

15. Armut und Gesundheit

Claudia Habl et al.¹

15.1. Armut und Gesundheit

15.1.1. Einleitung und Hintergrund

Obwohl die durchschnittliche Lebenserwartung österreichischer Frauen und Männer in den letzten zwanzig Jahren beträchtlich gestiegen ist (Frauen: 78,9 Jahre 1990 und 83,4 Jahre 2010 bzw. Männer 72,2 Jahre 1990 und 78,1 Jahre 2011) (*Statistik Austria 2012*) ist dieser Anstieg ungleich zwischen den sozialen Schichten verteilt. So ist beispielsweise die Lebenserwartung von Männern mit Pflichtschulabschluss um 6,2 Jahre niedriger als jene von Männern mit Hochschulabschluss (*BMGF/Statistik Austria 2008*). Diese Tatsache kann nicht nur in Österreich, sondern in ganz Europa beobachtet werden und ihren vielschichtigen und komplexen Ursachen wird seit einigen Jahren auch auf EU-Ebene nachgegangen (vgl. *Stegeman/Costongs 2012*). Menschen mit ungünstigerem sozioökonomischen Status (SES) haben aber – statistisch gesehen – nicht nur eine niedrigere Lebenserwartung. Sie sind auch häufiger von bestimmten Krankheiten und Behinderungen betroffen. Dieser Zusammenhang ist linear, international beobachtbar und relativ stabil bzw. steigend (*Richter/Hurrelmann 2006, 17*).

Die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden hängt von vielen Faktoren ab, die auch miteinander interagieren. Dazu zählen: materielle Bedingungen (z.B. Wohnbedingungen), sozialer Zusammenhalt in Lebensumfeld (z.B. Sicherheit und Kriminalität), psychosoziale Faktoren (Rückhalt von Familie oder Freund/innen), Verhaltensweisen (z.B. Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und biologische Faktoren. Diese Faktoren sind beeinflusst durch die soziale Position, die wiederum abhängen von Bildungsstatus, Beschäftigung, Einkommen, Geschlecht und Ethnizität. Relevant ist darüber hinaus der sozio-politische, kulturelle und soziale Kontext. Daher ist die Debatte um gesundheitliche Ungleichheit immer zugleich eine Debatte um soziale Gerechtigkeit (*Marmot et al. 2010*).

In einem 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geleiteten Prozess, wurden mit breiter Beteiligung aller relevanten Institutionen und unterstützt von der Gesundheit Österreich GmbH zehn Rahmen gesundheitsziele für Österreich formuliert. Ein leitendes Prinzip in der Erarbeitung der Ziele war es, und wird es auch in der weiteren Konkretisierung dieser Ziele in konkrete Maßnahmen sein, gesundheitliche Ungleichheiten in Österreich zu reduzieren. Das folgende Kapitel wird mit einem kurzen Überblick gängiger Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Status und Gesundheit eingeleitet, in der Folge werden ausgewählte Einflussfaktoren auf Gesundheit dargestellt und zuletzt die Situation in Bezug auf gesundheitliche Ungleichheit für Österreich dargestellt.

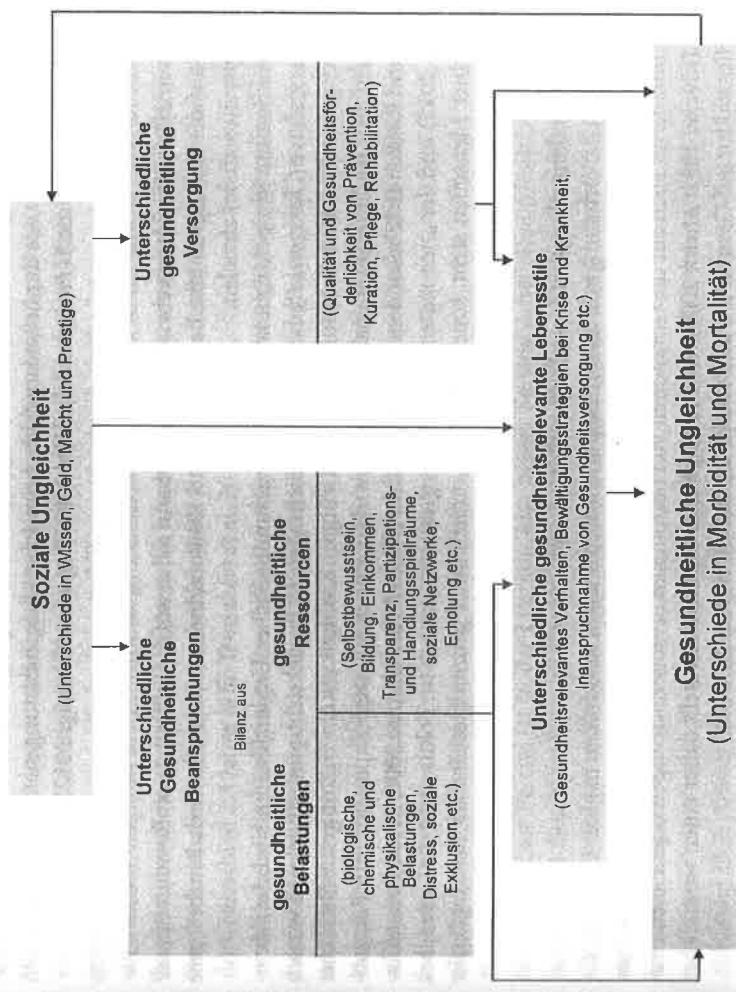
15.1.2. Erklärungsmodelle und Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit

15.1.2.1. Erklärungsmodelle

Unterschiedliche Erklärungsmodelle gesundheitlicher Ungleichheit fokussieren auf unterschiedliche Einflussfaktoren. Da nicht ein einzelner Faktor oder eine einzelne Theorie

gesundheitliche Ungleichheit erklären kann, werden in Abbildung 15.1 diese verschiedenen Faktoren zu einem komplexen Modell zusammengeführt. Elemente sind strukturelle Faktoren, wie Ressourcen und Belastungen im Alltag und in der Gesundheitsversorgung, sowie individuelle Faktoren, wie Lebensstile und Risikoverhalten.

Abbildung 15.1: Erklärungsmodell zum Komplex soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit



Quelle: Rosenbrock/Kümperz 2006 modifiziert nach Elkeles/Mielck 1993

Ein zentraler Erklärungsansatz gesundheitlicher Ungleichheit nimmt an, dass Gesundheit den sozioökonomischen Status beeinflusst. Durch Selektionsprozesse erfahren gesündere Menschen eher sozialen Aufstieg und weniger gesunde eher sozialen Abstieg (*Steinkamp 1999, in: Richter/Hurrelmann 2006, 18*). Laut Adler et al. (1994) wurde diese „drift“-Hypothese jedoch nur für sehr schwere Krankheiten (z.B. Schizophrenie, schwere Behinderungen) zweifelsfrei bewiesen. Viel Krankheiten, die die Arbeitsfähigkeit und daher die Erwerbsmöglichkeiten beeinträchtigen, treten hingegen erst in höherem Alter auf, beeinflussen also den sozioökonomischen Status nicht direkt, sondern indirekt durch das Einkommen und weniger über den Bildungsgrad.

Eine andere Sichtweise geht von einer umgekehrten Wirkung aus, d.h., der sozioökonomische Status beeinflusst die Gesundheit. Der *materielle Erklärungsansatz* geht davon aus, dass Menschen mit niedrigem SES aufgrund ihrer schlechteren materiellen Lebensbedingungen

(Einkommen sowie Wohn- und Arbeitsverhältnisse) verstärkt negativen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (Laaksonen et al. 2005, in: Richter/Hurrelmann 2006, 19). Der *kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz* wiederum geht davon aus, dass Menschen mit ähnlichem SES sich auch eine ähnliche „Kultur“ teilen und mehr zu Risikoverhalten tendieren (z.B. höherer Tabak- und Alkoholkonsum, ungesündere Ernährung, weniger Bewegung etc.) (Helmert/Schorb 2006, in: Richter/Hurrelmann 2006, 19; Pochobradsky/Habl 2001).

Diskutiert werden auch weitere Determinanten für gesundheitliche Ungleichheit, wie Ungleichheit in der *gesundheitlichen Versorgung* (sowohl Zugang als auch Leistungen) und *psychosoziale Faktoren* wie das Lebensumfeld, chronische Alltagsbelastungen, Gratifikationskrisen im Beruf, Teilhabe etc.) (Pochobradsky/Habl 2001; Stegeman/Costongs 2012).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass nicht nur *Belastungen* ungleich verteilt sind, sondern auch die *Ressourcen*, die zur Verfügung stehen, um die Belastungen zu bewältigen (Richter/Hurrelmann 2006, 20). Entsprechendes Handeln kann daher auf die Stärkung von Ressourcen und/oder auf die Reduktion von Belastungen und Risikofaktoren (materielle, verhaltensbezogene und psychosoziale) abzielen.

Anerkannte Perspektiven zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten sind die *Lebenslaufperspektive („life course“)*, bei der der zeitliche Aspekt Berücksichtigung findet und wonach bereits gesundheitliche Belastungen in der (frühen) Kindheit als ein Faktor gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter gelten bzw. dass eine langfristige Exposition von Belastungen und Risiken sich besonders negativ auswirkt (Richter/Hurrelmann 2006, 21; Stegeman/Costongs 2012) und der „*neo-materielle“ Erklärungsansatz*, wonach im Fokus nicht die Gesundheit einzelner Menschen steht, sondern die Gesundheit einer ganzen Gesellschaft bzw. regionaler Gebiete.

15.1.2.2. Einkommen und Gesundheit

Die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft – auch bezeichnet als soziale Ungleichheit – hat einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensschancen und damit auch auf die Gesundheit von betroffenen Personen, Gruppen oder Gesellschaften (Kreickel 1992; Mielck 2000). Armut respektive Einkommen stellt daher einen wesentlichen Einflussfaktor auf Gesundheit und soziale Teilhabe dar (Reif 2012).

Menschen mit niedrigem Einkommen können sich weniger Güter und Leistungen für ihre Gesundheit leisten, leben eher in Wohnräumen niedrigerer Qualität und in Wohnumgebungen mit weniger guter gesundheitsförderlicher Infrastruktur (z.B. Grünräume) und mehr Belastungen (z.B. Lärm), ziehen sich häufig aus sozialen Beziehungen zurück und nehmen weniger an sozialen Aktivitäten teil (Marmot et al. 2010). Meist sind dies Menschen mit niedriger Bildung und schlechteren Arbeitsbedingungen und höherer Bedrohung durch Arbeitslosigkeit. Armut (gefährdung) bei Kindern schlägt sich sowohl in einer belasteteren psychischen und physischen Gesundheit im Kindesalter, als häufig auch in verringerteren Bildungschancen sowie in erhöhter Armutgefährdung und damit schlechterer Gesundheit der betroffenen Kinder im Erwachsenenalter nieder. „Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.“; Kinderarmut hat somit in vielerlei Hinsicht negative Auswirkungen auf die Gesundheit (Schenk 2004; Müller 2009). Direkte Auswirkungen sind beispielsweise erhöhte Mortalität (Säuglings- und Kindersterblichkeit, Unfälle und Vergiftungen etc.) und erhöhte Morbidität (z.B. chronische Erkrankungen wie Asthma, psychische Erkrankungen) oder dass Kinder von armutsbetroffenen Müttern häufiger krank in Kindergarten/Schule geschickt werden (Schleier-

cher/Hlava 2003). Indirekte Auswirkungen zeigen sich im Lebensstil, z.B. im Ernährungs- oder Bewegungsverhalten, der z.B. durch eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten, durch beengten Wohnraum oder ein nicht bewegungsförderndes Wohnungsumfeld eingeschränkt wird. Das Einkommen ist – neben Bildung – die wichtigste soziale Gesundheitsdeterminante, wobei sich Bildung beispielsweise in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 (in der Folge zitiert als ATHS 2006/2007) als der zuverlässigste Indikator erwiesen hat.

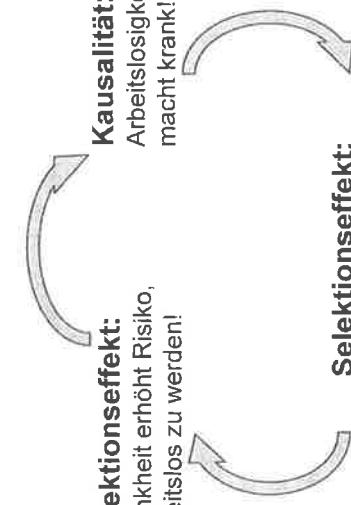
15.1.2.3. Bildung und Gesundheit
Wissenschaftlich belegt ist der Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Gesundheitszustand: Personen, deren höchste abgeschlossene Schulbildung ein Pflichtschulabschluss ist, geben viermal häufiger starke Beeinträchtigungen durch Behinderungen oder gesundheitliche Probleme an als Personen mit abgeschlossener Lehre oder mittlerem Schulabschluss. Die fernere Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren² ist für Männer mit Hochschulbildung im Durchschnitt um über sechs Jahre höher als für jene mit Pflichtschulbildung, für Frauen beträgt der Unterschied 2,3 Jahre (Till-Tentschert et al. 2011).

Bildung – die häufig mit einer höher qualifizierten Berufstätigkeit einhergeht – führt zu einem höheren Einkommen, einem niedrigeren Risiko, von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein und schützt dadurch vor Armutgefährdung. Beispielsweise haben fast drei Viertel der „working poor“ (Personen, die trotz Erwerbstätigkeit arbeitsgefährdet sind) keine Matura (Till-Tentschert et al. 2011). Näheres zu dieser Determinante findet sich in Abschnitt 15.1.2.4.

15.1.2.4. Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit (inkl. prekäre Beschäftigung) und dem Gesundheitsstatus einer Person ist in der Literatur klar belegt. So sind arbeitslose Menschen deutlich häufiger von Beschwerden und Krankheiten betroffen als Erwerbstätige. Krankheit ist dabei nicht nur eine Folge von Arbeitslosigkeit, sondern zugleich auch eine Ursache, d.h., Menschen mit Gesundheitsproblemen werden häufiger arbeitslos und sind auch schwerer zu vermitteln, wie Abbildung 15.2 illustriert (RKI 2012).

Abbildung 15.2: Arbeit, Arbeitslosigkeit und Krankheit macht arm

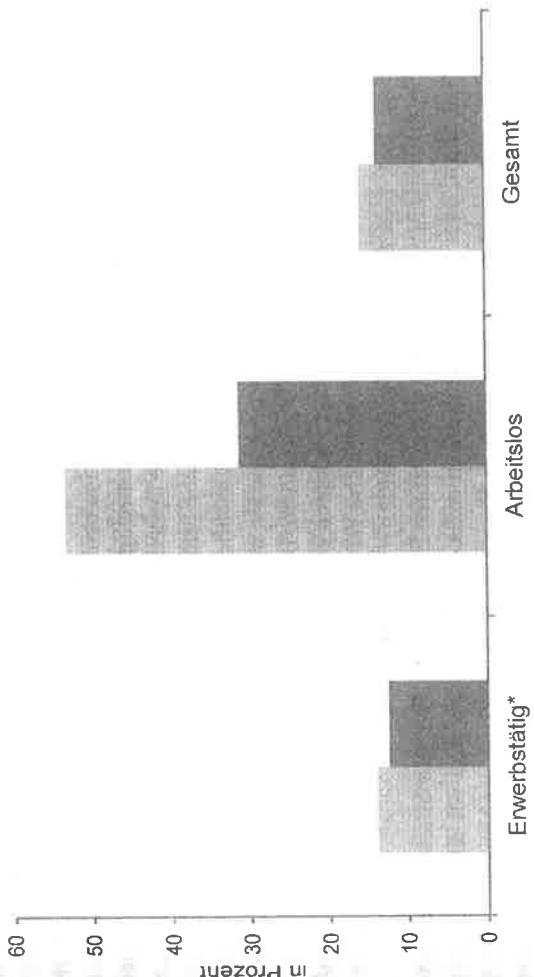


Kausalität:
Arbeitslosigkeit
macht krank!

Selektionseffekt:
Krankheit erhöht Risiko,
arbeitslos zu werden!

Selektionseffekt:
Gesundheitliche
Einschränkungen hemmen
Arbeitsuche und Vermittlung!

Abbildung 15.4: Anteil der 15- bis 64-Jährigen mit mittelmäßigem oder (sehr) schlechtem Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus und Geschlecht an der Gesamtbevölkerung

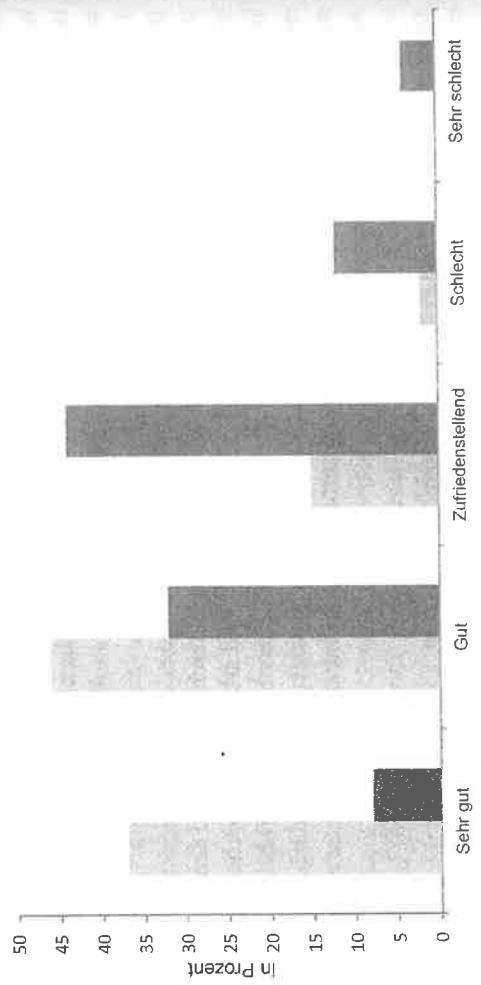


Quelle: Biffl et al. 2011 auf Basis der österr. Gesundheitbefragung 2006/2007, DUK – eigene Berechnungen

In Österreich arbeiten überwiegend Frauen in prekären Arbeitsverhältnissen. Frauen sind in Österreich strukturell (Stichwörter „Gender Pay Gap“, Lücken in Kinderbetreuungsmöglichkeiten) und sozioökonomisch eine benachteiligte Gruppe, denn prekäre Arbeitsverhältnisse bedeuten ein Armutsrisiko schon während des Erwerbslebens (working poor) aber auch im Alter (Buchinger 2012). Daten zeigen eine Zunahme von Beschwerden – sowohl körperlicher, seelischer als auch funktionaler – mit zunehmender beruflicher Unsicherheit. Abgestuft nach „sicher beschäftigt“, „prekär beschäftigt“, „arbeitslos“ und „langzeitarbeitslos“ steigen die Beeinträchtigungen stetig an.

Im Besonderen wird das psychische Wohlbefinden von langzeitarbeitslosen Menschen – sowohl von Männern als auch von Frauen – deutlich schlechter eingeschätzt, als bei Personen in einem stabilen Arbeitsverhältnis. Auch für Österreich zeigen Berechnungen des WIFO einen Zusammenhang der Einschätzung des Gesundheitszustandes mit dem Erwerbsstatus (vgl. Abbildung 15.3).

Abbildung 15.3: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand von erwerbstägigen und arbeitslosen Personen im Zeitraum 1996 bis 1999



Quelle: Biffl 2005 (auf Basis der ECHP Wellen 3–7 (Österreich 2–6), ICCR Version 2003 – WIFO – eigene Berechnungen)

Abbildung 15.4 zeigt, dass arbeitslose Personen, und dabei insbesondere Frauen, ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich schlechter empfinden als Erwerbstätige. Weiters geben Arbeitslose an, häufiger ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. So gibt mehr als die Hälfte aller arbeitslosen Frauen (51,9%) an, ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Unter arbeitslosen Männern leiden rund 35 Prozent an einer dauerhaften Krankheit (Biffl et al. 2011).

Für diesen Zusammenhang werden in der Literatur unterschiedliche Ursachen diskutiert. Einerseits wird hier das weniger gesundheitsbewusste bzw. risikoreichere Verhalten von arbeitslosen Menschen im Vergleich zu Erwerbstägen erwähnt. So ist die Quote substanzkonsumierender Personen (Tabak, Alkohol und Medikamente) bei arbeitslosen Menschen höher sowie das Bewegungs- und Ernährungsverhalten ungünstiger.

Aber auch die Lebensbedingungen verändern sich insofern, als weniger Einkommen zur Verfügung steht und Armut- und Ausgrenzungsgefährdung ein Thema wird. Darüber hinaus kann der Verlust des Prestiges, das an den Arbeitsplatz gekoppelt ist, psychosozialen Stress erzeugen (RKI 2012). Auch die Unsicherheit durch Langzeitarbeitslosigkeit und die eingeschränkten Möglichkeiten der Zukunftsplanung können zu psychosozialen Problemen wie Depression, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit bis hin zur Resignation führen (Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ 2012). Generell ist Arbeitslosigkeit ein kritisches Lebensereignis, das das Selbstwertgefühl sowie den sozialen Status beeinträchtigt (vgl. Abschnitt 15.2.1.).

15.1.2.5. Soziale Integration und Teilhabe
Sozialer Abstieg bzw. Armut kann zu sozialer Isolation führen (Mangel an sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken, Verlust von Freunden) bzw. kanalisiert in sozialen Rückzug (48% der „armen“ vs. 7% der „nichtarmen“ Bevölkerung verzichten auf Einladungen nach Hause; sozial benachteiligte Personen sind seltener Mitglied in einem Verein usw. (BMASK 2010). In verarmten Wohnmilieus ist der Ausfall der Nachbarschaftshilfe und Distanzierung und Abgrenzung der Bewohner/innen untereinander festzustellen. Die Situationskontrolle ist

eingeschränkt, die eigene Lebenssituation wird unkontrollierbar; die Erfahrung schwindet der Selbstwirksamkeit macht krank.

Mit niedrigen sozialen Status geht Mangel an Anerkennung und Belohnung einher; oft gemeinsames Aufstreten von hoher Verausgabung und geringerer Belohnung; diese Problemlage trifft insbesondere bei den sogenannten „working poor“ zu (siehe Fink/Krenn, Kap. 18, im vorliegenden Band). Schutzfaktoren sind neben allen Maßnahmen, die zu einer gerechten sozialen Teilhabe beitragen (z.B. niedrigschwelliger Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und zu Bildung) auch tragfähige persönliche Beziehungen und funktionierende soziale Netze. Ein stabiles soziales Umfeld, das Teilhabe ermöglicht und Isolationstendenzen hintanhält, trägt zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten bei. Personen in Gesundheitsberufen können beispielsweise dazu beitragen, indem sie sozial beteiligten Personen auf Augenhöhe begegnen und diese respektvoll behandeln. Beschämung und das Gefühl der Entmündigung, das manche Patientinnen und Patienten empfinden, können wie „Gift“ wirken und die Gesundheit beeinträchtigen (vgl. ungleiche Verteilung sozialer Anerkennung als „hidden injuries of class“ (Sennett 1972, in: Schenk 2011)).

Eine 2010 erschienene Meta-Analyse unter Einbeziehung von 148 Studien weist eindrucksvoll nach, dass Personen mit aktiven sozialen Beziehungen, und vor allem bei einer starken sozialen Integration, eine um 50 Prozent höhere Überlebenswahrscheinlichkeit („likelihood for survival“) als Personen ohne diese haben; dies entspricht in etwa dem selben „Schutzfaktor“ wie Nichtrauchen (Holt-Lundstad et al. 2010).

15.1.2.6. Gesundheitliche Ungleichheit im Kindesalter

Es gibt immer mehr Evidenz dafür, dass in der (frühen) Kindheit eine wichtige Basis für den späteren Gesundheitzzustand und das Wohlbefinden als Erwachsene/r gelegt wird: Gesundheitliche Belastungen auf den sich in Entwicklung befindlichen Körper („biologische Programmierung“) im Säuglings- und Kleinkindesalter werden oft erst im Erwachsenenalter krankheitswirksam. Zusätzlich werden in der Kindheit Weichen bezüglich Lebenslage, Lebenskompetenzen und Verhalten gestellt, die die Lebenslage und Gesundheit im Erwachsenenalter maßgeblich und nachhaltig beeinflussen (Lampert/Richter 2009). Die Kindheit wird daher als eine „kritische Periode“ für die Gesundheit gesehen (Dragano/Siegrist 2009).

Die sozioökonomische Situation ist auch hier relevant: Studien belegen, dass relevante Belastungsfaktoren wie Unterernährung des Säuglings oder Entwicklungsstörungen des Kindes in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auftreten (Dragano/Siegrist 2009; Elkeles 2010). Ebenso steht die Entwicklung von kognitiven Fähigkeiten bei Kleinkindern, aber auch ihrer emotionalen und sozialen Kompetenzen, in engem Zusammenhang mit ihrem späteren Schulerfolg und in der Folge mit Einkommen und Gesundheit (Marmot et al. 2010). Auch hier zeigt ein Zusammenspiel zwischen sozioökonomisch benachteiligter Kinder.

Forschungsstudien mit einer *Lebenslaufperspektive* („life course approach“) befassen sich vertiefend mit diesen Zusammenhängen. Eine Kohortenstudie fand bei Personen aus einem Arbeiter-Elternhaus im Alter von 54 Jahren ein zweifach erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu jenen, deren Eltern Angestellte waren. Wurde zusätzlich der sozioökonomische Status als Erwachsener berücksichtigt, so war die Wahrscheinlichkeit, früh zu sterben, bei jenen, die in beiden Lebensphasen sozial benachteiligt waren, fast dreifach erhöht (Power/Kuh 2008). Ergebnisse der HBSC-Studie (HBSC 2010) belegen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten österreichischer Schüler/innen:

Schüler/innen (mit 11, 13, 15 und 17 Jahren) mit geringerem und/oder mittlerem Familienwohlstand konsumieren seltener Obst und Gemüse, aber mehr Limonaden, verbringen mehr Zeit mit elektronischen Geräten (Handy, Computer, Fernseher etc.), putzen sich seltener die Zahne, rauchen aber häufiger, nehmen häufiger Medikamente, sind häufiger in Raufereien verwickelt und häufiger Opfer von Mobbing-Attacken. Schüler/innen mit höherem Familienvwohlstand schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein und berichten häufiger über hohe Lebenszufriedenheit (HBSC 2010; Podolsky 2011).

Armut führt zu Mangelerfahrungen und schränkt die soziale Teilhabe sowie ein selbstbestimmtes Leben erheblich ein (Bertelsmann Stiftung 2010). Um die Armut und die damit verbundenen Folgen zu verbergen, ziehen sich betroffene Familien manchmal aus dem gesellschaftlichen Leben zurück. Das kann darin resultieren, dass die soziale Integration (z.B. gute Nachbarschaft) abnimmt, der Kindergartenbesuch vermieden wird und die Familien seltener von Unterstützungsangeboten oder frühen Hilfen erreicht werden. Dies verstärkt wiederum den Trend zum Rückzug (siehe hierzu Dimmel, Kap. 12, im vorliegenden Band).

Die Lebenslaufforschung zur Gesundheit steht zwar noch am Anfang, es wird aber erwartet, dass sie einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis und zur Erklärung der spezifischen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Lebenssituation und Gesundheitsstatus leisten kann (Davey Smith 2008; Power/Kuh 2008). „Als vorläufiges Fazit ist festzuhalten, dass die soziale Herkunft eines Menschen seine Gesundheitsschancen in allen Lebensphasen prägt“ (Dragano/Siegrist 2009, 191).

15.1.2.7. Gesundheitliche Ungleichheit bei Senior/-innen

Anhaltpunkte dafür, ob sich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Situation und Gesundheit im hohen Alter verändert, können für Österreich aus der Berliner Altersstudie abgeleitet werden. Demnach ist die Mortalität bei 70- bis 85-jährigen Männern weitgehend unabhängig vom sozialen Status; bei den Hochaltrigen ist das Mortalitätsrisiko bei den sozioökonomisch Benachteiligten sogar geringer als bei den sozial besser Gestellten. Mögliche Erklärungen für diesen „mortality crossover“ werden gesehen

- in einem nachlassenden Einfluss von arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen sowie
- in „Prozessen des selektiven Überlebens“, da die vorzeitige Sterblichkeit v.a. Männer mit starken Gesundheitsrisiken betrifft (Langzeitarbeitslose, einfache Arbeiter, starke Raucher und Alkoholkranke).

Hochbetagte, sozioökonomisch benachteiligte Männer bringen vermutlich außerdem in sozialer, psychosozialer und biologischer Hinsicht sehr gute gesundheitliche Voraussetzungen mit (Lampert et al. 2008).

Eine Analyse ausgewählter Indikatoren des ATHIS 2006/2007 nach den Parametern Einkommen und Bildung für die über 64-jährige Bevölkerung ergab auch für diese Altersgruppe einen starken Zusammenhang zwischen Gesundheit, Bildung und Einkommen: So beurteilen 64% der Senioren und Seniorinnen mit höchstem Bildungabschluss ihren Gesundheitszustand und 74% ihre Lebensqualität als sehr gut, jedoch nur 37% (Gesundheitszustand) bzw. 52% (Lebensqualität) der Personen mit Pflichtschulabschluss.

Senior/innen mit höherer Bildung leiden seltener unter chronischen Krankheiten (hier insbesondere Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus). Auch von Diabetes, chrono-

schen Angstzuständen und Depressionen sind Pflichtschulabsolvent/innen am stärksten betroffen, hier sind allerdings Personen mit Lehrabschluss am seltensten. Fast doppelt so viele Adipositas-Betroffene gehören zur Gruppe mit niedrigen Bildungsschlüssen im Vergleich zu den höchsten Bildungsabschlüssen. Während Männer mit höherer Bildung seltener rauhen, ist es bei Frauen umgekehrt. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch, wenn man die Gesamtbevölkerung betrachtet.

Auch das Vorsorgeverhalten, hier dargestellt an der Inanspruchnahme von Mammographie, ist bei den niedrigen Bildungsschichten ungünstiger. (siehe Tabelle 15.1, letzte Zeile)

Tabelle 15.1: Ausgewählte gesundheitsrelevante Indikatoren in Abhängigkeit von der Bildung der über 64-jährigen Bevölkerung in Österreich, 2006/07

Ausgewählte Indikatoren	Höchste abgeschlossene Bildung		
	Pflichtschule	Lehre und BMS (ohne Matura)	Matura und mehr
Anteile in %			
Sehr guter oder guter Gesundheitszustand	37,2	54,4	64,4
Sehr gute oder gute Lebensqualität	51,5	68,9	73,6
Wirbelsäulenbeschwerden	50,0	52,0	48,2
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	46,3	38,6	29,4
Bluthochdruck	53,7	46,5	42,8
Chronische Angstzustände oder Depressionen	15,2	12,6	13,1
Diabetes	20,2	14,4	18,5
Chronische Bronchitis oder Emphysem	10,2	8,7	7,8
Tägliche Raucher	11,1	9,9	6,8
Tägliche Raucherinnen	2,5	5,5	7,3
Adipositas	19,0	14,9	10,5
Jemals Mammographie durchgeführt	69,3	83,2	83,9

Quellen: STAT - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; GÖG/ÖBIG - eigene Berechnungen und Darstellung 2012

Da Bildung und Einkommen eng assoziiert sind, ergibt sich bei der Analyse der Gesundheitsindikatoren nach dem Einkommen (vier Einkommensquartile wurden gebildet) ein ähnliches Bild wie bei der Analyse nur nach der höchsten abgeschlossenen Bildung. Alle Parameter stellen sich für die unteren Einkommensschichten ungünstiger dar als für die obersten (vgl. Winkler et al. 2012).

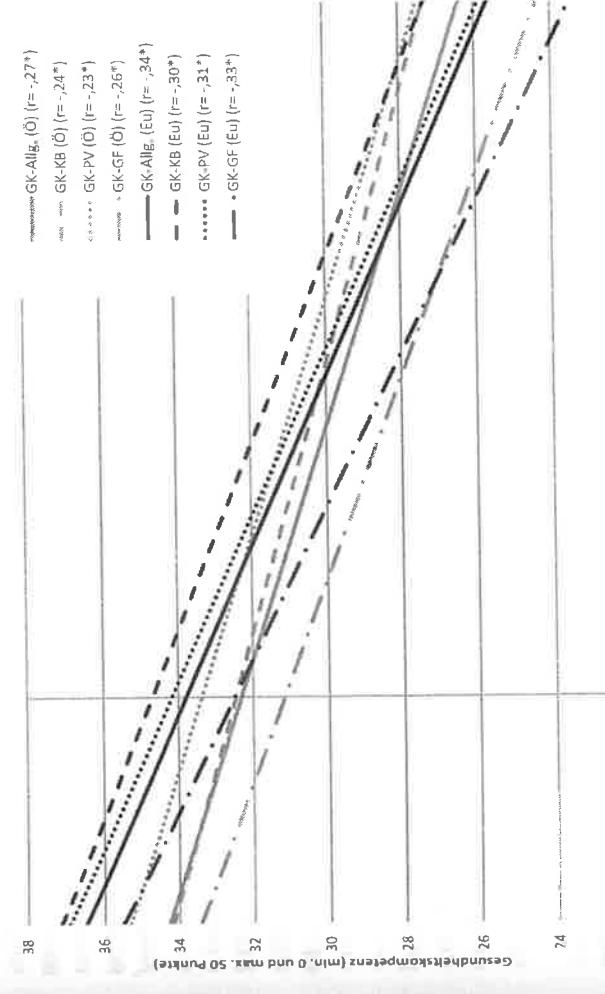
Pochobradsky/Habl (2001) zeigten weiters, dass Senior/innen mit niedrig(sten) Einkommen Gesundheitsleistungen (insbes. Fachärzte, Heilbehelfe und Zahnbehandlung) in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen als gleichaltrige Besserverdiene (siehe auch Schenk 2004). Da aber Einkommensarmut Krankheiten begünstigt, wäre ein anderes Inanspruchnahmeverhalten zu erwarten.

15.1.2.8. Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten

Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation, um im Alltag relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem Ziel, eine gute Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern (Pelikan 2012).

Die *Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung* ist im Ländervergleich eher gering. Laut der ersten europäischen Studie zu (selbsteingeschätzter) Gesundheitskompetenz unter Beteiligung von EU-Ländern verfügen nur rund 10% der österreichischen Bevölkerung über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz, weitere 35% über eine ausreichende, mehr als die Hälfte über eine problematische (38%) oder unzureichende (17%) (Pelikan et al. 2011). Österreich schneidet damit im EU-Vergleich schlecht ab (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 15.5: Mittelwerte der Gesundheitskompetenzindizes nach selbsteingeschätzter finanzieller Deprivation für Österreich und im Schnitt aller beteiligten Länder



Quelle: Pelikan et al. 2011

Erklärung:

GK-Allg. = Gesamtindex zur Gesundheitskompetenz

GK-KB = Gesundheitskompetenz bezüglich Krankheitsbewältigung

GK-PV = Gesundheitskompetenz bezüglich Prävention und Versorge

GK-GF = Gesundheitskompetenz bezüglich Gesundheitsförderung

Ö = Österreich,

EU = Schnitt aller acht beteiligten EU-Länder

Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz steht in einem Zusammenhang mit soziokulturellen Faktoren und dem Gesundheitszustand: Je höher der selbst wahrgenommene finanzielle Mangel (u.a. bezogen auf die Leistbarkeit eines Arztbesuchs und von Medikamenten) und je schlechter der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand, desto geringer ist die Gesundheitskompetenz; je höher das Bildungsniveau und der selbst eingeschätzte soziale Status, desto höher ist die Gesundheitskompetenz.

In der Fachwelt ist schon seit langem bekannt, dass die Lebensweise, d.h. Lebensstilfaktoren, die Gesundheit in einem weit höheren Ausmaß beeinflusst, als beispielsweise die biologische Disposition („Veranlagung“) oder die Ausgestaltung des jeweiligen Gesundheitssystems (Mielck/Bloomfield 2001; Hahl 2009). Durch aktives Gesundheitshandeln könnten daher sozial benachteiligte Personen ihren Gesundheitszustand trotz schlechterer Voraussetzungen verbessern.

Daten aus dem In- und Ausland zeigen jedoch, dass das Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Personen weniger ausgeprägt ist als jenes der Durchschnittsbevölkerung. Armut und sozioökonomische Benachteiligung kann auch zu einem Mangel an elementaren „Lebensmitteln“ (das sind: psychische Ressourcen, Einkommen, Zeit, Bildung, soziales Kapital und Gesundheit) führen bzw. damit einhergehen (Schenk 2011). So zeigen Erhebungen, dass ein gesundheitsbewusster Lebensstil mit einem bewussten Ernährungsverhalten und regelmäßiger sportlicher Bestätigung bei Personen mit einem höheren SES viel weiter verbreitet ist als in niedrigeren sozialen Schichten. Als wichtiger Indikator für ein aktives Gesundheitsverhalten wurde die Möglichkeit der Selbstbestimmung im (früheren) Beruf identifiziert (Rosenmayr/Majce 2005).

Auffällig ist auch, dass – trotz aller Anti-Raucher-Aktivitäten der öffentlichen Hand – die Anzahl der Raucherinnen und Raucher (in der Gesundheitsbefragung ATHIS 2006/2007 gaben 19,4% der Frauen und 27,5% der Männer über 16 Jahre an, täglich zu rauchen), insbesondere von jungen Mädchen mit niedriger Schulbildung steigt. Generell ist die Prävalenz des Risikofaktors Rauchen bei Arbeiter*innen und Arbeitslosen am stärksten ausgeprägt (Schleicher/Hlava 2003; BMGF/Statistik Austria 2008).

Nach der „Health Behaviour of School-aged Children, HBSC“ Erhebung haben speziell männliche Jugendliche mit Migrationshintergrund ein vergleichsweise ausgeprägtes Risiko-verhalten in den Bereichen Rauchen und Ernährung (sowie generelles Risikoverhalten im Straßenverkehr).

15.1.2.9. Zugang zu und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Durch die soziale Krankenversicherung erhalten annähernd 99,9% der österreichischen Staatsbürger*innen Zugang zu einem breiten Spektrum an medizinischen Leistungen (Hauptverband 2012a). Trotz dieses nahezu universellen Versicherungsschutzes gibt es in Österreich ansässige Personen, die von der Regelversorgung – ungeachtet der Einführung der Mindestversicherung (BMS) im Jahr 2010 – de facto ausgeschlossen sind. Diese Menschen sind entweder nicht versichert (z.B. undokumentierte Migrantinnen und Migranten) oder der Zugang zur Regelversorgung wird etwa durch Sprach- oder soziale Barrieren erschwert oder verhindert. Weiters gibt es immer wieder Fälle von z.B. Frauen nach einer Scheidung oder Student*innen, die – für sie häufig unbemerkt – ihren Versicherungsanspruch kurzfristig verlieren. Zwar darf nicht versicherten Personen die medizinische Versorgung in einer öffentlichen Kran kenanstalt in Notfällen nicht verweigert werden, dennoch sind sie aus der medizinischen

Grundversorgung ausgeschlossen. Durch zeitgerechten Zugang könnten nicht nur persönliches Leid, sondern auch die, in der Regel sehr hohen, Behandlungskosten von vermeidbaren Notfällen, reduziert werden.

Einige Einrichtungen in Österreich bieten medizinische Versorgung explizit für Menschen ohne Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem an (Nichtversicherte, soziale Randgruppen etc.). Dazu zählt in Wien das konfessionelle Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, welches jährlich etwa 20.000 bis 30.000 unversicherte Patientinnen und Patienten ambulant und stationär behandelt (Karl-Trummer et al. 2009).

Die zwei größten österreichischen NGOs, die direkte medizinische Hilfe anbieten, sind Amber-Med in Wien und die Marienambulanz in Graz (Niemandsland 2009). Amber-Med wurde 2004 von dem Diakonie Flüchtlingsdienst gegründet und behandelt mittlerweile Flüchtlinge, Asylwerber und Obdachlose. Seit 1999 bietet die Marienambulanz in Graz Personen ohne Krankenversicherung und versicherten Personen, die keinen praktischen Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem haben, medizinische Erst- und Grundversorgung. Neben der ambulanten Versorgung in der Marienambulanz gibt es auch aufsuchende Beratung und Betreuung sowie die „Rollende“, eine Ordination auf vier Rädern, die immer zur selben Zeit an bestimmten Plätzen in Graz (Bahnhof, Vinzent etc.) für Hilfesuchende offen steht (Amber-Med 2011).

Für die 90% der wohnunglosen Wiener*innen, die unter einer oder mehreren Krankheiten leiden, bietet das *neuerHAU* kostenlose ärztliche Grundversorgung – ohne Rückfrage ad Versicherungsstatus – in Einrichtungen der Wiener Wohnunglosenhilfe und entspricht damit dem erfolgsversprechenden aufsuchenden Ansatz. 2009 wurde das Angebot um eine kostenlose Zahnarztpraxis erweitert, wo Zahnärztinnen und Zahnärzte seither ehrenamtlich hunderte Patientinnen und Patienten behandelt haben. Im Jahr 2011 wurden insgesamt 946 Personen vom *neuerHAU*RZT, und 702 Personen in der Zahnarztpraxis des *neuerHAU*-SES behandelt (Neuerhaus 2011).

Im Rahmen der 2010 in Kraft getretenen BMS-Regelungen erfolgte eine Einbeziehung von bisher nicht-krankenversicherten Leistungsbezieher*innen in die gesetzliche Krankenversicherung. Des Weiteren soll durch den Erhalt einer e-Card die Stigmatisierung von einkommensschwachen Patienten, die bisher aufgrund der Sozialhilfekrankenscheine erfolgte, vermieden werden (BMASK 2011) (siehe Dimmel/Pfeil, Kap. 40; Dimmel, Kap. 57, im vorliegenden Band).

Eine Erleichterung für alle versicherten Österreicher*innen ergab sich durch die Einführung der Rezeptgebührenobergrenze, die 2008 in Kraft getreten ist. Laut § 31 Abs 5 Z 16 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) muss ein Versicherter nur bis zu einem jährlichen Gesamtbetrag von 2% seines Nettoeinkommens die Rezeptgebühr entrichten. Überschreiten die Rezeptgebühren, für den Versicherten selbst und für dessen Mitversicherter, diese Obergrenze, sind der Versicherte und dessen Angehörige für den Rest des Jahres von der Rezeptgebühr befreit (BGBI. Nr. 189/1955). Generell von der Rezeptgebühr befreit sind neben Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten auch Zivildiener und deren Angehörige sowie Asylwerber*innen in Bundesbetreuung. Außerdem sind Personen, die bestimmt Geldleistungen wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit beziehen (z.B. Ausgleichszulage, BMS), a priori von der Rezeptgebühr befreit. Ein Antrag auf Befreiung kann gestellt werden, wenn das Netto-Monateinkommen einen bestimmten Richtwert nicht überschreitet. Bei Alleinstehenden liegt dieser Richtwert für 2012 bei 814,82 EUR woraus sich eine Mindestober-

grenze von 37 Rezepten pro Jahr ergibt. Das bedeutet, dass Versicherte, die nicht aufgrund ihrer sozialen Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind, mindestens 37 Rezepte bezahlen müssen, bevor sie die Obergrenze von 2% ihres Nettoeinkommens erreicht haben und damit rezeptgebührenbefreit sind (Hauptverband 2012b).

Von sozial benachteiligte Personen werden weiters kostenlose präventive Angebote des Gesundheitssystems wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch genommen, es zeigt sich ein erhöhtes Risikoverhalten (Rauchen, Straßenverkehr, Erröhrung) bzw. speziell bei Männern ein mechanistisches Körperbild (Pochobradsky/Hahl 2001). Analysen der Österreichischen Gebietskrankenkasse zu Beginn des Jahrtausends ergaben, dass Migrantinnen und Migranten, die einmal jährlich kostenfrei angebotene Vorsorgeuntersuchung in vieler geringerem Ausmaß in Anspruch nahmen wie Versicherte mit österreichischer Staatsbürgerschaft (unter 2% vs. rund 11%).

Aktuelle Auswertungen aus dem ATHIS 2006/2007 weisen aber darauf hin, dass der Erwerbsstatus, die höchste abgeschlossene Ausbildung und ein allfälliger Migrationshintergrund keinen signifikanten Einfluss auf die Teilnahmerate an Vorsorgeuntersuchungen haben (BMGF/Statistik Austria 2008). Die Einkommenshöhe und Art der Tätigkeit sind hingegen signifikant:

Frauen der niedrigsten Einkommensklasse haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko, präventive Angebote des Gesundheitssystems nicht in Anspruch zu nehmen wie Frauen mit hohen Einkommen; bei Männern sind keine Einkommenseffekte erkennbar.

Ausschließlich bei Männern hat die Art der beruflichen Tätigkeit Einfluss; so haben Männer, die einfache manuelle Tätigkeiten ausführen, eine nahezu um das Dreifache höhere Wahrscheinlichkeit der Nicht-Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen.

15.2. Gesundheitliche Ungleichheit in Österreich

15.2.1. Selbsteingeschätzte Gesundheit

Eine häufige Methode zur Messung der Krankheitslast einer Gesellschaft ist eine standardisierte Befragung der Bevölkerung nach der Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustandes. Dies wurde in Österreich früher im Rahmen des Mikrozensus etwa alle zehn Jahre durchgeführt und hat gezeigt, dass es beträchtliche Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -empfinden zwischen den Geschlechtern einerseits, und zwischen den sozialen Schichten andererseits, gibt. Diese sogenannten „Sonderprogramme für Gesundheit“, deren letzte Erhebung 1999 stattfand, werden nunmehr auf nationaler Ebene durch die „Österreichische Gesundheitsbefragung“, den ATHIS, ersetzt bzw. durch den international vergleichbaren EU-SILC ergänzt. Die folgenden Ergebnisse stammen alle, sofern nicht explizit anders gekennzeichnet, aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007 der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007; BMGF/Statistik Austria 2008).

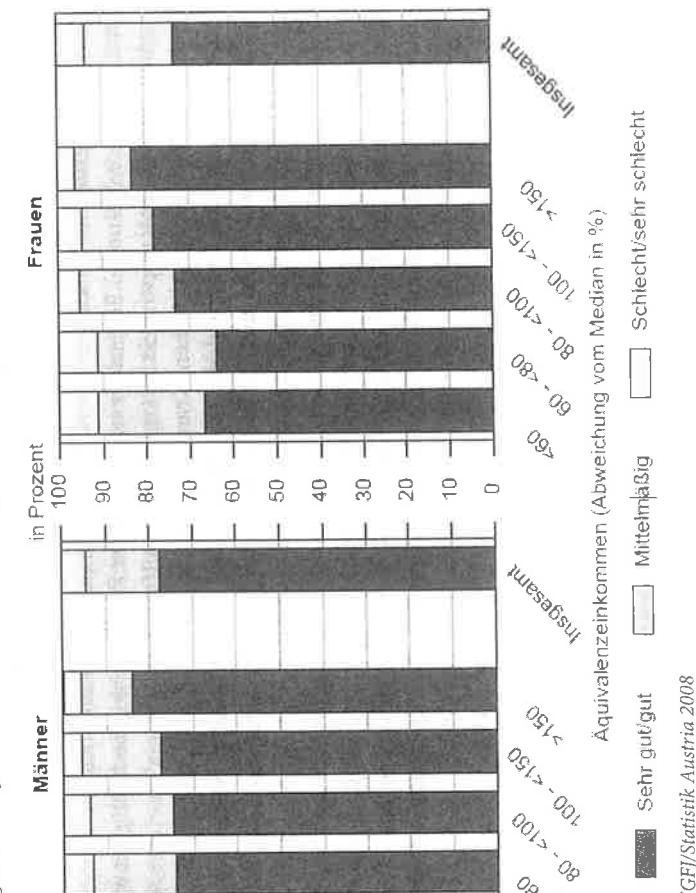
Das wichtigste Ergebnis ist, dass einkommensschwächere Personen ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter beurteilen als Personen mit höherem Einkommen:

70% der Personen in der Armutsriskogruppe (<60% des Median-Äquivalenzeinkommens) schätzen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein, 8% als schlecht oder sehr schlecht.

84% der Personen aus der einkommensstärksten Gruppe (>150% des Medianeinkommens) fühlen sich (sehr) gut und nur 4% schlecht oder sehr schlecht.

Die Einkommensabhängigkeit der Beurteilung des Gesundheitszustandes gilt für beide Geschlechter (vgl. Abbildung 15.6), wobei in den einkommensschwachen Gruppen die Geschlechtsunterschiede stärker ausgeprägt sind, Frauen also ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich schlechter einstufen als Männer.

Abbildung 15.6: Subjektiver Gesundheitszustand nach Einkommen und Geschlecht



Quelle: BMGF/Statistik Austria 2008

In Bezug auf den beruflichen Status (Erwerbstätigkeit) zeigt sich, dass sich rund 85% der Frauen und gar 88% der Männer, die voll im Erwerbsleben stehen, gesundheitlich (sehr) gut fühlen, während das nur auf 69 bzw. 57% der Nicht-Beschäftigten Männer und Frauen zutrifft. Dem entsprechen auch die Anteile der arbeitslosen Männer und Frauen, die sich gesundheitlich in einem schlechten oder sehr schlechten Zustand befinden (11 bzw. 17%), während das bei erwerbstätigen Männern und Frauen nur bei 2% der Fall ist.

Eine positive subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit ist weiters eng mit dem Bildungsniveau verknüpft: Personen mit höherer Schulbildung schätzen ihre Gesundheit mit höherer Wahrscheinlichkeit positiv ein als jene mit niedriger Schulbildung (während 62% der Personen mit Pflichtschulbildung ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut einschätzen und 10% als schlecht oder sehr schlecht, fühlen sich 88% der Personen, die eine höhere Schule oder Hochschule abgeschlossen haben (sehr) gut und nur 3% (sehr) schlecht.

Ein allfälliger Migrationshintergrund beeinflusst die subjektive Gesundheitswahrnehmung insofern, dass für Personen ohne Migrationshintergrund im Vergleich zur jenen mit Migrationshintergrund die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes größer ist.

15.2.2. Physische Beeinträchtigungen und Erkrankungen

Aus dem ATHIS 2006/2007 ist weiters ein eindeutiger Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen und sozio-demographischen Determinanten und Gesundheit ableitbar. Ein niedriger soziökonomischer Status (SES; beim ATHIS über einen Sozialschichtindex abbildungbar), speziell ein geringeres Einkommen wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus (erhöhte Morbidität, geringere (gesunde) Lebenserwartung, längere Zeit mit Pflegebedürftigkeit etc.) – dies auch in einer Lebenslaufperspektive (vgl. Abschnitt 15.1.2.1.).

Das Risiko einer chronischen Krankheit und das Auftreten gesundheitlicher Probleme sind ergo bei armutsbetroffenen Menschen höher. Im ATHIS 2006/2007 werden insbesondere Angstzustände und Depression, Harninkontinenz, Arthrose, Arthritis und Gelenkstheumatitis sowie Migräne und häufige Kopfschmerzen genannt. Bei den Frauen ist darüber hinaus ein Einkommenseffekt auf das Vorkommen von Diabetes und Bluthochdruck zu beobachten. Ein Einkommenseffekt ist auch bei chronischen Schmerzen zu beobachten: Mit Ausnahme der Frauen in der Armutsriskogruppe (diese geben etwa gleich häufig wie Frauen der höchsten Einkommensgruppe an, unter erheblichen Schmerzen zu leiden) sinkt das Schmerzvorkommen mit dem Einkommensniveau (BMGF/Statistik Austria 2008).

Dorner et al. 2011 konnten nachweisen, dass alle Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES), unabhängig von Alter, Geschlecht, Krankheitslast und dem schmerzenden Körperteil (Kopf, Nacken, Kreuz, Schultern usw.) eine größere Beeinträchtigung verspüren als Personen mit einem höheren SES. Die gleiche Schmerzintensität – bei gleichen betroffenen Körperteilen – wurde von Personen mit einem niedrigeren SES als zweimal dreimal beeinträchtigender empfunden als von Personen mit dem höchsten SES. Die Autoren sehen dies als weiteren Hinweis für die Bedeutung sozio-ökonomischer Faktoren in der Erklärung von Schmerzen („bio-psycho-social model of pain“) an.

Besonders deutlich waren lange Jahre die einkommens-/armutsbedingten gesundheitlichen Ungleichheiten in Bezug auf Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungssystems und des Herz-Kreislaufsystems wie der Wiener Gesundheitssurvey (Freidl et al. 2001) zeigte, z.B. • Asthma: 5,1% der Männer in den untersten 15% der Haushalteinkommen vs. 0,8% in den obersten 15% (Frauen: 3,5% vs. 1,8%).

- Magengeschwüre/Gastritis: 10,2% vs. 5,2% bei den Männern, 9,5% vs. 0,9% bei den Frauen.

• Herz-Kreislauferkrankungen: Hier ist auffällig, dass Männer der untersten Einkommensschicht eine weitaus geringere Wahrscheinlichkeit haben, einen Herzinfarkt zu erleiden als Männer mit einem höheren Einkommen, obwohl sie deutlich häufiger (19,8% vs. 9,4% bei den obersten 15% -Einkommen) Bluthochdruck haben.

Im Durchschnitt der Jahre 2006–2010 erkrankten rund 41.000 Menschen in Österreich jährlich an Krebs; die häufigsten neuauftretenden Lokalisationen sind dabei Prostatakrebs, gefolgt von Krebs der Verdauungsorgane und Lungenkrebs bei Männern und Brustkrebs,

gefolgt von Krebs der Verdauungsorgane und Krebs der Genitalorgane bei Frauen (Krebstatistik 2006–2010). Es gibt zwar nur wenig gesicherte Daten zum Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status einer Person und Krebs, aber internationale Studien (z.B. Huisman/Kunst et al. 2005; Mackenbach et al. 2004) – teilweise unter Einbeziehung Österreichs – zeigen einen Zusammenhang des Bildungsniveaus einer Person mit der Krankheitslast. So treten die meisten Kreberkrankungen bei statusniedrigen Personen häufiger auf als bei Personen aus höheren Schichten, wobei der Schichtgradient bei Männern stärker ausgeprägt ist.

Während es bei Lungenkrebs von Männern einen klaren Zusammenhang mit dem Bildungsniveau gibt – es erkranken deutlich mehr Pflichtschüler als Akademiker – konnte kein signifikanter derartiger Zusammenhang bei Prostatakrebs festgestellt werden. Die Ursache dafür liegt auf der Hand: Lungenkrebs ist eine Folge von langjährigem Rauchen, und typischerweise rauchen Personen die einer niedrigeren sozialen Schicht wie den Migranten angehören oder bildungsferne Personen häufiger.

Österreichische Untersuchungen (vgl. BMGF 2003) haben ergeben, dass Frauen mit einem Pflichtschulabschluss ein um das Dreifache erhöhte Risiko haben an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken als Universitätsabsolventinnen. Bei Brustkrebs ist hingegen als einzige untersuchte Krebsart das Gegenteil der Fall: Für jüngere Frauen mit Pflichtschulabschluss ist das Risiko an Brustkrebs zu sterben, um ein Viertel geringer als für Akademikerinnen. Laut GÖG-eigenen Auswertungen aus dem ATHIS 2006/2007 gibt es außerdem einen starken Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Auftreten einiger chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Arthrosen und Rheuma bzw. von akuten Ereignissen wie Herzinfarkt (je niedriger der Bildungsstand, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit an einer der genannten Krankheitsbilder zu leiden). Kein entsprechender eindeutiger Zusammenhang konnte hingegen für Magen- oder Darmgeschwüre, chronische Bronchitis oder Asthma und – aufgrund der geringen Fallzahlen – auch für das Eintreten von Schlaganfällen gefunden werden.

Diese Ergebnisse im Konnex mit der höchsten abgeschlossenen Bildung stellen insbesondere bei Herzinfarkt einen Widerspruch zu den Ergebnissen des Wiener Gesundheitssurvey (Freidl et al. 2001) da. Da aber Bildung eine valide, da überprüfbare, Determinante als das Einkommen bei Gesundheitsbefragungen ist, sind die Ergebnisse des ATHIS 2006/2007, auch weil aktueller, als aussagekräftiger anzusehen.

Einen eindeutigen Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Status und Erkrankungsrisiko besteht bei der Diabetesprävalenz. So haben Migrantinnen ein um das 3,4-Fache höheres Risiko an Diabetes zu erkranken als Österreicherinnen bzw. haben Frauen mit Pflichtschulabschluss im Vergleich zu Frauen mit höherer Schulbildung ein beinahe dreifaches Risiko dafür (BMGF/Statistik Austria 2008).

15.2.3. Psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen

Psychische Erkrankungen stellen gemessen an Prävalenz und Krankheitslast eine der größten Public-Health-Herausforderungen in Europa dar. Internationale Studien berichten von Zusammenhängen zwischen dem Armutsindeks, niedriger Bildung oder Sozialstatus und der Neuerkrankung sowie Chronifizierung psychischer Störungen (Mauz et al. 2009). Personen mit einem geringeren sozialen Status erkranken tendenziell häufiger, es kann aber auch

umgekehrt sein, dass psychische Belastungen, besonders wenn diese chronifiziert sind, zu Arbeitslosigkeit und Armut führen.

Eine reduzierte psychische Gesundheit kann den Zugang zur Versorgung für physische und psychische Behandlungsleistungen erschweren. Eine besondere Herausforderung stellen jene Personen mit psychischen Belastungen dar, die keine adäquate Behandlung erfahren. Dies deshalb, da sie die Behandlung nicht oder erst verzögert in Anspruch nehmen oder in weiterer Folge die Behandlung nicht fortsetzen. Gründe hierfür sind Stigmatisierung, Vorurteile, Diskriminierung, schlechte Behandlungserfahrungen und mangelnde Krankheitseinsicht.

Personen mit psychischen Erkrankungen haben eine größere Wahrscheinlichkeit früher zu sterben. Ursachen dafür sind Suizid und Unfälle, aber auch eine hohe Prävalenz chronisch physischer Erkrankungen (Ahrens/Freyberger 2002). Psychisch Erkrankte leiden in vielen Fällen an mehreren psychischen Erkrankungen⁴ und sind überdurchschnittlich oft von körperlichen Symptomen und Krankheiten (kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebskrankungen, Asthma und Diabetes) betroffen. Umgekehrt erleben häufig auch Personen mit den vorher genannten chronisch physischen Erkrankungen psychische Belastungen wie z.B. Depressionen. Eine weitere Ursache für eine verkürzte Lebensdauer sind Mängel in der Qualität der bzw. dem Zugang zur Versorgung von Personen mit den oben genannten psychischen und physischen Komorbiditäten.

Eine reduzierte psychische Gesundheit kann Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Status, die soziale Integration sowie die Möglichkeiten einer Person haben. Umstände wie Armut, Arbeitslosigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, schlechte Wohnverhältnisse oder soziale Ausgrenzung (Diskrimination, Rassismus) können die psychische Gesundheit (Auftreten von Depressionen, Erfahren von Unsicherheit, Angstgefühle, Schlafstörungen, Konzentrations- und Leistungsstörungen) negativ beeinflussen. Darüber hinaus kann ein geringes psychisches Wohlbefinden mit einem erhöhten Risikoverhalten (Rauchen, ungesunde Ernährung, Alkohol- und Drogenmissbrauch) einhergehen. Psychische Erkrankungen belasten häufig die soziale Situation der/des Betroffenen (Familie und Freunde) und führen zu einer geringeren Teilhabe am sozialen Leben. Das Auftreten mehrerer Belastungsfaktoren (wie z.B. Armut und Krankheit) wirkt verstärkend. Auf der Ebene des Individuums können zusätzlich zu den vorher genannten Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit auch Alter, Geschlecht, Persönlichkeit sowie Resilienz eine Rolle spielen (WHO 2012a).

Psychische Krankheit kann sowohl eine Folge von als auch eine Ursache eines Mangels an gesundheitlicher Chancengerechtigkeit sein, da Armut (dauerhaften) psychosozialen Stress und Scham verursachen kann und dies wiederum zu hohem Blutdruck, Gefäßerkrankungen, Infarktrisiko sowie einer Schwächung des Immunsystems führen kann.

Weltweit ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Als Einflussfaktoren gelten u.a. Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status und geringeres Bildungsniveau (Hawton et al. 2012). Die Autoren der aktuellen HBSC Studie⁵ berichten, dass neu auftretende oder größer werdende gesundheitliche Ungleichheiten in der Adoleszenz sich zu Ungleichheiten im Erwachsenenalter entwickeln können. Verhaltensweisen, die die Gesundheit beeinträchtigen (rauchen, trinken), nehmen besonders zwischen dem 13. und dem 15. Lebensjahr zu, wobei geschlechtsspezifische, soziale und regionale Unterschiede bestehen. Das Familieneinkommen wird als starker Einflussfaktor für die Gesundheit junger Menschen gesehen (WHO 2012b).

Psychische Erkrankungen können zu reduzierter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, einem Verlust des Arbeitsplatzes und auch vorzeitiger Pensionierung führen. Ein großer Anteil an psychischen Erkrankungen tritt bis zum 24. Lebensjahr auf (Buzeljich 2012). Laut Ihle und Esser 2002 sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter stark abhängig vom Geschlecht. Während Jungen bis zur Pubertät stärker betroffen sind, schließen Mädchen am Beginn des Erwachsenenalters auf und überholen die Jungen im späten Jugendalter in Hinblick auf die Krankheitshäufigkeit.

Die meisten erkrankten Personen können trotz ihrer Erkrankung ein produktives Leben erfahren. Für einige jedoch kann eine psychische Erkrankung die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Ausbildungsabschlusses (Schule, Berufsausbildung) reduzieren und somit langfristig einschneidende Auswirkungen auf ihr Sozial- und Berufsleben haben. Die möglichst frühzeitige Identifikation eines psychischen Problems und die damit verbundene adäquate Behandlung sind wünschenswert, bergen allerdings auch das Risiko einer allfälligen Stigmatisierung, einer möglichen „Krankheitskarriere“ und führen damit potenziell zu einem erschwereten Zugang zum Arbeitsmarkt. Psychische Erkrankungen können ein Hindernis bei der Arbeitssuche und dem Erhalt einer Beschäftigung sein (Buzeljich 2012). In Europa variieren Angaben zum Anteil der mit psychischen Beschwerden beschäftigten Personen zwischen 18 und 30% (WHO 2012b). Es besteht eine Abhängigkeit zwischen Suizidraten und Arbeitslosigkeit und der durch Arbeitsverlust drohenden Unsicherheit. Erste Publikationen berichten von einer Zunahme von Suizidraten in den von der Wirtschaftskrise (ab 2008) am stärksten betroffenen Ländern (WHO 2012b).

Psychische Belastung am Arbeitsplatz kann zu Krankenständen und zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen. Die damit verbundene Einschränkung der Lebensqualität des/der Einzelnen kann sehr hoch sein, ebenso wie die dadurch entstehenden Kosten für das einzelne Unternehmen und für die Volkswirtschaft als Ganzes. Dabei ist zu beachten, dass belastende Arbeitsbedingungen das Entstehen psychischer Erkrankungen nur teilweise erklären. Arbeitssituationen werden besonders häufig als belastend erlebt, wenn die Arbeit von hohen Anforderungen (Zeitdruck, Hektik) und auch geringem Gestaltungsspielraum geprägt sind. Fehlender sozialer Rückhalt am bzw. mangelnde Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz kann die gesundheitliche Belastung zusätzlich verstärken. Biffl et al. (2012) berichten, dass veränderte Arbeitsbedingungen in den letzten Jahrzehnten zu einer Zunahme der (psychischen) Arbeitsplatzbelastungen geführt haben.

Auswertungen des European Working Conditions Survey zeigen, dass Arbeitsplatzbelastungen in Österreich stärker ausgeprägt sind als in den Vergleichsländern. Bei Betrachtung von Daten der EU-15-Länder wird ersichtlich, dass berufliche Anforderungen, Eigenkontrolle sowie Anerkennung und Rückhalt am Arbeitsplatz einen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand von Beschäftigten zu haben scheinen. Die am häufigsten in Zusammenhang mit der Arbeitswelt genannten psychischen Belastungen waren mit Begriffen wie Zeitdruck und Überbeanspruchung assoziiert. Für die Prävalenz des Belastungsfaktors wurden Alter und Qualifikationsprofil als besonders relevante Einflussfaktoren (höheres Alter und höhere Qualifikation = höhere Präsenz von Zeitdruck und höhere Beanspruchung am Arbeitsplatz) identifiziert. Bei psychischen Belastungen berichten die Autoren von einer starken Korrelation mit der Präsenz arbeitsbedingter Beschwerden und Erkrankungen, die je nach Krankheitstyp unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Psychisch belastende Einflussfaktoren können sich auch in körperlichen Beschwerden wie z.B. Muskel-Skelett-Erkrankungen, Kreislauferkrankungen

oder Kopfschmerzen äußern. Personen, die in Berufen mit starken psychischen Anforderungen tätig sind, leiden häufiger unter Schlafstörungen, chronischen Angstzuständen oder Depression, Niedergeschlagenheit oder Erschöpfungszuständen. Nicht in Österreich geborene Personen haben ein höheres Risiko gesundheitlich belastet (insb. durch chronische Angstzustände oder Depressionen) zu sein. Arbeitslose Personen weisen unabhängig von Alter, Geschlecht, Bildung, materieller Sicherheit und Herkunft ein stark erhöhtes Gesundheitsrisiko auf. Das Risiko als Arbeitslose/r an Depressionen oder chronischen Angstzuständen zu leiden, ist mehrfach erhöht.

Die Anzahl der **Krankenstände** aufgrund psychiatrischer Diagnosen hat sich zwischen 1996 und 2009 verdoppelt, der Anteil an durch psychische Erkrankungen verursachten Krankenstandsfall belief sich 2008 auf 1,9% aller Fälle, ihnen war jedoch ein Anteil von 6,3% aller Krankenstandstage zuzurechnen (Biffl et al. 2012). Mehrheitlich (56%) befinden die Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen Personen mittleren Alters (31- bis 50-jährige) (HVB/SGKK 2011). Die Anzahl der Meldungen könnte aufgrund der Angst vor einer potenziellen Stigmatisierung/Diskriminierung die tatsächlichen Krankheitsfälle unterrepräsentieren.

Viele OECD-Länder verzeichneten in den vergangenen zwei Jahrzehnten starke Anstiege bei dem Anteil an *Invaliditätsleistungen* aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Invaliditätsfällen. Während der Anteil Mitte der 1990er Jahr bei ca. 15-25% lag, machte er 2009/2010 bereits 30 bis 50% aus und bei jungen Erwachsenen sogar bis zu 70% (Buccolich 2012). In Österreich erfolgen rund 32% der Neuantritte krankheitsbedingter Früh пенсионen aus psychischen Gründen. Im Jahr 2005 lag dieser Anteil noch bei 24% (HVB/SGKK 2011).

Von den 2009 von Ärzten und Ärztinnen an rund 840.000 Versicherten der sozialen Krankenversicherung verschriebenen *Antidepressiva, Antipsychotika oder Tranquillizer* war ca. die Hälfte für Personen älter als sechzig Jahre und zwei Drittel für Frauen. Der Konsum von Psychopharmaka steigt tendenziell mit dem zunehmenden Lebensalter an (Biffl et al. 2012). Rund 68% der Psychopharmaka wurden von *Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern* verordnet. Auch in internationalen Untersuchungen zeigt sich, dass die niedergelassene Versorgung (primary care) die erste Anlaufstelle für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen darstellt. Der Zugang zur medizinischen Behandlung ist somit sehr niederschwellig, allerdings zeigt sich auch, dass verschriebene Medikamente nicht immer ausreichend lange verordnet werden, um ihre volle Wirksamkeit zu entfalten (HVB/SGKK 2011). Der Umstand, arbeitslos zu sein und die Dauer der Arbeitslosigkeit gehen mit einem höheren Psychopharmakonsum einher. Die durchschnittliche Anzahl an Verordnungen war darüber hinaus nach Geschlecht und Berufsgruppe unterschiedlich und bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitern höher als bei Angestellten (Biffl et al. 2012). Der Befund im Vergleich zur ersten Auflage dieses Handbuchs (vgl. Habl 2009, 178) hat sich also kaum verändert.

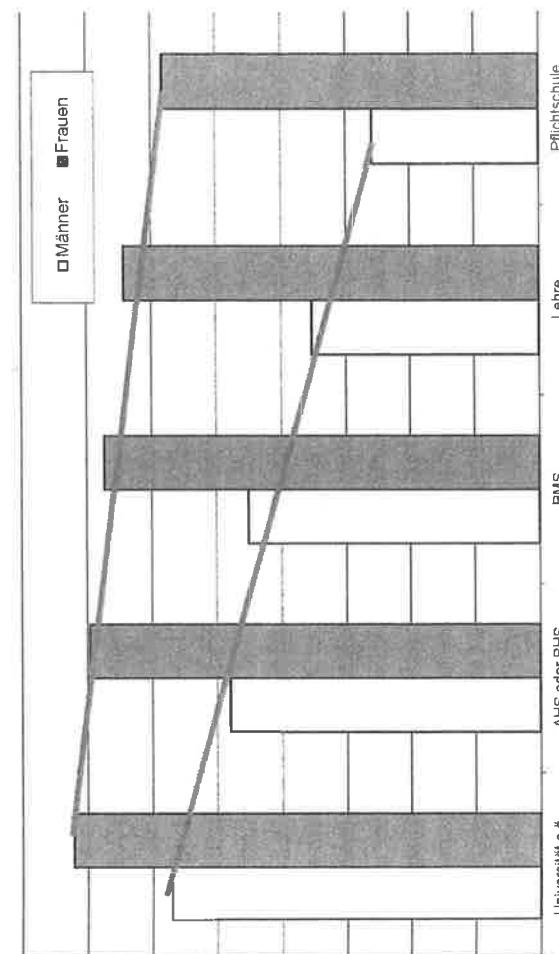
Im Jahr 2009 waren rund 70.000 Patientinnen und Patienten so schwer psychisch erkrankt, dass sie *stationär* behandelt werden mussten. Personen, die einen geringeren sozioökonomischen Status haben, weisen signifikant mehr Krankenhausaufenthalte aufgrund affektiver Störungen auf, bei arbeitslosen Personen ist die Wahrscheinlichkeit um ein Vielfaches erhöht (Schenk 2010).

15.2.4. Lebenserwartung und Sterblichkeit

Abbildung 15.7 zeigt, dass es zwischen bildungsfernen und bildungsnahen Personen zum Teil beträchtliche Unterschiede in der Lebenserwartung gibt. Als Indikator für die Schichtzugehörigkeit wurde die höchste abgeschlossene Schulbildung verwendet. Daher wurden nur Personen über 35 Jahre in die Untersuchung mit einbezogen, da zu diesem Zeitpunkt auch langjährige akademische Ausbildungen abgeschlossen sind, sich der Bildungsstand also im Normalfall nicht mehr ändert.

Der Unterschied in der ferneren Lebenserwartung ist bei Männern stärker als bei Frauen von der Bildung abhängig. Während Pflichtschulabsolventen eine um 6,2 Jahre niedrigere Lebenserwartung haben als Akademiker, haben Pflichtschülerinnen nur eine um ca. 2,8 Jahre verkürzte Lebenserwartung. Die fernere Lebenserwartung gleicht sich mit steigendem Alter an: Bei 75-jährigen Männern ist die Differenz zwischen den Personen mit der höchsten und der niedrigsten Bildung nur mehr 2,13 Jahre (bei Frauen: 1,46 Jahre) (Klotz 2007).

Abbildung 15.7: Fernere Lebenserwartung für 35-Jährige nach Bildungsebene und Geschlecht



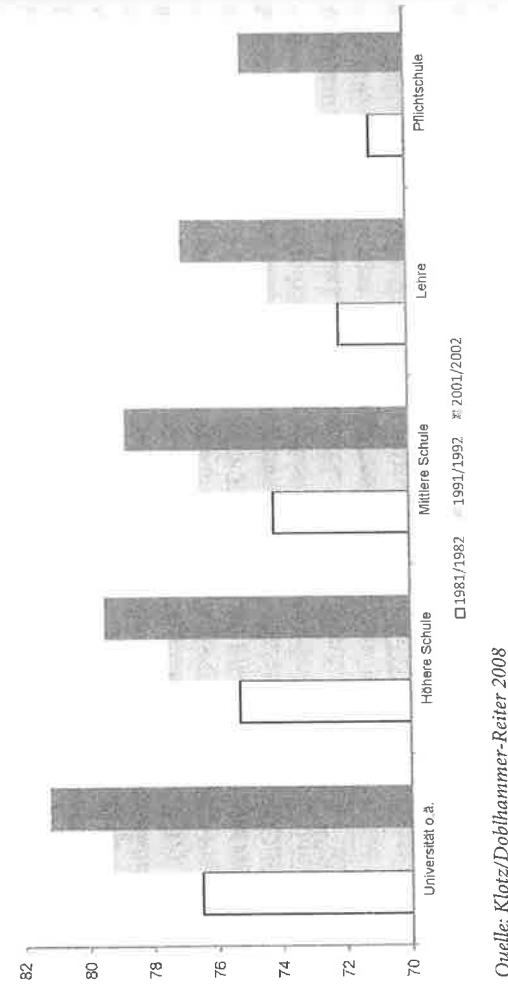
Quelle: Klotz 2007

Abbildung 15.8 illustriert, dass sich seit den 1980er Jahren die Differenz in der Lebenserwartung zwischen höher und niedriger gebildeten Männern ausgeweitet hat. Die fernere Lebenserwartung stieg zwischen 1981/1982 und 2001/2002 gesamt um 4,8 Jahre, wobei der Anstieg bei Männern mit Lehrabschluss am stärksten auffiel. Generell war der Anstieg in den 1980er Jahren stärker als in den 1990ern. Über die Ursachen dafür kann nur spekuliert werden, aber ein wichtiger Aspekt dafür mag sein, dass Pflichtschulabsolventinnen und -absolventen bis in die 1980er Jahre hinein den Mittelstand gebildet haben. Durch die Bildungsoffensive in den

1970er Jahren ging jedoch die gesellschaftliche Teilhabemöglichkeit von Pflichtschülerinnen und -schülern deutlich zurück.

Bei Frauen war der allgemeine Anstieg der Lebenserwartung zwischen 1980/1981 und 2001/2002 mit 4,2 Jahren etwas geringer, und auch die bildungsspezifischen Änderungen sind nicht so deutlich wie bei Männern.

Abbildung 15.8: Entwicklung der ferneren Lebenserwartung für 35-jährige Männer nach Bildungsebene



schieden intermedialer Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit (wie Gesundheits- oder Risikoverhalten, materielle und psychosoziale Faktoren).

Eines der 21 globalen Gesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt daher fest, dass neben der *Gesundheitspolitik auch die Finanz-, Sozial- und Bildungspolitik eines Landes so zu gestalten sind, dass eine nachhaltige Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheit erreicht wird.*

Diese Intention wurde bei der Erarbeitung der österreichischen Rahmengesundheitsziele, die im Sommer 2012 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden, beherzigt (vgl. www.gesundheits-ziele-oesterreich.at/praesentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich). Gesundheitspolitische Chancengerechtigkeit als Grundprinzip schlägt sich sowohl in einem spezifischen Ziel (Ziel 2) als auch in der Berücksichtigung als Querschnittsthematik bei allen anderen der insgesamt zehn Ziele nieder.

Ziel 2 lautet: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.“ Es besagt, dass alle Bevölkerungsgruppen über gerechte Chancen verfügen sollen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatistik und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller AkteurInnen und Akteure im Gesundheitssystem sein.

Auch in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie findet das Thema Berücksichtigung, insbesondere in *Ziel 9 – Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern* (vgl. BMG 2011): Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien (geringes Einkommen, niedriges Bildungsniveau etc. der Eltern) haben häufig auch gesundheitliche Nachteile. So schlägt sich beispielsweise Armut bei Kindern oft in einer belasteteren psychischen und körperlichen Gesundheit und verringerten Bildungschancen im Kindesalter sowie in erhöhter Armutgefährdung und damit schlechterer Gesundheit im Erwachsenenalter nieder. Des Weiteren ist auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Prävention ebenso wie Versorgung) bei sozial benachteiligten Gruppen erschwert. Besonders relevant sind die Auswirkungen im psychosomatischen Bereich, da bei sozialer Ungleichheit oft chronischer Stress mit dem Fehlen der essentiellen „Lebensmittel“ Selbstwirksamkeit, tragfähige Beziehungen, Anerkennung und Respekt einhergeht (Schenk 2011). Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind von Armut und sozialer Benachteiligung besonders häufig betroffen.

Es ist belegt, dass eine wesentliche Basis für Potenziale und Chancen im weiteren Leben in der frühen Kindheit gelegt wird. Die Notwendigkeit der Prävention und Intervention im Bereich der Frühen Hilfen ist national wie international erkannt worden. Es gibt eine Reihe Richter und Hurrelmann (2006, 26) sehen zwei Möglichkeiten, sich dem Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit anzunähern: durch die *Verringerung sozialer Ungleichheiten* (wie Unterschiede in Bildung, Berufsstatus und Einkommen) oder durch Verringerung von Unter-

schieden intermedialer Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit (wie Gesundheits- oder Risikoverhalten, materielle und psychosoziale Faktoren).

Eines der 21 globalen Gesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt daher fest, dass neben der *Gesundheitspolitik auch die Finanz-, Sozial- und Bildungspolitik eines Landes so zu gestalten sind, dass eine nachhaltige Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheit erreicht wird.*

Diese Intention wurde bei der Erarbeitung der österreichischen Rahmengesundheitsziele, die im Sommer 2012 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden, beherzigt (vgl. www.gesundheits-ziele-oesterreich.at/praesentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich). Gesundheitspolitische Chancengerechtigkeit als Grundprinzip schlägt sich sowohl in einem spezifischen Ziel (Ziel 2) als auch in der Berücksichtigung als Querschnittsthematik bei allen anderen der insgesamt zehn Ziele nieder.

Ziel 2 lautet: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.“ Es besagt, dass alle Bevölkerungsgruppen über gerechte Chancen verfügen sollen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatistik und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit. Insbesondere in Hinblick auf gesunde Lebenserwartung und Krankheitslast ist die Chancengerechtigkeit sicherzustellen. Es soll für alle Altersgruppen gewährleistet sein, dass unabhängig von Herkunft oder Wohnregion sowie Geschlecht dieselben Gesundheitschancen bestehen. Hierzu bedarf es unter anderem der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen sowie fairer Ausgangsbedingungen im Bildungssystem. Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitssystem sein.

Auch in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie findet das Thema Berücksichtigung, insbesondere in *Ziel 9 – Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern* (vgl. BMG 2011): Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien (geringes Einkommen, niedriges Bildungsniveau etc. der Eltern) haben häufig auch gesundheitliche Nachteile. So schlägt sich beispielsweise Armut bei Kindern oft in einer belasteteren psychischen und körperlichen Gesundheit und verringerten Bildungschancen im Kindesalter sowie in erhöhter Armutgefährdung und damit schlechterer Gesundheit im Erwachsenenalter nieder. Des Weiteren ist auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Prävention ebenso wie Versorgung) bei sozial benachteiligten Gruppen erschwert. Besonders relevant sind die Auswirkungen im psychosomatischen Bereich, da bei sozialer Ungleichheit oft chronischer Stress mit dem Fehlen der essentiellen „Lebensmittel“ Selbstwirksamkeit, tragfähige Beziehungen, Anerkennung und Respekt einhergeht (Schenk 2011). Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund sind von Armut und sozialer Benachteiligung besonders häufig betroffen.

Es ist belegt, dass eine wesentliche Basis für Potenziale und Chancen im weiteren Leben in der frühen Kindheit gelegt wird. Die Notwendigkeit der Prävention und Intervention im Bereich der Frühen Hilfen ist national wie international erkannt worden. Es gibt eine Reihe Richter und Hurrelmann (2006, 26) sehen zwei Möglichkeiten, sich dem Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit anzunähern: durch die *Verringerung sozialer Ungleichheiten* (wie Unterschiede in Bildung, Berufsstatus und Einkommen) oder durch Verringerung von Unter-

Entwicklung von Kindern als auch auf ihre unmittelbare Gefährdung belegen (*Lengning/Zimmermann* 2009). Unterstützung und Förderung in der frühen Kindheit können Lebensqualität, sozioökonomische Lage und Gesundheit bis weit ins Erwachsenenleben positiv beeinflussen.

Eine zentrale Strategie dafür sind „Frühe Hilfen“ als Gesamtkonzept und Netzwerk von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis Schuleintritt), die die spezifischen Lebenslagen und Ressourcen von Familien berücksichtigen. „Frühe Hilfen“ zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten und Gesundheitschancen von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern und leisten damit einen relevanten Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

In Österreich ist bisher ein flächendeckendes Frühe-Hilfe-Netzwerk in Vorarlberg etabliert (www.netzwerk-familie.at). Die Etablierung von Frühen Hilfen war eine wichtige Förderung des Kindergesundheitsdialogs und ist daher als zentrales Anliegen in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verankert. Als erster Schritt wird derzeit von der GÖG im Auftrag des BMG und mit Finanzierung aus Vorsorgemitteln ein Grundlagenprojekt (www.fruebehilfen.at) durchgeführt, das auf die Verbesserung der strukturellen und fachlichen Voraussetzungen für die Umsetzung von „Frühen Hilfen“ in Österreich abzielt.

15.4. Fazit

Vorliegende Daten, z.B. aus dem letzten österreichweiten Gesundheitssurvey (ATHIS 2006/2007) untermauern den klaren Konnex zwischen Armut bzw. sozialer Benachteiligung und Gesundheit. Konkret steigt die *Lebensqualität, Vitalität und das psychische Wohlbefinden mit dem Äquivalenzeinkommen und einem zunehmenden Bildungsniveau*, wie diese zur Messung des subjektiven Gesundheitszustandes herangezogenen Indikatoren zeigen. Tendenziell beurteilten dabei Männer ihre Gesundheit positiver als Frauen und ältere Personen schlechter als jüngere. Selbstschätzungen von *arbeitslosen Personen und Personen mit Migrationshintergrund* sind durchwegs geringer als von *erwerbstätigen Personen bzw. Personen ohne Migrationshintergrund*.

Analysen auf Basis einer Verknüpfung mit Volkszählungsergebnissen mit Sterbetafeln weisen weiters einen *eindeutigen Zusammenhang zwischen ausgewählten sozialen Indikatoren wie insbesondere dem Bildungsstand und der Lebenserwartung nach*. So manifestieren sich soziale Ungleichheiten in einer verkürzten Lebenserwartung, dem häufigeren Vorhandensein gesundheitlicher Risikofaktoren und einer erhöhten Krankheitslast. Leider fehlt jedoch bei zentralen Datengrundlagen (z.B. Todesursachenstatistik) eine – routinemäßige – Verknüpfung mit sozioökonomischen Determinanten. Dabei hat sich Bildung als der aussagekräftigere Indikator, z.B. im Vergleich zum Einkommen, erwiesen.

Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist in Österreich, dem internationalen Trend folgend, wieder ein wichtiges Thema der Gesundheitspolitik geworden. Prominente Beispiele dafür sind Schwerpunktsetzungen bei der Definition von Rahmen- gesundheitszielen und in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie oder auch der Einschluss von Sozialhilfeempfänger/innen in das System der sozialen Krankenversicherung (über die Bedarfsoorientierte Mindestsicherung).

Herausforderung der nächsten Jahre ist, dass sich dies auch im *konkreten Maßnahmen niederschlägt*. Maßnahmen sollen so früh wie möglich ansetzen, da z.B. bei Männern über dem 75. Lebensjahr der sozioökonomische Status kaum Einfluss auf die verbleibenden (gesunden) Lebensjahre hat (vgl. Abschnitt 15.2.4.). Das Kindesalter bietet damit die Chance, lebenslange Gesundheit zu stärken, wenn es gelingt, optimale Rahmenbedingungen für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen (*Haas et al. 2012*). Eine zeitnahe Umsetzung der geplanten Ausweitung der „Frühen Hilfen“ (vgl. Abschnitt 15.1.6.) sollte daher jedenfalls erfolgen.

Wichtig ist abschließend aus Sicht der Autorinnen, dass Maßnahmen, z.B. jene die zur sozialen Sicherheit beitragen, nicht nur im Gesundheitssektor direkt, sondern über alle Politikfelder hinweg („Health in All Policies“-Ansatz) und somit sektorenübergreifend gesetzt werden. Maßnahmen im Gesundheitssektor allein sind sicherlich nicht ausreichend.

Literatur

- ADLER/BOYCE/CHESNEY/COHEN/FOLKMAN/KAHN/SYME (1994): Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient; in: AMERICAN PSYCHOLOGIST, Nr. 49(1), S. 15 ff.
- AHRENS/FREYBERGER (2002): Mortalität und Suizidalität bei psychischen Störungen; in: FREYBERGER/SCHNEIDER/STIBGLITZ (Hg.) Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Basel, S. 39.
- AMBER-MED (2011): Jahresbericht 2011, Wien
- BERTELSMANN STIFTUNG (2010): Gesundheit lernen: Wohnquartiere als Chance für Kinder. Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, Robert Koch-Institut und empirica AG, Gütersloh.
- BIFFL (2005): The Socio-Economic Background of Health in Austria; in: WIFO AUSTRIAN ECONOMIC QUARTERLY, Nr. 1/2005, S. 40–54
- BIFFL/FAUSTMANN/GABRIEL/LEONI/MAYRHUBER/RÜCKERT (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen, Eine Studie des WIFO im Auftrag der AK Wien, Wien/ Krems.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK) (Hg) (2011): Bedarfsoorientierte Mindestsicherung (BMS); Fragen & Antworten, 2. Auflage. Wien
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ (BMASK) (Hg) (2010): Sozialbericht 2009–2010, Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2011): Kindergesundheitsstrategie, Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungswise Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Langfassung, Wien.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND (BMGF)/STATISTIK AUSTRIA (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung

- 2006/2007, Wien; URL: [http://press.thelancet.com/suicide1.pdf](http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idcpplg?IdcService=GET_NATIVEFILE&dID=50772&dDocName=030263, dl_zuletzt 24.11.2012.</p>
<p>BGBI. Nr. 189/1955; Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.) (NR: GP VII RV 599 AB 613 S. 79, BR: S. 108.)</p>
<p>BUCHINGER (2012): Niedrig verdienende Frauen und Männer in Österreich. Betroffenheiten, Entwicklungen und Konsequenzen aus Geschlechterperspektive. Präsentation vom 18.6.2012 von Caritas Österreich, AMS Österreich, abif: „Working Poor – Wenn Arbeit nicht vor Armut schützt“).</p>
<p>BUZZOLICH (2012): Zusammenfassung und Analyse des ersten Berichts der OECD zum Projekt „Disability and Work: Challenges for Labour Market Inclusion of People with Mental Illness“, BMASK-internes Papier. Wien</p>
<p>DAVEY SMITH (2008): Die Bedeutung der Lebenslaufperspektive für die Erklärung sozialer Ungleichheit; in: BAUER/BITTLINGMAYER/RICHTER (Hg): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden, S. 291–330</p>
<p>DRAGANO/SIEGRIST (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit; in: RICHTER/HURRELMANN (Hg): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, S. 181 ff.</p>
<p>DORNER et al. (2011): The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain; in: EUROPEAN JOURNAL OF PAIN, Nr. 15, S. 103 ff.</p>
<p>ELKELES (2010): Armut und Gesundheit im Jugendalter; in: HACKAUF/OHLBRECHT (Hg): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick, Weinheim/München, S. 112 f.</p>
<p>ELKELES/MIELCK (1993): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität, WZB-Papers, Berlin.</p>
<p>FREIDL/STRONEGGER/NEUHOLD (2001): Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Wien</p>
<p>HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (HVb) (Hg) (2012a): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012, Wien.</p>
<p>HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (HVb) (Hg) (2012b): Rezeptgebührenbefreiung nach Erreichen IHRER persönlichen Obergrenze, Broschüre, Wien.</p>
<p>HAAS/BUSCH/KERSCHBAUM/TÜRSCHERL/WEIGL/RUPP (2012): Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit. Ein Überblick über Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und relevante Policies in den Bereichen Bildung und Soziales, Wien.</p>
<p>HABL (2009): Gesundheit und soziale Ungleichheit; in: DIMMEL/HEITZMANN/SCHENK (Hg): Handbuch Armut in Österreich, Innsbruck.</p>
<p>HAWTON/SAUNDERS/O'CONNOR (2012): Self-harm and suicide in adolescents, Lancet, 379, S. 2373 ff; URL: <a href=), dl_ 25.11.2012.
- HOLT-LUNDSTAD/SMITH/LAYTON (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review; in: PLOS MED 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- HVB/SGKK (2011). Analyse der Versorgung Psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“, Abschlussbericht, Wien/Salzburg.

- IHLE/ESSER (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede; in: PSYCHOLOGISCHE RUNDSCHAU, Nr. 53(4), S. 159 ff.
- JACOBI/HARFST (2007): Psychische Erkrankungen – Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung; in: DIE KRANKENVERSICHERUNG, Nr. 5, S. 3 ff; URL: <http://psy lux.psych.tu-dresden.de/12/clinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/jacobi-harfst-krankenversicherung-2007.pdf>, dl_ 25.11.2012.
- KARL-TRUMMER/NOVAK-ZEZULA/METZLET (2009): Gesundheitsservices im Niemandland: Funktionale Ignoranz und informelle Solidarität, Wien.
- KLIMONT/IHLE/BALDAZTI/KYTIReT al.(2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung, zitiert als BMGF/STATISTIK AUSTRIA. Wien
- KRECKEL (1992): Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit, Frankfurt am Main.
- KLOTZ (2007): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit; in: STATISTISCHE NACHRICHTEN, Nr. 4/2007; S. 296 ff.
- KLOTZ/DOBLHAMMER-REITER (2008): Soziale Unterschiede in der Sterblichkeit; in: STATISTISCHE NACHRICHTEN, Nr. 12/2008, S. 1112 ff.
- KOOPERATIONSVERBUND „GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIALEM BENACHTELIGTEN“ (2012): Gemeinsam Handeln: Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Eckpunkte zum Vorgehen im kommunalen Rahmen, Berlin; URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsförderung-bei-arbeitslosen/hintergrunde-daten-und-materialien, dl_ 7.11.2012
- LAMPERT/MAAS/MAYER (2008): Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter; in: BAUER/RICHTER/BITTLINGMAYER (Hg). Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesellschaftlicher Ungleichheit, Wiesbaden, S. 382 ff.
- LAMPERT/RICHTER (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen; in: RICHTER/HURRELMANN (Hg). Gesundheitliche Ungleichheit. 2. aktualisierte Aufl., Wiesbaden, S. 209 ff. LENIGNING/ZIMMERMANN (2009): Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Frühe Hilfen. Internationaler Entwicklungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland, Expertise, Köln.
- MACKENBACH (2006): Health Inequalities: Europe in Profile. An independent expert report commissioned by the UK presidency of the EU, London; URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf
- 12.11.2012 MARMOT et al. (Hg) (2010): Fair Society, Healthy Lives; THE MARMOT REVIEW; London; URL: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, dl_ 16.11.2012.
- MAUZ/MÜTERS/JACOBI (2009): Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich; in: BLICKPUNKT DER MANN 2009, Nr. 7(2), S. 6 ff; URL: www.kup.at/kup/pdf/7976.pdf, dl_ 25.11.2012.
- MIELCK (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- MIELCK/BLOOMFIELD (Hg) (2001); Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, München.
- MÜLLER (2009): Kinderarmut aus internationaler wissenschaftlicher Perspektive; in: HACKL et al. (Hg): Armut aus Kinderperspektive, Wien.

NEUNERHAUS (Hg) (2012): Jahresbericht 2011. Wir geben Obdach. Und mehr, Wien.
PELIKAN/RÖTHLIN/GANAHL (2011): The state of play of health literacy – main findings
of the first European health literacy survey, The European Health Literacy Conference,
Brüssel 22.–23.11.2011.

PELIKAN (2012): Wie kann Gesundheitskompetenz zu mehr gesundheitlicher Chanceng-
rechtheit beitragen? Ergebnisse und Beispiele im internationalen Vergleich, Präsenta-
tion FGÖ-Konferenz 2012; URL: www.fgoe.org/veranstaltungen, dl. 10.12.2012.

POCHOBRADSKY/HABL (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Wien.

PODOLSKY (2011): Gesundheits- und Fitnessstudie über NÖ SchülerInnen. Krems
POWER/KUHH (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf; in:
SIEGRIST/MARMOT (Hg): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze
und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern, S. 45 ff.

RICHTER/HURRELMANN (2006): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und
Herausforderungen, in: RICHTER/HURRELMANN (Hg): Gesundheitliche Ungleich-
heit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden.

RKI (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit; aus der Schriftenreihe
GBE KOMPAKT. ZAHLEN UND TRENDS AUS DER GESUNDHEITSBERICHTER-
STÄFTUNG DES BUNDES, Nr. 1/2012.

REIF (2012): Armut macht krank. Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit; in: KONT-
RASTE: PRESSE- UND INFORMATIONSDIENST FÜR SOZIALPOLITIK, Nr. 6, S. 4.
ROSEN BROCK/KÜMPERS (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial
bedingter Ungleichheit von Gesundheitsschancen; in: RICHTER/HURRELMANN
(Hg): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, Wiesbaden,
S. 385 ff.

SCHENK (2010): Armut kränkt die psychische Gesundheit; in: ZEITSCHRIFT DER
PRO MENTE AUSTRIA, Nr. 3/2010, S. 8 f.; URL: www.promente-bgl.at/downloads/pma_03_10_einzelseiten_web.pdf, dl. 23.11.2012.

SCHENK (2004): Kann Armut Ihre Gesundheit gefährden. Wien

SCHENK (2011): Die soziale Schere verletzt uns alle. Lebens-Mittel gegen Armut; in: RAUM-
POLITIK, Nr. 81, S. 22 ff.

SCHENK (2012): Wie die soziale Schere unter die Haut geht, Präsentation bei der Tagung
„Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern – Strategien und Modelle
intersektoraler Zusammenarbeit des Fonds Gesundes Österreich“, Villach.

STATISTIK AUSTRIA (Hg) (2012): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Wien.
STEGEMAN/COSTONGS (Hg) (2012): The Right Start to a Healthy Life. Levelling-up the
Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union
– What Works?, Brussels. TILL-TENTSCHERT/TILL/GLASER/HEUBERGER/KAFKA/
LAMEISKINA-TABUE et al.(2011): Arms- und Ausgrenzungsgefährdung in Öster-
reich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010, Wien.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2012a): The European Mental Health Action
Plan vom 26.9.2012, aktueller Entwurf.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2012b): Soziale Determinanten der Gesundheit
und des Wohlbefindens junger Menschen. Zentrale Ergebnisse der Studie „Gesundheits-
verhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter“ (Health Behaviour in School-aged Chi-
ldren – HBSC): internationaler Bericht über die Befragung 2009/2010; URL: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/163790/Key-Findings-German.pdf, dl. 25.11.2012.

Verwendete Daten

Auswertungen der Gesundheit Österreich auf Basis von:

- BMG/LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNGSFOR-
SCHUNG: Health Behaviour in School-aged Children-Survey 2010 (HBSC 2010).
- BMGF/STATISTIK AUSTRIA: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007
(ATHIS 2006/2007).
- STATISTIK AUSTRIA: Krebsstatistik 2006–2010.

Anmerkungen

- 1 Taskforce Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit Österreich: *Claudia Habl, Gundrun Braunegger-Kallinger, Sabine Haas, Joy Ladurner, Anita Renner, Petra Winkler*.
- 2 Die noch zu erwartenden Lebensjahre im Alter von 35 Jahren.
- 3 EU-SILC ist eine integrierte Längs- und Querschnittsstudie zur Erhebung des Einkommens und von Lebens-
bedingungen in Privathaushalten („Haushaltspanel“), die von Eurostat gemeinsam mit nationalen Statistikinsti-
tuten wie der Statistik Austria entwickelt wurde. Die erste österreichische EU-SILC-Erhebung erfolgte im Jahr
2003, seit 2005 wird mithilfe des gleichen Fragebogens in fast allen EU-Mitgliedstaaten erhoben, was in der
Zukunft länderübergreifende Vergleiche und Gegenüberstellungen unter Berücksichtigung von sozio-ökono-
mischen Indikatoren ermöglicht.
- 4 Laut *Jacobi und Harfst* (2007) leiden beinahe 40% jener Personen, bei denen eine psychische Erkrankung diag-
nostiziert wurde, an mehr als einer psychischen Erkrankung.
- 5 Health Behaviour in School-Aged Children, Näheres dazu unter Abschnitt 15.1.2.6.