

Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei österreichischen Schülerinnen und Schülern

Hintergrund

Es gibt etliche nachgewiesene Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage von Personen und ihrer Gesundheit. Zum Beispiel weisen ärmere und/oder geringer qualifizierte Erwachsene eine niedrigere Lebenserwartung und mehr diagnostizierte Krankheiten auf als reichere bzw. höher qualifizierte [1].

Bei Kindern und Jugendlichen sind soziale Unterschiede noch von geringerer Bedeutung, insbesondere im Bereich des Gesundheits- und Risikoverhaltens. So zeigt der letzte internationale HBSC-Bericht, dass in den meisten Ländern in puncto Ernährung, Bewegung und Substanzkonsum keine oder nur geringe Unterschiede zwischen Jugendlichen aus verschiedenen sozialen Schichten bestehen [2]. Eine gängige Erklärung dafür lautet, dass sich das Gesundheitsverhalten Jugendlicher in der Pubertät einander angleicht, weil in diesem Alter die Gleichaltrigen gegenüber der Familie als Bezugsgruppe immer wichtiger werden [3]. Die sozialen Unterschiede im Verhalten nehmen im weiteren Lebensverlauf dann aber wieder zu, was Erhebungen zum Rauch-, Bewegungs- und Ernährungsverhalten Erwachsener belegen [1; 4].

Als international einheitlich und stabil erwies sich hingegen die Beziehung zwischen der sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen und ihrem gesundheitlichen Wohlbefinden, das in der HBSC-Studie unter anderem mit Fragen zu subjektiver Gesundheit, Beschwerdelast und Lebenszufriedenheit erhoben wurde [2]. Diese und einige weitere Zusammenhänge werden im Folgenden dargestellt.

Die Ungleichheitsindikatoren Familienwohlstand und Migrationshintergrund

Um den sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen annäherungsweise zu messen, wurde für die HBSC-Studie die Familienwohlstandsskala (family affluence scale - FAS) entwickelt. Sie basiert auf Angaben der Befragten zu den im Haushalt vorhandenen Gebrauchsgütern und ist ein guter und stabiler Indikator [5, 6, 7].

Basierend auf den ermittelten FAS-Werten erfolgt eine Unterteilung in die Kategorien niedriger, mittlerer und hoher Familienwohlstand. Mit der untersten Kategorie setzt HBSC implizit einen "Mindeststandard" für reiche Gesellschaften fest: Kinder und Jugendliche in dieser Kategorie gelten als "arm" bzw. „armutsgefährdet“. In Österreich sind davon ca. 9% betroffen, etwa gleich viel wie in Deutschland oder Kanada [2]. Dieser Wert hängt stark vom wirtschaftlichen Entwicklungsstand eines Landes ab. In der Türkei liegt er z.B. bei 62%.

Außerdem wurde der Migrationshintergrund als Indikator verwendet. Um ihn zu erfassen, wurden die Schülerinnen und Schüler zum Geburtsort ihrer Eltern befragt. Laut der von Statistik Austria verwendeten Definition haben jene Menschen Migrationshintergrund, deren beide Eltern im Ausland geboren sind¹.

Ungleichheiten im Gesundheitszustand

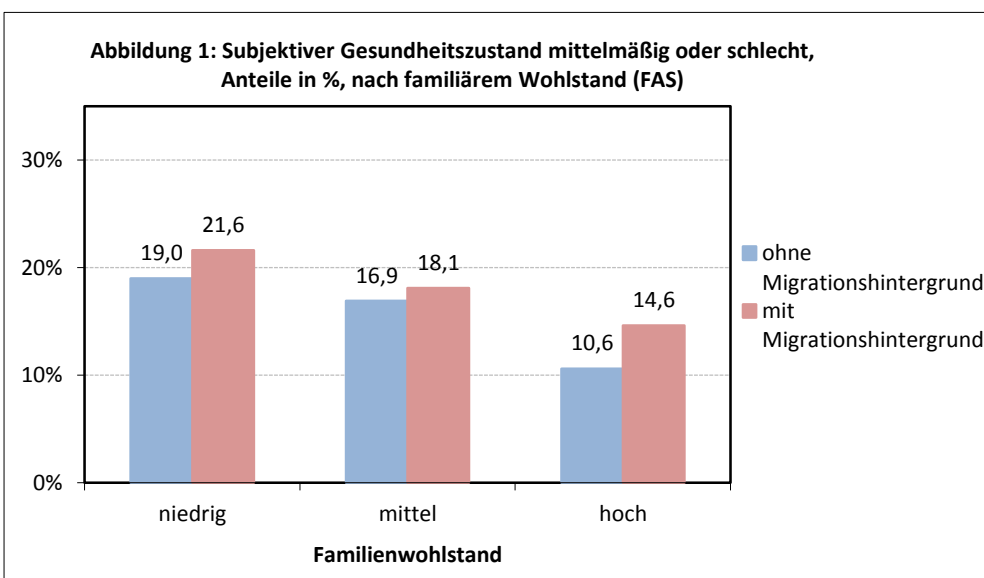
Die drei verwendeten Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden sind der subjektive Gesundheitszustand, die Beschwerdelast und die Lebenszufriedenheit. Der subjektive Gesundheitszustand wird mit der Frage: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?“ und den Antwortoptionen „ausgezeichnet“, „gut“, „mittelmäßig“ und „schlecht“ erhoben. Die Lebenszufriedenheit wird mit einer Skala, die Werte zwischen 0 (schlechtestes mögliches Leben) und 10 (bestes mögliches Leben) annehmen kann, gemessen. Der Index zur Beschwerdelast wird aus Angaben zur Häufigkeit von acht verbreiteten physischen und psychischen Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, schlechte Laune/Gereiztheit, Nervosität, Einschlafschwierigkeiten und Schwindelgefühle) errechnet und weist eine mögliche Bandbreite von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (maximale Beschwerdelast) auf.

Subjektiver Gesundheitszustand

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Befragten ihre Gesundheit nur als „mittelmäßig“ oder „schlecht“ einstufen, sinkt mit steigendem Wohlstand ihrer Familien (Abbildung 1). Dies zeigt sich sowohl bei Kindern und Jugendlichen ohne als auch bei jenen mit Migrationshintergrund.

Letztere weisen allerdings in allen drei Gruppen etwas schlechtere Ergebnisse in Bezug auf

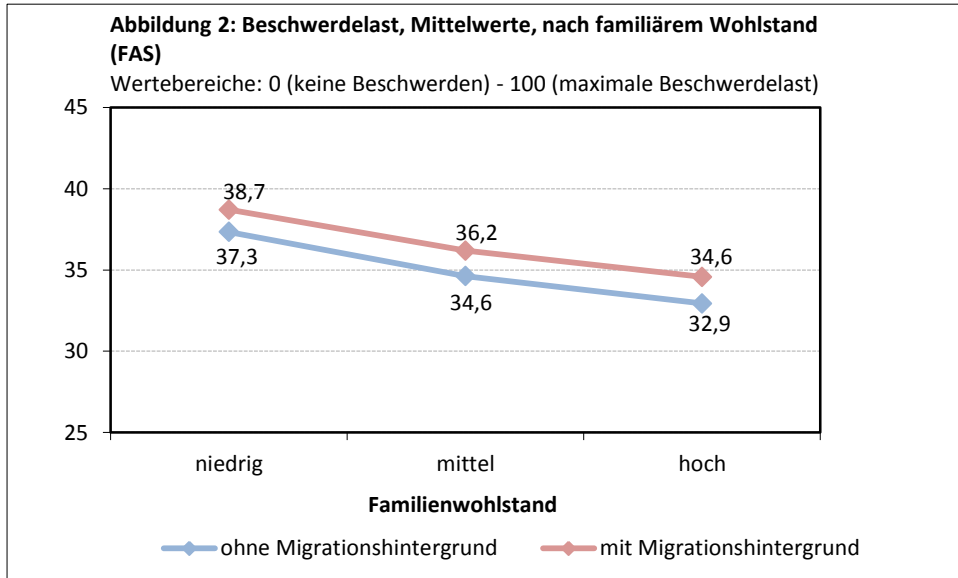
den subjektiven Gesundheitszustand auf. Nichtsdestotrotz geht aus Abbildung 1 hervor, dass der sozioökonomische Status ein stärkerer Indikator für gesundheitliche Ungleichheit ist als ein Migrationshintergrund.



¹http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html

Beschwerdelast

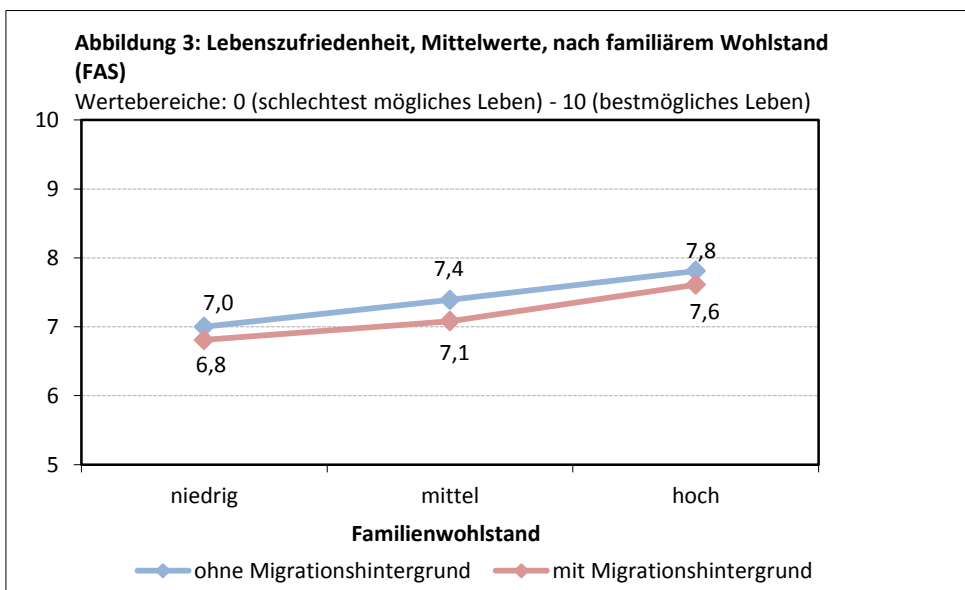
Bei den Angaben zur Belastung durch diverse Beschwerden (Abbildung 2) zeigt sich ein ganz ähnliches Bild: Sie geht bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund mit steigendem Wohlstand relativ stark zurück.



Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien weisen aber in allen Wohlstandsgruppen etwas schlechtere Werte auf. Die Unterschiede aufgrund des Migrationshintergrunds sind jedoch deutlich geringer als jene zwischen den Wohlstandsgruppen.

Lebenszufriedenheit

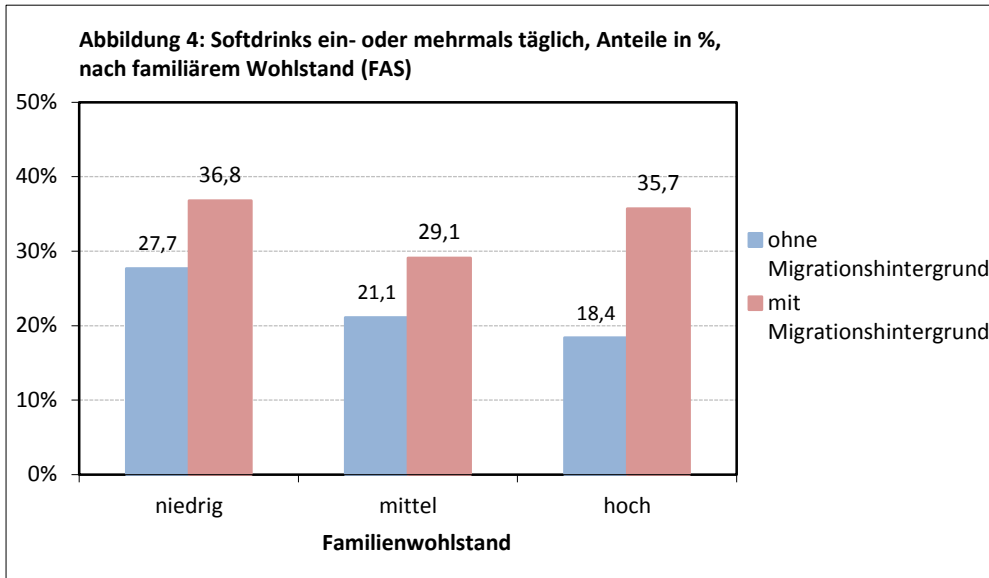
Das gleiche Muster findet sich auch bei der Lebenszufriedenheit (Abbildung 3). Da es sich hier um einen positiv gerichteten Gesundheitsindikator handelt, steigen die Durchschnittswerte zwischen niedrigster und höchster Wohlstandsgruppe merklich an.



Dies gilt sowohl für Kinder und Jugendliche ohne als auch für jene mit Migrationshintergrund. Die Werte der Letzteren sind in allen Wohlstandsgruppen nur tendenziell schlechter. Der belastende Einfluss des Migrationshintergrunds ist daher deutlich geringer als jener eines niedrigen Wohlstandsniveaus.

Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten

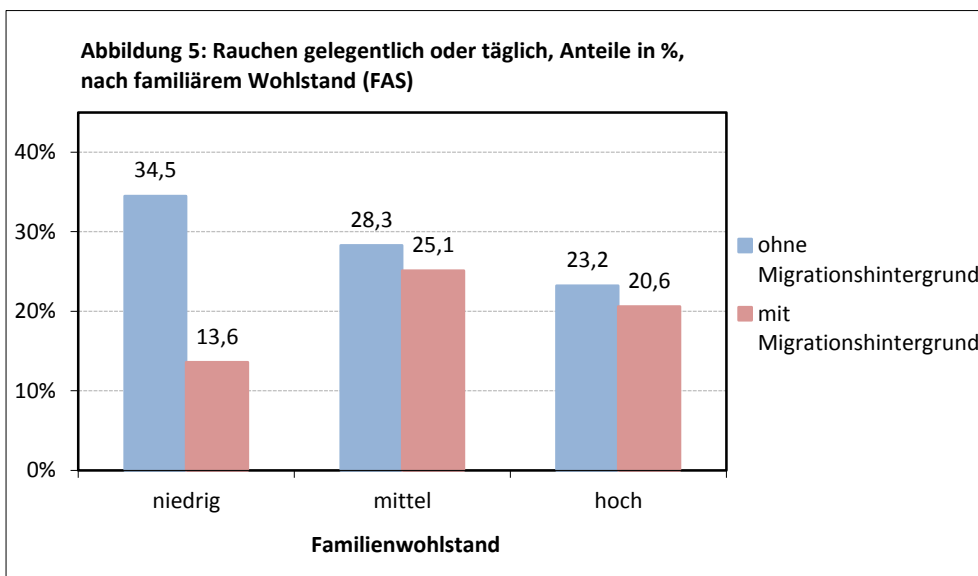
Wie bereits erwähnt sind die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit bei Variablen des Verhaltens (z.B. Bewegung, sitzendes Freizeitverhalten, Ernährungsweise, u.a.) weniger eindeutig als bei jenen des Gesundheitszustands. Es gibt jedoch einige Ausnahmen,



bei denen im Zuge der Analysen beachtenswerte Unterschiede sichtbar wurden. Dazu gehört der Konsum zuckerhaltiger Limonaden. Die Kinder und Jugendlichen wurden gefragt, wie häufig sie diese „Soft Drinks“ normalerweise zu sich nehmen: nie oder sel-

tenner als einmal pro Woche, ein- oder mehrere Male pro Woche oder ein- bis mehrmals am Tag. Die letztgenannten wurden für die Darstellung in Abbildung 4 herangezogen.

Es zeigte sich, dass das tägliche Trinken zuckerhaltiger Limonaden unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund offenbar deutlich weiter verbreitet ist. Überdies besteht in dieser Gruppe kein gleichmäßiges Gefälle zwischen niedrigster und höchster Wohlstandsgruppe. Bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund gibt es dieses sehr wohl. Ihre Anteilswerte sind zudem auf jedem Wohlstandsniveau deutlich niedriger. Die Daten weisen hier offensichtlich auf einen kulturellen Einfluss auf das Trinkverhalten hin, der je-



nen des familiären Wohlstands deutlich übertrifft.

Im Gegensatz dazu weisen Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund in puncto Rauchen im Allgemeinen ein günstigeres Gesundheitsverhalten auf. Diesbezüglich wurde den Schülerinnen und Schülern die Frage

gestellt, wie „häufig sie derzeit Tabak rauchen“. Die Antwortoptionen waren „gar nicht“, „seltener als einmal pro Woche“, „einmal oder öfter pro Woche“ und „täglich“. Für die Auswertung wurden alle Befragten, die keine Nichtraucher sind und zumindest gelegentlich rauchen, in eine Gruppe zusammengefasst (Abbildung 5).

Bei Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zeigt sich abermals ein stetiges Gefälle zwischen der niedrigsten und der höchsten Wohlstandsgruppe, wobei jene in der höchsten am wenigsten oft rauchen. Bei den Befragten mit Migrationshintergrund gibt es ein solches Gefälle nicht. Hier geben jene auf dem untersten Wohlstandsniveau eindeutig an, am seltensten zu rauchen. Auch in den beiden höheren Wohlstandsgruppen liegt ihr Anteil unter dem der Kinder ohne Migrationshintergrund. Jedoch ist der Abstand hier deutlich kleiner.

Fazit

Die hier dargestellten Ergebnisse stehen in Einklang mit den internationalen HBSC-Daten und jenen aus anderen Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Dass die dargestellten Zusammenhänge nicht besonders groß sind, liegt daran, dass Gesundheit ein komplexes Phänomen mit einer Unzahl individueller, gesellschaftlicher und biologischer Einflussfaktoren darstellt, von denen die klassischen Indikatoren sozialer Ungleichheit wie der sozioökonomische Status und der Migrationshintergrund nur einige wenige sind.

Die hohe zeitliche und länderübergreifende Konstanz des Zusammenhangs ist jedoch sehr wohl beachtlich. Eine gängige Erklärung liegt im unterschiedlichen Zugang zu Ressourcen, die den Familien zur Realisierung ihrer Gesundheitspotenziale zur Verfügung stehen. In Verbindung mit materiellen Werten, wie sie die Familienwohlstandsskala abbildet, sind hier auch Ressourcen anderer Art relevant, z.B. kulturelle und soziale [8]. Denn auch gesundheitsrelevante Informationen, Werthaltungen oder soziale Beziehungen sind über die sozialen Schichten hinweg ungleich verteilt.

Um gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken, ist es empfehlenswert, jede gesundheitspolitische bzw. gesundheitsfördernde Maßnahme kritisch auch auf eine mögliche ungleichheitssteigernde oder -reduzierende Wirkung zu hinterfragen. Um sich hierzu ein Urteil zu bilden, sei auf anwendungsorientierte Forschungsarbeiten verwiesen. Sie tragen zum einen evidenzbasierte Maßnahmen zusammen, mit denen sozial benachteiligte Kinder auf kommunaler und schulischer Ebene gezielt gefördert werden können² [9, 10]. Zum anderen versuchen sie Interventionen nach ihrer ungleichheitssteigernden oder -reduzierenden Wirkung zu kategorisieren [11, 12, 13].

² <http://promiseneighborhoods.org/what-works.html>

Literatur

- [1] Mielck, A. (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit - Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber
- [2] Currie C. et al. (eds.) (2012) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- [3] West, P. (1997) Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine* 44 (6), 833-858
- [4] Klimont J. et al. (2008) Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria und Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- [5] Andersen A., Krølner R, Currie C. Dallago L., Due P., Richter M., Örkényi Á., Holstein B E (2008) High agreement on family affluence between children's and parents' reports: international study of 11-year-old children. *J Epidemiol Community Health* (62)2008, 1092-1094
- [6] Torsheim T., Currie C., Boyce W., Samdal O. (2006) Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *J Epidemiol Community Health* 60 (2006), 156-161
- [7] Boyce W., Torsheim T., Currie C., Zambon A. (2006) The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self-Report Measure. *Social Indicators Research* 78 (3), 473-487
- [8] Bourdieu (1983) Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel R (Hg) Soziale Welt, Sonderband 2 – Soziale Ungleichheiten
- [9] Komro KA, Flay BR, Biglan A (2011) Creating Nurturing Environments: A Science-Based Framework for Promoting Child Health and Development Within High-Poverty Neighborhoods. *Clinical Child and Family Psychology Review* 14 (2), 111-134
- [10] Asthana und Halliday (2006) What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse. Bristol: The Policy Press
- [11] Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P (2013) What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67(2), 190-193
- [12] White M, Adams J, Heywood P (2009): How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In: Babones SJ (Hg) Social Inequality and Public Health, Bristol: The Policy Press
- [13] Hofmann F, Flaschberger E, Felder-Puig R (2013) Wirkungen schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit bei Schüler/inne/n. LBIHPR Forschungsbericht. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR)

Die HBSC Studie:

Die „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“-Studie ist eine regelmäßig alle vier Jahre stattfindende Erhebung der WHO, an der im Schuljahr 2009/10 43 Länder teilgenommen haben. Alle präsentierten Ergebnisse basieren auf dem österreichischen Datensatz von 2009/10 (Projektleitung: Priv. Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür). Die HBSC-Studie wird vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt und in seiner Umsetzung vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur unterstützt. Nähere Informationen zur Studie unter: lbihpr.lbg.ac.at oder www.hbsc.org

AutorInnen dieses Factsheets: Felix Hofmann, Rosemarie Felder-Puig - Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) Wien

Impressum

Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Erscheinungsjahr:

2014

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv. Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Leiterin der Sektion III, BMG

Druck:

Kopierstelle BMG, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Bestellmöglichkeiten:

Tel.: +43-0810-818164

Internet: www.bmg.gv.at