

Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien



Wiener Gesundheitberichterstattung

**Stadt
Wien**

Strategische
Gesundheitsversorgung



Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien

Impressum

Verfasser

Mag. Felix Hofmann (MA 24)

Redaktionelle Begleitung und Einleitung

Mag.^a Susanne Guld, MBA (MA 24)

Mag.^a Monika Szelag (MA 24)

Wissenschaftliche Begleitung und Handlungsempfehlungen

Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. Thomas Ernst Dorner, MPH

(Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin, Zentrum für Public Health, MedUni Wien)

Lektorat

Mag.^a Veronika Gregori

Layout

Mag.^a Kathi Reidelshöfer

Englische Übersetzung der Kurzfassung

Mag.^a Julia Oslansky (Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien)

Medieninhaberin, Herausgeberin und Verlegerin

Stadt Wien

MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung

Brigittenauer Lände 50-54/2/5, 1200 Wien

Vorgeschlagene Zitierweise

Stadt Wien (2020). Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien. Magistrat der Stadt Wien,

MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung (Autor: Hofmann, F.)

Dieser Bericht unterstützt das Wiener Gesundheitsziel 9: Aufbau eines integrierten Gesundheitsmonitorings.



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserin, lieber Leser!

Der enge Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik hat sich in den letzten Monaten deutlich gezeigt. Fast alle Lebensbereiche wurden dem gesundheitlichen Interesse untergeordnet, längerfristige soziale und ökonomische Auswirkungen sind bereits absehbar. Diese soziale Krise wird bei ohnehin schon gefährdeten Bevölkerungsgruppen in weiterer Folge zu gesundheitlichen Problemlagen führen, wenn nicht entsprechende Vorkehrungen getroffen werden. Obwohl vor Corona beauftragt, ist der vorliegende Bericht daher heute aktueller denn je.

Es ist hinlänglich bekannt, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen Erkrankungsrisiken stärker ausgesetzt sind und Krankheiten dazu beitragen, soziale Ungleichheit zu verstärken und zu verfestigen. Programme und Maßnahmen, um dieser Dynamik gegenzusteuern, brauchen jedoch eine detaillierte Aufbereitung von Bedürfnissen und Zielgruppen.

Die vorliegende Analyse der häufigsten chronischen Erkrankungen in Wien bietet ein detailliertes Bild der aktuellen Krankheitslast. Sie ermöglicht damit, Maßnahmen zu priorisieren und zu differenzieren. Denn es sind nicht allein die Unterschiede im Einkommen und in der Bildung, die das Risiko zu erkranken beeinflussen. Auch Geschlecht und Herkunft spielen eine wesentliche Rolle.

Die Ergebnisse zu klaren Unterschieden bei der Verbreitung von Diabetes mellitus, Lungen- und Darmkrebs, COPD und psychischen Erkrankungen sehe ich als politischen Auftrag, noch gezielter mit Information und Beratung an die Risikogruppen heranzutreten. Dazu sind partizipative Prozesse notwendig, weil wir niemanden von oben herab belehren wollen.

Die Ergebnisse dieses Berichtes bestätigen aber auch die bisherigen Schwerpunkte der Wiener Gesundheitspolitik, sowohl bei innovativen Projekten wie dem Diabeteszentrum im 10. Bezirk, dem Ausbau der Primärversorgung und der Kindermedizin, als auch bei bewährten Projekten, wie den Angeboten des Psychosozialen Dienstes oder des Wiener Frauengesundheitsprogramms.

Ich habe den Bericht mit großem Interesse gelesen und gehe davon aus, dass er auch für Sie neue Erkenntnisse und ein besseres Verständnis für die weitreichenden Auswirkungen einer nachhaltigen Sozialpolitik auf unser aller Gesundheit und Wohlergehen bringen wird. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre.

Peter Hacker,
Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport

Kurzfassung

Der Bericht „Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien“ untersucht Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen bzw. soziodemografischen Merkmalen und der Prävalenz fünf bedeutender chronischer Erkrankungen. Zu den Einflussmerkmalen zählen Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, höchster Bildungsabschluss, Erwerbsstatus und Einkommen. Als Erkrankungen, die davon potenziell beeinflusst werden, wurden ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, COPD, Diabetes mellitus und Depression ausgewählt.

Auf Basis von Daten aus den zwei wiederkehrend durchgeführten Gesundheitsumfragen SHARE und ATHIS sowie der Österreichischen Todesursachenstatistik wurden einfache statistische Zusammenhangsanalysen durchgeführt und die Ergebnisse in Säulen- und Streudiagrammen dargestellt. Zusätzlich wurde der mögliche Einfluss aller Einflussfaktoren durch deren gleichzeitige Berücksichtigung in geeigneten Regressionsmodellen getestet.

Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitslosigkeit und eine niedrige formale Bildung die bedeutendsten Risikofaktoren für chronische Erkrankungen darstellen. Die Bedeutung des Einkommens zeigt sich am starken Zusammenhang zwischen Einkommen und Depression. Armut erhöht die psychische Vulnerabilität deutlich. Zudem ist in Bezirken mit niedrigem Durchschnittseinkommen die Sterberate an bestimmten körperlichen Erkrankungen wie Lungenkrebs höher. Der Einfluss des Migrationshintergrundes ist variierend und zeigt sich zum Beispiel an der hohen Depressions-Prävalenz bei Personen mit Migrationshintergrund von außerhalb der EU. Prävalenz-Unterschiede nach Migrationshintergrund verschwinden teilweise bei Berücksichtigung von Merkmalen des sozioökonomischen Status (Bildung, Erwerbsstatus und Einkommen). Unterschiede nach Geschlecht existieren nur bei Personen ab 50 Jahren: Während Männer häufiger ischämische Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes mellitus aufweisen, berichten Frauen häufiger von Depression. Der Einfluss des Alters auf die Prävalenzen ist durchgehend und sollte bei der Beurteilung der anderen Unterschiede stets mitbedacht werden.

Zur Reduzierung der teils deutlichen sozialen Ungleichheiten im Gesundheitszustand der WienerInnen wird von ExpertInnen ein Mix an Maßnahmen vorgeschlagen. Dabei spielen Maßnahmen aus den Bereichen Arbeits-, Sozial-, Bildungs- und Wohnungspolitik zur Förderung von sozialer Sicherheit und sozialer Mobilität eine wichtige Rolle. Dahinter steht der Gedanke, dass sich hohe Chancen- und Verteilungsgerechtigkeit in der Gesellschaft positiv auf die Gesundheit aller auswirkt. Ebenfalls vorgeschlagene lebensumfeldbezogene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollten sich zielgenau an stark betroffene Gruppen richten und vermehrt in einkommensschwachen Stadtteilen angeboten werden.

Abstract

The present report on social status and chronic diseases in Vienna examines the links between socio-economic or socio-demographic factors and the prevalence of five major chronic diseases. The individual influencing factors examined include age, gender, migration background, highest academic qualification, employment status, and income. Ischaemic cardiovascular diseases, cancer, COPD, diabetes mellitus, and depression were selected as diseases potentially influenced by these factors.

Data from the two recurrent health surveys SHARE and ATHIS, as well as from the official Austrian statistics on causes of death served as a basis for simple statistical correlation analyses. The results were presented in bar charts and scatter diagrams. The potential influence of all factors was also tested by means of simultaneous consideration in suitable regression models.

The results reveal that unemployment and low formal education are the most significant risk factors for chronic diseases. The importance of income is demonstrated by the strong correlation between income and depression. Poverty significantly increases mental vulnerability. Moreover, the mortality rate from certain physical diseases such as lung cancer is higher in districts with low average income. A migrant background may influence health to a varying degree, which is shown, for example, by the high prevalence of depression among people with a migrant family background from outside the EU. Differences in prevalence linked to migrant background sometimes disappear once characteristics of socio-economic status (education, employment status and income) are taken into account. Differences according to gender are only found for individuals from the age of 50. More specifically, men are more likely to develop ischaemic cardiovascular diseases and diabetes mellitus, while women are more likely to report symptoms of depression. The influence of age on prevalence is consistent and should always be taken into account when assessing other differences.

Experts propose a mix of measures in order to reduce the partly substantial social inequalities in the health status of the Viennese. Measures that also promote social security and mobility (e.g. employment, social, education and housing policies) play a central role in this respect. This is based on the idea that a high degree of equality of opportunity and distribution in society has a positive effect on the health of all. Likewise, proposed prevention and health promotion measures improving the individual living environment should be targeted at the most strongly affected groups, and increasingly offered in low-income districts of the city.

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
Abstract	5
Abbildungen/Tabellen	8
1 Einleitung	10
2 Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen und Forschungsergebnisse	16
2.1. Vertikale und horizontale Ungleichheit	18
2.2. Überblick ausgewählter Forschungsergebnisse	19
2.3. Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit	24
3 Verwendete Indikatoren und Methoden	28
3.1. Ausgewählte soziale Determinanten	30
3.1.1. Migrationshintergrund	31
3.1.2. Sozioökonomische Merkmale	31
3.2. Die Ergebnisindikatoren	34
3.2.1. Bedeutsame chronische Erkrankungen	34
3.2.2. Die selbstberichtete Morbidität	35
3.2.3. Die todesursachenspezifische Mortalität	36
3.3. Modelle mit mehreren sozialen Determinanten	37
4 Auswertungen für Wien	38
4.1. Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen	40
4.2. Krebserkrankungen	49
4.3. Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	56
4.4. Diabetes mellitus	63
4.5. Depression und Suizid	71
4.6. Berücksichtigung mehrerer sozialer Determinanten	84
5 Zusammenfassung und Diskussion	96
6 Handlungsempfehlungen	108
Glossar	118
Quellenverzeichnis	124
Anhang	130

Abbildungen

Abb. 1:	Gesamtmortalität in den Wiener Bezirken – Gestorbene je 100.000 EW, altersstandardisiert	23
Abb. 2:	Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit	25
Abb. 3:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen	41
Abb. 4:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	42
Abb. 5:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	42
Abb. 6:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	43
Abb. 7:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen	44
Abb. 8:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht	44
Abb. 9:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	45
Abb. 10:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen	45
Abb. 11:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen	46
Abb. 12:	Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	47
Abb. 13:	Ischämische Herzkrankheit, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)	48
Abb. 14:	Krebserkrankungen, Lebenszeit-Prävalenz bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen	50
Abb. 15:	Krebserkrankungen, Lebenszeit-Prävalenz bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	50
Abb. 16:	Krebserkrankungen, Lebenszeit-Prävalenz bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	51
Abb. 17:	Krebserkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen	52
Abb. 18:	Krebserkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht	52
Abb. 19:	Lungenkrebs, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)	53
Abb. 20:	Darmkrebs, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)	54
Abb. 21:	Bauchspeicheldrüsenkrebs, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)	55
Abb. 22:	COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen	57
Abb. 23:	COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Geschlecht	57
Abb. 24:	COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	58
Abb. 25:	COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	58
Abb. 26:	COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	59
Abb. 27:	COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen	59
Abb. 28:	COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht	60
Abb. 29:	COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	60
Abb. 30:	COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	61
Abb. 31:	COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	61
Abb. 32:	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)	62
Abb. 33:	Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen	63
Abb. 34:	Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	64
Abb. 35:	Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss und Geschlecht	64
Abb. 36:	Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	65
Abb. 37:	Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen	66
Abb. 38:	Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht	66
Abb. 39:	Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	67
Abb. 40:	Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	67
Abb. 41:	Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen	68

Abb. 42: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen	68
Abb. 43: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	69
Abb. 44: Diabetes mellitus, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)	70
Abb. 45: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen	72
Abb. 46: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	72
Abb. 47: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss und Geschlecht	73
Abb. 48: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	74
Abb. 49: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen	74
Abb. 50: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	75
Abb. 51: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund und Geschlecht	75
Abb. 52: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund und höchster Bildungsabschluss	76
Abb. 53: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund und Haushaltseinkommen	77
Abb. 54: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen	77
Abb. 55: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht	78
Abb. 56: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht	78
Abb. 57: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss	79
Abb. 58: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	79
Abb. 59: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus	80
Abb. 60: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen	80
Abb. 61: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen	81
Abb. 62: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen	81
Abb. 63: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen	82
Abb. 64: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund	82
Abb. 65: Hierarchisches Modell des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand	111

Tabellen

Tabelle 1: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen (ATHIS 2014)	84
Tabelle 2: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen (SHARE 2017)	86
Tabelle 3: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Krebs (ATHIS 2006/2007)	87
Tabelle 4: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Krebs (SHARE 2017)	88
Tabelle 5: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: COPD (ATHIS 2014)	89
Tabelle 6: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: COPD (SHARE 2017)	90
Tabelle 7: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Diabetes mellitus (ATHIS 2014)	91
Tabelle 8: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Diabetes mellitus (SHARE 2017)	92
Tabelle 9: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Depression (ATHIS 2014)	94
Tabelle 10: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Depression (SHARE 2015)	95



Einleitung

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand der Bevölkerung ist evident und seit langem im Interesse der internationalen Forschung. Sowohl die individuelle soziale Situation des Einzelnen, Ernährung, Bewegung, Umwelt als auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung spielen dabei eine entscheidende Rolle. Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, Geschlechtergleichstellung zwischen Männern und Frauen, Wohnsituation und Infrastruktur sind Faktoren, die Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben. Darüber hinaus ermöglicht Wissen um die Gesundheit und Gesundheitsversorgung die individuelle Einschätzung von Gesundheitsinformationen und die Auswahl individuell passender Gesundheitsanbieter.

Zusammenhänge zwischen Einkommenssituation und dem Vorhandensein gesundheitlicher Beeinträchtigungen in Österreich zeigten sich bereits in der EU-SILC-Erhebung des Jahres 2013 (Statistik Austria 2015, 55): Die höchste Einkommensgruppe wies den geringsten Anteil chronisch Kranker sowie stark beeinträchtigter Personen auf. Ähnliche Ergebnisse fanden sich in der Auswertung der letzten österreichischen Gesundheitsbefragung (Statistik Austria 2016, 56 & 91): Je nach Ausbildungsniveau und der daraus resultierenden Stellung am Arbeitsmarkt, gab es deutliche Unterschiede im Hinblick auf den Gesundheitszustand der befragten Personengruppe. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung wies im Jahr 2019 darauf hin, dass sich soziale Unterschiede zwischen den Gesellschaftsgruppen trotz aller Bemühungen in den letzten zehn Jahren kaum verändert haben. Dabei fördert Chancengleichheit nicht nur sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft, sondern begünstigt auch ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum (OECD 2019, 3). > Sozioökonomische Unterschiede in der Bevölkerung beeinflussen die Gesundheit wechselseitig, denn der individuelle Gesundheitszustand hat einen Einfluss auf die jeweiligen Möglichkeiten beziehungsweise Einschränkungen der Arbeitsleistung und des Einkommens. Dieser Zusammenhang zwischen Gesundheitsstatus beziehungsweise einer Erkrankung und sozioökonomischen sowie > soziodemografischen Unterschieden in der Bevölkerung kann im schlimmsten Fall zu einer Negativspirale führen, welche Möglichkeiten zu einem besseren und gesünderen Lebensstil massiv einschränkt. Doch auch die Einflüsse von Migration auf die Gesundheit sind interessant. Anfang 2019 gaben 40,7 % der Wiener Bevölkerung eine ausländische Herkunft an, das bedeutet, diese Menschen besitzen entweder keine österreichische Staatsbürgerschaft oder sie sind StaatsbürgerInnen, die im Ausland geboren wurden (Stadt Wien 2019a, 6). Forschungsergebnisse bezüglich gesundheitlicher Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne > Migrationshintergrund fallen sehr unterschiedlich aus. Im Zuge der Analysen für diesen Bericht wurden Unterschiede erhoben und theoretische Begründungen aus der wissenschaftlichen Literatur herausgearbeitet.

Neben all den genannten Forschungsbemühungen findet man den Einfluss > sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit auch in den 17 Entwicklungszielen der Vereinten Nationen¹ sowie den zehn österreichischen Gesundheitszielen². Diese Zielvorgaben beinhalten zahlreiche Maßnahmen, die zur Verringerung der sozioökonomischen Ungleichheit in der Bevölkerung beitragen sollen, ganz im Sinne von „Health in all Policies“. Darunter versteht man einen Leitbegriff der Gesundheitsförderung, welcher besagt, dass Gesundheit alle Politikfelder betreffen sollte, da die Anzahl möglicher Einflussfaktoren auf die Gesundheit sehr breit und nicht immer auf den ersten Blick klar ersichtlich ist.

Auch die aktuelle Situation rund um die Corona-Pandemie und die damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen zeigen bereits jetzt die höhere > Vulnerabilität sozial schlechter gestellter Gruppen, die besonders unter der Corona-Pandemie leiden. Das bestätigen die ersten Ergebnisse des Austrian Corona Panels der Universität Wien³ sowie eine Befragung der Donau Universität Krems zum Einfluss der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit⁴. Eine Gesundheitskrise kann zur sozialen Krise werden und umgekehrt.

1 Ein Überblick findet sich unter <https://sdgs.un.org/goals>

2 Ein Überblick findet sich unter <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>

3 Kittel, B., Kritzinger, S., Boomgaarden, H. & Prainsack, B. (2020). Austrian Corona Panel Project. Verfügbar unter <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project>

4 Pieh, C., Budimir, S. & Probst, T. (2020): Mental Health during COVID-19 Lockdown: A Comparison of Austria and the UK. Verfügbar unter <https://ssrn.com/abstract=3592372> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3592372>

Niedrige Gesundheitskompetenz, fehlende finanzielle Reserven, mangelnde Sprachkenntnisse, geringerer Bildungsstatus und schlechte berufliche Qualifikation bedingen, inwieweit man sich einem Erkrankungsrisiko aussetzt oder aussetzen muss und welche Möglichkeiten man hat, sich vor einer Erkrankung zu schützen.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung spielt eine weitere sehr wesentliche Rolle für die individuelle Gesundheit. Aufgrund der breiten sozialversicherungsrechtlichen Absicherung der Bevölkerung liegt Österreich im internationalen Spitzenfeld beim gerechten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Kaum jemand wird sich in der Situation wiederfinden, eine erforderliche Behandlung aus finanziellen Gründen nicht erhalten zu können. Durch die sektorale Trennung von **> intra- und extramuralem Bereich** und die hohe Spitalslastigkeit des Systems sind jedoch Behandlungsangebote nicht optimal auf die Versorgung chronisch Kranker abgestimmt. Diese brauchen vor allem kontinuierliche und integrierte Angebote, die niederschwellig und somit leicht zugänglich sind. Eine umfassende multidisziplinäre > Primärversorgung ist deshalb sehr gut dafür geeignet, Erkrankungen früh zu erkennen und PatientInnen durch das Versorgungssystem zu lotsen. Durch soziale und therapeutische Interventionen können gerade bei benachteiligten Gruppen individuelle Risiken erkannt und reduziert werden. Besonders in Wien, wo die Bevölkerung deutlich diverser ist, sowie im großstädtischen Setting, wo soziale Problemlagen akzentuierter zutage treten, stellen multidisziplinäre Teams mit erweiterten Öffnungszeiten eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes für chronisch Kranke dar. Hier wurden im Rahmen der letzten Gesundheitsreform wesentliche Akzente gesetzt, um die Primärversorgung und damit die Allgemeinmedizin bedarfsgerecht auszubauen und aufzuwerten.

Zur bedarfsgerechten Ausrichtung aller Gesundheitsangebote braucht es jedoch ausreichend Evidenz und detaillierte Kenntnisse über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Der vorliegende Gesundheitsbericht „Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien“ analysiert daher anhand vorliegender Datensätze aus Gesundheitsbefragungen, > Mortalitätsstatistiken und Einkommensdaten soziale > Determinanten für Gesundheit. Diese fokussierte Analyse soll einen differenzierten Blick auf die Vulnerabilität der Bevölkerung ermöglichen. Sie soll explorieren, welche Bevölkerungsgruppen im Zusammenhang mit den betrachteten Erkrankungen besonderen Risiken ausgesetzt sind. Als Ausgangspunkt der Analyse wurde folgende Fragestellung gewählt:

Welche Zusammenhänge bestehen in Wien zwischen diversen > Indikatoren des sozialen Status und dem Auftreten ausgewählter chronischer Erkrankungen?

Für die Untersuchung dieser Fragestellung wurden jene Gruppen chronischer Erkrankungen ausgewählt, welche in Wien zu den meisten Todesfällen führen: > ischämische Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane sowie endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen. Aus diesen Krankheitsgruppen wurden anschließend einzelne Erkrankungen näher betrachtet, die besonders häufig als Todesursache erfasst werden. Dazu zählen akute und rezidivierende Herzinfarkte, > zerebrovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Diabetes mellitus sowie Krebserkrankungen. Bei Krebserkrankungen haben sich aufgrund der Häufigkeit bösartiger Neubildungen folgende Bereiche herauskristallisiert, die in diesem Bericht näher beleuchtet werden: Luftröhre, Bronchien, Lungen, Colon, Rektum, Anus, Brustdrüse, Bauchspeicheldrüse und Prostata.

Aufgrund des häufigen Vorkommens und der damit verbundenen weitreichenden Auswirkungen auf Betroffene und die Gesellschaft wurde für diesen Bericht außerdem Depression als häufigste psychische Erkrankung mitberücksichtigt. Eine hohe > Prävalenz der Depression kann neben massivem persönlichen und sozialen Leidensdruck Erkrankter und Angehöriger zahlreiche ökonomische Konsequenzen nach sich ziehen, weil diese Erkrankung in manchen Fällen einen lebenslangen, rezidivierenden oder chronischen Verlauf aufweisen kann (Nowotny et al. 2019, 15 & 136).

Die aufgezählten Erkrankungen wurden im Zuge dieser Analyse auf mögliche Zusammenhänge mit soziodemografischen beziehungsweise sozioökonomischen > Indikatoren der

Wiener Bevölkerung untersucht. Neben Geschlecht, Alter, Bildungsstatus, Erwerbsstatus und Einkommen der WienerInnen auf Bezirksebene wurden hierbei Daten zu Staatsbürgerschaft sowie das Geburtsland erfasst, um auch Rückschlüsse auf Zusammenhänge mit Migration ziehen zu können. Der Bericht „Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien“ hat somit das Ziel, die Thematik der sozialen Ungleichheit in der Gesellschaft und deren Auswirkung auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung aufzugreifen, aktuelle Zahlen der Stadt Wien darzustellen und theoretische Hintergründe sowie mögliche Erklärungen für Zusammenhänge zwischen sozialen Indikatoren und dem Auftreten bestimmter Erkrankungen aufzuzeigen. Im Anschluss an die Analyse aktueller statistischer und > epidemiologischer Daten aus dem beschriebenen Themenfeld sollen konkrete Handlungsempfehlungen für die Wiener Bevölkerung abgeleitet werden. Da es nicht nur einen einzelnen Indikator gibt, um gesellschaftliche Ungleichheiten zu messen, gibt es auch mehr als nur einen möglichen Lösungsweg. Aus diesem Grund erfolgte die Aufschlüsselung der Zusammenhänge – je nach Datenlage – auf individueller wie auch auf > aggregierter Ebene. Den Fokus sowohl auf sozioökonomische als auch auf soziodemografische Indikatoren hinzulenken, ermöglichte uns eine Untersuchung der vertikalen sowie horizontalen Ungleichheit innerhalb von Wien. Mit anderen Worten: eine Untersuchung der sozialen Schichtung der Gesellschaft, welche meist an Unterschieden in Ausbildung, beruflicher Position und Einkommen festgemacht wird, sowie nicht explizit hierarchischer Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Nationalität, die sich ebenfalls auf die gesellschaftliche Teilhabe auswirken. Die gemeinsame Betrachtungsweise dieser beiden Ebenen ist für die Herausbildung zugeschnittener Maßnahmen besonders wertvoll, da viele Faktoren mitberücksichtigt werden, die soziale Ungleichheit verschärfen können, wie Arbeitslosigkeit bei älteren Personen oder ein geringeres Einkommen bei Frauen. Neben der Erhebung gesundheitlicher Unterschiede zwischen sozialen Gruppen in Wien wurde zudem auch deren Ausprägung analysiert. Einen wichtigen Stellenwert spielte auch die geografische Lage und die Fragestellung, welche Unterschiede sich je nach Wiener Gemeindebezirk in der Krankheitslast finden lassen.

Dieser Bericht bietet eine datengestützte Grundlage für die zielgerichtete Ausgestaltung von Projekten und Maßnahmen in Wien, um sozial benachteiligte Gruppen in der Gesellschaft besser erreichen und deren Erkrankungsrisiko mit gezielten Maßnahmen minimieren zu können.

2

Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen und Forschungsergebnisse

Die mit > gekennzeichneten Begriffe werden im Glossar näher erläutert. Verweise auf das Glossar erfolgen dort, wo ein Begriff in einem Kapitel erstmals vorkommt.

Dieses Kapitel stellt eine Reihe von Forschungsergebnissen aus der relevanten nationalen und internationalen Literatur vor. Es geht darin um gesundheitliche Unterschiede zwischen Personen, die auf ihren > sozialen Status oder andere soziale Merkmale zurückzuführen sind. Diese Unterschiede bzw. Zusammenhänge werden auch als > gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet.

Grundbegriffe wie sozialer Status und die verschiedenen Arten von Ungleichheit werden vorab näher erläutert. Daraufhin folgt ein Überblick über die erwähnten Forschungsergebnisse zu gesundheitlichen Ungleichheiten, die bereits empirisch belegt werden konnten. Abschließend wird mit Bezug auf einige Theorieansätze erklärt, wie diese Ungleichheiten zustande gekommen sein könnten. Die so vorgestellten begrifflichen bzw. theoretischen Grundlagen und empirischen Ergebnisse dienen als Basiswissen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit in Wien.

2.1. Vertikale und horizontale Ungleichheit

Innerhalb von Gesellschaften nimmt der einzelne Mensch Positionen ein, die sein Verhältnis zu anderen Personen, aber auch sein Handeln und seine Teilhabe- und Gestaltungsmöglichkeiten entscheidend bestimmen (Haller 2008, 15 & 20). Es herrscht also gesellschaftliche (soziale) Ungleichheit zwischen den Menschen, die durch eine Vielzahl persönlicher Merkmale verursacht wird. Dabei sind zwei verschiedene Formen > sozialer Ungleichheit auseinander zu halten: zum einen die *vertikale* und zum anderen die *horizontale Ungleichheit* (Mielck 2005, 8). Beide beziehen sich jeweils auf bestimmte persönliche Merkmale, die auch Gesundheit (mit) beeinflussen können und daher auch als *Gesundheits-Determinanten* (> Determinante) bezeichnet werden.

Die **vertikale soziale Ungleichheit** wird erzeugt durch Merkmale der *sozialen Schicht* (auch als *sozialer* oder > **sozioökonomischer Status**⁵ bezeichnet). Die in Umfragen und anderen Erhebungen am häufigsten erfassten Merkmale einer sozialen Schicht sind die *Bildung*, der *berufliche Status* und das *Einkommen* einer Person. Diese haben gemeinsam, dass sie gesellschaftliche Hierarchien abbilden, also „eine Unterteilung der Bevölkerung in Oben und Unten ermöglichen“ (Mielck 2005, 8). So haben bestimmte Personen nach Ende ihres Bildungsweges einen sogenannten „höheren“ Abschluss als andere, sind also AkademikerInnen oder haben „zumindest“ Matura, oder eben „nur“ einen Pflichtschulabschluss. Im Beruf haben Vorgesetzte mehr Entscheidungsbefugnisse als ihre MitarbeiterInnen, MeisterInnen mehr als GesellInnen. Schließlich werden Erwerbstätigkeiten über das Einkommen entweder höher oder niedriger bewertet, wobei Arbeitslosigkeit finanziell am niedrigsten bewertet wird.

Im Gegensatz dazu lassen sich Merkmale wie zB das Geschlecht nicht selbstverständlich in eine solche Über- und Unterordnung bringen. Dennoch kann auch zwischen den Geschlechtern in vielerlei Hinsicht Ungleichheit entstehen. In diesem und anderen Fällen wird daher auch von **horizontaler sozialer Ungleichheit** gesprochen (Mielck 2005, 8). Bei den wichtigsten Merkmalen horizontaler sozialer Ungleichheit, welche „in jeder Gesellschaft eine wichtige Rolle spielen“, handelt es sich laut Haller (2008, 33) um die folgenden: *Alter* und *Geschlecht*, sowie *ethnisch-nationale* und *räumlich-territoriale* Differenzierungen. Dabei kann die vorletzte Bezeichnung sowohl „alte ansässige Minderheiten“ mit oder ohne politische Autonomie als auch „durch die Einwanderung der letzten Jahrzehnte“ neu entstandene Minderheiten umfassen (ebd., 37). Die Bezeichnung räumlich-territorial bezieht sich vor allem auf die Unterscheidung zwischen Stadt und Land (ebd., 36f). Da die Merkmale

5 Diese Übersetzung des im englischen Sprachgebrauch üblichen Begriffs socioeconomic status ist auch im Deutschen mittlerweile sehr gebräuchlich, deckt sich aber inhaltlich mit dem theoretischen Konzept der sozialen Schicht.

vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit mitunter auch zusammenfallen (zB hohe Arbeitslosigkeit bei Älteren, geringeres Einkommen von Frauen) empfiehlt es sich meist, sie auch in Kombination miteinander zu betrachten.

2.2. Überblick ausgewählter Forschungsergebnisse

Empirische Belege aus vielen Ländern zeigen, dass sich die *Lebenserwartung*, die **> Mortalität** und der *allgemeine Gesundheitszustand* üblicherweise nach den klassischen Merkmalen des sozialen Status (Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus) unterscheiden.

Beispielsweise betragen in Deutschland die Unterschiede in der **Lebenserwartung** zwischen der untersten und obersten Einkommenskategorie bei Männern ca. 10 und bei Frauen ca. 8 Jahre (Lampert et al. 2017, 50). Auffällig sind die weltweit bestehenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen, welche meist deutlich ausfallen. Nur in sehr wenigen Ländern betragen sie 2017 weniger als 4 Jahre. Die niedrigsten Geschlechterdifferenzen in puncto Lebenserwartung gab es in Island, den Niederlanden (je 3,2 Jahre), Norwegen und Schweden (je 3,3 Jahre)⁶.

Sozioökonomische Unterschiede gibt es auch hinsichtlich der **Gesamtmortalität**. Eine große transnationale Studie von Gallo et al. (2012) stellte fest, dass Männer mit dem höchsten Bildungsabschluss im Vergleich zu Männern mit dem niedrigsten Bildungsabschluss ein um 43 % reduziertes Mortalitätsrisiko aufweisen. Bei Frauen beträgt diese Risikoreduktion durch Bildung 29 %. Überhaupt sind sozioökonomische Unterschiede in der Mortalität bei Männern, sofern man absolute Zahlen heranzieht, in der Regel stärker ausgeprägt als bei Frauen. In 90 % der Studien war dies laut einer **> systematischen Übersichtsarbeit** von Mustard und Etches (2003) der Fall.

Der **subjektive Gesundheitszustand** wird von Menschen der untersten sozioökonomischen Kategorie wesentlich öfter mit „mittelmäßig“ oder „schlecht“ beschrieben als in der obersten Kategorie (Lampert et al. 2017, 11f & 16). Dasselbe Ergebnis zeigte sich in österreichischen Gesundheitsberichten, und zwar bei beiden Geschlechtern: Wiener Frauen mit dem niedrigsten Bildungsabschluss geben um 28 Prozentpunkte häufiger einen mittelmäßigen oder schlechten Gesundheitszustand an als Wiener Frauen mit dem höchsten Bildungsabschluss. Bei Wiener Männern beträgt dieser Unterschied 26 Prozentpunkte (Stadt Wien 2017, 18). Österreichweit beträgt dieser Unterschied bei Frauen 34 und bei Männern 25 Prozentpunkte (Griebler et al. 2017, 20). Ungeachtet des höchsten Bildungsabschlusses gibt es in Wien einen Geschlechterunterschied zuungunsten der Frauen, die um 6 Prozentpunkte weniger häufig einen (sehr) guten Gesundheitszustand angeben. Österreichweit besteht dieser Unterschied nur bei älteren Befragten ab 60 Jahren.

Den – eben beschriebenen – allgemeinen Maßen vorgelagert sind **krankheitsspezifische Maßzahlen**, wie die generelle Verbreitung bestimmter (Gruppen von) Krankheiten (> Prävalenzen), die Anzahl der in einem Zeitraum daran neu Erkrankten (> Inzidenzen) sowie die Anzahl der daran Gestorbenen (Sterblichkeit bzw. Mortalität). Auf diesen Maßzahlen liegt der Fokus des vorliegenden Berichtes, weil bei ihnen häufig ebenfalls soziale Unterschiede vertikaler und horizontaler Art bestehen.

6 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_10/default/table?lang=en

Die > **ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen** umfassen Krankheiten, die zusammen für die meisten Todesfälle in den westlichen Ländern verantwortlich sind, darunter insbesondere **Herzinfarkt** und **Schlaganfall**. Oft betreffen sie gesellschaftliche Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß. Hawkins et al. (2012, 141f) fassen beispielsweise sechs Studien zusammen, die (mit einer Ausnahme) zeigen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus nach einem Herzversagen eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen. Das entsprechende Risiko ist für die betreffenden Personen je nach den in den Studien verwendeten Merkmalen (Einkommen, Bildung etc.) um bis zum 1,5-Fachen (= bis zu 50 %) erhöht.

Lampert et al. (2017, 83) wiederum stellen für Deutschland fest, dass bei älteren Männern ab 65 Jahren mit niedrigem Sozialstatus die Wahrscheinlichkeit an *koronarer Herzkrankheit* zu leiden um 54 % erhöht ist. Bei Frauen ist dieses Risiko sogar um mehr als das Doppelte erhöht. Unter jüngeren Personen zwischen 30 und 64 Jahren ist der Einfluss des sozialen Status sogar noch stärker: Das Risiko koronarer Herzkrankheit beträgt bei Frauen wie Männern mit niedrigem sozialen Status mehr als das Dreifache des Risikos von Personen mit hohem sozialen Status, allerdings ausgehend von (je nach Statusgruppe) viel niedrigeren Prävalenzen im einstelligen Prozentbereich (ebd., 52). Unabhängig vom sozialen Status sind Männer häufiger von koronarer Herzkrankheit betroffen als Frauen.

Dem Zusammenhang zwischen sozialem Status und *Schlaganfall* widmet sich eine weitere systematische Übersichtsarbeit (Addo et al. 2012). Die darin zitierten Studienergebnisse aus diversen Ländern zeigen für Personen aus den untersten Einkommens- oder Bildungsschichten meist ein erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden (Inzidenz). Deren Risiko ist je nach Land, untersuchter Altersgruppe und Geschlecht zwischen dem 1,3- und dem 3-Fachen höher als in den obersten Einkommens- und Bildungsschichten (ebd., 1188). Zwei der Studien kommen überdies zum Ergebnis, dass sich diese Zusammenhänge in den obersten Altersgruppen entweder auflösen (bei Ab-65-Jährigen) oder ins Gegenteil verkehren (bei Ab-75-Jährigen). Weiters werden Analyseergebnisse zum Sterblichkeitsrisiko infolge von Schlaganfall zusammengefasst: Fünf der zitierten Studien stellen hier > **Gradienten** zuungunsten sozioökonomisch benachteiligter Gruppen fest, während drei Studien keine signifikanten Unterschiede (> statistische Signifikanz) feststellen können (ebd., 1187ff).

Bei **Krebserkrankungen** hängen das Bestehen und die Richtung eines Zusammenhangs mit dem sozioökonomischen Status stark von der Krebsart ab. An vielen Krebs-Lokalisationen wurde ein eindeutiger und starker Gradient zuungunsten niedriger sozioökonomischer Statusgruppen festgestellt, ua. bei *Lungen-* und *Darmkrebs*. So zeigt sich in einer deutschen Studie (Geyer 2008) für Personen aus dem untersten Einkommensquintil (verglichen mit dem obersten > **Quintil**) ein um das 7-Fache erhöhtes Risiko an Lungenkrebs zu erkranken, bei Darmkrebs beträgt dieser Unterschied etwas mehr als das 4-Fache. Zudem ist seit längerem bekannt, dass in vielen Ländern in puncto *Lungenkrebs-Mortalität* (etwas abgeschwächt) ähnliche Gradienten bestehen (Kogevinas et al. 1997; Menvielle et al. 2008).

Bei einigen Krebsarten zeigt sich üblicherweise – unabhängig vom Land der Erhebung – kein signifikanter Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren, zB bei *Prostatakrebs* (Menvielle et al. 2008). Hingegen gehört der *Pankreaskrebs* (Menvielle et al. 2008) zu jenen Krebsarten, wo Existenz und Richtung des Zusammenhangs stark nach Erhebungsort oder -land variieren (Menvielle et al. 2008; Kogevinas et al. 1997).

Bei einzelnen Krebsarten gibt es sogar Hinweise auf Bestehen eines Zusammenhangs zuungunsten sozioökonomisch bessergestellter Gruppen, zB betreffend die Inzidenz von *Brustkrebs* und *Melanomen* in England um die Jahrtausendwende (Shack et al. 2008). Auch die Mortalität infolge von Brustkrebs war in den 1990er-Jahren europaweit unter Frauen mit höherer Bildung um ca. 15 % erhöht (Strand et al. 2007, 1202). Von beidem zu unterscheiden ist die Überlebensrate nach einer Diagnose. Bezogen auf einen Zeitraum von 5 Jahren sind hier die Überlebenschancen für Frauen mit höherem Sozialstatus größer, was teilweise auf in früheren Krankheitsstadien gestellte Diagnosen zurückzuführen ist (Strand et al. 2007; Booth et al. 2010).

Zusammenhänge zwischen der *chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung* (COPD) und dem sozioökonomischen Status werden ebenfalls in einer systematischen Übersichtsarbeit behandelt (Gershon et al. 2012). Sie fasst 15 Studien aus verschiedenen Ländern zusammen, welche die Effekte des sozioökonomischen Status auf die Wahrscheinlichkeit an COPD zu leiden (Prävalenz), COPD-spezifische Behandlungen in Anspruch zu nehmen und auf das Risiko an der Krankheit zu sterben (Mortalität) untersuchten. Fast alle diese Analysen zeigen, dass das Risiko für COPD bei Personen der untersten sozialen Schicht gegenüber jenen aus der obersten deutlich erhöht ist: meist um das 2-Fache oder etwas mehr (ebd., 220). Eine einzelne Studie weist für ungelernete Hilfskräfte gegenüber Personen aus der höchstgestellten Berufsgruppe sogar ein 10-fach erhöhtes Sterberisiko infolge von COPD aus (Van Rossum et al. 2000, 179f). Zwei weitere Studien zeigen, dass es bei sozioökonomisch benachteiligten Personen drei- bis viermal so häufig zu Spitalsaufnahmen wegen COPD kommt (ebd., 222). Außerhalb des systematischen Reviews untersucht eine Studie aus den USA den Krankheitsverlauf von COPD-PatientInnen (Eisner et al. 2011) und kommt zu dem Schluss, dass dieser bei Angehörigen niedriger Statusgruppen oft ungünstiger ist: So gehen niedrige Bildung und niedriges Einkommen mit einem (1,5- bzw. 2,1-fach) höheren Risiko akuter Symptom-Verschlimmerungen, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, einher. Das ist darauf zurückzuführen, dass diese Personen auch häufiger von schwereren Formen der Krankheit betroffen sind (ebd., 7). Etwas aktuellere Analysen (als im systematischen Review) zu Unterschieden in der Häufigkeit von COPD nach Bildungsgrad und Geschlecht finden sich in Steppuhn et al. (2017) und OECD/EU (2016, 23). Im Ergebnis unterscheiden sie sich aber nicht von den früheren: Sie stellen Bildungsunterschiede in ähnlichem Ausmaß fest. Diese bestehen bei beiden Geschlechtern. Ungeachtet des sozialen Status sind in Deutschland außerdem keine allgemeinen Geschlechterunterschiede festzustellen. Mit Verweis auf **> spirometrische Messdaten** wird aber einschränkend erwähnt, dass Befragungsdaten die Verbreitung von COPD bei Männern möglicherweise unterschätzen, da es vermutlich „Unterschiede im Bekanntheitsgrad von COPD zwischen Männern und Frauen“ gebe (Stepuhn et al. 2017, 50). Der Tabakkonsum wird, zumindest was reiche Länder betrifft, stets als wichtigster auslösender Grund für COPD angeführt. Er wird auch für das Entstehen der sozioökonomischen Unterschiede in der COPD-Prävalenz hauptverantwortlich gemacht. Dies lässt sich durch die Beobachtung, dass in der niedrigsten Statusgruppe meist viel mehr RaucherInnen vertreten sind als in der höchsten, auch gut belegen (Pleasant et al. 2016, 2478; Schmutterer 2018, 10f).

Sozioökonomische Unterschiede hinsichtlich des Risikos an *Diabetes mellitus* (Typ 2) zu erkranken, sind unter anderem Thema einer Zusammenstellung von systematischen Übersichtsarbeiten zu den häufigsten nicht-übertragbaren Krankheiten (Sommer et al. 2015). Diese Zusammenstellung kommt auf Basis der inkludierten Literatur zum Schluss, dass zu dem Thema nur wenig und lückenhafte Evidenz existiert (ebd., 10). Es zeigt sich allerdings, dass das Diabetes-Risiko in den untersten Bildungs- und Einkommensschichten sowie beruflichen Positionen jenes in den obersten deutlich übersteigt, nämlich um das 1,3- bis 1,4-Fache (ebd., 6). In einer älteren Auswertung von Befragungsergebnissen aus acht europäischen Ländern zeigen sich ähnliche Ergebnisse: Das Risiko für Diabetes mellitus ist demnach bei Personen aus der untersten Bildungsschicht um das 1,6-Fache erhöht (Dalstra et al. 2005, 319), wobei bei Frauen ein stärkerer Zusammenhang festgestellt wird als bei Männern (das 2,2-Fache vs. dem 1,3-Fachen). Jüngere Analysen aus Deutschland auf Basis der europaweiten Gesundheitsbefragungen (EHIS) bestätigen schließlich die früheren Befunde, schätzen die Risikounterschiede nach Bildungsstatus aber noch etwas stärker ein: Je nach Alter und Geschlecht der Befragten ist die Wahrscheinlichkeit an Diabetes mellitus zu leiden bei Personen mit niedrigem Sozialstatus um das 1,5-Fache (bei Männern ab 65) bis 3,4-Fache (bei Frauen zwischen 30 und 64) erhöht (Lampert et al. 2017, 52 & 83). Der Zusammenhang ist also auch hier wieder bei Frauen, unabhängig vom Alter, stärker. Als Hauptursache für Typ-2-Diabetes gilt Übergewicht (Schmutterer et al. 2017, 5). Adipositas und ungesunde Lebensstile werden auch für einen Teil der sozioökonomischen Unterschiede in der Diabetes-Prävalenz verantwortlich gemacht. Beides ist in reichen Ländern in den unteren Statusgruppen weiter verbreitet als in den oberen Statusgruppen (Agardh et al. 2011, 805).

Unterschiede im sozialen Status bezüglich der **psychischen Gesundheit** sind Thema einer international vergleichenden Studie auf Basis der europaweiten Befragung *European Social Survey* (Dudal & Bracke 2016). Konkret geht es um den Zusammenhang zwischen dem höchsten erreichten Bildungsabschluss und der Häufigkeit von Depression. Verglichen werden Personen, die nach der Sekundarstufe II (in Österreich: Matura) zumindest eine 2-jährige tertiäre Ausbildung absolvierten, mit allen anderen (ebd., 789). In 23 von 27 Ländern ist die Wahrscheinlichkeit an Depression zu leiden bei Personen der unteren Bildungskategorie entweder signifikant erhöht, oder es besteht zumindest eine dahingehende Tendenz (ebd., 791). Die Unterschiede betragen je nach Geschlecht und Land das 1,2- bis 2,7-Fache. Dass neben dem Bildungsstatus die Erfahrung längerfristiger Arbeitslosigkeit für das Depressions-Risiko eine wichtige Rolle spielt, zeigen Auswertungen aus Deutschland. Vor allem bei Unter-30-Jährigen sind die Unterschiede zwischen Personen, die in den letzten 5 Jahren mindestens 12 Monate arbeitslos waren, und Menschen ohne diese Erfahrung sehr ausgeprägt: Sie betragen bei Männern das 7,7-Fache und bei Frauen das 3,5-Fache (Lampert et al. 2017, 43f). Bei Menschen zwischen 30 und 64 Jahren zeigt sich derselbe Zusammenhang in abgeschwächter Form: Der Risikounterschied beträgt bei Männern das 2,7-Fache und bei Frauen das 1,7-Fache (ebd., 68). Auch bei den Ab-65-Jährigen bleiben gewisse Unterschiede im Depressions-Risiko bestehen. Bei Männern haben sie aber deutlich abgenommen: Männer mit niedrigem Sozialstatus haben nur mehr ein um das 1,4-Fache erhöhtes Depressions-Risiko (nicht signifikant). Bei Frauen ab 65 Jahren beträgt dieser Unterschied hingegen das 2,3-Fache (ebd., 83).

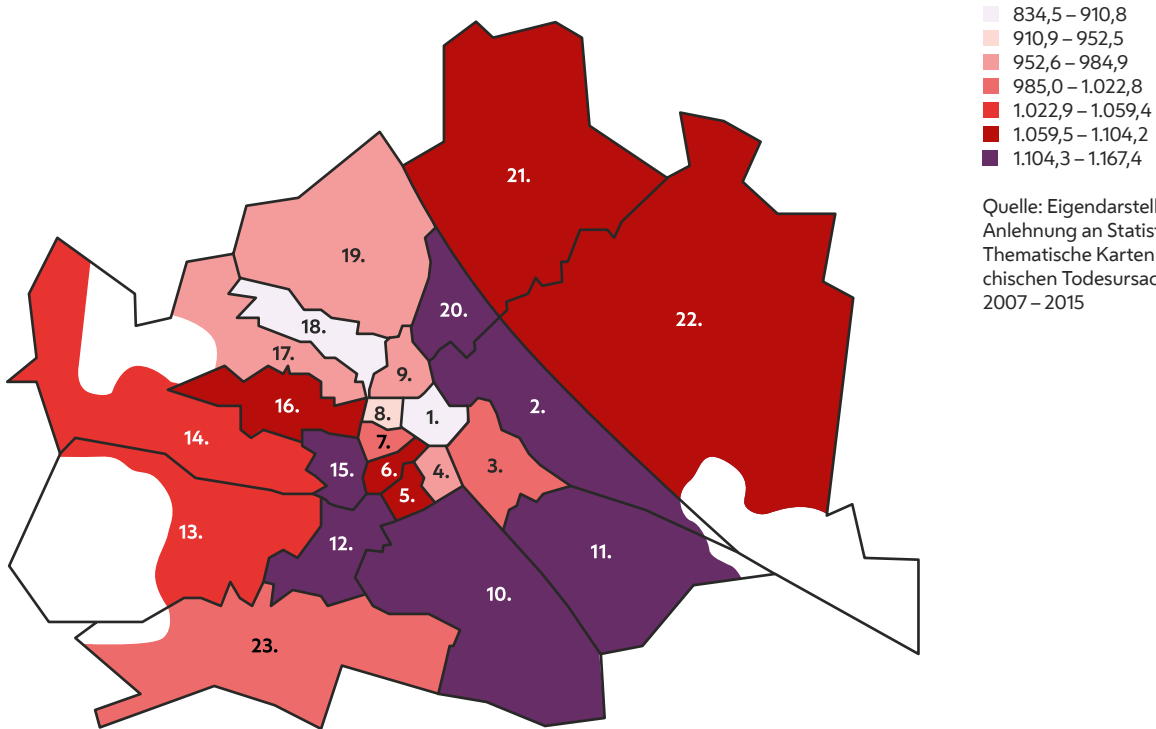
Im schlimmsten Fall kann Depression (neben anderen Ursachen) bis zum *Suizid* führen. Während Frauen in Österreich deutlich häufiger von Depression berichten als Männer (Griebler et al. 2017, 33), ist das Geschlechterverhältnis in Bezug auf die Suizidrate jedoch genau umgekehrt: Bei Männern kommt Suizid üblicherweise ca. dreimal so häufig vor wie bei Frauen, was zum Teil auf die Wahl der Selbsttötungsmethode zurückzuführen ist (Mergl et al. 2015). Die Zahl der *Suizidversuche* ist nämlich bei Frauen üblicherweise etwas höher als bei Männern (ebd.). Zu einem etwaigen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und suizidalem Verhalten existiert eine weitere systematische Übersichtsarbeit (Cairns et al. 2017). Darin wird die Beweislage für die Existenz eines solchen Zusammenhangs als „stark“ bezeichnet, weil in 25 der 27 einbezogenen Studien (aus ganz Europa) nachteilige Einflüsse durch die sozioökonomische Benachteiligung der Wohngegend festgestellt werden. Für Suizide von Männern gilt dies in etwas stärkerem Ausmaß.

In der Forschung werden soziale Unterschiede in puncto Gesundheit bzw. Krankheit auch in > aggregierter, räumlicher Betrachtung analysiert. Dabei werden befragte oder ärztlich untersuchte Personen *nicht* wie in den oben zitierten Studien und Gesundheitsberichten nach sozialen Merkmalen in Gruppen zusammengefasst. Stattdessen werden über die BewohnerInnen administrativ abgegrenzter Gebiete hinweg Maßzahlen (Durchschnitte, Anteile, Raten) zu Gesundheitszustand und -verhalten berechnet und verglichen. Auch Informationen zum Thema Sterblichkeit⁷ werden häufig auf diese Art dargestellt und unterscheiden sich zwischen den Gebieten oft deutlich.

So existieren europaweit deutliche räumliche Unterschiede. Besonders auffällig ist das Ost-West-Gefälle zwischen den Ländern Europas hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit (Gaber & Wildner 2011, 17). Aber auch innerhalb einzelner Länder zeigen sich räumliche Muster. Ein Beispiel dafür ist Deutschland. Dort folgen die Sterblichkeitsraten der Gesamtbevölkerung generell einem Nord-Süd-Gefälle und bei Männern zudem noch einem deutlichen Ost-West-Gefälle (ebd., 18ff). Auch in Österreich existiert ein traditionelles Ost-West-Gefälle der Sterblichkeit, das hauptsächlich auf regionale Unterschiede bei Sterbefällen aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten sowie von Krebs und Krankheiten der Verdauungsorgane zurückzuführen ist (Statistik Austria 2007, 31). Dieses Gefälle erstreckt sich über die Grenzen zu Ungarn und zur Schweiz hinaus weiter und fügt sich damit nahtlos in das kontinentaleuropäische Ost-West-Gefälle ein (Stein et al. 2011, 8).

⁷ Dazu sind meist keine individuell zuordenbaren Informationen, wie man sie etwa aus Umfragen kennt, verfügbar. Häufig liegen sie aber in räumlich aggregierter Form vor. Da die Betroffenen ihre Todesursache naturgemäß nicht mehr selbst bekanntgeben können, hilft dies bei der Wahrung der Anonymität der Daten.

**Abb. 1: Gesamtmortalität in den Wiener Bezirken – Gestorbene je 100.000 EW,
> altersstandardisiert**



In manchen Publikationen erfolgt die Darstellung solcher räumlicher Muster im Atlas- bzw. Kartenformat (Statistik Austria 2007; Eurostat 2009). Stadtkarten erweisen sich häufig als besonders informativ, da sie oft sehr große Unterschiede innerhalb sehr kleiner geografischer Gebiete veranschaulichen. Gerade in Städten leben Menschen mit ähnlichen sozialen Merkmalen, aus Gründen wie der Leistbarkeit von Wohnraum, oft in räumlicher Nähe zueinander und sind in bestimmten Stadtteilen stark über- oder unterrepräsentiert. Obwohl diese Stadtteile strukturell derartig unterschiedlich sind, liegen sie oft direkt nebeneinander, meist nur durch größere Straßen, Bahnlinien oder Flüsse voneinander getrennt. Zur Veranschaulichung, dass sich dieser Umstand auch auf die räumliche Verteilung der gesundheitlichen Maßzahlen auswirkt, dient eine Karte zu den Mortalitätsunterschieden zwischen den Wiener Gemeindebezirken (Abb. 1).

Derartige Karten zu verschiedenen Themen sind für Österreich und Wien über die Homepage der Statistik Austria abrufbar⁸. Die dargestellte thematische Karte ist wie folgt zu interpretieren: Je dunkler die rote Einfärbung, desto mehr Gestorbene je 100.000 EinwohnerInnen gibt es im Durchschnitt der Jahre 2007 bis 2015 im jeweiligen Bezirk. Die mittlere der sieben Farbkategorien zeigt an, dass die Sterblichkeit im Bezirk in etwa im österreichweiten Schnitt liegt. Bezirke mit besonders hoher Sterblichkeit sind dunkler eingefärbt. Auffällig ist, dass jene sechs Bezirke, auf die dies zutrifft, im Bezirksvergleich ausnahmslos alle im unteren Bereich der durchschnittlichen Nettoeinkommen je ArbeitnehmerIn liegen⁹. Sie überschneiden sich auch weitgehend mit jenen Bezirken, die die höchsten Arbeitslosenquoten und die höchsten Anteile von Personen mit einem Pflichtschulabschluss als höchster abgeschlossener Ausbildung aufweisen¹⁰.

8 Verfügbar unter dem Reiter „Thematische Karten“ auf der Webseite: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheits/todesursachen/index.html

9 Aktuelle Daten verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/einkommen/index.html#bezirk>

10 Vergleiche mit der entsprechenden thematischen Karte, verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html

Im Gegensatz zu diesen innerstädtischen Unterschieden lassen sich großräumiger beobachtete gesundheitliche Ungleichheiten, etwa zwischen den deutschen Bundesländern oder den Staaten Europas, leichter auch auf andere mögliche Einflussfaktoren (als die sozioökonomische Zusammensetzung der Bevölkerung) zurückführen, zB auf klimatische, umweltbedingte, kulturelle oder historische (Gaber & Wildner 2011, 20f). Exemplarisch wird hierzu manchmal auf die niedrige Herz-Kreislauf-Sterblichkeit in südeuropäischen Ländern verwiesen (ebd., 42), die besser mit kulturellen Traditionen (zB im Ess- und Trinkverhalten) erklärt werden kann als etwa mit dem durchschnittlichen Einkommen, das dort im Europavergleich relativ niedrig ist.

2.3. Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

Erklärungen des Zustandekommens *sozioökonomischer Unterschiede* in puncto Gesundheit und Krankheit, gibt es mehrere. Die grundlegendste stellt die **Fundamental-Causes-Theorie** dar (zB Phelan et al. 2010; Mackenbach et al. 2017). Dieser Ansatz erklärt die Existenz sowie die starke > **Persistenz** des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischen > **Indikatoren** und der Gesundheit sowie der Mortalität damit, dass es diverse Arten von > Ressourcen gibt, die in der Bevölkerung sehr ungleich verteilt sind und Personen gesundheitliche Vorteile verschaffen können. Gemeint sind damit nicht nur Geld und der Zugang zu Gütern und Dienstleistungen, sondern auch *immaterielle Ressourcen*, die dabei helfen, die eigene Gesundheit zu erhalten, Krankheiten zu behandeln usw. Dazu gehören zB Wissen, Macht, Prestige, Beziehungen zu einflussreichen Personen, bestimmte Werthaltungen, Einstellungen sowie soziale und kulturelle Normen, die gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen (Phelan et al. 2010, 29f).

Auch die relative Stabilität gesundheitlicher Ungleichheit wird erklärt. Obwohl es der Gesundheitspolitik in der Vergangenheit gelungen ist, gesundheitsfördernde Ressourcen breiten Schichten der Bevölkerung zugänglich zu machen (zB zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten), sorgt der *wissenschaftliche* und *medizinische Fortschritt* dennoch beständig dafür, dass die Ungleichheit erhalten bleibt. Dieser vergrößere nämlich in der Regel zunächst die gesundheitlichen Unterschiede zwischen sozialen Gruppen. Dies liege daran, dass Personen, die über mehr Wissen bzw. Informationen in Bezug auf neue Erkenntnisse und Therapien verfügen, oder sie sich leisten können, die Neuerungen schneller aufgreifen und so ihre Gesundheitschancen verbessern (ebd., 32f). Erst später gelingt es möglicherweise, für eine allgemeine Verbreitung der Neuerungen zu sorgen.

Aus der Fundamental-Causes-Theorie lässt sich daher folgende Erwartung ableiten: Bei Krankheiten, deren Verlauf aufgrund vorhandenen Wissens *prinzipiell* beeinflussbar ist und die deshalb (mit gesundheitsförderndem Verhalten, richtiger Behandlung etc.) vermeidbar wären, finden sich größere sozioökonomische Unterschiede (in Prävalenz und Inzidenz) als bei denen, auf die dies weniger zutrifft. Denn im letzteren Fall (zB bei Pankreaskrebs) können Betroffene aus dem Zugang zu mehr Ressourcen keinen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen ziehen (ebd., 31f). Unterschiede im Ausmaß sozioökonomischer Einflüsse lassen sich so oft ganz gut erklären, ua. bei Krebs, wo sich die sozialen Gradienten je nach Lokalisation sehr stark unterscheiden.

Die Vorstellung, dass verschiedene Formen von Ressourcen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit spielen, steht auch im Zentrum eines **Erklärungsmodells**, zu dem zwei deutsche Wissenschaftler frühere Ansätze integriert haben. Dieses sei hier in Form eines Flussdiagramms schematisch dargestellt (Abb. 2).

Abb. 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Rosenbrock & Kümpers (2009) sowie Elkeles & Mielck (1993)



Wie ersichtlich steht ganz oben im Diagramm, am Beginn der Kausalkette, die *soziale Ungleichheit* im Sinne des zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen sehr *ungleichen Zugangs zu Ressourcen* verschiedener Art, wobei hier Wissen, Geld, Macht und Prestige als Beispiele angeführt werden. Die Ungleichverteilung dieser Ressourcen wirkt sich auf die davon betroffenen Personen auch gesundheitlich in vielfältiger Weise aus. So führt sie dazu, dass im Sinne von Mielck (2005, 53) die *Bilanz* zwischen *gesundheitlichen Belastungen* und *gesundheitlichen Ressourcen* bei den einen positiv und bei den anderen negativ ausfällt. Sowohl für die Belastungen, denen man im Berufs- wie im Alltagsleben ausgesetzt sein kann und die an den körperlichen und seelischen Kräften zehren, als auch für die Ressourcen, die zur Regenerierung, Erhaltung und Stärkung der Gesundheit beitragen, finden sich im Modell konkrete Beispiele. Sie sind unter anderem psychischer Art, wie zB Selbstbewusstsein, und auch sozialer Art, wie gute zwischenmenschliche Beziehungen und gegenseitige Unterstützung (ebd., 71f). Zahlreiche weitere potenzielle Ressourcen und Belastungen ließen sich in das Modell einbauen und empirisch überprüfen (ebd., 51f).

Eine ungünstige Bilanz aus Belastungen und Ressourcen – bzw. im beruflichen Kontext auch aus „Anstrengung“ und „Belohnung“ (Mielck 2005, 50) – kann entweder direkt gesundheitliche Probleme auslösen oder sich indirekt über ein verändertes Gesundheitsverhalten (zB Rauchen zur Stressbewältigung, falsche Ernährung und Bewegungsmangel aufgrund von Zeitdruck etc.) negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Außerdem kann soziale Ungleichheit, wie der mittlere Pfeil in Abb. 2 zeigt, auch direkt Lebensstil und Gesundheitsverhalten beeinflussen, etwa wenn Personen, die über weniger gesundheitsrelevantes Wissen und Informationen verfügen, vorhandene Angebote (zB Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung etc.) nicht in Anspruch nehmen oder nützliche Hinweise (zB zur Auswahl und Zubereitung von Nahrungsmitteln) nicht in Verhalten umsetzen (können). Der letzte angenommene Wirkungsweg, auf dem soziale zu gesundheitlicher Ungleichheit führt, verläuft laut dem Modell über die *unterschiedliche Zugänglichkeit von Gesundheitsversorgung*. Hier können etwa die Möglichkeit, sich bestimmte

Leistungen über private Versicherungen zu erkaufen, die Wohnortnähe geeigneter Einrichtungen oder die mangelnde Zeit, die KassenärztInnen zur Kommunikation mit PatientInnen zur Verfügung steht, eine Rolle spielen.

Neben den (insgesamt fünf) Wirkungswegen, wie „Armut krank machen“ kann, berücksichtigt das Modell (über die nach oben gerichtete Pfeillinie) auch die Hypothese „Krankheit macht arm“ (Mielck 2005, 49). Dieser Wirkmechanismus trägt laut dem Modell ebenfalls zum Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Gesundheit bei.

Um auch die **horizontale soziale bzw. gesundheitliche Ungleichheit** besser zu berücksichtigen, sind die eben vorgestellten Erklärungsansätze noch um einige Aspekte zu erweitern. Diese Ungleichheit lässt sich nämlich nicht immer nur auf den Ressourcenzugang zurückführen, obwohl sowohl Unterschiede nach *Geschlecht* als auch solche nach Merkmalen wie Staatsbürgerschaft oder *Migrationserfahrung* in der Regel mit vertikaler Ungleichheit sowie der Verfügung über gesellschaftliche Ressourcen und Machtmittel verknüpft sind (Halper 2008, 33 & 38). So verfügen Personen ohne > Migrationshintergrund oft über ein höheres Durchschnittseinkommen sowie ein höheres formales Bildungsniveau als Personen mit Migrationshintergrund und Männer erhalten höhere Einkommen als Frauen.

Dennoch gehen einige der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen oder zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund in eine andere Richtung als die Verteilung der (sozioökonomischen) Ressourcen vermuten ließe.

Beispielsweise fällt der **Gender-Health-Gap** bei etlichen Gesundheitsindikatoren, zB der Lebenserwartung, zuungunsten der Männer aus. Erklärt werden kann dies mit geschlechterspezifischen Rollenbildern. Die daran geknüpften unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungen an „typisch männliches“ und „typisch weibliches“ Verhalten können dazu führen, dass Männer weniger gesundheitsförderliche Verhaltensweisen an den Tag legen als Frauen. Diese bestehen zB darin, dass generell höhere Risiken eingegangen werden, seltener ÄrztInnen konsultiert werden, dabei häufiger Krankheitssymptome verschwiegen werden etc. (Baker et al. 2014, 618).

Wie bedeutend solche geschlechtstypischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind, wird in der sogenannten *Klosterstudie* nachgewiesen (Luy 2011). Dabei handelt es sich um ein > **natürliches Experiment**, das zum Ziel hatte, die in der Gesamtbevölkerung beobachteten Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Lebenserwartung mit den entsprechenden Unterschieden innerhalb eines sozialen Kontextes zu vergleichen, in dem sich die Tagesabläufe und sonstigen Lebensverhältnisse von Männern und Frauen maximal ähneln. Es stellt sich heraus, dass sich durch das Klosterleben als Ordensbruder bzw. Ordensschwester die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen (je nach betrachteter zeitlicher Periode) von über sechs bis auf ca. ein Jahr vermindert (ebd., 581f).

Die empirischen Befunde bezüglich *gesundheitlicher Unterschiede* zwischen Menschen mit und ohne **Migrationshintergrund** fallen sehr unterschiedlich aus. Richtung und Stärke eines etwaigen Zusammenhangs variieren je nach betrachtetem Gesundheits-Outcome (> Outcome) und anderen Faktoren. Wo gesundheitliche Nachteile bei Menschen mit Migrationshintergrund festgestellt werden, verschwinden diese oft, wenn bei der Datenanalyse nach sozioökonomischem Status > kontrolliert wird (Rechel et al. 2011, 2013). In diesen Fällen dürfte die eigentliche Ursache der Ungleichheit also im oben beschriebenen unterschiedlichen Zugang zu (verschiedenen Typen von) Ressourcen liegen und nicht etwa auf kulturelle Faktoren zurückzuführen sein.

Trotzdem kann es auch nach Berücksichtigung sozioökonomischer Determinanten vorkommen, dass gesundheitliche Unterschiede, die sowohl zum Vorteil als auch zum Nachteil der MigrantInnen ausfallen können, bestehen bleiben. Für diesen Effekt gibt es verschiedene Erklärungsansätze. So können für gesundheitliche Nachteile Diskriminierung und soziale Ausgrenzung oder auch die Nachwirkung migrationstypischer Bedingungen – etwa traumatischer Erfahrungen nach einer Flucht (im Gegensatz zu möglicherweise positiveren Erfahrungen bei Ausbildungs- oder Arbeitsmigration) – verantwortlich gemacht

werden (Anzenberger et al. 2015). Daneben können Vor- wie Nachteile ebenso auf kulturell geprägte Verhaltensweisen (etwa bezogen auf die Ernährung oder den Alkoholkonsum) zurückzuführen sein (Helgesson et al. 2019, 2). Für etwaige gesundheitliche Vorteile von MigrantInnengruppen stellt die These des *Healthy-Migrant-Effects* außerdem Erklärungen bereit, die den Fokus auf positive Selektionseffekte durch Migration legen. Demnach kann sich sowohl der Umstand, dass eine Auswahl überdurchschnittlich gesunder und motivierter Personen auswandert, als auch jener, dass vorwiegend ältere MigrantInnen wieder ins Heimatland zurückkehren, positiv auf die Gesundheit der MigrantInnenpopulation eines Ziellandes auswirken (ebd., 2).

3

Verwendete Indikatoren und Methoden

Grundsätzlich basiert der vorliegende Bericht auf drei großen Datenquellen. Den **Gesundheitsbefragungen ATHIS** (*Austrian Health Interview Survey*) und **SHARE** (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) sowie der **Österreichischen Todesursachenstatistik**.

Die Österreichische Todesursachenstatistik bildet die > Mortalität gemäß den dokumentierten ärztlichen Diagnosen ab. Mit den beiden Gesundheitsbefragungen wird schwerpunktmäßig die > **Morbidität** der Bevölkerung erhoben. Sie werden wiederkehrend in mehrjährigen Abständen durchgeführt: Von **ATHIS** gab es (zuletzt) 2014 sowie 2006/2007 eine Erhebung. Die Ergebnispublikation der aktuell durchgeführten ATHIS-Erhebung ist für Ende 2020 geplant. Von **SHARE** erfolgt alle zwei Jahre eine Erhebung. Die aktuellsten, bereits verfügbaren Datensätze stammen aus den Jahren 2017 und 2015. Beide Befragungen beruhen auf für Österreich repräsentativen Stichproben. ATHIS bildet die österreichische Wohnbevölkerung über 14 Jahren ab. SHARE ist hingegen auf Personen ab einem Alter von 50 Jahren beschränkt¹¹.

Dieses Kapitel trifft unter den vielen > **Indikatoren** (bzw. > Variablen) in den angeführten Datenquellen eine Auswahl und stellt jene vor, die für die Beantwortung der in der Einleitung aufgeworfenen Fragestellung relevant sind. Diese Indikatoren decken sich größtenteils mit jenen, die in Kapitel 2 bereits im Zuge der Beschreibung ausgewählter Forschungsergebnisse erwähnt wurden.

Bei den Indikatoren der in Kapitel 2 dargestellten Zusammenhänge handelt es sich um zwei Typen: **soziale > Determinanten** (bzw. > Einflussfaktoren) einerseits – sie gehen in statistische Analysen als > unabhängige Variablen ein – und > **Outcomes** (bzw. > Ergebnisindikatoren) andererseits. Letztere werden als (von sozialen Determinanten) > abhängige Variablen betrachtet. Bei den Outcomes handelt es sich zum einen um > Prävalenzen ausgewählter chronischer Krankheiten und zum anderen um todesursachenspezifische > Mortalitätsraten. Um den Überblick zu wahren, erfolgt eine Einschränkung auf fünf Gruppen besonders bedeutsamer chronischer Krankheiten. Bei vier dieser Krankheitsgruppen handelt es sich um die häufigsten in Wien auftretenden Todesursachen. Einzig die psychischen Erkrankungen werden aus einem anderen Grund in die Auswahl einbezogen: ihrer landesweit sehr hohen Prävalenz.

Zum Abschluss des Kapitels werden > **logistische Regressionsmodelle** als Methode der > **multivariaten Datenanalyse** in einem kurzen Abriss erläutert.

3.1. Ausgewählte soziale Determinanten

Beide Gesundheitsbefragungen berücksichtigen in allen Erhebungen auch wesentliche > sozioökonomische und > soziodemografische Merkmale, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Neben Informationen zu Alter und Geschlecht der Befragten, beinhalten die für diesen Bericht analysierten ATHIS-Datensätze 2014 und 2006/2007 sowie SHARE-Datensätze 2017 und 2015 auch Informationen zu den im Folgenden vorgestellten weiteren Merkmalen.

¹¹ Während ATHIS ausschließlich die in Privathaushalten lebende Bevölkerung inkludiert und alle sogenannten Anstaltshaushalte ausschließt (Statistik Austria 2016, 7), bezieht SHARE die in Alten- und Pflegeheimen lebende Bevölkerung explizit mit ein und erfasst nur jene Personen nicht, die sich im Gefängnis oder Krankenhaus befinden (Bergmann et al. 2017, 13).

3.1.1. MIGRATIONSHINTERGRUND

ATHIS 2014 und 2006/2007

In ATHIS 2014 und 2006/2007 wurden die Teilnehmenden mit gleichlautenden Fragen sowohl nach ihrem **Geburtsland** als auch nach ihrer **Staatsbürgerschaft** gefragt¹². Als Antwort konnte Österreich bzw. die österreichische Staatsbürgerschaft oder ein anderes Land (welches selbst zu nennen war) bzw. dessen Staatsbürgerschaft angegeben werden.

Um auf Basis der Antworten der Befragten ihren **Migrationsstatus** bestimmen zu können, wurden im Zuge der Auswertungen die einzelnen Angaben zum Geburtsland und zur Staatsbürgerschaft miteinander kombiniert. > **Migrationshintergrund** haben, nach der für Publikationen der Stadt Wien gültigen Definition, Personen, die entweder eine ausländische Staatsbürgerschaft besitzen *oder* (im Fall einer österreichischen Staatsbürgerschaft) ihren Geburtsort im Ausland haben *oder* für die beides zutrifft. Nach den entsprechenden Angaben der Befragten wurden sie den Kategorien *mit* und *ohne Migrationshintergrund* zugeordnet.

Auf Basis der Angaben zum jeweiligen Geburtsland bzw. zur jeweiligen Staatsbürgerschaft wurde die Kategorie *mit Migrationshintergrund* nach Möglichkeit weiter unterteilt in einen *EU-* und einen *Nicht-EU-Migrationshintergrund*. Diese zusätzliche Kategorisierung differenziert danach, ob das Geburtsland oder das Land, dessen Staatsbürgerschaft eine Person mit Migrationshintergrund besitzt, zur Zeit der Berichterstellung im Jahr 2019 EU- oder EFTA-Mitglied war. Von dieser Möglichkeit, die zusätzlichen Informationswert bei der Darstellung von Prävalenzunterschieden haben kann, wurde allerdings nur dann Gebrauch gemacht, wenn die Zahl der Nennungen pro Kategorie für eine weiterführende statistische Analyse ausreichend war.

SHARE 2017 und 2015

Auch bei den beiden aktuellsten Erhebungen im Rahmen der SHARE-Studie wurden die Befragten um Informationen bezüglich ihrer **Staatsbürgerschaft** und ihres **Geburtslandes** gebeten. Die Art der Fragestellung unterschied sich etwas von der in ATHIS, da explizit nach Österreich als Geburtsland oder Land der Staatsbürgerschaft gefragt wurde (vgl. Anhang). Auf die Bildung der Kategorien des **Migrationsstatus** hatte dies aber keinen Einfluss: Hierfür wurde dieselbe Vorgehensweise gewählt wie im Rahmen der Auswertung der ATHIS-Datensätze (siehe oben).

3.1.2. SOZIOÖKONOMISCHE MERKMALE

Zu den sozioökonomischen Merkmalen werden jene gezählt, die traditionell in den Sozialwissenschaften zur Erfassung der > sozialen Schichtzugehörigkeit (bzw. des sozioökonomischen Status) von Personen verwendet werden. Dazu zählen Einkommen bzw. Vermögen, Erwerbsstatus bzw. die berufliche Stellung sowie der höchste formale Bildungsabschluss einer Person.

ATHIS 2014 und 2006/2007

Den **Bildungsstatus** erfasst ATHIS mithilfe mehrerer Fragen, deren Anzahl 2014 höher war als 2006/2007 (vgl. Anhang), was jedoch keine nennenswerten Folgen für die Auswertung hatte. Einerseits sollten die Teilnehmenden die Frage nach ihrem höchsten erreichten Bildungsabschluss beantworten, wobei die Antwortfolge der in Österreich üblichen

¹² Ein Fragenkatalog mit allen für diesen Bericht verwendeten und aus den zitierten Umfragen entnommenen Items (inkl. Antwortkategorien) befindet sich – sofern die Fragen und Antwortmöglichkeiten nicht im Text wiedergegeben wurden – im Anhang. Sie können dort im Wortlaut nachgelesen werden.

hierarchischen Einordnung entsprach¹³. Andererseits wurden sie dazu aufgefordert, anzugeben, ob sie bestimmte Ausbildungen begonnen und vorzeitig abgebrochen bzw. bestimmte Zusatzausbildungen abgeschlossen haben.

Zum Zweck der Auswertung wurden aus den Informationen der Befragten vier Kategorien des Bildungsstatus gebildet:

- **Pflichtschule** umfasst Personen, die ihren Bildungsweg nach der Pflichtschule mit und ohne Abschluss beendet haben, wobei Personen, die zusätzlich noch die Polytechnische Schule abgeschlossen haben, dazugezählt werden.
- **Lehre +** umfasst neben Personen mit Lehrabschluss auch solche, die eine berufsbildende mittlere Schule (BMS) mit zweijähriger Mindestdauer oder zumindest die 3. Klasse einer BHS erfolgreich abgeschlossen haben.
- **Matura +** umfasst neben Personen mit Matura (zB an einer AHS oder BHS) auch jene, welche kürzere Ausbildungen, die Matura voraussetzen aber nicht zu einem akademischen Titel führen (zB universitäre Lehrgänge und Kollegs) abgeschlossen haben sowie ausgebildete Diplomkrankenschwestern und Personen mit Meisterprüfung.
- **Hochschule +** umfasst Personen mit Abschluss an einer Hochschule (Universität, FH, PH) oder hochschulverwandten Einrichtung (zB Pädagogische, Medizinisch-technische oder Sozial-Akademien) und Personen mit postgraduellen Abschlüssen (zB MBA, MAS).

Zur Darstellung von Prävalenzunterschieden wurden die Ergebnisse differenziert nach allen vier beschriebenen Kategorien dargestellt.

Bezüglich des **Erwerbsstatus** enthält ATHIS sowohl 2014 als auch 2006/2007 eine Frage, die die eigenständige Zuordnung der Befragten zu bestimmten Erwerbsgruppen verlangt. Die ursprünglich neun Antwortkategorien, aus denen gewählt werden konnte, wurden für die in diesem Bericht vorgenommenen Auswertungen auf drei reduziert, nämlich:

- **pensioniert:** Die Antwortoption *Pensionist(in)* wurde unverändert übernommen, da die darunter fallenden Personen als Vergleichsgruppe eine Sonderstellung einnehmen. Grund ist ihre besondere Altersstruktur, die erhöhte Prävalenzen in dieser Gruppe erwarten lässt. Wie eine Analyse der Altersstruktur zeigt, befinden sich in dieser Kategorie kaum Personen unter 60 Jahren. Dennoch differenziert die Antwortoption nicht nach Art der Pension und wurde eventuell auch von Invaliditäts- und Hinterbliebenen-PensionistInnen gewählt.
- **arbeitslos und arbeitsunfähig:** Arbeitslosigkeit gilt als großer gesundheitlicher Risikofaktor. Sie kann aber auch *Folge* gesundheitlicher Beeinträchtigungen sein, die bis zu offiziell anerkannter Erwerbsunfähigkeit führen. Beide Merkmale lassen erhöhte Morbidität erwarten. Sie wurden zur Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von Nennungen pro Kategorie zusammengelegt.
- **erwerbstätig und sonstiges:** Für die weiteren sechs Kategorien in ATHIS (*erwerbstätig, haushaltsführend, SchülerIn, Präsenz-/ZivildienstlerIn, in Elternkarenz* und *anderes*) wurde ein ähnliches gesundheitliches Risikoprofil angenommen. Sie wurden daher unter der Bezeichnung *erwerbstätig und sonstiges* zu einer Gruppe zusammengefasst.

Die Frage nach dem **Haushaltseinkommen** wurde in ATHIS 2014 und 2006/2007 in etwas unterschiedlicher Weise erhoben (vgl. Anhang). Die Befragten des Jahres 2014 wurden darum gebeten, möglichst den genauen Netto-Betrag des Einkommens aller Haushaltsmitglieder pro Monat anzugeben. Der ATHIS-Datensatz enthielt dann die Information, in welche der daraus berechneten *Einkommensquintile*¹⁴ (> Quintil) die Personen fielen. Diese Informationen wurden auch zur Analyse und Ergebnisdarstellung herangezogen. Im Unterschied dazu wurden 2006/2007 den Befragten 15 *Einkommensklassen* verschiedener Breite zur Auswahl vorgelegt. Für die Analyse wurden diese auf vier reduziert, nämlich: *0 bis 900 €*, *901 bis 1.500 €*, *1.501 bis 2.200 €* und *2.201 € oder mehr*.

¹³ Das heißt zB: Universitätsabschlüsse werden als höher angesehen als Abschlüsse mit Matura, die wiederum höher bewertet werden als Lehrabschlüsse. In hohem Maße spiegelt dies Traditionen und gesellschaftliche Zuschreibungen wider, was ua. sich auf Gehalts-schemata auswirkt. Es heißt aber nicht unbedingt, dass bestimmte vermittelte Kenntnisse und Fertigkeiten objektiv besser, nützlicher oder auch nur beruflich verwertbarer sind als andere.

¹⁴ i. e. die Einkommensverteilung geteilt in fünf Kategorien mit etwa gleich vielen Personen, wobei nur die Kategorienbezeichnungen (dh. 1. bis 5. Quintil) und nicht deren Grenzen in € bekanntgegeben wurden.

Der **Bildungsstatus** wurde in SHARE mithilfe von zwei Fragen erhoben, die einerseits den höchsten Schulabschluss und andererseits eine etwaige weiterführende Schule betrafen (siehe Anhang). Auf Basis der Antworten wurden die Befragten in das Kategorienschema der internationalen Klassifikation der Bildungsabschlüsse ISCED-97 eingeteilt. Der offizielle SHARE-Datensatz enthielt eine dementsprechende Variable. Personen mit Lehrabschluss und AbsolventInnen von AHS fallen in eine gemeinsame Kategorie dieser ISCED-Variable und konnten daher auch nur zusammen ausgewertet werden. Alle mittleren Abschlüsse wurden somit in eine Kategorie zusammengefasst, sodass bei der Ergebnisdarstellung der SHARE-Daten (im Unterschied zu ATHIS) nur nach drei Bildungskategorien unterschieden wurde, nämlich:

- **Pflichtschule:** siehe oben unter „ATHIS 2014 und 2006/2007“
- **mittlerer Abschluss:** zusammengefasste Darstellung der Kategorien *Lehre +* sowie *Matura +*. Siehe oben unter „ATHIS 2014 und 2006/2007“
- **Hochschule +:** siehe oben unter „ATHIS 2014 und 2006/2007“

Die Frage zur Erhebung des **Erwerbsstatus** hatte in SHARE einen etwas anderen Wortlaut (*Wie würden Sie am ehesten Ihre derzeitige Beschäftigungssituation beschreiben?*), aber sehr ähnliche Antwortoptionen wie in ATHIS (siehe Anhang). Mit den Kategorien *pensioniert* sowie *arbeitslos und arbeitsunfähig* wurde ebenso verfahren wie im ATHIS-Datensatz. Daneben gab es nur drei weitere Kategorien, die ebenfalls unter *erwerbstätig und sonstiges* zusammengefasst wurden.

In SHARE wurde das **Haushaltseinkommen** nach derselben Definition wie in ATHIS 2014 erhoben. Gefragt wurde nach dem Nettobetrag des Gesamteinkommens aller Haushaltsmitglieder. Außerdem konnte der genaue Betrag angegeben werden. Zur Ergebnisdarstellung wurden daher ebenfalls *Einkommensquintile* herangezogen.

Darüber hinaus wurde auch die subjektive Bewertung des **finanziellen Auskommens** des Haushalts erhoben. Die Befragten wurden gebeten, einzuschätzen, wie gut sie mit dem Einkommen monatlich *über die Runden kommen*. Sie konnten aus vier Optionen von *völlig problemlos* bis *mit großen Schwierigkeiten* wählen.

Aggregierte Merkmale

Im empirischen Teil des Berichts werden hauptsächlich Zusammenhänge zwischen den oben beschriebenen sozialen Merkmalen und der Krankheitslast von *befragten Personen* dargestellt.

Ergänzend werden Zusammenhänge zwischen > aggregierten Merkmalen der **Wiener Gemeindebezirke** analysiert. Dabei handelt es sich um das durchschnittliche Einkommen pro Gemeindebezirk einerseits und die Sterblichkeit (aufgrund verschiedener Krankheiten) im Gemeindebezirk andererseits. Letztere wird mit der todesursachenspezifischen Mortalitätsrate gemessen. Sie gibt an, wie viele Menschen in einem Zeitraum an einer bestimmten Todesursache gestorben sind (siehe Kap. 3.2.3). Die Mortalitätsrate ist für ganz Wien und die Wiener Gemeindebezirke verfügbar, nicht aber für kleinere räumliche Ebenen (etwa Baublöcke).

Von den oben beschriebenen sozioökonomischen Merkmalen ist das Einkommen das einzige, für das sich auf Bezirksebene Durchschnitte bilden lassen. In die Berechnung des durchschnittlichen Einkommens fließen sowohl die Daten von Hoch- als auch von NiedrigverdienerInnen ein. In dieser Maßzahl sind daher sehr breite und diverse Bevölkerungsschichten mit erfasst. Deswegen ist es sinnvoll, das Einkommen als sozioökonomische Determinante für die Analysen auf Bezirksebene zu verwenden.

Die Daten zur Berechnung des **Durchschnittseinkommens pro Bezirk** wurden den online publizierten Datenressourcen der Magistratsabteilung 23 (Wirtschaft, Arbeit und Statistik)¹⁵ zu diesem Thema entnommen. Das Durchschnittseinkommen pro Bezirk ist hier definiert als lohnsteuerpflichtiger Nettobezug aller unselbstständig (Voll- oder Teilzeit-)Beschäftigten, die im jeweiligen Bezirk wohnhaft sind. Datengrundlage bildet die Lohnsteuerstatistik 2016, die auf den Lohnzetteln der ArbeitnehmerInnen beruht.

3.2. Die Ergebnisindikatoren

In diesem Abschnitt werden Details zu den > epidemiologischen Outcomes erläutert. Zunächst wird der Auswahlprozess der als relevant erachteten Erkrankungen (bzw. Kategorien zusammengefasster Einzelkrankheiten) nachgezeichnet. Daraufhin wird zuerst die Erhebung der Indikatoren zur krankheitsspezifischen Morbidität und dann jener zur Mortalität thematisiert. Erwähnt werden auch jene Befragungen und Prozesse, in deren Rahmen diese Erhebung stattfand.

3.2.1. BEDEUTSAME CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Als Kriterium zur Beurteilung der Bedeutsamkeit von chronischen Erkrankungen wurde deren **Häufigkeit als Todesursache** herangezogen. Laut Österreichischer Todesursachenstatistik 2017 entfielen in Wien ca. drei Viertel der Todesfälle (774 von 1.012 Toten je 100.000 EinwohnerInnen (EW)) auf Ursachen aus den folgenden vier Kategorien¹⁶: *Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Bösartige Neubildungen, Krankheiten der Atmungsorgane sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen*.

Jede dieser vier Krankheitsgruppen enthält ua. einzelne, im Folgenden aufgezählte Krankheitsbilder, die besonders oft als Todesursache erfasst und auch deswegen häufig in allgemeinen Gesundheitsberichten (zB Stadt Wien 2017 und Griebler et al. 2017) thematisiert werden.

Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems:

- > Ischämische Herzkrankheiten, inkl. Myokardinfarkt (I20-I25)¹⁷: verursachten 2017 in Wien 191,7 Todesfälle je 100.000 EW bzw. ca. 47,4 % aller Herz-Kreislauf-Todesfälle.
- > Zerebrovaskuläre Krankheiten, inkl. Hirninfarkt und Schlaganfall (I60-I69): verursachten 2017 mit 50,8 Fällen je 100.000 EW 12,6 % der Herz-Kreislauf-Todesfälle in Wien.

Bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen):

- Bösartige Neubildungen (BN) der Luftröhre, Bronchien und Lunge (C33-C34): waren 2017 in Wien für 56,5 Todesfälle je 100.000 EW verantwortlich. Das waren 22,4 % aller Todesfälle durch bösartige Neubildungen in Wien.
- BN des Colon, Rektums und Anus (C18-C21): waren in Wien 2017 für 29,6 Todesfälle je 100.000 EW verantwortlich. Das waren 11,7 % aller Todesfälle durch BN in Wien.
- BN der Brustdrüse (C50): verursachten 2017 in Wien 19,8 Todesfälle je 100.000 EW. Das waren 7,9 % aller Todesfälle durch BN in Wien.
- BN der Bauchspeicheldrüse (C25): verursachten 2017 in Wien 19,5 Todesfälle je 100.000 EW. Das waren 7,7 % aller Todesfälle durch BN in Wien.

¹⁵ Verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/einkommen/index.html>

¹⁶ Die Bezeichnungen der Kategorien wurden den Publikationen der Statistik Austria zur Österreichischen Todesursachenstatistik entnommen. Die relevante Publikation „Gestorbene nach Todesursachen und Bundesländern“ wird jährlich aktualisiert und ist verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html

¹⁷ Die Österreichische Todesursachenstatistik folgt der Logik der *International Classification of Diseases* (ICD). Die ICD ist eine international gültige Kategorisierung von Erkrankungen, die jede anerkannte Diagnose mit einem Code versieht. Da diese Codes zur genauen Eingrenzung der Todesursachen wichtig sind, sind sie jeweils in Klammer angeführt.

- BN der Prostata (C61): verursachten 2017 in Wien 13,5 Todesfälle je 100.000 EW. Das waren 5,4 % aller Todesfälle durch BN in Wien.

Krankheiten der Atmungsorgane:

- COPD und sonstige chronische Erkrankungen der unteren Atemwege, außer Asthma bronchiale (J40-J44, J47)¹⁸: verursachten 2017 in Wien 43,5 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 66,8 % aller an Atemwegserkrankungen Gestorbenen.

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes mellitus (E10-E14): wurde in Wien 2017 für 40,8 Todesfälle je 100.000 EW verantwortlich gemacht¹⁹. Das sind 78,2 % aller endokrinen Erkrankungen.

In den Kreis bedeutsamer chronischer Erkrankungen wurden auch weit verbreitete **psychische Krankheiten**, wie etwa Depression²⁰, aufgenommen. Sie scheinen in der Österreichischen Todesursachenstatistik nicht als direkte Todesursachen auf. Allerdings spielen sie sehr wohl eine Rolle als indirekte Todesursache, da sie im schlimmsten Fall bis zum Tod durch Suizid bzw. Selbstbeschädigung (X60-X84, Y87.0) führen – eine Todesursache, bei der die Mortalität 2017 in Wien bei 10,3 Todesfällen pro 100.000 EW lag. Psychische Erkrankungen interagieren außerdem häufig mit > somatischen Krankheiten, können diese verstärken und erhöhen dadurch die Mortalität, ohne dass dies in der Statistik ersichtlich wäre. Zudem bringen psychische Erkrankungen, über die individuelle Betroffenheit hinaus, vielfältige gesellschaftliche Konsequenzen mit sich, sei es bezogen auf die Arbeitswelt, das Gesundheits- und Sozialsystem oder die Lebensqualität im Allgemeinen.

3.2.2. DIE SELBSTBERICHTETE MORBIDITÄT

Im vorliegenden Bericht sollen vorwiegend Unterschiede in der Morbidität zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen mittels Prävalenzen wiedergegeben werden.

In **ATHIS** werden diese Unterschiede durch diverse Fragen erhoben. In Österreich wurden im Jahr 2014 15.771 Personen und in den Jahren 2006/2007 15.474 Personen befragt. Darunter befanden sich 2014 1.734 WienerInnen und 2006/2007 1.463 WienerInnen. Sie wurden auch nach dem Vorliegen der oben angeführten bedeutsamen Erkrankungen gefragt²¹. Im Wortlaut wurden sie gebeten, anzugeben, ob folgende Krankheiten „in den letzten 12 Monaten“ auftraten²²:

- *Chronische Bronchitis, COPD oder ein Emphysem*
- *Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts*
- *Koronare Herzkrankheit oder Angina Pectoris*
- *Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalles*
- *Diabetes*
- *Depression*
- *Krebs* – war 2006/2007 Teil der Erhebung und wird es 2019/2020 wieder sein. Da 2014 auf Fragen dazu verzichtet wurde, beruhen die hier dargestellten Ergebnisse auf den Daten aus 2006/2007, die sich auf die Lebenszeit-Prävalenz („Hatten Sie jemals ...“) beziehen.

18 Laut Literatur gibt es mehrere Ansätze COPD (*chronic obstructive pulmonary disease*) mittels ICD-Codes zu definieren. Wegen der „internationalen Vergleichbarkeit für Untersuchungen langzeitlicher Trends“ wird eine „erweiterte Definition“ durch die ICD-Codes J40-J44 und J47 empfohlen (Steppuhn et al. 2017, 16).

19 Diabetes mellitus hat als Todesursache in den letzten Jahren in Österreich stark an Bedeutung gewonnen (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017), weil sie immer öfter als solche erfasst wird. Es ist aber zu bedenken, dass DiabetikerInnen oft nicht an ihrer Grundkrankheit, sondern an durch sie hervorgerufenen anderen Krankheiten sterben.

20 Sie fallen in der ICD-Klassifikation unter Rubrik *affektive Störungen* mit den Codes F30-F39.

21 Zusätzlich war im Falle eines Vorliegens anzugeben, ob dies auf einer ärztlichen Diagnose beruhte oder nicht. Diese Information wurde allerdings in den Auswertungen für diesen Bericht nicht berücksichtigt.

22 Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Die Stichprobengröße in **SHARE** betrug 2017 für Österreich 3.206 und 2015 3.402 Personen, in Wien wurden 747 bzw. 748 Personen befragt. Sie wurden gebeten, anzugeben, ob ihnen ein Arzt/eine Ärztin schon einmal gesagt hat, dass sie eine der angeführten Krankheiten haben, bzw. ob sie derzeit daran leiden.²³

- *Herzanfall, einschließlich Herzinfarkt, Koronarthrombose oder eine andere Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz*
- *Schlaganfall oder Gehirngefäßkrankung, Durchblutungsstörungen im Gehirn*
- *Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel*
- *Chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis oder Lungenaufblähung (Emphysem)*
- *Krebs oder Malignom, sowie Leukämie oder Lymphome*
- *Alzheimer, Demenz, hirnlokales Psychosyndrom, Senilität oder irgendwelche andere ernsten Geistesschwächen*
- *Gemütskrankheiten oder emotionale Erkrankungen, inklusive Angststörungen, Nerven- oder psychiatrischen Probleme*
- *Depression* – das Vorliegen wird abgeleitet aus den Antworten auf zwölf Fragen, die jeweils ein mögliches Symptom einer Depression erhoben, darunter *Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit* und *Suizidalität*. Beim Auftreten von vier oder mehr Symptomen ist von einer Depression auszugehen (Mehrbrodt et al. 2017, 3).

In Individualdatensätzen aus Stichprobenerhebungen wie ATHIS und SHARE lassen sich aus den Anteilswerten und der Stichprobengröße nach einer gängigen Formel **> Konfidenzintervalle** berechnen (Bortz & Döring 2007, 418f). Das Konfidenzintervall ist in den Ergebnisdiagrammen als gestrichelter Säulen dargestellt. Es zeigt, in welchem Anteilbereich die Krankheitsprävalenzen in der Grundgesamtheit mit hoher Wahrscheinlichkeit (95 %) liegen. Weiters lässt sich mit ihnen die **> statistische Signifikanz** von Gruppenunterschieden feststellen: Sie ist gegeben, wenn sich die Konfidenzintervalle zweier vergleichener Säulen auf der Y-Achse nicht überschneiden.

3.2.3. DIE TODESURSACHENSPEZIFISCHE MORTALITÄT

Allgemeine Mortalitätsraten spiegeln das Ausmaß der Sterblichkeit in einem Land/einer Region wider. Wird nur die von einer bestimmten Krankheit verursachte Sterblichkeit betrachtet, spricht man von **todesursachenspezifischer Mortalität**. Im Gegensatz zur absoluten Anzahl der Gestorbenen berücksichtigt die Mortalitätsrate auch die Bevölkerungsgröße der verglichenen Länder/Regionen, indem die Anzahl der Todesfälle je 100.000 EW angegeben wird. Die absolute Anzahl der Todesfälle wiederum wird im Zuge der Totenbeschau erhoben, den als maßgeblich festgestellten Todesursachen zugeordnet²⁴ und der Statistik Austria gemeldet.

Sowohl absolute Zahlen wie auch Mortalitätsraten werden der Öffentlichkeit über die Datenbank **StatCube** zugänglich gemacht²⁵ und lassen sich für Wien bis auf Bezirksebene auswerten. Dort ist die Darstellung der todesursachenspezifischen Mortalität noch getrennt nach Geschlecht möglich, eine tiefergehende Differenzierung nach sozialen Determinanten (wie Bildung, Migrationshintergrund etc.) aus Datenschutzgründen allerdings nicht mehr.

Sowohl die todesursachenspezifischen Mortalitätsraten als **Ergebnisindikatoren** als auch die **sozialen Determinanten** sind also (je Geschlecht) nur aggregiert als Merkmale der Wiener Gemeindebezirke (N = 23²⁶) auswertbar. Um sie einer Zusammenhangsanalyse zu unterziehen, wurde das Durchschnittseinkommen als Determinante ausgewählt (siehe oben) und der

23 Der Fragebogen ist verfügbar unter <http://www.share-project.org/data-documentation/questionnaires/questionnaire-wave-7.html>

24 Das dazu verwendete „Systematische Verzeichnis 2017“ ist verfügbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2019/Kataloge-2019.html>

25 Verfügbar unter <http://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml>

26 Die Analyseeinheiten bilden also die Wiener Gemeindebezirke und *nicht* ihre BewohnerInnen. Ihre geringe Anzahl lässt nur bivariate und keine multivariaten Analysen, wie sie mit den größeren Individualdatensätzen möglich sind, zu.

Zusammenhang mit allen > altersstandardisierten²⁷ todesursachenspezifischen Mortalitäten analysiert. Die Korrelationen wurden mittels Streudiagrammen²⁸ (Scatter-Plots) veranschaulicht. Zur Beurteilung der Stärke eines etwaigen Zusammenhangs wurde der > Korrelationskoeffizient r nach Pearson herangezogen. Werte um $r = 0,3$ werden hier als leichter, um $0,5$ als mittlerer und um $0,7$ als starker Zusammenhang interpretiert.

3.3. Modelle mit mehreren sozialen Determinanten

Um den Einfluss einzelner sozialer Determinanten auch bei gleichzeitiger Kontrolle nach allen anderen untersuchen zu können, wurden zusätzlich zu den grafisch dargestellten > bivariaten Analysen auch multivariate durchgeführt. Konkret wurden **binär-logistische Regressionsmodelle** (> logistisches Regressionsmodell) angewandt (Mayerl & Urban 2010, 9ff). Sie ermöglichen es, durch gleichzeitige Betrachtung mehrerer sozioökonomischer und soziodemografischer Merkmale (unabhängige Variablen) vorherzusagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit bestimmte Personen von einer Erkrankung *betroffen* sind oder *nicht* (abhängige Variable mit zwei Ausprägungen). Die Ergebnisse eines solchen Modells werden hier mittels Chancenverhältnissen (> Odds Ratios) ausgedrückt.

Die **Odds Ratios** werden im empirischen Teil dieses Berichts – nach dem Muster ähnlicher Publikationen zum Thema (zB Lampert et al. 2017, 52) – in Überblickstabellen dargestellt. Sie können entweder Werte von 0 bis 1 oder über 1 annehmen. Ihre Interpretation erfolgt auf ähnliche Weise wie bereits im Kapitel 2 das Ausmaß von Effekten beschrieben wurde, zB: *Das Prävalenzrisiko der Gruppe X ist im Vergleich zur Referenzgruppe Y um das Z-Fache erhöht*. Die zusammen mit den Odds Ratios berichteten **Konfidenzintervalle** lassen auf die Signifikanz des Effektes schließen. Diese ist gegeben, sofern die Konfidenzintervalle den Wert 1 nicht umschließen.

Neben ihrem zusätzlichen Informationswert können mit der Schätzung logistischer Regressionsmodelle auch diverse Probleme einhergehen. So korrelieren insbesondere sozioökonomische Merkmale häufig auch untereinander in starkem Ausmaß (> Multikollinearität): Ab einer Korrelation von $r = 0,8$ zwischen zwei potenziellen Einflussfaktoren erscheint die Aufnahme *beider* in das Modell jedenfalls nicht mehr sinnvoll. Ebenso lässt sich häufig beim schrittweisen Einbezug von Einflussfaktoren in ein Modell erkennen, dass sich seine Übereinstimmung mit den analysierten Daten (> Modellgüte) irgendwann nicht mehr verbessert. Im Sinne der geforderten „Sparsamkeit“ des Modells werden in Ergebnistabellen daher nur die Variablen wiedergegeben, deren Einbezug die Modellgüte signifikant verbessert. Ein letztes Problem betrifft die **Interpretation von Odds Ratios**. Sie lassen das Ausmaß von Effekten mitunter übertrieben groß erscheinen, insbesondere wenn sich Prävalenzen generell auf niedrigem Niveau befinden: Beträgt die Wahrscheinlichkeit zu erkranken in einer Gruppe 1 % und in einer anderen 1,5 %, so ist das Krankheitsrisiko in letzterer zwar um ganze 50 % erhöht, dennoch betrifft die Erkrankung in beiden Gruppen nur eine sehr kleine absolute Zahl von Menschen bzw. ist ihr Risiko in beiden Gruppen sehr klein.

27 Den Unterschieden in den Altersstrukturen der Wiener Gemeindebezirke wurde Rechnung getragen, indem eine „grobe“ Altersstandardisierung auf Basis der Verhältnisse zwischen Ab- und Unter-60-Jährigen durchgeführt wurde. Die entsprechenden Werte der Bezirke wurden jeweils mit jenem von ganz Wien in Beziehung gesetzt und die bezirksspezifische Mortalität danach gewichtet.

28 Und zwar mit je einem pro Geschlecht und Todesursache. Das Durchschnittseinkommen wurde jeweils auf die X-Achse und die Todesfälle je 100.000 BezirksbewohnerInnen auf die Y-Achse projiziert. Die Punkte in der Fläche dazwischen repräsentieren jeweils einen Bezirk, beschriftet mit den bekannten Bezirksnummern (1.–23.).

4

Auswertungen für Wien

Die Analyse des Wiener Teils der Daten, die im Zuge des ATHIS 2006/2007 und 2014 und des SHARE 2015 und 2017 erhoben wurden, sowie der Österreichischen Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 machte verschiedene Formen > gesundheitlicher Ungleichheit innerhalb der Stadtbevölkerung sichtbar.

Die Ergebnisse werden im Folgenden visuell dargestellt und beschrieben. Sie umfassen einerseits die > **Prävalenzen** der erhobenen Krankheiten und andererseits die > **Mortalitätsraten** aufgrund dieser Krankheiten auf Ebene der Wiener Gemeindebezirke.

Auch die Gliederung der Ergebnisdarstellung erfolgt nach den oben als bedeutsam definierten fünf Krankheitsgruppen. Jede davon wird in einem eigenen Unterkapitel behandelt, nämlich:

- Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen in Kapitel 4.1
- Krebserkrankungen in Kapitel 4.2
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) in Kapitel 4.3
- Diabetes mellitus in Kapitel 4.4
- Depression und Suizid in Kapitel 4.5

Diese Kapitel gliedern sich weiter nach den verwendeten Datenquellen und den einzelnen sozialen > **Determinanten**, deren Einfluss jeweils untersucht wird. Beim Vergleich der Prävalenzen nach einer sozialen Determinante ist stets mit zu bedenken, dass Unterschiede (teilweise) auch durch die verschiedenen Altersstrukturen der miteinander verglichenen Gruppen bedingt sein können. Dieser und andere Struktureffekte werden in Kapitel 4.6 in Regressionsanalysen (> logistische Regressionsanalyse) > kontrolliert.

4.1. Ischämische Herz-Kreislauf-erkrankungen

Die folgende Ergebnisdarstellung knüpft an die Beschreibung bedeutsamer Erkrankungen in Kapitel 3.2 an. Dort wurde die Auswahl > *zerebrovaskulärer Erkrankungen* und > *ischämischer Herzkrankheiten* mit der hohen Sterblichkeit an diesen Krankheiten begründet. Beide Krankheitsgruppen lassen sich unter dem Begriff *ischämische Herz-Kreislaufkrankungen* zusammenfassen. Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen wurden in den Gesundheitsbefragungen auf unterschiedliche Weise erhoben: Die sich aus dem ATHIS 2014 ergebenden Prävalenzen basieren auf Angaben der Befragten zu Herzinfarkt, koronarer Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall. Die Prävalenzen aus dem SHARE 2017 basieren ua. auf Angaben zu Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn. Die (bezirksspezifischen) Mortalitätsraten schließlich basieren auf der Österreichischen Todesursachenstatistik und umfassen alle Krankheiten, die unter die ICD-Codes I60 bis I69 und I20 bis I25 fallen (siehe Kap. 3.2).

Um die Einordnung der Ergebnisse zu erleichtern, werden bereits bekannte Prävalenzzahlen zu ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen vorab in einem kurzen Info-Kasten angeführt. Sie wurden anderen Publikationen zum Thema entnommen.

Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen: Prävalenzen

Die 12-Monats-Prävalenz für Herzinfarkt lag 2014 in Österreich laut dem Bericht über die bundesweiten ATHIS-Ergebnisse bei 1,0 % (m: 1,4 %; w: 0,6 %). In Wien lag sie bei 0,7 % (Klimont & Baldaszi 2015, 76). Die Lebenszeit-Prävalenz lag 2006/2007 in Österreich bei 2,2 % (m: 2,9 %; w: 1,5 %). In Wien lag sie bei 2,5 % (Klimont et al. 2007, 62). Die Erfahrung eines Herzinfarkts ist bei ab-50-jährigen Personen bereits deutlich weiter verbreitet. Laut den SHARE-Ergebnissen 2017 gaben sowohl bundesweit als auch in Wien jeweils ca. 11 % der Befragten an, bereits einen Herzinfarkt hinter sich zu haben.

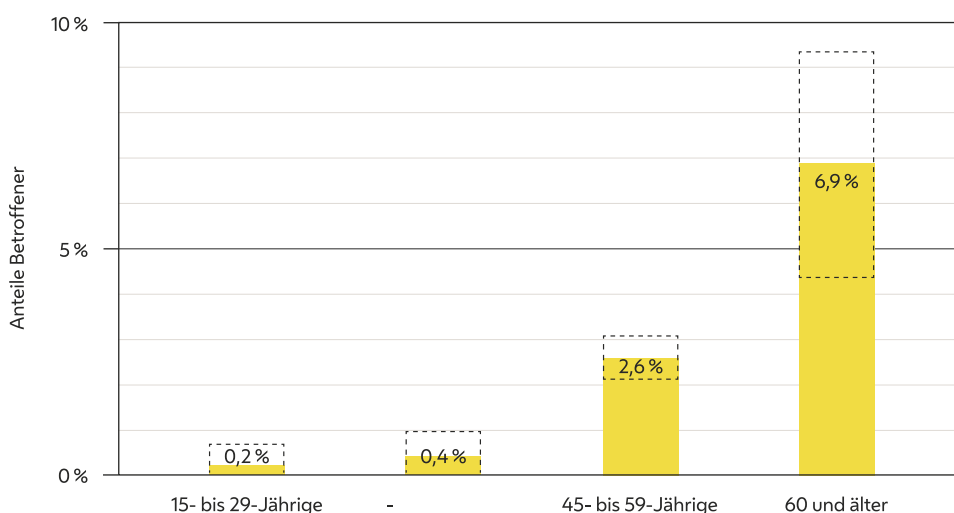
Die 12-Monats-Prävalenz für koronare Herzkrankheit und Angina Pectoris lag 2014 laut ATHIS-Ergebnissen bundesweit bei 2,2 % (m: 2,1 %; w: 2,2 %) und in Wien bei 1,4 % (Klimont & Baldaszi 2015, 76).

Die 12-Monats-Prävalenz für Schlaganfall und chronische Beschwerden infolge eines solchen lag 2014 laut ATHIS-Ergebnissen bundesweit bei 0,8 % (m: 0,8 %; w: 0,8 %) und in Wien bei 0,7 % (Klimont & Baldaszi 2015, 76). Die Lebenszeit-Prävalenz lag 2006/2007 in Österreich bei 2,2 % (m: 2,2 %; w: 2,2 %) und in Wien bei 2,1 % (Klimont et al. 2007, 63).

ATHIS 2014: SELBSTBERICHTETE PRÄVALENZ VON ISCHÄMISCHEN HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN IN DER WIENER WOHNBEVÖLKERUNG

Von ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen sind vorwiegend höhere **Altersgruppen** betroffen. Abbildung 3 verdeutlicht das Ausmaß der Altersunterschiede hinsichtlich der Prävalenz schwerwiegender ischämischer Herz-Kreislaufkrankungen. Diese Prävalenz entspricht der Summe der Angaben zu Herzinfarkt, koronarer Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall. Der Anteil jener Personen, die angaben, eine dieser Krankheiten in den letzten 12 Monaten gehabt zu haben, ist in der Abbildung differenziert nach vier Altersgruppen dargestellt.

Abb. 3: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen*, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen



*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall

Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Dieser Anteilswert betrug bei den ab-60-jährigen Personen mit 6,9 % mehr als das Doppelte wie in der nächstjüngeren Altersgruppe. Von den 45- bis 59-Jährigen hatten nur 2,6 % der Befragten in den letzten 12 Monaten eine der erhobenen Herz-Kreislaufkrankungen erlitten. In den beiden Altersgruppen unter 45 Jahren lag der Anteil der Betroffenen noch tiefer und befand sich nahe am Nullpunkt. Unterschiede zwischen den **Geschlechtern** gab es hingegen kaum. Auf eine Darstellung anhand einer entsprechenden Grafik wird daher an dieser Stelle verzichtet.

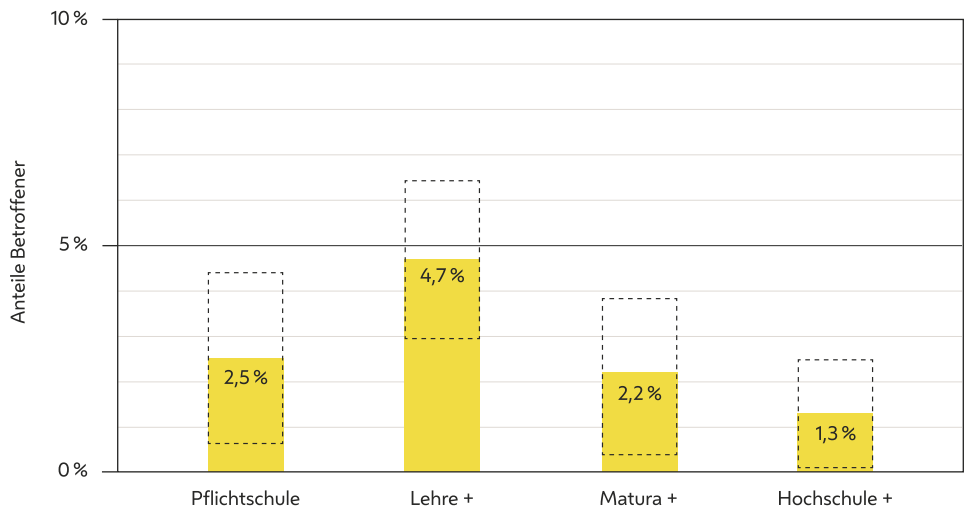
Generell waren, was die analysierten Wiener Stichproben des ATHIS 2014 betrifft, die Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Prävalenzen aller fünf Krankheitsgruppen sehr gering und großteils nicht > statistisch signifikant. Sie werden daher im Anhang in einer alle > **Outcomes** umfassenden Grafik gesondert dargestellt.

Differenziert man den Anteilswert der Betroffenen nach dem höchsten von ihnen erreichten **Bildungsabschluss**, so ergibt sich ein Bild wie in Abbildung 4 dargestellt. Wie man erkennt, lag 2014 die 12-Monats-Prävalenz für ischämische Herz-Kreislaufkrankungen bei AkademikerInnen mit 1,3 % signifikant unter jener von Personen, deren höchster Bildungsabschluss

die Lehre oder eine gleichwertige Ausbildung ist. Bei ihnen waren 4,7 % der Befragten von Herz-Kreislauferkrankungen betroffen. Andere Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sind nicht signifikant.

Die Einschränkung auf Personen ab 25 Jahren erfolgte, weil ab diesem Alter davon ausgegangen werden kann, dass die meisten Befragten ihren höchsten Bildungsstand erreicht haben und das Merkmal als Gesundheitsdeterminante relevant wird.

Abb. 4: Ischämische Herz-Kreislauferkrankungen*, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss

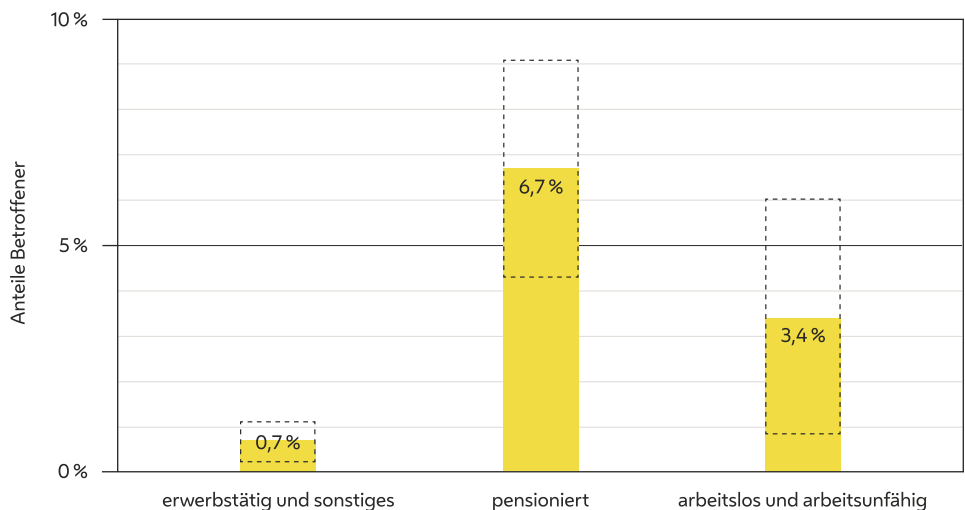


*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall

Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Statt nach ihrem höchsten Bildungsabschluss werden die Befragten in Abbildung 5 nach ihrem **Erwerbsstatus** unterschieden. Jene Befragten, die sich bereits in Pension befanden, wiesen 2014 mit 6,7 % die höchste Prävalenz an Herz-Kreislauferkrankungen auf. Diese unterschied sich auch signifikant von den 0,7 % jener Personen, die erwerbstätig waren oder sich in einer „sonstigen“ Lebenssituation (zB karenziert, im Präsenzdienst oder in Ausbildung) befanden und ebenfalls eine Herz-Kreislauferkrankung erlitten hatten. In der Gruppe der Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen lag die Prävalenz mit 3,4 % fast genau dazwischen, unterschied sich von den beiden anderen Gruppen jedoch nicht signifikant.

Abb. 5: Ischämische Herz-Kreislauferkrankungen*, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



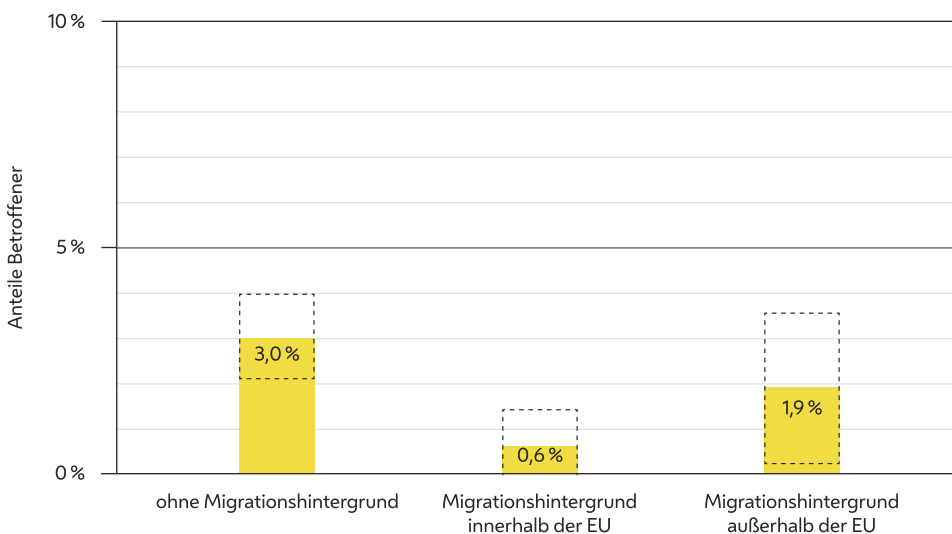
*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall

Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Im Gegensatz zu den zwei eben behandelten > **sozioökonomischen Merkmalen** zeigt sich beim **Haushaltseinkommen** der Befragten hinsichtlich der Verteilung der Prävalenzen zwischen den fünf (bezüglich der Personenzahl gleich großen) Einkommenskategorien kein eindeutiges Muster. Zudem sind die Unterschiede zwischen den Kategorien nicht signifikant. Auf eine Darstellung der Ergebnisse nach dem Haushaltseinkommen wird daher hier verzichtet.

In Abbildung 6 wird schließlich ein Vergleich von Personen mit und ohne > **Migrationshintergrund** vorgenommen. Die Personen mit Migrationshintergrund werden zudem unterteilt in eine Gruppe mit Migrationshintergrund aus Ländern innerhalb der EU und eine Gruppe mit Migrationshintergrund aus Ländern außerhalb der EU.

Abb. 6: Ischämische Herz-Kreislauferkrankungen*, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund



*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall

Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Es zeigt sich, dass Personen mit Migrationshintergrund innerhalb der EU mit 0,6 % eine signifikant niedrigere 12-Monats-Prävalenz für Herz-Kreislauferkrankungen aufweisen als Personen ohne Migrationshintergrund. Bei ihnen beträgt die Prävalenz 3,0 %. Personen mit Migrationshintergrund außerhalb der EU weisen mit 1,9 % eine Prävalenz auf, die genau zwischen den beiden anderen Gruppen liegt, sich aber nicht signifikant von ihnen unterscheidet.

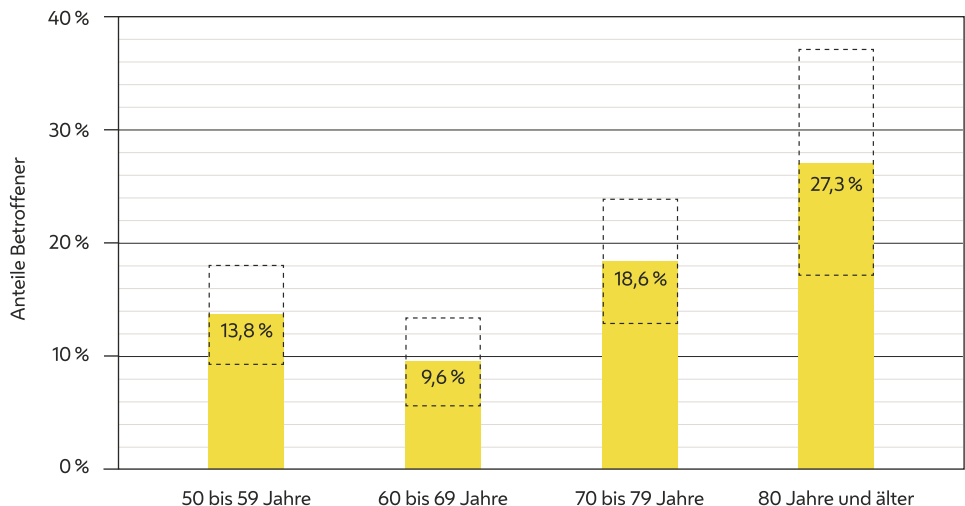
SHARE 2017: SELBSTBERICHTETE PRÄVALENZ VON ISCHÄMISCHEN HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN BEI WIENERINNEN AB 50 JAHREN

Im Rahmen des SHARE 2017 wurde nur nach dem Auftreten von zwei schwerwiegenden ischämischen Herz-Kreislauferkrankungen gefragt. Das waren Herzinfarkte und Schlaganfälle. Die Zahl der jeweils Betroffenen wurde ebenfalls zusammengefasst und wird in Abbildung 7 nach dem **Alter** dargestellt.

Es zeigt sich, dass auch bei ausschließlicher Betrachtung von Personen ab 50 Jahren die Prävalenz von ischämischen Herz-Kreislauferkrankungen im Großen und Ganzen weiter mit dem Alter ansteigt. Bei den 50- bis 59-Jährigen scheint die Prävalenz zunächst einen kleinen Höhepunkt erreicht zu haben, der sich mit 13,8 % Betroffenen in dieser Altersgruppe allerdings nicht signifikant von den 60- bis 69-Jährigen abhebt. Während sie bei den 60- bis 69-Jährigen 9,6 % beträgt, steigt sie aber danach kontinuierlich an und erreicht bei den Ab-80-Jährigen 27,3 %. Dieser Anteil liegt damit signifikant höher als in den untersten beiden Altersgruppen.

Generell unterscheiden sich die Prävalenzen in der Größenordnung von den dargestellten Daten aus dem ATHIS 2014 auch deshalb, da die im SHARE gestellte Frage auf *jemals* gestellte Diagnosen Bezug nahm und nicht nur auf die letzten 12 Monate.

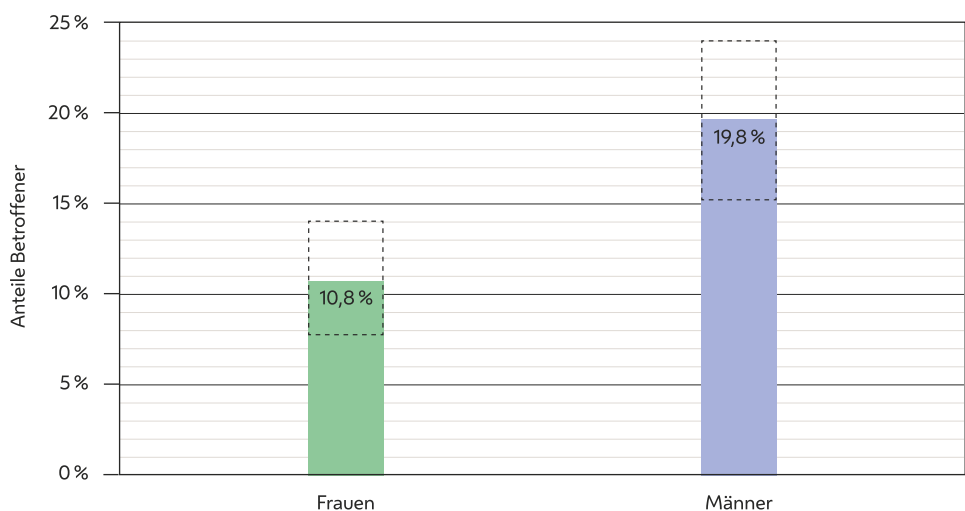
Abb. 7: Ischämische Herz-Kreislauferkrankungen*, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen



*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn
 Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Auf Basis der SHARE-Daten zeigen sich bei den Ab-50-Jährigen hinsichtlich der Prävalenz von Herz-Kreislauferkrankungen auch Unterschiede zwischen den **Geschlechtern**. In Abbildung 8 sieht man, dass die im Jahr 2017 befragten Männer zu 19,8 % angaben, an einer schwerwiegenden Herz-Kreislauferkrankung zu leiden oder gelitten zu haben. Bei Frauen war dies nur zu 10,8 % der Fall. Der Anteil war damit signifikant geringer.

Abb. 8: Ischämische Herz-Kreislauferkrankungen*, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht



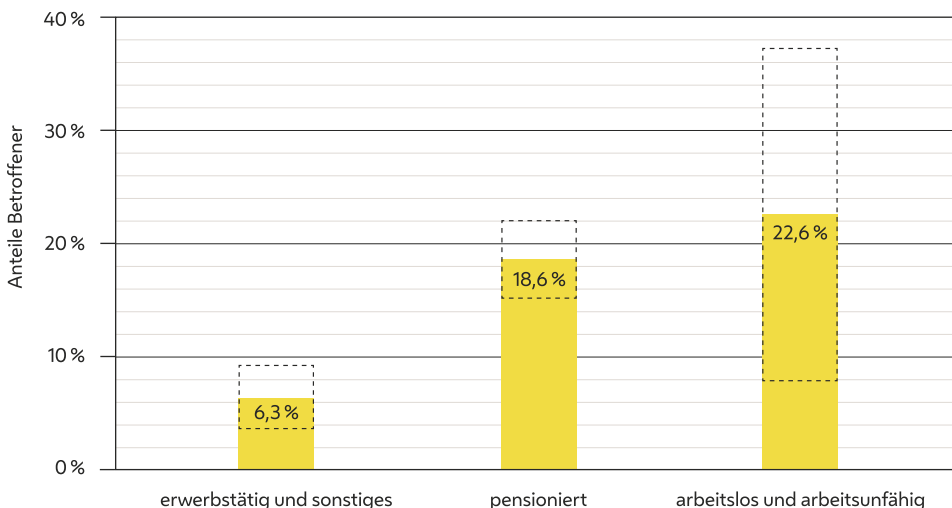
*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn
 Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Was die sozioökonomischen Merkmale betrifft, so lassen sich auf Basis der SHARE-Daten nach dem höchsten **Bildungsabschluss** der Befragten keine signifikanten Unterschiede feststellen, wobei die berechneten Anteile in der Wiener Stichprobe 2017 im Bereich von 15 % bis 17 % liegen. Eine entsprechende Darstellung kann deshalb entfallen.

Hinsichtlich des **Erwerbsstatus** ist dies etwas anders, wie sich aus Abbildung 9 erkennen lässt. Unter den pensionierten sowie den arbeitslosen und arbeitsunfähigen Befragten war 2017 der Anteil der von Herz-Kreislaufkrankungen Betroffenen mit 18,6 % bzw. 22,6 % deutlich höher als unter den erwerbstätigen und sonstigen Befragten.

Bei letzteren betrug er lediglich 6,3 % und war damit signifikant geringer als bei Pensionierten. Die Differenz zum Anteil der Herz-Kreislaufkrankten an den arbeitslosen bzw. arbeitsunfähigen Befragten erreichte hingegen nur annähernd Signifikanz: In Abbildung 9 ist zu erkennen, dass sich die entsprechenden > Konfidenzintervalle leicht überschneiden.

Abb. 9: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen*, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus

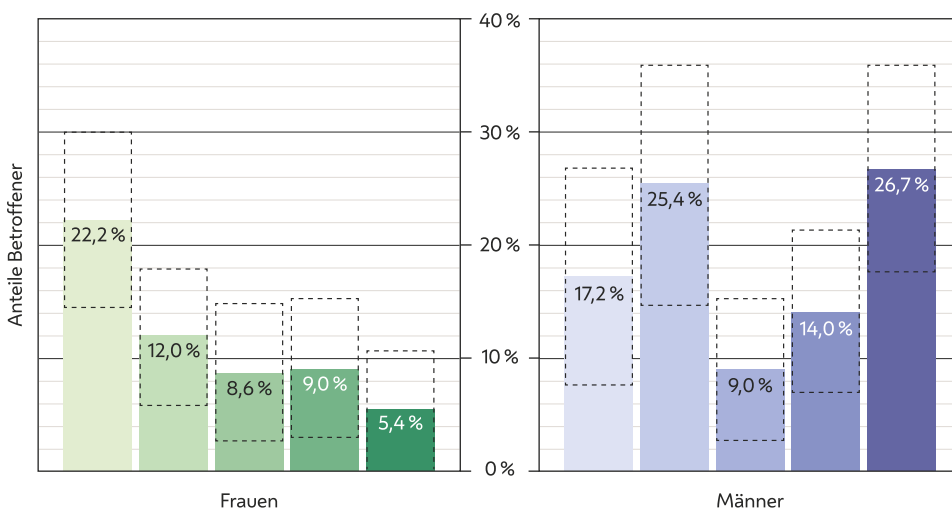


*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn

Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Nach dem **Haushaltseinkommen** ergeben die Prävalenz-Unterschiede generell kein eindeutiges und konsistentes Muster. Ein solches zeigt sich allerdings bei zusätzlicher Aufschlüsselung nach **Geschlecht** bei den weiblichen Befragten. Zu sehen ist dies in der linken Hälfte von Abbildung 10.

Abb. 10: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen*, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen



1. Quintil
2. Quintil
3. Quintil
4. Quintil
5. Quintil

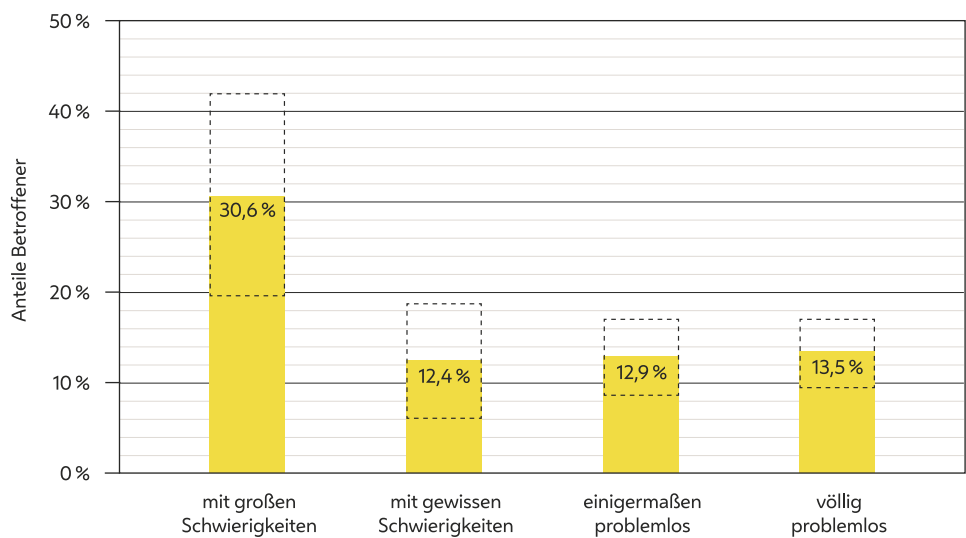
*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn

Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Das Fünftel (> Quintil) der WienerInnen ab 50 Jahren mit den niedrigsten Haushaltseinkommen weist eine Prävalenz für Herz-Kreislaufkrankungen von 22,2 % auf. Mit höherem Einkommen sinkt die Prävalenz erst stärker und dann schwächer. Bei den ab-50-jährigen WienerInnen mit den höchsten Haushaltseinkommen liegt die Prävalenz für Herz-Kreislaufkrankungen bei nur mehr 5,4 % und damit signifikant niedriger als bei Frauen aus den ärmsten Haushalten. Bei Männern gibt es dieses Gefälle nicht: Die Prävalenz ist bei ihnen generell höher, aber sie schwankt zwischen den Einkommensgruppen ohne eindeutiges Muster, wie dies auch insgesamt der Fall ist (nicht dargestellt).

Ein anderes Bild ergibt die Auswertung der Antworten zur Frage des **finanziellen Auskommens** (siehe Abb. 11). Hier zeigt sich eine deutlich erhöhte Prävalenz in der Gruppe jener ab-50-jährigen WienerInnen, die angeben, finanziell nur *mit großen Schwierigkeiten* über die Runden zu kommen. In allen Gruppen, die eine andere Antwortoption wählten, liegt die Prävalenz mit 12 % bis 13 % deutlich und signifikant niedriger.

Abb. 11: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen*, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen



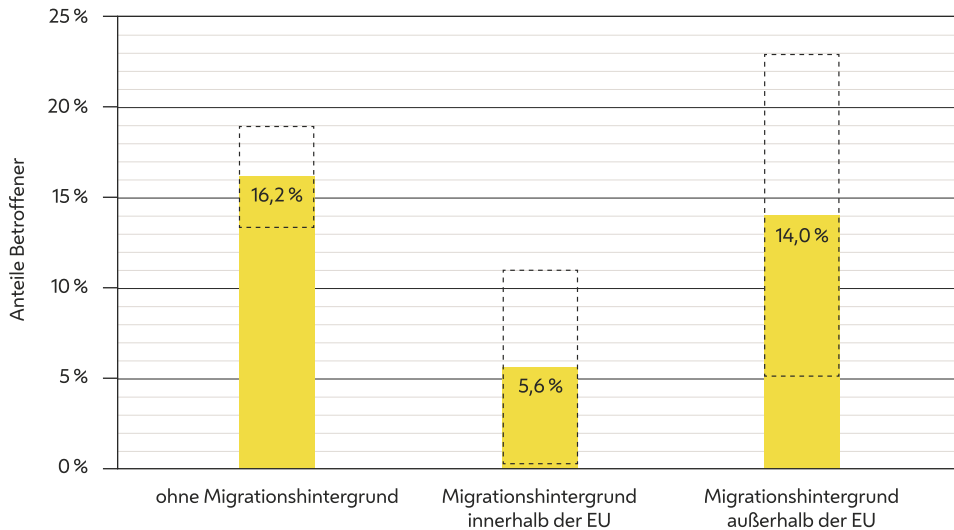
*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn

Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Ein Vergleich von Personen mit und ohne **Migrationshintergrund** wird schließlich in Abbildung 12 vorgenommen. Personen mit Migrationshintergrund wurden wieder in die Kategorien *innerhalb der EU* und *außerhalb der EU* aufgeteilt.

Der Vergleich zeigt, dass Ab-50-Jährige mit Migrationshintergrund innerhalb der EU mit 5,6 % eine signifikant niedrigere Prävalenz für Herz-Kreislaufkrankungen aufweisen als Personen ohne Migrationshintergrund, bei denen die Prävalenz 16,2 % beträgt. Unter befragten WienerInnen mit Migrationshintergrund außerhalb der EU liegt die Prävalenz bei 14,0 %. Es liegt jedoch kein signifikanter Unterschied zu einer der beiden anderen Gruppen vor.

Abb. 12: Ischämische Herz-Kreislauferkrankungen*, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund



*selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn

Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

ÖSTERREICHISCHE TODESURSACHENSTATISTIK: MORTALITÄT INFOLGE ISCHÄMISCHER HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN IN DEN WIENER GEMEINDEBEZIRKEN

In der Österreichischen Todesursachenstatistik wird die todesursachenspezifische > **Mortalität** bis auf Bezirksebene und nach Geschlecht getrennt erfasst. Die Statistik Austria veröffentlicht Mortalitätsraten für zwei verschiedene Kategorien *ischämischer Herz-Kreislauferkrankungen*, nämlich die ischämische *Herzkrankheit* einerseits und zerebrovaskuläre Krankheiten andererseits. Diese Einteilung wird im Folgenden übernommen. Anders als bei den Befragungsdaten erfolgt also eine getrennte Auswertung dieser beiden Kategorien.

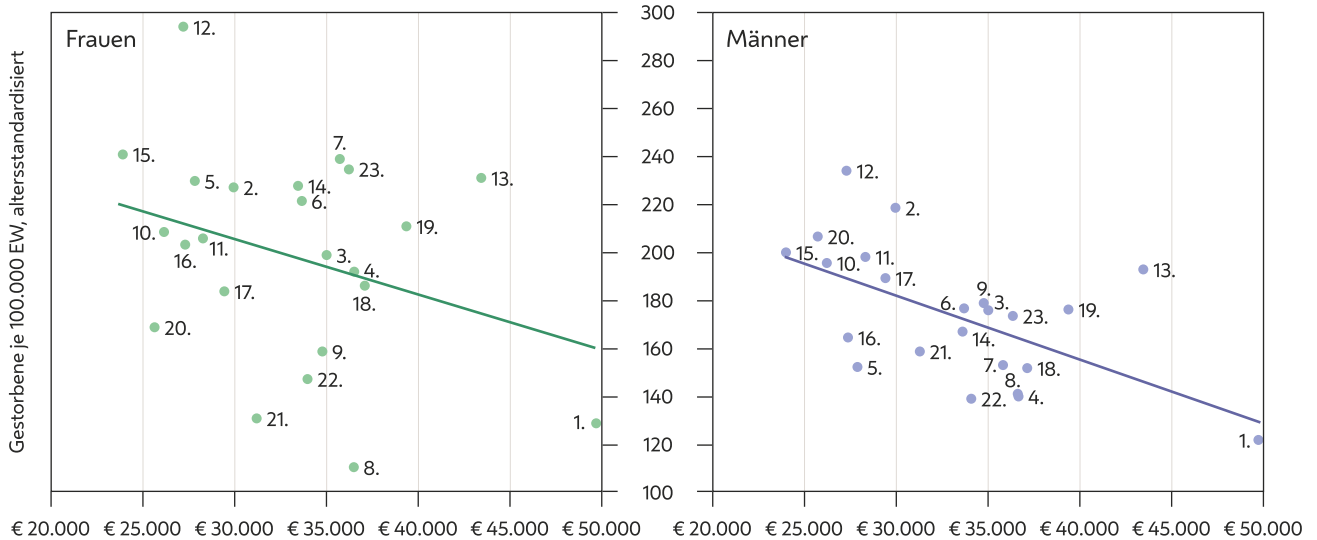
In Abbildung 13 wird für jeden Wiener Bezirk die **Mortalitätsrate** aufgrund *ischämischer Herzkrankheit* dargestellt. Diese Kategorie umfasst die ICD-Diagnosen I20 bis I25, darunter Herzinfarkte und verschiedene Erkrankungen der Herzkranzgefäße. Wie in Kapitel 3.2.3 angekündigt, wird außerdem der Zusammenhang mit dem **Durchschnittseinkommen** der (abhängig beschäftigten) BezirksbewohnerInnen hergestellt und analysiert. Dies geschieht getrennt für Frauen und Männer. Die *zerebrovaskulären Erkrankungen* (ICD-Diagnosen I60 bis I69) umfassen verschiedene Formen von Schlaganfällen und Hirninfarkten. Diese Kategorie wird weiter unten behandelt.

Die Abbildung 13 enthält zwei Streudiagramme (eines für Frauen, eines für Männer), wobei die einzelnen Punkte je einen der insgesamt 23 Wiener Gemeindebezirke repräsentieren. Die bekannten Bezirksnummern finden sich meist rechts bzw. unmittelbar neben den Punkten.

In Abbildung 13 lässt sich, von den einzelnen Punkten ausgehend, auf der mittleren Achse die zum Bezirk gehörige > altersstandardisierte Mortalitätsrate ablesen. Unten (auf der X-Achse) lässt sich hingegen das zu den einzelnen Punkten gehörige Durchschnittseinkommen ablesen.

Die Farbe der Punkte in der linken Hälfte von Abbildung 13 und in allen Streudiagrammen, welche todesursachenspezifische Mortalitätsraten für Frauen wiedergeben, ist **grün**. Die Farbe der Punkte in der rechten Hälfte von Abbildung 13 und in allen weiteren Streudiagrammen, welche todesursachenspezifische Mortalitätsraten für Männer wiedergeben, ist **fliederfarben**.

Abb. 13: Ischämische Herzkrankheit*, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)



*inkludiert die ICD-Diagnosen I20 bis I25, darunter Herzinfarkt, Angina Pectoris und Koronarthrombose

Ø der Jahresbruttobezüge abhängig Beschäftigter je Gemeindebezirk 2015

Quelle: Österreichische Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 für Wien, Statistik Austria

Sowohl für Frauen als auch für Männer gilt, dass die Mortalitätsraten aufgrund von ischämischen Herzkrankheiten im 1. Bezirk (Innere Stadt) sehr niedrig sind. Dieser Bezirk weist 2017 auch das höchste Durchschnittseinkommen auf: fast 50.000 € brutto. Deswegen findet man ihn mit 126 gestorbenen Frauen je 100.000 Einwohnerinnen und 121,2 gestorbenen Männern je 100.000 Einwohnern in den Streudiagrammen jeweils ganz rechts unten.

Da der Anteil ab-60-jähriger Frauen und Männer in diesem Bezirk sehr hoch ist, würden die Mortalitätsraten bei fehlender Altersstandardisierung wesentlich höher ausfallen. So ist die Mortalitätsrate aber bei Männern im 1. Bezirk (Innere Stadt) am niedrigsten, bei Frauen ist dies im 8. Bezirk (Josefstadt) der Fall. Die höchsten Mortalitätsraten finden sich bei beiden Geschlechtern mit 283,4 an ischämischen Herzkrankheiten gestorbenen Frauen und 233,8 gestorbenen Männern je 100.000 EW im 12. Bezirk (Meidling).

Die ebenfalls ersichtlichen deutlichen Mortalitätsunterschiede zwischen den Bezirken können mit ihrem jeweiligen Einkommensniveau auch zu einem gewissen Grad in Zusammenhang gebracht werden. Als Maß dafür wird der > Korrelationskoeffizient r nach Pearson verwendet (siehe Kap. 3.2.3.): Dieser nimmt bei Frauen den Wert $r = -0,33$ an. Man kann hier also nur von einem eher leichten negativen Zusammenhang sprechen. Bei Männern beträgt der Wert $r = -0,58$. Hier kann man schon von einem mittleren bis starken Zusammenhang sprechen.

Bei Schlaganfällen und Hirninfarkten, also den **zerebrovaskulären Erkrankungen** (ICD-Diagnosen I60 bis I69), lassen sich keine vergleichbaren Zusammenhänge feststellen. Die Richtung der Korrelation ist bei Frauen und bei Männern mit einem Korrelationskoeffizienten $r = 0,28$ bzw. $r = 0,11$ sogar ganz leicht positiv. Sie erreicht aber jeweils nicht die Mindeststärke von 0,3. Auf eigene Abbildungen dazu wird daher verzichtet.

Am meisten an zerebrovaskulären Erkrankungen gestorbene Männer je 100.000 Einwohnern gibt es mit 47,8 jedenfalls im 12. Bezirk (Meidling). Am meisten gestorbene Frauen sind mit 65,7 je 100.000 Einwohnerinnen im 8. Bezirk (Josefstadt) zu verzeichnen. Hingegen weisen bei Männern der 18. Bezirk (Währing) mit 29,8 Toten je 100.000 Einwohnern und bei Frauen der 21. Bezirk (Floridsdorf) mit 46,2 Toten je 100.000 Einwohnerinnen die niedrigsten Raten auf.

4.2. Krebserkrankungen

Die in Kapitel 4.2 dargestellten Ergebnisse umfassen zum einen Prävalenzen für Krebs im Allgemeinen aus den Gesundheitsbefragungen, wobei sowohl im ATHIS 2006/2007 als auch im SHARE 2017 die Lebenszeit-Prävalenz erhoben wurde. Die Österreichische Todesursachenstatistik erlaubt es zudem, die durch Krebs verursachten Sterbefälle den einzelnen Körperlokalisationen zuzuordnen. Die todesursachenspezifischen Mortalitätsraten konnten daher für Lungenkrebs, Darmkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Brustkrebs und Prostatakrebs einzeln ausgewertet werden. Bei allen Datenquellen erfolgt eine Darstellung aber nur, wenn sich konsistente Unterschiede (zB ein kontinuierliches Gefälle zwischen den Kategorien der sozialen Merkmale) oder signifikante Zusammenhänge ergeben haben. Beides war bei Krebs vergleichsweise selten der Fall.

Um die Einordnung der Ergebnisse zu erleichtern, werden bereits bekannte > **epidemiologische Maßzahlen** zu Krebs aus anderen nationalen und internationalen Publikationen wieder vorab in einem kurzen Info-Kasten zusammengefasst.

Krebs: Prävalenz und Inzidenz in Österreich und international

Die Lebenszeit-Prävalenz für Krebserkrankungen lag 2006/2007 laut österreichischer Gesundheitsbefragung bundesweit bei 3,6 % (m: 3,1 %; w: 4,1%). In Wien waren es ebenfalls 3,6 % (Klimont et al. 2007, 63). Fast ein Drittel (32,4 %) der befragten (ehemaligen) KrebspatientInnen war in den letzten 12 Monaten von der Krankheit betroffen.

Auf Basis längerfristiger Betrachtungen der Daten zu Neuerkrankungen (> Inzidenzen) aus dem österreichischen Krebsregister seit den frühen 80er-Jahren kamen Hackl et al. (2018) zum Ergebnis, dass 38 von 1.000 EW, die zum Stichtag 31.12.2014 noch am Leben waren, eine vorangegangene Krebsdiagnose aufwiesen. Daraus ergibt sich eine bundesweite Lebenszeit-Prävalenz von 3,8 % (ebd., 169). Laut einer Prognose wird diese Prävalenz im Jahr 2030 4,9 %, betragen, während sie 2000 noch 2,4 % betrug (ebd., 166).

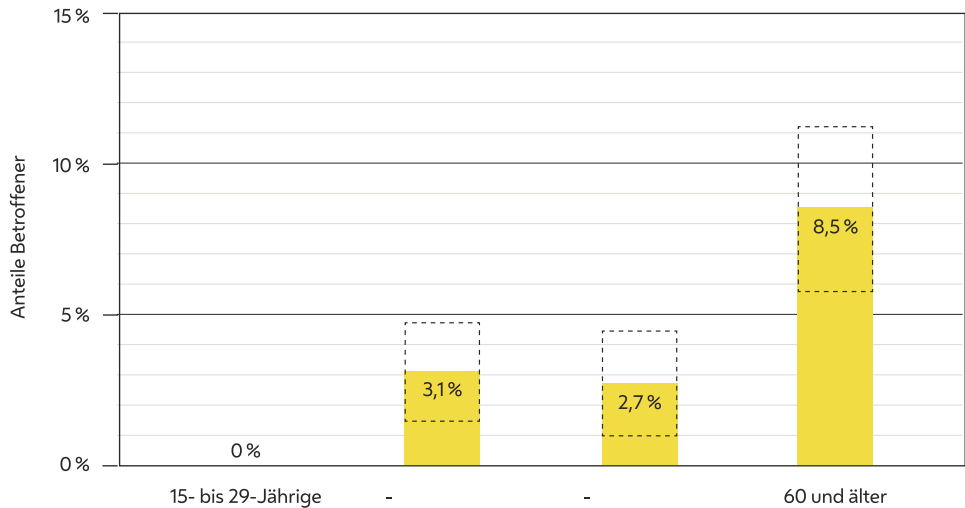
Internationale Vergleiche beschäftigen sich üblicherweise mit der Inzidenz von Krebs. Hier liegt Österreich mit 470 jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen deutlich unter dem EU-Schnitt (569 je 100.000 EW) (OECD/EU 2018, 105).

ATHIS 2006/2007: PRÄVALENZ VON KREBSERKRANKUNGEN IN DER WIENER WOHNBEVÖLKERUNG

Basis für die Analyse der allgemeinen Krebs-Prävalenz bildeten die Daten des ATHIS, der in den Jahren 2006 bis 2007 durchgeführt wurde. Im Rahmen des ATHIS 2014 wurde nämlich auf die Erhebung des Vorliegens einer Krebserkrankung verzichtet. Im Unterschied zu 2014 wurde 2006/2007 nicht die Prävalenz während der letzten 12 Monate, sondern die Prävalenz im ganzen bisherigen Leben erhoben. Im Fall von Krebs erfolgte dies mit der Frage: „Hatten Sie *jema*ls Krebs (bösartiger Tumor einschließlich Leukämie (Blutkrebs) und Lymphome (Lymphdrüsenkrebs))?“

Wie Abbildung 14 zeigt, wird diese Frage von Personen höheren **Alters** besonders oft positiv beantwortet. Befragte ab 60 Jahren geben mit 8,5 % signifikant häufiger eine Krebserkrankung an als Personen in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen oder der 30- bis 44-Jährigen. Dort beträgt die Prävalenz jeweils um die 3 %. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen wurden im Rahmen von ATHIS 2006/2007 gar keine an Krebs Erkrankten erfasst.

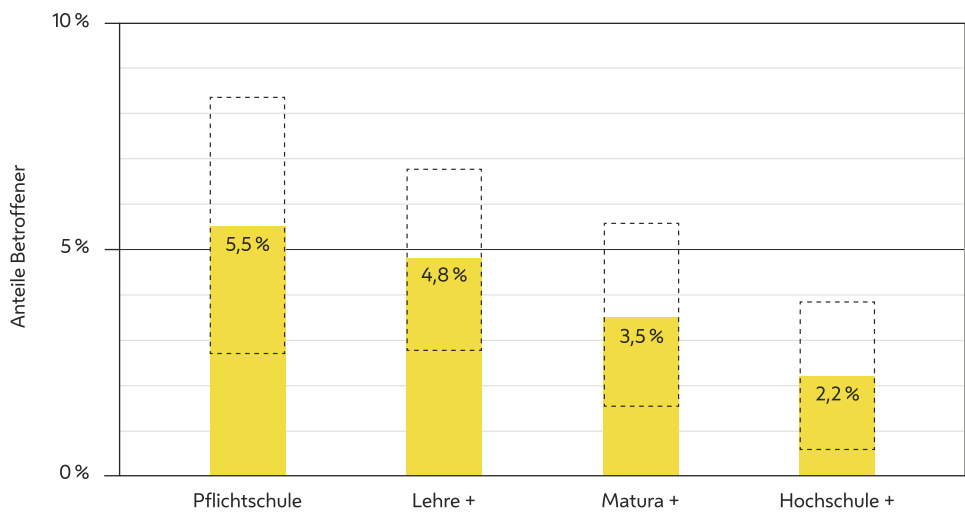
Abb. 14: Krebserkrankungen, Lebenszeit-Prävalenz bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2006/2007

Wie ein Vergleich nach dem **Geschlecht** ergibt, besteht hinsichtlich der Krebs-Prävalenz eine leichte Tendenz zuungunsten der Frauen. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Er bezieht sich also nur auf die Stichprobe und lässt sich nicht auf die Grundgesamtheit der Wiener Wohnbevölkerung verallgemeinern. Daher wird er mit anderen kleinen Geschlechterunterschieden in einer Sammelgrafik in der Zusammenfassung dargestellt.

Abb. 15: Krebserkrankungen, Lebenszeit-Prävalenz bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss

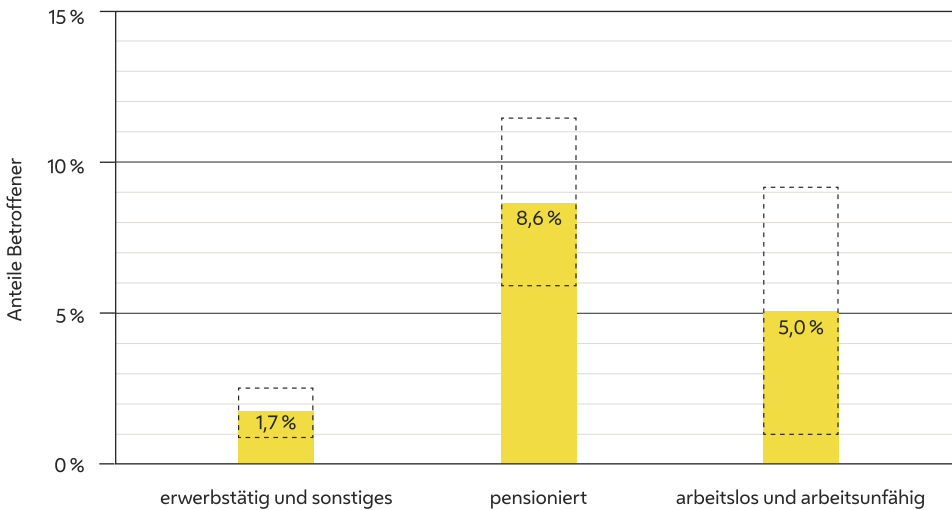


Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2006/2007

Abbildung 15 zeigt die Krebs-Prävalenz der Befragten nach dem höchsten Bildungsabschluss. Es zeigt sich eine klare graduelle Abnahme der Krebs-Prävalenz mit der Höhe des Bildungsabschlusses. Während Befragte, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, zu 5,5 % an Krebs erkrankt sind oder waren, ist bzw. war dies nur bei 2,2 % der Befragten, die eine Hochschule oder hochschulverwandte Einrichtung abgeschlossen haben, der Fall. Dazwischen liegen Personen, deren höchster Abschluss eine Lehre oder die Matura bzw. eine jeweils gleichwertige Ausbildung ist, mit 4,8 % bzw. 3,5 %. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Sie verringern sich aber von Bildungsabschluss zu Bildungsabschluss und zeigen somit ein eindeutiges Gefälle.

Ein Vergleich der Befragten auf Basis ihres **Erwerbsstatus** (Abb. 16) zeigt, dass Personen, die erwerbstätig sind oder sich in sonstigen Lebenssituationen (Präsenzdienst, Karenz, Studium etc.) befinden, mit 1,7 % signifikant seltener an Krebs erkranken als Pensionierte, deren Prävalenz 8,6 % beträgt. Dazwischen liegen mit einer Prävalenz von 5,0 % befragte Arbeitslose und Arbeitsunfähige. Die Unterschiede zu den anderen Gruppen erreichen damit zwar keine Signifikanz, spiegeln aber doch eine zu erwartende Tendenz wider.

Abb. 16: Krebserkrankungen, Lebenszeit-Prävalenz bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2006/2007

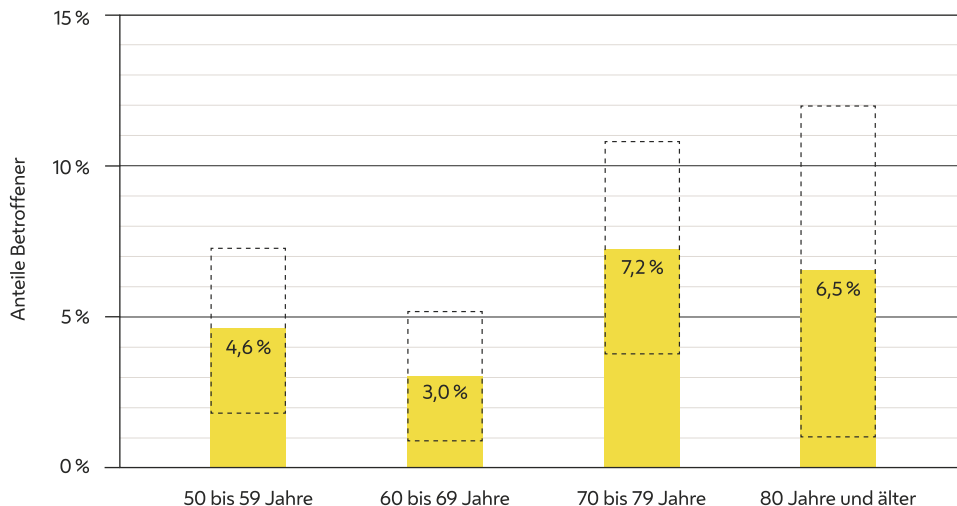
Vergleicht man die Prävalenz von Krebserkrankungen nach dem **Einkommen** der Befragten, dann ist in der Wiener Stichprobe lediglich ein leicht erhöhter Wert bei den allerniedrigsten Einkommen von unter 900 € zu verzeichnen (nicht dargestellt). Er beträgt dort knapp über 5 % und in allen anderen Einkommenskategorien um die 3,5 %. Signifikant ist dieser Unterschied allerdings nicht.

Was den **Migrationshintergrund** betrifft, so fällt die Krebs-Prävalenz bei den Befragten, die einen Migrationshintergrund außerhalb der EU aufweisen, mit 2,3 % tendenziell niedriger aus als in den beiden Vergleichsgruppen. Bei Befragten ohne Migrationshintergrund und solchen mit einem Migrationshintergrund aus einem EU-Land liegen die Prävalenzen bei 4,0 % bzw. 4,7 %. Signifikant ist keiner dieser Unterschiede. Eine Darstellung entfällt.

SHARE 2017: PRÄVALENZ VON KREBSERKRANKUNGEN BEI WIENERINNEN AB 50 JAHREN

Im SHARE 2017 wurden ab-50-jährige WienerInnen gefragt, ob sie derzeit Krebs haben oder eine Krebserkrankung bei ihnen jemals diagnostiziert wurde. Diese Frage wurde, wie Abbildung 17 zeigt, von Personen im **Alter** von 70 bis 79 Jahren sowie den Ab-80-Jährigen mit 7,2 % bzw. 6,5 % besonders häufig bejaht. Die Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen sind mit 4,6 % bzw. 3,0 % etwas weniger häufig betroffen. Dieses Muster ergibt sich, obwohl statistisch keine Signifikanz vorliegt.

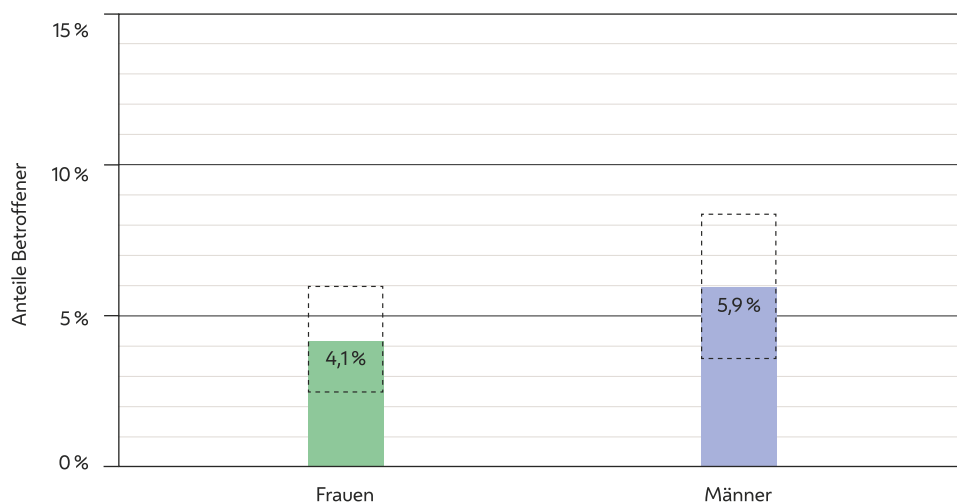
Abb. 17: Krebserkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Zwischen den **Geschlechtern** ergibt sich eine gering niedrigere Prävalenz bei weiblichen Befragten, die zu 4,1% eine Krebserkrankung angeben. Bei Männern sind es 5,9%. Der Unterschied ist aber nicht statistisch signifikant.

Abb. 18: Krebserkrankungen, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Die Auswertung der SHARE-Daten 2017 nach dem höchsten **Bildungsabschluss** ergab ein inkonsistentes Bild: Nur 3,2% der ab-50-jährigen Befragten, die eine Ausbildung an Hochschulen oder hochschulverwandten Einrichtungen abgeschlossen haben, geben an, eine Krebserkrankung (gehabt) zu haben. Bei Personen, deren höchster Abschluss eine mittlere Ausbildung (zB Lehre oder Matura) ist, ist dies zu 7,7% der Fall, die Krebs-Prävalenz liegt bei ihnen damit signifikant höher. Allerdings fand sich unter den Befragten, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, keine einzige an Krebs erkrankte Person in der Wiener Stichprobe, obwohl man dort eigentlich den höchsten Anteilswert vermuten würde. Dieser Teil der Stichprobe ist mit nur 45 Personen aber generell sehr klein und die statistische Unsicherheit sehr groß. Der tatsächliche Anteil der Krebskranken in der Bevölkerung könnte hier also ebenfalls hoch sein.

Ein Vergleich der Befragten nach ihrem **Erwerbsstatus** führt zu folgenden Ergebnissen: Die Anteile der an Krebs Erkrankten sind in allen Vergleichsgruppen ähnlich hoch und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. In der Gruppe der Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen ist der beobachtete Anteil zudem mit großer statistischer Unsicherheit verbunden.

Ebenso verhält es sich beim Vergleich der Befragten nach dem finanziellen **Auskommen**. Hier ist bei jenen, die angeben, nur mit großen finanziellen Schwierigkeiten über die Runden zu kommen, der Anteil der an Krebs Erkrankten mit großer statistischer Unsicherheit verbunden. Was das **Haushalteinkommen** betrifft, so ergibt sich zwischen den Einkommenskategorien kein konsistentes Muster. Die beobachteten Unterschiede sind zudem nicht signifikant.

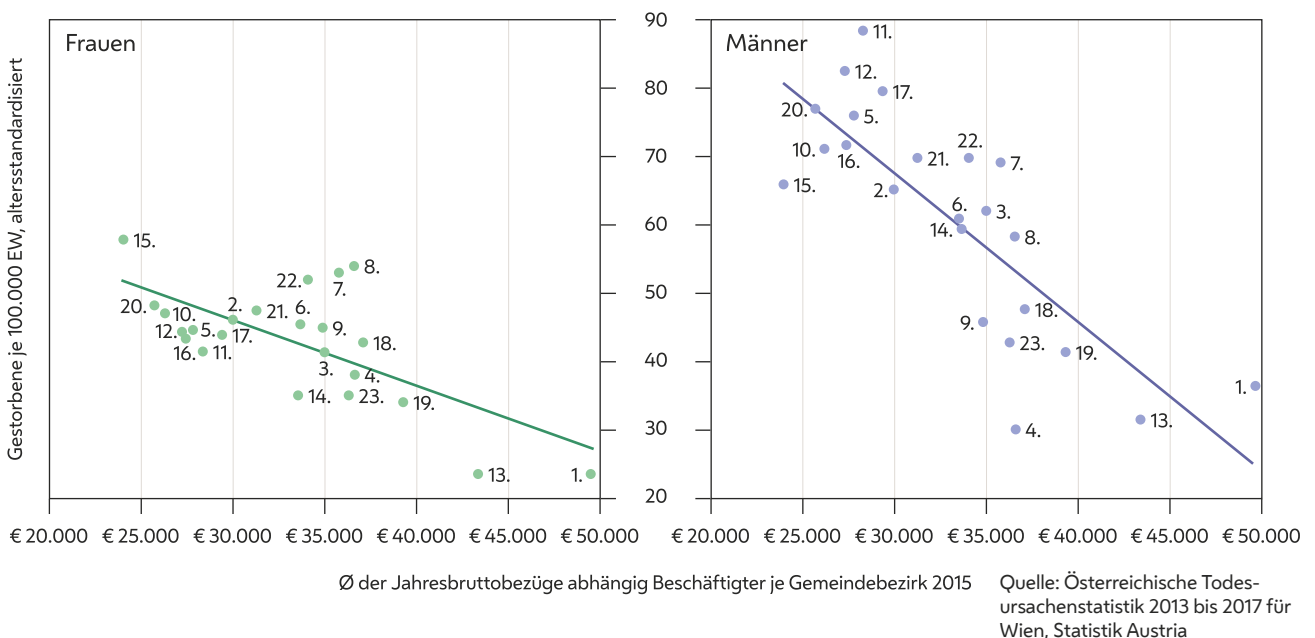
Nach dem **Migrationshintergrund** zeigen sich in etwa gleich große Anteile an Krebs Erkrankter von ca. 5 % in allen verglichenen Gruppen. Kleine beobachtete Unterschiede sind nicht signifikant.

ÖSTERREICHISCHE TODESURSACHENSTATISTIK: KREBS-MORTALITÄT IN WIENER GEMEINDEBEZIRKEN NACH LOKALISATION

Ein Vorteil der Österreichischen Todesursachenstatistik gegenüber Gesundheitsbefragungen liegt darin, dass die Mortalitätszahlen nach Krebslokalisationen getrennt erhoben werden. Im Folgenden können daher jene fünf Krebsarten, die in Wien am häufigsten zum Tod führen, – in Streudiagrammen für Frauen und Männer – jeweils einzeln dargestellt werden.

Die Krebslokalisation mit den höchsten Sterbeziffern in Wien umfasst alle **bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und Lunge** mit den ICD-Diagnosen C33 bis C34 (infolge kurz: Lungenkrebs). Innerhalb von Wien sind die diesbezüglichen Mortalitätsraten, wie die Abbildung 19 zeigt, räumlich sehr unterschiedlich verteilt.

Abb. 19: Lungenkrebs, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)



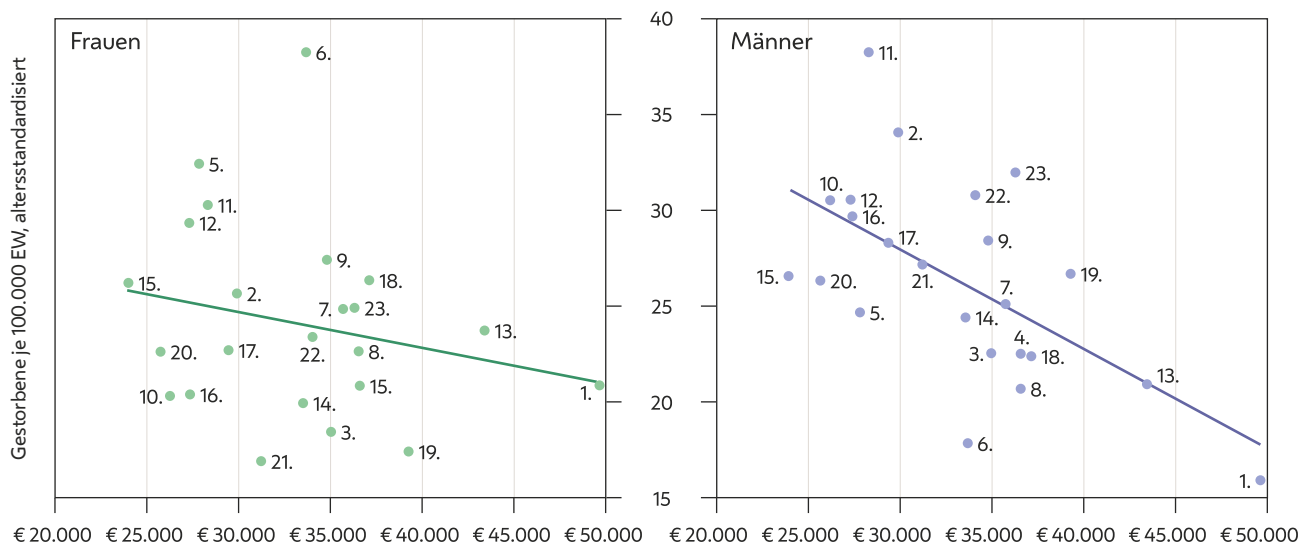
Die Mortalitätsraten der Frauen sind in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Bezirkseinkommen auf der linken Seite von Abbildung 19 dargestellt. Die höchste Mortalitätsrate ist mit 57,4 Toden je 100.000 Einwohnerinnen im 15. Bezirk (Rudolfsheim-Fünfhaus) zu verzeichnen. Die niedrigsten Mortalitätsraten finden sich mit 23,7 bzw. 23,6 Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen in den einkommensstarken Bezirken 1 (Innere Stadt) und 13 (Hietzing). Einkommen und Mortalitätsrate hängen auf Bezirksebene stark miteinander zusammen: Der Korrelationskoeffizient r weist einen Wert von 0,69 auf.

Männer weisen mit 88 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern ihre höchste Mortalitätsrate im 11. Bezirk (Simmering) auf. Auch sonst sind sehr hohe Lungenkrebs-Mortalitätsraten (mit mehr als 70 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern) nur in sehr einkommensschwachen Bezirken (unter 30.000 € Jahresbruttobezug) zu finden. Die niedrigsten Mortalitätsraten finden sich hingegen mit 29,9 bzw. 31,2 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern in den eher einkommensstarken Bezirken 4 (Wieden) und 13 (Hietzing). Die Lungenkrebs-Mortalität bei Männern hängt damit äußerst stark mit dem Einkommensniveau ihrer Wohnbezirke zusammen: Mit $r = 0,80$ ist der Korrelationskoeffizient hier noch höher als bei Frauen (siehe oben).

Bei **bösartigen Neubildungen des Colon, Rektums und Anus** mit den ICD-Diagnosen C18 bis C21 (infolge kurz: Darmkrebs) befindet sich die Mortalität bei Männern und Frauen generell ungefähr auf dem gleichen Niveau, wie aus der Abbildung 20 hervorgeht.

Es bestehen zwischen den Geschlechtern jedoch Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der Mortalitätsraten auf die Bezirke: Die höchste Mortalitätsrate gibt es bei Frauen mit 38,1 Toden je 100.000 Einwohnerinnen im 6. Bezirk (Mariahilf). Am unteren Ende der Rangliste befinden sich bei Frauen mit 17,4 Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen der 19. Bezirk (Döbling) und mit 16,8 Toden je 100.000 Einwohnerinnen der 21. Bezirk (Floridsdorf). Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen dem Einkommensniveau der Wohnbezirke und der Darmkrebs-Mortalität bei den Wienerinnen mit einem $r = 0,22$ nur sehr schwach ausgeprägt.

Abb. 20: Darmkrebs, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)



Quelle: Österreichische Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 für Wien, Statistik Austria

Ø der Jahresbruttobezüge abhängig Beschäftigter je Gemeindebezirk 2015

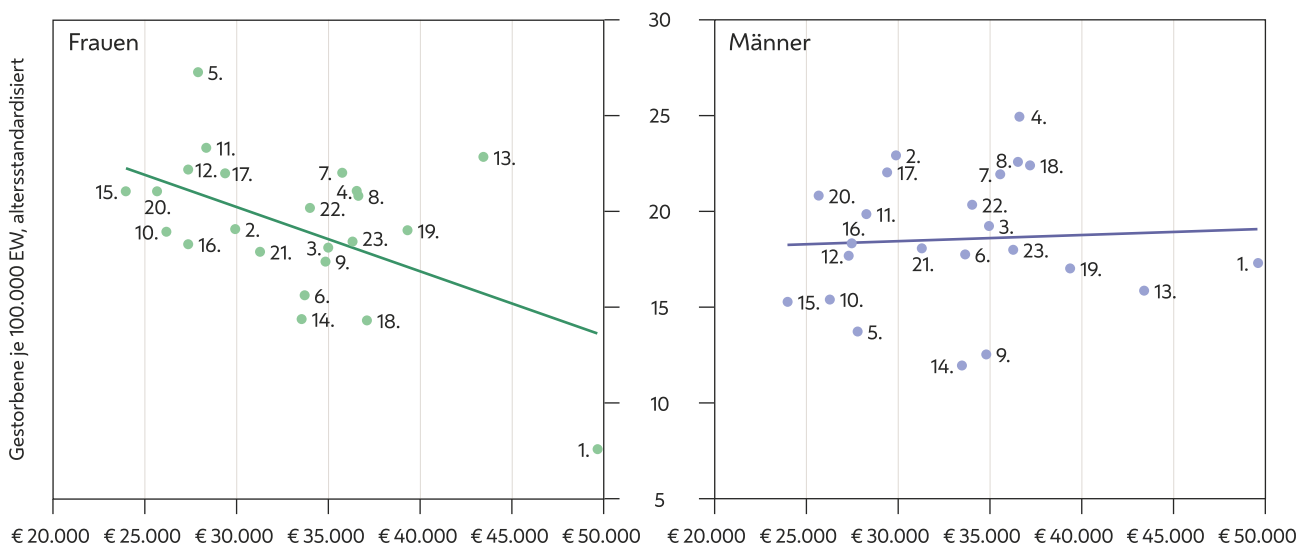
Bei Männern gibt es 2017 mit 38,2 Toden je 100.000 Einwohner die höchste Mortalität durch Darmkrebs im 11. Bezirk (Simmering). Die niedrigste findet sich mit 15,9 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern im 1. Bezirk.

Der Zusammenhang zwischen dem Einkommensniveau und der Darmkrebs-Mortalität ist bei Männern mit einem $r = 0,60$ wesentlich deutlicher ausgeprägt als bei Frauen, sodass man von einem mittleren bis starken Zusammenhang sprechen kann. Gegenüber Lungenkrebs ist die Stärke des Zusammenhangs bei Darmkrebs jedoch bei Männern etwas (bei Frauen: deutlich) schwächer ausgeprägt.

Bei allen anderen Krebsarten, die in Wien als Todesursache sehr bedeutend sind, finden sich im Großen und Ganzen keine Zusammenhänge nennenswerten Ausmaßes. Eine Ausnahme bildet der **Bauchspeicheldrüsenkrebs (C25)** bei Frauen.

Hier korrelieren die in Abbildung 21 dargestellten Bezirksunterschiede in der Mortalität mittelstark mit den durchschnittlichen Einkommen ($r = 0,53$). Zu bedenken ist, dass dieser Wert in hohem Grad auf der besonders niedrigen Bauchspeicheldrüsenkrebs-Sterblichkeit im 1. Bezirk beruht, wo nur sehr wenige Menschen wohnen. Würde dieser Datenpunkt weglassen, würde sich der Korrelationskoeffizient auf $r = 0,24$ (= schwach) verringern.

Abb. 21: Bauchspeicheldrüsenkrebs, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei Wienerinnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)



Ø der Jahresbruttobezüge abhängig Beschäftigter je Gemeindebezirk 2015

Quelle: Österreichische Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 für Wien, Statistik Austria

Bei Männern ergibt sich ein Korrelationskoeffizient von $r = 0,05$. Das bedeutet, dass praktisch kein Zusammenhang zwischen Bauchspeicheldrüsenkrebs-Mortalität und Einkommen besteht. Ebenfalls keine nennenswerten Zusammenhänge mit dem Einkommen lässt die Verteilung der Mortalitätsraten an den geschlechtsspezifischen Krebsarten Brustkrebs und Prostatakrebs nach Gemeindebezirk erkennen (nicht dargestellt).

Im Falle von **bösartigen Neubildungen der Prostata (C61)** sind mit 35,6 bzw. 32,8 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern die höchsten Mortalitätsraten im 8. Bezirk (Josefstadt) und im 7. Bezirk (Neubau) zu verzeichnen. Die niedrigsten finden sich mit 15,9 bzw. 17,3 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern im 1. Bezirk (Innere Stadt) und im 15. Bezirk (Rudolfsheim-Fünfhaus). Der Korrelationskoeffizient beträgt $r = 0,04$ und ergibt somit keinen Zusammenhang.

Beim **Brustkrebs (C50)** dessen todesursachenspezifische Mortalität generell höher ist als die des Prostatakarzinoms, haben die höchsten Mortalitätsraten der 8. Bezirk (65,8 Gestorbene je 100.000 Einwohnerinnen) sowie die innerstädtischen Bezirke 6 (Mariahilf), 7 (Neubau) und 9 (Alsergrund) mit jeweils ca. 48 Toten je 100.000 Einwohnerinnen zu verzeichnen. Die niedrigsten finden sich mit 26,5 bzw. 28,7 Toten je 100.000 Einwohnerinnen in den Bezirken 4 (Wieden) und 15 (Rudolfsheim-Fünfhaus). Der Korrelationskoeffizient liegt bei $r = 0,06$ und zeigt damit keinen Zusammenhang mit dem Einkommensniveau in den Bezirken.

4.3. Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die in Kapitel 4.3 berichteten Ergebnisse geben die in den verschiedenen Datenquellen erfassten Prävalenzen und Mortalitätsraten für die chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen (engl.: *chronic obstructive pulmonary disease*, abgekürzt: COPD) wieder. Diese Krankheitsgruppe wird je nach Datenquelle etwas anders definiert.

So wurde im ATHIS 2014 das Vorliegen von *chronischer Bronchitis, COPD oder einem Emphysem* erhoben, im SHARE 2017 wurde nach *chronischen Lungenkrankheiten wie chronische Bronchitis oder Lungenaufblähung (Emphysem)* gefragt. In der Österreichischen Todesursachenstatistik werden Krankheiten, die in der *International Classification of Diseases (ICD)* in die Kategorien J40 bis J44 oder J47 fallen, unter der Bezeichnung COPD und sonstige chronische *Erkrankungen der unteren Atemwege, außer Asthma bronchiale* gemeinsam ausgewiesen. In den Grafiküberschriften wird der Einfachheit halber die gebräuchliche Abkürzung COPD verwendet.

Um die Einordnung der Ergebnisse zu erleichtern, werden bekannte Prävalenzzahlen zu COPD, die anderen Publikationen entnommen wurden, vorab in einem kurzen Info-Kasten dargestellt.

COPD: Prävalenz in Österreich und international

Die *12-Monats-Prävalenz* für chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) lag 2014 laut dem Bericht über die bundesweiten ATHIS-Ergebnisse bei 4,2 % (m: 4,0 %; w: 4,4 %). In Wien lag sie bei 3,6 % (Klimont & Baldaszi 2015, 76). Im *europaweiten Vergleich* lag die österreichische COPD-Prävalenz damit ganz leicht über dem Durchschnitt von 26 EU-Ländern, die 4,0 % betrug (OECD/EU 2016, 83).

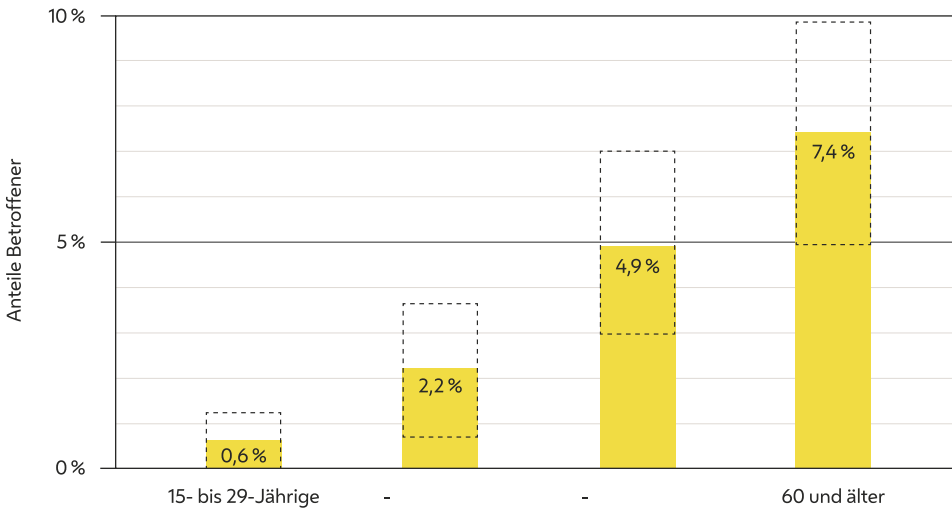
Generell etwas höher lag 2006/2007 die selbst berichtete *Lebenszeit-Prävalenz*. Sie betrug in Österreich 5,5 % (m: 5,0 %; w: 6,0 %) und in Wien 4,7 % (Klimont et al. 2007, 63). Die *12-Monats-Prävalenz* betrug hingegen damals in Österreich 3,9 % (m: 3,5 %; w: 4,1 %) und in Wien 3,0 %, ist also bis 2014 leicht angestiegen.

Im Jahr 2005 wurde die Prävalenz von COPD in einer Stichprobe der Salzburger Bevölkerung durch Messung der Lungenfunktion mittels > Spirometrie erhoben. Sie lag dort bei 10,6 %. Eine mögliche Untererfassung bei Befragungen könnte damit zusammenhängen, dass Symptome in leichten Stadien der Krankheit von den Betroffenen oft lange nicht als solche erkannt werden (Nowak et al. 2013, 69f).

ATHIS 2014: PRÄVALENZ VON COPD-ERKRANKUNGEN IN DER WIENER WOHNBEVÖLKERUNG

Ein Blick auf die Unterschiede in der COPD-Prävalenz nach dem **Alter** in Abbildung 22 zeigt, dass die Häufigkeit einer COPD-Erkrankung in den höheren Altersgruppen deutlich ansteigt. Während sie in den jüngeren Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen und der 30- bis 44-Jährigen nur 0,6 % bzw. 2,2 % beträgt, liegt sie bei den Befragten ab 60 Jahren signifikant darüber, nämlich bei 7,4 %.

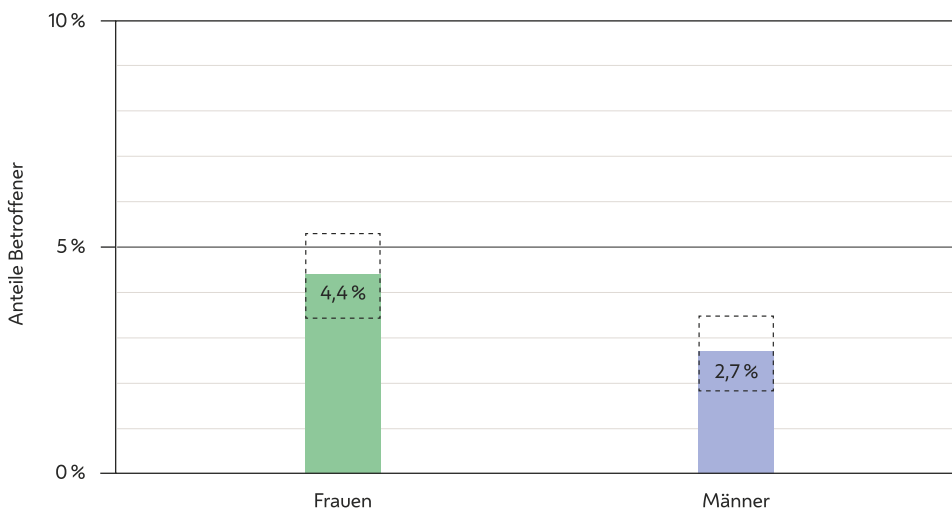
Abb. 22: COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Die COPD-Prävalenz ist bei Frauen etwas höher als bei Männern. Der Unterschied zwischen den **Geschlechtern** ist signifikant und beträgt, wie die Abbildung 23 zeigt, ca. 1,7 Prozentpunkte. Bei den Wienerinnen beträgt die COPD-Prävalenz 4,4 %. Hingegen berichten unter den Wienern nur 2,7 % von einer COPD-Erkrankung in den 12 Monaten vor der Erhebung.

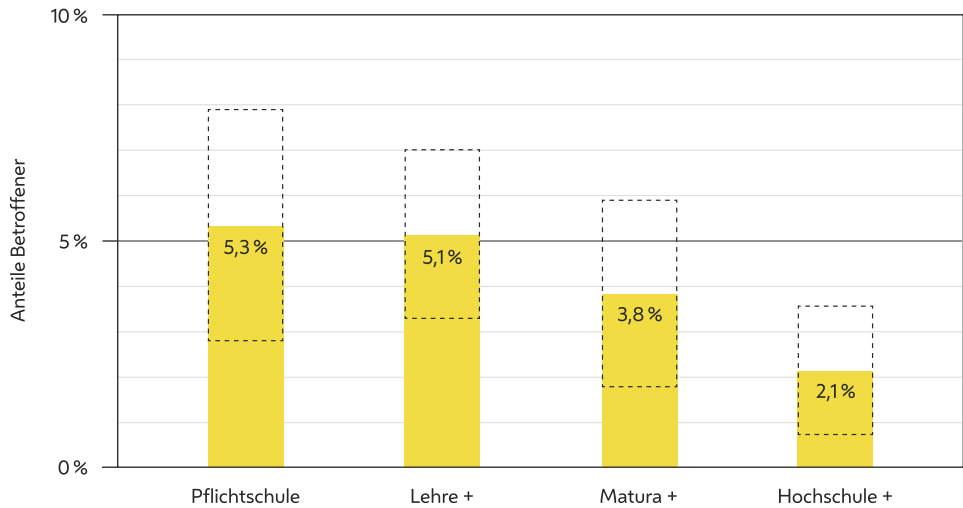
Abb. 23: COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Geschlecht



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Wie die Auswertung zu den Unterschieden in der COPD-Prävalenz nach dem höchsten erreichten **Bildungsabschluss** zeigt, sinkt die Häufigkeit der Erkrankung mit der Höhe der Bildungsabschlüsse. Jene ab-25-jährigen WienerInnen, die im ATHIS befragt wurden und über einen Abschluss an einer Hochschule oder hochschulverwandten Einrichtung verfügen, haben eine Prävalenz von 2,1 %. Bei WienerInnen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule oder Lehre ist, beträgt die Prävalenz hingegen knapp über 5 % (siehe Abb. 24). Das Muster folgt somit zwar einem eindeutigen Bildungsgradienten (> Gradient), ist aber nicht signifikant.

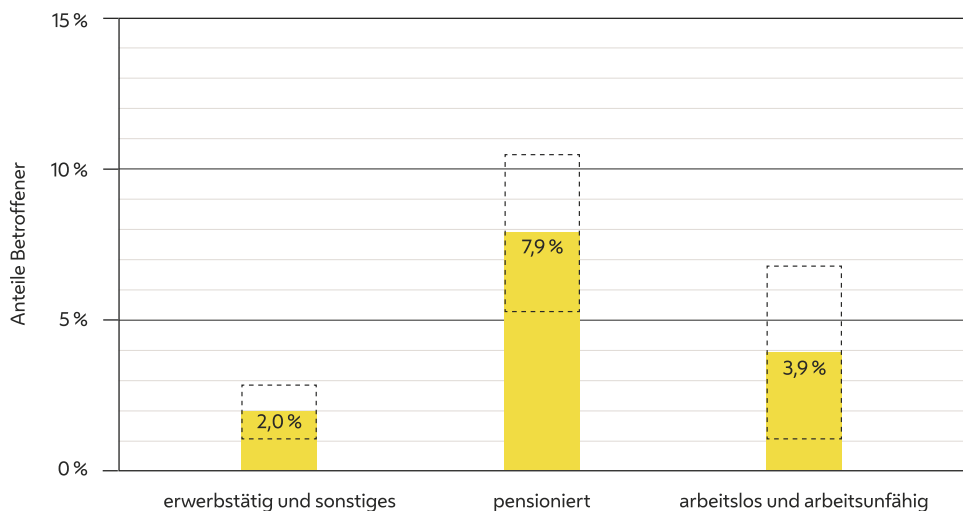
Abb. 24: COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Betrachtet man den **Erwerbsstatus** als Determinante von COPD, zeigt sich ein ähnliches Muster, wie es bereits bei den ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen zu sehen war. Die höchste Prävalenz weisen PensionistInnen auf: Die Prävalenz beträgt bei ihnen 7,9 % und liegt damit signifikant über der bei Erwerbstätigen und Menschen in sonstigen Lebenssituationen, wo sie nur 2,0 % beträgt. Dazwischen liegen arbeitslose und arbeitsunfähige Personen, bei denen die Prävalenz 3,9 % beträgt. Die Unterschiede zu den beiden Vergleichsgruppen erreichen bei diesem Anteil allerdings keine Signifikanz.

Abb. 25: COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



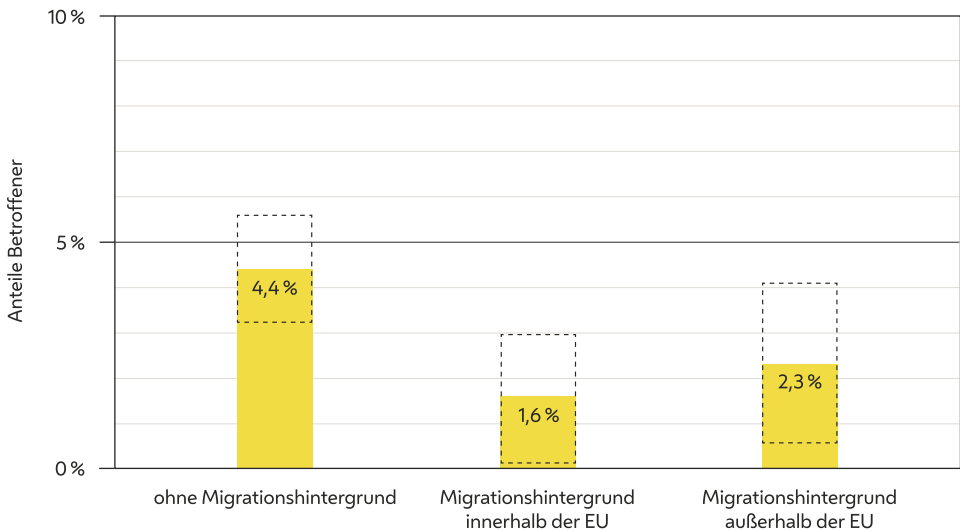
Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Zwischen den in ATHIS erhobenen **Einkommensquintilen** schwanken die COPD-Prävalenzen ohne klar erkennbares Muster. Die Unterschiede sind zudem nicht signifikant. Von einer Darstellung wird deshalb an dieser Stelle abgesehen.

Ein Vergleich nach dem **Migrationshintergrund** weist eine etwas verminderte COPD-Prävalenz bei WienerInnen mit Migrationshintergrund aus einem EU-Land aus. Wie Abbildung 26 zeigt, beträgt sie bei ihnen 1,6 % und damit signifikant weniger als bei WienerInnen ohne

Migrationshintergrund, bei denen sie 4,4 % beträgt. Auch bei befragten WienerInnen mit Migrationshintergrund außerhalb der EU liegt sie darunter, nämlich bei 2,3 %. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Abb. 26: COPD, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund

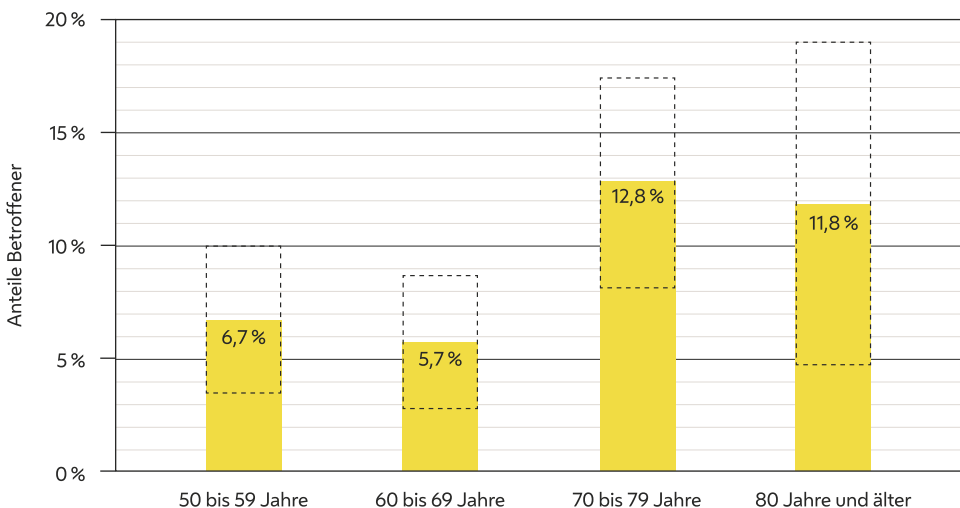


Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

SHARE 2017: PRÄVALENZ VON COPD-ERKRANKUNGEN BEI WIENERINNEN AB 50 JAHREN

Im Folgenden werden COPD-Prävalenzen nach verschiedenen sozialen Merkmalen auf Basis der SHARE-Daten des Jahres 2017 dargestellt. Die Abbildung 27 gibt die Prävalenz derzeitiger oder früherer COPD-Erkrankungen in der Wiener Bevölkerung ab 50 Jahren wieder. Dazu wird nach vier Altersgruppen differenziert. Es zeigt sich abermals, dass die Prävalenz mit höherem **Alter** ansteigt. Dieser Anstieg erfolgt allerdings nicht kontinuierlich: In den unteren beiden Altersgruppen befindet sich der Anteil der Betroffenen noch bei 6,7 % (bei den 50- bis 59-Jährigen) bzw. bei 5,7 % (bei den 60- bis 69-Jährigen). Erst dann erfolgt ein sprunghafter und signifikanter Anstieg auf 12,8 % bei den 70- bis 79-Jährigen. In der höchsten Altersgruppe der Ab-80-Jährigen bleibt er mit 11,8 % auf einem ähnlich hohen Niveau.

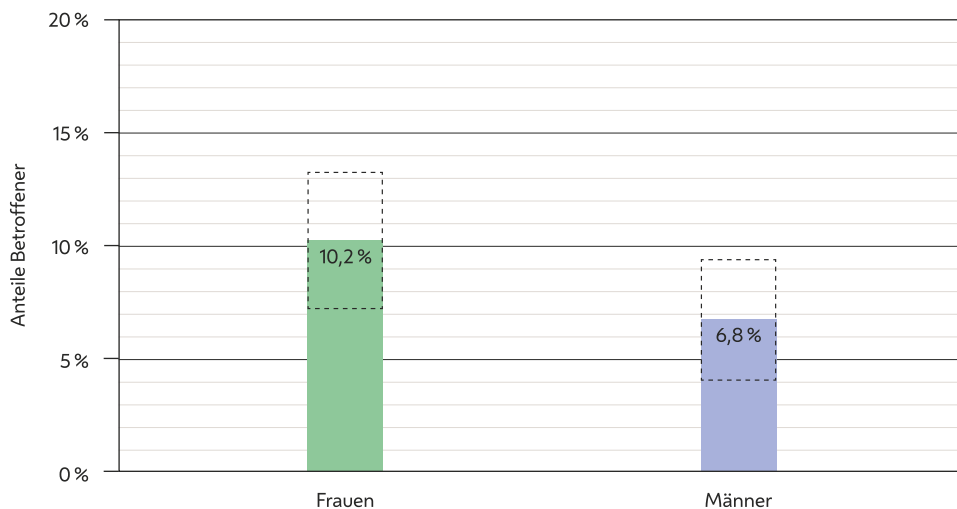
Abb. 27: COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Wie die Datenauswertung außerdem zeigt, sind befragte Frauen mit 10,2 % öfter von COPD betroffen als Männer. Bei Männern beträgt die erhobene Prävalenz nur 6,8 %. Der Unterschied zwischen den **Geschlechtern** ist damit aber nicht signifikant.

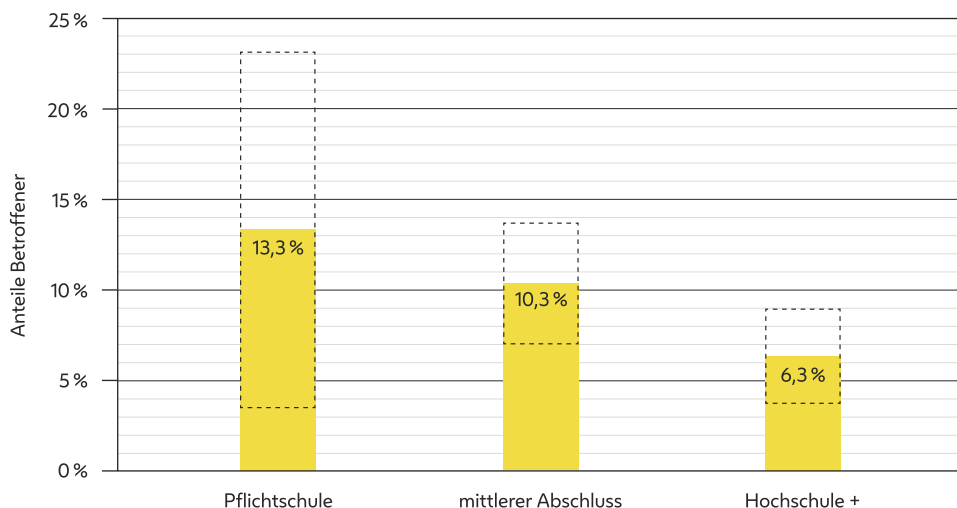
Abb. 28: COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Aufgeschlüsselt nach dem höchsten **Bildungsabschluss** ergibt sich, wie in Abbildung 29 dargestellt, eine abnehmende Prävalenz bei zunehmender Höhe des Bildungsabschlusses. Während die COPD-Prävalenz bei Befragten, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, 13,3 % beträgt, liegt sie bei jenen, die einen mittleren Abschluss (etwa eine Lehre oder die Matura) erreicht haben, bei 10,3 %. Bei Befragten schließlich, deren höchster Bildungsabschluss eine Hochschule oder hochschulverwandte Einrichtung darstellt, liegt die Prävalenz nur mehr bei 6,3 %. Zwischen dem niedrigsten und dem höchsten dargestellten Bildungsabschluss liegt damit ein eindeutiges Gefälle, wobei die Unterschiede aber nicht signifikant sind.

Abb. 29: COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss

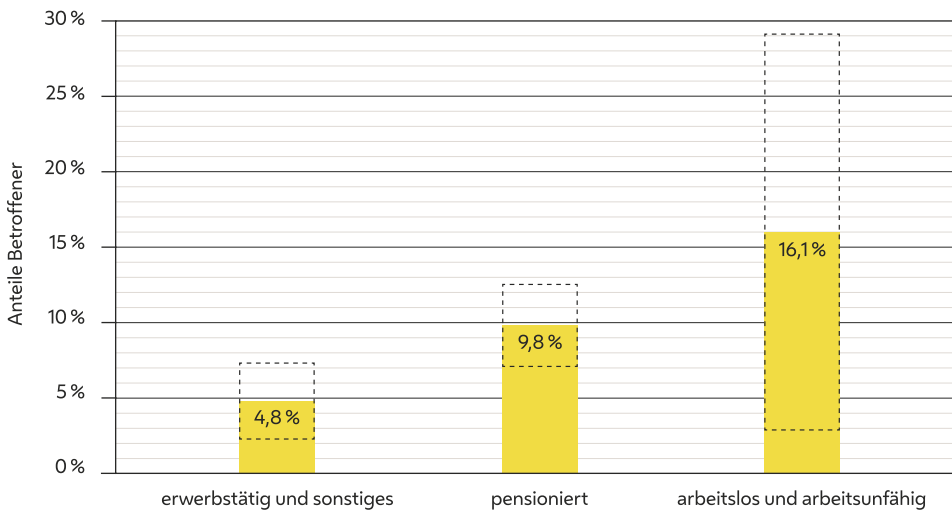


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Differenziert nach dem **Erwerbsstatus** (Abb. 30) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Pensionierten, bei denen die COPD-Prävalenz 9,8 % beträgt, und Befragten, die erwerbstätig sind oder sich in sonstigen Lebenssituationen befinden. Bei Letztgenannten beträgt die Prävalenz 4,8 %. Höher als in beiden dieser Gruppen liegt die COPD-Prävalenz in

der Gruppe der Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen. Dort beträgt die beobachtete Prävalenz 16,1% – ein Wert, der wegen der geringen Anzahl der in diese Gruppe fallenden Personen aber ein großes Konfidenzintervall aufweist und daher mit großer Unsicherheit verbunden ist.

Abb. 30: COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus

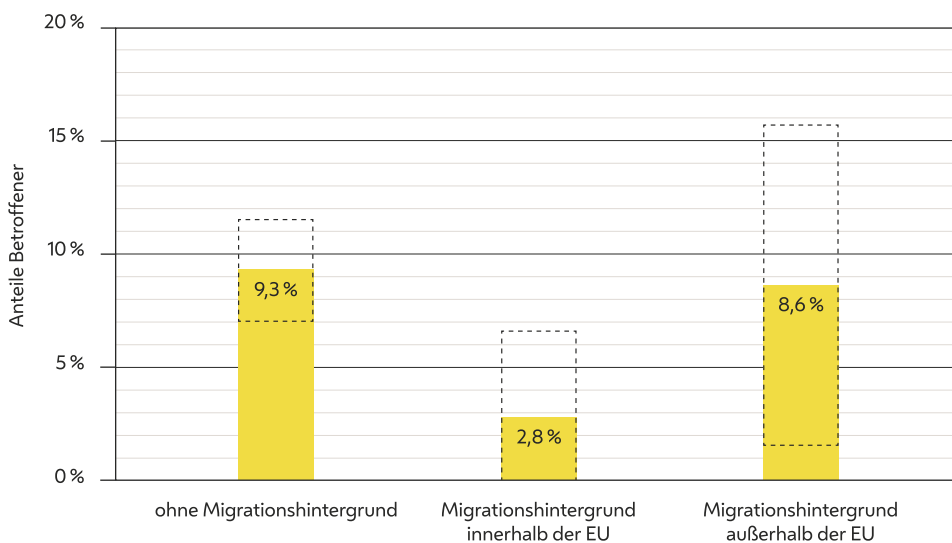


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Weder bei der Frage nach dem **Haushaltseinkommen** noch bei der Frage, ob dieses ausreicht, um finanziell über die Runden zu kommen, ergibt sich ein eindeutiges, konsistentes Muster. Zudem sind die meisten Unterschiede nicht signifikant. Auf eine Darstellung wird daher verzichtet.

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich jedoch wieder beim **Migrationshintergrund**. Bei ab-50-jährigen WienerInnen, die einen Migrationshintergrund aus einem EU-Land aufweisen, ist die COPD-Prävalenz mit 2,8 % wesentlich geringer als bei Personen ohne Migrationshintergrund, bei denen sie 9,3 % beträgt. Bei Personen mit Migrationshintergrund aus einem Land außerhalb der EU liegt der Anteil Betroffener bei 8,6 %. Dieser Wert ist wegen der geringen Anzahl von Personen, die in diese Gruppe fallen, aber wieder mit großer Unsicherheit verbunden und unterscheidet sich nicht signifikant von den beiden anderen beobachteten Anteilen.

Abb. 31: COPD, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund

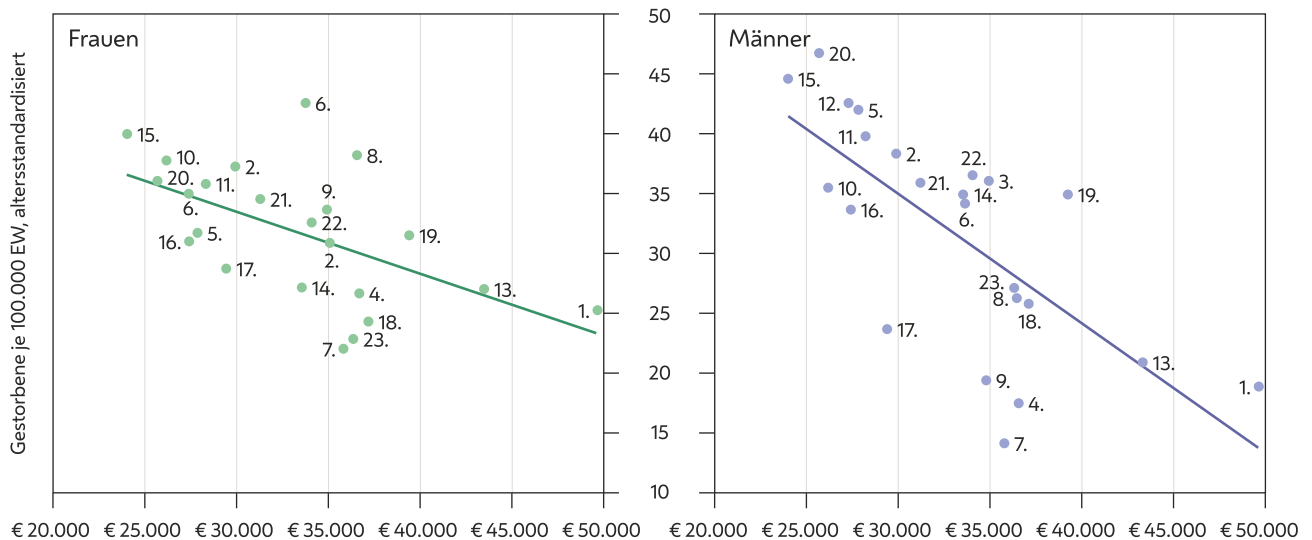


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

ÖSTERREICHISCHE TODESURSACHENSTATISTIK: MORTALITÄT AN COPD NACH WIENER GEMEINDEBEZIRKEN

Wie die Streudiagramme in Abbildungen 32 zu den Unterschieden zwischen den Wiener Gemeindebezirken zur Mortalität durch COPD verdeutlichen, besteht ein beträchtlicher Zusammenhang zwischen den Mortalitätsraten und den Einkommensniveaus der Bezirke.

**Abb. 32: Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD),
Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)**



Quelle: Österreichische Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 für Wien, Statistik Austria

Ø der Jahresbruttobezüge abhängig Beschäftigter je Gemeindebezirk 2015

In Abbildung 32 ist zu erkennen, dass bei Frauen der 6. Bezirk (Mariahilf) mit 42,4 Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen die höchste Mortalität durch COPD aufweist. Danach folgt mit 39,8 Toten je 100.000 Einwohnerinnen der 15. Bezirk (Rudolfsheim-Fünfhaus). Am unteren Ende der Rangliste befinden sich mit 22,7 Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen der 23. (Liesing) und mit 21,9 Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen der 7. Bezirk (Neubau).

Bei Männern weist mit 46,5 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern der 20. Bezirk (Brigittenau) die höchste Mortalitätsrate durch COPD auf, gefolgt vom 15. Bezirk (Rudolfsheim-Fünfhaus) mit 44,5 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern. Die niedrigsten Raten weisen mit 14,0 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern der 7. Bezirk (Neubau) und mit 17,4 Gestorbenen je 100.000 Einwohnern der 4. Bezirk (Wieden) auf.

Bei Frauen besteht mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,56$ ein Zusammenhang mittleren Ausmaßes. Bei Männern ist das Ausmaß dieses Zusammenhangs mit einem Korrelationskoeffizienten $r = -0,71$ hingegen als stark zu bezeichnen.

4.4. Diabetes mellitus

Im folgenden Kapitel 4.4 wird die Prävalenz für Diabetes mellitus differenziert nach den diversen sozialen Merkmalen dargestellt. Während im ATHIS 2014 die selbst eingeschätzte 12-Monats-Prävalenz für *Diabetes* erhoben wurde, wurde mithilfe der im SHARE 2017 gestellten Frage die selbst eingeschätzte oder ärztlich diagnostizierte Lebenszeit-Prävalenz für *Diabetes oder hohen Blutzuckerspiegel* erfasst. In der Österreichischen Todesursachenstatistik wird die entsprechende Kategorie als *Diabetes mellitus* bezeichnet. Diese Bezeichnung wird auch in den Grafiküberschriften verwendet.

Um die Einordnung der Ergebnisse zu erleichtern, werden bekannte Prävalenzzahlen zu Diabetes mellitus, die anderen Publikationen entnommen wurden, vorab in einem kurzen Info-Kasten dargestellt.

Diabetes mellitus: Prävalenz in Österreich und international

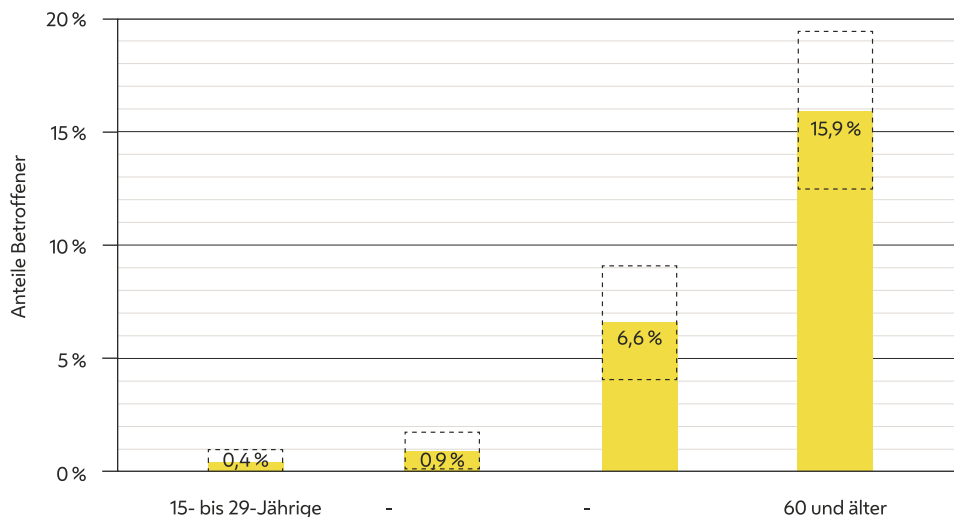
Die 12-Monats-Prävalenz für Diabetes mellitus lag laut dem Bericht über die bundesweiten ATHIS-Ergebnisse 2014 bei 4,9 % (m: 5,4 %; w: 4,5 %). In Wien lag der Anteil bei 5,7 % (Klimont & Baldaszi 2015, 76). Etwas darüber lag laut dem ATHIS-Bericht 2006/2007 die *Lebenszeit-Prävalenz* für die österreichische Wohnbevölkerung. Der Wert lag bundesweit bei 5,9 % (m: 5,4 %; w: 6,4 %) und in Wien bei 7,7 % (Klimont et al. 2007, 63). Die 12-Monats-Prävalenz betrug hingegen damals in Österreich 5,6 % (m: 5,2 %; w: 5,9 %) und in Wien 7,3 %, ist also bis 2014 gesunken.

Im internationalen Vergleich auf Basis der Daten aus dem ATHIS (bzw. der europaweiten Gesundheitsbefragung EHIS) 2014 liegt Österreich bezüglich der Diabetes-Prävalenz mit 4,9 % deutlich unter dem EU-Schnitt von 7,9 % (OECD/EU 2016, 81).

ATHIS 2014: PRÄVALENZ VON DIABETES MELLITUS IN DER WIENER WOHNBEVÖLKERUNG

Der Vergleich von **Altersgruppen** hinsichtlich Diabetes mellitus zeigt, dass die Prävalenz stark vom Alter abhängig ist. Bei den Ab-60-Jährigen leiden fast 16 % an dieser Krankheit, während in der Altersgruppe darunter, den 45- bis 59-Jährigen, mit nur 6,6 % signifikant weniger Personen betroffen sind. Die beiden jüngsten Gruppen der 15- bis 29-Jährigen sowie der 30- bis 44-Jährigen weisen mit unter einem Prozent eine niedrige Prävalenz auf.

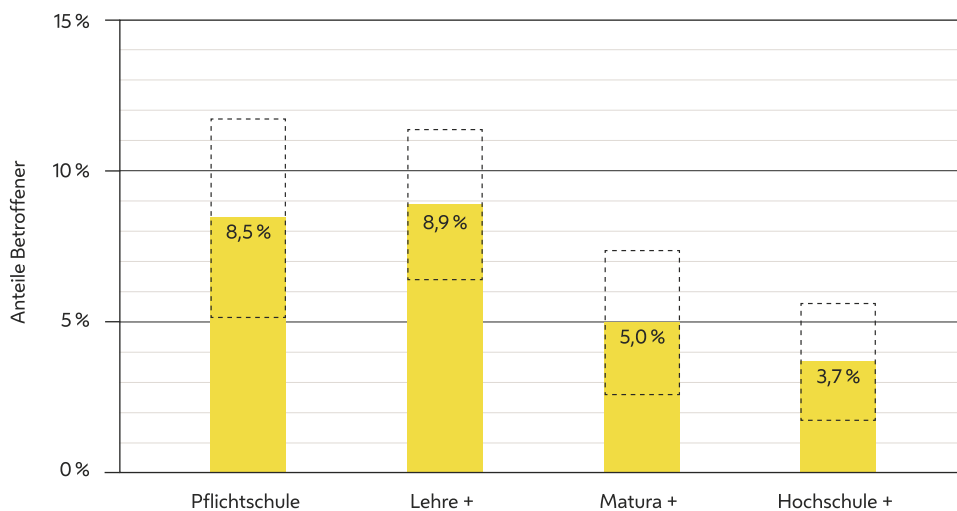
Abb. 33: Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Es zeigen sich hinsichtlich der Prävalenz von Diabetes mellitus auch deutliche Unterschiede nach dem höchsten **Bildungsabschluss** der Befragten. Dabei liegt die Prävalenz bei Personen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule oder eine Lehre ist, mit 8,5 % bzw. 8,9 % noch ca. auf dem gleichen Niveau. Personen, deren höchster Bildungsabschluss die Matura ist, sind mit einer Prävalenz von 5,0 % schon deutlich seltener betroffen. Personen, die einen Abschluss an einer Hochschule oder hochschulverwandten Einrichtung erreicht haben, weisen mit einer Prävalenz von 3,7 % auch einen signifikant niedrigeren Wert auf als die zwei Gruppen mit der höchsten Prävalenz.

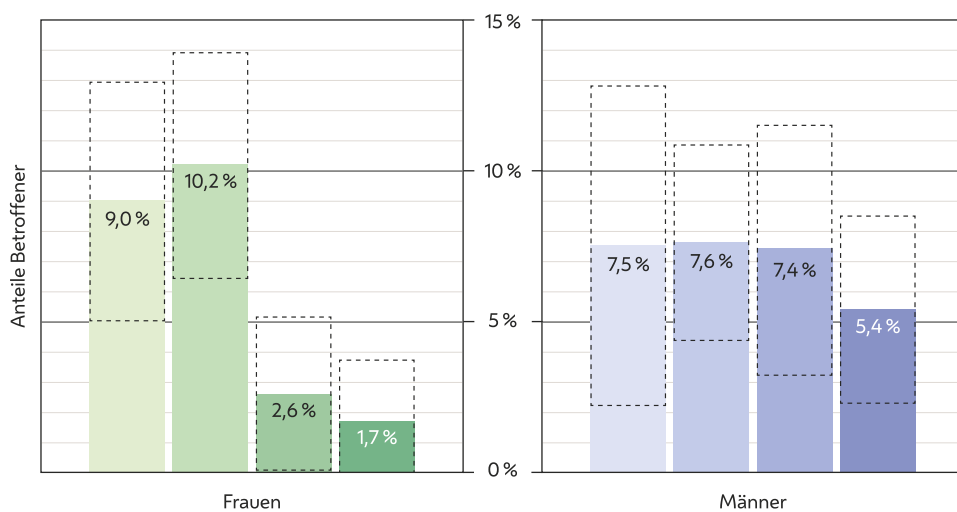
Abb. 34: Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Noch einmal aufgeschlüsselt nach **Geschlecht** zeigt sich jedoch, dass dieses Gefälle bei den männlichen Befragten in Wien um einiges flacher ist als bei den weiblichen (vgl. Abb. 35).

Abb. 35: Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss und Geschlecht

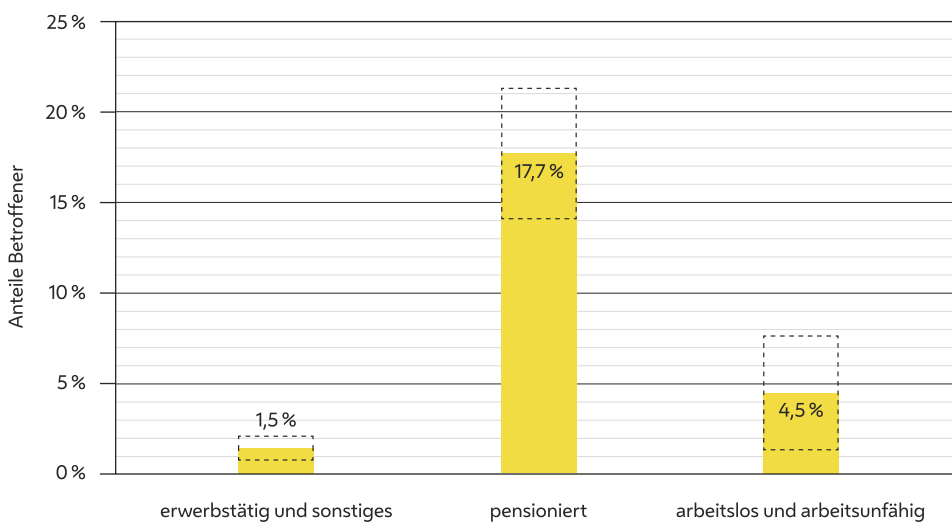


Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Die unteren drei Bildungsgruppen zeigen bei Männern gar keine Unterschiede. Hier liegt die Prävalenz für Diabetes mellitus fast durchgehend auf etwa demselben Niveau von ca. 7,5 %. Ein wenig, wenn auch nicht signifikant, niedriger liegt sie mit 5,4 % bei Männern, die eine Hochschule oder hochschulverwandte Einrichtung abgeschlossen haben.

Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich bei Frauen: Hier besteht eine starke Kluft zwischen jenen Wienerinnen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule bzw. eine Lehre oder gleichwertige Ausbildung ist, und jenen, deren höchster Abschluss zumindest die Matura oder eine gleichwertige Ausbildung darstellt. Während die Diabetes-Prävalenz bei den beiden ersten Gruppen 9 % bis 10 % beträgt, liegt sie bei letzteren mit unter 3 % deutlich und signifikant niedriger (vgl. Abb. 35).

Abb. 36: Diabetes mellitus, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Pensionierte Personen weisen, wie der Vergleich nach dem **Erwerbsstatus** zeigt, eine deutlich höhere Diabetes-Prävalenz auf als alle restlichen Befragten (Abb. 36). Aber auch bei Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen lässt sich mit 4,5 % eine im Vergleich zur erwerbstätigen und sonstigen Bevölkerung um 3 Prozentpunkte höhere Prävalenz ausmachen, die allerdings statistisch nicht signifikant ist.

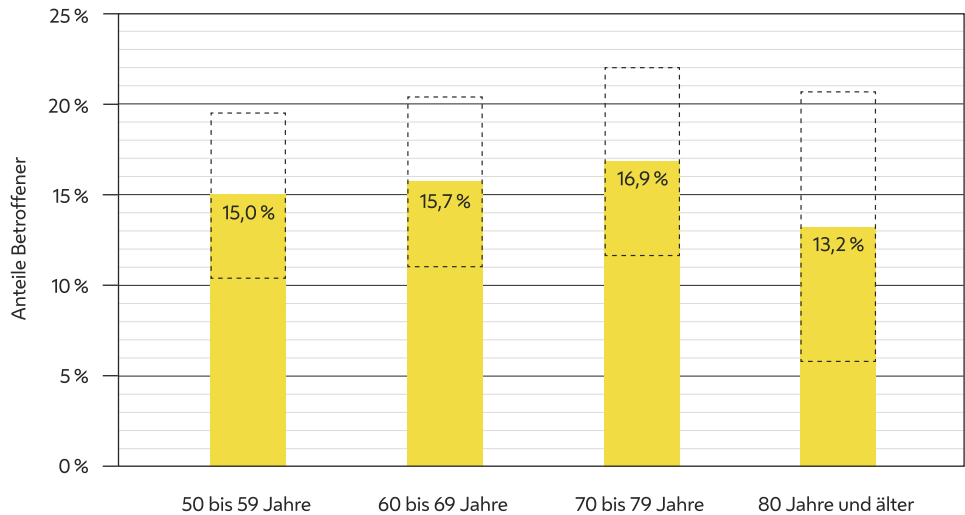
Eine Darstellung der Diabetes-Prävalenz nach den **Haushaltseinkommen** erfolgt an dieser Stelle nicht. Die Auswertung ergibt nämlich ein inkonsistentes Verteilungsmuster. Außerdem sind die Unterschiede zwischen den fünf Einkommensgruppen nicht signifikant.

Ähnlich verhält es sich beim Merkmal **Migrationshintergrund**. Hier zeigen sich zwischen den drei Vergleichsgruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Die beobachteten Prävalenzen bewegen sich zwischen 4,5 % bei Personen mit Migrationshintergrund aus Ländern außerhalb der EU und 5,9 % bei Personen ohne Migrationshintergrund.

SHARE 2017: PRÄVALENZ VON DIABETES MELLITUS BEI WIENERINNEN AB 50 JAHREN

Die Prävalenz für Diabetes mellitus bei WienerInnen ab 50 Jahren wird in den folgenden Abbildungen dargestellt und nach den diversen sozialen Merkmalen aufgeschlüsselt. Abbildung 37 zeigt auf Basis der SHARE-Daten 2017, dass die Lebenszeit-Prävalenz für Diabetes mellitus in der Wiener Bevölkerung ab 50 Jahren kaum mehr mit dem **Alter** ansteigt. Dies ist ein Unterschied zu den weiter oben dargestellten ATHIS-Ergebnissen, welche jedoch hauptsächlich Unterschiede zwischen jüngeren und mittleren Altersgruppen deutlich machen, bei denen der Alterseffekt noch ganz klar zum Ausdruck kommt (vgl. Abb. 33).

Abb. 37: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen

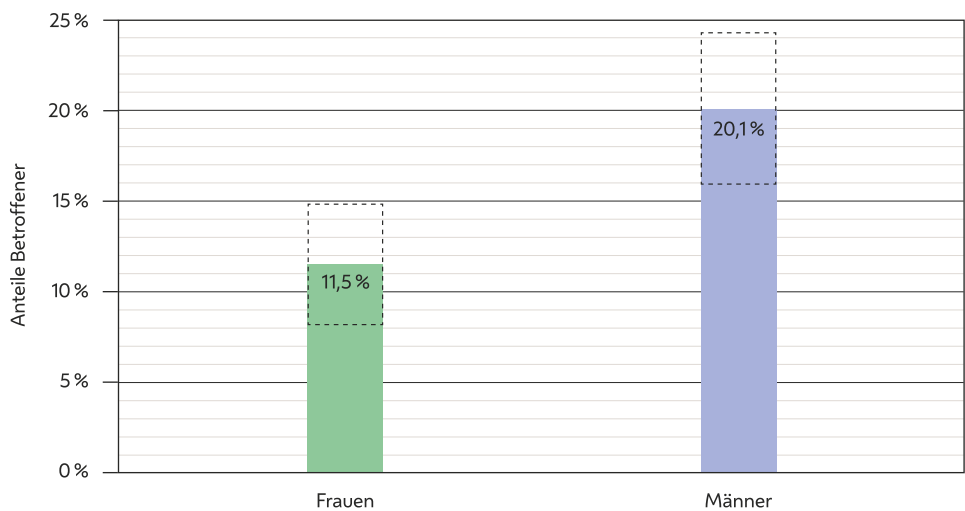


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Dagegen unterscheidet sich bei den 70- bis 79-Jährigen die Diabetes-Prävalenz mit 16,9 % nur eher marginal und nicht signifikant von der Prävalenz bei den 50- bis 59-Jährigen, wo sie 15,0 % beträgt. Bei den Ab-80-Jährigen liegt sie mit 13,2 % wieder etwas, aber nicht signifikant, niedriger.

Im Gegensatz dazu zeigt sich ein relativ deutlicher Unterschied zwischen den **Geschlechtern**, der auch signifikant ist: Während bei den ab-50-jährigen Wienern die Diabetes-Prävalenz 20,1 % beträgt, liegt sie bei den Wienerinnen mit 11,5 % deutlich darunter (vgl. Abb. 38).

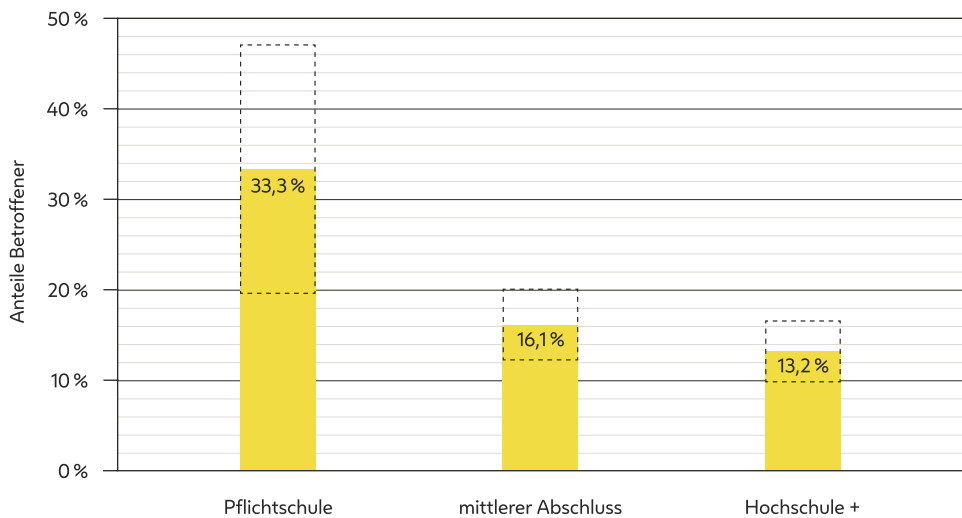
Abb. 38: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Auch zwischen den höchsten **Bildungsabschlüssen** zeigen sich recht deutliche Unterschiede in der Diabetes-Prävalenz. Insbesondere gilt dies für den Vergleich zwischen Personen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, und allen Befragten mit höheren Abschlüssen. Während die Prävalenz bei Personen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, 33,3 % beträgt, liegt sie in den beiden anderen Bildungsgruppen mit 16,1 % bzw. 13,2 % deutlich und signifikant darunter (vgl. Abb. 39).

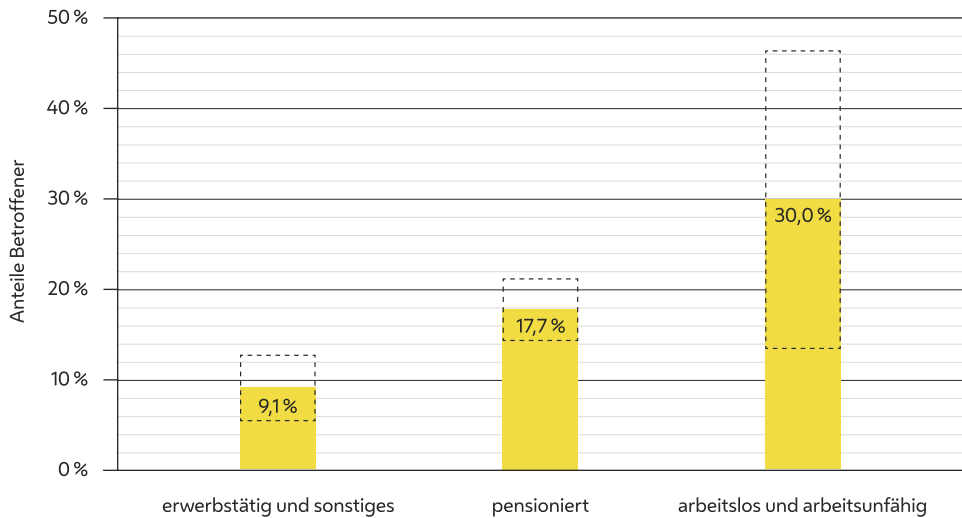
Abb. 39: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Beim Vergleich nach dem **Erwerbsstatus** (Abb. 40) lässt sich erkennen, dass sowohl bei Pensionierten als auch bei Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen der Anteil Betroffener signifikant höher liegt als bei Erwerbstätigen und sonstigen Befragten.

Abb. 40: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



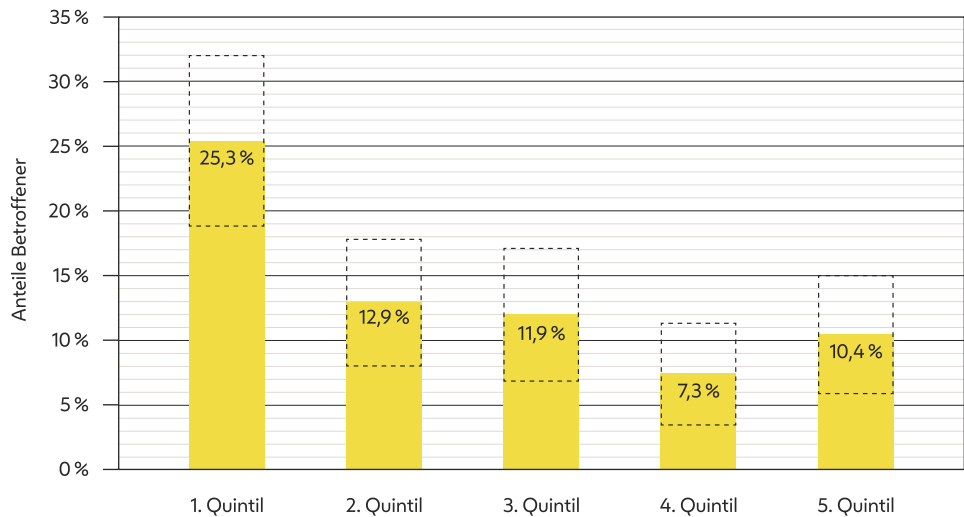
Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Die Anteile der an Diabetes mellitus Erkrankten bewegen sich von 9,1% bei Erwerbstätigen und sonstigen Befragten, über 17,7% bei Pensionierten bis zu 30,0% bei arbeitslosen und arbeitsunfähigen Befragten.

Auch hinsichtlich des **Haushaltseinkommens** und der Frage, ob man damit auch finanziell über die Runden kommt, zeigen sich diesmal signifikante Unterschiede. Wie Abbildung 41 zeigt, liegt im untersten Fünftel der EinkommensbezieherInnen unter den Befragten die Prävalenz für Diabetes mellitus bei 25,3%. In den anderen vier Einkommensquintilen liegt sie mit Werten zwischen 7,3% und 12,9% deutlich und signifikant darunter. Ähnliche Muster zeigen sich auch bei einer Aufschlüsselung nach dem Geschlecht bei beiden Geschlechtern (nicht dargestellt).

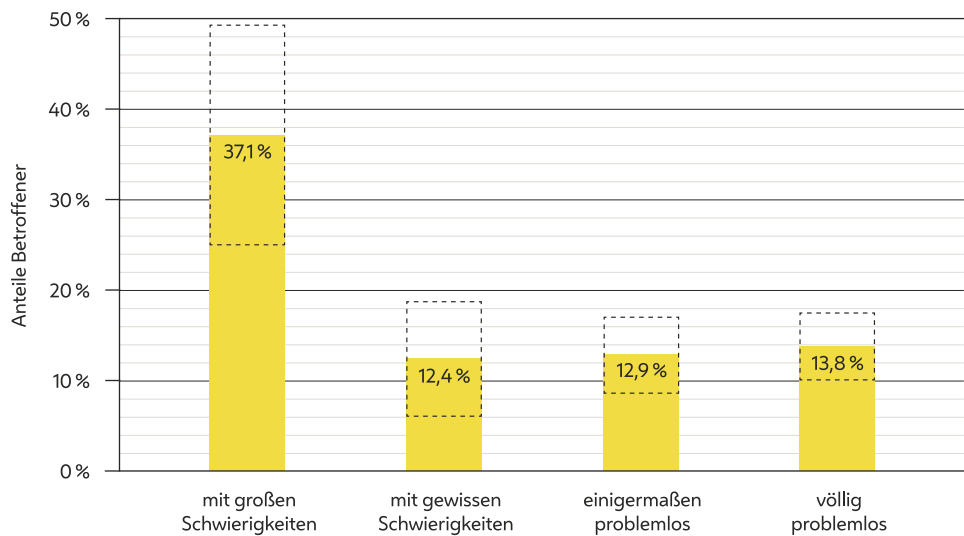
Personen, die auf die Frage nach dem **finanziellen Auskommen** mit dem Haushaltseinkommen die Antwort *mit großen Schwierigkeiten* gaben, sind außerdem, wie Abbildung 42 zeigt, besonders häufig von Diabetes mellitus betroffen. Während die Prävalenz in dieser Personengruppe 37,1 % beträgt, sind es in allen anderen Gruppen mit 12,4 % bis 13,8 % viel weniger. Dieser Unterschied ist auch signifikant.

Abb. 41: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

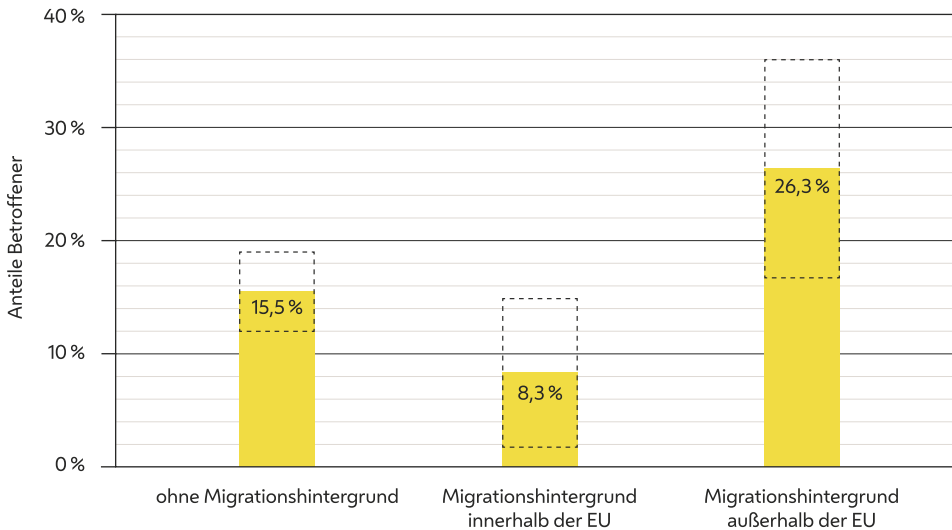
Abb. 42: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Hinsichtlich des **Migrationshintergrunds** zeigt die Gruppe jener Personen mit Migrationshintergrund aus Ländern außerhalb der EU mit 26,3 % eine deutlich erhöhte Prävalenz, die signifikant über jener in den beiden Vergleichsgruppen liegt. Von den Personen ohne Migrationshintergrund haben demgegenüber nur 15,5 % Diabetes mellitus. Bei Personen mit Migrationshintergrund aus EU-Ländern sind es sogar nur 8,3 %.

Abb. 43: Diabetes mellitus, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

ÖSTERREICHISCHE TODESURSACHENSTATISTIK: MORTALITÄT AN DIABETES MELLITUS NACH WIENER GEMEINDEBEZIRKEN

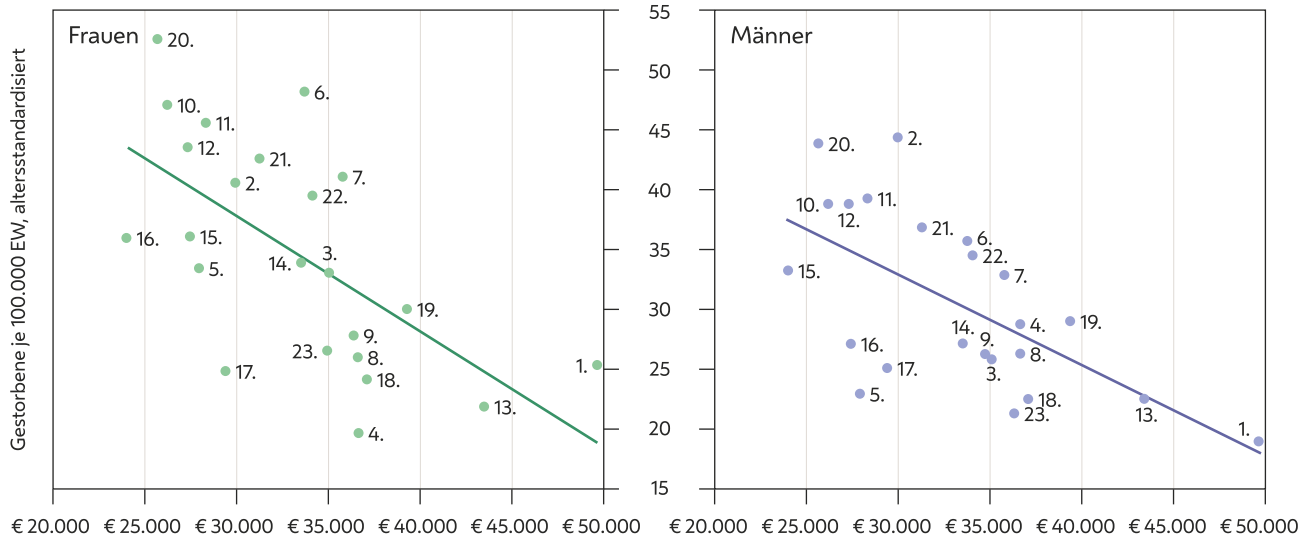
Obwohl Diabetes mellitus meist nur auf indirektem Wege (über Begünstigung von Herzinfarkten) zum Tod führen kann, wird er von TotenbeschauerInnen häufig als Todesursache dokumentiert. Da es sich bei den Gestorbenen um Personen handelt, von denen anzunehmen ist, dass sie den TotenbeschauerInnen schon länger als DiabetespatientInnen bekannt waren, ist die Mortalitätsrate aufgrund von Diabetes mellitus dennoch ein guter Indikator für die Verbreitung der Krankheit und ihre Bedeutung als ein die Sterblichkeit beeinflussender Faktor.

Wie die Abbildungen 44 zeigt, besteht zwischen dieser Mortalitätsrate und dem Einkommensniveau in den Gemeindebezirken auch ein deutlicher Zusammenhang bei beiden Geschlechtern. Das Ausmaß dieses Zusammenhangs unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen praktisch nicht und ist mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,63$ als mittel bis stark zu bezeichnen.

In Abbildung 44 ist zu erkennen, dass bei Frauen die höchste Anzahl Gestorbener, die dem Diabetes mellitus zugerechnet werden, im 20. Bezirk (Brigittenau) zu finden ist. Hier beträgt die entsprechende Mortalitätsrate 52,4 Tote je 100.000 Einwohnerinnen. Am unteren Ende der Rangliste befinden sich der 4. (Wieden) und der 13. Bezirk (Hietzing), wo die Mortalitätsraten 19,6 und 21,8 Gestorbene je 100.000 Einwohnerinnen betragen.

Bei Männern findet sich die höchste Mortalitätsrate mit 44,3 Toten je 100.000 Einwohnern im 2. Bezirk (Leopoldstadt), knapp vor dem 20. Bezirk (Brigittenau), der eine Rate von 43,8 Toten je 100.000 Einwohnern aufweist. Die niedrigsten Mortalitätsraten findet man bei Männern im 1. Bezirk (Innere Stadt) mit 18,8 Toten je 100.000 Einwohnern und im 23. Bezirk (Liesing) mit 21,1 Toten je 100.000 Einwohnern.

Abb. 44: Diabetes mellitus, Mortalität im Ø 2013 – 2017 bei WienerInnen je Gemeindebezirk (1. – 23.)



Quelle: Österreichische Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 für Wien, Statistik Austria

Ø der Jahresbruttobezüge abhängig Beschäftigter je Gemeindebezirk 2015

4.5. Depression und Suizid

Das Kapitel 4.5 widmet sich den Ergebnissen zu den im ATHIS und im SHARE erhobenen Symptomen psychischer Erkrankungen, aus denen insbesondere die Prävalenz für Depression abgeleitet werden kann.

Im SHARE 2015 wurden mithilfe eines Fragenkataloges zwölf verschiedene mögliche Symptome einer Depression erhoben. Die Befragten sollten dabei angeben, ob sie in einem zweiwöchigen oder einmonatigen Zeitraum vor der Erhebung an Symptomen wie Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwäche, Niedergeschlagenheit, Suizidgedanken und Ähnlichem litten. Bei Vorliegen von *mehr als drei* derartigen Symptomen wird laut der Dokumentation zur Befragung von einer Depression ausgegangen (Mehrbrodt et al. 2017, 3). Für die folgenden Darstellungen werden die zusammengefassten Prävalenzen für Depression herangezogen. Auf die Prävalenz von Suizidgedanken wird aber zusätzlich gesondert eingegangen.

Im ATHIS 2014 war ua. eine Frage enthalten, bei der die Befragten eine Selbsteinschätzung abgeben konnten, ob sie in den letzten 12 Monaten eine Depression gehabt haben. Diese Angaben wurden zur Berechnung der hier dargestellten Ergebnisse herangezogen. Am Kapitelende werden noch Ergebnisse aus der Österreichischen Todesursachenstatistik 2013 bis 2017 zur Mortalität durch *Selbsttötung und Selbstbeschädigung* je Gemeindebezirk angeführt.

Um die Einordnung der, nach sozialen Merkmalen aufgeschlüsselten, Wiener Ergebnisse zu erleichtern, ist den Ausführungen wieder ein Info-Kasten vorangestellt. Dort wird die Gesamtprävalenz für Wien und Österreich wiedergegeben und internationalen Ergebnissen gegenübergestellt.

Depression: Prävalenz in Österreich und international

Die 12-Monats-Prävalenz für selbstberichtete, *ärztlich diagnostizierte* Depression liegt laut Bericht zu den bundesweiten ATHIS-Ergebnissen 2014 bei 5,7 % (m: 3,9 %; w: 7,5 %) und in Wien bei 7,9 % (Klimont & Baldaszi 2015, 79). Mit selbstberichteten, *nicht diagnostizierten* Fällen steigen diese Anteile auf 7,7 % (m: 5,7 %; w: 9,5 %) für Österreich und 11,0 % für Wien.

Europaweit betrug die Prävalenz für selbstberichtete, *nicht diagnostizierte* Depression bei Männern 5,3 % und bei Frauen 8,8 % (OECD/EU 2018, 22). Österreich liegt hier also ein wenig über dem internationalen Schnitt. Ähnliches gilt für die Mortalität aufgrund von Suizid (OECD/EU 2018, 26; WHO 2019, 83).

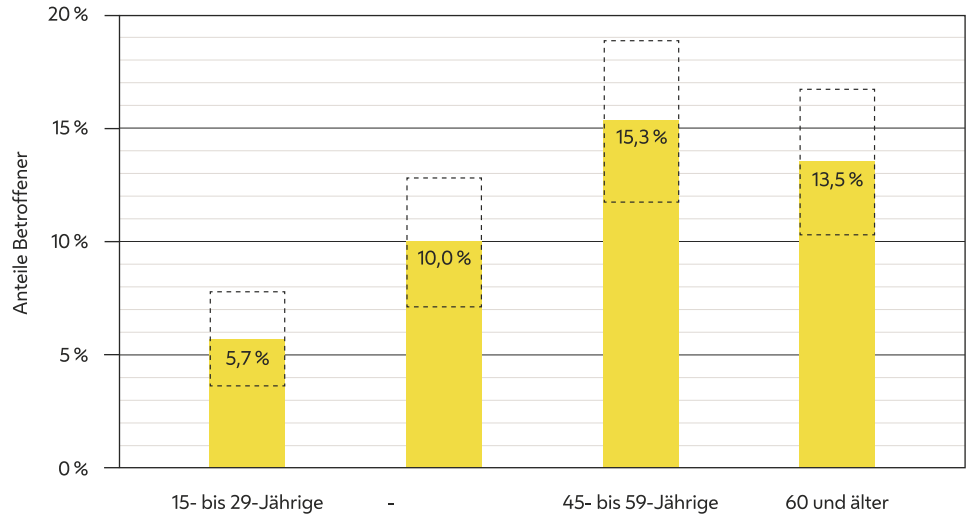
Neben den Befragungsdaten liegen Ergebnisse sogenannter Screening-Studien vor. Diese Studien folgen einer etwas anderen Methodik und setzen zur Erhebung depressiver Symptome psychologisch geschultes Personal und detailliertere Erhebungsinstrumente ein. Eine solche Studie weist für Österreich eine 12-Monats-Prävalenz für Depression von ca. 10 % aus (Nowotny et al. 2019, 96).

ATHIS 2014: PRÄVALENZ SELBST EINGESCHÄTZTER DEPRESSION IN DER WIENER WOHNBEVÖLKERUNG

Vergleicht man die Häufigkeit von Depression zwischen **Altersgruppen**, so zeigt sich folgendes Bild (vgl. Abb. 45): Sie kommen im Unterschied zu anderen Krankheiten bereits bei den jüngeren Altersgruppen häufig vor. Die Prävalenz steigt bis zur Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen signifikant an, um bei den Ab-60-Jährigen dann tendenziell wieder zu sinken.

Bei den 15- bis 29-Jährigen geben 5,7 % an, in den 12 Monaten vor der Befragung an einer Depression gelitten zu haben. Bei den 30- bis 44-Jährigen sind es 10,0 %. Der Höhepunkt ist mit 15,3 % bei den 45- bis 59-Jährigen erreicht. Bei den Ab-60-Jährigen liegt er mit 13,5 % wieder leicht darunter.

Abb. 45: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Alter in 15-Jahres-Gruppen

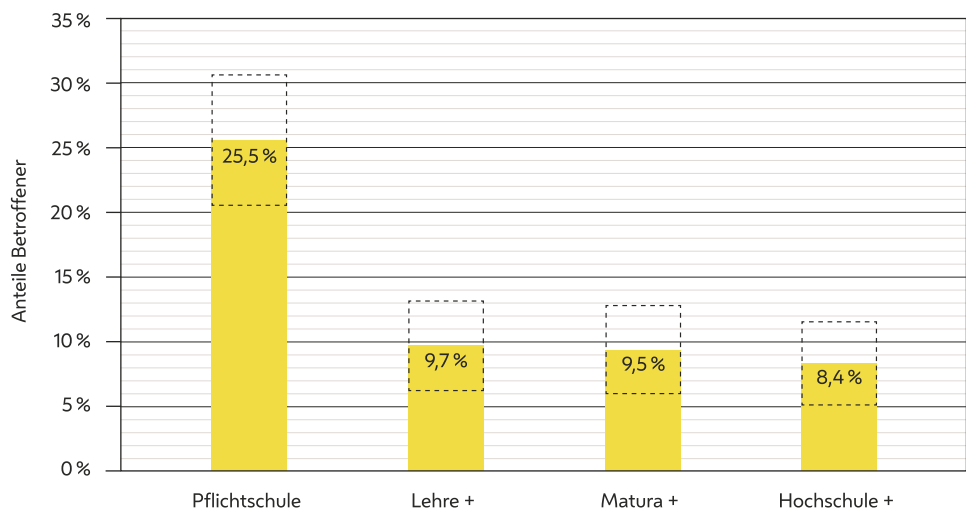


Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Der Vergleich nach dem **Geschlecht** ergibt eine höhere Prävalenz von Depression bei den weiblichen Befragten. Der entsprechende Anteil beträgt bei ihnen 11,9 %, während er bei Männern 9,9 % beträgt. Dieser Unterschied ist nicht signifikant und wird zusammen mit anderen nicht signifikanten Geschlechterunterschieden in einer Sammelgrafik in der Zusammenfassung dargestellt.

Gliedert man die Ergebnisse weiter nach dem höchsten **Bildungsabschluss** der Befragten, so zeigt sich, dass Befragte, deren höchster Bildungsabschluss die Pflichtschule ist, vergleichsweise häufig unter Depression litten: Mehr als ein Viertel dieser Befragten gab an, in den letzten 12 Monaten eine Depression gehabt zu haben (vgl. Abb. 46).

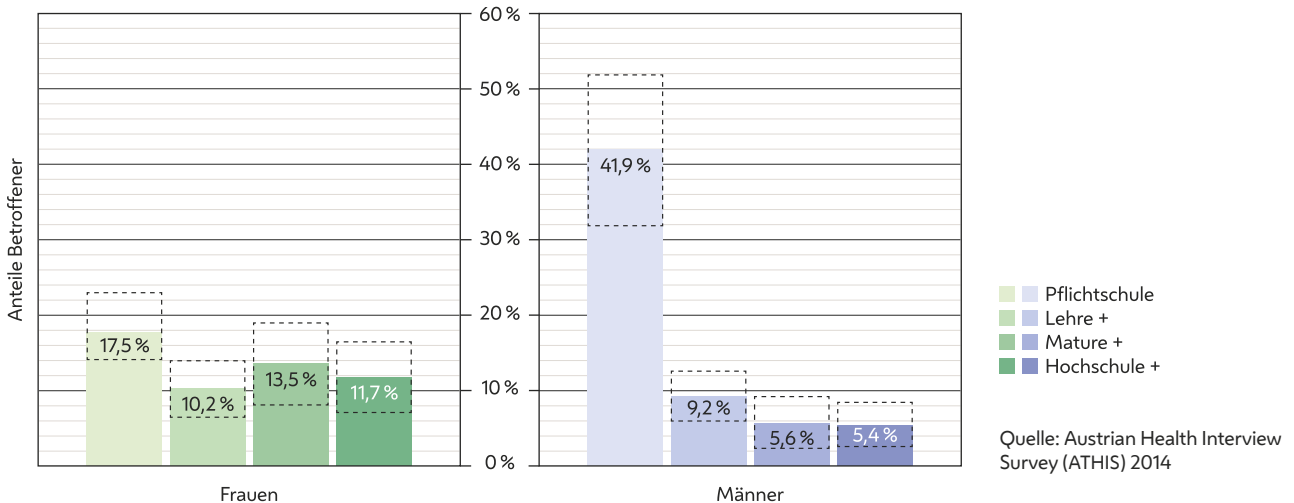
Abb. 46: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Auffällig ist der große Unterschied zwischen jenen Personen, deren höchster Bildungsabschluss die Pflichtschule ist, und jenen, die über höhere Bildungsabschlüsse verfügen: So ist der Anteil an Depressionskranken in allen drei anderen Bildungsgruppen deutlich und signifikant geringer. Er liegt jeweils bei unter 10 %. Eine zusätzliche Aufschlüsselung nach dem **Geschlecht** ergibt ein Bild, welches in Abbildung 47 wiedergegeben wird.

Abb. 47: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss und Geschlecht



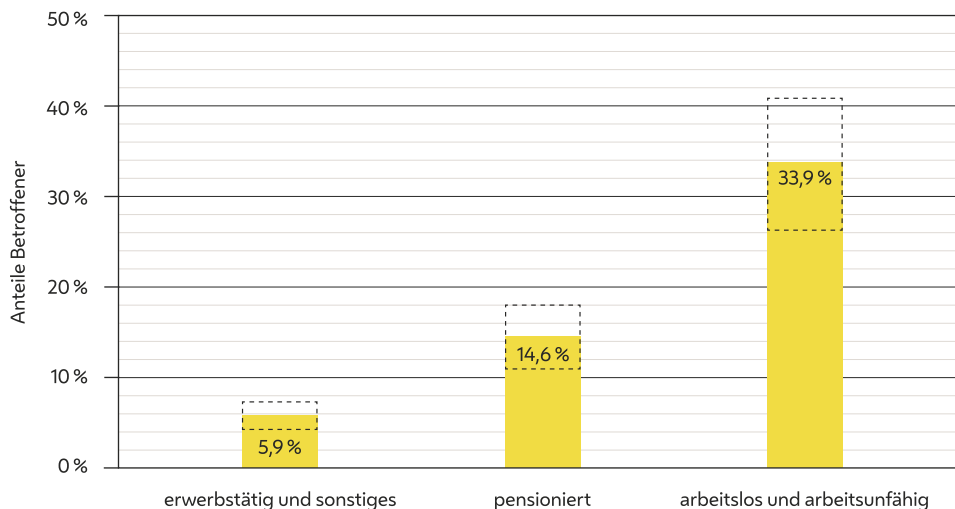
Dieses Ergebnis lässt den Schluss zu, dass besonders Männer, deren höchster Abschluss die Pflichtschule ist, offenbar ein sehr hohes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken. 41,9 % der dieser Gruppe zuzurechnenden befragten Wiener berichteten von einer Depression in den letzten 12 Monaten.

Auch unter Frauen ist der Anteil der Wienerinnen mit selbstberichteter Depression bei jenen am höchsten, deren höchster Bildungsabschluss die Pflichtschule ist. Mit 17,5 % ist dieser Anteil allerdings erheblich niedriger als der bei Männern. Zudem ist der Unterschied zu den anderen drei Bildungsgruppen bei Frauen nicht so groß wie bei Männern. Während bei Frauen der Unterschied zwischen den unteren beiden Bildungsgruppen bei ca. 7 Prozentpunkten liegt, beträgt er bei Männern über 30 Prozentpunkte.

Bei Männern nimmt die Häufigkeit von Depression mit dem Bildungsabschluss stetig ab und erreicht bei Wienern, deren höchster Abschluss eine Hochschule oder hochschulverwandte Einrichtung ist, mit 5,4 % den niedrigsten Wert. Bei den Wienerinnen hingegen schwankt die Prävalenz in nicht eindeutiger Weise zwischen den Bildungsabschlüssen. Die Unterschiede sind zudem nicht signifikant.

Wie ein Vergleich nach dem **Erwerbsstatus** zeigt, ist unter Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen in Wien Depression besonders weit verbreitet (Abb. 48). Bei ihnen liegt der Anteil jener, die von einer Depression berichten, mit 33,9 % signifikant höher als in den beiden Vergleichsgruppen. Damit ist Depression die einzige in diesem Bericht behandelte Krankheit, die (in der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren) bei Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen verbreiteter ist als bei Pensionierten, wo der Anteil 14,6 % beträgt. Bei Personen, die erwerbstätig sind oder sich in einer sonstigen Lebenssituation befinden, ist die Prävalenz mit 5,9 % noch einmal deutlich und signifikant geringer.

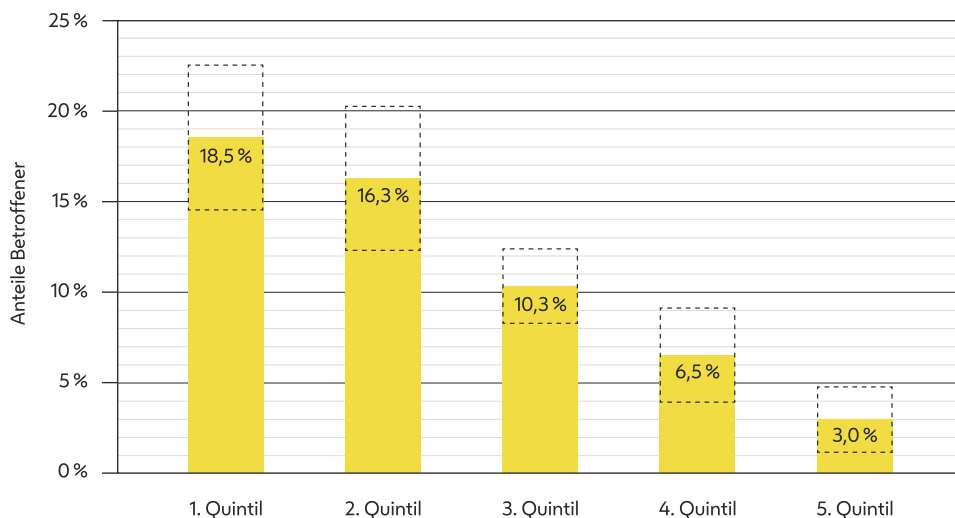
Abb. 48: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Im Gegensatz zu den anderen hier thematisierten, im ATHIS abgefragten Erkrankungen ergibt sich bei der Aufschlüsselung der Depressions-Prävalenz nach dem **Haushaltseinkommen** ein klares Gefälle zwischen der untersten und der obersten Einkommenskategorie. Das unterste Fünftel der EinkommensbezieherInnen weist mit 18,5% den höchsten Anteil an Depression Erkrankter auf. Im obersten Fünftel ist der Anteil Betroffener mit 3,0% am niedrigsten.

Abb. 49: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen

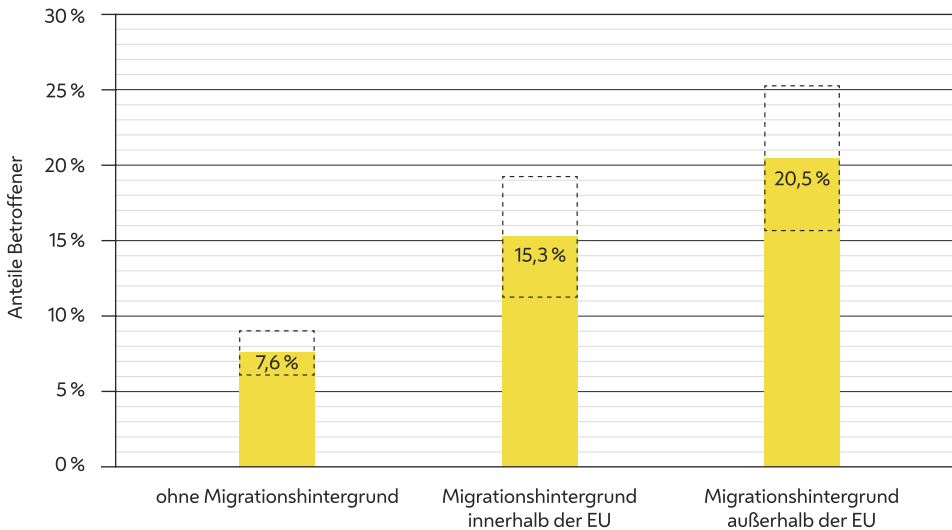


Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen entspricht die Verteilung der Depressions-Prävalenz zwischen den fünf Einkommensgruppen weitgehend der Gesamtverteilung. Auf eine zusätzliche grafische Aufschlüsselung nach dem **Geschlecht** wird daher verzichtet.

Ein Vergleich von Personen mit und ohne **Migrationshintergrund** zeigt hinsichtlich der Prävalenz von Depression starke Unterschiede zwischen den verglichenen Gruppen. Beide Gruppen von Personen mit Migrationshintergrund leiden demnach deutlich häufiger an Depression.

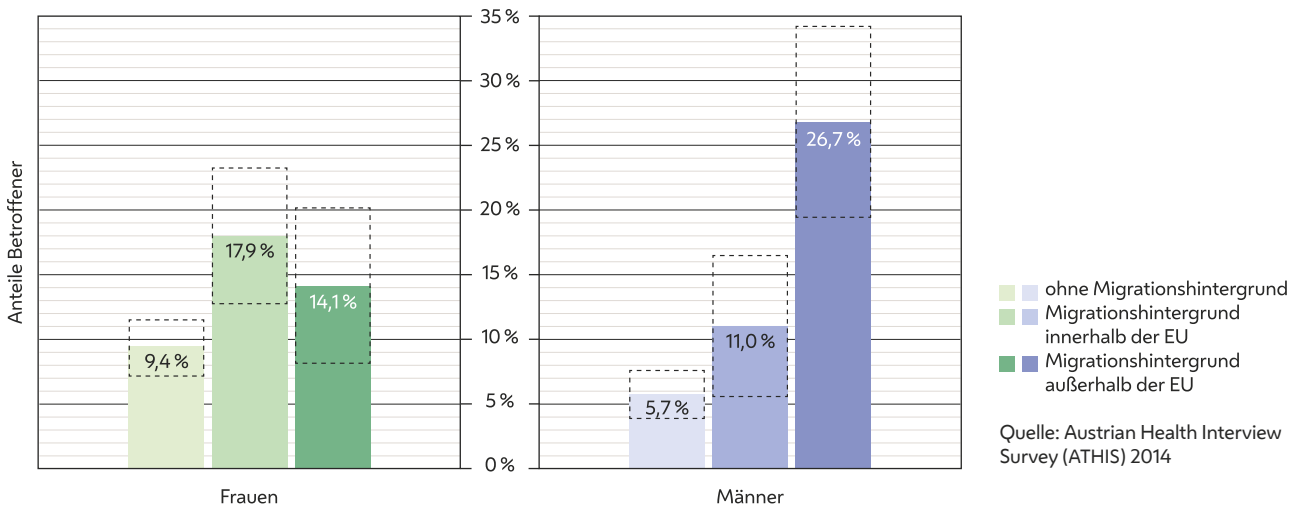
Abb. 50: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Besonders ausgeprägt ist dies jedoch bei Personen mit Migrationshintergrund aus einem Nicht-EU-Land. Bei ihnen beträgt die Depressions-Prävalenz knapp über 20 %. Doch auch Personen mit Migrationshintergrund innerhalb der EU leiden häufiger an Depression als Personen ohne Migrationshintergrund: Bei ersteren beträgt die Prävalenz 15,3 %, während sie bei letzteren mit 7,6 % deutlich und signifikant darunter liegt (vgl. Abb. 50).

Abb. 51: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund und Geschlecht



Quelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

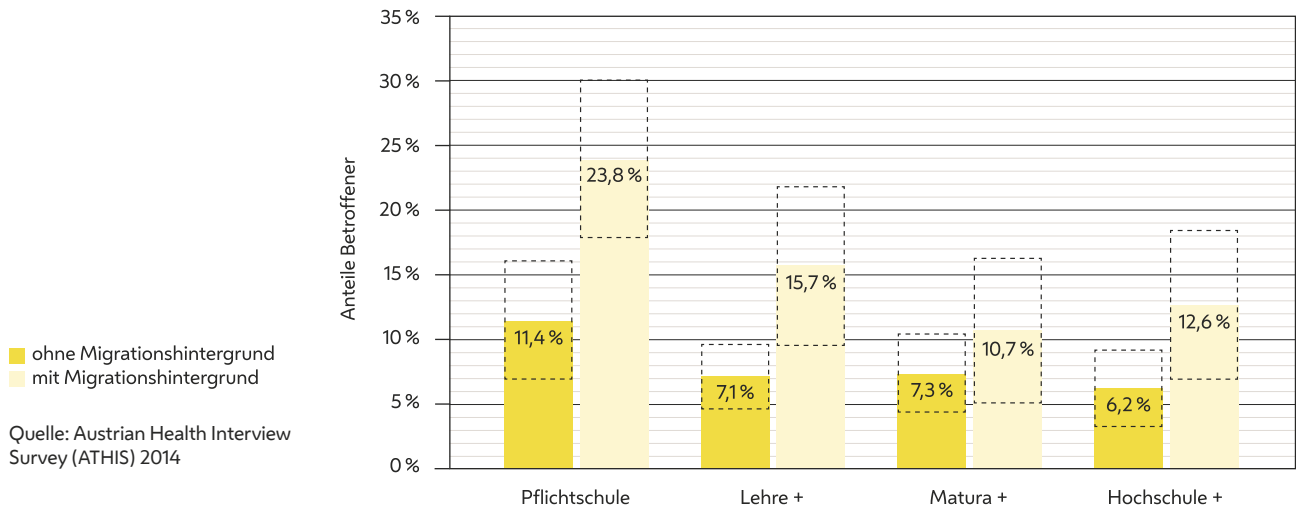
Die nach dem **Geschlecht** differenzierte Darstellung in Abbildung 51 verdeutlicht, dass sich dieses Gefälle zwischen den Vergleichsgruppen besonders bei Männern wiederfindet. Wiener mit einem Migrationshintergrund von außerhalb der EU sind sehr häufig von Depression betroffen. Bei ihnen beträgt die Prävalenz 26,7 %, während sie bei Männern, die aus einem EU-Land oder aus Österreich stammen, nur bei 11,0 % bzw. 5,7 % und somit signifikant darunter liegt.

Bei Frauen findet sich dieser Gradient nicht in derselben Form. Einerseits ist Depression unter Frauen mit Migrationshintergrund aus EU-Ländern und Frauen ohne Migrationshintergrund mit 17,9 % bzw. 9,4 % etwas weiter verbreitet als im Vergleich bei Männern.

Andererseits leiden Frauen mit Migrationshintergrund aus Nicht-EU-Ländern mit 14,1% nicht signifikant häufiger an Depression als andere Frauen und sogar signifikant und deutlich weniger häufig als Männer mit Migrationshintergrund aus Nicht-EU-Ländern.

Die Zellbesetzung erlaubt es hier, zusätzlich zum Vergleich der Kategorien *mit* und *ohne* Migrationshintergrund eine Aufschlüsselung nach **sozioökonomischen Determinanten** wie Bildungsabschluss und Einkommen vorzunehmen. So werden etwaige Unterschiede ersichtlich, die durch Kombination zweier Merkmale entstehen. Siehe dazu Abbildung 52 und Abbildung 53.

Abb. 52: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-25-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund und höchster Bildungsabschluss

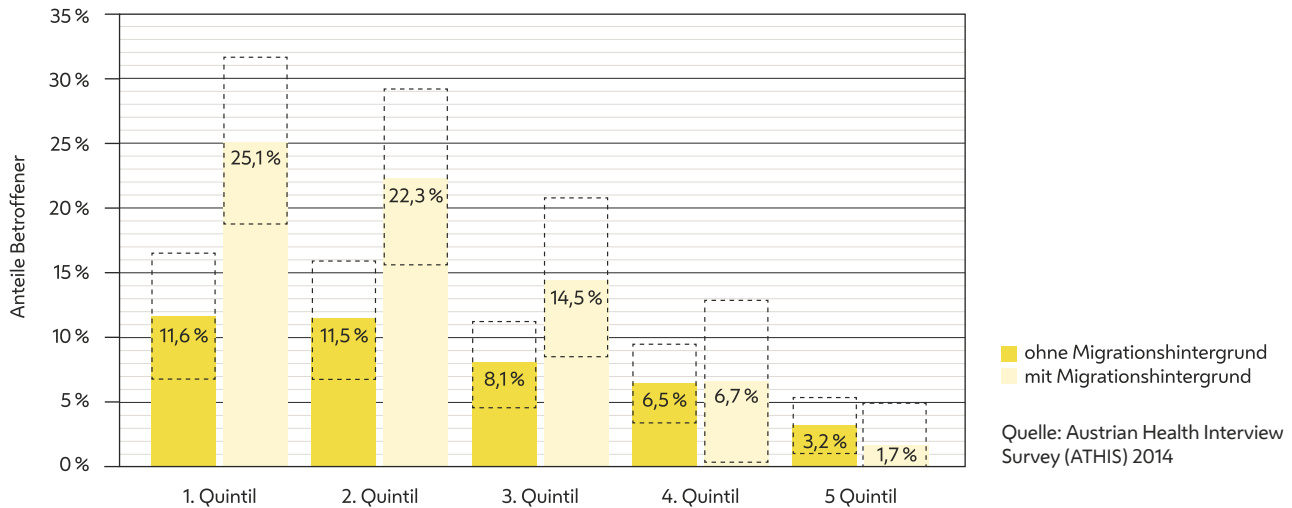


Wie ersichtlich leiden WienerInnen mit **Migrationshintergrund**, deren höchster **Bildungsabschluss** gleichzeitig die Pflichtschule ist, mit 23,8 % besonders häufig an einer Depression. Bei Personen ohne Migrationshintergrund, die das gleiche formale Bildungsniveau aufweisen, beträgt dieser Prozentsatz nur 11,4 %. Mit höherem Bildungsabschluss verringert sich auch bei den WienerInnen mit Migrationshintergrund die Depressions-Prävalenz und nähert sich an das Niveau der Personen ohne Migrationshintergrund an. Der Unterschied beträgt in den oberen beiden Bildungsgruppen nur mehr 3 bis 6 Prozentpunkte, während er in der untersten Bildungsgruppe noch über 12 Prozentpunkte beträgt.

In Abbildung 53 erfolgt die Darstellung des > Interaktionseffektes unter Einbezug des Indikators **Haushaltseinkommen**. Hier zeigt sich noch deutlicher, dass sich die Häufigkeit von Depression bei WienerInnen mit **Migrationshintergrund** auf höheren Einkommensstufen deutlich an das Niveau der WienerInnen ohne Migrationshintergrund annähert. Bei beiden sinkt die Depressions-Prävalenz mit dem Einkommen.

Im obersten Einkommensfünftel liegt die Prävalenz bei Personen mit Migrationshintergrund mit 1,7 % sogar tendenziell niedriger als bei Personen ohne Migrationshintergrund, bei denen sie 3,2 % beträgt. Im ersten Einkommensfünftel liegt die Prävalenz bei Personen mit Migrationshintergrund hingegen noch bei 25,1 %, während sie bei WienerInnen ohne Migrationshintergrund 11,6 % beträgt – eine Differenz von 13,5 Prozentpunkten. Dazwischen verringert sich dieser Unterschied stetig.

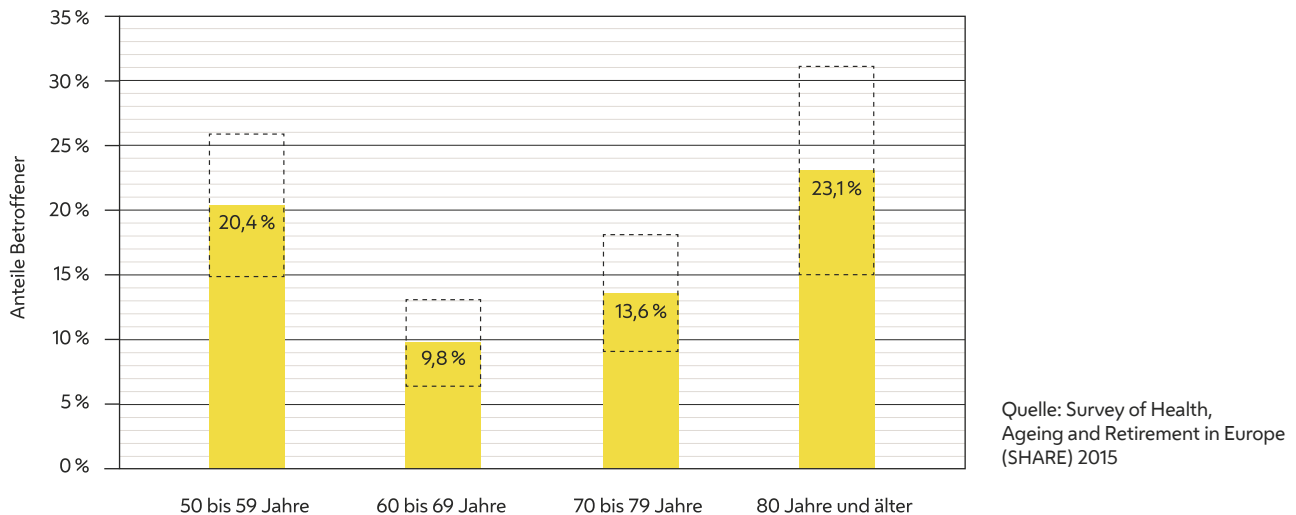
Abb. 53: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab-15-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund und Haushaltseinkommen



SHARE 2015: PRÄVALENZ VON DEPRESSION UND SUIZIDALITÄT BEI WIENERINNEN AB 50 JAHREN

Auf Basis der SHARE-Daten aus 2015 werden nun die **Altersunterschiede** hinsichtlich Depression innerhalb der Personengruppe ab 50 Jahren noch einmal genauer beleuchtet. Als an *Depression erkrankt* wurden zum Zweck der Auswertung jene Personen definiert, die im Rahmen von SHARE 2015 angaben, an mehr als drei der zwölf abgefragten Symptome zu leiden.

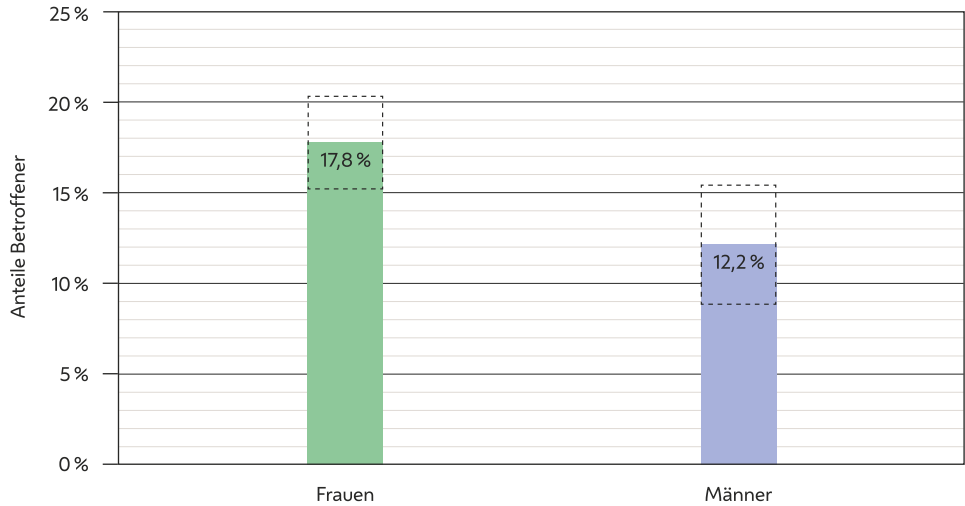
Abb. 54: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Alter in 10-Jahres-Gruppen



In Abbildung 54 zeigt sich, dass die Depressions-Prävalenz nach einem Höhepunkt von 20,4 % bei Personen zwischen 50 und 59 Jahren zunächst deutlich und signifikant zurückgeht. In der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen beträgt sie nur mehr 9,8 %. Anschließend steigt sie wieder kontinuierlich und signifikant an, bis sie bei den Ab-80-Jährigen mit 23,1% einen neuen Höhepunkt erreicht.

Zwischen den **Geschlechtern** sind bei Personen ab 50 Jahren die Unterschiede in der Häufigkeit von Depression etwas deutlicher als in der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (vgl. ATHIS). Während die Prävalenz bei Frauen 17,8 % beträgt, sind es bei Männern nur 12,2 % (vgl. Abb. 55). Der Unterschied ist aber nicht signifikant.

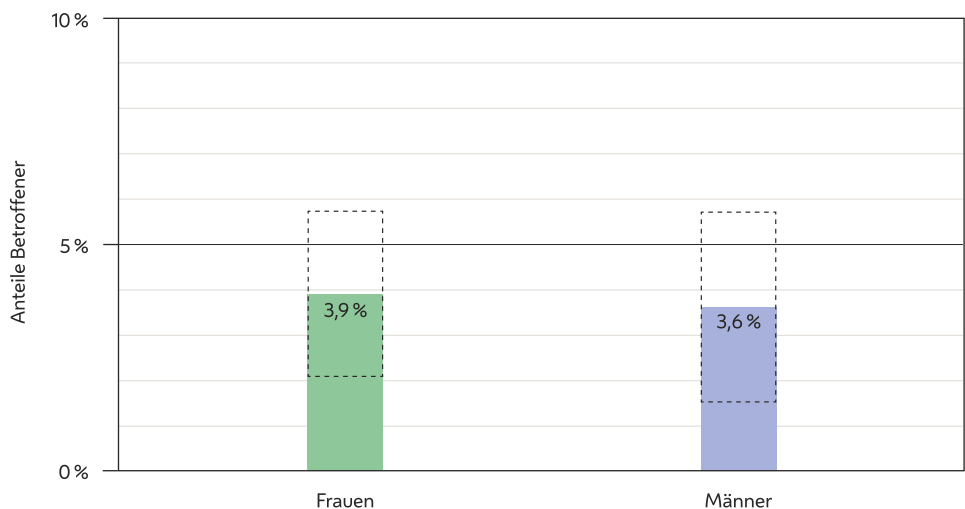
Abb. 55: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Hinsichtlich der Frage nach dem Vorhandensein von *Suizidgedanken*, die eines der abgefragten Depressionssymptome darstellen, existiert kein Unterschied zwischen den Geschlechtern. Abbildung 56 zeigt, dass die Prävalenz bei beiden Geschlechtern knapp unter 4 % liegt. Dieser Teil der Befragten beantwortet die Frage, ob sie sich manchmal wünschen, nicht mehr zu leben mit *Ja*.

Abb. 56: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Geschlecht

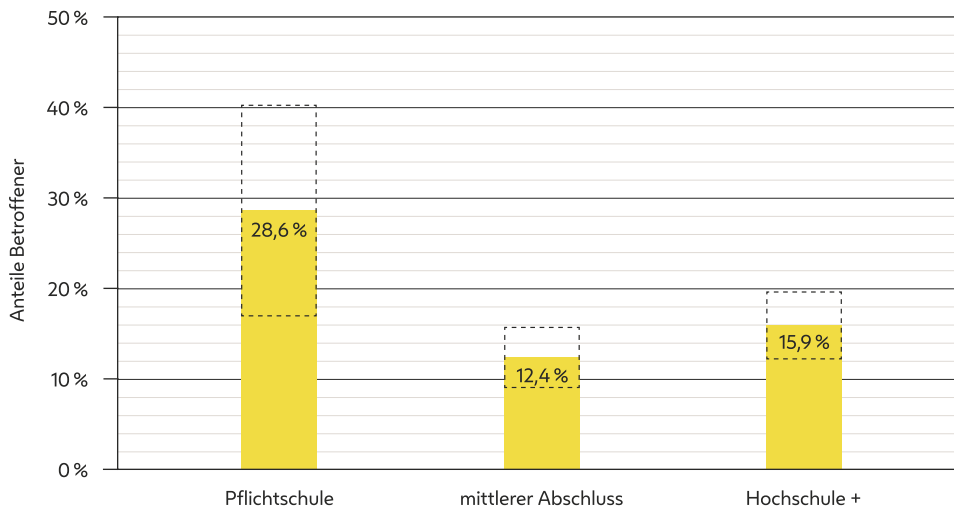


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Betrachtet man die Prävalenz für Depression nach dem höchsten **Bildungsabschluss**, so lässt sich erkennen, dass die Krankheit bei Personen, deren höchster Abschluss die Pflichtschule darstellt, mit 28,6 % besonders weit verbreitet ist. Bei Personen, die höchstens über einen mittleren Bildungsabschluss (wie eine Lehre oder eine Matura) verfügen, und bei

Personen, deren höchster Abschluss die Hochschule oder eine hochschulverwandte Einrichtung ist, ist die Prävalenz mit 12,4 % bzw. 15,9 % deutlich und signifikant geringer (vgl. Abb. 57).

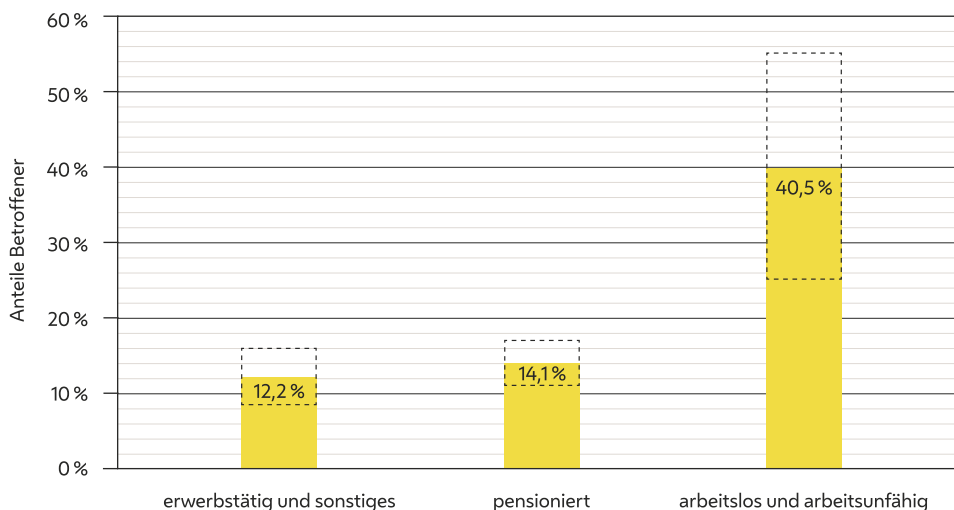
Abb. 57: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, höchster Bildungsabschluss



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Was die Prävalenz von *Suizidgedanken* betrifft, so zeigen sich zwischen den Bildungsabschlüssen keine signifikanten Unterschiede. Zudem sind die Prävalenzen mit großer Unsicherheit behaftet. Eine Darstellung erfolgt daher nicht.

Abb. 58: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus

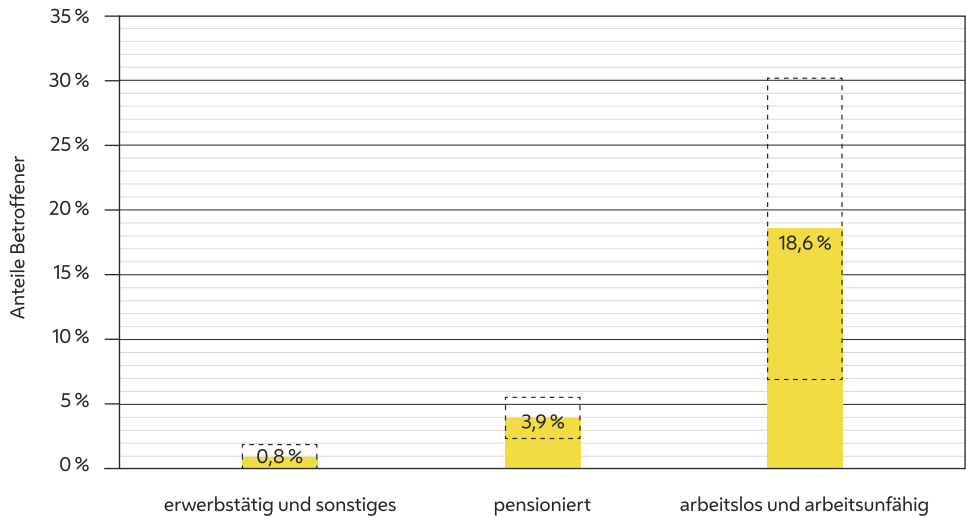


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Abbildung 58 zeigt, dass Depression gerade bei arbeitslosen oder arbeitsunfähigen älteren Personen besonders verbreitet ist. 40,5 % der Personen dieses **Erwerbsstatus** leiden an mehr als drei Symptomen einer Depression und gelten daher als an Depression erkrankt. Bei pensionierten sowie erwerbstätigen und sonstigen Befragten sind die entsprechenden Anteile mit 14,1 % und 12,2 % deutlich und signifikant niedriger.

Bei den *Suizidgedanken* zeigt sich ein ähnliches Bild (vgl. Abb. 59). Hier beträgt die Prävalenz unter Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen mit 18,6 % mehr als das Vierfache des Wertes bei pensionierten Befragten, wo sie 3,9 % ausmacht. Unter den erwerbstätigen und sonstigen Personen finden sich mit 0,8 % hingegen kaum Personen, die angeben, Suizidgedanken zu haben.

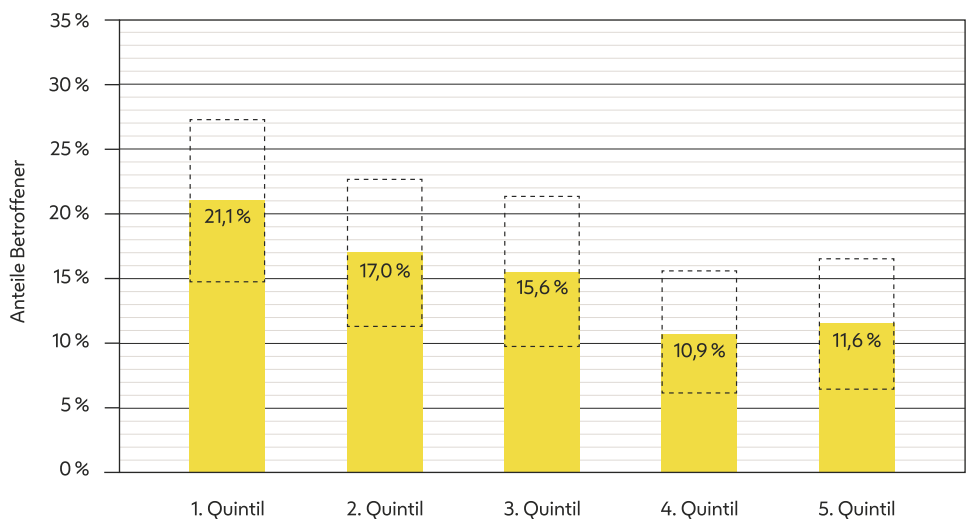
Abb. 59: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Erwerbsstatus



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Weitere deutliche Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von Depression und Suizidalität zeigen sich beim **Haushaltseinkommen** und der Einschätzung der Befragten, ob ihr Haushalt mit dem Einkommen über die Runden kommt.

Abb. 60: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen

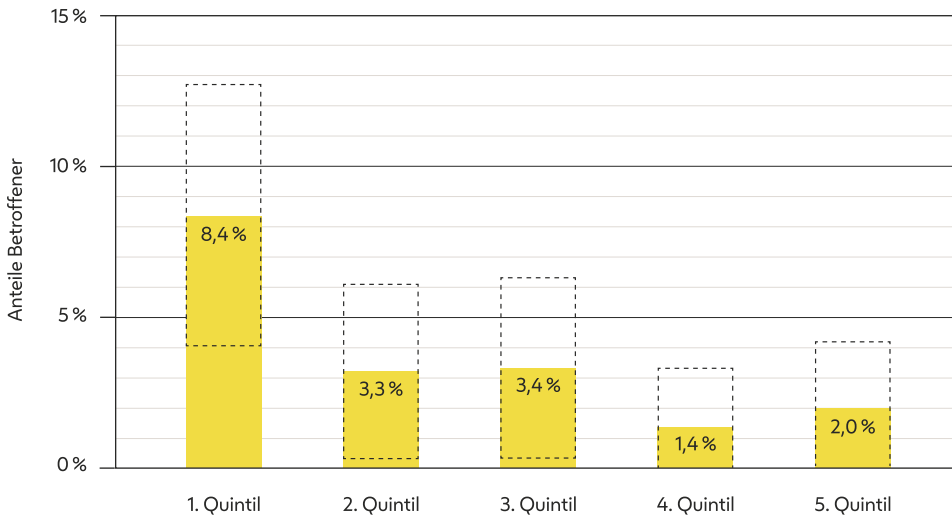


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Was das **Einkommen** betrifft, zeigt Abbildung 60 ein annähernd kontinuierliches Gefälle in der Depressions-Prävalenz vom untersten Fünftel zu den obersten zwei Fünfteln der EinkommensbezieherInnen. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant.

Hinsichtlich der *Suizidalität* hebt sich das unterste Fünftel deutlicher von den anderen vier Fünfteln der EinkommensbezieherInnen ab, wie Abbildung 61 zeigt. Im untersten Fünftel liegt die Suizidalität bei 8,4 % und damit deutlich und signifikant höher als in den obersten zwei Einkommensfünfteln, wo sie 1,4 % bzw. 2,0 % beträgt.

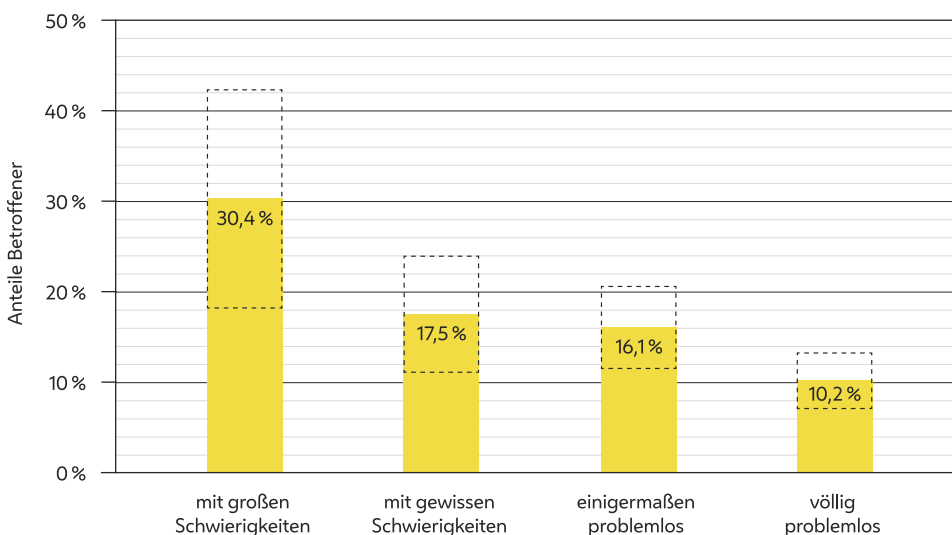
Abb. 61: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Bei der Frage nach dem finanziellen **Auskommen** zeigt sich hinsichtlich der Prävalenz von Depression ein ähnliches Bild wie beim Haushaltseinkommen. Sie liegt in der untersten Kategorie, also bei jenen Personen, die angeben, nur mit großen Schwierigkeiten über die Runden zu kommen, bei 30,4 % und sinkt dann kontinuierlich.

Abb. 62: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen

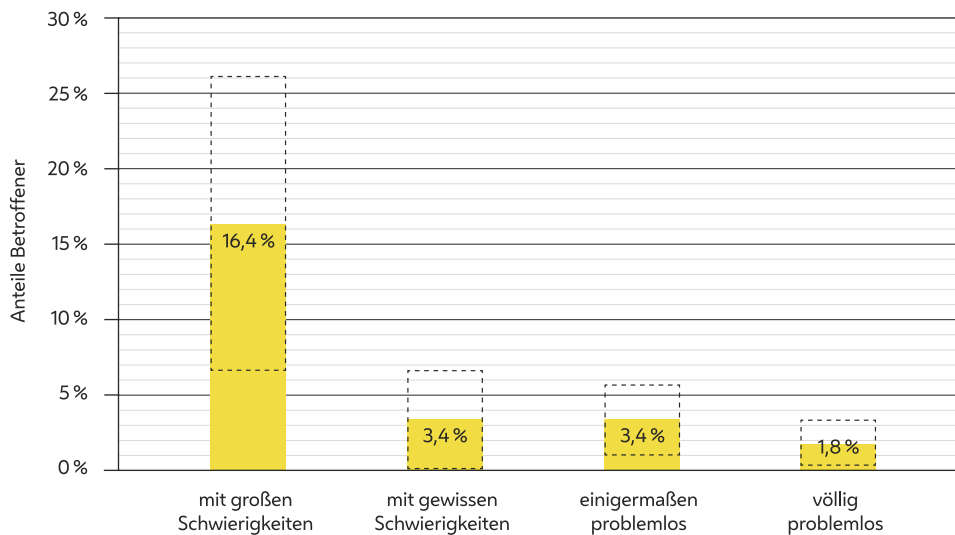


Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Bei jenen Personen, die angeben, völlig problemlos über die Runden zu kommen, liegt sie schließlich bei 10,2 % und damit signifikant niedriger. Hinsichtlich der Prävalenz von *Suizidgedanken* hebt sich die unterste Kategorie, in der sich jene Personen befinden, die nur mit großen Schwierigkeiten finanziell über die Runden kommen, noch deutlicher von allen

anderen Kategorien ab (vgl. Abb. 63). Sie beträgt dort 16,4 %. Das ist mehr als das Vierfache wie bei jenen Personen, die angeben mit gewissen Schwierigkeiten oder einigermaßen problemlos über die Runden zu kommen. Dort beträgt der Anteil an Personen, die sich manchmal wünschen, nicht mehr zu leben, 3,4 %. Bei Personen, die völlig problemlos über die Runden kommen, ist dieser Anteil mit 1,8 % sehr gering.

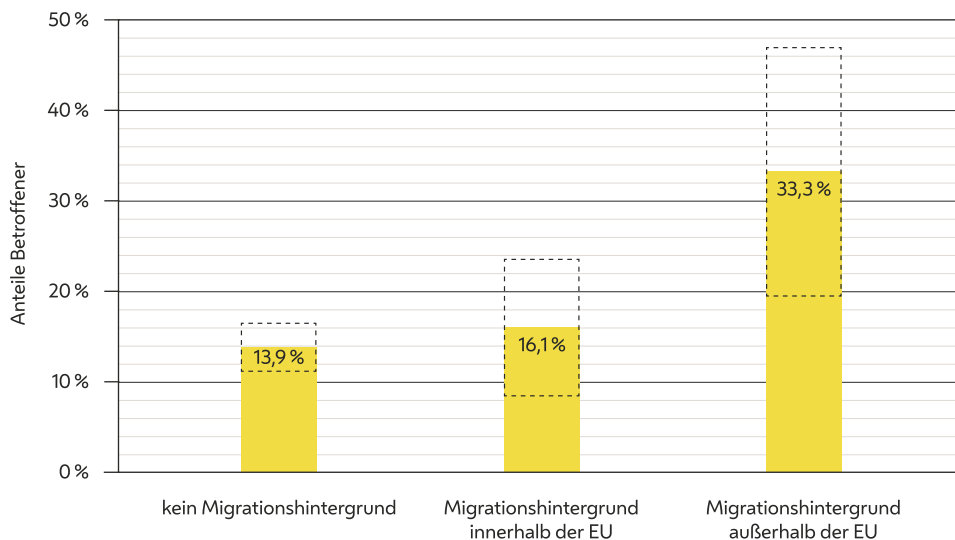
Abb. 63: Suizidgedanken, Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, finanzielles Auskommen



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Beim Vergleich nach dem **Migrationshintergrund** ist zu erkennen, dass sich eine der verglichenen Gruppen stark von den anderen abhebt. Das sind jene Personen, die einen Migrationshintergrund von außerhalb der EU aufweisen. In Abbildung 64 wird dies deutlich.

Abb. 64: Depression (mehr als 3 Symptome), Prävalenz bei ab-50-jährigen WienerInnen, Migrationshintergrund



Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

Mit 33,3 % liegt die Depressions-Prävalenz in der genannten Gruppe nämlich mehr als doppelt so hoch wie bei den Personen mit Migrationshintergrund innerhalb der EU. Bei ihnen beträgt die Prävalenz 16,1% und ist damit deutlich und signifikant niedriger. Bei WienerInnen ohne Migrationshintergrund liegt sie mit 13,9 % auf einem ähnlichen Niveau.

Was die Prävalenz von *Suizidgedanken* betrifft, so weisen Personen mit Migrationshintergrund eine gering höhere Prävalenz auf. Allerdings sind diese Anteile wegen der generell geringen Fallzahlen mit großer statistischer Unsicherheit behaftet und die Unterschiede nicht signifikant. Sie werden daher nicht dargestellt.

ÖSTERREICHISCHE TODESURSACHENSTATISTIK: MORTALITÄT INFOLGE VON SUIZID NACH WIENER GEMEINDEBEZIRKEN

Da sie eine extreme Folge von Depression sein können und da die Auswertungen auf Basis der SHARE-Daten gezeigt haben, dass suizidale Gedanken in bestimmten Bevölkerungsgruppen signifikant häufiger sind, wurden auch die Mortalitätsraten aufgrund von Suizid ausgewertet.

Basis dafür bildet wieder die Österreichische Todesursachenstatistik, in der die entsprechenden Todesfälle unter der Rubrik „Selbsttötung und Selbstbeschädigung“ angeführt werden. Die absolute Anzahl der in diese Rubrik fallenden Todesfälle wurden nach Wiener Gemeindebezirken aufgeschlüsselt. Je Bezirk wurden daraus altersstandardisierte, todesursachenspezifische Mortalitätsraten berechnet.

Es zeigt sich abermals, dass Suizide bei Männern deutlich häufiger vorkommen als bei Frauen. Dies gilt auch für jeden einzelnen Wiener Gemeindebezirk. Zwischen den Bezirken bestehen ebenfalls deutliche Unterschiede hinsichtlich der Mortalität aufgrund von Suizid.

So weist bei Männern der 8. Bezirk (Josefstadt) mit 30 Toten je 100.000 Einwohnern die höchste Suizidrate auf. Bei Frauen ist es mit 14,1 Toten je 100.000 Einwohnerinnen der 6. Bezirk (Mariahilf). Jener Bezirk mit der niedrigsten altersstandardisierten Suizidrate ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern der 7. Bezirk (Neubau). Bei Frauen beträgt dort die Mortalitätsrate 1,5 Tote je 100.000 Einwohnerinnen, bei Männern beträgt sie 12,5 Tote je 100.000 Einwohnern.

Es zeigt sich kaum ein Zusammenhang zwischen den Mortalitätsraten und dem durchschnittlichen Einkommensniveau der Bezirke. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist der Korrelationskoeffizient sehr niedrig, wobei er bei Frauen $r = 0,13$ und bei Männern $r = 0,05$ beträgt. Aufgrund des Umstands, dass hier praktisch keine Zusammenhänge existieren, wird auf die Darstellung der Ergebnisse verzichtet.

4.6. Berücksichtigung mehrerer sozialer Determinanten

Ergänzend zu den Grafiken in Kapitel 4.1 bis 4.5 folgt nun eine Reihe von Tabellen. Sie geben, wie in Kapitel 3.3 angekündigt, die Ergebnisse der durchgeführten logistischen Regressionsanalysen wieder. Aus ihnen geht hervor, ob die in den Grafiken erkennbaren und jeweils auf ein soziales Merkmal zurückgeführten Prävalenzunterschiede bei Berücksichtigung aller anderen Merkmale bedeutsam bleiben und in welchem Ausmaß sie das tun. Anders ausgedrückt wird hier gezeigt, ob und wie stark die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (den Frauen, den Arbeitslosen etc.) die Wahrscheinlichkeit an Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs usw. zu leiden, beeinflusst. Als Maß dafür kommen die in Kapitel 3.3 erwähnten > **Odds Ratios** zum Einsatz.

MEHRERE EINFLUSSFAKTOREN UND HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN

Die Odds Ratios nehmen im Falle des auf Basis der Daten des ATHIS 2014 für den Outcome *Herz-Kreislauferkrankungen* berechneten > logistischen Regressionsmodells folgende Werte an (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Ischämische Herz-Kreislauf-erkrankungen* (ATHIS 2014)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,37 (1,16 – 1,63)	1,23 (0,97 – 1,56)	1,62 (1,19 – 2,20)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 1,07 (0,54 – 2,10)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + Matura + Lehre + Pflichtschule	1,00 = Referenz 2,20 (0,64 – 7,58) 3,78 (1,26 – 11,34) 1,36 (0,35 – 5,30)	1,00 = Referenz 0,19 (0,01 – 2,75) 1,15 (0,31 – 4,27) 0,73 (0,17 – 3,22)	1,00 = Referenz 12,16 (1,34 – 110,21) 17,65 (1,96 – 158,93) –
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 1,47 (0,42 – 5,17) 5,29 (1,56 – 17,91)	1,00 = Referenz 17,32 (0,91 – 329,33) 99,68 (6,05 – 1641,74)	1,00 = Referenz 0,37 (0,06 – 2,50) 0,85 (0,09 – 8,02)
Einkommen 5. Quintil 4. Quintil 3. Quintil 2. Quintil 1. Quintil	1,00 = Referenz 0,24 (0,08 – 0,74) 0,53 (0,21 – 1,33) 0,40 (0,13 – 1,19) 0,61 (0,21 – 1,75)	1,00 = Referenz 0,54 (0,13 – 2,22) 0,37 (0,09 – 1,54) 0,34 (0,10 – 1,22) 0,07 (0,01 – 0,63)	1,00 = Referenz 0,46 (0,11 – 1,95) 0,85 (0,22 – 3,24) 0,25 (0,03 – 2,53) 0,51 (0,09 – 2,85)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 0,25 (0,06 – 1,04) 0,97 (0,31 – 3,01)	1,00 = Referenz 0,07 (0,00 – 1,82) 0,53 (0,12 – 2,33)	1,00 = Referenz 0,55 (0,10 – 2,99) 3,55 (0,55 – 23,07)

* selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris und Schlaganfall

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Die Tabelle 1 enthält in der linken Randspalte die sechs untersuchten potentiellen > Einflussfaktoren auf die Wahrscheinlichkeit, an einer Herz-Kreislauferkrankung zu leiden. Unter jedem Einflussfaktor stehen die dazugehörigen Kategorien, die jeweils die Ausprägung eines sozialen Merkmals (zB männlich, weiblich) bezeichnen. In der Spalte rechts davon lässt sich an den Odds-Ratio-Werten (OR) (und in Klammer an den dazugehörigen Konfidenzintervallen KI) ablesen, wie stark die jeweilige Kategorie (= Merkmalsausprägung) die

Wahrscheinlichkeit, an der Krankheit zu leiden, beeinflusst – zuerst für die gesamte Stichprobe und in den weiteren Spalten für Frauen und Männer getrennt. Eine der Kategorien dient dabei immer als Referenzpunkt. Die Werte in Klammer geben das Konfidenzintervall der errechneten Odds Ratios an, also jene Bandbreite innerhalb der ihr tatsächlicher Wert in der Grundgesamtheit mit 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit liegt. Daraus lässt sich auch deren Signifikanz ablesen, denn wenn im 95 %-Konfidenzintervall der Wert 1 nicht inkludiert ist, ist das Ergebnis (auf der Stufe $p < 0,05$) signifikant. Für Herz-Kreislaufkrankungen bedeutet dies, dass Alter, Geschlecht, Bildung, Erwerbsstatus und Einkommen signifikant und unabhängig mit Herz-Kreislaufkrankungen in Verbindung stehen.

So erhöht das **Alter** der Befragten (kontrolliert nach allen anderen Faktoren im Modell) die Wahrscheinlichkeit, an einer Herz-Kreislaufkrankung zu leiden, je Fünf-Jahres-Schritt im Schnitt um den Faktor 1,37 (dh. um 37 %), wobei dieser Effekt bei Männern etwas stärker ist als bei Frauen.

Hinsichtlich des **höchsten Bildungsabschlusses** weisen Personen in der Kategorie *Lehre +* mit einer OR von 3,78 ein signifikant höheres Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen auf als Personen in der Kategorie *Hochschule +*. Zurückzuführen ist dieser signifikante Effekt in der Gesamtbevölkerung nur auf den Effekt bei Männern. Bei Frauen besteht hier kein signifikanter Zusammenhang.

Bezüglich des **Erwerbsstatus** weisen *arbeitslose und arbeitsunfähige* Personen ein signifikant höheres Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen auf als Personen in der Kategorie *erwerbstätig und sonstiges*. Im Ausmaß beträgt es mit einer OR von 5,29 in der Stichprobe sogar über das Fünffache (mit großem Konfidenzintervall). Hier ist der Effekt nur bei Frauen signifikant, bei Männern nicht. Die *Pensionierung* (kontrolliert nach allen anderen Faktoren inklusive dem Alter) geht mit keiner signifikanten Erhöhung des Prävalenzrisikos einher.

Beim Merkmal **Migrationshintergrund** verhält es sich etwas anders. Bei Personen, die einen Migrationshintergrund aus einem Land *innerhalb der EU* aufweisen, ist das Risiko für das Vorliegen einer Herz-Kreislaufkrankung mit einer OR von 0,25 niedriger (nicht signifikant) als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Bei separater Auswertung nach Geschlecht zeigt sich derselbe Effekt in der Tendenz vor allem bei Frauen. Bei Personen mit Migrationshintergrund von *außerhalb der EU* zeigt sich generell kein signifikant niedrigeres oder höheres Risiko.

Für die potenziellen Einflussfaktoren **Geschlecht** und **Einkommen** zeigen sich keine konsistenten Muster signifikant höherer oder niedrigerer Krankheitsrisiken in den einzelnen Kategorien. Beim Einkommen weist jedoch die zweithöchste Einkommenskategorie im Vergleich zur höchsten ein signifikant geringeres Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen auf. In allen niedrigeren Einkommenskategorien ist dies jedoch nicht erkennbar, weshalb sich insgesamt kein konsistentes Bild ergibt.

Zur Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen als Outcome wurde auch auf Basis der **SHARE-Daten 2017** ein logistisches Regressionsmodell geschätzt. Im Unterschied zu obigem Modell nur unter Einbeziehung von WienerInnen ab einem Alter von 50 Jahren. Tabelle 2 beinhaltet die Odds Ratios, die sich dabei ergeben haben. Alle untersuchten Einflussfaktoren außer dem Migrationshintergrund weisen Kategorien mit signifikanten Odds Ratios auf.

Es erwiesen sich das Alter, das *männliche* Geschlecht, *pensioniert* in Bezug auf den Erwerbsstatus sowie ein Einkommen, mit dem nur *mit großen Schwierigkeiten* auszukommen ist, und außerdem bei Männern der Bildungsabschluss *Pflichtschule* als unabhängige Faktoren, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Herz-Kreislaufkrankungen assoziiert sind.

Tabelle 2: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Ischämische Herz-Kreislaufkrankungen* (SHARE 2017)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,03 (1,00 – 1,06)	1,05 (1,00 – 1,09)	1,01 (0,97 – 1,05)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 0,43 (0,28 – 0,68)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + mittlerer Abschluss Pflichtschule	1,00 = Referenz 0,81 (0,51 – 1,28) 1,25 (0,50 – 3,13)	1,00 = Referenz 1,42 (0,69 – 2,94) 0,60 (0,15 – 2,50)	1,00 = Referenz 0,52 (0,28 – 0,97) 7,00 (1,07 – 45,87)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 2,30 (1,18 – 4,49) 2,45 (0,74 – 8,15)	1,00 = Referenz 1,75 (0,63 – 4,90) –	1,00 = Referenz 3,44 (1,38 – 8,58) 5,21 (1,16 – 23,43)
Einkommen völlig problemlos einigermaßen problemlos mit gewissen Schwierigkeiten mit großen Schwierigkeiten	1,00 = Referenz 0,95 (0,57 – 1,59) 1,08 (0,54 – 2,18) 3,08 (1,42 – 6,68)	1,00 = Referenz 1,03 (0,46 – 2,31) 0,70 (0,20 – 2,43) 4,90 (1,61 – 14,88)	1,00 = Referenz 1,01 (0,51 – 2,02) 1,40 (0,56 – 3,51) 1,98 (0,66 – 5,99)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 0,36 (0,13 – 1,01) 0,70 (0,26 – 1,88)	1,00 = Referenz 0,45 (0,11 – 1,90) 1,22 (0,23 – 6,40)	1,00 = Referenz 0,27 (0,06 – 1,23) 0,19 (0,04 – 1,04)

* selbstberichtet, inkludiert Herzinfarkt, Koronarthrombose, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen im Gehirn

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Hier dazu die Details: Auch bei Personen ab 50 Jahren erhöht das **Alter** weiterhin die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Herz-Kreislaufkrankung, und zwar um den Faktor 1,03 pro Jahr, was im Schnitt einer Erhöhung um 3 % pro Jahr entspricht. Dieser Effekt ist nur bei Frauen signifikant, bei Männern nicht.

Bezüglich des **Erwerbsstatus** weisen *pensionierte* Personen mit einer OR von 2,30 eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Herz-Kreislaufkrankung auf. Dieser Effekt ist nur auf den Effekt bei Männern zurückzuführen, wo er mit einer OR von 3,44 signifikant ist. Bei Frauen ist er es nicht. Unter Männern weisen außerdem die *arbeitslosen und arbeitsunfähigen* Personen mit einer OR von 5,21 ein deutlich und signifikant erhöhtes Risiko auf. Bei Frauen lässt sich diesbezüglich keine Aussage treffen, da die Fallzahlen zu klein sind.

Bei Personen, die angeben, mit ihrem **Einkommen** nur *mit großen Schwierigkeiten* über die Runden zu kommen, ist die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Herz-Kreislaufkrankung mit einem OR von 3,08 signifikant höher als bei Personen, die finanziell *völlig problemlos* über die Runden kommen. Insbesondere bei Frauen ist dieser Effekt mit einer OR von 4,90 deutlich und signifikant.

Auch hinsichtlich des **Geschlechts** zeigt sich ein signifikant niedrigeres Risiko einer Gruppe gegenüber der anderen: Die ab-50-jährigen Frauen weisen mit einer OR von 0,43 ein deutlich und signifikant niedrigeres Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung auf als die ab-50-jährigen Männer.

Der **höchste Bildungsabschluss** erweist sich bei Ab-50-Jährigen hingegen insgesamt nicht als signifikanter Einflussfaktor. Ein anderes Bild ergibt sich bei Beschränkung der Analyse auf Männer. Hier zeigt sich bei Männern in der Kategorie *Pflichtschule* eine signifikant erhöhte, bei Männern in der Kategorie *mittlerer Abschluss* eine signifikant verminderte Wahrscheinlichkeit für Herz-Kreislaufkrankungen.

Beim Merkmal **Migrationshintergrund** ergibt sich nach Kontrolle der anderen Einflussfaktoren in keiner Kategorie eine signifikante unabhängige Beziehung mit Herz-Kreislaufkrankungen.

MEHRERE EINFLUSSFAKTOREN UND KREBS

Die gleichzeitige Berücksichtigung aller Einflussfaktoren ergibt für die Wiener Wohnbevölkerung (**ATHIS 2006/2007**) und den Outcome Krebs die in Tabelle 3 dargestellten Odds Ratios. In den > multivariaten Analysen zeigten sich nur beim Alter signifikante Effekte auf die Krebsprävalenz.

Mit dem **Alter** erhöht sich dieses Risiko um den Faktor 1,19 (19 %) je Fünf-Jahres-Schritt. Bei Männern ist dieser Effekt stärker als bei Frauen. In puncto **Erwerbsstatus** ist das Krebsrisiko in der Kategorie *arbeitslos und arbeitsunfähig* um das 2,6-Fache (nicht signifikant) erhöht.

Tabelle 3: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Krebs (ATHIS 2006/2007)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,19 (1,05 – 1,35)	1,12 (0,96 – 1,30)	1,33 (1,05 – 1,68)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 1,24 (0,69 – 2,25)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + Matura + Lehre + Pflichtschule	1,00 = Referenz 1,07 (0,36 – 3,20) 1,34 (0,49 – 3,67) 1,03 (0,33 – 3,25)	1,00 = Referenz 0,63 (0,12 – 3,21) 1,49 (0,38 – 5,89) 1,88 (0,43 – 8,14)	1,00 = Referenz 2,50 (0,50 – 12,60) 1,52 (0,33 – 7,09) 0,13 (0,01 – 2,85)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 1,69 (0,66 – 4,35) 2,64 (0,84 – 8,31)	1,00 = Referenz 1,72 (0,54 – 5,46) 1,18 (0,12 – 11,87)	1,00 = Referenz 1,68 (0,31 – 9,08) 3,70 (0,81 – 17,02)
Einkommen 5. Quintil 4. Quintil 3. Quintil 2. Quintil 1. Quintil	1,00 = Referenz 1,83 (0,61 – 5,49) 1,25 (0,41 – 3,81) 1,02 (0,33 – 3,17) 1,49 (0,44 – 4,98)	1,00 = Referenz 2,37 (0,51 – 11,08) 1,53 (0,32 – 7,38) 0,98 (0,20 – 4,88) 1,27 (0,23 – 6,90)	1,00 = Referenz 0,83 (0,15 – 4,65) 0,86 (0,16 – 4,49) 1,37 (0,27 – 7,10) 2,42 (0,40 – 14,75)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 1,30 (0,53 – 3,21) 0,90 (0,38 – 2,14)	1,00 = Referenz 1,24 (0,38 – 4,05) 0,58 (0,17 – 2,04)	1,00 = Referenz 1,21 (0,26 – 5,60) 1,32 (0,38 – 4,51)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Kein signifikanter Effekt findet sich auch bei den anderen potenziellen Einflussfaktoren. Am ehesten sprechen bei Männern die Odds Ratios in den beiden untersten Einkommenskategorien und bei Frauen in den Bildungskategorien *Lehre +* und *Pflichtschule* für ein erhöhtes Krebsrisiko. Allerdings sind hier die Konfidenzintervalle sehr breit.

Datenquelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2006/2007

Das logistische Regressionsmodell für Krebs bei WienerInnen ab 50 Jahren auf Basis der **SHARE-Daten 2017** ergibt die aus Tabelle 4 hervorgehenden Ergebnisse. Drei der sechs untersuchten Einflussfaktoren erwiesen sich in einzelnen Kategorien als statistisch signifikant für die Krebs-Prävalenz.

Tabelle 4: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Krebs (SHARE 2017)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,05 (1,01 – 1,10)	1,06 (0,98 – 1,14)	1,06 (0,99 – 1,13)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 0,68 (0,34 – 1,36)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + mittlerer Abschluss Pflichtschule	1,00 = Referenz 2,75 (1,28 – 5,88) 0,34 (0,02 – 6,84)	1,00 = Referenz 1,95 (0,61 – 6,28) 0,70 (0,03 – 14,74)	1,00 = Referenz 3,89 (1,28 – 11,88) –
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 0,59 (0,23 – 1,50) 1,39 (0,25 – 7,85)	1,00 = Referenz 0,96 (0,21 – 4,33) 22,22 (1,79 – 275,80)	1,00 = Referenz 0,42 (0,11 – 1,68) –
Einkommen völlig problemlos einigermaßen problemlos mit gewissen Schwierigkeiten mit großen Schwierigkeiten	1,00 = Referenz 0,80 (0,33 – 1,95) 2,70 (1,13 – 6,46) 0,94 (0,17 – 5,26)	1,00 = Referenz 0,41 (0,08 – 2,07) 3,14 (0,90 – 10,95) 0,29 (0,02 – 5,62)	1,00 = Referenz 0,99 (0,31 – 3,16) 2,61 (0,76 – 8,93) 2,11 (0,18 – 24,78)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 1,45 (0,47 – 4,50) 1,71 (0,44 – 6,62)	1,00 = Referenz 0,75 (0,12 – 4,52) –	1,00 = Referenz 1,77 (0,33 – 9,47) 4,39 (1,00 – 19,41)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Ein signifikanter Einflussfaktor ist das **Alter**. In höheren Altersgruppen ist die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Krebserkrankung signifikant höher. Sie steigt im Schnitt um 5 % pro Lebensjahr bei den ab-50-jährigen WienerInnen.

Auch die subjektive finanzielle Situation macht für die Krebs-Prävalenz einen Unterschied. Personen, die angeben, mit ihrem **Einkommen** nur *mit gewissen Schwierigkeiten* über die Runden zu kommen, weisen im Vergleich zu jenen, die *völlig problemlos* über die Runden kommen, eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, an Krebs erkrankt zu sein. Die entsprechende OR beträgt 2,70 und ist signifikant. Im Gegensatz dazu haben aber Personen, die nur *mit großen Schwierigkeiten* über die Runden kommen, kein signifikant höheres Risiko.

Was den **höchsten Bildungsabschluss** betrifft, zeigt sich nur bei Personen mit einem *mittleren Abschluss* ein signifikanter Effekt. Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Krebserkrankung im Vergleich zur Kategorie *Hochschule +* um das 2,7-Fache erhöht. Für die Kategorie *Pflichtschule* ist allerdings kein signifikanter Effekt feststellbar, weder insgesamt, noch bei Einschränkung des Samples auf Frauen. Für Männer kann diesbezüglich keine Aussage getroffen werden, weil sich dazu zu wenige Männer, deren höchster Abschluss die *Pflichtschule* ist, im Sample befinden.

In puncto **Erwerbsstatus** zeigt sich bei Frauen zusätzlich ein signifikanter Effekt der *Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit* auf die Krebsprävalenz (22-fach höheres Risiko im Vergleich zu Erwerbstätigen, jedoch mit breitem Konfidenzintervall). Für Männer kann, ob der zu kleinen Zellbesetzung, aber wieder keine Aussage getroffen werden.

Ansonsten sind bei den potenziellen Einflussfaktoren Geschlecht, Erwerbsstatus und Migrationshintergrund keine weiteren signifikant höheren oder niedrigeren Krebsrisiken festzustellen. Am ehesten haben *Frauen* gegenüber *Männern* und *pensionierte* gegenüber *erwerbstätigen und sonstigen* Personen tendenziell verringerte Risiken.

MEHRERE EINFLUSSFAKTOREN UND COPD

Für die Lungenerkrankung COPD als Outcome ergibt die logistische Regressionsanalyse die in Tabelle 5 angeführten Odds Ratios. Es zeigt sich, dass das **Alter** als unabhängiger Faktor mit der COPD-Prävalenz in Verbindung steht.

Die Wahrscheinlichkeit, an COPD erkrankt zu sein, ist demnach bei älteren Personen höher als bei jüngeren. Signifikant ist dieser Effekt nur bei Männern, bei Frauen aber nicht. Bei Männern erhöht sich dabei das Risiko für COPD je Fünf-Jahres-Schritt im Schnitt um 27 %. Generell ist das Risiko für COPD bei *Frauen* in der Stichprobe gegenüber *Männern* mit einer Odds Ratio von 1,56 (nicht signifikant) erhöht.

Tabelle 5: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: COPD (ATHIS 2014)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,11 (0,99 – 1,25)	1,04 (0,90 – 1,21)	1,28 (1,03 – 1,57)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 1,56 (0,89 – 2,71)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + Matura + Lehre + Pflichtschule	1,00 = Referenz 1,77 (0,71 – 4,40) 1,82 (0,78 – 4,27) 1,59 (0,60 – 4,17)	1,00 = Referenz 1,36 (0,45 – 4,12) 1,09 (0,38 – 3,13) 1,21 (0,39 – 3,78)	1,00 = Referenz 2,76 (0,54 – 14,11) 4,52 (0,97 – 20,99) 3,29 (0,47 – 23,14)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 1,75 (0,67 – 4,60) 1,81 (0,70 – 4,65)	1,00 = Referenz 2,88 (0,82 – 10,13) 1,55 (0,38 – 6,37)	1,00 = Referenz 0,85 (0,19 – 3,92) 2,05 (0,53 – 7,87)
Einkommen 5. Quintil 4. Quintil 3. Quintil 2. Quintil 1. Quintil	1,00 = Referenz 0,61 (0,25 – 1,44) 0,80 (0,35 – 1,81) 1,06 (0,46 – 2,48) 0,91 (0,37 – 2,25)	1,00 = Referenz 0,72 (0,24 – 2,15) 0,65 (0,22 – 1,91) 0,93 (0,31 – 2,78) 1,02 (0,33 – 3,13)	1,00 = Referenz 0,38 (0,08 – 1,78) 1,05 (0,30 – 3,72) 1,43 (0,37 – 5,53) 0,55 (0,11 – 2,82)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 0,41 (0,16 – 1,04) 0,60 (0,24 – 1,47)	1,00 = Referenz 0,38 (0,12 – 1,24) 0,80 (0,28 – 2,24)	1,00 = Referenz 0,43 (0,09 – 2,15) 0,30 (0,04 – 2,05)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Beim Einflussfaktor **Migrationshintergrund** ergibt sich ein etwas anderes Bild. Das Vorliegen eines Migrationshintergrundes von *innerhalb der EU* geht nämlich mit einem verminderten Krankheitsrisiko für COPD einher: Die Odds Ratio beträgt hier 0,41 gegenüber Personen *ohne* Migrationshintergrund (nicht signifikant). Auch bei Personen mit Migrationshintergrund aus einem Land *außerhalb der EU* zeigt sich eine leichte Tendenz in dieselbe Richtung, jedoch ebenfalls *nicht* signifikant.

Bei allen anderen potenziellen Einflussfaktoren sind auch keine signifikanten Effekte feststellbar, obwohl sie Odds Ratios aufweisen, die in eine eindeutige Richtung weisen: zum Beispiel hinsichtlich eines erhöhten Risikos für COPD bei Personen mit **höchstem Bildungsabschluss Lehre +** oder **Pflichtschule** im Vergleich zur Kategorie *Hochschule +* oder auch bei Personen mit **Erwerbsstatus arbeitslos und arbeitsunfähig** sowie **pensioniert** im Vergleich zur Kategorie *erwerbstätig und sonstiges*.

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse, die auf Basis der **SHARE-Daten 2017** für Menschen ab 50 erstellt wurde, angeführt. Demnach zeigen sich wieder einige Einflussfaktoren, die mit der COPD-Prävalenz in Verbindung stehen.

Tabelle 6: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: COPD (SHARE 2017)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,03 (0,99 – 1,06)	1,05 (1,00 – 1,09)	0,97 (0,91 – 1,04)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 1,49 (0,85 – 2,62)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + mittlerer Abschluss Pflichtschule	1,00 = Referenz 1,50 (0,84 – 2,67) 2,11 (0,77 – 5,81)	1,00 = Referenz 3,73 (1,60 – 8,68) 3,70 (1,14 – 12,00)	1,00 = Referenz 0,25 (0,08 – 0,77) –
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 1,44 (0,66 – 3,14) 4,88 (1,28 – 18,65)	1,00 = Referenz 0,79 (0,32 – 1,95) –	1,00 = Referenz 14,66 (1,76 – 121,87) 159,18 (7,89 – 3210,61)
Einkommen völlig problemlos einigermaßen problemlos mit gewissen Schwierigkeiten mit großen Schwierigkeiten	1,00 = Referenz 0,93 (0,48 – 1,77) 1,88 (0,89 – 3,98) 0,63 (0,18 – 2,26)	1,00 = Referenz 0,55 (0,23 – 1,28) 0,49 (0,14 – 1,73) 0,87 (0,21 – 3,65)	1,00 = Referenz 3,25 (0,94 – 11,21) 12,13 (3,01 – 48,96) 0,54 (0,05 – 5,90)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 0,30 (0,07 – 1,26) 0,85 (0,27 – 2,67)	1,00 = Referenz 0,63 (0,13 – 3,14) 3,73 (1,03 – 13,56)	1,00 = Referenz 0,08 (0,00 – 2,66) –

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

So ist bei Personen mit dem **Erwerbsstatus arbeitslos und arbeitsunfähig** die Wahrscheinlichkeit, an COPD zu leiden, mit einer OR von 4,88 (im Vergleich zu *erwerbstätigen und sonstigen* Personen) deutlich und signifikant erhöht. Bei *Pensionierten* konnte hingegen kein Effekt festgestellt werden. Der Effekt der *Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit* ist ausschließlich bei Männern zu beobachten, er ist aber von einem sehr breiten Konfidenzintervall umgeben. Für Frauen kann wegen der fehlenden Zellbesetzung keine Aussage getroffen werden.

Personen, die mit ihrem **Einkommen nur mit gewissen Schwierigkeiten** über die Runden kommen, weisen verglichen mit jenen, für die dies *völlig problemlos* möglich ist, ein erhöhtes (nicht signifikantes) Risiko für COPD auf. Dies gilt allerdings nicht für Personen, die nur *mit großen Schwierigkeiten* über die Runden zu kommen.

Beim Einflussfaktor **Migrationshintergrund** ergibt sich ein etwas anderes Bild. Personen ab 50 mit einem Migrationshintergrund von *innerhalb der EU* weisen ein niedrigeres (nicht signifikantes) Risiko für COPD auf (OR = 0,30). Die Kategorie *außerhalb der EU* unterscheidet sich insgesamt nicht von der Kategorie *ohne* Migrationshintergrund. Hier ist bei alleiniger Betrachtung der Frauen aber sehr wohl ein signifikanter Effekt festzustellen: Frauen mit Migrationshintergrund von *außerhalb der EU* weisen ein um das 3,7-Fache erhöhtes Risiko für COPD auf (bei großer Schwankungsbreite). Für Männer lässt sich wiederum keine Aussage treffen.

Im Gegensatz zu den anderen Regressionsmodellen sieht man, was das **Alter** betrifft, bei Menschen ab 50 pro Jahr nur mehr eine leichte Erhöhung des COPD-Risikos von 3 %, die nur bei Frauen signifikant ist. Was den Einflussfaktor **Geschlecht** betrifft, sieht man bei einer OR von 1,49 eine Tendenz zuungunsten der Frauen, die jedoch nicht signifikant ist. Auch bei Personen mit **höchstem Bildungsabschluss mittlerer Abschluss** und **Pflichtschule** ist das Risiko für COPD tendenziell erhöht (OR von 1,50 bzw. 2,11). Bei alleiniger Betrachtung der Frauen sind diese beiden Effekte signifikant (OR von jeweils 3,7). Bei Männern zeigt sich bei jenen, die eine *mittlere Ausbildung* aufweisen, sogar ein vermindertes COPD-Risiko.

MEHRERE EINFLUSSFAKTOREN UND DIABETES MELLITUS

Hinsichtlich des Outcomes Diabetes mellitus wird zunächst das Ergebnis für die allgemeine Wiener Wohnbevölkerung in Tabelle 7 dargestellt, wobei das **ATHIS 2014** wieder die Datenbasis darstellt. Das Alter und der Erwerbsstatus sind gemäß diesem Modell die Einflussfaktoren, die unabhängig signifikant mit Diabetes mellitus in Beziehung stehen.

Dabei erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Diabetes mellitus zu leiden, mit steigendem **Alter** signifikant, nämlich im Schnitt um 31 % je Fünf-Jahres-Schritt, wobei hier bei Männern und Frauen ungefähr dieselbe Größenordnung besteht.

Personen mit dem **Erwerbsstatus pensioniert** weisen mit einer Odds Ratio von 2,71 ebenfalls eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit für Diabetes mellitus auf. Bei getrennter Auswertung nach Geschlecht erweist sich diese Beziehung nur mehr bei Männern als deutlich und signifikant (OR = 3,96). Bei Frauen ist jedoch *Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit* signifikant mit einer beinahe fünffach höheren Wahrscheinlichkeit für Diabetes mellitus verbunden (allerdings bei sehr breitem Konfidenzintervall).

Bei Personen mit **höchstem Bildungsabschluss Lehre +** ist das Risiko für Diabetes mellitus (im Vergleich zur Kategorie *Hochschule +*) bei einem OR von 1,78 (nicht signifikant) erhöht. Dieser allgemeine Effekt ist hauptsächlich auf den deutlichen und signifikanten Effekt bei Frauen (OR = 3,31) zurückzuführen. In den anderen Kategorien des höchsten Bildungsabschlusses sind (gegenüber der Referenz *Hochschule +*) bei Männern und Frauen nur leichte Tendenzen in dieselbe Richtung erkennbar.

Allgemein weisen in puncto **Geschlecht** die Frauen der Stichprobe mit einer OR von 0,7 ein etwas geringeres Krankheitsrisiko auf, wobei aber keine Signifikanz besteht. Bei den restlichen Einflussfaktoren **Migrationshintergrund** und **Einkommen** konnten auch keine signifikanten Effekte festgestellt werden. Beim Einkommen schwanken die berechneten Odds Ratios in verschiedenen Richtungen und weisen kein konsistentes Muster auf.

Tabelle 7: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Diabetes mellitus (ATHIS 2014)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,31 (1,17 – 1,47)	1,29 (1,11 – 1,51)	1,38 (1,14 – 1,67)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 0,70 (0,44 – 1,11)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + Matura + Lehre + Pflichtschule	1,00 = Referenz 1,48 (0,67 – 3,24) 1,78 (0,89 – 3,57) 1,60 (0,70 – 3,65)	1,00 = Referenz 1,30 (0,30 – 5,64) 3,31 (0,99 – 11,08) 2,25 (0,62 – 8,17)	1,00 = Referenz 1,78 (0,66 – 4,78) 1,65 (0,63 – 4,34) 2,25 (0,56 – 9,10)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 2,71 (1,12 – 6,54) 1,97 (0,77 – 4,99)	1,00 = Referenz 1,53 (0,46 – 5,13) 4,55 (1,51 – 13,70)	1,00 = Referenz 3,96 (0,98 – 16,03) 0,40 (0,05 – 3,33)
Einkommen 5. Quintil 4. Quintil 3. Quintil 2. Quintil 1. Quintil	1,00 = Referenz 1,24 (0,62 – 2,48) 0,58 (0,27 – 1,26) 0,85 (0,38 – 1,91) 1,63 (0,76 – 3,48)	1,00 = Referenz 2,24 (0,72 – 6,94) 0,38 (0,10 – 1,50) 1,60 (0,49 – 5,24) 1,99 (0,60 – 6,59)	1,00 = Referenz 0,82 (0,31 – 2,19) 1,15 (0,43 – 3,11) 0,24 (0,04 – 1,33) 1,75 (0,56 – 5,50)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 1,43 (0,77 – 2,65) 1,20 (0,57 – 2,54)	1,00 = Referenz 1,47 (0,64 – 3,38) 1,26 (0,45 – 3,56)	1,00 = Referenz 1,23 (0,45 – 3,37) 1,48 (0,39 – 5,69)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Die Tabelle 8 zeigt, auf Basis der **SHARE-Daten 2017**, die in der logistischen Regressionsanalyse für Diabetes mellitus bei Menschen ab 50 Jahren errechneten Odds Ratios. Dabei erkennt man bei den Faktoren Geschlecht, Erwerbsstatus, Bildungsniveau und Einkommen einen signifikanten unabhängigen Zusammenhang mit der Prävalenz von Diabetes mellitus.

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Diabetes mellitus ist demnach signifikant erhöht bei Personen mit dem **Erwerbsstatus pensioniert**. Von der Stichprobe erfasste pensionierte Personen haben (im Vergleich zu *erwerbstätigen und sonstigen* Personen) ein um das 2,25-Fache höheres Risiko. Bei einer separaten Auswertung nach Geschlecht ist dieser Effekt nur bei Frauen signifikant. Was die Kategorie *arbeitslos und arbeitsunfähig* betrifft, lässt sich allenfalls eine leichte Tendenz in dieselbe Richtung nur bei Männern feststellen.

Was den **höchsten Bildungsabschluss** betrifft, so erhöht die Zugehörigkeit zur Kategorie *Pflichtschule* das Risiko für Diabetes mellitus signifikant – in der Stichprobe um den Faktor 3,13 im Vergleich zur Kategorie *Hochschule +*. Bei separater Auswertung nach Geschlecht ist dieser Effekt nur bei Männern signifikant, bei Frauen hingegen nicht.

Was die subjektive Einschätzung der eigenen finanziellen Situation betrifft, so zeigt sich, dass Personen, die nur *mit großen Schwierigkeiten* mit ihrem **Einkommen** über die Runden kommen, bei einer Odds Ratio von 2,86 signifikant häufiger an Diabetes mellitus leiden als Personen, für die dies *völlig problemlos* möglich ist. Bei einer separaten Auswertung nach dem Geschlecht ist dieser Effekt bei Frauen deutlich und signifikant, bei Männern nicht.

Tabelle 8: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Diabetes mellitus (SHARE 2017)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,00 (0,97 – 1,03)	1,00 (0,96 – 1,05)	0,10 (0,96 – 1,04)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 0,43 (0,27 – 0,67)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + mittlerer Abschluss Pflichtschule	1,00 = Referenz 1,15 (0,73 – 1,81) 3,13 (1,42 – 6,90)	1,00 = Referenz 0,92 (0,43 – 1,93) 0,78 (0,22 – 2,70)	1,00 = Referenz 1,41 (0,77 – 2,58) 29,59 (4,61 – 189,88)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 2,25 (1,22 – 4,14) 1,87 (0,61 – 5,73)	1,00 = Referenz 8,45 (2,03 – 35,11) –	1,00 = Referenz 1,53 (0,68 – 3,46) 2,28 (0,55 – 9,45)
Einkommen völlig problemlos einigermaßen problemlos mit gewissen Schwierigkeiten mit großen Schwierigkeiten	1,00 = Referenz 0,87 (0,53 – 1,45) 0,94 (0,47 – 1,88) 2,86 (1,37 – 5,98)	1,00 = Referenz 1,27 (0,57 – 2,80) 0,65 (0,17 – 2,51) 7,49 (2,48 – 22,68)	1,00 = Referenz 0,70 (0,35 – 1,40) 1,02 (0,42 – 2,43) 1,84 (0,61 – 5,54)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 0,65 (0,26 – 1,62) 1,25 (0,56 – 2,78)	1,00 = Referenz 0,33 (0,07 – 1,57) 0,63 (0,08 – 5,12)	1,00 = Referenz 0,89 (0,27 – 2,88) 0,82 (0,25 – 2,71)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2017

Ein etwas anderes Bild ergibt sich beim Einflussfaktor **Geschlecht**. Hier ist die Zugehörigkeit zum *weiblichen* Geschlecht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für Diabetes mellitus verbunden: Bei einer Odds Ratio von 0,43 ist sie gegenüber der Referenzgruppe, den Männern, deutlich und signifikant niedriger.

Bei den restlichen potenziellen Einflussfaktoren, **Alter** und **Migrationshintergrund**, ließen sich keine signifikanten Effekte feststellen.

MEHRERE EINFLUSSFAKTOREN UND DEPRESSION

Schließlich zeigen die Tabellen 9 und 10 die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für den Outcome Depression. Für diesen Outcome hatten sich in den grafischen Darstellungen unabhängig von der Datenquelle (ATHIS 2014 und SHARE 2015) die meisten Zusammenhänge mit den sozialen Merkmalen gezeigt (vgl. Kap. 4.1 bis 4.5).

Dies bestätigt sich auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller Einflussfaktoren, wie zunächst ein Blick auf Tabelle 9 zeigt. Hier sind die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse der Daten aus **ATHIS 2014** angeführt. Alter, Migrationshintergrund, Bildung, Erwerbstatus und Einkommen zeigen einen signifikanten unabhängigen Zusammenhang mit Depression.

So ist bei *älteren* Personen das Depressions-Risiko höher als bei *jüngeren*. Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Depression steigt um 15 % je Fünf-Jahres-Schritt. Dieser Effekt ist bei Männern etwas stärker als bei Frauen.

Bei Personen mit **Erwerbsstatus** *arbeitslos und arbeitsunfähig* ist das Depressions-Risiko (im Vergleich zu *erwerbstätigen und sonstigen* Personen) um beinahe das 6-Fache erhöht (OR = 5,84). Besonders ausgeprägt ist dieser Effekt mit einer OR von 9,83 bei Männern, wobei hier das Konfidenzintervall groß ist.

Anders als bei vielen anderen Outcomes zeigt sich bei der Depression auch ein sehr deutlicher Effekt des **Einkommens**. Bei Personen, die nicht zu den 20 % Höchsteinkommensbeziehenden (dem fünften Einkommensquintil) gehören, ist das Risiko des Vorliegens einer Depression in allen Kategorien signifikant erhöht. Besonders trifft dies auf das erste und zweite Einkommensquintil zu, in denen das Risiko um das 5-Fache bzw. das 4,5-Fache höher liegt als im fünften Einkommensquintil. Aber auch im dritten und vierten Einkommensquintil ist das Depressions-Risiko noch deutlich erhöht. Bei Frauen zeigt sich dieser Effekt im Unterschied zu Männern auch durchgängig in allen Kategorien und ist außerdem etwas stärker.

Das Vorliegen eines **Migrationshintergrundes** erhöht das Risiko einer Depression ebenfalls – unabhängig davon, ob die Migration aus Ländern *innerhalb* oder *außerhalb der EU* erfolgte. In beiden Kategorien beträgt das Risiko in etwa das Doppelte verglichen mit Personen *ohne* Migrationshintergrund. Bei separater Auswertung nach Geschlecht bleibt dieser Effekt bei Frauen nur in der Kategorie *innerhalb der EU* und bei Männern in beiden Kategorien signifikant.

Tabelle 9: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Depression (ATHIS 2014)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,15 (1,07 – 1,23)	1,07 (0,97 – 1,17)	1,40 (1,22 – 1,60)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 1,20 (0,85 – 1,69)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + Matura + Lehre + Pflichtschule	1,00 = Referenz 0,83 (0,48 – 1,41) 0,58 (0,35 – 0,98) 1,07 (0,64 – 1,80)	1,00 = Referenz 0,86 (0,44 – 1,67) 0,51 (0,26 – 1,00) 0,68 (0,35 – 1,33)	1,00 = Referenz 0,75 (0,28 – 1,97) 0,79 (0,33 – 1,87) 2,56 (1,01 – 6,49)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 1,30 (0,68 – 2,48) 5,84 (3,75 – 9,07)	1,00 = Referenz 1,60 (0,69 – 3,70) 3,90 (2,03 – 7,50)	1,00 = Referenz 0,83 (0,28 – 2,46) 9,83 (4,75 – 20,32)
Einkommen 5. Quintil 4. Quintil 3. Quintil 2. Quintil 1. Quintil	1,00 = Referenz 2,42 (1,12 – 5,24) 2,82 (1,35 – 5,92) 4,51 (2,14 – 9,48) 5,00 (2,37 – 10,51)	1,00 = Referenz 3,75 (1,23 – 11,44) 3,00 (0,98 – 9,19) 5,98 (1,99 – 17,99) 8,60 (2,89 – 25,53)	1,00 = Referenz 1,37 (0,41 – 4,54) 2,66 (0,92 – 7,73) 4,59 (1,53 – 13,76) 2,27 (0,72 – 7,12)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 2,11 (1,40 – 3,21) 1,97 (1,28 – 3,03)	1,00 = Referenz 1,93 (1,17 – 3,20) 1,05 (0,56 – 1,99)	1,00 = Referenz 2,29 (1,07 – 4,91) 3,59 (1,76 – 7,32)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Austrian Health Interview Survey (ATHIS) 2014

Ein etwas anderes Bild ergibt die Betrachtung des Einflussfaktors **höchster Bildungsabschluss**. Personen mit höchstem Bildungsabschluss *Lehre +* weisen mit einer OR von 0,58 insgesamt ein verringertes Risiko auf, an einer Depression zu leiden (verglichen mit der Kategorie *Hochschule +*). Bei Frauen alleine zeigt sich hier ein ganz ähnlicher Effekt (OR = 0,51), wobei *Lehre +* die einzige Kategorie mit signifikant vermindertem Risiko darstellt. Bei Männern gibt es diesen Effekt nicht. Dafür weisen Männer, die der Kategorie *Pflichtschule* angehören, mit einer OR von 2,56 ein signifikant erhöhtes Depressions-Risiko auf. Keinen signifikanten Effekt hinsichtlich des Depressions-Risikos zeigt – bei Berücksichtigung aller anderen Einflussfaktoren – ein genereller Vergleich nach dem **Geschlecht**.

Ein Blick auf Tabelle 10 zeigt schließlich die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für den Outcome Depression bei älteren Personen ab 50. Datenbasis ist die **SHARE-Befragung 2015**, da in diesem Jahr die Depressions-Prävalenz mit einem umfangreichen Fragekatalog, der mehrere Aspekte der Krankheit (inklusive Suizidalität) umfasst, erfolgte. Es zeigt sich, dass die Faktoren Geschlecht, Migrationshintergrund, Bildung, Erwerbsstatus und finanzielles Auskommen signifikant und unabhängig mit Depression in Verbindung stehen.

Für den Einflussfaktor **Geschlecht** zeigt sich: Frauen ab 50 weisen im Vergleich zu Männern ein signifikant höheres Risiko für Depression auf, wobei die Odds Ratio 1,64 beträgt.

Ein weiterer signifikanter Effekt betrifft die Einschätzung des finanziellen Auskommens mit dem **Einkommen**. Dieser zeigt sich bei Personen, die angeben, *mit großen Schwierigkeiten* über die Runden zu kommen. Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu leiden, gegenüber Personen, für die dies *völlig problemlos* möglich ist, um das 2,4-Fache erhöht. In den übrigen Kategorien ist der Effekt nicht ganz so stark und nur annähernd signifikant. Eine separate Auswertung nach Geschlecht ergibt, dass diese Effekte nur bei Frauen erhalten bleiben.

Personen mit dem **Erwerbsstatus** *arbeitslos und arbeitsunfähig* weisen mit einer OR von 3,55 ebenfalls ein deutlich und signifikant höheres Depressions-Risiko auf. Eine separate Auswertung pro Geschlecht ergibt, dass die Signifikanz dieses Effektes nur bei Männern

bestehen bleibt. Die *Pensionierung* hat hingegen (bei beiden Geschlechtern) keinen signifikanten Effekt auf die Prävalenz von Depression.

Auch der Einflussfaktor **Migrationshintergrund** hat einen signifikanten Effekt auf das Depressions-Risiko und erhöht dieses. Dies betrifft vor allem Personen mit Migrationshintergrund aus einem Land *außerhalb der EU*, die in der Stichprobe eine 2,5-fach höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, an einer Depression erkrankt zu sein. Hier gilt dies vor allem für Frauen, bei denen der Effekt bei separater Auswertung nach Geschlecht annähernd signifikant und in etwa gleich groß bleibt.

Insgesamt kein signifikanter Effekt zeigt sich beim Einflussfaktor **höchster Bildungsabschluss**. Dies ändert sich jedoch bei separater Auswertung pro Geschlecht. Hierbei zeigt sich bei Männern, welche der Kategorie *mittlerer Abschluss* angehören, mit einem OR von 0,43 ein signifikant geringeres Depressions-Risiko als in der Referenzkategorie *Hochschule* \pm .

Das **Lebensalter** übt in den Altersgruppen ab 50 keinen weiteren Effekt mehr aus, weder bei Männern noch bei Frauen.

Tabelle 10: Logistisches Regressionsmodell, Outcome: Depression (SHARE 2015)

Einflussfaktoren	OR gesamt (Konfidenzintervall)	OR Frauen (KI)	OR Männer (KI)
Alter pro 5 Jahre	1,01 (0,98 – 1,04)	1,02 (0,98 – 1,05)	0,98 (0,92 – 1,03)
Geschlecht männlich weiblich	1,00 = Referenz 1,64 (1,06 – 2,55)	– –	– –
Höchster Bildungsabschluss Hochschule + mittlerer Abschluss Pflichtschule	1,00 = Referenz 0,69 (0,44 – 1,09) 1,71 (0,84 – 3,48)	1,00 = Referenz 0,86 (0,48 – 1,54) 2,04 (0,88 – 4,73)	1,00 = Referenz 0,43 (0,20 – 0,95) 2,47 (0,53 – 11,52)
Erwerbsstatus erwerbstätig/sonstiges pensioniert arbeitslos/arbeitsunfähig	1,00 = Referenz 1,01 (0,57 – 1,81) 3,55 (1,58 – 7,94)	1,00 = Referenz 0,80 (0,40 – 1,61) 0,69 (0,13 – 3,64)	1,00 = Referenz 1,90 (0,61 – 5,95) 10,66 (3,14 – 36,27)
Einkommen völlig problemlos einigermaßen problemlos mit gewissen Schwierigkeiten mit großen Schwierigkeiten	1,00 = Referenz 1,62 (0,99 – 2,66) 1,66 (0,91 – 3,01) 2,39 (1,10 – 5,22)	1,00 = Referenz 2,95 (1,55 – 5,61) 2,54 (1,18 – 5,47) 2,27 (0,76 – 6,76)	1,00 = Referenz 0,56 (0,22 – 1,43) 1,00 (0,35 – 2,88) 1,25 (0,32 – 4,91)
Migrationshintergrund ohne mit (innerhalb der EU) mit (außerhalb der EU)	1,00 = Referenz 1,16 (0,61 – 2,21) 2,47 (1,16 – 5,24)	1,00 = Referenz 1,78 (0,83 – 3,83) 2,48 (0,83 – 7,46)	1,00 = Referenz 0,42 (0,09 – 1,96) 1,75 (0,53 – 5,84)

Signifikante Effekte sind **fett** hervorgehoben.

Datenquelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2015

5

Zusammenfassung und Diskussion

Die international nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen > sozialem Status und chronischen Erkrankungen zeigen sich auch in Wien. Der vorliegende Bericht erlaubt einen detaillierten und differenzierten Blick auf diese Zusammenhänge im Licht gängiger Erklärungsansätze.

Am deutlichsten zeigt sich der Einfluss des sozialen Status bei Betrachtung der Wiener Bezirke. Bereits an der Verteilung der Gesamtsterblichkeit innerhalb Wiens sieht man, dass Bezirke mit niedrigem Einkommen, hoher Arbeitslosigkeit und niedrigen Akademikerquoten überdurchschnittlich viele Todesfälle pro Jahr verzeichnen (Abb. 1). EinwohnerInnen dieser Bezirke haben zudem eine viel niedrigere Lebenserwartung: Der Unterschied zwischen dem Bezirk mit der niedrigsten und der höchsten Lebenserwartung beträgt laut Statistik Austria fast sieben Jahre²⁹.

Die Gesamtsterblichkeit und die Lebenserwartung sind ua. Endresultate vielfältiger sozialer Einflüsse auf die individuelle Gesundheit. Beides sind allgemeine Maße und sie eignen sich nur bedingt als Ansatzpunkte für bedarfsgerechte Handlungsanleitungen und Maßnahmenempfehlungen.

Daher wurden für diesen Bericht eigene Analysen auf Basis von Datensätzen aus drei Quellen durchgeführt. Dabei handelt es sich um die Gesundheitsbefragungen ATHIS und SHARE sowie die Österreichische Todesursachenstatistik.

Während die Analyse der Gesundheitsbefragungen die Erkenntnisse zur regionalen Verteilung von Sterblichkeit und Lebenserwartung vertieft und differenziert, erlaubt die detaillierte Analyse der Österreichischen Todesursachenstatistik die Zurückführung der Unterschiede in der Gesamtsterblichkeit auf einzelne Erkrankungen.

Für die Stichprobe der ATHIS-Befragung dienten alle WienerInnen ab 15 Jahren als Grundlage, für die SHARE-Befragung wurden hingegen nur Personen ab 50 Jahren erfasst. Die Österreichische Todesursachenstatistik wiederum erfasst die verstorbenen WienerInnen jeden Alters.

In den Analyseergebnissen der SHARE-Daten waren mehr soziale Merkmale signifikant (> statistische Signifikanz) mit dem Gesundheitszustand verbunden als in der ATHIS-Studie. Insbesondere konnten auf Basis der SHARE-Daten viele Einflüsse > sozioökonomischer Merkmale, wie Bildungsstatus, Erwerbsstatus und Einkommen, zusätzlich nachgewiesen werden.

Diese deutlichen Unterschiede in den Ergebnissen (abhängig vom Datensatz) liegen daran, dass das Lebensalter der stärkste > Morbiditätsfaktor ist und sich die Belastung durch chronische Erkrankungen in der älteren Bevölkerung deutlicher manifestiert.

Der SHARE-Datensatz basiert auf einer altersspezifischeren Stichprobe (nur Personen im Alter von 50 Jahren oder darüber) und weist daher auch höhere > Prävalenzen auf. Die Analysen konnten dadurch mit besserer Zellbesetzung durchgeführt werden, dh. es waren mehr Daten erkrankter WienerInnen für die Analyse verfügbar. Manche Prävalenz-Unterschiede konnten so leichter auf die Grundgesamtheit verallgemeinert werden als in ATHIS. Dies erklärt, warum viele sozioökonomische Einflüsse nur im SHARE signifikant sind.

Die Ergebnisse beider Gesundheitsbefragungen werden – nach Einflussfaktoren geordnet – im Folgenden zusammengefasst und interpretiert. Zunächst werden die sozioökonomischen > Determinanten (Bildung, Erwerbsstatus, Einkommen) hinsichtlich ihres Einflusses auf die untersuchten chronischen Erkrankungen diskutiert. Danach wird auf Migrationshintergrund und Geschlecht als > Einflussfaktoren eingegangen.

²⁹ Verfügbar unter https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&ddDocName=109884

Bei Migrationshintergrund, Geschlecht und auch Erwerbsstatus existieren zwischen den Ergebnissen der deskriptiven und > multivariaten Analysen einige Abweichungen, die ebenfalls erörtert werden. Die gleichzeitige Untersuchung mehrerer Einflussfaktoren in den multivariaten Analysen macht diese Abweichungen sichtbar und kann dadurch einiges zur Erklärung der Entstehung > gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.

Im Anschluss daran erfolgt die Diskussion der Unterschiede in der todesursachenspezifischen Sterblichkeit nach Bezirk. Am Ende dieses Diskussionskapitels werden noch die Stärken und Limitationen des Berichtes und seiner Analysen beleuchtet.

HÖCHSTER BILDUNGSABSCHLUSS

Der höchste **Bildungsabschluss** hat bei WienerInnen ab 50 Jahren eine Auswirkung auf die Prävalenz aller untersuchten Krankheiten. Unabhängige Effekte beschränken sich, wie die > logistischen Regressionsmodelle zeigen, aber manchmal auf ein bestimmtes **Geschlecht**.

So zeigt sich bei > *ischämischen Herz-Kreislauferkrankungen* und *Diabetes mellitus*, dass **Männer**, deren höchster Bildungsabschluss die *Pflichtschule* ist, häufiger erkrankt sind als Männer mit *höheren Bildungsabschlüssen*. Bei **Frauen** besteht bei beiden Erkrankungen kein signifikanter Zusammenhang. Bei *Diabetes mellitus* zeigt sich auch *insgesamt* (dh. bei gemeinsamer Betrachtung von Frauen und Männern) ein signifikanter Zusammenhang. Personen aus der Bildungskategorie *Pflichtschule* haben im Vergleich zu Personen aus der Kategorie *Hochschule* + eine ca. 3-fach höhere Wahrscheinlichkeit, an Diabetes mellitus zu leiden. Das Regressionsmodell bestätigt damit einen Bildungsgradient (> Gradient), der bereits deskriptiv zu erkennen ist.

Beim > Outcome *COPD* zeigt sich hingegen laut Regressionsmodell nur bei **Frauen** ein Zusammenhang, der jene ohne Hochschulabschluss signifikant benachteiligt. Frauen mit höchstem Bildungsabschluss *Pflichtschule* oder *mittlerer Abschluss* haben ein höheres Risiko, an COPD erkrankt zu sein.

Für **Männer** mit höchstem Abschluss *Pflichtschule* ist bei *COPD* wegen zu geringer Zellbesetzung keine Aussage möglich. Dasselbe gilt für Krebs. Bei dieser Krankheit haben Männer mit höchstens *mittlerem Abschluss* das höchste Krankheits-Risiko. Hingegen haben Männer mit *mittlerem Abschluss* bei *COPD* und *Depression* das relativ geringste Krankheits-Risiko.

Auf Basis der ATHIS-Daten zeigen sich nur bei *ischämischen Herz-Kreislauferkrankungen* und *Depression* signifikante Zusammenhänge. Auffällig ist das signifikant höhere Depressions-Risiko von Männern mit höchstem Abschluss *Pflichtschule*. Dieser Zusammenhang besteht bei Frauen nicht.

Sowohl bei *Diabetes mellitus* und *ischämischen Herz-Kreislauferkrankungen* als auch bei *COPD* wird das Erkrankungsrisiko stark vom Gesundheitsverhalten beeinflusst. Das Gesundheitsverhalten wiederum kann – wie in Kap. 2.3 erläutert – mit der Verfügung über diverse gesundheitliche > Ressourcen erklärt werden. Beispielsweise macht es einen Unterschied, ob jemand über das relevante Wissen oder bestimmte Werthaltungen (i. e. Gesundheitskompetenzen) verfügt, die gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen oder erst ermöglichen.

Solche Kompetenzen werden unter anderem im Laufe des Bildungsweges (mit)vermittelt und es ist anzunehmen, dass Personen mit höheren Bildungsabschlüssen in größerem Ausmaß über sie verfügen. Untermauert wird dies durch Ergebnisse diverser Gesundheitsberichte, die zeigen, dass Personen beiderlei Geschlechts mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen (Griebler et al. 2017, 75), stärker zu Risikoverhalten, wie Rauchen, Bewegungsmangel und seltenem Obst- und Gemüsekonsum, neigen und häufiger übergewichtig oder adipös sind (Stadt Wien 2017, 54, 62 & 64).

Als mögliche Spätfolge dieser Verhaltensweisen können *COPD*, *Diabetes mellitus* und *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* auftreten, was die oben beschriebenen Zusammenhänge erklärt. Für die beobachteten Geschlechterunterschiede könnten zudem geschlechterspezifische Rollenerwartungen von Bedeutung sein. So ist etwa hohes Ernährungsbewusstsein eher „weiblich“ und gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum eher „männlich“ konnotiert, was dazu beiträgt, dass auch Frauen mit maximal *Pflichtschulabschluss* häufiger Obst und Gemüse und seltener Alkohol konsumieren als Männer mit maximal *Pflichtschulabschluss* (Griebler et al. 2017, 75). Dies kann dazu beitragen, dass signifikante Bildungsgradienten hinsichtlich *Diabetes mellitus* und *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* nur bei Männern zu beobachten sind.

ERWERBSSTATUS

Auch der **Erwerbsstatus** hat bei WienerInnen ab 50 Jahren (Datenquelle SHARE) unabhängige Effekte auf die Prävalenz aller untersuchten Krankheiten. Statistische Signifikanz und Ausmaß dieser Effekte unterscheiden sich allerdings zwischen den Kategorien des Erwerbsstatus (*pensioniert* oder *arbeitslos und arbeitsunfähig*). Sie hängen außerdem davon ab, ob nur Frauen, nur Männer oder beide Geschlechter betrachtet werden.

Bei **Männern** ab 50 Jahren gehen *Arbeitslosigkeit* und *Arbeitsunfähigkeit* bei *COPD*, *Depression* und *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* mit einer signifikant höheren Prävalenz einher. Die Effekte von *Arbeitslosigkeit* und *Arbeitsunfähigkeit* auf *COPD* und *Depression* sind bei Männern, aber auch bei gemeinsamer Betrachtung von Männern und Frauen signifikant. Der Effekt auf ischämische Herz-Kreislaufkrankungen zeigt sich hingegen nur bei den Männern.

Zwei Effekte des Erwerbsstatus bei WienerInnen ab 50 Jahren betreffen **Frauen**: Bei Frauen ab 50 Jahren geht *Arbeitslosigkeit* und *Arbeitsunfähigkeit* mit einer höheren Prävalenz von *Krebs* einher. Der Erwerbsstatus *pensioniert* ist bei Frauen, aber auch bei gemeinsamer Betrachtung von Männern und Frauen, mit einer signifikant höheren Prävalenz von *Diabetes mellitus* verbunden.

Bei **Männern** ab 50 Jahren geht Pensionierung bei *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* und *COPD* mit einer signifikant höheren Prävalenz einher. Der Effekt des Erwerbsstatus *pensioniert* auf *ischämische Herz-Kreislaufkrankungen* ist bei Männern allein, aber auch bei gemeinsamer Betrachtung von Männern und Frauen, signifikant. Der Effekt auf *COPD* zeigt sich hingegen nur bei Männern.

In der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (ATHIS) weisen *arbeitslose und arbeitsunfähige* Personen eine höhere Prävalenz an *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* und *Depression* auf als *erwerbstätige und sonstige* Personen. Bei *Diabetes mellitus* gilt dies nur für Frauen.

Pensionierte Personen weisen in der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (ATHIS) nur mehr bei *Diabetes mellitus* eine signifikant höhere Prävalenz auf als *erwerbstätige und sonstige* Personen. Zusammenhänge mit den anderen chronischen Erkrankungen lösen sich in den multivariaten Regressionsmodellen auf, da das Alter darin mitberücksichtigt wird.

Die Prävalenzen der chronischen Erkrankungen und der Erwerbsstatus *pensioniert* hängen zumeist gleichermaßen vom **Alter** ab. Im Regressionsmodell wird somit sichtbar, dass sich hinter einem (zunächst scheinbaren) Einfluss der Pensionierung oft tatsächlich ein reiner Einfluss des Alters verbirgt.

Da alle betrachteten chronischen Erkrankungen im Alter stärker ausgeprägt sind, ist durch die generelle Zunahme der älteren Bevölkerung jedenfalls mit einem steigenden Bedarf an adäquaten Versorgungsangeboten zu rechnen. Allerdings zeigen die Daten beider Befragungen bei *Diabetes mellitus* sowie die SHARE-Daten für Männer bei *Herz-Kreislaufkrankungen* und *COPD* unabhängig vom Alter Zusammenhänge der Pensionierung mit der Prävalenz (s. o.). In diesen Fällen liegt die Vermutung einer umgekehrten Kausalität nahe, nämlich, dass die Pensionierung durch die Erkrankung verursacht wurde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwischen dem Erwerbsstatus und den Krankheits-Prävalenzen je nach Krankheit, Datenquelle und Geschlecht viele signifikante Beziehungen bestehen.

So wurde die Relevanz chronischer Erkrankungen als Ursache für frühzeitige Pensionierungen sichtbar. Gezielte Präventionsmaßnahmen für COPD bei Männern, Diabetes mellitus bei Frauen und Herz-Kreislaufkrankungen bei beiden Geschlechtern könnten vorzeitige Pensionierungen aufgrund dieser Krankheiten verhindern.

Vor allem fallen aber die Zusammenhänge mit *Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit* wegen ihres teilweise starken Ausmaßes ins Auge. Arbeitslosigkeit kann dabei sowohl den Grund als auch die Folge verschiedener gesundheitlicher Probleme darstellen.

Die tiefgreifenden gesundheitlichen und psychosozialen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit wurden bereits 1933 in der Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ anschaulich beschrieben. Dieser Klassiker der Sozialforschung zeichnet ein „Abgleiten“ der Betroffenen in einen resignierten und später verzweifelten Gemütszustand nach (Jahoda et al. 1933/1975, 102). Aber auch Verschlechterungen des allgemeinen körperlichen Zustandes wurden damals festgestellt (ebd., 53f, 97).

Zur Erklärung kann das in Kap. 2.3. vorgestellte theoretische Modell dienen. Insbesondere spielt die darin enthaltene Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen (vgl. Abb. 2) für das Arbeitsleben eine wichtige Rolle:

Arbeit ist nicht nur eine potenzielle Quelle gesundheitlicher *Belastungen* (etwa durch Stress, gefährliche Arbeitsumgebungen usw.). Menschen in einer Arbeits- und Leistungsgesellschaft definieren ihre Identität zu einem hohen Grad über die Erwerbsarbeit und suchen darin Sinn und soziale Anerkennung. Gelingt dies, ist es gesundheitsfördernd, weil gesundheitliche *Ressourcen*, wie Selbstbewusstsein oder positiv erlebte zwischenmenschliche Beziehungen, dadurch gestärkt werden.

Gelingt es nicht und entsteht ein Missverhältnis zwischen Verausgabung (infolge hoher Anforderungen oder hoher eigener Ansprüche) und Belohnung (zB Einkommen, soziale Anerkennung, beruflicher Aufstieg) kann dies zu schweren emotionalen Konflikten und in der Folge auch zur Entstehung körperlicher Erkrankungen führen (Siegrist 1995, 188f). Arbeitslosigkeit bzw. drohender Arbeitsplatzverlust wirken sich besonders verstärkend auf diesen als Gratifikationskrise bezeichneten Wirkmechanismus aus (ebd., 189).

Auffällig ist zudem folgender Aspekt des Zusammenhangs zwischen *Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit* und *Depression*: Die Beziehung ist in der ab-15-jährigen Wiener Bevölkerung bei Männern deutlich stärker als bei Frauen. Bei den Ab-50-Jährigen ist sie nur bei Männern signifikant. Die Ursachen dieses Unterschieds sind schwer zu klären. Sie könnten mit systematischer Untererfassung von Depression bei Männern zusammenhängen, die bewirkt, dass nur sehr schwere Fälle in der Erhebung erkannt werden. Leichtere Fälle würden sich auf Arbeitslose und Erwerbstätige womöglich gleichmäßiger verteilen. Männliche Rollenbilder könnten aber auch beinhalten, dass Selbstwert und soziale Anerkennung stärker an die Erwerbsarbeit geknüpft sind. Ein Verlust derselben würde somit schwerwiegendere psychische Folgen nach sich ziehen. Ein niedriger Bildungsabschluss und ein Migrationshintergrund von außerhalb der EU können bei Männern ähnlich negative Effekte auf die Psyche haben, wie die Ergebnisse von ATHIS zeigen.

EINKOMMEN

Der dritte sozioökonomische Einfluss, der besonders bei den ab-50-jährigen WienerInnen gut zu belegen ist, ist jener des **Einkommens** im weiteren Sinn. In der SHARE-Studie wurde die subjektive Bewertung des Auskommens mit dem Einkommen erhoben. Dieses *finanzielle* Auskommen weist signifikante Zusammenhänge mit mehreren Krankheiten auf.

Die Regressionsmodelle belegen signifikante unabhängige Beziehungen zwischen dem finanziellen Auskommen *mit großen Schwierigkeiten* und der Prävalenz von *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen*, *Diabetes mellitus* und *Depression*. Zudem steht das finanzielle Auskommen *mit gewissen Schwierigkeiten* signifikant mit Krebs und (bei Männern) mit *COPD* in Beziehung. In den genannten Kategorien ist die Prävalenz jeweils höher als bei Personen, die finanziell *völlig problemlos* über die Runden kommen.

Für die Wohnbevölkerung ab 15 Jahren ergeben sich generell weniger signifikante Zusammenhänge. Das nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtete *Haushaltseinkommen in > Quintilen*, welches im ATHIS-Datensatz verfügbar ist, steht nur mit der Prävalenz für Depression signifikant in Beziehung. Im Unterschied zum Einfluss des *finanziellen Auskommens* (in der Grundgesamtheit der SHARE-Studie) nimmt das Depressions-Risiko in der ATHIS-Population mit sinkendem Einkommen graduell zu und ist im untersten Einkommensfünftel am höchsten. In der SHARE-Studie sticht eine signifikante Kategorie, meist die unterste, gegenüber den anderen, nicht signifikanten Kategorien heraus.

Je nach verwendetem Datensatz gestalten sich die Zusammenhänge zwischen dem Einkommen und den Krankheits-Prävalenzen unterschiedlich. Dies hat inhaltliche und methodische Gründe.

In *inhaltlicher* Hinsicht könnte der deutliche Einfluss des finanziellen Auskommens *mit großen Schwierigkeiten* auf *ischämische Herz-Kreislaufkrankungen*, *Diabetes mellitus* und *Depression* darauf hinweisen, dass der Zugang zu Prävention und Versorgung bei diesen Krankheiten vom Einkommen nicht ganz unabhängig ist. Ist etwa das kassenfinanzierte Angebot zur Vorbeugung und Behandlung von *Diabetes mellitus* zu klein oder nicht optimal organisiert, kann dies dazu führen, dass vor allem Menschen aus der ärmsten Einkommensschicht öfter unter- bzw. fehlversorgt sind und bei ihnen auf hohen Blutzucker zu spät reagiert wird. Die Krankheit kann dann unbehandelt weiter fortschreiten und im Alter zu Folgeerkrankungen, wie Herzinfarkten und Schlaganfällen, führen. Dies erklärt, warum gerade in höheren Altersgruppen (Ab-50-Jährige) hier signifikante, unabhängige Einkommenseffekte zu beobachten sind.

Bei *psychischen Erkrankungen* betrifft der Mangel an adäquaten, kassenfinanzierten Therapiemöglichkeiten hingegen in stärkerem Ausmaß alle Altersgruppen. Auch bei Unter-50-Jährigen ist die *Depressions-Prävalenz* bereits relativ hoch. Dementsprechend ergeben sich auf Basis beider Datensätze unabhängige, signifikante Zusammenhänge zwischen Einkommen und der Prävalenz von Depression.

Einkommen ist jedoch nicht nur eine finanzielle Ressource, die bei Bedarf eingesetzt werden kann, um sich Zugang zu hochqualitativen Behandlungsmöglichkeiten zu erkaufen. Es kann auch als psychosoziale Ressource interpretiert werden, die vor dem Entstehen psychischer Erkrankungen schützt. Einerseits erhöht ein stabiles und ausreichend hohes Einkommen in Verbindung mit einer interessanten beruflichen Position das Selbstwertgefühl. Andererseits kann es Sorgen über die persönliche Zukunft reduzieren, da für unerwartete Ereignisse, wie den Verlust des Arbeitsplatzes, finanziell vorgesorgt werden kann. Zudem verbessern sich mit dem Einkommen die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe und der Handlungsspielraum für eine autonome Planung und Gestaltung des eigenen Lebens. Der Vergleich mit anderen hinsichtlich dieser Aspekte fällt bei hohem Einkommen öfter positiv aus. All dies kann das Risiko für psychische und indirekt auch körperliche Krankheiten reduzieren.

In *methodischer Hinsicht* beruhen die Ergebnisse auf Antworten zu unterschiedlichen Fragen. Während aus ATHIS das selbst berichtete objektive Haushaltseinkommen für die Auswertung herangezogen wurde, beruhen die Auswertungen auf Basis von SHARE auf subjektiven Bewertungen der eigenen Einkommensverhältnisse durch die Befragten. In letztere können abseits der absoluten Einkommenshöhe viele Aspekte der aktuellen Lebenssituation einfließen: die sonstigen materiellen/finanziellen Umstände (Ausgabensituation, Vermögenssituation, Mietverhältnis etc.), die eigenen Ansprüche und auch der Personenkreis, mit dem man sich primär vergleicht.

Menschen mit gleichem objektivem Einkommen gelangen so mitunter zu unterschiedlichen Einschätzungen, wie schwer es ihnen fällt, mit ihrem Geld über die Runden zu kommen. Auch manche Personen, die objektiv über ein mittleres bis hohes Einkommen verfügen, gaben in SHARE an, nur *mit großen Schwierigkeiten* über die Runden zu kommen. Dass derartig schlechte Einschätzungen der subjektiven Situation für das Krankheits-Risiko relevanter sind als das Einkommen an sich, belegen direkte Vergleiche von Prävalenzen zwischen den untersten Kategorien der beiden > Indikatoren. So betrug 2015 die Prävalenz von Suizidgedanken in der Kategorie *mit großen Schwierigkeiten* 16,4 %, während sie im *ersten Einkommensquintil* bei 8,4 % lag (vgl. Abb. 61 & 63). Bei *Diabetes mellitus* betrug 2017 die entsprechenden Werte 37,1 % und 25,3 %. Die Werte der Kategorie *mit großen Schwierigkeiten* sind daher auch in den Regressionsanalysen (> logistische Regressionsanalyse) häufiger signifikant als jene des *ersten Einkommensquintils*. Auch der Einfluss von Indikatoren, die nicht den vertikalen, sondern den horizontalen sozialen Status – auch soziale Lage genannt – abbilden, wurde im Bericht untersucht. Dazu gehören die demografischen Indikatoren Migrationshintergrund, Geschlecht und Alter.

MIGRATIONSHINTERGRUND

Eine unabhängige Beziehung des **Migrationshintergrundes** existiert laut den berechneten Regressionsmodellen nur mit der Prävalenz für *Depression*. Bei den befragten WienerInnen ab 50 Jahren sind Personen, die einen Migrationshintergrund von *außerhalb der EU* aufweisen, signifikant häufiger von Depression betroffen. In der ab-15-jährigen Wohnbevölkerung ist dies sowohl bei Personen mit Migrationshintergrund von *innerhalb* als auch von *außerhalb der EU* der Fall.

Bei anderen Outcomes ist kein eigener Effekt des Migrationshintergrundes festzustellen. Bei *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* und *COPD* ergibt jedoch ein Vergleich zwischen Ergebnissen aus den deskriptiven Analysen und den Regressionsmodellen ein interessantes Bild: Bei beiden Krankheiten weisen Personen mit Migrationshintergrund von *innerhalb der EU* deskriptiv signifikant niedrigere Prävalenzen auf als Personen *ohne* Migrationshintergrund. Hier gleichen sich die Ergebnisse beider Befragungen. In den Regressionsanalysen, welche gleichzeitig alle anderen Einflussfaktoren berücksichtigen, sind dieselben Zusammenhänge jedoch nicht signifikant.

Dies lässt sich auf zwei Effekte zurückführen. Einerseits existiert ein *Altersstruktur-Effekt*. Einige der in der deskriptiven Analyse verglichenen Gruppen unterscheiden sich stark in ihrer Altersstruktur. Dies gilt insbesondere für den Vergleich zwischen pensionierten und erwerbstätigen Personen. Aber auch Personen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich hier: Erstere weisen ein niedrigeres Durchschnittsalter auf. Niedrigere Prävalenzen bei Personen mit Migrationshintergrund sind also teilweise durch das niedrigere Durchschnittsalter dieser Gruppe bedingt. Bei Kontrolle des Alters lösen sich manche Beziehungen daher auf oder schwächen sich ab.

Andererseits hat auch ein *Sozialstruktur-Effekt* zur Auflösung der Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und Krankheits-Prävalenzen beigetragen. Von den Personen mit Migrationshintergrund aus einem Land *innerhalb der EU* weisen zB viele, neben einem niedrigeren Alter, auch höhere Bildungsabschlüsse auf, etwa weil sie im Laufe der vergangenen 25 Jahre aus Deutschland oder den neuen mittel- und osteuropäischen EU-Mitgliedsstaaten zu Ausbildungszwecken nach Österreich gekommen sind. Berücksichtigt

man nun den Bildungsstatus in einem Regressionsmodell, kann dies ebenfalls zur Abschwächung oder Auflösung von Zusammenhängen beitragen, wie dies beim Einfluss des Migrationshintergrundes von *innerhalb der EU* auf *ischämische Herz-Kreislaufkrankungen* und *COPD* der Fall ist.

Für die unabhängigen Effekte des Migrationshintergrundes auf die Depressions-Prävalenz jedoch muss es, neben den statistisch > kontrollierbaren Einflussfaktoren, noch andere Erklärungen geben. Direkt mit der Migration zusammenhängende Umstände, die sich potenziell negativ auf die Psyche der Betroffenen auswirken, gibt es, wie in Kap. 2.3 erwähnt, einige. Sie reichen von Schwierigkeiten, in der neuen Lebensumgebung Fuß zu fassen (zB die Sprache zu lernen, Beziehungen zu knüpfen, kulturelle Unterschiede zu überwinden) über Diskriminierung (zB am Arbeitsmarkt, in der Bildung) bis hin zur Nachwirkung traumatischer Fluchterfahrungen. Des Weiteren können auch Umstände im Ursprungsland der Migration bewirken, dass psychisch bereits belastete Personen auswandern. So können ungünstige wirtschaftliche Bedingungen, wie die Marienthal-Studie ebenfalls zeigt, zu Resignation und reduzierten Zukunftserwartungen vor Ort führen (Jahoda et al. 1933/1975, 70). In Verbindung mit körperlicher Gesundheit, Jugend oder guter Ausbildung wird mitunter dennoch eine Emigration gewagt (ebd., 74).

Zusammenfassend lässt sich aus den Analysen ableiten, dass WienerInnen mit Migrationshintergrund eine Zielgruppe für psychosoziale Präventions- und Therapieangebote darstellen. Bei WienerInnen ab 50 Jahren gilt dies für Personen, die aus Ländern *außerhalb der EU* stammen. In der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren sind zusätzlich Frauen und Männer mit Migrationshintergrund von *innerhalb der EU* betroffen.

GESCHLECHT

Was das **Geschlecht** als Einflussfaktor betrifft, so zeigen die Daten aus der SHARE-Studie, dass bei ab-50-jährigen WienerInnen einige signifikante und unabhängige Effekte bestehen: So weisen **Frauen** laut dem entsprechenden Regressionsmodell eine deutlich niedrigere Wahrscheinlichkeit für *ischämische Herz-Kreislaufkrankungen* und *Diabetes mellitus*, aber eine höhere Wahrscheinlichkeit für *Depression* auf. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den deskriptiven Ergebnissen zu Geschlecht und Depression.

Auf Basis der ATHIS-Stichprobe zeigen sich kaum nennenswerte Geschlechterunterschiede. Die deskriptiv erkennbare höhere COPD-Prävalenz bei Frauen ist im Regressionsmodell nicht signifikant. Zurückzuführen ist dies wahrscheinlich auf die statistische Kontrolle des Alters, da das durchschnittliche Alter der Frauen im Sample höher ist.

Das Geschlecht spielt bei den ab-15-jährigen WienerInnen demnach als Einflussfaktor auf die Prävalenz chronischer Krankheiten keine bedeutende Rolle.

Bei den Ab-50-Jährigen können die erkennbaren Vorteile von Frauen bei der Prävalenz von *ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen* und *Diabetes mellitus* als Folgen ihres generell besseren Gesundheitsverhaltens interpretiert werden. Gerade was diese chronischen Krankheiten betrifft, werden in der Literatur aber auch hormonelle und genetische Faktoren als wichtige Ursachen der Geschlechterunterschiede angeführt (Barrett-Connor 2013, 12f; Barrett-Connor 1997, 11ff). Sowohl Herzinfarkte als auch Vorstufen des Diabetes mellitus bleiben aufgrund der teilweise geschlechterspezifisch unterschiedlichen Symptomatik bei Frauen außerdem häufiger bzw. länger unerkannt (Thomas und Kautzky-Willer 2015, 2).

In der höheren *Depressionsanfälligkeit* von **Frauen** wiederum könnten hohe gesellschaftliche Anforderungen, wie Doppelbelastungen durch Familie und Beruf (im mittleren Lebensalter) oder auch Verlust familiärer Kontakte und Einsamkeit (in höherem Alter), zum Ausdruck kommen. Es wurde in der Literatur aber auch darauf hingewiesen, dass männliche Depression weltweit unterdiagnostiziert ist, zum einen weil **Männer** eine andere depressive Symptomatik aufweisen, zum anderen weil sie ihre Symptome bei Selbsteinschätzungen (etwa in Gesundheitsbefragungen) seltener als solche benennen (Rutz 2010, 47f). Damit

wird insbesondere der Widerspruch zwischen der meist niedrigen Depressions-Prävalenz und den hohen Suizidzahlen bei Männern erklärt (ebd., 47). Außerdem erheben gängige Diagnoseinstrumente eher Symptome, die als weiblich gelten. Überdies beeinflussen Geschlechterstereotype häufig die Gespräche zwischen ÄrztIn und PatientIn. Beides kann zur Überdiagnose von Depression bei Frauen führen (BMASGK 2018, 60).

WIENER GEMEINDEBEZIRKE

Die für alle fünf chronischen Krankheiten durchgeführten > aggregierten Analysen der Sterblichkeitsraten auf Wiener **Bezirksebene** bieten schließlich eine objektivierende Ergänzung zu den auf Selbstauskunft beruhenden Prävalenzen.

Beispielsweise zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Durchschnittseinkommen der Bezirke und der Sterblichkeit aufgrund bestimmter Krebsarten. Anders als die in ATHIS und SHARE erhobene allgemeine *Krebs-Prävalenz* kann die Österreichische Todesursachenstatistik nach verschiedenen Krebsformen differenziert werden.

Gerade Krebsformen, deren Auftreten vom Gesundheitsverhalten (mit) beeinflusst wird, weisen einen Zusammenhang mit dem Einkommen auf. Das prägnanteste Beispiel dafür ist der Lungenkrebs: Er weist eine sehr starke (negative) Beziehung mit dem Einkommen auf und wird vom Rauchverhalten beeinflusst. Darmkrebs weist ebenfalls einen (schwächeren) Zusammenhang mit dem Einkommen auf und wird vom Ernährungs-, Bewegungs- und Trinkverhalten beeinflusst.

Von den anderen Todesursachen ist *COPD* ein Beispiel für eine Erkrankung, die primär vom Rauchen beeinflusst wird. Die COPD-Sterblichkeit weist ebenfalls einen starken Zusammenhang mit dem durchschnittlichen Bezirkseinkommen auf. *Diabetes mellitus* und *ischämische Herz-Kreislaufkrankungen* hingegen werden von Ernährung und Bewegung beeinflusst und weisen (schwächere) Zusammenhänge mit dem Einkommen auf.

Die beträchtlichen Bezirksunterschiede hinsichtlich der Sterblichkeit und ihre Abhängigkeit vom Einkommen veranschaulichen, wohin der Einfluss des sozialen Status auf die Prävalenz chronischer Erkrankungen letztendlich führt: zu regional (auch innerhalb Wiens) sehr unterschiedlichen Belastungen und Bedarfen im Gesundheitssystem. Diesen Disparitäten sollte durch eine bewusste gesundheitspolitische Verteilung von Ressourcen, die die Sozialstruktur der Wiener Bezirke mit berücksichtigt, entgegengewirkt werden.

Neben der gruppenspezifischen Ausrichtung gesundheitsförderlicher, präventiver und medizinischer Angebote ist auch deren zielgerichtete örtliche Steuerung wichtig. Zwar lässt sich kaum erwarten, dass dies die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit innerhalb der Großstadt völlig beseitigt, aber es ist wichtig, um diese Ungleichheit abzumildern oder zumindest nicht weiter zu vergrößern.

STÄRKEN, LIMITATIONEN UND ANMERKUNGEN ZUR METHODIK

Die großen **Stärken** der in diesem Bericht durchgeführten Analysen liegen zweifelsohne in der Vielfalt der repräsentativen Datenquellen, die dafür herangezogen wurden. Neben den für Analysen des Gesundheitszustandes in Wiener Gesundheitsberichten schon oft verwendeten ATHIS-Daten werden erstmals auch auf Wien eingegrenzte SHARE-Datensätze berücksichtigt. Diese bieten einen Mehrwert, da für die von ihnen abgebildete spezifischere Grundgesamtheit, die Altersgruppe der Ab-50-Jährigen, chronische Erkrankungen eine große Bedeutung haben. Durch die Einbeziehung der Österreichischen Todesursachenstatistik wurde die Datenbasis über die aus Befragungen gewonnenen Individualdaten hinaus erweitert. Dies ermöglicht einen Blick auf die räumliche Verteilung chronischer Krankheiten und ihrer Folgen innerhalb Wiens. Daraus ergibt sich ein differenzierter und umfassender Überblick zum Problem der sozialen Bedingtheit von Krankheit und Sterblichkeit, der in dieser Form für Wien noch nicht vorliegt.

Die Ergebnisse des Berichts sind aber auch einigen **Limitationen** unterworfen. So zeigen sich um manche Anteilswerte und > Odds Ratios sehr große > Konfidenzintervalle. Dies gilt insbesondere für Merkmalskategorien, die für die Fragestellung des Berichts besonders relevant sind, zB höchster Bildungsabschluss *Pflichtschule* und Erwerbsstatus *arbeitslos und arbeitsunfähig*. Viele Unterschiede und Zusammenhänge sind dennoch signifikant, aber ihr genaues Ausmaß bleibt unklar, weil die statistische Unsicherheit hoch ist. Dadurch könnten auch Zusammenhänge, die in der Grundgesamtheit existieren und sich bei Analyse einer größeren Stichprobe als signifikant erweisen würden, womöglich unentdeckt geblieben sein.

Grund dafür sind die teilweise niedrigen **Zellbesetzungen**: In den Wiener Stichproben gibt es eher wenige Befragte, die den im vorherigen Absatz erwähnten Kategorien zuzuordnen sind. Bei der Analyse von Zusammenhängen durch Kreuztabellen oder multivariate Regressionsanalysen werden diese noch weiter aufgeteilt in Gruppen mit interessierenden Merkmalskombinationen (zB an Krebs erkrankte arbeitslose Männer), die dann noch weniger Personen umfassen. Das Problem ist insbesondere für die ATHIS-Datensätze relevant: Wegen der breiteren Grundgesamtheit, die auch jüngere Altersgruppen umfasst, sind hier die generellen Krankheits-Prävalenzen und damit bestimmte Zellbesetzungen niedriger. Durch die in der Folge weiteren Konfidenzintervalle erweisen sich weniger Zusammenhänge als statistisch signifikant. Zu sehen ist das insbesondere an den Ergebnissen der Regressionsmodelle auf Basis der Daten aus ATHIS zu den Outcomes Krebs, COPD und Diabetes mellitus: Hier sind nur sehr wenige signifikante Beziehungen zu beobachten (vgl. Tab. 3, 5 und 7).

Grundsätzlich erfolgt die Stichprobenziehung zur Gesundheitsbefragung ATHIS auf Basis der Hauptwohnsitz-Einträge im Zentralen Melderegister (und nicht etwa in einem Telefonverzeichnis). So ist prinzipiell eine gute Abdeckung der Grundgesamtheit gegeben. Allerdings kann bemängelt werden, dass die Befragung nur auf Deutsch durchgeführt wurde und auch die Begleitdokumente nur auf Deutsch vorlagen (Klimont & Baldaszi 2015, 14). Außerdem waren Personen, die in Anstalts- und Gemeinschaftsunterkünften leben oder keinen festen Wohnsitz haben, von der Stichprobe ausgeschlossen (ebd., 7).

Beides hat dazu geführt, dass Personen mit Migrationshintergrund untererfasst geblieben sind. Diese **Untererfassung** wurde zwar durch Gewichtung ausgeglichen (ebd., 14), allerdings hatten gerade bestimmte Personen mit Migrationshintergrund, die – speziell hinsichtlich psychischer Erkrankungen – besonders vulnerabel (> Vulnerabilität) sein könnten (BewohnerInnen von Flüchtlingsunterkünften etc.) eine geringere Chance, in die Stichprobe zu gelangen. Dies könnte die Schätzung mancher Prävalenzen (zB für Depression) nach unten verzerrt haben. Andererseits weisen die Ergebnisse hier aber ohnehin signifikante Nachteile für Personen mit Migrationshintergrund aus, die aber im Ausmaß womöglich unterschätzt sind.

Andere Gruppen (zB Personen mit niedrigem formalem Bildungsabschluss, sehr alte Personen und Männer) sind in ATHIS aus Gründen wie Teilnahmeverweigerung untererfasst. Auch dieser sogenannte Unit-Non-Response wurde durch Gewichtung ausgeglichen (Klimont & Baldaszi 2015, 14), verstärkt aber das Problem geringer Zellbesetzung (s. o.).

Weiters ist bezüglich der Grafiken, die Krankheits-Prävalenzen nach **Haushaltseinkommen** darstellen, zu beachten, dass ein Vergleich der Ergebnisse aus ATHIS und SHARE nur bedingt möglich ist. Das liegt daran, dass die im SHARE-Datensatz 2015 verfügbare > Variable die Größe und Zusammensetzung der Haushalte nicht berücksichtigt und sich Zahlen dazu immer nur auf eine Person pro Haushalt beziehen. Dadurch weist diese Variable auch viele fehlende Werte auf. Daher wurde für die Regressionsanalysen statt des *Haushaltseinkommens* das *finanzielle Auskommen* herangezogen. Die ATHIS-Datensätze 2006/2007 und 2014 sowie SHARE 2017 beinhalten jedoch das *Haushaltsäquivalenzeinkommen*, das Haushaltsgröße und -struktur berücksichtigt.

Bezüglich der Analyse der Bezirksunterschiede in der > Mortalität ist zu sagen, dass die Wiener Gemeindebezirke **keine** völlig **homogenen Einheiten** darstellen und in sich

sozialräumliche Differenzierungen aufweisen. So haben Teile von Ottakring, Meidling oder Leopoldstadt ein wesentlich höheres Einkommensniveau als der Großteil des Bezirks. Diese kleinräumigeren Unterschiede werden durch den Fokus auf Bezirksunterschiede verdeckt. Ein Vorteil dieser Perspektive ist, dass die sozioökonomische Hierarchie zwischen den Bezirken seit langem stabil ist: Ungeachtet dessen, ob das Einkommen oder alternativ etwa die Arbeitslosenquote als Indikator verwendet wird, ergibt sich immer fast dieselbe Hierarchie.

Beim Vergleich der > **Mortalitätsraten** ist zu beachten, dass nur eine *grobe* > Altersstandardisierung vorgenommen wird: Der dafür berechnete Gewichtungsfaktor basiert auf dem Verhältnis zwischen Ab- und Unter-60-Jährigen in den jeweiligen Bezirken und berücksichtigt darüber hinausgehende Unterschiede in der Altersstruktur nicht. Der hohe Anteil Ab-60-Jähriger in den Bezirken Innere Stadt, Döbling und Hietzing verzerrt dort die Prävalenz chronischer Erkrankungen nach oben, was die Vergleichbarkeit der Mortalitätsraten reduziert. Die gewählte Altersstandardisierung reicht zur Beseitigung dieser Verzerrung aus.

6

Handlungs- empfehlungen

Der vorliegende Bericht zeigt sehr eindrucksvoll, dass es in Wien gesundheitliche Unterschiede nach > sozioökonomischem Status gibt. Sowohl auf Individualebene als auch auf Bezirksebene zeigt sich ein ganz klarer sozioökonomischer > Gradient in der > Prävalenz von verschiedenen chronischen Krankheiten bzw. in der krankheitsspezifischen > Mortalität.

Die größten sozioökonomischen Unterschiede wurden in Bezug auf den **Erwerbsstatus** gefunden, wobei pensionierte Personen (vermutlich auch altersbedingt) die höchste > Morbidität aufwiesen, aber auch arbeitslose und arbeitsunfähige Menschen hatten, je nach Krankheit, eine etwa doppelt bis fünffach höhere Morbidität im Vergleich zu erwerbstätigen. Somit sollten arbeitslose und arbeitsunfähige Personen als Zielgruppe mit der höchsten Priorität definiert werden. Auch die höchste abgeschlossene **Bildung** zeigte einen sehr starken Zusammenhang mit der Morbidität an chronischen Erkrankungen. Deshalb sind auch WienerInnen mit geringer formaler Bildung bei Interventionen in Richtung mehr Gesundheit zu priorisieren. Der Zusammenhang zwischen **Migrationshintergrund** und Gesundheitszustand zeigte ein variierendes Bild, wobei aber besonders Personen mit Migrationshintergrund von außerhalb der EU eine teils deutlich höhere Morbiditätsrate aufwiesen als Personen ohne Migrationshintergrund, weshalb Personen mit Migrationshintergrund von außerhalb der EU auch wichtige Zielgruppe für Interventionen darstellen sollten. Die Ergebnisse des Berichtes zeigen auch deutlich, dass das **Alter** und zum Teil das **Geschlecht** in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand stehen, weshalb alle Maßnahmen alters- und geschlechtergerecht stattfinden müssen.

Mit den in diesem Bericht dargestellten Ergebnissen folgt Wien einem Trend, der quasi weltweit zu beobachten ist. Auch wenn die Ergebnisse aus Wien in diesem Bericht nicht den anderen österreichischen Bundesländern gegenübergestellt wurden, ist dennoch auf viele Alleinstellungsmerkmale des Bundeslandes Wien hinzuweisen:

- Wien ist die einzige Großstadt in Österreich mit knapp 2 Millionen EinwohnerInnen.
- Die Bevölkerungsdichte ist in Wien dementsprechend viel höher als in den anderen Bundesländern.
- Die Wiener Bevölkerung ist enorm vielfältig, in vielerlei Hinsicht (Migrationshintergrund, sozioökonomischer Status, sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, Menschen mit Beeinträchtigungen, Altersstruktur, Wohnverhältnisse, familiäre Situation etc.) mit einer entsprechenden Vielfalt an unterschiedlichen Gesundheitsressourcen (> Ressourcen) und Gesundheitsbarrieren.
- Wien besitzt die höchste Dichte an Einrichtungen und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung auf allen Ebenen (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege).

Alle diese Eigenschaften bedingen einen Großstadtfaktor, der Wien von den anderen österreichischen Bundesländern abhebt. Diese Besonderheiten von Wien müssen in allen Maßnahmen, um den Gesundheitszustand auf Bevölkerungsebene zu erhöhen, berücksichtigt werden. Das heißt, es bedarf einer Vielfalt an Programmen, die auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten sind, und die den jeweiligen Zielgruppen gerecht werden. Es sind insbesondere meist die sozial benachteiligten Zielgruppen, die für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen schwer zugänglich sind. Die folgenden **Grundregeln der Gesundheitsförderung** haben sich bewährt, um die Wahrscheinlichkeit der Erreichbarkeit eben dieser Zielgruppen zu erhöhen:

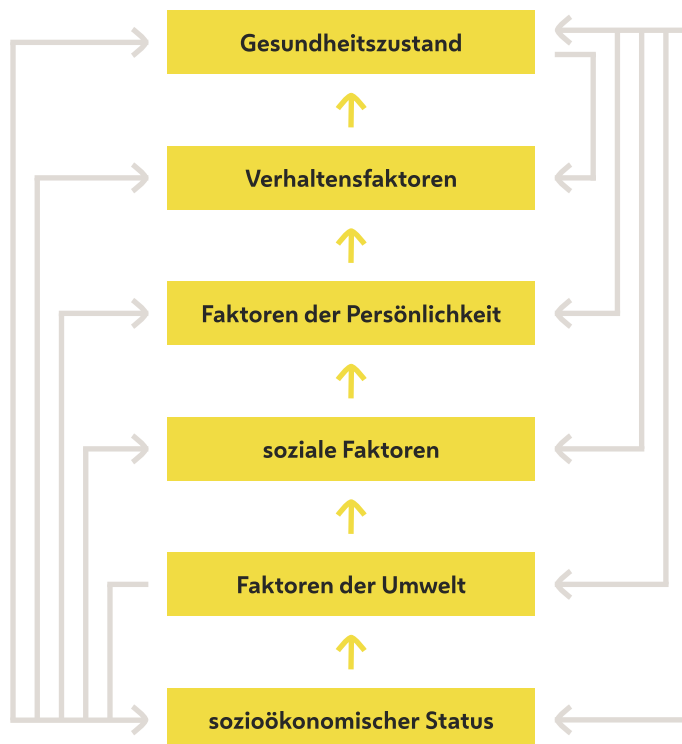
- **Partizipation:** Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen mit den entsprechenden Zielgruppen entwickelt werden. Das garantiert, dass sich die Programme tatsächlich an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren. Außerdem wissen die jeweiligen Zielgruppen meist am besten, wie ihre Peers gut zu erreichen sind.
- **Empowerment:** Die Programme sollen so gestaltet werden, dass die Personen einer Zielgruppe (insbesondere bei > vulnerablen Zielgruppen) dazu befähigt werden, die Verantwortung für ihre Gesundheit (mit) zu übernehmen. Hierzu werden vor allem Maßnahmen eingesetzt, um die Gesundheitskompetenz zu steigern, also Wissen und Fähigkeiten anzueignen, die für mehr Gesundheit nötig sind. Die Vermittlung solcher Kompetenzen erfordert auch eine Orientierung an der Zielgruppe (zB Anpassung an Sprache, Bildungsniveau, Alter und Geschlecht).

- **Orientierung an Settings:** Die jeweiligen Zielgruppen sollen da abgeholt werden, wo sie sich befinden. Der Bericht zeigt, dass es große Unterschiede im Gesundheitszustand in den einzelnen Wiener Bezirken gibt, die auch mit dem sozioökonomischen Status korrelieren. Bezirke oder Stadtgrätzler sind demnach gut geeignete Settings für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Andere wichtige Settings wären Bildungseinrichtungen, kulturelle und religiöse Einrichtungen, Arbeitsplätze, gesundheitliche Versorgungseinrichtungen (wie > Primärversorgungseinrichtungen oder Krankenhäuser), Vereine etc.

Beides, Gesundheit, aber auch in geringerem Maße der sozioökonomische Status, sind nichts Starres, Unveränderliches, sondern sind durch politische Maßnahmen beeinflussbar. Daher können, aus den in diesem Bericht dargestellten Zusammenhängen abgeleitet, **politische Handlungsfelder** definiert und Maßnahmen skizziert werden, die bei erfolgreicher Umsetzung zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Wien führen können. Diese politischen Handlungsfelder sind nicht nur im gesundheitspolitischen Bereich anzusiedeln, sondern müssen alle Politikfelder („Health in all Policies“) inkludieren.

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit ist wechselseitig und komplex. Vor allem zwei Ansätze werden in der wissenschaftlichen Literatur am meisten diskutiert: (1) Die **Hypothese der sozialen Kausation** besagt, dass der sozioökonomische Status den Gesundheitszustand > determiniert, also dass die Gesundheit dem Sozialen folgt. Auch hier ist der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit komplex und es sind mehrere Faktoren diesem Zusammenhang kausal zwischengeschaltet, die den Zusammenhang > mediiieren. Diese zwischengeschalteten Faktoren sind in Abbildung 65 dargestellt. (2) Die **Hypothese der Gesundheitsselektion** hingegen besagt, dass der Gesundheitszustand den sozioökonomischen Status bedingt, dass gesundheitliche Faktoren bewirken, dass man bessere oder schlechtere Aus-, Fort- und Weiterbildungschancen hat, die wiederum eine höhere oder niedrigere berufliche Position und ein entsprechendes Einkommen bedingen. Beide Hypothesen sind plausibel und empirisch sehr gut belegt, gelten also beide als bewiesen, wobei es etwas bessere Belege für die Hypothese der sozialen Kausation gibt.

Abb. 65: Hierarchisches Modell des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand



Quelle: Eigendarstellung in Anlehnung an Dörner (2020). In Tiemann & Mohokum (Hg.).

Für die Ableitung von Schlussfolgerungen hat die Unterscheidung dieser beiden Grundhypothesen wichtige Folgen. In den nächsten Absätzen sind Beispiele für Handlungsfelder dargestellt.

1. Handlungsfelder, die sich aus der Hypothese der sozialen Kausation ableiten

Wenn der sozioökonomische Status die Gesundheit determiniert, sollten Public-Health-Maßnahmen auf Bildung, Einkommen und berufliche Position direkt abzielen. Hierbei ist aber auch insbesondere auf alle Faktoren einzugehen, die den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand medieren, wie Faktoren der Umwelt, soziale Faktoren, Faktoren der Persönlichkeit und das Gesundheitsverhalten. Alle diese Faktoren können und sollen Gegenstand bevölkerungsbasierter Maßnahmen sein. Faktoren, die den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand medieren, sind in Abbildung 65 skizziert.

Der Gesundheitszustand hängt von **Verhaltensfaktoren** ab. Dieser Zusammenhang ist sehr gut nachvollziehbar und wissenschaftlich sehr gut belegt. Zum einen begünstigen Verhaltensfaktoren, wie regelmäßige Bewegung und gesunde Ernährung, die Gesundheit und andere Verhaltensweisen, wie Rauchen und Alkoholkonsum, bedrohen sie. Und das Gesundheitsverhalten ist stark vom sozioökonomischen Status abhängig, beispielsweise haben Menschen mit höherem Einkommen ein breiteres Spektrum der Wahl des Gesundheitsverhaltens. In diesem Bericht wurden klare Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und der Häufigkeit von Krankheiten gezeigt, die durch das Gesundheitsverhalten mitbestimmt sind. So erhöht Rauchen das Risiko für COPD, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus, ungünstige Ernährung das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus und Krebserkrankungen und Mangel an Bewegung das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und Depression. Beispiele für verhaltensbezogene Maßnahmen, um > soziale Gesundheitsungleichheiten zu beseitigen, wären:

- Förderung gesundheitswirksamer *körperlicher Aktivität* in allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei jenen mit derzeit geringer körperlicher Aktivität. Dies könnte erreicht werden durch:
 - Zielgruppenspezifische Bewegungsförderung
 - Bewegungsfördernde landschaftliche und gebaute Umwelt
 - Schaffung von sicheren körperlich aktiven Transportmöglichkeiten
 - Bewegungsförderliche Kultur (Bewegung in Gesellschaft soll zur sozialen Norm werden)
- Förderung einer gesunden, vielfältigen und isokalorischen (bedarfsgerechten) *Ernährung*. Dies könnte erreicht werden durch:
 - Förderung lokaler, nachhaltig produzierter und gesunder Nahrungsmittel
 - Barrieren (Verbote, Besteuerungen etc.) für nachweislich ungesunde oder kalorienreiche Nahrungsmittel
 - Zertifizierung gesunder Angebote in Gemeinschaftsverpflegungen
 - Angebot gesunder Alternativen in Gemeinschaftsverpflegungen
- Reduktion der Prävalenz des *Zigarettenrauchens* und des Konsums anderer *nikotinhaltiger Produkte*. Dies könnte erreicht werden durch:
 - Rauchverbote in bestimmten Settings
 - Kostenlose und niederschwellige Angebote der RaucherInnen-Entwöhnung (auch online)
 - Aufklärung über die Schädlichkeit des Tabakkonsums
 - Verbot von Werbungen
 - Besteuerung von Tabakprodukten
 - Maßnahmen zur Beeinflussung der Normenbildung
 - Weitere Förderung zielgruppenspezifischer Suchtpräventionsangebote
- Reduktion des *Alkoholkonsums*. Dies könnte erreicht werden durch:
 - Verbot alkoholischer Getränke in bestimmten Settings
 - Besteuerung alkoholischer Getränke
 - Werbeverbot für alkoholische Getränke
 - Aufklärung über die Schädlichkeit von Alkohol
 - Maßnahmen zur Beeinflussung der Normenbildung

- Kostenlose und niederschwellige Programme zur Alkoholkonsumreduktion (auch online)
- Weitere Förderung zielgruppenspezifischer Suchtpräventionsangebote

Faktoren der Persönlichkeit bestimmen in großen Maßen das Gesundheitsverhalten. So ist ein gesundheitlich günstiger Lebensstil von **persönlichen Werten**, vom **Gesundheitswissen** und der **Gesundheitskompetenz**, vom **> Kohärenzsinn** und dergleichen abhängig. Auch diese Faktoren sind sehr stark vom sozioökonomischen Status determiniert, beispielsweise Gesundheitskompetenz durch den Bildungsstatus. Beispiele für persönlichkeitsbezogene Maßnahmen, um soziale Gesundheitsungleichheiten zu beseitigen, wären:

- Erhöhung der *Gesundheitskompetenz* (Health Literacy) auf den drei Ebenen:
 - Information der Bevölkerung über Gesundheit, gesundheitliche Einflussfaktoren und das Gesundheitssystem, damit die wichtigsten Informationen für die Gesundheit verstanden werden (funktionelle Ebene)
 - Erhöhung der sozialen Kompetenzen und kognitiven Fertigkeiten, damit Gesundheitsinformationen angewendet werden können, und Personen (PatientInnen) als gleichberechtigte AkteurInnen im Gesundheitssystem wahrgenommen werden (interaktive Ebene)
 - Erhöhung der evaluativen Fertigkeiten, damit Gesundheitsinformationen und Gesundheitsanweisungen hinterfragt, Entscheidungen abgewogen und Risiken eingeschätzt werden können (kritische Ebene)
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die darauf abzielen, persönliche *Gesundheitsressourcen* zu erhöhen, dazu gehören:
 - Kohärenzsinn, das Gefühl des Vertrauens, dass Zusammenhänge verstehbar sind, dass Herausforderungen bewältigbar sind und dass die Handlungen im Leben sinnvoll sind
 - Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen
 - Wissen, dass Ziele für mehr Gesundheit tatsächlich erreichbar sind (Selbstwirksamkeit)
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die darauf abzielen, persönliche *Gesundheitsbelastungen* zu reduzieren, dazu gehören:
 - Stressmanagement
 - Beseitigung psychischer Belastungen (Copingstrategien)
 - Beseitigung exogener körperlicher Belastungen (biologischer, physikalischer, chemischer, habituellder schädigender Faktoren), insbesondere am Arbeitsplatz

Der Begriff **soziale Faktoren** in Abbildung 65 bezieht sich auf die Quantität, Qualität und Vernetzung der Beziehungen zwischen den Menschen. Zu diesen sozialen Faktoren gehört zB ein funktionierendes Netzwerk von Bekanntschaften (**Sozialkapital**) sowie die **soziale Unterstützung** durch nahestehende Personen. Beides beeinflusst die Faktoren der Persönlichkeit. So ist Sozialkapital mit mehr persönlichen Gesundheitsressourcen assoziiert als Kohärenzsinn. Auch ein direkter unabhängiger Einfluss sozialer Faktoren auf den Gesundheitszustand wurde in wissenschaftlichen Studien klar belegt. Und soziale Faktoren sind vom sozioökonomischen Status abhängig. Je höher der Bildungsstatus und das Einkommen sind, umso höher ist etwa das Sozialkapital, und je höher die berufliche Position ist, umso eher erfährt man im Beruf soziale Anerkennung und Gratifikation. Beispiele für Maßnahmen, um durch Veränderung sozialer Faktoren soziale Gesundheitsungleichheiten zu beseitigen, wären:

- Förderung des *sozialen Zusammenhaltes* in verschiedenen Settings (Arbeitsplatz, Ausbildungsstätten, Freizeiteinrichtungen, gesamte Bevölkerung) durch gemeinschaftsstiftende Projekte
- Schaffung einer *Kultur*, die Vielfalt als erwünschte und willkommene Eigenschaft versteht und es als eine Gesundheitsressource begreift, auch Menschen im Freundeskreis zu haben, die sich in vielen Merkmalen davon unterscheiden, wie man selbst ist
- Verstärkte soziale Integration von gesellschaftlichen Minderheiten
- Kontaktaufbau zu *Communities gesellschaftlicher Minoritäten*, um partizipativ Lösungsansätze zu definieren

Faktoren der Umwelt können soziale Faktoren stark determinieren. Viele Faktoren des Sozialkapitals sind beeinflusst durch die **gebaute Umwelt**, **Architektur** und **Stadt- oder Landschaftsplanung**. So können gezielte Pläne von Gemeinschaftseinrichtungen das soziale Miteinander stärken. Faktoren der Umwelt, wie **Vorhandensein von Grünflächen**,

Möglichkeiten, sich zu bewegen, oder auch Einrichtungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbehandlung, begünstigen einen guten Gesundheitszustand. Faktoren der Umwelt, wie etwa die Wohnumgebung oder auch der Zugang zum Versorgungssystem, sind in hohem Maße vom sozioökonomischen Status determiniert. Umgekehrt kann aber auch der Gesundheitszustand Faktoren der Umwelt beeinflussen. In diesem Bericht wird gezeigt, dass nicht nur der sozioökonomische Status von Personen mit der Wahrscheinlichkeit für Krankheiten assoziiert ist, sondern dass auch > aggregierte Merkmale (in diesem Fall das mittlere Einkommen eines Wiener Bezirkes) mit kommunalen Gesundheitsmerkmalen verbunden sind. Das unterstreicht, dass die Region, in der man wohnt, als ein Faktor der Umwelt bereits die Gesundheit mitdeterminiert. Beispiele für umweltbezogene Maßnahmen, um soziale Gesundheitsungleichheiten zu beseitigen, wären:

- Definition eines *Gemeindebezirkes* als wichtiges Setting für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und Miteinbeziehung der Stakeholder in den Bezirken für die Gestaltung von Maßnahmen
- Bauliche und städteplanerische *Gestaltung*, die dazu anregt, mehr *Bewegung* zu machen, insbesondere in Wohnregionen, in denen viele Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status leben. Dies ist beispielsweise möglich durch:
 - Integration und Gestaltung von Grünflächen, die zu Bewegung animieren
 - Gestaltung von öffentlichen körperlichen Trainings- und Sportmöglichkeiten
 - Sichere Gestaltung von Rad-, Fußgänger- und Wanderwegen
 - Möglichkeiten zur Körperpflege und zum Umkleiden am Arbeitsplatz, damit die MitarbeiterInnen körperlich aktiv zur Arbeit kommen können
- Architektonische, städteplanerische und kulturelle *Gestaltung* in Richtung mehr *Sozialkapital*, insbesondere in Wohnregionen, in denen viele Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status leben. Dies ist beispielsweise möglich durch:
 - Gestaltung von Gemeinschaftseinrichtungen im Wohnbau
 - Niederschwellige Kulturangebote
 - Freizeitangebote, die Begegnungen verschiedener Bevölkerungsgruppen ermöglichen und so für möglichst größte Diversität sorgen
- Gestaltung des *gesundheitlichen Versorgungssystems* auf allen Ebenen in Richtung umfassende Versorgung durch Stärkung der Primärversorgung, zu der alle Menschen, unabhängig vom sozioökonomischen Status, gleichermaßen Zugang haben und sich gleichermaßen zurechtfinden. Dies beinhaltet:
 - Umfassende Versorgung in dem Sinn, dass Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation in der Primärversorgung integriert sind
 - PatientInnenzentrierte Versorgung (der Mensch, nicht die Krankheit steht im Mittelpunkt)
 - Wahrnehmung der PatientInnen mit ihren gesamten biologischen, psychischen und sozialen Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen
 - Verbesserung des kassenfinanzierten Angebots an Psychotherapie
 - Steigerung des gesellschaftlichen Stellenwerts der Allgemeinmedizin und anderer in der Primärversorgung tätigen Gesundheitsberufe (vor allem Pflege)
 - Bessere Koordination der Versorgung durch bessere interprofessionelle Vernetzung und ggf. Etablierung eines Gatekeeping-Systems
 - Schnittstellen der gesundheitlichen Versorgung mit anderen Stakeholdern, wie zB in den Bereichen Sport oder Soziales

Schließlich kann auch der **sozioökonomische Status** direkt als politisches Handlungsfeld betrachtet werden. Zwar ist der sozioökonomische Status per se oft schwierig zu beeinflussen, jedoch kann durch soziale Gerechtigkeit auch gesundheitliche Chancengerechtigkeit erzielt werden. In diesem Bericht war es Arbeitslosigkeit, die die größten Effekte auf die Krankheitswahrscheinlichkeit hatte. Aber auch Bildung war sehr stark mit der Gesundheit assoziiert und Einkommen insbesondere bei älteren Personen. Der Migrationshintergrund war in den > multivariaten Analysen kaum mit der Gesundheit verbunden, in den deskriptiven Analysen hingegen schon, was bedeutet, dass es nicht der Migrationshintergrund per se ist, der eine schlechtere Gesundheit bedingt, sondern andere sozioökonomische Parameter, wie geringere Bildung, Arbeitslosigkeit oder geringeres Einkommen, die aber oft mit Migrationshintergrund verbunden sind. Beispiele für Maßnahmen, die soziale Gerechtigkeit zum Ziel haben, um soziale Gesundheitsungleichheiten zu beseitigen, wären:

- *Bildung* ist allen Personen gleichermaßen zu ermöglichen und sollte insbesondere bei Personen gefördert werden, die in Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status aufgewachsen sind
- Bei gleicher Qualifikation sollte dieselbe *berufliche Position* ermöglicht werden
- *Einkommensgerechtigkeit* und Einkommenstransparenz
- *Gratifikation* im Berufsleben, vor allem Stärkung des sozialen Prestiges von Berufen mit derzeit geringem Prestige
- Definition von Personen mit Migrationshintergrund als besondere *Zielgruppe und partizipative Entwicklung* von Maßnahmen, die insbesondere darauf abzielen, in dieser Zielgruppe den sozioökonomischen Status zu erhöhen (zB bildungsfördernde Maßnahmen)

2. Handlungsfelder, die sich aus der Hypothese der Gesundheitsselektion ableiten

Wenn die Gesundheit den sozioökonomischen Status determiniert, wie in der Hypothese der Gesundheitsselektion angenommen, sollten Maßnahmen darauf abzielen, soziale Chancengerechtigkeit bei gegebenem Gesundheitszustand zu erreichen. Beispiele für Maßnahmen, die soziale Gerechtigkeit bei gegebenem Gesundheitszustand zum Ziel haben, wären:

- *Integration* von SchülerInnen mit Körper-, Sinnes- und Mentalbehinderungen
- Forcierung der *beruflichen Rehabilitation* und Return-to-Work bei chronischen Erkrankungen
- *Flexibilität* im Arbeitsleben in Bezug auf Krankenstände und Pensionierungen (zB Teilkrankenstände und Teilarbeitsunfähigkeit)
- Gesundheitsadäquate Umschulungsmaßnahmen bei chronischen Krankheiten
- Bedingungslose *finanzielle* Absicherung bei Gesundheitsbeeinträchtigungen

Glossar

Quellenverzeichnis

Anhang

Glossar

Aggregation	wissenschaftliches Verfahren, bei dem Einheiten (zB Individuen), die ein oder mehrere Merkmale gemeinsam haben (zB den Wohnsitz innerhalb einer Verwaltungsgrenze), zusammengefasst betrachtet werden (Hillmann 2007, 10).
aggregieren	zusammenfassen, zusammenführen
Altersstandardisierung	Die A. einer Ziffer, zB der „rohen“ Sterberate (= Zahl der Gestorbenen / Bevölkerungszahl eines Jahres), bedeutet, dass mittels Umrechnung auf eine Standardbevölkerung eine Vergleichbarkeit der Sterbehäufigkeit in zwei Kollektiven mit unterschiedlicher Altersverteilung erreicht wird (Siegrist 1995, 29). Beispiel: Die Altersstruktur von ganz Wien wird zum Gewichtungskriterium für die Umrechnung der rohen Sterberaten der Bezirke. Damit können deren Sterberaten miteinander verglichen werden.
bivariate Analyse	Untersuchung gemeinsamer Häufigkeitsverteilungen zwischen zwei Variablen, zB mithilfe von Kreuztabellen (zB relative und absolute Häufigkeitsauszählung der Fälle nach Kategorien in einer 2x2-Tabelle). Die beobachteten Verteilungsmuster erlauben die Beantwortung der Frage, ob eine statistische Beziehung vorliegt, und wenn ja, ob sie positiv oder negativ ist (Benninghaus 2005, 66 & 72).
Chancenverhältnis	siehe Odds Ratio
Determinante	(lat. determinare = abgrenzen, bestimmen), abgrenzender, bestimmender Faktor; maßgebender Umstand. Die D. ist in einer Aussage über den Kausalzusammenhang von wissenschaftlich konzipierten Größen die <i>unabhängige Variable</i> (Hillmann 2007, 148). Siehe auch: <i>Einflussfaktor</i> und <i>Ergebnisindikator</i>
Einflussfaktor	(von lat. factor = Macher), Synonym für Determinante. Allgemeine und abstrakte Bezeichnung für eine Bedingung oder Ursache, die zusammen mit anderen derartigen Größen ein Ereignis oder einen Zustand herbeiführt oder einen Prozess bestimmt (Hillmann 2007, 214).
Epidemiologie	(von gr. epidemos = im Volk verbreitet), „Seuchenlehre“. Forschungsrichtung, die sich mit Ursachen, Verbreitung und Folgen von Krankheiten in der Bevölkerung beschäftigt. Mithilfe statistischer Methoden sucht sie unter anderem nach sozioökonomisch verursachten Risikofaktoren (zB Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, berufliche Belastungen, Konsumverhalten) für das Entstehen und Sich-Ausbreiten von Krankheiten in verschiedenen Regionen und Bevölkerungsteilen (Hillmann 2007, 191).
Ergebnisindikator	Synonym für „Outcome“ oder (als Gegenteil der Determinante) auch „Resultante“. In einer Aussage über den Kausalzusammenhang von wissenschaftlich konzipierten Größen die <i>abhängige Variable</i> (Hillmann 2007, 148).
extramural	(von lat. extra muros = außerhalb der Mauern). Der extramurale Bereich bezeichnet alle PatientInnenversorgungsstrukturen, die sich außerhalb der Spitäler befinden (zB die Praxen niedergelassener Ärzte).
Gradient	(von engl. gradient = Gefälle, Steigung). Stetiger Abfall oder Anstieg des Wertes einer epidemiologischen Maßzahl (zB der Prävalenz) zwischen Gruppen merkmalsgleicher Personen (Razum 2016, 315 & 319).
Indikator	(von lat. indicare = anzeigen), „Anzeiger“. Hinweis für einen nicht direkt zu beobachtenden Sachverhalt. In der Sozialforschung interessieren oft Sachverhalte und Eigenschaften, die der direkten Erfahrung nicht zugänglich sind (theoretische Konstrukte, latente Merkmale). Da sie sich nicht direkt messen lassen, werden Indikatoren benötigt, in denen sich die latenten Merkmale manifestieren, also sichtbar werden (Ebster & Stalzer 2008, 148; Hillmann 2007, 363). Zum Beispiel sind das Einkommen, die berufliche Stellung und der höchste Bildungsabschluss Indikatoren für den sozialen Status.

Interaktionseffekt	beschreibt bei Untersuchungen den Einfluss zweier oder mehrerer <i>unabhängiger</i> Variablen aufeinander. Man sagt, dass eine Drittvariable (Z) mit einer unabhängigen Variable (X) interagiert, wenn die Wirkung von X auf die abhängige Variable Y in den verschiedenen Ausprägungen von Z unterschiedlich ist (Benninghaus 2005, 288). Beispiel: Die Wirkung des Migrationshintergrunds (X) auf die Prävalenz (Y) wird mitunter von der der Drittvariable Einkommen (Z) beeinflusst. ZB, wenn bei Personen mit niedrigen Einkommen große und bei Personen mit hohem Einkommen keine Prävalenzunterschiede nach Migrationshintergrund bestehen.
intramural	(von lat. intra muros = innerhalb der Mauern). Der intramurale Bereich bezeichnet PatientInnenversorgungsstrukturen, die sich innerhalb der Spitäler befinden.
Inzidenz	auch: Inzidenzrate, Häufigkeit der Neuerkrankungen. Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle in einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum. Beispiel: Neu diagnostizierte Lungenkrebsfälle pro 100.000 EinwohnerInnen im Jahr 2017.
ischämisch	(von gr. ischein = zurückhalten, hindern). Die Verminderung bzw. Unterbrechung der Durchblutung eines Organs oder Gewebes betreffend. Ischämische Herzkrankheiten sind Krankheiten, die durch mangelnde Durchblutung des bzw. mangelnde Blutzufuhr zum Herz verursacht werden.
Kohärenzsinn	(von lat. cohaerere = zusammenhängen). Lebenseinstellung mit einem Gefühl der Zuversicht, dass Entwicklungen aufgrund von Erfahrungen vorhersagbar sind und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann.
Konfidenzintervall	Vertrauensbereich einer statistischen Schätzung. Das Konfidenzintervall kennzeichnet einen Zahlenbereich um einen in der Stichprobe beobachteten Wert. In diesem Bereich liegt mit einer angegebenen Wahrscheinlichkeit (meist 95 %), der in der Grundgesamtheit vorhandene Wert (Populationsparameter).
kontrollieren (statistisch)	rechnerische Eliminierung (Herausrechnen) des Einflusses einer dritten Variable auf die Beziehung zwischen zwei Variablen (Benninghaus 2005, 274f & 368f).
Korrelationskoeffizient r	Maß für Stärke und Richtung des linearen Zusammenhangs zweier oder mehrerer Variablen. Der Korrelationskoeffizient r kann Werte von -1 bis +1 annehmen. Im Bereich unter 0 liegt eine negative (zB „je mehr, desto weniger“), im Bereich über 0 eine positive (zB „je mehr, desto mehr“) Korrelation vor.
logistische Regressionsanalyse	Die Regressionsanalyse ist ein statistisches Verfahren zur Herstellung einer Beziehung zwischen einer abhängigen Variable (a. V.) und einer oder mehreren unabhängigen Variablen (u. V.). Der Wert der a. V. kann durch Kenntnis der u. V. zu einem gewissen Grad vorausgesagt werden. In der <i>logistischen</i> R. erhöht eine Veränderung der u. V. die Eintrittswahrscheinlichkeit eines von mehreren Ereignissen (= Kategorien der a. V.). Falls die a. V. nur zwei Kategorien aufweist (zB nicht-krank und krank), spricht man von einer binär-logistischen Regressionsanalyse (Hillmann 2007, 742; Backhaus et. al., 434).
logistisches Regressionsmodell	zeigt die Beziehung einer abhängigen, binären Variable von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf.
mediieren	vermitteln (fachsprachlich). Von einer mediierenden Variable bzw. einer Mediatorvariable spricht man, wenn eine unabhängige Variable nicht direkt, sondern vermittelt über eine dritte Variable auf die abhängige Variable einwirkt (Bortz & Döring 2009, 3).
Migration	(von lat. migrare = wandern), „Wanderung“. Die Wanderungsstatistik basiert auf allen registrierten An- und Abmeldungen im Zentralen Melderegister (ZMR) in einem definierten Zeitraum. Ab einer Dauer von mehr als drei Monaten zählt ein Aufenthaltsfall als Migration (Stadt Wien 2019b, 58).

Migrationshintergrund	Personen, die entweder nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen oder außerhalb Österreichs geboren wurden, werden als Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund bezeichnet. Dies ist die enge Definition laut Statistischem Jahrbuch 2016 (Stadt Wien 2016, 57). Es gibt auch die weiter gefasste Definition, die den Migrationshintergrund der Eltern miteinbezieht und in Österreich auf Basis der Mikrozensus vorliegt (ebda).
Modellgüte	Die M. gibt an, wie gut ein geschätztes Regressionsmodell zu den erhobenen Daten passt. Gemessen wird sie mit dem Bestimmtheitsmaß R^2 . Dieses beschreibt, welcher Anteil der Streuung in der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden kann.
Morbidität	(von lat. morbidus = krank), „Krankheitslast“. Bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen. Krankheits-Prävalenz und Inzidenz sind Maße der Morbidität.
Mortalität	(von lat. mortalis = sterblich), „Sterblichkeit“. Wird beschrieben durch die Mortalitätsrate, berechnet als Zahl der Gestorbenen (= Todesfälle) dividiert durch die Gesamtzahl der Bevölkerung einer räumlichen Einheit in einem Zeitraum (Stadt Wien 2015, 58). Da die M. sehr altersabhängig ist, werden oft altersstandardisierte Mortalitätsraten berechnet.
Mortalitätsrate	auch „Sterberate“. Maß für die Mortalität (s. o.). Meist angegeben als Gestorbene pro 100.000 der Bevölkerung.
Multikollinearität	liegt vor, wenn zwei oder mehrere unabhängige Variablen in einem Regressionsmodell eine hohe gemeinsame Streuung aufweisen (miteinander korrelieren). Dies bedeutet überflüssige Information (Redundanz) ihrer Erklärkraft im Modell. Die vorhandene Information lässt sich zudem nicht mehr eindeutig den unabhängigen Variablen zuordnen. Ein zu hohes Maß an M. bedeutet, dass die Schätzungen des Regressionsmodells unzuverlässiger werden (Backhaus et al. 2006, 89f).
multivariate Analyse	Analysen statistischer Daten, an denen mehr als zwei Variablen beteiligt sind. Dazu gehören Korrelations- oder Regressionsanalysen mit mehreren unabhängigen Variablen. Daneben gibt es auch Verfahren mit mehreren abhängigen Variablen (Varianzanalysen) und Verfahren, die keinen Unterschied zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen machen (Bortz & Döring 2009, 735).
natürliches Experiment	Situationen, die sich (zB als Folge politisch administrativer Veränderungen) ergeben und als Manipulation einer unabhängigen Variable angesehen werden können (Schnell, Hill, Esser 2008, 229). N. E. werden analysiert, indem man eine Zeitreihe von Messungen vor und nach dem Eintritt des Ereignisses miteinander vergleicht. Man versucht damit, etwaige Wirkungen des Ereignisses festzustellen. N. E. weisen viele mögliche Störfaktoren auf.
Odds Ratio	(engl. für Chancen- oder Quotenverhältnis, Abk. OR). Beim Vergleich zwischen zwei Gruppen drückt es aus, in welchem Ausmaß sich eine Chance (oder: ein Risiko, zB zu erkranken) zwischen ihnen unterscheidet. Die Chance ist dabei die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt, bezogen auf (dividiert durch) die Wahrscheinlichkeit, dass es nicht eintritt (Wittmann & Schoberberger 2016, 323). Die OR wird als Maß der Stärke eines Zusammenhangs interpretiert.
Outcome	siehe Ergebnisindikator; in der Epidemiologie ein bestimmtes gesundheitliches Ereignis oder Ergebnis. Das kann zB eine Erkrankung sein oder ein Todesfall (Razum 2016, 24).
Persistenz	Beständigkeit, Dauerhaftigkeit
Prävalenz	beschreibt Mengen von Personen in einem definierten Zustand, zB des Krankseins bzw. der Betroffenheit. Sie ist neben der Inzidenz ein Hauptaspekt der Beschreibung und Analyse der Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Gemessen wird sie als Anteil Erkrankter an der betrachteten Bevölkerung zu einem Zeitpunkt oder innerhalb einer Periode. Sie ist gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufällig ausgewählte Person erkrankt bzw. betroffen ist.

Primärversorgung	Unter P. versteht man den ersten Kontakt des Patienten oder der Patientin zum Gesundheitswesen. Dieser Zugang soll jederzeit möglich, kontinuierlich und umfassend sein (Wittmann & Schoberberger 2016, 347).
Quintil	(von lat. quintus = der fünfte), statistisches Streuungsmaß für Häufigkeitsverteilungen. Bezeichnet die Zahlenwerte, die sich ergeben, wenn die Gesamtheit aller ermittelten Zahlenwerte einer Verteilung in fünf gleich große Teile geteilt wird (Hillmann 2007, 721). Beispiel: Das erste Einkommensquintil bezeichnet jene Einkommensspanne, in dem sich das Fünftel der EinkommensbezieherInnen mit den niedrigsten Einkommen befindet.
Regressionsmodell	Vereinfachtes Abbild der Wirklichkeit durch Formulierung der Beziehung einer abhängigen Variable von einer oder mehreren unabhängigen Variablen. Siehe <i>logistisches Regressionsmodell</i>
Ressource	(von franz. ressource = Mittel, Reichtum). Sammelbezeichnung für die Hilfsquellen, die der Mensch (je nach Entwicklungsniveau seiner Gesellschaft in unterschiedlichem Umfang) als Mittel zum Leben benötigt (Hillmann 2007, 750) bzw. auf die er für die Lebensführung zurückgreifen kann.
somatisch	körperlich, physisch (de Gruyter 2007, 1793)
soziale Schicht	Gruppe merkmalsgleicher Personen, die als Element der hierarchischen Einteilung einer Gesellschaft betrachtet wird. Vgl. <i>sozialer Status</i>
sozialer Status	Position einer Person innerhalb der Gesellschaft. Impliziert meist die Einordnung der Person in eine hierarchische Skala sowie die Unterteilung der Bevölkerung in Oben und Unten (Mielck 2005, 8). Diese Einordnung erfolgt über <i>sozioökonomische Indikatoren</i> (s. u.). Daher wird er auch als sozioökonomischer Status bezeichnet. Zu den Merkmalen, die nicht eindeutig in eine Hierarchie zu bringen sind, gehören Geschlecht und Migrationshintergrund. Sie werden daher auch zu den Indikatoren des horizontalen sozialen Status bzw. der sozialen Lage gezählt. An den s. S. sind Rollen bzw. Verhaltenserwartungen (soziale Normen) geknüpft.
soziodemografisch	die Bevölkerung ebenso wie die Gesellschaft betreffend; die Bevölkerung als Gesellschaft gesehen. Soziodemografie wendet Informationen aus der Bevölkerungslehre (Demografie), etwa die Verteilung nach Alter und Geschlecht oder die Zahl der Zu- und Abwanderungen, an, um Aufbau und Entwicklung moderner Gesellschaften grundlegend zu beschreiben (Siegrist 1995, 27). Oft geschieht dies in Verbindung mit der Analyse sozioökonomischer Merkmale (s. u.).
sozioökonomisch	die Wirtschaft ebenso wie die ganze Gesellschaft betreffend; wirtschaftliches Handeln in seinem sozialen Zusammenhang gesehen; die Wirtschaft als Teil der Gesellschaft begreifend. Beispiel: Merkmale einer Person, die für ihren Beruf und ihre wirtschaftliche Situation maßgebend sind (der Berufsstatus, die Ausbildung, das Einkommen), können herangezogen werden, um ihre Position in der gesellschaftlichen Hierarchie daraus abzuleiten.
Spirometrie	Messung von Volumenänderungen über die Zeit infolge von Atembewegungen der Testperson. Die S. ermöglicht die Darstellung verschiedener Lungenvolumina (de Gruyter 2007, 1809).
statistische Signifikanz	statistische Bedeutsamkeit. Signifikant ist ein Ergebnis, wenn es gegen die Nullhypothese spricht. Die Aussage basiert auf einem statistischen Test, der zur Prüfung einer vorab festgelegten Hypothese mit vorab festgelegter Irrtumswahrscheinlichkeit durchgeführt wird (DNEbM 2018, 54). Beispiel: Als Nullhypothese wird angenommen, dass zwischen zwei Gruppen kein Prävalenzunterschied besteht. Ein Test auf Basis des ATHIS-Datensatzes widerspricht dem. Er zeigt, dass der beobachtete Unterschied signifikant ist. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % besteht auch in der Wiener Wohnbevölkerung ein Unterschied.

systematische Übersicht	(von engl. systematic review). In systematischen Übersichtsarbeiten werden zu einer konkreten Fragestellung alle verfügbaren Studien nach vorher genau festgelegten Kriterien identifiziert, ausgewählt und kritisch bewertet. Die Ergebnisse werden extrahiert und zusammengefasst. Erfolgt die Zusammenfassung quantitativ mit statistischen Methoden, spricht man von einer Metaanalyse (DNEbM 2018, 56).
Ungleichheit, gesundheitliche	Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Personen, die mit ihrem sozialen Status in Beziehung stehen.
Ungleichheit, soziale	Unterschiedlichkeit der Positionen, die von Menschen in einer Gesellschaft eingenommen werden und die ihr Verhältnis zu den anderen Menschen bestimmen. Welche Positionen man einnimmt, ist abhängig von einer Vielzahl zugeschriebener oder erworbener Merkmale. <i>Vertikale</i> soziale Ungleichheit besteht zwischen Personen mit verschiedenen sozioökonomischen Statusmerkmalen, <i>horizontale</i> soziale Ungleichheit ua. zwischen Personen mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen.
Variable	Symbol für eine Menge von Merkmalsausprägungen. V. sind Ausschnitte der beobachteten Realität, über deren Ausprägung und Beziehungen in der empirischen Forschung Vermutungen (Hypothesen) formuliert und überprüft werden (Bortz & Döring 2009, 743).
Variable, abhängige	Variable, in der sich die Veränderungen einer unabhängigen Variable (Ursache, Bedingung) widerspiegeln. Dann-Teil einer Hypothese (Bortz und Döring 2009, 723).
Variable, unabhängige	Variable, von der angenommen wird, dass sie die abhängige Variable beeinflusst. Die u. V. wird in einer Regressionsanalyse dazu verwendet, um die a. V. vorherzusagen. Die u. V. gehört zum Wenn-Teil einer Hypothese (Bortz & Döring 2009, 743).
Vulnerabilität	Anfälligkeit, Verletzbarkeit, Verwundbarkeit. Kann durch genetische, organisch-biologische, psychische oder soziale Faktoren bedingt sein (de Gruyter 2007, 2056).
zerebrovaskuläre Erkrankungen	Krankheiten, die die Blutgefäße im Zentralnervensystem (Gehirn, Rückenmark) betreffen. Die bedeutendste darunter ist der Schlaganfall. Kapitel in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), welches die Diagnosen mit den Nummern I60 bis I69 umfasst.

Quellenverzeichnis

LITERATUR

- A** **Addo, J., Ayerbe, L., Mohan, K. M., Crichton, S., Sheldenkar, A., Chen, R., Wolfe, C. D. & McKeivitt, C. (2012).** Socioeconomic status and stroke: an updated review. *Stroke*, 43(4), 1186-1191.
- Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T. & Sidorchuk, A. (2011).** Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 40(3), 804-818.
- Anzenberger, J.; Bodenwinkler, A.; Breyer, E. (2015).** *Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit.* Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- B** **Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006).** *Multivariate Analysemethoden.* 11. Aufl., Berlin.
- Baker, P., Dworkin, S. L., Tong, S., Banks, I., Shand, T. & Yamey, G. (2014).** The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 618-620.
- Barrett-Connor, E. (1997).** Sex differences in coronary heart disease: why are women so superior? The 1995 Ancel Keys Lecture. *Circulation*, 95(1), 252-264.
- Barrett-Connor, E. (2013).** Gender differences and disparities in all-cause and coronary heart disease mortality: epidemiological aspects. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(4), 481-500.
- BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018).** Gender-Gesundheitsbericht. Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Verfügbar unter https://goeg.at/Gender_Gesundheitsbericht
- Benninghaus, H. (2005).** *Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse.* Oldenbourg Verlag.
- Booth, C. M., Li, G., Zhang-Salmons, J. & Mackillop, W. J. (2010).** The impact of socioeconomic status on stage of cancer at diagnosis and survival: a population-based study in Ontario, Canada. *Cancer*, 116(17), 4160-4167.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009).** *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- C** **Cairns, J. M., Graham, E. & Bamba, C. (2017).** Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 192, 102-111.
- D** **Dalstra, J. A., Kunst, A. E., Borrell, C., Breeze, E., Cambois, E., Costa, G., Geurts, J. J. M., Lahelma, E., Van Oyen, H., Rasmussen, N. K., Regidor, E., Spadea, T., Mackenbach, J. P. (2005).** Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International journal of epidemiology*, 34(2), 316-326.
- De Gruyter, W. (Hg) (2007).** *Psychyrembel-Klinisches Wörterbuch.* 261. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter
- DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2018):** Glossar zur Evidenzbasierten Medizin. Verfügbar unter: <https://ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar>
- Dorner, T. E. (2020)** Sozioökonomischer Status – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (Hg.). *Prävention und Gesundheitsförderung.* Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg
- Dudal, P. & Bracke, P. (2016).** Absolute and relative educational inequalities in depression in Europe. *International journal of public health*, 61(7), 787-795.
- E** **Ebster, C., & Stalzer, L. (2007).** *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler.* Paderborn: UTB.
- Eisner, M. D., Blanc, P. D., Omachi, T. A., Yelin, E. H., Sidney, S., Katz, P. P., Ackerson, L. M., Sanchez, G., Tolstykh, I. & Iribarren, C. (2011).** Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(1), 26-34.
- Eurostat/Europäische Kommission (2009).** *Health Statistics: Atlas on Mortality in the European Union.* Luxembourg: Office for official publications of the European Communities.
- G** **Gaber, E. & Wildner, M. (2011).** Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52.* Berlin: Robert Koch-Institut (RKI).
- Gallo, V., Mackenbach, J. P., Ezzati, M., Menvielle, G., Kunst, A. E., Rohrmann, S. ... Tjønneland, A. (2012).** Social inequalities and mortality in Europe—results from a large multinational cohort. *PLoS one*, 7(7), e39013.
- Gershon, A. S., Dolmage, T. E., Stephenson, A. & Jackson, B. (2012).** Chronic obstructive pulmonary disease and socioeconomic status: a systematic review. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(3), 216-226.
- Geyer, S. (2008).** Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. *Cancer Causes & Control*, 19(9), 965-974.

- Griebler, R., Anzenberger, J., Eisenmann, A. (2014).** *Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Delcour, J., Juraszovich, B., Nowotny, M., Schmutterer, I. (2017).** *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/2015.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- H Hackl, M., Hanika, A., Klotz, J. (2018).** *Prognose der Krebsprävalenz bis 2030.* Wien: BM f. Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&publd=765
- Haller, M. (2008).** *Die österreichische Gesellschaft: Sozialstruktur und sozialer Wandel.* Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Hawkins, N. M., Jhund, P. S., McMurray, J. J. & Capewell, S. (2012).** Heart failure and socioeconomic status: accumulating evidence of inequality. *European journal of heart failure*, 14(2), 138-146.
- Helgesson, M., Johansson, B., Nordquist, T., Vingård, E. & Svartengren, M. (2019).** Healthy migrant effect in the Swedish context: a register-based, longitudinal cohort study. *BMJ open*, 9(3), e026972.
- Hillmann, K. H. (2007).** *Wörterbuch der Soziologie.* 5., vollst. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Kröner.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (Hg.) (2009).** *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- J Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F. & Zeisel, H. (1933/1975).** *Die Arbeitslosen von Marienthal.* Frankfurt: Edition Suhrkamp.
- K Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007).** *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation.* Wien: Statistik Austria.
- Klimont, J. (2008).** *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007.* Wien: Statistik Austria.
- Klimont, J. & Balaszti, E. (2015).** *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&publd=714
- Klotz, J. (2010).** Convergence or divergence of educational disparities in mortality and morbidity? The evolution of life expectancy and health expectancy by educational attainment in Austria in 1981-2006. *Vienna Yearbook of Population Research*, 139-174.
- Kogevinas, M., Pearce, N., Susser, M. & Boffetta, P. (1997).** Social inequalities and cancer. *IARC Scientific Publications 138(1997)*
- L Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017).** *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert Koch-Institut (RKI) und DESTATIS
- Leonie, T. (2015):** Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. *WIFO-Monatsberichte*, 88(8), 649-662.
- Luy, M. (2011).** Ursachen der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung. *Swiss Medical Forum (Vol. 11, No. 35)*, 580-583.
- M Mackenbach, J. P., Looman, C. W., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Dibben, C., Kaledine, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Regidor, E., Rychtaříková, J., de Gelder, R. (2017).** 'Fundamental causes' of inequalities in mortality: an empirical test of the theory in 20 European populations. *Sociology of health & illness*, 39(7), 1117-1133.
- Mayerl, J. & Urban, D. (2010).** Binär-logistische Regressionsanalyse: Grundlagen und Anwendung für Sozialwissenschaftler. *SISS: Schriftenreihe des Instituts für Sozialwissenschaften der Universität Stuttgart 3/2010.* Abgerufen von <https://www.sowi.uni-stuttgart.de/dokumente/forschung/siss/2010.SISS.3.pdf>
- Mehrbrodt, T., Gruber, S. & Wagner, M. (2017).** *SHARE-Scales and Multi-Item Indicators.* Munich Center for the Economics of Aging (MEA), München.
- Menvielle, G., Kunst, A. E., Stirbu, I., Strand, B. H., Borrell, C., Regidor, E., Leclerc, A., Esnaola, S., Bopp, M., Lundberg, O., Artnik, B., Costa, G., Deboosere, P., Martikainen, P. & Mackenbach, J. P. (2008).** Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. *British journal of cancer*, 98(5), 1012.
- Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Tóth, M. D., Coyne, J., Quintão, S., Arensman, E., Värnik, A., van Audehove, C., McDaid, D., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Genz, A., Gusmão, R., Hegerl, U. (2015).** What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS one*, 10(7), 1-18.

- Mielck, A.** (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Mielck, A.** (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In E. Brähler, et al. (Hg.). *Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft (129-145)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mustard, C. A. & Etches, J.** (2003). Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57* (12), 974-980.
- Müters, S., Hoebel, J. & Lange, C.** (2013). Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE kompakt 4* (2). Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen von www.rki.de/gbe-kompakt
- N** **Nowak, P., Geißler, W., Holzer, U., Knauer, C.** (2013). *Themenqualitätsbericht COPD*. Band 1 der Berichtsreihe Fokus Qualität im Auftrag des BMG. Wien: Gesundheit Österreich GmbH
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T., Griebler, R.** (Hg.) (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- O** **OECD/EU** (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Abgerufen von <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OECD/EU** (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Abgerufen von https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies** (2017). *Austria – Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*. Paris, Brüssel: OECD Publishing.
- OECD** (2019), Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
- P** **Phelan, J. C., Link, B. G. & Tehranifar, P.** (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior, 51*(1_suppl), 28-40.
- Pleasant, R. A., Riley, I. L. & Mannino, D. M.** (2016). Defining and targeting health disparities in chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 11*, 2475.
- R** **Razum, O., Breckenkamp, J. & Brzoska, P.** (2011). *Epidemiologie für Dummies*. John Wiley & Sons.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M.** (2011). *Migration and health in the European Union*. European observatory on health systems and policies.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P. & McKee, M.** (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet, 381*(9873), 1235-1245.
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S.** (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In *Gesundheitliche Ungleichheit* (385-403). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rutz, W.** (2010). Depression und Suizidalität bei Männern in Europa: Ein Problem männlichen psychischen Leidens und männlicher Suizidalität. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11*(3), 46-52.
- S** **Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E.** (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 8., unveränd. Aufl. München (Lehrbuch).
- Schmutterer, I., Delcour, J., Griebler, R.** (2017). *Österreichischer Diabetesbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Schmutterer, I.** (2018). *Tabak und verwandte Erzeugnisse. Zahlen und Fakten 2018*. Wien: Gesundheit Österreich
- Shack, L., Jordan, C., Thomson, C. S., Mak, V. & Møller, H.** (2008). Variation in incidence of breast, lung and cervical cancer and malignant melanoma of skin by socioeconomic group in England. *BMC cancer, 8*(1), 271.
- Siegrist, J.** (1995). *Medizinische Soziologie*. 5., neu bearbeitete Auflage. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Sommer, I., Griebler, U., Mahlknecht, P., Thaler, K., Bouskill, K., Gartlehner, G. & Mendis, S.** (2015). Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. *BMC public health, 15*(1), 914.
- Stadt Wien** (2011). *Gesundheitsbericht Wien 2010*. Magistrat der Stadt Wien, MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Autorin: Bachinger, E., verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html>
- Stadt Wien** (2015). *Gesundheitsziele Wien 2025*. Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien, verfügbar unter <https://gesundheitsziele.wien.gv.at/site/downloads/>

- Stadt Wien** (2016). *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2016*. Magistrat der Stadt Wien, MA 23 - Wirtschaft, Arbeit und Statistik, verfügbar unter <https://www.digital.wienbibliothek.at/wbrup/periodical/titleinfo/2221941>
- Stadt Wien** (2017). *Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005 – 2014*. Wien: erstellt durch die Gesundheit Österreich GmbH (AutorInnen: Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S.), verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html>
- Stadt Wien** (2019a). *Migrantinnen und Migranten in Wien 2019*. Magistrat der Stadt Wien, MA 17 - Integration und Diversität, verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/menschen/integration/daten-fakten/bevoelkerung-migration.html#migrantinnen>
- Stadt Wien** (2019b). *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2019*. Magistrat der Stadt Wien, MA 23 - Wirtschaft, Arbeit und Statistik, verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/statistik/publikationen/jahrbuch.html>
- Statistik Austria** (2007). *Österreichischer Todesursachenatlas 1998/2004*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria** (2015). *Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-) Ausgrenzungsgefährdete*. Wien: Studie der Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAŠK).
- Statistik Austria** (2016). *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Wien: Statistik Austria.
- Stein, K. V., Rieder, A. & Dorner, T. E.** (2011). East-West gradient in cardio-vascular mortality in Austria: how much can we explain by following the pattern of risk factors? *International journal of health geographics*, 10(1), 59.
- Steppuhn, H., Kuhnert, R. & Scheidt-Nave, C.** (2017). 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. *Journal of Health Monitoring 2017* 2(3), 46-54.
- Strand, B. H., Kunst, A., Huismans, M., Menvielle, G., Glickman, M., Bopp, M., Borell, C., Borgan, J. K., Costa, G., Deboosere, P., Regidor, E., Valkonen, T. & Mackenback, J. P.** (2007). The reversed social gradient: higher breast cancer mortality in the higher educated compared to lower educated. A comparison of 11 European populations during the 1990s. *European Journal of Cancer*, 43(7), 1200-1207.
- T** **Thomas, A. & Kautzky-Willer, A.** (2015). Gender Medizin. In Universität Leipzig (Hg.). Gender Glossar. Verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-221273>
- Tiemann, M. und Mohokum, M.** (Hg.). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- V** **Van Rossum, C. T., Shipley, M. J., van de Mheen, H., Grobbee, D. E. & Marmot, M. G.** (2000). Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54(3), 178-184.
- W** **Wittmann, K. & Schoberberger, R.** (2016). *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft: ein Lehr- und Arbeitsbuch für den ersten Studienabschnitt Medizin*. 12. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- World Health Organization** (2019). *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

ONLINE-QUELLEN

Stand: September 2020. In den Fußnoten des Berichts wird über Hyperlinks direkt auf die zitierten Webseiten verwiesen.

BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). 10 Ziele für eine gesundheitsförderliche Politik. Verfügbar unter <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>

BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019). Kataloge 2019: ICD-10 BMGF 2017+, Systematisches Verzeichnis. Verfügbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2019/Kataloge-2019.html>

Eurostat – Data browser (2020). Life expectancy at birth by sex. Verfügbar unter https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_10/default/table?lang=en

Kittel, B., Kritzinger, S., Boomgaarden, H. & Prainsack, B. (2020). Austrian Corona Panel Project: Panel survey on the corona crisis. Verfügbar unter <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project>

Pieh, C., Budimir, S. & Probst, T. (2020). Mental Health during COVID-19 Lockdown: A Comparison of Austria and the UK. Verfügbar unter <https://ssrn.com/abstract=3592372> oder <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3592372>

SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2020). Data Documentation: Questionnaire Wave 7, Austria. Verfügbar unter <http://www.share-project.org/data-documentation/questionnaires/questionnaire-wave-7.html>

Stadt Wien (o. J.). Individualeinkommen-Statistiken: Lohnsteuerpflichtige Nettoeinkommen der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen 2017 in Euro nach Bezirk. Verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/einkommen/index.html#bezirk>

Stadt Wien (o. J.). Individualeinkommen-Statistiken: Lohnsteuerpflichtige Einkommen nach Bezirken – Frauen und Männer 2016. Verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/einkommen/index.html>

Statistik Austria (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&publd=714

Statistik Austria (2016). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&publd=726

Statistik Austria (2017). Thematische Karte: Alle Todesursachen (ICD-Codes: A00-YY89) 2007/15 Zusammen. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html

Statistik Austria (2018). Die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS): Publikationen der Gesundheitsbefragung 2014. Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Statistik Austria (2019a). Gestorbene 2018 nach Todesursachen und Bundesländern. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html

Statistik Austria (2019b). Gestorbene in Wien ab 1970 nach Todesursachen und Geschlecht. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html

Statistik Austria (2020). Thematische Karte: Höchste abgeschlossene Ausbildung 2018 Pflichtschule nach politischen Bezirken. Verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html

Statistik Austria (2020). STATcube – Tabellenansicht – Datenbank: Gestorbene. Verfügbar unter <http://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml>

Statistik Austria (2020). Lebenserwartung bei der Geburt 2018 nach regionalen Gliederungen. Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetaeln/index.html

United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development (o. J.). The 17 goals. Verfügbar unter <https://sdgs.un.org/goals>

Anhang

FRAGEN ZU EINFLUSSFAKTOREN NACH DATENQUELLE

ATHIS 2006/2007 UND 2014

Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie?

Antwort: österreichische Staatsbürgerschaft; andere Staatsbürgerschaft (inkl. Staatenlose), nämlich <Nennung>

In welchem Land sind Sie geboren (heutige Staatsgrenze)? Wenn nicht in Österreich geben Sie bitte das Land an.

Antwort: Österreich, In anderem Land, nämlich <Nennung>

Darf ich Ihnen zunächst eine Frage zu Ihrem Lebensunterhalt stellen. Wenn Sie sich selbst zuordnen: Welcher der folgenden Gruppen würden Sie sich vorwiegend zurechnen?

Antwort: *erwerbstätig (auch Lehrling)*, arbeitslos, Pensionist(in), ausschließlich haushaltsführend, Schüler(in)/Student(in), dauerhaft arbeitsunfähig, Präsenz-/Zivildienstler, in Elternkarenz, anderes

ATHIS 2014

Was ist Ihre höchste erfolgreich abgeschlossene Schulbildung?

Bitte ordnen Sie sich selbst ... zu.

Antwort: Pflichtschule, Lehre mit Berufsschule, Fach- oder Handelsschule, Matura, Abschluss an einer Universität, (Fach-)Hochschule, anderer Abschluss nach der Matura

Haben Sie sonst noch eine Ausbildung abgeschlossen, wie zB eine Meister- oder Werkmeisterprüfung, kaufmännische oder technische Ausbildung?

Antwort: Meister- oder Werkmeisterprüfung; anderes, nämlich <Nennung>; keine weitere Ausbildung

Zusatzfragen Pflichtschule:

Haben Sie die Pflichtschule abgeschlossen oder nicht abgeschlossen?

Antwort: abgeschlossen, nicht abgeschlossen

Haben Sie eine berufsbildende höhere Schule (HAK, HTL o.ä.) begonnen?

Antwort: ja, nein

Haben Sie die 3. Klasse erfolgreich abgeschlossen?

Antwort: ja, nein

Zusatzfragen Fach- oder Handelsschule:

Hat diese Schule kürzer als 2 Jahre gedauert, 2 Jahre oder länger oder war das eine Ausbildung zum diplomierten Krankenpflegepersonal?

Antwort: kürzer als 2 Jahre, 2 Jahre und länger, Diplomkrankenpflege (DGKP/DGKS)

Zusatzfragen anderer Abschluss nach der Matura:

Welche Art von Abschluss haben Sie gemacht?

Antwort: Akademie (zB Pädak, SozAK, Med. Tech. Akad, MilAK; NICHT: WIFI-Fachakademie); Kolleg, Abiturientenlehrgang, Aufbaulehrgang an einer BHS; Hochschul-/Universitätslehrgang (akademisch geprüfter <Berufsbezeichnung>)

Was würden Sie sagen, wie viel Einkommen Ihrem Haushalt netto pro Monat zur Verfügung steht? Denken Sie bitte an alle Einkünfte aller Haushaltsmitglieder: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen (zB Familienbeihilfe), regelmäßige private Geldleistungen usw. und sagen Sie mir die Summe (VOR Abzug allfälliger Ausgaben wie Miete etc).

Antwort: Monatlicher Netto-Betrag in EURO <Betrag>, keine Angabe

Zusatzfrage keine Angabe:

Können Sie mir zumindest sagen, in welche Stufe der Betrag fällt?

Antwort: bis 600 Euro, 601 bis 900 Euro, 901 bis 1.200 Euro, 1.201 bis 1.500 Euro, 1.501 bis 1.800 Euro, 1.801 bis 2.200 Euro, 2.201 bis 2.600 Euro, 2.601 bis 3.000 Euro, 3.001 bis 3.500 Euro, 3.501 bis 4.000 Euro, 4.001 bis 4.500 Euro, 4.501 bis 5.000 Euro, 5.001 bis 6.000 Euro, 6.001 bis 8.000 Euro, 8.001 bis darüber

ATHIS 2006/2007

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?

Antwort: Pflichtschule (abgeschlossen, nicht abgeschlossen), Lehre mit Berufsschule, Fach- oder Handelsschule ohne Matura (kürzer als 2 Jahre, 2 Jahre und länger, Diplomkrankenpflege), Höhere Schule mit Matura (AHS (zB Gymnasium), BHS (zB HAK, HTL)), Studium an Universität, Fachhochschule (Universität, Fachhochschule), Zusätzlich Doktorat nach akad. Erstsabschluss (Ja, Nein), andere Ausbildung nach der Matura (Kolleg, Abiturientenlehrgang, Akademie (Pädak, SozAK, Med.-Tech. Akademie), Universitätslehrgang (ohne vorangegangenes Studium)

Zusatzfrage bis höhere Schule mit Matura:

Haben Sie sonst noch eine Ausbildung abgeschlossen, wie zB Meister- oder Werkmeisterprüfung, MBA oder Berufsreifeprüfung?

Antwort: Meister- oder Werkmeisterprüfung; MBA, MAS, anderer Postgraduate-Lehrgang, Anderes, Keine weitere Ausbildung

Was würden Sie sagen, wie viel Einkommen Ihrem Haushalt netto pro Monat zur Verfügung steht? Denken Sie bitte an alle Einkünfte: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen (zB Familienbeihilfe, Pflegegeld), regelmäßige private Geldleistungen (zB Alimente) usw. und sagen Sie mir, in welche Stufe der Betrag fällt. (VOR Abzug allfälliger Ausgaben wie Miete etc).

Antwort: 1 - 600, 601 - 900, 901 - 1.200, 1.201 - 1.500, 1.501 - 1.800, 1.801 - 2.200, 2.201 - 2.600, 2.601 - 3.000, 3.001 - 3.500, 3.501 - 4.000, 4.001 - 4.500, 4.501 - 5.000, 5.001 - 6.000, 6.001 - 7.000, 7.001 - 8.000, 8.001 - und darüber, keine Angabe, weiß nicht

SHARE 2015 UND 2017

Besitzen Sie die österreichische Staatsbürgerschaft?

Antwort: ja, nein

Zusatzfrage nein:

Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?"

Antwort: <Nennung>

Wurden Sie im Gebiet des heutigen Österreich geboren?

Antwort: ja, nein

Zusatzfrage nein:

In welchem Land wurden Sie geboren? Bitte nennen Sie das Land, zu dem Ihr Geburtsort zum Zeitpunkt Ihrer Geburt gehört hat.

Antwort: <Nennung>

Wie würden Sie am ehesten Ihre derzeitige Beschäftigungssituation beschreiben?

Antwort: pensioniert, angestellt oder selbständig (einschließlich Familienbetrieb), arbeitslos, dauerhaft krank oder arbeitsunfähig, Hausfrau/-mann, sonstiges]

Waren Sie irgendwann in der Zeit seit (letztem Interview) arbeitslos?

Antwort: ja, nein

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

Antwort: überhaupt keine Schulbildung; etwas Schulbildung, jedoch geringer als Volksschulabschluss (4. Schulstufe); Volksschulabschluss (4. Schulstufe); Hauptschulabschluss (8. Schulstufe), Volksschuloberstufe, Bürgerschule; Abschluss der Unterstufe eines Gymnasiums (8. Schulstufe); Abschluss der 9. Schulstufe, zB in Polytechnischem Lehrgang oder ein Jahr in einer weiterführenden Schule, wie Hauswirtschaftsschule, Landwirtschaftsschule, etc.; Abschluss einer berufsbildenden Schule ohne Matura (Fachschule, Handelsschule, ...); Gymnasium (öffentlich) mit abgeschlossener Matura; Gymnasium (privat) mit abgeschlossener Matura; Abschluss einer berufsbildenden Schule mit Matura (HAK, HTL, BAKIP, HBLA, ...); Noch keinen Abschluss/Noch in Ausbildung; anderer

Welchen höheren Bildungsabschluss oder welche berufliche Ausbildung haben Sie?

Antwort: Keine höhere Ausbildung/keine Berufsausbildung/kein Studium; Lehrabschlussprüfung; Meisterprüfung (Meisterkurse des Handwerks, Werkmeister, Kolleg, ...); Studienberechtigungsprüfung; Berufsreifeprüfung; Fachakademie (Sozialakademie, Krankenpflegeausbildung, Diplom Medizinische Fachakademie, Pädagog. Akademie); Bachelor/Bakkalaureat-Abschluss an Fachhochschulen; Bachelor/Bakkalaureat-Abschluss an Universitäten; Diplomstudienabschluss an Fachhochschulen: Master oder Magister (FH) /Diplomingenieur (FH); Diplomstudienabschluss an Universitäten: Master oder Magister/Diplomingenieur; Weiterführender Hochschulabschluss mit Doktorat (Dr., PhD): Doktoratsstudium, Habilitation, oder Ähnliches; Noch in Ausbildung / Berufsausbildung/Studium; Anderer Ausbildung/Berufsausbildung/Studium

Zusammenfassend, wie hoch war im Jahr ... das Gesamteinkommen aller Personen in Ihrem Haushalt in einem durchschnittlichen Monat, nach Abzug aller Steuern und Abgaben?

Antwort: Betrag > 0

Wenn Sie an das gesamte Haushaltseinkommen im Monat denken – was würden Sie dann sagen, wie Ihr Haushalt finanziell über die Runden kommt ...

Antwort: mit großen Schwierigkeiten, mit gewissen Schwierigkeiten, einigermaßen problemlos, völlig problemlos

In was für einer Gegend liegt das Gebäude?

Antwort: Großstadt; Vorstadt, Außenbezirk; Größere Stadt; Kleinstadt; Ländliche Gegend/Dorf

Alle chronischen Erkrankungen, Prävalenz bei ab-15-jährigen WienerInnen, Geschlecht

