

Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter

Berichtszeitraum 2005–2016/17



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, A-1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen und Autoren: Griebler, Robert; Gaiswinkler, Sylvia; Winkler, Petra;
Delcour, Jennifer; Bengough, Theresa; Schmutterer, Irene

Coverbild: © istockphoto.com/PHOTOMORPHIC PTE. LTD.

Layout & Druck: BMSGPK

ISBN: 978-3-85010-601-6

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z.B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten ist als Quelle anzugeben:
Griebler, Robert; Gaiswinkler, Sylvia; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Bengough, Theresa;
Schmutterer, Irene (2020): Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter. Wien:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgehen.

Bestellinfos:

Kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer +43 1 711 00-86 25 25 sowie unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice.

Inhalt

Kurzfassung	7
Summary	11
1 Einleitung	15
1.1 Hintergrund, Ziele, Zielgruppen.....	15
1.2 Determinanten der Gesundheit.....	15
1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts.....	19
1.4 Methodik.....	20
2 Demografische Charakteristika	21
2.1 Bevölkerungsstand und -struktur.....	21
2.2 Kinderbetreuung und -erziehung.....	21
2.3 Erwerbstätigkeit.....	22
2.4 Informelle Pflege und Unterstützung.....	23
2.5 Binnenwanderungen.....	23
2.6 Chronische Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen im Alltag.....	24
3 Gesundheitszustand	25
3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit	25
3.1.1 Lebenserwartung.....	25
3.1.2 Lebenserwartung in Gesundheit.....	27
3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand.....	30
3.3 Krankheiten und Gesundheitsprobleme.....	32
3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme.....	32
3.3.1.1 Überblick.....	34
3.3.1.2 Allergien.....	35
3.3.1.3 Bewegungsapparat.....	37
3.3.1.4 Kopfschmerzen.....	40
3.3.1.5 Atemwegserkrankungen.....	41
3.3.1.6 Diabetes.....	42
3.3.1.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	44
3.3.1.8 Krebs.....	47
3.3.1.9 Depression.....	51
3.3.2 Verletzungen aufgrund von Unfällen.....	55

3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit.....	58
3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag.....	58
3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen.....	59
3.4.2.1 Überblick.....	61
3.4.2.2 Schwierigkeiten beim Sehen.....	61
3.4.2.3 Schwierigkeiten beim Hören.....	62
3.4.2.4 Schwierigkeiten beim Treppensteigen.....	62
3.4.2.5 Schwierigkeiten beim Gehen.....	63
3.4.3 Krankenstände.....	64
3.5 Lebensqualität.....	66
3.6 Sterblichkeit.....	70
3.6.1 Gesamtsterblichkeit.....	70
3.6.2 Sterblichkeit aufgrund ausgewählter Todesursachen.....	72
3.6.3 Suizid.....	75
4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	77
4.1 Körperliche Faktoren.....	77
4.1.1 Adipositas und Übergewicht.....	77
4.1.2 Bluthochdruck.....	79
4.2 Psychische Faktoren.....	81
4.2.1 Lesekompetenz.....	82
4.3 Gesundheitsverhalten.....	86
4.3.1 Ernährung.....	86
4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung.....	88
4.3.2.1 Alltagsbewegung.....	91
4.3.3 Tabakkonsum.....	92
4.3.3.1 Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche.....	93
4.3.3.2 Passivrauchen.....	94
4.3.4 Alkoholkonsum.....	95
4.3.4.1 Problematischer Alkoholkonsum.....	96
5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten.....	99
5.1 Materielle Lebensbedingungen.....	99
5.1.1 Ökonomische Verhältnisse.....	99
5.1.1.1 Armutsgefährdung.....	101
5.1.1.2 Erhebliche materielle Deprivation.....	102
5.1.1.3 Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung.....	103
5.1.2 Wohnsituation.....	106
5.1.2.1 Überbelag.....	108
5.1.2.2 Feuchtigkeit und Schimmel.....	109
5.1.2.3 Dunkle Räume.....	110

5.2 Bildung.....	112
5.2.1 Bildungsniveau.....	112
5.2.2 Weiterbildung.....	113
5.3 Arbeit und Beschäftigung.....	114
5.3.1 Erwerbstätigkeit.....	115
5.3.1.1 Atypische Beschäftigung.....	116
5.3.1.2 Arbeitslosigkeit.....	118
5.3.1.3 Langzeitarbeitslosigkeit.....	119
5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz.....	121
5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung.....	123
5.3.4 Arbeitsunfälle.....	124
5.3.5 Work-Life-Balance.....	126
5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke.....	129
5.4.1 Sozialkontakte.....	129
5.4.2 Ausmaß sozialer Unterstützung.....	133
5.4.3 Soziales Vertrauen.....	135
5.5 Lebensraum und Wohnumfeld.....	138
5.5.1 Lärmbelastung.....	138
5.5.1.1 Lärmquellen.....	139
5.5.2 Kriminalität, Gewalt und Vandalismus.....	140
6 Chancengerechtigkeit	143
6.1 Unterschiede nach Geschlecht.....	144
6.1.1 Gesundheitszustand.....	144
6.1.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	146
6.1.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten.....	147
6.2 Unterschiede nach Bildung.....	149
6.2.1 Gesundheitszustand.....	149
6.2.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten.....	150
6.2.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten.....	152
7 Zusammenfassende Schlussbetrachtung.....	153
Literaturverzeichnis.....	161
Abbildungsverzeichnis.....	170
Tabellenverzeichnis.....	176

Kurzfassung

Hintergrund/ Aufgabenstellung/ Fragestellung

Neben allgemeinen Gesundheitsberichten, die sich auf die Gesamtbevölkerung konzentrieren, richtet das BMSGPK von Zeit zu Zeit den Fokus auch auf einzelne Bevölkerungsgruppen. In der Reihe der altersspezifischen Berichte wurden in den letzten Jahren auf Bundesebene ein Bericht über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und einer über die Gesundheit älterer Menschen erstellt. Mit dem vorliegenden Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter wird diese Reihe ergänzt. Darin werden Analysen zur gesundheitlichen Lage, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und zur Lebenssituation der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung vorgelegt.

Methoden

Der Bericht ist indikatorenorientiert und greift auf verschiedenste Datenquellen zurück. Die Daten sind mehrheitlich grafisch aufbereitet und textlich knapp beschrieben. Bei Befragungsergebnissen (die auf einer Stichprobe beruhen) wird nur auf signifikante Resultate eingegangen. Altersstandardisierte Ergebnisse beruhen – sofern nicht anders angegeben – auf der Europa-Bevölkerung 2013. Regionale Vergleiche werden in Form von Bundesländerbandbreiten mit Maximal- und Minimalwerten gezogen. Nach Möglichkeit referenzieren die Daten auf 2016/2017 und zeigen die Entwicklung seit 2005 auf. Chancengerechtigkeit wird – neben der Differenzierung nach Geschlecht – über die Stratifizierung der Indikatoren nach Bildung dargestellt.

Ergebnisse

Im Jahr 2017 lebten in Österreich insgesamt rund 8,8 Millionen Menschen. 43 Prozent von ihnen waren zwischen 30 und 59 Jahre alt. Rund 82 Prozent dieser Menschen waren erwerbstätig und rund die Hälfte lebte in einer Partnerschaft mit Kindern, etwa 5 Prozent – vor allem Frauen – waren alleinerziehend. Ab etwa 40 Jahren nehmen auch informelle Pflege- und Betreuungsleistungen zu. 20 Prozent der 40- bis 49-Jährigen und rund 27 Prozent der 50- bis 59-Jährigen pflegten oder betreuten im Jahr 2014 Angehörige auf einer wöchentlichen Basis.

Zwischen 2005 und 2016 ist die Lebenserwartung für die 30-Jährigen gestiegen, für Männer etwas mehr als für Frauen. Trotzdem ist sie für Männer noch immer niedriger: 2016 betrug die fernere Lebenserwartung für 30-jährige Männer 49,9 und für Frauen gleichen Alters 54,5 Jahre. Auch die Lebenserwartung in sehr guter bis guter Gesundheit

ist gestiegen. Im Jahr 2014 konnten 30-jährige Männer noch 37,0 und 30-jährige Frauen noch 37,7 Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit erwarten. Frauen leben damit zwar länger, verbringen aber mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (+3,5 Lebensjahre; 15,9 vs. 12,4 Jahre).

Dauerhafte Krankheiten oder chronische Gesundheitsprobleme spielen bereits bei Menschen zwischen 30 und 59 Jahren eine große Rolle. Im Jahr 2014 waren rund 34 Prozent davon betroffen. Am häufigsten kommen Allergien (25 %, deutlicher Anstieg seit 2006), chronische Rückenschmerzen (24 %), chronische Nackenschmerzen (20 %), Bluthochdruck (16 %, Anstieg seit 2006), Arthrose (8 %), chronische Kopfschmerzen (7 %) und Depressionen (7 %) vor. Diabetes und Atemwegserkrankungen spielen in dieser Altersgruppe bei weitgehend gleichbleibender Prävalenz seit 2006/2007 eine vergleichsweise geringe Rolle (3–4 %).

Etwa 11.000 Personen zwischen 30 und 59 Jahren sind im Jahr 2015 an Krebs erkrankt: Frauen am häufigsten an der Brust, den Genitalorganen (Gebärmutterhals, Gebärmutter und Eierstöcke) und am Darm, Männer am häufigsten an Prostata, Darm und Lunge. Bedenklich ist insbesondere die steigende Lungenkrebsinzidenz bei den Frauen, erfreulich ist der entsprechende Rückgang bei den Männern. Die Inzidenz bei Melanomen ist zwar im Vergleich zu den genannten Lokalisationen geringer, doch die Zunahme seit 2005 ist ebenfalls bedenklich.

Rund 4.600 Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren erlitten 2017 einen akuten Myokardinfarkt, bei leicht rückläufiger altersstandardisierter Rate seit 2005. Rund 2.900 Menschen dieser Altersgruppe hatten 2017 einen ischämischen Schlaganfall, allerdings bei steigender Inzidenz seit 2005: Die altersstandardisierte Rate hat bei Männern um durchschnittlich 2,8 Prozent pro Jahr und bei Frauen um durchschnittlich 2,3 Prozent pro Jahr zugenommen. Sowohl akuter Myokardinfarkt als auch ischämischer Schlaganfall treten bei Männern deutlich häufiger auf als bei Frauen.

Von den vier Dimensionen der Lebensqualität – körperlich, psychisch, sozial, umweltbezogen – wird von den 30- bis 59-Jährigen das körperliche Wohlbefinden am besten und das psychische und soziale Wohlbefinden am schlechtesten bewertet. Seit 2006/2007 gab es Verbesserungen beim umweltbezogenen Wohlbefinden und Verschlechterungen beim sozialen Wohlbefinden.

Im Jahr 2017 verstarben rund 7.500 Menschen zwischen 30 und 59 Jahren. Die Haupttodesursachen waren (in dieser Reihenfolge): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen. Alle drei Todesursachen waren im Zeitraum 2005–2017 deutlich rückläufig. Auch die Suizidrate, bei Männern signifikant höher als bei Frauen, ist deutlich zurückgegangen. Die Mortalitätsrate insgesamt war 2017 um 30 Prozent (bei Männern) bzw. um 25 Prozent (bei Frauen) niedriger als 2005.

Trotz der positiven Entwicklungen in Bezug auf die Mortalität gibt es bedenkliche Prävalenzen hinsichtlich einiger Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und damit klare Hinweise für die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung. Auf der Verhaltensebene ist hier Folgendes zu nennen: Fast die Hälfte der 30- bis 59-Jährigen ist übergewichtig oder adipös, nur 34 Prozent essen täglich Obst und Gemüse, und lediglich ein Fünftel erfüllt die Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. 29 Prozent rauchen täglich, 16 Prozent sind täglich für mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt, und ebenfalls 16 Prozent weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf. Darüber hinaus weisen 16 Prozent der 30- bis 59-Jährige eine geringe Lesekompetenz auf, wodurch Gesundheitsinformationen für sie nur schwer zugänglich sind.

Noch wichtiger, weil ursächlicher, sind die Lebensverhältnisse: Im Jahr 2016 waren in Österreich rund 12 Prozent der 30- bis 59-Jährigen armutsgefährdet, und 18 Prozent galten als armuts- und ausgrenzungsgefährdet. Etwa 6 Prozent lebten in überbelegten Wohnungen, und 11 Prozent waren mit Feuchtigkeit und Schimmel in ihren Wohnungen konfrontiert. Rund 12 Prozent waren im Jahr 2015 in ihrem Wohnbereich tagsüber und/oder nachts stark bis sehr stark von Lärm gestört. Die Ursachen dafür haben sich jedoch verändert: Lärmbelastung durch Verkehr (Hauptursache) ist zwischen 2007 und 2015 deutlich zurückgegangen, Lärm durch Baustellen und durch Nachbarn hat deutlich zugenommen. Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in der Wohngegend stellten 2016 für rund 13 Prozent der 30- bis 59-Jährigen ein Problem dar.

Im Jahr 2016 konnten rund 18 Prozent der 30- bis 59-Jährigen maximal einen Pflichtschulabschluss vorweisen. Diesbezüglich wurde eine deutliche Verbesserung seit 2010 sichtbar. Verschlechterungen gab es allerdings hinsichtlich Arbeitslosigkeit und Arbeitsbedingungen. 2017 waren in Österreich (gemäß AMS) 8,5 Prozent der 30- bis 59-Jährigen arbeitslos, und rund ein Drittel hatte ein atypisches Beschäftigungsverhältnis. Im Jahr 2013 waren 74 Prozent durch körperliche Belastungen am Arbeitsplatz beeinträchtigt, 42 Prozent litten unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. Diese Belastungen waren im Jahr 2007 niedriger.

Soziale Beziehungen sind ebenfalls eine wichtige Gesundheitsdeterminante: 12 Prozent der 30- bis 59-Jährigen trafen 2014 nur einmal im Monat oder seltener Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit. Für eine gute selbsteingeschätzte Gesundheit und eine hohe Lebensqualität wäre allerdings ein häufigerer sozialer Austausch nötig. 43 Prozent der 30- bis 59-Jährigen rechnen mit einem nur eingeschränkten Ausmaß sozialer Unterstützung im Bedarfsfall. Das soziale Vertrauen in die Mitmenschen wird von den 30- bis 59-Jährigen im Durchschnitt mit 5,6 von 10 möglichen Punkten eingeschätzt.

Unter dem Aspekt der Chancengerechtigkeit sind folgende Unterschiede zwischen Frauen und Männern bemerkenswert: Frauen leben länger, verbringen jedoch mehr

Zeit in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind häufiger chronisch krank und öfter im Alltag eingeschränkt. 30- bis 59-jährige Männer sind hingegen stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen und haben ein deutlich höheres Verletzungsrisiko, auch mit tödlichem Ausgang (inkl. Suizid). Bezüglich des Wohlbefindens fühlen sich die Männer körperlich und psychisch besser, sozial allerdings fühlen sich die Frauen besser. Während bei den Männern vor allem ein ungünstiger Lebensstil, Arbeitslosigkeit und berufliche Risikofaktoren eine zentrale Rolle spielen, scheinen bei den Frauen vor allem Doppel- und Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie und Angehörigenpflege, gepaart mit atypischen Beschäftigungsformen, von Bedeutung zu sein. Außerdem gibt es mehr Frauen, deren Bildung nicht über einen Pflichtschulabschluss hinausreicht, und sie sind etwas häufiger armuts- und ausgrenzungsgefährdet.

Die Chancengerechtigkeit, gemessen am Bildungsgrad, zeigt ein deutliches Bild: Die 30- bis 59-jährige Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss hat eine geringere Lebenserwartung und verbringt mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit als gleichaltrige Personen anderer Bildungsgruppen. Sie sind häufiger chronisch krank, häufiger im Alltag eingeschränkt und weisen eine geringere Lebensqualität auf. Dieser Nachteil zeigt sich nicht nur am gesundheitlichen Outcomes, sondern an nahezu allen Indikatoren, die Lebensstil und Lebensverhältnisse abbilden.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Der vorliegende Gesundheitsbericht zeigt in einigen Bereichen sehr konkreten Handlungsbedarf auf, der vor allem auf Basis negativer Entwicklungen (z. B. Lungenkrebs bei Frauen) und auf Basis großer Unterschiede entweder nach Geschlecht (z. B. Suizidrate bei Männern) oder nach Bildung (nahezu alle beobachteten Indikatoren) formuliert werden kann. Der gesamte Aspekt der Lebensverhältnisse unterstreicht die Bedeutung von Health in all Policies für die Gesundheit der Bevölkerung und bestätigt den politikfeldübergreifenden Kurs, den das BMSGPK über zahlreiche Strategien und Maßnahmenpläne eingeschlagen hat, allen voran jenen der Gesundheitsziele Österreich.

Schlüsselwörter

Gesundheitsbericht, Health in All Policies, Chancengerechtigkeit

Summary

Background/Subject/Research Question

In addition to general health reports, which concentrate on the entire population, the BMSGPK also focuses from time to time on specific population groups. As part of the series of age-specific reports, a report on the health of children and adolescents and one on the health of older people has been published at federal level in recent years. The present health report on the middle-aged population supplements this series. It presents analyses of the health situation, health-relevant behaviours and the life situation of the 30- to 59-year-old population.

Methods

The report is indicator-oriented and draws on a wide variety of data sources. Most of the data is graphically presented and briefly described. In the case of survey results (which are based on a sample), only significant results are considered. Unless otherwise stated, age-standardised results are based on the European population in 2013. Regional comparisons are made in the form of federal state ranges with maximum and minimum values. If possible, the data refer to 2016/2017 and show the development since 2005. Equal opportunities are presented – in addition to differentiation according to gender – by the stratification of indicators according to education.

Results/Findings

In 2017, a total of around 8.8 million people lived in Austria. 43 per cent of them were between 30 and 59 years old. Around 82 per cent of these people were employed and around half lived in a partnership with children, around 5 per cent – mainly women – were single parents. From the age of about 40, informal care services are increasing. In 2014, 20 per cent of 40- to 49-year-olds and about 27 per cent of 50- to 59-year-olds cared for relatives on a weekly basis.

Between 2005 and 2016, life expectancy increased for 30-year-olds, slightly more for men than for women. In 2016, life expectancy was 49.9 years for 30-year-old men and 54.5 years for women of the same age. Life expectancy in very good to good health has also increased. In 2014, 30-year-old men could still expect 37.0 and 30-year-old women 37.7 years of life in (very) good health. Although women live longer, they spend more years in average to poor health (+3.5 years; 15.9 vs. 12.4 years).

Long-term diseases or chronic health problems already play a major role in people between the ages of 30 and 59. In 2014, around 34 per cent were affected. The most common are allergies (25%, significant increase since 2006), chronic back pain (24%), chronic neck pain (20%), high blood pressure (16%, increase since 2006), arthrosis (8%), chronic headaches (7%) and depression (7%). Diabetes and respiratory diseases have played a comparatively minor role in this age group with a prevalence largely unchanged since 2006/2007 (3–4%).

By 2015, about 11,000 people between the ages of 30 and 59 had cancer: women are most likely to have cancer of the breast, genital organs (cervix, uterus and ovaries) and intestine, men most likely to have cancer of the prostate, intestine and lungs. The rising incidence of lung cancer among women is particularly worrying, and the corresponding decline among men is pleasing. Although the incidence of melanoma is lower compared to the above-mentioned localisations, the increase since 2005 is also alarming.

Around 4,600 Austrians between 30 and 59 years of age suffered an acute myocardial infarction in 2017, with a slightly lower age-standardised rate since 2005. Around 2,900 people in this age group had an ischaemic stroke in 2017, but with an increasing incidence since 2005: The age-standardised rate has increased by an average of 2.8 per cent per year for men and by an average of 2.3 per cent per year for women. Both acute myocardial infarction and ischaemic stroke occur significantly more frequently in men than in women.

Of the four dimensions of quality of life – physical, psychological, social, environmental – the 30- to 59-year-olds rate physical well-being best and psychological and social well-being worst. Since 2006/2007, there have been improvements in environmental well-being and deteriorations in social well-being.

In 2017, around 7,500 people between the ages of 30 and 59 died. The main causes of death were (in this order): cardiovascular diseases, cancer, injuries and poisoning. All three causes of death decreased significantly between 2005 and 2017. The suicide rate, which was significantly higher among men than among women, also fell significantly. The overall mortality rate in 2017 was 30 per cent (for men) and 25 per cent (for women) lower than in 2005.

Despite the positive developments in mortality, there are worrying prevalences of some risk factors for health and thus clear indications of the need for health promotion. At the behavioural level, the following should be mentioned: Almost half of 30- to 59-year-olds are overweight or obese, only 34 per cent eat fruit and vegetables on a daily basis, and only one-fifth meet the recommendations for healthy exercise. 29 per cent smoke daily,

16 per cent are exposed to passive smoking for at least one hour a day, and 16 per cent have problematic alcohol consumption. In addition, 16 per cent of 30- to 59-year-olds have low reading skills, making health information difficult for them to access.

More important, because more fundamental, are the living conditions: In 2016, around 12 per cent of 30- to 59-year-olds in Austria were at risk of poverty, and 18 per cent were considered at risk of poverty and/or exclusion. About 6 per cent lived in overcrowded flats, and 11 per cent were confronted with dampness and mold in their homes. In 2015, around 12 per cent were severely to very severely disturbed by noise in their homes during the day and/or at night. However, the causes have changed: Noise pollution from traffic (main cause) decreased significantly between 2007 and 2015, noise from construction sites and neighbours increased significantly. Crime, violence and vandalism in the residential area posed a problem for around 13 per cent of 30- to 59-year-olds in 2016.

In 2016, around 18 per cent of 30- to 59-year-olds had at most completed compulsory education. In this respect, a significant improvement has been visible since 2010. However, unemployment and working conditions worsened. In 2017, 8.5 per cent of 30- to 59-year-olds in Austria (according to AMS) were unemployed, and around one third had an atypical employment relationship. In 2013, 74 per cent were affected by physical stress at work and 42 per cent suffered from time pressure and work overload. These burdens were lower in 2007.

Social relationships are also an important determinant of health: 12 per cent of 30- to 59-year-olds met in 2014 only once a month or less often relatives, friends and/or colleagues outside work. For a good self-assessed health and a high quality of life, however, a more frequent social exchange would be necessary. 43 per cent of 30- to 59-year-olds expect only limited social support when needed. Social trust in other people is rated by 30- to 59-year-olds as 5.6 out of 10 possible points on average.

From the perspective of equity, the following differences between women and men are remarkable: women live longer, but spend more time in average to poor health. They are more likely to be chronically ill and more likely to be restricted in their daily lives. Men aged 30 to 59, on the other hand, are more affected by cardiovascular diseases and have a significantly higher risk of injuries, even fatal ones (including suicide). In terms of well-being, men feel better physically and mentally, but women feel better socially. While men are primarily affected by an unfavourable lifestyle, unemployment and occupational risk factors, women seem to be particularly affected by double and multiple burdens from work, family and care of relatives, coupled with atypical forms of employment. In addition, there are more women whose education does not go beyond compulsory education and they are somewhat more likely to be at risk of poverty and exclusion.

Equity, measured in terms of educational attainment, shows a clear picture: the 30- to 59-year-old population with at most compulsory education has a lower life expectancy and spends more years in average to very poor health than people of the same age from other educational groups. They are more frequently chronically ill, more frequently restricted in their everyday lives and have a lower quality of life. This disadvantage is reflected not only in health outcomes but also in almost all indicators that reflect lifestyle and living conditions.

Discussion/Conclusion/Recommendations

The present health report shows a very concrete need for action in some areas, which can be formulated on the basis of negative developments (e.g. lung cancer in women) and large differences either according to gender (e.g. suicide rate) or according to education (applies to almost all observed indicators). The overall aspect of living conditions underlines the importance of health in all policies for the health of the population and confirms the cross-political course taken by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK) through numerous strategies and action plans, above all those of the Austrian health targets.

Keywords

health report, health in all policies, equity

1 Einleitung

1.1 Hintergrund, Ziele, Zielgruppen

Mit dem Gesundheitsbericht über die Bevölkerung im mittleren Alter werden erstmals Detailanalysen zur gesundheitlichen Lage, zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und zur Lebenssituation der 30- bis 59-Jährigen vorgelegt. Der Bericht bietet damit eine fundierte Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Interventionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung und unterstützt die Idee der „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Health in All Policies), indem er Handlungsfelder aufzeigt, die sowohl für die Umsetzung der Gesundheitsziele Österreich (BMGF 2017d) als auch für die Erreichung der Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen (United Nations 2015a) relevant sind.

Im Sinne einer Lebenslaufperspektive ergänzt der Bericht die bisherigen Arbeiten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die bislang einen Fokus auf die Gesundheit der älteren Bevölkerung (Winkler et al. 2012) und auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen (Griebler et al. 2016) gelegt haben. Mit dem Blick auf die 30- bis 59-Jährigen wird nun die größte Bevölkerungsgruppe einer „Gesundheitsanalyse“ unterzogen.

Zielgruppen des Berichts sind Entscheidungsträger/-innen diverser Ressorts auf Bundes- und Landesebene, die interessierte Fachöffentlichkeit sowie Expertinnen und Experten in Wissenschaft und Lehre.

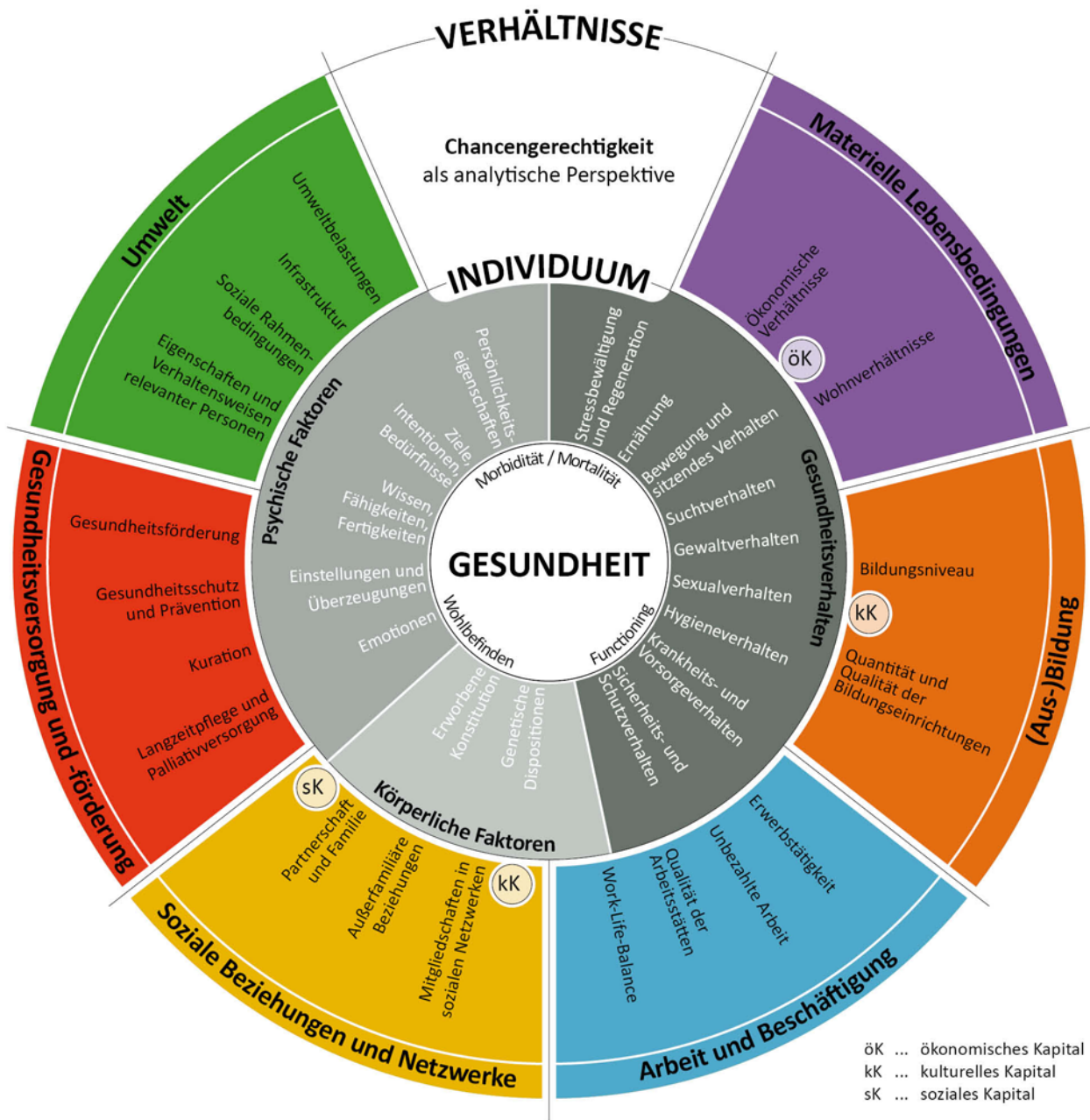
1.2 Determinanten der Gesundheit

Die Gesundheit der Bevölkerung ist das Ergebnis komplexer Wirkzusammenhänge sowohl individueller als auch gesellschaftlicher Faktoren, die in vielschichtigen Wechselwirkungen und kumulativen Prozessen die Gesundheit beeinflussen (Griebler/Dür 2009).

Zur Systematisierung gesundheitlicher Determinanten wurde an der GÖG ein Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten entwickelt, das Public Health Monitoring Framework. Es kategorisiert individuelle und gesellschaftliche Determinanten der Gesundheit (s. [Abbildung 1](#)) und baut auf einem umfassenden Verständnis von Gesundheit auf.

Das Framework basiert auf internationalen gesundheitswissenschaftlichen Modellen und versucht deren Stärken zu kombinieren (s. Griebler/Winkler 2015). Es knüpft an internationale Entwicklungen an, bei denen einer verstärkten Determinantenorientierung auf Verhältnisebene Rechnung getragen wird (zur Unterstützung des HiAP-Ansatzes), und schafft einen Rahmen für ein breit angelegtes Gesundheitsmonitoring.

Abbildung 1: Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten



Quelle: Griebler/Winkler 2015

Das Framework bildet ein modernes **Gesundheitsverständnis** ab, das durch nachstehende Merkmale gekennzeichnet ist:

1. Gesundheit wird als ein multidimensionales Konzept verstanden, das nicht anhand einzelner Variablen bestimmbar ist. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und weiterführende Arbeiten (s. Becker 2006; WHO 1948) wird unter Gesundheit
 - das Freisein von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und Beschwerden,
 - eine uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit (im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; s. WHO 2005) und
 - ein umfassendes Wohlbefinden (körperlich, psychisch und sozial) verstanden.Der Gesundheitszustand einer Person ist demnach das Ergebnis des Zusammenspiels dieser Dimensionen und ihrer graduellen Ausprägungen. Krankheit wird nicht als Gegenpol zu Gesundheit verstanden, sondern ist Bestandteil eines umfassenden Gesundheitskonzepts. Dieses Konzept beruht nicht auf einer Dichotomie von gesund oder krank, sondern auf einem Entwicklungskontinuum der Dimensionen Krankheit, Wohlbefinden und Leistungs-/Handlungsfähigkeit.
2. Gesundheit geht aus dauerhaften und permanenten Entwicklungs- und Entfaltungsprozessen hervor (Antonovsky, Aaron 1997; Pelikan 2007).
3. Gesundheit ist das Ergebnis mehr oder weniger gelungener Adaptions- und Reproduktionsprozesse unter Maßgabe individueller und „gesellschaftlicher“ Bedingungen (Becker 2001; Dubos 1959; Parsons 1981; Pelikan 2007).

Gemäß Punkt 3 unterscheidet das Framework zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten.

Verhältnisdeterminanten werden im Framework durch sechs Themenfelder abgebildet (s. Abbildung 1, äußerer Ring des Frameworks). Die darunter subsumierten Faktoren wirken sich entweder direkt (im Sinne einer Exposition) oder indirekt (vermittelt über individuelle Faktoren) auf die Gesundheit aus und stehen untereinander in komplexen Wechselwirkungen:

- materielle Lebensbedingungen (ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse)
- (Aus-)Bildung (Bildungsniveau, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen)
- Arbeit und Beschäftigung (Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit, unbezahlte Arbeit (z. B. Pflege), Qualität der Arbeitsstätten, Work-Life-Balance)
- soziale Beziehungen und Netzwerke (Partnerschaft und Familie, außerfamiliäre Beziehungen, Mitgliedschaften in sozialen Netzwerken)
- Gesundheitsversorgung und -förderung (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung)
- Umwelt (Umweltbelastungen, Infrastruktur, soziale Rahmenbedingungen)

Die Themenfelder können mit speziellen Settings hinterlegt werden (z. B. Kindergarten, Schule, Universität, Betrieb, Familie, Peers, Gesundheitseinrichtungen, Gemeinde, Stadt, Community) und sind – im Sinne von HiAP – durch verschiedene Politikbereiche adressierbar (Soziales, Bildung, Wirtschaft, Jugend, Familie, Gesundheit, Umwelt).

Auf Ebene der **individuellen Determinanten** (s. Abbildung 1, grauer Ring des Frameworks) wird zwischen körperlichen und psychischen Faktoren sowie dem Gesundheitsverhalten unterschieden. Letzteres subsumiert alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, also auch das Risiko- und Vorsorgeverhalten sowie das Verhalten bei Krankheit (Waller 1996). Geclustert, können diese Verhaltensweisen als Lebensstile interpretiert werden (Siegrist 2003), die sowohl von individuellen Faktoren (z. B. Einstellungen und Überzeugungen) als auch von gesellschaftlichen Faktoren geprägt und beeinflusst sind (Blaxter 1990; Cockerham 2005). Wie bei den Verhältnisdeterminanten wird auch bei den individuellen Determinanten von komplexen Wechselwirkungen ausgegangen. Die Mehrheit dieser Faktoren übt einen direkten Einfluss auf die Gesundheit aus (Griebler/Dür 2009).

Das Thema **Chancengerechtigkeit** gewinnt vor dem Hintergrund wachsender sozioökonomischer Unterschiede und der Erkenntnis, dass von den Erfolgen der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte sozioökonomisch Benachteiligte weniger oder kaum profitieren (Klein et al. 2015), gesundheitspolitisch zusehends an Bedeutung. Chancengerechtigkeit wird im Public Health Monitoring Framework der GÖG als eine analytische Kategorie geführt, die im vorliegenden Bericht durch eine systematische Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht dargestellt wird.

Trotz seiner klaren Systematik lässt das Public Health Monitoring Framework Gestaltungsspielräume offen – vor allem da zwischen einzelnen Themenfeldern inhaltliche Überschneidungen bestehen. Nach dem Settingansatz etwa können außerfamiliäre Beziehungen nicht nur unter dem Themenfeld „soziale Beziehungen und Netzwerke“, sondern auch unter „(Aus-)Bildung“, „Arbeit und Beschäftigung“ oder „Gesundheitsversorgung und -förderung“ thematisiert werden, sofern es sich um Beziehungen in der Schule, am Arbeitsplatz oder in der Gesundheitsversorgung handelt. Individuelle Faktoren wie z. B. Lesekompetenz (Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) oder Arbeitsüberforderung (Emotionen) können nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern – im Sinne von Systemoutcomes – auch auf der Verhältnisebene angesprochen werden. Ihre Verortung ist deshalb eine Frage der Akzentuierung und Fokussierung.

Die Darstellung des Frameworks impliziert – was Größe und Positionierung der bunt- und graugefärbten Segmente anbelangt – weder eine Gewichtung (im Sinne der Größenverhältnisse) noch eine explizite Zusammengehörigkeit (im Sinne der aneinandergrenzenden Bereiche).

1.3 Aufbau und Inhalt des Berichts

Der Gesundheitsbericht orientiert sich in Inhalt und Aufbau an dem an der GÖG entwickelten Public Health Monitoring Framework (PHMF; s. [Abbildung 1](#)). Da jedoch nicht für alle Teilaspekte des PHMF Daten vorliegen, können im Gesundheitsbericht nicht alle Bereiche entsprechend ihrer Gesundheitsrelevanz abgebildet werden.

Der Bericht ist in fünf große Kapitel gegliedert:

- Demografische Charakteristika
- Gesundheitszustand
- Individuelle Gesundheitsdeterminanten
- Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten
- Chancengerechtigkeit

Im Kapitel 2, „Demografische Charakteristika“, wird die 30- bis 59-jährige Bevölkerung anhand ausgewählter Indikatoren charakterisiert. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung (Kapitel 3) wird über die Lebenserwartung und Sterblichkeit, die selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität, über Krankheiten und Beschwerden sowie über die Leistungs- und Handlungsfähigkeit abgebildet. Im Bereich der individuellen Gesundheitsdeterminanten (Kapitel 4) gibt es vor allem bei den psychischen Faktoren große Datendefizite, sodass sich der Inhalt – abgesehen von einigen körperlichen Faktoren und der Lesekompetenz – auf zentrale Indikatoren des Gesundheitsverhaltens (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol) beschränkt. Die verhältnisbezogenen Determinanten (Kapitel 5) werden auf Basis des PHMF in materielle Lebensbedingungen, (Aus-)Bildung, Arbeit und Beschäftigung, soziale Beziehungen und Netzwerke und Lebensraum/Wohnumfeld gegliedert. Verzichtet wurde auf das Thema Gesundheitsversorgung und -förderung, da es zuletzt im Österreichischen Gesundheitsbericht ausführlich behandelt wurde (s. [Griessler et al. 2017](#)) und viele Aspekte der Gesundheitsversorgung nicht altersspezifisch sind.

In Kapitel 6 werden Ergebnisse in puncto Chancengerechtigkeit (Unterschiede nach Bildung und Geschlecht) zusammengefasst. Je nach Datenverfügbarkeit werden solche Ergebnisse auch in den Kapiteln 3 bis 5 dargestellt und grafisch illustriert.

Die Schlussbetrachtung fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen und stellt den Bezug zu laufenden Strategien für mehr Gesundheit her (Kapitel 7).

1.4 Methodik

Der Bericht ist indikatoren- bzw. datenorientiert und verzichtet auf epische Breite. Lediglich für verhältnisbezogene Determinanten wird einleitend der Zusammenhang mit Gesundheit illustriert. Die Datenanalysen werden größtenteils grafisch aufbereitet und textlich nur knapp beschrieben. Zentrale Informationen zu Definitionen und Datenquellen sowie deren Limitationen finden sich in blau hinterlegten Boxen.

Bei Befragungs- bzw. Stichprobenergebnissen wird nur auf signifikante Resultate eingegangen. Altersstandardisierte Ergebnisse wurden – sofern nicht anders angegeben – auf Basis der Europa-Bevölkerung 2013 standardisiert.

Regionale Vergleiche werden auf Ebene der Bundesländer angestellt, indem die Maximal- und Minimalwerte angegeben werden (BL-Bandbreite). Sie liefern Anhaltspunkte dafür, welche Ziele in Österreich erreichbar sein sollten.

Sofern möglich, referenzieren die Daten auf 2016/2017. Zeitliche Entwicklungen werden für den Zeitraum 2005–2016/17 betrachtet. Je nach Datenquelle sind jedoch Abweichungen möglich.

Chancengerechtigkeit wird – neben der Differenzierung nach Geschlecht – über die Stratifizierung aller Indikatoren nach Bildung abgebildet (je nach Datenverfügbarkeit). In Bezug auf Bildung werden drei Kategorien (in Bezug auf den jeweils höchsten Bildungsabschluss einer Person) unterschieden:

- Pflichtschulabschluss oder gar kein Schulabschluss (maximal Pflichtschulabschluss)
- Abschluss einer Lehre oder berufsbildenden mittleren Schule
- Abschluss einer höheren Schule (mit Matura), Fachhochschule oder universitären Ausbildung

2 Demografische Charakteristika

Die Bevölkerung im Alter zwischen 30 und 59 Jahren lässt sich schematisch anhand nachstehender Dimensionen charakterisieren:

- Kinderbetreuung und -erziehung
- Erwerbstätigkeit
- informelle Pflege und Unterstützung
- Binnenwanderung
- chronische Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen

Während die Erwerbstätigkeit im Lebenslauf Veränderungen unterliegt, spielen die anderen Faktoren vor allem in bestimmten Lebensabschnitten eine mehr oder weniger große Rolle und können zu Mehrfachbelastungen führen.

2.1 Bevölkerungsstand und -struktur

Im Jahr 2017 lebten in Österreich insgesamt rund 8,8 Millionen Menschen (Jahresdurchschnittswert). Davon waren 3,7 Millionen zwischen 30 und 59 Jahre alt (43% der Gesamtbevölkerung):

- 30- bis 39-Jährige: 1,18 Mio. (13% der Gesamtbevölkerung)
- 40- bis 49-Jährige: 1,25 Mio. (14% der Gesamtbevölkerung)
- 50- bis 59-Jährige: 1,35 Mio. (15% der Gesamtbevölkerung)

Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der 30- bis 59-Jährigen an der Gesamtbevölkerung um einen Prozentpunkt zurückgegangen (44% vs. 43%).

Bei den 30- bis 39-Jährigen liegt der Frauenanteil bei 49 Prozent, während bei den 40- bis 59-Jährigen ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis vorliegt.

2.2 Kinderbetreuung und -erziehung

50 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 1,9 Mio. Personen) leben in einer Partnerschaft mit Kindern. Etwa 5 Prozent (rund 200.000 Personen) sind alleinerziehend (Frauen: 9%, Männer: 2%). Das durchschnittliche Fertilitätsalter¹ bei Geburt des ersten Kindes betrug im Jahr 2017 29,3 Jahre. Bezogen auf alle Lebendgeborenen, waren im Jahr 2017 rund 56 Prozent der Mütter 30 Jahre oder älter.

1 arithmetisches Mittel der Altersverteilung der einjährigen Fertilitätsziffern.

Das mittlere Lebensalter ist damit für mehr als die Hälfte der 30- bis 59-Jährigen (vor allem zwischen 30 und 49) durch Kinderbetreuung und -erziehung geprägt und mit Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. mit einer Doppelbelastung verknüpft.

2.3 Erwerbstätigkeit

Rund 82 Prozent der 30- bis 59-Jährigen sind erwerbstätig, Männer häufiger als Frauen (86 % vs. 78 %). Die Lebensphase der etwa 30-Jährigen ist (je nach Bildungsabschluss) von Berufseinstieg, Karriere und teils unsicheren/prekären Jobverhältnissen geprägt. Darüber hinaus betrug die Arbeitslosenquote bei den 30- bis 39-Jährigen im Jahr 2017 8,5 Prozent – mit einem Langzeitarbeitslosenanteil von rund 14 Prozent.

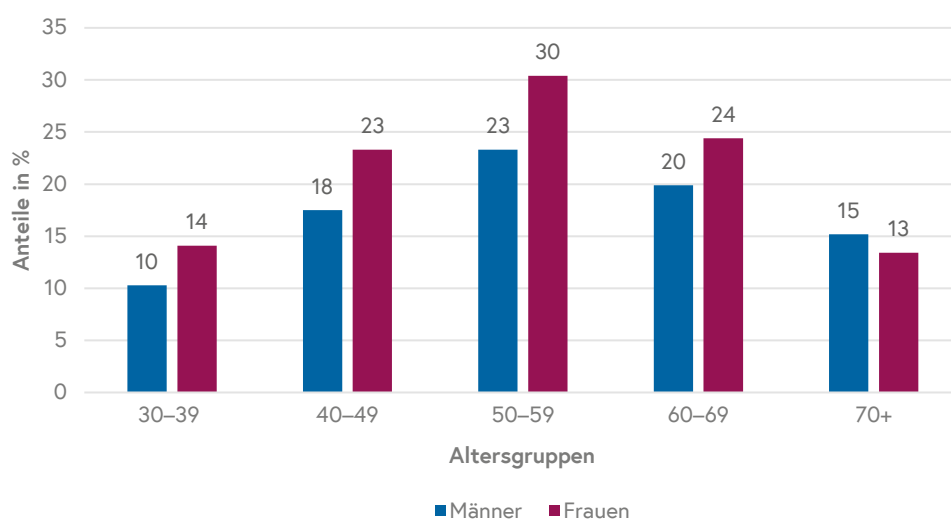
Zu den Herausforderungen der Erwerbstätigkeit kommt in diesem Alterssegment meist die Frage der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie hinzu, und zwar für Frauen immer noch häufiger als für Männer. Nach Knittler (2018) übernehmen in Haushalten mit Kindern nach wie vor Männer den überwiegenden Teil der Erwerbsarbeit, während Frauen den überwiegenden Teil der unbezahlten Betreuungs- und Hausarbeit bewältigen. So lag im Jahr 2017 während der Familiengründungsphasen die Erwerbsbeteiligung von Vätern (25 bis 49 Jahre) mit rund 93 Prozent sogar etwas höher als jene von Männern ohne Kinder (82 %). Im Vergleich dazu gingen rund 67 Prozent der Frauen (25 bis 49 Jahre) mit Kindern unter 15 Jahren einer Erwerbstätigkeit nach; davon 73 Prozent in Teilzeit. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ohne Kinder lag dagegen mit rund 85 Prozent deutlich höher. Mit Kindern ab 15 Jahren stieg die Erwerbsbeteiligung von Frauen auf rund 87 Prozent an, und die Teilzeitquote sank zugleich auf 50 Prozent.

Der Lebensabschnitt von 50 bis 59 ist durch ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko gekennzeichnet: 50- bis 59-Jährige waren im Jahr 2017 mit einer Arbeitslosenquote von 9,3 Prozent besonders häufig von Arbeitslosigkeit betroffen, wobei 25 Prozent der Arbeitslosen zwischen 50 und 59 Jahren langzeitarbeitslos waren und damit kaum eine Chance auf einen beruflichen Wiedereinstieg hatten. Darüber hinaus ist diese Lebensphase vom näher rückenden Berufsausstieg geprägt. Der häufig belastende Pensionsantritt fand im Jahr 2016 in Österreich im Durchschnitt im Alter von rund 62 Jahren statt (Männer: 63,3 Jahre, Frauen: 60,3 Jahre; lt. Monitoring des Pensionsantrittsalters, BMASGK).

2.4 Informelle Pflege und Unterstützung

Ab einem Alter von ungefähr 40 Jahren ist ein deutlicher Anstieg bei informellen Pflege- und Betreuungsleistungen zu erkennen, der bis zum Ende des sechsten Lebensjahrzehnts anhält und Frauen etwas stärker betrifft (s. Abbildung 2). Für das Alterssegment der 40- bis 59-jährigen Österreicherinnen und Österreicher kommen damit nicht selten zu ihrer Erwerbsarbeit und zur Kinderbetreuung und -erziehung auch die informelle Betreuung und Unterstützung Angehöriger mit chronischen Krankheit oder einem Gebrechen hinzu. Diese Mehrfachbelastungen können für pflegende Angehörige zu einem besonderen Gesundheitsrisiko führen (Merbach/Brähler 2016).

Abbildung 2: Informelle Pflege- oder Unterstützungsleistungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 30 Jahre und älter, Österreich, 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.5 Binnenwanderungen

Laut Statistik Austria zeigt die Bevölkerung im mittleren Alter verstärkte Tendenzen der Suburbanisierung. Bei 27- bis 39-Jährigen ist ein deutlicher Trend zur Wanderung in suburbane Gebiete erkennbar, größtenteils getragen von Personen, die sich in der Familiengründungsphase befinden. Im Jahr 2016 wies die Mehrzahl der Landeshauptstädte negative Wanderungssalden in diesem Alterssegment auf, wohingegen insbesondere städtische Umlandbezirke von starken Wanderungsgewinnen profitierten. Die Wanderungsbewegungen der unter 18-Jährigen verliefen dazu weitgehend parallel, was einen gemeinsamen Wohnsitzwechsel von Eltern und Kindern unterstreicht. Das

Stadtumland als „familienfreundlicheres“ Lebensumfeld wird dabei zum primären Ziel der Abwanderung aus den größeren Städten, wobei die Nähe zur Stadt auch in Hinblick auf die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes weiterhin bedeutsam bleibt.

Mit steigendem Alter nimmt die Wanderungshäufigkeit insgesamt ab, was sich in generell geringeren Binnenwanderungssalden bei den über 40-Jährigen niederschlägt. In der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen gewinnen zusätzlich Hauptwohnsitzverlegungen in weiter von den Städten entfernte Regionen an Bedeutung, während die größeren Städte weiterhin moderate Wanderungsverluste zu verzeichnen haben. Bei über 59-jährigen Personen ändert sich das Wanderungsmuster nur wenig. Auch in dieser Altersgruppe verlaufen die Binnenwanderungen mehrheitlich von den Städten in die näher und weiter entfernten Umlandbezirke bzw. in Rückwanderungen in ursprüngliche Herkunftsregionen. (Wisbauer 2018)

2.6 Chronische Krankheiten und gesundheitliche Einschränkungen im Alltag

Mit steigendem Alter nehmen auch chronische Krankheiten und Einschränkungen im Alltag zu (s. Kapitel 3). Vor allem bei den 50- bis 59-Jährigen ist bereits eine große Gruppe von chronischen Erkrankungen (45%) und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen (40%). Darin kommen möglicherweise die Belastungen der letzten beiden Lebensjahrzehnte und der damit einhergehende Lebensstil zum Ausdruck.

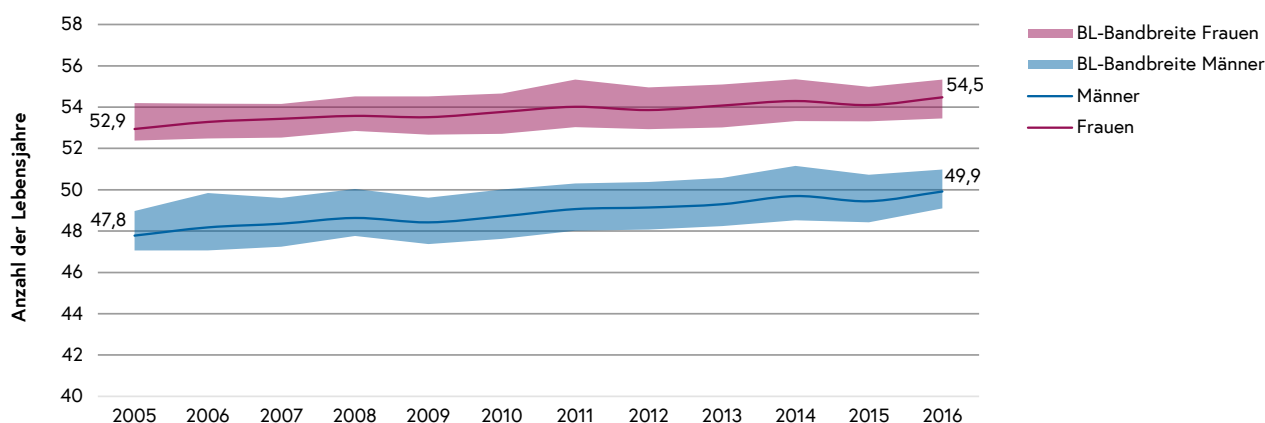
3 Gesundheitszustand

3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

3.1.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung steigt. Zwischen 2005 und 2016 ist sie für 30-jährige Männer um 2,1 und für 30-jährige Frauen um 1,6 Jahre gestiegen (s. [Abbildung 3](#)). Im Jahr 2016 konnten Männer dieses Alters noch 49,9 und gleichaltrige Frauen 54,5 weitere Lebensjahre erwarten. Der Zugewinn an Lebensjahren war bei 30-jährigen Männern etwas größer als bei Frauen dieses Alters, sodass der Geschlechterunterschied abgenommen hat (von 5,1 auf 4,6 Lebensjahre).

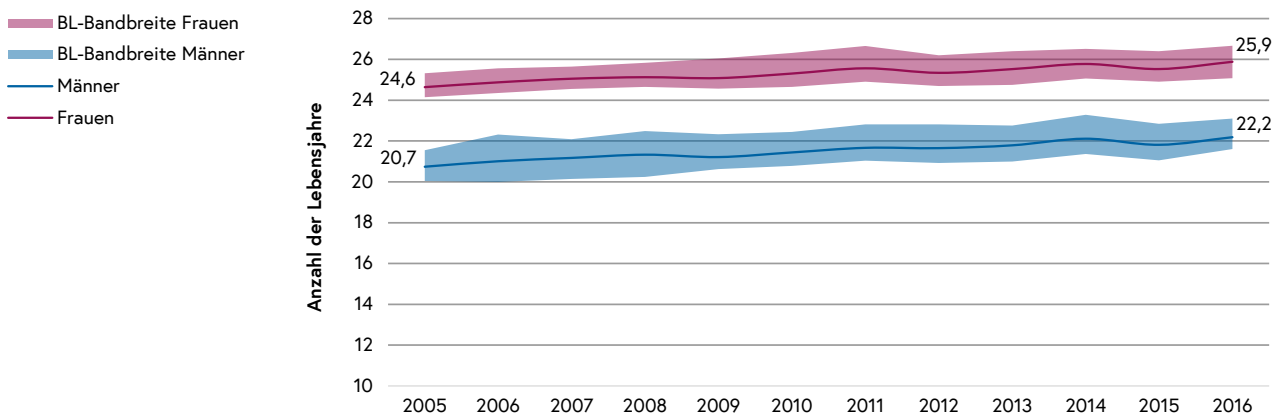
Abbildung 3: Lebenserwartung im Alter von 30 Jahren nach Geschlecht inklusive Bundesländerbandbreite, Österreich 2005–2016



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Auch für 60-Jährige ist im Beobachtungszeitraum die fernere Lebenserwartung gestiegen, bei Männern etwas stärker als bei den Frauen (1,5 vs. 1,3 Lebensjahre). Im Jahr 2016 konnten Männer dieses Alters noch mit 22,2 und gleichaltrige Frauen mit 25,9 weiteren Lebensjahren rechnen (s. [Abbildung 4](#)). Der Geschlechterunterschied ist bei den 60-Jährigen schwächer ausgeprägt als bei den 30-Jährigen, 2016 betrug er 3,7 Lebensjahre (2005: 3,9 Lebensjahre).

Abbildung 4: Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren nach Geschlecht inklusive Bundesländerbandbreite, Österreich 2005–2016

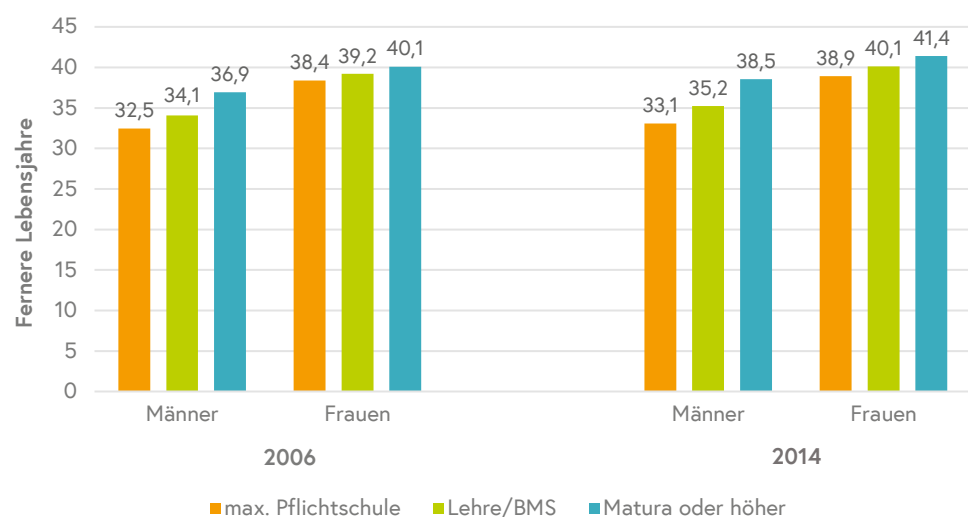


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Im Alter von 45 Jahren konnten im Jahr 2014 Männer mit maximal Pflichtschulabschluss mit 33,1 und Männer mit zumindest Matura mit 38,5 weiteren Lebensjahren rechnen. Der Unterschied betrug also 5,4 Lebensjahre. Bei 45-jährigen Frauen ist der Unterschied nach Bildungsgruppen hingegen geringer. Die fernere Lebenserwartung von Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss betrug 38,9 Lebensjahre und bei Frauen mit zumindest Matura 41,4 Lebensjahre, also nur ein Unterschied von 2,5 Jahren. Der Unterschied nach Bildungsgruppen ist zwischen 2006 und 2014 bei beiden Geschlechtern größer geworden und stieg bei Männern von 4,5 auf 5,4 Lebensjahre, bei Frauen von 1,7 auf 2,5 Lebensjahre.

Abbildung 5: Lebenserwartung im Alter von 45 Jahren nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, Österreich 2006 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

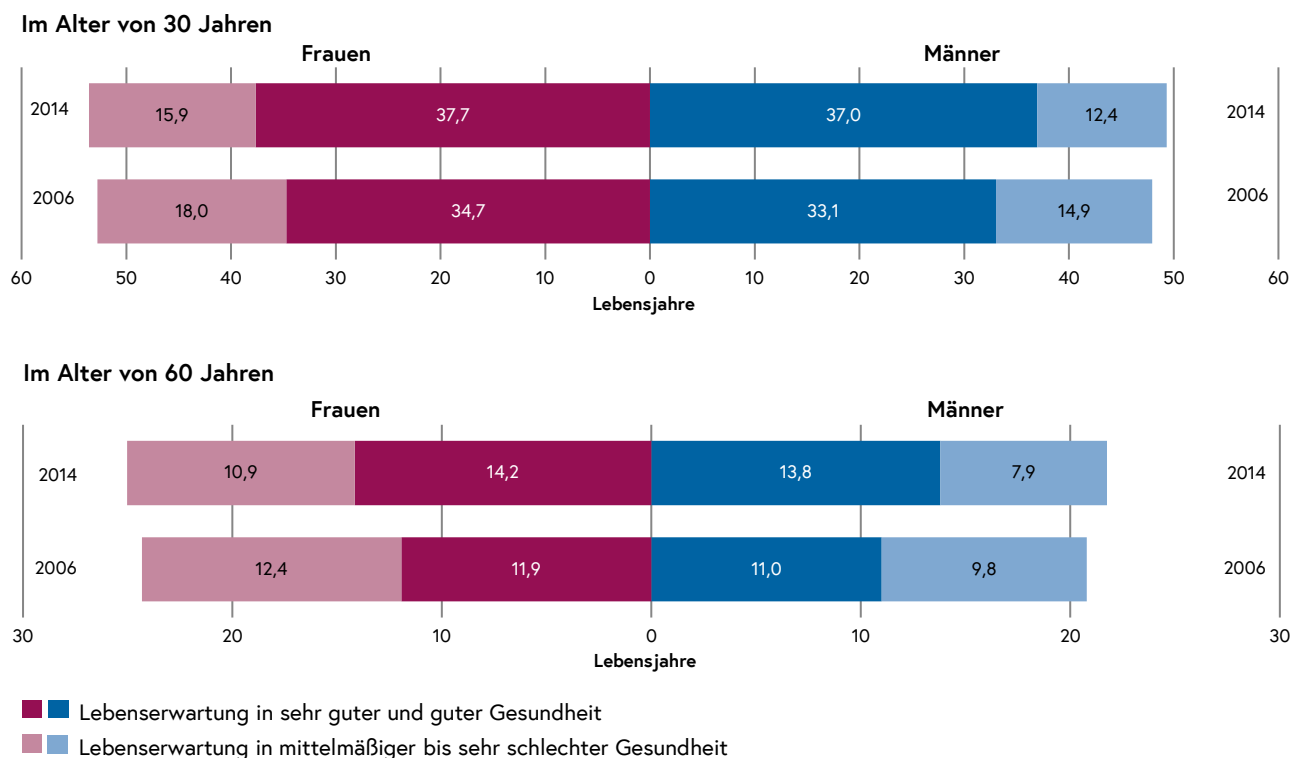
3.1.2 Lebenserwartung in Gesundheit

Nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die Lebensjahre, die in guter oder sehr guter Gesundheit erwartet werden können, haben sich positiv entwickelt. Im Jahr 2014 konnten 30-jährige Männer mit 37,0 und 30-jährige Frauen mit 37,7 weiteren Lebensjahren in (sehr) guter Gesundheit rechnen. Das sind drei bzw. vier Jahre mehr als noch im Jahr 2006. Gleichzeitig ist die Phase der Lebensjahre mit mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit kürzer geworden.

Der Unterschied der Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Geschlecht ist – im Vergleich zur Lebenserwartung insgesamt – gering und hat bei den 30-Jährigen von 1,6 Jahren (im Jahr 2006) auf 0,7 Jahre (im Jahr 2014) abgenommen. Das bedeutet, dass Frauen mehr Jahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit verbringen als Männer (+3,5 Lebensjahre; 15,9 vs. 12,4 Jahre).

Auch bei den 60-Jährigen hat sich die verbleibende Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit erhöht: Von 11,0 auf 13,8 bei Männern und von 11,9 auf 14,2 Lebensjahre bei Frauen. Der Unterschied nach Geschlecht ist also auch in dieser Altersgruppe kleiner geworden (von 0,9 auf 0,3 Lebensjahre).

Abbildung 6: Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit im Alter von 30 und 60 Jahren nach Geschlecht, Österreich 2006 und 2014



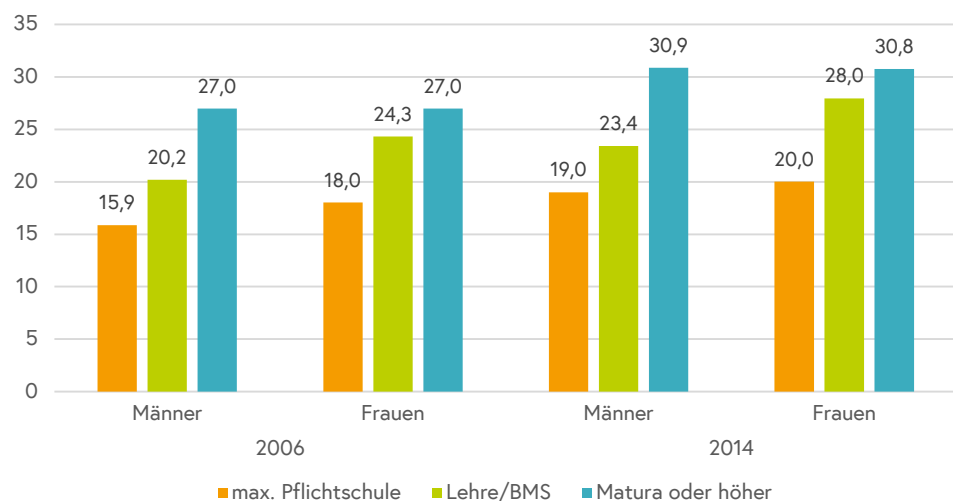
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2006 und 2014; Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Deutlich größer noch als in der Lebenserwartung sind die bildungsbedingten Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit: Im Jahr 2014 konnten 45-jährige Männer und Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss mit knapp 31 weiteren Lebensjahren in sehr guter oder guter Gesundheit rechnen, während Männer und Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss 19 bzw. 20 solcher Lebensjahre erwarten konnten. Die Differenz betrug bei Männern somit rund 12 und bei Frauen rund 11 Lebensjahre (s. [Abbildung 7](#)). Auch die Unterschiede in der gesunden Lebenserwartung sind zwischen 2006 und 2014 etwas größer geworden. Die Differenz zwischen niedrigstem und höchstem Bildungsabschluss hat sich bei Männern von etwa 11 auf 12 und bei Frauen von 9 auf 11 Lebensjahre erhöht.

Ein Vergleich der Lebenserwartung in guter oder sehr guter Gesundheit der einzelnen Bildungskategorien zeigt, dass insbesondere Frauen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss einen Vorteil gegenüber den Männern dieser Bildungskategorie haben: 45-jährige Frauen mit einem Lehr-/BMS-Abschluss können mit 4,6 gesunden Lebensjahren mehr rechnen als gleichaltrige Männer dieser Bildungsgruppe. Geringe oder keine Unterschiede zeigen sich in der Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss und bei Menschen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 7](#)). Während in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss der Unterschied zwischen Männern und Frauen im Vergleich der Jahre 2006 und 2014 geringer geworden ist (von 2,1 auf 1 Lebensjahr), hat der Unterschied in der Bevölkerungsgruppe mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss etwas zugenommen (von 4,1 auf 4,6 Lebensjahre).

Abbildung 7: Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit im Alter von 45 Jahren nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, Österreich 2006 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2006 und 2014, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Lebenserwartung gibt an, mit wie vielen Lebensjahren im Durchschnitt gerechnet werden kann. Zumeist wird dies für den Zeitpunkt der Geburt angegeben, im vorliegenden Bericht wird die Lebenserwartung für ein späteres Alter berechnet, nämlich für die 30- und die 60-Jährigen. In diesem Fall handelt es sich um die fernere Lebenserwartung. Als Berechnungsbasis dienen Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik.

Die Lebenserwartung in Gesundheit gibt an, mit wie vielen gesunden Lebensjahren im Durchschnitt gerechnet werden kann. Berechnungsbasis hierfür sind Befragungsergebnisse in Kombination mit Sterbetafeln (Klimont/Klotz 2016). Im vorliegenden Bericht wird die ATHIS-Frage nach der selbsteingeschätzten Gesundheit in der Ausprägung sehr gut und gut für die Berechnung herangezogen.

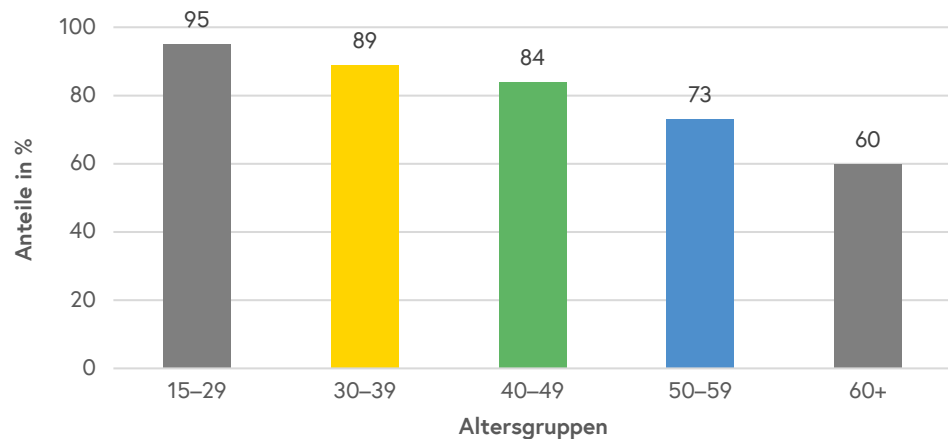
Auch Aussagen über Unterschiede in der Lebenserwartung nach Bildung können nur in Kombination mit Befragungsdaten getroffen werden.

3.2 Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

82 Prozent der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung in Österreich verfügen laut ATHIS 2014 über eine gute bis sehr gute Gesundheit (BL-Bandbreite: 79–86%). Nur 4 Prozent bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 2–5%). Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der 30- bis 59-Jährigen entspricht damit in etwa jenem der Gesamtbevölkerung (15 Jahre oder älter), wobei 15- bis 29-Jährige eine bessere und ab 60-Jährige eine schlechtere Bewertung abgeben (s. [Abbildung 8](#)). Seit 2006/2007 hat sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der 30- bis 59-Jährigen leicht verbessert: Der Anteil derer, die sich selbst als sehr gesund bis gesund beschreiben, ist von 80 auf 82 Prozent gestiegen.

Ein Geschlechterunterschied findet sich ausschließlich bei den 50- bis 59-Jährigen (sehr gute/gute Gesundheit: Männer 75%, Frauen 71%). Für diesen Unterschied sind eine höhere Krankheitslast sowie vermehrt Einschränkungen im Alltag verantwortlich (mehr chronische Krankheiten und Einschränkungen bei Frauen, s. [Kapitel 3.3.1](#) und [3.4.1](#)). Der Anteil sehr gesunder/gesunder Österreicher/-innen nimmt mit dem Alter deutlich ab. Dies gilt nicht nur insgesamt (Griebler et al. 2017), sondern auch für die untersuchten Altersgruppen (s. [Abbildung 8](#)).

Abbildung 8: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Altersgruppen, ab 15-Jährige, Österreich 2014



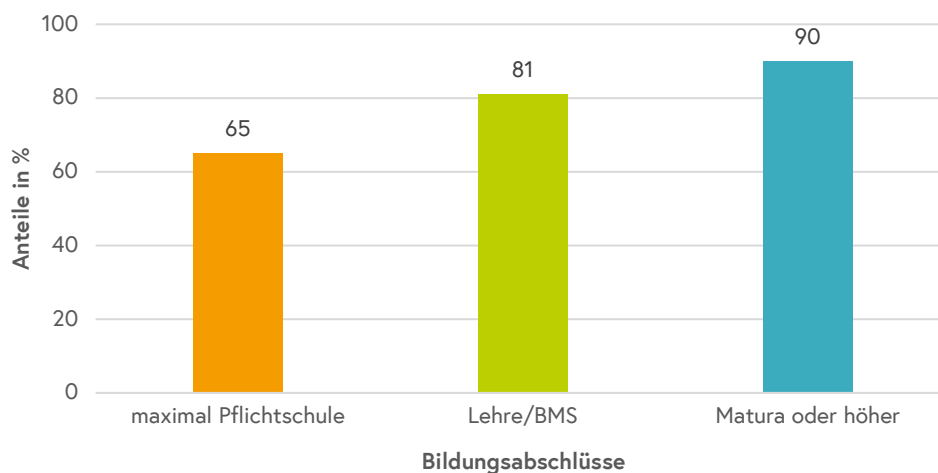
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Die selbsteingeschätzte Gesundheit weist einen deutlichen Zusammenhang mit der Bildung auf: 30- bis 59-Jährige mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss berichten deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss oder mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. [Abbildung 9](#)). Umgekehrt schätzen rund 11 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss ihre

Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht ein, während dies nur auf 3,4 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss bzw. auf 1,5 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss zutrifft.

Abbildung 9: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die selbsteingeschätzte Gesundheit gibt Auskunft über den allgemeinen Gesundheitszustand. Im Unterschied zu rein klinischen Befunden werden damit auch die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit erfasst (Klimont/Baldaszi 2015). Die selbsteingeschätzte Gesundheit gibt an, wie gesund sich jemand fühlt, und eignet sich für die Vorhersage von Krankheit und Sterblichkeit sowie jene der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Bachmann et al. 2015). Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen sowie chronischen Erkrankungen, nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und haben ein höheres Sterberisiko (Robert Koch-Institut 2015).

Die selbsteingeschätzte Gesundheit wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragungen (ATHIS) 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

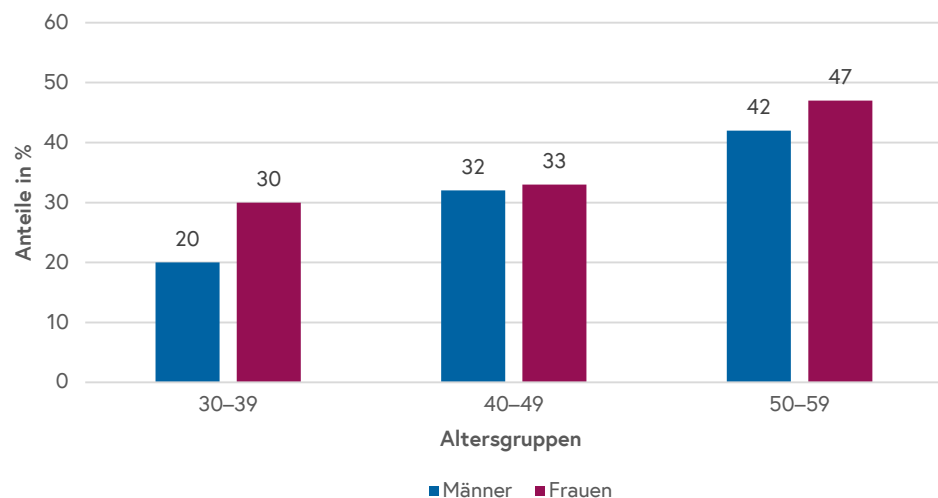
3.3 Krankheiten und Gesundheitsprobleme

3.3.1 Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

34 Prozent der 30- bis 59-Jährigen in Österreich (rund 1,27 Mio. Männer und Frauen) litten 2014 an zumindest einer dauerhaften Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem (BL-Bandbreite: 31–36%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit in etwa im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter: 36%), wobei jüngere (15 bis 29 Jahre) wesentlich seltener und ältere (60 Jahre und älter) deutlich häufiger chronisch krank sind (s. [Abbildung 11](#)). Seit 2006/2007 blieb dieser Anteil weitgehend unverändert.

Mit einem Anteil von 37 Prozent sind 30- bis 59-jährige Frauen häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen als Männer dieses Alters (32%). Eine weiterführende Analyse verdeutlicht, dass dieser Geschlechterunterschied zwar bei den 30- bis 39-Jährigen sowie bei den 50- bis 59-Jährigen besteht, nicht aber bei den 40- bis 49-Jährigen (s. [Abbildung 10](#)).

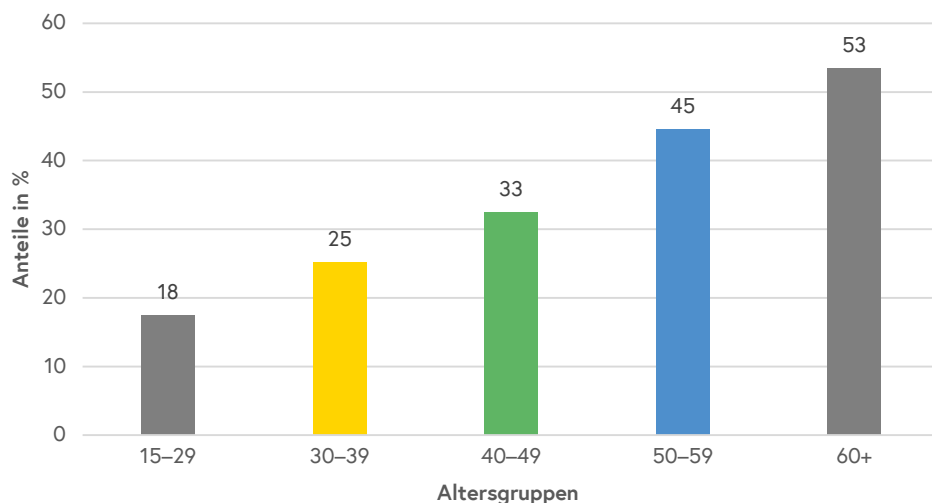
Abbildung 10: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Das Ausmaß chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit dem Alter deutlich zu, sowohl insgesamt (Griebler et al. 2017) als auch innerhalb der untersuchten Altersgruppe (s. [Abbildung 11](#)): von 25 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf 45 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen.

Abbildung 11: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen, Österreich 2014

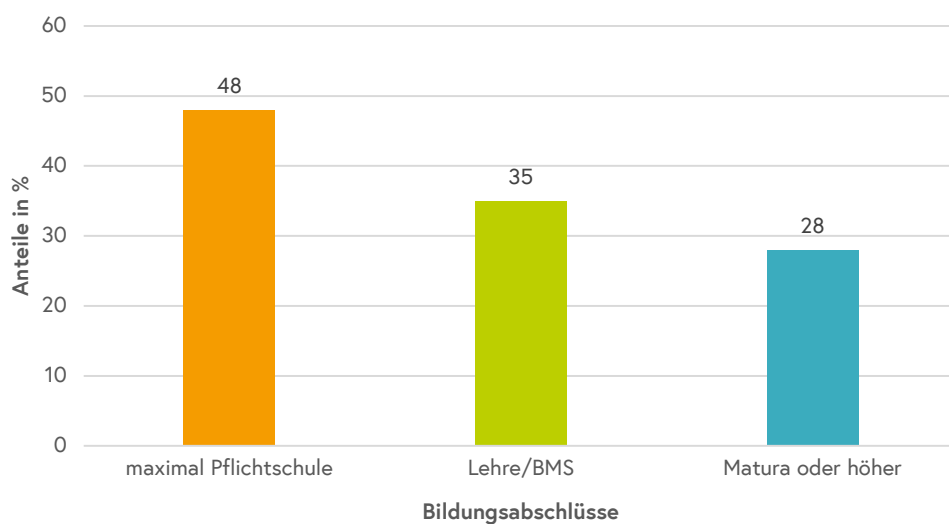


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme sinkt mit zunehmender formaler Bildung: von 48 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 28 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss, s. [Abbildung 12](#)).

Abbildung 12: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

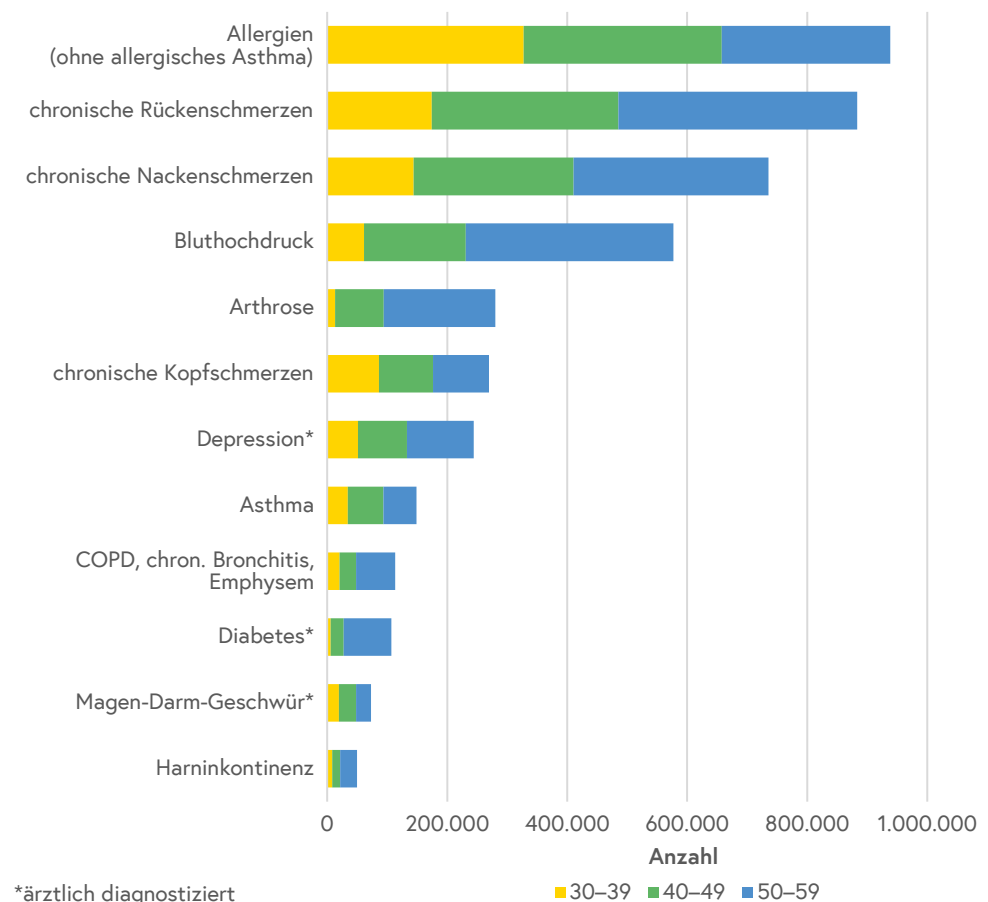


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.1 Überblick

Am häufigsten ist die 30- bis 59-jährige Bevölkerung von Allergien (rund 938.000 Personen), chronischen Rückenschmerzen (rund 883.000 Personen), chronischen Nackenschmerzen (rund 736.000 Personen), Bluthochdruck (rund 577.000 Personen), Arthrose (rund 280.000 Personen), chronischen Kopfschmerzen (rund 270.000 Personen) und Depressionen (rund 244.000 Personen) betroffen (s. [Abbildung 13](#)). Dies gilt für Männer und Frauen, wenngleich das Ranking dieser chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme bei beiden ein wenig unterschiedlich ausfällt.

Abbildung 13: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definition und Daten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) wird zuerst – ganz allgemein – nach dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen gefragt (Krankheiten/Gesundheitsprobleme, die zumindest 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). Danach werden – in Bezug auf die letzten zwölf Monate – einzelne Krankheiten und Gesundheitsprobleme erfasst. Bei manchen Krankheiten wird darüber hinaus erhoben, ob dafür eine ärztliche Diagnose vorliegt (Klimont/Baldaszi 2015). Nur bei ausgewählten Krankheiten/Gesundheitsproblemen ist ein Vergleich mit dem ATHIS 2006/2007 möglich (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

3.3.1.2 Allergien

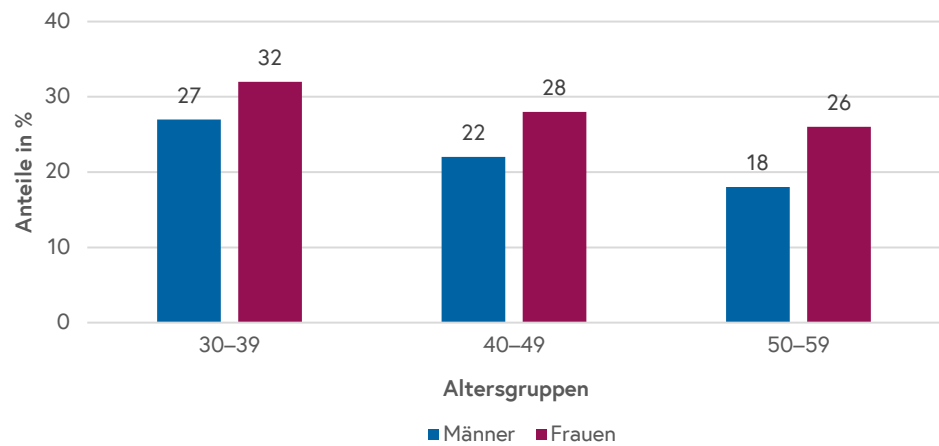
25 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher im Alter von 30 bis 59 Jahren sind – laut ATHIS 2014 – von irgendeiner Form von Allergie (ohne allergisches Asthma) betroffen (rund 938.000 Personen; BL-Bandbreite: 21–27%). Der Großteil dieser Allergien wurde ärztlich diagnostiziert (21 von 25%). Die 30- bis 59-Jährigen liegen damit im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter: 24%), wobei jüngere (15 bis 29 Jahre) häufiger (29%) und ältere (60 Jahre und älter) seltener von Allergien betroffen sind (18%).

Seit 2006/2007 ist der Anteil der Betroffenen zwischen 30 und 59 Jahren um rund 9 Prozentpunkte gestiegen. Darüber hinaus wurde eine Zunahme auch in der jüngeren und älteren Bevölkerung beobachtet (Griebler et al. 2017).

Frauen zwischen 30 und 59 Jahren berichten mit einem Anteil von 29 Prozent deutlich häufiger von Allergien als Männer dieses Alters (22%). Der Geschlechtsunterschied findet sich in allen Altersgruppen sowie bei Frauen und Männern mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss. Kein Unterschied besteht hingegen bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 15](#)). In dieser Gruppe sind Frauen und Männer in etwa gleich häufig von Allergien betroffen (um die 28%).

Der Anteil der Bevölkerung, der (ärztlich diagnostizierte) Allergien aufweist, nimmt mit dem Alter ab: von 29 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf 22 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen. Dieses Muster findet sich bei Männern und Frauen (s. [Abbildung 14](#)).

Abbildung 14: Allergien nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

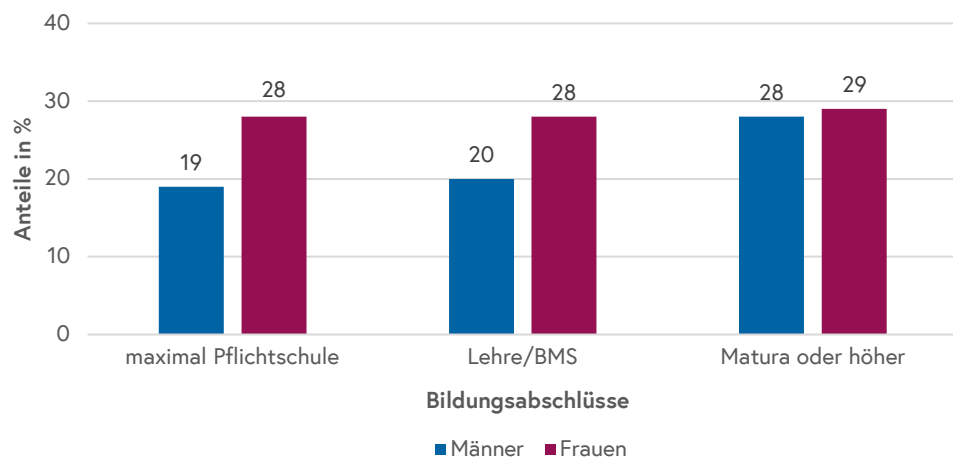


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Bei der männlichen Bevölkerung (30 bis 59 Jahre) steigt die Allergieprävalenz mit einem höheren Bildungsabschluss: von rund 19–20 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf 28 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsgrad. Bei der weiblichen Bevölkerung (30 bis 59 Jahre) beträgt die Allergieprävalenz unabhängig vom Bildungsstatus rund 28–29 Prozent (s. [Abbildung 15](#)).

Abbildung 15: Allergien nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.3 Bewegungsapparat

Drei der in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 angesprochenen chronischen Krankheiten/Gesundheitsprobleme betreffen den Bewegungsapparat: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose. Alle drei Beschwerdegruppen sind vergleichsweise häufig (s. [Abbildung 16](#)):

- 24 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen leiden unter chronischen Rückenschmerzen (rund 883.000 Personen; BL-Bandbreite: 21–28 %; 15- bis 29-Jährige: 9 %, ab 60-Jährige: 37 %).
- 20 Prozent sind von chronischen Nackenschmerzen betroffen (rund 736.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–23 %; 15- bis 29-Jährige: 7 %, ab 60-Jährige: 25 %).
- 8 Prozent haben eine Arthrose (rund 280.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–11 %; 15- bis 29-Jährige: 0,5 %, ab 60-Jährige: 29 %), 7 Prozent ärztlich diagnostiziert.

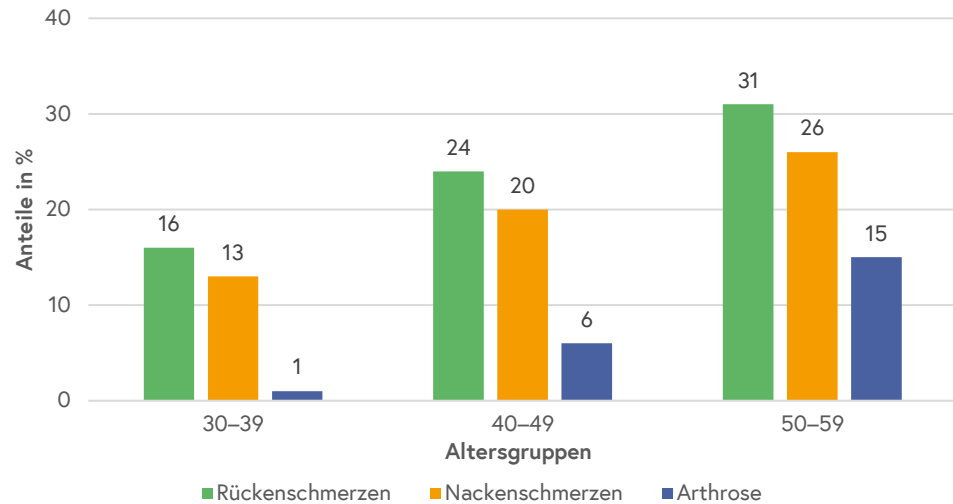
In den Jahren 2006/2007 waren 11 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen von einer Arthrose (inkl. Arthritis) und 34 Prozent von Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Rücken-, Nacken- oder Brustwirbelbereich) betroffen.

Geschlechterunterschiede finden sich in puncto Nackenschmerzen und Arthrose:

- Frauen sind deutlich häufiger von chronischen Nackenschmerzen betroffen als Männer (24 % vs. 15 %). Am größten fällt der Geschlechterunterschied hier in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen aus (Frauen: 32 %, Männer: 19 %). Mit Ausnahme 30- bis 59-jähriger Personen mit Pflichtschulabschluss zeigt sich dieser Unterschied bei Frauen und Männern sowohl mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (Frauen: 26 %, Männer: 16 %) als auch mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (Frauen: 21 %, Männer: 10 %, s. [Abbildung 16](#)).
- Zudem sind Frauen zwischen 50 und 59 Jahren in etwa doppelt so häufig von einer Arthrose betroffen als Männer (18 % vs. 10 %). Unterschiede zwischen 30- bis 59-jährigen Männern und Frauen gibt es zudem in der Bevölkerungsgruppe mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss, nicht jedoch bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 16](#)). Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss (15 %) oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss (10 %) sind dabei häufiger von einer Arthrose betroffen als Männer dieser Bildungsgruppen (9 % bzw. 7 %).

Alle genannten Beschwerden des Bewegungsapparats nehmen mit dem Alter deutlich zu. Dies gilt insgesamt (Griebler et al. 2017) sowie für die untersuchten Altersgruppen (s. [Abbildung 16](#)).

Abbildung 16: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



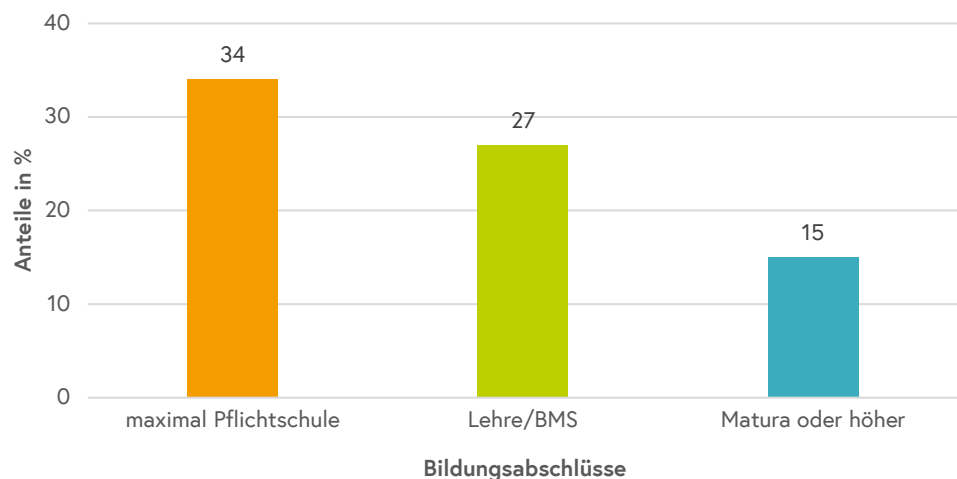
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Beschwerden des Bewegungsapparats nehmen mit zunehmender Bildung ab:

- Chronische Rückenschmerzen nehmen mit steigender formaler Bildung ab: von 34 Prozent bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 15 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 17](#)).

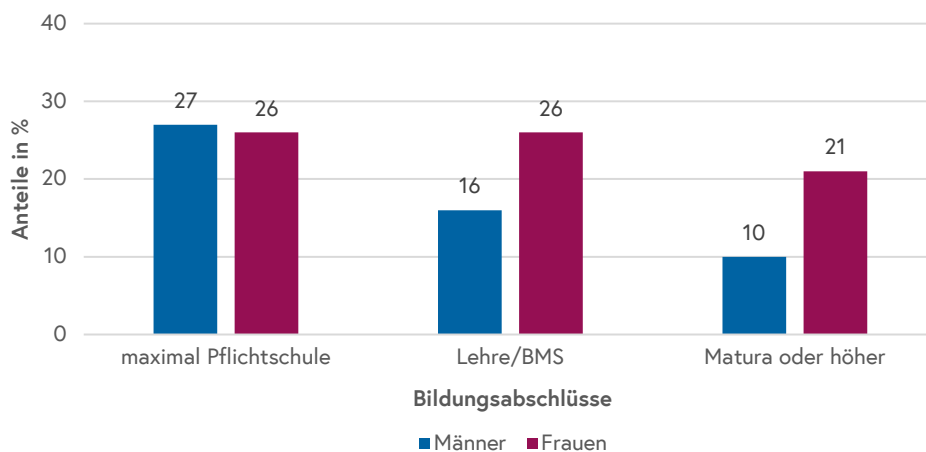
Abbildung 17: Chronische Rückenschmerzen nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

- Chronische Nackenschmerzen sind mit zunehmender formaler Bildung weniger prävalent, bei Männern deutlicher als bei Frauen (s. [Abbildung 18](#)). Während 30- bis 59-jährige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss nur zu 16 Prozent von chronischen Nackenschmerzen oder von Problemen im Bereich der Halswirbelsäule betroffen sind, trifft dies bei Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf 20 Prozent und bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 27 Prozent zu.

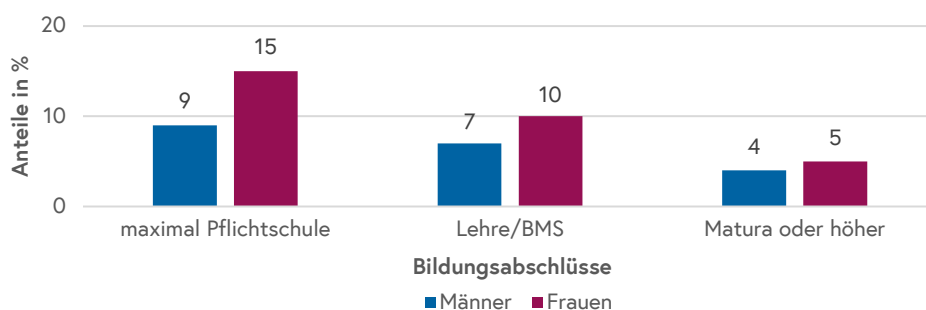
Abbildung 18: Chronische Nackenschmerzen nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

- Die Arthroseprävalenz nimmt mit steigender formaler Bildung zu, bei Frauen zwischen 30 und 59 Jahren noch stärker als bei Männern dieser Altersgruppe (s. [Abbildung 19](#)). Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss sind in etwa dreimal häufiger (15%), Männer in etwa doppelt so häufig (9%) von einer Arthrose betroffen als Frauen und Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (5% bzw. 4%).

Abbildung 19: Arthrose nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

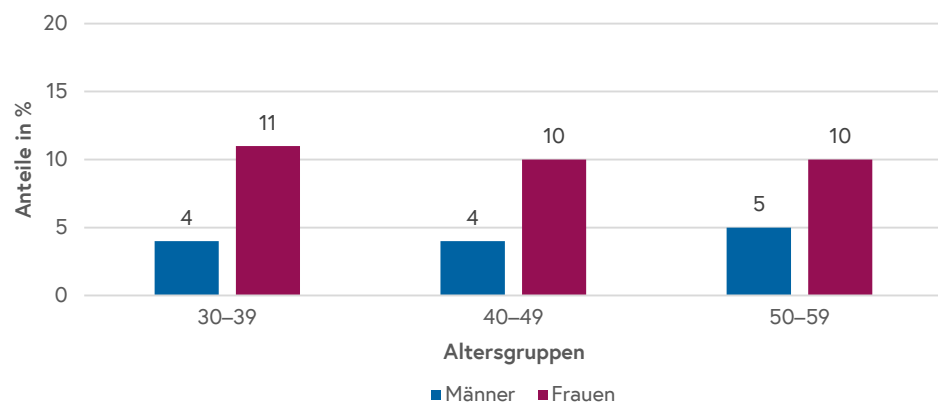
3.3.1.4 Kopfschmerzen

7 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher im Alter zwischen 30 und 59 Jahren sind – laut ATHIS 2014 – von chronischen Kopfschmerzen betroffen (rund 270.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–9%). Die Gruppe der 30- bis 59-jährigen liegt damit in etwa im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (15 Jahre oder älter), wobei 15- bis 29-Jährige geringfügig häufiger (8%) und ab 60-Jährige etwas seltener (5%) betroffen sind.

30- bis 59-jährige Frauen berichten deutlich häufiger von chronischen Kopfschmerzen als Männer (11% vs. 4%). Dies gilt für alle Alters- und Bildungsgruppen (s. [Abbildung 20](#) und [Abbildung 21](#)). Am deutlichsten fällt der Geschlechterunterschied bei 30- bis 59-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss aus (17% vs. 7%).

Hinsichtlich der untersuchten Altersgruppen sind chronische Kopfschmerzen in allen drei Altersgruppen in etwa gleich prävalent (7–8%). Dies gilt bei Männern wie Frauen (s. [Abbildung 20](#)).

Abbildung 20: Chronische Kopfschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

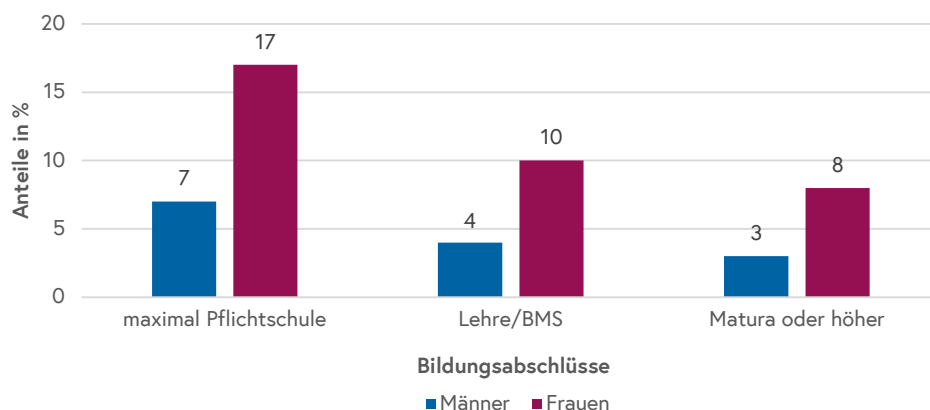


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Die Häufigkeit chronischer Kopfschmerzen nimmt mit steigender formaler Bildung ab: von rund 13 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Personen mit maximal Pflichtschulabschluss über 7 Prozent bei gleichaltrigen Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf rund 5 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Dieses Muster gilt für Männer wie Frauen (s. [Abbildung 21](#)).

Abbildung 21: Chronische Kopfschmerzen nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.5 Atemwegserkrankungen

Die häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen sind Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit/chronic obstructive pulmonary disease). Im Jahr 2014 litten – laut ATHIS – 4 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren an Asthma (einschließlich allergischen Asthmas; rund 149.000 Personen; BL-Bandbreite: 2–6%; 15- bis 29-Jährige: 3%, ab 60-Jährige: 6%) und 3 Prozent an chronischer Bronchitis, einem Lungenemphysem oder COPD (rund 113.000 Personen; BL-Bandbreite: 2–4%; 15- bis 29-Jährige: 1%, ab 60-Jährige: 8%). 2006/2007 waren es ebenfalls 4 bzw. 3 Prozent.

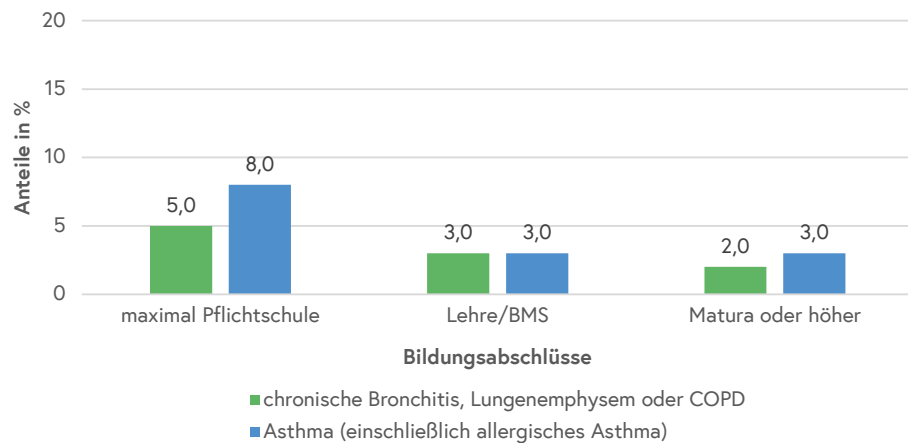
Frauen zwischen 30 und 49 Jahren sind etwas häufiger von Asthma betroffen als Männer in diesem Alter (30- bis 39-Jährige: 4% vs. 2%, 40- bis 49-Jährige: 6% vs. 3%). Kein Geschlechtsunterschied ist bei der Erkrankungsgruppe chronische Bronchitis, Lungenemphysem und COPD erkennbar.

Mit steigendem Alter nimmt bei der männlichen Bevölkerung die Asthmahäufigkeit zu: von 2 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf 4 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen. Bei den Frauen liegt die Prävalenz zwischen 4 und 6 Prozent mit einer Häufigkeitsspitze bei Frauen zwischen 40 und 49 Jahren. Chronische Bronchitis, Lungenemphysem und COPD steigen in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen auf 5 Prozent an und sind damit in dieser Altersgruppe um 3 Prozentpunkte häufiger als noch bei den 30- bis 49-Jährigen.

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-jährige Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss sind doppelt so häufig von Asthma betroffen wie gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (8% vs. 3%). Dieses Muster findet sich auch in Bezug auf die Erkrankungsgruppe chronische Bronchitis, Lungenemphysem und COPD (5% vs. 2%, s. Abbildung 22).

Abbildung 22: Atemwegserkrankungen nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.6 Diabetes

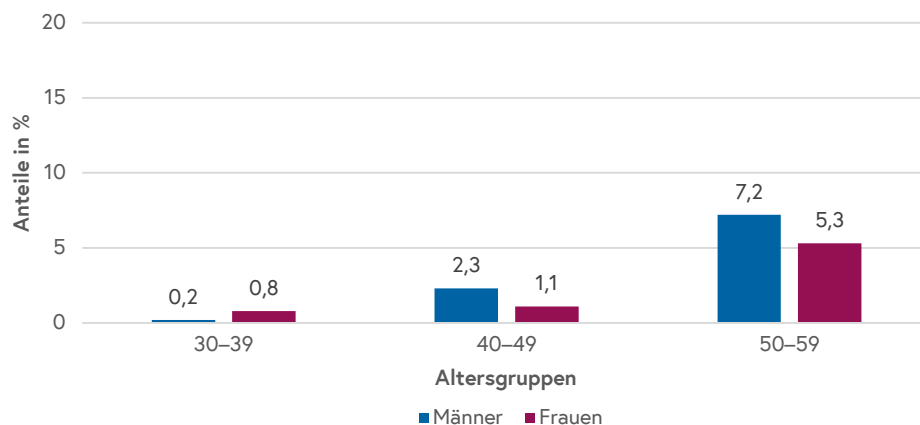
Diabetes mellitus zählt – neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychischen Erkrankungen – zu den wichtigsten Public-Health-Themen des 21. Jahrhunderts (Griebler et al. 2013; Schmutterer et al. 2017).

Gemäß ATHIS 2014 haben 3 Prozent der österreichischen Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren eine ärztlich diagnostizierte Diabeteserkrankung (rund 107.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–6%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter: 5%), da vor allem die ab 60-jährige Bevölkerung eine deutlich höhere Prävalenzrate aufweist (11%). Seit 2006/2007 blieb dieser Anteil weitgehend unverändert.

Männer zwischen 40 und 59 Jahren sind tendenziell häufiger von Diabetes betroffen als Frauen (40- bis 49-Jährige: 2% vs. 1%, 50- bis 59-Jährige: 7% vs. 5%), Frauen zwischen 30 und 39 Jahren etwas häufiger als Männer (0,8% vs. 0,2%). Der Geschlechterunterschied ist dabei vermutlich auf Fälle von Schwangerschaftsdiabetes zurückzuführen.

Die Diabetesprävalenz weist einen deutlichen Altersbezug auf (Griebler et al. 2017), bei Männern wie Frauen (s. [Abbildung 23](#)). Im untersuchten Alterssegment steigt die Prävalenz von 0,5 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf rund 6 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen.

Abbildung 23: Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

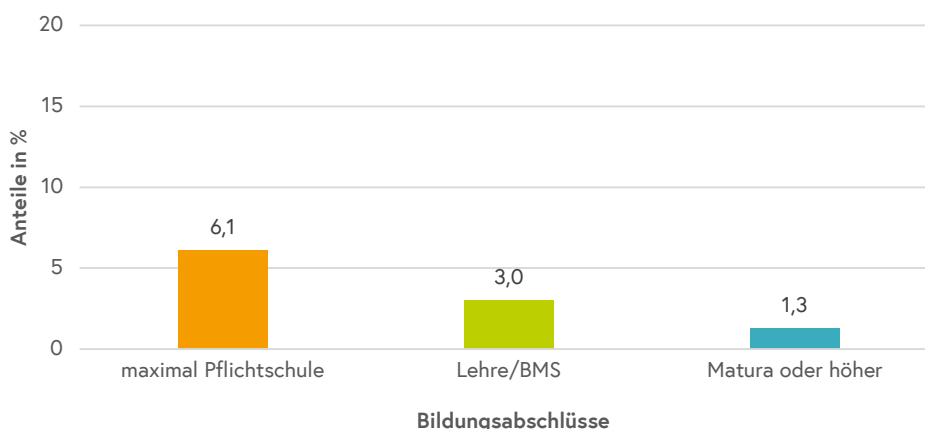


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-jährige Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss sind etwa doppelt so häufig von Diabetes betroffen als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss und rund fünfmal so häufig wie 30- bis 59-Jährige mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 24](#)).

Abbildung 24: Diabetes nach formaler Bildung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.3.1.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

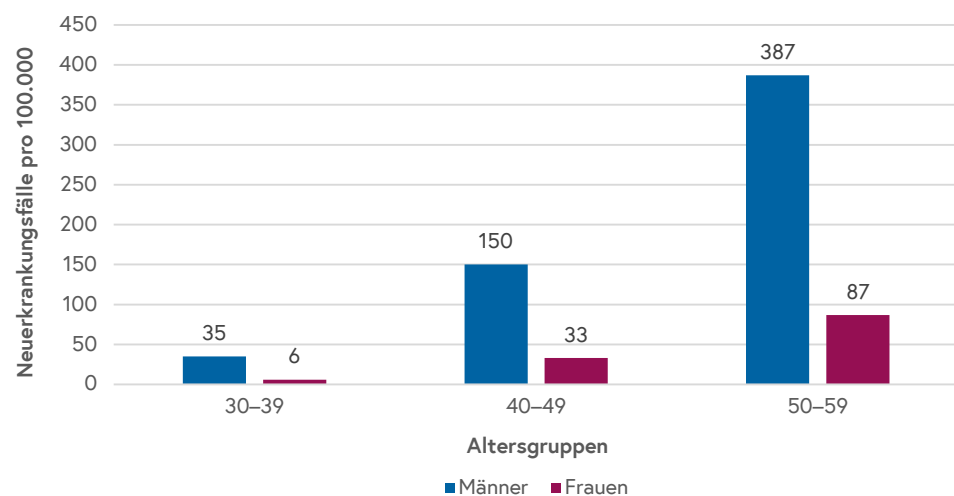
Herzinfarkt und Schlaganfall sind die häufigsten folgenschweren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Griebler et al. 2015).

Im Jahr 2017 erlitten in Österreich rund 19.400 Personen einen Myokardinfarkt (ICD-10: I21–22). Rund 4.600 von ihnen waren 30 bis 59 Jahre alt. Das entspricht einer altersstandardisierten Rate von 116 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 Einwohner/-innen dieser Altersgruppe (Europa-Bevölkerung 2013; BL-Bandbreite: 93–145 Fälle pro 100.000 EW).

Die männliche Bevölkerung (zwischen 30 und 59 Jahren) ist dabei auffallend häufiger von einem akuten Myokardinfarkt betroffen als die weibliche (rund 3.700 vs. 800 Neuerkrankungsfälle, 190 vs. 42 Fälle pro 100.000 EW dieser Altersgruppe). Der beobachtete Geschlechterunterschied findet sich in allen untersuchten Altersgruppen (s. [Abbildung 25](#)).

Die Inzidenzrate akuter Myokardinfarkte nimmt mit dem Alter deutlich zu, bei Männern wie bei Frauen. Dies gilt nicht nur insgesamt (Griebler et al. 2017), sondern auch innerhalb der untersuchten Altersgruppe (s. [Abbildung 25](#)).

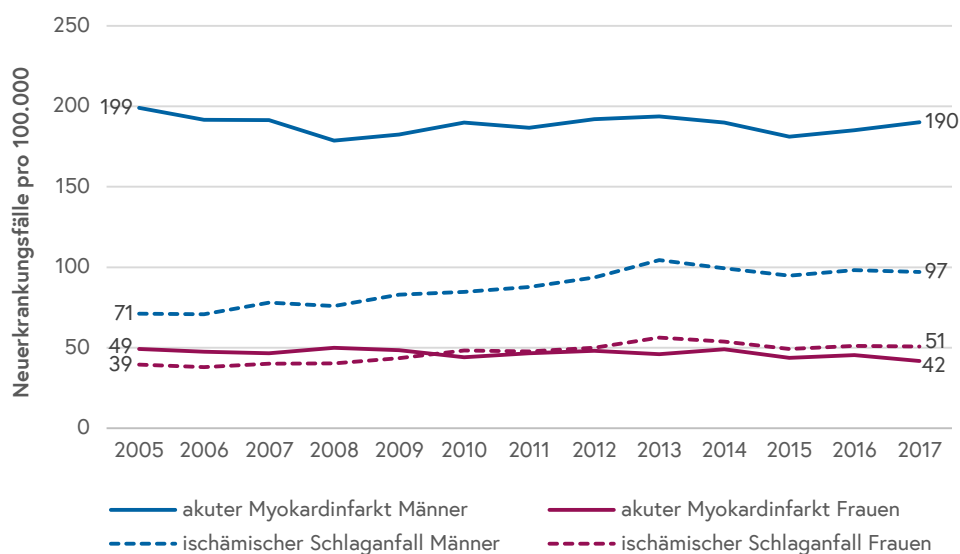
Abbildung 25: Akuter Myokardinfarkt nach Altersgruppen und Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2017, BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2017 bei Männern im Durchschnitt um 45 Fälle pro Jahr gestiegen (weitgehend kontinuierlich von rund 3.200 im Jahr 2005 auf rund 3.700 im Jahr 2017) und unterliegt bei Frauen deutlichen Schwankungen (zwischen 776 und 929 Neuerkrankungsfällen) mit einer Häufigkeitsspitze im Jahr 2014 (929 Fälle). Die altersstandardisierte Rate hat bei Männern um durchschnittlich 0,3 Prozent pro Jahr und bei Frauen um durchschnittlich 1,2 Prozent pro Jahr abgenommen (s. [Abbildung 26](#)).

Abbildung 26: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017



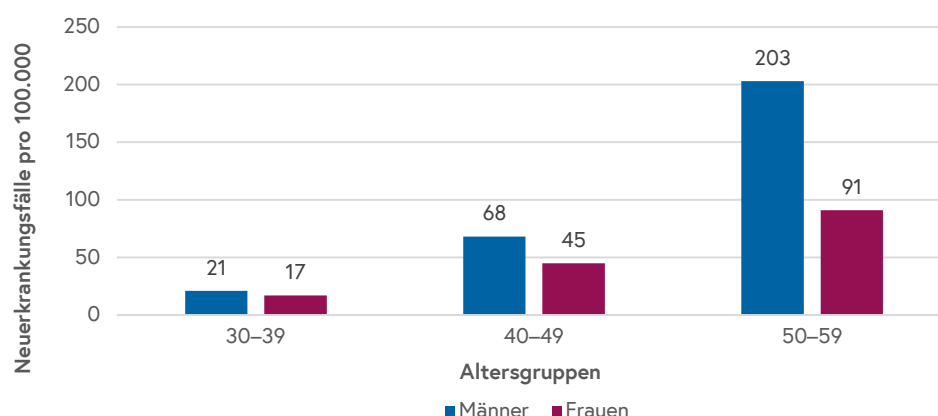
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017, BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen ischämischen Schlaganfall (ICD-10: I63; auch: Hirninfarkt) erlitten im Jahr 2017 rund 20.000 Personen. Rund 2.900 von ihnen waren im Alter von 30 bis 59 Jahren. Die altersstandardisierte Rate beträgt 74 Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner/-innen dieser Altersgruppe (Europa-Bevölkerung 2013; BL-Bandbreite: 58–80 Fälle pro 100.000 EW).

Auch ischämische Schlaganfälle sind in der männlichen Bevölkerung (zwischen 30 und 59 Jahren) deutlich häufiger als in der weiblichen (rund 1.900 vs. 1.000 Neuerkrankungsfälle, 97 vs. 51 Fälle pro 100.000 EW dieser Altersgruppe; s. [Abbildung 27](#)).

Die Inzidenzrate ischämischer Schlaganfälle nimmt mit dem Alter zu, bei Männern wie bei Frauen. Dies gilt sowohl insgesamt (Griebler et al. 2017) als auch innerhalb der untersuchten Altersgruppe (s. [Abbildung 27](#)).

Abbildung 27: Ischämische Schlaganfälle nach Altersgruppen und Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2017, BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ischämische Schlaganfälle sind sowohl absolut (um durchschnittlich 65 Fälle pro Jahr bei Männern und um 29 Fälle bei Frauen) als auch bezogen auf die altersstandardisierte Rate häufiger geworden. Die altersstandardisierte Rate hat bei Männern um durchschnittlich 2,8 Prozent pro Jahr und bei Frauen um durchschnittlich 2,3 Prozent pro Jahr zugenommen (s. [Abbildung 26](#)).

Definition und Daten

Akuter Myokardinfarkt (ICD-10-Codes: I21 und I22) und ischämischer Schlaganfall (ICD-10-Code: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten und Todesursachenstatistik geschätzt (s. BMG 2015a). Diese Inzidenz bildet die Grundlage für die hier dargestellten Analysen.

In den Daten **nicht** enthalten sind:

- klinisch unauffällige Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch in der Todesursachenstatistik nicht als solche dokumentiert wurden
- Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall verstorben sind.

Da in der DLD (bis 2014) keine Patientinnen/Patienten identifizierbar sind, wird die Anzahl der Betroffenen auf Basis der Postleitzahl ihrer Wohnadresse, des Geschlechts und des Geburtsdatums geschätzt: Sind Personen hinsichtlich dieser Merkmale identisch, werden sie als eine Patientin/ein Patient gezählt.

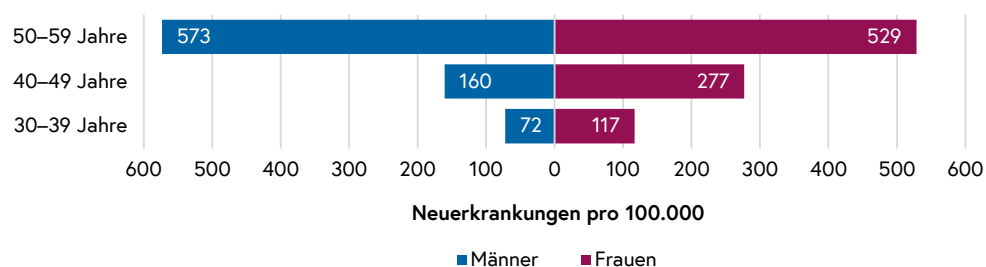
Daraus können sich Unschärfen bezüglich vermeintlich identischer Personen (Unterschätzung) sowie – bedingt durch einen Wohnortswechsel – vermeintlich verschiedener Personen (Überschätzung) ergeben. Seit 2015 werden Patientinnen und Patienten im stationären Bereich mit einem eindeutigen Pseudonym identifiziert. Dieses liegt allerdings nur für rund 84 Prozent der Patientinnen/Patienten vor. Um diese Unschärfe zu bereinigen, werden die Ergebnisse auf alle Patientinnen/Patienten hochgerechnet.

3.3.1.8 Krebs

Knapp 40.000 Menschen erkranken in Österreich jährlich an Krebs (ICD-10: C00-C96, exkl. C44); im Jahr 2015 traf das auf rund 21.250 Männer und rund 18.650 Frauen zu. Fast ein Viertel dieser Männer (rund 5.100) und fast ein Drittel dieser Frauen (rund 5.900) waren zwischen 30 und 59 Jahre alt. Für diese Altersgruppe ergibt sich daraus eine altersstandardisierte Rate von 267 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW bei Männern (Europa-Bevölkerung; BL-Bandbreite: 202–337 Fälle pro 100.000 EW) und von 307 bei Frauen (BL-Bandbreite: 255–410 Fälle pro 100.000 EW). Allein daran ist zu sehen, dass bei Frauen Krebserkrankungen früher im Leben auftreten als bei Männern.

Abbildung 28 zeigt die Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen nach drei Subaltersgruppen differenziert. Auch hier zeigt sich, dass bis zum 50. Lebensjahr Frauen häufiger an Krebs erkranken als Männer, aber ab 50 die Inzidenzrate bei Männern höher ist. Bei beiden Geschlechtern nimmt die Inzidenzrate mit dem Alter zu und steigt ab dem 50. Lebensjahr deutlich an.

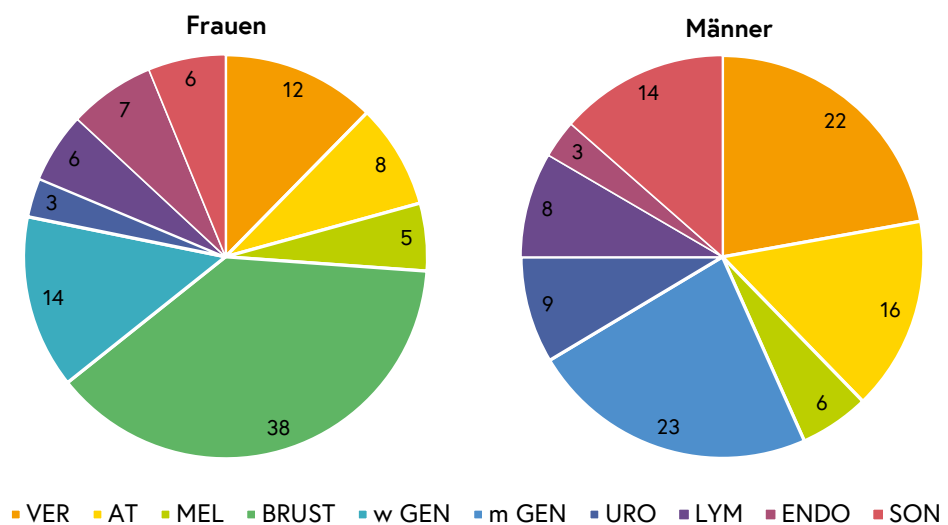
Abbildung 28: Krebsinzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die häufigste Lokalisation einer Krebserkrankung ist bei 30- bis 59-jährigen Frauen die Brust. Dies trifft für Frauen generell zu (mit 28% der Neuerkrankungen), ist aber in dieser Altersgruppe noch deutlicher ausgeprägt (38%). Die zweithäufigste Lokalisation betrifft die weiblichen Genitalorgane (jeweils etwa ein Drittel: Gebärmutterhals, Gebärmutter und Eierstöcke), die mit rund 14 Prozent in der untersuchten Altersgruppe etwa gleich prävalent sind wie in der weiblichen Gesamtbevölkerung. Seltener als in der Allgemeinbevölkerung kommt in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen Darmkrebs vor (12% vs. 23%), während Krebserkrankungen der Schilddrüse häufiger sind (7% vs. 3,5%, s. Abbildung 29).

Abbildung 29: Häufigste Krebslokalisationen nach Geschlecht (in %), 30- bis 59-Jährige, Österreich, Durchschnitt der Jahre 2005–2015



ICD-10-Codes:

VER:	C15–D26	bösartige Neubildungen (BN) der Verdauungsorgane
AT:	C30–C39	BN der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
MEL:	C43	Melanom
BRUST:	C50	BN der Brustdrüse
w GEN:	C51–C58	BN der weiblichen Genitalorgane
m GEN:	C60–C63	BN der männlichen Genitalorgane
URO:	C64–C68	BN der Harnorgane
LYM:	C81–C96	BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
ENDO:	C73–C75	BN der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen
SON:		sonstige Lokalisationen

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

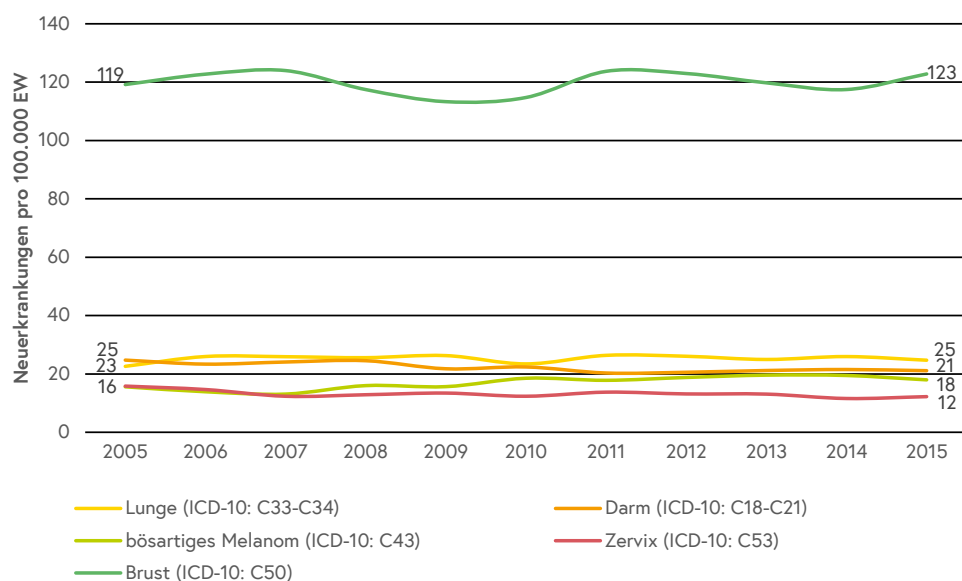
Bei Männern sind Prostata und Darm die häufigsten Krebslokalisationen. 23 Prozent der Neuerkrankungen 30- bis 59-jähriger Männer betreffen die männlichen Genitalorgane (innerhalb dieser 92% Prostata, 7% Hoden und 1% Penis) und 22 Prozent den Darm. Die dritthäufigste Krebserkrankung bei Männern dieses Alters entsteht in den Atmungsorganen (16%; 81% Bronchen und Lunge). Die Anteile der einzelnen Lokalisationen entsprechen weitgehend denjenigen aller Männer, die Anteile von Prostata- und Darmlokalisationen

sind in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen etwas geringer (23 vs. 26 % bei Prostata bzw. 22 vs. 27 % bei Darm) und bei Lippe, Mundhöhle und Pharynx etwas höher (7 % vs. 4 %, s. [Abbildung 29](#)).

Entgegen dem rückläufigen Trend der Krebsinzidenz in der Gesamtbevölkerung (2005 bis 2015) ist in der Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen Frauen ein leichter Anstieg zu beobachten (sehr schwankend, aber durchschnittlich +1,3 % pro Jahr). Der Rückgang bei 30- bis 59-jährigen Männern (durchschnittlich -2,1 % pro Jahr) entsprach etwa jenem der gesamten Männerpopulation.

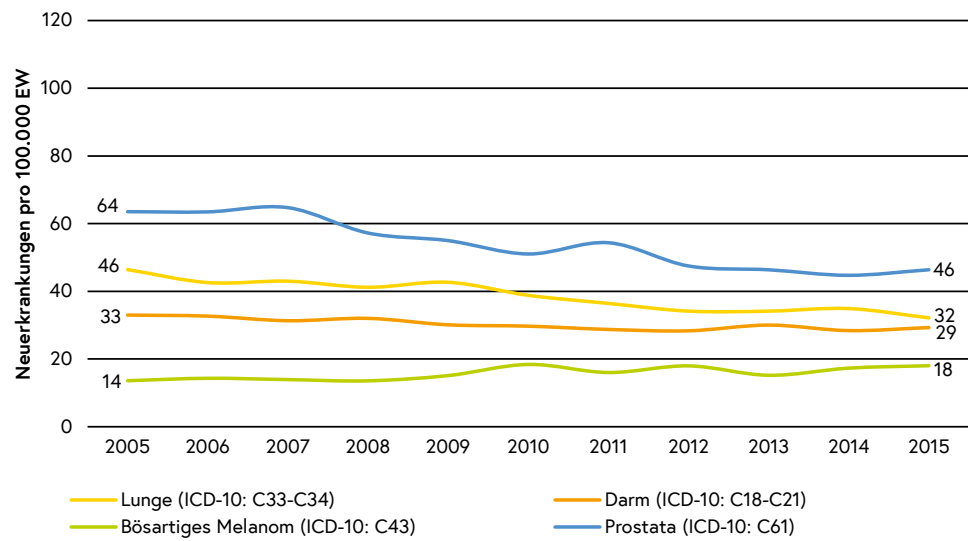
- Rückläufig in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen waren in der Periode 2005 bis 2015: Lungenkrebs bei Männern (-31%), Prostata (-27%), Zervix (-23 %) und Darm bei Männern (-11 %) und Frauen (-15 %, s. [Abbildung 30](#) und [Abbildung 31](#)).
- Steigende Inzidenzen zeigen sich bei bösartigen Melanomen (Männer: +33 %, Frauen: +15 %) sowie bei Lungenkrebs (Frauen: +9 %, s. [Abbildung 30](#) und [Abbildung 31](#)).

Abbildung 30: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Frauen, Österreich 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 31: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Männer, Österreich 2005–2015



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2005–2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Krebsstatistik wird von der Statistik Austria geführt und ist Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10: C00–C96 ohne C44). Die Krebsstatistik erfasst Krebsneuerkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich, die eine Behandlung in Österreich erfahren haben oder ursächlich an einer Krebserkrankung verstorben sind (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation. In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) bestehen regionale Krebsregister. Unter anderem deshalb sind Validität und Vollständigkeit der krebsbezogenen Daten regional und zeitlich sehr unterschiedlich. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend revidiert wird.

3.3.1.9 Depression²

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und sind maßgeblich für gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen verantwortlich (Nowotny et al. 2018).

Diagnostizierte Depression innerhalb der letzten zwölf Monate

Laut ATHIS 2014 hatten rund 7 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 bis 59 Jahren in den letzten zwölf Monaten eine ärztlich diagnostizierte Depression (rund 244.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–10%). Weitere 1,4 Prozent waren eigenen Angaben zufolge von einer Depression betroffen (rund 53.000 Personen). Die 30-bis 59-jährige Bevölkerung liegt damit etwas über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter: 6%), da vor allem die 15- bis 29-Jährigen eine geringere Prävalenzrate aufweisen (rund 2%).

Die weibliche Bevölkerung berichtet häufiger von einer ärztlich diagnostizierten Depression als die männliche (9 % vs. 5 %). Der beobachtete Geschlechterunterschied findet sich in allen untersuchten Alters- und Bildungsgruppen und wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst (BMASGK 2018b). Als am stärksten ausgeprägt erweist sich der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei den 50- bis 59-Jährigen (12 % vs. 6 %; s. [Abbildung 32](#)) und bei Frauen und Männern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Der beobachtete Geschlechterunterschied wird auch durch Ergebnisse einer klinischen Studie über Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich bestätigt. Auch in dieser Untersuchung weisen Frauen eine höhere Ein-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen auf als Männer (Wancata 2018).

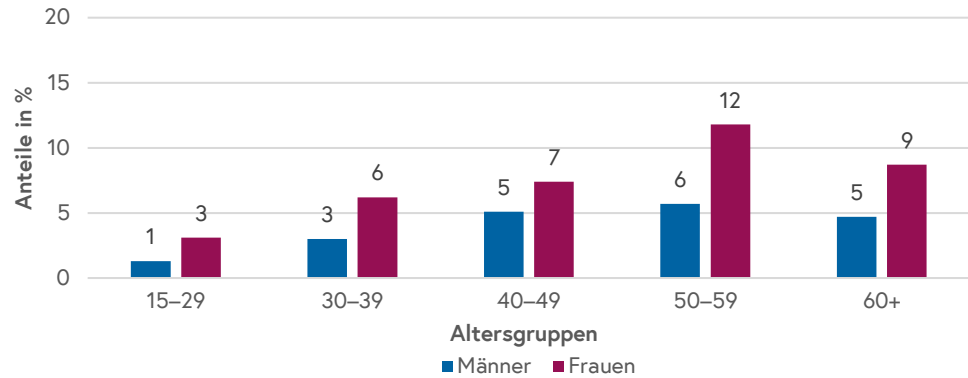
In puncto Depressionsdiagnostik sollte allerdings ein zweifacher Gender-Bias in Betracht gezogen werden (BMASGK 2018b):

1. Beurteilungsverfahren zur Erfassung von Depression gehen vom Prototyp der weiblichen Depression aus: Männliche Depressionssymptome bzw. Abwehrstrategien (z. B. Aggressivität, Ärgerattacken, Feindseligkeit, Irritabilität, Aktivismus oder exzessiver Alkoholkonsum) (Rihmer et al. 1995) sind daher in den führenden Depressionsinventarien nicht adäquat repräsentiert. Dies führt dazu, dass depressive Erkrankungen bei einem Teil der betroffenen Männer nicht erkannt werden, und begünstigt so Fehldiagnosen in Richtung antisozialer Persönlichkeitsstörung oder Alkoholabhängigkeit.
2. Geschlechterstereotype beeinflussen das Diagnosegespräch: Geschlechterstereotype Erwartungshaltungen von Patientinnen und Patienten sowie von Ärztinnen und Ärzten begünstigen Depressionsdiagnosen bei Frauen (Überdiagnosen) und führen bei Männern eher zu Unterdiagnosen. Stereotype Vorstellungen traditioneller männlicher Rollen (u. a. Fokus auf Erfolg, Leistung und Kontrolle) widersprechen den typischen Depressionssymptomen (Gedrücktheit, Anhedonie, Antriebsverlust, Schwäche, Hilfsbedürftigkeit), wohingegen traditionelle Rollenvorstellungen von Frauen (emotional, ängstlich, hilfsbedürftig) eine Depressionsdiagnose befördern.

2 Anhand von Routinedaten können derzeit keine Aussagen über die Häufigkeit anderer psychischer Erkrankungen getroffen werden.

Bei Männern wie bei Frauen nimmt die Prävalenz ärztlich diagnostizierter Depressionen ab einem Alter von 30 Jahren deutlich zu (Griebler et al. 2017) mit einer Häufigkeitsspitze bei der 50- bis 59-jährigen Bevölkerung³ (s. [Abbildung 32](#)).

Abbildung 32: Ärztlich diagnostizierte Depression nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014

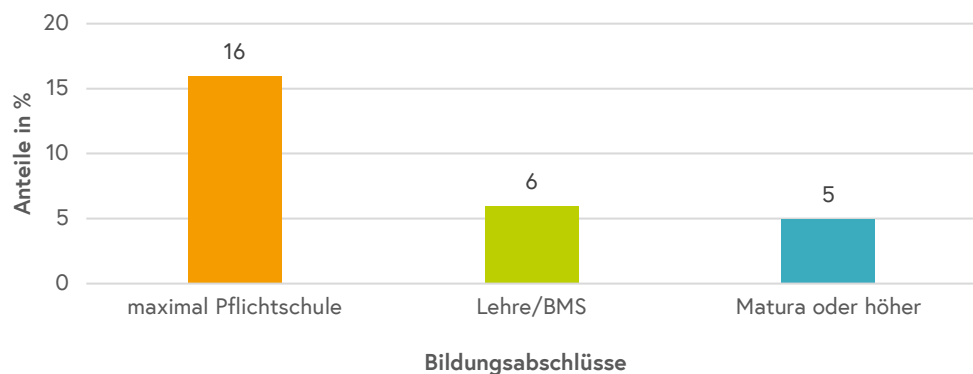


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Nach Bildungskategorien ist die 30- bis 59-jährige Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss ungefähr dreimal so häufig von depressiven Erkrankungen betroffen als die gleichaltrige Bevölkerung mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 33](#)).

Abbildung 33: Ärztlich diagnostizierte Depression nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

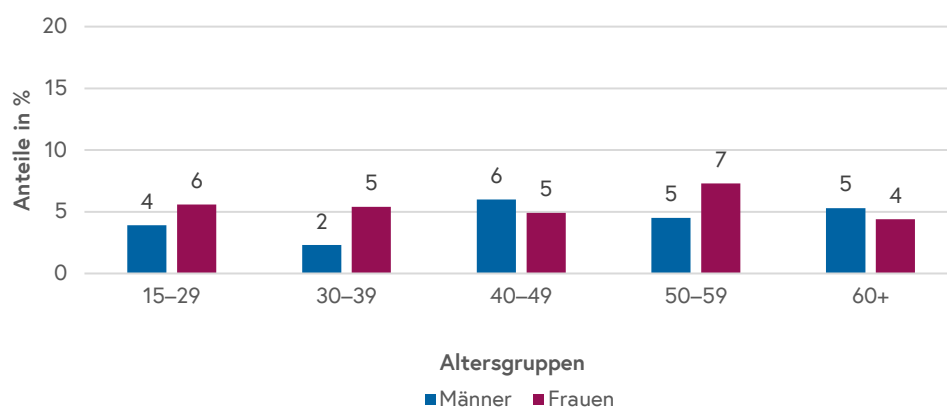
³ in größeren Kategorien dargestellt bei der 45- bis 59-jährigen Bevölkerung (Griebler 2018)

Depressive Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen

5 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren waren – laut ATHIS 2014 – innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung von einer akuten depressiven Symptomatik betroffen (rund 189.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–7%), 1,6 Prozent von einer Major Depression (57.000 Personen). Die 30- bis 59-jährige Bevölkerung entspricht damit der Gesamtbevölkerung, da auch die 15- bis 30-Jährigen und die ab 60-Jährigen ähnliche Werte aufweisen.

Bei 30- bis 59-jährigen Frauen beträgt der Anteil von depressiver Symptomatik Betroffener je nach Altersgruppe 5 bis 7 Prozent, bei Männern dieses Alters 2 bis 6 Prozent, wobei bei Letzteren die 40- bis 59-Jährigen (5–6%), bei den Frauen die 50- bis 59-Jährigen⁴ häufiger eine akute depressive Symptomatik aufweisen (7%; s. Abbildung 34).

Abbildung 34: Akute depressive Symptomatik nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014



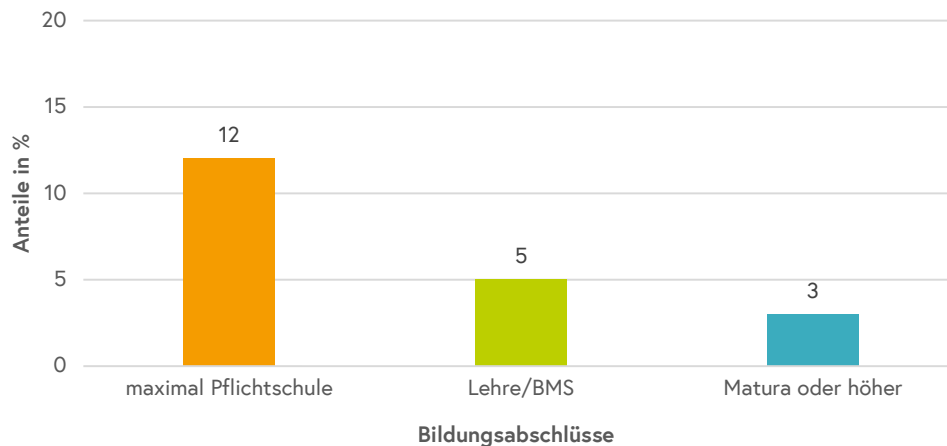
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss wiesen zum Zeitpunkt der Befragung deutlich häufiger eine akute depressive Symptomatik auf (12%) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (3–5%; s. Abbildung 35).

4 in größeren Kategorien gesprochen: die 45- bis 59-Jährigen (Griebler 2018)

Abbildung 35: Akute depressive Symptomatik nach formaler Bildung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Angaben zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (Klimont/Baldaszi 2015). Die Teilnehmer/-innen wurden dabei gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten eine Depression hatten und, wenn ja, ob diese von einer Ärztin/einem Arzt diagnostiziert wurde. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 sind nicht möglich (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen hinsichtlich des Ausmaßes depressiver Symptome (bezogen auf die letzten zwei Wochen vor der Befragung) werden im ATHIS 2014 auf Basis des Personal Health Questionnaire (PHQ-8) getroffen – eines Selbstbeurteilungsinstrumentes, das zu Screeningzwecken in der klinischen Praxis und in Gesundheitssurveys eingesetzt wird. Depressive Symptome werden dabei gemäß den diagnostischen Kriterien nach DSM-IV erfragt. In seiner kategorialen Anwendung unterscheidet der PHQ-8 zwischen einer Major Depression und „anderen Formen“ einer depressiven Erkrankung (Kroenke et al. 2009).

3.3.2 Verletzungen aufgrund von Unfällen

Laut ATHIS 2014 waren rund 9 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 323.000 Personen) in den letzten zwölf Monaten aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzt (BL-Bandbreite: 8–13%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit unter dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (11%; 15 Jahre und älter). Wesentlich größer ist der Anteil der Verletzten bei den 15- bis 29-Jährigen (17%), während er bei den ab 60-Jährigen rund 10 Prozent beträgt (s. Griebler et al. 2017).

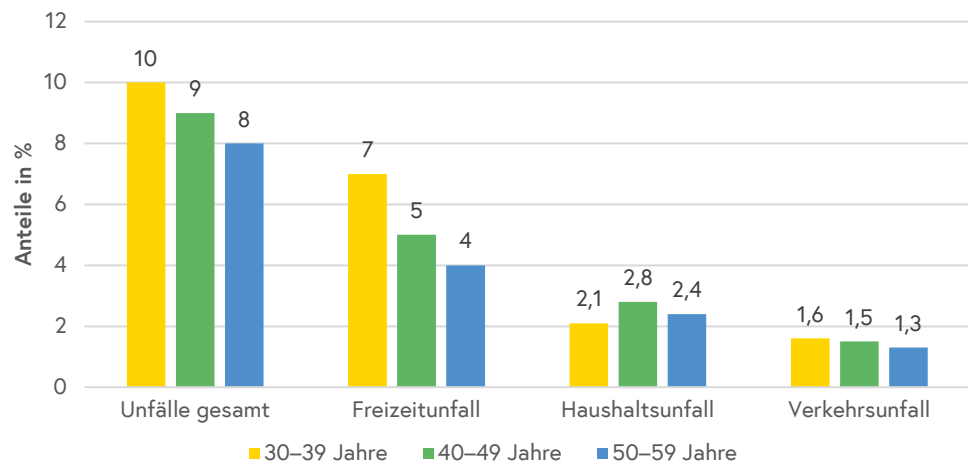
- Rund 6 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 199.000 Personen) waren aufgrund eines Freizeitunfalls verletzt (BL-Bandbreite: 4–8%),
- 2,4 Prozent (rund 90.000 Personen) aufgrund eines Haushaltsunfalls (BL-Bandbreite: 2–4%) und
- 1,5 Prozent (rund 54.000 Personen) aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls (BL-Bandbreite: 1–2%).

Männer zwischen 30 und 49 Jahren sind häufiger von Verletzungen betroffen als gleichaltrige Frauen. Dies bezieht sich vor allem auf Verletzungen aufgrund von Freizeit- (30- bis 39-Jährige: 9% vs. 4%, 40- bis 49-Jährige: 7% vs. 4%) und Straßenverkehrsunfällen (30- bis 39-Jährige: 2% vs. 1%, 40- bis 49-Jährige: 2% vs. 1%). Von Haushaltsunfällen sind Frauen zwischen 50 und 59 Jahren etwas häufiger betroffen als Männer in diesem Alter (3% vs. 2%).

30- bis 59-jährige Männer mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss verletzen sich öfter aufgrund von Freizeitunfällen als Frauen dieser Bildungsgruppen (7% vs. 3% und 9% vs. 5%). Bei Straßenverkehrsunfällen sind Männer mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss häufiger betroffen als Frauen mit gleichwertigen Bildungsabschlüssen (2% vs. 1%). Bei Haushaltsunfällen zeigt sich kein bildungsbedingter Geschlechterunterschied.

In der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen nimmt der Anteil aufgrund von Freizeitunfällen verletzter Personen mit steigendem Alter etwas ab: von 7 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf 5 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen. Bei Haushalts- und Verkehrsunfällen zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Altersgruppen (s. Abbildung 36).

Abbildung 36: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate nach Altersgruppen und Unfallart, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

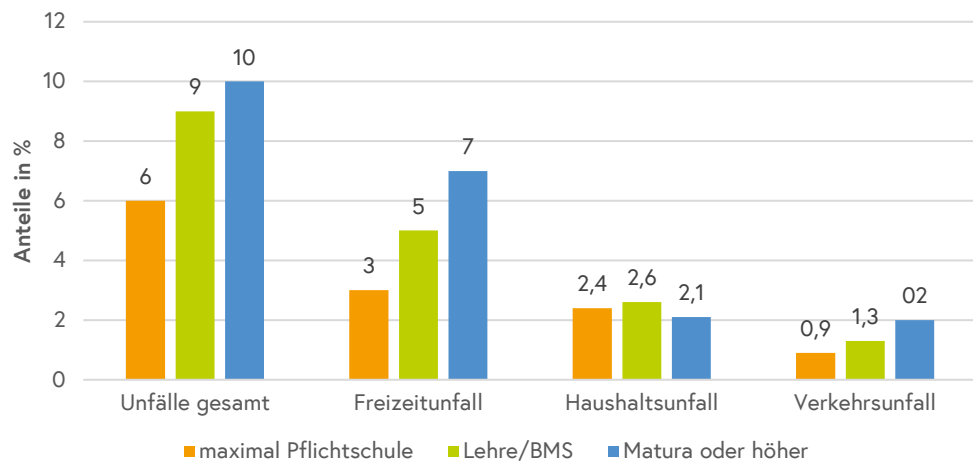


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Bei Freizeitunfällen zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein mit steigender Bildung höherer Anteil Verletzter (max. Pflichtschule: 3% bzw. 2%, Lehre od. BMS: 7% bzw. 3%, mindestens Matura: 9% bzw. 5%). Bei Straßenverkehrsunfällen zeigt sich dieses Muster ebenfalls, allerdings nur insgesamt betrachtet (0,9% vs. 1,3% vs. 2,0%) und nicht getrennt für die Geschlechter. Bei Haushaltsunfällen zeigt sich weder insgesamt noch getrennt für die Geschlechter ein signifikanter Unterschied nach Bildungsabschluss.

Abbildung 37: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate nach Bildungsabschlüssen und Unfallart, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Verletzungen aufgrund von Unfällen schließen auch Vergiftungen oder durch Tiere verursachte Verletzungen ein.

Verkehrsunfälle sind alle Unfälle, die sich auf öffentlichen Straßen, öffentlichen oder privaten Parkplätzen mit Involvierung eines Transportmittels ereignen.

Unfälle zu Wasser, im Zug oder Flugzeug sind nicht gemeint.

Haushaltsunfälle bezeichnen hier alle Unfälle, die sich zu Hause oder im Garten ereignen, unabhängig von der Aktivität, die dort verrichtet wurde.

Freizeitunfälle umfassen hier alle Unfälle, die sich während der Freizeit ereignen, ausgenommen Haushalts- und Straßenverkehrsunfälle.

Zu Arbeitsunfällen siehe Punkt 5.3.4.

Verletzungen aufgrund von Unfällen werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015).

Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich.

Die Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

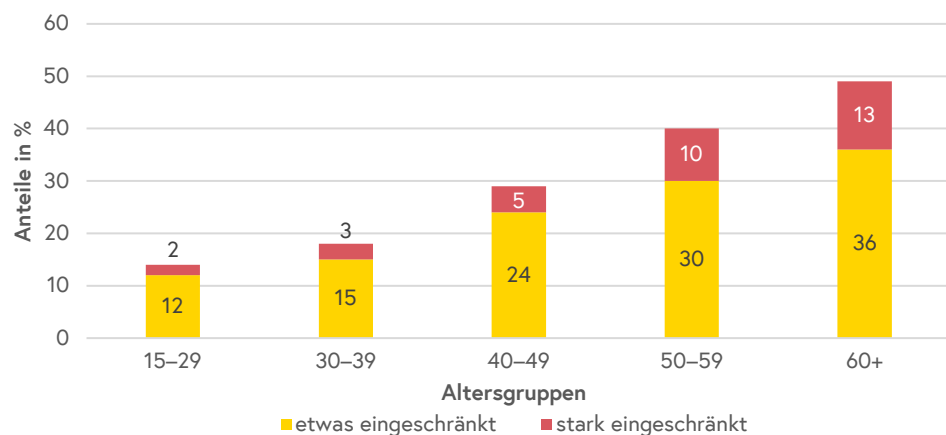
30 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher zwischen 30 und 59 Jahren (rund 1,10 Mio. Personen) waren – laut ATHIS 2014 – mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (BL-Bandbreite: 26–32%); 24 Prozent etwas eingeschränkt (rund 869.000 Personen), 6 Prozent stark eingeschränkt (rund 219.000 Personen). Die 30- bis 59-jährige Bevölkerung erweist sich damit stärker eingeschränkt als die 15- bis 29-jährige Bevölkerung, aber weniger stark eingeschränkt als die ab 60-Jährigen (s. [Abbildung 38](#)).

Seit 2006/2007 (29%) ist der Anteil gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen im Alltag in etwa gleich geblieben. Frauen zwischen 30 und 39 Jahren sowie zwischen 50 und 59 Jahren sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen als Männer dieses Alters (30- bis 39-Jährige: 21% vs. 16%, 50- bis 59-Jährige: 43% vs. 37%). Kein diesbezüglicher Unterschied findet sich bei der 40- bis 49-jährigen Bevölkerung.

Entlang des Bildungsstatus zeigt sich, dass Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen sind als Männer dieser Bildungsgruppe (24% vs. 19%). Bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss ist ein derartiger Geschlechterunterschied nicht erkennbar.

Der Anteil im Alltag eingeschränkter Österreicher/-innen nimmt mit dem Alter deutlich zu. Dies gilt nicht nur insgesamt (Griebler et al. 2017), sondern auch innerhalb der untersuchten Altersgruppe (s. [Abbildung 38](#)). Ab einem Alter von 40 Jahren ist diesbezüglich ein deutlicher Anstieg zu erkennen.

Abbildung 38: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Altersgruppen, Österreich 2014

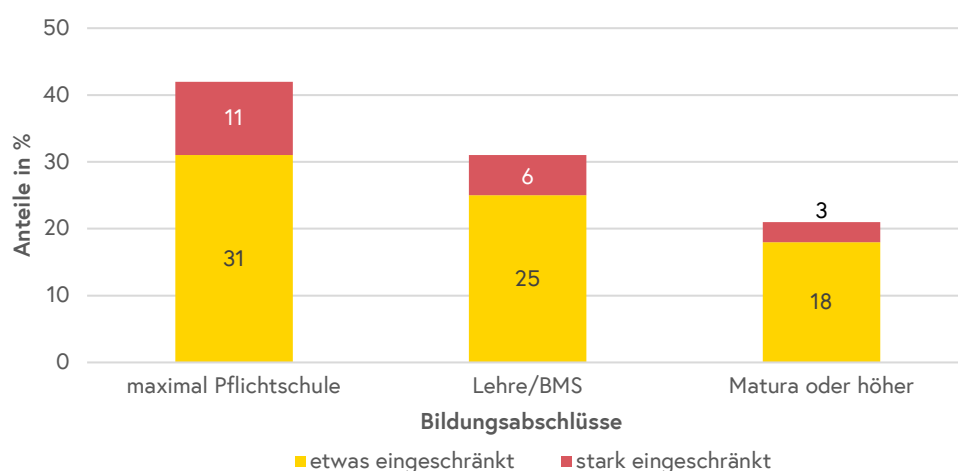


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Ein deutlicher Zusammenhang ist auch mit der formalen Bildung erkennbar: Die Häufigkeit gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag nimmt mit steigender Bildung deutlich ab, von insgesamt 42 Prozent auf 21 Prozent (s. [Abbildung 39](#)). Im direkten Vergleich sind Personen zwischen 30 und 59 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss in etwa doppelt so häufig von gesundheitsbedingten Einschränkungen betroffen als gleichaltrige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. In Bezug auf stark eingeschränkte Personen liegt das Verhältnis sogar bei nahezu vier zu eins (11% vs. 3%). Umgekehrt können auch Einschränkungen im Alltag zu verminderten Bildungschancen führen.

Abbildung 39: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



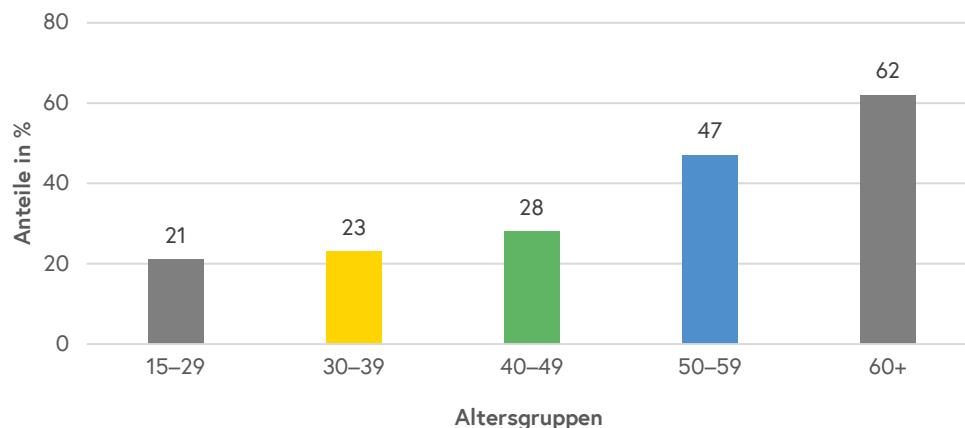
ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen

Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen sind – laut ATHIS 2014 – 36 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen betroffen (rund 1,34 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 33–38%), Frauen zwischen 50 und 59 Jahren häufiger als Männer dieser Altersgruppe (55% vs. 51%). Die 30- bis 59-jährige Bevölkerung erweist sich damit stärker von körperlichen und sensorischen Einschränkungen betroffen als die 15- bis 29-jährige Bevölkerung, aber weniger stark als die ab 60-Jährigen (s. [Abbildung 40](#)).

Mit zunehmendem Alter ist ein Anstieg körperlicher/sensorischer Einschränkungen zu beobachten, insgesamt (Griebler et al. 2017) wie auch innerhalb der untersuchten Altersgruppe (s. [Abbildung 40](#)). Ab einem Alter von 50 Jahren ist diesbezüglich eine deutliche Zunahme zu erkennen.

Abbildung 40: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Altersgruppen, Österreich 2014

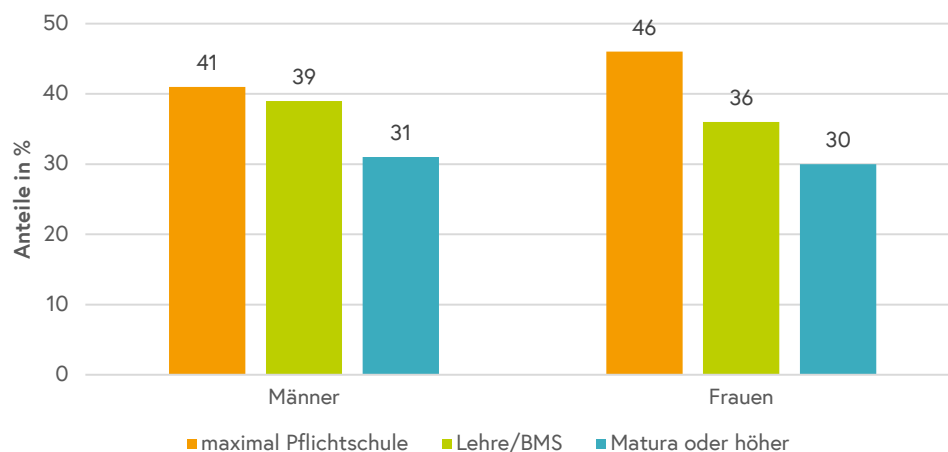


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-jährige Männer mit maximal Pflichtschulabschluss bzw. einem Lehr- oder BMS-Abschluss sind häufiger von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen betroffen (39–41%) als solche mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (31%). Bei gleichaltrigen Frauen sinkt der Betroffenenanteil mit steigender Bildung von 46 auf 30 Prozent (s. [Abbildung 41](#)).

Abbildung 41: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

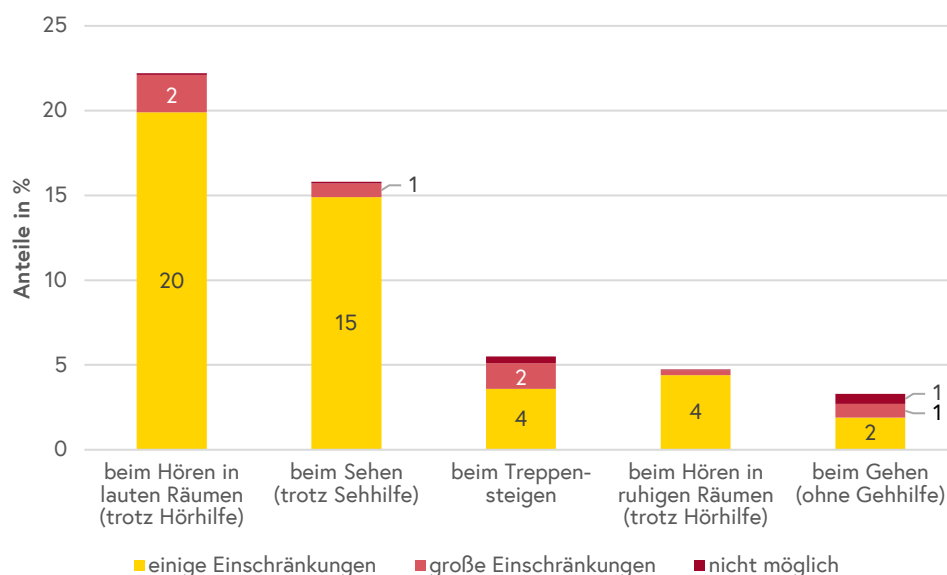


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4.2.1 Überblick

Am häufigsten ist die österreichische Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren durch Hörprobleme (bei Gesprächen in lauten Räumen, 22%) sowie beim Sehen eingeschränkt (16%; s. Abbildung 42).

Abbildung 42: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4.2.2 Schwierigkeiten beim Sehen

Probleme beim Sehen trotz Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) hatten im Jahr 2014 16 Prozent der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung (BL-Bandbreite: 14–18%): 15 Prozent (rund 550.000 Personen) haben einige Schwierigkeiten, rund 1 Prozent (32.000 Personen) hat große Schwierigkeiten oder ist gar nicht in der Lage zu sehen.

Frauen zwischen 30 und 49 Jahren sowie Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von Sehproblemen betroffen als Männer dieser Alters- bzw. Bildungsgruppe (30- bis 39-Jährige: 11% vs. 7%, 40- bis 49-Jährige: 20% vs. 17%, maximal Pflichtschulabschluss: 21% vs. 14%).

Sehprobleme nehmen ab einem Alter von 40 Jahren zu: von 9 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf rund 19 Prozent bei den 40- bis 59-Jährigen.

Unterschiede nach Bildung

Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) sind häufiger von Sehproblemen betroffen (21%), als gleichaltrige Frauen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (17%) bzw. mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (15%). Bei Männern zwischen 30 und 59 findet sich kein derartiger Zusammenhang.

3.4.2.3 Schwierigkeiten beim Hören

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe sind bei Gesprächen in ruhigen Räumen 5 Prozent der 30- bis 59-Jährigen betroffen (rund 176.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–6%), bei Gesprächen in lauten Räumen 22 Prozent (rund 820.000 Personen; BL-Bandbreite: 19–25%). 0,4 Prozent (rund 13.000 Personen) haben in ruhigen und 2,3 Prozent (rund 85.000 Personen) in lauten Räumen große Hörschwierigkeiten oder sind gar nicht in der Lage zu hören.

Männer zwischen 30 und 59 Jahren berichten häufiger von Hörproblemen in lauten Räumen als Frauen dieses Alters. Dieser Geschlechterunterschied ist in allen Alters- und Bildungsgruppen erkennbar und am stärksten bei der 50- bis 59-jährigen Bevölkerung (33% vs. 27%) sowie bei Männern und Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss ausgeprägt (28% vs. 22%).

Die Probleme beim Hören nehmen mit dem Alter kontinuierlich zu: Hörprobleme in ruhigen Räumen von 2 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf 8 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen und in lauten Räumen von 14 Prozent auf 30 Prozent.

Unterschiede nach Bildung

Nach Bildungsgruppen sind 30- bis 59-jährige Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss stärker von Hörproblemen in ruhigen Räumen betroffen (8%) als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (5%) oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (3%). Hörprobleme in lauten Räumen nehmen in der männlichen Bevölkerung (30 bis 59 Jahre) mit steigender Bildung ab (von 28% mit maximal Pflichtschulabschluss auf 21% mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss) und sind bei Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss prävalenter als bei Frauen mit Matura oder einer höheren formalen Bildung (21–22% vs. 17%).

3.4.2.4 Schwierigkeiten beim Treppensteigen

Schwierigkeiten, eine Treppe mit zwölf Stufen ohne Handlauf hinauf- und hinunterzugehen, hatten im Jahr 2014 rund 6 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (rund 205.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–7%); 2 Prozent haben dabei große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage (rund 71.000 Personen).

Frauen zwischen 50 und 59 Jahren sowie Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von Schwierigkeiten beim Treppensteigen betroffen als Männer dieser Alters- und Bildungsgruppe (50- bis 59-Jährige: 11% vs. 7%, maximal Pflichtschulabschluss: 17% vs. 12%).

Einschränkungen beim Treppensteigen nehmen mit dem Alter zu: 50- bis 59-Jährige weisen dabei häufiger Schwierigkeiten auf (9 %) als 40-bis 49-Jährige (5 %) und Personen zwischen 30 und 39 Jahren (2 %).

Unterschiede nach Bildung

Nach Bildungsabschlüssen sind 30- bis 59-jährige Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss rund achtmal so häufig von Schwierigkeiten beim Treppensteigen betroffen (16 %) als gleichaltrige Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (2 %) und rund dreimal so häufig wie gleichaltrige Österreicher/-innen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (5 %).

3.4.2.5 Schwierigkeiten beim Gehen

Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe (Gehstock, Rollator, Krücken etc.) zurückzulegen, hatten im Jahr 2014 3,4 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher im Alter von 30 bis 59 Jahren (rund 124.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–8 %). 1,5 Prozent hatten große Schwierigkeiten dabei oder waren dazu nicht in der Lage (rund 54.000 Personen).

Frauen zwischen 30 und 39 Jahren sowie Frauen mit Pflichtschulabschluss sind häufiger von Geheinschränkungen betroffen als Männer dieser Alters- und Bildungsgruppe (30- bis 39-Jährige: 2 % vs. 0,5 %, maximal Pflichtschulabschluss: 10 % vs. 6 %).

Geheinschränkungen nehmen mit dem Alter zu: 50- bis 59-Jährige haben häufiger Schwierigkeiten beim Gehen (6 %) als 40- bis 49-jährige Personen (3 %) und Personen zwischen 30 und 39 Jahren (1 %).

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) sind achtmal so häufig von Schwierigkeiten beim Gehen betroffen (8 %) als gleichaltrige Österreicher/-innen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (1 %) und beinahe dreimal so häufig wie gleichaltrige Österreicher/-innen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (3 %).

Definitionen und Daten

Körperliche und sensorische Einschränkungen betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015) und fokussieren auf anhaltende/chronische Einschränkungen. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

3.4.3 Krankenstände

Die auf administrativem Weg erfassten Krankenstände ergänzen das Bild der selbstberichteten Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

Im Jahr 2017 wurden in Österreich rund 13 Krankenstandstage pro erwerbstätige Person, versichert nach ASVG oder bei der BVA, dokumentiert. Das entspricht einer Krankenstandsquote von 3,7 Prozent (BL-Bandbreite: 2,9–3,8%).

In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt die Krankenstandsquote bei 3,5 Prozent (Frauen 3,7% vs. Männer 3,3%). Jede erwerbstätige Person in diesem Alter war im Jahr 2017 im Durchschnitt 12,8 Tage im Krankenstand. In Summe ergibt dies rund 31 Mio. Krankenstandstage.

Auf die weiblichen Erwerbstätigen entfallen im Durchschnitt etwas mehr Krankenstandstage (13,5 Tage) als auf die männlichen Erwerbstätigen (12,2 Tage). Dies gilt für alle untersuchten Altersgruppen (s. [Abbildung 43](#)).

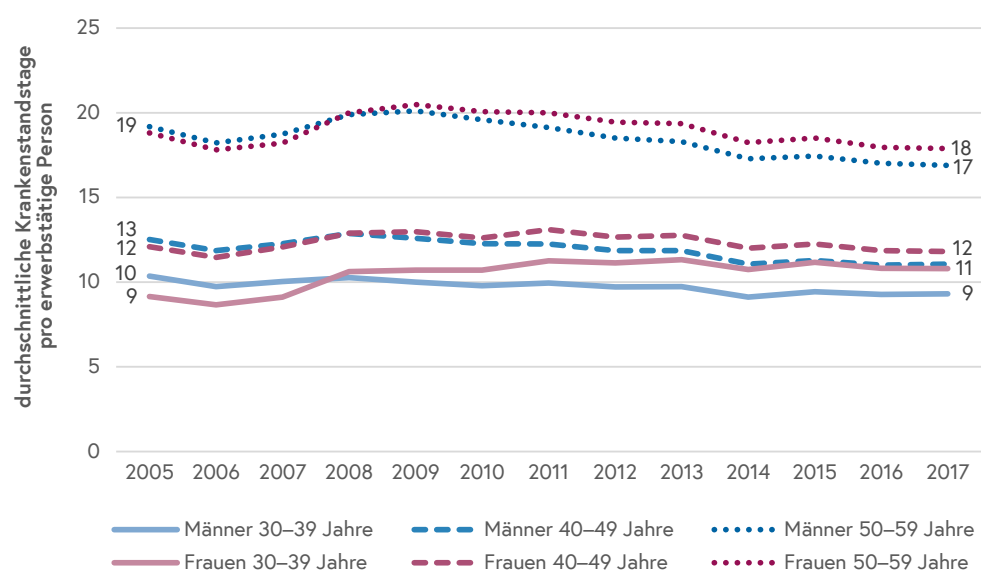
Die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage steigt mit dem Erwerbsalter an. 30- bis 39-Jährige sind im Jahr 2017 durchschnittlich 10 Tage im Krankenstand, 40- bis 49-Jährige 11 und 50- bis 59-Jährige 17 Tage.

Daten in Sachen Krankheitsgruppen, Bildungsunterschiede und Bundesländerbandbreiten liegen für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung nicht vor.

Gegenüber dem Jahr 2005⁵ liegt die Anzahl der durchschnittlichen Krankenstandstage bei den 30- bis 39-Jährigen auf etwa gleichem Niveau (12 Tage), wohingegen sie bei den 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen leicht gesunken ist (von 12 auf 11 Tage und von 19 auf 17 Tage). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern sind in allen drei Altersgruppen die durchschnittlichen Krankenstandstage seit 2005 rückläufig bzw. stagnieren, ausgenommen bei der Gruppe der 30- bis 39-jährigen Frauen; in der die Krankenstandstage von 9 auf 11 Tage gestiegen sind (s. [Abbildung 43](#)).

5 Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der Krankenstandsstatistik auf ÖNACE 2008 kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch (Leoni/Schwinger 2017).

Abbildung 43: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017



Quellen: Hauptverband der Sozialversicherungsträger und WIFO-Fehlzeitenreport 2005 bis 2017, Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Basis für die Erfassung der Krankenstandstage ist die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch Ärztin bzw. Arzt. Datenbereitsteller ist hier der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Weiterführende Berechnungen erfolgten durch den Fehlzeitenreport des WIFO.

Da die Statistik nach Krankenkassen differenziert, können für regionale Analysen nur Daten der Versicherten der jeweiligen Gebietskrankenkasse herangezogen werden. Eine Untererfassung besteht auch insofern, als in vielen Unternehmen erst ab dem dritten Tag eine ärztliche Bestätigung vorzulegen ist und Krankenstände, die nur einen oder zwei Tage dauern, dann nicht in die Statistik eingehen.

Krankenstandstage pro Kopf: Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Absentstage pro versicherte Person (Einheit: Kalendertage)

Krankenstandsquote: Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen).

3.5 Lebensqualität

Die Lebensqualität gibt Auskunft über das körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden. Sie gewinnt vor allem im Kontext einer steigenden Lebenserwartung, vermehrter chronischer Krankheiten sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung an Bedeutung (Ellert/Kurth 2013).

Die österreichische Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren beurteilt ihre allgemeine Lebensqualität mit durchschnittlich 75 von 100 Punkten (BL-Bandbreite: 73–77 Punkte; 15- bis 29-Jährige: 79, ab 60-Jährige: 71). Was die einzelnen Kategorien betrifft, beurteilt sie ihr körperliches Wohlbefinden (80 Punkte; BL-Bandbreite: 78–82 Punkte; 15- bis 29-Jährige: 84, ab 60-Jährige: 72) sowie ihre umweltbezogene Lebensqualität (77 Punkte; BL-Bandbreite: 74–80 Punkte; 15- bis 29-Jährige: 79, ab 60-Jährige: 77) am besten, das psychische und soziale Wohlbefinden am schlechtesten (pWB: 76 Punkte; BL-Bandbreite: 74–79 Punkte; 15- bis 29-Jährige: 78, ab 60-Jährige: 73. sWB: 76 Punkte; BL-Bandbreite: 73–77 Punkte; 15- bis 29-Jährige: 79, ab 60-Jährige: 72).

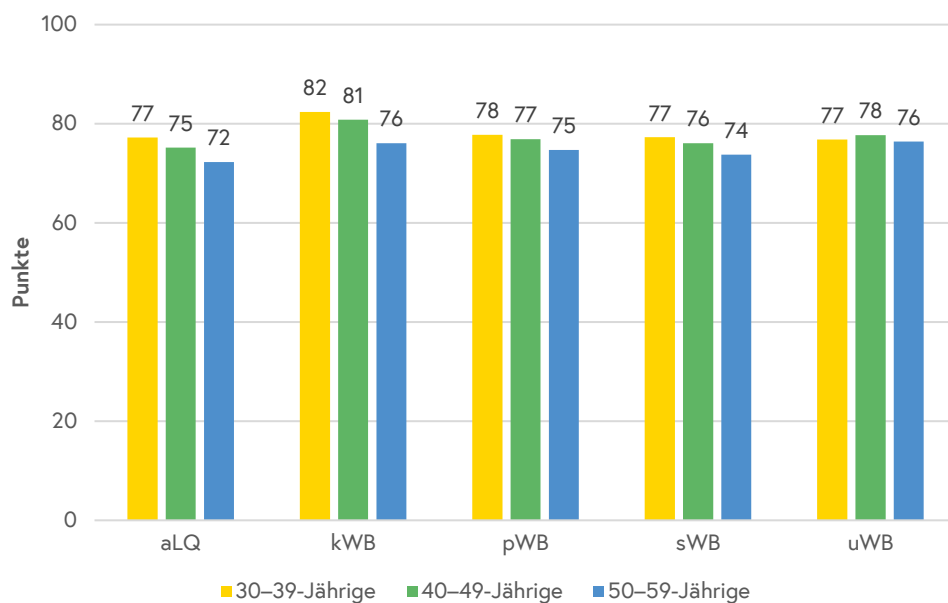
Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 hat sich das soziale Wohlbefinden um 1,8 Punkte verschlechtert und die umweltbezogene Lebensqualität (Wohnen, Freizeitgestaltung, Sicherheit, Zugang zum Gesundheitssystem, Beförderungsmittel, Umweltbedingungen) um 1,2 Punkte verbessert.

Die weibliche Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) verfügt über eine geringer ausgeprägte Lebensqualität als Männer dieser Bildungsstufe (74 vs. 66 Punkte), Frauen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss hingegen über eine höhere Lebensqualität als Männer dieser Bildungskategorie (75 vs. 73 Punkte). Diesbezügliche Unterschiede finden sich für alle Lebensqualitätsdimensionen, mit zwei Ausnahmen: Beim körperlichen Wohlbefinden besteht in der Bildungskategorie Lehr- oder BMS-Abschluss kein Geschlechterunterschied, und beim psychischen Wohlbefinden weisen Männer mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss eine höhere Lebensqualität auf als Frauen dieses Bildungsniveaus. Darüber hinaus stufen Männer mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss sowohl ihr körperliches als auch ihr psychisches Wohlbefinden besser ein als Frauen dieser Bildungsgruppe, während Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss im sozialen Wohlbefinden besser abschneiden.

Frauen aller Alters- und Bildungsgruppen verfügen über ein geringer ausgeprägtes psychisches Wohlbefinden als Männer (75 vs. 78 Punkte), Frauen zwischen 30 und 39 Jahren sowie 50 und 59 Jahren zusätzlich über ein geringer ausgeprägtes körperliches Wohlbefinden (83 bzw. 77 vs. 82 bzw. 75 Punkte) und Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sowie 50 und 59 Jahren über eine zusätzlich schlechtere umweltbezogene Lebensqualität (78 bzw. 77 vs. 77 bzw. 76 Punkte). Frauen zwischen 40 und 49 Jahren schneiden in Sachen soziales Wohlbefinden besser ab als Männer dieser Altersgruppe (77 vs. 75 Punkte).

Erwartungsgemäß schätzen 30- bis 39-Jährige ihre Lebensqualität in allen Bereichen besser ein als Personen zwischen 40 und 49 bzw. 50 und 59 Jahren. Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied in Bezug auf das körperliche Wohlbefinden, gefolgt vom sozialen und psychischen Wohlbefinden. Einzige Ausnahme stellt das umweltbezogene Wohlbefinden dar, das von 40- bis 49-jährigen Personen am besten eingestuft wird (s. Abbildung 44).

Abbildung 44: Lebensqualität nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014 (Mittelwerte)



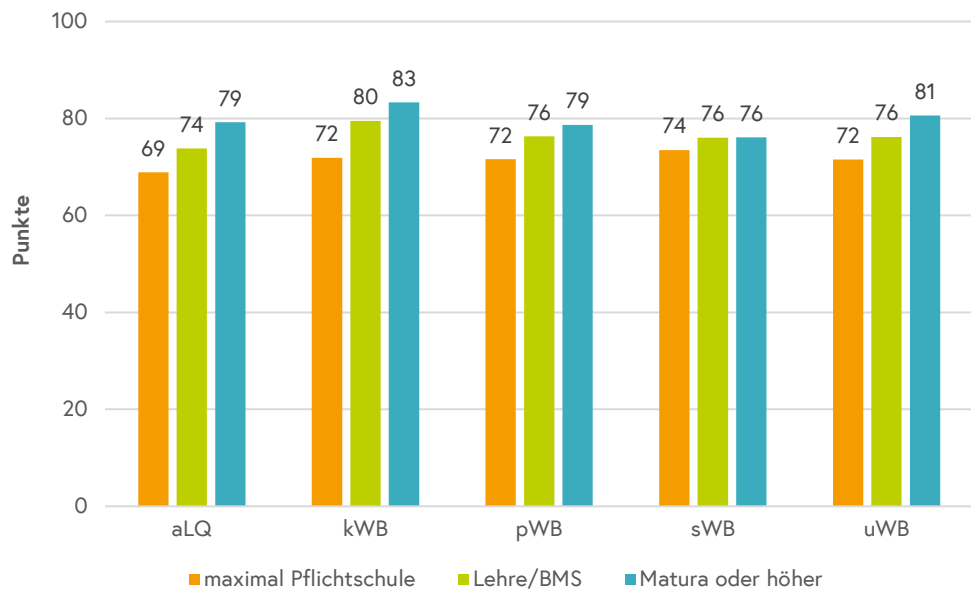
aLQ = allgemeine Lebensqualität
 kWB = körperliches Wohlbefinden
 pWB = psychisches Wohlbefinden
 sWB = soziales Wohlbefinden
 uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Mit zunehmender Bildung steigt sowohl die allgemeine Lebensqualität (von 69 auf 79 Punkte) als auch das körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden (s. Abbildung 45).

Abbildung 45: Lebensqualität nach Bildungsabschlüssen, Österreich 2014 (Mittelwerte)



aLQ = allgemeine Lebensqualität
kWB = körperliches Wohlbefinden
pWB = psychisches Wohlbefinden
sWB = soziales Wohlbefinden
uWB = umweltbezogenes Wohlbefinden

ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitonen und Daten

Lebensqualität ist ein multidimensionales Konzept, das sowohl körperliche und psychische als auch soziale und umweltbezogene Komponenten abbildet. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) wird die Lebensqualität der Bevölkerung mit dem WHOQOL-BREF1 (einem Fragebogen der WHO zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) erfasst. In diesem Fragebogen wird die Lebensqualität als eine individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen definiert.

Der WHOQOL-BREF1 umfasst zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität sowie 24 Fragen zu nachstehenden Bereichen:

- körperliches Wohlbefinden (Schmerzen, Angewiesensein auf medizinische Behandlungen, Mobilität, Fähigkeit, alltägliche Dinge tun zu können, Arbeitsfähigkeit, Energie für das tägliche Leben)
- psychisches Wohlbefinden (das Leben genießen und als sinnvoll betrachten können, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst, negative Gefühle)
- soziales Wohlbefinden (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben, mit der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde)
- umweltbezogene Lebensqualität (Sicherheitsgefühl, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Zufriedenheit mit den Beförderungsmitteln, Zugang zu relevanten Informationen, Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen) (Klimont, Jeannette/Baldaszi 2015)

Die Lebensqualität wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont, Jeanette et al. 2007; Klimont, Jeannette/Baldaszi 2015) und kann zwischen 0 und 100 variieren (100 = bestmögliche Lebensqualität). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

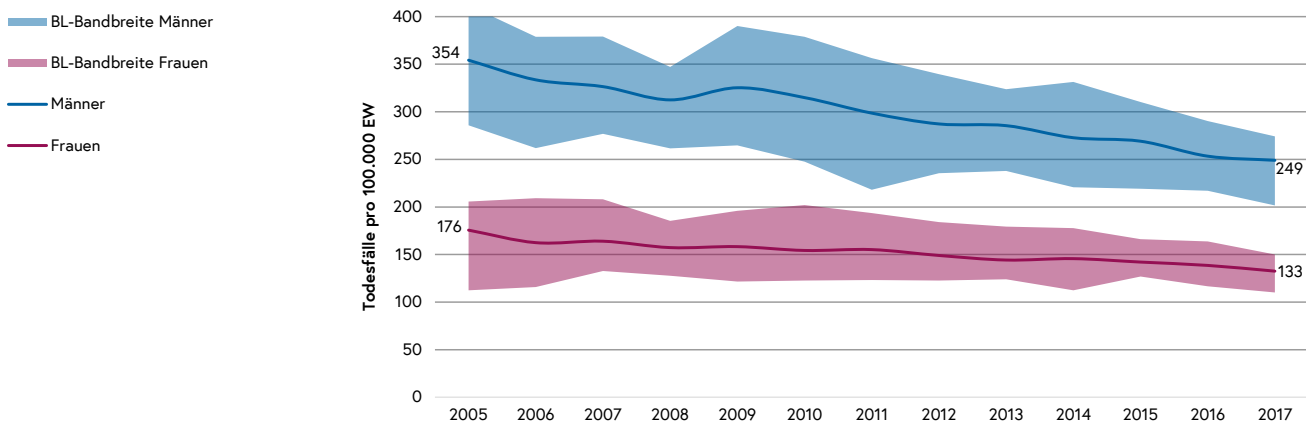
3.6 Sterblichkeit

3.6.1 Gesamtsterblichkeit

In Österreich sterben pro Jahr rund 80.000 Menschen. Im Jahr 2017 waren es rund 83.000. Davon waren rund 7.500 Menschen im Alter von 30 bis 59 Jahren, also rund 9 Prozent. Im Jahr 2005 lag der Anteil der Sterbefälle von 30- bis 59-Jährigen an allen Sterbefällen noch bei etwa 11 Prozent. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) betrug 2017 für Männer in diesem Alter 249 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 202–274) und für Frauen dieses Alters 133 Todesfälle pro 100.000 (BL-Bandbreite: 110–150).

Die Mortalitätsrate hat im Zeitraum 2005 bis 2017 für beide Geschlechter deutlich abgenommen: für Männer um 30 Prozent, für Frauen um 25 Prozent. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist damit geringer geworden (s. [Abbildung 46](#)).

Abbildung 46: Sterblichkeit nach Geschlecht inklusive BL-Bandbreite, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017

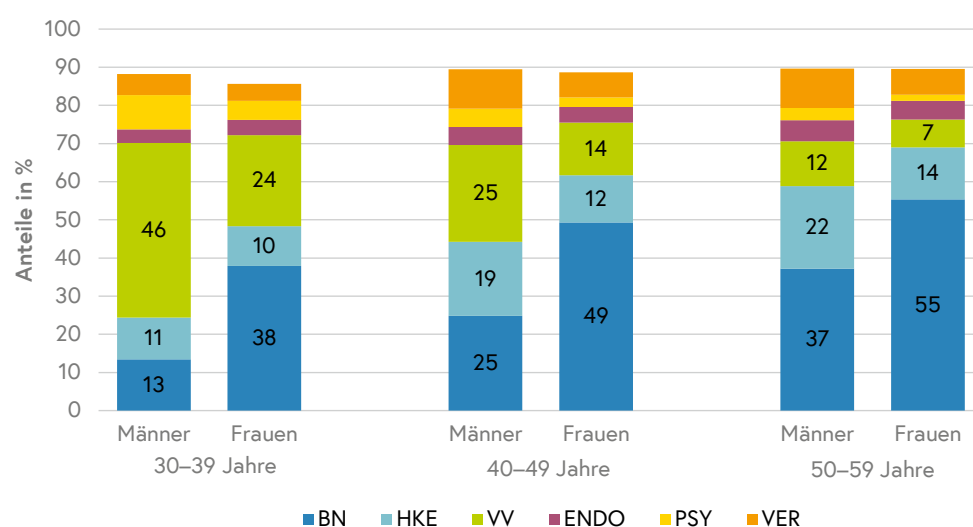


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die häufigsten Todesursachen bei 30- bis 59-jährigen Männern sind Verletzungen, Krebs und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Die Häufigkeit dieser drei Todesursachen verschiebt sich mit dem Alter in dieser Reihenfolge: Bei den 30- bis 39-Jährigen sind 46 Prozent aller Todesfälle auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen, bei den 40- bis 49-Jährigen halten sich Verletzungen/Vergiftungen und Krebs mit je 25 Prozent die Waage, und bei den 50- bis 59-Jährigen dominieren Krebserkrankungen (37%), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (22%) und Verletzungen/Vergiftungen (12%; s. [Abbildung 47](#)).

Bei den 30- bis 59-jährigen Frauen ist in jedem Alter Krebs die häufigste Todesursache, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter steigt. Bei den 30- bis 39-Jährigen sind 38 Prozent der Todesfälle auf Krebs zurückzuführen und 24 Prozent auf Verletzungen und Vergiftungen. In der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen entfällt fast die Hälfte der Todesfälle auf Krebs, und die Anteile von Verletzungen/Vergiftungen (14%) und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (12%) sind ähnlich hoch. Zwischen 50 und 59 Jahren ist der Anteil der Krebstodesfälle mit 55 Prozent noch höher, doch nun hat die Häufigkeit von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems mit 14 Prozent diejenige von Verletzungen und Vergiftungen mit 7 Prozent überholt (s. Abbildung 47).

Abbildung 47: Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, 30- bis 59-Jährige, Österreich, Durchschnitt der Jahre 2005–2017



ICD-10-Codes:

- BN: C00–D48 Neubildungen
- ENDO: E00–E90 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- PSY: F00–F99 psychische und Verhaltensstörungen
- HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems
- VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems
- VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

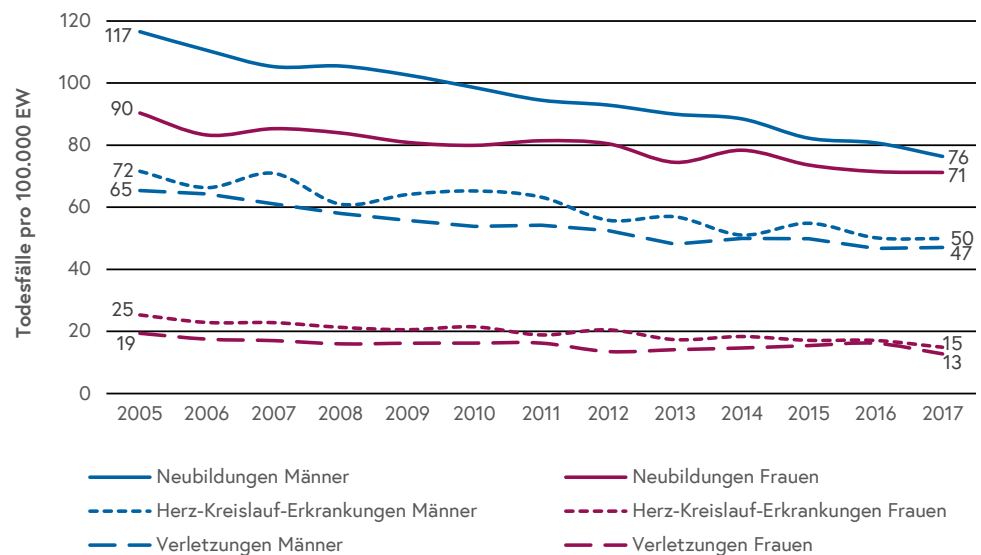
Die Sterblichkeit oder Mortalität wird der Todesursachenstatistik (Statistik Austria) entnommen und ist das Pendant zur Lebenserwartung. Sie wird in der Regel als Todesfälle pro 100.000 der jeweils beobachteten Bevölkerungsgruppe angegeben und – sofern in der Auswertung nicht differenziert – alters- und geschlechtsstandardisiert berechnet.

Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich – mehrheitlich Männer – erfasst. Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt, könnte es jedoch – gemäß der Statistik Austria – zu Qualitätsverlusten gekommen sein.

3.6.2 Sterblichkeit aufgrund ausgewählter Todesursachen

Wie oben beschrieben, war die Sterblichkeit sowohl bei 30- bis 59-jährigen Männern als auch bei Frauen in diesem Alter deutlich rückläufig. Dies gilt auch in Bezug auf die drei Haupttodesursachen (s. Abbildung 48): Bei den Männern war der Rückgang der Mortalitätsrate aufgrund von Krebs am stärksten (zwischen 2005 und 2017 um durchschnittlich –3,4 % pro Jahr), doch auch die Herz-Kreislauf-Mortalitätsrate und die Mortalitätsrate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nahmen pro Jahr jeweils um durchschnittlich 2,7 Prozent ab. Bei den Frauen war der Rückgang der Mortalität aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen am stärksten (durchschnittlich –4,0 % pro Jahr), Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen sind um durchschnittlich 3,0 Prozent pro Jahr zurückgegangen, und die Krebsmortalität hat um durchschnittlich 1,9 Prozent pro Jahr abgenommen.

Abbildung 48: Sterblichkeit aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017

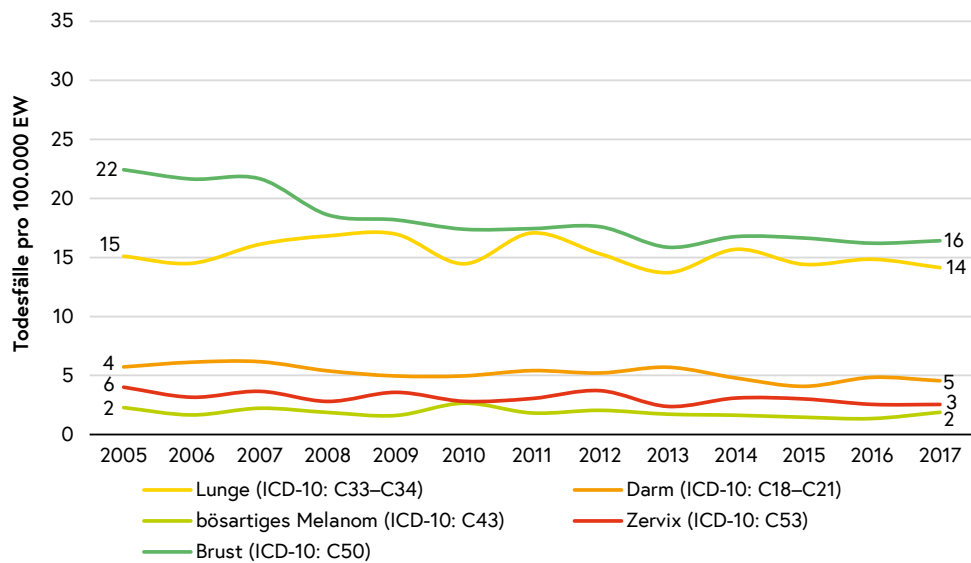


altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

In Analogie zur Inzidenz wird im Folgenden – zusätzlich zum Überblick auf ICD-10-Kapitelebene – die Sterblichkeit bei ausgewählten Krebslokalisationen und für die beiden häufigsten tödlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen dargestellt:

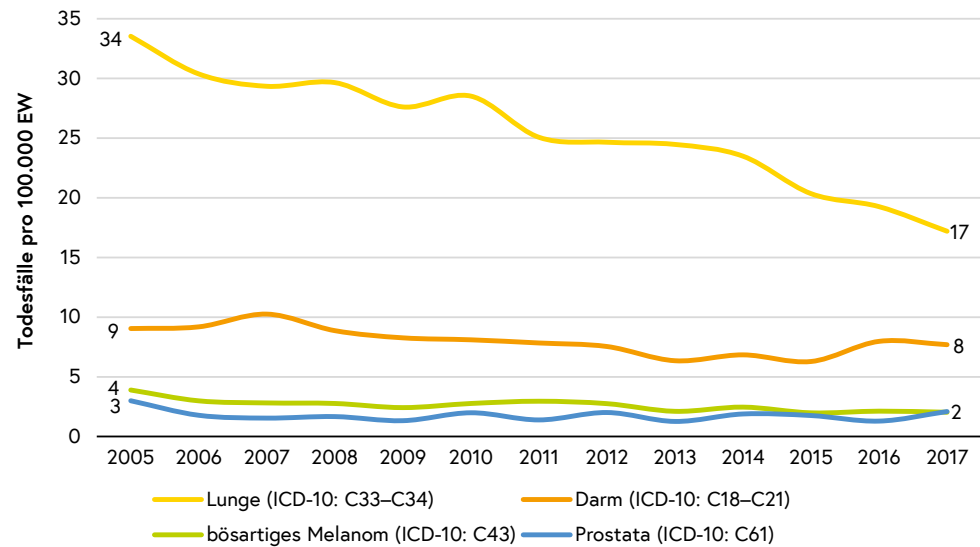
- Bei 30- bis 59-jährigen Frauen war zwischen 2005 und 2017 insbesondere die Sterblichkeit aufgrund von Brustkrebs rückläufig (um durchschnittlich $-2,4\%$ pro Jahr), obwohl die Inzidenzrate in diesem Zeitraum weitgehend unverändert blieb. Die Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs war trotz steigender Inzidenzrate gleichbleibend. Todesfälle aufgrund von Zervix- und Darmkrebs waren mit durchschnittlich $-1,4\%$ Prozent pro Jahr leicht rückläufig (s. Abbildung 49).
- Bei 30- bis 59-jährigen Männern war entsprechend der sinkenden Inzidenzrate insbesondere die Lungenkrebsmortalität rückläufig (zwischen 2005 und 2017 um durchschnittlich $-5,3\%$ pro Jahr). Auch die Darmkrebsmortalität war in diesem Zeitraum um $0,7\%$ Prozent pro Jahr rückläufig, wenngleich es hier zwischendurch auch Anstiege gab, etwa von 2015 auf 2016 und 2017 (2015 6,3 Todesfälle pro 100.000 EW; 2016 und 2017: 8,0 bzw. 7,7 Todesfälle pro 100.000 EW). Die Mortalität aufgrund von Melanomen ist bei Männern trotz steigender Inzidenzrate geringer geworden (um durchschnittlich $-4,4\%$ pro Jahr; s. Abbildung 50).

Abbildung 49: Krebssterblichkeit für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Frauen, Österreich 2005–2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

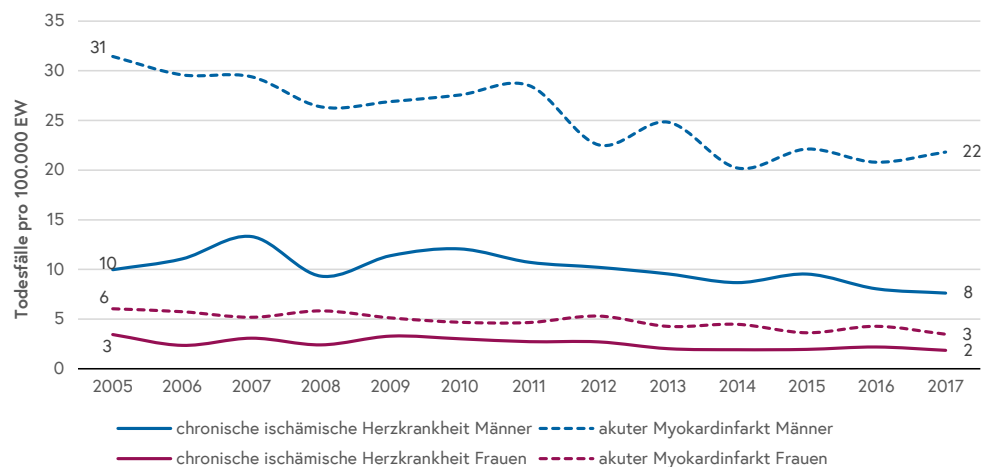
Abbildung 50: Krebssterblichkeit für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Männer, Österreich 2005–2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen vor allem auf zwei Todesursachen zurückzuführen: Myokardinfarkt und chronische ischämische Herzkrankheiten. Der ischämische Schlaganfall wird erst in späteren Jahren virulent. Beide Raten sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen rückläufig. Besonders deutlich ist aufgrund der hohen Ausgangswerte der Rückgang beim tödlichen Myokardinfarkt bei Männern (s. Abbildung 51).

Abbildung 51: Sterblichkeit aufgrund eines Myokardinfarkts oder einer chronischen ischämischen Herzkrankheit nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017



akuter Myokardinfarkt: ICD-10: I21–I22

chronische ischämische Herzkrankheit: ICD-10: I25

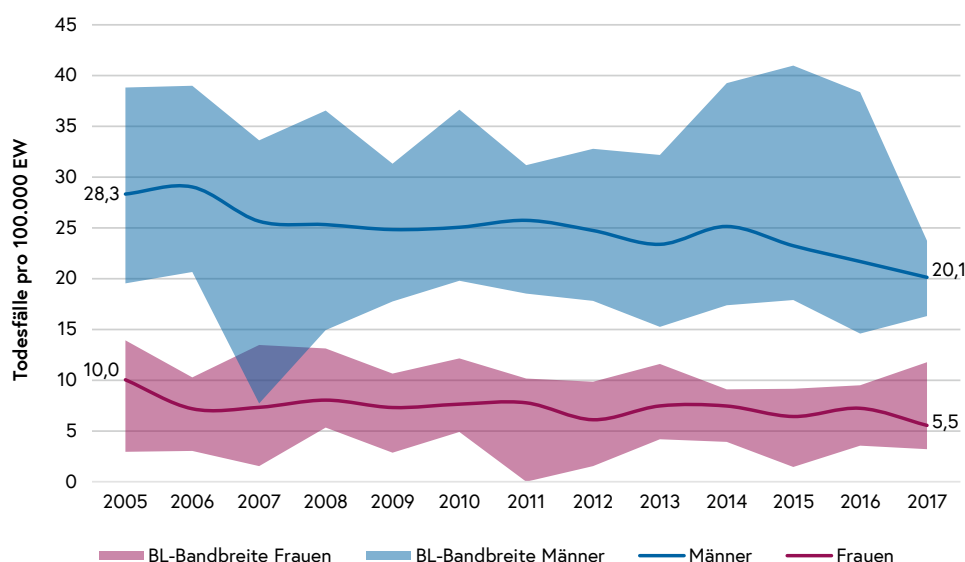
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.6.3 Suizid

In Österreich begingen im Jahr 2017 knapp 500 Menschen im Alter von 30 bis 59 Jahren Suizid (das sind rund 40 % aller Suizide in Österreich). Mehr als drei Viertel davon waren Männer. Die Suizidrate betrug bei Männern dieser Altersgruppe 20,1 (BL-Bandbreite: 16,3–23,7) und bei Frauen 5,5 Todesfälle pro 100.000 EW (Europa-Bevölkerung 2013; BL-Bandbreite: 3,2–11,8).

Die Suizidrate ist im Beobachtungszeitraum gesunken, bei Männern um 29 Prozent und bei Frauen um 45 Prozent. Trotzdem gab es, insbesondere auf regionaler Ebene, zwischenzeitlich auch Steigerungen im Vergleich zum Vorjahr. Mit Ausnahme des Jahres 2017 ist die Schwankungsbreite bei Männern höher als bei Frauen, wobei die Schwankungen aufgrund geringer Fallzahlen grundsätzlich sowohl nach oben als auch nach unten teilweise größer ausfallen (s. [Abbildung 52](#)).

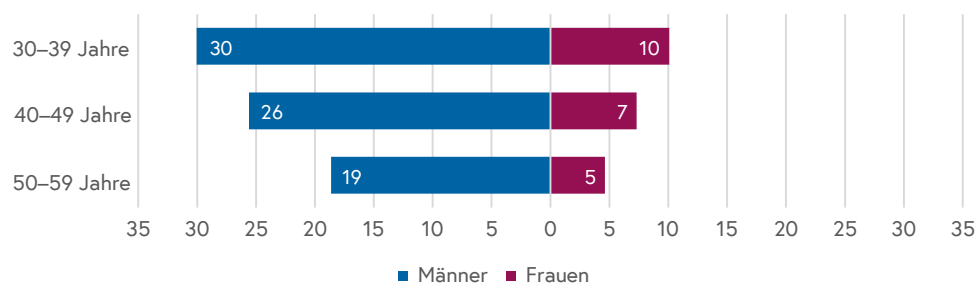
Abbildung 52: Suizidrate nach Geschlecht inklusive BL-Bandbreite, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter. In der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen Männer begingen im Zeitraum 2005 bis 2017 19 pro 100.000 Männer Suizid, bei den 40- bis 49-Jährigen waren es 26 und bei den 50- bis 59-Jährigen 30. Bei den Frauen ist die – im Vergleich zu den Männern deutlich niedrigere – Suizidrate bei den 50- bis 59-Jährigen doppelt so hoch wie bei den 30- bis 39-Jährigen (10 vs. 5 Suizide pro 100.000; s. [Abbildung 53](#)).

Abbildung 53: Suizidrate nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013; Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Sterblichkeit oder Mortalität wird der Todesursachenstatistik (Statistik Austria) entnommen und ist das Pendant zur Lebenserwartung. Sie wird in der Regel als Todesfälle pro 100.000 der jeweils beobachteten Bevölkerungsgruppe angegeben und – sofern in der Auswertung nicht differenziert – altersstandardisiert berechnet (entsprechend der Europa-Bevölkerung 2013).

Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich – mehrheitlich Männer – erfasst. Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt, könnte es jedoch – gemäß der Statistik Austria – zu Qualitätsverlusten gekommen sein.

Suizid wird in der Todesursachenstatistik unter dem ICD-10-Code X60–X84 dokumentiert. Die Rate ist vermutlich unterschätzt, weil nicht alle Suizide als solche erkannt werden.

4 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

4.1 Körperliche Faktoren

4.1.1 Adipositas und Übergewicht

Adipositas und Übergewicht repräsentieren weltweit steigende Gesundheitsprobleme – bedingt durch einen hochkalorienhaltigen Ernährungsstil sowie mangelnde körperliche Bewegung. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren zahlreicher Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und für bestimmte Krebserkrankungen (OECD 2014). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko beitragen (Flodmark et al. 2004).

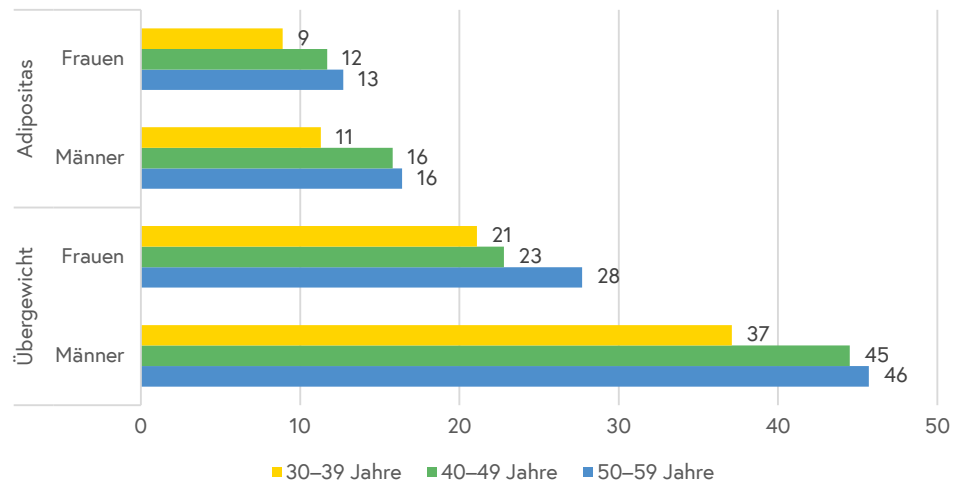
Rund 33 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren sind – laut ATHIS 2014 – übergewichtig (knapp 1,2 Mio. Personen; BL-Bandbreite: 28–38%), knapp 15 Prozent adipös (knapp 540.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–21%).

Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 hat der Anteil übergewichtiger Männer und Frauen um 5 Prozentpunkte abgenommen, während der Anteil adipöser Frauen und Männer leicht zugenommen hat (um 2 Prozentpunkte). Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen ist in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen damit insgesamt um rund 3 Prozentpunkte zurückgegangen.

Männer sind häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Frauen (55% vs. 39%). Das gilt für alle Alters- und Bildungsgruppen.

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen nimmt mit dem Alter deutlich zu, bei Männern wie bei Frauen (s. [Abbildung 54](#)). Dies gilt sowohl für die Gesamtbevölkerung (Griebler et al. 2017) als auch für die untersuchte Altersgruppe.

Abbildung 54: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

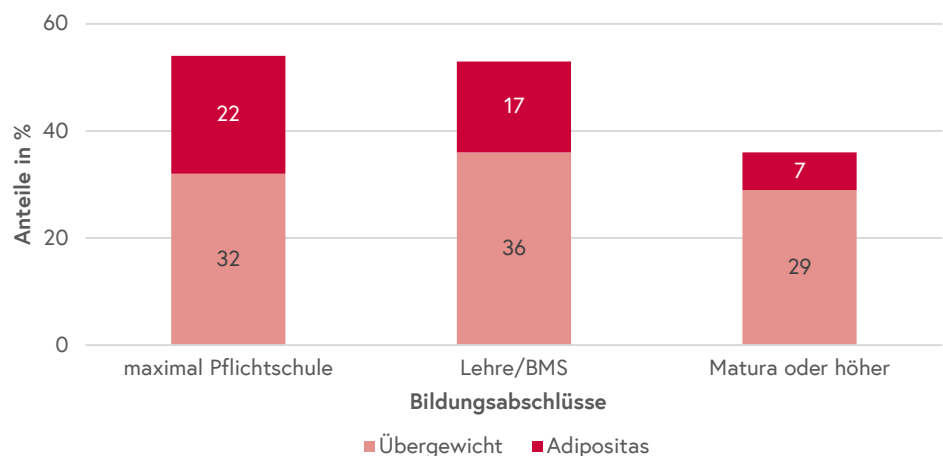


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Der Anteil übergewichtiger und adipöser Österreicher/-innen ist bei 30- bis 59-jährigen Personen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss höher (53–54%) als bei gleichaltrigen Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (37%; s. [Abbildung 55](#)).

Abbildung 55: Adipositas und Übergewicht nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Body-Mass-Index (kurz BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Klassifikation von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Körpergewichts (in Kilogramm) und der quadrierten Körpergröße (in Metern). Obwohl die Messung des Körperfettanteils verlässlichere Aussagen über Übergewicht und Adipositas ermöglicht, ist der BMI kosteneffizienter und einfacher zu erheben. Zudem besteht zwischen BMI und Körperfettanteil ein enger Zusammenhang (Falaschetti et al. 2010).

Bei Personen ab 18 Jahren wird der BMI üblicherweise nach den Grenzwerten der WHO klassifiziert (WHO 2000). Personen mit einem BMI < 18,50 werden geschlechtsunabhängig als untergewichtig, mit Werten zwischen 18,51 und 24,99 als normalgewichtig und ab einem BMI von 25,00 als übergewichtig bzw. mit Werten ≥ 30 als adipös eingestuft.

Die Ergebnisse in puncto Adipositas/Übergewicht werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015) und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

4.1.2 Bluthochdruck

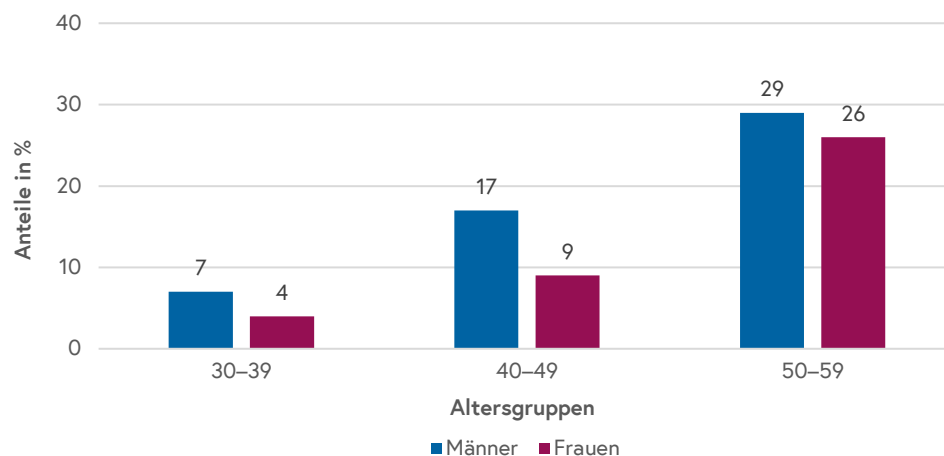
Bluthochdruck oder Hypertonie ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) und Niereninsuffizienz. Er zählt (vor allem in den Industrienationen) zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken und steht mit Übergewicht und Adipositas im Zusammenhang (WHO 2003). Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) präventiv beeinflussbar und kann, einmal erhöht, durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2014).

Knapp 16 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (rund 580.000 Personen) sind – laut ATHIS 2014 – von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 11–21%). Seit 2006/2007 ist die Bluthochdruckprävalenz in dieser Altersgruppe um rund 3 Prozentpunkte gestiegen.

30- bis 59-jährige Männer sind generell häufiger von Bluthochdruck betroffen als Frauen in diesem Alter (18 % vs. 13 %), 30- bis 49-jährige Männer fast doppelt so oft wie gleichaltrige Frauen (30- bis 39-Jährige: 7 % vs. 4 %, 40- bis 49-Jährige: 17 % vs. 9 %). Deutlich geringer fällt der Geschlechterunterschied bei der 50- bis 59-jährigen Bevölkerung aus (29 % vs. 26 %). Dieser Unterschied gilt auch für alle Bildungsgruppen.

Die 50- bis 59-jährige Bevölkerung ist häufiger von Bluthochdruck betroffen als die 30- bis 49-jährige Bevölkerung (27% vs. 6–13%; s. [Abbildung 56](#)).

Abbildung 56: Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige Österreich 2014

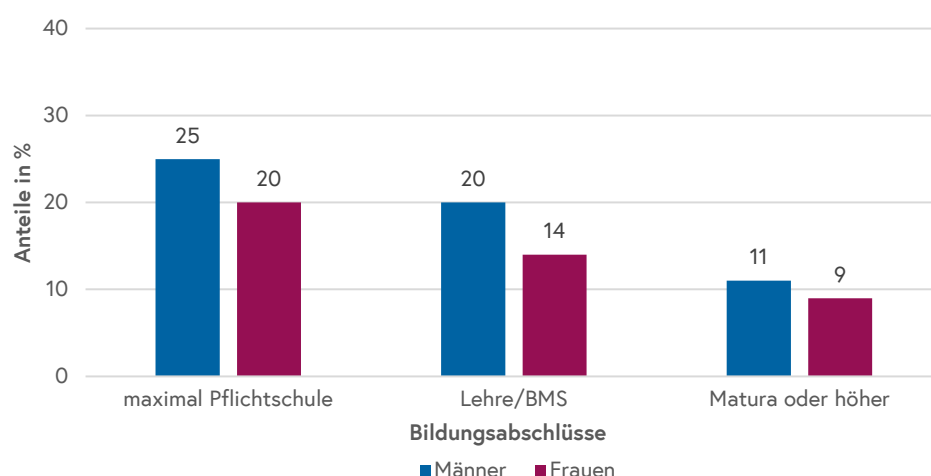


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Die Bluthochdruckprävalenz nimmt mit steigender Bildung ab: von knapp 22 Prozent bei 30- bis 59-jährigen Personen mit maximal Pflichtschulabschluss über 17 Prozent bei gleichaltrigen Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss auf 10 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Dieser Gradient zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern (s. [Abbildung 57](#)).

Abbildung 57: Bluthochdruck nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Liegt der Blutdruck regelmäßig über den definierten Normwerten, spricht man von Bluthochdruck (Hypertonie). Bluthochdruck wird bezüglich seiner Ursachen in zwei Gruppen unterteilt: Die primäre (essenzielle) Hypertonie entsteht durch Wechselwirkung von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und ungünstigem Lebensstil. Die deutlich seltenere sekundäre Hypertonie ist Folge bereits bestehender Erkrankungen, z. B. der Niere.

Die Bluthochdruck-Ergebnisse werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (Klimont/Baldaszi 2015) berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

4.2 Psychische Faktoren

Psychische Faktoren – damit sind Grundhaltungen (Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungshaltungen), Kompetenzen (z. B. Lesekompetenz) und Persönlichkeitseigenschaften gemeint – determinieren nachweislich das Gesundheitsverhalten, das körperliche und psychische Stressniveau und damit die Gesundheit (Conner/Norman 2005; Griebler/Dür 2009; Lazarus 1999).

Besonders von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die sogenannten Meta- bzw. Zugangsressourcen, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; Bandura 1997), das Hardiness-Konzept⁶ (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder der von Antonovsky definierte „Sense of Coherence“⁷ (Antonovsky, Aaron 1979; Antonovsky, H./Sagy 1986; Antonovsky, Aaron 1997). Diese Konzepte sind für die Nutzung/Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie diese mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgehen können.

6 Hardiness ist die Fähigkeit, belastende Situationen als Herausforderung bzw. als steuer- und bewältigbar zu betrachten.

7 Sense of Coherence (Kohärenzgefühl) ist „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, Aaron 1997, S. 36). Das Kohärenzgefühl ist demnach durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit gekennzeichnet.

4.2.1 Lesekompetenz

Die Lesekompetenz stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, um gesundheitsrelevante Informationen verstehen und auf deren Basis Entscheidungen treffen zu können (z. B. das Lesen eines Medikamentenbeipackzettels). Sie ist definiert als die Fähigkeit, geschriebene Texte verstehen, verwenden und Schlussfolgerungen daraus ziehen zu können, um so am Gesellschaftsleben teilzunehmen, die eigenen Ziele zu erreichen und die eigenen Fähigkeiten und das eigene Wissen weiterzuentwickeln. Die Lesekompetenz umfasst eine Reihe von Teilkompetenzen wie das Erkennen geschriebener Wörter und Sätze sowie das Verstehen, Interpretieren und Beurteilen komplexer geschriebener Texte. (Statistik Austria 2013a) Sie stärkt eine Person in deren Selbstbestimmung sowie Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit und erhöht die Chancen der Teilhabe in der Gesellschaft und am Arbeitsmarkt.

In den höchsten Kompetenzstufen (4 und 5) sind Personen in der Lage, sehr komplexe Aufgaben zu lösen, in denen Informationen innerhalb unterschiedlichster, sehr dichter Texte gesucht, interpretiert und zusammengeführt werden müssen.

In der Kompetenzstufe 3 können Personen längere Texte verstehen und die daraus gewonnenen Informationen einschätzen und daraus ihre Schlüsse ziehen.

Personen der Kompetenzstufe 2 können komplexere Informationen, z. B. zur aktuellen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lage, nicht verstehen und adäquat verwenden. Keine oder eine geringe Lesekompetenz (-1 und 1) besteht dann, wenn (höchstens) über ein Basisvokabular verfügt wird und der Sinn einfacher Sätze nicht verstanden wird. Diese Personen haben auch beim Verstehen von Satzstrukturen Schwierigkeiten.

Zwischen der Höhe der Lesekompetenz und der Gesundheit besteht ein deutlicher Zusammenhang. Er kann in zweierlei Richtungen interpretiert werden:

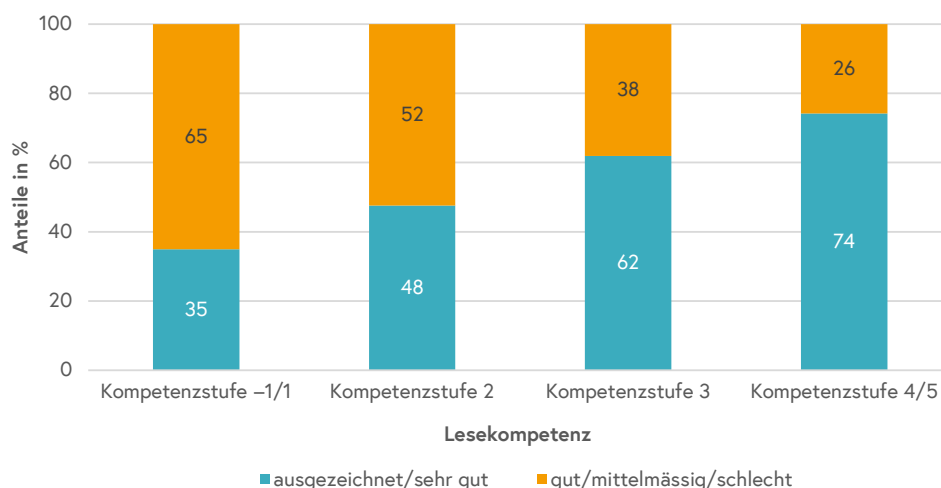
- Eine geringe Lesekompetenz trägt zu einer schlechteren Gesundheit bei bzw. eine hohe Lesekompetenz zu einer besseren Gesundheit.
- Eine schlechtere Gesundheit beeinflusst die Möglichkeit, erfolgreich an Bildungsprozessen teilzunehmen, während eine gute Gesundheit dies ermöglicht.

In ersterer Hinsicht wirkt die Lesekompetenz – im Sinne der Gesundheitskompetenz – infolge eines eingeschränkten Gesundheitswissens und gesundheitsabträglicher Verhaltensweisen auf die Gesundheit oder aber, im positiven Sinne, auf eine hohe Gesundheitskompetenz und ein gesundheitsförderndes Verhalten (Statistik Austria, 2013).

Im Rahmen der PIAAC-Erhebung wurden die Teilnehmenden auch nach ihrem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand befragt. Im Zusammenhang mit der Lesekompetenz wird deutlich, dass Personen mit einer höheren Lesekompetenz auch ihren Gesundheitszustand besser einstufen. 30- bis 59-Jährige mit einer hohen Lesekompetenz schätzen demnach ihren allgemeinen Gesundheitszustand etwa doppelt so häufig als ausgezeichnet oder sehr gut ein (74 %) als gleichaltrige Personen mit einer geringen Lesekompetenz (35%;

s. [Abbildung 58](#)). Umgekehrt berichten rund 65 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit einer geringen Lesekompetenz über eine gute, mittelmäßige bis schlechte Gesundheit, während dies im Vergleich „nur“ auf rund ein Viertel der 30- bis 59-Jährigen mit einer hohen Lesekompetenz zutrifft.

Abbildung 58: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Kompetenzniveaus im Bereich Lesen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12

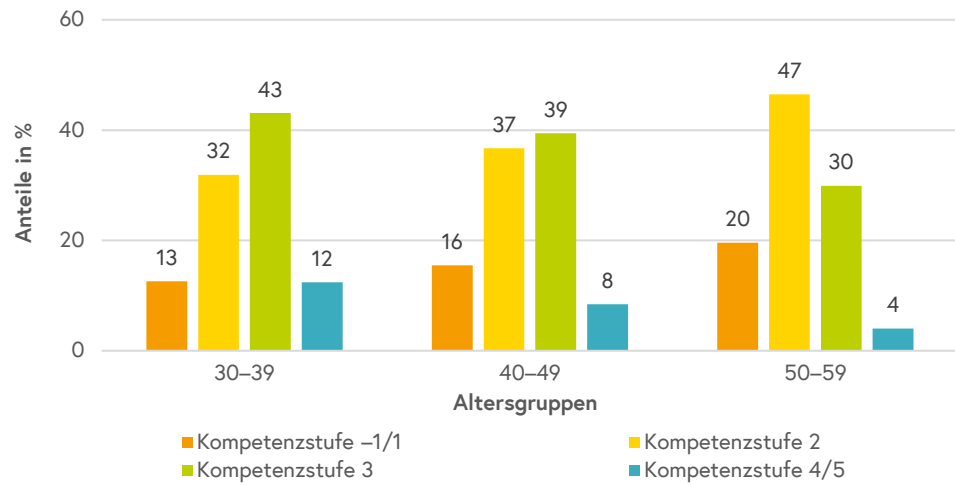


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – PIAAC 2011/2012; Darstellung: GÖG

Laut PIAAC 2011/2012 verfügen rund 8 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (rund 300.000 Personen) über eine hohe Lesekompetenz (Kompetenzstufe 4 und 5), während knapp 16 Prozent Schwierigkeiten haben, sinnerfassend zu lesen (rund 600.000 Personen).

Männer zwischen 30 und 39 Jahren sowie jene mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 bis 59 Jahre) weisen häufiger eine hohe Lesekompetenz auf als Frauen dieser Alters (15 % vs. 10 %) und dieser Bildungsgruppe (23 % vs. 16 %). Bei der Bevölkerungsgruppe mit geringer Lesekompetenz zeigt sich hingegen kein Geschlechterunterschied. Der Bevölkerungsanteil mit einer hohen Lesekompetenz nimmt mit steigendem Alter ab: von rund 12 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf rund 4 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen. Umgekehrt weisen rund 20 Prozent der 50- bis 59-Jährigen eine geringe Lesekompetenz auf, während es bei den 30- bis 39-Jährigen 13 Prozent sind ([s. Abbildung 59](#)). Hier wird vor allem der Effekt steigender Bildungsabschlüsse ersichtlich: Im Vergleich der Jahre 2010 und 2016 lässt sich ein deutlicher Zuwachs in der Bildungskategorie „Matura oder höher“ (von 25 auf 32 %) und eine deutliche Abnahme in der Kategorie „maximal Pflichtschulabschluss“ erkennen (von 29 auf 18 %) ([s. Punkt 5.2](#)).

Abbildung 59: Lesekompetenz nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12

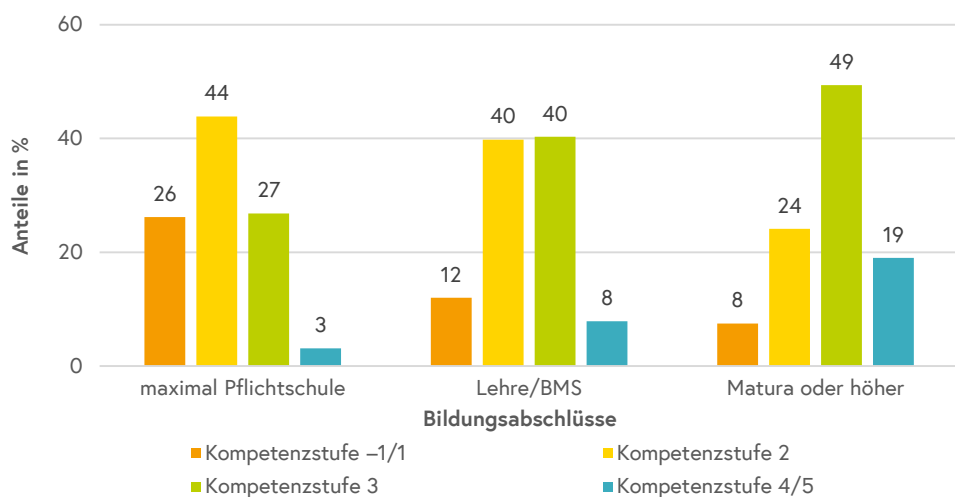


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – PIAAC 2011/2012; Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Die Lesekompetenz der 30- bis 59-Jährigen weist einen deutlichen Zusammenhang mit dem höchsten Bildungsstatus der Eltern auf. Der Anteil der Personen mit einer hohen Lesekompetenz steigt mit zunehmender Bildung der Eltern: von rund drei auf 19 Prozent. Umgekehrt nimmt der Anteil der Bevölkerung mit geringer Lesekompetenz von 26 auf 8 Prozent ab (s. [Abbildung 60](#)). Neben der individuellen Förderung durch die Eltern spielen hier vermutlich auch die Schulwahl und die Auswahlkriterien der Schulen eine zentrale Rolle.

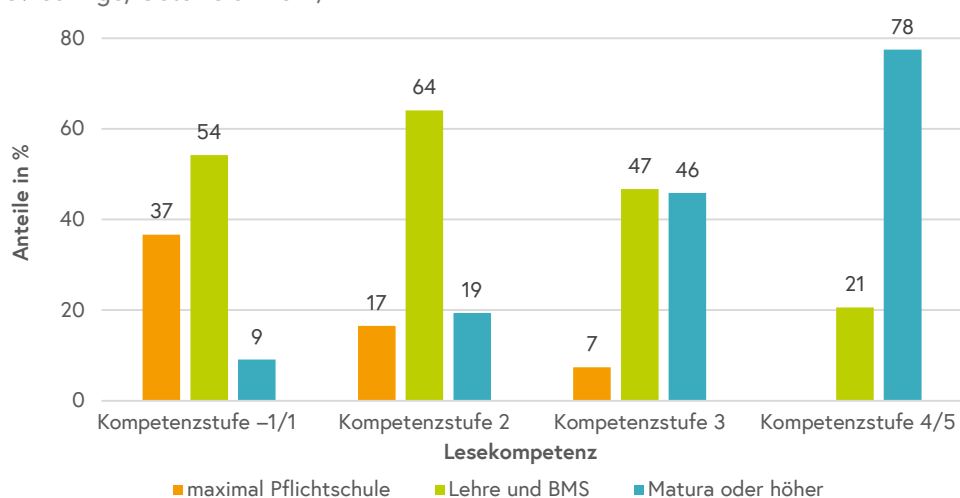
Abbildung 60: Lesekompetenz nach höchstem Bildungsabschluss der Eltern, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – PIAAC 2011/2012; Darstellung: GÖG

Darüber hinaus hat die Lesekompetenz der 30- bis 59-Jährigen auch Einfluss auf deren Bildungsweg. Während 77 Prozent mit einer hohen Lesekompetenz mindestens einen Bildungsabschluss auf Maturaniveau besitzen, erreichen rund 9 Prozent mit geringer Lesekompetenz dieses Bildungsniveau. 37 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit geringer Lesekompetenz weisen maximal einen Pflichtschulabschluss auf, während Pflichtschulabschlüsse bei jenen mit hoher Lesekompetenz quasi nicht vorkommen (s. [Abbildung 61](#)). Die Bildung der Eltern beeinflusst damit die Lesefähigkeit ihrer Kinder und die Lesefähigkeit der Kinder wiederum deren Bildungsweg. Damit kommt es zu „vererbten Bildungschancen“, wenngleich natürlich auch eine positive Bildungsmobilität zu erkennen ist.

Abbildung 61: Bildungsabschlüsse nach Kompetenzstufen im Bereich Lesen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – PIAAC 2011/2012; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die PIAAC-Erhebung ist eine Querschnitterhebung bei 16- bis 65-jährigen Personen, die im Zeitraum August 2011 bis März 2012 durchgeführt wurde (Statistik Austria 2013a). In der Studie werden drei Kompetenzbereiche erfasst, darunter auch die Lesekompetenz. Dieser Begriff bezieht sich auf die Fähigkeit des sinnerfassenden Lesens, also das Verständnis und die kritische Reflexion von Texten, egal ob diese in gedruckter Form wie beispielsweise der Beipackzettel eines Medikaments oder digital als Onlineartikel vorliegen.

Die Lesekompetenz spielt sowohl im Beruf als auch im Alltag eine wesentliche Rolle und repräsentiert eine Basiskompetenz, auf der weiterführende Kompetenzen aufbauen. Verfügt jemand über diese Fähigkeit nur in einem geringen Ausmaß, kann dies persönliche, berufliche und soziale Benachteiligungen zur Folge haben.

Um die Lesekompetenz einer Person zu messen, werden Aufgaben in fünf verschiedenen Kompetenzstufen gestellt. Personen, die einer bestimmten Kompetenzstufe zugeordnet sind, können zumindest rund die Hälfte der Aufgaben dieser Kompetenzstufe positiv bewältigen.

4.3 Gesundheitsverhalten

4.3.1 Ernährung

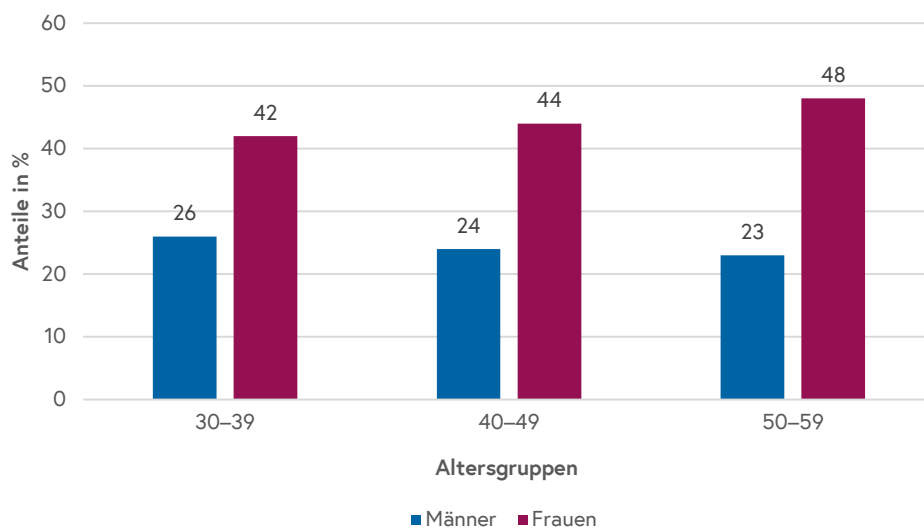
Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis von wenig gesundheitsfördernden (Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsfördernden Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte), bei dem das Hauptgewicht auf Ersteren liegt, kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007).

Als besonders wichtig erweist sich ein regelmäßiger Konsum von Obst und Gemüse (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014; Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb einen täglichen Obst- und Gemüseverzehr (s. www.oege.at).

In Österreich essen rund 34 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen täglich Obst und Gemüse (ATHIS 2014; BL-Bandbreite: 28–43%), Frauen aller Alters- und Bildungsgruppen häufiger als Männer (45% vs. 24%). 19 Prozent der 30- bis 59-Jährigen essen täglich Obst (aber kein Gemüse), 13 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst). 34 Prozent verspeisen weder das eine noch das andere auf einer täglichen Basis. Die 30- bis 59-Jährigen entsprechen damit weitgehend der österreichischen Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter), wobei ab 60-Jährige einen günstigeren Obst- und Gemüsekonsum, 15- bis 29-Jährige einen ungünstigeren Konsum aufweisen.

Hinsichtlich der untersuchten Zehn-Jahres-Altersgruppen zeigt sich bei Männern ab 40 Jahren eine tendenzielle Abnahme im täglichen Obst- und Gemüsekonsum (von 26% bei den 30- bis 39-Jährigen auf 23–24% bei den 40- bis 59-Jährigen). In der weiblichen Bevölkerung ist hier hingegen ein Anstieg zu verzeichnen (von 42% auf 48%, s. [Abbildung 62](#)).

Abbildung 62: Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse bezüglich Ernährungsverhalten werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont, Jeannette/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont, Jeanette et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

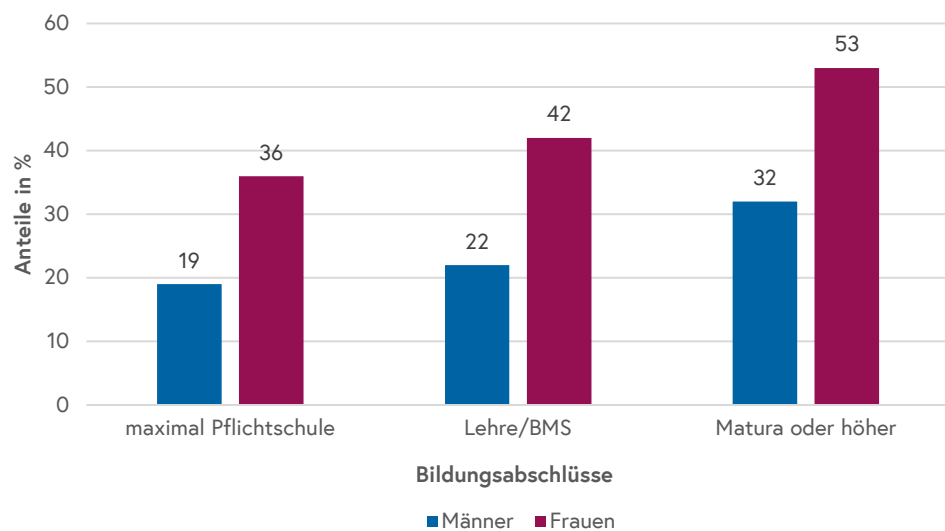
Für beide Geschlechter gilt, dass der tägliche Obstkonsum (nur Obst) mit steigendem Alter zunimmt (bei Männern von 13 % auf 23 %, bei Frauen von 17 % auf 22 %). Der tägliche Gemüsekonsum (nur Gemüse) nimmt bei den Männern im Alter von 50 bis 59 Jahren ab (von 15–16 % bei den 30- bis 49-Jährigen auf 12 % bei den 50- bis 59-Jährigen) und verändert sich auch bei den Frauen tendenziell in eine ungünstige Richtung.

Unterschiede nach Bildung

Nach Bildungskategorien zeigt sich, dass Männer mit Matura oder höherem Bildungsabschluss (30 bis 59 Jahre) häufiger täglich Obst und Gemüse konsumieren als jene mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- bzw. BMS-Abschluss (32 % vs. 19–22 %). Bei den 30- bis 59-jährigen Frauen erhöht sich der tägliche Obst- und Gemüsekonsum

mit steigender formaler Bildung von rund 36 Prozent bei Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss auf rund 53 Prozent bei Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 63](#)). Auch zeigt sich, dass Männer und Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss seltener Obst, aber kein Gemüse auf einer täglichen Basis verzehren als jene der anderen Bildungsgruppen (Männer: 16 % vs. 18–21 %, Frauen: 15 % vs. 21–22 %). Der tägliche Konsum von Gemüse (ohne Obst zu essen) wächst bei Männern wie Frauen tendenziell mit steigenden Bildungsabschlüssen an (bei Männern von 12 % auf 15 %, bei Frauen von 11 % auf 13 %).

Abbildung 63: Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben einer „gesunden“ Ernährung und dem Nichtrauchen) zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich belegt: Bewegung verringert das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmter Krebserkrankungen sowie das Demenzrisiko und trägt zu einer höheren Lebensqualität sowie Lebenserwartung bei (Titze et al. 2010).

Die österreichischen Bewegungsempfehlungen sehen für Erwachsene (Personen ab 18 Jahren)

- ein wöchentliches Ausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung und

- muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (Titze et al. 2010).
- Ergänzend dazu wird eine vermehrte Bewegung im Alltag propagiert.

Die österreichischen Empfehlungen für eine gesundheitswirksame Bewegung (die Punkte 1 und 2 der Bewegungsempfehlung) erfüllen – laut ATHIS 2014 – nur 21 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (BL-Bandbreite: 19–24%), Männer zwischen 30 und 39 Jahren häufiger als Frauen zwischen 30 und 39 (25% vs. 19%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit etwas unter dem Wert der Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter: 25%), da 15- bis 29-Jährige deutlich häufiger (35%) und ab 60-Jährige etwas häufiger (23%) den Bewegungsempfehlungen entsprechen.

150 Minuten pro Woche in Bewegung sind 48 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 41–60%): 30- bis 39-jährige Männer häufiger als Frauen dieser Altersgruppe (49% vs. 43%), 40- bis 49-jährige Frauen häufiger als Männer dieses Alters (50% vs. 46%).

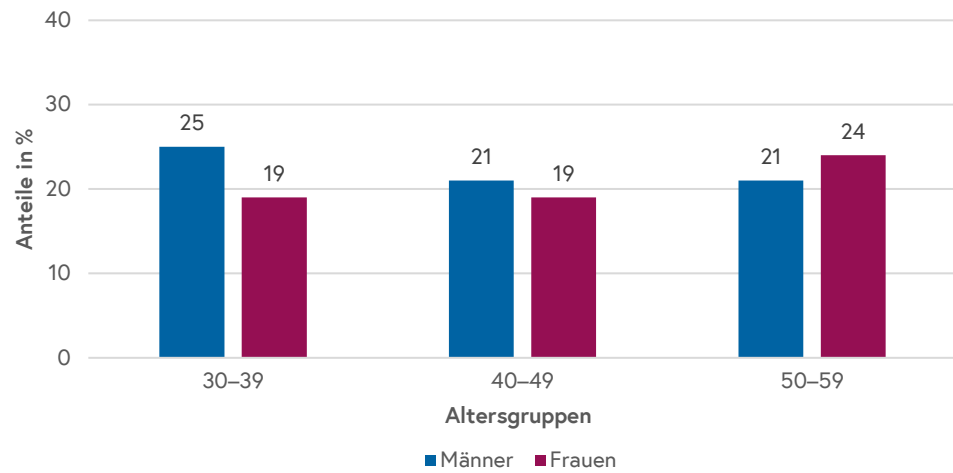
Muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche (Punkt 2 der Bewegungsempfehlungen) führen 29 Prozent der österreichischen Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren aus (BL-Bandbreite: 29–39%): Männer zwischen 30 und 49 Jahren häufiger als Frauen (30–39: 34% vs. 26%, 40–49: 29% vs. 26%), Frauen zwischen 50 und 59 Jahren häufiger als Männer (32% vs. 28%).

In puncto Altersgruppen zeigt sich, dass Männer zwischen 40 und 59 Jahren seltener die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllen als jene im Alter von 30 bis 39 Jahren (25% vs. 21%, s. [Abbildung 64](#)). Muskelkräftigende Übungen (an mindestens zwei Tagen pro Woche) führen Männer zwischen 30 und 39 Jahren am häufigsten aus (34% vs. 28–29%). 150 Minuten pro Woche bewegen sich 30- bis 39-jährigen und 50- bis 59-jährige Männer am häufigsten (49–50% vs. 46%).

Anders verhält es sich bei der weiblichen Bevölkerung: Frauen zwischen 50 und 59 Jahren erfüllen häufiger die österreichischen Bewegungsempfehlungen als jene zwischen 30 und 49 Jahren (24% vs. 19%, s. [Abbildung 64](#)). Muskelkräftigende Übungen in einem definierten Mindestausmaß (an zwei Tagen pro Woche) führen Frauen zwischen 50 und 59 Jahren häufiger aus als 30- bis 49-Jährige (32% vs. 26%). 150 Minuten pro Woche bewegen sich 40- bis 59-jährigen Frauen am häufigsten (50% vs. 43%).

Frauen zwischen 30 und 39 und Männer zwischen 40 und 49 Jahren sind damit im Vergleich zu den anderen Altersgruppen – insgesamt gesehen – in einem geringeren Ausmaß körperlich aktiv.

Abbildung 64: Gesundheitswirksame Bewegung nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014

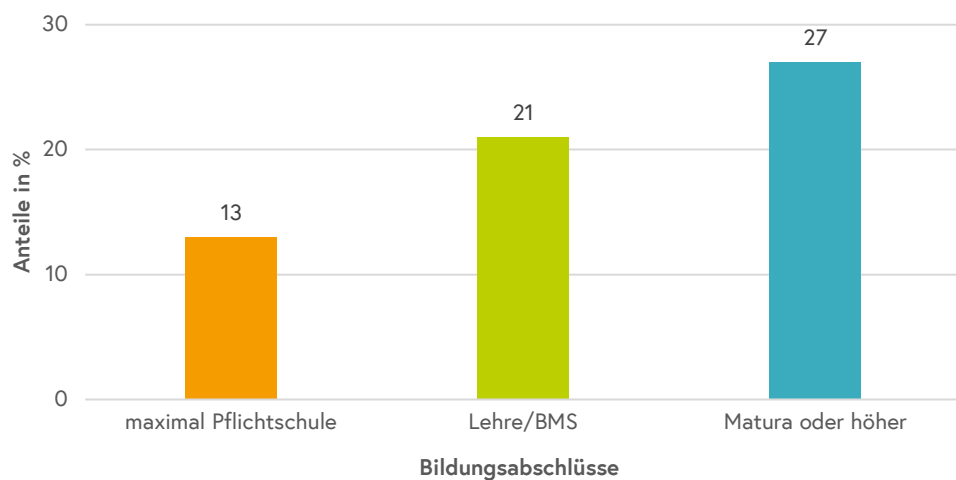


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Nach Bildungskategorien zeigt sich, dass der Anteil der Bevölkerung (30 bis 59 Jahre), der die österreichischen Bewegungsempfehlungen erfüllt, bei Männern wie bei Frauen mit steigender formaler Bildung zunimmt: von 13 Prozent mit maximal Pflichtschulabschluss auf 27 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. [Abbildung 65](#)). Dasselbe Muster gilt auch für Punkt 1 und Punkt 2 der österreichischen Bewegungsempfehlungen.

Abbildung 65: Gesundheitswirksame Bewegung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Körperliche Aktivität wird definiert als „jede Bewegung des Körpers, die mit einer Kontraktion der Muskulatur einhergeht und den Energieverbrauch über den normalen Ruheenergiebedarf hinaus steigert“. Sie sollte zumindest zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen.

Als muskelkräftigende Übungen werden Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band oder mit dem eigenen Körpergewicht (unter anderem Kniebeugen, Liegestütze) bezeichnet.

Die Ergebnisse in Hinblick auf das Bewegungsverhalten werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014) berichtet (Klimont, Jeannette/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont, Jeannette et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

4.3.2.1 Alltagsbewegung

Alltagswege von mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung legt Österreichs Bevölkerung im Alter von 30 bis 59 Jahren an durchschnittlich 3,9 Tagen pro Woche zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück (BL-Bandbreite: 3,2–4,7 Tage pro Woche). 21 Prozent der 30- bis 59-Jährigen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 12–30%), 23 Prozent täglich (BL-Bandbreite: 17–32%). Die 30- bis 59-jährige Bevölkerung legt damit im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung (15 bis 29 Jahre, 4,4 Tage pro Woche) sowie im Vergleich zur älteren Bevölkerung (60 Jahre und älter, ebenfalls 4,4 Tage pro Woche) deutlich seltener Alltagswege zu Fuß oder/und mit dem Fahrrad zurück.

Frauen zwischen 50 und 59 Jahren sind im Durchschnitt etwas häufiger zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad unterwegs als Männer dieser Altersgruppe (4,1 Tage pro Woche vs. 3,8 Tage).

Während Männer aller untersuchten Altersgruppen (30–39, 40–49 und 50–59) sich im Alltag im Durchschnitt etwa gleich häufig bewegen (an 3,8–3,9 Tagen pro Woche), weisen Frauen zwischen 40 und 49 Jahren das geringste Bewegungsausmaß im Alltag auf (3,7 Tage pro Woche vs. 3,9 bzw. 4,1 Tage pro Woche).

Unterschiede nach Bildung

Ein Unterschied nach Bildungsabschlüssen findet sich nicht.

4.3.3 Tabakkonsum

Der Konsum von Tabak – aktiv oder passiv – verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und ist ein bedeutendes Gesundheitsrisiko (Robert Koch-Institut 2008). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

Laut ATHIS 2014 rauchen rund 29 Prozent der 30- bis 59-Jährigen täglich (rund 1,09 Mio. Personen, BL-Bandbreite: 24–39%) und 6 Prozent gelegentlich. 41 Prozent der 30- bis 59-Jährigen haben bisher noch nie täglich geraucht.

Der Anteil der täglichen Raucher/-innen ist in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen etwa gleich hoch wie in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen (30%) und rund dreimal so hoch wie in der Gruppe der ab 60-Jährigen (10%) (s. Griebler et al. 2017).

Seit 2006/2007 hat der Anteil täglich rauchender Personen leicht zugenommen (bei 30- bis 59-Jährigen um rund 2 Prozentpunkte).

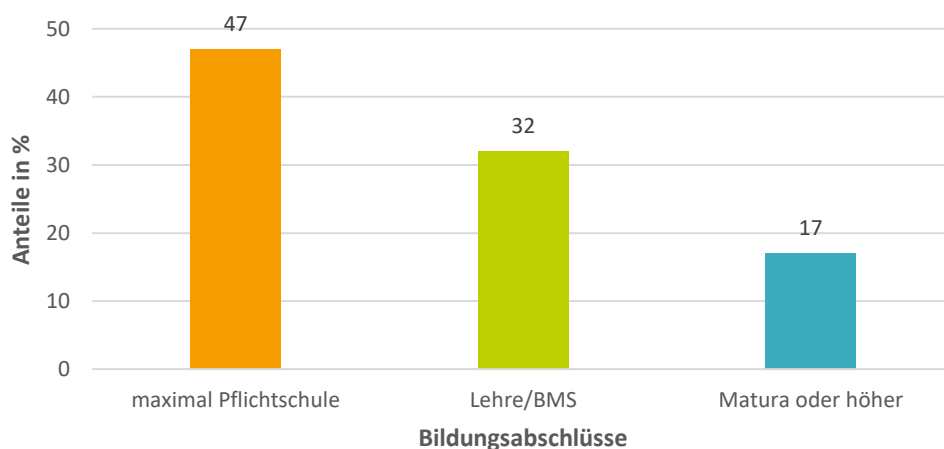
Männer zwischen 30 und 59 Jahren rauchen häufiger täglich als Frauen in diesem Alter (31% vs. 27%). Dies trifft auf alle untersuchten Alters- und Bildungsgruppen zu. Zudem rauchen Männer häufiger mehr als 20 Zigaretten am Tag als Frauen (22% der täglich rauchenden Männer vs. 6% der täglich rauchenden Frauen). Täglich rauchende Männer rauchen im Durchschnitt rund 19 Zigaretten pro Tag, Frauen rund 14.

In der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen ist der Anteil der täglich Rauchenden mit 27 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen geringer als bei den 30- bis 49-Jährigen (30–31%). Der Anteil der täglich Rauchenden, die mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchen, ist dafür in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen wesentlich höher als in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen (16–18% vs. 8%).

Unterschiede nach Bildung

Je niedriger der formale Bildungsstatus, desto höher der Anteil täglicher Raucher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (maximal Pflichtschule: 47%, Lehre/BMS: 32%, Matura oder höher: 17%; s. [Abbildung 66](#)). Dieses Muster zeigt sich sowohl für Frauen als auch für Männer. Bei Männern ist zudem der Anteil der täglich Rauchenden, die täglich mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss oder einem Lehr- oder BMS-Abschluss etwa doppelt so hoch (23–26%) wie bei gleichaltrigen Männern mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (12%).

Abbildung 66: Täglich Rauchende nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3.3.1 Ernsthafte, aber nicht gelungene Aufhörversuche

31 Prozent der täglichen Raucher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren haben im letzten Jahr versucht, mit dem Rauchen aufzuhören (rund 335.000 Personen, BL-Bandbreite: 24–42%). Dies stimmt in etwa mit dem entsprechenden Anteil in der Gesamtbevölkerung überein (32%; 15 Jahre und älter), wobei der Anteil bei den täglich rauchenden 15- bis 29-Jährigen gleich hoch ist (31%), bei den täglich rauchenden ab 60-Jährigen jedoch höher (41%) (s. Griebler et al. 2017).

In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen ist der Anteil der täglich rauchenden Frauen mit einem missglückten Aufhörversuch innerhalb des letzten Jahres höher als bei täglich rauchenden Männern in diesem Alter (40% vs. 30%).

Am häufigsten wollen Männer und Frauen zwischen 50 und 59 Jahren mit dem Rauchen aufhören (35% vs. 29–30% bei den 30- bis 49-Jährigen). Dies ergibt sich in erster Linie durch den hohen Anteil täglich rauchender Frauen, die in dieser Altersgruppe versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören (40%).

Unterschiede nach Bildung

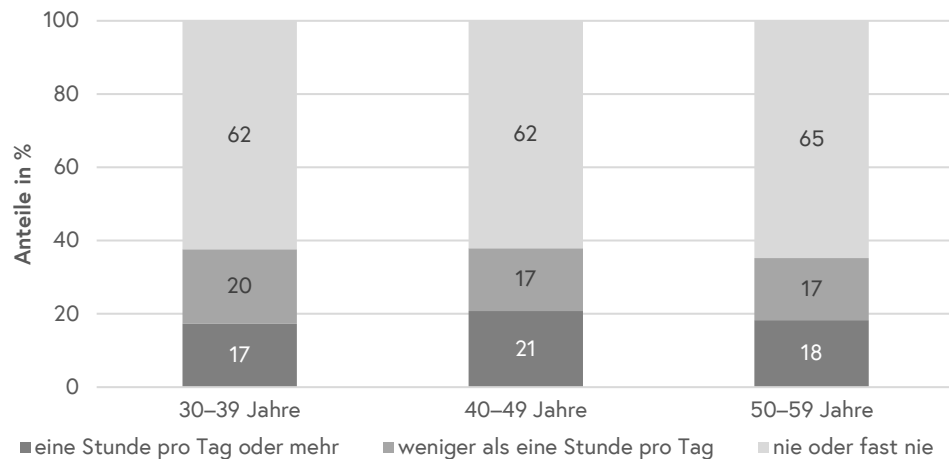
Unterschiede nach Bildungsabschlüssen zeigen sich nicht.

4.3.3.2 Passivrauchen

16 Prozent der 30- bis 59-Jährigen sind täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt (rund 605.000 Personen, BL-Bandbreite: 11–25%), weitere 14 Prozent weniger als eine Stunde pro Tag (rund 516.000 Personen, BL-Bandbreite: 11–15%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit genau im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter), wobei jüngere (15 bis 29 Jahre) wesentlich häufiger (42%) und ältere (60 Jahre und älter) wesentlich seltener von Passivrauch betroffen sind (14%) (s. Griebler et al. 2017).

30- bis 59-jährige Männer sind häufiger von Passivrauch betroffen als Frauen in diesem Alter. Dies trifft auf alle untersuchten Alters- und Bildungsgruppen zu. 19 Prozent der 30- bis 59-jährigen Männer, aber nur 14 Prozent der 30 bis 59-jährigen Frauen sind mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt. Weitere 18 Prozent der Männer, aber nur 10 Prozent der Frauen sind weniger als eine Stunde pro Tag mit Passivrauch konfrontiert. Männer im Alter von 30 bis 49 Jahren sind etwas häufiger Passivrauch ausgesetzt als solche im Alter von 50 bis 59 Jahren (38% vs. 35%; s. [Abbildung 67](#)). Bei Frauen zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied.

Abbildung 67: Passivrauchexposition nach Altersgruppen, 30- bis 59-jährige Männer, Österreich 2014

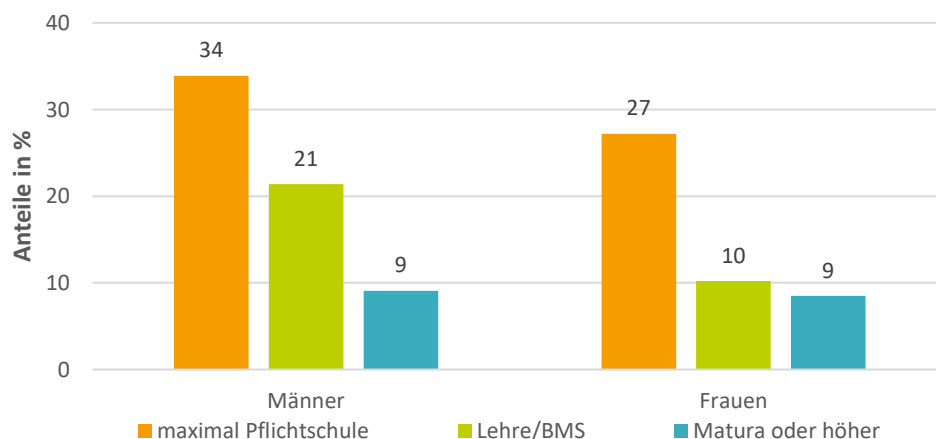


ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Je niedriger der formale Bildungsabschluss, desto höher die Passivrauchexposition. Das zeigt sich für Männer wie für Frauen. 30- bis 59-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss sind rund 1,7-mal häufiger für mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt als gleichaltrige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (30% vs. 18%) und beinahe viermal so häufig wie gleichaltrige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30% vs. 8%; s. [Abbildung 68](#)).

Abbildung 68: Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde pro Tag) nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definition und Daten

Die Ergebnisse in puncto Tabakkonsum und Passivrauchen werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (Klimont/Baldaszi 2015) berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

4.3.4 Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu einer Reihe gesundheitlicher Probleme führen. Zu den möglichen Spätfolgen zählen u. a. Alkoholabhängigkeit, Krebserkrankungen, Leberzirrhose, alkoholinduzierte Pankreatitis, neurologische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen des Verdauungstraktes (Feuerlein 1979; Singer et al. 2011).

15 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen konsumieren – laut Bevölkerungserhebung zum Substanzgebrauch 2015 – täglich oder fast täglich (d. h. an 5 bis 7 Tagen pro Woche) Alkohol (BL-Bandbreite: 6–20%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit in etwa im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (14%; 15 Jahre und älter), wobei jüngere (15 bis 29 Jahre) wesentlich seltener (4%) und ältere (60 Jahre und älter) häufiger täglich oder fast täglich zu alkoholischen Getränken greifen (20%). An ein bis vier Tagen pro Woche konsumieren 29 Prozent der 30- bis 59-Jährigen Alkohol.

Seit 2008 ist der Anteil der Personen, die täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren, in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen zurückgegangen: von 17 Prozent im Jahr 2008 auf 15 Prozent im Jahr 2015.

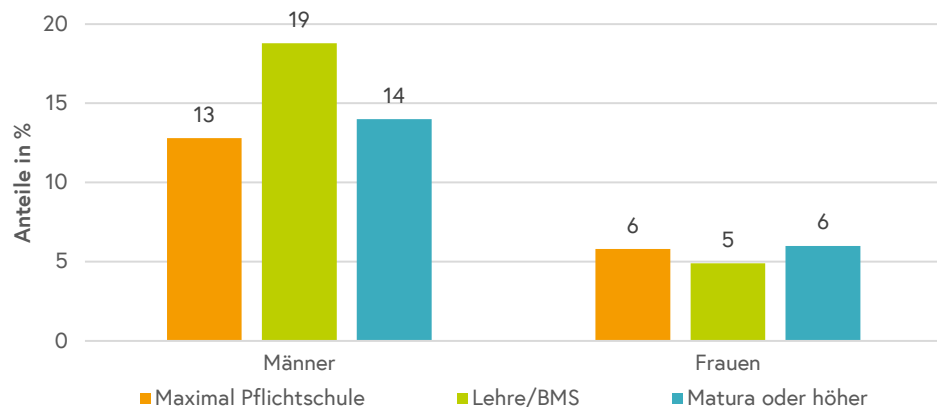
Männer trinken häufiger täglich oder fast täglich Alkohol als Frauen (23% vs. 8%). Dies trifft auf alle untersuchten Alters- und Bildungsgruppen zu. An ein bis vier Tagen pro Woche greifen 35 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen zu alkoholischen Getränken.

Wie auch in der Gesamtbevölkerung (Strizek/Uhl 2016) nimmt der Anteil derer, die täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren, auch in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen mit steigendem Alter zu: von 11 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf rund 17–18 Prozent bei den 40- bis 59-Jährigen. Dieses Muster findet sich bei Männern wie bei Frauen.

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-jährige Männer mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss konsumieren am häufigsten täglich oder fast täglich Alkohol (19%). In der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss sowie bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss liegt der diesbezügliche Anteil bei rund 13 bis 14 Prozent (s. [Abbildung 69](#)). Bei den 30- bis 59-jährigen Frauen zeigen sich keine Unterschiede nach ihrem Bildungsstatus.

Abbildung 69: Täglicher bzw. fast täglicher Alkoholkonsum nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015



Quelle: Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3.4.1 Problematischer Alkoholkonsum

16 Prozent der 30- bis 59-Jährigen weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf (BL-Bandbreite: 6–21%).⁸ Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier damit etwas

⁸ Der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum ist in der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen etwas höher als jener der Personen, die täglich oder fast täglich (an 5 bis 7 Tagen pro Woche) Alkohol trinken. Das kann daran liegen, dass beim problematischen

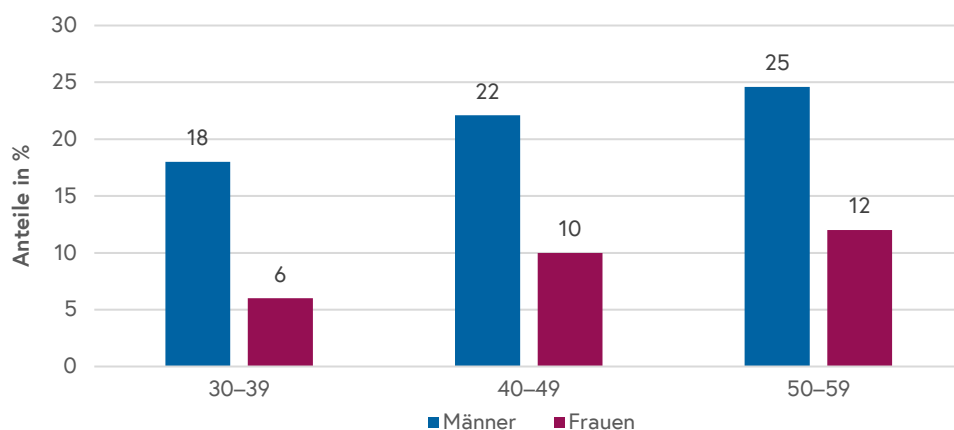
über dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (14%; 15 Jahre und älter), wobei sowohl jüngere (15 bis 29 Jahre) als auch ältere (60 Jahre und älter) etwas seltener einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen (je 12%).

Seit 2008 ist der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen zurückgegangen: von 19 Prozent im Jahr 2008 auf 16 Prozent im Jahr 2015.

30- bis 59-jährige Männer weisen in etwa doppelt so häufig einen problematischen Alkoholkonsum auf wie Frauen in diesem Alter (22% vs. 9%). Der weitaus höhere Anteil bei Männern zeigt sich in allen untersuchten Altersgruppen (s. Abbildung 70) sowie bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (14% vs. 5%) und Lehr- oder BMS-Abschluss (16% vs. 6%). Bei Personen mit Matura oder einem höheren Abschluss liegt der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum bei Männern nur knapp über jenem der Frauen (11% vs. 10%; s. Abbildung 71).

In der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen nimmt der Anteil der Personen mit problematischem Alkoholkonsum mit steigendem Alter zu: von 12 Prozent bei den 30- bis 39-Jährigen auf 19 Prozent bei den 50- bis 59-Jährigen. Der Anstieg mit dem Alter ist bei beiden Geschlechtern zu beobachten.

Abbildung 70: Problematischer Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, 0- bis 59-Jährige, Österreich 2015



Quelle: Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

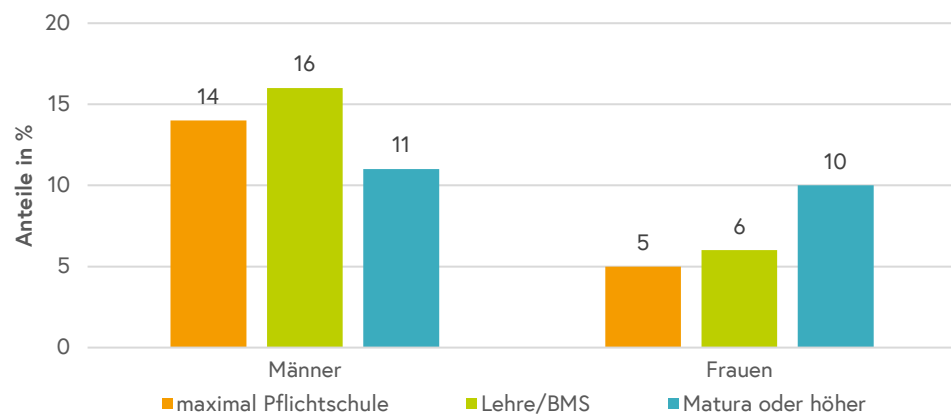
Alkoholkonsum ein Undersampling von Alkoholikerinnen und Alkoholikern sowie ein Underreporting (betreffs der Menge des verkauften Alkohols) korrigiert wurden. Beim Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden wurde nur das Undersampling von Alkoholikerinnen und Alkoholikern korrigiert. Eine Korrektur des Underreporting (Personen geben an, an weniger Tagen pro Woche Alkohol zu trinken, als sie es tatsächlich tun) wurde hier nicht durchgeführt. Siehe dazu auch „Definitionen und Daten“.

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-jährige Männer mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss weisen am häufigsten einen problematischen Alkoholkonsum auf (16%). In der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss sowie bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss liegt der entsprechende Anteil bei rund 11 bzw. 14 Prozent.

Bei Frauen zwischen 30 und 59 Jahren ist der Anteil mit problematischem Alkoholkonsum in der Gruppe mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss am höchsten (10%) und liegt in den beiden anderen Bildungsgruppen bei rund 5–6 Prozent (s. [Abbildung 71](#)).

Abbildung 71: Problematischer Alkoholkonsum nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015



Quelle: Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in puncto Alkoholkonsum werden auf Basis der Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 berichtet (Strizek/Uhl 2016) und mit Ergebnissen von 2008 verglichen (Uhl et al. 2009b). Zu beachten ist, dass bei den berichteten Ergebnissen die bei Bevölkerungsbefragungen übliche Unterschätzung des Alkoholkonsums unter Einbezug von Verkaufszahlen, Alkoholikerinnen/Alkoholikern und deren Konsummenge korrigiert wurde.

Mit problematischem Alkoholkonsum ist hier der Konsum von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 60 g Reinalkohol pro Tag bei Männern angesprochen. 40 g Reinalkohol sind beispielsweise in einem Liter Bier, einem halben Liter Wein oder sechs Gläsern Schnaps (zu je 20 ml) enthalten. Unter Expertinnen und Experten gibt es jedoch unterschiedliche Vorstellungen betreffend die Frage, ab welcher Alkoholmenge der Konsum von Alkohol ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt (Uhl et al. 2009a).

5 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

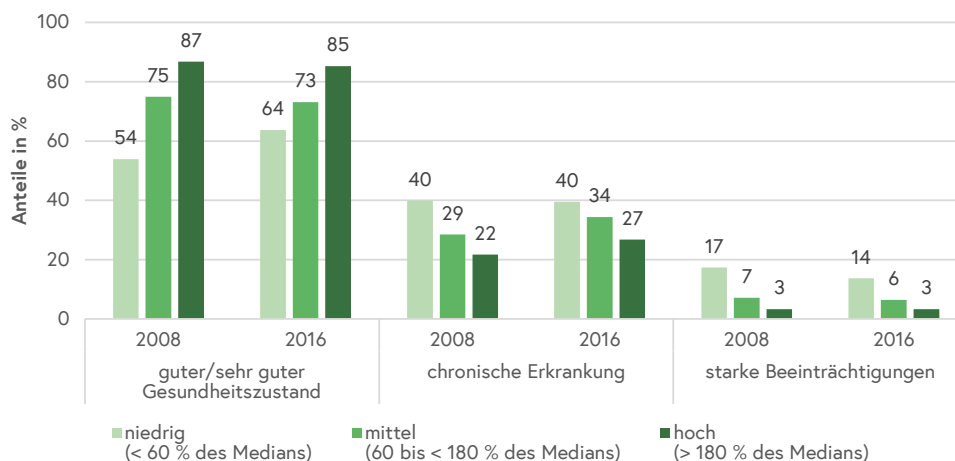
5.1 Materielle Lebensbedingungen

5.1.1 Ökonomische Verhältnisse

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist lange bekannt und vielfach belegt (Lampert, Thomas et al. 2005; Lampert, T/Kroll 2010; Pfortner 2013). Nicht nur erhöht eine schlechte Gesundheit oder das Vorhandensein von Krankheit das Risiko zu verarmen (soziale Selektionsthese), auch Armut trägt zu einer schlechteren Gesundheit bei (materialistische These) (Richter, TLM 2009). Selbst in einem Wohlfahrtsstaat wie Österreich ist in puncto Gesundheit ein deutlicher Einkommensgradient erkennbar (Habl et al. 2014); (Klimont et al. 2016).

Auf Basis der European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) kann ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Gesundheit demonstriert werden. In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen steigt der Anteil jener, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einstufen, mit zunehmendem Haushaltseinkommen deutlich an (s. Abbildung 72). Die Kategorie mit dem niedrigsten Einkommen (weniger als 60% des nationalen Medianhaushaltseinkommens) entspricht dabei der Gruppe der Armutsgefährdeten.

Abbildung 72: Gesundheitsunterschiede nach Einkommenskategorien, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

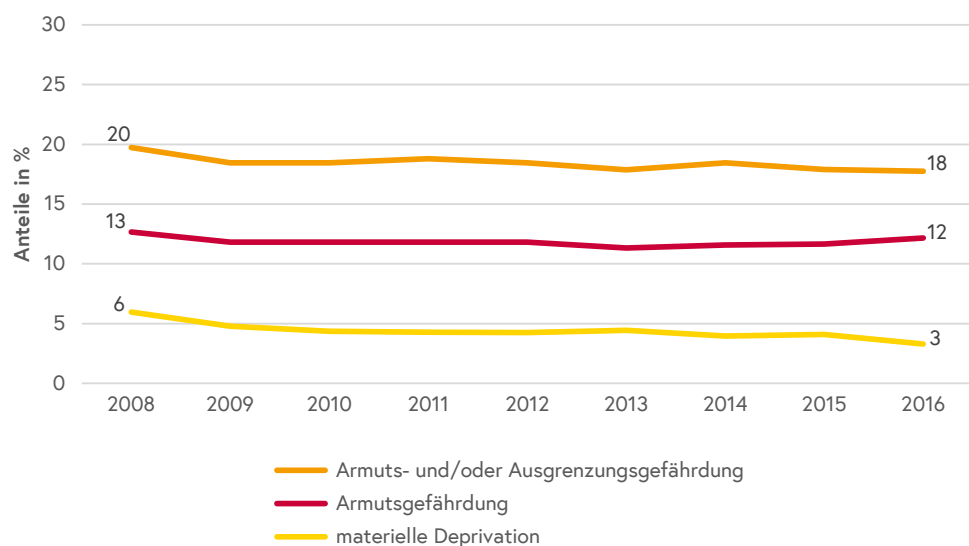
Ebenso wie beim allgemeinen Gesundheitszustand lässt sich auch in Bezug auf chronische Krankheiten ein deutlicher Zusammenhang mit den Einkommensverhältnissen erkennen. Im Jahr 2016 wiesen rund 27 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit einem Haushaltseinkommen von über 180 Prozent des nationalen Medianhaushaltseinkommens eine chronische Krankheit auf, während dies auf rund 40 Prozent zutrifft, die von Armut gefährdet sind (weniger als 60% des nationalen Medianhaushaltseinkommens). Armutsgefährdete Menschen sind zudem in ihrem Alltag häufiger durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt als solche mit einem höheren Nettohaushaltseinkommen (s. [Abbildung 72](#)). Umgekehrt kann auch ein schlechter Gesundheitszustand, kombiniert mit Arbeitslosigkeit oder einer Berufsunfähigkeit, zur Verarmung führen.

Im folgenden Abschnitt werden drei wesentliche Kennzahlen der ökonomischen Lebenssituation dargestellt (s. [Abbildung 73](#)):

- Armutsgefährdung
- erhebliche materielle Deprivation
- Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

In besonders hohem Ausmaß sind Arbeitslose, Ein-Eltern-Haushalte mit zumindest einem Kind unter 25 Jahren, Alleinlebende, Mehr-Personen-Haushalte mit mindestens drei Kindern und Personen, die keine österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, von Armut betroffen, erheblich materiell depriviert sowie armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet (Statistik Austria 2017a).

Abbildung 73: Kennzahlen der ökonomischen Verhältnisse, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008–2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 bis 2016; Darstellung: GÖG

5.1.1.1 Armutsgefährdung

Im Jahr 2016 galten rund 12 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (rund 450.000 Personen; BL-Bandbreite: 8–18 %; Drei-Jahres-Durchschnitte) als armutsgefährdet. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier etwas unter dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (14 %).⁹

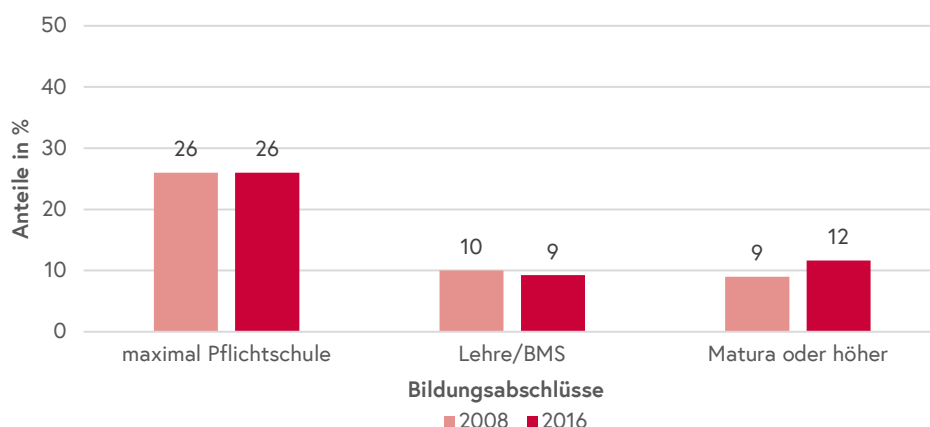
Seit 2008 ist der Anteil armutsgefährdeter Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren in etwa gleich geblieben (s. [Abbildung 73](#)). 30- bis 59-jährige Männer sind in etwa gleich häufig armutsgefährdet wie Frauen in dieser Altersgruppe.

Erwachsene zwischen 30 und 49 Jahren zählen etwas häufiger zur Gruppe der Armutsgefährdeten als Personen zwischen 50 und 59 Jahren (13 % vs. 11 %). Absolut gesehen, sind 40- bis 49-Jährige mit rund 164.000 Personen die in dieser Hinsicht am stärksten betroffene Altersgruppe. Im Vergleich zum Jahr 2008 ist der Anteil armutsgefährdeter Personen bei den 50- bis 59-Jährigen um rund drei Prozentpunkte gesunken (von 14 auf 11 %).

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) sind deutlich häufiger von Armut gefährdet als solche mit einem höheren Bildungsabschluss: Während im Jahr 2016 rund 26 Prozent mit maximal Pflichtschulabschluss armutsgefährdet waren, betraf dies rund 9 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss bzw. 12 Prozent mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Der Anteil armutsgefährdeter Personen ist in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss etwa zwei- bis dreimal so hoch wie bei den anderen Bildungsgruppen. Im Vergleich zum Jahr 2008 hat sich damit wenig verändert (s. [Abbildung 74](#)).

Abbildung 74: Armutsgefährdung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

⁹ Vergleichsdaten der beiden anderen Altersgruppen (bis 15 Jahre und ab 60 Jahre) liegen derzeit für EU-SILC-Auswertungen nicht vor.

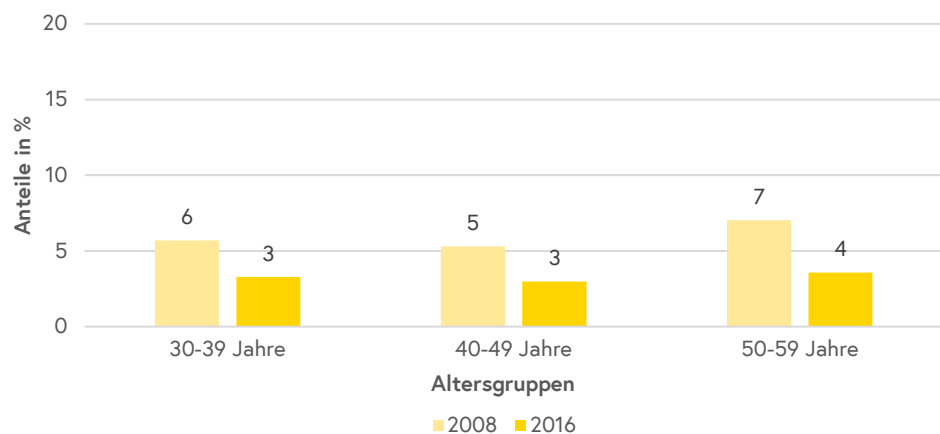
5.1.1.2 Erhebliche materielle Deprivation

Im Jahr 2016 waren etwa 3 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (rund 122.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–8%; Drei-Jahres-Durchschnitte) erheblich materiell depriviert. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier geringfügig über dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung.

Seit 2008 hat sich der Anteil materiell deprivierter Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren von knapp 6 auf rund 3 Prozent halbiert (s. [Abbildung 75](#)). 30- bis 59-jährige Männer sind in etwa gleich häufig von erheblicher materieller Deprivation betroffen wie Frauen in dieser Altersgruppe.

Österreicher/-innen zwischen 50 und 59 Jahren sind sowohl anteilmäßig als auch absolut gesehen etwas häufiger materiell depriviert als jene zwischen 30 und 49 Jahren (4% vs. 3%). Im Vergleich zum Jahr 2008 ist in dieser Kategorie in allen Altersgruppen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen (s. [Abbildung 75](#)).

Abbildung 75: Erhebliche materielle Deprivation nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016

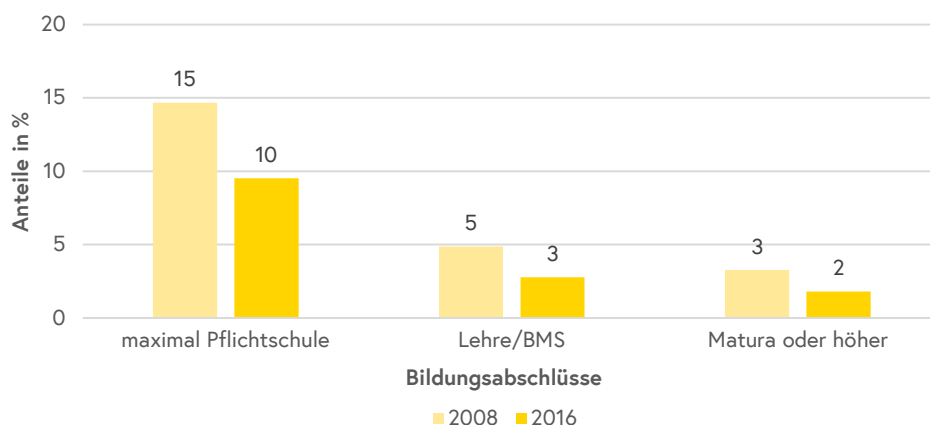


hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss sind im Jahr 2016 etwa dreimal so häufig von erheblicher materieller Deprivation betroffen wie 30- bis 59-Jährige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss und etwa fünfmal so häufig wie Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (10% vs. 2–3%). Gegenüber dem Jahr 2008 ist hier in allen Bildungsgruppen ein beachtlicher Rückgang zu verzeichnen ([Abbildung 76](#)).

Abbildung 76: Erhebliche materielle Deprivation nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

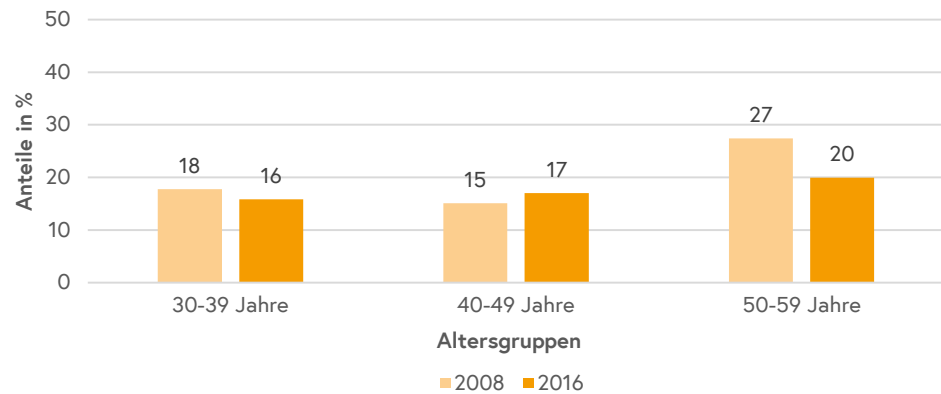
5.1.1.3 Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung

Im Jahr 2016 waren etwa 18 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (rund 656.000 Personen; BL-Bandbreite: 14–25%; Drei-Jahres-Durchschnitt) armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung.

Seit 2008 hat der Anteil armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdeter Österreicher/-innen zwischen 30- und 59 Jahren von knapp 20 Prozent auf rund 18 Prozent abgenommen. Frauen zwischen 30 und 59 Jahren sind etwas häufiger von Armut oder Ausgrenzung bedroht als Männer in dieser Altersgruppe (19% vs. 17%).

Die 50- bis 59-jährige Bevölkerung gilt deutlich häufiger als armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet als Personen zwischen 30 und 49 Jahren (20% vs. 16–17%). In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass rund 268.000 Personen zwischen 50 und 59 Jahren von Armut und/oder Ausgrenzung betroffen bzw. bedroht sind. Im Vergleich zum Jahr 2008 hat der Anteil armuts- oder ausgrenzungsgefährdeter Personen in dieser Altersgruppe um rund 7 Prozentpunkte abgenommen (von 27 auf 20%), bei den 40- bis 49-Jährigen hingegen leicht zugenommen (von 15 auf 17%; s. [Abbildung 77](#)).

Abbildung 77: Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016

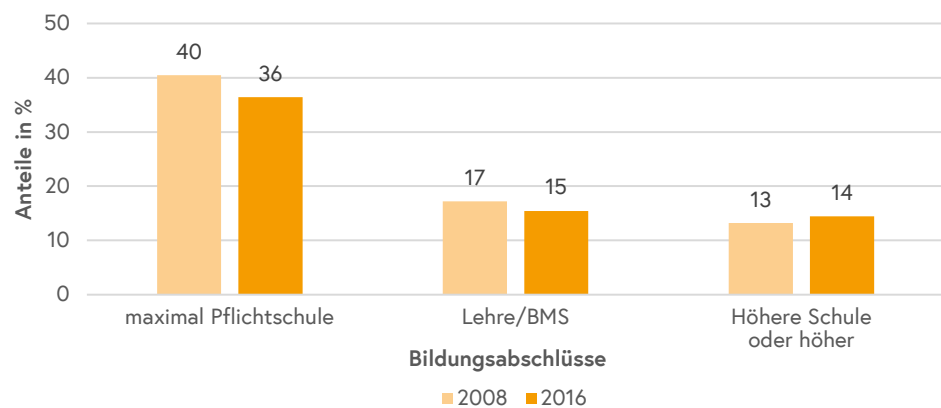


hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) sind etwa zwei- bis dreimal so häufig von Armut und/oder Ausgrenzung bedroht als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (36 % vs. ca. 14–15%). Gegenüber dem Jahr 2008 ist hier bei Personen mit maximal einem Lehr-/BMS-Abschluss ein Rückgang um zwei bis vier Prozentpunkte zu beobachten (max. Pflichtschulabschluss: von 40 auf 36 %, Lehre/BMS: von 17 auf 15%; s. [Abbildung 78](#)).

Abbildung 78: Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Alle Indikatoren der ökonomischen Verhältnisse entstammen den European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt werden und europaweit abgestimmt sind. Seit 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor. Alle Angaben beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Als armutsgefährdet gilt, werden von Eurostat definierten Schwellenwert von 60 Prozent des Medians des äquivalisierten jährlichen Haushaltseinkommens unterschreitet. Die Schwelle für 2016 lag in Österreich für einen Einpersonenhaushalt bei rund 14.217,- Euro im Jahr – das sind etwa 1.185,- Euro im Monat.

Personen gelten als erheblich materiell depriviert, wenn sie mindestens vier von neun Aussagen über die Nichtleistbarkeit bestimmter Güter/Bedürfnisse zustimmen können, die sich darauf beziehen, ob jemand dazu in der Lage ist,

- regelmäßige Zahlungen in den letzten zwölf Monaten rechtzeitig zu begleichen (Miete, Betriebskosten, Kreditrückzahlungen, Wohnnebenkosten, Gebühren für Wasser, Müllabfuhr und Kanal, sonstige Rückzahlungsverpflichtungen), unerwartete Ausgaben bis zu 1.160,- Euro zu finanzieren (z. B. für Reparaturen; der Betrag entspricht der gerundeten monatlichen Armutsgefährdungsschwelle aus EU-SILC 2015),
- die Wohnung angemessen warm zu halten,
- jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch (oder entsprechende vegetarische Speisen) zu essen,
- einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren und
- einen PKW,
- eine Waschmaschine,
- ein Fernsehgerät,
- ein Telefon oder Handy zu besitzen.

Als armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet gelten Personen, deren äquivalisiertes Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle (60% des Medianhaushaltseinkommens der österreichischen Bevölkerung) liegt und/oder die von erheblicher materieller Deprivation betroffen sind und/oder in einem Haushalt mit keiner oder sehr geringer Erwerbsintensität leben.

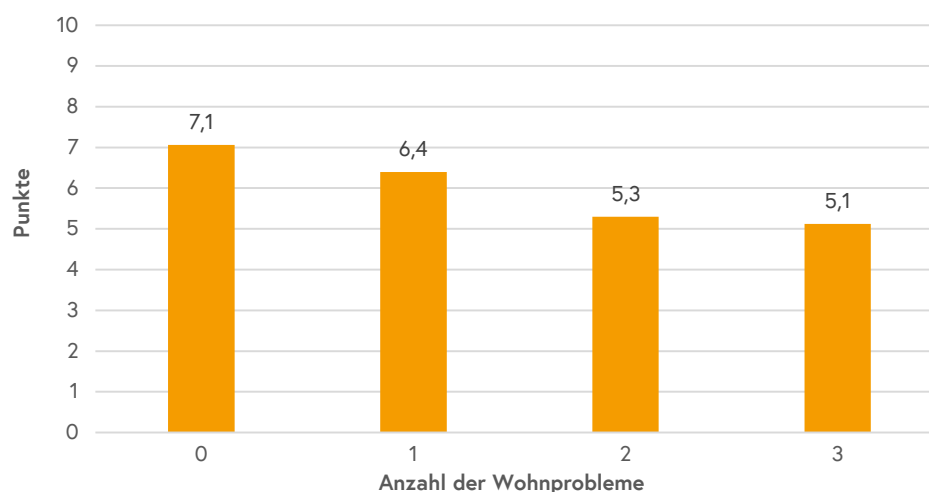
5.1.2 Wohnsituation

Wohnen ist ein zentrales Grundbedürfnis, genauso wie Nahrung, saubere Luft zum Atmen, Kleidung und soziale Beziehungen. Eine Unterkunft zu haben bedeutet nicht nur Schutz vor äußeren Umwelteinflüssen wie etwa Nässe und Kälte. Sie bietet Schutz vor der Außenwelt, einen Raum für Geborgenheit und persönliche Gegenstände, ein Zuhause (Bonney 2007).

Eine Meldeadresse ist Voraussetzung für die Suche nach einem Job, das Eröffnen und Führen eines Kontos sowie die Wahrung rechtlicher Ansprüche. Ohne Wohnung ist die Teilhabe an der Gesellschaft schwierig und führt, neben physischen und psychischen gesundheitlichen Problemen und sozialer Ausgrenzung zu einer deutlich geringeren Lebenserwartung (Tweed 2017). In Österreich waren Expertenschätzungen zufolge im Jahr 2017 12.000 Menschen wohnungslos (Wiener Tafel 2017).

Doch nicht nur Wohnungslosigkeit hat einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden, auch mangelhafte Wohnverhältnisse können sich darauf ungünstig auswirken. Laut EU-SILC 2016 verfügen 30- bis 59-jährige Personen ohne Wohnprobleme über eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit als Gleichaltrige, die von Überbelag, Feuchtigkeit sowie Schimmel und/oder dunklen Räumen betroffen sind. Je mehr Wohnprobleme Personen belasten, desto unzufriedener sind sie im Durchschnitt mit ihrem Leben (s. Abbildung 79).

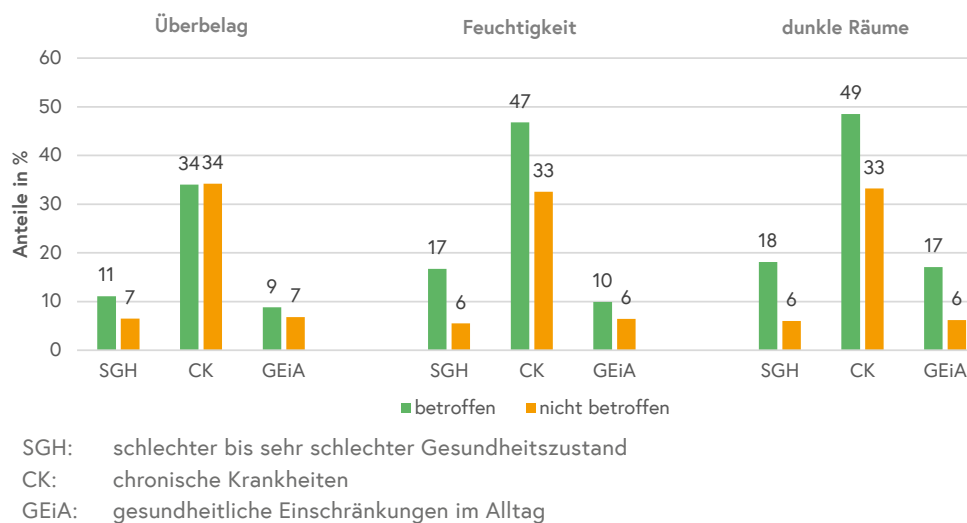
Abbildung 79: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit nach Anzahl der Wohnprobleme, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2016; Darstellung: GÖG

Personen mit Wohnproblemen berichten zudem häufiger über eine schlechte bis sehr schlechte Gesundheit und sind häufiger von chronischen Krankheiten und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen (s. Abbildung 80). Umgekehrt kann natürlich auch ein schlechterer Gesundheitszustand über Arbeitslosigkeit und Armutsgefährdung zu schlechten Wohnbedingungen führen.

Abbildung 80: Gesundheitszustand nach Wohnsituation, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



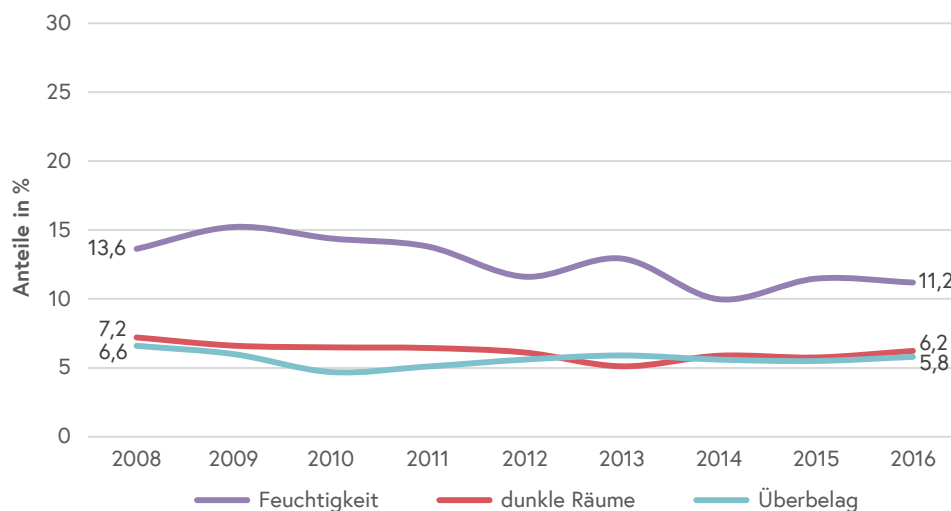
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Darstellung: GÖG

Im folgenden Abschnitt werden drei wesentliche Indikatoren der Wohnsituation dargestellt (s. [Abbildung 81](#))

- Überbelag
- Feuchtigkeit und Schimmel
- dunkle Räume

In besonders hohem Maße sind Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft, armutsgefährdete Personen und solche ohne Arbeit von diesen Wohnproblemen betroffen (Statistik Austria 2017a).

Abbildung 81: Wohnprobleme, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008–2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.1.2.1 Überbelag

Eine überbelegte Wohnung kann zu Stress und Aggressivität oder anderen sozialen Dysfunktionen führen sowie Depressionen auslösen. Zudem ist die Ansteckungsgefahr durch erkrankte Person erhöht (Krieger 2002; WHO 2018).

Im Jahr 2016 waren etwa 6 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (rund 213.000 Personen; BL-Bandbreite: 1–13 %; Drei-Jahres-Durchschnitte) in ihrer Wohnung/ ihrem Haus von Überbelag betroffen. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier etwas unter dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (7%).

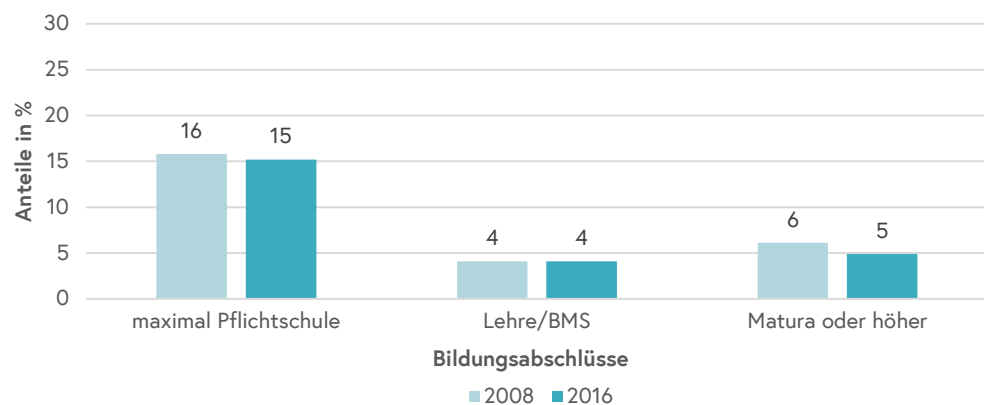
Zwischen 2008 und 2010 hat der Anteil Betroffener etwas abgenommen (von 7% auf 5%) und ist bis 2013 wieder ein wenig gestiegen. Seither liegt der Wert bei rund 6 Prozent (s. [Abbildung 81](#)).

30- bis 59-jährige Männer sind in etwa gleich häufig von Überbelag betroffen wie gleichaltrige Frauen. Erwachsene zwischen 30 und 39 Jahren wohnen etwa doppelt so häufig in überbelegten Haushalten wie 40- bis 59-Jährige (10% vs. 4–5%; s. [Abbildung 82](#)). Dies bedeutet, dass rund 100.000 Österreicher/-innen zwischen 30 und 39 Jahren zu wenig Wohnfläche bzw. zu wenige Wohnräume zur Verfügung haben. Im Vergleich zum Jahr 2008 ist der Anteil der Betroffenen um rund einen Prozentpunkt gesunken.

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) sind in etwa dreimal so häufig von Überbelag in ihrer Wohnung betroffen als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (15% vs. 4–5%). Der Anteil Betroffener ist bei Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss dreimal höher als bei den anderen Bildungsgruppen. Im Vergleich zum Jahr 2008 bleibt die Situation damit weitgehend unverändert (s. [Abbildung 82](#)).

Abbildung 82: Überbelagssituation nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.1.2.2 Feuchtigkeit und Schimmel

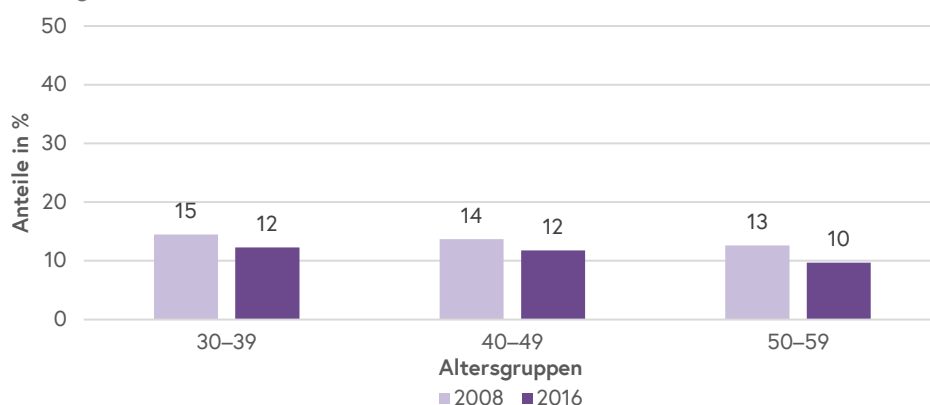
Feuchtigkeit und Schimmel in den Wohnräumen können Atemwegsbeschwerden wie (Keuch-)Husten, Bronchitis und Asthma verursachen und allergische Reaktionen auslösen. Weitere Folgen können andauernde Kopfschmerzen, Schnupfen, Schlafstörungen und brennende Augen sein. Das Risiko einer Atemwegserkrankung bei dauerhafter Exposition gegenüber feuchten Wohnräumen steigt schätzungsweise um bis zu 95 Prozent. (Mendell 2011)

Im Jahr 2016 sind etwa 11 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (rund 413.000 Personen; BL-Bandbreite: 7–15%; Drei-Jahres-Durchschnitt) in ihren Wohnräumen von Feuchtigkeit und Schimmel betroffen. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier in etwa im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung.

Seit 2008 hat der Anteil der von Feuchtigkeit und Schimmel Betroffenen – trotz einiger Schwankungen – in der Tendenz abgenommen: von 14 Prozent auf rund 11 Prozent (s. Abbildung 83). Männer zwischen 30 und 59 Jahren sind in etwa gleich häufig von Feuchtigkeit und Schimmel betroffen wie Frauen in diesem Alter.

Erwachsene zwischen 30 und 49 Jahren sind in ihrem Zuhause etwas häufiger mit Feuchtigkeit und Schimmel konfrontiert als 50- bis 59-Jährige (12% vs. 10%). Im Vergleich zum Jahr 2008 ist hier in allen Altersgruppen ein Rückgang um zwei bis drei Prozentpunkte zu verzeichnen.

Abbildung 83: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016

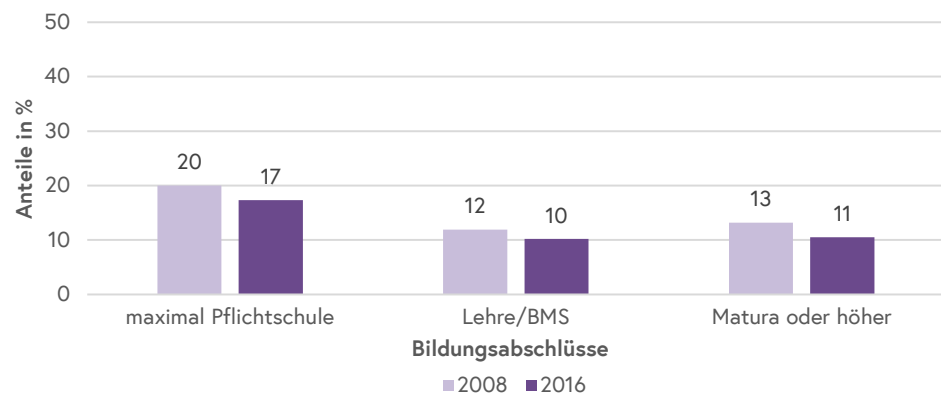


hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss (30 bis 59 Jahre) sind in ihren Wohnräumen deutlich häufiger Feuchtigkeit und Schimmel ausgesetzt als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (17 % vs. 10–11%). Gegenüber 2008 hat der Anteil der Betroffenen in allen Bildungsgruppen um zwei bis drei Prozentpunkte abgenommen (s. [Abbildung 84](#)).

Abbildung 84: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.1.2.3 Dunkle Räume

Dunkle Räume können psychische und physische Veränderungen im Körper auslösen. Eine dauerhaft verminderte Lichteinstrahlung kann ähnliche Symptome wie eine Depression hervorrufen. Unter anderem äußert sich dies in Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit sowie Gewichtszunahme durch Heißhungerattacken. (Brown 2011; WHO 2018)

Im Jahr 2016 waren etwa 6 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 (rund 230.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–12%; Drei-Jahres-Durchschnitte) in ihrer Wohnung/ihrer Haus von dunklen Wohnräumen betroffen. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung.

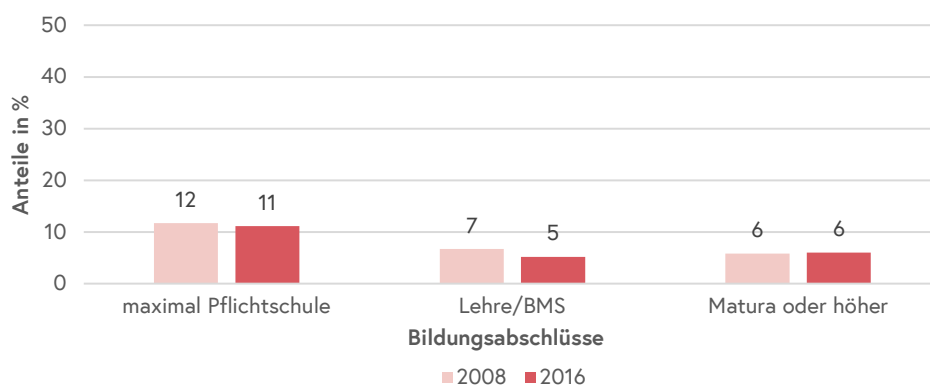
Zwischen 2008 und 2013 ist der Anteil von dunklen Räumen betroffener Österreicher/-innen zwischen 30- und 59 Jahren leicht gesunken (von 7 auf 5%) und seither wieder etwas gestiegen (auf 6%; s. [Abbildung 85](#)). Männer zwischen 30 und 59 Jahren sind in etwa gleich häufig in ihren Wohnungen/Häusern von dunklen Wohnräumen betroffen wie Frauen in dieser Altersgruppe.

Dunkle Wohnräume betreffen alle Altersgruppen zwischen 30 und 59 Jahren gleichermaßen. Im Vergleich zum Jahr 2008 ist der Anteil der Betroffenen bei den 30- bis 49-Jährigen um rund einen Prozentpunkt und bei den 50- bis 59-Jährigen um rund zwei Prozentpunkte gesunken.

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss waren 2016 etwa doppelt so häufig von dunklen Räumen in ihrer Wohnung/ihrem Haus betroffen wie Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (11% vs. 5–6%). Im Vergleich zum Jahr 2008 hat sich damit wenig verändert (s. [Abbildung 85](#)).

Abbildung 85: Exposition gegenüber dunklen Räumen nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – EU-SILC 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Alle Indikatoren der Wohnsituation stammen aus den European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt werden und europaweit abgestimmt sind. Seit 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor. Alle Angaben beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Als überbelegt gilt ein Haushalt, wenn die Wohnfläche weniger als 16 m² beträgt, im Mittel weniger als 8 m² pro Wohnraum zur Verfügung stehen und/oder die Anzahl der Wohnräume im Verhältnis zur Zahl der Personen im Haushalt zu gering ist.

Das Wohnproblem Feuchtigkeit und Schimmel bezieht sich auf die Wohnung/ das Haus und beschreibt deren/dessen objektiven Zustand.

Die Werte der von dunklen Räumen Betroffenen beziehen sich auf zu wenig Tageslicht. Es müssen davon aber nicht alle Wohnräume betroffen sein. Es handelt sich hierbei um das subjektive Empfinden der Befragten.

5.2 Bildung

5.2.1 Bildungsniveau

Bildung ist ein zentraler Einflussfaktor in Hinblick auf die Gesundheit (s. Kapitel 6). Sie steht nicht nur mit der Gesundheitskompetenz und folglich mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang, sondern auch mit Arbeitsmarktchancen, dem Einkommen (Armut) und anderen Lebensbedingungen (s. Kapitel 5.1, 5.3, 5.4 und 5.5).

Im Jahr 2016 hatten 32 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren eine Matura oder einen höheren Bildungsabschluss (BL-Bandbreite: 26–45%). 50 Prozent – und somit der größte Teil – der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung haben eine Lehre oder eine berufsbildende mittlere Schule (BMS) abgeschlossen (BL-Bandbreite: 33–57%). Maximal einen Pflichtschulabschluss besitzen rund 18 Prozent der 30-bis 59-Jährigen (BL-Bandbreite: 13–22%).

Langfristig gesehen, ist das Bildungsniveau der österreichischen Bevölkerung gestiegen: Zwischen 2010 und 2016 hat der Anteil der 30-bis 59-Jährigen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss von rund 25 auf 32 Prozent zugenommen, während der Anteil mit maximal Pflichtschulabschluss von 29 auf 18 Prozent gesunken ist.

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind hier insbesondere bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss zu beobachten. Frauen der Altersgruppe 30- bis 59 besitzen zwar im Vergleich zum Jahr 2010 etwas häufiger eine Matura oder einen höheren Bildungsabschluss als Männer (34% vs. 30%), weisen jedoch deutlich häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf (21% vs. 15%). Dieser Unterschied war 2010 jedoch noch deutlicher ausgeprägt (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Bildungsstand, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2010 und 2016

Bildungsstand	2010 absolut		Anteile in %		2016 absolut		Anteile in %	
	M+F	M+F	M	F	M+F	M+F	M	F
maximal Pflichtschulabschluss	666.594	29	23	35	680.817	18	15	21
Lehre/BMS	1.885.393	47	53	41	1.916.872	50	55	45
Matura oder höher	1.218.701	25	25	25	1.029.694	32	30	34

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2010, 2016
Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Bildungsniveaudaten stammen aus dem Bildungsstandregister der Statistik Austria: www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html

5.2.2 Weiterbildung

Unter Weiterbildung wird die Inanspruchnahme informeller Bildungsangebote verstanden (Kurse, Seminare, Workshops u. v. m.), die – in Ergänzung zur formalen Bildung (Schule und Hochschule) – zu einer Weiterqualifizierung führen soll. Die am häufigsten genannten Gründe für die Teilnahme an Weiterbildungsangeboten sind: Wissen und Fertigkeiten für den Alltag zu erlangen und den Beruf besser ausüben zu können bzw. die Karriereaussichten zu verbessern (Salfinger-Pilz/Peterbauer 2018).

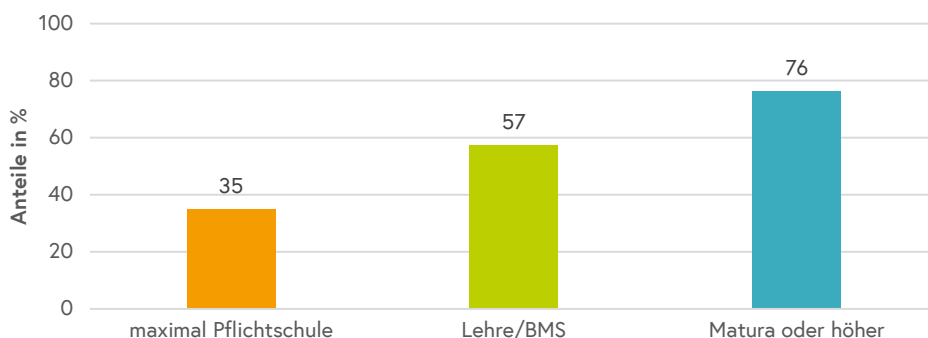
Laut AES 2016 haben rund 61 Prozent der 30- bis 59-Jährigen in den letzten zwölf Monaten aktiv an einer Weiterbildung teilgenommen (rund 2,31 Mio. Personen). Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten damit um rund 19 Prozentpunkte gestiegen.

Männer und Frauen (30 bis 59 Jahre) weisen etwa das gleiche Weiterbildungsverhalten auf. Am häufigsten werden Weiterbildungsangebote von den 30- bis 49-Jährigen in Anspruch genommen (64%). Im Vergleich dazu ist die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen in dieser Hinsicht deutlich weniger aktiv (55%).

Unterschiede nach Bildung

Die Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten weist einen deutlichen Bildungszusammenhang auf: Je niedriger der formale Bildungsabschluss, desto geringer auch der Anteil der 30- bis 59-Jährigen, die in den letzten zwölf Monaten aktiv Weiterbildungsangebote besucht haben (s. Abbildung 86).

Abbildung 86: Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten in den letzten zwölf Monaten nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Adult Education Survey 2016; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Der Adult Education Survey (AES; Erwachsenenbildungssurvey) erhebt berufliche und private Lern- und Bildungsaktivitäten und ist eine der wichtigsten Datenquellen für EU-Statistiken zum Thema lebenslanges Lernen. Der AES wurde erstmals im Jahr 2007 durchgeführt, aktuell liegen Ergebnisse aus drei Durchführungswellen vor. Die Erhebung deckt die Wohnbevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren ab und bezieht sich auf die letzten zwölf Monate vor der Befragung.

5.3 Arbeit und Beschäftigung

Erwerbsarbeit stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen, stiftet Sinn und strukturiert den Alltag. Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit wesentliche Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens (Robert Koch Institut 2015).

Gesundheitliche Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen (s. Kapitel 5.3.2) und/oder psychischen Belastungen (s. Kapitel 5.3.3) sowie aus Unfall- und Verletzungsgefahren (s. Kapitel 5.3.4). Ebenfalls als solches Risiko gilt Arbeitslosigkeit (Hollederer/Brand 2006): Sowohl soziale als auch gesundheitliche Einschränkungen sind eng mit Arbeitslosigkeit und deren Dauer verbunden. Arbeitslose Frauen und Männer haben ein höheres Risiko, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln, und haben eine geringere Lebenserwartung als der Bevölkerungsdurchschnitt. Arbeitslosigkeit ist damit eine Lebenslage, in der Betroffene in besonderem Maß psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind.

Internationale Studien zeigen, dass bereits ein drohender Arbeitsplatzverlust psychosozial belastend ist und gesundheitsschädigende Wirkungen haben kann (Robert Koch Institut 2015). Die Arbeitslosigkeit kann damit sowohl Ursache als auch Folge gesundheitlicher Probleme sein. Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen eine höhere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden (Robert Koch Institut 2015). Erwerbstätigkeit hat hingegen einen generell protektiven Charakter, da mit Erwerbsarbeit vor allem zentrale Faktoren für die psychische Gesundheit wie existenzielle Absicherung, Sinnstiftung, soziale Signifikanz, Selbstverwirklichung, soziale Kontakte, Anerkennung und gesellschaftlicher Status einhergehen (BMASGK 2018a).

5.3.1 Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2017 lebten in Österreich rund 4,4 Mio. Erwerbspersonen im Haupterwerbsalter von 15 bis 64 Jahren. Das entspricht einer Erwerbsquote von 76 Prozent. Tatsächlich erwerbstätig waren davon im selben Jahr rund 4 Mio. Menschen (davon sind 47% Frauen und 53% Männer). Daraus ergibt sich eine Erwerbstätigenquote von 72 Prozent.

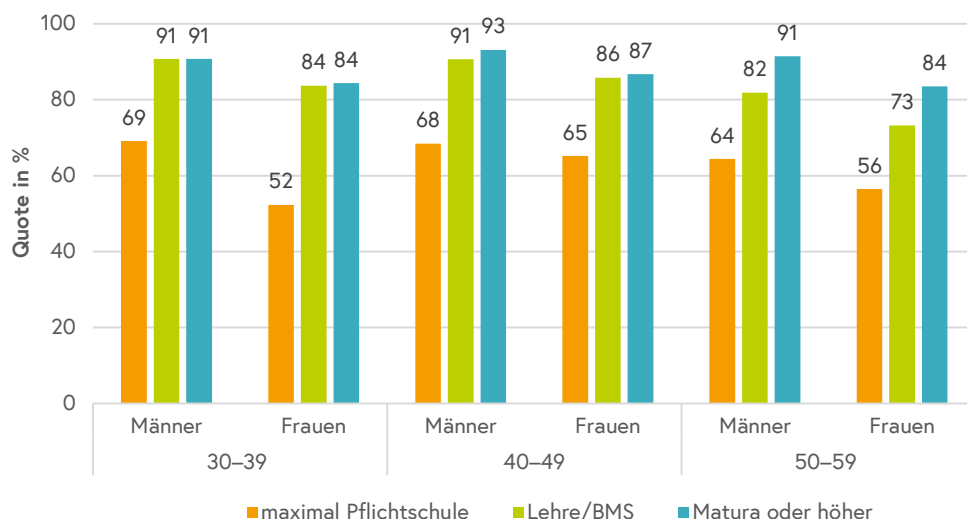
Für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung werden im Folgenden vier Erwerbsindikatoren näher betrachtet:

- Erwerbstätigenquote
- atypische Beschäftigung
- Arbeitslosigkeit
- Langzeitarbeitslosigkeit

30- bis 59-jährige Österreicherinnen und Österreicher zählen zur erwerbsintensivsten Bevölkerungsgruppe. Im Jahr 2017 waren in diesem Alterssegment von insgesamt 3,2 Mio. Erwerbspersonen rund 3 Mio. tatsächlich erwerbstätig. Das entspricht einer Erwerbstätigenquote von 82 Prozent.

Männer weisen unabhängig von ihren Bildungsabschlüssen eine höhere Erwerbsbeteiligung auf als Frauen (86% vs. 78%). Die höchste Erwerbsbeteiligung haben Männer zwischen 30 und 59 Jahren mit Matura oder einem höherem Bildungsabschluss (91 bis 93%). Die niedrigste Erwerbsbeteiligung haben Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss (52% bis maximal 65%; s. [Abbildung 87](#)).

Abbildung 87: Erwerbstätigenquote nach Altersgruppen, Geschlecht und Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017



Quelle: Statistik Austria – Arbeitsmarktstatistiken 2017, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Die Zahl der Erwerbspersonen ist die Summe der Erwerbstätigen und Arbeitslosen und bezeichnet damit alle Personen, die am Erwerbsleben teilnehmen oder dies aktiv anstreben.

Die Erwerbstätigenquote ist der Anteil der Erwerbstätigen in der entsprechenden Altersgruppe an der Bevölkerung in Privathaushalten (ohne Präsenz- und Zivildienstler). Nach dem ILO-Konzept gelten Personen dann als Erwerbstätige, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbstständige, Selbstständige oder mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben.

Die Erwerbsquote ist der Anteil der Erwerbspersonen in der entsprechenden Altersgruppe, d. h. der Erwerbstätigen und Arbeitslosen an der Bevölkerung in Privathaushalten (ohne Präsenz- und Zivildienstler).

5.3.1.1 Atypische Beschäftigung

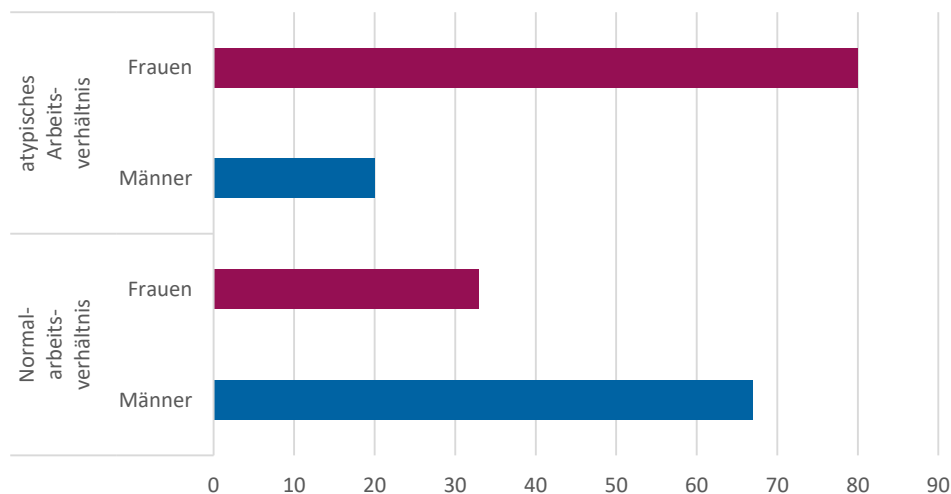
Zu den atypischen Beschäftigungsformen zählen Teilzeitbeschäftigung, befristete Arbeitsverträge oder auch Beschäftigungen, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegen. Neben anderen arbeitsplatzbezogenen Stressfaktoren wie ständig steigenden Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit, steigendem Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit tragen atypische Beschäftigungsverhältnisse (sofern sie nicht dem eigenen Vorteil dienen) zu erhöhten Stressbelastungen bei. Nicht alle davon betroffenen Personen verfügen über ausreichende Ressourcen, um diese Anforderungen längere Zeit hindurch frei von Beschwerden zu überstehen. (Eichmann/Saupe 2014).

Von den rund 2,6 Mio. 30- bis 59-jährigen unselbstständigen Erwerbstätigen arbeiteten im Jahr 2017 rund 34 Prozent (rund 913.000 Personen) in atypischen Beschäftigungsverhältnissen. 80 Prozent dieser atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen, 20 Prozent Männer.

In Normalarbeitsverhältnissen¹⁰ stehen rund 66 Prozent der unselbstständigen 30- bis 59-Jährigen. Von diesen rund 1,69 Mio. Personen sind 67 Prozent Männer und 33 Prozent Frauen (s. [Abbildung 88](#)).

10 Normalarbeitsverhältnis ist die unbefristete Anstellung auf Vollzeitbasis ohne Vorliegen eines Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnisses (Knittler 2018).

Abbildung 88: Beschäftigungsverhältnisse nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017



hochgerechnet auf die 30- bis 59-jährige erwerbstätige Bevölkerung; Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2017, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

Teilzeitarbeit ist von allen atypischen Beschäftigungsformen die mit Abstand am weitesten verbreitete Arbeitsform, vor allem bei Frauen. Von den erwerbstätigen 30- bis 39-jährigen Frauen waren im Jahr 2017 44 Prozent ausschließlich in Teilzeit beschäftigt. Der häufigste Grund für Teilzeitarbeit bei Frauen wird mit Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern angegeben (38%), wohingegen dieser bei Männern faktisch keine Rolle spielt (5%). (Knittler 2018)

Unterschiede nach Bildung

Atypische Beschäftigungsformen sind Ausdruck neuer Arbeitsmarktstrukturen. Es zeigen sich aber in Verbindung mit den unterschiedlichen Beschäftigungskategorien (Befristungen, freie Dienstverträge, Leih- und Zeitarbeit) auch eindeutige Zusammenhänge mit Bildungsabschlüssen. Nach Knittler (2018) zeigt sich bei Personen mit akademischem Abschluss eine starke Konzentration bei befristeten Beschäftigungsformen, davon entfallen 42 Prozent auf junge Erwachsene (19 bis 30 Jahre) und einen damit verbundenen Berufseinstieg. Freie Dienstverträge entfallen zu knapp zwei Drittel auf Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Bei Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss sind Leih- und Zeitarbeit überdurchschnittlich hoch verbreitet. (Knittler 2018)

Definition und Daten

Atypische Beschäftigte sind unselbstständig Erwerbstätige, die ausschließlich aufgrund ihrer Teilzeiterwerbstätigkeit (ab 12 h/Woche) als atypisch beschäftigt gelten und Vollzeit- oder Teilzeiterwerbstätige, auf die zumindest eine atypische Beschäftigungsform (Leiharbeit, Befristung, geringfügige Beschäftigung, freier Dienstvertrag) zutrifft.

Die Anzahl der atypisch Beschäftigten wird von der Statistik Austria jährlich im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (AKE) erhoben. (Statistik Austria 2018)

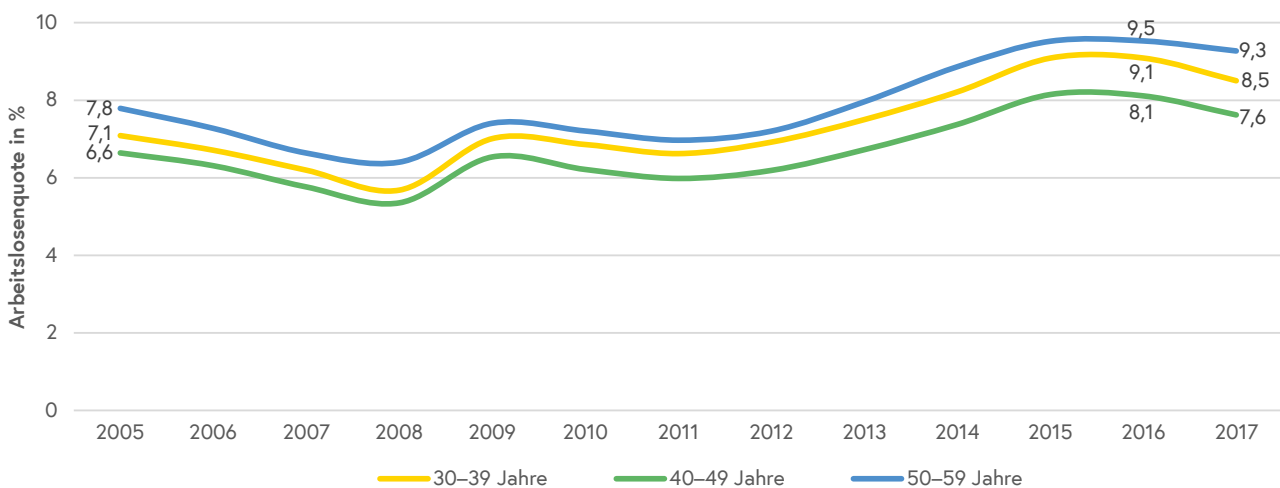
5.3.1.2 Arbeitslosigkeit

Im Jahr 2017 lag die Arbeitslosenquote (ALQ) in Österreich laut AMS und nationaler Berechnungsmethode bei 8,5 Prozent (rund 340.000 Personen). Die ALQ der 30- bis 59-Jährigen betrug 8,4 Prozent (rund 246.400 Personen). 40- bis 49-Jährige lagen mit einer ALQ von 7,6 Prozent (rund 77.000 Personen) unter der durchschnittlichen Arbeitslosenquote und 50- bis 59-Jährige mit einer ALQ von 9,3 Prozent (rund 88.000 Personen) darüber.

Die Arbeitslosenquote der 30- bis 59-Jährigen hat zwischen 2005 und 2008 abgenommen (von 7,1 auf 5,7%) und ist zwischen 2008 und 2009 um 1,2 Prozentpunkte gestiegen. Nach zwei Jahren leichter Entspannung hat die Arbeitslosenquote zwischen 2011 und 2015 um durchschnittlich 0,6 Prozentpunkte pro Jahr zugenommen und blieb 2016 auf dem Niveau von 8,9 Prozent. Erst 2017 ist ein leichter Rückgang erkennbar (0,4 Prozentpunkte). Die Arbeitslosenquote der einzelnen Altersgruppen folgt diesem Muster (s. [Abbildung 89](#)).

30- bis 59-jährige Männer sind etwas stärker von Arbeitslosigkeit betroffen (9,4%; rund 134.000 Männer) als Frauen in diesem Alter (8,4%; rund 112.000 Frauen).

Abbildung 89: Arbeitslosenquote nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017

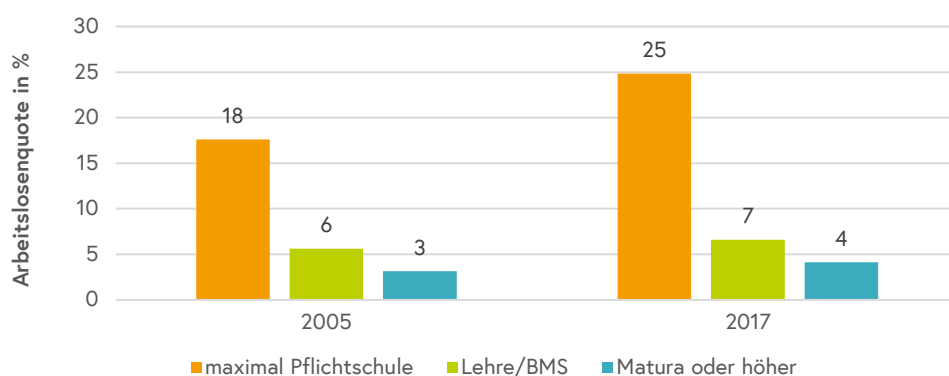


Quelle: AMS – Arbeitsmarktpreise Österreich 2005–2017, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Für die Arbeitslosenquoten nach Bildung liegen für die Altersgruppen der 30- bis 59-Jährigen keine detaillierten Informationen vor. Altersunabhängig zeigt sich, dass die Entwicklung der ALQ Personen mit maximal Pflichtschulabschluss im Vergleich zu solchen mit einer weiterführenden Bildung ausweist, überproportional häufig von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein (rund 25 % vs. Lehr- bzw. BMS-Abschluss: 7 %, Matura oder höher: 4 %). Gegenüber dem Jahr 2005 ist der Unterschied bei der Arbeitslosigkeit nach Bildung noch größer geworden. Die Differenz der ALQ von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss zur jener von Personen mit Lehre/BMS betrug im Jahr 2005 noch 12 Prozentpunkte, 2017 bereits 18 Prozentpunkte. Bei Arbeitslosen mit maximal Pflichtschulabschluss und Arbeitslosen mit Matura und höherer Bildung ist die Arbeitslosigkeit zwischen den Jahren 2005 und 2017 am stärksten angestiegen (15 % vs. 21 %; s. [Abbildung 90](#)).

Abbildung 90: Arbeitslosenquote nach Bildungsabschlüssen, Österreich 2005 und 2017



Quelle: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2005 & 2017, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

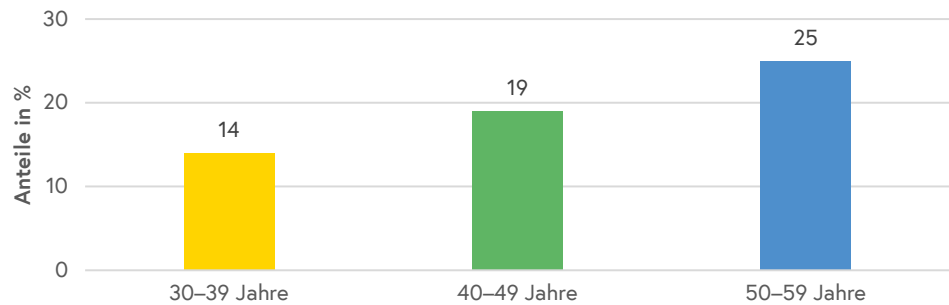
5.3.1.3 Langzeitarbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit sowie bereits drohender Arbeitsplatzverlust gelten als Stress auslösende Ereignisse, die aufgrund der damit einhergehenden Belastungsfaktoren relevante Einflussfaktoren der Gesundheit sind (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014). Langzeitarbeitslosigkeit birgt ein besonderes Gesundheitsrisiko, da damit neben langfristigen finanziellen Einbußen auch der Rückgang sozialer Unterstützung und gesellschaftliche Stigmatisierungen in Verbindung stehen. Gegenüber erwerbstätigen Personen ist der Handlungsspielraum arbeitsloser Personen für autonome Entscheidungen stark minimiert. Die Kombination mehrerer beeinträchtigender Faktoren kann zu verstärkten psychosozialen Belastungen führen. (BMASGK 2018b)

Im Alterssegment der 30- bis 59-Jährigen waren im Jahr 2017 rund 48.400 Personen mehr als zwölf Monate arbeitslos, das entspricht einem Anteil an allen 30- bis 59-jährigen Arbeitslosen von rund 20 Prozent. Rund 22.000 Langzeitarbeitslose waren 50 bis 59 Jahre alt, das sind 25 Prozent aller 50- bis 59-jährigen Arbeitslosen. Rund 14.400

sind 40 bis 49 Jahre alt, das sind 19 Prozent aller 40- bis 49-jährigen Arbeitslosen, und rund 11.600 Langzeitarbeitslose sind 30 bis 39 Jahre alt, das sind 14 Prozent aller 30- bis 39-jährigen Arbeitslosen (s. [Abbildung 91](#)).

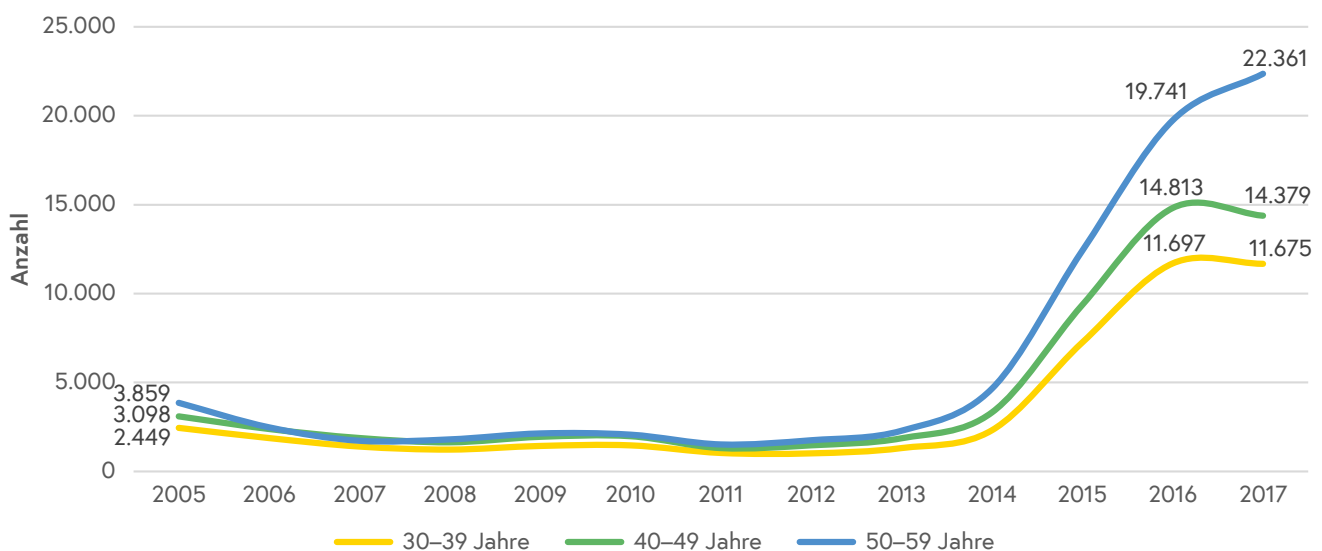
Abbildung 91: Anteil Langzeitarbeitsloser an allen Arbeitslosen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017



Quelle: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2005–2017, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

Langzeitarbeitslosigkeit ist in ihrer Entwicklung durch zeitversetzte Effekte genereller Arbeitslosigkeit und durch das Angebot von Schulungsmaßnahmen beeinflusst. Die Langzeitarbeitslosigkeit steigt unter anderem dann, wenn etwa Schulungsmaßnahmen in größerem Stil eingeschränkt werden.¹¹ In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen waren bis zum Jahr 2014 relativ wenige Personen langzeitarbeitslos, danach stieg die Anzahl Langzeitarbeitsloser deutlich an. Während bei den 30- bis 49-Jährigen die Zahl der Langzeitarbeitslosen im Jahr 2017 stagnierte, war hier bei den 50- bis 59-Jährigen weiterhin ein Anstieg zu verzeichnen (s. [Abbildung 92](#)).

Abbildung 92: Langzeitarbeitslosigkeit, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017



Quelle: AMS – Arbeitsmarktprofile Österreich 2017, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

¹¹ Information auf Basis persönlicher Auskunft durch das AMS

Unterschiede nach Bildung

Für Langzeitarbeitslosigkeit nach Bildung liegen für die Altersgruppen der 30- bis 59-Jährigen keine detaillierten Informationen vor. Altersunabhängig zeigt sich, dass im Jahr 2017 unter den Langzeitarbeitslosen der Anteil von Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit 49 Prozent am höchsten war, der Anteil von Personen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss hingegen am geringsten (16%; Personen mit Lehre/BMS: 35%).

Definition und Daten

Langzeitarbeitslosigkeit (AMS, nationale Definition) wird auf Basis von Registerdaten von Personen betrachtet, die über eine längere Zeit als arbeitslos vorge­merkt sind. Gezählt werden hier Personen, auf die dies schon länger als zwölf Monate zutrifft und die auch keine längere Schulung oder Beschäftigungsförde­rung des AMS absolviert bzw. erhalten haben. In Österreich werden Personen, die über 365 Tage arbeitslos gemeldet sind, als langzeitarbeitslos gezählt. Unterbrechungen bis 28 Tage (zum Beispiel durch kurze Schulungen, Kranken­stand oder kurze Beschäftigungsepisoden) werden dabei nicht berücksichtigt.

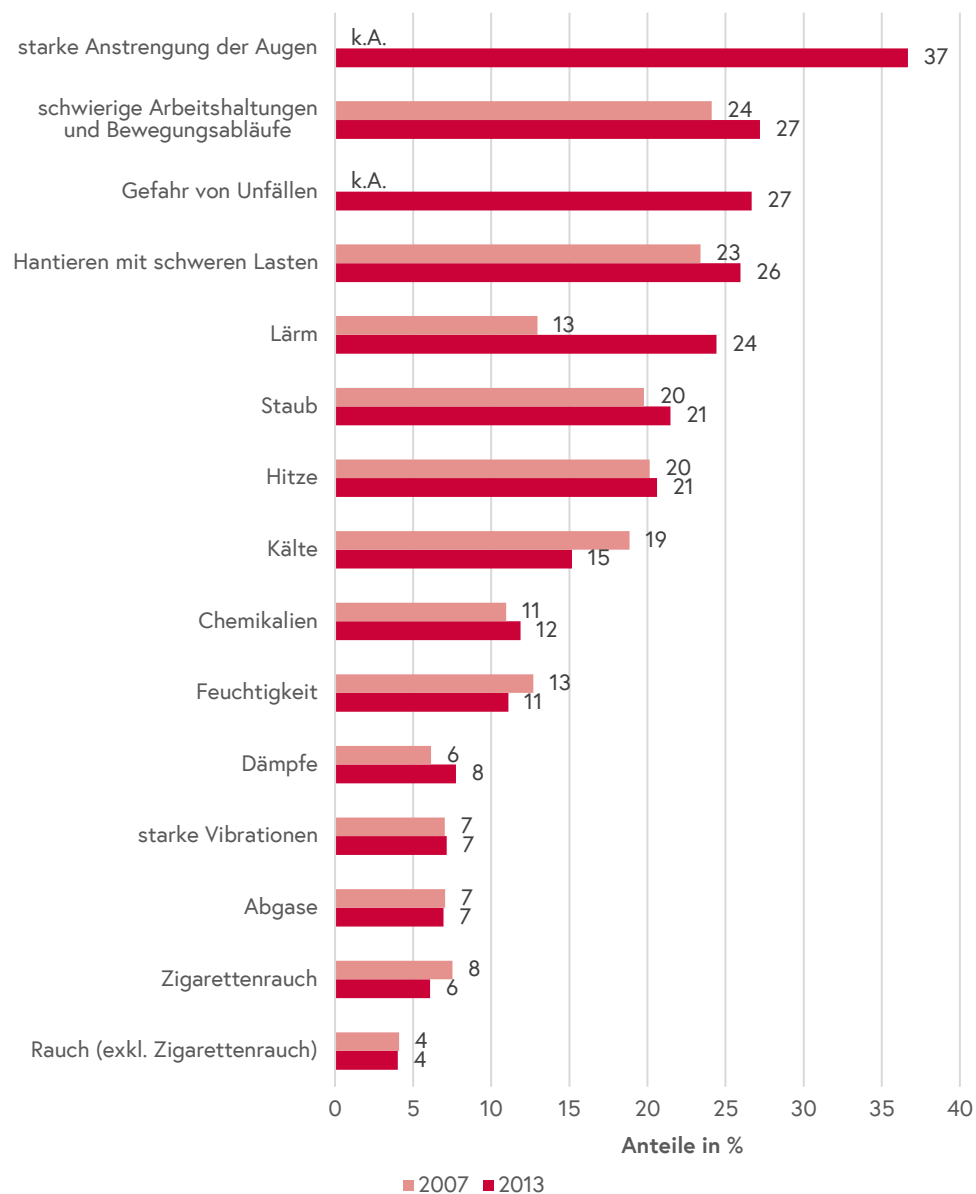
5.3.2 Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

In Österreich waren im Jahr 2013 73 Prozent der erwerbstätigen Frauen und Männer zumindest einer körperlichen Belastung an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt (Griebler et al. 2017). Im Alterssegment der 30- bis 59-Jährigen gaben 74 Prozent an, von mindestens einer körperlichen Belastung betroffen zu sein. Die von dieser Altersgruppe am häufigsten erlebten Belastungen sind

- eine starke Anstrengung der Augen,
- schwierige Arbeitshaltungen und Bewegungsabläufe,
- Unfallgefahr,
- das Hantieren mit schweren Lasten, gefolgt von
- Lärm, Staub und Hitze.

Im Vergleich zum Jahr 2007 ist der prozentuale Anteil in dieser Kategorie um rund 25 Prozentpunkte gestiegen (von 1,4 Mio. auf 2,2 Mio.). Bei allen körperlichen Belastungs­faktoren sind 30- bis 59-jährige Männer häufiger betroffen als Frauen (s. [Abbildung 93](#)).

Abbildung 93: Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2007 und 2013



hochgerechnet auf die 30- bis 59-jährige erwerbstätige Bevölkerung; Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013, Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Altersunabhängig zeigt sich, dass Erwerbspersonen mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschulabschluss) häufiger körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind als solche mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher; 75% vs. 67%).

Definitionen und Daten

Das Ausmaß körperlicher Belastungen am Arbeitsplatz wird auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009a; Statistik Austria 2014). Die Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

5.3.3 Zeitdruck und Arbeitsüberlastung

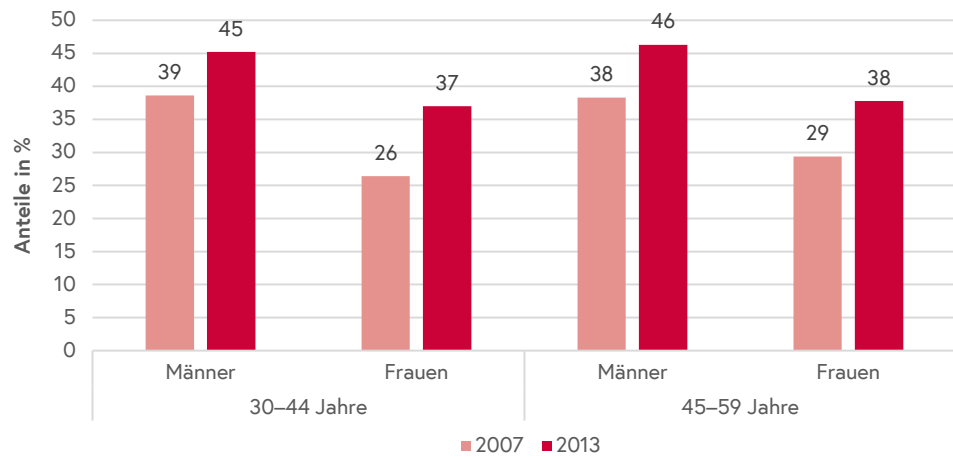
Zeitdruck und Arbeitsüberlastung sind Belastungen, die Stress verursachen und gesundheitliche Auswirkungen haben. Sie werden zumeist als von außen kommend wahrgenommen, während das Stresserleben subjektiv ist und zu unterschiedlichen Stressreaktionen führen kann. Ob und in welchem Ausmaß dadurch gesundheitliche Beeinträchtigungen eintreten, hängt von unterschiedlichsten – arbeitsbedingten und nichtarbeitsbedingten – Faktoren ab. Zeitdruck und Arbeitsüberlastung gehören zu den zentralen erwerbsbezogenen Stressquellen und sind damit Haupteinflussfaktoren der psychischen Gesundheit (Eichmann/Saupe 2014).

In Österreich waren 2013 rund 38 Prozent der Erwerbstätigen von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen (Griebler et al. 2017). Bei den 30- bis 59-Jährigen waren es 42 Prozent.

Im Vergleich zum Jahr 2007 stieg die Belastung am Arbeitsplatz durch Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung um rund 8 Prozentpunkte an (von knapp 1 Mio. auf 1,26 Mio.). Während der Anstieg bei erwerbstätigen Männern und Frauen zwischen 45 und 59 Jahren in etwa gleich ausfiel (+8–9 Prozentpunkte), kam es vor allem bei 30- bis 44-jährigen erwerbstätigen Frauen zu einem stärkeren Anstieg (+11 Prozentpunkte; von 195.000 auf 263.000 Frauen) als bei den gleichaltrigen erwerbstätigen Männern (+6 Prozentpunkte; von 346.000 auf 361.000 Männer; s. Abbildung 94).

Insgesamt betrachtet, sind nach wie vor 30- bis 59-jährige Männer häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen als Frauen in diesem Alter (46 % vs. 36 %).

Abbildung 94: Zeitdruck und Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2007 und 2013



hochgerechnet auf die 30- bis 59-jährige erwerbstätige Bevölkerung; Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013, Modul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Altersunabhängig zeigt sich, dass Erwerbstätige mit einer hohen formalen Bildung (Matura oder höher) häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung betroffen sind als Erwerbstätige mit geringer formaler Bildung (maximal Pflichtschulabschluss; 42 vs. 30 %).

Definitionen und Daten

Zeitdruck und Arbeitsüberlastung werden auf Basis des Ad-hoc-Moduls Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 und 2013 berichtet (Statistik Austria 2009a; Statistik Austria 2014). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

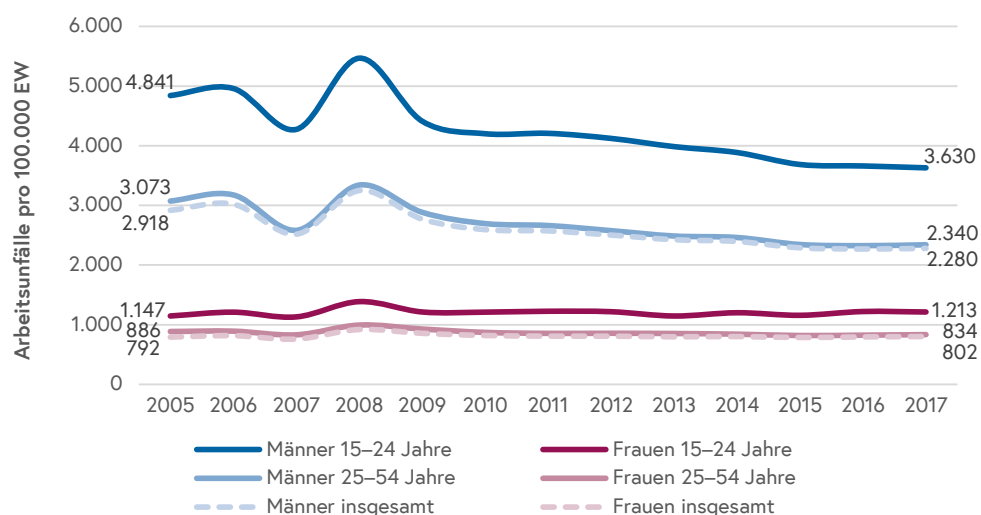
5.3.4 Arbeitsunfälle

In Österreich gab es im Jahr 2017 rund 92.000 Arbeitsunfälle. In der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen waren es knapp 60.000 Arbeitsunfälle¹², das sind 65 Prozent aller Arbeitsunfälle. Sie entsprechen einer Quote von 1.590 Unfällen pro 100.000 EW in diesem Alterssegment (BL-Bandbreite: 1.166–2.535 Unfälle pro 100.000 EW).

¹² Daten für die 30- bis 59-Jährigen liegen derzeit nicht vor.

Der Trend bei Arbeitsunfällen ist generell rückläufig, so auch in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen. Im Zeitraum 2005 bis 2017 ist hier ein Rückgang von 17 Prozent zu beobachten (rund 12.000 Unfälle weniger), der fast ausschließlich auf die männliche Bevölkerung zurückzuführen ist. Für die Jahre 2016 und 2017 lässt sich eine leichte Stagnation der bisher rückläufigen Zahlen beobachten (s. Abbildung 95).

Abbildung 95: Arbeitsunfälle nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2005–2017

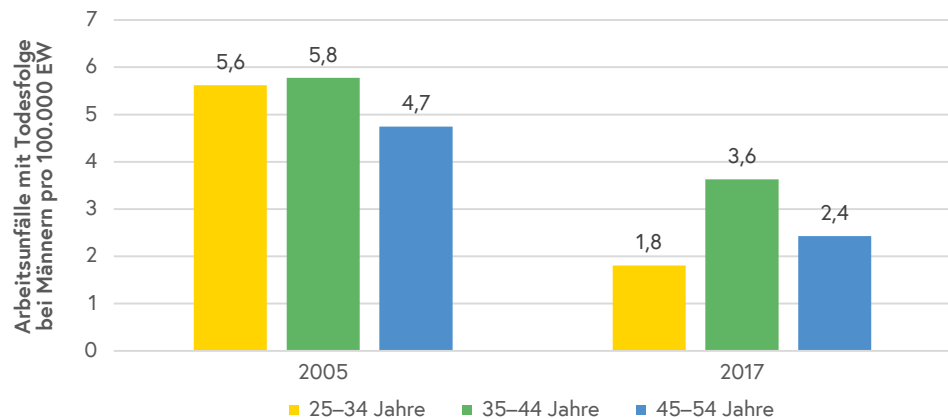


Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drei Viertel der Arbeitsunfälle (24- bis 59-Jährige) betreffen Männer, die Rate ist bei ihnen dreimal so hoch wie bei Frauen (2.300 vs. 800 pro 100.000 EW im entsprechenden Alterssegment).

50 Arbeitsunfälle endeten im Jahr 2017 tödlich. Das sind 1,3 Todesfälle pro 100.000 EW. Sie entfallen fast zur Gänze (98%) auf die männliche Bevölkerung im Erwerbsleben, wobei in deren Fall vor allem die 35- bis 44-Jährigen am stärksten betroffen sind (s. Abbildung 96).

Abbildung 96: Arbeitsunfälle mit Todesfolge nach Altersgruppen, 25- bis 54-jährige Männer, Österreich 2005 und 2017



Quelle: AUVA – Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der tendenziell rückläufige Trend der Arbeitsunfallrate ist bereits längerfristig zu beobachten. Eine Erklärung dafür ist der strukturelle Wandel der Wirtschaft, im Zuge dessen sich die Zahl der Arbeitsplätze mit hohem Unfallrisiko verringerte und sich Berufsstrukturen in Richtung Angestelltenverhältnisse mit höheren Qualifikationsanforderungen verschoben. Arbeitsintensive und gefährlichere Produktionsprozesse wurden vermehrt in Drittländer verlagert oder von Maschinen übernommen. Zudem können langjährige Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsplatzsicherheit für den Rückgang (mit) verantwortlich gemacht werden (Leoni 2015).

Unterschiede nach Bildung

Zu Arbeitsunfällen nach Bildungsabschlüssen liegen derzeit keine Daten vor.

Definition und Daten

Die Arbeitsunfallstatistik wird von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführt. Es wird die Anzahl der Arbeits- und Wegunfälle nach Alter und Geschlecht sowie nach Bezirk (Betriebs- und Wohnort) dokumentiert. Als Datengrundlage werden Arbeitsunfälle im engeren Sinn herangezogen.

5.3.5 Work-Life-Balance

Die (Un-)Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellt eine zentrale Gesundheitsdeterminante dar. Ihr Einfluss wurde in zahlreichen Studien dokumentiert. Sie belegen, dass eine mittel- bis langfristig bestehende Unvereinbarkeit sowohl mit Einschränkungen in der selbsteingeschätzten Gesundheit, einer verminderten Lebenszufriedenheit und einer vermehrten Beschwerden- und Erkrankungslast einhergeht als auch zu einer verminderten

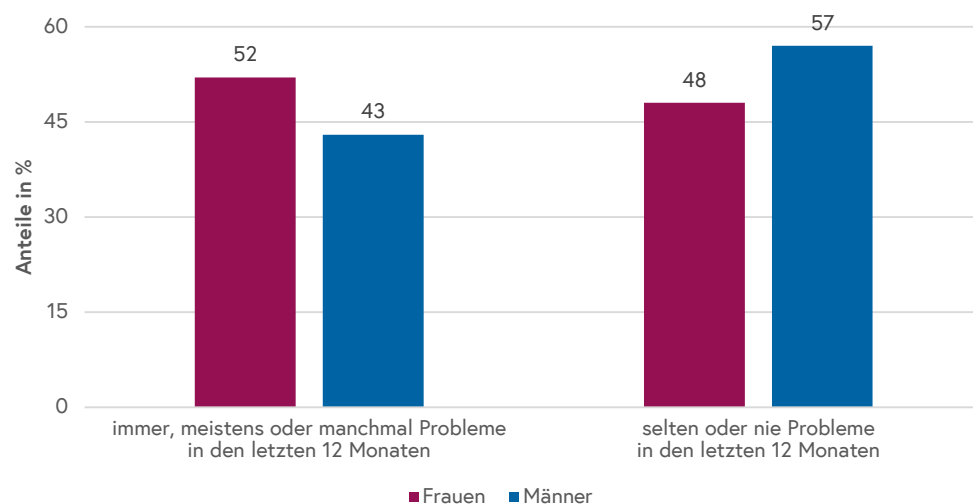
Arbeitszufriedenheit, einer geringeren Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie vermehrt zu Burnout und beruflichen Veränderungsabsichten führt (Allen et al. 2000; Amstad et al. 2011). Gesundheitskritische Ausprägungen entstehen für das Individuum dann, wenn Arbeitsbedingungen zu einem andauernden Mehraufwand für den Organismus führen, zu einer mittelfristigen Überforderung individueller Coping-Möglichkeiten bzw. zu einer substanziellen negativen Aktivierung. Negative Einflussfaktoren sind demnach lange Arbeitszeiten oder hohe emotionale Anforderungen bei gleichzeitigem Nichtabschaltkönnen. Einen positiven Effekt hat hingegen die Möglichkeit, Einfluss auf die eigene Arbeitszeit zu nehmen (Eichmann/Saupe 2014; Rothe et al. 2017).

Durch die Zunahme von Doppelverdiener- und Alleinerzieherhaushalten, eine verstärkte „Entgrenzung“ der Arbeit sowie durch merklich gestiegene Leistungs-, Qualitäts- und Selbstverwirklichungsansprüche hat die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben in den letzten Jahrzehnten zusehends an Bedeutung gewonnen.

Bei einer Erhebung des European Working Condition Survey (EWCS) im Jahr 2015 gaben 54 Prozent der 30- bis 59-jährigen vollzeiterwerbstätigen Österreicherinnen und Österreicher an, in den letzten zwölf Monaten immer, meistens oder manchmal Probleme mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben gehabt zu haben.

Frauen im Alter von 30 bis 59 Jahren berichteten mit 52 Prozent deutlich häufiger von solchen Vereinbarungsproblemen als Männer in diesem Alter (43 %) (s. [Abbildung 97](#)) – vermutlich immer noch wegen der klassischen Rollenmuster, was z. B. die Kinderbetreuung und die Pflege Angehöriger anbelangt.

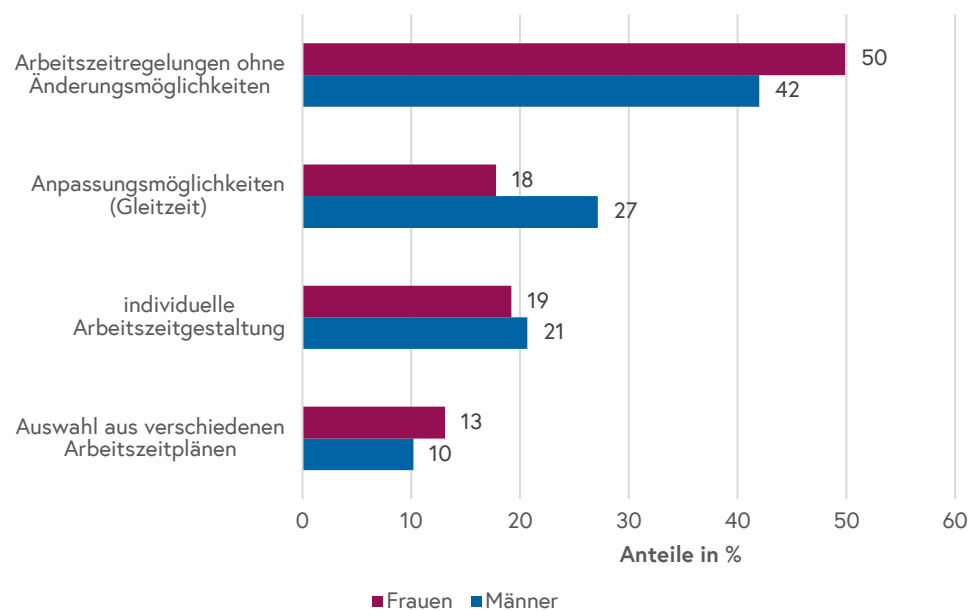
Abbildung 97: Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben vollzeiterwerbstätiger Frauen und Männer, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015



Quelle: European Working Condition Survey (EWCS) 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zur Ausbalancierung von Beruf und Privatleben ist es laut EWCS 2015 22 Prozent der 30- bis 59-Jährigen möglich, ihre Arbeitszeit innerhalb eines bestimmten Rahmens (z. B. durch Gleitzeit) selbst zu gestalten (Frauen: 18 %, Männer: 27 %). 19–21 Prozent der 30- bis 59-jährigen Frauen und Männer können ihre Arbeitszeit zudem vollständig individuell festlegen, während 10–13 Prozent aus verschiedenen Arbeitszeitplänen auswählen können. 47 Prozent der 30- bis 59-Jährigen sind hingegen an Arbeitszeitregelungen ohne Änderungsmöglichkeiten gebunden, dies betrifft Frauen deutlich häufiger als Männer (50 % vs. 42 %; s. [Abbildung 98](#)).

Abbildung 98: Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015



Quelle: European Working Condition Survey (EWCS) 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

Daten und Definitionen

Im Jahr 2015 fand in Form des European Working Condition Survey (EWCS) die insgesamt sechste Erhebung der Arbeitsbedingungen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in 35 europäischen Ländern statt. Der EWCS wurde 2015 in Österreich vom Marktforschungsinstitut Spectra mit einer Stichprobengröße von 1.000 Befragten durchgeführt.

5.4 Soziale Beziehungen und Netzwerke

Soziale Beziehungen und Netzwerke sind ein wesentlicher Einflussfaktor der Gesundheit und des Wohlbefindens. Sie beeinflussen den Erhalt von Gesundheit und deren Förderung sowie die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von Krankheiten (Holt-Lunstad et al. 2015; Siegrist et al. 2009). Wenngleich soziale Beziehungen gesundheitsfördernde und -abträgliche Potenziale besitzen, werden ihnen primär positive Eigenschaften zugeschrieben. Sie repräsentieren damit eine zentrale Widerstandsressource in der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner sozialen und physischen Umwelt.

Auch als Sozialkapital bezeichnet, können drei Ebenen sozialen Zusammenhalts unterschieden werden:

- Zusammenhalt auf gesellschaftlicher Ebene, der durch die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Makroebene)
- Zusammenhalt in der Wohnumgebung und in sozialen Netzwerken (Mesoebene)
- Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis (Mikroebene)

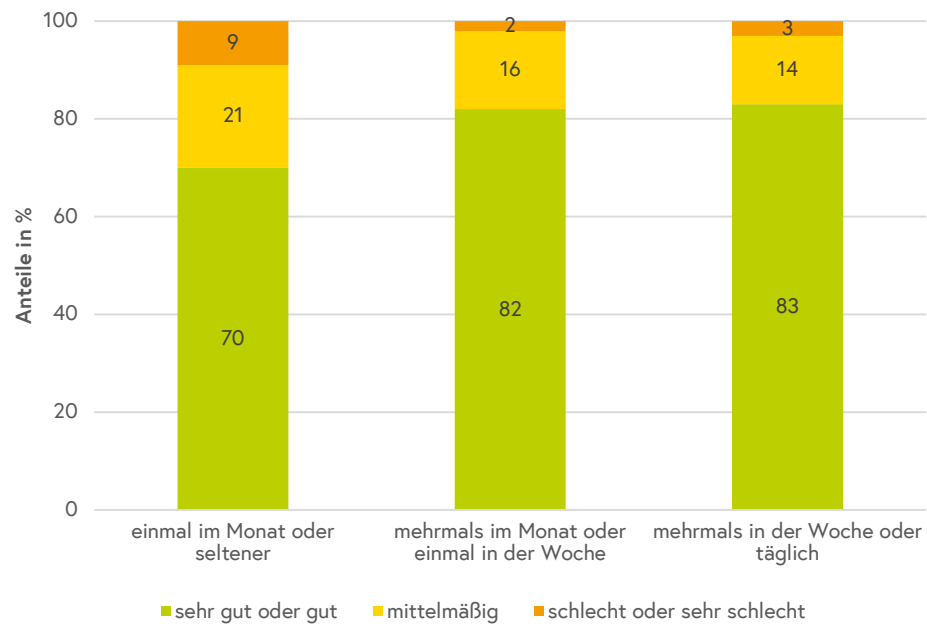
In diesem Zusammenhang spielen sowohl Paarbeziehungen, familiäre und freundschaftliche Beziehungen eine zentrale Rolle wie auch nachbarschaftliche Beziehungen, das Verhältnis zu Arbeitskolleginnen/-kollegen und das allgemeine Vertrauen in die Mitmenschen und damit in das gesellschaftliche soziale Umfeld.

5.4.1 Sozialkontakte

Ein Indikator, der vor allem für die Lebensqualität/das Wohlbefinden und für das Ausmaß sozialer Unterstützung eine bedeutende Rolle spielt, ist die Intensität bzw. Regelmäßigkeit sozialer Kontakte, z. B. in Form regelmäßiger Treffen mit Freundinnen und Freunden, Verwandten oder mit Arbeitskolleginnen und -kollegen außerhalb der Arbeit (Jungbauer-Gans 2002).

Dieser Indikator weist signifikante Zusammenhänge mit der selbsteingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. 30- bis 59-jährige Personen, die maximal einmal im Monat Verwandte, Freundinnen/Freunde oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit sehen, weisen seltener eine sehr gute bis gute Gesundheit auf als gleichaltrige Personen, die mehrmals im Monat oder öfter die genannten Personengruppen treffen (s. [Abbildung 99](#)).

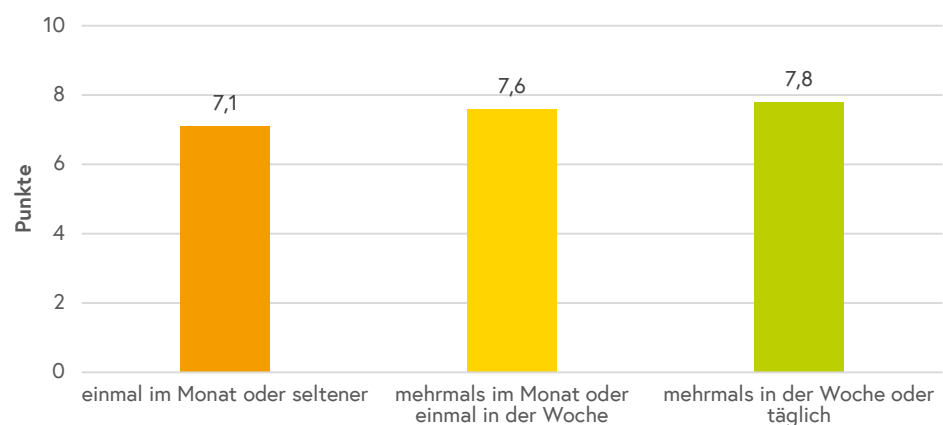
Abbildung 99: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Dasselbe Muster zeigt sich auch in Bezug auf die Lebenszufriedenheit/das Wohlbefinden (s. Abbildung 100). Allerdings darf hier nicht außer Acht gelassen werden, dass eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden eher zu einer Vereinsamung beitragen (auch schon in diesem Alter).

Abbildung 100: Lebenszufriedenheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016

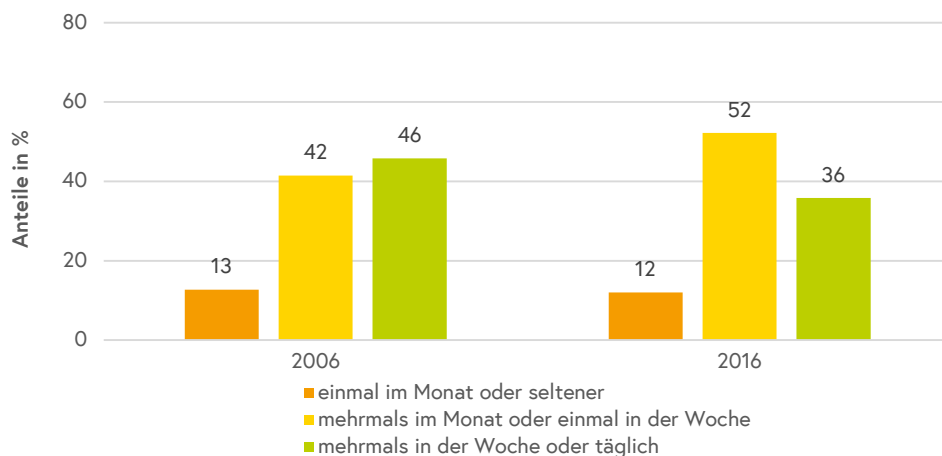


Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Laut ESS 2016 sehen rund 36 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mehrmals pro Woche bis täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb des Arbeitskontextes. Für weitere 52 Prozent ist dies mehrmals im Monat bis einmal in der Woche der Fall. 12 Prozent der 30- bis 59-Jährigen treffen nur einmal im Monat oder seltener Personen aus den angesprochenen Gruppen. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen weist damit deutlich weniger Sozialkontakte auf als die jüngere Bevölkerung (15- bis 29-Jährige, mehrmals wöchentlich bis täglich: 66%) und etwas mehr als die ältere Bevölkerung (ab 60-Jährige: 33%).

Im Vergleich zum Jahr 2006 ist bei den 30- bis 59-Jährigen eine deutliche Verschiebung von der Kategorie „mehrmals pro Woche bis täglich“ hin zu „mehrmals im Monat bis einmal in der Woche“ zu erkennen. Die Gruppe mit den wenigsten Sozialkontakten blieb hingegen in etwa gleich groß (s. [Abbildung 101](#)).

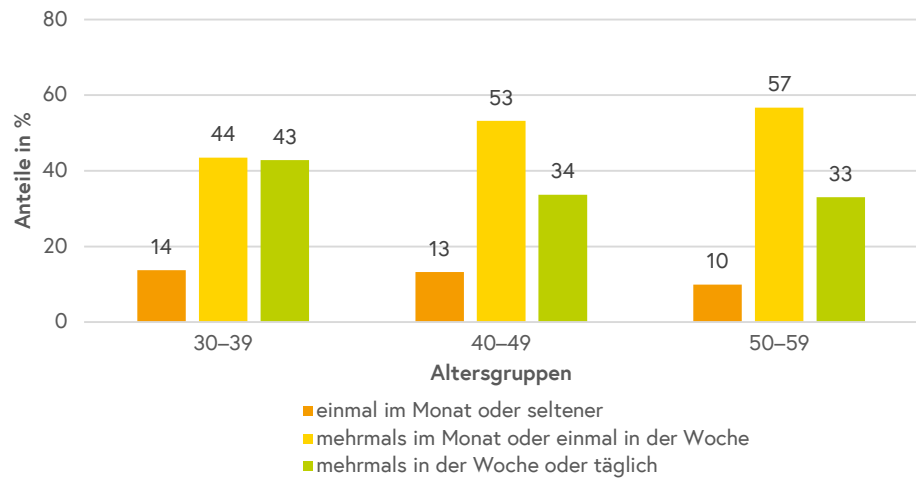
Abbildung 101: Häufigkeit sozialer Kontakte, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2006 und 2016



Quellen: European Social Survey 2006 und 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

30- bis 59-jährige Frauen und Männer weisen in etwa dasselbe „Ausmaß“ sozialer Kontakte auf. Die Häufigkeit sozialer Kontakte nimmt allerdings ab einem Alter von 40 Jahren deutlich ab und bleibt anschließend bis Ende 50 auf einem ähnlichen Niveau (mehrmals pro Woche bis täglich: 30- bis 39-Jährige 43%, 40- bis 49-Jährige 34%, 50- bis 59-Jährige 33%). Gleichzeitig ist zu beobachten, dass der Anteil der 30- bis 39-Jährigen, die maximal einmal im Monat Verwandte, Freundinnen/Freunde und Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit treffen, mit Eintritt in das fünfte Lebensjahrzehnt wieder etwas abnimmt (von 14% auf 10%; s. [Abbildung 102](#)).

Abbildung 102: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich, 2016

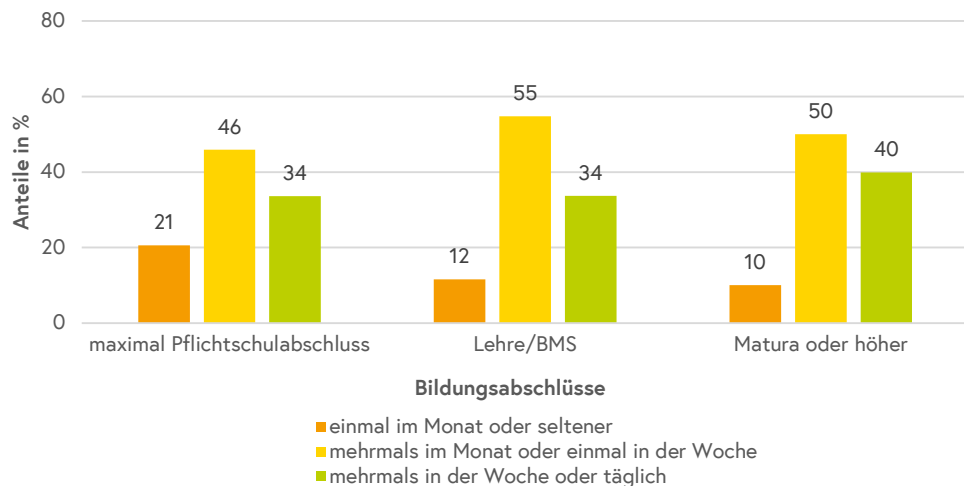


Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

30- bis 59-jährige Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss, Matura oder einem höheren Bildungsabschluss sehen häufiger mehrmals pro Woche bis täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit als gleichaltrige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss (40% vs. 34%). Umgekehrt treffen 21 Prozent der 30- bis 59-Jährigen mit maximal Pflichtschulabschluss höchstens einmal im Monat Personen der angesprochenen Gruppen, während dies nur auf 10–12 Prozent der Personen zutrifft, die den anderen beiden Bildungsgruppen angehören (s. Abbildung 103). Gründe dafür könnten ein weniger ausgeprägtes soziales Netzwerk oder zum Beispiel fehlende finanzielle Möglichkeiten sein.

Abbildung 103: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich, 2016



Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

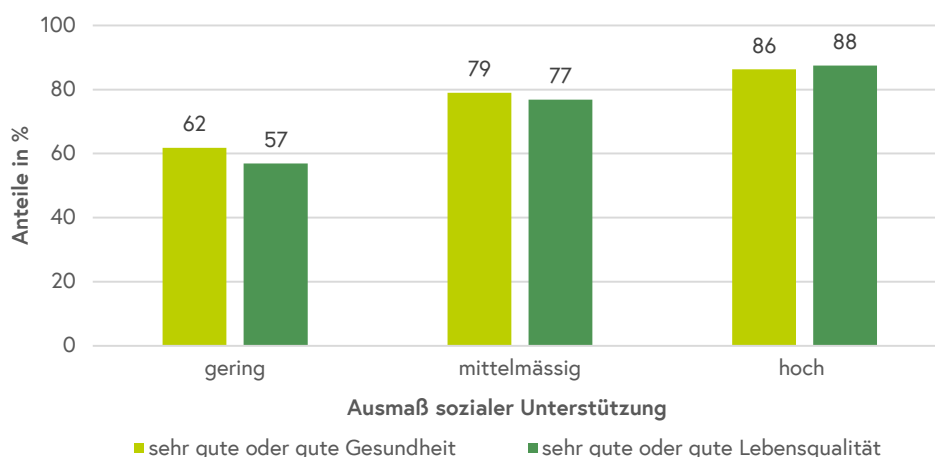
Der European Social Survey (ESS) ist ein biennaler und länderübergreifender Survey, der Einstellungen, Wertorientierungen und Verhaltensmuster in Europa erhebt und erstmals 2001/2002 durchgeführt wurde. Aktuell liegen Ergebnisse aus acht Durchführungswellen vor. Der ESS stellt eine repräsentative Stichprobenbefragung für die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten dar.

Der Fragebogen besteht aus einem Hauptteil, der in jeder Welle identisch ist, sowie aus wechselnden Schwerpunkten. Der Hauptteil widmet sich auch dem Thema des Wohlbefindens, gemessen unter anderem an der Intensität der Eingebundenheit in private soziale Netze bzw. anhand der Häufigkeit sozialer Kontakte.

5.4.2 Ausmaß sozialer Unterstützung

Das Ausmaß sozialer Unterstützung, auf das Menschen bei Bedarf zurückgreifen können, ist ein wesentlicher Einflussfaktor der Gesundheit und des Wohlbefindens (Murayama et al. 2012; Sundquist/Yang 2007). Anhand der ATHIS-Daten 2014 kann gezeigt werden, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit und Lebensqualität als sehr gut oder gut mit zunehmendem Unterstützungsausmaß mithin auch für die 30- bis 59-jährige Bevölkerung in Österreich steigt (s. [Abbildung 104](#)).

Abbildung 104: Selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität nach dem Ausmaß sozialer Unterstützung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

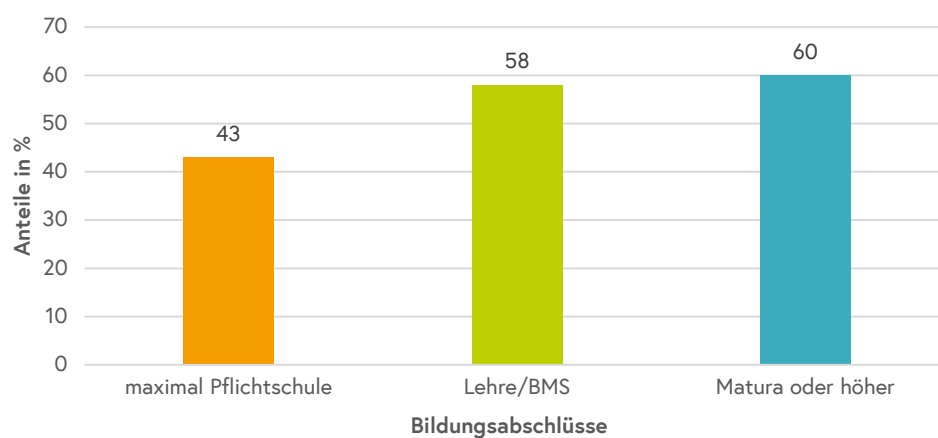
Laut ATHIS 2014 verfügen rund 57 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung (BL-Bandbreite: 49–63%). 8 Prozent schätzen das ihnen zur Verfügung stehende Ausmaß sozialer Unterstützung als gering ein (BL-Bandbreite: 5–12%). Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen verfügt demnach über ein ähnlich hohes Unterstützungsausmaß wie die jüngere Bevölkerung (15- bis 29-Jährige: 58%) und über ein deutlich höheres Ausmaß sozialer Unterstützung als die ältere Bevölkerung (ab 60-Jährige: 45%).

Männer und Frauen aller Altersgruppen berichten in etwa dasselbe Unterstützungsausmaß.

Unterschiede nach Bildung

Bildung beeinflusst die Möglichkeit, soziale Unterstützung zu geben und zu bekommen. Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (zwischen 30 und 59 Jahren) verfügen häufiger über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung als Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss (60% vs.43%). Kein Unterschied besteht hier hingegen bei 30- bis 59-jährigen Personen mit Matura oder höherer Bildung und gleichaltrigen Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (s. [Abbildung 105](#)).

Abbildung 105: Hohes Ausmaß sozialer Unterstützung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014



ohne Personen in Anstaltshaushalten, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definition und Daten

Soziale Unterstützung ist definiert als die Wahrnehmung oder Erfahrung, Hilfe und Unterstützung bekommen zu können, wenn sie benötigt wird. Ihre Einschätzung beruht damit entweder auf realen Erfahrungen oder auf der begründeten Annahme, dass Leistungen und Ressourcen bei Bedarf über das soziale Beziehungsnetzwerk abrufbar seien. (Wills, 1991)

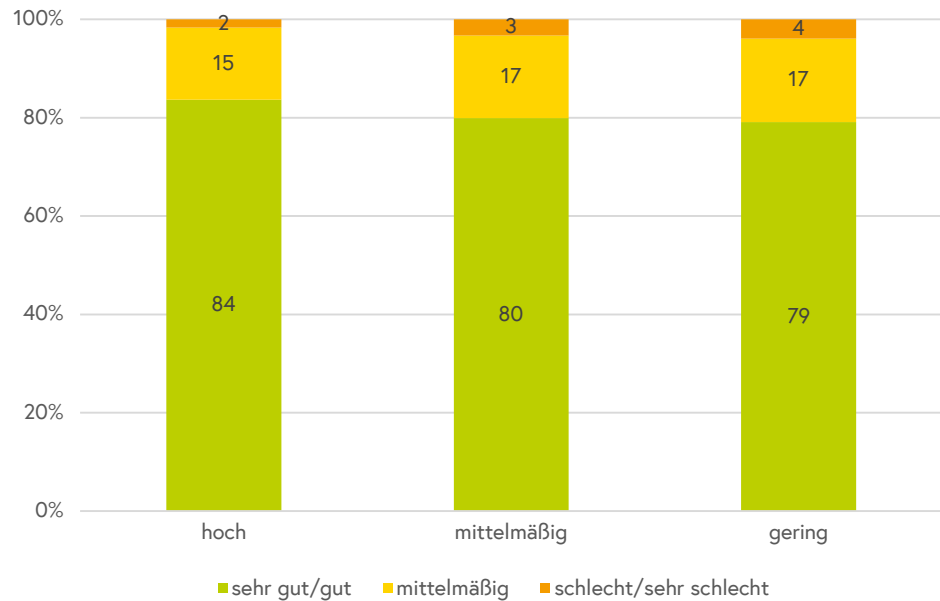
Das Ausmaß sozialer Unterstützung wurde im Rahmen der Gesundheitsbefragung 2014 mit der Oslo 3-Items Social Support Scale (Oslo 3) erhoben (Klimont/Baldaszi 2015). Dieses Instrument erfasst, auf wie viele Personen man sich verlassen kann, wenn ernsthafte persönliche Probleme anstehen, wie viel Interesse und Anteilnahme andere Personen diesbezüglich zeigen und wie einfach es ist, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten. Aus diesen drei Fragen wird ein Indikator mit den drei Ausprägungen „geringe“, „mittlere“ und „starke Unterstützung“ berechnet. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich.

5.4.3 Soziales Vertrauen

Obwohl im Alltag unterschiedliche Handlungen und Haltungen das Vertrauen zu anderen Menschen zeigen, ist es schwierig, diesbezüglich aussagekräftige Daten zu finden, die zugleich zeit- und länderübergreifend eine Bewertungsgrundlage für das Vertrauen in die Gesellschaft bieten. Ein einheitlicher, vor allem in soziologischen Studien und Umfragen verwendeter Indikator ist das Vertrauen in die Mitmenschen. Dieser Indikator sagt etwas über das Gesellschaftssystem aus, da er nicht das Vertrauen zu einzelnen Person, sondern das Vertrauen in gesellschaftliche Normen und ungeschriebene Verhaltensregeln in den Blick nimmt. Das soziale Vertrauen bringt damit zum Ausdruck, ob eine Person glaubt, dass Mitmenschen grundsätzlich gute Absichten hegen und dass man sich auf sie verlassen bzw. ihnen vertrauen kann.

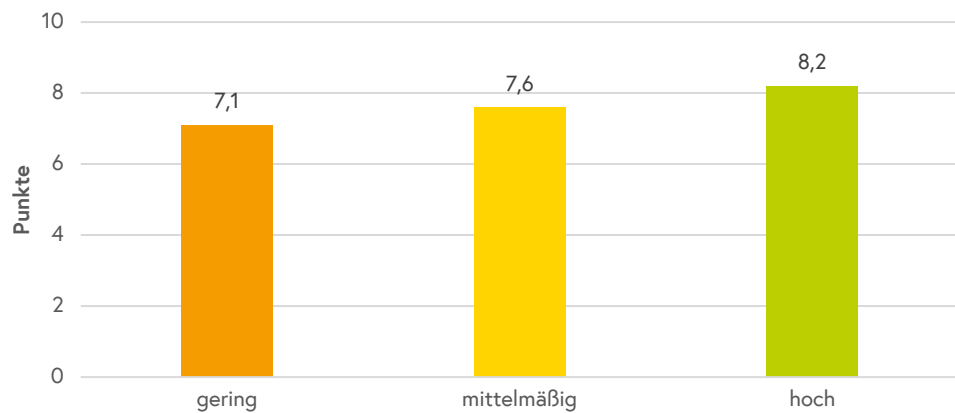
Das Ausmaß sozialen Vertrauens weist einen deutlichen Zusammenhang mit der selbst-eingeschätzten Gesundheit und der Lebenszufriedenheit auf. Anhand österreichischer Zahlen zeigt sich, dass 30- bis 59-jährige Personen mit einem hohen sozialen Vertrauen über eine bessere selbsteingeschätzte Gesundheit verfügen und eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen (s. [Abbildung 106](#) und [Abbildung 107](#)). Umgekehrt könnte eine schlechtere Gesundheit und ein geringeres Wohlbefinden auch das soziale Vertrauen in die Mitmenschen trüben.

Abbildung 106: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 107: Allgemeine Lebenszufriedenheit nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

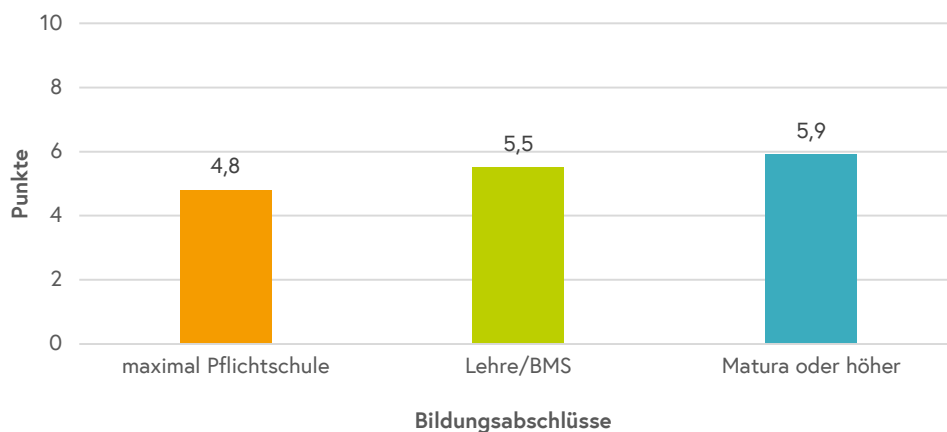
Laut ESS 2016 beurteilt die österreichische Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren ihr soziales Vertrauen mit durchschnittlich 5,6 von 10 möglichen Punkten. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt damit im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung und weist einen ähnlichen Wert auf wie die ab 60-jährige Bevölkerung (5,5). Nur die 15- bis 29-Jährigen haben deutlich mehr Vertrauen in ihre Mitmenschen als die anderen Altersgruppen (6,0). Im Vergleich zum Jahr 2006 hat das soziale Vertrauen der 30- bis 59-Jährigen in ihre Mitmenschen eine Verbesserung um 0,5 Punkte erfahren.

Männer und Frauen aller Altersgruppen weisen in etwa dasselbe soziale Vertrauen auf und unterscheiden sich nicht in dieser Hinsicht. Auch zwischen den untersuchten Altersgruppen gibt es keine markanten Unterschiede.

Unterschiede nach Bildung

Das Ausmaß sozialen Vertrauens steigt mit zunehmender Bildung (s. [Abbildung 108](#)): Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss bewerten ihr soziales Vertrauen mit 5,9 von 10 möglichen Punkten, während jene mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss im Durchschnitt 5,5 Punkte aufweisen und gleichaltrige Personen mit maximal Pflichtschulabschluss durchschnittlich 4,8 Punkte vergeben.

Abbildung 108: Ausmaß sozialen Vertrauens nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016



Quelle: European Social Survey 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definition und Daten

Der Indikator soziales Vertrauen schätzt das Vertrauen ein, das Menschen in ihre Mitmenschen haben, und ist auf die Definition interpersonalen Vertrauens von Rotter (1971) zurückzuführen.

Das Ausmaß sozialen Vertrauens wird im vorliegenden Bericht anhand des European Social Survey (ESS) untersucht, einer regelmäßigen Stichprobenerhebung in europäischen Ländern. Im Rahmen des ESS wird das soziale Vertrauen anhand dreier Aussagen erfasst, aus denen ein additiver Durchschnittswert errechnet wird:

3. Ich bin davon überzeugt, dass die meisten Menschen gute Absichten haben.
4. Heutzutage kann man sich auf niemanden mehr verlassen.
5. Im Allgemeinen kann man den Menschen vertrauen.

Das soziale Vertrauen kann Werte zwischen 0 und 10 annehmen, wobei null für das geringste soziale Vertrauen und 10 für das größte Ausmaß sozialen Vertrauens steht. Die Ergebnisse von 2016 können mit jenen von 2006 verglichen werden.

5.5 Lebensraum und Wohnumfeld

Der Lebensraum sowie das Wohnumfeld spielen eine maßgebliche Rolle in puncto Gesundheit und Wohlbefinden. Eine sichere soziale Umgebung mit wenig Kriminalität und Gewalt sowie ein Wohnumfeld mit geringen Umweltbelastungen tragen zu einer höheren Lebensqualität und zu einer besseren Gesundheit bei.

5.5.1 Lärmbelastung

Als Umgebungslärm werden „unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden“, bezeichnet (Umweltbundesamt 2016). Die Hauptquelle von Lärmverschmutzung ist der Straßenverkehr, gefolgt von Bahn- und Flugverkehr, Industrie und Nachbarschaftslärm. In Ballungsgebieten und an Hauptverkehrsachsen ist die Belastung dabei am höchsten (European Environment Agency 2014).

Grundsätzlich gibt es zwei Arten der Lärmbelastung (Gratt 2009):

- Der aurale Lärm kann durch seinen hohen Schalldruck zu temporären oder permanenten Hörstörungen führen (z. B: laute Discomusik, Presslufthammerlärm).
- Der extraaurale Lärm wird auch als indirekter Lärm bezeichnet und kann trotz geringen Schalldrucks zu Stressreaktionen führen und die Lebensqualität beeinträchtigen. Seine Folgen können Bluthochdruck, Schlafprobleme, Herzrasen und Muskelverspannungen sein.

Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich der gemessene/berechnete Lärm von der gefühlten Lärmbelastung unterscheiden. In diesem Abschnitt wird nur auf die gefühlte Lärmbelastung eingegangen, da dies sowohl den auralen Lärm als auch den extraauralen Lärm berücksichtigt.

Besonders von Lärm betroffen sind Personen in Wohngebieten mit einer hohen Bevölkerungs- und Verbauungsdichte, in Gebäuden mit zehn und mehr Wohnungen, Ein- bis Zweipersonenhaushalte sowie arbeitslose Personen und Akademiker/-innen (Statistik Austria 2017b).

Im Jahr 2015 waren etwas mehr als 12 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (rund 453.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–24%) in ihrem Wohnbereich tagsüber

und/oder nachts stark bis sehr stark von Lärm gestört. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier im Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung.

Seit 2007 ist der Anteil der stark bis sehr stark lärmbelasteten Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren in etwa gleich geblieben.

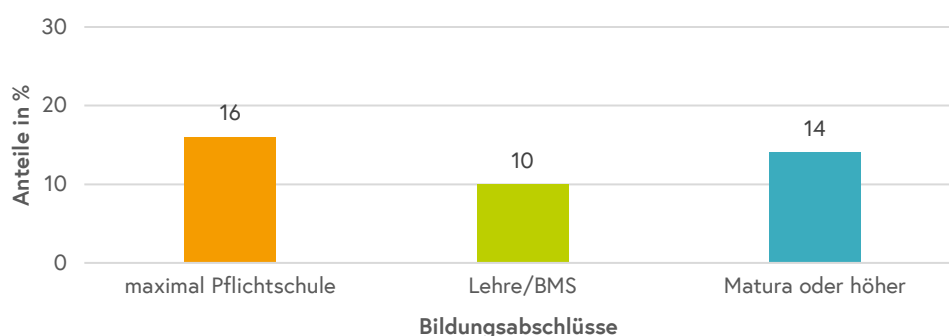
Frauen aller Altersgruppen (zwischen 30 und 59 Jahren) fühlen sich häufiger stark oder sehr stark durch Lärm gestört als Männer in diesem Alter (13% vs. 11%).

30- bis 39-jährige Frauen erweisen sich als häufiger durch Lärm belastet als jene zwischen 40 und 59 Jahren (16% vs. 11–12%). Bei den Männern ist kein Alterseffekt erkennbar.

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (30 bis 59 Jahre) sind in ihrem Wohnbereich häufiger stark bis sehr stark von Lärm betroffen als 30- bis 59-Jährige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (16% bzw. 14% vs. 10%; s. [Abbildung 109](#)).

Abbildung 109: Lärmexposition (stark bis sehr stark) nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quelle: Statistik Austria – Mikrozensusbefragung Umweltbedingungen 2015; Darstellung: GÖG

5.5.1.1 Lärmquellen

Rund 50 Prozent der betroffenen Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren nennen den Verkehrslärm als Hauptursache für ihre Lärmbelastung, wobei hier hauptsächlich PKW- und LKW-Lärm gemeint sind (17% bzw. 14%). Je 18 Prozent der 30- bis 59-Jährigen fühlen sich hauptsächlich durch Baulärm oder Nachbarschaftslärm belastet.

Während zwischen 2007 und 2015 die Lärmbelastung durch Verkehr deutlich zurückgegangen ist, insbesondere der PKW-Lärm (von 26% auf 17%), hat der Lärm durch Baustellen (von 10% auf 18%) und der Nachbarschaftslärm (von 13% auf 19%) im selben Zeitraum zugenommen.

Definitionen und Daten

Ergebnisse bezüglich gefühlter Lärmbelastung werden auf Basis der Mikrozensusbefragung Umwelt aus den Jahren 2015, 2011 und 2007 berichtet (Statistik Austria 2009b; Statistik Austria 2013b; Statistik Austria 2017b) und beziehen sich auf die Lärmstörung im Wohnbereich tagsüber und/oder nachts. Alle Angaben beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Es handelt sich hierbei um das subjektive Empfinden der Befragten.

5.5.2 Kriminalität, Gewalt und Vandalismus

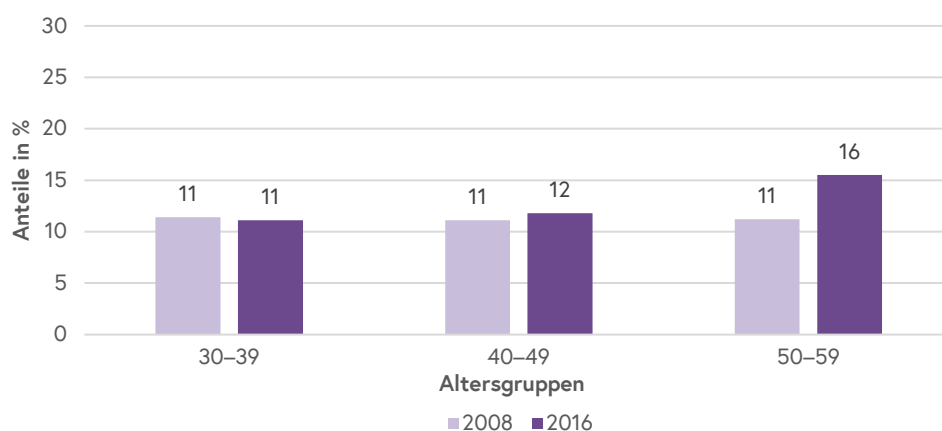
Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in der Wohngegend beeinflussen insbesondere die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden. Eine unsichere Wohngegend kann Angst auslösen, zu Depressionen und Paranoia führen und somatische Beschwerden hervorrufen. (Krieger 2002) Personen, die Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend ansehen, weisen eine geringere durchschnittliche Lebenszufriedenheit auf und schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich seltener als gut oder sehr gut ein als Personen, die kein derartiges Problem wahrnehmen (Lebenszufriedenheit: 6,5 vs. 7,0 Punkte; sehr gute bis gute Gesundheit: 65% vs. 75%). Umgekehrt kann eine geringere Lebenszufriedenheit zu einer kritischeren Wahrnehmung der Umwelt führen bzw. ein schlechterer Gesundheitszustand dazu beitragen, dass man – z. B. aufgrund eines geringeren Einkommens – in einer schlechteren Wohngegend zu Hause ist. Besonders von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus betroffen sind/fühlen sich Personen, die in größeren Städten leben sowie solche mit einem hohen Einkommen (Statistik Austria 2017a).

Im Jahr 2016 erachteten etwa 13 Prozent der Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren (rund 479.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–27%; Drei-Jahres-Durchschnitt) Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend. Die Gruppe der 30- bis 59-Jährigen liegt hier leicht über dem Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung (12%).

Zwischen 2009 und 2013 ist der Anteil der 30- bis 59-jährigen Bevölkerung, der in der Wohngegend Probleme mit Kriminalität, Gewalt und Vandalismus ortet, gesunken (von 15% auf 11%) und zwischen 2013 und 2014 wieder deutlich gestiegen (auf 14%). Seither ist eine abnehmende Tendenz erkennbar.

Frauen zwischen 30 und 59 Jahren sehen etwas häufiger Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in ihrer Wohngegend an als Männer in diesem Alter (14% vs. 12%). Im Vergleich zum Jahr 2008 ist ihr Anteil um rund drei Prozentpunkte gestiegen. 50- bis 59-jährige Erwachsene nehmen häufiger Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in ihrer Wohngegend als Problem wahr als Personen zwischen 30 und 49 Jahren (16% vs. 11–12%). Auch ihr Anteil hat gegenüber 2008 um fünf Prozentpunkte zugenommen (s. [Abbildung 110](#)).

Abbildung 110: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016

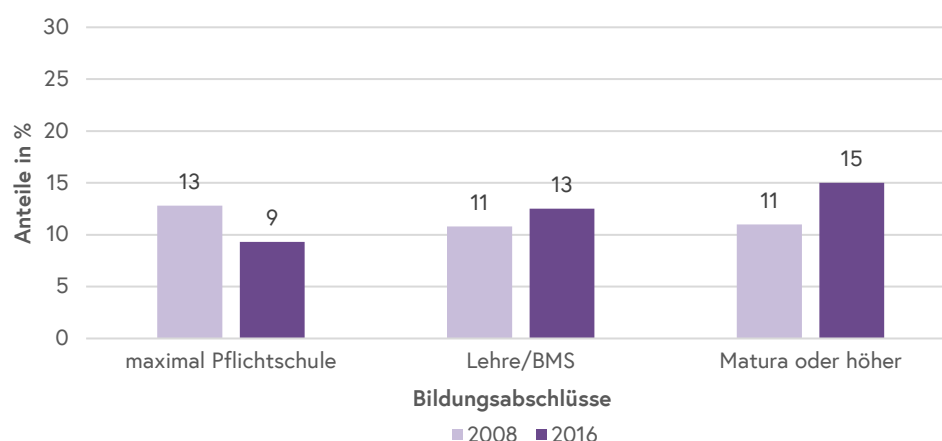


hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Unterschiede nach Bildung

Österreicher/-innen mit maximal Pflichtschulabschluss (30- bis 59 Jahre) berichten seltener von Kriminalität, Gewalt und Vandalismus in ihrer Wohngegend (9%) als Personen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss (13%) oder mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (15%). Bei den beiden letztgenannten Bildungsgruppen ist – im Vergleich zum Jahr 2008 – ein Anstieg von zwei bzw. vier Prozent zu beobachten. Lediglich Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss fühlten sich in ihrer Wohngegend im Jahr 2016 sicherer als im Jahr 2008 (s. [Abbildung 111](#)).

Abbildung 111: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016



hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 bis 59 Jahre); Quellen: Statistik Austria – EU-SILC 2008 und 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Definitionen und Daten

Ergebnisse bezüglich Kriminalität, Gewalt und Vandalismus werden auf Basis der European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) berichtet, die jährlich im Auftrag des Sozialministeriums von der Statistik Austria durchgeführt wird und europaweit abgestimmt ist. Sie beruhen auf der Beantwortung nachstehender Frage: Haben Sie mit Ihrem Haus/Ihrer Wohnung Probleme durch Kriminalität, Gewalt oder Vandalismus?

Seit 2008 liegt eine einheitliche Zeitreihe vor. Alle Angaben beziehen sich auf Österreicher/-innen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Es handelt sich hierbei um das subjektive Empfinden der Befragten.

6 Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezeichnet den Umstand, dass Menschen – unabhängig von individuellen und sozialen Merkmalen¹³ – über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen (Richter, Matthias/Hurrelmann 2009).

Empirische Beobachtungen zeigen, dass weder gesundheitliche Chancen noch gesundheitliche Risiken gerecht verteilt sind, sondern in einem systematischen Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren stehen. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit¹⁴ werden häufig mit dem Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ bezeichnet (Mielck 2005; Richter, Matthias/Hurrelmann 2009) und stellen mehr denn je eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar (Bauer et al. 2008; Marmot 2013; Richter, Matthias/Hurrelmann 2009).

In der Fachliteratur wird zwischen vertikal und horizontal verlaufenden Ungleichheiten unterschieden. Vertikale Ungleichheiten sind (meist) durch Unterschiede in Einkommen, Bildung und Berufsstatus bedingt. Teils unabhängig davon sind „horizontale Ungleichheiten“, die durch Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Familiengröße, Wohnort/-region und dergleichen entstehen (Hradil, Stefan 2009a).

Darüber hinaus zeigt sich, dass soziale Ungleichheiten (Benachteiligungen) nicht nur in einzelnen Lebensphasen, sondern über den gesamten Lebenslauf hinweg von gesundheitlicher Bedeutung sind (s. Beiträge in Richter, Matthias/Hurrelmann 2009). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden demnach meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und entfalten oftmals über Generationen hinweg ihre gesundheitserhaltende/-fördernde oder -schädigende Wirkung (Dragano/Siegrist 2009; Marmot 2013). Diese generationenübergreifenden Wirkungen verlaufen über Bildungschancen, den Erwerb von Kompetenzen, bestimmte Belastungs- und Ressourcenkonstellationen (Wohnverhältnisse, familiäres Klima etc.), über Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, über gelernte bzw. sozialisierte Verhaltensweisen sowie über den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen.

13 Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, Religionszugehörigkeit, Sprache, Bildung, Einkommen, Vermögen, politische Orientierung, sexuelle Orientierung etc.

14 „Als soziale Ungleichheit werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet. Soziale Ungleichheiten bestehen in gesellschaftlich bedingten, relativ beständigen, asymmetrischen Verteilungen knapper, begehrter ‚Güter‘. Diese ‚Güter‘ können Ressourcen sein, das heißt Hilfsmittel autonomen Handelns wie etwa Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Der Begriff ‚soziale Ungleichheit‘ kann sich aber auch auf andere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen beziehen, wie z. B. auf belastende Arbeitsbedingungen, (un)gesunde Umweltbedingungen oder (un)günstige Wohnbedingungen.“ (Hradil, Stefan 2009b)

Im vorliegenden Bericht wurden alle Indikatoren – sofern es die Datenlage erlaubte – nach den Dimensionen Alter und Geschlecht sowie nach Bildung betrachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem Bildung einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit hat. In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichsten Bildungs- und Geschlechterunterschiede zusammenfassend dargestellt, während Ergebnisse nach Altersgruppen nur in den einzelnen Berichtskapiteln zu finden sind.

6.1 Unterschiede nach Geschlecht

6.1.1 Gesundheitszustand

In puncto Gesundheit zeigen sich zahlreiche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (s. [Tabelle 2](#); Ausnahmen: chronische Rückenschmerzen, Bronchitis/Lungenemphysem/COPD).

Frauen leben insgesamt länger, verbringen aber mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. 30- bis 59-jährige Frauen sind häufiger von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen (Allergien, chronische Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen, Asthma, Krebs und Depressionen), sind häufiger im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkt und verbringen mehr Zeit im Krankenstand. Sie weisen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden auf und berichten über eine schlechtere umweltbezogene Lebensqualität.

30-jährige Männer können mit einer um 4,6 Jahre kürzeren Lebenserwartung rechnen, verbringen jedoch weniger Lebenszeit in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (d. h. sie sterben vorher). 30- bis 59-jährige Männer sind stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall) und Diabetes betroffen und verletzen sich häufiger in ihrer Freizeit und im Straßenverkehr (und auch bei der Arbeit, s. Abschnitt „[6.1.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten](#)“). Sie weisen ein geringeres soziales Wohlbefinden auf, versterben häufiger an Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs und begehen häufiger Suizid.

Tabelle 2: Gesundheitszustand nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich

Indikator			Männer	Frauen
Lebenserwartung 2016 (in Jahren)		30-Jährige	49,9	54,5
		60-Jährige	22,2	25,9
Lebenserwartung in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit 2014 (in Jahren)		30-Jährige	12,4	15,9
		60-Jährige	7,9	10,9
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand 2014 (sehr gut oder gut, 50- bis 59-Jährige)			75%	71%
Chronische Krankheiten 2014			32%	37%
Allergien (inkl. allergisches Asthma) 2014			22%	29%
Chronische Nackenschmerzen 2014			15%	24%
Arthrose 2014 (50- bis 59-Jährige)			10%	18%
chronische Kopfschmerzen 2014			4%	11%
Asthma 2014		30- bis 39-Jährige	2%	4%
		40- bis 49-Jährige	3%	6%
Diabetes 2014		30- bis 39-Jährige	0,2%	0,8%
		40- bis 49-Jährige	2,3%	1,1%
		50- bis 59-Jährige	7%	5%
akuter Myokardinfarkt 2017 (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)			190	42
ischämische Schlaganfälle 2017 (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)			97	51
Krebsinzidenz 2015 (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)		30- bis 39-Jährige	72	117
		40- bis 49-Jährige	160	277
		50- bis 59-Jährige	573	529
diagnostizierte Depression innerhalb der letzten 12 Monate 2014			5%	9%
Verletzungen 2014	Freizeit	30- bis 39-Jährige	9%	4%
		40- bis 49-Jährige	7%	4%
	Straßenverkehr	30- bis 39-Jährige	2%	1%
		40- bis 49-Jährige	2%	1%
	Haushalt	50- bis 59-Jährige	2%	3%
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag 2014		30- bis 39-Jährige	16%	21%
		50- bis 59-Jährige	37%	43%
Körperliche und sensorische Einschränkungen 2014		50- bis 59-Jährige	51%	55%
Krankenstände 2017 (pro erwerbstätige Person)		Krankenstandsquote	3,3	3,7
		Krankenstandstage	12,2	13,5

Indikator			Männer	Frauen
Lebensqualität 2014 (Punkte, 0 bis 100)	körperliches Wohlbefinden	30- bis 39-Jährige	83	82
		50- bis 59-Jährige	77	75
	psychisches Wohlbefinden		78	75
	soziales Wohlbefinden	40- bis 49-Jährige	75	77
	umweltbezogene Lebensqualität	40- bis 49-Jährige	78	77
		50- bis 59-Jährige	77	76
Sterblichkeit 2017 (Todesfälle pro 100.000 EW)			249	133
bösartige Neubildungen			76	71
Herz-Kreislauf-Erkrankungen			50	15
Verletzungen			47	13
Suizid			20	6

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung. Angaben in Prozent sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, sofern nicht anders angegeben; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der vorigen Berichtskapitel

6.1.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Körperliche und psychische Faktoren sowie das Gesundheitsverhalten spielen eine zentrale Rolle für die Gesundheit und geben ebenfalls Aufschluss über spezifische gesundheitsrelevante Problemlagen. Wie beim Gesundheitszustand zeigen sich auch hier durchgängig Unterschiede zwischen Männern und Frauen (s. [Tabelle 3](#)).

30- bis 59-jährige Männer sind häufiger übergewichtig und adipös, haben häufiger Bluthochdruck, ernähren sich ungünstiger, greifen häufiger täglich zur Zigarette, sind häufiger Passivrauch ausgesetzt und trinken öfter (auch in problematischen Mengen) Alkohol. Sie weisen damit einen ungünstigeren Lebensstil auf, der vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs begünstigt. Lediglich in puncto körperlicher Bewegung schneiden jüngere Männer besser ab als Frauen, wobei dieser „Vorteil“ ab einem Alter von 40 Jahren an Bedeutung verliert.

30- bis 59-jährige Frauen verfügen über eine geringere Lesekompetenz, und Frauen im Alter von 30 bis 39 Jahren sind deutlich seltener in einem gesundheitswirksamen Ausmaß körperlich aktiv.

Tabelle 3: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich

Kategorie	Indikator	Männer	Frauen
Körperliche Faktoren	Übergewicht und Adipositas 2014	55 %	39 %
	Bluthochdruck 2014	18 %	13 %
Psychische Faktoren	hohe Lesekompetenz 2011/2012 (30- bis 39-Jährige)	15 %	10 %
Gesundheitsverhalten	täglicher Obst- und Gemüsekonsum 2014	24 %	45 %
	gesundheitswirksame Bewegung 2014 (30- bis 39-Jährige)	25 %	19 %
	täglicher Tabakkonsum 2014	31 %	27 %
	tägliche Passivrauchexposition 2014	37 %	24 %
	täglicher oder fast täglicher Alkoholkonsum 2015	23 %	8 %
	problematischer Alkoholkonsum 2015	22 %	9 %

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung. Angaben in Prozent sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, sofern nicht anders angegeben; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der vorigen Berichtskapitel

6.1.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Über verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten können gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge aufgezeigt werden, die gesundheitsrelevante Auswirkungen haben können. 30- bis 59-jährige Frauen weisen häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf, besitzen aber auch etwas häufiger eine Matura oder einen höheren Bildungsabschluss. Sie sind etwas öfter von Armut und Ausgrenzung gefährdet, sind etwas seltener erwerbstätig, weisen im Falle der Erwerbstätigkeit häufiger ein atypisches Beschäftigungsverhältnis auf (vor allem eine Teilzeitbeschäftigung) und haben häufiger Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (Familie). Sie sind zudem in ihrem Zuhause etwas häufiger durch Lärm belastet und nehmen in ihrer Wohngegend Kriminalität, Gewalt und Vandalismus etwas häufiger als Problem wahr.

Männer zwischen 30 und 59 Jahren sind etwas häufiger arbeitslos und sind bei ihrer Arbeit/an ihrem Arbeitsplatz stärker von körperlichen Belastungen und Arbeitsunfällen betroffen. Dies ist vermutlich ihren beruflichen Tätigkeiten geschuldet. Darüber hinaus berichten 30- bis 59-jährige Männer auch häufiger von Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. Neben ihrem Lebensstil (Gesundheitsverhalten) spielen damit auch berufliche Risikofaktoren eine entscheidende Rolle für die Männergesundheit.

Anders als bei den Gesundheitsindikatoren und bei den individuellen Determinanten gibt es auf Ebene der verhältnisbezogenen Einflussfaktoren auch eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten, bei denen (bezogen auf die 30- bis 59-Jährigen) keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen. Das betrifft die Armutsgefährdung sowie das Ausmaß materieller Deprivation (Indikatoren auf Haushaltsebene), Indikatoren der Wohnsituation (Überbelag, Feuchtigkeit und Schimmel, dunkle Räume; ebenfalls Indikatoren auf Haushaltsebene) und die Häufigkeit persönlicher Sozialkontakte, das Ausmaß sozialer Unterstützung und das soziale Vertrauen in die Mitmenschen.

Mit Blick auf die Gesundheitsunterschiede von Männern und Frauen legen die bisherigen Ergebnisse nahe, dass bei 30- bis 59-jährigen Männern vor allem Interventionen in puncto Lebensstil und Arbeitsbedingungen relevant sind, während bei Frauen in diesem Alter vermutlich Faktoren von Bedeutung sind (Doppel- und Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie und Pflege), die der Bericht (aufgrund spärlicher diesbezüglicher Datengrundlagen) leider nicht abbildet.

Tabelle 4: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich

Kategorie	Indikator	Männer	Frauen
Ökonomische Verhältnisse	Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung 2016	17%	19%
Bildungsniveau	maximal Pflichtschulabschluss 2016	15%	21%
	Matura und höher 2016	30%	34%
Arbeit und Beschäftigung	Erwerbstätigenquote 2017	86%	78%
	Arbeitslosenquote 2017	9,4%	8,4%
	atypische Beschäftigungsverhältnisse 2017 (in % aller atypisch Beschäftigten)	20%	80%
	Teilzeitquote 2017	6%	44%
	körperliche Belastungen 2013	78%	69%
	Zeitdruck und Arbeitsüberlastung 2013	46%	36%
	Arbeitsunfälle 2017 (pro 100.000 EW)	2.300	800
	Probleme bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben 2015	43%	52%
Lebensraum und Wohnumfeld	Lärmbelastung 2015 (stark bis sehr stark)	11%	13%
	Kriminalität, Gewalt und Vandalismus werden in der Wohngegend als Problem wahrgenommen 2016	12%	14%

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung. Angaben in Prozent sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, sofern nicht anders angegeben; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der vorigen Berichtskapitel

6.2 Unterschiede nach Bildung

6.2.1 Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der 30- bis 59-Jährigen unterscheidet sich deutlich nach ihrer formalen Bildung. Mehrheitlich ist dabei ein Bildungsgradient erkennbar (Ausnahmen: Allergien, Depressionen und sensorische/körperliche Einschränkungen bei Männern), der fast ausschließlich zu Ungunsten der Bevölkerungsgruppe mit geringerer formaler Bildung verläuft (s. Tabelle 5).

30- bis 59-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss haben eine kürzere Lebenserwartung (Männer um rund 6 Jahre, Frauen um 2 Jahre) und verbringen weniger Lebensjahre in sehr guter bis guter Gesundheit als gleichaltrige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (Männer um rund zwölf Jahre, Frauen um elf Jahre). Sie sind häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen (chronische Rücken- und Nackenschmerzen, chronische Kopfschmerzen, Asthma, chronische Bronchitis/Lungenemphysem/COPD, Diabetes und Depressionen), sind im Alltag öfter gesundheitsbedingt eingeschränkt, häufiger von körperlichen/sensorischen Einschränkungen betroffen und weisen eine geringere Lebensqualität auf als die anderen Bildungsgruppen.

30- bis 59-Jährige mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss sind hingegen häufiger von Allergien betroffen und verletzen sich häufiger in ihrer Freizeit und im Straßenverkehr.

Insgesamt wird damit ein deutliches Muster ersichtlich: Personen mit geringerer formaler Bildung verfügen über eine deutlich schlechtere Gesundheit.

Tabelle 5: Gesundheitszustand nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich

Indikator		Maximal Pflichtschul- abschluss	Lehre/BMS	Matura oder höher
Lebenserwartung 2014 (in Jahren, 45-Jährige)	Männer	33	35	39
	Frauen	39	40	41
Lebenserwartung in sehr guter bis guter Gesundheit 2014 (in Jahren, 45-Jährige)	Männer	19	23	31
	Frauen	20	28	31
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand 2014 (sehr gut oder gut)		65%	81%	90%
Chronische Krankheiten 2014		48%	35%	28%
Allergien 2014 (Männer)		19%	20%	28%
chronische Rückenschmerzen 2014		34%	27%	15%
chronische Nackenschmerzen 2014 (Männer)		27%	16%	10%
chronische Kopfschmerzen 2014		13%	7%	5%
Asthma (inkl. allergisches Asthma) 2014		8%	3%	3%
chronische Bronchitis, Lungenemphysem oder COPD 2014		5%	3%	2%
Diabetes 2014		6%	3%	1%
Depressionen 2014		16%	6%	5%
Verletzungen 2014	Freizeit	3%	5%	7%
	Straßenverkehr	0,9%	1,3%	2,0%
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag 2014		42%	31%	21%
Körperliche und sensorische Einschränkungen 2014	Männer	41%	39%	31%
	Frauen	46%	36%	30%
Lebensqualität 2014 (Punkte, 0 bis 100)	allgemeine Lebensqualität	69	74	79
	körperliches Wohlbefinden	72	80	83
	psychisches Wohlbefinden	72	76	79
	soziales Wohlbefinden	74	76	76
	umweltbezogene Lebensqualität	72	76	81

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung. Angaben in Prozent sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, sofern nicht anders angegeben; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der vorigen Berichtskapitel

6.2.2 Individuelle Gesundheitsdeterminanten

Ein Pendant zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit geringer formaler Bildung findet sich auch auf Ebene der individuellen Gesundheitsdeterminanten: 30- bis 59-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss sind häufiger von Adipositas und Bluthochdruck

betroffen, essen seltener täglich Obst und Gemüse, erreichen seltener das empfohlene Ausmaß gesundheitswirksamer Bewegung, greifen häufiger täglich zur Zigarette und sind öfter Passivrauch ausgesetzt als gleichaltrige Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss (s. Tabelle 6).

Nur der Alkoholkonsum und das Übergewicht folgen einem anderen Muster: Bei den Männern trinken 30- bis 59-Jährige mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss am häufigsten (auch in problematischen Mengen), während bei den 30- bis 59-jährigen Frauen jene mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger alkoholische Getränke konsumieren. Übergewicht ist bei 30- bis 59-Jährigen mit einem Lehr- oder BMS-Abschluss am prävalentesten.

Tabelle 6: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich

Kategorie	Indikator		Maximal Pflichtschul- abschluss	Lehre/BMS	Matura oder höher
Körperliche Faktoren	Adipositas 2014		22%	17%	7%
	Übergewicht 2014		32%	36%	29%
	Bluthochdruck 2014		22%	17%	10%
Psychische Faktoren	hohe Lesekompetenz, 2011/2012 ¹⁵		3%	8%	19%
Gesundheits- verhalten	täglicher Obst- und Gemüsekonsum 2014	Männer	19%	22%	32%
		Frauen	36%	42%	53%
	gesundheitswirksame Bewegung 2014		13%	21%	27%
	täglicher Tabakkonsum 2014		47%	32%	17%
	tägliche Passivrauch- exposition 2014	Männer	34%	21%	9%
		Frauen	27%	10%	9%
	täglicher oder fast täglicher Alkohol- konsum 2015	Männer	13%	19%	14%
		Frauen	6%	5%	6%
	problematischer Alkoholkonsum 2015	Männer	14%	16%	11%
		Frauen	5%	6%	10%

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung. Angaben in Prozent sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, sofern nicht anders festgehalten; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der vorigen Berichtskapitel

15 nach höchstem Bildungsabschluss der Eltern

6.2.3 Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten

Eine Fortsetzung des identifizierten Musters ist auch auf Ebene der verhältnisbezogenen Gesundheitsdeterminanten beobachtbar. Die 30- bis 59-jährige Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss ist häufiger armutsgefährdet und erheblich materiell depriviert und markant häufiger von Armut und Ausgrenzung gefährdet. Sie ist in ihrem Wohnbereich häufiger von Überbelag, Feuchtigkeit und Schimmel, dunklen Räumen und Lärm betroffen und ist sechsmal so häufig arbeitslos wie 30- bis 59-Jährige mit einer Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. 30- bis 59-Jährige mit maximal Pflichtschulabschluss haben zudem weniger persönliche Sozialkontakte und besitzen ein geringeres Ausmaß sozialer Unterstützung.

Tabelle 7: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich

Kategorie	Indikator	Maximal Pflichtschul- abschluss	Lehre/BMS	Matura oder höher
Ökonomische Verhältnisse	Armutsgefährdung 2016	26 %	9 %	12 %
	Erhebliche materielle Deprivation 2016	10 %	3 %	2 %
	Armuts- und Ausgrenzungs- gefährdung 2016	36 %	15 %	14 %
Wohnsituation	Überbelag 2016	15 %	4 %	5 %
	Feuchtigkeit und Schimmel 2016	17 %	10 %	11 %
	dunkle Räume 2016	11 %	5 %	6 %
Arbeit und Beschäftigung	Arbeitslosenquote 2017	25 %	7 %	4 %
Soziale Beziehungen und Netzwerke	persönliche Sozialkontakte 2016 (einmal im Monat oder seltener)	21 %	12 %	10 %
	Ausmaß sozialer Unterstützung 2014 (hoch)	43 %	58 %	60 %
	soziales Vertrauen 2016 (Punkte, 0 bis 10)	5	6	6
Lebens- raum und Wohnumfeld	Lärmbelastung 2015 (stark bis sehr stark)	16 %	10 %	14 %
	Kriminalität, Gewalt und Vandalismus werden in der Wohngegend als Problem wahrgenommen 2016	9 %	13 %	15 %

Sofern nicht anders angeführt, beziehen sich die Angaben auf die 30- bis 59-jährige Bevölkerung. Angaben in Prozent sind hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, sofern nicht anders angegeben; Quelle: eigene Darstellung auf Basis der vorigen Berichtskapitel

7 Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

Zwischen 2005 und 2016 ist die Lebenserwartung für Männer im Alter von 30 Jahren um 2,1 Jahre und für Frauen in diesem Alter um 1,6 Jahre gestiegen. Im Jahr 2016 konnten 30-jährige Männer mit 49,9 und gleichaltrige Frauen mit 54,5 weiteren Lebensjahren rechnen. Obwohl der Zugewinn an Lebensjahren bei Männern größer ist als bei Frauen, weist die weibliche Bevölkerung im Alter von 30 Jahren immer noch eine um 4,6 Jahre höhere Lebenserwartung auf als Männer in diesem Alter.

Ebenso wie die Lebenserwartung ist auch die Lebenserwartung in sehr guter bis guter Gesundheit gestiegen: seit 2006 um 3,9 Lebensjahre für 30-jährige Männer und um 3 Lebensjahre für 30-jährige Frauen. Im Jahr 2014 konnten 30-jährige Männer noch 37,0 und 30-jährige Frauen noch 37,7 Lebensjahre in (sehr) guter Gesundheit erwarten. 30-jährige Frauen leben damit zwar länger, verbringen dafür aber mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit (+3,5 Lebensjahre; 15,9 vs. 12,4 Jahre).

Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme

Im Jahr 2014 litten rund 1,27 Mio. Menschen zwischen 30 und 59 Jahren (34%) an dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen. Bei diesen Beeinträchtigungen handelt es sich mehrheitlich um Erkrankungen/Gesundheitsprobleme, die mit einem ungünstigen Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol) und mit Determinanten auf der Verhältnisebene im Zusammenhang stehen (Erwerbstätigkeit, Armut, etc.). Besonders häufig ist die 30- bis 59-jährige Bevölkerung von nachstehenden chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen:

- Allergien (25 %, rund 938.000 Personen)
- Chronische Rückenschmerzen (24 %, rund 883.000 Personen)
- Chronische Nackenschmerzen (20 %, rund 736.000 Personen)
- Bluthochdruck (16 %, rund 577.000 Personen)
- Arthrose (8 %, rund 280.000 Personen)
- chronische Kopfschmerzen (7 %, rund 270.000 Personen)
- Depression (7 %, rund 244.000 Personen)

Etwa 11.000 Personen zwischen 30 und 59 Jahren sind im Jahr 2015 an Krebs erkrankt: Frauen am häufigsten an Brustkrebs, Krebserkrankungen der Genitalorgane (Gebärmutterhals, Gebärmutter und Eierstöcke) und Darmkrebs, Männer am häufigsten an

Prostata-, Darm- und Lungenkrebs. Rund 4.600 Österreicher/-innen zwischen 30 und 59 Jahren erlitten 2017 einen akuten Myokardinfarkt und rund 2.900 einen ischämischen Schlaganfall, Männer deutlich häufiger als Frauen.

Entgegen dem rückläufigen Trend der Krebsinzidenz in der Gesamtbevölkerung (2005 bis 2015) ist in der Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen Frauen ein leichter Anstieg zu beobachten (sehr schwankend, aber durchschnittlich um +1,3% pro Jahr). Hier spielt unter anderem eine steigende Lungenkrebsinzidenz eine Rolle. Der Rückgang bei 30- bis 59-jährigen Männern (durchschnittlich -2,1% pro Jahr) entspricht hingegen in etwa jenem der gesamten Männerpopulation. Die Anzahl der Myokardinfarkte ist im Beobachtungszeitraum (2005 bis 2017) bei Männern im Durchschnitt um 45 Fälle pro Jahr gestiegen und unterliegt bei Frauen deutlichen Schwankungen. Die altersstandardisierte Rate zeigt jedoch bei Männern wie bei Frauen eine durchschnittlich Abnahme (durchschnittlich um 0,3 bzw. 1,2% pro Jahr. Ischämische Schlaganfälle sind sowohl absolut (um durchschnittlich 65 Fälle pro Jahr bei Männern und um 29 Fälle bei Frauen) als auch bezogen auf die altersstandardisierte Rate in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen häufiger geworden. Die altersstandardisierte Rate hat bei Männern um durchschnittlich 2,8 Prozent pro Jahr und bei Frauen um durchschnittlich 2,3 Prozent pro Jahr zugenommen.

Ein deutlicher Anstieg ist auch bei Allergien und in puncto Bluthochdruck zu beobachten: Allergien haben seit 2006/2007 um rund 9 Prozentpunkte zugenommen (von 16 auf 25%), Bluthochdruck um 3 Prozentpunkte (von 13 auf 16%).

Diabetes und Atemwegserkrankungen spielen bei den 30- bis 59-Jährigen eine vergleichsweise noch untergeordnete Rolle (3–4%) und sind seit 2006/2007 in ihrer Häufigkeit weitgehend unverändert geblieben.

Verletzungen

Verletzungen zählen bei den 30- bis 59-Jährigen zu den häufigsten Todesursachen, vor allem bei Männern. Die Sterblichkeit aufgrund von Verletzungen (und Vergiftungen) hat jedoch zwischen 2005 und 2017 deutlich abgenommen: bei Männern jährlich um durchschnittlich 2,7 Prozent und bei Frauen um durchschnittlich 3 Prozent.

Im Jahr 2014 verletzten sich rund 9 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 323.000 Personen) bei Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen, wobei mit rund 6 Prozent die Freizeitunfälle (rund 199.000 Personen) besonders häufig sind. Männer zwischen 30 und 49 Jahren sind häufiger von Verletzungen aufgrund von Freizeit- und Straßenverkehrsunfällen betroffen, Frauen zwischen 50 und 59 Jahren hingegen etwas häufiger von Haushaltsunfällen.

Darüber hinaus wurden im Jahr 2017 in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen rund 60.000 Arbeitsunfälle dokumentiert. Drei Viertel davon betrafen Männer. 50 dieser Arbeitsunfälle endeten tödlich. Der Trend bei Arbeitsunfällen ist generell rückläufig, so auch in der Altersgruppe der 25- bis 54-Jährigen. Im Zeitraum 2005 bis 2017 ist ein Rückgang von 17 Prozent zu beobachten (rund 12.000 Unfälle weniger), der fast ausschließlich auf die männliche Bevölkerung zurückzuführen ist.

Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag

Rund 1,1 Mio. Menschen zwischen 30 und 59 Jahren (30%) sind gesundheitsbedingt im Alltag eingeschränkt. Ihr Anteil hat sich seit 2006/2007 nicht nennenswert verändert. Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen sind rund 1,34 Mio. Menschen zwischen 30 und 59 Jahren betroffen (36%), am häufigsten von Hör- und Sehproblemen.

Lebensqualität

Von den vier Dimensionen der Lebensqualität – körperlich, psychisch, sozial, umweltbezogen – bewerten die 30- bis 59-Jährigen das körperliche Wohlbefinden am besten und das psychische und soziale Wohlbefinden am schlechtesten. Seit 2006/2007 gab es Verbesserungen beim umweltbezogenen Wohlbefinden und Verschlechterungen beim sozialen Wohlbefinden.

Sterblichkeit

Im Jahr 2017 sind rund 7.500 Menschen zwischen 30 und 59 Jahren verstorben, am häufigsten an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krebserkrankungen und Verletzungen und Vergiftungen. Die Mortalitätsrate hat im Zeitraum 2005 bis 2017 deutlich abgenommen: für Männer um 30 Prozent und für Frauen um 25 Prozent. Ein deutlicher Rückgang ist auch bei den drei Haupttodesursachen erkennbar.

In Österreich begingen im Jahr 2017 knapp 500 Menschen im Alter von 30 bis 59 Jahren Suizid (das sind rund 40% aller Suizide in Österreich). Mehr als drei Viertel davon waren Männer. Die Suizidrate ist im Beobachtungszeitraum deutlich zurückgegangen: bei Männern um 29 Prozent und bei Frauen um 45 Prozent.

Risikofaktoren für chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme

Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden stark durch den Lebensstil und direkt oder indirekt durch Determinanten im HiAP-Bereich beeinflusst.

Fast die Hälfte der 30- bis 59-Jährigen ist übergewichtig oder adipös, nur 34 Prozent essen täglich Obst und Gemüse, und lediglich ein Fünftel erfüllt die Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung.

29 Prozent der 30- bis 59-Jährigen zählen zur Gruppe der täglichen Raucher/-innen, 16 Prozent sind täglich für mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt, und ebenfalls 16 Prozent weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf.

Hinzu kommt, dass 16 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 600.000 Personen) eine geringe Lesekompetenz aufweisen und Schwierigkeiten haben, sinnerfassend zu lesen. Damit sind Gesundheitsinformationen jeglicher Art für diese Personengruppe nur schwer zugänglich.

Im Vergleich zum Jahr 2006/2007 hat der Anteil übergewichtiger Frauen und Männer um 5 Prozentpunkte abgenommen, während der Anteil adipöser Frauen und Männer (um 2 Prozentpunkte) und der Anteil täglich Rauchender (um ebenfalls 2 Prozentpunkte) zugenommen hat. Ein Rückgang ist hingegen beim problematischen Alkoholkonsum erkennbar: von 19 Prozent im Jahr 2008 auf 16 Prozent im Jahr 2015.

Gesundheitsdeterminanten im HiAP-Bereich

Die Lebensverhältnisse üben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus. Ihre gesundheitsfördernde Gestaltung sollte demnach oberstes Ziel sein.

Ökonomische Bedingungen

Im Jahr 2016 waren in Österreich rund 450.000 30- bis 59-Jährige (12%) von Armut bedroht oder betroffen und rund 122.000 Menschen in diesem Alter erheblich materiell depriviert (3%). Als armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet galten rund 18 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 656.000 Personen).

Seit 2008 hat der Anteil erheblich materiell deprivierter Personen zwischen 30 und 59 Jahren deutlich abgenommen: von 6 auf 3 Prozent, während die Armutsgefährdung in etwa gleich geblieben ist. Der Anteil armuts- oder ausgrenzungsgefährdeter Personen hat von knapp 20 Prozent auf rund 18 Prozent abgenommen.

Wohnsituation

Von Überbelag waren im Jahr 2016 etwa 6 Prozent der 30- bis 59-Jährigen (rund 213.000 Personen) betroffen. 11 Prozent (rund 413.000 Personen) waren mit Feuchtigkeit und Schimmel und rund 6 Prozent (rund 230.000 Personen) mit dunklen Räumen konfrontiert. Zwischen 2008 und 2010 nahm die Überbelagsproblematik etwas ab (von 7% auf 5%), stieg zwischen 2010 und 2013 wieder etwas an und ist seither unverändert (rund 6%). Probleme mit Feuchtigkeit und Schimmel haben seit 2008 in der Tendenz abgenommen: von 14 Prozent auf rund 11 Prozent, während die Problematik mit dunklen Räumen zwischen 2008 und 2013 leicht abnahm (von 7% auf 5%) und seither wieder etwas anstieg.

(Aus-)Bildung

Im Jahr 2016 konnten rund 18 Prozent der 30- bis 59-Jährigen maximal einen Pflichtschulabschluss vorweisen (rund 681.000 Personen). Das sind um rund 11 Prozentpunkte weniger als noch 2010. Umgekehrt verfügen rund 32 Prozent der 30- bis 59-Jährigen über eine Matura oder einen höheren Bildungsabschluss (rund 1,03 Mio. Personen). Ihr Anteil stieg seit 2010 um rund 7 Prozentpunkte. Der Bildungsweg der 30- bis 59-Jährigen wird (unter anderem) von ihrer Lesekompetenz beeinflusst, die wiederum mit dem Bildungsstatus der Eltern im Zusammenhang steht.

Weiterbildungsangebote wurden 2016 von rund 61 Prozent der 30- bis 59-Jährigen in Anspruch genommen (rund 2,31 Mio. Personen), wobei sich auch hier zeigt, dass ein deutlicher Zusammenhang mit der formalen Bildung besteht. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten um rund 19 Prozentpunkte gestiegen.

Arbeit und Beschäftigung

Deutliche Verschlechterungen hat es in puncto Arbeitslosigkeit und Arbeitsbedingungen (exkl. Arbeitsunfälle, s. Verletzungen) gegeben.

Im Jahr 2017 waren in Österreich (gemäß AMS) rund 340.000 30- bis 59-Jährige arbeitslos. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 8,5 Prozent. Rund 20 Prozent der Arbeitslosen waren langzeitarbeitslos. Die Arbeitslosenquote der 30- bis 59-Jährigen hat zwischen 2005 und 2008 abgenommen (von 7,3 auf 5,9%) und ist zwischen 2008 und 2009 um 1,3 Prozentpunkte gestiegen. Nach zwei Jahren leichter Entspannung hat die Arbeitslosenquote zwischen 2011 und 2015 um durchschnittlich 0,6 Prozentpunkte pro Jahr zugenommen und blieb 2016 auf dem Niveau von 9,1 Prozent. Erst 2017 ist ein leichter Rückgang erkennbar (0,6 Prozentpunkte).

Ein Drittel der unselbstständigen erwerbstätigen Personen zwischen 30 und 59 Jahren hatte im Jahr 2017 ein atypisches Beschäftigungsverhältnis (rund 913.000 Personen), d. h. entweder eine Teilzeitbeschäftigung, eine befristete Beschäftigung oder eine Beschäftigung, die keiner geregelten Sozialversicherungspflicht unterliegt. 80 Prozent der atypischen Beschäftigungsverhältnisse betreffen Frauen.

74 Prozent der Erwerbstätigen zwischen 30 und 59 Jahren waren im Jahr 2013 durch körperliche Belastungen am Arbeitsplatz beeinträchtigt, Männer häufiger als Frauen. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Anzahl der Betroffenen um 25 Prozentpunkte gestiegen.

42 Prozent der Erwerbstätigen zwischen 30 und 59 Jahren litten 2013 unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung. Im Vergleich zum Jahr 2007 stieg diese Belastung um rund 8 Prozentpunkte.

54 Prozent der 30- bis 59-jährigen Erwerbstätigen mit einer Vollzeitanzstellung waren im Jahr 2015 mindestens manchmal mit Problemen der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben konfrontiert, Frauen häufiger als Männer.

Soziale Beziehungen und Netzwerke

36 Prozent der 30- bis 59-Jährigen sehen mehrmals pro Woche bis täglich Verwandte, Freundinnen/Freunde und/oder Arbeitskolleginnen/-kollegen außerhalb der Arbeit. Für rund 12 Prozent gilt dies nur einmal im Monat oder seltener. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist im 2016 eine deutliche Verschiebung in der Kontakthäufigkeit erkennbar: von der Kategorie „mehrmals pro Woche bis täglich“ hin zu „mehrmals im Monat bis einmal in der Woche“. Die Gruppe mit den wenigsten Sozialkontakten ist hingegen in etwa gleich groß geblieben.

43 Prozent der 30- bis 59-Jährigen verfügen nur über ein eingeschränktes Ausmaß sozialer Unterstützung (1,6 Mio. Menschen).

Das soziale Vertrauen in die Mitmenschen schätzen die 30- bis 59-Jährigen im Durchschnitt mit 5,6 von 10 möglichen Punkten ein. Im Vergleich zum Jahr 2006 hat es 2016 um 0,5 Punkte zugenommen.

Lebensraum und Wohngegend

Im Jahr 2015 waren etwas mehr als 12 Prozent der 30- bis 59-jährigen Österreicher/-innen (rund 453.000 Personen) in ihrem Wohnbereich tagsüber und/oder nachts stark bis sehr stark von Lärm gestört. Rund 50 Prozent nennen den Verkehrslärm (insbesondere PKW- und LKW-Lärm) als Hauptursache, gefolgt von Baulärm oder Nachbarschaftslärm. Während zwischen 2007 und 2015 die Lärmbelastung durch Verkehr deutlich zurückging, insbesondere der PKW-Lärm (von 26 % auf 17 %), nahmen der Lärm durch Baustellen (von 10 % auf 18 %) und der Nachbarschaftslärm (von 13 % auf 19 %) deutlich zu.

Kriminalität, Gewalt und Vandalismus ist in ihrer Wohngegend für rund 13 Prozent der 30- bis 59-Jährigen ein Problem (rund 479.000 Personen). Zwischen 2009 und 2013 nahm der Anteil der Betroffenen ab (von 15 % auf 11 %) und stieg zwischen 2013 und 2014 wieder deutlich an (auf 14 %). Seither ist eine abnehmende Tendenz erkennbar.

Chancengerechtigkeit

30- bis 59-jährige Männer und Frauen verfügen über unterschiedliche Gesundheitsprofile: Frauen leben länger, verbringen jedoch mehr Zeit in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit. Sie sind häufiger chronisch krank (Allergien, chronische Nackenschmerzen, Arthrose, chronische Kopfschmerzen, Asthma, Krebs und Depressionen) und im Alltag eingeschränkt. Sie weisen ein geringeres körperliches und psychisches Wohlbefinden auf und berichten über eine schlechtere umweltbezogene Lebensqualität. 30- bis 59-jährige Männer sind hingegen stärker von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall) und Diabetes betroffen und verletzen sich häufiger in ihrer Freizeit und im Straßenverkehr. Sie weisen ein geringeres soziales Wohlbefinden auf, versterben häufiger an Verletzungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs und begehen häufiger Suizid. Während bei den Männern hier vor allem ein ungünstiger Lebensstil, Arbeitslosigkeit und berufliche Risikofaktoren eine zentrale Rolle spielen, scheinen bei den Frauen vor allem Doppel- und Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie und Angehörigenpflege, gepaart mit atypischen Beschäftigungsformen von Bedeutung zu sein. Die weibliche Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren weist zudem häufiger maximal einen Pflichtschulabschluss auf und ist etwas häufiger von Armut und Ausgrenzung gefährdet.

Als besonders gesundheitlich benachteiligt erweist sich 30- bis 59-jährige Bevölkerung mit maximal Pflichtschulabschluss. Sie hat eine geringere Lebenserwartung und verbringt mehr Lebensjahre in mittelmäßiger bis sehr schlechter Gesundheit als gleichaltrige Personen anderer Bildungsgruppen. Sie ist häufiger chronisch krank, häufiger im Alltag eingeschränkt und weist eine geringere Lebensqualität auf. Für diesen Unterschied sind vor allem sowohl ein ungünstiger Lebensstil als auch eine benachteiligte Lebenssituation verantwortlich (s. [Abschnitt 6.2](#)).

Laufende Strategien für mehr Gesundheit

Der vorliegende Gesundheitsbericht unterstreicht die Bedeutung zahlreicher Strategie-papiere im Gesundheitsbereich, mit deren Umsetzung Verbesserungen herbeigeführt werden können. Dazu zählen u. a. folgende Maßnahmen:

- Gesundheitsziele Österreich (BMGF 2017d)
- Gesundheitsförderungsstrategie (B-ZK 2016)
- Sustainable Development Goals (United Nations 2015b)
- Nationaler Aktionsplan Ernährung (BMG 2011)
- Nationaler Aktionsplan Bewegung (BMLVS 2013)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 8 (Bewegung; (BMGF 2017b)
- Österreichische Suchtpräventionsstrategie (BMG 2015b)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit) (BMGF 2017c)
- Suizidpräventionsprogramm (Grabenhofer-Eggerth et al. 2017)
- Diabetesstrategie (BMGF 2017e)
- Strategie- und Maßnahmenkonzept Gesundheitsziel 3 (Gesundheitskompetenz) (BMGF 2017a)

Da ein Teil der Gesundheitsdeterminanten außerhalb des Gesundheitsressorts liegt, ist zudem eine verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen unumgänglich. Auch hier bieten die Gesundheitsziele und die Sustainable Development Goals gute Anknüpfungspunkte.

Literaturverzeichnis

- Allen, T. D. / Herst, D. E. / Bruck, C. S. / Sutton, M. (2000): Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research, in: *Journal of Occupational Health Psychology*, Jg. 5, Nr. 2, S. 278–308.
- Amstad, F. T. / Meier, L. L. / Fasel, U. / Elfering, A. / Semmer, N. K. (2011): A Meta-Analysis of Work-Family Conflict and Various Outcomes With a Special Emphasis on Cross-Domain Versus Matching-Domain Relations, in: *Journal of Occupational Health Psychology*, Jg. 16, Nr. 2, S. 151–169.
- Antonovsky, Aaron (1979): *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*, San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie DGVT.
- Antonovsky, H. / Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations, in: *The Journal of Social Psychology*, Jg. 126, Nr. 2, S. 213–225.
- B-ZK (2016): *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags*, beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014, aktualisiert und wieder beschlossen am 7. Dezember 2016, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bachmann, Nicole / Burla, Laila / Kohler, Dimitri (2015): *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), Bern: Hogrefe Verlag.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, in: *Psychological Review*, Jg. 84, Nr. 2, S. 191–215.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman.
- Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H / Richter, Matthias (2008): *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, Peter (2001): Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung, in: Höfling, Siegfried / Gieseke, Otto (Hrsg.), *Gesundheitsoffensive Prävention: Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik*, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 41–53.
- Becker, Peter (2006): *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*, Göttingen: Hogrefe.
- Blaxter, M (1990): *Health and Lifestyles*. Tavistock/Routledge, London/New York, <http://dx.doi.org/10.4324/9780203393000>
- BMASGK (2018a): *Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid*, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMASGK (2018b): *Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid: Ergebnisbericht*, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

- BMG (2011): *NAP.e – Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2015a): *Mess- und Vergleichskonzept: Outcome: Messung im Gesundheitswesen, abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im Februar 2016*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2015b): *Österreichische Suchtpräventionsstrategie: Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (2017a): *Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, Bericht der Arbeitsgruppe*, Ausgabe April 2017, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017b): *Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern, Bericht der Arbeitsgruppe*, Ausgabe April 2017, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017c): *Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern, Bericht der Arbeitsgruppe*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017d): *Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich*, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2017e): *Österreichische Diabetes-Strategie*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMLVS (2013): *Nationaler Aktionsplan Bewegung: NAP.b*, Wien: Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport.
- Bonnefoy, Xavier (2007): Inadequate housing and health: an overview, in: *International Journal Environment and Pollution*, Jg. 30, Nr. 3/4, S. 411–429.
- Bowman, Shanthi A/Vinyard, Bryan T (2004): Fast food consumption of US adults: impact on energy and nutrient intakes and overweight status, in: *Journal of the American College of Nutrition*, Jg. 23, Nr. 2, S. 163–168.
- Brown, Mary Jean/Jacobs, David E. (2011): Residential Light and Risk for Depression and Falls: Results from LARES Study of Eight European Cities, in: *Public Health Reports*, Jg. 126, Nr. 1, S. 131–140.
- Cockerham, William C (2005): Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure, in: *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 46, Nr. 1, S. 51–67.
- Conner, Mark/Norman, Paul (2005): *Predicting Health Behaviour*, Berkshire (UK): Open University Press.
- Dragano, Nico/Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181–194.
- Dubos, René J. (1959): *The Mirage of Health*, New York: Harper and Row.

- Eichmann, Hubert / Saupe, Bernhard (2014): *Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich: Follow-up-Studie*, Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) im Auftrag des Sozialministeriums. Sozialpolitische Studienreihe, Band 15. Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien: Verlag des ÖGB GmbH.
- Ellert, Ute / Kurth, Bärbel-Maria (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, Jg. 56, Nr. 5–6, S. 643–649.
- European Environment Agency, EEA (2014): *Noise in Europe 2014: EEA Report*, Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Falaschetti, E. / Hingorani, A. D. / Jones, A. / Charakida, M. / Finan, N. / Whincup, P. / Lawlor, D. A. / Smith, G. D. / Sattar, N. / Deanfield, J. E. (2010): Adiposity and cardiovascular risk factors in a large contemporary population of pre-pubertal children, in: *European Heart Journal*, Jg. 31, Nr. 24, S. 3063–3072.
- Feuerlein, Wilhelm (1979): *Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen*, Stuttgart: Thieme.
- Flodmark, Carl-Erik / Lissau, I. / Moreno, L. A. / Pietrobelli, A. / Widhalm, K. (2004): New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective, in: *International Journal of Obesity*, Jg. 28, Nr. 10, S. 1189–1196.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Nowotny, Monika / Tanios, Aida / Kapusta, Nestor (2017): *Suizid und Suizidprävention in Österreich: Bericht 2016*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Gratt, W. / Doppler, A. / Begthaler, W. / Leszkovics, L. / Niedersüß, D. / Paula, L. / Kandl, P. / Hrdliczka, R. / Emrich, H. (2009): *Handbuch Umgebungslärm: Minderung und Ruhevorsorge*, 2. Aufl., Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt- und Wasserwirtschaft.
- Griebler, Robert (2018): Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung, in: *Depressionsbericht Österreich: Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Griebler, Robert / Anzenberger, Judith / Eisenmann, Alexander (2015): *Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit – Epidemiologie und Prävention*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Griebler, Robert / Dür, Walter (2009): Gesundheit und Gesellschaft, in: Biendarra, I. / Weeren, M. (Hrsg.), *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*, Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 265–284.
- Griebler, Robert / Geißler, Wolfgang / Winkler, Petra (2013): *Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen, Österreichischer Diabetesbericht 2013*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Griebler, Robert / Winkler, Petra (2015): *Public Health Monitoring Framework*, Unveröffentlicht.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Bengough, Theresa (2016): *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht: Ergebnisbericht*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Gaiswinkler, Sylvia / Delcour, Jennifer / Juraszovich, Brigitte / Nowotny, Monika / Pochobradsky, Elisabeth / Schleicher, Barbara / Schmutterer, Irene (2017): *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016: Berichtszeitraum 2005–2014/15*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Habl, Claudia / Braunegger-Kallinger, Gudrun / Haas, Sabine / Ladurner, Joy / Renner, Anna / Ladurner, Joy / Winkler, Petra (2014): Armut und Gesundheit, in: Dimmel, Nikolaus / Schenk, Martin / Stelzer-Orthofer, Christine (Hrsg.), *Handbuch Armut in Österreich*, Innsbruck / Wien / Bozen: StudienVerlag, S. 240–267.
- Hartley, Louise / Igbinedion, Ewemade / Holmes, Jennifer / Flowers, Nadine / Thorogood, Margaret / Clarke, Aileen / Stranges, Saverio / Hooper, Lee / Rees, Karen (2013): Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews*: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009874>.
- Hollederer, Alfons / Brand, Helmut (Hrsg.) (2006): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern: Verlag Hans Huber.
- Holt-Lunstad, J. / Smith, T. B. / Baker, M. / Harris, T. / Stephenson, D. (2015): Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review, in: *Perspectives Psychology Science*, Jg. 10, Nr. 2, S. 227–237.
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?, in: Richter M. / Hurrelmann K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–54.
- Jungbauer-Gans, Monika (2002): *Ungleichheit, soziale Beziehungen und Gesundheit*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klein, Charlotte / Fröschl, Barbara / Kichler, Rita / Pertl, Daniela / Tanios, Aida / Weigl, Marion (2015): *Empfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung: Systematische Erfassung, Nutzung und Verankerung von methodischen und praktischen Erkenntnissen aus den Maßnahmen der Vorsorgestrategie*, Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Klimont, Jeanette / Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung: Auswertungen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, in: *Statistische Nachrichten*, Jg. 2016, Nr. 9, S. 664–669.
- Klimont, Jeanette / Kytir, Josef / Leitner, Barbara (2007): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Klimont, Jeannette / Baldaszi, Erika (2015): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

- Klimont, Jeannette/Baldaszi, Erika/Ihle, Petra (2016): *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Knittler, Käthe (2018): Atypische Beschäftigung 2017 – allgemein und im Familienkontext, in: *Statistische Nachrichten*, Wien, Jg. 2018, Nr. 9, S. 744–753.
- Kobasa, S. C. (1979): Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, Jg. 37, Nr. 1, S. 1–11.
- Kobasa, S. C. (1982): Commitment and coping in stress resistance among lawyers, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, Jg. 42, Nr. 4, S. 707–717.
- Krieger, James/Higgins, Donna L. (2002): Housing and Health: Time Again for Public Health Action, in: *American Journal of Public Health*, Jg. 92, Nr. 5, S. 758–768.
- Kroenke, K./Strine, T. W./Spitzer, R. L./Williams, J. B. W./Berry, J. T./Mokdad, A. H. (2009): The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population, in: *Journal of Affective Disorders*, Jg. 14, Nr. 1–3, S. 163–173.
- Lampert, T./Kroll, L. E (2010): Armut und Gesundheit, in: *GBE kompakt*, Berlin: Robert Koch-Institut, Jg. 2010, Nr. 5.
- Lampert, Thomas/Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 209–231.
- Lampert, Thomas/Ziese, Thomas/Saß, Anke Christine/Häfelinger, Michael (2005): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lazarus, R. S. (1999): *Stress and Emotion: A New Synthesis*, New York: Springer.
- Leoni, Thomas (2015): *Fehlzeitenreport 2015: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Leoni, Thomas/Schwinger, Johanna (2017): *Fehlzeitenreport 2017: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt*, Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Li, Min/Fan, Yingli/Zhang, Xiaowei/Hou, Wenshang/Tang, Zhenyu (2014): Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies, in: *BMJ Open* 2014;4:e005497.
- Malik, Vasanti S/Popkin, Barry M/Bray, George A/Després, Jean-Pierre/Willet, Walter C/Hu, Frank B (2010): Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes A meta-analysis, in: *Diabetes Care*, Jg. 33, Nr. 11, S. 2477–2483.
- Marmot, Michael (2013): *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, Copenhagen: WHO.

- Mendell, Mark J./Mirer, Anna G./Cheung, Kerry/Tong, My/Douwes, Jeroen (2011): Respiratory and Allergic Health Effects of Dampness, Mold, and Dampness-Related Agents: A Review of the Epidemiologic Evidence, in: *Environmental Health Perspectives*, Jg. 119, Nr. 6, S. 748–756.
- Merbach, Martin/Brähler, Elmar (2016): Geschlechterunterschiede bei psychischen Störungen, in: Kolip, Petra/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit*, 2. Aufl., Bern: Hogrefe, S. 240–253.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern: Hans Huber.
- Murayama, H./Fujiwara, Y./Kawachi, I. (2012): Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies, in: *Journal of Epidemiology*, Jg. 22, Nr. 3, S. 179–187.
- Neuhauser, H. K./Adler, C./Rosario, A. S./Diederichs, C./Ellert, U. (2015): Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008–11, in: *Journal of Human Hypertension*, Jg. 29, S. 247–253, doi:210.1038/jhh.2014.1082, published online 1032 October 2014.
- Nowotny, Monika/Kern, Daniela/Breyer, Elisabeth/Bengough, Theresa/Griebler, Robert (2018): *Depressionsbericht Österreich: Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*, Wien: Bundesministerium für Arbeit Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- OECD (2014): Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.
- Parsons, Talcott (1981): *Sozialstruktur und Persönlichkeit*, Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Pelikan, Jürgen M. (2007): Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological System Theory, in: McQueen, David V./Kickbusch, Ilona S. (Hrsg.), *Health and Modernity*, New York: Springer, S. 74–102.
- Pfortner, Timo-Kolja (2013): *Armut und Gesundheit in Europa: Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung*, Wiesbaden: Springer VS.
- Pirouznia, Mahshid (2001): The influence of nutrition knowledge on eating behavior-the role of grade level, in: *Nutrition & Food Science*, Jg. 31, Nr. 2, S. 62–67.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, 2. aktualisierte Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rihmer, Zoltán/Rutz, Wolfgang/Pihlgren, Hans (1995): Depression and suicide on Gotland: An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners, in: *Journal of Affective Disorders*, Jg. 35, S. 147–152.
- Robert Koch-Institut (2008): *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitliche Lage der Männer*, Berlin: Robert Koch-Institut.

- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rothe, Isabel / Adolph, Lars / Beermann, Beate / Schütte, Martin / Windel, Armin / Grewer, Anne / Lenhardt, Uwe / Michel, Jörg / Thomson, Birgit / Formazin, Maren (2017): *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt: Wissenschaftliche Standortbestimmung*, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), Bönen: Druck & Verlag Kettler GmbH.
- Rotter, J. B. (1971): Generalized expectancies for interpersonal trust, in: *American Psychologist*, Jg. 26, Nr. 5, S. 443–452.
- Salfinger-Pilz, Brigitte / Peterbauer, Jakob (2018): *Erwachsenenbildung: Ergebnisse des Adult Education Survey (AES)*, Statistik Austria (Hrsg.), Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Schmutterer, I. / Delcour, J. / Griebler, R. (2017): *Österreichischer Diabetesbericht 2017*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Siegrist, Johannes (2003): Machen wir uns selber krank? in: Schwartz, Friedrich / Badura, Bernhard / Leidel, Reiner / Raspe, Heiner / Siegrist, Johannes / Walter, Ulla (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*, München: Urban & Fischer, S. 139–151.
- Siegrist, Johannes / Dragano, Nico / dem Knesebeck, Olaf (2009): Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit*, 2. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 167–180.
- Singer, MV / Batra, A / Mann, K (2011): *Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen*, Stuttgart: Thieme Verlag.
- Statistik Austria (2009a): *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme: Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007*, Wien.
- Statistik Austria (2009b): *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2007: Ergebnisse des Mikrozensus*, Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.
- Statistik Austria (2013a): *Schlüsselkompetenzen von Erwachsenen: Erste Ergebnisse der PIAAC-Erhebung 2011/12*, Wien.
- Statistik Austria (2013b): *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011: Ergebnisse des Mikrozensus*, Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.
- Statistik Austria (2014): *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme: Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*, Wien.
- Statistik Austria (2017a): Tabellenband EU-SILC 2016: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen (Rev. 3 vom 12.09.2017). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria (2017b): *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2015, Ergebnisse des Mikrozensus*, Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft.

- Statistik Austria (2018): Arbeitsmarktstatistiken 2017: Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung, Wien.
- Strizek, Julian/Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch – Band 1: Forschungsbericht, Wien: Gesundheit Österreich.
- Sundquist, K. /Yang, M. (2007): Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden, in: *Health and Place*, Jg. 13, Nr. 2, S. 324–334.
- te Velde, Saskia J /Twisk, Jos WR/Brug, Johannes (2007): Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight, in: *British Journal of Nutrition*, Jg. 98, Nr. 02, S. 431–438.
- Titze, S. / Ring-Dimitriou, S. / Schober, P. H. / Halbwachs, C. / Samitz, G. / Miko, H. C. / Lercher, P. / Stein, K. V. / Gäbler, C. / Bauer, R. / Gollner, E. / Windhaber, J. / Bachl, N. / Dorner, T. E. / Health, Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Hrsg. v. GÖG/FGÖ Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien.
- Tweed, Emily (2017): Foundations for well-being: reconnecting public health and housing. A Practical Guide to Improving Health and Reducing Inequalities. ScotPHN report. Glasgow: Scottish Public Health Network.
- Uhl, Alfred / Bachmayer, Sonja / Kobrna, Ulrike / Puhm, Alexandra / Springer, Alfred / Kopf, Nikolaus / Beiglböck, Wolfgang / Eisenbach-Stangl, Irmgard / Preinsperger, Wolfgang / Musalek, Michael (2009a): *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends*, 3. überarbeitete und ergänzte Auflage, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Uhl, Alfred / Strizek, Julian / Puhm, Alexandra / Kobrna, Ulrike / Springer, Alfred (2009b): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2008. Band 1: Forschungsbericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Umweltbundesamt (2016): Ziel der Umgebungslärmrichtlinie, [online] <http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/laerm/umgebungslaerm/ziel/> [Zugriff am 27.06.2016].
- United Nations (2015a): Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015; 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.
- United Nations (2015b): Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- Vartanian, Lenny R / Schwartz, Marlene B / Brownell, Kelly D (2007): Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis, in: *American Journal of Public Health*, Jg. 97, Nr. 4, S. 667–675.
- Waller, Heiko (1996): *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*, 2. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wancata, J. (2018): Studienergebnisse „Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich“, in: *Depressionsbericht Österreich: Eine interdisziplinäre und*

- multiperspektivische Bestandsaufnahme*, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, S. 95–98.
- Wang, Xia/Ouyang, Yingying/Liu, Jun/Zhu, Minmin/Zhao, Gang/Bao, Wei/Hu, Frank B. (2014): *Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies*, in: *Bmj* 349:g4490.
- WHO (1948): *Constitution of the World Health Organization*, City of New York: United Nations.
- WHO (2000): *Obesity: preventing and managing the global epidemic, report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3–5 June 1997*, Genf: World Health Organization.
- WHO (2003): *MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors, and population trends 1979–2002*, Genf: World Health Organization.
- WHO (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*, Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- WHO (2018): *Housing and health equity*, [online] <http://www.who.int/sustainable-development/housing/health-equity/en/> [Zugriff am 31.10.2018].
- Wiener Tafel – Verein für sozialen Transfer (2017): *Armut in Österreich*, [online] <https://www.wienertafel.at/index.php?id=418> [Zugriff am 31.10.2018].
- Winkler, Petra/Pochobradsky, Elisabeth/Wirl, Charlotte (2012): *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wisbauer, Alexander (2018): *Binnenwanderungen in Österreich 2016*, in: *Statistische Nachrichten*, Jg. 2018, Nr. 3, S. 204–217.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell zur Beobachtung der öffentlichen Gesundheit und ihrer Determinanten.....	16
Abbildung 2: Informelle Pflege- oder Unterstützungsleistungen nach Altersgruppen und Geschlecht, 30 Jahre und älter, Österreich, 2014.....	23
Abbildung 3: Lebenserwartung im Alter von 30 Jahren nach Geschlecht inklusive Bundesländerbandbreite, Österreich 2005–2016.....	25
Abbildung 4: Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren nach Geschlecht inklusive Bundesländerbandbreite, Österreich 2005–2016.....	26
Abbildung 5: Lebenserwartung im Alter von 45 Jahren nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, Österreich 2006 und 2014.....	26
Abbildung 6: Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter bis sehr guter Gesundheit im Alter von 30 und 60 Jahren nach Geschlecht, Österreich 2006 und 2014	27
Abbildung 7: Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit im Alter von 45 Jahren nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, Österreich 2006 und 2014.....	28
Abbildung 8: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Altersgruppen, ab 15-Jährige, Österreich 2014.....	30
Abbildung 9: Sehr guter bis guter Gesundheitszustand nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	31
Abbildung 10: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	32
Abbildung 11: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen, Österreich 2014.....	33
Abbildung 12: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	33
Abbildung 13: Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	34
Abbildung 14: Allergien nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	36
Abbildung 15: Allergien nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	36
Abbildung 16: Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	38
Abbildung 17: Chronische Rückenschmerzen nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	38
Abbildung 18: Chronische Nackenschmerzen nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	39
Abbildung 19: Arthrose nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	39

Abbildung 20: Chronische Kopfschmerzen nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	40
Abbildung 21: Chronische Kopfschmerzen nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	41
Abbildung 22: Atemwegserkrankungen nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	42
Abbildung 23: Diabetes nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	43
Abbildung 24: Diabetes nach formaler Bildung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	43
Abbildung 25: Akuter Myokardinfarkt nach Altersgruppen und Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017.....	44
Abbildung 26: Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	45
Abbildung 27: Ischämische Schlaganfälle nach Altersgruppen und Geschlecht, Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017.....	46
Abbildung 28: Krebsinzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	47
Abbildung 29: Häufigste Krebslokalisationen nach Geschlecht (in %), 30- bis 59-Jährige, Österreich, Durchschnitt der Jahre 2005–2015.....	48
Abbildung 30: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Frauen, Österreich 2005–2015.....	49
Abbildung 31: Krebsinzidenz für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Männer, Österreich 2005–2015.....	50
Abbildung 32: Ärztlich diagnostizierte Depression nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014.....	52
Abbildung 33: Ärztlich diagnostizierte Depression nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	52
Abbildung 34: Akute depressive Symptomatik nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2014.....	53
Abbildung 35: Akute depressive Symptomatik nach formaler Bildung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	54
Abbildung 36: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate nach Altersgruppen und Unfallart, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	56
Abbildung 37: Verletzte innerhalb der letzten zwölf Monate nach Bildungsabschlüssen und Unfallart, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	56
Abbildung 38: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Altersgruppen, Österreich 2014.....	58

Abbildung 39: Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	59
Abbildung 40: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Altersgruppen, Österreich 2014.....	60
Abbildung 41: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	60
Abbildung 42: Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	61
Abbildung 43: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	65
Abbildung 44: Lebensqualität nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014 (Mittelwerte).....	67
Abbildung 45: Lebensqualität nach Bildungsabschlüssen, Österreich 2014 (Mittelwerte).....	68
Abbildung 46: Sterblichkeit nach Geschlecht inklusive BL-Bandbreite, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	70
Abbildung 47: Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, 30- bis 59-Jährige, Österreich, Durchschnitt der Jahre 2005–2017.....	71
Abbildung 48: Sterblichkeit aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	72
Abbildung 49: Krebssterblichkeit für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Frauen, Österreich 2005–2017.....	73
Abbildung 50: Krebssterblichkeit für ausgewählte Lokalisationen, 30- bis 59-jährige Männer, Österreich 2005–2017.....	74
Abbildung 51: Sterblichkeit aufgrund eines Myokardinfarkts oder einer chronischen ischämischen Herzkrankheit nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	74
Abbildung 54: Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	78
Abbildung 55: Adipositas und Übergewicht nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	78
Abbildung 56: Bluthochdruck nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige Österreich 2014.....	80
Abbildung 57: Bluthochdruck nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	80
Abbildung 58: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Kompetenzniveaus im Bereich Lesen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12.....	83
Abbildung 59: Lesekompetenz nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12.....	84
Abbildung 60: Lesekompetenz nach höchstem Bildungsabschluss der Eltern, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12.....	84

Abbildung 61: Bildungsabschlüsse nach Kompetenzstufen im Bereich Lesen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2011/12.....	85
Abbildung 62: Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	87
Abbildung 63: Täglicher Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	88
Abbildung 64: Gesundheitswirksame Bewegung nach Altersgruppen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	90
Abbildung 65: Gesundheitswirksame Bewegung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	90
Abbildung 66: Täglich Rauchende nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	93
Abbildung 67: Passivrauchexposition nach Altersgruppen, 30- bis 59-jährige Männer, Österreich 2014.....	94
Abbildung 68: Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde pro Tag) nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	95
Abbildung 69: Täglicher bzw. fast täglicher Alkoholkonsum nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	96
Abbildung 70: Problematischer Alkoholkonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, 0- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	97
Abbildung 71: Problematischer Alkoholkonsum nach Bildungsabschlüssen und Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	98
Abbildung 72: Gesundheitsunterschiede nach Einkommenskategorien, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	99
Abbildung 73: Kennzahlen der ökonomischen Verhältnisse, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008–2016.....	100
Abbildung 74: Armutsgefährdung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	101
Abbildung 75: Erhebliche materielle Deprivation nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	102
Abbildung 76: Erhebliche materielle Deprivation nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	103
Abbildung 77: Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	104
Abbildung 78: Armuts- und/oder Ausgrenzungsgefährdung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	104
Abbildung 79: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit nach Anzahl der Wohnprobleme, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	106
Abbildung 80: Gesundheitszustand nach Wohnsituation, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	107
Abbildung 81: Wohnprobleme, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008–2016.....	107

Abbildung 82: Überbelagssituation nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	108
Abbildung 83: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	109
Abbildung 84: Feuchtigkeits- und Schimmelexposition nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	110
Abbildung 85: Exposition gegenüber dunklen Räumen nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	111
Abbildung 86: Inanspruchnahme von Weiterbildungsangeboten in den letzten zwölf Monaten nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	113
Abbildung 87: Erwerbstätigenquote nach Altersgruppen, Geschlecht und Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017	115
Abbildung 88: Beschäftigungsverhältnisse nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017.....	117
Abbildung 89: Arbeitslosenquote nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	118
Abbildung 90: Arbeitslosenquote nach Bildungsabschlüssen, Österreich 2005 und 2017.....	119
Abbildung 91: Anteil Langzeitarbeitsloser an allen Arbeitslosen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2017.....	120
Abbildung 92: Langzeitarbeitslosigkeit, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2005–2017.....	120
Abbildung 93: Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2007 und 2013.....	122
Abbildung 94: Zeitdruck und Arbeitsüberlastung am Arbeitsplatz nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2007 und 2013.....	124
Abbildung 95: Arbeitsunfälle nach Altersgruppen und Geschlecht, Österreich 2005–2017	125
Abbildung 96: Arbeitsunfälle mit Todesfolge nach Altersgruppen, 25- bis 54-jährige Männer, Österreich 2005 und 2017	126
Abbildung 97: Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben vollzeiterwerbstätiger Frauen und Männer, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	127
Abbildung 98: Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	128
Abbildung 99: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	130
Abbildung 100: Lebenszufriedenheit nach der Häufigkeit sozialer Kontakte, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	130
Abbildung 101: Häufigkeit sozialer Kontakte, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2006 und 2016.....	131

Abbildung 102: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich, 2016.....	132
Abbildung 103: Häufigkeit sozialer Kontakte nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich, 2016.....	132
Abbildung 104: Selbsteingeschätzte Gesundheit und Lebensqualität nach dem Ausmaß sozialer Unterstützung, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	133
Abbildung 105: Hohes Ausmaß sozialer Unterstützung nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2014.....	134
Abbildung 106: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	136
Abbildung 107: Allgemeine Lebenszufriedenheit nach dem Ausmaß sozialen Vertrauens, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	136
Abbildung 108: Ausmaß sozialen Vertrauens nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2016.....	137
Abbildung 109: Lärmexposition (stark bis sehr stark) nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2015.....	139
Abbildung 110: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend nach Altersgruppen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	141
Abbildung 111: Kriminalität, Gewalt und Vandalismus als Problem in der Wohngegend nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2008 und 2016.....	141

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bildungsstand, 30- bis 59-Jährige, Österreich 2010 und 2016.....	112
Tabelle 2: Gesundheitszustand nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich.....	145
Tabelle 3: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich.....	147
Tabelle 4: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht, 30- bis 59-Jährige, Österreich.....	148
Tabelle 5: Gesundheitszustand nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich.....	150
Tabelle 6: Individuelle Gesundheitsdeterminanten nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich.....	151
Tabelle 7: Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten nach Bildungsabschlüssen, 30- bis 59-Jährige, Österreich.....	152

