 | 85,5 | 90,7 |
| < 8 µg/m ³ | 60,3 | 44,2 | 40,5 | 63,6 | 81,3 | 90,5 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 65,9 | 39,5 | 59,6 | 67,0 | 86,5 | 91,2 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 64,2 | 36,0 | 52,3 | 71,1 | 87,2 | 88,4 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 65,6 | 41,1 | 53,2 | 72,2 | 84,8 | 90,9 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 68,5 | 43,9 | 59,0 | 75,4 | 85,2 | 91,5 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Ausgewählte chronische Krankheiten

Während die Feinstaubbelastung unter Männern keinen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz mindestens einer chronischen Erkrankung hat, zeigt sich in der Detailbetrachtung einzelner Beschwerdebilder ein signifikanter statistischer Effekt bei Bluthochdruck und Diabetes. Frauen dagegen sind bei steigender Feinstaubbelastung signifikant öfter mit Diabetes, Depressionen, Kreuz- und Nackenschmerzen sowie mit Harninkontinenz konfrontiert.

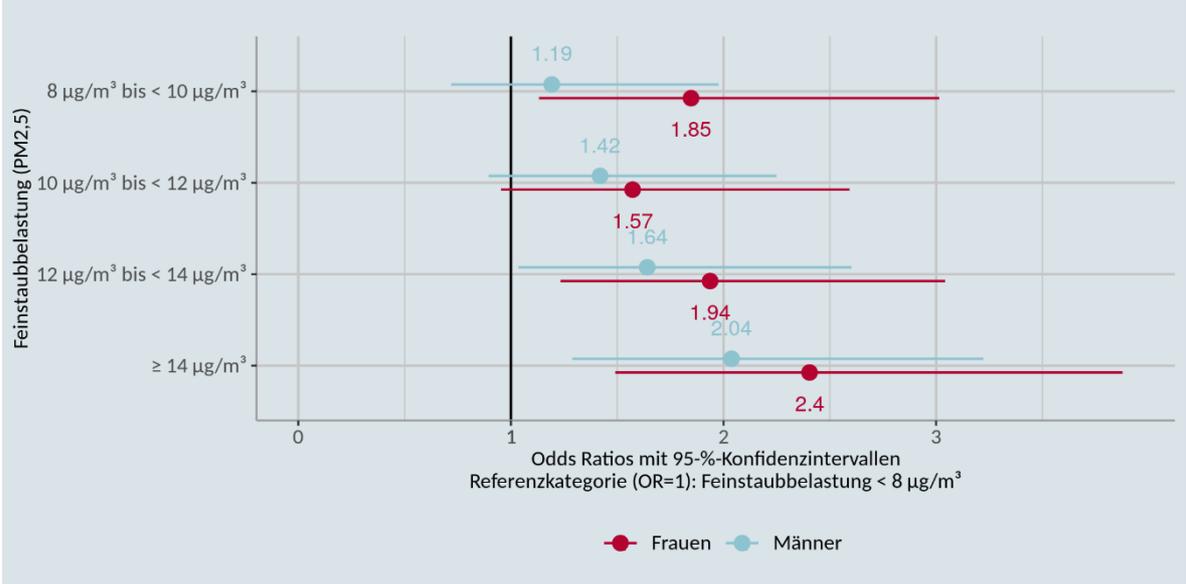
Wie stark der Effekt der Feinstaubbelastung auf die Prävalenz einzelner chronischer Krankheiten ist, zeigen die in Abbildung 13 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz chronischer Erkrankungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die niedrigste Belastungskategorie (PM_{2,5} < 8 µg/m³) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Feinstaubbelastungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 13 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (Odds Ratios)

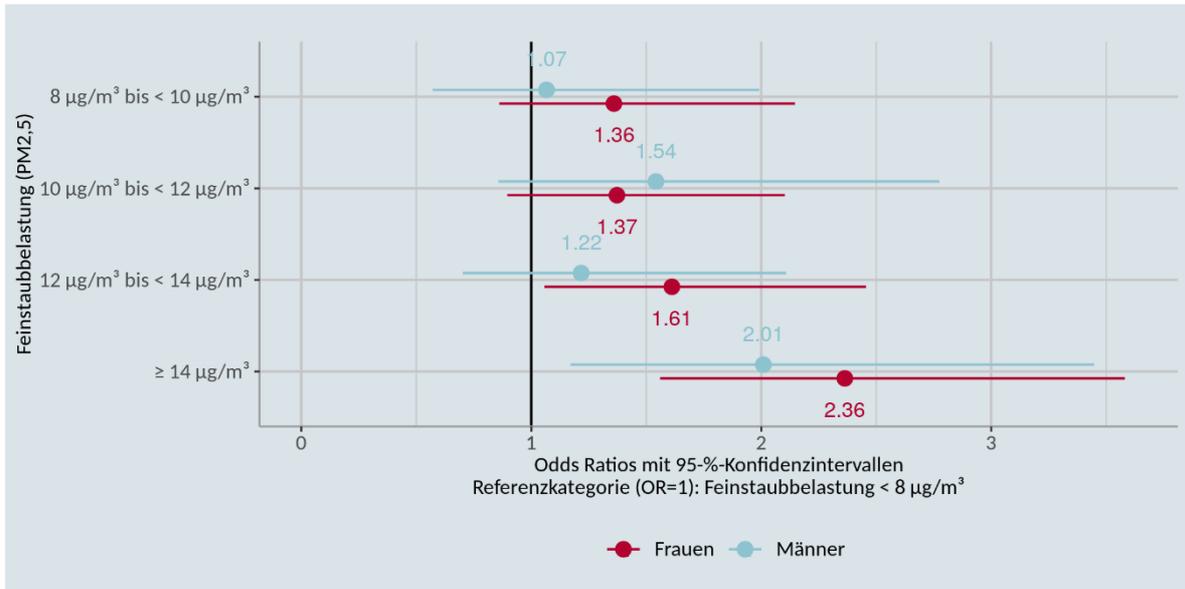
Bluthochdruck



Diabetes



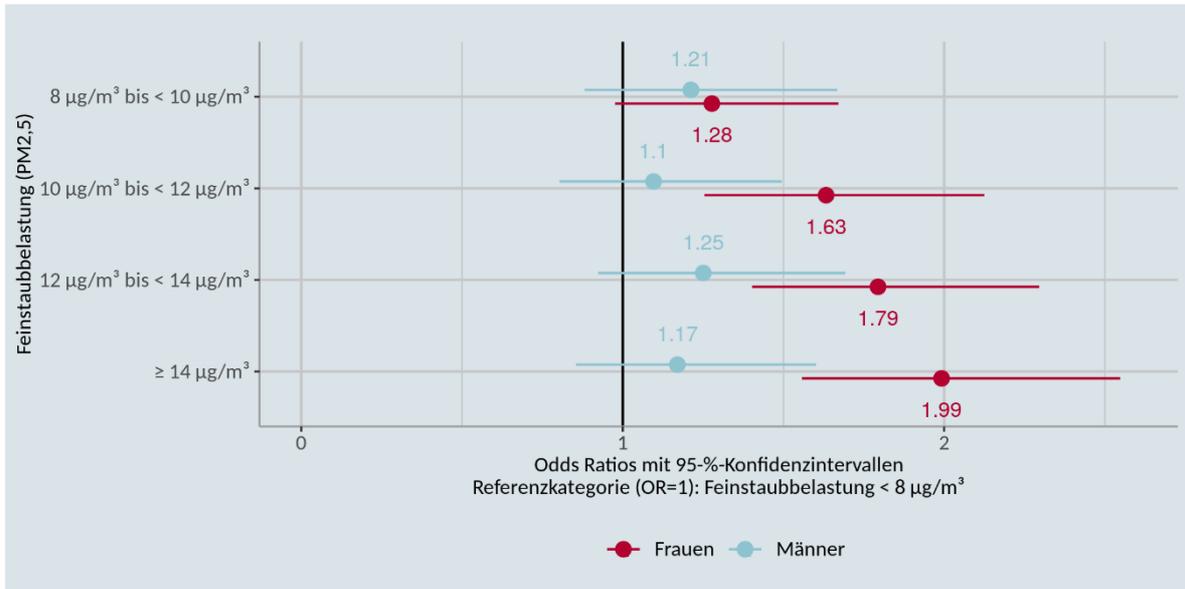
Depression



Chronische Kreuzschmerzen



Chronische Nackenschmerzen



Harninkontinenz



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

In Hinblick auf die einzelnen Diagnosen zeigen sich bei der Prävalenz von Diabetes die größten (negativen) Auswirkungen der Feinstaubbelastung. Im Vergleich zur niedrigsten Belastungskategorie ist das Krankheitsrisiko von Frauen in der höchsten Belastungskategorie um das 2,4-Fache und bei Männern um das 2-Fache erhöht. Bei Frauen geht eine hohe Feinstaubbelastung auch mit dem vermehrten Auftreten von Depressionen (Odds Ratio: 2,4) und chronischen Nackenschmerzen (Odds Ratio: 2,0) einher.

Dieser Sachverhalt bestätigt sich auch im univariaten deskriptiven Analyseansatz. Der stärkste Zusammenhang zwischen Krankheitsprävalenz und Feinstaubbelastung zeigt sich bei chronischen Nackenschmerzen von Frauen. Während mehr als 27 % aller einer starken Feinstaubbelastung ausgesetzten Frauen unter Nackenschmerzen leiden, sind es bei sehr geringer Belastung nur 16,0 %. Weitere Detailergebnisse sind Übersicht 33 und Übersicht 34 zu entnehmen.

Übersicht 33 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Feinstaubbelastung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Feinstaubbelastung (PM_{2,5}), chronische Erkrankung | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Bluthochdruck | 22,6 | 3,2 | 7,9 | 25,8 | 42,4 | 50,4 |
| < 8 µg/m ³ | 18,6 | 2,8 | 4,8 | 19,6 | 36,3 | 45,7 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 20,9 | 1,1 | 4,8 | 26,0 | 38,9 | 51,3 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 22,2 | 1,4 | 6,8 | 24,1 | 48,6 | 45,4 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 23,5 | 4,2 | 9,5 | 28,0 | 40,4 | 51,7 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 24,0 | 3,7 | 9,0 | 26,6 | 44,5 | 54,3 |
| Diabetes | 6,8 | 0,6 | 0,9 | 6,6 | 16,2 | 15,8 |
| < 8 µg/m ³ | 4,6 | 0,6 | 0,7 | 3,0 | 13,4 | 8,2 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 5,3 | 0,7 | 1,0 | 3,4 | 15,5 | 9,8 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 6,3 | 0,3 | 0,1 | 5,1 | 16,4 | 16,2 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 7,0 | 0,8 | 0,8 | 7,2 | 14,6 | 18,4 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 8,4 | 0,6 | 1,5 | 9,2 | 19,4 | 17,7 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Übersicht 34 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Feinstaubbelastung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Feinstaubbelastung (PM_{2,5}), chronische Erkrankung | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Diabetes | 5,3 | 0,5 | 1,3 | 3,9 | 11,6 | 15,6 |
| < 8 µg/m ³ | 2,8 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 4,7 | 13,2 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 5,3 | 0,0 | 1,3 | 3,4 | 13,4 | 13,8 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 4,3 | 0,6 | 0,4 | 2,6 | 9,2 | 15,3 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 5,2 | 0,4 | 1,6 | 4,6 | 9,7 | 16,1 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 6,5 | 0,7 | 1,8 | 4,9 | 15,2 | 16,4 |
| Depression | 9,0 | 4,6 | 5,9 | 12,2 | 10,4 | 14,2 |
| < 8 µg/m ³ | 5,7 | 6,4 | 3,3 | 4,6 | 8,6 | 7,1 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 7,2 | 2,3 | 3,4 | 11,2 | 10,8 | 9,9 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 7,2 | 1,5 | 5,7 | 9,1 | 8,4 | 15,3 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 8,2 | 4,4 | 4,6 | 11,1 | 9,3 | 15,8 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 11,7 | 6,8 | 8,4 | 16,7 | 13,1 | 15,2 |
| Kreuzschmerzen und andere Rückenleiden | 26,5 | 9,9 | 19,3 | 31,5 | 35,9 | 46,1 |
| < 8 µg/m ³ | 22,4 | 13,0 | 10,9 | 28,1 | 30,1 | 39,3 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 23,3 | 7,7 | 22,1 | 20,4 | 32,6 | 46,1 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 26,0 | 8,1 | 17,1 | 29,9 | 39,7 | 47,4 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 25,9 | 9,2 | 20,4 | 31,3 | 34,2 | 43,7 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 29,2 | 11,6 | 20,4 | 37,1 | 38,3 | 48,7 |
| Nackenschmerzen | 24,0 | 9,1 | 19,0 | 32,5 | 29,4 | 35,5 |
| < 8 µg/m ³ | 16,0 | 8,0 | 10,2 | 21,3 | 22,2 | 21,2 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 19,4 | 8,4 | 14,8 | 22,6 | 26,4 | 31,1 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 23,4 | 7,6 | 19,3 | 29,9 | 31,1 | 35,0 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 25,1 | 9,4 | 19,9 | 37,2 | 30,0 | 30,9 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 27,1 | 10,2 | 21,2 | 36,3 | 30,9 | 45,1 |
| Harninkontinenz | 5,2 | 0,5 | 1,0 | 2,6 | 7,3 | 25,8 |

| Feinstaubbelastung (PM _{2,5}), chronische Erkrankung | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| < 8 µg/m ³ | 4,0 | 0,0 | 0,0 | 1,1 | 5,3 | 24,7 |
| 8 µg/m ³ bis < 10 µg/m ³ | 4,1 | 0,0 | 0,2 | 2,0 | 6,0 | 22,1 |
| 10 µg/m ³ bis < 12 µg/m ³ | 5,1 | 0,0 | 1,0 | 2,8 | 8,7 | 23,4 |
| 12 µg/m ³ bis < 14 µg/m ³ | 5,0 | 0,5 | 0,2 | 2,7 | 6,0 | 28,3 |
| ≥ 14 µg/m ³ | 6,0 | 1,1 | 2,0 | 3,1 | 8,6 | 26,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

3.3 Schmerzen

Die Weltschmerzorganisation IASP (International Association for the Study of Pain) beschreibt Schmerz als ein unangenehmes Erlebnis unterschiedlicher Qualität und Stärke, das auch eine emotionale Komponente umfasst. Schmerzen sind ein zentraler Indikator für den Gesundheitszustand und bestimmen das Wohlbefinden und die Lebensqualität einer Person ganz maßgeblich. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung wurde die Prävalenz körperlicher Schmerzen in den vier Wochen vor der Befragung erhoben; die sechs Antwortmöglichkeiten reichten von „Keine Schmerzen“, „Sehr leicht“, „Leicht“ und „Mäßig“ bis hin zu „Stark“ und „Sehr stark“.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Etwa drei von zehn in Österreich wohnhaften Personen litten (in den vier Wochen vor der Befragung) an mäßigen, starken oder sehr starken körperlichen Schmerzen. Besonders hoch ist der Anteil der Personen mit zumindest mäßigen Schmerzen in der älteren Bevölkerung, mit fortschreitendem Alter sind Frauen und Männer zunehmend mit gesundheitlichen Problemen und Schmerz konfrontiert. Abseits des Alters hat auch die Bildung bei beiden Geschlechtern einen hochsignifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Schmerzen. Unter Frauen steht das Auftreten von (zumindest mäßigen) Schmerzen zudem mit dem Migrationshintergrund in Zusammenhang.

Dies ist das Ergebnis der mehrfaktoriellen Varianzanalyse, mithilfe derer die einzelnen sozioökonomischen Merkmale Alter, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad auf ihren signifikanten Einfluss hin überprüft wurden. Die

entsprechenden Irrtumswahrscheinlichkeiten (p-Werte) sind (getrennt für Frauen und Männer) in der nachstehenden Übersicht 35 angeführt.

Übersicht 35 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Schmerzen?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | 0,059 | 0,073 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,407 | 0,017 |
| Urbanisierungsgrad | 0,460 | 0,257 |

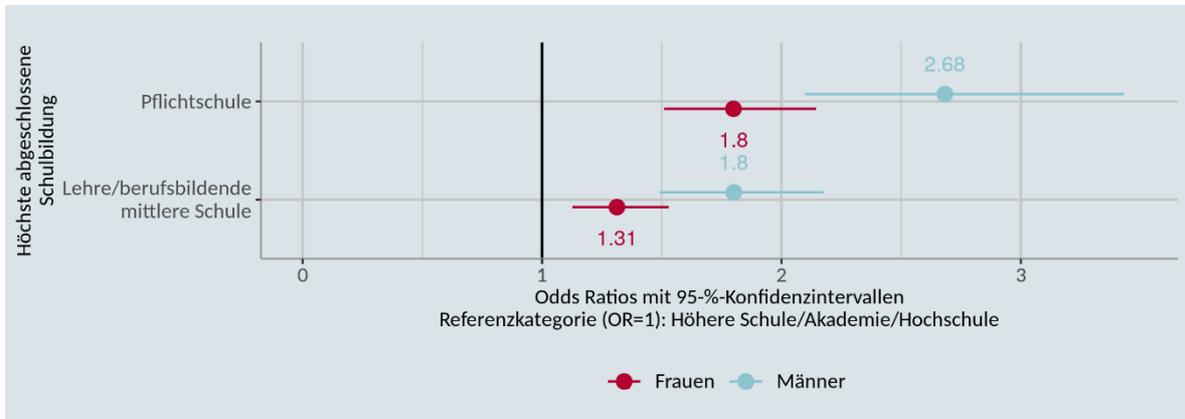
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Bildung

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Prävalenz von Schmerzen ist, zeigen die in Abbildung 14 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Schmerzprävalenz, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Männer mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten Männern ein um den Faktor 2,6 signifikant erhöhtes Risiko, an mäßigen bis sehr starken Schmerzen zu leiden. Bei den Frauen sind die statistischen Effekte der Bildung etwas schwächer: Die um Alterseffekte bereinigte Schmerzprävalenz unter Geringqualifizierten ist im Vergleich zu Frauen mit mindestens Matura um das 1,8-Fache erhöht.

Abbildung 14 Prävalenz mäßiger bis sehr starker Schmerzen 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Das Auftreten von Schmerzen zeigt charakteristische geschlechts-, alters- und bildungsabhängige Muster. Bei Frauen ist die Schmerzprävalenz in allen Bildungsschichten höher als bei Männern: So gaben sechs von zehn Frauen und rund die Hälfte der Männer für den beobachteten Vier-Wochen-Zeitraum zumindest leichte Schmerzen an; mindestens mäßige Schmerzen traten bei knapp einem Viertel der Männer und knapp einem Drittel der Frauen auf. Hier zeigen sich auch deutliche bildungsbezogene Unterschiede: Unter höher gebildeten Männern gaben 17,6 % mäßige bis sehr starke Schmerzen an, unter Männern mit höchstens Pflichtschulabschluss waren es mehr als doppelt so viele (36,2 %). Bei den Frauen liegen die analogen Anteile bei 28,1 % bzw. 41,5 % (vergleiche Übersicht 36).

Übersicht 36 Prävalenz von Schmerzen 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Keine Schmerzen | (Sehr) leichte Schmerzen | Mäßige bis sehr starke Schmerzen |
|---|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
| Männer | 48,0 | 27,6 | 24,3 |
| Pflichtschule | 40,2 | 23,6 | 36,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 46,9 | 27,8 | 25,4 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 54,6 | 27,8 | 17,6 |

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Keine Schmerzen | (Sehr) leichte Schmerzen | Mäßige bis sehr starke Schmerzen |
|---|-----------------|--------------------------|----------------------------------|
| Frauen | 40,9 | 26,3 | 32,8 |
| Pflichtschule | 34,5 | 24,0 | 41,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 41,9 | 25,0 | 33,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 44,9 | 27,1 | 28,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die Schmerzprävalenz bei Frauen und Männern aller Altersklassen ist – mit wenigen Ausnahmen – unter Geringqualifizierten größer als unter Personen, die eine Ausbildung mit mindestens Matura abgeschlossen haben. Dieser Unterschied ist bei Männern wie bei Frauen am stärksten unter den 45- bis 59-Jährigen ausgeprägt; so berichtete fast die Hälfte aller Frauen dieses Alters mit höchstens Pflichtschulabschluss von mindestens mäßigen Schmerzen, während unter höher qualifizierten Frauen nur rund 28 % über mäßige bis sehr starke Schmerzen klagten. Unter den gleichaltrigen Männern sind 44,2 % der gering und 17,3 % der höher qualifizierten von Schmerzen betroffen (Übersicht 37).

Übersicht 37 Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 24,3 | 13,6 | 17,7 | 27,9 | 30,0 | 41,8 |
| Pflichtschule | 36,2 | 24,3 | 34,0 | 44,2 | 32,0 | 53,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 25,4 | 13,9 | 19,6 | 29,8 | 31,6 | 39,0 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 17,6 | 9,8 | 11,4 | 17,3 | 25,1 | 34,1 |
| Frauen | 32,8 | 20,2 | 26,3 | 37,6 | 36,2 | 54,6 |
| Pflichtschule | 41,5 | 25,4 | 37,8 | 49,0 | 45,0 | 57,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 33,1 | 22,0 | 28,0 | 40,0 | 32,6 | 51,0 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 28,1 | 17,1 | 22,3 | 28,4 | 33,6 | 51,7 |

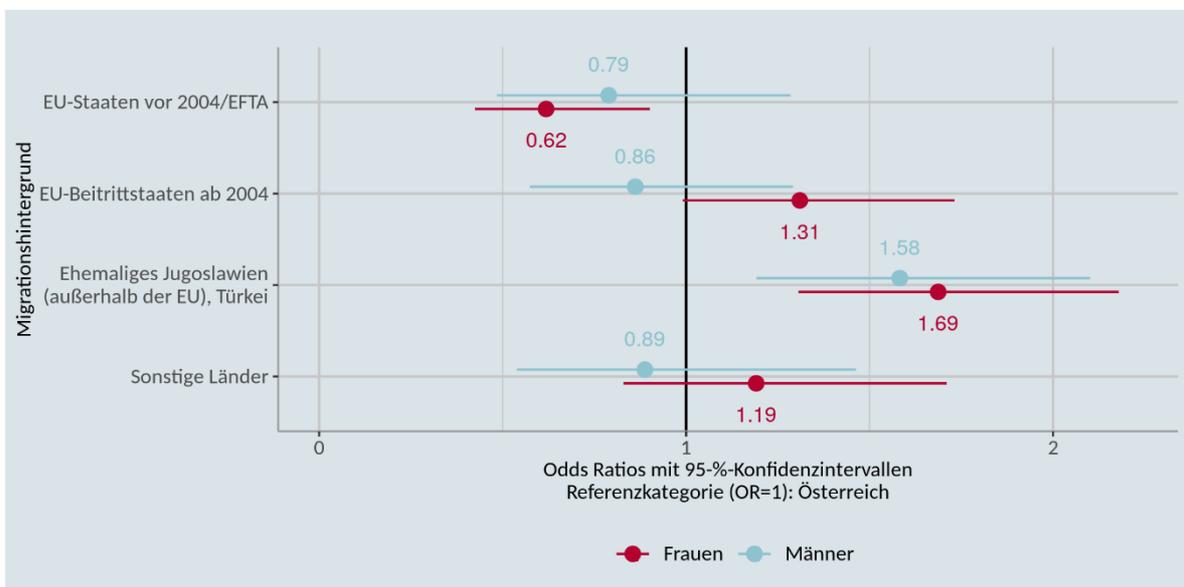
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Migrationshintergrund

Was den Einfluss des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz von Schmerzen betrifft, so zeigte die angewandte mehrfaktorielle Varianzanalyse bei Frauen einen signifikanten Effekt, kein signifikanter Zusammenhang bestätigte sich bei den Männern. (Die deskriptive Textanalyse beschränkt sich deshalb auch auf Frauen.)

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz von Schmerzen ist, zeigen die in Abbildung 15 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Schmerzprävalenz, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Migrationskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 15 Prävalenz mäßiger bis sehr starker Schmerzen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Frauen mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) bzw. der Türkei sind etwa 1,7-mal so häufig von mindestens mäßigen Schmerzen betroffen als

Österreicherinnen. Die geringste Schmerzprävalenz zeigt sich unter den Angehörigen der Gruppe „EU-Staaten vor 2004/EFTA“; hier liegt das Odds Ratio bei 0,6.

Ein vergleichbares Bild spiegelt die altersstandardisierte Verteilung der Befragungsergebnisse in Übersicht 38 wieder. Während etwa 23 % aller Frauen mit Herkunft aus EU-Staaten vor 2004 oder EFTA-Staaten das Auftreten mäßiger bis sehr starker Schmerzen beklagten, waren das unter Österreicherinnen knapp 32 % und unter Frauen, die aus dem ehemaligen Jugoslawien oder aus der Türkei stammten, rund 44 %. In der letztgenannten Gruppe ist der altersstandardisierte Anteil der Frauen, die in den vier Wochen vor der Befragung keine Schmerzen hatten, auch deutlich kleiner als in den anderen beiden Kohorten (26,7 % versus 42,6 % für Österreicherinnen und 42,4 % für Frauen, deren Eltern in einem anderen vor 2004 der EU beigetretenen Land geboren wurden).

Übersicht 38 Prävalenz von Schmerzen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Keine Schmerzen | (Sehr) leichte Schmerzen | Mäßige bis sehr starke Schmerzen |
|--|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Männer | 48,0 | 27,6 | 24,3 |
| Österreich | 48,4 | 27,5 | 24,1 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 45,0 | 35,5 | 19,5 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 53,2 | 26,7 | 20,2 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 40,1 | 27,0 | 32,8 |
| Sonstige Länder | 54,6 | 23,5 | 21,8 |
| Frauen | 40,9 | 26,3 | 32,8 |
| Österreich | 42,6 | 25,6 | 31,8 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 42,4 | 34,6 | 23,0 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 35,3 | 28,6 | 36,2 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 26,7 | 29,1 | 44,2 |
| Sonstige Länder | 40,9 | 22,4 | 36,7 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Insgesamt gesehen steigt die Schmerzbelastung mit zunehmendem Alter. Für die einzelnen mit dem Migrationshintergrund verkreuzten Altersgruppen ergibt sich aufgrund der teils stark heterogenen Strukturen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein recht differenziertes Bild der Schmerzprävalenzen (vergleiche Übersicht 39). Besonders markant sind die Unterschiede unter 45- bis 59-jährigen Frauen: In dieser Altersgruppen gaben gut sechs Zehntel aller Frauen mit Herkunft aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei an, in den letzten vier Wochen unter mäßigen bis sehr starken Schmerzen gelitten zu haben. Unter gleichaltrigen Frauen aus EU-Staaten (Beitritt vor 2004) oder EFTA-Staaten waren es vergleichsweise niedrige 24,0 %. In der Altersgruppe 75+ Jahre ist die Differenz noch größer (72,7 % versus 30,7 %).

Übersicht 39 Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Männer | 24,3 | 13,6 | 17,7 | 27,9 | 30,0 | 41,8 |
| Österreich | 24,1 | 13,8 | 17,9 | 26,6 | 30,1 | 41,4 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 19,5 | 1,8 | 13,2 | 24,1 | 28,6 | 40,8 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 20,2 | 10,7 | 13,7 | 27,6 | 17,0 | 41,9 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 32,8 | 18,2 | 25,2 | 43,7 | 33,1 | 53,4 |
| Sonstige Länder | 21,8 | 6,6 | 14,4 | 28,2 | 34,7 | 30,4 |
| Frauen | 32,8 | 20,2 | 26,3 | 37,6 | 36,2 | 54,6 |
| Österreich | 31,8 | 20,0 | 25,1 | 35,5 | 36,0 | 54,0 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 23,0 | 13,9 | 24,2 | 24,0 | 26,0 | 30,7 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 36,2 | 25,8 | 24,9 | 47,8 | 26,3 | 73,7 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 44,2 | 19,7 | 36,2 | 60,3 | 44,5 | 72,7 |
| Sonstige Länder | 36,7 | 19,8 | 25,8 | 36,0 | 41,5 | 87,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

3.4 Mundgesundheit

Gesunde Zähne und ein gesundes Zahnfleisch sind ein wichtiger Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand. Karies, parodontale Erkrankungen und andere Zahn- und Mundkrankheiten können nicht nur die Lebensqualität stark beeinträchtigen, sie sind häufig auch in Zusammenhang mit anderen Krankheiten zu sehen. Zudem haben gesunde Zähne eine starke Symbolkraft, die sich positiv auf die psychische und soziale Gesundheit auswirkt.

Der Gesundheitszustand von Zähnen und Zahnfleisch ist in erster Linie von Ernährungsgewohnheiten und von Zahn- und Mundhygiene abhängig. Er wurde mit der Frage „Wie würden Sie den Zustand Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleischs beschreiben?“ erfasst. Die Skala der Antwortmöglichkeiten reichte von sehr gut über gut, mittelmäßig, schlecht bis hin zu sehr schlecht.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Sieben von zehn Personen stufen ihren Zahnstatus in der Gesundheitsbefragung 2019 als sehr gut oder gut ein. Besonders hoch ist der Anteil der Personen mit (sehr) guter Mundgesundheit in der jüngeren Population, mit fortschreitendem Alter treten vermehrt Zahnprobleme auf. Unabhängig vom Alter haben auch andere, teils miteinander in Wechselwirkung stehende Faktoren einen Einfluss auf die Zahngesundheit.

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden das Einkommen, die Bildung, der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad auf ihren Einfluss auf die Zahngesundheit hin untersucht (vergleiche Übersicht 40). Der Effekt jeder einzelnen dieser sozioökonomischen Variablen wurde um die Effekte der übrigen drei Variablen und um Alterseffekte bereinigt. Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund korrelierten hochgradig mit der Mundgesundheit, gleiches gilt für den Urbanisierungsgrad bei Frauen. Bei Männern ist der Urbanisierungsgrad auf einem 5%-Niveau signifikant ($p = 0,012$).

Übersicht 40 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Mundgesundheit von Frauen und Männern?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,012 | < 0,001 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

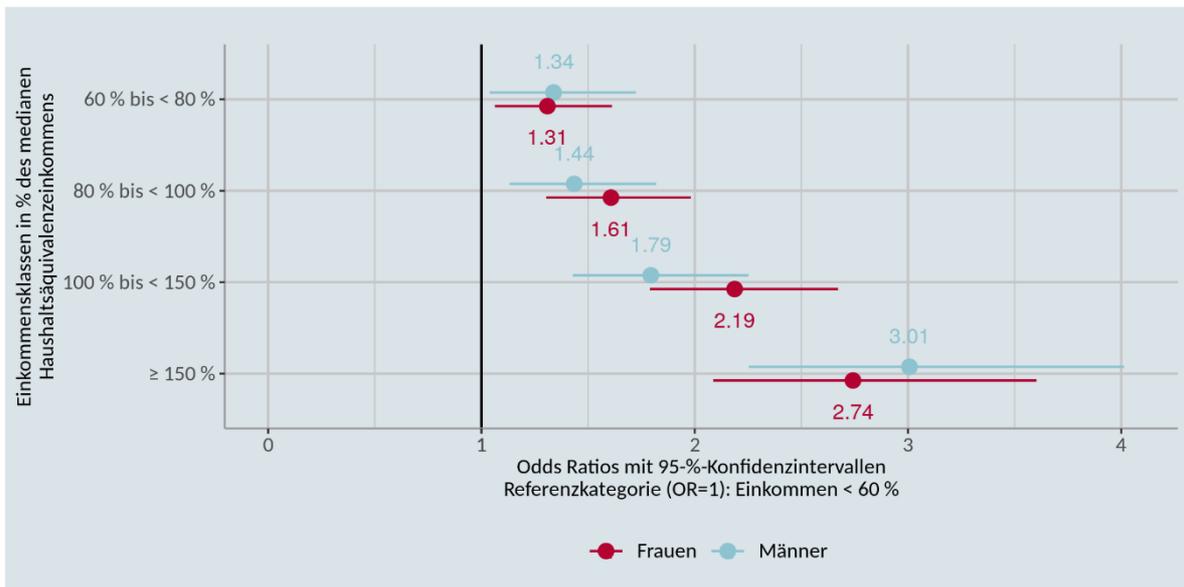
Einkommen

Im Bereich der Zahngesundheit sind bestimmte Gesundheits- und Vorsorgeangebote mit beträchtlichen Kosten verbunden. Werden diese nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet, ist ein ausreichendes Haushaltseinkommen jedenfalls Voraussetzung für eine Inanspruchnahme der betreffenden Leistungen.

Sowohl unter Frauen als auch unter Männern hatte das Einkommen einen hochsignifikanten Einfluss auf die Mundgesundheit.

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Mundgesundheit ist, zeigen die in Abbildung 16 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Mundgesundheit, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „< 60 % des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

Abbildung 16 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Sowohl Frauen als auch Männer stufen ihre Zahngesundheit umso besser ein, je höher ihr Haushaltseinkommen ist.

Unter finanziell sehr gut gestellten Männern (mit einem Haushaltseinkommen von mindestens 150 % des medianen Haushaltsnettoeinkommens) ist die Wahrscheinlichkeit (sehr) guter Mundgesundheits dreimal so hoch wie unter Männern in der untersten Einkommenskategorie (< 60 % des medianen Haushaltsnettoeinkommens). Bei den Frauen liegt der analoge Faktor bei 2,7.

Auch in der univariaten Betrachtung der Mundgesundheits (vergleiche Übersicht 41 und Übersicht 42) bestätigt sich dieser Zusammenhang: Vier Fünftel der Personen mit sehr hohem, aber nur drei Fünftel der Personen mit sehr niedrigem Haushaltseinkommen schätzten ihren Zahnstatus als (sehr) gut ein, wobei sich für Frauen und Männer sehr ähnliche Proportionen ergaben. Generell ist die Zahngesundheit von Frauen allerdings besser als jene der Männer; den schlechtesten Zahnstatus haben Männer mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 60 % des Medianeinkommens.

Übersicht 41 Mundgesundheit 2019 nach Einkommen und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | (Sehr) guter Zahnstatus | Mittelmäßiger Zahnstatus | (Sehr) schlechter Zahnstatus |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Männer | 68,6 | 23,9 | 7,4 |
| < 60 % | 57,3 | 27,2 | 15,5 |
| 60 % bis < 80 % | 64,1 | 27,0 | 8,9 |
| 80 % bis < 100 % | 66,3 | 25,1 | 8,6 |
| 100 % bis < 150 % | 71,1 | 23,6 | 5,4 |
| ≥ 150 % | 78,2 | 18,1 | 3,6 |
| Frauen | 72,5 | 20,5 | 7,0 |
| < 60 % | 61,5 | 26,2 | 12,3 |
| 60 % bis < 80 % | 67,6 | 23,3 | 9,1 |
| 80 % bis < 100 % | 71,9 | 21,0 | 7,1 |
| 100 % bis < 150 % | 77,2 | 17,9 | 4,9 |
| ≥ 150 % | 81,8 | 15,4 | 2,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Zahngesundheit zeigt sich in allen Altersgruppen. Besonders zum Tragen kommt er ab einem Alter von 30 Jahren; unter den jüngeren Frauen und Männern ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Zahngesundheit (noch) nicht so stark ausgeprägt. Dennoch ist bereits in der jüngsten Gruppe der 15- bis 29-Jährigen der Anteil der Personen mit (sehr) guter Zahngesundheit in der obersten Einkommensklasse um 4,6 Prozentpunkte höher als in der niedrigsten Einkommenskategorie (Männer: 2,5 Prozentpunkte, Frauen: 6,6 Prozentpunkte). Ab einem Alter von 30 Jahren öffnet sich diese Schere sprunghaft auf rund 26 %; bis ins hohe Alter bleibt dieser einkommensspezifische Unterschied auf einem Niveau zwischen 22 % und 25 % bestehen.

Übersicht 42 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenz- einkommens, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Männer | 68,6 | 83,7 | 72,3 | 64,5 | 60,3 | 56,0 |
| < 60 % | 57,3 | 82,7 | 55,5 | 54,4 | 45,4 | 40,8 |
| 60 % bis < 80 % | 64,1 | 83,4 | 69,1 | 57,5 | 53,6 | 49,3 |
| 80 % bis < 100 % | 66,3 | 86,1 | 73,9 | 53,6 | 60,5 | 49,4 |
| 100 % bis < 150 % | 71,1 | 82,0 | 75,8 | 66,5 | 60,5 | 68,9 |
| ≥ 150 % | 78,2 | 85,1 | 80,8 | 79,6 | 73,1 | 65,3 |
| Frauen | 72,5 | 86,2 | 77,8 | 69,3 | 64,6 | 55,5 |
| < 60 % | 61,5 | 82,6 | 58,6 | 56,9 | 55,4 | 48,5 |
| 60 % bis < 80 % | 67,6 | 81,3 | 78,2 | 60,5 | 57,7 | 51,1 |
| 80 % bis < 100 % | 71,9 | 88,6 | 78,2 | 66,4 | 63,2 | 53,5 |
| 100 % bis < 150 % | 77,2 | 88,1 | 83,2 | 76,5 | 68,6 | 60,1 |
| ≥ 150 % | 81,8 | 89,2 | 86,5 | 75,8 | 79,3 | 74,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

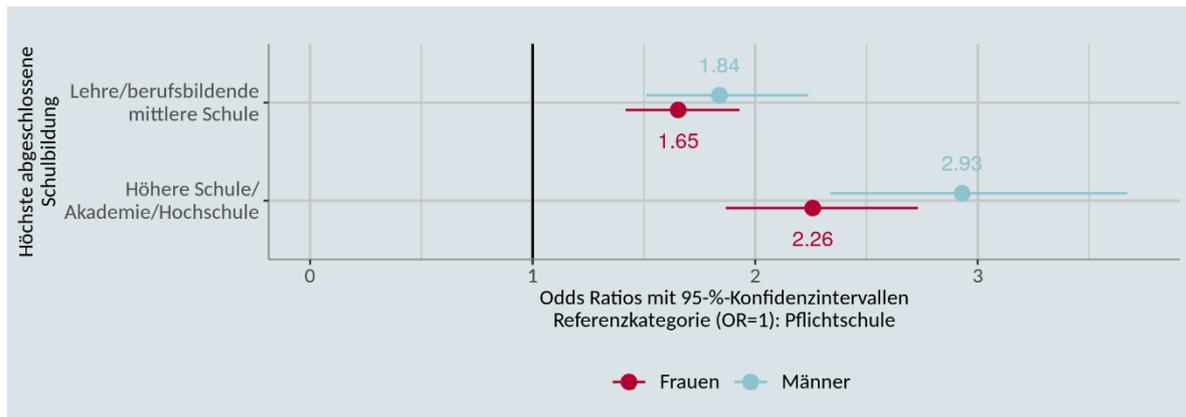
Bildung

Die Zahngesundheit hängt eng mit Ernährungsgewohnheiten und dem Zahnhygieneverhalten zusammen. Beides wird von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Sichtweisen beeinflusst, für die wiederum der Bildungsstand eine bedeutende Rolle spielt.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Mundgesundheits ist, zeigen die in Abbildung 17 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Mundgesundheits, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Pflichtschule“

wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 17 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Der Effekt der Bildung auf die Mundgesundheit ist bei Männern deutlicher ausgeprägt als bei Frauen. Die Wahrscheinlichkeit eines (sehr) guten Zahnstatus ist unter Männern mit einer höheren Schulbildung rund dreimal so hoch wie unter Männern mit höchstens Pflichtschulabschluss. Unter Frauen liegt dieses Verhältnis bei etwa 1 : 2,2.

Auch die univariaten Vergleiche der einzelnen Bildungskategorien in Übersicht 43 und Übersicht 44 zeigen, dass die Mundgesundheit mit zunehmenden Bildungsniveau häufiger als (sehr) gut eingestuft wird. Umgekehrt steigt auch der Anteil der Personen, die ihre Zahngesundheit als (sehr) schlecht beurteilen, mit abnehmendem Bildungsniveau. Besonders stark ist dieser Zusammenhang unter Männern: So stuften rund 52 % aller Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss und rund 77 % aller Männer mit höherer Schulausbildung ihren Zahnstatus als (sehr) gut ein. Dagegen gaben nur knapp 4 % der höher gebildeten Frauen und knapp 5 % der höher gebildeten Männer eine (sehr) schlechte Mundgesundheit an, während etwa jede achte Person mit höchstens Pflichtschulabschluss unter schlechter oder sehr schlechter Mundgesundheit leidet.

Übersicht 43 Mundgesundheits 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | (Sehr) guter Zahnstatus | Mittelmäßiger Zahnstatus | (Sehr) schlechter Zahnstatus |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Männer | 68,6 | 23,9 | 7,4 |
| Pflichtschule | 52,2 | 33,3 | 14,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 68,1 | 24,8 | 7,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 77,3 | 17,8 | 4,9 |
| Frauen | 72,5 | 20,5 | 7,0 |
| Pflichtschule | 62,4 | 25,9 | 11,7 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 72,9 | 20,5 | 6,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 79,1 | 17,3 | 3,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Während die Ausbildung unter Frauen in jungen Jahren noch kaum einen Unterschied in der Einschätzung ihrer Zahngesundheit macht, ist die Mundgesundheits gering qualifizierter Männer unter 30 Jahre bereits deutlich seltener (sehr) gut als bei Männern mit mindestens Maturaabschluss (72,3 % versus 88,5 %, das sind gut 16 Prozentpunkte Unterschied). In der Altersgruppe der über 74-jährigen Männer macht diese Differenz mehr als 43 Prozentpunkte und bei Frauen immerhin knapp 32 Prozentpunkte aus.

Übersicht 44 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 68,6 | 83,7 | 72,3 | 64,5 | 60,3 | 56,0 |
| Pflichtschule | 52,2 | 72,3 | 57,4 | 43,7 | 44,8 | 34,3 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 68,1 | 82,5 | 69,3 | 64,3 | 60,7 | 59,9 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 77,3 | 88,5 | 79,4 | 72,7 | 68,3 | 77,5 |

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Frauen | 72,5 | 86,2 | 77,8 | 69,3 | 64,6 | 55,5 |
| Pflichtschule | 62,4 | 87,5 | 60,6 | 56,3 | 54,3 | 46,3 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 72,9 | 82,6 | 76,0 | 69,9 | 67,9 | 62,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 79,1 | 87,2 | 83,1 | 74,9 | 71,1 | 78,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Migrationshintergrund

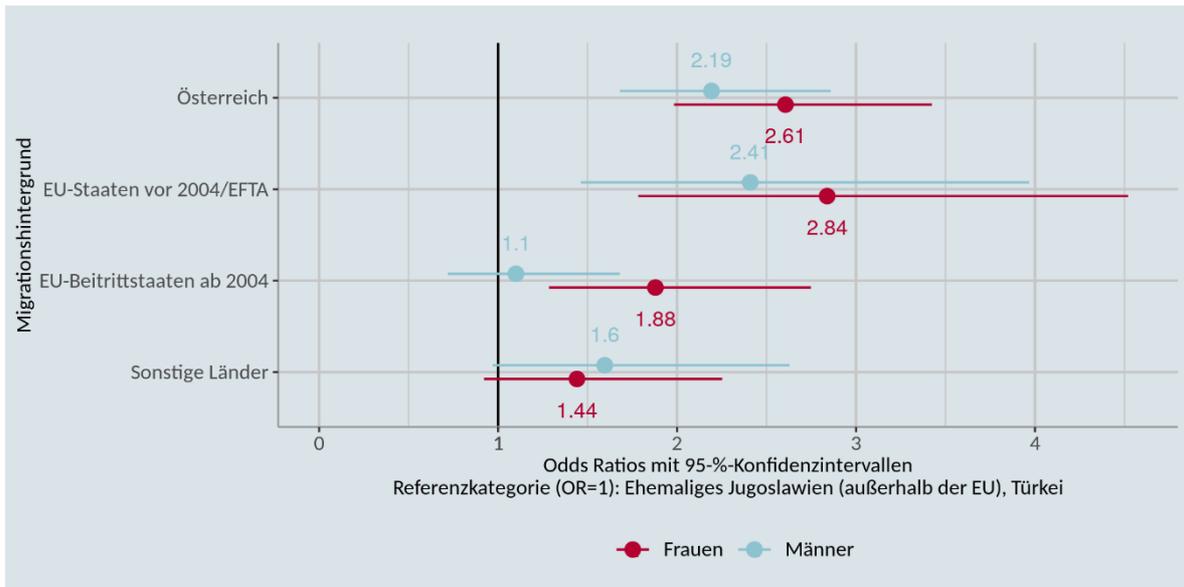
Menschen unterschiedlicher Herkunft unterscheiden sich in ihrem soziodemographischen und soziokulturellen Hintergrund, der nicht nur ihre gesellschaftliche Integration, sondern auch gesundheitsbezogenes Verhalten und gesundheitsrelevante Einstellungen und damit auch den Zugang zu Gesundheitsleistungen beeinflusst. Dies bestätigt die multivariable Analyse der Gesundheitsbefragung: Sowohl für Frauen als auch für Männer zeigt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und der Zahngesundheit.

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Mundgesundheit ist, zeigen die in Abbildung 18 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Mundgesundheit, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

Am größten ist der Unterschied zu Frauen, deren Eltern in einem vor dem Jahr 2004 der EU beigetretenen Staat oder einem EFTA-Staat geboren wurden. In dieser Kohorte ist die Wahrscheinlichkeit einer (sehr) guten Mundgesundheit 2,8-mal so hoch wie unter Frauen mit Migrationshintergrund „ehemaliges Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder Türkei“. Unter Männern zeigen sich ähnliche Verhältnisse zwischen den einzelnen

Migrationsgruppen, allerdings hat der Migrationshintergrund unter ihnen generell einen weniger ausgeprägten Einfluss.

Abbildung 18 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Dieser Befund bestätigt sich auch in der altersstandardisierten Verteilung der Befragungsergebnisse (vergleiche Übersicht 45). So beschrieben fast drei Viertel aller Personen mit Herkunft aus EU-Staaten (Beitritt vor 2004) oder EFTA-Staaten und nur die Hälfte der aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder aus der Türkei stammenden Personen ihre Mundgesundheits als (sehr) gut. In der letztgenannten Gruppe ist der Anteil der Personen mit einem (sehr) schlechten Zahnstatus auch fast viermal so groß wie in der erstgenannten Gruppe; in der Kategorie „Ehemaliges Jugoslawien, Türkei“ beklagte ein Fünftel der Personen eine (sehr) schlechte Mundgesundheits.

Übersicht 45 Mundgesundheit 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | (Sehr) guter Zahnstatus | Mittelmäßiger Zahnstatus | (Sehr) schlechter Zahnstatus |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Männer | 68,6 | 23,9 | 7,4 |
| Österreich | 71,0 | 22,8 | 6,2 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 71,9 | 19,5 | 8,6 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 57,5 | 31,8 | 10,7 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 51,7 | 29,5 | 18,8 |
| Sonstige Länder | 66,1 | 18,5 | 15,4 |
| Frauen | 72,5 | 20,5 | 7,0 |
| Österreich | 74,8 | 19,2 | 6,0 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 75,1 | 22,7 | 2,2 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 69,6 | 21,9 | 8,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 51,9 | 30,3 | 17,9 |
| Sonstige Länder | 61,9 | 24,9 | 13,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Rund 75 % aller österreichischen Frauen und 71 % der österreichischen Männer stuften ihren Zahnstatus als sehr gut oder gut ein. Etwa 6 % aller Österreicher/-innen weisen eine (sehr) schlechte Mundgesundheit auf (wobei dieser Anteil unter Frauen und Männern gleich hoch ist). Unabhängig vom Migrationshintergrund nehmen Probleme mit Zähnen oder Zahnfleisch mit fortschreitendem Alter (fast ausnahmslos) stetig zu. Am stärksten von Zahnkrankheiten betroffen sind ältere Personen aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten); bei den über 74-Jährigen mit diesem Migrationshintergrund haben nur mehr 13,6 % der Männer und 17,4 % der Frauen (sehr) gesunde Zähne (vergleiche Übersicht 46).

Übersicht 46 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 68,6 | 83,7 | 72,3 | 64,5 | 60,3 | 56,0 |
| Österreich | 71,0 | 86,7 | 74,8 | 67,6 | 62,0 | 56,1 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 71,9 | 74,6 | 84,2 | 68,8 | 55,7 | 75,1 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 57,5 | 81,3 | 55,2 | 41,6 | 62,5 | 43,4 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 51,7 | 74,0 | 64,0 | 45,8 | 40,9 | 13,6 |
| Sonstige Länder | 66,1 | 75,3 | 71,1 | 62,6 | 49,9 | 74,6 |
| Frauen | 72,5 | 86,2 | 77,8 | 69,3 | 64,6 | 55,5 |
| Österreich | 74,8 | 88,4 | 81,7 | 72,2 | 65,8 | 55,2 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 75,1 | 81,7 | 82,8 | 68,7 | 69,9 | 68,9 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 69,6 | 85,4 | 69,5 | 62,1 | 72,2 | 51,4 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 51,9 | 76,1 | 65,1 | 47,0 | 34,6 | 17,4 |
| Sonstige Länder | 61,9 | 82,7 | 69,3 | 53,7 | 35,0 | 72,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

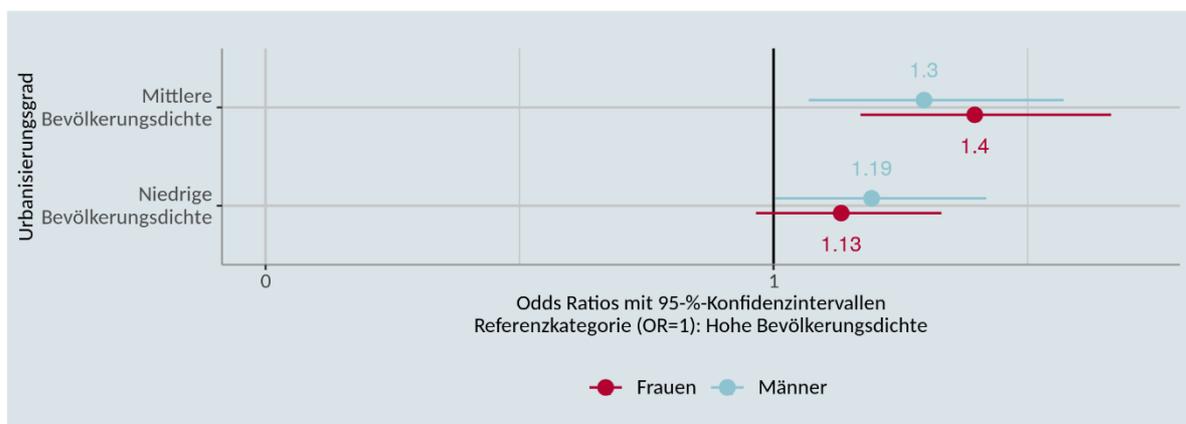
Urbanisierungsgrad

Wie bereits in Kapitel 1.2 beschrieben, ist das Risiko einer chronischen Krankheit bzw. eines chronischen Gesundheitsproblems in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte am Wohnort verschieden. Das gilt auch für Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches. In der mehrfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) ergab sich sowohl für Frauen als auch für Männer ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Verstädterungsgrad und der Mundgesundheit.

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Mundgesundheit ist, zeigen die in Abbildung 19 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Mundgesundheit, nicht aber um den

Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der höchste Urbanisierungsgrad („Hohe Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Abbildung 19 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

In der Bevölkerung von kleineren Städten und Vororten treten seltener Zahn- und Parodontalerkrankungen auf als in dichter oder weniger dicht besiedelten Gebieten. So ist die um Alterseffekte bereinigte Quote von Personen mit (sehr) guter Mundgesundheits in Gebieten mittlerer Bevölkerungsdichte bei Frauen um den Faktor 1,4 und bei Männern um den Faktor 1,3 erhöht.

Frauen gaben häufiger einen (sehr) guten Zahnstatus an als Männer (72,5 % versus 68,6 %). In Großstädten leiden 11,2 % der Männer unter (sehr) schlechter Zahngesundheit (Frauen: 8,9 %), in Vororten und dünner besiedelten Städten ist der analoge Prozentsatz mit 5,6 % knapp nur halb so groß (Frauen: 5,9 %). Umgekehrt schätzten 69,7 % der Frauen mit einem stark verstädterten Wohnort, aber 75,9 % der Frauen mit einem mäßig verstädterten Wohnort ihre Mundgesundheits als (sehr) gut ein (Männer: 65,5 % bzw. 70,8 %, vergleiche Übersicht 47).

Übersicht 47 Mundgesundheits 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | (Sehr) guter Zahnstatus | Mittelmäßiger Zahnstatus | (Sehr) schlechter Zahnstatus |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Männer | 68,6 | 23,9 | 7,4 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 65,5 | 23,3 | 11,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 70,8 | 23,5 | 5,6 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 69,4 | 24,3 | 6,4 |
| Frauen | 72,5 | 20,5 | 7,0 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 69,7 | 21,4 | 8,9 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 75,9 | 18,2 | 5,9 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 72,1 | 21,4 | 6,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Unabhängig vom Urbanisierungsgrad mehren sich Probleme mit der Mundgesundheits in höherem Alter; besonders betroffen sind davon Frauen und Männer in ländlichen Gebieten (Übersicht 48). Im hohen Alter ist der Anteil der Personen mit einem (sehr) guten Zahnstatus um ein Drittel kleiner als in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen. Was die nach dem Urbanisierungsgrad differenzierten Quoten innerhalb einzelner Altersgruppen anbelangt, bestehen unter den 45- bis 59-Jährigen die größten Unterschiede in der Mundgesundheits: Schätzten hier fast 72 % der Personen aus mäßig besiedelten Gebieten ihren Zahnstatus als (sehr) gut ein, waren es bei gleichaltrigen Personen aus Städten mit hoher Bevölkerungsdichte rund 60 %.

Übersicht 48 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 68,6 | 83,7 | 72,3 | 64,5 | 60,3 | 56,0 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 65,5 | 80,0 | 70,7 | 58,4 | 56,2 | 58,7 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 70,8 | 83,4 | 70,4 | 69,8 | 66,2 | 58,3 |

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 69,4 | 86,7 | 75,5 | 64,9 | 58,6 | 51,8 |
| Frauen | 72,5 | 86,2 | 77,8 | 69,3 | 64,6 | 55,5 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 69,7 | 83,4 | 73,8 | 62,3 | 67,2 | 55,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 75,9 | 89,8 | 81,1 | 73,8 | 66,7 | 58,6 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 72,1 | 85,9 | 78,9 | 70,7 | 61,0 | 53,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

3.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mit der steigenden Lebenserwartung verändert sich auch die Prävalenz von Krankheiten in einer Gesellschaft. Das betrifft im Besonderen chronische Beschwerden und Schmerzen, die mit fortschreitendem Alter häufiger auftreten und die Lebensqualität stark beeinflussen. Dadurch gewinnt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung zunehmende Bedeutung. Über den körperlichen Aspekt von Schmerz und Krankheit hinausgehend schließt der Begriff der Lebensqualität aber auch psychische, kognitive, soziale und umweltbezogene Komponenten des Wohlbefindens mit ein.

Erfasst wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 mit Hilfe des von der WHO entwickelten Instruments WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Zur Anwendung kam dabei die Kurzversion des Fragebogens (WHOQOL-BREF), die zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität und 24 spezifische Fragen zu vier Teilbereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität enthält:⁸

- physische Befindlichkeit
- psychisches Wohlbefinden
- soziale Beziehungen
- Umwelt und Infrastruktur

⁸ Angermeyer M.C., Kilian R., Matschinger H., WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Hogrefe-Verlag, Leipzig 2000.

Als Indikatoren für die Lebensqualität in diesen vier Bereichen und für die allgemeine Lebensqualität wurde das arithmetische Mittel über die einzelnen Antwortwerte in den jeweiligen Bereichen gebildet. Die Antwortwerte können eine Ausprägung auf einer Skala von 0 bis 100 annehmen.

Frauen und Männer bewerteten ihre Lebensqualität im Allgemeinen recht ähnlich (mit 77,0 bzw. 77,7 von 100 Punkten). In Bezug auf die untersuchten spezifischen Aspekte der Lebensqualität bewegen sich die Indikatorwerte auf einer Bandbreite von etwa 77 bis 81 Punkten, wobei die Werte im Bereich der sozialen Beziehungen sowohl unter Männer als auch unter Frauen am unteren Rand bei etwa 77 Punkten und die Werte im Bereich „Umwelt und Infrastruktur“ am oberen Rand liegen. Unterschiedlich schätzten Frauen und Männer ihre Lebensqualität in physischer und psychischer Hinsicht ein: Während Männer beide Bereiche mit etwas mehr als 81 Punkten bewerteten, liegen die Werte von Frauen jeweils knapp über 78 Punkten.

Einkommen

Das Einkommen ist nicht nur für das Gelingen sozialer Integration maßgeblich, sondern auch Voraussetzung für ein Mindestmaß an soziokultureller gesellschaftlicher Teilhabe. Aus diesem Grund spielt das Einkommen für die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine große Rolle; das wurde auch in der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der befragten Frauen und Männer deutlich.

Mit zunehmendem Haushaltseinkommen steigt die Lebensqualität sowohl im Allgemeinen als auch in körperlicher, psychischer, sozialer wie umweltbezogener Hinsicht. Das gilt für Frauen gleichermaßen wie für Männer, wobei sich bei beiden Geschlechtern in der globalen Einschätzung der Lebensqualität die größten einkommensspezifischen Unterschiede zeigen. Der geringste Zusammenhang besteht zwischen der finanziellen Situation eines Haushalts und der Qualität der sozialen Beziehungen einer Person (vergleiche Übersicht 49).

Übersicht 49 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Einkommen und Geschlecht

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Allgemeine Lebensqualität | Physische Befindlichkeit | Psychisches Wohlbefinden | Soziale Beziehungen | Umwelt und Infrastruktur |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Männer | 77,7 | 81,4 | 81,1 | 77,1 | 81,7 |
| < 60 % | 70,5 | 76,1 | 75,9 | 71,8 | 75,3 |
| 60 % bis < 80 % | 75,5 | 78,9 | 79,6 | 76,2 | 79,0 |
| 80 % bis < 100 % | 76,3 | 80,3 | 80,4 | 77,0 | 81,0 |
| 100 % bis < 150 % | 79,4 | 83,0 | 82,7 | 78,5 | 83,6 |
| ≥ 150 % | 83,9 | 86,0 | 84,5 | 79,9 | 86,1 |
| Frauen | 77,0 | 78,3 | 78,4 | 77,3 | 80,5 |
| < 60 % | 71,8 | 74,1 | 75,1 | 74,7 | 76,0 |
| 60 % bis < 80 % | 72,9 | 74,4 | 76,9 | 74,4 | 77,8 |
| 80 % bis < 100 % | 75,6 | 77,0 | 78,1 | 76,8 | 79,8 |
| 100 % bis < 150 % | 79,2 | 80,6 | 79,7 | 79,1 | 82,4 |
| ≥ 150 % | 85,6 | 85,0 | 82,0 | 80,9 | 86,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.
– Die Indikatoren zur Lebensqualität können eine Ausprägung zwischen 0 und 100 annehmen.

Bildung

Auch der Bildungsstand hängt mit der Lebensqualität zusammen: Mit zunehmendem Bildungsniveau gaben Frauen und Männer eine höhere Lebensqualität an, und zwar in Hinblick auf alle untersuchten Aspekte (globale, körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität).

Der Bildungsstatus spielt unter Frauen eine etwas größere Rolle bei der Einschätzung ihrer Lebensqualität als unter Männern. Dies betrifft insbesondere die allgemeine Lebensqualität und ihre körperlichen Aspekte (vergleiche Übersicht 50). So bewerteten Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss sowohl ihre allgemeine als auch ihre physische Befindlichkeit mit 70 Punkten, während die analogen Indikatorwerte unter höher gebildeten Frauen (mit mindestens Matura) bei 82 bzw. 83 Punkten liegen. Unter

Männern betragen die Vergleichswerte für die allgemeine Lebensqualität 72 und 82 Punkte und für den physischen Bereich 76 bzw. 85 Punkte. Sowohl unter Frauen als auch unter Männern spielt die Bildung bei diesen beiden Facetten der Lebensqualität die größte Rolle.

Übersicht 50 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Bildung und Geschlecht

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Allgemeine Lebensqualität | Physische Befindlichkeit | Psychisches Wohlbefinden | Soziale Beziehungen | Umwelt und Infrastruktur |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Männer | 77,7 | 81,4 | 81,1 | 77,1 | 81,7 |
| Pflichtschule | 72,1 | 75,9 | 77,1 | 73,4 | 77,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 76,9 | 80,6 | 81,4 | 78,1 | 81,3 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 81,8 | 85,4 | 82,6 | 77,5 | 84,1 |
| Frauen | 77,0 | 78,3 | 78,4 | 77,3 | 80,5 |
| Pflichtschule | 70,0 | 70,0 | 74,3 | 73,2 | 77,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 76,7 | 78,8 | 79,2 | 78,8 | 80,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 82,1 | 83,4 | 80,2 | 78,3 | 83,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.
– Die Indikatoren zur Lebensqualität können eine Ausprägung zwischen 0 und 100 annehmen.

Migrationshintergrund

Menschen unterschiedlicher Herkunft beurteilen ihre Lebensqualität in mehrfacher Hinsicht verschieden. Die größten Differenzen zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich bei der Beurteilung der globalen Lebensqualität; während Österreicher/-innen ihre Lebensqualität im Allgemeinen mit mehr als 78 Punkten bewerteten, liegt der Indikatorwert von Personen mit Migrationshintergrund um 4,2 Punkte niedriger.

Am geringsten ist die Lebensqualität von Personen mit im ehemaligen Jugoslawien (ausgenommen EU-Länder) oder in der Türkei geborenen Eltern. Am höchsten ist sie unter Frauen und Männern, die aus den EU-15-Staaten stammten (Beitritt vor dem Jahr 2004 ohne Österreich, vergleiche Übersicht 51).

Übersicht 51 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Allgemeine Lebensqualität | Physische Befindlichkeit | Psychisches Wohlbefinden | Soziale Beziehungen | Umwelt und Infrastruktur |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Männer | 77,7 | 81,4 | 81,1 | 77,1 | 81,7 |
| Österreich | 78,8 | 81,9 | 81,8 | 77,4 | 82,7 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 77,4 | 81,5 | 78,9 | 74,4 | 81,2 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 75,2 | 81,2 | 79,9 | 76,5 | 78,6 |
| Ehemaliges Jugoslawien (ohne EU- Staaten), Türkei | 71,4 | 78,6 | 79,5 | 78,3 | 77,9 |
| Sonstige Länder | 73,4 | 78,5 | 75,1 | 73,3 | 75,0 |
| Frauen | 77,0 | 78,3 | 78,4 | 77,3 | 80,5 |
| Österreich | 77,7 | 78,6 | 78,8 | 77,7 | 81,3 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 81,5 | 81,5 | 79,9 | 78,0 | 82,8 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 75,2 | 77,7 | 76,7 | 74,6 | 76,7 |
| Ehemaliges Jugoslawien (ohne EU- Staaten), Türkei | 72,0 | 75,0 | 76,7 | 76,5 | 77,0 |
| Sonstige Länder | 71,8 | 77,2 | 76,0 | 75,4 | 76,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.
– Die Indikatoren zur Lebensqualität können eine Ausprägung zwischen 0 und 100 annehmen.

Urbanisierungsgrad

Die im Vergleich der untersuchten sozioökonomischen Determinanten geringste Korrelation zeigt sich zwischen der Lebensqualität und dem Urbanisierungsgrad. Am stärksten ist der Zusammenhang hier noch im Bereich der sozialen Beziehungen: Während im dicht besiedelten Stadtgebiet wohnhafte Personen diesen Aspekt der Lebensqualität

mit knapp 75 Punkten bewerteten, stuften Personen mit einem weniger verstädterten Wohnort ihre soziale Lebensqualität um knapp vier Punkte besser ein. Dieser Sachverhalt trifft gleichermaßen auf Frauen wie auch auf Männer zu (vergleiche Übersicht 52).

Übersicht 52 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Allgemeine Lebens- qualität | Physische Befindlich- keit | Psychisches Wohl- befinden | Soziale Be- ziehungen | Umwelt und Infra- struktur |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Männer | 77,7 | 81,4 | 81,1 | 77,1 | 81,7 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 75,6 | 80,5 | 79,1 | 74,6 | 79,6 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 77,8 | 81,8 | 81,7 | 78,2 | 82,4 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 79,1 | 81,7 | 82,2 | 78,3 | 82,7 |
| Frauen | 77,0 | 78,3 | 78,4 | 77,3 | 80,5 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 76,0 | 77,5 | 77,2 | 74,5 | 78,6 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 77,6 | 78,6 | 79,2 | 78,5 | 81,6 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 77,3 | 78,7 | 78,9 | 78,6 | 81,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.
– Die Indikatoren zur Lebensqualität können eine Ausprägung zwischen 0 und 100 annehmen.

4 Gesundheitsverhalten

Fehlernährung, mangelnde Bewegung, Adipositas, Rauchen und gesundheitsriskanter Alkoholkonsum zählen zu den wichtigsten Einflussfaktoren für nichtübertragbare chronische Krankheiten. Diese Risikofaktoren haben nicht nur jeweils für sich, sondern vor allem auch kombiniert substanziellen Einfluss auf Lebensqualität, gesundes Altern und Mortalität.⁹

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 liefert Informationen zu Gesundheitsfaktoren wie Rauchen, Alkohol, Übergewicht, körperliche Aktivität und Ernährung. Soziale und ökonomische Aspekte wurden über die sozioökonomischen Determinanten „Einkommen“, „Bildung“, „Migrationshintergrund“ und „Urbanisierungsgrad“ abgebildet.

Die Schwerpunkte dieses Berichtsabschnitts liegen bei folgenden ausgewählten Themen:

- tägliches Rauchen
- Adipositas (starkes Übergewicht)
- körperliche Aktivität

4.1 Tägliches Rauchen

Rauchen ist einer der größten Risikofaktoren für eine Vielzahl von Erkrankungen. Um den Raucherstatus der in Österreich wohnhaften Bevölkerung zu erfassen, wurde in der Gesundheitsbefragung 2019 nach dem aktuellen Rauchverhalten gefragt. Dadurch lassen sich folgende Gruppen unterscheiden: „tägliches Rauchen“, „gelegentliches Rauchen“, „früheres tägliches Rauchen“ und „niemals geraucht“.

⁹ World Health Organization: Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO Press, Geneva 2009.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Hochgerechnet 1,5 Mio. Personen gaben in der Gesundheitsbefragung 2019 an, täglich zu rauchen, das entspricht jeder fünften Person ab 15 Jahren. Männer rauchen häufiger täglich als Frauen (23,5 % bzw. 17,8 %).

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden das Einkommen, die Bildung, der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad auf ihren Einfluss auf tägliches Rauchen hin untersucht (vergleiche Übersicht 53). Der Effekt jeder einzelnen dieser sozioökonomischen Variablen wurde um die Effekte der übrigen drei Variablen und um Alterseffekte bereinigt. Bildung korrelierte hochgradig mit täglichem Rauchen, gleiches galt für den Migrationshintergrund bei Frauen und den Urbanisierungsgrad bei Männern ($p < 0,001$). Zudem waren bei Männern der Migrationshintergrund und bei Frauen der Urbanisierungsgrad auf einem 5%-Niveau signifikant.

Übersicht 53 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf das Auftreten von täglichem Rauchen von Frauen und Männern?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | 0,063 | 0,405 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,004 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | < 0,001 | 0,012 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

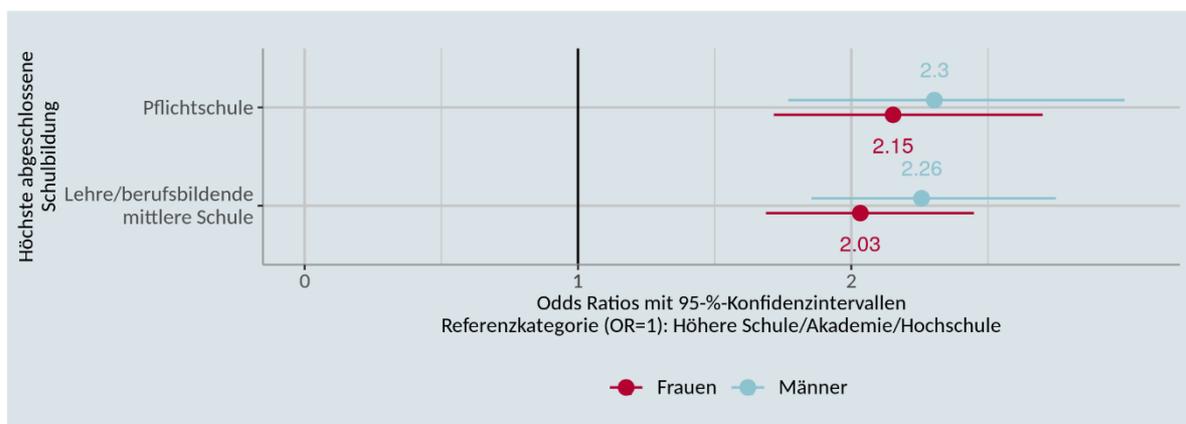
Bildung

Die Verbreitung des Rauchens variiert mit der Schulbildung. Beim Rauchverhalten zeigen sich sowohl bei Frauen wie auch bei Männern deutliche Bildungseffekte. Frauen und Männer mit niederer oder mittlerer Schulbildung rauchen signifikant häufiger täglich als höher gebildete.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Häufigkeit von täglichem Rauchen ist, zeigen die in Abbildung 20 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die

Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf das tägliche Rauchen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 20 Tägliches Rauchen 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

So ist die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, für Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss bzw. mit abgeschlossener Lehre oder berufsbildender mittlerer Schule 2,3-mal so hoch wie für Männer mit höherer Ausbildung (mindestens Matura). Frauen mit Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten eine 2,2-fache Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen. Bei Frauen mit Abschluss einer Lehre/BMS beträgt dieser Faktor 2,1.

Auch die univariaten Vergleiche der einzelnen Bildungskategorien in Übersicht 54 zeigen, dass die Prävalenz täglichen Rauchens mit steigendem Bildungsniveau weniger verbreitet ist. Im Vergleich der unterschiedlichen Bildungsstufen greifen Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss bzw. Lehre/BMS am häufigsten täglich zur Zigarette (35,5 % bzw. 27,5 %). Weitaus geringer ist die Raucherquote (tägliches Rauchen) bei Männern mit höherer Ausbildung (14,3 %). Auch bei Frauen mit niedriger bzw. mittlerer Schulbildung (25,9 % bzw. 21,6 %) liegt der Raucherinnenanteil deutlich über jenem von Frauen, die eine höhere Schule bzw. eine Hochschule abgeschlossen haben (12,2 %).

Zur besseren Einschätzung der Risikogruppe ist ein Blick auf die Raucherquoten nach Alter und Schulbildung sinnvoll. Mit Abstand am häufigsten rauchen 30- bis 44-jährige Männer und Frauen mit Pflichtschulabschluss (58,0 % bzw. 37,6 %). Ebenfalls sehr hohe Raucherquoten von rund 40 % finden sich bei Männern zwischen 30 und 44 Jahren mit mittlerer Schulbildung und bei jenen zwischen 45 und 59 Jahren mit niedriger Schulbildung. Bei den Frauen haben außerdem die 45- bis 59-Jährigen mit höchstens Pflichtschulabschluss eine hohe Raucherquote mit 34,3 %. Höher Gebildete haben in allen Altersgruppen die niedrigsten Raucherquoten, wobei die Bildungsunterschiede ab 60 Jahren geringer werden – das gilt für Frauen gleichermaßen wie für Männer.

Übersicht 54 Tägliches Rauchen 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 22,8 | 25,2 | 32,3 | 26,1 | 14,9 | 3,8 |
| Pflichtschule | 35,5 | 35,0 | 58,0 | 43,9 | 15,8 | 2,3 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 27,5 | 36,0 | 40,0 | 27,8 | 15,0 | 4,8 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 14,3 | 13,4 | 18,4 | 16,2 | 13,9 | 3,3 |
| Frauen | 17,9 | 16,8 | 22,5 | 23,3 | 14,7 | 2,6 |
| Pflichtschule | 25,9 | 22,7 | 37,6 | 34,3 | 17,3 | 1,8 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 21,6 | 27,1 | 27,5 | 24,5 | 14,8 | 3,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 12,2 | 8,9 | 15,5 | 16,4 | 11,3 | 3,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

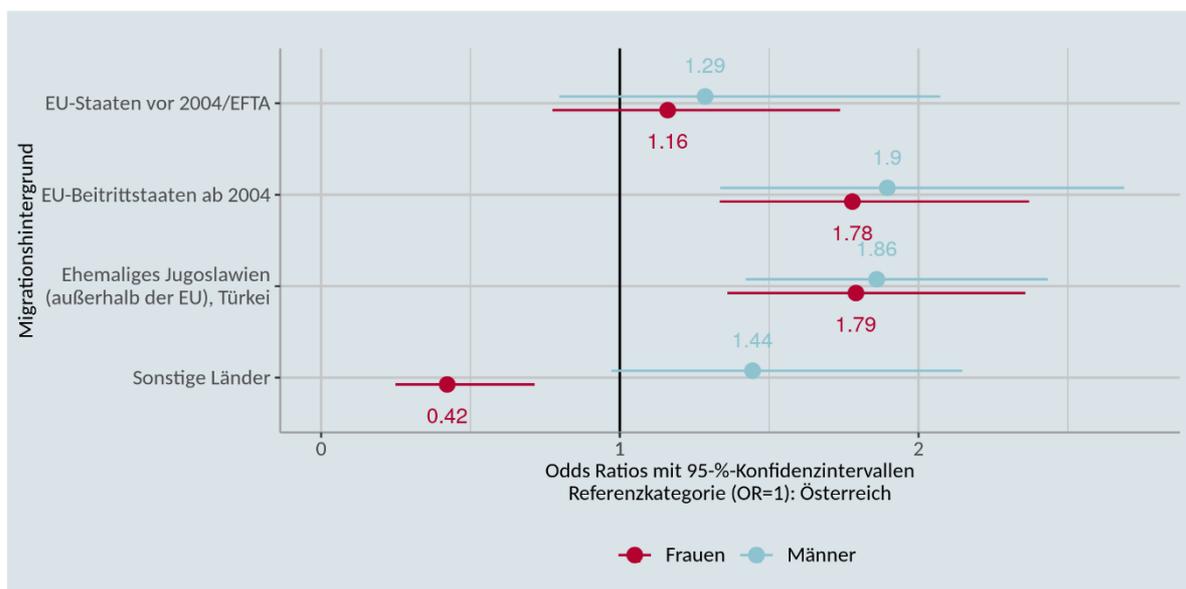
Migrationshintergrund

Generell rauchen Personen mit Migrationshintergrund häufiger täglich als Österreicher/-innen (25,4 % versus 18,7 %). Unterschiede bestehen auch bei den Personen mit Migrationshintergrund hinsichtlich des Herkunftslands.

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Häufigkeit von täglichem Rauchen ist, zeigen die in Abbildung 21 dargestellten alterskontrollierten Odds

Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf das tägliche Rauchen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

Abbildung 21 Tägliches Rauchen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens ergab eine statistisch signifikante Erhöhung für Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei sowie aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004: Unter Männern aus diesen Ländern ist das Risiko täglichen Rauchens im Vergleich zu Österreichern 1,9-mal so groß, bei Frauen beträgt dieser Faktor 1,8.

Übersicht 55 zeigt Raucherquoten nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht. Wie schon erwähnt, weisen Männer und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei sowie aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 den größten Anteil täglich Rauchender auf (Männer: rund 31 %, Frauen: rund 25 %). Dagegen rauchen jeder fünfte Österreicher sowie jede sechste Österreicherin. Unabhängig vom Migrationshintergrund sind die Raucherquoten der Männer generell höher als jene der Frauen, am höchsten sind sie in

der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen – mit Raucherquoten zwischen 28,0 % (Österreicher) und 51,0 % (EU-Beitrittsstaaten ab 2004).

Übersicht 55 Auftreten von täglichem Rauchen 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 22,8 | 25,2 | 32,3 | 26,1 | 14,9 | 3,8 |
| Österreich | 20,6 | 22,3 | 28,0 | 24,8 | 13,5 | 4,3 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 23,7 | 29,2 | 33,1 | 15,9 | 28,6 | . |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 30,9 | 34,8 | 51,0 | 28,4 | 21,6 | . |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 31,1 | 29,1 | 46,2 | 39,1 | 20,8 | . |
| Sonstige Länder | 28,3 | 37,0 | 36,6 | 29,1 | 22,9 | . |
| Frauen | 17,9 | 16,8 | 22,5 | 23,3 | 14,7 | 2,6 |
| Österreich | 16,8 | 16,9 | 20,1 | 22,2 | 13,7 | 2,3 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 19,8 | 20,9 | 14,8 | 20,8 | 30,2 | 8,0 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 25,3 | 17,4 | 39,6 | 22,9 | 28,9 | 7,1 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 25,1 | 21,6 | 31,4 | 38,6 | 18,0 | . |
| Sonstige Länder | 7,0 | 5,3 | 13,1 | 9,6 | 2,0 | . |

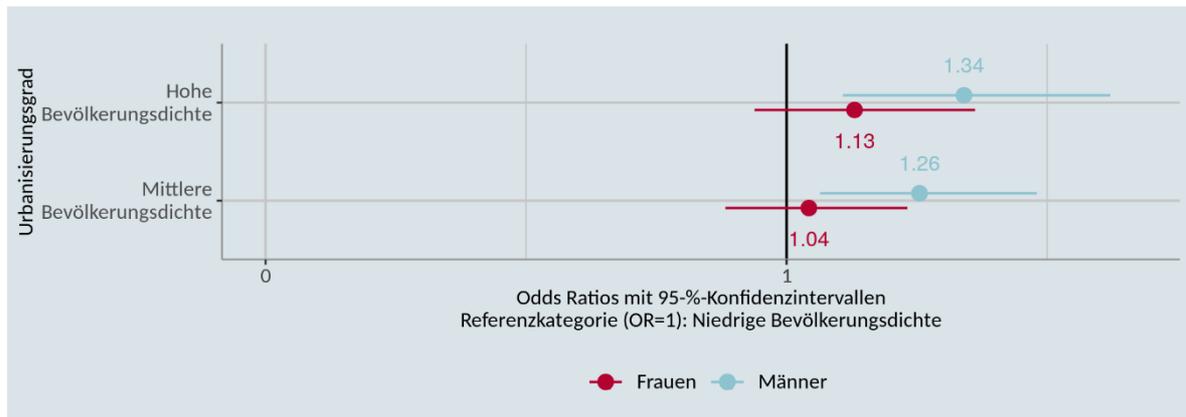
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Urbanisierungsgrad

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Häufigkeit von täglichem Rauchen ist, zeigen die in Abbildung 22 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf das tägliche Rauchen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie

mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Abbildung 22 Tägliches Rauchen 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit täglichen Rauchens ergab eine statistisch signifikante Erhöhung für Männer aus Großstädten sowie aus kleineren Städten und Vororten: Männer aus diesen Regionen haben im Vergleich zu Männern aus weniger dicht besiedelten Gebieten ein um das 1,3-Fache erhöhtes Risiko, täglich zu rauchen.

Etwa jeder vierte Mann in einem stark oder mäßig dicht besiedelten Wohnort raucht täglich, in ländlichen Gebieten greift jeder fünfte Mann täglich zur Zigarette (Übersicht 56). Bei Frauen unterscheidet sich die Raucherquote zwischen städtischen und ländlichen Regionen geringfügiger, nämlich um zwei Prozentpunkte. Dabei unterscheidet sich das Rauchverhalten der einzelnen Altersgruppen in Abhängigkeit vom Urbanisierungsgrad: Während in kleineren Städten und Vororten bereits 30,0 % der 15- bis 29-jährigen Männer täglich rauchen, sind es bei jenen aus ländlichen Gebieten 23,8 % und bei jenen aus größeren Städten 22,9 %. In der Gruppe der 30- bis 44-Jährigen dagegen ist die Raucherquote mit 36,9 % in Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte am höchsten.

Übersicht 56 Tägliches Rauchen 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Männer | 22,8 | 25,2 | 32,3 | 26,1 | 14,9 | 3,8 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 25,3 | 22,9 | 36,9 | 29,8 | 19,8 | 3,7 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 24,1 | 30,0 | 32,8 | 25,6 | 16,3 | 3,4 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 20,3 | 23,8 | 28,0 | 24,0 | 11,2 | 4,1 |
| Frauen | 17,9 | 16,8 | 22,5 | 23,3 | 14,7 | 2,6 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 18,9 | 12,9 | 23,1 | 27,4 | 18,9 | 2,0 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 17,8 | 19,2 | 20,9 | 22,0 | 14,8 | 3,4 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 17,3 | 19,0 | 23,2 | 21,1 | 11,8 | 2,5 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

4.2 Adipositas (starkes Übergewicht)

Adipositas ist ein ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem, da es ein Risikofaktor für bestimmte chronische Erkrankungen wie Typ 2 Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder bestimmte Krebserkrankungen ist. Adipositas und die damit verbundenen Folgeerkrankungen sind für das Gesundheitssystem eine erhebliche Herausforderung. Hauptursache der Adipositas ist zumeist ein ungesunder Lebensstil, welcher von sozioökonomischen, soziodemographischen und psychosozialen Faktoren beeinflusst wird.

In der Gesundheitsbefragung wurden Selbstangaben von Größe und Gewicht (ohne Kleidung und Schuhe) erhoben. Anhand dieser Angaben wurde der Body-Mass-Index (BMI) berechnet. Der BMI ist definiert als das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern. Ab einem BMI von 30,0 spricht man von Adipositas bzw. starkem Übergewicht.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

1,2 Mio. Personen ab 15 Jahren sind von Adipositas betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt für Männer und Frauen das Risiko einer Adipositas an, wobei die Prävalenz bei den Personen ab 75 Jahren wieder zurückgeht.

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden das Einkommen, die Bildung, der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad auf ihren Einfluss auf Adipositas hin untersucht (Übersicht 57). Der Effekt jeder einzelnen dieser sozioökonomischen Variablen wurde um die Effekte der übrigen drei Variablen und um Alterseffekte bereinigt. Neben der Bildung, die hochgradig mit Adipositas korreliert, sind noch der Migrationshintergrund bei Männern und der Urbanisierungsgrad bei Frauen auf einem 5%-Niveau signifikant.

Übersicht 57 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Adipositas bei Frauen und Männern?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | 0,342 | 0,101 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,013 | 0,119 |
| Urbanisierungsgrad | 0,329 | 0,005 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

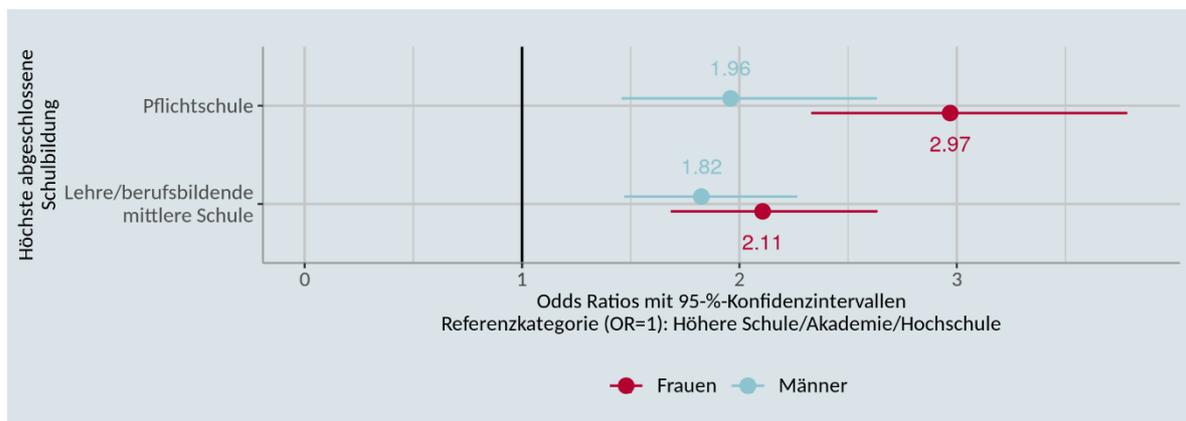
Bildung

Bildung kann dazu beitragen, bewusst einen gesunden Lebensstil zu wählen und gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden. Außerdem ist eine höhere Bildung meist Grundlage für ein höheres Einkommen, was wiederum eine umfassendere Gesundheitsfürsorge und einen gesundheitsfördernden Lebensstil ermöglicht.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Prävalenz von Adipositas ist, zeigen die in Abbildung 23 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf Adipositas, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel

„Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 23 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Die Wahrscheinlichkeit, eine Adipositas zu entwickeln, ist bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau am höchsten. Dies trifft für beide Geschlechter zu, die bildungsspezifischen Unterschiede sind bei Frauen aber wesentlich stärker ausgeprägt. Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 3,0-faches Risiko, stark übergewichtig zu sein. Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss haben ein 2,0-fach höheres Risiko als Männer der höchsten Bildungsstufe.

Adipositas kommt in der Mehrzahl der Alters- und Bildungsgruppen häufiger bei Männern als bei Frauen vor (Übersicht 58). Rund 24 % der Frauen und etwa 23 % der Männer mit Abschluss einer Pflichtschule sind adipös, bei höher gebildeten sind es 8,8 % bzw. 12,9 %. In allen Bildungsschichten steigt das Risiko einer Adipositas mit dem Alter an, bei den ab 75-Jährigen nimmt der Anteil der Adipösen wieder ab. Am stärksten von Adipositas betroffen sind wenig gebildete Männer zwischen 45 und 74 Jahren mit einer Prävalenz von knapp 31 % und wenig gebildete Frauen von 30 bis 74 Jahren mit einer Prävalenz zwischen 29 % und 31 %.

Übersicht 58 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht
(altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Männer | 17,9 | 8,6 | 17,6 | 23,1 | 23,7 | 14,4 |
| Pflichtschule | 23,3 | 9,5 | 25,0 | 30,5 | 30,7 | 16,7 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 19,9 | 11,8 | 20,9 | 25,9 | 22,9 | 14,2 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 12,9 | 5,8 | 11,4 | 14,0 | 22,0 | 10,8 |
| Frauen | 15,0 | 6,4 | 12,1 | 17,5 | 23,9 | 15,7 |
| Pflichtschule | 24,0 | 9,1 | 29,3 | 28,7 | 31,0 | 17,6 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 16,1 | 10,6 | 12,9 | 18,6 | 23,5 | 15,2 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 8,8 | 3,5 | 7,6 | 10,2 | 13,7 | 9,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Migrationshintergrund

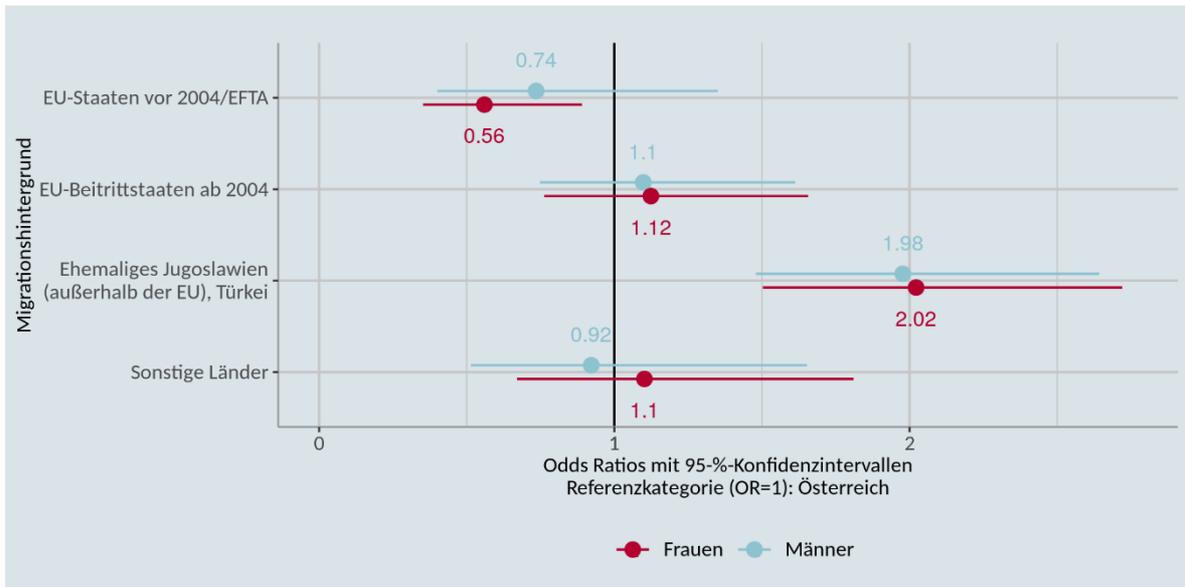
Was den Einfluss des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz von Adipositas betrifft, so zeigt die angewandte mehrfaktorielle Varianzanalyse bei Männern einen signifikanten Effekt, kein signifikanter Zusammenhang bestätigt sich bei den Frauen. (Die deskriptive Textanalyse beschränkt sich deshalb auch auf Männer.)

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz von Adipositas ist, zeigen die in Abbildung 24 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf Adipositas, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

Für den Einfluss des Migrationshintergrunds auf das Auftreten von Adipositas zeigt sich nur für Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Länder) bzw. der Türkei ein

signifikanter Effekt: Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit einer Adipositas im Vergleich zu österreichischen Männern um das Doppelte erhöht.

Abbildung 24 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Wie in Übersicht 59 ersichtlich, ist mehr als jeder vierte Mann aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei stark übergewichtig. Besonders häufig sind in dieser Bevölkerungsgruppe Männer zwischen 60 und 74 Jahren betroffen (46,6 %). Wesentlich seltener kommt Adipositas bei Männern aus der Gruppe „EU-Staaten vor 2004/EFTA“ vor (13,5 %). Unter Österreichern wurde eine Adipositasprävalenz von 17,0 % verzeichnet.

Übersicht 59 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 17,9 | 8,6 | 17,6 | 23,1 | 23,7 | 14,4 |
| Österreich | 17,0 | 8,7 | 16,0 | 22,1 | 22,8 | 13,2 |

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Ins- gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 13,5 | 13,2 | 11,2 | 14,0 | 10,4 | 23,7 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 17,3 | 4,0 | 16,2 | 33,0 | 12,7 | 18,7 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 28,0 | 12,7 | 28,7 | 36,7 | 46,6 | 2,1 |
| Sonstige Länder | 15,3 | 1,2 | 23,4 | 12,2 | 20,4 | 21,7 |
| Frauen | 15,0 | 6,4 | 12,1 | 17,5 | 23,9 | 15,7 |
| Österreich | 14,3 | 6,4 | 11,5 | 16,4 | 22,5 | 16,1 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 9,4 | 2,3 | 6,6 | 7,6 | 21,5 | 11,5 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 15,2 | 6,0 | 9,6 | 21,5 | 24,7 | 14,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 26,1 | 9,4 | 16,6 | 34,2 | 50,3 | 17,2 |
| Sonstige Länder | 12,0 | 3,4 | 15,8 | 14,6 | 17,1 | 5,0 |

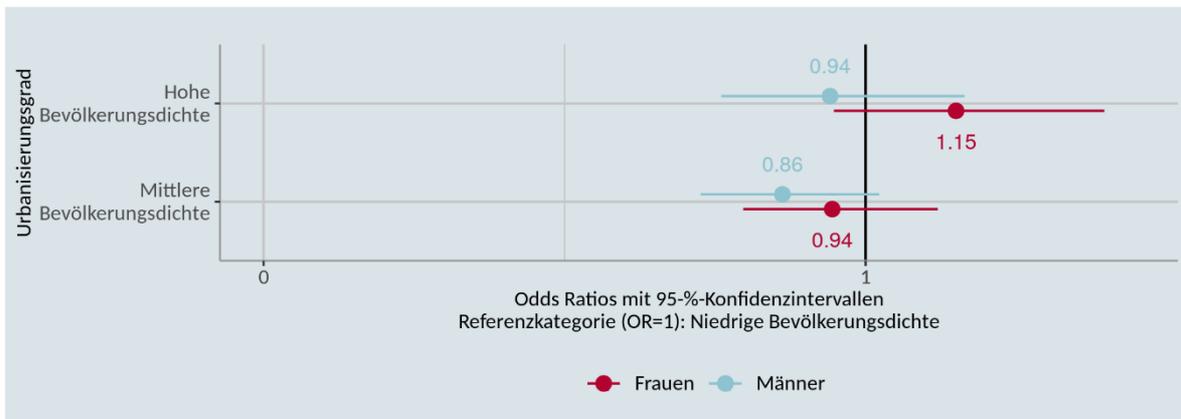
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Urbanisierungsgrad

Was den Einfluss des Urbanisierungsgrads auf die Prävalenz von Adipositas betrifft, so zeigt die angewandte mehrfaktorielle Varianzanalyse bei Frauen einen signifikanten Effekt. Kein signifikanter Zusammenhang bestätigte sich bei den Männern. (Die deskriptive Textanalyse beschränkt sich deshalb auch auf Frauen.)

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Prävalenz von Adipositas ist, zeigen die in Abbildung 25 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf Adipositas, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Abbildung 25 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Das Auftreten von starkem Übergewicht unterscheidet sich in Hinblick auf den Urbanisierungsgrad nur geringfügig. Frauen, die in größeren Städten wohnen, haben verglichen mit Frauen in ländlichen Gebieten ein um den Faktorwert 1,15 erhöhtes Adipositasrisiko.

Der Anteil stark übergewichtiger Frauen liegt in Regionen hoher Bevölkerungsdichte bei 16,5 %, mit niedriger Bevölkerungsdichte bei 14,7 % und mit mittlerer Bevölkerungsdichte bei 13,9 % (Übersicht 60). Unabhängig vom Verstädterungsgrad steigt die Prävalenz von Adipositas mit fortschreitendem Alter und geht erst in der Altersgruppe „75+ Jahre“ wieder zurück. Am größten ist der Anteil adipöser Frauen unter den 60- bis 74-Jährigen in städtischen Gebieten (28,0 %).

Übersicht 60 Häufigkeit von Adipositas 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 17,9 | 8,6 | 17,6 | 23,1 | 23,7 | 14,4 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 18,3 | 7,8 | 17,4 | 22,9 | 27,2 | 14,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 16,7 | 9,6 | 15,9 | 22,2 | 19,3 | 14,7 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 18,8 | 8,9 | 19,3 | 24,1 | 24,8 | 14,0 |

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|
| Frauen | 15,0 | 6,4 | 12,1 | 17,5 | 23,9 | 15,7 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 16,5 | 5,8 | 13,7 | 19,9 | 28,0 | 14,3 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 13,9 | 7,1 | 10,8 | 17,8 | 20,3 | 13,5 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 14,7 | 6,8 | 11,6 | 15,5 | 23,8 | 18,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

4.3 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität hat eine positive Auswirkung auf Gesundheit und Lebensqualität. Dagegen erhöht körperliche Inaktivität das Risiko chronischer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Brust- oder Darmkrebs.

Die WHO gibt Empfehlungen für das Ausmaß körperlicher Aktivität vor und unterscheidet dabei zwischen „Ausdaueraktivitäten“ und „Aktivitäten zur Muskelkräftigung“. Erwachsene sollten demnach mindestens 150 Minuten pro Woche zumindest mäßig anstrengende Ausdaueraktivitäten ausüben, die eine erhöhte Atem- und Herzfrequenz erzeugen und über einen Zeitraum von mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt werden (wie Radfahren, Joggen, Fußballspielen oder Schwimmen). Zudem sollten an mindestens zwei Tagen in der Woche Aktivitäten zur Muskelkräftigung durchgeführt werden.

Auf Basis der Angaben in der Gesundheitsbefragung 2019 konnte die Einhaltung der Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei Erwachsenen ermittelt werden. Da sich diese Bewegungsempfehlungen an die Bevölkerung von 18 bis 64 Jahren richten, ist auch die nachfolgende Analyse auf diese Altersgruppe beschränkt.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Beinahe die Hälfte der Bevölkerung in Österreich (im Alter von 18 bis 64 Jahren) entspricht in Bezug auf die Ausdaueraktivität der Empfehlung der WHO. Fast jede dritte Person führt zumindest zweimal in der Woche Übungen zur Muskelkräftigung aus. Beide Kriterien erfüllt rund ein Viertel aller Personen. Die jüngere Bevölkerung ist häufiger ausreichend

aktiv, mit zunehmendem Alter werden seltener die Empfehlungen der WHO bezüglich körperlicher Aktivität erreicht.

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden das Einkommen, die Bildung, der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad auf ihren Einfluss auf das Ausmaß körperlicher Aktivität in der Freizeit hin untersucht (Übersicht 61). Der Effekt jeder einzelnen dieser sozioökonomischen Variablen wurde um die Effekte der übrigen drei Variablen und um Alterseffekte bereinigt. Einkommen und Bildung korrelieren hochgradig mit allen drei Indikatoren zur körperlichen Aktivität (auf einem Signifikanzniveau von $p < 0,001$). Bei der Ausdaueraktivität traf das auch auf den Migrationshintergrund zu, bei der Muskelkräftigungsaktivität bestätigte sich dieser Zusammenhang auf einem 5%-Signifikanzniveau nur bei Männern. Auf die „kombinierte“ Ausführung von Ausdauer- und Muskelaktivitäten hat der Migrationshintergrund wieder bei beiden Geschlechtern einen signifikanten Einfluss. Hinsichtlich des Urbanisierungsgrads besteht nur mit der Muskelkräftigungsaktivität von Männern ein statistisch gesicherter Zusammenhang.

Übersicht 61 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die körperliche Aktivität in der Freizeit (Ausdaueraktivität, Muskelkräftigung) von Frauen und Männern?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|---|---------------|---------------|
| Ausdaueraktivität | | |
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,860 | 0,138 |
| Muskelkräftigungsaktivität | | |
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,029 | 0,072 |
| Urbanisierungsgrad | 0,012 | 0,100 |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | | |
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |

| | | |
|-----------------------|---------|---------|
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,013 | 0,007 |
| Urbanisierungsgrad | 0,081 | 0,130 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Einkommen

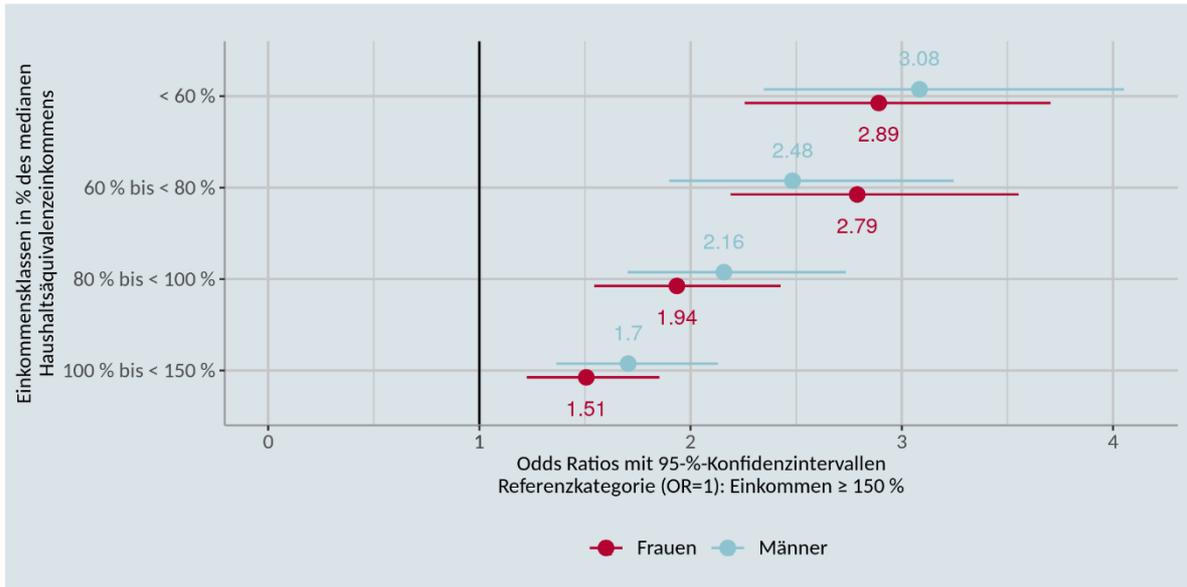
Das Einkommen hat einen wichtigen Einfluss auf die soziale Integration und die soziokulturelle Teilhabe jedes Einzelnen. Studien belegen, dass einkommensarme Menschen eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen neigen, etwa durch mangelnde körperliche Aktivität oder eine ungesunde Ernährungsweise.

Wie stark der Effekt des Einkommens auf das Ausmaß körperlicher **Inaktivität** ist, zeigen die in Abbildung 26 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die körperliche Inaktivität, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „≥ 150 % des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

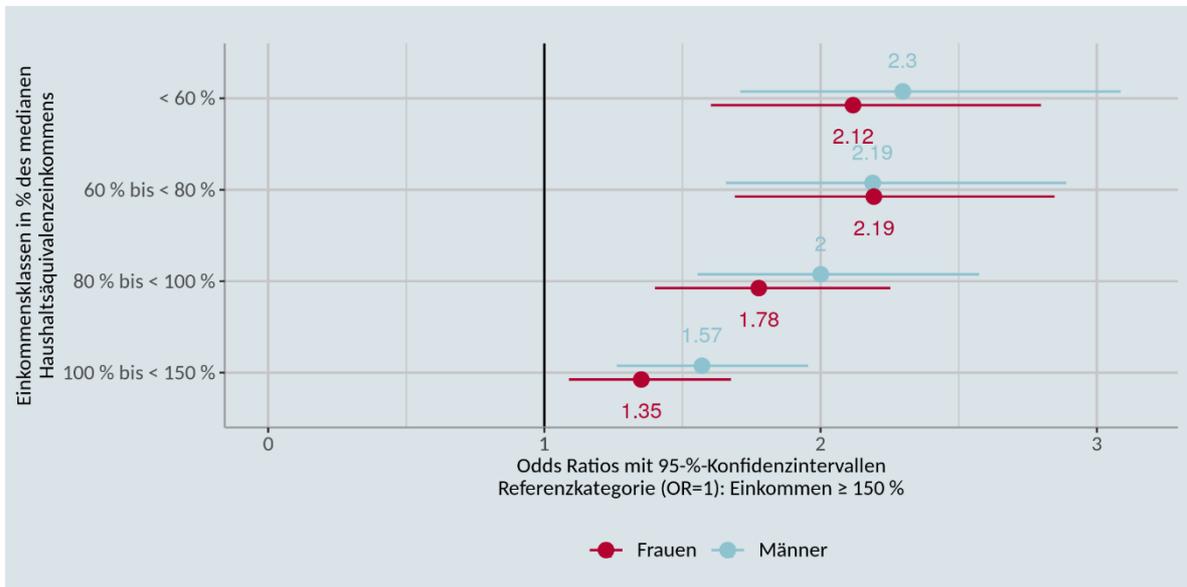
Die Berechnung der Wahrscheinlichkeit der sportlichen Inaktivität für die einzelnen Einkommensgruppen im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe zeigt ein zunehmendes Risiko sportlicher Inaktivität, je geringer das Einkommen ist. Dies trifft bei Männern und Frauen sowohl in Hinblick auf die Empfehlung für die Ausdaueraktivitäten als auch auf die Empfehlung für den Muskelaufbau zu. Am größten sind die Effekte in der untersten Einkommenskategorie: Im Vergleich zu finanziell sehr gut gestellten Personen ist hier das Risiko von nicht ausreichender Ausdaueraktivität um den Faktorwert 3,1 (Männer) bzw. 2,9 (Frauen) erhöht. Etwas geringer, aber dennoch erhöht, ist das Risiko eines nicht ausreichenden Muskeltrainings (für Männer um den Faktor 2,3, für Frauen um den Faktor 2,1). Die Wahrscheinlichkeit, beide WHO-Kriterien nicht zu erfüllen, ist bei Männern und Frauen der prekären Wohlstandsgruppe sowie bei Männern mit niedrigem Einkommen 2,6-mal so hoch wie bei Personen mit dem höchsten Haushaltseinkommen.

Abbildung 26 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)

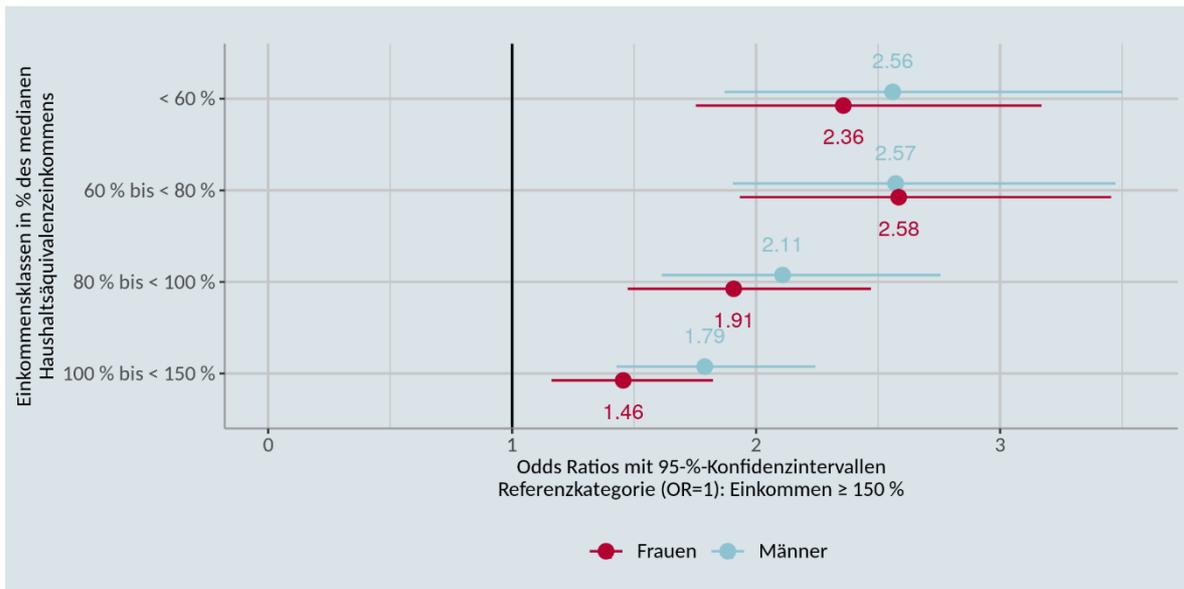
Ausdauer



Muskelkräftigung



Ausdauer und Muskelkräftigung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übersicht 62 und Übersicht 63 zeigen die altersstandardisierten Anteile jener Personen, die die Bewegungsempfehlungen der WHO einhalten. Deutlich wird, dass sich bei den Ausdaueraktivitäten stärkere Unterschiede in Abhängigkeit vom Einkommen zeigen als bei der Muskelkräftigung, und zwar sowohl unter Männern als auch unter Frauen. So gab gut ein Drittel der Männer mit niedrigem Haushaltseinkommen an, ausreichend Ausdauersport zu betreiben, während es bei Männern der höchsten Einkommensstufe beinahe doppelt so viele sind (61,4 %). Bei den Frauen sind die Unterschiede ähnlich (33,1 % respektive 58,8 %). Was den Kraftaufbau angeht, betreiben 22,3 % der Frauen und 25,9 % der Männer mit niedrigem Haushaltseinkommen ausreichend Muskeltraining, in der höheren Einkommensgruppe sind es 38,7 % bzw. 43,6 %. Nur rund 15 % der Frauen bzw. knapp ein Fünftel der Männer der untersten Einkommensstufe sind bezogen auf beide WHO-Empfehlungen ausreichend körperlich aktiv. Deutlich häufiger erfüllen Frauen und Männer der höchsten Einkommensgruppe beide Kriterien (31,0 % bzw. 37,4 %).

In den einzelnen Altersstufen sind unterschiedliche Einkommenseffekte zu beobachten. Am häufigsten sportlich aktiv sind in (fast) allen Einkommensstufen junge Männer und Frauen (18 bis 29 Jahre), mit geringeren Unterschieden zwischen den Einkommensklassen als in den übrigen Altersgruppen. Mit dem Alter nimmt der Anteil der sportlich Aktiven in allen Einkommensgruppen ab (Ausnahmen sind die 60- bis 64-jährigen Frauen und die

über 75-jährigen Männer, hier ist wieder eine leichte Zunahme körperlicher Betätigung zu verzeichnen).

Übersicht 62 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Ausdaueraktivität | 48,2 | 56,4 | 47,7 | 44,4 | 43,5 |
| < 60 % | 34,0 | 60,0 | 31,1 | 23,2 | 18,8 |
| 60 % bis < 80 % | 41,3 | 42,3 | 45,6 | 37,3 | 37,7 |
| 80 % bis < 100 % | 44,4 | 59,1 | 42,1 | 36,6 | 43,9 |
| 100 % bis < 150 % | 50,5 | 56,1 | 51,9 | 47,5 | 43,1 |
| ≥ 150 % | 61,4 | 63,4 | 60,7 | 61,7 | 57,7 |
| Muskelkräftigungsaktivität | 33,0 | 45,5 | 32,0 | 27,1 | 26,8 |
| < 60 % | 25,9 | 40,6 | 26,2 | 18,4 | 15,9 |
| 60 % bis < 80 % | 27,5 | 38,6 | 26,6 | 21,4 | 25,1 |
| 80 % bis < 100 % | 29,3 | 46,4 | 27,9 | 19,6 | 26,5 |
| 100 % bis < 150 % | 34,2 | 48,9 | 33,6 | 28,4 | 21,3 |
| ≥ 150 % | 43,6 | 51,2 | 42,3 | 40,4 | 41,3 |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | 26,1 | 35,9 | 26,2 | 21,0 | 20,5 |
| < 60 % | 19,3 | 33,3 | 20,2 | 12,0 | 8,0 |
| 60 % bis < 80 % | 20,3 | 22,9 | 23,3 | 16,1 | 18,7 |
| 80 % bis < 100 % | 23,4 | 38,7 | 21,9 | 14,8 | 21,8 |
| 100 % bis < 150 % | 26,4 | 37,9 | 26,5 | 21,4 | 16,3 |
| ≥ 150 % | 37,4 | 44,5 | 37,5 | 33,8 | 32,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übersicht 63 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Frauen 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Ausdaueraktivität | 45,2 | 51,9 | 42,0 | 43,7 | 45,6 |
| < 60 % | 33,1 | 47,2 | 31,3 | 29,0 | 20,2 |
| 60 % bis < 80 % | 35,3 | 45,0 | 34,4 | 30,7 | 30,8 |
| 80 % bis < 100 % | 43,6 | 48,4 | 42,3 | 42,4 | 41,2 |
| 100 % bis < 150 % | 49,5 | 57,1 | 43,9 | 48,4 | 53,9 |
| ≥ 150 % | 58,8 | 55,3 | 58,9 | 59,3 | 64,6 |
| Muskelkräftigungsaktivität | 28,6 | 35,4 | 26,3 | 25,8 | 29,5 |
| < 60 % | 22,3 | 31,8 | 21,6 | 18,8 | 14,1 |
| 60 % bis < 80 % | 22,6 | 33,6 | 19,4 | 18,0 | 23,7 |
| 80 % bis < 100 % | 25,9 | 32,9 | 23,3 | 24,7 | 22,6 |
| 100 % bis < 150 % | 31,5 | 39,8 | 28,0 | 29,4 | 31,5 |
| ≥ 150 % | 38,7 | 37,9 | 41,9 | 32,2 | 51,4 |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | 21,3 | 28,4 | 19,3 | 18,2 | 22,0 |
| < 60 % | 15,4 | 27,3 | 15,5 | 9,8 | 6,5 |
| 60 % bis < 80 % | 15,2 | 25,5 | 10,5 | 13,1 | 14,0 |
| 80 % bis < 100 % | 19,2 | 26,9 | 18,5 | 16,5 | 12,9 |
| 100 % bis < 150 % | 23,5 | 31,8 | 19,6 | 20,9 | 26,2 |
| ≥ 150 % | 31,0 | 27,1 | 35,4 | 25,5 | 43,7 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

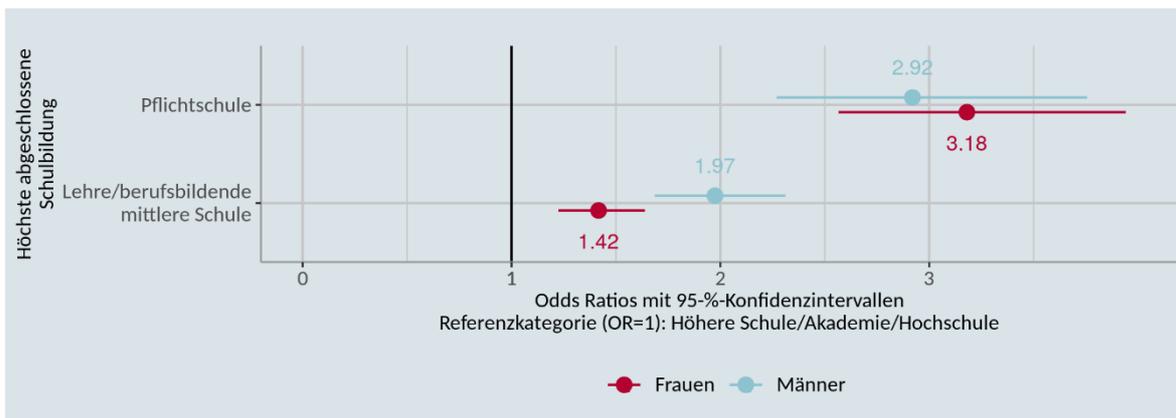
Bildung

Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit und auch auf die Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren.

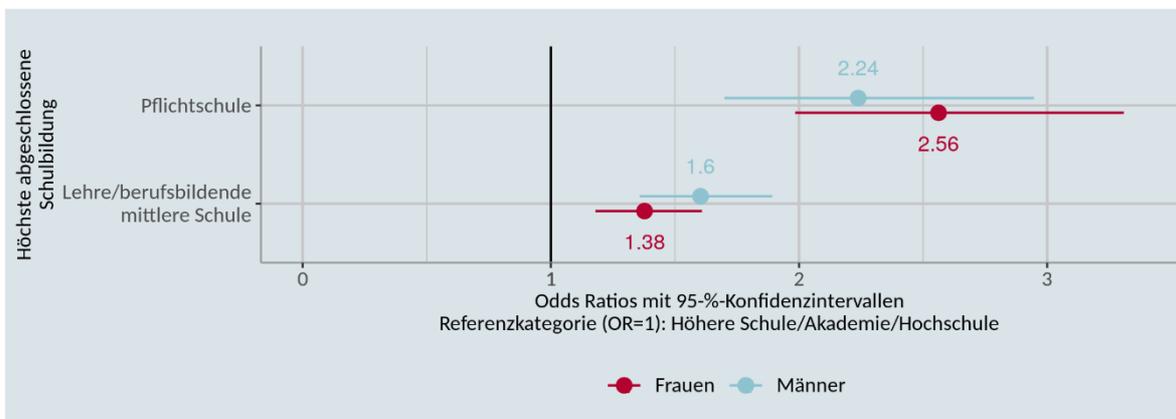
Wie stark der Effekt der Bildung auf das Ausmaß körperlicher **Inaktivität** ist, zeigen die in Abbildung 27 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die körperliche Inaktivität, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 27 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)

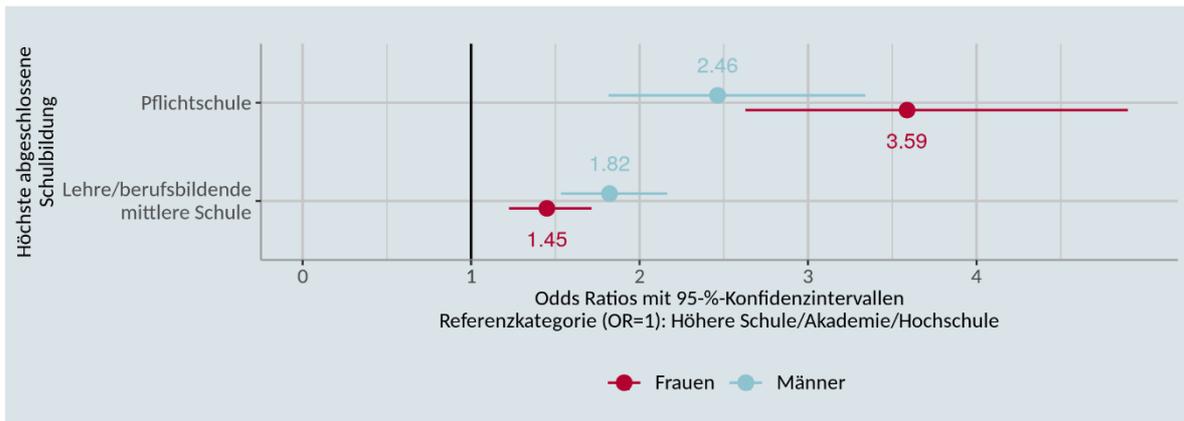
Ausdauer



Muskelkräftigung



Ausdauer und Muskelkräftigung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Die Odds Ratios zeigen die Wahrscheinlichkeit sportlicher Inaktivität im Vergleich zur höchsten Bildungsstufe. Die Bildung wirkt sich auf die Umsetzung der Empfehlung zur Ausdaueraktivität stärker aus als auf die Einhaltung der Empfehlung zu den Kräftigungsübungen. Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten eine 2,9-fach so hohe Wahrscheinlichkeit, Ausdauer nicht ausreichend zu trainieren; bezogen auf Übungen zum Muskelaufbau liegt der Faktor bei 2,2 und bezogen auf beide Kriterien bei 2,5. Bei Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss ist das Risiko sportlicher Inaktivität im Vergleich zu höher gebildeten Frauen noch stärker ausgeprägt: Die Odds Ratios liegen für die Ausdauer bei 3,2, für die Muskelkräftigung bei 2,6 und für beide Empfehlungen (sowohl Ausdauer als auch Muskelaufbau) bei 3,6.

Übersicht 64 und Übersicht 65 zeigen die Anteile jener Frauen und Männer in den einzelnen Bildungs- bzw. Altersgruppen, die die Bewegungsempfehlungen der WHO einhalten (jeweils für Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität getrennt und kombiniert). Die Empfehlung der WHO, pro Woche mindestens 150 Minuten Ausdauersport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit auszuüben, erfüllen fünf von zehn Frauen und sechs von zehn Männern mit höherer Schulbildung, jedoch nur 28,7 % der Männer und 23,9 % der Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss. Über alle Bildungsgruppen wird Muskeltraining etwas seltener in ausreichendem Maße ausgeübt als Ausdaueraktivitäten, die bildungsspezifischen Unterschiede finden sich aber auch hier. Während jeder fünfte Mann mit höchstens Pflichtschulabschluss das WHO-Kriterium zur Muskelkräftigung erfüllt, sind es bei den Männern mit höchstem Bildungsabschluss 40 %. Die Vergleichswerte bei den Frauen liegen bei 16,9 % (höchstens Pflichtschule) bzw. 33,9 % (Höhere Schule/Akademie/Hochschule).

Die bildungsspezifischen Unterschiede hinsichtlich ausreichender körperlicher Aktivität verstärken sich mit dem Alter (Ausnahme Ausdauersport bei den Frauen – hier unterscheidet sich die Prävalenz schon bei der jungen Bevölkerung um 32 Prozentpunkte). Am häufigsten körperlich aktiv ist die höher gebildete junge Bevölkerung – 43,5 % der Männer und 34,3 % der Frauen dieser Personengruppe erfüllen beide WHO-Kriterien.

Übersicht 64 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ausdaueraktivität | 48,2 | 56,4 | 47,7 | 44,4 | 43,5 |
| Pflichtschule | 28,7 | 47,5 | 26,4 | 20,2 | 21,6 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 43,1 | 48,9 | 39,4 | 42,5 | 44,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 59,4 | 62,4 | 62,0 | 57,5 | 50,2 |
| Muskelkräftigungsaktivität | 33,0 | 45,5 | 32,0 | 27,1 | 26,8 |
| Pflichtschule | 20,5 | 36,8 | 18,3 | 11,6 | 20,0 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 30,0 | 40,2 | 28,0 | 26,0 | 26,5 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 40,3 | 52,5 | 39,7 | 35,4 | 30,5 |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | 26,1 | 35,9 | 26,2 | 21,0 | 20,5 |
| Pflichtschule | 14,9 | 26,3 | 14,2 | 7,4 | 15,7 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 22,4 | 29,5 | 20,6 | 19,7 | 20,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 33,7 | 43,5 | 35,0 | 28,9 | 22,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übersicht 65 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Frauen 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, körperliche Aktivität | Ins- gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Ausdaueraktivität | 45,2 | 51,9 | 42,0 | 43,7 | 45,6 |
| Pflichtschule | 23,9 | 29,7 | 14,2 | 26,2 | 35,1 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 43,8 | 44,3 | 41,2 | 45,2 | 47,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 52,4 | 61,4 | 48,5 | 49,7 | 53,2 |
| Muskelkräftigungsaktivität | 28,6 | 35,4 | 26,3 | 25,8 | 29,5 |
| Pflichtschule | 16,9 | 32,1 | 11,6 | 11,4 | 17,8 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 26,9 | 29,0 | 25,4 | 25,8 | 31,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 33,9 | 40,1 | 30,0 | 32,3 | 38,1 |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | 21,3 | 28,4 | 19,3 | 18,2 | 22,0 |
| Pflichtschule | 8,6 | 17,2 | 4,1 | 6,3 | 11,3 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 19,7 | 22,2 | 18,1 | 18,7 | 22,8 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 26,5 | 34,3 | 23,5 | 22,8 | 31,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Migrationshintergrund

Bisherige Forschungsergebnisse belegen, dass zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund und auch innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund deutliche Unterschiede im Bewegungs- und Ernährungsverhalten bestehen. Die ANOVA hat ergeben, dass auch in Österreich der Migrationshintergrund sowohl unter Männern als auch unter Frauen (mit Ausnahme des Muskeltrainings, daher beschränkt sich die deskriptive Textanalyse in diesem Fall auf die Männer) einen signifikanten Einfluss auf das Maß an körperlicher Aktivität hat.

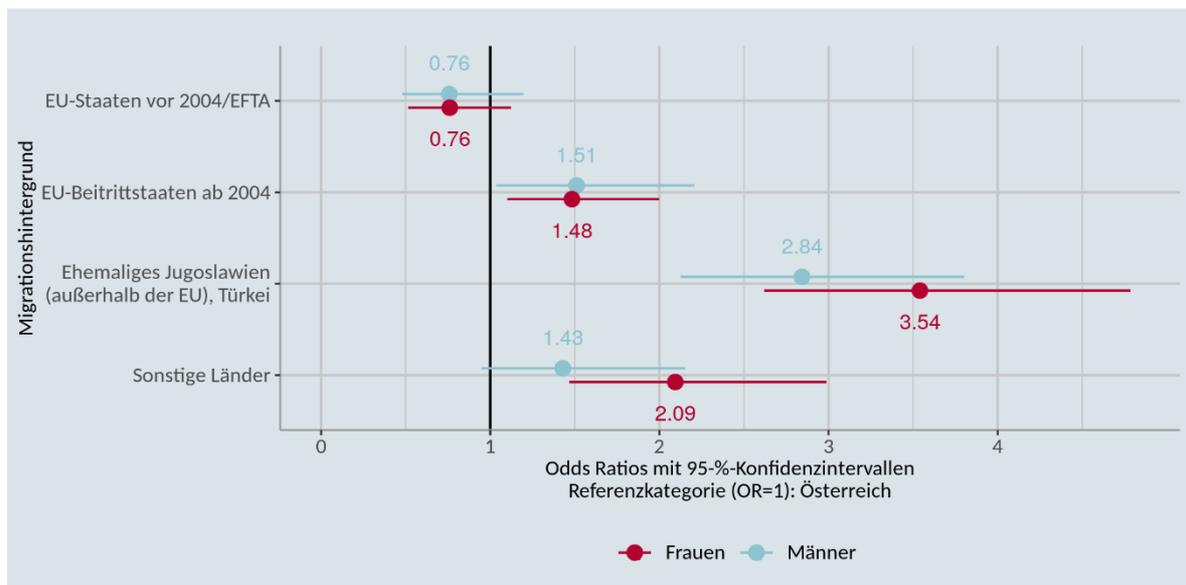
Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf das Ausmaß körperlicher **Inaktivität** ist, zeigen die in Abbildung 28 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die körperliche

Inaktivität, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

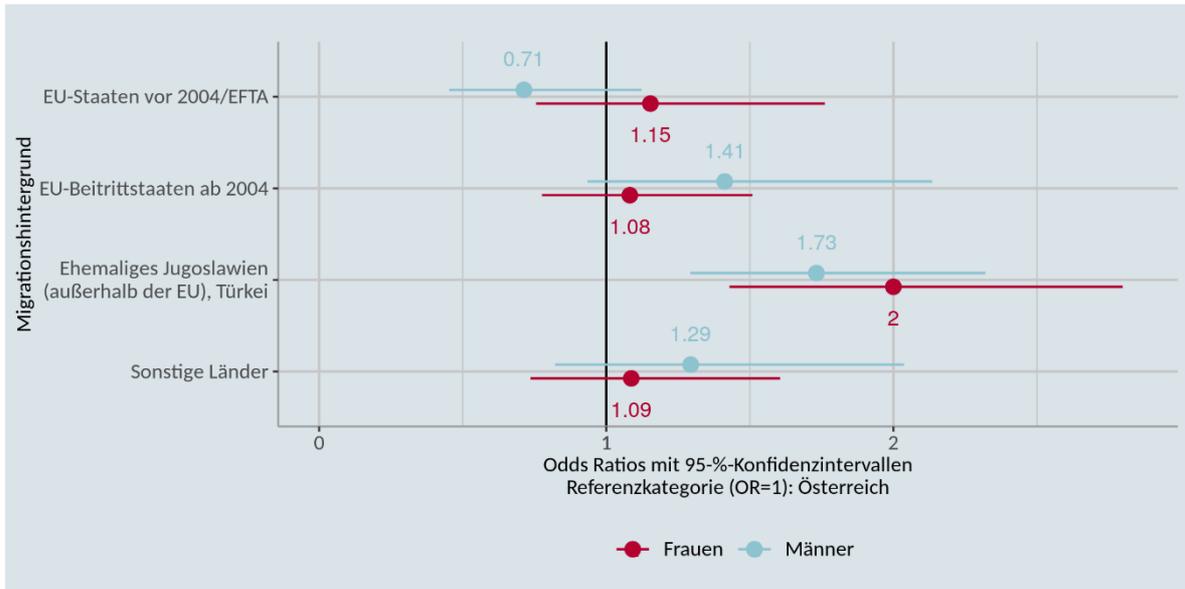
Die Analyse sportlicher Inaktivität in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund zeigt vor allem für Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) bzw. der Türkei ein erhöhtes Risiko im Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Männer aus diesen Ländern haben eine 2,8-fache, Frauen eine 3,5-fache Wahrscheinlichkeit einer nicht ausreichenden Ausdaueraktivität. Was die Muskelkräftigung betrifft, ist das Risiko, die WHO-Empfehlung nicht zu erreichen, für Männer aus diesen Herkunftsregionen auf das 1,7-Fache erhöht (im Vergleich zu Österreichern). Auch das Nichterfüllen beider Grenzwerte ist bei Männern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei wahrscheinlicher (OR 2,2 bzw. 2,6).

Abbildung 28 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)

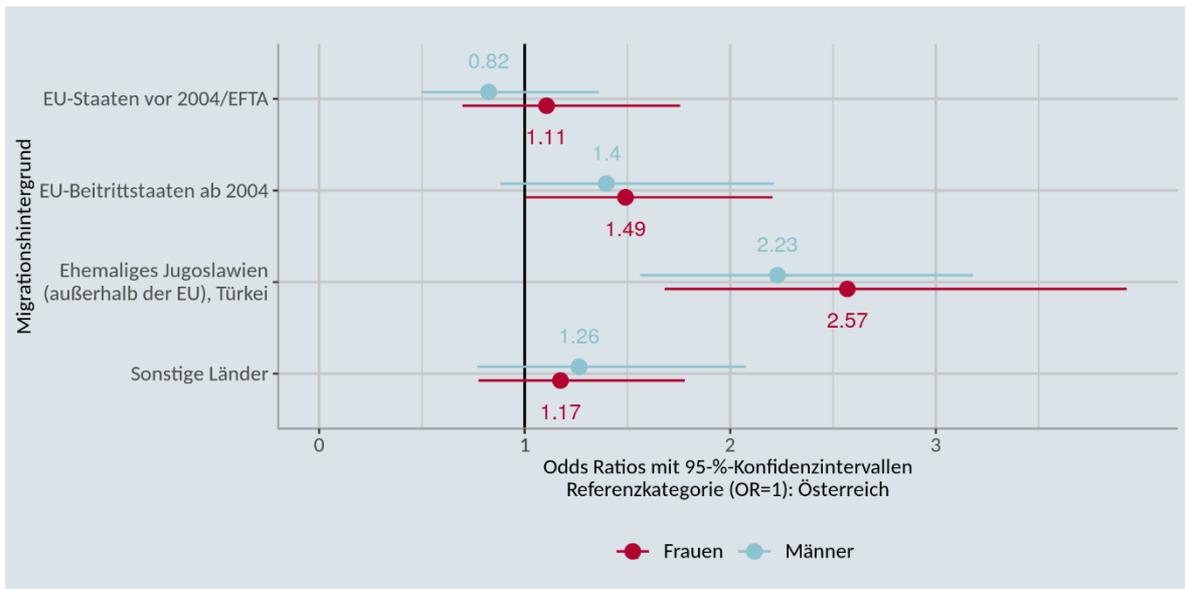
Ausdauer



Muskelkräftigung



Ausdauer und Muskelkräftigung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

In Übersicht 66 und Übersicht 67 sind die Prävalenzen körperlicher Aktivität in der Freizeit nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt. Wie schon die Odds Ratios gezeigt haben, werden die Empfehlungen der WHO am seltensten von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien außerhalb der EU oder der Türkei erreicht. Während jeder vierte Mann und jede fünfte Frau dieser Migrationsgruppe ausreichend Ausdauersport macht, trifft dies auf jede zweite Person ohne Migrationshintergrund zu. Der höchste Anteil an

Personen, die derartige Fitnessaktivitäten ausreichend ausüben, findet sich unter Personen aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. EFTA-Staaten (59,1 % der Männer und 55,1 % der Frauen).

Hinsichtlich der Empfehlung zur Muskelkräftigung sind die Unterschiede nach Migrationshintergrund geringer, die Prävalenzen liegen zwischen 21,5 % bei Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. Türkei und 43,7 % bei jenen aus den EU-Staaten vor 2004 bzw. EFTA-Staaten. Dementsprechend sind auch bei der Erfüllung beider WHO-Empfehlungen Männer und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien bzw. der Türkei am wenigsten ausreichend körperlich aktiv.

Am häufigsten sind junge Männer (18 bis 29 Jahre) und Frauen zwischen 30 und 44 Jahren aus den EU-Staaten vor 2004/EFTA-Staaten ausreichend sportlich aktiv – 42,9 % bzw. 35,0 % erreichen die Empfehlungen zur Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität.

Übersicht 66 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ausdaueraktivität | 48,2 | 56,4 | 47,7 | 44,4 | 43,5 |
| Österreich | 51,4 | 57,0 | 52,1 | 47,8 | 48,5 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 59,1 | 69,4 | 59,4 | 56,9 | 41,5 |
| EU-Beitrittsstaaten 2004 | 42,5 | 68,3 | 40,2 | 33,2 | 20,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 25,2 | 41,5 | 29,4 | 16,4 | 2,3 |
| Sonstige Länder | 41,0 | 61,9 | 36,5 | 36,9 | 21,1 |
| Muskelkräftigungsaktivität | 33,0 | 45,5 | 32,0 | 27,1 | 26,8 |
| Österreich | 34,6 | 45,1 | 34,9 | 28,8 | 28,3 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 43,7 | 54,1 | 37,3 | 46,0 | 33,5 |
| EU-Beitrittsstaaten 2004 | 26,9 | 40,4 | 27,8 | 20,0 | 15,6 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 21,5 | 49,6 | 18,5 | 7,7 | 12,1 |
| Sonstige Länder | 30,9 | 41,1 | 24,7 | 29,9 | 31,7 |

| Migrationshintergrund, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | 26,1 | 35,9 | 26,2 | 21,0 | 20,5 |
| Österreich | 28,0 | 37,2 | 28,5 | 22,6 | 22,6 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 33,7 | 42,9 | 30,4 | 30,8 | 33,5 |
| EU-Beitrittsstaaten 2004 | 20,9 | 34,5 | 23,4 | 13,7 | 5,3 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 13,5 | 30,9 | 12,7 | 5,6 | 2,3 |
| Sonstige Länder | 23,6 | 26,5 | 23,9 | 23,9 | 14,5 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Übersicht 67 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Frauen 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|---|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Ausdaueraktivität | 45,2 | 51,9 | 42,0 | 43,7 | 45,6 |
| Österreich | 49,1 | 54,9 | 47,3 | 47,0 | 49,1 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 55,1 | 61,6 | 52,2 | 58,7 | 37,8 |
| EU-Beitrittsstaaten 2004 | 36,9 | 49,6 | 37,6 | 33,5 | 15,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 21,7 | 34,6 | 16,6 | 17,9 | 22,1 |
| Sonstige Länder | 29,9 | 47,2 | 32,4 | 19,6 | 16,2 |
| Muskelkräftigungsaktivität | 28,6 | 35,4 | 26,3 | 25,8 | 29,5 |
| Österreich | 29,9 | 36,8 | 27,6 | 27,2 | 30,5 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 32,4 | 28,4 | 42,9 | 24,2 | 34,2 |
| EU-Beitrittsstaaten 2004 | 28,8 | 44,2 | 26,2 | 27,6 | 5,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 17,5 | 30,6 | 14,8 | 12,7 | 12,4 |
| Sonstige Länder | 28,3 | 33,1 | 26,0 | 21,9 | 46,3 |
| Ausdauer- und Muskelkräftigungsaktivität | 21,3 | 28,4 | 19,3 | 18,2 | 22,0 |

| Migrationshintergrund, körperliche Aktivität | Ins-gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|---|------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| Österreich | 23,0 | 30,1 | 20,9 | 20,1 | 23,4 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 26,1 | 28,4 | 35,0 | 17,8 | 18,4 |
| EU-Beitrittsstaaten 2004 | 17,8 | 32,3 | 15,8 | 13,3 | 5,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 10,9 | 19,8 | 7,6 | 8,0 | 10,7 |
| Sonstige Länder | 19,4 | 27,6 | 20,6 | 13,5 | 16,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Urbanisierungsgrad

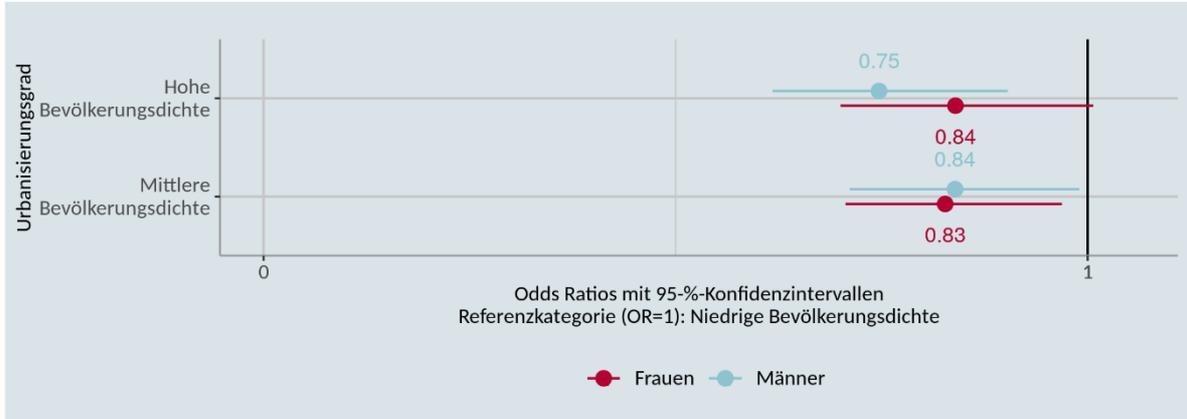
Was den Einfluss des Urbanisierungsgrads auf die Prävalenz körperlicher Aktivität in der Freizeit betrifft, so zeigt die angewandte mehrfaktorielle Varianzanalyse nur hinsichtlich der Muskelaktivität bei Männern einen signifikanten Effekt, kein signifikanter Zusammenhang bestätigte sich bei den Frauen bzw. hinsichtlich der Bewegungsaktivität in Hinblick auf Ausdauer und das Erreichen beider WHO-Empfehlungen. (Die deskriptive Textanalyse beschränkt sich deshalb auch auf Männer und Muskelaktivität.)

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf das Ausmaß körperlicher **Inaktivität** ist, zeigen die in Abbildung 29 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die körperliche Inaktivität, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Verglichen mit Männern aus ländlichen Regionen haben Männer aus Gebieten mit mittlerer oder hoher Bevölkerungsdichte ein um den Faktorwert 0,8 geringeres Risiko, die Empfehlung für ausreichende Muskelaktivität nicht zu erreichen.

Abbildung 29 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)

Muskelkräftigung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Betrachtet man die Prävalenzen zur Muskelkräftigungsaktivität (Übersicht 68), so sind die Unterschiede hinsichtlich Urbanisierungsgrad deutlich geringer als zum Beispiel bei der Bildung oder dem Migrationshintergrund – sie liegen zwischen 30,0 % bei Männern aus ländlichen Regionen und 35,9 % bei jenen aus Städten. Bei den jungen Männern (18 bis 29 Jahre) sind die Unterschiede am größten (zehn Prozentpunkte).

Übersicht 68 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Urbanisierungsgrad und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, chronische Erkrankung | Ins- gesamt | 18–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60+ Jahre |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| Muskelkräftigungsaktivität | 33,0 | 45,5 | 32,0 | 27,1 | 26,8 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 35,9 | 51,7 | 32,8 | 29,4 | 31,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 33,6 | 43,0 | 33,6 | 29,3 | 26,3 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 30,0 | 41,7 | 29,3 | 24,2 | 24,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 18 bis 64 Jahren.

5 Krankheitsprävention

Präventionsmaßnahmen werden gesetzt, um Erkrankungen zu vermeiden, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen. Dabei unterscheidet man hinsichtlich der zeitlichen Perspektive zwischen Primärprävention, wenn zum Beispiel durch Impfungen eine Krankheit vermieden werden soll, und Sekundärprävention, wenn etwa durch Früherkennungsmaßnahmen eine Erkrankung im Frühstadium entdeckt werden soll.

Hinsichtlich Primärprävention beinhaltet die Gesundheitsbefragung 2019 Fragen zur Inanspruchnahme von ausgewählten Impfungen. Dabei bezieht sich die Fragestellung auf den aufrechten Impfschutz, das bedeutet, ob nach der Grundimmunisierung eine Auffrischung in der für die jeweilige Impfung empfohlenen Zeitspanne durchgeführt wurde. Fragen zu ausgewählten Krebsvorsorgeuntersuchungen mit einer zeitlichen Einordnung der letzten Teilnahme liefern Informationen zur Sekundärprävention. Folgende Impfungen und Krebsvorsorgeuntersuchungen werden in der Analyse berücksichtigt:

- Grippeimpfung
- Tetanus-Impfung
- Diphtherie-Impfung
- Polio-Impfung
- FSME-Impfung
- Mammographie (Frauen ab 45 Jahren, Teilnahme innerhalb der letzten beiden Jahre)
- Krebsabstrich (Frauen ab 15 Jahren, Teilnahme innerhalb des letzten Jahres)
- Darmspiegelung (Bevölkerung ab 50 Jahren, Teilnahme innerhalb der letzten fünf Jahre)

5.1 Inanspruchnahme von Impfungen

Schutzimpfungen zählen zu den wirkungsvollsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen. Sie bieten den Geimpften Schutz vor schweren Infektionskrankheiten, vermeiden Krankheitskomplikationen und schwere Krankheitsverläufe. Über die individuellen gesundheitlichen Vorteile hinaus ist der Nutzen von Impfungen für die gesamte Bevölkerung abhängig von hohen Impfquoten. In Österreich gibt es keine

Pflichtimpfungen.¹⁰ Die Entscheidung, sich impfen zu lassen, bleibt individuell. Inwieweit ein Zusammenhang der Inanspruchnahme von Impfungen und soziodemographischen und -ökonomischen Determinanten besteht, zeigt die durchgeführte Varianzanalyse.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Die abgefragten Impfungen werden in unterschiedlichem Ausmaß angenommen. Am häufigsten besteht ein Impfschutz gegen Tetanus, gefolgt von FSME, Diphtherie und Polio (zwischen 74,2 % und 59,2 % der Bevölkerung ab 15 Jahren). Die Gripeschutzimpfung, die vor allem Personen ab 60 Jahren sowie schwer chronisch Kranken oder Immunsupprimierten empfohlen wird, wird seltener in Anspruch genommen (unter 60 Jahren: 5,8 %, 60 Jahre und älter: 16,2 %).

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden das Einkommen, die Bildung, der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad auf ihren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Impfungen hin untersucht (Übersicht 69). Der Effekt jeder einzelnen dieser sozioökonomischen Variablen wurde um die Effekte der übrigen drei Variablen und um Alterseffekte bereinigt. Migrationshintergrund, Einkommen und Bildung korrelieren mit der Inanspruchnahme von Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und FSME (zumeist hochgradig mit $p < 0,001$, jedenfalls auf einem 1%-Niveau). Zudem ist der Urbanisierungsgrad bei der Polio-Impfung bei Männern und Frauen und bei der FSME-Impfung bei Männern auf einem 5%-Niveau signifikant. Hinsichtlich der Grippe-Impfung wurde ein signifikanter Zusammenhang mit Bildung und Urbanisierungsgrad bei Männern und Frauen und dem Einkommen bei Männern festgestellt.

Übersicht 69 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Impfungen?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Grippe-Impfung | | |
| Einkommen | 0,002 | 0,096 |
| Bildung | 0,002 | 0,006 |

¹⁰ Der [Impfplan Österreich 2020](#) enthält alle aktuellen, nationalen Impfeempfehlungen.

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Migrationshintergrund | 0,893 | 0,489 |
| Urbanisierungsgrad | < 0,001 | 0,014 |
| Tetanus-Impfung | | |
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | 0,007 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,592 | 0,247 |
| Diphtherie-Impfung | | |
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,613 | 0,260 |
| Polio-Impfung | | |
| Einkommen | 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,001 | 0,007 |
| FSME-Impfung | | |
| Einkommen | 0,008 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | 0,004 |
| Migrationshintergrund | < 0,001 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,022 | 0,132 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Einkommen

Was den Einfluss des Einkommens auf die Inanspruchnahme von Impfungen betrifft, so zeigt die angewandte mehrfaktorielle Varianzanalyse bei Männern und Frauen einen signifikanten Effekt bei allen ausgewählten Impfungen, mit einer Ausnahme: Kein signifikanter Zusammenhang bestätigte sich bei den Frauen hinsichtlich der

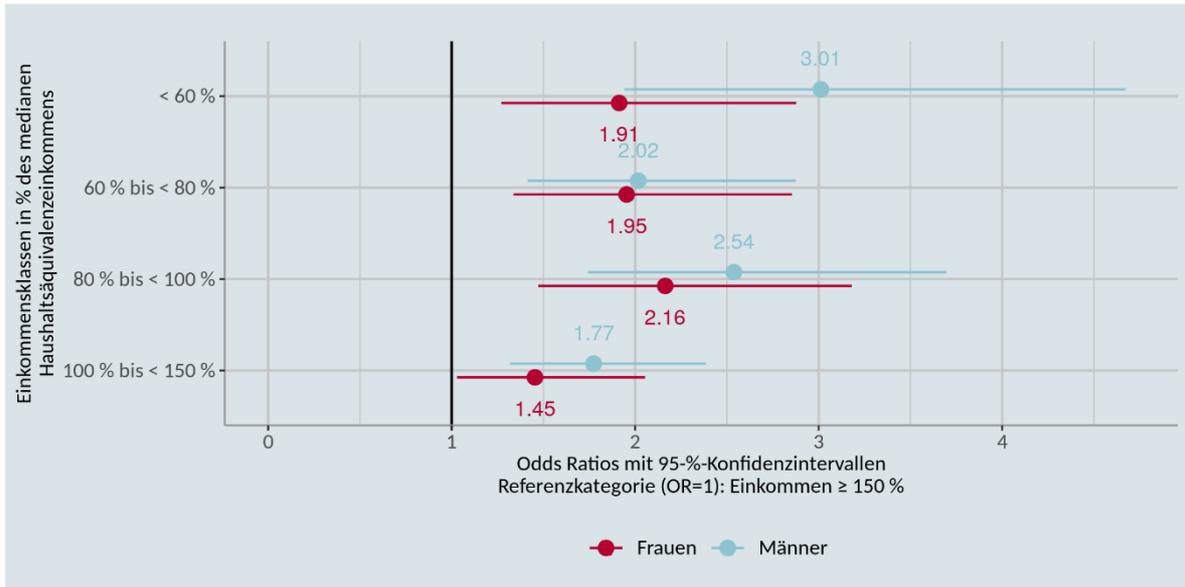
Gripeschutzimpfung. (Die deskriptive Textanalyse beschränkt sich deshalb bei dieser Impfung auch auf Männer.)

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Inanspruchnahme von Impfungen ist, zeigen die in Abbildung 30 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Inanspruchnahme von Impfungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „ $\geq 150\%$ des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

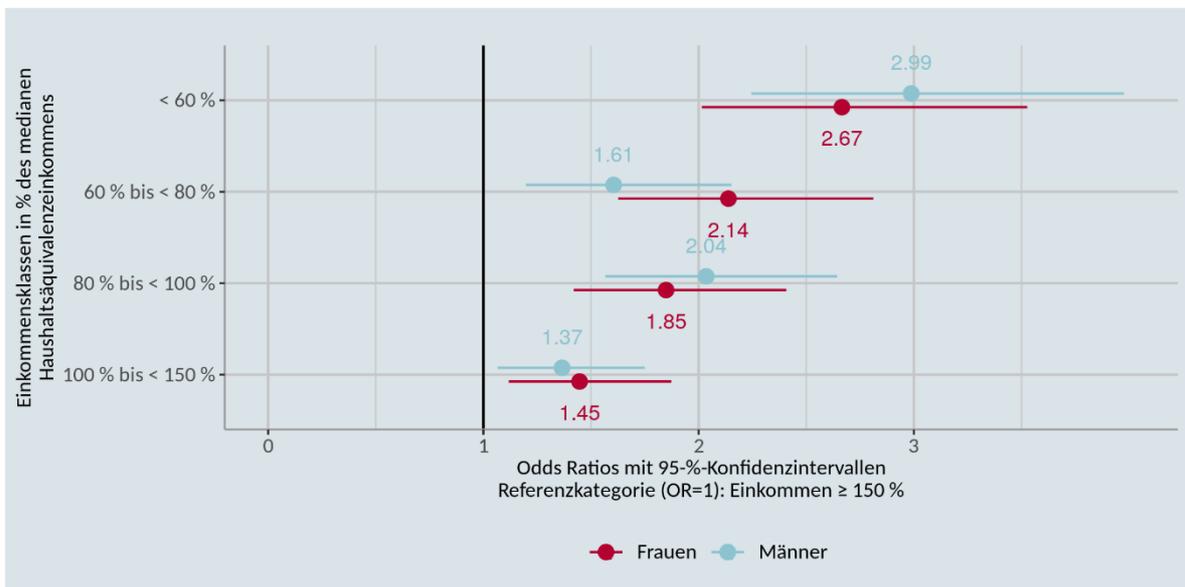
Die Berechnungen zeigen ein zunehmendes Risiko, keinen aufrechten Impfschutz zu haben, je geringer das Einkommen ist. Dies trifft bei Männern und Frauen in Hinblick auf Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio und FSME sowie bei Männern auch bei der Gripeschutzimpfung zu. Am größten sind die Effekte in der untersten Einkommenskategorie im Vergleich zur höchsten Einkommensstufe (dies gilt für alle angeführten Impfungen): Bei Männern ist das Risiko keines aufrechten Impfschutzes am höchsten bei der Impfung gegen Grippe und Tetanus (je um den Faktorwert 3,0), Diphtherie (2,8) sowie Polio- und FSME-Impfung (je um den Faktor 2,6). Frauen der untersten Einkommenskategorie haben im Vergleich zu finanziell sehr gut gestellten Frauen ein 3,7-fach erhöhtes Risiko bei der FSME-Impfung. Die Odds Ratios bei der Polio-Impfung liegen bei 3,1 sowie bei der Diphtherie- und Tetanus-Impfung bei je 2,7.

Abbildung 30 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)

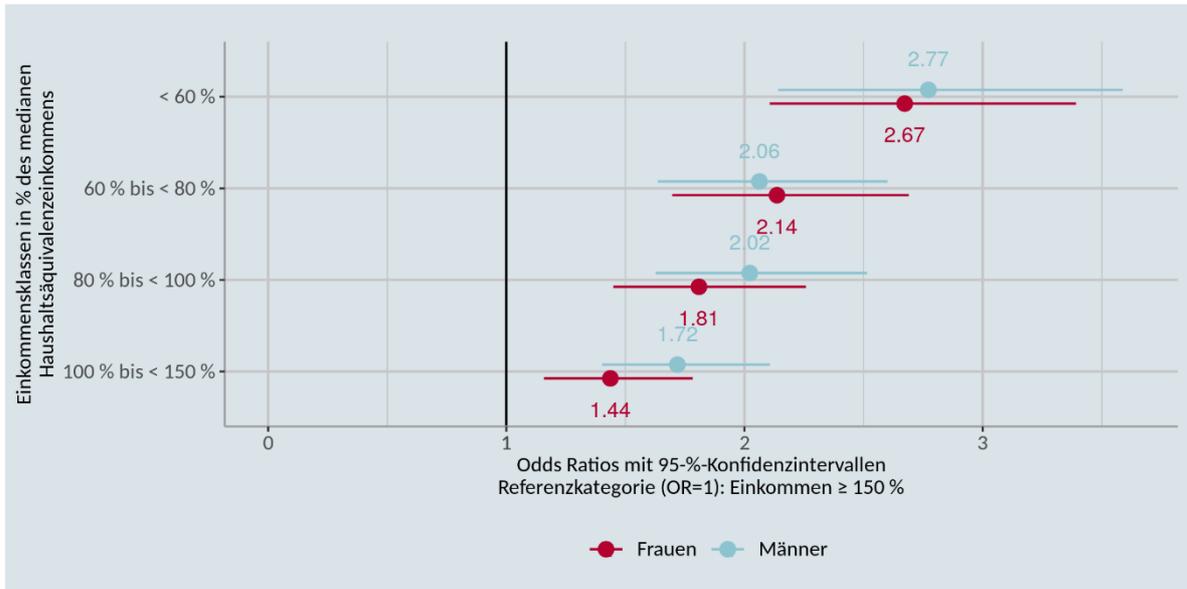
Grippe-Impfung



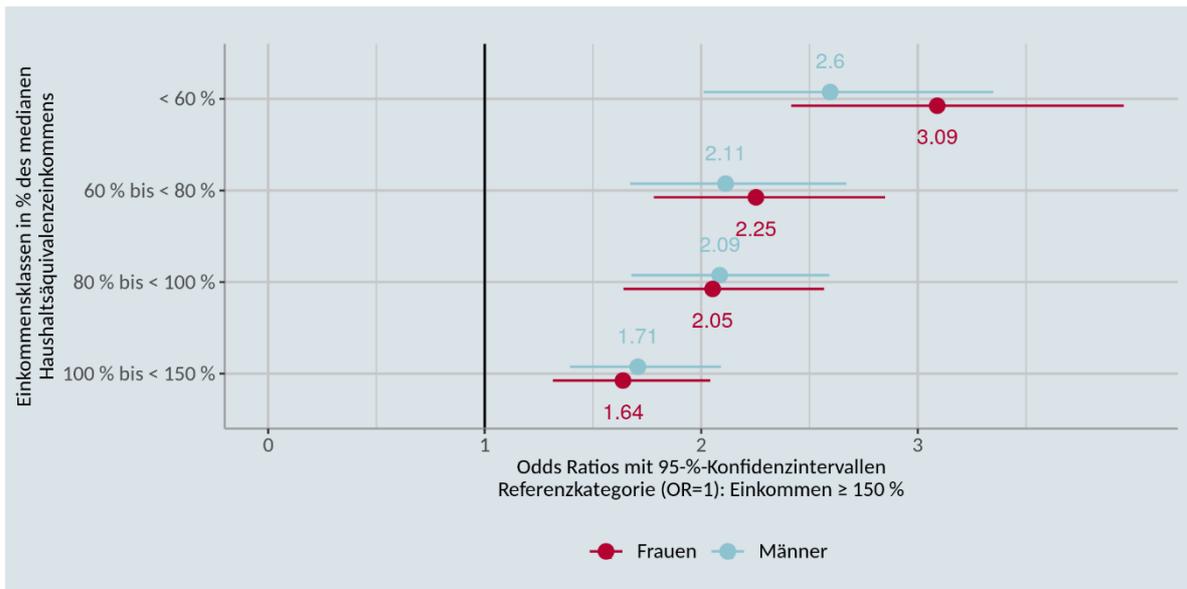
Tetanus-Impfung



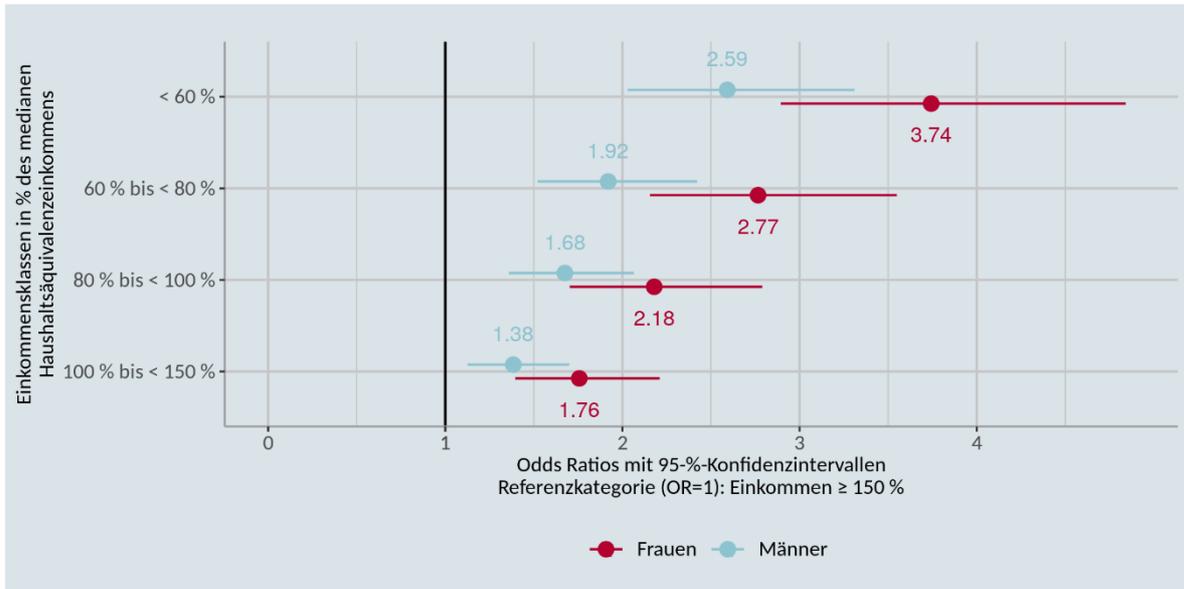
Diphtherie-Impfung



Polio-Impfung



FSME-Impfung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Übersicht 70 zeigt die altersstandardisierten Anteile von Personen mit aufrechten Impfschutz. Auf allen Einkommensstufen ist der Impfschutz gegen Tetanus am höchsten, am geringsten bei der Grippe-Impfung. 84,4 % der Männer und 82,2 % der Frauen der höchsten Einkommensstufe haben einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus. Beim Impfschutz gegen Diphtherie, Polio und FSME liegen die Häufigkeiten bei den Männern dieser Einkommensgruppe zwischen 73,6 % und 70,8 %, bei den Frauen zwischen 73,2 % und 78,8 %. Wesentlich seltener haben Personen mit einem Einkommen unter 60 % des medianen Haushaltseinkommens einen aufrechten Impfschutz: Bei Männern der untersten Einkommensstufe liegen die Anteile bei diesen Impfungen etwa 20 Prozentpunkte unter jenen der höchsten Einkommensstufe, bei den Frauen machen die Unterschiede zwischen 20 (Tetanus-Impfung) bis sogar 30 Prozentpunkte (FSME-Impfung) aus.

Übersicht 70 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Grippe-Impfung | Tetanus-Impfung | Diphtherie-Impfung | Polio-Impfung | FSME-Impfung |
|---|----------------|-----------------|--------------------|---------------|--------------|
| Männer | 9,3 | 76,7 | 62,1 | 59,1 | 61,7 |
| < 60 % | 6,2 | 64,3 | 52,5 | 49,8 | 48,3 |

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Grippe- Impfung | Tetanus- Impfung | Diphtherie- Impfung | Polio- Impfung | FSME- Impfung |
|---|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| 60 % bis < 80 % | 8,4 | 76,5 | 58,3 | 54,6 | 56,6 |
| 80 % bis < 100 % | 7,0 | 72,7 | 59,5 | 55,5 | 60,0 |
| 100 % bis < 150 % | 9,8 | 80,1 | 63,4 | 60,6 | 65,2 |
| ≥ 150 % | 15,3 | 84,4 | 73,6 | 70,8 | 70,8 |
| Frauen | 8,5 | 71,7 | 61,8 | 59,3 | 63,2 |
| < 60 % | 7,3 | 63,0 | 51,2 | 47,4 | 48,7 |
| 60 % bis < 80 % | 7,0 | 67,7 | 56,5 | 55,1 | 57,1 |
| 80 % bis < 100 % | 6,6 | 70,7 | 60,7 | 57,6 | 62,4 |
| 100 % bis < 150 % | 9,5 | 75,4 | 65,9 | 62,8 | 67,5 |
| ≥ 150 % | 12,4 | 82,2 | 74,0 | 73,2 | 78,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Bildung

Die Teilnahme an Impfungen variiert mit der Schulbildung. Es zeigen sich sowohl bei Frauen wie auch bei Männern deutliche Bildungseffekte, und zwar bei allen untersuchten Impfungen. Frauen und Männer mit niederer oder mittlerer Schulbildung haben signifikant seltener einen Impfschutz als höher gebildete.

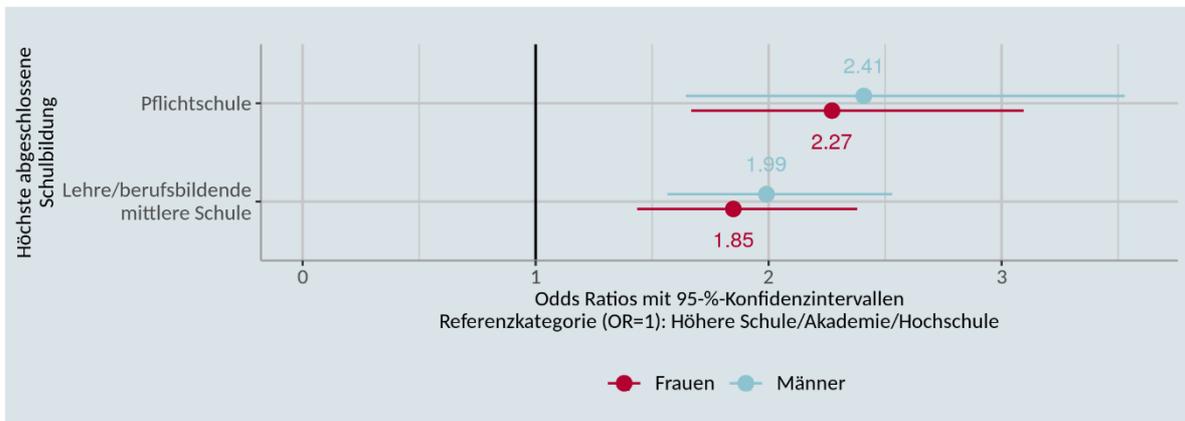
Wie stark der Effekt der Bildung auf die Inanspruchnahme von Impfungen ist, zeigen die in Abbildung 31 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Inanspruchnahme von Impfungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

Der Einfluss der Bildung ist für Männer beim Tetanus- und Grippe-Impfschutz am stärksten: Hier liegt die Effektgröße bei 2,5 bzw. 2,4. Aber auch bei den anderen

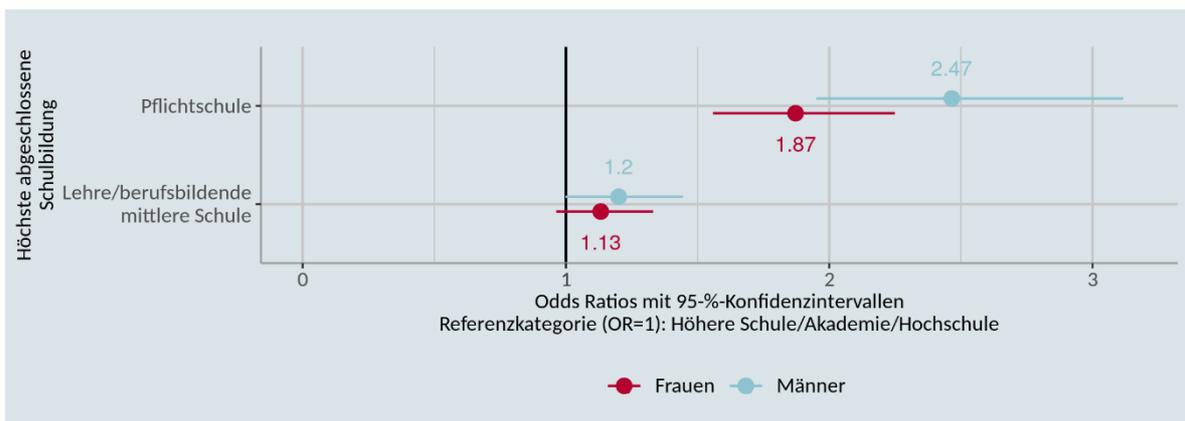
Impfungen ist die Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes für Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss im Vergleich zu jenen mit zumindest Matura um den Faktor 2,2 (FSME) bzw. 2,1 (Polio, Diphtherie) signifikant erhöht. Frauen mit Pflichtschulausbildung haben bei allen Impfungen ein zumindest beinahe doppelt so hohes Risiko, nicht geschützt zu sein, als höher gebildete Frauen: Am größten sind dabei die Unterschiede bei Polio und Grippe mit einem Faktorwert von 2,3.

Abbildung 31 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)

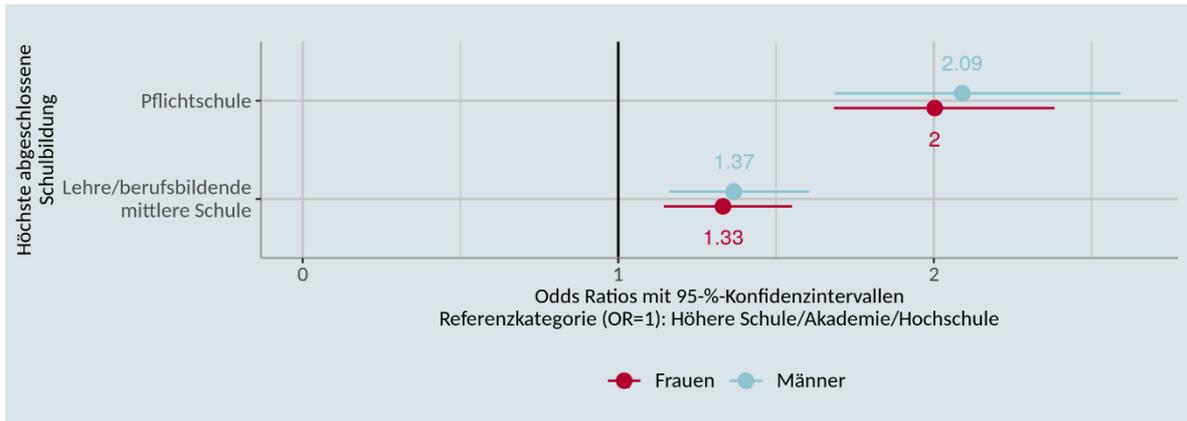
Grippe-Impfung



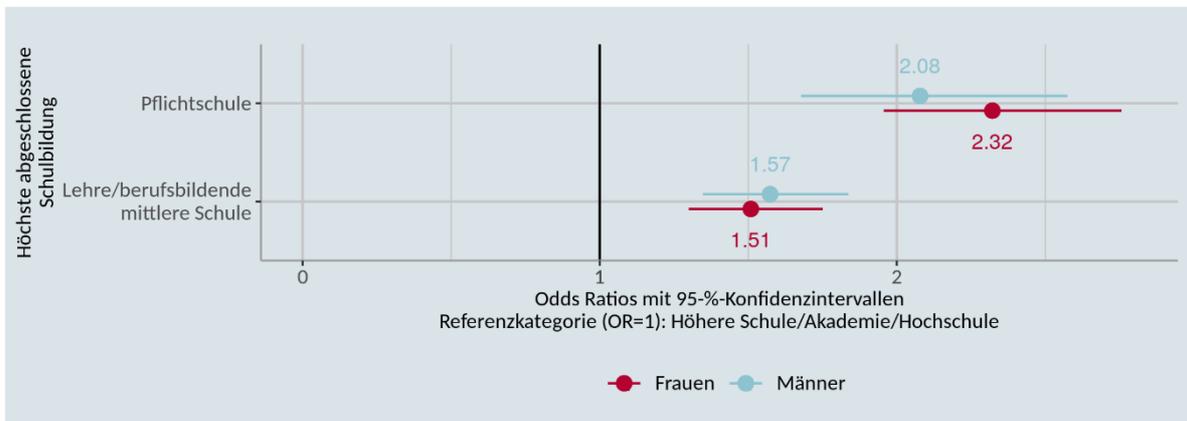
Tetanus-Impfung



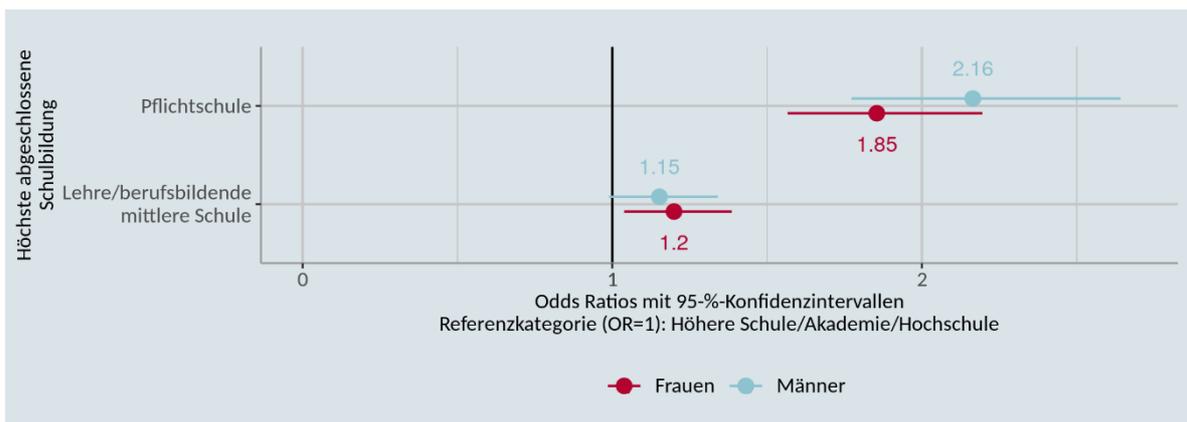
Diphtherie-Impfung



Polio-Impfung



FSME-Impfung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Der Einfluss der Bildung ist für Männer beim Tetanus- und Grippe-Impfschutz am stärksten: Hier liegt die Effektgröße bei 2,5 bzw. 2,4. Aber auch bei den anderen Impfungen ist die Wahrscheinlichkeit keines aufrechten Impfschutzes für Männer mit

höchstens Pflichtschulabschluss im Vergleich zu jenen mit zumindest Matura um den Faktor 2,2 (FSME) bzw. 2,1 (Polio, Diphtherie) signifikant erhöht. Frauen mit Pflichtschulbildung haben bei allen Impfungen ein zumindest beinahe doppelt so hohes Risiko, nicht geschützt zu sein, als höher gebildete Frauen: Am größten sind dabei die Unterschiede bei Polio und Grippe mit einem Faktorwert von 2,3.

In Übersicht 71 sind umgekehrt für jede Impfung die altersstandardisierten Anteile von Personen mit aufrechem Impfschutz nach Bildung angeführt. Die höchste Impfquote mit 80,9 % haben Männer der höchsten Bildungsstufe hinsichtlich der Tetanus-Impfung. Bei den Frauen dieser Bildungsgruppe sind 75,9 % geimpft. Männer und Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss haben dagegen eine Impfquote von rund 60 %. Während rund zwei Drittel der gut gebildeten Männer und Frauen einen aufrechten Impfschutz gegen Diphtherie, Polio bzw. FSME haben, hat ihn nicht einmal die Hälfte der gering qualifizierten. Die Grippe-Impfung wird von 13,8 % bzw. 12,1 % der höher qualifizierten Männer und Frauen angenommen, aber nur von 6,0 % bzw. 6,4 % der gering qualifizierten.

Übersicht 71 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Grippe-Impfung | Tetanus-Impfung | Diphtherie-Impfung | Polio-Impfung | FSME-Impfung |
|---|----------------|-----------------|--------------------|---------------|--------------|
| Männer | 9,3 | 76,7 | 62,1 | 59,1 | 61,7 |
| Pflichtschule | 6,0 | 59,4 | 45,7 | 44,2 | 39,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 8,1 | 78,0 | 61,0 | 56,7 | 63,0 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 13,8 | 80,9 | 67,9 | 67,0 | 66,6 |
| Frauen | 8,5 | 71,7 | 61,8 | 59,3 | 63,2 |
| Pflichtschule | 6,4 | 60,0 | 47,7 | 43,1 | 47,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 7,5 | 73,5 | 61,8 | 58,2 | 63,4 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 12,1 | 75,9 | 67,5 | 67,1 | 67,7 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Migrationshintergrund

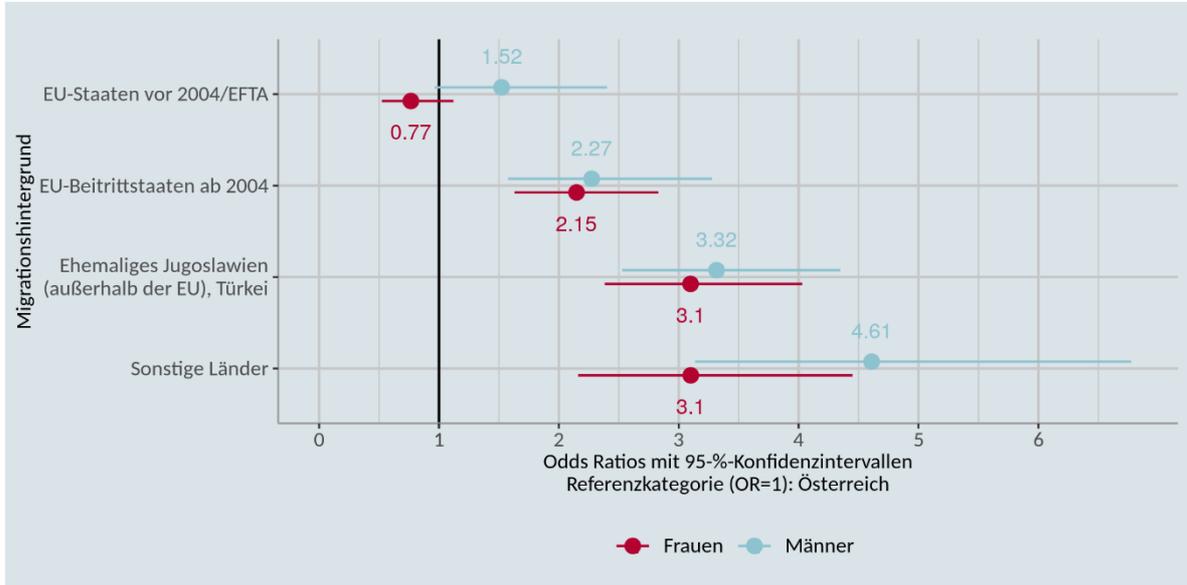
Was den Einfluss des Migrationshintergrunds auf die Inanspruchnahme von Impfungen betrifft, so zeigt die angewandte mehrfaktorielle Varianzanalyse bei Männern und Frauen einen signifikanten Effekt bei allen ausgewählten Impfungen mit Ausnahme der Gripeschutzimpfung.

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Inanspruchnahme von Impfungen ist, zeigen die in Abbildung 32 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Inanspruchnahme von Impfungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

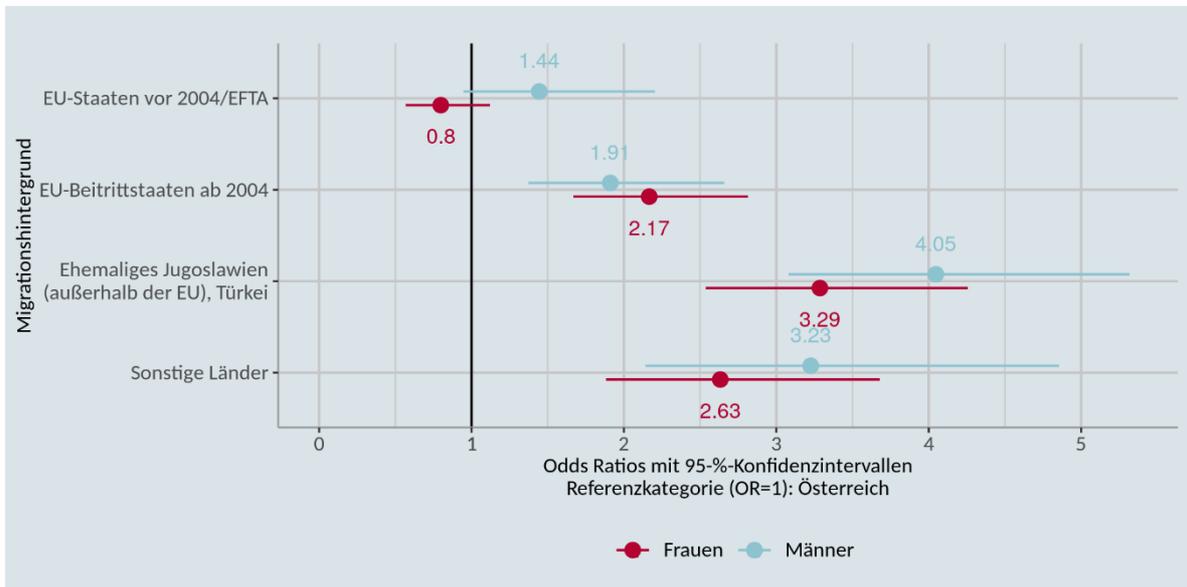
Die größten Unterschiede im Risiko, keinen aufrechten Impfschutz zu haben, sind bei Männern und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei im Vergleich zu Österreichern und Österreicherinnen bei allen oben dargestellten Impfungen am höchsten (Anmerkung: auf die Gruppe „Sonstige Länder“ wird bei der textlichen Analyse nicht eingegangen, da es sich hier um eine sehr heterogene Gruppe handelt – siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Effektgröße liegt dabei hinsichtlich der FSME-Impfung sogar bei einem Faktorwert von 4,4 (Männer) bzw. 4,5 (Frauen). Bei allen anderen Impfungen ist das Risiko um zumindest den Faktor 3 erhöht (detaillierte Werte siehe Abbildung 32). Auch Personen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 haben bei allen Impfungen ein höheres Risiko, keinen Impfschutz zu haben, wobei wiederum die Effektgröße bei der FSME-Impfung am höchsten ist.

Abbildung 32 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)

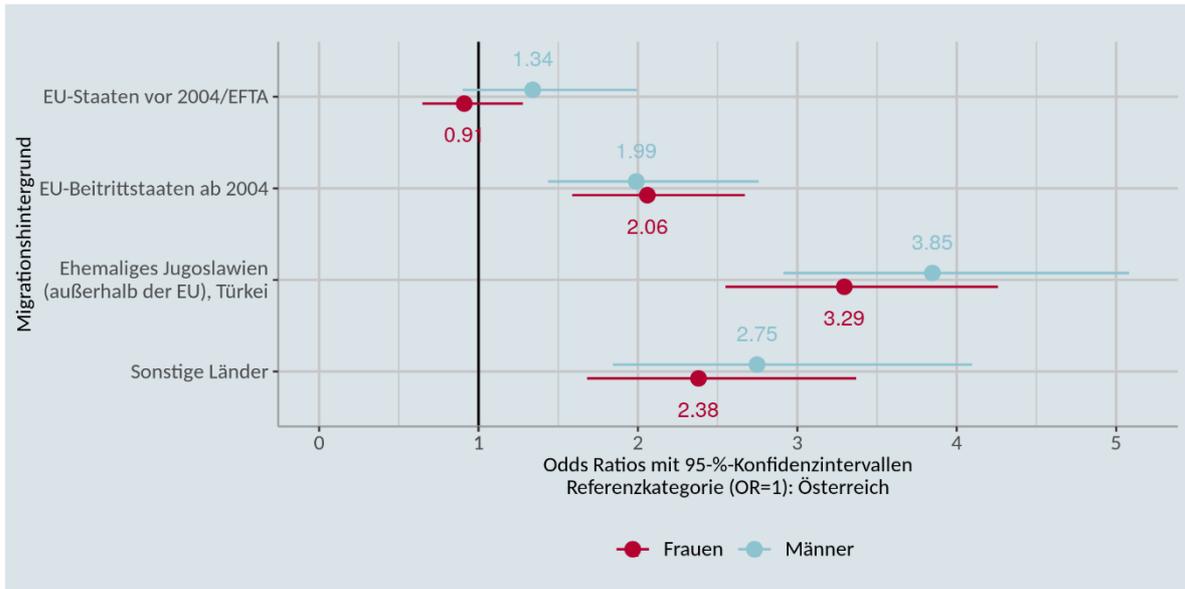
Tetanus-Impfung



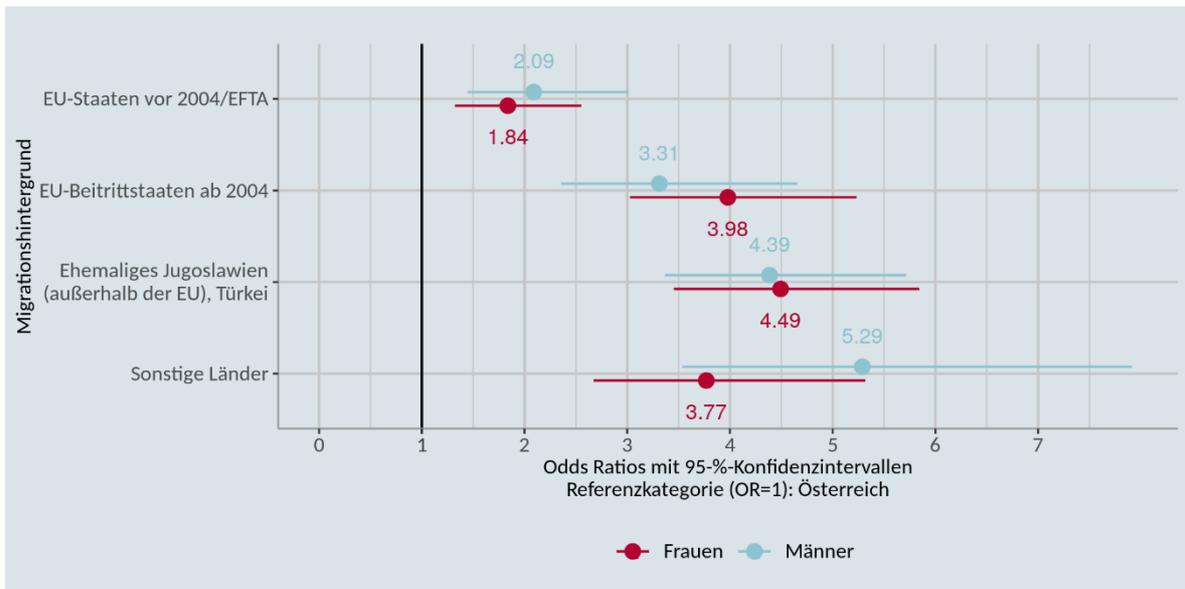
Diphtherie-Impfung



Polio-Impfung



FSME-Impfung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Wie hoch andererseits die (alterstandardisierten) Anteile der Männer und Frauen mit aufrechem Impfschutz nach Migrationshintergrund sind, zeigt Übersicht 72. Wiederum sind bei der Tetanus-Impfung die höchsten Impfquoten zu finden. Diese variieren von 80,8 % bei Österreichern und 75,6 % bei Österreicherinnen bis 57,3% bei Männern und 52,0 % bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei. Während mehr als zwei Drittel der Österreicher und Österreicherinnen einen aufrechten Impfschutz gegen

FSME haben, sind es nur 31,6 % bzw. 35,6 % der Männer und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei.

Übersicht 72 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Tetanus- Impfung | Diphtherie- Impfung | Polio- Impfung | FSME- Impfung |
|--|---------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Männer | 76,7 | 62,1 | 59,1 | 61,7 |
| Österreich | 80,8 | 67,0 | 63,9 | 68,4 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 76,0 | 62,0 | 58,9 | 55,1 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 66,2 | 50,4 | 45,3 | 43,4 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 57,3 | 35,4 | 32,5 | 31,6 |
| Sonstige Länder | 51,5 | 41,9 | 40,9 | 36,1 |
| Frauen | 71,7 | 61,8 | 59,3 | 63,2 |
| Österreich | 75,6 | 66,1 | 63,6 | 70,0 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 79,8 | 69,8 | 66,3 | 56,3 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 62,2 | 50,7 | 48,7 | 40,3 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 52,0 | 41,1 | 38,5 | 35,6 |
| Sonstige Länder | 51,3 | 43,7 | 42,9 | 36,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Urbanisierungsgrad

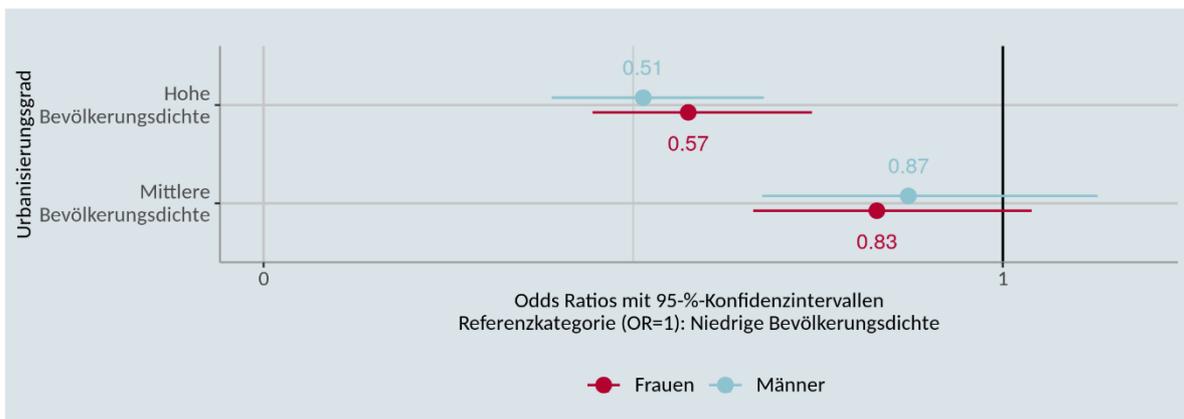
Ein Zusammenhang zwischen Urbanisierungsgrad und Teilnahme an Impfungen zeigt sich nur bei der Polio-Impfung bei Männern und Frauen sowie bei der Grippe- und FSME-Impfung bei Männern. Die deskriptive Textanalyse beschränkt sich deshalb auch auf diese Zusammenhänge.

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Inanspruchnahme von Impfungen ist, zeigen die in Abbildung 33 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Inanspruchnahme von Impfungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

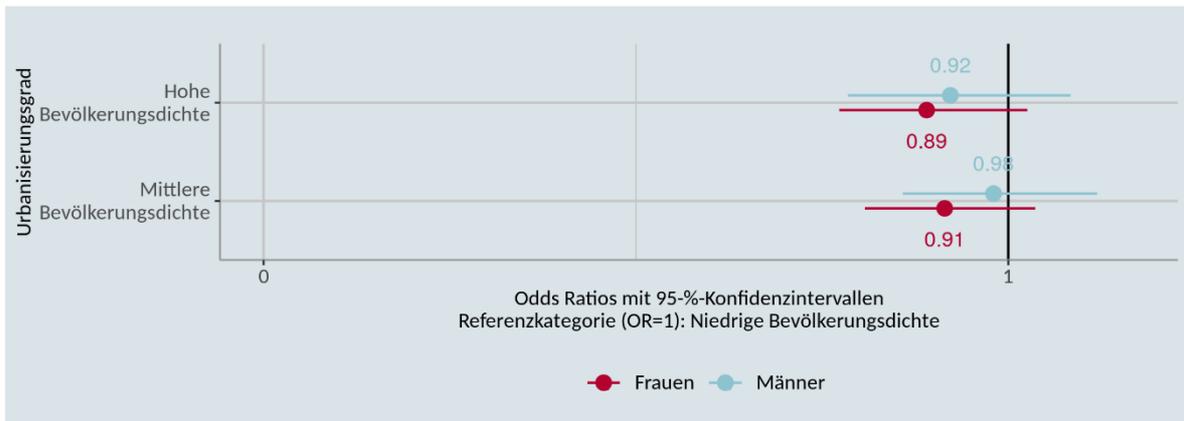
Während bei der Grippe- und Polioimpfung die Wahrscheinlichkeit, keinen aufrechten Impfschutz zu haben, in dicht besiedelten Städten niedriger ist verglichen mit ländlichen Regionen, ist es bei der FSME-Impfung konträr: Männer aus Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte haben ein 1,7-faches Risiko, keinen aufrechten FSME-Schutz zu haben.

Abbildung 33 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)

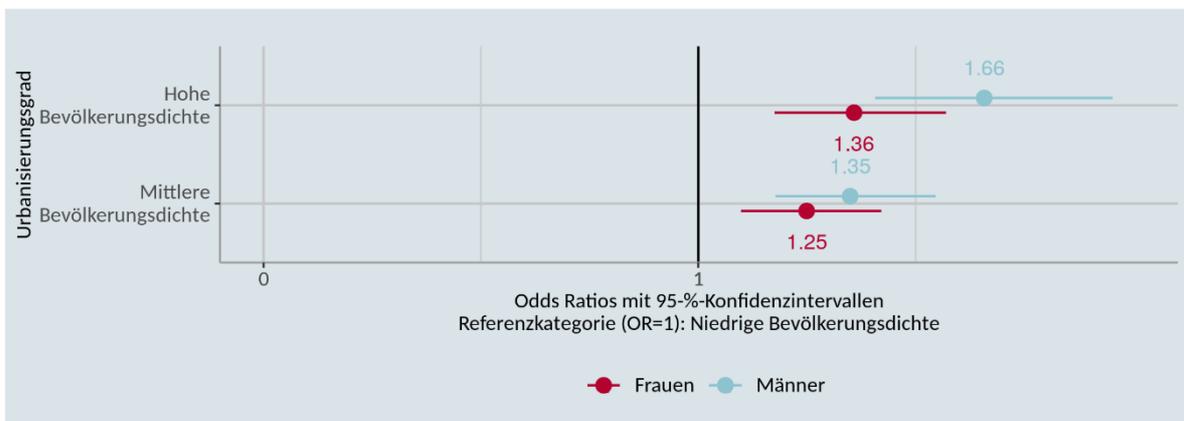
Grippe-Impfung



Polio-Impfung



FSME-Impfung



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Das zeigen auch die in Übersicht 73 abgebildeten altersstandardisierten Impfquoten. 12,9 % der Männer und 11,0 % der Frauen aus dicht besiedelten Städten haben einen aufrechten Grippe-Impfschutz, in ländlichen Regionen sind es 7,5 % bzw. 6,8 %. Hinsichtlich der Kinderlähmung unterscheiden sich die Impfquoten nach Urbanisierungsgrad nur gering –um 2,5 Prozentpunkte im Vergleich von Männern und Frauen aus ländlichen Regionen zu jenen aus dicht besiedelten Städten. Gut zwei Drittel der Männer aus ländlichen Regionen haben einen aufrechten Impfschutz gegen FSME; in Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte liegt die Impfquote um elf Prozentpunkte darunter.

Übersicht 73 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Grippe-Impfung | Polio-Impfung | FSME-Impfung |
|--------------------------------|----------------|---------------|--------------|
| Männer | 9,3 | 59,1 | 61,7 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 12,9 | 60,9 | 56,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 8,2 | 58,7 | 60,2 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 7,5 | 58,4 | 67,1 |
| Frauen | 8,5 | 59,3 | 63,2 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 11,0 | 60,7 | 60,1 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 8,1 | 59,7 | 62,0 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 6,8 | 58,2 | 67,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

5.2 Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zählen zu den Maßnahmen der Sekundärprävention. Sie dienen dazu, Krebserkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu entdecken, wirksame Therapien frühzeitig einzuleiten und letztlich die krankheitsspezifische Sterblichkeit zu verringern.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Etwa die Hälfte der Frauen ab 15 Jahren (50,8 %) ließ im letzten Jahr vor der Befragung einen Krebsabstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses durchführen (bezogen auf die letzten zwei Jahre erhöht sich der Prozentwert auf etwa 69 %). Bei einer Mammographie waren zwei Drittel der Frauen ab 45 Jahren (66,2 %; bezogen auf die letzten zwei Jahre vor der Befragung). 44,2 % der Männer und 41,3 % der Frauen ab 50 Jahren war in den vergangenen fünf Jahren bei einer Darmspiegelung.

Im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse wurden das Einkommen, die Bildung, der Migrationshintergrund und der Urbanisierungsgrad auf ihren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Mammographie, Krebsabstrich und Darmspiegelung hin untersucht

(Übersicht 74. Der Effekt jeder einzelnen dieser sozioökonomischen Variablen wurde um die Effekte der übrigen drei Variablen und um Alterseffekte bereinigt. Einkommen und Bildung korreliert mit der Inanspruchnahme von Mammographie und Krebsabstrich. Zudem war der Migrationshintergrund beim Krebsabstrich und bei der Darmkrebsvorsorge (hier aber nur bei Frauen) signifikant.

Übersicht 74 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Mammographie | | |
| Einkommen | . | 0,002 |
| Bildung | . | 0,032 |
| Migrationshintergrund | . | 0,318 |
| Urbanisierungsgrad | . | 0,550 |
| Krebsabstrich | | |
| Einkommen | . | 0,005 |
| Bildung | . | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | . | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | . | 0,838 |
| Darmspiegelung | | |
| Einkommen | 0,583 | 0,332 |
| Bildung | 0,185 | 0,224 |
| Migrationshintergrund | 0,194 | 0,039 |
| Urbanisierungsgrad | 0,421 | 0,124 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Einkommen

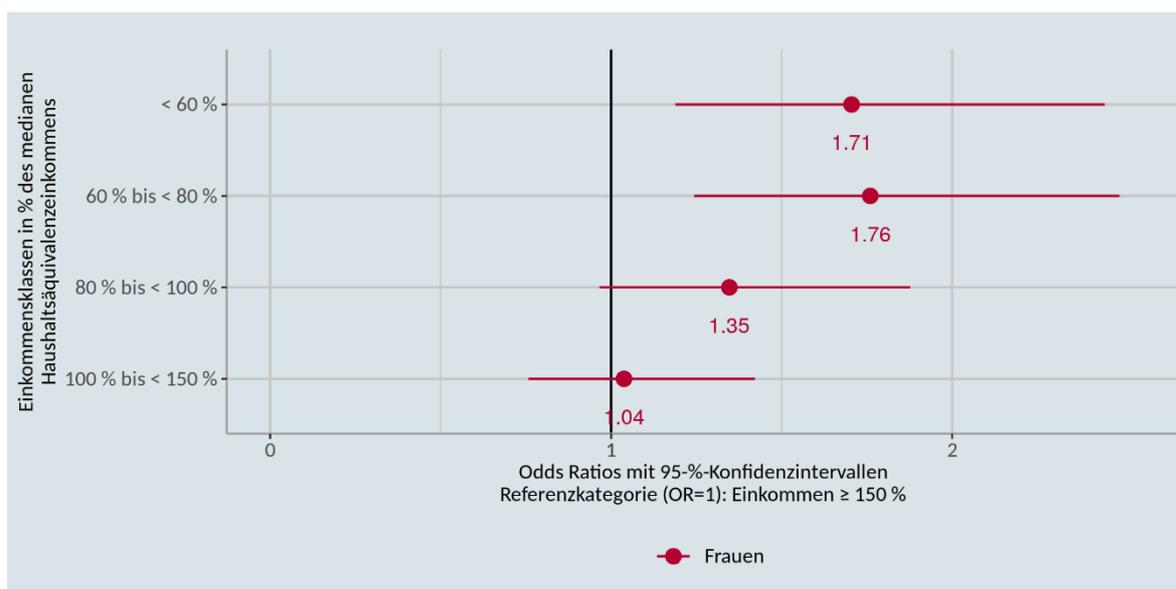
Die Teilnahmebereitschaft für eine Mammographie und einen Krebsabstrich steigt signifikant mit der Einkommenshöhe.

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen ist, zeigen die in Abbildung 34 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „ $\geq 150\%$ des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

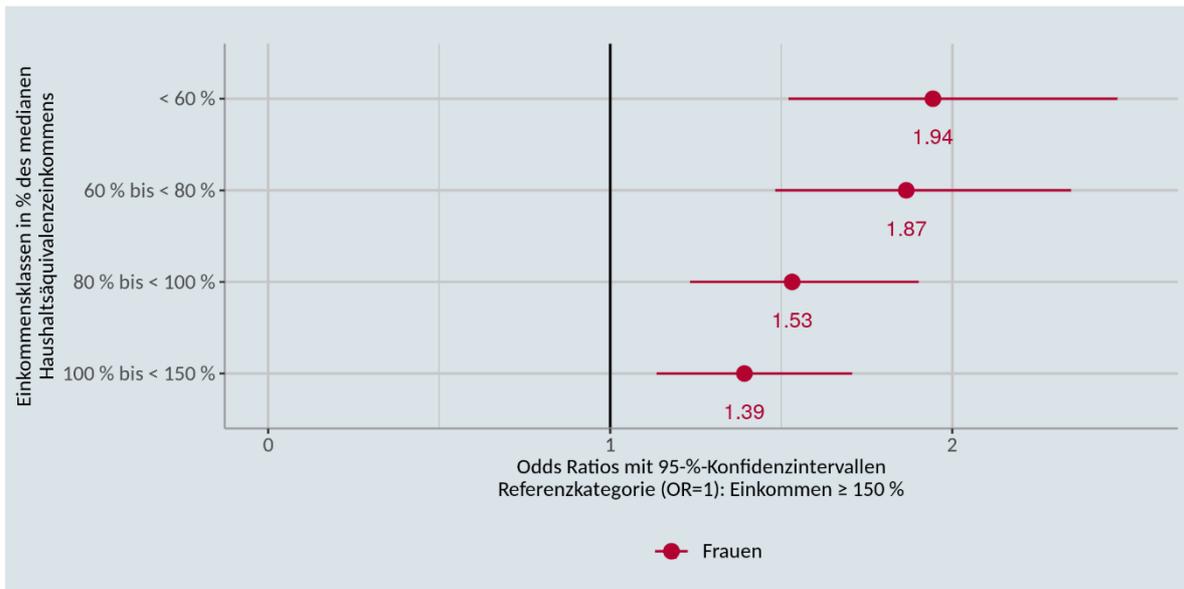
Das Risiko, nicht innerhalb der letzten beiden Jahre bei einer Mammographie gewesen zu sein, ist bei Frauen der niedrigsten Einkommensstufe im Vergleich zu Frauen der höchsten Einkommensklasse um den Faktorwert 1,7 signifikant erhöht. In der prekären Wohlstandsgruppe liegt die Effektgröße bei 1,8. Die Odds Ratios zeigen auch einen Zusammenhang zwischen Einkommen und Krebsabstrich: Für Frauen mit niedrigem Haushaltseinkommen ist das Risiko einer Nichtteilnahme beinahe doppelt so hoch wie für Frauen der höchsten Einkommensklasse.

Abbildung 34 Risiko einer Nichtteilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Einkommen (Odds Ratios)

Mammographie¹



Krebsabstrich²



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Mammographie innerhalb der letzten beiden Jahre nicht in Anspruch genommen, Frauen ab 45 Jahren. – ² Krebsabstrich im letzten Jahr nicht in Anspruch genommen, Frauen ab 15 Jahren.

Übersicht 75 zeigt im Gegenzug die Teilnahmehäufigkeit nach Einkommensklasse. Am häufigsten nahmen Frauen aller Einkommensgruppen eine Mammographie (in den letzten zwei Jahren vor der Gesundheitsbefragung) in Anspruch, dennoch variieren die Teilnahmequoten zwischen 59,9 % (niedriges Haushaltseinkommen) und 71,6 % (zweithöchste Einkommensklasse). Die Schwankungsbreite der Teilnahmehäufigkeit war beim Krebsabstrich noch größer: Weniger als die Hälfte der einkommensschwachen Frauen und 60,8 % jener mit hohem Einkommen hatten im letzten Jahr vor der Befragung einen Krebsabstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses vornehmen lassen.

Übersicht 75 Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Einkommen (alterstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens | Mammographie ¹ | Krebsabstrich ² |
|---|---------------------------|----------------------------|
| Frauen | 66,2 | 50,8 |
| < 60 % | 59,9 | 45,1 |
| 60 % bis < 80 % | 59,5 | 45,3 |

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens | Mammographie ¹ | Krebsabstrich ² |
|---|---------------------------|----------------------------|
| 80 % bis < 100 % | 65,0 | 49,6 |
| 100 % bis < 150 % | 71,6 | 53,7 |
| ≥ 150 % | 69,9 | 60,8 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Mammographie innerhalb der letzten beiden Jahre in Anspruch genommen, Frauen ab 45 Jahren. – ² Krebsabstrich im letzten Jahr in Anspruch genommen, Frauen ab 15 Jahren.

Bildung

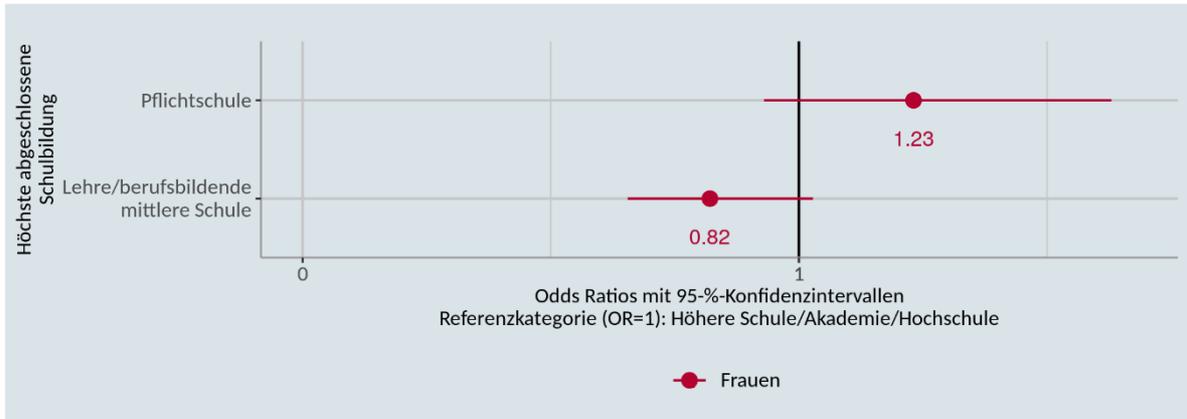
Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bildung und der Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen besteht bei der Mammographie und dem Krebsabstrich.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen ist, zeigen die in Abbildung 35 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

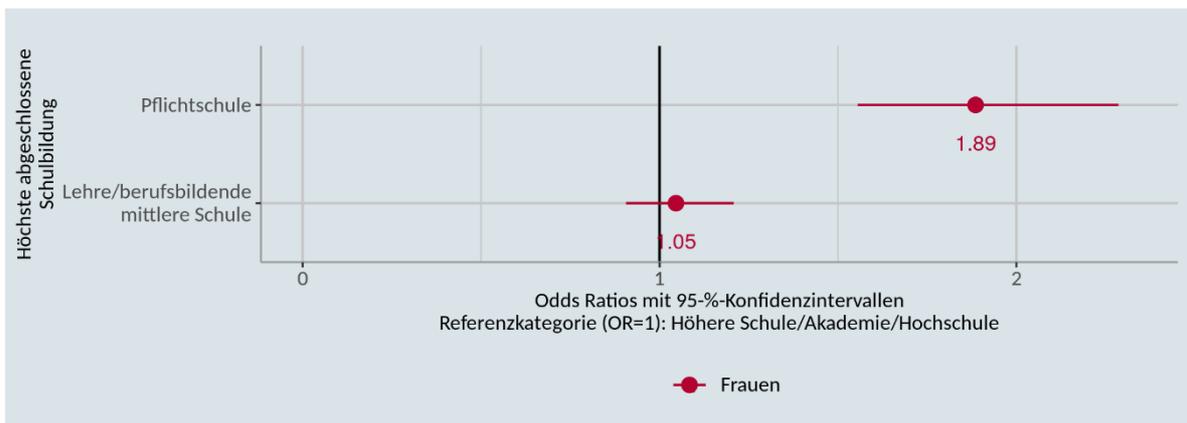
Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss haben im Vergleich zu höher gebildeten Frauen ein 1,2-faches Risiko, innerhalb der letzten beiden Jahre bei keiner Mammographie gewesen zu sein. Beim Krebsabstrich sind die Unterschiede etwas größer – hier liegt der Faktorwert bei 1,9.

Abbildung 35 Risiko einer Nichtteilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Bildung (Odds Ratios)

Mammographie¹



Krebsabstrich²



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Mammographie innerhalb der letzten beiden Jahre nicht in Anspruch genommen, Frauen ab 45 Jahren. – ² Krebsabstrich im letzten Jahr nicht in Anspruch genommen, Frauen ab 15 Jahren.

Übersicht 76 zeigt umgekehrt die altersstandardisierten Teilnehmeraten für Mammographie und Krebsabstrich nach Schulbildung. Gut zwei Drittel der Frauen mit zumindest Matura waren innerhalb der letzten beiden Jahre bei einer Mammographie, bei Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss waren es um acht Prozentpunkte weniger. Wesentlich seltener wird ein Krebsabstrich durchgeführt: Bei höher gebildeten Frauen waren es 55,1 %, bei niedrig gebildeten nur 38,4 %.

Übersicht 76 Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Bildung (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung | Mammographie ¹ | Krebsabstrich ² |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Frauen | 66,2 | 50,8 |
| Pflichtschule | 60,0 | 38,4 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 68,6 | 52,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 68,1 | 55,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Mammographie innerhalb der letzten beiden Jahre in Anspruch genommen, Frauen ab 45 Jahren. – ² Krebsabstrich im letzten Jahr in Anspruch genommen, Frauen ab 15 Jahren.

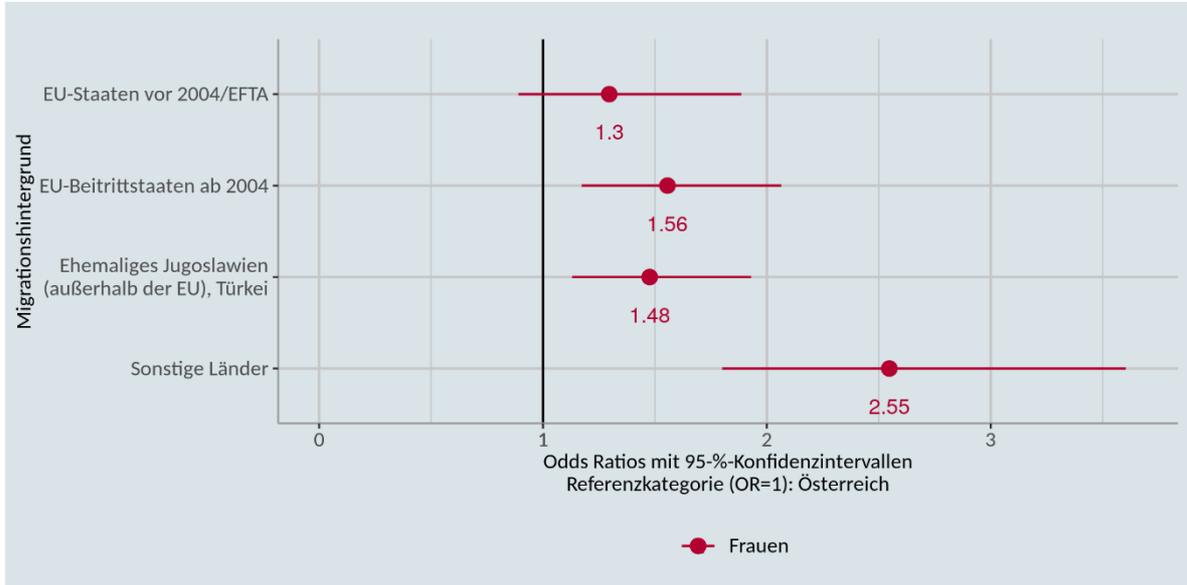
Migrationshintergrund

Bei Frauen konnte ein Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Inanspruchnahme von Krebsabstrich und Darmspiegelung festgestellt werden.

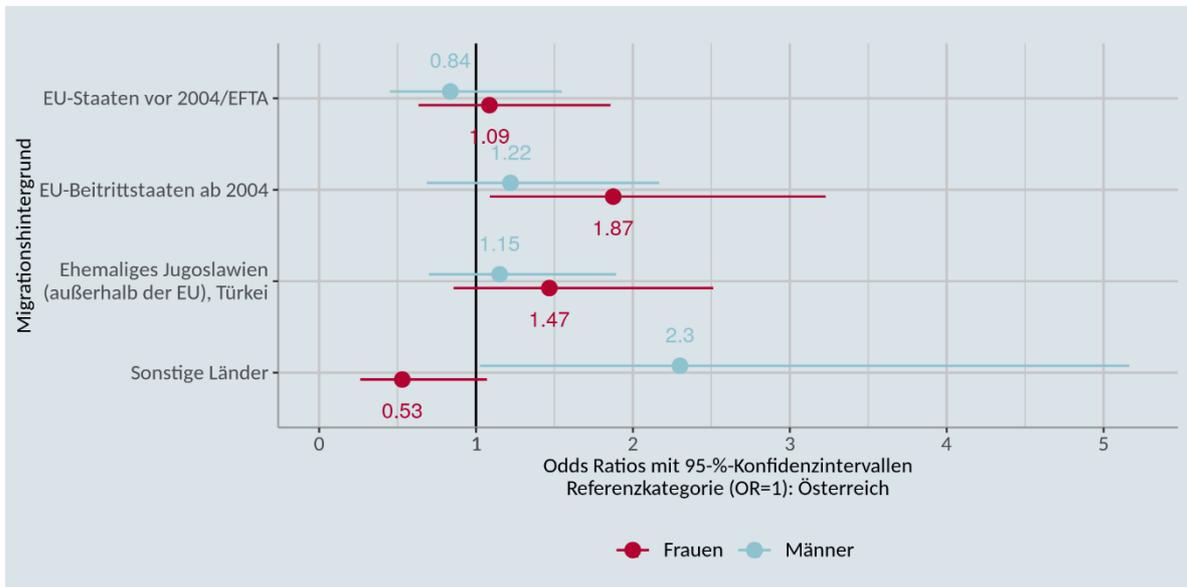
Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen ist, zeigen die in Abbildung 36 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Herkunftsregionen gegenübergestellt.

Abbildung 36 Risiko einer Nichtteilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen 2019 nach Migrationshintergrund (Odds Ratios)

Krebsabstrich¹



Darmspiegelung²



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Krebsabstrich im letzten Jahr nicht in Anspruch genommen, Frauen ab 15 Jahren. – ² Darmspiegelung in den letzten fünf Jahren nicht in Anspruch genommen, Männer und Frauen ab 50 Jahren.

Bei Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 war die Wahrscheinlichkeit der Nichtteilnahme im Vergleich zu Österreicherinnen sowohl für den Krebsabstrich (OR = 1,6) als auch für die Darmspiegelung (OR = 1,9) signifikant erhöht.

Die Teilnahmequoten nach Migrationshintergrund sind in Übersicht 77 dargestellt. Während etwas mehr als die Hälfte der Österreicherinnen im Jahr vor der Befragung einen Krebsabstrich hatte vornehmen lassen, waren es von den Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (außerhalb der EU) oder der Türkei um beinahe 13 Prozentpunkte weniger. Bei einer Darmspiegelung zur Darmkrebsvorsorge waren innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Befragung 41,9 % der Österreicherinnen ab 50 Jahren, von den gleichaltrigen Frauen aus den EU-Beitrittsstaaten ab 2004 waren es nur 31,0 %.

Übersicht 77 Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund | Krebsabstrich ¹ | Darmspiegelung ² |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Frauen | 50,8 | 41,3 |
| Österreich | 53,6 | 41,9 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 45,1 | 36,9 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 43,4 | 31,0 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 40,8 | 33,8 |
| Sonstige Länder | 34,7 | 47,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – ¹ Krebsabstrich im letzten Jahr in Anspruch genommen, Frauen ab 15 Jahren. – ² Darmspiegelung in den letzten fünf Jahren in Anspruch genommen, Männer und Frauen ab 50 Jahren.

6 Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ist ein wichtiger Indikator für den Status quo der Gesundheitsversorgung. Das betrifft allgemein- und fachärztliche Leistungen genauso wie medizinisch-technische und pflegerische Gesundheitsangebote – und zwar im niedergelassenen Sektor gleichermaßen wie im spitalsambulanten und im stationären Bereich der österreichischen Gesundheitsversorgung.

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung erstmals im Jahr 2019 erhoben. Inwieweit auch soziodemographische und sozioökonomische Determinanten bei der Beurteilung des Gesundheitssystems eine Rolle spielen, ist Gegenstand der vorliegenden Analyse. Dabei wurde die Frage „Wie beurteilen Sie ganz allgemein die Qualität der medizinischen Versorgung in Österreich?“ aus dem Fragenkatalog (mit den Antwortmöglichkeiten „hervorragend“, „sehr gut“, „gut“, „ausreichend“ und „schlecht“) herangezogen.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Rund sechs Zehntel der in Österreich wohnhaften Bevölkerung beurteilten die Qualität der medizinischen Versorgung als hervorragend oder sehr gut, wobei Männer häufiger „Bestnoten“ vergaben als Frauen (65,5 % versus 57,8 %).

Ob die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in den einzelnen Einkommens-, Bildungs- und Migrationsgruppen bzw. in verschiedenen dicht besiedelten Gebieten unterschiedlich ist, wurde mit Hilfe einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) analysiert. Mit diesem methodischen Ansatz wird bestehenden Wechselwirkungen zwischen den einzelnen sozioökonomischen Faktoren „Alter“, „Einkommen“, „Bildung“, „Migrationshintergrund“ und „Urbanisierungsgrad“ bei der Identifikation signifikanter Zusammenhänge Rechnung getragen.

Aus den in Übersicht 78 dargestellten p-Werten wird ersichtlich, dass die Merkmale „Bildung“ und „Migrationshintergrund“ sowohl für Frauen als auch für Männer einen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung des Gesundheitssystems haben (auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %). Das Einkommen spielt nur für Frauen eine Rolle (ebenfalls auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %), während der Verstädterungsgrad am Wohnort weder für Frauen noch für Männern einen Unterschied in der Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung macht.

Übersicht 78 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der medizinischer Versorgungsqualität von Frauen und Männern?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | 0,053 | 0,002 |
| Bildung | 0,003 | 0,003 |
| Migrationshintergrund | 0,008 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,056 | 0,252 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

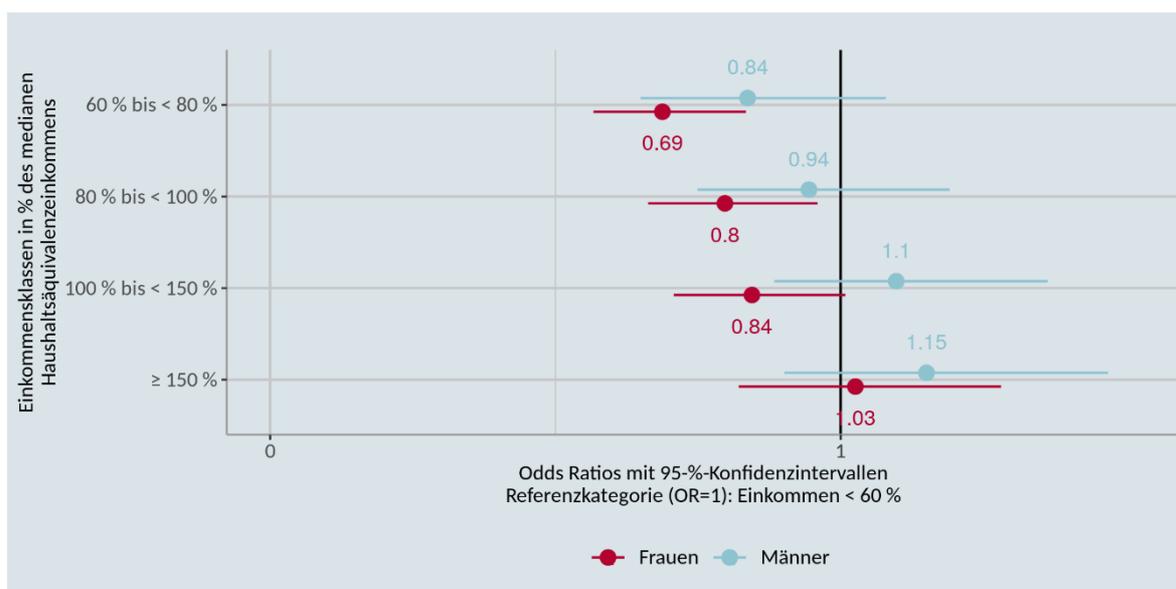
Einkommen

Der Zugang zu Behandlung von Krankheiten und Vorsorgeangeboten steht in Österreich allen Bevölkerungsschichten weitgehend unabhängig vom Einkommen über die gesetzliche Krankenversicherung offen, nur spezifische medizinische Leistungen und ein höherer „Behandlungskomfort“ sind (teilweise) privat zu finanzieren. Die Leistbarkeit solcher Angebote bzw. die Leistbarkeit einer privaten Krankenversicherung, die die betreffenden Kosten übernimmt, setzt ein gewisses Mindesthaushaltseinkommen voraus. Dass sich daraus ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ableiten lässt, kann mit den Ergebnissen der Varianzanalyse allerdings nicht generell bestätigt werden. Unter Frauen korrelieren das Haushaltseinkommen und die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zwar signifikant, unter Männern dagegen spielt das Einkommen keine signifikante Rolle.

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität ist, zeigen die in Abbildung 37 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „< 60 % des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

Am größten ist die Zufriedenheit unter Frauen mit einem Haushaltseinkommen von mehr als 150 % des medianen Haushaltseinkommens – unmittelbar gefolgt von der finanziell am schlechtesten gestellten Gruppe. Im Vergleich zur Einkommensklasse „< 60 %“ stuften nur 0,7-mal so viele Frauen aus prekären Einkommensverhältnissen (60 % bis < 80 % des medianen Haushaltseinkommens) und 0,8-mal so viele Frauen aus der mittleren Einkommensklasse die medizinische Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut ein.

Abbildung 37 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 als hervorragend oder sehr gut nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Auch in der univariaten Betrachtung (vergleiche Übersicht 79 und Übersicht 80) bestätigt sich dieser Zusammenhang: Frauen aus der höchsten und Frauen aus der niedrigsten Einkommenskategorie bewerteten die medizinische Versorgungsqualität am öftesten als hervorragend oder sehr gut (63,0 % bzw. 61,7 %). In den drei mittleren Klassen steigen die entsprechenden Anteile mit zunehmendem Einkommen von 53,2 % über 56,8 % auf 58,5 % an. Ein genau gegenläufiges Ergebnis zeigt sich unter Frauen, die mit dem Gesundheitssystem nicht zufrieden waren.

Übersicht 79 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Hervorragende oder sehr gute medizinische Versorgungsqualität | Gute medizinische Versorgungsqualität | Ausreichende oder schlechte medizinische Versorgungsqualität |
|--|--|--|---|
| Männer | 65,5 | 25,2 | 9,3 |
| < 60 % | 64,9 | 25,7 | 9,4 |
| 60 % bis < 80 % | 61,0 | 28,7 | 10,3 |
| 80 % bis < 100 % | 64,0 | 25,9 | 10,1 |
| 100 % bis < 150 % | 67,2 | 24,3 | 8,5 |
| ≥ 150 % | 68,7 | 22,8 | 8,5 |
| Frauen | 58,2 | 29,5 | 12,4 |
| < 60 % | 61,7 | 27,6 | 10,7 |
| 60 % bis < 80 % | 53,2 | 32,5 | 14,3 |
| 80 % bis < 100 % | 56,8 | 30,1 | 13,0 |
| 100 % bis < 150 % | 58,5 | 28,9 | 12,6 |
| ≥ 150 % | 63,0 | 26,6 | 10,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Dieses Muster wiederholt sich im Wesentlichen in allen Altersgruppen, in der Gruppe der 45- bis 74-jährigen Frauen ist es gänzlich deckungsgleich. Eine Ausnahme bilden die jüngeren Frauen unter 30 Jahre; hier ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in der Einkommenskategorie „80 % bis < 100 %“ am größten (69,0 %). Die deutlichsten

Unterschiede in der Beurteilung der medizinischen Versorgung fallen unter älteren Frauen auf: Während etwas mehr als zwei Drittel aller finanziell sehr gut situierten 60- bis 74-Jährigen die medizinische Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut einstufen, gaben dies nur rund 46 % der Frauen in der prekären Einkommensgruppe an (minus 21,4 Prozentpunkte).

Übersicht 80 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Männer | 65,5 | 74,9 | 66,6 | 61,0 | 61,8 | 62,1 |
| < 60 % | 64,9 | 74,4 | 70,7 | 55,7 | 61,4 | 60,5 |
| 60 % bis < 80 % | 61,0 | 68,1 | 66,1 | 59,2 | 49,9 | 60,1 |
| 80 % bis < 100 % | 64,0 | 73,3 | 65,0 | 57,3 | 62,4 | 61,2 |
| 100 % bis < 150 % | 67,2 | 76,3 | 68,4 | 63,6 | 63,2 | 62,5 |
| ≥ 150 % | 68,7 | 82,5 | 62,3 | 64,7 | 68,3 | 66,4 |
| Frauen | 58,2 | 66,4 | 58,4 | 51,0 | 56,3 | 61,2 |
| < 60 % | 61,7 | 68,0 | 60,6 | 55,3 | 60,6 | 68,3 |
| 60 % bis < 80 % | 53,2 | 62,5 | 59,1 | 44,4 | 46,1 | 55,1 |
| 80 % bis < 100 % | 56,8 | 69,0 | 58,5 | 47,2 | 55,7 | 53,4 |
| 100 % bis < 150 % | 58,5 | 65,6 | 56,6 | 51,6 | 56,6 | 68,8 |
| ≥ 150 % | 63,0 | 67,2 | 58,2 | 56,0 | 67,5 | 73,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

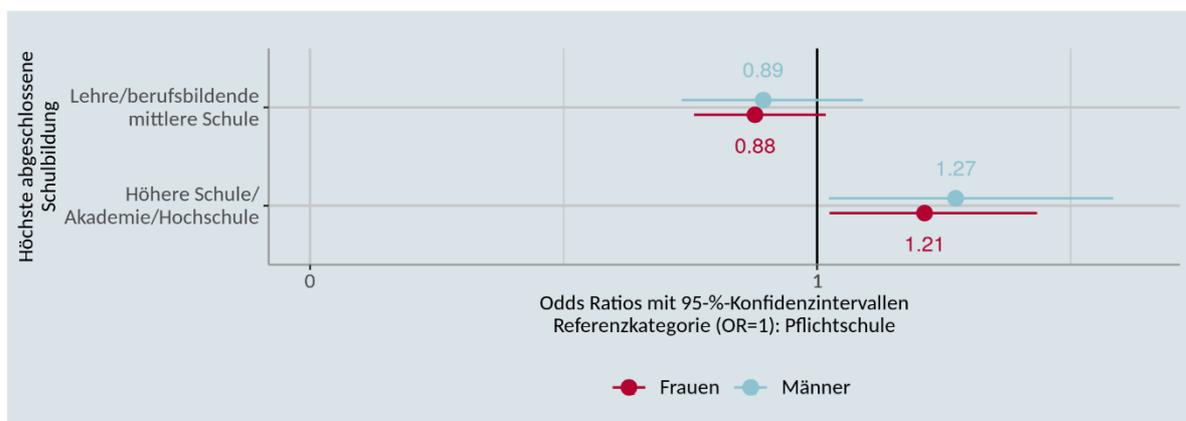
Bildung

So wie die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ist auch die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in hohem Maß von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen bestimmt. Dabei spielt der Bildungsstand eine maßgebliche Rolle.

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität ist, zeigen die in Abbildung 38 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Pflichtschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

So ist die Wahrscheinlichkeit einer hervorragenden oder sehr guten Beurteilung des Gesundheitssystems unter Personen mit höherer Ausbildung um den Faktor 1,2 (Frauen) bzw. 1,3 (Männer) höher als unter Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss.

Abbildung 38 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 als hervorragend oder sehr gut nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Auch die univariaten Vergleiche der einzelnen Bildungskategorien in Übersicht 81 und Übersicht 82 zeigen, dass der altersstandardisierte Prozentsatz jener Personen, die das Gesundheitssystem als sehr gut oder hervorragend beurteilen, in der höchsten Bildungsklasse am größten ist. In den beiden niedrigeren Bildungsklassen ist die Zufriedenheit weit seltener so positiv ausgeprägt. Dabei beurteilten Frauen die Gesundheitsversorgung unabhängig von ihrer Bildung grundsätzlich schlechter; so bewerteten fast 66 % aller Männer, aber nur etwa 58 % aller Frauen das

Gesundheitssystem als sehr gut oder hervorragend – wobei die Differenz in den drei Bildungskategorien recht ähnlich ist (7,4 bis 8,4 Prozentpunkte). Am unzufriedensten mit der medizinischen Versorgungsqualität sind Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss; jede siebente von ihnen stufte das Gesundheitssystem höchstens als ausreichend ein (bei Männern liegt der analoge Anteil bei 8,8 %).

Übersicht 81 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Hervorragende oder sehr gute medizinische Versorgungsqualität | Gute medizinische Versorgungsqualität | Ausreichende oder schlechte medizinische Versorgungsqualität |
|---|---|---------------------------------------|--|
| Männer | 65,5 | 25,2 | 9,3 |
| Pflichtschule | 63,8 | 27,4 | 8,8 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 62,9 | 27,1 | 10,0 |
| Höhere Schule/ Akademie/Hochschule | 71,6 | 20,5 | 7,8 |
| Frauen | 58,2 | 29,5 | 12,4 |
| Pflichtschule | 55,9 | 29,9 | 14,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 54,5 | 31,8 | 13,7 |
| Höhere Schule/ Akademie/Hochschule | 63,3 | 26,5 | 10,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Bis zum Ende des sechsten Lebensjahrzehnts nimmt die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung sowohl unter Frauen als auch unter Männern und in allen Bildungsklassen gleichermaßen ab – das mag mit der steigenden Prävalenz von Erkrankungen in zunehmendem Alter und damit verbunden auch mit der häufigeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zusammenhängen. Am stärksten ausgeprägt ist dieser Sachverhalt unter Frauen mit höchstens Pflichtschulabschluss. Bezeichneten in dieser Gruppe noch fast 64 % der 15- bis 29-Jährigen die Gesundheitsversorgung als mindestens sehr gut, beträgt der analoge Prozentsatz unter den 45- bis 59-Jährigen nur mehr 46,0 % (um 18,8 Prozentpunkte weniger). In höherem Alter steigt die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem dann wieder an (trotz mit dem Alter weiter steigender Krankheitsprävalenz).

Die größten bildungsspezifischen Unterschiede in der Beurteilung der Gesundheitsversorgung zeigen sich unter Männern ab 60 Jahren: Unter den höher gebildeten 60- bis 74-Jährigen stuften um 16,3 Prozentpunkte mehr Männer das Gesundheitssystem als ausgezeichnet ein als Pflichtschulabsolventen, in der Gruppe „75+“ macht diese Differenz 13,5 Prozentpunkte aus. In der jüngsten Population der unter 30-Jährigen beurteilten Personen mit mittlerer Schulbildung (Lehre, BMS) die Gesundheitsversorgung am seltensten als (mindestens) sehr gut; der Unterschied zu Absolventinnen und Absolventen einer höheren Schule macht bei Frauen wie bei Männern zirka 12 Prozentpunkte aus (wobei das Zufriedenheitsniveau unter Frauen deutlich niedriger liegt als unter Männern).

Übersicht 82 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Ins-gesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 65,5 | 74,9 | 66,6 | 61,0 | 61,8 | 62,1 |
| Pflichtschule | 63,8 | 72,3 | 71,1 | 61,2 | 54,0 | 54,7 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 62,9 | 70,0 | 62,4 | 59,1 | 60,5 | 63,4 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 71,6 | 81,8 | 72,0 | 65,2 | 70,3 | 68,2 |
| Frauen | 58,2 | 66,4 | 58,4 | 51,0 | 56,3 | 61,2 |
| Pflichtschule | 55,9 | 64,9 | 57,6 | 46,0 | 54,1 | 60,5 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 54,5 | 57,6 | 53,7 | 49,7 | 54,8 | 60,3 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 63,3 | 69,6 | 62,4 | 55,5 | 65,5 | 67,1 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

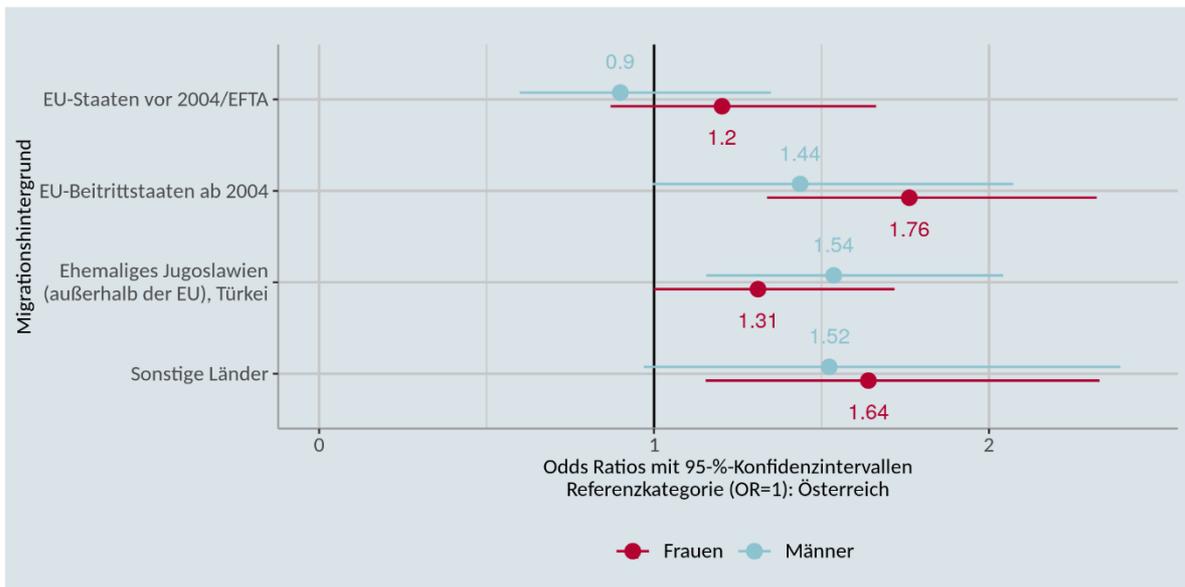
Migrationshintergrund

Menschen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund unterscheiden sich in ihrem gesundheitsbezogenen Verhalten und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Das schlägt auch in ihrer Beurteilung des Gesundheitssystems zu Buche: Die ANOVA hat ergeben, dass der Migrationshintergrund sowohl unter Frauen als

auch unter Männern einen stark signifikanten Einfluss auf die Einschätzung des medizinischen Versorgungssystems hat (auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %).

Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Beurteilung des medizinischen Versorgungssystems ist, zeigen die in Abbildung 39 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Populationen mit Migrationshintergrund gegenübergestellt.

Abbildung 39 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 als hervorragend oder sehr gut nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Unter Frauen spielt der Migrationshintergrund eine größere Rolle bei der Beurteilung des Gesundheitssystems als unter Männern. Eine Ausnahme bildet lediglich die Kategorie „Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei“, hier zeigt sich unter Männern ein stärkerer Effekt. Der größte Unterschied in der Zufriedenheit mit der Gesundheits-

versorgung besteht (im Vergleich zu Österreicherinnen) bei Frauen aus „EU-Beitrittsstaaten ab 2004“, ihr Odds Ratio beträgt 1,8 und liegt über dem Wert der Männer (1,4). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein aus dem ehemaligen Jugoslawien stammender Mann das Gesundheitssystem als ausgezeichnet einstuft, ist 1,5-mal so hoch wie die Wahrscheinlichkeit, dass ein Österreicher diese Einschätzung teilt.

Dieser Befund bestätigt sich auch in der altersstandardisierten Verteilung der Befragungsergebnisse (siehe Übersicht 83 und Übersicht 84). So beschrieben gut 68 % aller Frauen mit Herkunft aus EU-Staaten (Beitritt ab 2004) die medizinische Versorgung als hervorragend oder sehr gut, während das unter Österreicherinnen lediglich rund 56 % taten. Umgekehrt schätzten 13,5 % der Österreicherinnen das Gesundheitssystem als schlecht oder ausreichend ein, hier ist der analoge Prozentsatz unter Frauen aus EU-Staaten 2004 nicht einmal halb so groß (6,6 %). Relativ gesehen zeigt sich unter Männern in Hinblick auf ihren Migrationshintergrund eine ähnliche Verteilung, wenngleich auf einem „höheren Niveau“: Männer stellten dem Gesundheitssystem deutlich häufiger ein sehr gutes Zeugnis aus als Frauen.

Übersicht 83 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Hervorragende oder sehr gute medizinische Versorgungsqualität | Gute medizinische Versorgungsqualität | Ausreichende oder schlechte medizinische Versorgungsqualität |
|--|--|--|---|
| Männer | 65,5 | 25,2 | 9,3 |
| Österreich | 64,1 | 26,1 | 9,9 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 63,3 | 28,0 | 8,7 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 72,2 | 19,8 | 8,0 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 72,9 | 21,8 | 5,3 |
| Sonstige Länder | 72,0 | 20,0 | 8,0 |
| Frauen | 58,2 | 29,5 | 12,4 |
| Österreich | 56,2 | 30,3 | 13,5 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 62,6 | 27,2 | 10,3 |

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Hervorragende oder sehr gute medizinische Versorgungsqualität | Gute medizinische Versorgungsqualität | Ausreichende oder schlechte medizinische Versorgungsqualität |
|--|--|--|---|
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 68,1 | 25,3 | 6,6 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 65,7 | 26,2 | 8,1 |
| Sonstige Länder | 66,1 | 24,9 | 9,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Dies trifft im Wesentlichen über alle Altersgruppen hinweg betrachtet zu. In einer detaillierten Analyse der einzelnen alters-, geschlechts- und herkunftsspezifischen Kohorten ergeben sich allerdings durchaus spezifische Muster. Große Unterschiede zeigen sich etwa in der Gruppe der aus EU-Staaten stammenden 45- bis 59-jährigen Männer: Beurteilten acht von zehn Männern aus ab dem Jahr 2004 der EU beigetretenen Staaten das Gesundheitssystem als ausgezeichnet, waren das unter Männern aus vor 2004 beigetreten EU-Ländern nur rund 46 % (also um knapp 34 Prozentpunkte weniger). Im Gegensatz dazu treten bei Frauen die größten Unterschiede in der Altersgruppe „75+ Jahre“ zutage: Nur sechs von zehn österreichischen, aber fast 83 % der Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei vergaben für die Gesundheitsversorgung die Bestnote. In der jüngsten Population der 15- bis 29-Jährigen wieder zeigt sich in der Herkunftskategorie „EU-Staaten vor 2004/EFTA“ eine markante Differenz: Hier stuften 61,3 % der Männer, aber 83,0 % der Frauen die medizinische Versorgungsqualität in Österreich als hervorragend oder sehr gut ein (vergleiche Übersicht 84).

Übersicht 84 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Männer | 65,5 | 74,9 | 66,6 | 61,0 | 61,8 | 62,1 |
| Österreich | 64,1 | 74,6 | 64,2 | 58,4 | 61,0 | 61,6 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 63,3 | 61,3 | 65,3 | 46,0 | 76,2 | 78,3 |

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 72,2 | 83,0 | 68,1 | 79,7 | 61,3 | 63,3 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 72,9 | 78,8 | 76,2 | 74,9 | 61,9 | 69,3 |
| Sonstige Länder | 72,0 | 73,9 | 77,4 | 75,9 | 78,6 | 35,6 |
| Frauen | 58,2 | 66,4 | 58,4 | 51,0 | 56,3 | 61,2 |
| Österreich | 56,2 | 65,1 | 55,7 | 48,2 | 54,9 | 60,3 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 62,6 | 83,0 | 53,6 | 49,1 | 65,9 | 67,7 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 68,1 | 77,2 | 68,6 | 65,1 | 63,6 | 64,8 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 65,7 | 62,1 | 61,8 | 63,9 | 67,4 | 82,6 |
| Sonstige Länder | 66,1 | 75,9 | 68,4 | 58,6 | 64,2 | 62,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

7 Einschränkungen im Alltag, Pflege und ungedeckter Pflegebedarf

Mit fortschreitendem Alter treten nicht nur (chronische) Krankheiten und Gesundheitsprobleme vermehrt auf. Auch Einschränkungen der physischen, physiologischen und mentalen Leistungsfähigkeit können zunehmend zu Schwierigkeiten in der selbstständigen Bewältigung des Alltags und damit zu einem Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf führen. Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gehen mit einer Einschränkung der Autonomie und selbstständigen Lebensführung einher und können für die betroffenen Personen und ihre Angehörigen eine hohe soziale, psychische, körperliche und auch finanzielle Belastung bedeuten. Die sozialen und finanziellen Aspekte des Pflegebedarfs spielen auch in gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Hinsicht eine zentrale Rolle – umso mehr, als mit der steigenden Lebenserwartung auch der Pflegebedarf zunehmen wird.

Hilfsbedürftigkeit bei alltäglichen Aktivitäten kann sich auf die persönliche Grundversorgung und Hygiene, auf organisatorische Belange der Lebensführung oder auf zu verrichtende körperliche Arbeiten beziehen. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 wurden diesbezüglich zwei Gruppen von Einschränkungen unterschieden:

- Einschränkungen bei „basalen Aktivitäten“ (Activities of Daily Living, ADL), die sich im Wesentlichen auf die persönlichen Bedürfnisse und Körperpflege beziehen, und
- Einschränkungen bei „instrumentellen Aktivitäten“ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL), die den Bereich der Haushaltsorganisation betreffen.

Erhoben wurde jeweils die Prävalenz von Einschränkungen sowie von gedecktem und ungedecktem Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf.

Für beide Bereiche wurde untersucht, inwieweit Einschränkungen im Alltag und Pflegebedürftigkeit mit sozioökonomischen Faktoren (Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad) zusammenhängen, wobei sich die Analyse auf Frauen und Männer ab 55 Jahren bezog.

7.1 Einschränkungen im Alltag

Die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag wurde mit der Frage erfasst, ob eine Person normalerweise Schwierigkeiten hat, zumindest eine bestimmte basale bzw. instrumentelle Tätigkeit ohne Hilfe auszuführen. Die Antwortmöglichkeiten reichten jeweils von „keine Schwierigkeiten“ über „einige Schwierigkeiten“ und „große Schwierigkeiten“ bis hin zu „zu schwierig, ich kann es gar nicht“.

Als basale Aktivitäten wurden erfasst: Essen und Trinken, sich von einem Bett oder Sessel erheben oder darauf niederlassen, sich an- und ausziehen, die Benutzung der Toilette sowie Baden und Duschen. Bei den instrumentellen Tätigkeiten ging es um die Zubereitung von Mahlzeiten, die Benutzung des Telefons, um leichte und gelegentlich schwere Hausarbeiten, Einkaufen und um das Erledigen von finanziellen bzw. alltäglichen Verwaltungsangelegenheiten.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Knapp 16 % der österreichischen Wohnbevölkerung in der Altersgruppe „55+ Jahre“ räumten eine oder mehrere Einschränkungen in der Ausübung basaler alltäglicher Aktivitäten ein. Bei der Durchführung instrumenteller (Haushalts-)Tätigkeiten hat fast ein Drittel dieses Personenkreises Schwierigkeiten. Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Alter auch die Häufigkeit von Einschränkungen (sowohl bei basalen als auch bei instrumentellen Aktivitäten). Abseits des Alters können aber auch andere, mitunter in Wechselwirkungen stehende Faktoren mit der Prävalenz von Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung zusammenhängen (etwa das Einkommen, die höchste abgeschlossene Bildung, der Migrationshintergrund oder der Urbanisierungsgrad des Wohnortes).

Ob das Ausmaß bzw. die Häufigkeit von Einschränkungen bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben von diesen sozioökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird, wurde mit Hilfe einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) untersucht. Dieses Verfahren wurde eingesetzt, um die Abhängigkeiten zwischen Alter, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad bei der Identifikation signifikanter Zusammenhänge zu berücksichtigen. Dabei wurde jeweils der Effekt eines unabhängigen Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses von anderen sozioökonomischen Faktoren untersucht.

Die p-Werte der Varianzanalyse geben darüber Auskunft, ob die genannten Determinanten in einem statistisch gesicherten (signifikanten) Zusammenhang mit dem Auftreten von Einschränkungen stehen – sie sind in Übersicht 85 dargestellt. Hier wird ersichtlich, dass die höchste abgeschlossene Schulbildung sowohl auf Einschränkungen im Bereich der persönlichen Bedürfnisse und der Körperpflege als auch im Bereich der Haushaltsorganisation einen (hoch-)signifikanten Einfluss hat, und zwar für beide Geschlechter. Einen gleichermaßen ausgeprägten, allerdings auf die Gruppe der Frauen beschränkten Effekt auf die Prävalenz von basalen wie auch instrumentellen Einschränkungen hat der Migrationshintergrund. Bei Männern dagegen spielt die Herkunftsregion nur in Hinblick auf haushaltsorganisatorische Alltagsaktivitäten eine Rolle, genauso wie die Höhe des Haushaltseinkommens (das wiederum unter Frauen keinen Effekt hat). Weiters ist die Häufigkeit von Einschränkungen bei basalen Aktivitäten bei Männern auch vom Urbanisierungsgrad abhängig.

Übersicht 85 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|---|---------------|---------------|
| Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität | | |
| Einkommen | 0,138 | 0,527 |
| Bildung | 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,742 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,027 | 0,829 |
| Einschränkung bei mindestens einer instrumentellen Aktivität | | |
| Einkommen | < 0,001 | 0,054 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,020 | < 0,001 |
| Urbanisierungsgrad | 0,136 | 0,334 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Einkommen

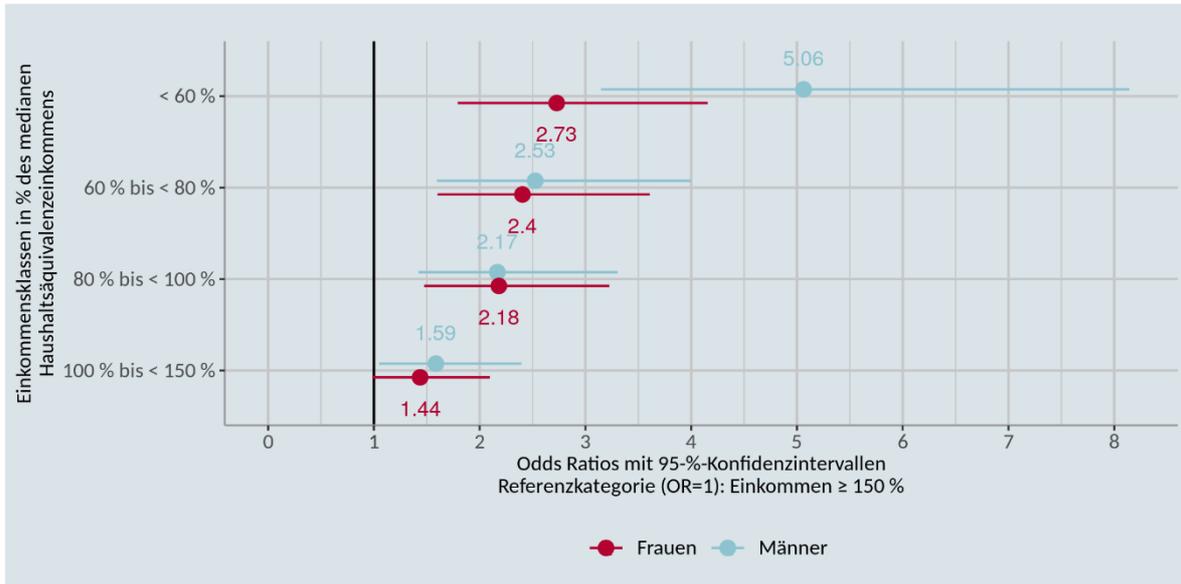
Frauen und Männer aus prekären Einkommensverhältnissen stufen ihren subjektiven Gesundheitszustand zumeist schlechter ein als finanziell besser gestellte Haushalte. Damit Hand in Hand geht ein höheres Risiko chronischer Krankheiten, das auch vermehrt zu Einschränkungen bei der selbstständigen Bewältigung des Alltags führen kann. Signifikant schlägt dieser Zusammenhang unter Männern bei der Erledigung von haushaltsorganisatorischen Aufgaben zu Buche, unter Frauen bestätigt sich das nicht. Bei Einschränkungen im Bereich basaler Bedürfnisse dagegen zeigt das Einkommen weder bei Frauen noch bei Männern einen statistisch gesicherten Effekt.

Wie stark der Effekt des Einkommens auf die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag ist, zeigen die in Abbildung 40 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz von Einschränkungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Einkommenskategorie „ $\geq 150\%$ des medianen Haushaltseinkommens“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Einkommensklassen gegenübergestellt.

Mit abnehmendem Einkommen steigt das Risiko von Schwierigkeiten bei der Haushaltsorganisation deutlich an. Im Vergleich zu Männern aus sehr guten finanziellen Verhältnissen ist die Wahrscheinlichkeit einer instrumentellen Einschränkung in der niedrigsten Einkommensklasse um mehr als das Fünffache erhöht. Bei Männern aus der prekären Einkommensgruppe ist der Faktor zwar nur mehr halb so hoch, liegt aber dennoch bei 2,5. Immer noch doppelt so groß ist das Risiko einer instrumentellen Einschränkung in der mittleren Einkommensklasse (mit einem Odds Ratio von 2,2).

Abbildung 40 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)

Einschränkung bei mindestens einer instrumentellen Aktivität



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Auch in der univariaten Betrachtung (vergleiche Übersicht 86) bestätigt sich dieser Zusammenhang: Männer mit einem geringen Einkommen gaben häufiger instrumentelle Einschränkungen an als Männer mit mehr finanziellen Möglichkeiten. Während etwa ein Fünftel der Männer in der höchsten Einkommenskategorie (mit mindestens 150 % des Medianeinkommens) Schwierigkeiten bei zumindest einer der erfassten haushaltsorganisatorischen Aktivitäten beschrieb, betrifft das in der niedrigsten Einkommensgruppe (mit weniger als 60 % des Medianeinkommens) fast die Hälfte aller Männer.

Dieser Zusammenhang zeigte sich in beiden Altersgruppen, ist aber in der Gruppe der 55- bis 74-Jährigen deutlich stärker ausgeprägt als in der Gruppe „75+ Jahre“: In Ersterer sehen sich in der Einkommenskategorie „≥ 150 %“ nur 8,0 % der Männer mit Schwierigkeiten in der Bewältigung instrumenteller Alltagstätigkeiten konfrontiert, in der Einkommensklasse „< 60 %“ sind es knapp 37 % – das entspricht einer Differenz von 28,9 Prozentpunkten. Unter den ältesten Männern macht dieser Unterschied vergleichsweise niedrige 12,8 Prozentpunkte aus.

Übersicht 86 Prävalenz von Einschränkungen bei mindestens einer instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Insgesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 28,1 | 18,5 | 52,6 |
| < 60 % | 45,6 | 36,9 | 67,6 |
| 60 % bis < 80 % | 32,9 | 24,7 | 54,0 |
| 80 % bis < 100 % | 29,6 | 21,6 | 50,2 |
| 100 % bis < 150 % | 23,8 | 14,8 | 46,9 |
| ≥ 150 % | 21,2 | 8,0 | 54,8 |
| Frauen | 37,5 | 25,4 | 68,6 |
| < 60 % | 44,6 | 32,2 | 76,1 |
| 60 % bis < 80 % | 43,2 | 32,8 | 69,8 |
| 80 % bis < 100 % | 40,8 | 29,6 | 69,3 |
| 100 % bis < 150 % | 33,7 | 22,0 | 63,6 |
| ≥ 150 % | 28,0 | 14,0 | 63,9 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Bildung

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen ist nicht nur vom Einkommen, sondern auch stark von der Bildung abhängig. Häufen sich Gesundheitsbeschwerden, treten auch umso mehr Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags auf. Das betrifft Männer gleichermaßen wie Frauen und basale genauso wie instrumentelle Aktivitäten des Alltags. Die betreffenden p-Werte zeigen allesamt hochsignifikante Korrelationen an ($p \leq 0,001$).

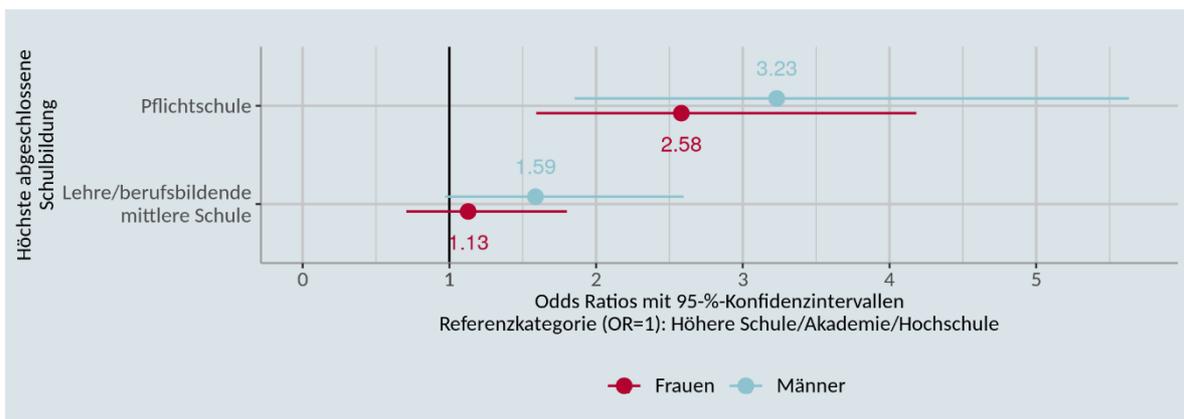
Wie stark der Effekt der Bildung auf die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag ist, zeigen die in Abbildung 41 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz von Einschränkungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“).

Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

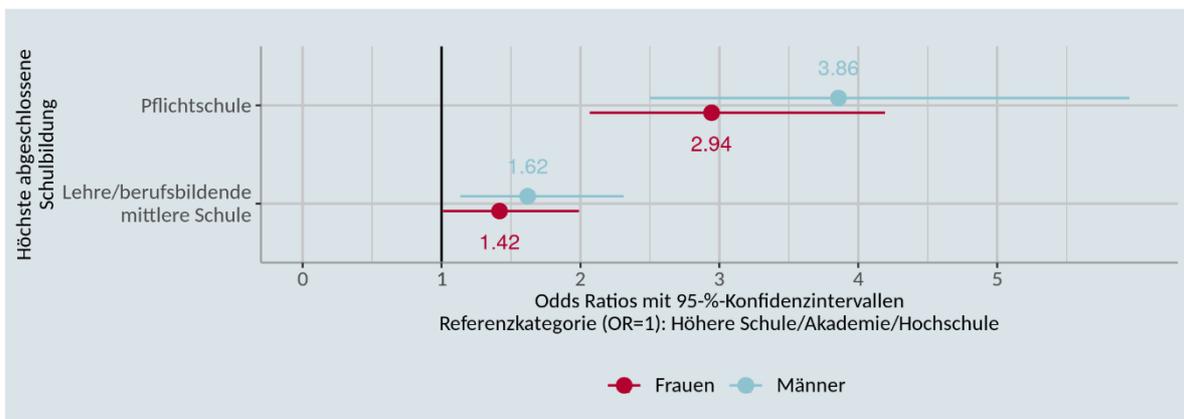
So ist das Risiko von Einschränkungen unter Männern mit höchstens Pflichtschulabschluss mehr als dreimal so hoch wie unter Männern mit einer Formalbildung auf mindestens Maturaniveau (basale Einschränkungen: Faktor 3,2, instrumentelle Einschränkungen: Faktor 3,9). Bei Frauen liegen beide Odds Ratios niedriger: bei 2,6 im basalen und bei 2,9 im instrumentellen Aktivitätenfeld.

Abbildung 41 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)

Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität



Einschränkung bei mindestens einer instrumentellen Aktivität



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Auch die Vergleiche in Übersicht 87 zeigen für alle ausgewiesenen Personengruppen, dass Einschränkungen im Alltag generell mit zunehmendem Bildungsniveau seltener vorkommen. Dabei wird deutlich, dass sich die Bildung auf die Prävalenz von Schwierigkeiten im Alltag unter Männern stärker auswirkt als unter Frauen. Frauen sind im Allgemeinen häufiger von Einschränkungen (sowohl basalen als auch instrumentellen) betroffen.

Schwierigkeiten in haushaltsorganisatorischen Belangen stehen in einem stärkeren Zusammenhang mit dem Bildungsniveau als Einschränkungen im Bereich der persönlichen Bedürfnisse. So nennen rund 45 % der Männer und 48 % der Frauen mit Pflichtschulabschluss Schwierigkeiten bei instrumentellen Aktivitäten, in der höchsten Bildungsschicht sind es ca. 20 % bei den Männern und 29 % bei den Frauen – das entspricht einem Unterschied von 24 bzw. 19 Prozentpunkten. Bei den Einschränkungen im basalen Bereich sind die bildungsspezifischen Differenzen geringer (14 versus 11 Prozentpunkte). Auch nehmen die Einschränkungen bei instrumentellen Alltagsaktivitäten mit fortschreitendem Alter stärker zu als bei basalen Tätigkeiten (um ca. 43 Prozentpunkte bei Frauen und 34 Prozentpunkte bei Männern), wobei dieser Zuwachs in allen Bildungsgruppen ähnlich groß ist.

Übersicht 87 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität | | | Einschränkung bei mindestens einer instrumentellen Aktivität | | |
|--|--|----------------|--------------|--|----------------|--------------|
| | Ins- gesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre | Ins- gesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre |
| Männer | 14,5 | 8,6 | 29,6 | 28,1 | 18,5 | 52,6 |
| Pflichtschule | 23,6 | 18,8 | 35,9 | 44,7 | 37,1 | 64,1 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 13,8 | 7,7 | 29,2 | 26,9 | 17,8 | 50,1 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 9,6 | 5,9 | 18,9 | 20,4 | 11,3 | 43,7 |
| Frauen | 17,2 | 8,3 | 39,9 | 37,5 | 25,4 | 68,6 |
| Pflichtschule | 22,6 | 13,4 | 46,3 | 47,6 | 36,6 | 75,8 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 14,3 | 7,0 | 33,1 | 34,8 | 23,5 | 63,6 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 12,1 | 5,8 | 28,1 | 28,6 | 17,3 | 57,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

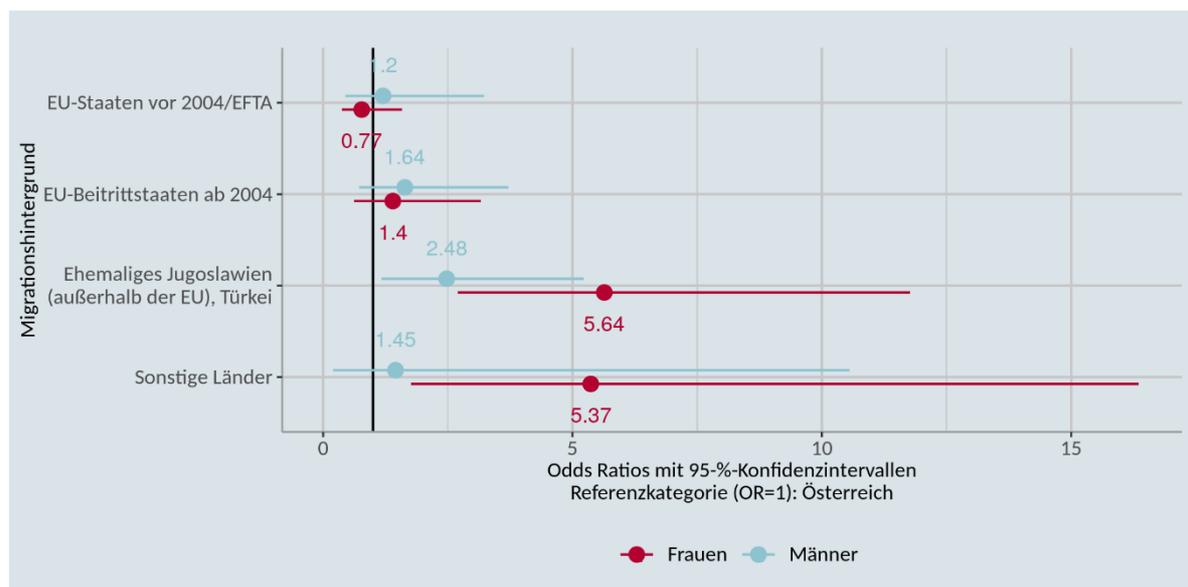
Migrationshintergrund

Die im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 eingesetzte mehrfaktorielle Varianzanalyse hat ergeben, dass der Migrationshintergrund einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Einschränkungen von Frauen sowohl bei basalen als auch bei instrumentellen Aktivitäten des Alltags hat. Für Männer bestätigte sich dieser Zusammenhang nur für den Bereich der instrumentellen Tätigkeiten.

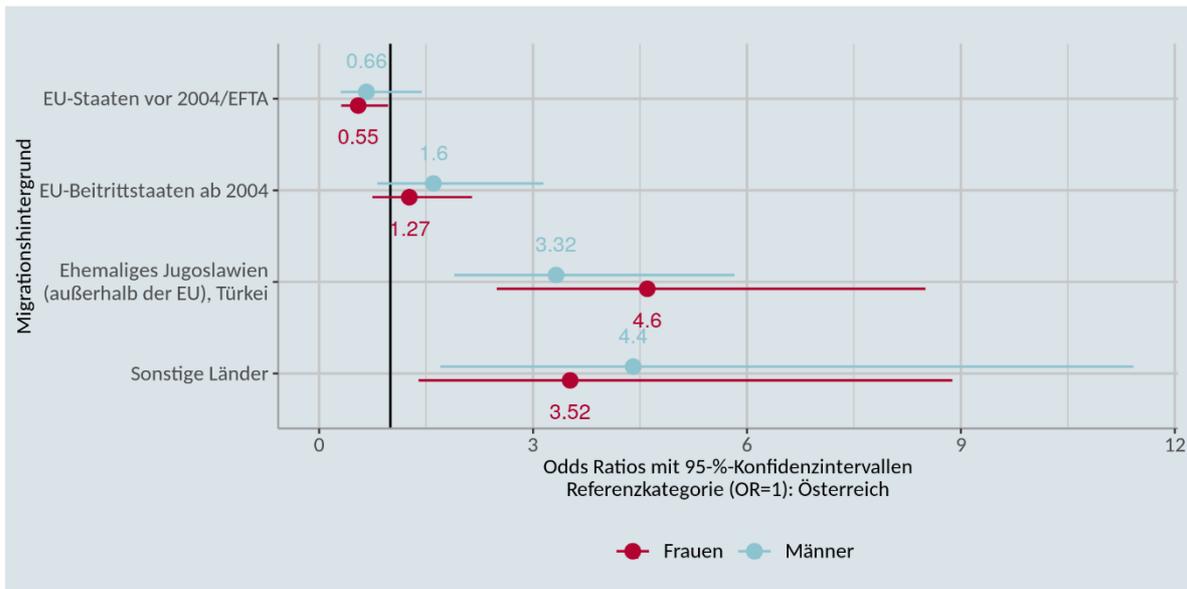
Wie stark der Effekt des Migrationshintergrunds auf die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag ist, zeigen die in Abbildung 42 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz von Einschränkungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Kategorie „Österreich“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Migrationskategorien gegenübergestellt.

Abbildung 42 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)

Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität



Einschränkung bei mindestens einer instrumentellen Aktivität



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Ein hochsignifikanter Unterschied in der Auftretenshäufigkeit von Einschränkungen im täglichen Leben besteht zwischen Österreicherinnen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) bzw. der Türkei. Frauen aus dieser Herkunftsregion müssen im Vergleich zu Österreicherinnen mit einer 5,6-fach so hohen Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten bei basalen und mit einer 4,6-fach so hohen Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten bei instrumentellen Aktivitäten bewältigen. Bei Männern ist das Risiko von Einschränkungen in haushaltsorganisatorischen Belangen in dieser Migrationsgruppe 3,3-mal so groß wie unter Österreichern. Große Unterschiede ergeben sich auch für die „sonstigen Länder“, allerdings ist diese Gruppe derart inhomogen, dass keine zuverlässige Interpretation der Ergebnisse möglich ist.

Aus der altersstandardisierten Verteilung der Befragungsergebnisse wird ersichtlich, dass 36,2 % der Österreicherinnen und 26,3 % der Österreicher ab 55 Jahren Schwierigkeiten mit alltäglichen Herausforderungen der Haushaltsorganisation haben (Übersicht 88). Unter aus dem ehemaligen Jugoslawien (ohne EU-Staaten) oder der Türkei stammenden Personen sind diesbezüglich deutlich mehr Frauen (61,7 %) und Männer (50,4 %) betroffen. Dabei ist der herkunftsspezifische Unterschied bei Männern und Frauen durchaus vergleichbar (25,5 respektive 24,1 Prozentpunkte), allerdings gaben insgesamt deutlich weniger Männer instrumentelle Einschränkungen an als Frauen. Was die Einschränkungen von Frauen in Hinblick auf basale Alltagsaktivitäten betrifft, ist die analoge Differenz geringer (20,1 Prozentpunkte), und auch die Prävalenz von

Einschränkungen ist in diesem Bereich der Alltagstätigkeiten weniger stark ausgeprägt: Etwa 16 % der Österreicherinnen und gut 36 % der Frauen aus der Gruppe „Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei“ sehen sich mit Schwierigkeiten bei basalen Aktivitäten konfrontiert.

Übersicht 88 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Migrationshintergrund, Geschlecht | Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität | | | Einschränkung bei mindestens einer instrumentellen Aktivität | | |
|--|---|----------------|--------------|---|----------------|--------------|
| | Ins- gesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre | Ins- gesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre |
| Männer | 14,5 | 8,6 | 29,6 | 28,1 | 18,5 | 52,6 |
| Österreich | 13,7 | 7,7 | 29,0 | 26,3 | 16,4 | 51,7 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 15,6 | 7,4 | 36,6 | 21,0 | 12,3 | 43,1 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 18,1 | 8,8 | 42,1 | 36,7 | 26,9 | 61,5 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 27,1 | 17,1 | 52,5 | 50,4 | 39,1 | 79,3 |
| Sonstige Länder | 15,0 | 16,1 | 12,1 | 47,0 | 46,5 | 48,1 |
| Frauen | 17,2 | 8,3 | 39,9 | 37,5 | 25,4 | 68,6 |
| Österreich | 16,0 | 6,6 | 40,1 | 36,2 | 23,6 | 68,6 |
| EU-Staaten vor 2004/EFTA | 13,1 | 12,0 | 16,1 | 25,7 | 19,4 | 41,9 |
| EU-Beitrittsstaaten ab 2004 | 18,3 | 10,2 | 39,0 | 39,9 | 22,5 | 84,4 |
| Ehemaliges Jugoslawien (außerhalb der EU), Türkei | 36,1 | 28,5 | 55,6 | 61,7 | 57,4 | 72,7 |
| Sonstige Länder | 31,5 | 22,1 | 55,6 | 51,1 | 36,7 | 88,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Urbanisierungsgrad

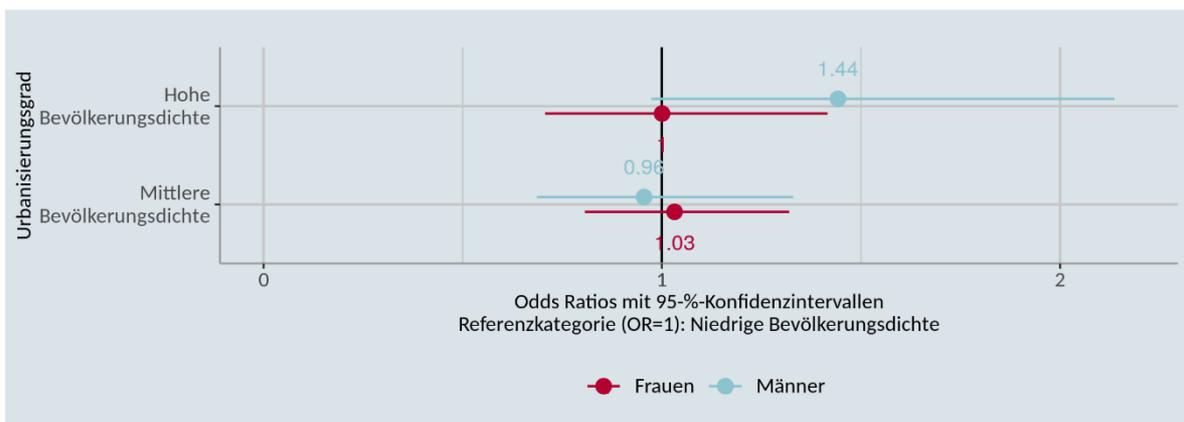
In der mehrfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) ergibt sich für Männer ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Verstädterungsgrad und der Prävalenz von Schwierigkeiten bei basalen Alltagsaktivitäten – für instrumentelle Tätigkeiten gilt das nicht. Unter Frauen

zeigen sich generell keine Unterschiede in der Prävalenz von Einschränkungen in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte, weder was basale noch was instrumentelle Aufgaben betrifft.

Wie stark der Effekt des Urbanisierungsgrads auf die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag ist, zeigen die in Abbildung 43 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz von Einschränkungen, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Der geringste Urbanisierungsgrad („Niedrige Bevölkerungsdichte“) wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Urbanisierungsklassen gegenübergestellt.

Abbildung 43 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)

Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

In dicht besiedelten Großstädten sind Männer etwas häufiger von Einschränkungen bei basalen Aktivitäten des Alltags betroffen als in ländlichen Regionen; ihr Risiko war im Vergleich um den Faktor 1,4 erhöht. So gaben 45,6 % aller in Großstädten wohnhaften Männer an, Schwierigkeiten mit täglichen basalen Erfordernissen zu haben. In wenig besiedelten Regionen waren das 29,6 % (vergleiche Übersicht 89).

Übersicht 89 Prävalenz von Einschränkungen bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Urbanisierungsgrad, Geschlecht | Insgesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 28,1 | 18,5 | 52,6 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 45,6 | 36,9 | 67,6 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 32,9 | 24,7 | 54,0 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 29,6 | 21,6 | 50,2 |
| Frauen | 37,5 | 25,4 | 68,6 |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 44,6 | 32,2 | 76,1 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 43,2 | 32,8 | 69,8 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 40,8 | 29,6 | 69,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

7.2 Pflege und ungedeckter Pflegebedarf

Pflege und Hilfe im Alltag

Hilfe- bzw. Pflegebedarf liegt dann vor, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen einer Person ein solches Ausmaß erreichen, dass im individuellen Lebenskontext alltägliche Verrichtungen allein nur noch begrenzt oder gar nicht mehr möglich sind. In der Österreichischen Gesundheitsbefragung wurde die Inanspruchnahme von Pflegemaßnahmen bzw. der Pflegebedarf unter jenen Personen erhoben, die von Schwierigkeiten bei zumindest einer basalen bzw. instrumentellen Aktivität berichteten. Die betreffenden Frauen und Männer wurden gefragt, ob sie normalerweise Hilfe bei den besagten Tätigkeiten haben, die Antwortmöglichkeiten waren „Ja, bei mindestens einer Tätigkeit“ und „Nein“. Im Falle einer Ja-Antwort wurde auch die Art der Hilfestellung erfragt (jeweils mit den Antwortmöglichkeiten Ja und Nein):

- Ist diese Hilfe ein technisches Hilfsmittel?
- Ist diese Hilfe von Freunden oder Familienangehörigen?
- Ist diese Hilfe von professionellem Pflege- oder Betreuungspersonal?

Ob eine Person Unterstützung erhalten hat oder nicht, wurde analog zu der bei den Einschränkungen im Alltag angewandten Klassifikation der Tätigkeiten vorgenommen: Unterschieden wurde jeweils Pflege bzw. Hilfe

- bei „basalen Aktivitäten“ (Activities of Daily Living, ADL), die sich im Wesentlichen auf die persönlichen Bedürfnisse und Körperpflege beziehen, und
- bei „instrumentellen Aktivitäten“ (Instrumental Activities of Daily Living, IADL), die den Bereich der Haushaltsorganisation betreffen.

Ungedeckter Pflege- und Unterstützungsbedarf

Zur Abschätzung des Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs älterer Menschen wurden Personen mit zumindest einer Einschränkung nach ungedecktem Pflegebedarf gefragt (Antwortmöglichkeiten: „Ja, bei mindestens einer Tätigkeit“ und „Nein“):

- Personen, die angegeben hatten, keine Hilfestellung zu erhalten, wurden gefragt, ob sie Hilfe benötigen würden.
- Personen, die angegeben hatten, Hilfestellung zu erhalten, wurden gefragt, ob sie mehr Hilfe benötigen würden.

Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Hochgerechnet gut 460.000 Personen der Altersgruppe „55+ Jahre“ räumten eine oder mehrere Einschränkungen in der Ausübung basaler alltäglicher Aktivitäten ein. Etwa jede/r Neunte von ihnen gab an, Unterstützung bei der Bewältigung dieser Aufgaben zu erhalten. Für 4,1 % der Bevölkerung mit basalen Einschränkungen standen allerdings keine oder keine ausreichenden Pflegemöglichkeiten zur Verfügung.

Deutlich häufiger sind Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung. Hochgerechnet rund 950.000 Frauen und Männer über 55 Jahre sind mit Einschränkungen im Bereich instrumenteller Alltagsaktivitäten konfrontiert, mehr als ein Viertel von ihnen nimmt auch Unterstützung bei haushaltsorganisatorischen Angelegenheiten in Anspruch. Ohne oder zumindest mit nur unzureichender Pflege müssen 6,3 % der Personen mit Einschränkungen bei der Durchführung instrumenteller Aufgaben zurecht kommen.

Der Pflegebedarf in der Bevölkerung Österreichs nimmt (egal ob er abgedeckt werden kann oder nicht) mit steigendem Alter stark zu. Abseits des Alters können aber auch

andere, mitunter in Wechselwirkungen stehende Faktoren mit der Prävalenz von (ungedecktem) Pflegebedarf zusammenhängen (etwa das Einkommen, die höchste abgeschlossene Bildung, der Migrationshintergrund oder der Urbanisierungsgrad des Wohnortes).

Auch in Bezug auf Pflege und ungedeckten Unterstützungsbedarf wurde untersucht, ob deren Ausmaß bzw. Häufigkeit von den genannten soziodemographischen und sozioökonomischen Determinanten beeinflusst werden. Mit Hilfe der ANOVA sollten gegebenenfalls bestehende Abhängigkeiten zwischen Alter, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad bei der Identifikation signifikanter Zusammenhänge berücksichtigt werden.

Die p-Werte der Varianzanalyse geben darüber Auskunft, ob die genannten Faktoren in einem statistisch gesicherten (signifikanten) Zusammenhang mit der Inanspruchnahme pflegerischer Maßnahmen bzw. mit der Prävalenz ungedeckten Pflegebedarfs stehen (sowohl in Hinblick auf basale bzw. auf instrumentelle Einschränkungen). Aus Übersicht 90 wird ersichtlich, dass kaum eine der untersuchten erklärenden Variablen einen Einfluss auf die Prävalenz von Pflege oder nicht abgedecktem Pflegebedarf hat. Allein bei der höchsten abgeschlossenen Schulbildung (und hier nur für Männer) zeigt sich im Bereich der basalen Einschränkungen ein statistisch gesicherter Zusammenhang (auf einem Signifikanzniveau von 5 %).

Übersicht 90 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Pflege und ungedecktem Pflegebedarf im Alltag?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--|---------------|---------------|
| Pflege bei mindestens einer basalen Aktivität | | |
| Einkommen | 0,956 | 0,967 |
| Bildung | 0,011 | 0,262 |
| Migrationshintergrund | 0,912 | 0,999 |
| Urbanisierungsgrad | 0,839 | 0,485 |
| Ungedeckter Pflegebedarf bei mindestens einer basalen Aktivität | | |
| Einkommen | 0,945 | 0,440 |
| Bildung | 0,681 | 0,430 |

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--|----------------------|----------------------|
| Migrationshintergrund | 0,903 | 0,959 |
| Urbanisierungsgrad | 0,964 | 0,542 |
| Pflege bei mindestens einer instrumentellen Aktivität | | |
| Einkommen | 0,990 | 0,954 |
| Bildung | 0,190 | 0,153 |
| Migrationshintergrund | 0,834 | 0,914 |
| Urbanisierungsgrad | 0,293 | 0,838 |
| Ungedeckter Pflegebedarf bei mindestens einer instrumentellen Aktivität | | |
| Einkommen | 0,566 | 0,600 |
| Bildung | 0,564 | 0,550 |
| Migrationshintergrund | 0,928 | 0,614 |
| Urbanisierungsgrad | 0,659 | 0,076 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

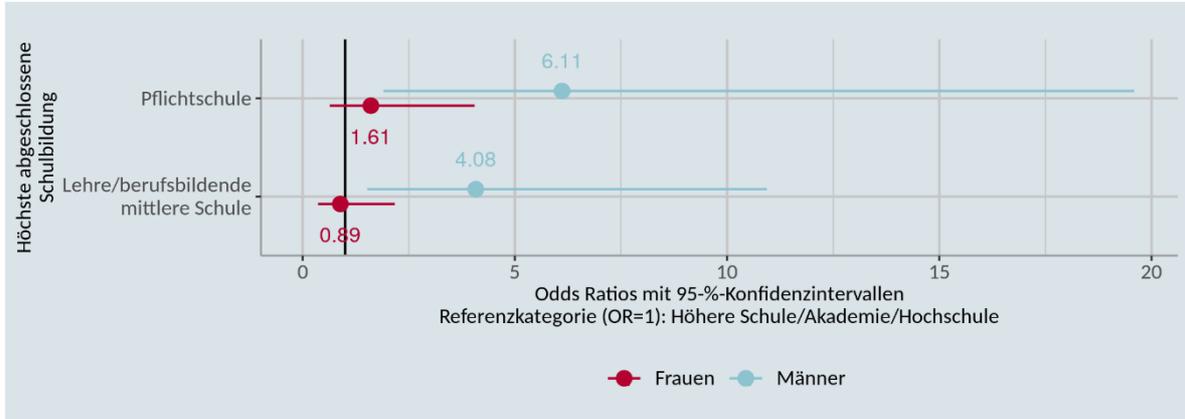
Bildung

Wie stark der Effekt der Bildung auf die Inanspruchnahme von Pflege ist, zeigen die in Abbildung 44 dargestellten alterskontrollierten Odds Ratios. Die Odds Ratios wurden um den Effekt des Alters auf die Prävalenz von Pflege, nicht aber um den Einfluss der anderen sozioökonomischen Determinanten bereinigt (siehe auch Kapitel „Datengrundlage und Methodik“). Die Bildungskategorie „Höhere Schule/Akademie/Hochschule“ wurde als Referenzkategorie mit dem Wert 1 festgelegt. Dieser Referenzkategorie wurden die anderen Bildungskategorien gegenübergestellt.

So nehmen Männer mit höchstens Pflichtschulabschluss pflegerische Leistungen im Bereich der Grundversorgung und Körperpflege mit einer mehr als sechsmal so hohen Wahrscheinlichkeit in Anspruch wie Männer in der höchsten Bildungsklasse. Immerhin noch bei 4,1 liegt der Faktor im Vergleich zu mittlerer und höherer Schulbildung.

Abbildung 44 Pflege bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)

Pflege bei mindestens einer basalen Aktivität



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Von den 1,32 Millionen in Österreich wohnhaften Männern ab 55 Jahren sind 14,5 % von Einschränkungen im Bereich der basalen Alltagsaktivitäten herausgefordert. Rund ein Drittel von ihnen nutzen keine Unterstützung im Umgang mit diesen Einschränkungen (ob gewollt oder ungewollt; das sind 4,7 % aller Männer ab 55 Jahren), zwei Drittel nehmen pflegerische Maßnahmen in Anspruch (das sind 9,8 % aller Männer ab 55 Jahren; vergleiche Übersicht 91).

Übersicht 91 Einschränkungen und Pflege bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Keine Einschränkungen und kein Pflegebedarf bei basalen Aktivitäten | Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität, aber keine Pflege | Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität und Pflege |
|---|---|---|---|
| Männer | 85,5 | 4,7 | 9,8 |
| Pflichtschule | 76,4 | 6,4 | 17,2 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 86,2 | 4,1 | 9,7 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 90,4 | 5,7 | 3,9 |
| Frauen | 82,8 | 4,7 | 12,6 |
| Pflichtschule | 77,4 | 5,5 | 17,2 |

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Keine Einschränkungen und kein Pflegebedarf bei basalen Aktivitäten | Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität, aber keine Pflege | Einschränkung bei mindestens einer basalen Aktivität und Pflege |
|---|---|---|---|
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 85,7 | 4,5 | 9,8 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 87,9 | 3,8 | 8,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

Diese fast 128.900 Männer (9,8 % aller über 54-Jährigen) verteilen sich recht unterschiedlich auf die einzelnen Bildungskategorien (Übersicht 92). Beträgt der Anteil jener Männer, die zur Bewältigung mindestens einer basalen Einschränkung pflegerische Maßnahmen in Anspruch nehmen, unter höher Gebildeten gerade 3,9 %, so ist der analoge Anteil unter Männern mit höchstens Pflichtschulabschluss mehr als viermal so groß (17,2 %). Mit zunehmendem Alter intensiviert sich erwartungsgemäß der Pflegebedarf: In der Altersgruppe „75+ Jahre“ werden 10,3 % der Männer mit mindestens Matura und 30,9 % der geringfügig Qualifizierten bei Alltagsaktivitäten der persönlichen Grundversorgung und Hygiene pflegerisch unterstützt.

Übersicht 92 Pflege bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)

| Höchste abgeschlossene Schulbildung, Geschlecht | Insgesamt | 55–74 Jahre | 75+ Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 9,8 | 4,8 | 22,5 |
| Pflichtschule | 17,2 | 11,8 | 30,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 9,7 | 4,9 | 21,9 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 3,9 | 1,3 | 10,3 |
| Frauen | 12,6 | 4,3 | 33,8 |
| Pflichtschule | 17,2 | 8,3 | 39,9 |
| Lehre/berufsbildende mittlere Schule | 9,8 | 3,1 | 27,0 |
| Höhere Schule/Akademie/Hochschule | 8,3 | 2,5 | 23,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 55+.

8 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Unter der Vielzahl an Faktoren, die den Gesundheitszustand bestimmen, hat das Alter die mit Abstand größte Bedeutung – die gesündeste Bevölkerungsgruppe machen Kinder und Jugendliche aus. Auch sind durch den medizinischen Fortschritt in der Neonatologie und in der Behandlung von übertragbaren Krankheiten die Morbidität und Mortalität im Säuglings- und Kindesalter in den letzten Dekaden immer weiter zurückgegangen. Allerdings spielen chronische Krankheiten, psychische sowie Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten auch im Kindes- und Jugendalter zunehmend eine Rolle.¹¹ Damit Hand in Hand gehen neue gesundheitspolitische wie auch gesamtgesellschaftliche Herausforderungen. Aus diesem Grund wurde die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bereits im Jahr 2014 als eigener Schwerpunkt in der Österreichischen Gesundheitsbefragung aufgenommen.

Der Gesundheitszustand von Kindern unter 18 Jahren wurde im Rahmen einer Fremderhebung erfasst. Dabei gab der befragte Elternteil über alle im selben Haushalt lebenden Kinder zu folgenden Themenbereichen Auskunft:

- allgemeiner Gesundheitszustand
- Inanspruchnahme von Impfungen
- Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder
- gesundheitliches Wohlbefinden

8.1 Multivariable Analyse und (signifikante) Zusammenhänge im Überblick

Der weit überwiegende Teil aller Eltern (96,8 %) schätzt den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut ein. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem mittelmäßigen oder schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand liegt bei 3,2 %,

¹¹ Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2016.

nur sehr selten wurde der Gesundheitszustand eines Kindes als sehr schlecht bezeichnet (0,2 % bzw. hochgerechnet rund 2.700 Kinder). Dabei zeigte sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Mädchen und Buben (unabhängig ihres Alters).

Gesundheitliche Beschwerden kommen unter Kindern und Jugendlichen nicht nur seltener vor, es ist auch der Schweregrad ihrer Erkrankungen im Regelfall weniger ausgeprägt als im Erwachsenenalter. Demzufolge sind nicht nur die Fallzahlen von Kindern mit gesundheitlichen Problemen relativ klein, die einzelnen beobachteten Gruppen unterscheiden sich mitunter auch nur unmaßgeblich. Das gilt nicht nur für den allgemeinen Gesundheitszustand, sondern genauso für Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder.

Dieser Sachverhalt wirkt sich auf die Ergebnisse der in der ANOVA analysierten Aspekte der Kindergesundheit aus. Die mehrfaktorielle Varianzanalyse wurde eingesetzt, um den Einfluss von sozioökonomischen und soziodemographischen Determinanten auf den allgemeinen Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme von Impfungen und den Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder zu bestimmen. Unter Berücksichtigung der Abhängigkeiten zwischen Alter, Einkommen, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad wurde der Einfluss der einzelnen unabhängigen Merkmale bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses von anderen sozioökonomischen Determinanten auf seine statistische Signifikanz hin untersucht.

In Übersicht 93 sind die p-Werte der Varianzanalyse (als Maß für die statistische Signifikanz) ausgewiesen. Sämtliche Werte, sowohl für Mädchen wie auch für Buben, liegen zumeist deutlich über 0,05 % und sind nicht signifikant – weder stehen die Einkommensverhältnisse noch der Migrationshintergrund einer Familie mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einem statistisch gesicherten Zusammenhang; gleiches gilt auch für den Urbanisierungsgrad.

Die sozialen Verhältnisse wie sie durch das Haushaltseinkommen, den Migrationshintergrund und auch den Urbanisierungsgrad abgebildet sind, können sich direkt und indirekt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken. Sie können von anderen nicht beobachteten (oder auch nicht beobachtbaren) Effekten beeinflusst werden und stehen auch untereinander (in mitunter sogar entgegengesetzter) Wechselwirkung. Bei geringen Fallzahlen und kleinen Unterschieden zwischen den Variablenwerten lassen sich deshalb bei einer Disaggregation nach

Merkmalskombinationen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mehr identifizieren.

Übersicht 93 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die untersuchten Gesundheitsaspekte von Mädchen und Buben?

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Buben | p-Wert Mädchen |
|---|--------------|----------------|
| Allgemeiner Gesundheitszustand | | |
| Einkommen | 0,269 | 0,710 |
| Migrationshintergrund | 0,959 | 0,958 |
| Urbanisierungsgrad | 0,755 | 0,245 |
| Inanspruchnahme von Impfungen | | |
| Einkommen | 0,227 | 0,377 |
| Migrationshintergrund | 0,941 | 0,456 |
| Urbanisierungsgrad | 0,370 | 0,715 |
| Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder | | |
| Einkommen | 0,884 | 0,694 |
| Migrationshintergrund | 0,492 | 0,216 |
| Urbanisierungsgrad | 0,176 | 0,134 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

8.2 Gesundheitliches Wohlbefinden

Im Bereich des Gesundheitsverhaltens hat die Sozialisation im Kindes- und Jugendalter weitreichende und langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung (mit allen versorgungsrelevanten, gesellschaftspolitischen und auch volkswirtschaftlichen Auswirkungen). Dabei ist die Sozialisation in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten stark von den Lebensbedingungen geprägt, unter denen Kinder aufwachsen und die die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen maßgeblich bestimmen.

Abseits der in der ANOVA analysierten Zusammenhänge zwischen Gesundheits- und sozioökonomischen Determinanten wurden in der Österreichischen Gesundheitsbefragung deshalb auch Fragen zum Wohlbefinden von Kindern unter 18 Jahren behandelt. Dazu wurde die Kurzform des KINDL-R¹² in der Fremdbefragungsversion verwendet – ein Fragebogen, der zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern im Alter zwischen 3 und 17 Jahren entwickelt wurde. Er umfasst zwölf Fragen zu folgenden sechs Bereichen:

- körperliches Wohlbefinden (Körper)
- emotionales Wohlbefinden (Psyche)
- Selbstwert
- Wohlbefinden in der Familie (Familie)
- Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige (Freunde)
- schulisches Wohlbefinden (Schule/Kindergarten)

Als Indikatoren für das gesundheitliche Wohlbefinden in diesen sechs Feldern wurde jeweils das arithmetische Mittel über die einzelnen Antwortwerte gebildet, diese können zwischen 0 und 100 liegen. Die sechs Indikatoren wurden danach zu einem Gesamtwert des gesundheitsbezogenen Wohlbefindens zusammengefasst. Jede der einzelnen Skalen kann Werte in einem Bereich von 0 bis 100 annehmen.

Mädchen und Buben bewerten im Allgemeinen ihre Lebensqualität gleich gut (mit rund 85 Punkten), wenn auch die Werte von Buben bei den meisten Indikatoren über jenen der Mädchen liegen. Eine Ausnahme bildet die Kategorie „Schule/Kindergarten“: Mädchen erreichten hier 85,5 und Buben 82,8 Punkte. Mit zunehmendem Alter sinken die Indikatorwerte; so beträgt der Gesamtwert bei den 3- bis 6-Jährigen rund 87 Punkte und bei den 14- bis 17-Jährigen 83,1 (Burschen) bzw. 81,7 (Mädchen). Unabhängig vom Alter ist das Wohlbefinden in allen sechs untersuchten Bereichen recht hoch, die Bandbreite der durchschnittlichen Indikatorenwerte reicht von 80,4 bis 93,6. Die vergleichsweise niedrigsten Punkte vergaben Eltern für das Wohlbefinden ihrer Kinder in Bezug auf Freunde, die höchsten für das Wohlbefinden in der Familie.

¹² Ravens-Sieberer, U./Bullinger, M.: Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*, 1998(a) 7 (5), 399–407.

Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich im Bereich „Schule und Kindergarten“. Hier liegt der Gesamtwert der Buben um 2,7 Punkte unter jenem der Mädchen (82,8 versus 85,5 Punkte). Diese Differenz macht sich bereits im Kindergartenalter bemerkbar (1,3 Punkte), am größten ist sie in der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen (3,9 Punkte).

Umgekehrt fühlen sich Burschen (87,3 Punkte) körperlich etwas wohler als Mädchen (84,8 Punkte). Unter Kleinkindern macht diese Differenz noch 1,7 Punkte aus, mit zunehmendem Alter geht diese Schere kontinuierlich auf bis 3,2 Punkte unter den Jugendlichen (ab 14 Jahren) auf.

Was die Effekte von Einkommen, Migrationshintergrund und Urbanisierungsgrad auf die einzelnen Aspekte des gesundheitlichen Wohlbefindens anbelangt (siehe Übersicht 94, Übersicht 95, Übersicht 96, Übersicht 97, Übersicht 98), so bewegen sich die mittleren Indikatorenwerte allesamt auf einem relativ hohen Niveau, und die Unterschiede zwischen den einzelnen (nach abhängigen und unabhängigen Variablen disaggregierten) Personenkreisen sind verhältnismäßig gering. Dies gilt es bei der Interpretation der Analyseergebnisse zu berücksichtigen.

In Abhängigkeit von der Höhe des Haushaltseinkommens ergeben sich fast ausnahmslos in allen Altersgruppen leichte bis mäßige Unterschiede im emotionalen und familiären Wohlbefinden: Buben und Mädchen aus finanziell besser gestellten Familien fühlen sich psychisch ausgeglichener, während der familiäre Zusammenhalt wieder in einkommenschwachen Haushalten ausgeprägter ist. Letzteres ist besonders in der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen auffällig: Buben aus untersten Einkommenskategorie vergeben hier um neun Punkte mehr als Gleichaltrige in der Einkommenskategorie „≥ 150 %“. Bei den Mädchen macht dieser Unterschied knapp vier Punkte aus.

Andere klare Korrelationen zwischen den untersuchten sozioökonomischen Kenngrößen und dem gesundheitlichen Wohlbefinden von Kindern unter 18 Jahren zeigen sich auch in den univariaten Verteilungen nicht. Gerade unter Kindern und Jugendlichen ist das Wohlbefinden von komplexen untereinander in Wechselwirkung stehenden Faktoren abhängig, zumal auch noch entwicklungsassoziierte Zusammenhänge Einfluss nehmen.

Übersicht 94 Indikatoren zum Wohlbefinden von Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren
2019 nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht

| Einkommen, Migrations- hintergrund, Urbanisie- rungsgrad und Geschlecht | Gesamt- wert | Körper | Psyche | Selbst- wert | Familie | Freunde | Kinder- garten/ Schule |
|--|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| Buben | 85,2 | 87,3 | 83,6 | 83,0 | 91,6 | 82,6 | 82,8 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 85,6 | 87,8 | 82,9 | 82,6 | 93,6 | 83,4 | 83,5 |
| 60 % bis < 150 % | 85,1 | 87,1 | 83,7 | 83,3 | 91,2 | 82,5 | 82,6 |
| ≥ 150 % | 84,8 | 88,7 | 84,8 | 80,8 | 89,5 | 81,3 | 83,6 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 85,3 | 88,3 | 83,9 | 83,0 | 91,1 | 82,4 | 83,1 |
| Nicht-Österreich | 84,9 | 85,4 | 83,2 | 83,0 | 92,5 | 83,0 | 82,3 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 84,1 | 85,9 | 82,8 | 80,9 | 91,8 | 82,0 | 81,3 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 85,3 | 87,5 | 83,8 | 83,8 | 90,6 | 82,7 | 83,3 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 85,7 | 88,1 | 84,0 | 83,7 | 92,2 | 82,9 | 83,5 |
| Mädchen | 84,9 | 84,8 | 82,2 | 83,3 | 91,4 | 82,3 | 85,5 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 84,8 | 85,3 | 80,9 | 82,2 | 91,9 | 83,1 | 85,6 |
| 60 % bis < 150 % | 84,9 | 84,7 | 82,4 | 83,7 | 91,4 | 82,0 | 85,3 |
| ≥ 150 % | 85,1 | 84,8 | 83,6 | 82,5 | 89,4 | 83,4 | 86,9 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 84,5 | 85,1 | 82,0 | 82,6 | 90,8 | 82,0 | 84,6 |
| Nicht-Österreich | 85,7 | 84,3 | 82,7 | 84,6 | 92,5 | 83,1 | 87,3 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 83,9 | 84,3 | 80,4 | 80,7 | 90,9 | 81,9 | 85,4 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 85,5 | 84,3 | 83,7 | 85,7 | 91,4 | 82,2 | 85,7 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 85,0 | 85,5 | 82,1 | 82,9 | 91,7 | 82,7 | 85,4 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder in Privathaushalten, Angaben der Eltern.

Übersicht 95 Indikatoren zum Wohlbefinden von 3- bis 6-jährigen Kindern 2019
nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht

| Einkommen, Migrations- hintergrund, Urbanisie- rungsgrad und Geschlecht | Gesamt- wert | Körper | Psyche | Selbst- wert | Familie | Freunde | Kinder- garten/ Schule |
|--|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| Buben | 86,7 | 86,4 | 86,2 | 85,4 | 92,4 | 82,7 | 87,0 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 86,5 | 86,9 | 81,2 | 83,6 | 95,6 | 84,5 | 87,5 |
| 60 % bis < 150 % | 86,8 | 86,3 | 87,6 | 85,8 | 91,6 | 82,7 | 86,9 |
| ≥ 150 % | 85,9 | 86,3 | 85,4 | 85,6 | 92,0 | 78,9 | 87,0 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 87,7 | 87,6 | 87,6 | 86,0 | 92,1 | 84,2 | 88,8 |
| Nicht-Österreich | 84,7 | 84,2 | 83,6 | 84,2 | 92,9 | 79,9 | 83,6 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 84,1 | 86,2 | 84,1 | 82,0 | 91,6 | 79,7 | 81,1 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 86,6 | 85,1 | 85,5 | 86,1 | 91,2 | 83,2 | 88,3 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 88,4 | 87,7 | 88,2 | 86,8 | 93,9 | 84,2 | 89,6 |
| Mädchen | 87,2 | 84,8 | 85,9 | 86,6 | 93,1 | 84,3 | 88,3 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 85,8 | 85,8 | 84,0 | 81,4 | 92,3 | 82,4 | 89,0 |
| 60 % bis < 150 % | 87,5 | 84,3 | 86,4 | 87,8 | 93,7 | 84,7 | 88,2 |
| ≥ 150 % | 87,0 | 86,4 | 85,4 | 87,7 | 89,7 | 85,1 | 87,7 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 86,9 | 85,7 | 86,2 | 86,7 | 92,9 | 83,7 | 86,4 |
| Nicht-Österreich | 87,6 | 83,1 | 85,2 | 86,6 | 93,6 | 85,4 | 91,7 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 86,9 | 88,6 | 84,2 | 82,6 | 92,5 | 84,4 | 89,3 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 87,4 | 83,0 | 86,2 | 90,0 | 93,1 | 83,5 | 88,9 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 87,1 | 84,0 | 86,6 | 86,2 | 93,5 | 85,0 | 87,3 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder in Privathaushalten, Angaben der Eltern.

Übersicht 96 Indikatoren zum Wohlbefinden von 7- bis 10-jährigen Kindern 2019
nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht

| Einkommen, Migrations- hintergrund, Urbanisie- rungsgrad und Geschlecht | Gesamt- wert | Körper | Psyche | Selbst- wert | Familie | Freunde | Kinder- garten/ Schule |
|--|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| Buben | 86,1 | 87,9 | 84,8 | 83,3 | 92,1 | 82,4 | 85,9 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 87,1 | 90,4 | 86,3 | 82,0 | 94,3 | 83,8 | 85,8 |
| 60 % bis < 150 % | 85,8 | 87,0 | 84,5 | 83,6 | 91,7 | 82,0 | 85,9 |
| ≥ 150 % | 86,0 | 89,2 | 84,1 | 83,9 | 90,2 | 82,1 | 86,5 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 86,0 | 88,5 | 85,1 | 83,7 | 91,8 | 81,7 | 85,4 |
| Nicht-Österreich | 86,2 | 86,7 | 84,2 | 82,4 | 92,8 | 83,9 | 86,9 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 86,0 | 87,1 | 84,7 | 81,5 | 93,0 | 82,0 | 87,5 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 86,3 | 89,7 | 85,1 | 83,7 | 90,8 | 82,7 | 85,6 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 86,0 | 87,1 | 84,7 | 84,0 | 92,6 | 82,5 | 85,2 |
| Mädchen | 86,6 | 85,4 | 82,8 | 84,9 | 93,9 | 83,8 | 89,1 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 87,7 | 86,7 | 81,0 | 85,8 | 94,6 | 88,3 | 89,7 |
| 60 % bis < 150 % | 86,5 | 85,4 | 83,1 | 85,0 | 94,0 | 82,8 | 88,5 |
| ≥ 150 % | 85,5 | 82,2 | 84,7 | 82,1 | 90,9 | 80,7 | 92,2 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 85,9 | 84,4 | 83,0 | 83,2 | 93,2 | 82,5 | 88,8 |
| Nicht-Österreich | 88,1 | 87,4 | 82,2 | 88,1 | 95,2 | 86,2 | 89,6 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 87,1 | 86,4 | 80,9 | 85,7 | 95,6 | 85,3 | 88,5 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 87,8 | 87,4 | 86,2 | 87,0 | 93,5 | 83,2 | 89,7 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 85,5 | 83,4 | 81,2 | 82,8 | 93,1 | 83,4 | 89,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder in Privathaushalten, Angaben der Eltern.

Übersicht 97 Indikatoren zum Wohlbefinden von 11- bis 13-jährigen Kindern 2019
nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht

| Einkommen, Migrations- hintergrund, Urbanisie- rungsgrad und Geschlecht | Gesamt- wert | Körper | Psyche | Selbst- wert | Familie | Freunde | Kinder- garten/ Schule |
|--|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| Buben | 84,6 | 88,1 | 82,0 | 82,3 | 91,3 | 82,9 | 80,7 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 85,7 | 88,0 | 82,3 | 84,9 | 94,4 | 84,1 | 80,6 |
| 60 % bis < 150 % | 84,7 | 87,8 | 81,6 | 83,2 | 91,4 | 83,1 | 80,9 |
| ≥ 150 % | 81,7 | 90,0 | 83,8 | 72,2 | 85,4 | 79,5 | 79,5 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 83,9 | 87,9 | 81,5 | 81,1 | 90,4 | 81,6 | 80,7 |
| Nicht-Österreich | 85,8 | 88,5 | 82,8 | 84,4 | 93,1 | 85,4 | 80,8 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 85,6 | 89,8 | 81,9 | 81,3 | 93,6 | 84,8 | 82,1 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 83,1 | 85,6 | 81,7 | 82,3 | 88,1 | 81,7 | 79,3 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 84,7 | 88,5 | 82,2 | 82,8 | 91,8 | 82,5 | 80,6 |
| Mädchen | 84,0 | 85,3 | 81,7 | 81,6 | 89,7 | 80,8 | 84,6 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 84,9 | 87,5 | 82,7 | 82,6 | 91,0 | 81,5 | 84,1 |
| 60 % bis < 150 % | 83,4 | 84,2 | 81,0 | 81,3 | 89,6 | 80,2 | 84,2 |
| ≥ 150 % | 86,6 | 90,0 | 86,3 | 81,3 | 87,3 | 84,3 | 90,7 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 84,1 | 86,3 | 81,0 | 82,2 | 89,7 | 81,2 | 83,9 |
| Nicht-Österreich | 83,7 | 83,1 | 83,3 | 80,3 | 89,8 | 79,8 | 86,1 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 82,4 | 82,5 | 81,4 | 77,7 | 87,7 | 80,0 | 85,2 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 84,3 | 84,8 | 83,3 | 82,4 | 89,3 | 81,8 | 84,2 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 84,5 | 87,1 | 80,8 | 83,0 | 91,1 | 80,5 | 84,6 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder in Privathaushalten, Angaben der Eltern.

Übersicht 98 Indikatoren zum Wohlbefinden von 14- bis 17-jährigen Kindern 2019
nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht

| Einkommen, Migrations- hintergrund, Urbanisie- rungsgrad und Geschlecht | Gesamt- wert | Körper | Psyche | Selbst- wert | Familie | Freunde | Kinder- garten/ Schule |
|--|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------|----------------|----------------|---------------------------------------|
| Buben | 83,1 | 87,1 | 81,0 | 80,8 | 90,4 | 82,3 | 77,3 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 83,5 | 85,9 | 81,5 | 80,9 | 90,9 | 81,8 | 80,0 |
| 60 % bis < 150 % | 82,7 | 87,4 | 80,3 | 80,5 | 90,2 | 82,2 | 75,7 |
| ≥ 150 % | 85,8 | 88,9 | 86,0 | 82,6 | 90,7 | 84,6 | 82,3 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 83,2 | 89,2 | 80,6 | 80,6 | 89,9 | 81,8 | 77,1 |
| Nicht-Österreich | 83,0 | 82,8 | 81,9 | 81,0 | 91,4 | 83,4 | 77,5 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 81,6 | 82,1 | 80,8 | 79,1 | 89,7 | 82,0 | 75,8 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 84,0 | 89,3 | 81,7 | 82,1 | 91,2 | 82,7 | 77,1 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 83,7 | 89,3 | 80,7 | 81,1 | 90,4 | 82,2 | 78,4 |
| Mädchen | 81,7 | 83,9 | 78,4 | 79,6 | 88,4 | 80,1 | 79,9 |
| Einkommen | | | | | | | |
| < 60 % | 81,1 | 81,9 | 76,9 | 78,9 | 89,7 | 79,6 | 79,8 |
| 60 % bis < 150 % | 82,0 | 84,7 | 79,0 | 80,0 | 88,1 | 79,9 | 80,3 |
| ≥ 150 % | 80,8 | 82,0 | 77,6 | 76,9 | 88,6 | 84,3 | 75,3 |
| Migrationshintergrund | | | | | | | |
| Österreich | 81,6 | 84,3 | 78,0 | 78,9 | 87,8 | 80,6 | 79,9 |
| Nicht-Österreich | 82,1 | 82,9 | 79,4 | 81,3 | 90,0 | 78,9 | 80,0 |
| Urbanisierungsgrad | | | | | | | |
| Hohe Bevölkerungsdichte | 78,8 | 79,2 | 75,5 | 75,7 | 86,7 | 77,2 | 78,5 |
| Mittlere Bevölkerungsdichte | 81,9 | 82,3 | 78,7 | 81,9 | 88,8 | 80,3 | 79,4 |
| Niedrige Bevölkerungsdichte | 83,2 | 87,6 | 79,8 | 79,9 | 89,1 | 81,6 | 81,0 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Kinder in Privathaushalten, Angaben der Eltern.

9 Methodik

In diesem Kapitel wird die der Analyse zugrunde liegende Datenbasis kurz beschrieben sowie die verwendeten Analyseverfahren erläutert und anhand eines Beispiels (Lesehilfe) ausführlich erklärt.

9.1 Datengrundlage

Statistik Austria führte im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie der Bundesgesundheitsagentur eine auf der Europäischen Gesundheitsbefragung basierende österreichweite Erhebung zum Thema Gesundheit durch. Von Oktober 2018 bis September 2019 nahmen sich 15.461 Personen im Alter von 15 und mehr Jahren (7.166 Männer und 8.295 Frauen) die Zeit, in persönlichen Interviews detaillierte Angaben zu ihrem Gesundheitszustand zu machen. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung in Privathaushalten ab 15 Jahren (hochgerechnet 7,4 Mio. Personen). Ein Bericht über die Hauptergebnisse (in Textform sowie in tabellarischer Form) und die methodische Dokumentation ist auf der Website der Statistik Austria als Download verfügbar.¹³

Themen der Befragung

Die österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS) und wurde um nationale Fragen zu gesundheitspolitisch wichtigen nationalen Themen erweitert.

Themen der Befragung waren zum einen der Gesundheitszustand der Bevölkerung, also die subjektive Gesundheitswahrnehmung, das Auftreten von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen, Unfällen und Verletzungen, die psychische Gesundheit (Depression) und die Lebensqualität. Erhoben wurden zudem Beeinträchtigungen sowie das Ausmaß von Einschränkungen bzw. der Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Ein zweiter Themenbereich betraf Gesundheitsfaktoren wie Rauchen,

¹³ [Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey \(ATHIS\) und methodische Dokumentation](#)

Alkohol, Übergewicht, körperliche Aktivität, Ernährung, soziale Unterstützung sowie Erbringung informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen. Ein weiterer Aspekt der Befragung beschäftigte sich mit der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen des Gesundheitssystems, also Leistungen der Spitäler, des niedergelassenen Bereichs, Medikamentenkonsument, Leistungen zur Früherkennung von Krebs, Impfschutz sowie der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem.

Zur Darstellung sozioökonomischer und demographischer Merkmale stehen Geschlecht, Alter, Familienstand, Migrationshintergrund, höchste abgeschlossene Schulbildung, Gesundheits-Versorgungsregion und Urbanisierungsgrad des Wohnortes sowie Informationen zum Lebensunterhalt, zur Berufstätigkeit sowie zu Haushaltsgröße und Haushaltseinkommen zur Verfügung.

9.2 Analyseverfahren

Zur Untersuchung, welchen Einfluss einige der oben genannten soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit haben, wurden folgende statistische Analyseverfahren angewendet:

- mehrfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)
- logistische Regression
- Altersstandardisierung

Dabei wurden folgende gesundheitliche Themen untersucht (abhängige Variablen):

- (sehr) guter Gesundheitszustand
- Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit
- Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten
- Auftreten von Schmerzen
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- tägliches Rauchen
- Prävalenz von Adipositas
- ausreichende körperliche Aktivität
- Teilnahme an Schutzimpfungen
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

- Einschränkungen im Alltag, Pflege und ungedeckter Pflegebedarf (Personen ab 55 Jahren)
- Kindergesundheit

Als unabhängige (erklärende) Variablen wurden folgende soziodemographische, sozioökonomische und Umwelt-Determinanten ins Modell aufgenommen:

- Alter
- Einkommen
- höchste abgeschlossene Schulbildung
- Migrationshintergrund
- Urbanisierungsgrad
- Feinstaubbelastung (bei ausgewählten Themen)

Varianzanalyse (ANOVA)

Mithilfe einer Varianzanalyse kann der Einfluss von unabhängigen (erklärenden) Variablen auf eine abhängige Variable untersucht werden. Die Varianzanalyse untersucht, wie stark die Werte einer Variable streuen. Bildet man Gruppen von Werten, die durch Kategorien einer anderen, unabhängigen Variable definiert sind und vergleicht dann die sich ergebenden Gruppenmittelwerte, deckt die Varianzanalyse signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der unabhängigen Variablen auf. Diese wiederum geben Aufschluss darüber, wie stark die jeweiligen Auswirkungen auf die abhängige Variable sind.

Bei der in diesem Bericht angewendeten ANOVA wurden jeweils zwei multiple logistische Regressionsmodelle miteinander verglichen:

- Das „volle“ Modell mit allen erklärenden Variablen x_1, \dots, x_p und den zugehörigen Regressionskoeffizienten β_0, \dots, β_p

$$y = \beta_0 + \beta_1 * x_1 + \beta_2 * x_2 + \dots + \beta_p * x_p + \varepsilon$$

- und ein um jeweils eine erklärende Variable $x_j, j \in 1, \dots, p$ reduziertes Modell.

Dabei wird ein Likelihood-Quotienten-Test (likelihood ratio test) zum Signifikanzniveau (Irrtumswahrscheinlichkeit; Wahrscheinlichkeit, die Nullhypothese zu verwerfen, obwohl sie richtig ist) $\alpha = 5\%$ mit der Nullhypothese $H_0: \beta_j = 0$ und der Alternativhypothese

$H_1: \beta_j \neq 0$ durchgeführt. Ist der p-Wert¹⁴ $< 0,05$, so wird die Nullhypothese verworfen, und man entscheidet sich für das volle Modell. Ist der p-Wert $\geq 0,05$, so entscheidet man sich für das um eine Variable reduzierte Modell und schließt daraus, dass die Variable x_j nicht zur Verbesserung des Modells beiträgt.

Ob beobachtete Unterschiede signifikant sind – das heißt, ob die betreffende Variable auch einen statistisch gesicherten nichtzufälligen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand hat –, darüber gibt die *Höhe des p-Wertes* Auskunft: Je kleiner der p-Wert, umso kleiner ist die Wahrscheinlichkeit, dass die beobachteten Unterschiede unter der Nullhypothese, dass die betreffende Variable keinen Einfluss hat, zufällig sind. Ist also der *p-Wert* $< 0,05$, so besteht ein signifikanter Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 5%.

Logistische Regression

Ein adäquates statistisches Analyseverfahren, um den Einfluss eines unabhängigen Merkmals auf ein abhängiges Merkmal zu quantifizieren, ist die logistische Regression. Die abhängige Variable ist in diesem Fall dichotom, das heißt, sie hat nur zwei Ausprägungen (z. B. raucht oder raucht nicht bzw. hat einen sehr guten Gesundheitszustand oder hat keinen sehr guten Gesundheitszustand).

Die logistische Regression liefert als Ergebnis Odds Ratios (OR; Chancenverhältnisse), um die Stärke des Zusammenhangs zu quantifizieren. Das Odds Ratio ist somit ein Maß für die Effektstärke einer unabhängigen Variable auf die abhängige Variable. Da die analysierten gesundheitlichen Themen stark altersabhängig sind, wurde bei der logistischen Regression der Einfluss des Merkmals „Alters“ statistisch kontrolliert (ausgeschaltet). Um die Ergebnisse interpretieren zu können, muss eine Referenzkategorie (mit dem Wert 1) ausgewählt werden, zu der die Werte der anderen Kategorien der betreffenden Variable in Relation gesetzt werden. Alle Ergebnisse sind nur im Hinblick auf diese Referenzkategorie zu interpretieren. Zumeist wurde die Kategorie mit dem höchsten oder niedrigsten Gruppenmittelwert ausgewählt, sodass sich alle anderen Kategorien mit einer Verhältniszahl größer 1 darstellen lassen. In Einzelfällen wurde aus Gründen der leichteren Interpretation auch von diesem Prinzip abgewichen.

¹⁴ Der p-Wert ist die Wahrscheinlichkeit – unter Gültigkeit der H_0 – den beobachteten Wert der Prüfgröße oder einen in Richtung der Alternative „extremere“ Wert zu erhalten. Ein kleiner p-Wert legt nahe, dass die Beobachtungen die Nullhypothese nicht stützen.

Das 95%-Konfidenzintervall gibt den Wertebereich an, in dem sich bei einer Vertrauenswahrscheinlichkeit von 95 % das Odds Ratio tatsächlich bewegt. Schließt das Konfidenzintervall den Wert 1 **nicht** ein, so kann mit 95%-Vertrauenswahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der Wert des angezeigten Effekts tatsächlich eintrifft (also signifikant ist).

Altersstandardisierung

Für die deskriptive Darstellung der oben angeführten Gesundheitsthemen wurden altersstandardisierte Häufigkeiten bzw. Prävalenzen berechnet. Eine Altersstandardisierung wurde deshalb durchgeführt, weil die analysierten gesundheitlichen Themen stark altersabhängig sind und sich einige Vergleichsgruppen (z. B. Einkommens- und Bildungsgruppen, Bevölkerung nach Migrationshintergrund) in ihrer Altersstruktur unterscheiden. Dadurch wurden die Effekte, die auf Unterschiede in der Altersstruktur der Vergleichsgruppen zurückzuführen sind, ausgeschaltet und ein strukturbereinigter Vergleich ermöglicht. Als Standardbevölkerung wurde die Europa-Standardbevölkerung 2013 von Eurostat verwendet.

Lesehilfe anhand des Analysebeispiels „Subjektiver Gesundheitszustand“

Als Lesehilfe und zur Veranschaulichung der angewandten Methodik ist nachfolgend ein Lesebeispiel angeführt, in dem exemplarisch die Analyse des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischen Determinanten und subjektivem Gesundheitszustand erläutert wird.

Fragestellung

Es wird untersucht, ob die subjektive (sehr) gute Beurteilung des Gesundheitszustandes (abhängige Variable) von Alter, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad bzw. Feinstaubbelastung (unabhängige, erklärende Variablen) beeinflusst wird (Schritt 1 ANOVA). Liegt ein signifikanter Zusammenhang vor, wird die Effektstärke quantifiziert (Schritt 2 logistische Regression). Schließlich wird die Verteilung des subjektiven Gesundheitszustandes nach den oben genannten Merkmalen beschrieben (Schritt 3 altersstandardisierte Häufigkeiten).

Schritt 1

Zunächst wurde mithilfe einer **ANOVA** untersucht, ob zwischen einem unabhängigen Merkmal (einer unabhängigen Variable) und dem subjektiven (sehr) guten Gesundheitszustand überhaupt ein signifikanter Zusammenhang besteht, wenn gleichzeitig der Einfluss der anderen unabhängigen Variablen kontrolliert (sprich ausgeschaltet) wird.

Die Ergebnisse dieser Analyse werden in Form von p-Werten ausgewiesen. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht dann, wenn in dem Modell der **p-Wert unter 0,05** liegt. Man spricht von einem signifikanten Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 5 %. Ein p-Wert unter 0,01 bedeutet einen signifikanten Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 1 %, ein p-Wert unter 0,001 einen (hochsignifikanten) Zusammenhang zum Signifikanzniveau von 0,1 %.

Die p-Werte für das untersuchte Modell sind in Übersicht 99 dargestellt. Hier wird ersichtlich, dass die Merkmale „Einkommen“, „Bildung“ und „Feinstaubbelastung“ sowohl für Frauen als auch für Männer einen hochsignifikanten Einfluss auf den Gesundheitszustand haben (auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %, sprich der p-Wert liegt unter 0,001). Dagegen spielt der Migrationshintergrund nur für Frauen eine Rolle (und zwar auf einem Signifikanzniveau von 5 % bzw. mit einem p-Wert unter 0,05). Kein signifikanter Zusammenhang (p-Wert \geq 0,05) zeigt sich für die Variable „Urbanisierungsgrad“.

Übersicht 99 Lesehilfe „Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand von Frauen und Männern?“

| Sozioökonomische Determinanten | p-Wert Männer | p-Wert Frauen |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Einkommen | < 0,001 | < 0,001 |
| Bildung | < 0,001 | < 0,001 |
| Migrationshintergrund | 0,559 | 0,038 |
| Urbanisierungsgrad | 0,948 | 0,999 |
| Feinstaubbelastung | < 0,001 | < 0,001 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019.

Schritt 2

In der weiteren Analyse wird nur auf signifikante Zusammenhänge auf einem Signifikanzniveau von 5 % eingegangen. Das bedeutet in dem oben erwähnten Beispiel, dass für Einkommen, Bildung und Feinstaubbelastung (jeweils Männer und Frauen) sowie Migrationshintergrund (Frauen) eine logistische Regression gerechnet wurde, denn nur in diesen Fällen liegt der p-Wert der ANOVA unter 0,05.

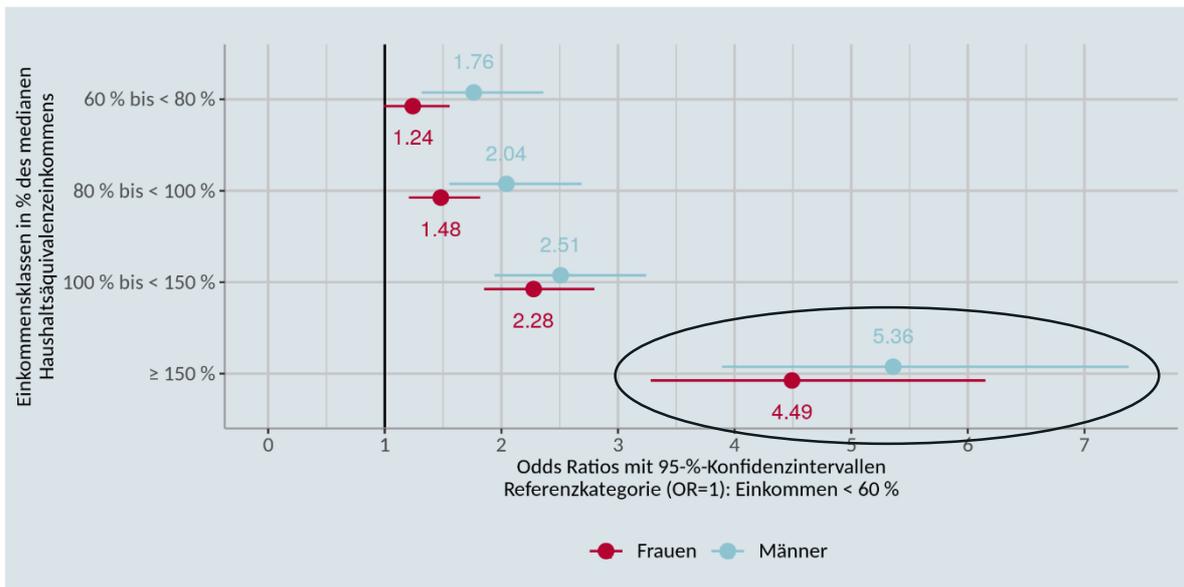
Anhand der Variable „Einkommen“ wird nun die Analyse erläutert. Der Einfachheit halber wurden, auch wenn es nur bei einem Geschlecht signifikante Unterschiede gab, die Odds Ratios beider Geschlechter in der Grafik dargestellt. In der textlichen Analyse wird jedoch nur das „signifikante Geschlecht“ interpretiert.

Um den Einfluss eines unabhängigen Merkmales (hier: Einkommensunterschiede) auf ein abhängiges Merkmal (hier: (sehr) gute subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes) zu quantifizieren, wurde eine logistische Regression gerechnet. Als Referenzkategorie mit dem Wert 1 wurde in diesem Fall die Einkommenskategorie „< 60 % des medianen Haushaltseinkommens“ festgelegt. Die Einkommenskategorie „< 60 %“ wurde deshalb als Referenzkategorie angenommen, weil die deskriptive Analyse zeigt, dass Personen in dieser Einkommensklasse am seltensten einen (sehr) guten Gesundheitszustand angeben. Dadurch sind Odds Ratios größer als 1 zu erwarten, wenn man davon ausgeht, dass es einen Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Einkommenshöhe gibt und zwar so, dass eine höhere Einkommensklasse die Wahrscheinlichkeit für eine (sehr) gute Beurteilung des Gesundheitszustandes erhöht.

Die Odds Ratios (OR) zeigen, wie stark der Effekt des Einkommens auf die Einschätzung des subjektiven (sehr) guten Gesundheitszustands ist, wobei der Einfluss des Alters statistisch kontrolliert wurde. Das 95%-Konfidenzintervall gibt den Wertebereich an, in dem sich bei einer Vertrauenswahrscheinlichkeit von 95 % die Odds Ratios tatsächlich bewegen.

In Abbildung 45 sind die alterskontrollierten Odds Ratios mit den 95%-Konfidenzintervallen für die (sehr) gute Beurteilung des Gesundheitszustandes in Abhängigkeit vom Einkommen nach Geschlecht dargestellt. Die OR geben an, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass Personen einer Einkommensklasse (dargestellt auf der y-Achse) im Vergleich zu der Einkommensklasse „< 60 % des medianen Haushaltseinkommens“ ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufen.

Abbildung 45 Lesehilfe „(Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)“



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Das in Abbildung 45 markierte Ergebnis ist wie folgt zu interpretieren: Nach Kontrolle des Alterseffekts ist die Wahrscheinlichkeit, dass Männer in der höchsten Einkommensklasse (> 150 %) ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einstufen, 5,36-mal so hoch wie bei Männern der niedrigsten Einkommensklasse (< 60 %). Das 95%-KI schließt den Wert 1 nicht ein, d. h. der angezeigte positive Effekt tritt mit 95%-Vertrauenswahrscheinlichkeit ein. Bei den Frauen liegt dieser Faktorwert bei 4,49 und ist ebenso signifikant.

Schritt 3

Um die Häufigkeit der (sehr) guten Einschätzung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung zu beschreiben, wurden altersstandardisierte Prozentwerte nach Einkommen, Alter und Geschlecht berechnet (Übersicht 100). Diese ermöglichen einen altersbereinigten Vergleich der prozentuellen Verteilung nach Einkommensklassen und Geschlecht, wie zum Beispiel:

Während nur 60,7 % der Männer in der niedrigsten Einkommenskategorie (mit weniger als 60 % des medianen Haushaltseinkommens) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichneten, liegt der analoge Wert in der höchsten Einkommensgruppe (mit mindestens 150 % des Medianeinkommens) bei 86,0 %.

Auch hier wird in der textlichen Analyse nur auf in Schritt 1 errechnete signifikante Ergebnisse eingegangen, die altersstandardisierten Häufigkeiten werden aber immer für Männer und Frauen berechnet.

Übersicht 100 Lesehilfe „(Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)“

| Einkommensklassen in Prozent des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens, Geschlecht | Insgesamt | 15–29 Jahre | 30–44 Jahre | 45–59 Jahre | 60–74 Jahre | 75+ Jahre |
|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Männer | 75,0 | 93,4 | 87,7 | 71,1 | 62,3 | 42,4 |
| < 60 % | 60,7 | 89,7 | 71,7 | 52,7 | 43,0 | 29,8 |
| 60 % bis < 80 % | 70,4 | 95,8 | 84,3 | 66,5 | 50,5 | 35,2 |
| 80 % bis < 100 % | 73,9 | 92,2 | 90,3 | 66,2 | 64,5 | 35,8 |
| 100 % bis < 150 % | 77,0 | 94,0 | 92,0 | 71,1 | 62,0 | 51,1 |
| ≥ 150 % | 86,0 | 94,4 | 91,8 | 87,4 | 83,8 | 57,7 |
| Frauen | 74,4 | 90,3 | 86,5 | 71,5 | 66,2 | 37,5 |
| < 60 % | 64,8 | 88,6 | 78,2 | 55,5 | 54,1 | 28,1 |
| 60 % bis < 80 % | 68,4 | 88,0 | 84,4 | 56,2 | 60,1 | 36,7 |
| 80 % bis < 100 % | 71,9 | 91,3 | 84,6 | 64,8 | 64,4 | 35,4 |
| 100 % bis < 150 % | 78,4 | 90,1 | 89,6 | 79,8 | 70,0 | 42,8 |
| ≥ 150 % | 86,7 | 93,8 | 94,9 | 89,0 | 84,6 | 53,2 |

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2019. – Bevölkerung in Privathaushalten im Alter 15+.

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Übersicht 1 Signifikante Zusammenhänge bei Männern im Überblick | 8 |
| Übersicht 2 Signifikante Zusammenhänge bei Frauen im Überblick | 9 |
| Übersicht 3 Verteilung des durchschnittlichen und medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens sowie Anteil der Personen mit niederen Einkommen 2019 nach Alter und Geschlecht | 21 |
| Übersicht 4 Höchste abgeschlossene Schulbildung 2019 nach Alter und Geschlecht (in Prozent) | 24 |
| Übersicht 5 Höchste abgeschlossene Schulbildung 2019 nach Einkommen und Geschlecht (in Prozent) | 25 |
| Übersicht 6 Bevölkerung ab 15 Jahren 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in 1.000)..... | 27 |
| Übersicht 7 Altersstruktur der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Migrationshintergrund und Geschlecht (in Prozent) | 28 |
| Übersicht 8 Bevölkerung ab 15 Jahren 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (in 1.000)..... | 29 |
| Übersicht 9 Exposition der Bevölkerung ab 15 Jahren mit Feinstaub 2019 nach Urbanisierungsgrad (in Prozent) | 31 |
| Übersicht 10 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand von Frauen und Männern?..... | 34 |
| Übersicht 11 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 36 |
| Übersicht 12 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 37 |
| Übersicht 13 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 39 |
| Übersicht 14 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 40 |
| Übersicht 15 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 42 |
| Übersicht 16 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 43 |
| Übersicht 17 Subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 45 |
| Übersicht 18 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Feinstaubbelastung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 46 |

| | |
|--|----|
| Übersicht 19 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz mindestens einer chronischer Krankheit?..... | 48 |
| Übersicht 20 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten?..... | 48 |
| Übersicht 21 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte) | 53 |
| Übersicht 22 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte) | 54 |
| Übersicht 23 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 57 |
| Übersicht 24 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 62 |
| Übersicht 25 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 63 |
| Übersicht 26 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 66 |
| Übersicht 27 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 70 |
| Übersicht 28 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 71 |
| Übersicht 29 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 73 |
| Übersicht 30 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Urbanisierungsgrad und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte) | 76 |
| Übersicht 31 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Urbanisierungsgrad und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte) | 76 |
| Übersicht 32 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Feinstaubbelastung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 78 |
| Übersicht 33 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Männern 2019 nach Feinstaubbelastung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte) | 83 |
| Übersicht 34 Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten von Frauen 2019 nach Feinstaubbelastung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte) | 84 |
| Übersicht 35 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Schmerzen? | 86 |
| Übersicht 36 Prävalenz von Schmerzen 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 87 |

| | |
|---|-----|
| Übersicht 37 Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 88 |
| Übersicht 38 Prävalenz von Schmerzen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 90 |
| Übersicht 39 Prävalenz von mäßigen bis sehr starken Schmerzen 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 91 |
| Übersicht 40 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Mundgesundheit von Frauen und Männern?..... | 93 |
| Übersicht 41 Mundgesundheit 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 95 |
| Übersicht 42 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 96 |
| Übersicht 43 Mundgesundheit 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 98 |
| Übersicht 44 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 98 |
| Übersicht 45 Mundgesundheit 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 101 |
| Übersicht 46 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 102 |
| Übersicht 47 Mundgesundheit 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 104 |
| Übersicht 48 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 104 |
| Übersicht 49 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Einkommen und Geschlecht..... | 107 |
| Übersicht 50 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Bildung und Geschlecht..... | 108 |
| Übersicht 51 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht..... | 109 |
| Übersicht 52 Indikatoren zur Lebensqualität 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht..... | 110 |
| Übersicht 53 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf das Auftreten von täglichem Rauchen von Frauen und Männern? | 112 |
| Übersicht 54 Tägliches Rauchen 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 114 |
| Übersicht 55 Auftreten von täglichem Rauchen 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 116 |

| | |
|---|-----|
| Übersicht 56 Tägliches Rauchen 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 118 |
| Übersicht 57 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Adipositas bei Frauen und Männern? | 119 |
| Übersicht 58 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 121 |
| Übersicht 59 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 122 |
| Übersicht 60 Häufigkeit von Adipositas 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 124 |
| Übersicht 61 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die körperliche Aktivität in der Freizeit (Ausdaueraktivität, Muskelkräftigung) von Frauen und Männern?..... | 126 |
| Übersicht 62 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 130 |
| Übersicht 63 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Frauen 2019 nach Einkommen und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 131 |
| Übersicht 64 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 134 |
| Übersicht 65 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Frauen 2019 nach Bildung und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 135 |
| Übersicht 66 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 138 |
| Übersicht 67 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Frauen 2019 nach Migrationshintergrund und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 139 |
| Übersicht 68 Körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern 2019 nach Urbanisierungsgrad und Alter (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 141 |
| Übersicht 69 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Impfungen? | 143 |
| Übersicht 70 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 148 |
| Übersicht 71 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 152 |
| Übersicht 72 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 156 |
| Übersicht 73 Aufrechter Impfschutz bei ausgewählten Impfungen 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 159 |

| | |
|--|-----|
| Übersicht 74 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen?..... | 160 |
| Übersicht 75 Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Einkommen (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 162 |
| Übersicht 76 Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Bildung (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 165 |
| Übersicht 77 Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 167 |
| Übersicht 78 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung der medizinischer Versorgungsqualität von Frauen und Männern? | 169 |
| Übersicht 79 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 nach Einkommen und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 171 |
| Übersicht 80 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 172 |
| Übersicht 81 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 174 |
| Übersicht 82 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 175 |
| Übersicht 83 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 177 |
| Übersicht 84 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität als hervorragend oder sehr gut 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 178 |
| Übersicht 85 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Einschränkungen im Alltag? | 182 |
| Übersicht 86 Prävalenz von Einschränkungen bei mindestens einer instrumentellen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 185 |
| Übersicht 87 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte) | 187 |
| Übersicht 88 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 190 |

| | |
|---|-----|
| Übersicht 89 Prävalenz von Einschränkungen bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Urbanisierungsgrad, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 192 |
| Übersicht 90 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die Prävalenz von Pflege und ungedecktem Pflegebedarf im Alltag? | 194 |
| Übersicht 91 Einschränkungen und Pflege bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Bildung und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 196 |
| Übersicht 92 Pflege bei mindestens einer basalen Aktivität des täglichen Lebens 2019 nach Bildung, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)..... | 197 |
| Übersicht 93 Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf die untersuchten Gesundheitsaspekte von Mädchen und Buben? | 200 |
| Übersicht 94 Indikatoren zum Wohlbefinden von Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren 2019 nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht | 203 |
| Übersicht 95 Indikatoren zum Wohlbefinden von 3- bis 6-jährigen Kindern 2019 nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht | 204 |
| Übersicht 96 Indikatoren zum Wohlbefinden von 7- bis 10-jährigen Kindern 2019 nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht | 205 |
| Übersicht 97 Indikatoren zum Wohlbefinden von 11- bis 13-jährigen Kindern 2019 nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht | 206 |
| Übersicht 98 Indikatoren zum Wohlbefinden von 14- bis 17-jährigen Kindern 2019 nach Einkommen, Migrationshintergrund, Urbanisierungsgrad und Geschlecht | 207 |
| Übersicht 99 Lesehilfe „Welche sozioökonomischen Determinanten haben einen signifikanten Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand von Frauen und Männern?“ | 213 |
| Übersicht 100 Lesehilfe „(Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen, Alter und Geschlecht (altersstandardisierte Prozentwerte)“ | 216 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios) | 35 |
| Abbildung 2 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 38 |
| Abbildung 3 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 41 |
| Abbildung 4 (Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (Odds Ratios) | 44 |
| Abbildung 5 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios) | 51 |
| Abbildung 6 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 56 |
| Abbildung 7 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 58 |
| Abbildung 8 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 65 |
| Abbildung 9 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 67 |
| Abbildung 10 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 72 |
| Abbildung 11 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 74 |
| Abbildung 12 Prävalenz mindestens einer chronischen Krankheit 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (Odds Ratios) | 78 |
| Abbildung 13 Ausgewählte chronische Krankheiten 2019 nach Feinstaubbelastung und Geschlecht (Odds Ratios) | 80 |
| Abbildung 14 Prävalenz mäßiger bis sehr starker Schmerzen 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 87 |
| Abbildung 15 Prävalenz mäßiger bis sehr starker Schmerzen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 89 |
| Abbildung 16 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 94 |
| Abbildung 17 (Sehr) gute Mundgesundheit 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 97 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 18 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 100 |
| Abbildung 19 (Sehr) gute Mundgesundheits 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 103 |
| Abbildung 20 Tägliches Rauchen 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 113 |
| Abbildung 21 Tägliches Rauchen 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 115 |
| Abbildung 22 Tägliches Rauchen 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 117 |
| Abbildung 23 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 120 |
| Abbildung 24 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 122 |
| Abbildung 25 Prävalenz von Adipositas 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 124 |
| Abbildung 26 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios) | 128 |
| Abbildung 27 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 132 |
| Abbildung 28 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 136 |
| Abbildung 29 Körperliche Inaktivität in der Freizeit 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 141 |
| Abbildung 30 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios) | 146 |
| Abbildung 31 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 150 |
| Abbildung 32 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios) | 154 |
| Abbildung 33 Risiko eines fehlenden Impfschutzes 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios) | 157 |
| Abbildung 34 Risiko einer Nichtteilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Einkommen (Odds Ratios) | 161 |
| Abbildung 35 Risiko einer Nichtteilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen von Frauen 2019 nach Bildung (Odds Ratios) | 164 |
| Abbildung 36 Risiko einer Nichtteilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen 2019 nach Migrationshintergrund (Odds Ratios) | 166 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 37 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 als hervorragend oder sehr gut nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios) | 170 |
| Abbildung 38 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 als hervorragend oder sehr gut nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 173 |
| Abbildung 39 Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität 2019 als hervorragend oder sehr gut nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 176 |
| Abbildung 40 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios) | 184 |
| Abbildung 41 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 186 |
| Abbildung 42 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 188 |
| Abbildung 43 Prävalenz von Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht (Odds Ratios)..... | 191 |
| Abbildung 44 Pflege bei Aktivitäten des täglichen Lebens 2019 nach Bildung und Geschlecht (Odds Ratios) | 196 |
| Abbildung 45 Lesehilfe „(Sehr) guter subjektiver Gesundheitszustand 2019 nach Einkommen und Geschlecht (Odds Ratios)“ | 215 |

Literaturverzeichnis

Angermeyer, M.C./Kilian, R./Matschinger, H.: WHOQOL–100 und WHOQOL–BREF, Hogrefe-Verlag, Leipzig 2000.

Griebler, R. et al.: Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien 2016.

Lange, C./Finger, J.D.: Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. Journal of Health Monitoring. Robert Koch-Institut, Berlin 2017.

Ravens-Sieberer, U./Bullinger, M.: Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, 1998(a) 7 (5), 399–407.

World Health Organization: Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO Press, Geneva 2009.

Abkürzungen

| | |
|--------------|--|
| Abk. | Abkürzung |
| ADL | Activities of Daily Living |
| AHS | Allgemeinbildende Höhere Schule |
| ANOVA | Analysis of variance (Varianzanalyse) |
| Art. | Artikel |
| ATHIS | Austrian Health Interview Survey |
| BGBI. | Bundesgesetzblatt |
| BHS | Berufsbildende Höhere Schule |
| BMI | Body-Mass-Index |
| BMSGPK | Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz |
| bzw. | beziehungsweise |
| CSHCN | Children with Special Health Care Needs |
| EFTA | Europäische Freihandelsassoziation |
| EU | Europäische Union |
| FSME | Frühsommer-Meningoenzephalitis |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Living |
| IASP | International Association for the Study of Pain |
| Mio. | Millionen |
| OR | Odds Ratio |
| PM | particulate matter |
| usw. | und so weiter |
| WHO | World Health Organisation |
| WHOQOL | WHO-Quality of Life |
| WHOQOL-BREF1 | WHO-Quality of Life – Kurzversion |
| . | Nachweis nicht vorhanden bzw. aus sachlichen Gründen nicht möglich (Tabelle) |
| < | kleiner als |
| ≥ | größer gleich |

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)