

SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT – Handlungsbedarf der Gesundheitsförderung?

1. Der allgemeine Gesundheitszustand und Dimensionen der horizontalen Ungleichheit	81
2. Die körperliche Leistungsfähigkeit und gesundheitliche Beeinträchtigung	84
3. Allgemeiner Gesundheitszustand und Dimensionen der vertikalen Ungleichheit	85
4. Relative Armut und relative Deprivation	93
5. Gesundheitsförderndes Verhalten, aktive gesellschaftliche Teilnahme und allgemeiner Gesundheitszustand	98
6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	101

Auszug aus WISO 4/2005

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Gruberstraße 40–42

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

**Oskar
Meggeneder**

Ressortdirektor der
OÖ Gebietskranken-
kasse und Präsident
der Österreichischen
Gesellschaft für
Public Health

Sarah Sebinger

Mitarbeiterin der
Abteilung Gesund-
heitsförderung und
Vorsorgemedizin der
OÖ Gebietskranken-
kasse

*Veränderung des
Verständnisses
von „Sozial-
staatlichkeit“*

Vor dem Hintergrund einer massiven Steigerung der Nachfrage nach Sozialleistungen bei gleichzeitiger Erosion der traditionellen Finanzstrukturen für die soziale Sicherheit vollzieht sich gegenwärtig eine Veränderung des Verständnisses von „Sozialstaatlichkeit“. Hierbei ist zu denken an die Umkehrung der Alterspyramide, strukturelle Veränderungen am Arbeitsmarkt und Migration. Dieser sich bereits vor etwa einem Jahrzehnt abzeichnende Paradigmenwechsel hat viele KritikerInnen veranlasst, von einem Rückzug des Staates aus seiner sozialen Verantwortung zu sprechen (stellvertretend für viele: Reuter 1997: 133). Tatsächlich ist es so, dass alle Mitgliedstaaten der EU – und zwar gleichgültig, ob diese ein staatliches System oder ein Sozialversicherungssystem zur Wahrung der sozialen Sicherheit haben oder ob diese konservativ oder sozialdemokratisch regiert werden – auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Bürger sowie die Erhöhung der Treffsicherheit der Sozialleistungen sowie der Leistungen der Sozialversicherung (insbesondere der Krankenversicherung) zur Vermeidung von Missbrauch setzen. Begründet wird die Änderung der Sozialpolitik damit, dass die Grundlagen der sozialen Sicherungssysteme in die Zeit der Wiederaufbauphase nach dem Zweiten Weltkrieg zurückreichen und trotz vielfältiger Reformen nicht mehr zeitgemäß sind. Aufgrund der allgemeinen Wohlstandsmehrung, des beachtlichen Anstiegs des Bildungsstandes der Bevölkerung und dem gesellschaftlichen Wandels in Richtung erhöhter Selbstbestimmung müsse der Staat sich darauf zurückziehen, den chancengleichen Zugang der Bürger zu den gesellschaftlichen Grundrechten Bildung, Arbeit und Gesundheit sicherzustellen. Das Ausmaß der Inanspruchnahme der einzelnen Bereiche müsse den BürgerInnen selbst überlassen werden. Die VertreterInnen dieses politischen Ansatzes haben in der Europäischen Union die absolute Mehrheit und sie gehen stillschweigend davon aus, dass die BürgerInnen über die notwendigen Ressourcen verfügen, um eigenverantwortlich ihre Prioritäten bei der Absicherung der genannten Grundrechte zu setzen. Es gibt jedoch erhebliche Zweifel, dass der Staat tatsächlich in der Lage ist, die notwendigen Ressourcen bereitzustellen (Urban

2004: 467ff). Auf jeden Fall wird aber unseres Erachtens übersehen, dass eine zunehmende Anzahl von Menschen physisch und psychisch (z.B. durch Behinderungen und angeborene Krankheiten) sowie intellektuell gar nicht in der Lage sind, die gebotenen Chancen zu nützen. Insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheit besteht das Risiko, dass ganze Bevölkerungsgruppen Gefahr laufen, medizinisch unzureichend versorgt und von Gesundheitsförderungsmaßnahmen überhaupt nicht erfasst zu werden. Im folgenden Beitrag wird in diesem Zusammenhang gezeigt, dass sich zwar tatsächlich über den beobachteten Zeitraum von 20 Jahren eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ergeben hat, dass aber nach wie vor strukturelle Determinanten den Gesundheitszustand sozialer Gruppen bestimmen, die wohl kaum durch die Bereitstellung oben genannter Ressourcen – deren allgemeine Nutzung ohnehin bezweifelt wird – beeinflusst werden können. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die Dimensionen der sozialen Ungleichheit und deren Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand. Weiters sollen, basierend auf den zentralen Ergebnissen, Handlungsfelder der Sozialversicherung abgeleitet werden, da wir der Meinung sind, dass dies eher einen Beitrag zur Verringerung der sozialen Ungleichheit im Zusammenhang mit Gesundheit leisten kann. Zur Illustration werden Daten herangezogen, die im Rahmen einer österreichweiten allgemeinen Bevölkerungsumfrage (Survey 2003, erhoben von IFES) ermittelt wurden. Zur Untermauerung der Relevanz und um Vergleiche im Zeithorizont zu ermöglichen, werden die Umfrageergebnisse von 1986, 1993 und 2003 berücksichtigt. Das Sample beträgt jeweils in etwa 2.000 Personen.

*große Anzahl
von Menschen
ist nicht in der
Lage gebotene
Chancen zu
nutzen*

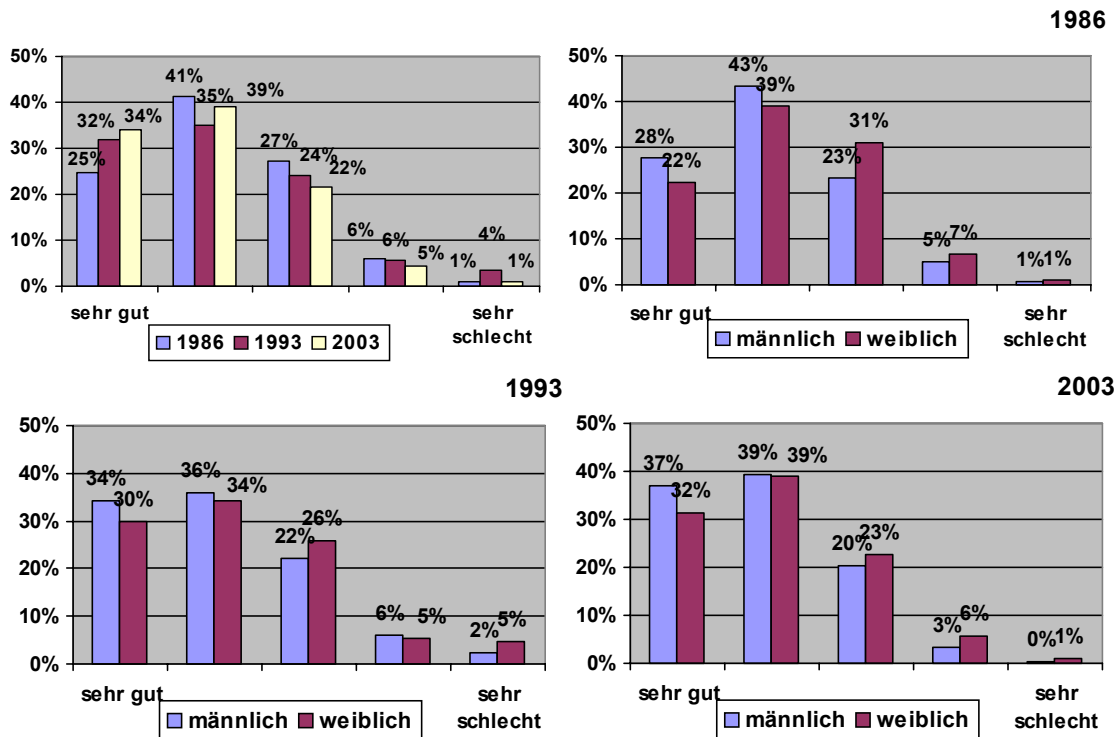
1. Der allgemeine Gesundheitszustand und Dimensionen der horizontalen Ungleichheit

In allgemeinen Bevölkerungsumfragen ist es sehr schwer, das gesundheitliche Befinden einer Person mit all seinen Facetten abzudecken. Es hat sich jedoch bewährt, den allgemeinen Gesundheitszustand einer Person mit einer direkten Frage zu

Frage: „Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?“

erfassen, einer Frage nach dem aktuellen gesundheitlichen Empfinden:¹ „Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?“, mit einer 5-stufigen Antwortskala von sehr gut bis sehr schlecht. Die Antwort auf diese Frage gilt als guter Indikator für den Gesundheitszustand einer Person. „Vergleichsstudien haben gezeigt, dass Befragte, die sich schlecht fühlen, auch wenn noch kein objektiver Befund vorliegt, bald messbare Symptome entwickeln werden bzw. dass die subjektive Gesundheit einen guten Prädiktor für die Sterblichkeit in den folgenden Jahren darstellt“ (BFS 2000: 73). Folgende Abbildungen illustrieren die Einschätzung der eigenen Gesundheit sowohl im Zeitverlauf als auch je Erhebungsjahr nach Geschlecht.

Abbildung 1: Allgemeiner Gesundheitszustand gesamt nach Geschlecht und Erhebungsjahr (1986: n = 1.995; 1993: n = 1.961; 2003: n = 1.994)



Der Gesundheitszustand hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert. Gab 1986 ein Viertel (24,8 %) an, einen sehr guten Gesundheitszustand zu haben, so kann dies im Jahr 1993 und 2003 in etwa ein Drittel (1993: 31,9 %; 2003: 34,1 %) der Befragten von sich behaupten. Der Prozentsatz derjenigen, die ihren Gesundheitszustand sehr gut oder gut einschätzen, steigt von 65,9 % im Jahr 1986 auf 73,3 % im aktuellen Erhebungsjahr. Demnach verringert sich die Zahl der Personen, die von einem mittelmäßig bis (sehr) schlechten Gesundheitszustand betroffen sind, zumindest betreffend den zeitlichen Sprung von 1986 (29 %) auf 2003 (23,8 %). Die Ergebnisse sind – bis auf geringfügige Abweichungen – deckungsgleich mit einer kürzlich von Seiten des BMGF (2004:17) herausgegebenen Studie: „Der überwiegende Anteil der Auskunft erteilenden Österreicher und Österreicherinnen – rund drei Viertel – schätzen gemäß der aktuellen Erhebung aus dem Jahr 1999 ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, wobei der Anteil der den Gesundheitszustand als sehr gut einschätzenden Personen rund 35 % beträgt.“ Weitere Belege liefert eine vom IMAS Institut durchgeführte Befragung: 1984 fühlten sich 64 % der Befragten sehr gesund oder gesund; 2003 waren es schon 70 % (IMAS-International 2003). Frauen weisen – über alle Erhebungsjahre hinweg – einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf als Männer. Bei dieser Gruppe konnte sich der Prozentsatz eines sehr guten oder guten Gesundheitszustandes von 71,0 % (1986) über 69,9 % (1993) bis 76,2 % (2003) steigern; bei Frauen dagegen von 61,3 % (1986) über 64,1 % (1993) bis 70,6 % (2003). Man könnte behaupten, die Frauen befinden sich nun ungefähr auf dem Stand der Männer aus dem Jahr 1986.

Gesundheitszustand hat sich in den letzten Jahren erheblich verbessert

Zieht man jedoch die Altersdimension in Betracht – die wegen der unterschiedlichen geschlechtsbedingten Lebenserwartung und der damit verbundenen längeren „Lebenszeit“ von Frauen² einen beträchtlichen Einfluss darstellt –, so ergibt sich folgendes Bild: Bis zum 69. Lebensjahr kann eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei Männern

Altersdimension

*Frauen: ab dem
70. Lebensjahr
enorme
Verschlechterung
bei Gesundheits-
zustand und ...*

und bei Frauen im Jahr 2003 im Vergleich zu einer der beiden vorausgehenden oder beiden Erhebungen beobachtet werden. Bei den Männern ist dieser Trend vor allem ab dem 40. Lebensjahr festzustellen. Frauen im Alter von 40 bis 69 Jahren weisen im Jahr 2003 zwar einen besseren Gesundheitszustand auf als in den Erhebungsjahren davor, dieser verschlechtert sich jedoch ab dem 70. Lebensjahr enorm, sowohl was den Vergleich mit dem anderen Geschlecht als auch das Ergebnis von 1993 betrifft. In einer Zusammenschau kann festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand mit dem Alter bei Männern und bei Frauen in ähnlichem Ausmaß kontinuierlich verschlechtert. Die Altersgruppe der über 70-Jährigen verzerrt sozusagen das Bild, dass Frauen in der Gesamtbetrachtung einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Männer.

2. Die körperliche Leistungsfähigkeit und gesundheitliche Beeinträchtigung

Die Dimension der körperlichen Leistungsfähigkeit wird häufig mit *Funktionsfähigkeit* gleichgesetzt. *Gesellschaftliches Funktionieren* und *sich gesund fühlen* korrelieren sehr stark miteinander.³ Ähnlich wie bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes kann somit eine Verbesserung bei der körperlichen Leistungsfähigkeit in den letzten Jahren (die Frage nach der körperlichen Leistungsfähigkeit wurde im Jahr 1986 nicht gestellt) beobachtet werden. War 1993 noch über ein Drittel (36,1 %) der Befragten der Ansicht, eine mittelmäßige bis sehr schlechte Leistungsfähigkeit zu besitzen, so verringert sich dieser Prozentsatz im aktuellen Erhebungsjahr auf 29,7 %. Männer schätzen ihre körperliche Verfassung stets höher ein als Frauen. Beide Geschlechter konnten sich in den letzten 10 Jahren steigern. Geben von den Frauen nun zwei Drittel (67 %) an, über eine sehr gute oder gute körperliche Leistungsfähigkeit zu verfügen, so behaupten dies in etwa 7 von 10 (73,4 %) Männern. In ähnlichem Ausmaß wie bei

der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ist auch die Leistungsfähigkeit nach Altersgruppen gegeben. Sie fällt mit dem Älterwerden kontinuierlich ab. Im Erhebungsjahr 2003 differieren die Unterschiede zwischen den Geschlechtern kaum, mit einer Ausnahme: In der Altersgruppe ab 70 Jahren weisen Frauen einen signifikant schlechteren Wert bei der Leistungsfähigkeit auf als die männliche Vergleichsgruppe. Haben Frauen dieser Altersgruppe durchschnittlich einen Wert von 3,15, so beträgt dieser bei Männern 2,57 (1 = sehr gut; 5 = sehr schlecht). Auf eine detaillierte Darstellung wird in diesem Zusammenhang verzichtet.

... *Leistungs-*
fähigkeit

Im Vergleich zur *körperlichen Leistungsfähigkeit* – obwohl immer noch stark – besitzt die Dimension des *gesundheitlichen Beeinträchtigtseins* einen geringeren Einfluss auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes.⁴ Es kann daraus gefolgert werden, dass der Maßstab des gesundheitlichen Wohlbefindens durch einen gesellschaftlichen Vergleich – im Sinne eines besseren oder schlechteren Funktionierens – zu Stande kommt. Bei über einem Viertel (27 %) der Befragten werden tägliche Aktivitäten durch Gesundheitsprobleme – chronischer, physischer und/oder psychischer Art – erschwert. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind zu vernachlässigen.

3. Allgemeiner Gesundheitszustand und Dimensionen der vertikalen Ungleichheit

Als Dimensionen der vertikalen Ungleichheit werden im Allgemeinen die Bildung, das Einkommen und der berufliche Status herangezogen. Mielck (2000: 51) hat in Bezug auf diese Merkmale Vor- und Nachteile formuliert. Dabei zeigt sich, dass die soziale Schicht zwar eine umfassende Abbildung des sozialen Status erlaubt, kaum jedoch einen Spielraum für Interventionen zulässt. Letzteres kann vielmehr durch eine Definition der Zielgruppe durch die Indexmerkmale selbst – also Bildung und Beruf und in geringem Ausmaß über das

Einkommen – erreicht werden. Im Folgenden werden das Einkommen, die Schulbildung und schließlich – um die Relevanz dieser Variablen in ihrem Zusammenwirken zu illustrieren – der Schichtindex näher behandelt.

3.1. Einkommen und allgemeiner Gesundheitszustand

Äquivalenzeinkommen

Das Einkommen in seiner herkömmlichen Darstellungsweise – sei es auch als Haushaltsnettoeinkommen angegeben – besitzt nur geringe Aussagekraft. In Anlehnung an Studien zum Gesundheitszustand (Mielck, 2000: 28 zitiert u.a. Habich/Krause 1997: 518) soll an dieser Stelle das Äquivalenzeinkommen berechnet werden. Es handelt sich hierbei um ein gewichtetes Einkommen, das einer Person eines Haushalts – je nach Alter⁵ – zur Verfügung steht. Um Vergleiche anstellen zu können, wird daraus ein Median-Äquivalenzeinkommen errechnet. Das ist jener Wert, der der Hälfte der Befragten an Einkommen zur Verfügung steht. Weisen Personen 50 %⁶ oder weniger dieses Median-Äquivalenzeinkommens auf, so werden diese als „arm“ bezeichnet (Mielck 2000: 34)⁷. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, wird das Äquivalenzeinkommen für jedes Erhebungsjahr eigens berechnet. Bei dieser Berechnung kann jedoch nur von Richtwerten ausgegangen werden, da das Einkommen im Rahmen dieser Erhebung in Form von Einkommensgruppen erfragt wurde. Die Gruppe der „Armen“ sowie auch die des Median-Äquivalenzeinkommens haben sich im Laufe der letzten Erhebungsjahre kontinuierlich verändert. Die Gruppierung der Einkommen wurde aus diesem Grund so weit wie möglich angepasst. Als ungefähre Vergleichswerte können demnach jene Werte herangezogen werden, die ca. 200 %, 100 % und 50 % des Äquivalenzeinkommens eines jeden Erhebungsjahres umfassen.

Tabelle 1: Äquivalenzeinkommen und allgemeiner Gesundheitszustand 1986, 1993 und 2003

		Odds Ratios ^a Äquivalenzeinkommen (in EURO) ^b							
1986	in %			> 900 ^a	750-900	600-750	450-600 ^c	320-450	< 320 ^d
Anteil in der Stichprobe				10,4	9,7	18,8	25,9	24,5	10,7
Gesundheitszustand ^{ef}	31,4			1,0	1,13	1,23	1,44	2,61***	2,54***
Männer ^f	29,0			1,0	0,97	-	1,08	2,87**	3,57**
Frauen ^f	38,7			1,0	1,49	2,05	1,97*	3,27***	2,22*
1993		> 1.200 ^a	1050-1200	900-1050	750-900	600-750 ^c	450-600	< 450 ^d	
Anteil in der Stichprobe		11,2	8,4	10,6	13,1	20,9	19,6	16,2	
Gesundheitszustand ^{ef}	33,1	1,0	1,45	1,44	1,60	1,35	1,58**	2,06**	
Männer ^f	30,1	1,0	1,73	1,54	2,48**	1,84	1,75	2,86**	
Frauen ^f	35,9	1,0	1,63	0,77	1,15	1,16	1,46	1,52	
2003		> 1.500 ^a	1200-1500	1050-1200	900-1050	750-900 ^c	600-750	450-600 ^d	< 450 ^d
Anteil in der Stichprobe		12,6	6,2	14,1	13,1	17,8	17,7	10,9	7,6
Gesundheitszustand ^{ef}	26,8	1,0	1,05	1,72	1,27	1,42	2,00**	2,34**	3,42***
Männer ^f	23,8	1,0	0,31	2,51	1,30	2,00	1,27	1,90	3,30
Frauen ^f	29,4	1,0	1,39	1,04	0,62	1,31	1,59	1,70	8,00*

*: p < .05; **: p < .01; ***: p < .001

a: Vergleichsgruppe: die jeweils höchste Einkommensgruppe in der Tabelle (dieser Wert entspricht in etwa 200 % der Median-Äquivalenzeinkommensgruppe)

b: Gewichtungsfaktoren des Äquivalenzeinkommens: 1. Person im Haushalt älter als 16 Jahre: 1; jede weitere Person älter als 16 Jahre: 0,8; Personen im Alter von 6 bis 15 Jahren: 0,65; Personen jünger als 5 Jahre: 0,5.

c: Median-Äquivalenzeinkommensgruppe

d: in etwa 50 % der Median-Äquivalenzeinkommensgruppe

e: *Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes* als mitelmäßig, schlecht oder sehr schlecht

f: kontrollierte Variable: Alter

*Zusammenhang
zwischen
geringen
finanziellen
Ressourcen und
schlechtem
Gesundheits-
zustand*

Zu allen drei Zeitpunkten beträgt das Risiko, einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand zu haben, in der „Median-Gruppe“ ca. 1,4 (Unterschiede ergeben sich beim Geschlecht). Mit einer geringfügigen Abweichung (2,61 im Jahr 1986) lassen niedrigere Äquivalenzeinkommen dieses Risiko kontinuierlich ansteigen. Im Vergleich zu einem hohen (ca. 200 %) Äquivalenzeinkommen ist das Risiko eines schlechteren Gesundheitszustandes in der untersten Einkommensgruppe mindestens doppelt so hoch; im Jahr 2003 sogar über dreimal (3,42) so hoch. Den aktuellen Daten zufolge hat eine Person, deren finanzielle Ressourcen zwischen 600 und 750 Euro angesiedelt sind, ein doppelt (2,0) so hohes Risiko, einem schlechteren Gesundheitszustand ausgesetzt zu sein, als eine Person, der in etwa zweimal so viel Geld zur Verfügung steht. Verringert sich das Budget, so erhöht sich gleichzeitig das Risiko eines schlechteren Gesundheitszustandes. Der sprunghafte Anstieg eines erhöhten Risikos „deutet auf einen Schwellenwertzusammenhang (*Sättigungseffekt*) hin: Sobald ein gewisser Einkommenslevel erreicht ist, bringt ein zusätzlicher Einkommenszuwachs einen vergleichsweise geringen Gesundheitszuwachs. Gesundheitlich benachteiligt sind daher vor allem die untersten Einkommensgruppen (Einkommensarmut).“ (Freidl, Stronegger, Neuhold 2001: 178).

Auffällige Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht können vor allem in der untersten Einkommensgruppe festgestellt werden. Eindeutige (kontinuierliche) geschlechtsspezifische Ergebnisse können mit Hilfe der Daten aber nicht nachgewiesen werden. Vergleichszahlen (Helmert et al. 1997: 276ff) aus Deutschland, die auf Erhebungsdaten (1984 bis 1991) der DHP-Studie basieren, liefern ähnliche Ergebnisse: Dabei tritt

ein schlechter bis sehr schlechter Gesundheitszustand in der unteren Einkommensgruppe 1,70- (Frauen) bzw. 1,92-mal (Männer) häufiger auf als in der oberen Einkommensgruppe. Mielck (2000: 124f) – mit dem Hinweis auf die Möglichkeit methodischer Vergleichsprobleme – geht davon aus, dass „die gesundheitliche Ungleichheit in allen westeuropäischen Staaten ungefähr gleich groß ist“. Diese vermeintliche Ursache wird auch vielfach (u.a. von Helmert und Mielck 1998: 529) in Frage gestellt, denn es ist nicht klar, „ob das Einkommen den Gesundheitszustand und/oder umgekehrt der Gesundheitszustand das Einkommen beeinflusst Wenn dagegen gezeigt wird, dass Erwachsene mit geringer Schulbildung kränker sind als Erwachsene mit höherer Schulbildung, kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Gesundheitszustand durch die Schulbildung beeinflusst wurde und nicht umgekehrt“ (ebd. 1998: 529).

3.2. Schulbildung und allgemeiner Gesundheitszustand

Wie das Einkommen, so hat auch die Schulbildung einen erheblichen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand. „Je höher das Bildungsniveau ist, desto höher sind die Anteile der sich gut und sehr gut fühlenden Menschen und desto geringer die Anteile der sich nur mittelmäßig oder schlecht (bzw. sehr schlecht) fühlenden Personen“ (BMGF 2004: 18). Zu diesem Ergebnis könnten auch die folgenden Ausführungen zusammengefasst werden. Um jedoch auch Vergleiche mit Studien anderer Länder anstellen zu können, möchten wir uns auch hier der Berechnung von Odds Ratios zuwenden, die in Tabelle 2 dargestellt werden.

*hohes
Bildungsniveau
wirkt sich positiv
auf Gesundheits-
zustand aus*

Tabelle 2: Schulabschluss und allgemeiner Gesundheitszustand 1986, 1993 und 2003

		Odds Ratios ^a Schulabschluss				
	in %	BHS & Hochschule	AHS	BMS	Pflichtsch. mit Lehre	Pflichtsch. ohne Lehre
1986						
Anteil in der Stichprobe		7,9	7,4	14,0	32,0	38,3
Gesundheitszustand ^{bc}	34,1	1,0	1,61	1,05	1,61*	3,01***
Männer ^c	29,0	1,0	3,34*	1,78	-	5,62***
Frauen ^c	38,7	1,0	1,36	0,34*	1,72	2,43**
1993						
Anteil in der Stichprobe		11,8	8,2	14,9	34,5	30,5
Gesundheitszustand ^{bc}	33,1	1,0	2,13**	1,63*	1,82**	2,44***
Männer ^c	30,1	1,0	1,98	2,18*	1,43	2,48**
Frauen ^c	35,9	1,0	2,08	1,17	2,29*	1,70
2003						
Anteil in der Stichprobe		17,5	7,9	11,6	37,9	25,2
Gesundheitszustand ^{bc}	26,8	1,0	1,97*	1,56	1,64*	3,26***
Männer ^c	23,8	1,0	2,26	2,09	2,37**	3,19**
Frauen ^c	29,4	1,0	1,56	1,45	1,17	2,75***

*: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

a: Vergleichsgruppe: Berufsbildende höhere Schule und Hochschule

b: Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als *mittelmäßig*, *schlecht* oder *sehr schlecht*

c: kontrollierte Variable: Alter

Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg führt der Umstand eines niedrigen Schulabschlusses (Pflichtschule ohne Lehre) zu einem erhöhten Risiko in Bezug auf einen schlechten Gesundheitszustand. Das Risiko der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes als mittelmäßig bis sehr schlecht erhöht sich in dieser Gruppe um das 2- bis 3-Fache

(2,44 im Jahr 1993 und 3,26 im Jahr 2003). In dieser Bildungsgruppe sind Männer einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt als Frauen. Die Kontinuität – wonach sich mit ansteigendem Schulabschluss auch das Risiko eines schlechten Gesundheitszustandes abschwächt – wird bei allen drei Erhebungszeitpunkten durch den AHS-Abschluss durchbrochen. Personen, die diesen Bildungsweg als ihren höchsten angeben, weisen ein etwas höheres Risiko auf, einem schlechteren Gesundheitszustand zu unterliegen. Als Begründung kann an dieser Stelle nur eine Vermutung angeführt werden: Mit der AHS-Matura ist noch kein Berufsabschluss verbunden. Personen mit einem Lehrabschluss sind vergleichsweise gesünder. Dies kann als Indiz dafür gelten, dass nicht nur die Höhe des Schulabschlusses, sondern auch die Absolvierung einer beruflichen Ausbildung⁸ einen Einfluss auf den Gesundheitszustand darstellt. Dieser Umstand sollte in weiterführenden Untersuchungen berücksichtigt werden.

*AHS-Abschluss
durchbricht
Trend*

Zusammenfassend kann angemerkt werden, dass sich die Gruppe der „Niedrigst-Gebildeten“ zwar reduziert hat, gleichzeitig aber das Risiko, einem subjektiv schlechteren Gesundheitszustand in dieser Gruppe ausgesetzt zu sein, verschlechtert hat. Es drängt sich der Verdacht auf, dass sich die Kluft der Chancengleichheit zwischen Lehr- und Pflichtschulabsolventen vergrößert.

3.3. Soziale Schicht

Trotz der oben erwähnten Schwächen – im Hinblick auf Schwierigkeiten einer sozialpolitischen Intervention – soll auf den Schichtindex kurz Bezug genommen werden. Es ist vor allem interessant zu klären, ob dieser trotz aller Kritik Erklärungskraft besitzt. Der hier verwendete Schichtindex wurde in Anlehnung an das Modell von Helmert (Erläuterungen dazu in Mielck 2000: 42ff) konzipiert und beschränkt sich auf das aktuelle Erhebungsjahr. Miteinbezogen werden die Dimensionen: höchster Schulabschluss (Punktwerte 1–8, teilweise besetzt), höchster Berufsprestigescore ISEI im Haushalt

(Punktwerte 1–9) und Äquivalenzeinkommen (Punktwerte 1–9). Um die Besetzung der Schichten (jeweils ca. 20 %) einigermaßen homogen zu halten, wurde eine Zuteilung der Punktwerte nach deren Häufigkeit (ähnlich große Personengruppen) vorgenommen: untere Schicht (< 7), untere Mittelschicht (8–9), Mittelschicht (10–12), obere Mittelschicht (13–16) und obere Schicht (> 17).

Tabelle 3: Soziale Schicht und allgemeiner Gesundheitszustand ^f (2003)

		Odds Ratios ^{af}				
		Soziale Schicht ^b				
	in %	obere Schicht	obere Mittelsch.	Mittelschicht	untere Mittelsch.	untere Schicht
Anteil in der Stichprobe		20,7	17,0	23,9	20,8	17,5
Gesundheitszustand ^{cd}	26,8	1,0	1,07	1,63	2,12*	3,14***
Männer ^d	23,8	1,0	1,20	1,57	1,39	1,65
Frauen ^d	29,4	1,0	2,05	2,19	2,51	4,81**
Behinderung durch Gesundheitsproblem ^{ed}	27,3	1,0	0,91	1,77	1,68	2,52**
Männer ^d	24,1	1,0	0,88	1,22	1,19	1,37
Frauen ^d	28,5	1,0	1,56	3,78*	2,12	6,34***

*: p < .05; **: p < .01; ***: p < .001

a: Vergleichsgruppe: obere soziale Schicht

b: Index aus Schulbildung, Berufsprestigescore ISEI und Äquivalenzeinkommen

c: Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als *mittelmäßig*, *schlecht* oder *sehr schlecht*

d: kontrollierte Variable: Alter

e: Behinderung der täglichen Aktivitäten durch chronisches, physisches oder psychisches Gesundheitsproblem oder durch eine Krankheit: *ja*, *schwer* oder *ja, in einem gewissen Ausmaß*

f: auf die Variable „Leistungsfähigkeit“ wird an dieser Stelle verzichtet, da sich keine signifikanten Ergebnisse bei einer Alterskontrolle ergeben

Das Risiko, über einen schlechteren Gesundheitszustand zu verfügen, ist in der unteren sozialen Schicht mehr als drei Mal (3,14) so hoch. Es vermindert sich kontinuierlich mit der Höhe der Schichtzugehörigkeit. Ähnliche Ergebnisse sind bei der Behinderung durch Gesundheitsprobleme zu erkennen. Bevölkerungsteile, die auf der Hierarchieleiter ganz unten angesiedelt sind, weisen ein zweieinhalb Mal so hohes Risiko auf, durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigt zu sein. Sowohl was den Gesundheitszustand im Allgemeinen als auch die Behinderung durch gesundheitliche Probleme angeht, sind Frauen der unteren sozialen Schicht besonders benachteiligt. Auch wenn die Daten (Befragung 1984/86, 1987/88; DHP-Studie) von Helmert (Mielck 2000: 97 zitiert Helmert 1994) im Vergleich schon etwas veraltet scheinen, liefern sie ähnliche Ergebnisse für Deutschland. Im Unterschied zu den österreichischen Daten zeigt sich jedoch, dass Männer in Bezug auf beide Variablen einem etwas höheren Risiko ausgesetzt sind als Frauen.

*schlechter
Gesundheits-
zustand in
unteren
sozialen
Schichten drei
Mal so hoch*

*Frauen der
unteren
sozialen
Schicht
besonders
benachteiligt*

4. Relative Armut und relative Deprivation

In diesem Abschnitt soll unter anderem gezeigt werden, inwiefern die persönliche Wahrnehmung über den Stellenwert in der Gesellschaft Auswirkungen auf den Gesundheitszustand hat. In Anbetracht der zweiten Zielsetzung dieses Artikels, wonach das Augenmerk auf zielgruppenspezifische Intervention gerichtet ist, stellt dieser Einfluss relevante Bezüge zur betrieblichen Gesundheitsförderung her. Dies insofern, als im Rahmen dieses Programms der persönliche Stellenwert im Betrieb durch gesundheitsfördernde Maßnahmen erhöht werden kann. „Unter „absoluter Deprivation“ werden die direkten Auswirkungen materieller Armut verstanden, z.B. die gesundheitlichen Auswirkungen schlechter Wohnbedingungen und unzureichender Ernährung. Das Gefühl in der sozialen Hierarchie nur eine relativ niedrige Position einzunehmen kann jedoch unabhängig von den materiellen Ressourcen eine eigenständige psychische Belastung darstellen und diese Belastung wird mit dem

Begriff „relative Deprivation“ umschrieben“ (Mielck 2000: 255, zitiert Vagerö/Ilisley 1995, Wilkinson 1997). Absolute Armut beschreibt den lebensbedrohenden Mangel an Nahrung und Kleidung. „Mit dem Begriff „relative Armut“ wird dagegen die Situation von Personen beschrieben, die über erheblich weniger finanzielle Mittel verfügen als die Mehrheit der Bevölkerung. Auch wenn sie nicht hungern oder frieren müssen, so geht ihre finanzielle Situation doch häufig mit besonders belastenden Lebensverhältnissen einher.“ Ein niedriges Äquivalenzeinkommen führt in den meisten Fällen dazu, dass bestimmte Haushaltsgüter nicht angeschafft werden können oder sonstige Rahmenbedingungen (z.B. kein Führerscheinbesitz) nicht gegeben sind, dass davon Abstand genommen wird. Ob nun der Nicht-Besitz solcher Güter zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko führt, soll folgende Tabelle klären.

Tabelle 4: Dimensionen der „absoluten Armut“ und allgemeiner Gesundheitszustand (2003)

Odds Ratios ^a							
(Nicht-) Besitz von Gegenständen und Gütern							
	Besitz ^a	PKW	Stereoanlage	PC	Geschirrspüler	Bad, Dusche	eigenes Zimmer
Anteil im HH nicht vorhanden		21,5 %	54,7 %	43,0 %	34,8 %	3,5 %	34,9 %
Gesundheitszustand ^b	1,0	2,78***	1,97***	1,81***	1,76***	1,18	1,16
Männer ^c	1,0	3,28***	1,75**	1,69**	2,17***	2,40	0,97
Frauen ^c	1,0	2,37***	2,22***	2,24***	1,58*	0,88	1,44*

*: p < .05; **: p < .01; ***: p < .001

a: Vergleichsgruppe: der jeweilige Besitz des Gegenstands oder Gutes

b: Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als *mittelmäßig*, *schlecht* oder *sehr schlecht*

c: kontrollierte Variable: Alter

Es zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang⁹ zwischen dem Besitz von Sachgütern und der Selbsteinschätzung der Morbidität; hier ausgedrückt mit der Berechnung von Odds Ratios. Besitzen Personen keinen PKW, keine Stereoanlage, keinen PC oder keinen Geschirrspüler, so erhöht sich das Risiko eines schlechteren Gesundheitszustandes um in etwa das Doppelte. Besonders hoch ist dieses Risiko, wenn im Haushalt kein Auto vorhanden ist. Dieser Umstand trifft Männer noch härter als Frauen. Der Nicht-Besitz von Statussymbolen oder Gebrauchsgegenständen geringerer finanzieller Größenordnung (Stereoanlage, PC) als ein PKW verursacht bei Frauen ein höheres Risiko in Bezug auf den Gesundheitszustand als bei Männern. Hingegen wirkt sich der nicht vorhandene Geschirrspüler bei Männern negativer aus als bei Frauen.¹⁰ „Relative Deprivation“ bezeichnet – wie schon ausgeführt – die Wahrnehmung der relativ niedrigen Position auf der gesellschaftlichen Hierarchieleiter. Im aktuellen Erhebungsjahr und auch im Jahr 1993 wurde folgende Frage gestellt: „In unserer Gesellschaft gibt es Bevölkerungsgruppen, die eher oben stehen, und solche, die eher unten stehen. Wir haben hier eine Skala, die von oben nach unten verläuft. Wenn Sie an sich selbst denken, wo würden Sie sich auf dieser Skala einordnen?“ (Antwortskala: 1 = oben, 10 = unten). Gerade vor dem Hintergrund stets steigender psychischer Erkrankungen darf dieser Blickwinkel keinesfalls außer Acht gelassen werden. Tabelle 5 gibt einen Überblick.

*(Nicht-)Besitz
von Sachgütern*

Tabelle 5: Selbstverortung in der Gesellschaft und Dimensionen des Gesundheitszustandes (1993 und 2003)

		Odds Ratios ^a				
		Selbstverortung in der Gesellschaft ^b				
	in %	oben	oberes Mittelfeld	Mittelfeld	unteres Mittelfeld	unten
1993						
Anteil in der Stichprobe		12,0	17,7	40,6	14,3	18,5
Gesundheitszustand ^{cd}	33,1	1,0	2,90*	2,43**	2,44*	3,90***
Männer ^d	30,1	1,0	11,71*	2,72*	2,38	3,12*
Frauen ^d	35,9	1,0	4,16	3,77*	2,89	10,86***
Leistungsfähigkeit ^{fd}	36,1	1,0	1,92*	1,61	1,89	3,40***
Männer ^d	30,8	1,0	3,89	3,49**	3,78*	7,45**
Frauen ^d	40,9	1,0	3,04*	1,56	1,02	4,64**
2003						
Anteil in der Stichprobe		20,3	20,1	34,1	10,8	14,8
Gesundheitszustand ^{cd}	26,8	1,0	1,34	1,79**	2,59***	4,72***
Männer ^d	23,8	1,0	0,72	1,68	1,99	5,47***
Frauen ^d	29,4	1,0	1,11	1,71*	2,78**	4,45***
Leistungsfähigkeit ^{fd}	29,9	1,0	1,35	1,63**	2,82***	4,96***
Männer ^d	26,6	1,0	0,77	1,58	2,19	4,32***
Frauen ^d	33,1	1,0	1,51	1,65*	2,81**	3,67***
Behinderung durch Gesundheitsproblem ^{ed}	27,3	1,0	1,25	1,42*	1,61*	2,28***
Männer ^d	24,1	1,0	1,31	1,42	1,26	2,53*
Frauen ^d	28,5	1,0	0,90	1,21	1,45	1,70

*: $p < .05$; **: $p < .01$; ***: $p < .001$

a: Vergleichsgruppe: oben

b: 10-stufige Antwortskala: Um eine einigermaßen homogene Verteilung der Gruppen (nach Anteil in der Stichprobe) zu gewährleisten, wurden folgende Ausprägungen zusammengefasst: 1–3 = oben; 4 = oberes Mittelfeld; 5 = Mittelfeld; 6 = unteres Mittelfeld; 7–10 = unten.

c: Einschätzung des eigenen gegenwärtigen Gesundheitszustandes als *mittelmäßig*, *schlecht* oder *sehr schlecht*

d: kontrollierte Variable: Alter

e: Behinderung der täglichen Aktivitäten durch chronisches, physisches oder psychisches Gesundheitsproblem oder durch eine Krankheit: *ja, schwer* oder *ja, in einem gewissen Ausmaß*

f: Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit als *mittelmäßig, schlecht* oder *sehr schlecht*

Die subjektive Selbstverortung auf der Hierarchieleiter lässt erkennen, dass das Ausmaß, sich gesundheitlich mittelmäßig bis schlecht zu fühlen, in der unteren Schicht besonders hoch ist. Im Jahr 2003 ist das Risiko, sich in dieser Gruppe gesundheitlich eher unwohl zu fühlen, um das Fünffache höher als in der oberen Schicht. Im Vergleich zu 1993 hat sich dieser Wert von 3,9 auf 4,7 erhöht. Bei männlichen Befragten ist das Risiko noch ausgeprägter (5,47 im Jahr 2003). Das Risiko, in der unteren sozialen „Selbstverortungsschicht“ einer sehr schlechten bis mittelmäßigen körperlichen Verfassung ausgesetzt zu sein, hat sich im Vergleichszeitraum in ähnlicher Weise erhöht. Waren im Jahr 1993 Personen, die sich in der Hierarchie eher weit unten einordnen, noch von einem 3,4 Mal höheren Risiko betroffen, so beläuft sich dieses Risiko im Jahr 2003 bereits auf den Wert 4,9. Im aktuellen Erhebungsjahr kann von einem kontinuierlichen Anstieg des Risikos bei allen drei Fragestellungen (Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit und Behinderung durch gesundheitliche Probleme) ausgegangen werden. Je niedriger die eigene Position wahrgenommen wird, desto höher ist das Risiko sich ungesünder, weniger leistungsfähig und auch verstärkt durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigt zu fühlen. Eindeutige Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind als marginal einzustufen: Männer, die sich eher ganz „unten“ einordnen, sind in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, ihre Leistungsfähigkeit und im Hinblick auf Behinderung durch gesundheitliche Schwierigkeiten einem etwas höheren Risiko ausgesetzt als Frauen.

*Selbstverortung
auf Hierarchie-
leiter und
Gesund-
heitszustand*

5. Gesundheitsförderndes Verhalten, aktive gesellschaftliche Teilnahme und allgemeiner Gesundheitszustand

In Untersuchungen zum Gesundheitszustand (Mielck 2000: 206, 286) wird vielfach auch die soziale Komponente – meist unter dem Begriff *soziale Unterstützung*¹¹ – berücksichtigt. In diesem Beitrag interessiert vielmehr die aktive soziale und kulturelle Teilnahme. In diesem Sinne wird soziale Unterstützung als Dimension des sozialen Miteinanders verstanden. Aktivitäten – nicht nur in sportlich aktiver Hinsicht – werden nach ihrer Auswirkung auf den Gesundheitszustand untersucht. Im Rahmen der aktuellen (2003) Befragung wurden folgende Dimensionen nach der Häufigkeit ihrer Ausübung erfragt: künstlerische Aktivitäten (eigenes Musizieren, Malen usw.), Besuch von Theater, Konzerten usw., ins Kino gehen, leistungsorientierte Sportausübung, Sportveranstaltungen besuchen, Handarbeiten/Basteln, Lokale besuchen und Wandern oder Radfahren.

Tabelle 6: Allgemeiner Gesundheitszustand und Typen von aktiv gesellschaftlicher Teilnahme (20- bis 59-Jährige)

Gesundheitszustand	Typen von aktiver gesellschaftlicher Teilnahme ^a				
	Sportler (38,4 J)	Kunstinteressierte (38,2 J)	Gemütliche Freizeitgestalter (42,2 J)	Gasthausgeher (39,0 J)	Passive (42,1 J)
sehr gut bis gut	90,6%	82,3%	81,2%	81,1%	70,5%
mittelmäßig bis sehr schlecht	9,4%	17,7%	18,8%	18,9%	29,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Cramers V = .18 p < 0.001

a: In den Klammern ist das jeweilige Durchschnittsalter angegeben.

Eine Clusteranalyse¹² weist fünf Gruppen von am gesellschaftlichen Leben teilnehmenden Personen aus. Bei der ersten

Gruppe handelt es sich um leistungsorientierte Sportler. Zum Großteil betreiben diese Personen mindestens einmal pro Woche aktiv Sport. Die zweite Gruppe zeigt sich kulturell sehr interessiert. Sie sind entweder selbst künstlerisch aktiv – in Form von Malen oder Musizieren – und/oder sie besuchen ein paar Mal im Jahr Theater- oder Konzertveranstaltungen. Die „gemütlichen Freizeitgestalter“ – die dritte Gruppe – basteln gerne bzw. vertreiben sich mit Handarbeit ihre freie Zeit; außerdem zählen Wandern und/oder Radfahren zu ihren Hobbys. „Gasthausgeher“ zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie öfter als andere Lokale aufsuchen. Als letzte und fünfte Gruppe können die „Passiven“ ausgewiesen werden. Sie nehmen an keinerlei der hier genannten Aktivitäten teil. Im Hinblick auf den Gesundheitszustand erweisen sich diese Gruppen doch eindeutig. Es zeigt sich, dass 9 von 10 sportlich aktiven Personen einen sehr guten bis guten Gesundheitszustand aufweisen. Kulturelle Aktivitäten, geselliges Beisammensein und ausgewogene Freizeitgestaltung haben einen vergleichsweise positiveren Einfluss auf den Gesundheitszustand als sich von diesen Geschehnissen fern zu halten. In diesem Zusammenhang scheint es kaum einen Unterschied zu machen, in welcher Form die Freizeit gestaltet wird: sei es kultureller, handwerklicher oder geselliger Art. In etwa vier Fünftel (81,1 % bis 82,3 %) der Personen, die ihre Freizeit in diesem Sinne ausrichten, fühlen sich eher oder sehr gesund. Passive Bevölkerungsgruppen hingegen weisen den höchsten Prozentsatz an Personen auf, die sich gesundheitlich eher unwohl fühlen. Immerhin 3 von 10 (29,5 %) der „Passiven“ berichten über einen nicht allzu guten Gesundheitszustand.

*passive
Bevölkerungs-
gruppen fühlen
sich gesund-
heitlich eher
unwohl*

Neben einer ausgewogenen und gesunden Ernährung stellen vor allem körperliche Aktivitäten Dimensionen eines gesundheitsförderlichen Verhaltens dar. Aus diesem Grund soll im Folgenden darauf näher eingegangen werden. Es ergibt sich doch ein überraschendes Ergebnis. Waren 1986 etwas mehr als die Hälfte (54 %) sportlich inaktiv, so ist dieser Prozentsatz im Jahr 2003 deutlich gestiegen. Beinahe zwei Drittel (64 %)

*Prozentsatz
der sportlich
Inaktiven
gestiegen*

behaupten von sich, seltener als ein paar Mal im Jahr oder überhaupt nie Sport auszuüben. Verringert hat sich in diesem Zusammenhang vor allem die Anzahl der Personen, die wöchentlich Sport betreiben. Frauen zeigen sich grundsätzlich inaktiver als Männer. Aus beiden Erhebungsjahren (1986 und 2003) geht hervor, dass sportliche Aktivitäten einen entscheidenden Beitrag¹³ zum Gesundheitszustand leisten. Es kann ein kontinuierlicher Trend beinahe in allen Altersgruppen beobachtet werden: Personen, die sportlich aktiv sind, zeichnen sich durch einen besseren Gesundheitszustand aus; je öfter Sport betrieben wird, desto positiver wird der Gesundheitszustand eingeschätzt.

*Lesen einer
Tageszeitung*

Psychisches Wohlbefinden wird unter anderem durch Aktivitäten des Geistes forciert. Als eine Dimension der geistigen Fitnesssteigerung kann das „Lesen einer Tageszeitung“ charakterisiert werden. Sind am Tagesgeschehen interessierte Personen gesünder als solche, denen der regelmäßige Konsum von Printmedien nicht so bedeutungsvoll erscheint? Diese Frage kann bejaht werden. In einer Gesamtbetrachtung (alterskontrolliert) zeigt sich beispielsweise, dass das Risiko, einem mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustand ausgesetzt zu sein, bei Personen, die unregelmäßig eine Tageszeitung lesen, 1,6 Mal so hoch ($p < 0.001$) ist wie bei solchen, die diese regelmäßig konsumieren (Berechnung von Odds Ratios). Bereits in jungen Jahren können geringfügige Unterschiede im Gesundheitszustand in Abhängigkeit von den Lesegewohnheiten festgestellt werden. Der Einfluss vergrößert sich mit dem Älterwerden. Weiters kann dieser Zusammenhang als gefestigt angesehen werden, da er doch über beinahe alle Erhebungsjahre konstant ist. Vor allem aber ab dem 70. Lebensjahr ist dieser Einfluss besonders augenscheinlich: So weisen im aktuellen Erhebungsjahr Personen dieser Altersgruppe einen subjektiven Morbiditätsmittelwert von 2,66 auf, wenn sie regelmäßig lesen; hingegen jene, die kaum eine Tageszeitung konsumieren, einen Wert von 3,00 (1 = sehr gut; 5 = sehr schlecht).

6. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Der zentrale Aspekt dieses Beitrages liegt in der Tatsache, dass sich der subjektive Gesundheitszustand in den letzten beiden Jahrzehnten zwar verbessert, dieser sich gleichzeitig aber in den soziodemografischen Hochrisikogruppen verschlechtert hat. Darauf verweisen alle in Betracht gezogenen Dimensionen der vertikalen Ungleichheit: das Einkommen, die Bildung und in der Zusammenschau auch der Schichtindex. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass sich zwar der Gesundheitszustand österreichweit verbessert, gleichzeitig eine Gruppe von diesem Trend in entgegengesetzte Richtung immer mehr abzuweichen scheint. Dieser prekären Situation muss – so die Ansicht der Autorin und des Autors – politisch und zielgruppenspezifisch entgegengewirkt werden. Interventionen politisch wird der Ansatz der sozialen und politischen Veränderung angedacht. „Dieser Ansatz, der manchmal auch als *fundamentale Gesundheitsförderung* bezeichnet wird, anerkennt die Bedeutung sozioökonomischer Verhältnisse als Determinanten der Gesundheit. Er zielt auf die Ebene der Politik oder der allgemeinen Lebensverhältnisse, um Veränderungen in den physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen herbeizuführen, die sich positiv auf die Förderung der Gesundheit auswirken würden ... Der Ansatz der sozialen Veränderung zielt auf soziale Gruppen und Organisationen und arbeitet mit einer Methode, die von oben nach unten gerichtet ist.“ (Naidoo, Wills 2003: 98). In diesem Zusammenhang sollen zwei Möglichkeiten, die mit dem Setting-Ansatz (u.a. Nutbeam, Harris 2001; Naidoo, Wills 2003) korrespondieren, vorgestellt werden.

*soziodemo-
grafische
Hochrisikogruppe
entwickelt sich
gegen den Trend*

Wenn beispielsweise eine niedrigere Schulausbildung zu einem schlechteren Gesundheitszustand beiträgt, dann können sozialpolitische Maßnahmen auch und gerade dort ansetzen. Das lässt nun nicht die utopische Folgerung „eine höhere Schulbildung für alle“ zu, sondern vielmehr eine breitere gesundheitspolitische Intervention bei Kindern jüngerer Alters. Interventionen im Setting Schule gibt es; sie sind in ihrer

*betriebliche
Gesundheits-
förderung*

Breitenwirksamkeit jedoch noch als sehr eingeschränkt zu bezeichnen und die Teilnahme bestimmter Schulen orientiert sich meist an den persönlichen Dispositionen der Schulleitung. Es ist beispielsweise zu beobachten, dass Schulen in Regionen mit niedrigem sozioökonomischem Status kaum an derlei Programmen mitwirken. Denkt man diese Entwicklung weiter, so wird sich die eingangs skizzierte Schere noch vergrößern. „Der Ansatz materieller Lebensbedingungen besitzt – so Mielck (2000: 248) – offenbar den größten Anteil an der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit als auch die größte gesundheitspolitische Relevanz.“ Der *Ansatz der sozialen und politischen Veränderung* würde an dieser Stelle beispielsweise eine Veränderung des Preisgefüges vorschlagen. Durch einen weiteren Setting-Ansatz kann das Problem der Einkommensverteilung zwar nicht direkt aus der Welt geschafft werden, jedoch ein Einwirken unabhängig von Einkommen (und sozialer Schicht) gewährleistet werden: In einigen österreichischen Betrieben werden gesundheitsfördernde Maßnahmen durchgeführt. Betriebliche Gesundheitsförderung wird dabei in ihrer Konsequenz als ganzheitlicher Ansatz begriffen. Das heißt, es werden sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisdimensionen berücksichtigt, um innerbetriebliche Ressourcen zu forcieren und Belastungen sozialer oder organisatorischer Art zu reduzieren. Idealtypisch wird jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin einbezogen: niedrige Einkommensgruppen im gleichen Ausmaß wie höhere. Über den Betrieb können damit diese niedrigen Einkommensgruppen indirekt erreicht werden. Auch wenn damit nicht die vermeintliche Ursache – das Einkommen – bekämpft werden kann, so zumindest die damit verbundenen belastenden Arbeitssituationen.

Im Rahmen dieses Beitrages wurde auf die Bedeutung der Leistungsfähigkeit und die Auswirkungen dieser auf den Gesundheitszustand eingegangen. Halten wir uns wieder die praxisorientierte Sichtweise vor Augen: Der Begriff Leistungsfähigkeit impliziert einen persönlichen Vergleich in der Art, dass beispielsweise die Leistung anderer Personen mit der

eigenen oder die eigene mit der aus vergangenen Tagen verglichen wird. Der Maßstab hierzu wird zumeist im Beruf gesetzt. Wir wissen auch, dass die Leistungsfähigkeit mit dem Alter kontinuierlich zurückgeht (vgl. Meggeneder 2005). Wenn nun ein Wahrnehmen der verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit zu gesundheitlichem Unwohlsein beiträgt, dann können Maßnahmen zur Wahrnehmensregulierung im Beruf gesetzt werden. Gerade für ältere Beschäftigte fehlen solche Ansätze noch weitgehend. Vor diesem Hintergrund sind auch die Ergebnisse in Bezug auf die „relative Deprivation“ zu bewerten. Selbstwirksamkeitsmaßnahmen und Stärkung der Berufsrolle als Identifikationsstiftung können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung stehen zwar – repräsentiert durch den ganzheitlichen Ansatz – Maßnahmen zur Belastungsreduktion im Vordergrund, persönliche Bedingungen – etwa die verminderte Leistungsfähigkeit im Alter – und gezielte Maßnahmen in diese Richtung werden noch weitgehend ausgeklammert. Trotz der Vorteile eines ganzheitlichen Ansatzes (auf die in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden kann) sollten personenbezogene (z.B. altersbedingte) Merkmale zumindest angedacht werden. So könnte der Output noch weit aus größer ausfallen, die berufliche Belastung noch weiter reduziert werden. Eine Reduktion der beruflichen Belastungen – so wissen wir aus der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung – führt zu einem besseren Gesundheitszustand, beispielsweise in Form von mehr Zufriedenheit und Wohlbefinden allgemeiner und berufsbezogener Art. Daraus leiten sich konkrete Empfehlungen für die auf Settings ausgerichtete Gesundheitsförderung ab:

- Dimensionen der sozialen Ungleichheit – wie beispielsweise Dimensionen der Bildung, des Alters, des Geschlechts – müssen in die Arbeit der Gesundheitsförderung einfließen.
- Die betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich dabei verstärkt auf Betriebe konzentrieren, in denen vorwiegend Personen mit niedriger beruflicher Ausbildung vertreten sind.

- Der Altersaspekt wird zwar schon berücksichtigt, diesem sollte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aber ein höherer Stellenwert eingeräumt werden.
- Die kommunale Gesundheitsförderung sollte sich verstärkt auf Stadtteile oder Regionen konzentrieren, in denen vermehrt untere Bildungs- oder Einkommensgruppen vertreten sind.
- Die AkteurInnen der schulischen Gesundheitsförderung sollten gezielt Schulen in Stadtteilen oder Regionen auswählen, in denen vermehrt untere Bildungs- oder Einkommensgruppen vertreten sind.

Anmerkungen:

- 1 Zusätzlich werden folgende Fragestellungen bei gegebener Aussagekraft ergänzend ausgewertet: „Sind Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten durch ein chronisches oder psychisches Gesundheitsproblem oder durch eine Krankheit behindert?“ (Erhebungsjahr 2003) mit den Antwortkategorien: 1 = ja, schwer, 2 = ja, in einem gewissen Ausmaß, 3 = nein; „Wie schätzen Sie Ihre persönliche Leistungsfähigkeit ein?“ (Erhebungsjahr 1993 und 2003) mit den Antwortvorgaben: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht.
- 2 „Im Durchschnitt fast 9 Jahre (oder 10,7 Prozent ihrer Lebenserwartung), Männer 7 Jahre (bzw. 9,3 Prozent ihrer Lebenszeit) mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, d.h. verlorene Lebensjahre in Gesundheit“, in Stadt Wien: 2003:18.
- 3 Alterskontrollierte partielle Korrelation: 0,75; $p < 0,001$.
- 4 Alterskontrollierte partielle Korrelation: $-0,56$; $p < 0,001$. Eine Modellkonstruktion (ALM: $R^2 = 0,68$) weist der körperlichen Leistungsfähigkeit ein weitaus höheres Gewicht zu als der Beeinträchtigung durch gesundheitliche Probleme.
- 5 Gewichtungsfaktor in Anlehnung an Hanesch et al. (1994: 131; siehe auch Mielck 2000: 35) siehe Tabelle 1 Anmerkung b.
- 6 Über diese Marke besteht weitgehend Uneinigkeit: In einigen Studien werden auch 40 % oder 60 % als Richtwert für Armut herangezogen.
- 7 In Deutschland hat sich dafür der Begriff der „absoluten Armut“ durchgesetzt.
- 8 Das ist mitunter ein Grund, weshalb sich in deutschen Untersuchungen vielfach die Unterscheidung zwischen Berufsabschluss und Schulabschluss durchgesetzt hat.
- 9 ALM: $R^2 = 0,16$ (Koeffizienten: PKW, PC, Stereoanlage und Geschirrspüler)
- 10 Leider stehen keine Vergleichsdaten der vorausgehenden Untersuchungen zur Verfügung. Daraus hätte sich die Relevanz solcher Güter und deren steigende/sinkende Bedeutung für den Gesundheitszustand ableiten lassen.
- 11 Ein ALM mit Berücksichtigung der „Anzahl an nahstehenden Personen“ zeigt, dass diese im Vergleich zu Dimensionen der aktiven sozialen, sportlichen und kulturellen Teilnahme einen relativ niedrigen Beitrag ($\beta = 0,07$ bei $R^2 = 0,21$) leisten.
- 12 Um den Einfluss des Alters möglichst gering zu halten, wurden bei dieser hierarchischen Clusteranalyse lediglich Personen mit einem Alter von 20 bis 59 Jahren berücksichtigt.
- 13 2003: Partielle Korrelation (Kontrollvariable Alter) = 0,19.

Literatur:

- BFS: Bundesamt für Statistik (Hrsg.) (2000): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuchâtel.
- BMGF (Hrsg.) (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wien.
- BMGF (Hrsg.) (Mai 2004): Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2004.
- Freidl, W., Stronegger, W.-J., Neuhold, C. (2001): Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Studie S1/2001, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.): Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement – Gesundheitsberichterstattung.
- Freidl, W., Neuhold, C. (2002): Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt/Main: VAS.
- GBE (Gesundheitsberichterstattung) des Bundes. Robert-Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Heft 13. Berlin.
- Habich, R., Krause, P. (1997): Armut. In: Habich/Noll (Hrsg.) Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden im vereinten Deutschland. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1997): Datenreport 1997, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
- Hanesch, W., Adamy, W., Martens, R., Rentzsch, D., Schneider, U., Schubert, U. (1994): Armut in Deutschland. Rowohlt.
- Helmert, U., Mielck, A. (1997): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Wien & München: Juventa Verlag
- Imas-International (März 2003): <http://www.imas-international.com/report/2003/05-03.pdf> (online, 05.09.2004).
- Knopf, H., Ellert, U., Melchert, H.-U. (1999): Sozialschicht und Gesundheit. In: Risikofaktoren, Gesundheitsverhalten, Lebensweisen. Gesundheitswesen 61 (1999). Sonderheft 2: Seiten 169–177. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Meggeneder, O. (2005): Ist die Arbeitswelt von morgen eine Altenwelt? In: Sichere Arbeit – Internationales Fachmagazin für Prävention in der Arbeit. Heft 4: Seiten 11–15.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003) (deutsche Ausgabe): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.), Köln.
- Nutbeam, D., Harris, E. (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften. Hrsg. von der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Reuter, N. (1997): Finanzierungsprobleme des Sozialstaats. In: Sozialer Fortschritt, 46. Jg., Heft 6/7: Seiten 133–137
- Stadt Wien (Hrsg.) (Mai 2003): Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich. Wien. (<http://www.wien.gv.at/who/pdf/lebenserw-internat-dt.pdf>, online, 03.10.2004).
- Urban, H.-J. (2004): Eigenverantwortung und Aktivierung – Stützpfeiler einer neuen Wohlfahrtsarchitektur? WSI-Mitteilungen, Nr. 9: Seiten 467–473.
- Wilkinson, R. G. (2001): Kranke Gesellschaften: soziales Gleichgewicht und Gesundheit. Wien: Springer Verlag.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Gruberstraße 40-42, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73-33 21
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at