

Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele

Baseline für die Beobachtung der Indikatoren

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele

Baseline für die Beobachtung der Indikatoren

Autorinnen:

Petra Winkler
Judith Anzenberger

Unter Mitarbeit von:

Gudrun Braunegger-Kallinger
Sabine Haas
Christine Knaller

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im Oktober 2013
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zl. II/46212-2/13

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Auftrag

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur soll ein regelmäßiges Monitoring zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) etabliert werden. Der vorliegende Bericht beschreibt die **Ausgangssituation** (sog. „Baseline“) für die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele auf einer **Meta-Ebene**. Detaillierte Indikatoren zu den einzelnen Zielen werden in Phase 2 der Rahmen-Gesundheitsziele – „Entwicklung eines Strategie- und Maßnahmenkonzeptes zur Umsetzung“ – in Hinblick auf die Messung operationalisierbarer, spezifischer Ziele festgelegt. Der Bericht soll in regelmäßigen Abständen (etwa alle drei bis fünf Jahre) aktualisiert werden.

Methodisches Vorgehen

Eingebunden in die Auswahl der Indikatoren waren Fachleute der GÖG sowie Vertreterinnen und Vertreter von Bundesministerium für Gesundheit und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, des R-GZ-Plenums und der Statistik Austria. Bei der Auswahl der Meta-Indikatoren wurde auf bereits festgelegte bzw. in Entwicklung befindliche Indikatoren für bestehende Vorhaben Bezug genommen, insbesondere auf den Bundes-Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“ und die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Die Indikatoren wurden möglichst breit definiert, um das gesamte Themenspektrum der Ziele abzudecken (auf Ebene der Verhältnisse und des Verhaltens). Pro Rahmen-Gesundheitsziel wurden maximal sechs quantitative (ergebnisorientierte) und qualitative (eher prozessorientierte) Indikatoren definiert. Nur die quantitativen Indikatoren sind Gegenstand des vorliegenden Baseline-Berichts, die Prozessindikatoren werden bei der ersten Aktualisierung ergänzt. Zusätzlich wurden drei übergeordnete ergebnisorientierte Indikatoren festgelegt, zu deren positiver Entwicklung Maßnahmen für alle zehn Rahmen-Gesundheitsziele beitragen sollen.

Ein wesentliches Element der Rahmen-Gesundheitsziele ist eine differenzierte Förderung der Gesundheit. Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Gruppen sollen unterstützt werden, aber auch das Ziel einer nach Geschlecht, Alter und Wohnregion differenzierten Gesundheitsförderung wird verfolgt. **Kriterien** für die Auswahl der Indikatoren waren daher die Verfügbarkeit

- » in ihrer **Gesamtheit für Österreich**, differenziert nach Geschlecht und nach Möglichkeit darstellbar in einer **zeitlichen Entwicklung** sowie idealerweise für **einzelne Altersgruppen**;
- » sodann in **regionaler Differenzierung** und
- » in ihrer **sozioökonomischen Ausprägung** (nach Bildung oder Einkommen) sowie
- » im **internationalen Vergleich**.

Diesen Kriterien folgt der Aufbau des Berichts.

Ergebnisse

An **übergeordneten Indikatoren** wurden die **Lebenserwartung in Gesundheit**, die **Lebenserwartung insgesamt** sowie die **selbstberichtete Gesundheit** festgelegt. Die Lebenserwartung lag 2011 für Frauen bei 83,5 und für Männer bei 78,1 Jahren, die gesunde Lebenserwartung betrug 2006 63 (Frauen) bzw. 62 Jahre (Männer). Rund 70 Prozent der Bevölkerung beurteilen den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut.

Es zeigt sich im Groben, dass bis zum aktuellen Zeitpunkt alle drei Indikatoren eine kontinuierlich positive Entwicklung nehmen. Frauen haben zwar eine höhere Lebenserwartung als Männer (dieser Unterschied wird geringer), doch sie verbringen dieses Mehr an Lebensjahren in beeinträchtigter Gesundheit und beurteilen dementsprechend ihren Gesundheitszustand im höheren Alter ungünstiger als Männer. In den westlichen Bundesländern ist die Lebenserwartung etwas höher und der Gesundheitszustand etwas besser als in den östlichen Bundesländern. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter. Es lässt sich ein **deutlicher sozioökonomischer Aspekt** nachweisen (je geringer die Bildung, desto geringer sind Lebenserwartung und Gesundheitszustand), der sich insbesondere bei den Männern in den letzten Jahrzehnten verstärkt hat. Die Lebenserwartung ist in Österreich etwas höher als im europäischen Durchschnitt, die Lebenserwartung in Gesundheit liegt eher – je nach Art der Berechnung – etwas unter dem europäischen Durchschnitt.

Die **gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen** (Rahmen-Gesundheitsziel / R-GZ 1) werden abgebildet anhand der **Lebenszufriedenheit** generell, des **Arbeitsklima-Index** und des Indikators **„Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“**. 80 Prozent der Österreicher/innen sind sehr oder ziemlich zufrieden mit ihrem Leben. Mehr als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist v. a. aufgrund von Zeitdruck am Arbeitsplatz psychisch belastet, Männer mehr als Frauen.

Die Zufriedenheit mit dem Leben und mit der beruflichen Tätigkeit war in den letzten sechs bis sieben Jahren weitgehend unverändert. Die Lebenszufriedenheit ist in jungen Jahren höher, und auch der Zeitdruck am Arbeitsplatz ist für unter 30-Jährige geringer. Tendenziell werden die Lebens- und Arbeitsbedingungen in östlichen Regionen, insbesondere in Wien, ungünstiger beurteilt als in anderen Regionen.

Die Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation sind direkt proportional mit dem Bildungsgrad bzw. der Einkommenshöhe (d. h., je höher der Bildungsgrad bzw. das Einkommen, desto größer ist die Zufriedenheit). Der zeitliche Druck am Arbeitsplatz verhält sich jedoch umgekehrt proportional (je höher die Bildung, desto größer der Zeitdruck). Die österreichische Bevölkerung ist etwas zufriedener mit ihrem Leben als die Bevölkerung im Durchschnitt der Europäischen Union, der Zeitdruck am Arbeitsplatz wird in Österreich allerdings häufiger als Problem gesehen.

Ergebnisindikatoren für **gesundheitliche Chancengerechtigkeit** (R-GZ 2) sind das **Bildungsniveau** und **Ausgrenzungs- bzw. Armutsgefährdung**. Knapp ein Fünftel der Bevölkerung hat lediglich

einen Pflichtschulabschluss. 2011 waren in Österreich 13 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet und 17 Prozent armuts- oder ausgrenzungsgefährdet.

Frauen haben gegenüber Männern noch immer einen Bildungsrückstand (gemessen am Anteil an Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss), wenngleich diesbezüglich in den letzten Jahrzehnten ein starker „Aufholprozess“ stattgefunden hat. Frauen sind insofern stärker armutsgefährdet als Männer, als insbesondere Alleinerzieherhaushalte und alleinstehende ältere Frauen von Armut betroffen sind. Wien hat auch bezüglich dieses Ziels eine problematischere Position als andere Bundesländer: Es ist zwar die Akademikerquote höher als in allen anderen Bundesländern, doch ebenso der Anteil an Personen mit maximal einem Pflichtschulabschluss. Auch die Armutsgefährdung ist in Wien besonders hoch.

Bildung und Armuts- bzw. Ausgrenzungsgefährdung stehen in enger **Wechselwirkung**. Die Bildung der Eltern beeinflusst maßgeblich die Bildung der Kinder (geringe Bildungsmobilität), und Menschen mit sehr niedrigem Bildungsniveau sind deutlich häufiger von Armut betroffen als höhere Bildungsschichten. Dank der Sozialtransfers hat Österreich im europäischen Vergleich eine sehr niedrige Armuts- und Ausgrenzungsgefährdungsrate.

Hinweise für die **Gesundheitskompetenz** (R-GZ 3) der Bevölkerung geben der **Gesamtindex Gesundheitskompetenz** und der **funktionelle Analphabetismus**, gemessen an der **Lesekompetenz der Kinder der vierten Schulstufe** (Leseintention und Verstehensprozesse) und **der 15- bzw. 16-Jährigen** („Ermittlung von Informationen“, „Kombinieren und Interpretieren“ sowie „Reflektieren und Bewerten“).

Frauen haben eine etwas höhere Gesundheitskompetenz als Männer, jüngere Menschen eine höhere als ältere. In Wien ist die Gesundheitskompetenz besonders mangelhaft. Je höher das Bildungsniveau, desto höher ist die Gesundheitskompetenz. Im internationalen Vergleich sind sowohl Gesundheitskompetenz als auch die untersuchten Lesekompetenzen vergleichsweise gering.

Um die nachhaltige Gestaltung und Sicherung der **natürlichen Lebensgrundlagen** (R-GZ 4) im Zusammenhang mit der Gesundheit abzubilden, wurden zwei Indikatoren gewählt, die sehr unmittelbar Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden zeigen und außerdem auf eine möglicherweise problematische Situation hinweisen, nämlich auf die **Feinstaubbelastung** und die **Lärmbelästigung**. Ein breiter, umfassender Indikator konnte hier nicht definiert werden.

Zwar wurde in Österreich der Grenzwert für die Feinstaubbelastung im Jahresmittel seit vielen Jahren nicht überschritten, doch die Tagesmittelwerte waren an mehr als der Hälfte der 140 Messstellen höher als das zulässige Ausmaß (im Jahr 2011). Österreich liegt mit der jährlichen Feinstaubbelastung im europäischen Mittelfeld.

Etwa ein Viertel der österreichischen Bevölkerung empfindet Lärm im Wohnbereich (durch Nachbarn oder von außen) als Belästigung, in Wien häufiger als in den anderen Bundesländern. Geschlechts-, alters- oder eindeutige sozioökonomische Zusammenhänge sind nicht erkennbar. Österreich liegt damit im Durchschnitt der EU-27-Länder.

Der **soziale Zusammenhalt** (R-GZ 5) wird gemessen am **Sozialkapital** (Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen) und am **sozialen Vertrauen** („den Menschen vertrauen können“, „von Menschen ausgenutzt werden“, „Hilfsbereitschaft“), am **GINI-Koeffizienten** (Gleich- bzw. Ungleichverteilung von Einkommen) und am **ehrenamtlichen Engagement** (Freiwilligenarbeit). 90 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden oder sehr zufrieden, etwa 20 Prozent haben hohes soziales Vertrauen, und rund 45 Prozent engagierten sich im Jahr 2006 ehrenamtlich.

Mit zunehmendem Alter sinken die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen und das soziale Vertrauen, geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es kaum. Jedoch wird ein **sozioökonomischer Aspekt** sichtbar: Angehörige niedrigerer Bildungsschichten sind weniger mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden, haben geringeres soziales Vertrauen und engagieren sich weniger als Angehörige höherer Bildungsschichten.

Das soziale Vertrauen ist in Österreich etwas höher als in den meisten anderen europäischen Ländern. Auch das Freiwilligenengagement ist vergleichsweise hoch. Der GINI-Koeffizient, weitgehend konstant zwischen 2005 bis 2011, weist unter Berücksichtigung der Sozialleistungen auf Einkommensunterschiede hin, die geringer sind als im Durchschnitt der EU-Länder.

Für das R-GZ 6, „**Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen**“, wurden am meisten Indikatoren definiert, weil die Bereiche Gesundheit, die Lebenswelten Familie und Schule sowie Arbeitslosigkeit und Bildungsabbrüche gemessen werden sollen. Hierzu wurden folgende Indikatoren herangezogen: die **selbsteingeschätzte Gesundheit** der Kinder, die **Kommunikation** / das **Vertrauensverhältnis** mit den **Eltern**, das **Schulklima** (Verhältnis zwischen den Schülern/Schülerinnen; Schüler/innen/Lehrkräften), **Jugendarbeitslosigkeit** und **frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger**.

Je nach Alter und Geschlecht beurteilen 80 bis 90 Prozent der 11- bis 17-Jährigen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut. Das Gesprächsklima ist für Burschen und Mädchen mit der Mutter besser als mit dem Vater: Je nach Alter und Geschlecht fällt es 74 bis 90 Prozent der Jugendlichen sehr leicht oder leicht, mit ihr über wichtige Themen zu sprechen. Etwas mehr als 40 Prozent haben großes Vertrauen in die Lehrer/innen und beurteilen den Umgang miteinander als respektvoll.

Burschen beurteilen ihren Gesundheitszustand, ihr Gesprächsklima mit den Eltern und das Vertrauensverhältnis mit den Lehrpersonen besser, aber den Umgang miteinander weniger respektvoll als Mädchen. Die „atmosphärischen“ Indikatoren Gesprächsklima, Vertrauensverhältnis mit den Lehrpersonen und der Umgang miteinander sind bei den 11-Jährigen am besten und bei den 17-Jährigen wieder besser als bei den 13- und 15-Jährigen; dies dürfte eine „normale pubertäre Erscheinung“ sein. Doch der **Gesundheitszustand** wird tatsächlich **mit zunehmendem Alter ungünstiger** beurteilt. Er ist außerdem, wie in der erwachsenen Bevölkerung, in Ostösterreich ungünstiger als in den südlichen und westlichen Bundesländern.

Seit dem Jahr 2009 ist die Quote der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger gesunken; sie betrug im Jahr 2012 7,5 Prozent.

8,7 Prozent der Jugendlichen waren im Jahr 2012 arbeitslos, 7,5 Prozent der 18- bis 24-Jährigen (insb. junge Männer) haben ihre Ausbildung frühzeitig abgebrochen. Beide Werte sind im Vergleich mit dem europäischen Durchschnitt gering, die Jugendarbeitslosigkeit ist nur in Deutschland geringer. In Wien ist die Jugendarbeitslosigkeit mit 16 Prozent im Jahr 2011 deutlich höher als in allen anderen Bundesländern.

Bei **allen** Indikatoren zum Rahmen-Gesundheitsziel 6 sind **Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch** schlechter gestellten Haushalten **benachteiligt**.

Hinweise für **gesunde Ernährung** (R-GZ 7) in der Bevölkerung werden abgeleitet einerseits über den Indikator **Konsum von Obst und Gemüse**, andererseits über die **Rate von Untergewicht und Übergewicht bzw. Adipositas**. Weniger als die Hälfte der österreichischen Kinder und Jugendlichen essen täglich Obst und Gemüse: 49 Prozent der 11-Jährigen, 42 Prozent der 13-Jährigen und nur 31 Prozent der 15- und 17-Jährigen. Fast 20 Prozent der österreichischen 11- bis 17-jährigen Burschen und 12 Prozent der gleichaltrigen Mädchen sind laut Eigenangaben übergewichtig oder adipös. Für die Erwachsenen gibt es weniger konkrete Informationen über den Obst- und Gemüsekonsum. 30 Prozent der Frauen und weniger als 20 Prozent der Männer beschreiben ihre Ernährungsgewohnheiten mit „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“. 43 Prozent der erwachsenen Männer und fast 30 Prozent der Frauen sind übergewichtig, jeweils weitere 12 Prozent adipös.

Mädchen und Frauen ernähren sich – gemessen am täglichen Obst- und Gemüsekonsum – deutlich gesünder als Burschen und erwachsene Männer. Jüngere Kinder essen öfter Obst und Gemüse als ältere Kinder und Jugendliche. Im Osten Österreichs ist der Anteil an Übergewichtigen sowohl bei den 11- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schülern als auch bei den Erwachsenen höher als im Westen Österreichs; insbesondere in Tirol sind die Raten relativ niedrig.

Der sozioökonomische Hintergrund prägt das Essverhalten bzw. beeinflusst den Konsum von Obst und Gemüse sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen und wirkt sich auch auf die Rate an Übergewichtigen aus: Je geringer der Familienwohlstand und je geringer die Bildung, desto seltener wird täglich Obst und Gemüse gegessen und desto größer ist die Gefahr von Übergewicht und Adipositas. Österreichische Kinder und Jugendliche essen etwas häufiger täglich Obst und Gemüse als im europäischen Durchschnitt und sind auch etwas weniger häufig übergewichtig.

Gesunde und sichere Bewegung im Alltag (R-GZ 8) wird durch zweierlei Indikatoren abgebildet: Einerseits geht es um die Art der **Alltagsbewegung** (tägliche Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad), und andererseits wird durch **„Körperliche Aktivität und Sport“** das Bewegungsverhalten generell beurteilt. Etwa 10 Prozent der österreichischen Bevölkerung benutzten 2011 das Fahrrad täglich, weitere 20 Prozent zumindest mehrmals pro Woche. Das ist häufiger als vier Jahre davor. Dem stehen sehr inaktive Bevölkerungsgruppen gegenüber: 30 Prozent der Bevölkerung bewältigten 2011 nicht einmal 250 Meter täglich zu Fuß, 2007 waren es sogar 40 Prozent. 40 Prozent der Männer und 50 Prozent der Frauen kommen seltener als einmal pro Woche oder gar nie durch körperliche Aktivität ins Schwitzen.

Frauen legen ihre täglichen Wege seltener als Männer mit dem Fahrrad zurück und gehen auch weniger zu Fuß. Sie sind auch seltener sportlich aktiv, sowohl in der Jugend als auch im Erwachsenenalter. Jüngere Kinder machen mehr Bewegung als ältere bzw. Jugendliche. Die 40- bis 70-Jährigen benutzen häufiger ihr Fahrrad täglich als die unter 40-Jährigen und über 70-Jährigen. In Vorarlberg und in Salzburg wird das Fahrrad am häufigsten täglich als Fortbewegungsmittel verwendet.

Ein sozioökonomischer Zusammenhang mit der Wahl der Verkehrsmittel für die täglichen Wege ist nicht erkennbar, doch bildungshöhere Schichten betreiben häufiger Sport. Im internationalen Vergleich können die Österreicher/innen als eher unsportlich bezeichnet werden.

Die **psychosoziale Gesundheit** (R-GZ 9) wird durch **psychische Gesundheit generell** (anhand des **Mental-Health-Index** und des sog. **Vitalitätsindex**) und durch **psychische Gesundheit in der Schule** und **am Arbeitsplatz** abgebildet.

Männer beurteilen ihr **psychisches Befinden** etwas besser Frauen. Je jünger die Befragten, desto besser beurteilen sie ihre psychische Gesundheit. Personen, die maximal die Pflichtschule abgeschlossen haben, schätzen durchschnittlich ihre psychische Gesundheit etwas schlechter ein als Personen mit höherem Bildungsniveau. In den Bundesländern ist die psychische Gesundheit ähnlich hoch. Im europäischen Vergleich ist das psychische Wohlbefinden der Österreicher/innen vergleichsweise gut.

Bei der **psychischen Belastung in der Schule** zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen. Auch regional sind keine nennenswerten Unterschiede sichtbar. Es zeigt sich aber ein starker Zusammenhang zwischen Familienwohlstand und erlebten Belastungen: Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Haushalten fühlen sich stärker belastet als Kinder aus sozioökonomisch besser gestellten Haushalten.

Männer fühlen sich **am Arbeitsplatz** psychisch stärker belastet als Frauen. Personen mit einer niedrigeren Bildung fühlen sich am Arbeitsplatz weniger psychischem Stress ausgesetzt als Personen mit einer höheren Bildung. Im Vergleich mit dem EU-15-Schnitt fühlen sich die Österreicher/innen am Arbeitsplatz stärker belastet.

Die **Gesundheitsversorgung** (R-GZ 10) wird im vorliegenden Bericht anhand der **Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen** und des **Anteils der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen** gemessen.

Rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung lässt jährlich eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung durchführen, Frauen etwas häufiger als Männer. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen steigt mit zunehmendem Alter und ist regional sehr unterschiedlich. Es zeigt sich auch hier ein Zusammenhang mit der sozioökonomischen Situation bzw. der Bildung.

Die öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben insgesamt für die stationäre und die ambulante Gesundheitsversorgung haben sich seit 1990 fast verdreifacht. Im Jahr 2011 betragen die öffentlichen Gesundheitsausgaben 8,2 Prozent vom Bruttoinlandsprodukt, die privaten

2,6 Prozent. Im Zeitverlauf von 2000 bis 2011 zeigt sich durchgängig, dass der Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand drei Viertel und der Privaten ein Viertel ausmacht. Im EU-Vergleich liegt Österreich mit den Gesundheitsausgaben an fünfter Stelle.

Schlussbemerkungen zu den Ergebnissen

Insgesamt zeigt sich, dass es – über alle Rahmen-Gesundheitsziele hinweg – besonderer Anstrengungen bedarf, die Bedingungen für gute Gesundheit von sozioökonomisch benachteiligten Menschen zu verbessern und so die gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Österreich zu verbessern. Um **regionale Unterschiede** zu reduzieren, ist die Aufmerksamkeit von Fördermaßnahmen insbesondere auf vulnerable Gruppen in Ostösterreich und hier v. a. in Wien zu richten. Ältere Menschen sind in vielen Aspekten – z. B. betreffend Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit – eher in einer ungünstigeren Position. Auch bei Kindern und Jugendlichen sind viele Parameter bei den 11-Jährigen günstiger als bei den 17-Jährigen. Auf die Gesundheit von älteren Menschen sowie von Kindern und Jugendlichen muss somit besonderes Augenmerk gelegt werden. Zu bedenken ist allerdings, dass Gesundheitsförderung möglichst früh anzusetzen hat, um negative Langzeitfolgen zu vermeiden.

Bei der Betrachtung von Ergebnissen aus den internationalen Vergleichen ist stets **zu berücksichtigen**, dass aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Gegebenheiten und aufgrund der diffizilen Harmonisierung von Quellen und Berechnungsmethoden diese Ergebnisse gröbere Richtwerte darstellen als beispielsweise regionale Vergleiche innerhalb von Österreich.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	XIII
Abkürzungen.....	XX
1 Einleitung und Vorgehensweise.....	1
1.1 Eckpunkte zu den Meta-Indikatoren.....	1
1.2 Vorgehensweise bei der Indikatoren-Definition	2
1.3 Beschreibung der Ist-Situation	5
2 Übergeordnete Indikatoren	6
2.1 Lebenserwartung in Gesundheit	6
2.2 Lebenserwartung	12
2.3 Selbstberichtete Gesundheit.....	17
3 Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	22
3.1 Lebenszufriedenheit und Lebensqualität	22
3.2 Arbeitsklima-Index.....	26
3.3 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz.....	29
4 Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen.....	34
4.1 Bildungsniveau	34
4.2 Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung	39
5 Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	44
5.1 Gesamtindex Gesundheitskompetenz.....	44
5.2 Funktioneller Analphabetismus	48
6 Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern... 52	
6.1 Feinstaubbelastung: Einhaltung bzw. Überschreitung vorgeschriebener Immissionsgrenzwerte	52
6.2 Lärmbelastungen	54
7 Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.....	59
7.1 Sozialkapital und soziales Vertrauen	59
7.2 Gini-Koeffizient	65
7.3 Freiwilliges Engagement.....	67
8 Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	71
8.1 Selbstberichteter Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen.....	71
8.2 Eltern: Kommunikation und Vertrauensverhältnis	75
8.3 Schulklima	77
8.4 Jugendarbeitslosigkeit.....	81
8.5 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger	84

9	Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen.....	87
9.1	Konsum von Obst und Gemüse	87
9.2	Rate von Untergewicht und Adipositas.....	93
10	Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern	100
10.1	Modal Split: Anteil der täglichen Wege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden	100
10.2	Körperliche Aktivität und Sport.....	103
11	Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern.....	109
11.1	Anteil an Menschen ohne psychische Probleme oder psychische Gesundheit (Befinden und Stimmungslage).....	109
11.2	Psychische Gesundheit in der Schule und am Arbeitsplatz	113
12	Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen	119
12.1	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	119
12.2	Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen (von Versorgung zu Prävention, von stationär zu ambulant)	121
13	Ausblick	125
14	Datenquellen	126
15	Literatur	127

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1:	Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand) nach Geschlecht, 1978–2006	8
Abbildung 2.2:	Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Versorgungsregionen, Männer, 2006	9
Abbildung 2.3:	Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Versorgungsregionen, Frauen, 2006	9
Abbildung 2.4:	Fernere Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit im Alter von 25 und 45 Jahren nach Bildungsgrad und Geschlecht, 2006.....	10
Abbildung 2.5:	Fernere Lebenserwartung in Gesundheit im Alter von 65 Jahren nach Bildungsgrad, 1981 und 2006	11
Abbildung 2.6:	Lebenserwartung in Österreich nach Geschlecht, 1981–2011	13
Abbildung 2.7:	Lebenserwartung von Männern bei der Geburt nach Bezirken, 2002–2011 ..	14
Abbildung 2.8:	Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt nach Bezirken, 2002–2011	14
Abbildung 2.9:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 25 und 45 Jahren nach Bildungsgrad und Geschlecht, 2006	15
Abbildung 2.10:	Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Bildungsgrad und Geschlecht, 1981 und 2006	16
Abbildung 2.11:	Lebenserwartung bei der Geburt im Vergleich mit der EU, 2004–2011	16
Abbildung 2.12:	Selbstberichteter Gesundheitszustand der Bevölkerung ab 16 Jahren nach Geschlecht, 2005–2011	18
Abbildung 2.13:	Sehr guter oder guter Gesundheitszustand der Männer ab 15 Jahren in Österreich nach Versorgungsregionen	19
Abbildung 2.14:	Sehr guter oder guter Gesundheitszustand der Frauen ab 15 Jahren in Österreich nach Versorgungsregionen	19
Abbildung 2.15:	Selbstberichteter Gesundheitszustand der 20- bis 64-Jährigen nach höchster abgeschlossener (Schul-)Bildung 2011	20
Abbildung 2.16:	Selbstberichteter Gesundheitszustand der Bevölkerung ab 16 Jahren im internationalen Vergleich 2011	21
Abbildung 3.1:	Lebenszufriedenheit der österreichischen Bevölkerung ab 16 Jahren, 2005–2011	23
Abbildung 3.2:	Beurteilung der Lebensqualität als „sehr gut“ oder „gut“ der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Versorgungsregionen 2006/2007	24

Abbildung 3.3:	Lebenszufriedenheit der Bevölkerung ab 16 Jahren nach Bildung und Einkommensgruppen 2011	25
Abbildung 3.4:	Durchschnittliche Lebenszufriedenheit (Mittelwerte) im Vergleich zu ausgewählten europäischen Ländern, 2010	26
Abbildung 3.5:	Teilindex Arbeit (Arbeitsklima-Index) nach Geschlecht	28
Abbildung 3.6:	Teilindex Arbeit (Arbeitsklima-Index) nach Bildungsstand und Geschlecht (2013/1)	29
Abbildung 3.7:	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz 2007	30
Abbildung 3.8:	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nach Bundesländern	31
Abbildung 3.9:	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nach höchster abgeschlossener Schulbildung	32
Abbildung 4.1:	Bildungsniveau (höchste abgeschlossene [Schul-]Bildung) der 25- bis 64-Jährigen nach Geschlecht, 1981 und 2011	35
Abbildung 4.2:	Bildungsniveau der 25- bis 64-Jährigen (Männer und Frauen) nach Bundesland 2010	36
Abbildung 4.3:	Bildungsmobilität der 25- bis 59-Jährigen 2011	37
Abbildung 4.4:	20- bis 64-Jährige mit zumindest höheren sekundären Bildungsabschluss im internationalen Vergleich 2000-2012	38
Abbildung 4.5:	Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Geschlecht 2011	40
Abbildung 4.6:	Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in den Bundesländern 2011	41
Abbildung 4.7:	Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Bildungsniveau	42
Abbildung 4.8:	Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung in der EU 2011	43
Abbildung 5.1:	Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bundesländern	46
Abbildung 5.2:	Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im internationalen Vergleich	47
Abbildung 5.3:	Leseleistungen der Schüler/innen in der vierten Schulstufe im Teilbereich „Verstehensprozesse“ (Mittelwerte „Wiedergeben“) im Vergleich mit 14 ausgewählten Ländern (PIRLS)	49
Abbildung 5.4:	Leseleistungen der Schüler/innen in der vierten Schulstufe im Teilbereich „Verstehensprozesse“ (Mittelwerte „Interpretieren“) im Vergleich mit 14 Ländern (PIRLS)	50
Abbildung 5.5:	Leseleistungen der drei Leseprozesse der 15- und 16-Jährigen im internationalen Vergleich (PISA)	51
Abbildung 6.1:	Feinstaubbelastung in Österreich 2000-2011 (Jahresmittelwerte).....	53
Abbildung 6.2:	Feinstaubbelastung im internationalen Vergleich 2011 (Jahresmittelwerte)..	53

Abbildung 6.3:	Lärmstörung im Wohnbereich, tagsüber und/oder nachts nach Geschlecht 2003 und 2011	55
Abbildung 6.4:	Lärmstörung im Wohnbereich, tagsüber und/oder nachts nach Bundesland, 2011	56
Abbildung 6.5:	Lärmbelästigung durch Nachbarn oder von draußen (durch Verkehr, Gewerbe- oder Industriebetriebe) nach Einkommensgruppen, 2011	57
Abbildung 6.6:	Lärmbelästigung (durch Nachbarn oder Straße) im internationalen Vergleich, 2005–2011	57
Abbildung 7.1:	Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006	60
Abbildung 7.2:	Index soziales Vertrauen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006	60
Abbildung 7.3:	Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Bundesland, 2006 ...	61
Abbildung 7.4:	Soziales Vertrauen nach Bundesland, 2006	62
Abbildung 7.5:	Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Bildungsniveau, 2006	63
Abbildung 7.6:	Soziales Vertrauen nach Bildungsniveau	63
Abbildung 7.7:	Soziales Vertrauen im Vergleich mit ausgewählten EU-Ländern	64
Abbildung 7.8:	Gini-Koeffizient der Netto-Äquivalenzeinkommen in Österreich 2005–2010	65
Abbildung 7.9:	Einkommensungleichheit (Gini-Koeffizient) von Markteinkommen und verfügbarem Nettoeinkommen im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern (späte 2000er Jahre)	66
Abbildung 7.10:	Freiwilliges Engagement in Österreich, 2006	68
Abbildung 7.11:	Freiwilliges Engagement in Österreich nach Bundesländern, 2006	69
Abbildung 7.12:	Freiwilliges Engagement in Österreich nach höchster abgeschlossener (Schul-)Bildung, 2006	69
Abbildung 8.1:	Selbstberichteter Gesundheitszustand der 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht, 2010	72
Abbildung 8.2:	Ausgezeichneter Gesundheitszustand der 11- bis 17-Jährigen im Bundesländervergleich, 2010	73
Abbildung 8.3:	Selbstberichteter Gesundheitszustand nach Familienwohlstand, 2010	74
Abbildung 8.4:	Schüler/innen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind, nach Altersstufen, 2010	75
Abbildung 8.5:	Schüler/innen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind, nach Bundesländern, 2010	76

Abbildung 8.6:	Schüler/innen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind, nach Familienwohlstand, 2010	77
Abbildung 8.7:	„Großes Vertrauen in die Lehrer und Lehrerinnen“ nach Altersgruppen, 2010.....	78
Abbildung 8.8:	„Respektvoller Umgang der Schüler und Schülerinnen“ miteinander nach Altersgruppen, 2010	79
Abbildung 8.9:	„Großes Vertrauen in die Lehrer und Lehrerinnen“ („stimmt genau“/ „stimmt“) nach Bundesländern, 2010	80
Abbildung 8.10:	„Respektvoller Umgang der Schüler und Schülerinnen miteinander“ nach Bundesländern, 2010	80
Abbildung 8.11:	„Großes Vertrauen in die Lehrer und Lehrerinnen“ und „Respektvoller Umgang der Schüler/innen miteinander“ nach Familienwohlstand	81
Abbildung 8.12:	Jugendarbeitslosigkeit-Quoten (ILO) nach Geschlecht, 2004–2012	82
Abbildung 8.13:	Jugendarbeitslosigkeit-Quoten (ILO) nach Bundesland 2011	83
Abbildung 8.14:	Jugendarbeitslosigkeit (ILO) im internationalen Vergleich, 4. Quartal 2012.....	84
Abbildung 8.15:	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger nach Geschlecht 2006–2012	85
Abbildung 8.16:	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger im internationalen Vergleich 2012	86
Abbildung 9.1:	„Obst/Gemüse essen – mindestens einmal täglich“ 11-, 13-, 15- und 17-Jährige, 1990–2010.....	88
Abbildung 9.2:	Essgewohnheiten von Personen ab 15 Jahren nach Geschlecht, 2006/2007	88
Abbildung 9.3:	„Obst/Gemüse essen – mindestens einmal täglich“ (Kinder) nach Bundesländern, 2010	89
Abbildung 9.4:	Essgewohnheiten der Erwachsenen – Ernährungstyp „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ nach Bundesländern, 2006.....	90
Abbildung 9.5:	„Obst/Gemüse essen – mindestens einmal täglich“ (Kinder) nach Familienwohlstand, 2010	91
Abbildung 9.6:	Essgewohnheiten der Erwachsenen – Ernährungstyp „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ nach Bildungsniveau, 2006/2007.....	91
Abbildung 9.7:	Täglicher Obstkonsum von 11-, 13- und 15-Jährigen im internationalen Vergleich, 2010	92
Abbildung 9.8:	Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2010	94

Abbildung 9.9:	Untergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) nach Geschlecht, 2006/2007.....	94
Abbildung 9.10:	Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Bundesländern, 2010	95
Abbildung 9.11:	Untergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) nach Bundesländern, 2006/2007.....	95
Abbildung 9.12:	Übergewicht oder Adipositas bei Schülern und Schülerinnen nach Familienwohlstand, 2010	96
Abbildung 9.13:	Untergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) nach Bildungsniveau, 2006/2007	97
Abbildung 9.14:	Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13- und 15-Jährigen im internationalen Vergleich, 2010.....	98
Abbildung 9.15:	Prävalenz von Adipositas bei Erwachsenen im internationalen Vergleich, 2008 bzw. 2010	98
Abbildung 10.1:	Anteil der Personen, die ihre täglichen Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen, 2007 und 2011	101
Abbildung 10.2:	Anteil der Personen, die für ihre täglichen Wege zumindest mehrmals wöchentlich das Fahrrad benutzen oder zu Fuß gehen, nach Bundesländern, 2011	102
Abbildung 10.3:	Anteil der Personen, die für ihre täglichen Wege zumindest mehrmals wöchentlich das Fahrrad benutzen oder zu Fuß gehen, nach Bildung, 2011	102
Abbildung 10.4:	Durchschnittliche Tage pro Woche, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler und Schülerinnen mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht, 2010	104
Abbildung 10.5:	Durchschnittliche Anzahl an Tagen, an denen Erwachsene durch sportliche Aktivität ins Schwitzen geraten, nach Geschlecht, 2006/2007..	104
Abbildung 10.6:	Durchschnittliche Tage pro Woche, an denen Schüler und Schülerinnen mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Bundesland, 2010.....	105
Abbildung 10.7:	Anteil der Personen, die an keinem Tag der Woche durch sportliche Aktivität ins Schwitzen kommen, nach Bundesland, 2006/2007	106
Abbildung 10.8:	Durchschnittliche Tage pro Woche, an denen Schüler und Schülerinnen mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Familienwohlstand, 2010	107
Abbildung 10.9:	Durchschnittliche Anzahl an Tagen, an denen Erwachsene durch sportliche Aktivität ins Schwitzen geraten, nach Bildungsniveau, 2006/2007	107

Abbildung 10.10:	Häufigkeit, mit der Sport betrieben oder trainiert wird, im internationalen Vergleich, 2010.....	108
Abbildung 11.1:	Angaben zur Stimmungslage in den letzten vier Wochen (Antwortkategorie immer bzw. nie) nach Geschlecht, 2006/2007.....	110
Abbildung 11.2:	Durchschnittliche Punkte des Mental Health Inventory 5 nach Bundesländern, 2006/2007.....	111
Abbildung 11.3:	Durchschnittliche Punkte des Mental Health Inventory 5 nach Bildungsniveau, 2006/2007	111
Abbildung 11.4:	Durchschnittlicher Werte des Vitalitäts- und MHI-5-Index im internationalen Vergleich, 2006-2008.....	112
Abbildung 11.5:	Erlebte Belastungen durch die Schule nach Geschlecht, 2010.....	113
Abbildung 11.6:	Teilindex psychischer Stress (Arbeitsklimaindex) nach Geschlecht, 1997-2013	114
Abbildung 11.7:	Erlebte Belastungen durch die Schule nach Bundesländern, 2010.....	115
Abbildung 11.8:	Erlebte Belastungen durch die Schule nach Familienwohlstand, 2010	116
Abbildung 11.9:	Teilindex psychischer Stress (Arbeitsklimaindex) nach Schulbildung 1997-2013	116
Abbildung 11.10:	Indikatoren zu den psychischen Anforderungen unselbstständig Beschäftigter zwischen 15 und 64 Jahren im internationalen Vergleich, 2005.....	117
Abbildung 12.1:	Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht, 2004-2012	119
Abbildung 12.2:	Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen, 2012	120
Abbildung 12.3:	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern und Geschlecht, 2012	120
Abbildung 12.4:	Inanspruchnahme einer Gesundenuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate nach höchster abgeschlossener (Schul-)Bildung, 2006/2007 ..	121
Abbildung 12.5:	Gesundheitsausgaben in Mio. Euro (stationär und ambulant), 1990-2011.	122
Abbildung 12.6:	Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (stationär und ambulant), 1990-2011	123
Abbildung 12.7:	Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (privat vs. Staat), 2000-2011	123
Abbildung 12.8:	Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im EU-Vergleich 2011 (oder letztes verfügbares Jahr).....	124

Tabellen

Tabelle 1.1:	Überblick über die Meta-Indikatoren für die Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ)	3
Tabelle 5.1:	Matrix mit vier Dimensionen von Gesundheitskompetenz, bezogen auf drei Gesundheitsbereiche	44

Abkürzungen

AK	Arbeiterkammer
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
d. h.	das heißt
ESS	European Social Survey
ESWC	European Survey on Working Conditions
EU	Europäische Union
EU-SILC	EU Statistics on Income and Living Conditions
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Union
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HIS	Health Interview Survey(s)
HLS-EU	European Health Literacy Survey
HVB	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
insb.	insbesondere
ILO	International Labour Organization / Internationale Arbeitsorganisation
ISCED	International Standard Classification of Education
LFK	Labour-Force-Konzept
MHI-5	Mental Health Inventory
MZ	Mikrozensus
PIRLS	Progress in International Reading Literacy Study
PISA	Programme for International Student Assessment
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
s.	siehe
sog.	sogenannt(e)
SORA	Institute for Social Research and Consulting
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung Wien

1 Einleitung und Vorgehensweise

Der Beschluss der Bundesgesundheitskommission (BGK) vom 23. November 2012 sieht ein determinantenorientiertes Monitoring auf globaler Ebene, d. h. anhand von sog. Meta-Indikatoren, vor. Anhand dieser Meta-Indikatoren soll eine regelmäßige Berichterstattung zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele etabliert werden. Hierzu wurden pro Rahmen-Gesundheitsziel jeweils ein bis zwei Ergebnis- und Prozessindikatoren definiert sowie ergänzend einige übergeordnete Indikatoren (wie z. B. der Indikator „gesunde Lebensjahre“ oder „subjektiv empfundener Gesundheitszustand“).

Da sich die Meta-Indikatoren auf die Rahmen-Gesundheitsziele beziehen, erscheint es zweckmäßig, sie möglichst breit zu definieren. Es wurde daher zum einen versucht, Indikatoren auf globaler Ebene zu umfassenden Themenschwerpunkten zu identifizieren, und zum anderen, Indizes heranzuziehen, die bereits in sich mehrere Einzelindikatoren einschließen.

Indikatoren zu detaillierten bzw. spezifischen Themenstellungen wurden nicht in die Auswahl aufgenommen. Diese sind in Phase 2 der Rahmen-Gesundheitsziele – „Entwicklung eines Strategie- und Maßnahmenkonzeptes zur Umsetzung“ – in Hinblick auf die Messung operationalisierbarer, spezifischer Ziele festzulegen. Die Indikatoren bilden teilweise die Verhältnis- und teilweise die Verhaltensebene ab.

Der vorliegende Bericht im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur beschreibt anhand der ausgewählten Meta-Indikatoren die Ausgangssituation vor Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele (sog. Baseline-Bericht).

1.1 Eckpunkte zu den Meta-Indikatoren

Bei der Identifizierung bzw. Auswahl möglicher Meta-Indikatoren wurde auf bereits festgelegte bzw. in Entwicklung befindliche Indikatoren für bestehende Vorhaben Bezug genommen. Als notwendig erachtet wurde dabei eine enge Abstimmung insbesondere mit

- » dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag „Zielsteuerung-Gesundheit“, dessen Versorgungsziele sich an den Rahmen-Gesundheitszielen orientieren und der auch Indikatoren vorschlägt (insb. Bezug zum Rahmen-Gesundheitsziel 10) und
- » den Indikatoren zum Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (Bezug zum Rahmen-Gesundheitsziel 6).

Für die Auswahl der einzelnen Meta-Indikatoren wurden folgende **Kriterien** definiert:

- » Verfügbarkeit: Indikatoren, die nicht zusätzlich erhoben werden müssen, um einen Vergleich mit der Ausgangssituation (sog. „Baseline“) zu ermöglichen;
- » internationale Vergleichbarkeit: Indikatoren, die auch im internationalen Vergleich verfügbar sind;

- » **Aussagekraft:** Indikatoren, die gut geeignet sind, zentrale Aspekte des jeweiligen Ziels zu erfassen;
- » **differenzierte Analyse:** Indikatoren, die differenziert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Indikatoren (wie Einkommen, Bildung) und Region analysiert werden können.

In der Gesamtzusammensetzung der Indikatoren wurde des Weiteren noch darauf geachtet, dass es eine Mischung von qualitativen (eher prozessorientierten) und quantitativen (ergebnisorientierten) Indikatoren gibt. Eine wichtige Datengrundlage für das regelmäßige Monitoring stellt die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) dar.

1.2 Vorgehensweise bei der Indikatoren-Definition

Als Ausgangsbasis für die Indikatoren-Auswahl wurden Publikationen bzw. Überblicksarbeiten¹ zu Indikatoren von (inter)nationalen Organisationen wie z. B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herangezogen. In einem ersten Schritt wurde von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) **eine tabellarische Übersicht** zu möglichen Indikatoren pro Rahmen-Gesundheitsziel erstellt, die folgende Aspekte beinhaltete: Ziel, Indikator, Referenz, Quelle, Verfügbarkeit, mögliche Differenzierung, Qualität.

Die Übersicht war Grundlage für einen **Workshop am 18. September 2012**, bei dem sie mit einigen ausgewählten Fachleuten der GÖG sowie mit Vertreterinnen und Vertretern von Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger diskutiert und ergänzt wurde.

In einem nächsten Schritt wurde vom **Rahmen-Gesundheitsziele-Plenum in der Sitzung vom 9. Oktober 2012** Feedback zum Indikatoren-Vorschlag eingeholt und die engere Auswahl von Indikatoren diskutiert.

Diese **Ausgangsbasis** wurde im **Jänner 2013 mit Fachleuten der Statistik Austria diskutiert**. Im Fokus der Diskussion stand die Einschätzung der Qualität, der Aussagekraft und des Zugangs zu den Daten. Auf dieser Grundlage erfolgte eine Einschränkung auf zwei bis fünf Meta-Indikatoren, die zur Beschreibung der Ist-Situation in Kapitel 1.3 des vorliegenden Berichts herangezogen wurden. Einen Überblick über die ausgewählten Indikatoren gibt Tabelle 1.1 (siehe weiter unten).

Es wurde angestrebt, die Daten nach Möglichkeit differenziert nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Indikatoren (wie Einkommen, Bildung) und Region zu analysieren. In diesem Zusammenhang kommt **der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS)** eine wichtige Bedeutung zu.

¹

Siehe Literatur.

Tabelle 1.1:

Überblick über die Meta-Indikatoren für die Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ)

Rahmen-Gesundheitsziel	
Themenbereich	Indikator (Datenquelle für Indikatoren)
Ergänzende übergeordnete Indikatoren	
Lebenserwartung in Gesundheit	Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit (berechnet auf Basis von ATHIS und EU-SILC)
Lebenserwartung	Lebenserwartung bei der Geburt sowie fernere Lebenserwartung im Alter von 25, 45 und 65 Jahren (auf Basis der Sterbetafeln bzw. Todesursachenstatistik)
Selbstberichtete Gesundheit	Selbstberichteter Gesundheitszustand (ATHIS, EU-SILC)
RGZ-Prozess	Vorliegen und Umsetzung eines Strategie- und Maßnahmenkonzeptes zu den R-GZ
RGZ-Prozess	Monitoring und Berichtswesen zur Umsetzung der R-GZ
Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen	
Lebenszufriedenheit und -qualität	Lebenszufriedenheit (ATHIS, EU-SILC, Gallup World Poll) und Lebensqualität (ATHIS)
Lebenswelt Arbeitsplatz	Arbeitsklima-Index (Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern; im Auftrag der AK Oberösterreich)
Lebenswelt Arbeitsplatz	Psychische Belastungen am Arbeitsplatz (Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria)
Policy-Ebene	Rechtliche Verankerung der Wirkungsfolgenabschätzung-Gesundheit
Policy-Ebene	Praktische Implementierung der Gesundheitsfolgenabschätzung
Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen	
Bildung als wichtige Gesundheitsdeterminante	Bildungsniveau (höchste abgeschlossene [Schul-]Bildung) [Bildungsstandregister], Bildungsmobilität [EU-SILC]), tertiäre Bildungsabschlüsse (Eurostat-Datenbank)
Armut als wichtige Gesundheitsdeterminante	Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung (EU-SILC)
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten
Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	
Gesundheitskompetenz	Gesamtindex Gesundheitskompetenz (HLS-EU)
Basiskompetenz	Funktioneller Analphabetismus (PIRLS)
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer nationalen Strategie oder eines Maßnahmenplans zur Förderung der Gesundheitskompetenz
Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern	
Luftqualität	Feinstaubbelastung: Einhaltung bzw. Überschreitung vorgeschriebener Immissionsgrenzwerte (Eurostat)
Lärm	Lärmbelastungen (Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 3. Quartal 2011 der Statistik Austria EU-SILC)
Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken	
Sozialkapital	Sozialkapital (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen) (ATHIS) und soziales Vertrauen (EES)
Verteilung	GINI-Koeffizient (EU-SILC, WIFO-Berechnungen)
Teilhabe	Freiwilliges Engagement (MZ)

Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen	
Gesundheit	Selbstberichteter Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen (HBSC)
Lebenswelt Familie	Eltern: Kommunikation und Vertrauensverhältnis (Index aus HBSC)
Lebenswelt Kindergarten und Schule	Schulklima (Verhältnis zwischen den Schülern/Schülerinnen; Schüler/innen/Lehrkräfte) (HBSC)
Arbeitslosigkeit als wichtige Gesundheitsdeterminante	Jugendarbeitslosigkeit (Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung)
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabbrüche	Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger (Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtslegung zur Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie
Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen	
Ernährung	Konsum von Obst und Gemüse (Erwachsene und Kinder) (ATHIS, HBSC)
Körpergewicht	Rate von Untergewicht und Adipositas (ATHIS, HBSC, OECD Health Data 2012, Eurostat Datenbank, WHO Global Infobase)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Ernährungsplans (NAP.e)
Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern	
Mobilität	Modal-Split : Anteil der täglichen Wege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden (Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011 der Statistik Austria)
Bewegungsverhalten	Körperliche Aktivität und Sport (ATHIS, HBSC, Eurobarometer 2010 Sport und körperliche Bewegung)
Policy-Ebene	Umsetzung, Monitoring und Berichtswesen des Nationalen Bewegungsplans (NAP.b)
Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern	
Psychische Gesundheit	Mental-Health_Index und Vitalitätsindex (ATHIS, HIS)
Lebenswelt Schule und Arbeitsplatz	Psychische Gesundheit in der Schule (HBSC) und am Arbeitsplatz (Arbeitsklimaindex, ESWC)
Policy-Ebene	Vorliegen und Umsetzung einer Mental-Health-Strategie für Österreich
Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen	
Chancengerechtigkeit	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Statistik der Vorsorgeuntersuchungen, ATHIS)
Gesundheitssystem	Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen (Versorgung – Prävention; stationär – ambulant)
Policy-Ebene zur Zielsteuerung-Gesundheit	Umsetzung der Performance-Messung im Gesundheitswesen
Policy-Ebene zur Qualität im Gesundheitssystem	Umsetzung der operativen Ziele für die Qualitätsstrategie

Abkürzungen: ATHIS = Österreichische Gesundheitsbefragung; ESS = European Social Survey, HLS-EU = European Health Literacy Survey, ESWC = European Survey on Working Conditions, EU-SILC = EU Statistics on Income and Living Conditions, EUROSTAT = statistisches Amt der Europäischen Union, HBSC = Health Behavior in School-aged Children, HIS = Health Interview Survey(s), PIRLS = Progress in International Reading Literacy Study; WIFO = Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung Wien;
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.3 Beschreibung der Ist-Situation

Die Beschreibung der Indikatoren erfolgt im Baseline-Bericht nur für die quantitativ messbaren Indikatoren. Die Prozessindikatoren zu den Rahmen-Gesundheitszielen und die Indikatoren auf Policy-Ebene (vgl. Tabelle 1.1) beziehen sich ausschließlich auf die Zukunft und werden erst im weiteren Monitoring berücksichtigt.

Ein wesentliches Element der Rahmen-Gesundheitsziele ist eine differenzierte Förderung der Gesundheit. Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Gruppen sollen unterstützt werden, aber auch das Ziel einer nach Geschlecht, Alter und Wohnregion differenzierten Gesundheitsförderung wird verfolgt. In der Beschreibung der Ist-Situation wird daher nach Möglichkeit nach diesen Kriterien differenziert. Die Indikatoren werden dargestellt

- » in ihrer **Gesamtheit für Österreich** nach Geschlecht und nach Möglichkeit in einer **zeitlichen Entwicklung** sowie punktuell (aufgrund des großen Umfanges) für **einzelne Altersgruppen**;
- » sodann in **regionaler Differenzierung** und
- » in ihrer **sozioökonomischen Ausprägung** (je nach Verfügbarkeit nach Bildung oder Einkommen) sowie
- » im **internationalen Vergleich** (auf Basis der Eurostat-Datenbank als erste Präferenz).

Ziel ist, für jeden Indikator möglichst *eine* Datenquelle heranzuziehen. Doch Befragungen haben oft unterschiedliche Stichprobendesigns, -größen und Zielgruppen, sodass es bei manchen Indikatoren notwendig ist, für die regionale und internationale Darstellung verschiedene Quellen auszuwerten. In solchen Fällen wird auf Österreich-Ebene ein Vergleich dieser Datenquellen angestrebt. Auch erfordert die Differenzierung nach Altersgruppen verschiedene Datenquellen, weil Befragungen entweder auf Kinder und Jugendliche oder auf Erwachsene ausgerichtet sind.

2 Übergeordnete Indikatoren

- » Lebenserwartung in Gesundheit
- » Lebenserwartung
- » Selbstberichtete Gesundheit

2.1 Lebenserwartung in Gesundheit

Definition

Die Statistik Austria berechnet drei Indikatoren, die sich mit der Lebenserwartung in Gesundheit auseinandersetzen. Der Indikator ist jedenfalls eine **Kombination der Sterbetafeln mit Befragungsergebnissen**.

Einerseits wird bei den Befragungsergebnissen auf die Mikrozensus-Erhebungen früherer Jahre und auf die Gesundheitsbefragungen zurückgegriffen (die letzte im Jahr 2006, die nächste findet 2014 statt). Basis ist die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand.² Von den fünf Antwortkategorien werden „sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst. Die Antworten werden mit den Sterbetafeln kombiniert und daraus der Indikator **Lebenserwartung in Gesundheit** berechnet. Wenn die Gesundheitsbefragung wie geplant alle fünf Jahre durchgeführt wird, steht dieser Indikator in regelmäßigen, ausreichend kleinen Abständen³ zur Verfügung. Die Befragung ist auf Ebene der österreichischen Versorgungsregionen repräsentativ.

Eine andere Möglichkeit, sich dem Indikator der Lebenserwartung in Gesundheit anzunähern, ist die Frage nach **chronischen Krankheiten** und nach **funktionalen Einschränkungen**. Diese beiden Fragen stammen aus der EU-SILC⁴, werden jährlich erhoben und eignen sich besser für internationale Vergleiche (da die Frage konkreter ist als die nach dem allgemeinen Gesundheitszustand, spielen kulturelle Unterschiede bei der Einschätzung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustands eine geringere Rolle). Die EU-SILC-Befragung ist allerdings nicht auf regionaler Ebene verfügbar.

2

Fragestellung 1978–1999: „Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?“

Fragestellung 2006: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“

3

Die Lebenserwartung in Gesundheit verändert sich langsam und langfristig, eine jährliche Beobachtung ist nicht nötig.

4

Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen / European Union Statistics on Income and Living Conditions; Fragestellung EU-SILC 2008 ff.: „Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?“ und „Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?“

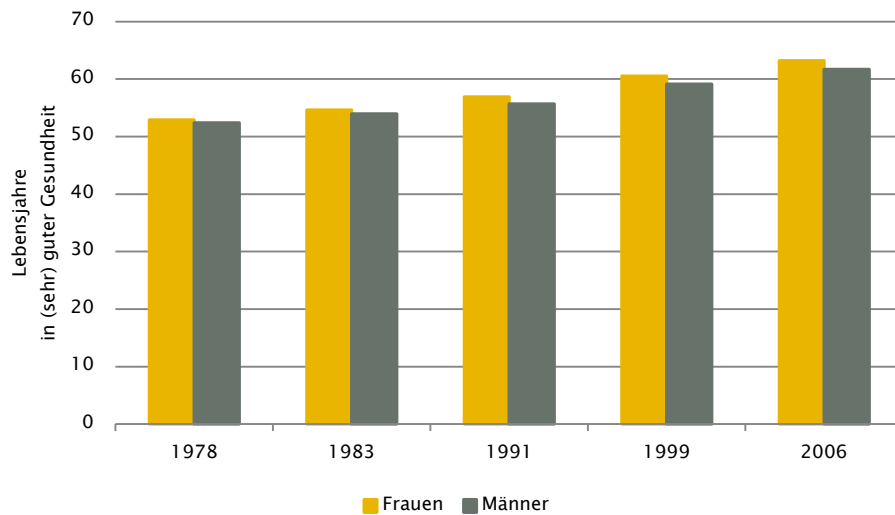
Zur Beobachtung der Rahmen-Gesundheitsziele wird die **Lebenserwartung in Gesundheit auf Basis des ATHIS** (Austrian Health Interview Survey / Österreichische Gesundheitsbefragung) herangezogen,

- » weil der Begriff „allgemeiner Gesundheitszustand“ (ATHIS) umfassender ist als „ohne chronische Krankheit“ (EU-SILC) oder „ohne funktionale Einschränkungen“ (EU-SILC). In den Jahren, in denen ein Vergleich dieser drei Indikatoren möglich ist, zeigt sich, dass die gesunde Lebenserwartung nach ATHIS zwischen den beiden anderen liegt.
- » Durch die größere Stichprobe des ATHIS und die Ausrichtung auf Regionalisierung (überproportional viele Teilnehmer in kleineren Regionen)
 - » ist eine regionale Vergleichbarkeit auf Ebene der Bundesländer und Versorgungsregionen gegeben und
 - » eine Auswertung nach Bildungsgrad möglich.
- » Eine jährliche Verfügbarkeit ist wegen der nicht zu erwartenden kurzfristigen Veränderungstendenzen nicht erforderlich (nur für Jahre mit Gesundheitsbefragungen und mit dieser Fragestellung berechenbar, alle 5 Jahre vorgesehen, die nächste findet 2014 statt).
- » Die internationale Vergleichbarkeit ist auch mit diesem Indikator theoretisch möglich, da Health Interview Surveys (HIS) auch in den anderen EU-Ländern durchgeführt werden, doch Eurostat berechnet bisher die Lebenserwartung in Gesundheit auf Basis von EU-SILC (in zwei Varianten).

Ausprägung Österreich insgesamt

Die **Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit** steigt kontinuierlich. 2006 geborene Mädchen können damit rechnen, 63,2 Lebensjahre in sehr guter oder guter Gesundheit zu verbringen. Im Jahr 2006 geborene Buben können 61,7 Lebensjahre in sehr guter oder guter Gesundheit erwarten. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern ist hier geringer als bei der Lebenserwartung insgesamt (vgl. Abschnitt 2.2), d. h., Frauen verbringen im Durchschnitt mehr Lebensjahre, in denen sie ihren Gesundheitszustand mittelmäßig oder schlechter einstufen. Die Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit ist zwischen 1978 und 2006, also innerhalb von 28 Jahren, bei beiden Geschlechtern um rund zehn Jahre gestiegen (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:
Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand)
nach Geschlecht, 1978–2006



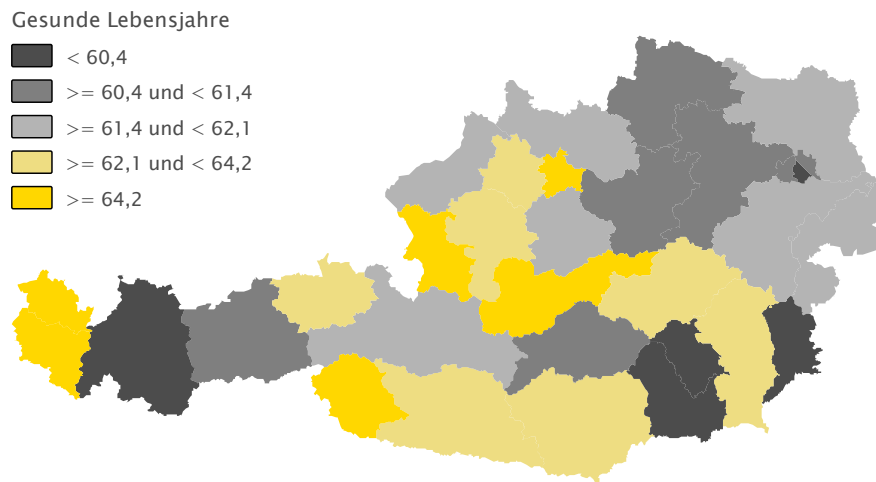
Quellen: Statistik Austria – Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Die Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit ist bei den Männern in Osttirol, Vorarlberg, in Liezen, im nördlichen Salzburg und im oberösterreichischen Zentralraum am höchsten, bei den Frauen in den westlichen Bundesländern und im Raum südlich von Wien (Thermenregion). Der Unterschied zwischen der Region mit der höchsten Lebenserwartung in guter Gesundheit und derjenigen mit der niedrigsten beträgt bei Männern knapp 9, bei Frauen mehr als 11 Jahre (vgl. Abbildung 2.2 und Abbildung 2.3).

Abbildung 2.2:

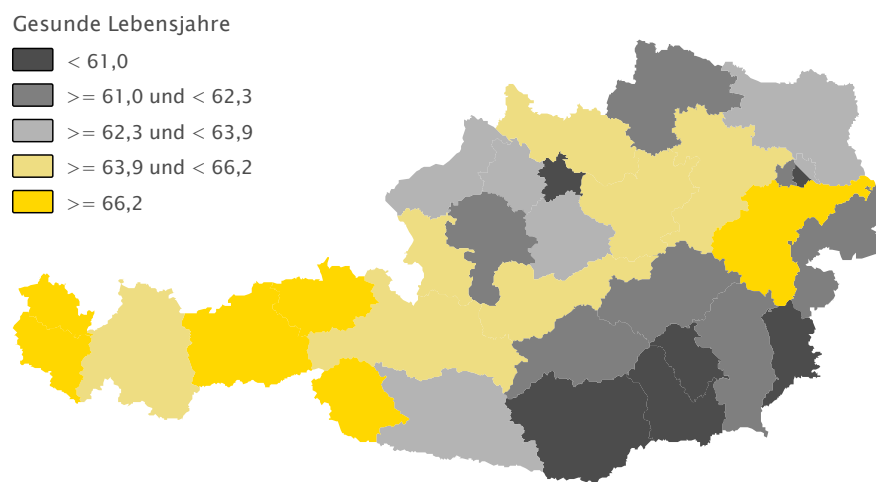
Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Versorgungsregionen, Männer, 2006



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik und Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.3:

Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit nach Versorgungsregionen, Frauen, 2006



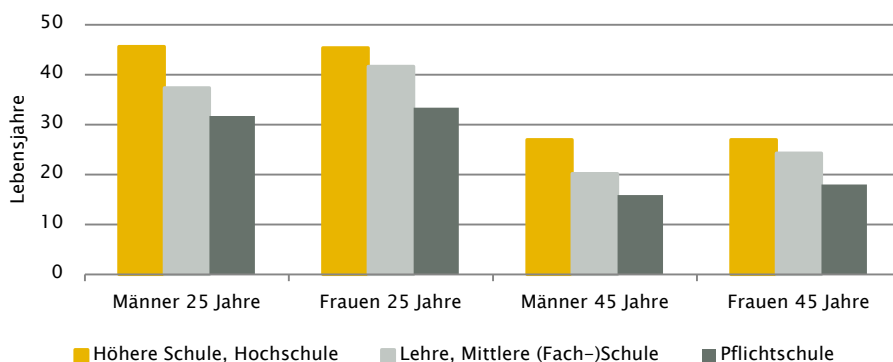
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik und Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Der sozioökonomische Aspekt der Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit kann durch die Verknüpfung mit **Bildung** dargestellt werden. Bei diesem Indikator ist es sinnvoll, nicht mehr die Lebenserwartung bei der Geburt, sondern die fernere Lebenserwartung ab einem bestimmten Alter zu messen. 25-jährige Männer und Frauen mit Abschluss einer höheren Schule können mit etwa 45 weiteren gesunden Lebensjahren rechnen; existiert lediglich ein Pflichtschulabschluss, ist die fernere Lebenserwartung in diesem Alter um 14 (bei Männern) bzw. um 12 Jahre (bei Frauen) geringer. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Lebenserwartung in Gesundheit ist auch bei den 45-Jährigen (vgl. Abbildung 2.4) und sogar noch bei den 65-Jährigen sichtbar.

Abbildung 2.4:

Fernere Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit im Alter von 25 und 45 Jahren nach Bildungsgrad und Geschlecht, 2006



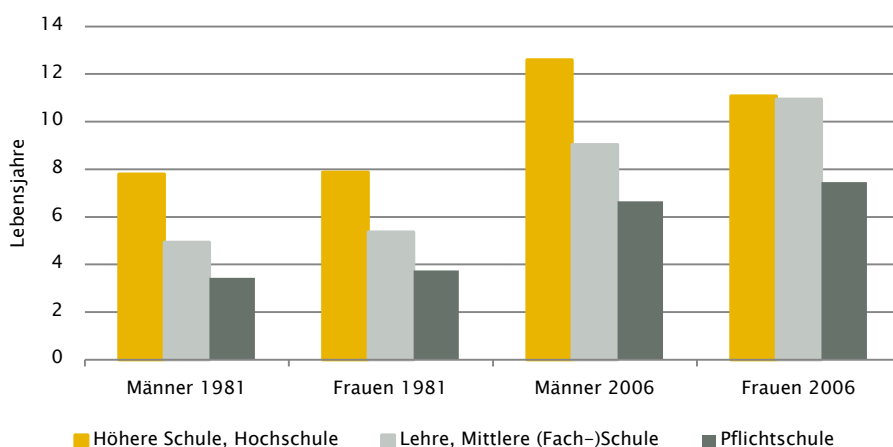
Quellen: Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/07, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der **Bildungseinfluss** auf die gesunde Lebenserwartung ist **bei Frauen geringer** als bei Männern (vgl. Abbildung 2.4), und er ist bei den 65-jährigen Frauen nahezu nicht mehr sichtbar (vgl. Abbildung 2.5). Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass die bei Akademikerinnen besonders ausgeprägte Doppelbelastung durch Beruf/Karriere und Haushalt/Familie den Vorteil der höheren Bildung wieder schmälert. Eine weitere Ursache könnte sein, dass Frauen (ökonomisch) vom gegebenenfalls höheren Bildungsgrad ihrer Männer profitieren, umgekehrt jedoch Frauen seltener einen höheren Bildungsgrad aufweisen als ihre Männer.

Zwischen 1981 und 2006 ist die fernere Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit **für alle Bildungsschichten gestiegen**. Bei den 65-jährigen Männern war der Gewinn an Lebenserwartung in Gesundheit proportional zum Bildungsgrad: je höher die Bildung, desto größer der Gewinn an gesunden Lebensjahren (+4,8 Jahre für die höchsten und +3,2 Jahre für die niedrigsten Bildungsschichten). Bei den 65-jährigen Frauen war der Gewinn an Lebenserwartung in Gesundheit für die höchsten Bildungsschichten am niedrigsten (+3,2 Jahre) und für die mittleren Bildungsschichten am höchsten (+5,6 Jahre).

Im Jahr 2006 konnten 65-jährige Männer der höchsten Bildungsstufe mit 12,6 weiteren Lebensjahren in Gesundheit rechnen, Männer der niedrigsten Bildungsschichten mit nur 6,7 Jahren. 65-jährige Frauen der höchsten Bildungsstufe konnten mit 11,1 weiteren Lebensjahren in Gesundheit rechnen, Frauen der niedrigsten Bildungsschicht mit 7,5 Jahren (vgl. Abbildung 2.5).

Abbildung 2.5:
Fernere Lebenserwartung in Gesundheit im Alter von 65 Jahren nach Bildungsgrad, 1981 und 2006



Quellen: Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 1981/82 und 2006/07, Mikrozensus-Sonderprogramme 1978 und 1983, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Eurostat definiert die gute gesundheitliche Verfassung über die Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden und nennt diesen Indikator **beschwerdefreie Lebenserwartung**. Er deckt sich weitgehend mit der oben beschriebenen Frage nach den funktionalen Einschränkungen in der EU-SILC-Erhebung, ist aber nicht mit dieser ident und deckt sich auch nicht mit den anderen hier beschriebenen Indikatoren zur gesunden Lebenserwartung. Dem zufolge ist die beschwerdefreie Lebenserwartung sowohl bei Männern als auch bei Frauen in Österreich um rund zwei Jahre niedriger als im Durchschnitt der EU-27-Länder. Als Limitationen bei dem Vergleich wird von Eurostat genannt, dass in Österreich die Definition im Vergleich zu den anderen Ländern etwas abweicht und der EU-Wert für 2011 geschätzt ist. (Eurostat-Datenbank)

Eurostat bietet aber auch den Indikator der **gesunden Lebenserwartung** an, der auf Basis des selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustands aus der EU-SILC-Befragung errechnet

wird. Anders als in Österreich⁵ werden hier jedoch die Antwortkategorien „sehr gut“, „gut“ und „mittelmäßig“ einbezogen. Demzufolge wäre die gesunde Lebenserwartung deutlich höher als die beschwerdefreie Lebenserwartung. Bemerkenswert hinsichtlich des internationalen Vergleichs ist jedoch, dass, gemessen an diesem Indikator, die gesunde Lebenserwartung in Österreich etwas höher ist als im Durchschnitt der EU-15-Länder, nämlich um 0,6 (bei Frauen) bzw. 0,8 Lebensjahre (bei Männern) im Jahr 2011.

Der Vorteil der beschwerdefreien Lebenserwartung gegenüber der gesunden Lebenserwartung für den internationalen Vergleich ist, dass bei der Frage nach den funktionalen Einschränkungen möglicherweise kulturelle Unterschiede bei der Beantwortung eine geringere Rolle spielen als bei der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes in fünf Kategorien.

Kernaussagen

- » Die **Lebenserwartung** der österreichischen Bevölkerung in sehr guter oder guter Gesundheit **steigt**.
- » 2006 geborene Mädchen können mit 63,2 und 2006 geborene Buben mit 61,7 Lebensjahren in sehr guter oder guter Gesundheit rechnen.
- » Es gibt kein eindeutiges regionales Muster in der Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit; **regionale Unterschiede** sind **bei Frauen größer** als bei Männern (mehr als **11 versus** knapp **9** Jahre zwischen der Region mit der höchsten und der Region mit der niedrigsten Lebenserwartung in Gesundheit).
- » Der **Zusammenhang** zwischen **Bildung** und **Lebenserwartung** in sehr guter oder guter Gesundheit ist **bei Männern stärker** als bei Frauen; der Unterschied nach dem Bildungsgradienten hat sich im Verlauf der letzten dreißig Jahre bei Männern noch verstärkt, bei Frauen jedoch verringert.
- » Frauen und Männer in **Österreich** haben eine um etwa zwei Jahre niedrigere beschwerdefreie Lebenserwartung als im Durchschnitt der **EU-27-Länder**, gemessen am allgemeinen Gesundheitszustand ist die gesunde Lebenserwartung jedoch in Österreich etwas höher.

2.2 Lebenserwartung

Definition

Die Lebenserwartung errechnet sich aus den Sterbetafeln bzw. der Todesursachenstatistik. Seit 2009 enthält diese Statistik auch die Auslandssterbefälle, ist also diesbezüglich genauer geworden. Die Ergebnisse der Berechnung der Lebenserwartung ab der Geburt werden durch die relativ geringe Anzahl an Menschen, die im Ausland versterben, allerdings nur unwesentlich

5

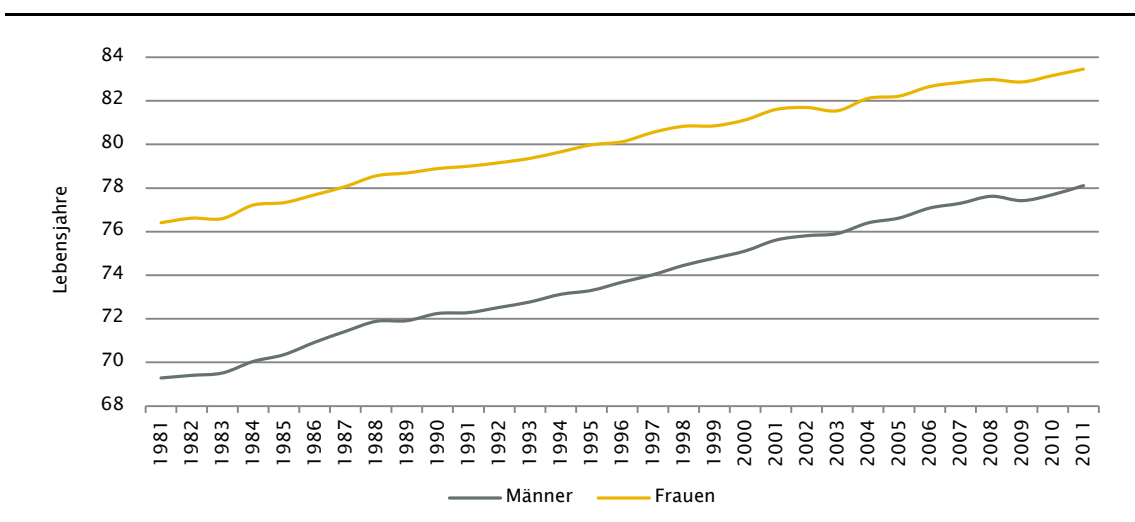
Die Statistik Austria fasst zur Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit nur die Antwortkategorien „sehr gut“ und „gut“ zusammen.

beeinflusst. Die Todesursachenstatistik ist eine jährlich verfügbare Routinestatistik, und somit steht auch die Lebenserwartung jährlich zur Verfügung. In Kombination mit dem sozioökonomischen Status allerdings ist man auf die Jahre von Befragungen angewiesen.

Ausprägung Österreich insgesamt

Die **Lebenserwartung** steigt kontinuierlich. 2011 lag sie für **Frauen** in Österreich bei etwa **83 Jahren** und für **Männer** bei **78 Jahren**. Das bedeutet für die letzten dreißig Jahre einen Gewinn von sieben Jahren für Frauen und von neun Jahren für Männer. Der **Unterschied zwischen Frauen und Männern** hat sich somit **verringert**. Er betrug 2011 5,3 Jahre, im Jahr 1981 wurden Frauen im Durchschnitt 7,1 Jahre älter als Männer.

Abbildung 2.6:
Lebenserwartung in Österreich nach Geschlecht, 1981–2011

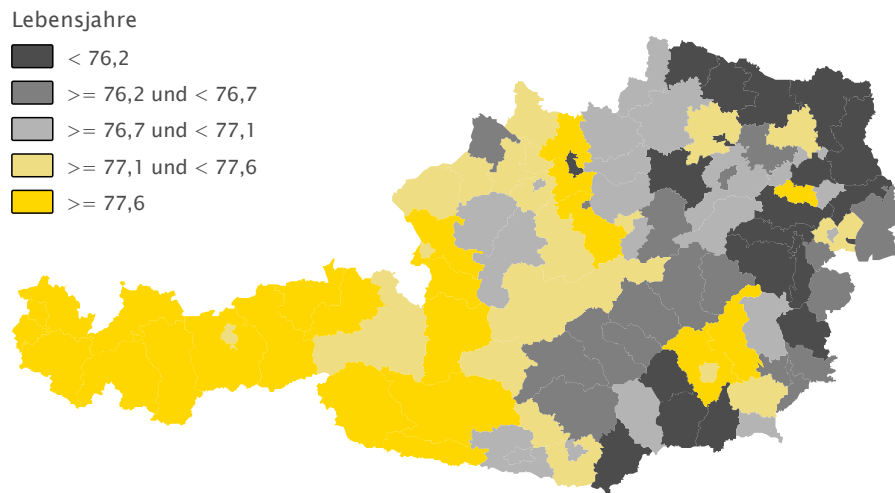


Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

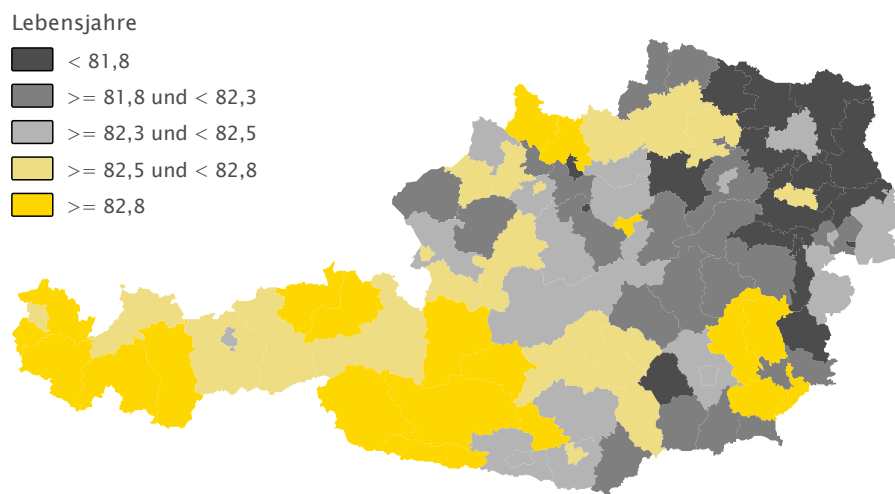
Für den regionalen Vergleich ist es sinnvoller, den Beobachtungszeitraum etwas kürzer zu definieren als bei der Analyse der zeitlichen Entwicklung. Die Lebenserwartung bei der Geburt im Durchschnitt der letzten zehn Jahre ist – anders als die Lebenserwartung in sehr guter und guter Gesundheit – durch ein deutliches **West-Ost-Gefälle** geprägt, der Unterschied zwischen dem Bezirk mit der höchsten und dem Bezirk mit der niedrigsten Lebenserwartung beträgt 3,5 Jahre bei Frauen und 3,9 Jahre bei Männern. Der Bezirk mit der höchsten Lebenserwartung ist Kitzbühel, am niedrigsten ist die Lebenserwartung in Wiener Neustadt Stadt (jeweils bei beiden Geschlechtern).

Abbildung 2.7:
Lebenserwartung von Männern bei der Geburt nach Bezirken, 2002–2011



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.8:
Lebenserwartung von Frauen bei der Geburt nach Bezirken, 2002–2011



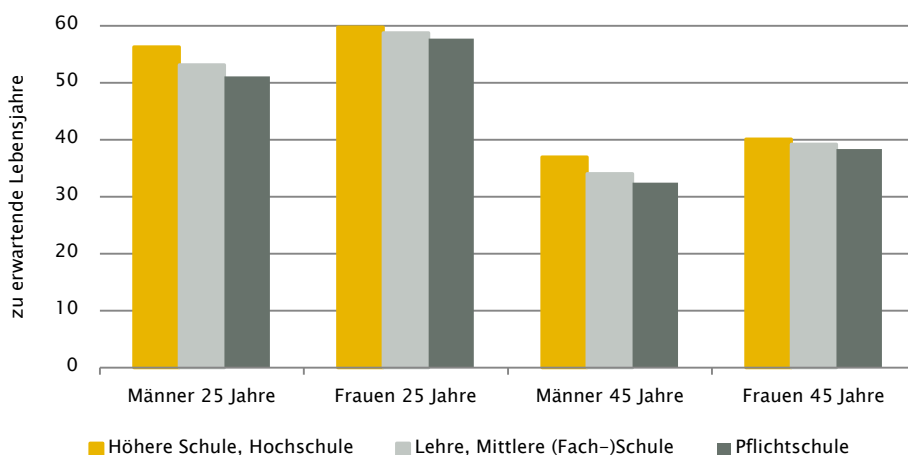
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Wie bei der Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit wird auch die Lebenserwartung insgesamt durch die Verknüpfung mit **Bildung** dargestellt, und zwar als fernere Lebenserwartung ab einem bestimmten Alter. 25-jährige Männer mit Abschluss einer höheren Schule können mit etwa 56 weiteren Lebensjahren rechnen, Männer mit lediglich einem Pflichtschulabschluss nur mit 51 Jahren, also um fünf Jahre weniger. Für 25-jährige Frauen mit Abschluss einer höheren Schule beträgt die fernere Lebenserwartung knapp 60 Jahre, für gleichaltrige Frauen mit Pflichtschulabschluss knapp 58 Jahre. Die Differenz beträgt also nur zwei Jahre und ist somit geringer als bei den Männern (vgl. Abbildung 2.9).

Der bildungsspezifische Unterschied bei der Lebenserwartung in Gesundheit ist deutlich höher als bei der Lebenserwartung insgesamt. Bildungsfernere Schichten leben somit nicht nur kürzer, sondern haben vor allem mehr Jahre mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu leben (vgl. Abbildung 2.4 und Abbildung 2.9).

Abbildung 2.9:
Fernere Lebenserwartung im Alter von 25 und 45 Jahren nach Bildungsgrad und Geschlecht, 2006



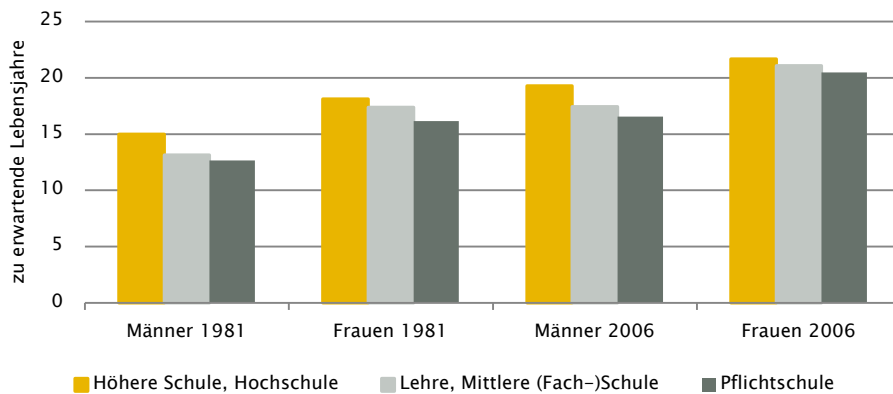
Quellen: Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/07, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von 1981 bis 2006 ist für alle Bildungsschichten die fernere Lebenserwartung insgesamt **gestiegen**, ebenso wie die Lebenserwartung in Gesundheit. Bei den 65-jährigen Männern hat sich der Unterschied in der Lebenserwartung von höheren Bildungsschichten im Vergleich zu niedrigeren leicht vergrößert, bei den 65-jährigen Frauen hat sich der Unterschied verringert. Die Veränderung des bildungsspezifischen Unterschieds ist jedoch bei der Lebenserwartung in Gesundheit deutlicher ausgeprägt als bei der Lebenserwartung insgesamt.

Im Jahr 2006 konnten 65-jährige Männer der höchsten Bildungsstufe mit 19,3 weiteren Lebensjahren rechnen, Männer der niedrigsten Bildungsschichten mit 16,6 Jahren. Für 65-

jährige Frauen der höchsten Bildungsstufe betrug die fernere Lebenserwartung 21,7 Jahre, für Frauen der niedrigsten Bildungsschicht 20,5 Jahre (vgl. Abbildung 2.10).

Abbildung 2.10:
Fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Bildungsgrad und Geschlecht, 1981 und 2006

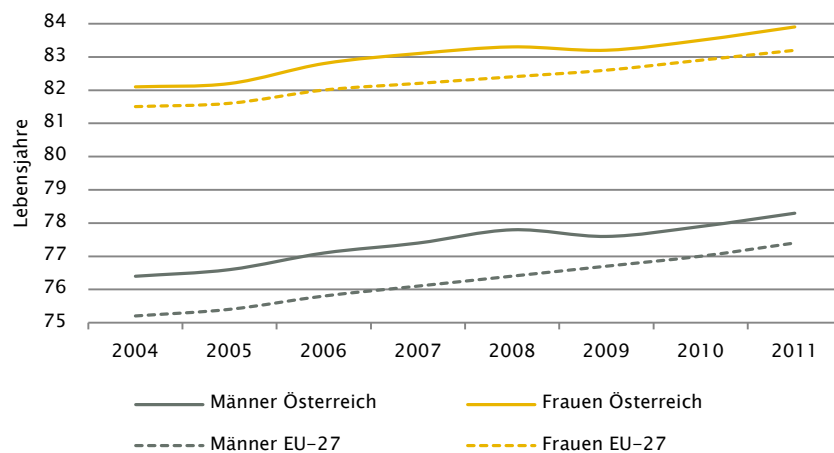


Quelle: Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/07;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Die **Lebenserwartung** insgesamt ist in Österreich etwas **höher** als im Durchschnitt der EU-27-Länder, und zwar bei Frauen um etwa 0,7 Jahre und bei Männern um ein Jahr. Dieser Unterschied verringert sich bei Männern tendenziell.

Abbildung 2.11:
Lebenserwartung bei der Geburt im Vergleich mit der EU, 2004–2011



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Die **Lebenserwartung steigt**.
- » 2011 betrug die Lebenserwartung für Frauen 83,5 und für Männer 78,1 Jahre.
- » Die Lebenserwartung ist in Westösterreich höher als in Ostösterreich – es zeigt sich ein West-Ost-Gefälle; **regionale Unterschiede** sind **bei Frauen etwas geringer** als bei Männern (während sie bei der Lebenserwartung in Gesundheit höher sind).
- » Der **Zusammenhang** zwischen **Bildung** und **Lebenserwartung** insgesamt ist zwar weniger deutlich als bei der Lebenserwartung in guter Gesundheit, doch ebenfalls sichtbar. Er ist **bei Männern stärker** ausgeprägt als bei Frauen und hat sich – ebenso wie bei der Lebenserwartung in Gesundheit – im Verlauf der letzten dreißig Jahre bei Männern etwas verstärkt und bei Frauen verringert.
- » Frauen und Männer **in Österreich** haben eine **um etwa 0,7 Jahre bzw. um etwa ein Jahr höhere** Lebenserwartung als im Durchschnitt der EU-27-Länder.

2.3 Selbstberichtete Gesundheit

Definition

Sowohl im Rahmen von EU-SILC als auch bei der österreichischen Gesundheitsbefragung wird die Bevölkerung nach ihrer Gesundheit im Allgemeinen gefragt. Bei beiden Befragungen gibt es fünf mögliche Antworten von „sehr gut“ über „gut“ bis „sehr schlecht“. Diese Frage fließt auch in die Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit ein.

Die Daten aus EU-SILC sind aktueller (2011), stehen in einer jährlichen Zeitreihe zur Verfügung und ermöglichen einen internationalen Vergleich. Für die regionale Differenzierung reicht allerdings die Stichprobengröße vielfach nicht (je nach Anzahl der möglichen Antworten und weiterer Differenzierungskriterien wie etwa Geschlecht). Dafür wird auf die Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung (2006/2007) zurückgegriffen. Im Rahmen von EU-SILC werden alle Personen ab 16 Jahren der ausgewählten Haushalte befragt, die Österreichische Gesundheitsbefragung wählt Einzelpersonen aus der Grundgesamtheit der Bevölkerung ab 15 Jahren.

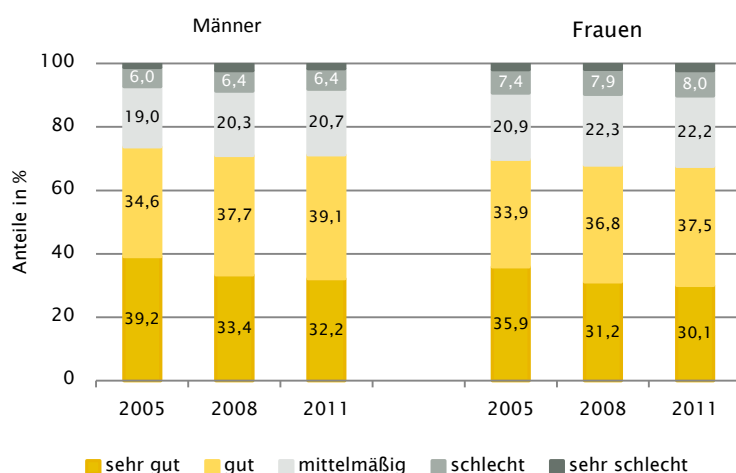
Ausprägung Österreich insgesamt

Rund **70 Prozent** der österreichischen Bevölkerung ab 16 Jahren beurteilt den eigenen Gesundheitszustand als **sehr gut oder gut**, knapp 10 Prozent gaben 2011 an, ihr Gesundheitszustand sei schlecht oder sehr schlecht. Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand tendenziell etwas schlechter als Männer, was insbesondere auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen zurückzuführen ist. Der zeitliche Verlauf zeigt eine leichte Verschlechterung des selbst beurteilten Gesundheitszustands (vgl. Abbildung 2.12).

Erwartungsgemäß **sinkt** der allgemeine Gesundheitszustand **mit zunehmendem Alter**. In der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen gaben 94 Prozent der Männer und 90 Prozent der Frauen

einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, unter der erwerbstätigen Bevölkerung⁶ traf dies auf 77 Prozent der Männer und Frauen zu (kein Unterschied nach dem Geschlecht), doch nur mehr 45 Prozent der über 64-jährigen Männer und 37 Prozent der gleichaltrigen Frauen fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut (vgl. Eurostat-Datenbank).

Abbildung 2.12:
Selbstberichteter Gesundheitszustand der Bevölkerung ab 16 Jahren nach Geschlecht, 2005–2011



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2005, 2008 und 2011 nach BMASK o. J., Statistik Austria 2007 und 2012d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

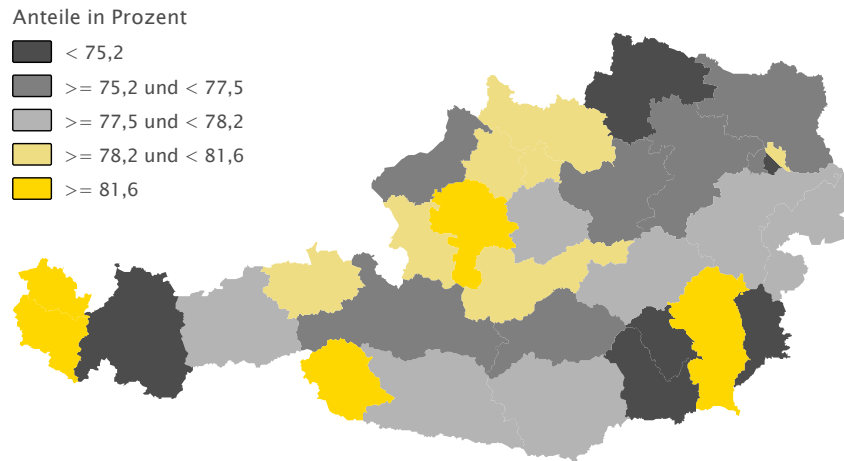
Insgesamt beurteilten bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 etwas mehr Personen als bei der EU-SILC-Befragung aus dem Jahr 2006 ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut (nicht 70, sondern 75 %), doch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind ähnlich groß.

Besonders gut beurteilen die Männer und Frauen aus **Vorarlberg** und **Osttirol** ihren Gesundheitszustand, besonders ungünstig wird er im Südburgenland, im Waldviertel sowie in der West-/Südsteiermark beurteilt. Die Unterschiede zwischen den Regionen mit den höchsten Anteilen von Menschen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand und jenen mit den niedrigsten Anteilen betragen bei Frauen 17 und bei Männern 12 Prozentpunkte (vgl. Abbildung 2.13 und Abbildung 2.14). In der Altersgruppe der über 64-Jährigen sind die regionalen Unterschiede deutlicher ausgeprägt (Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung; eigene Berechnungen).

⁶ 20- bis 64-jährige Bevölkerung

Abbildung 2.13:

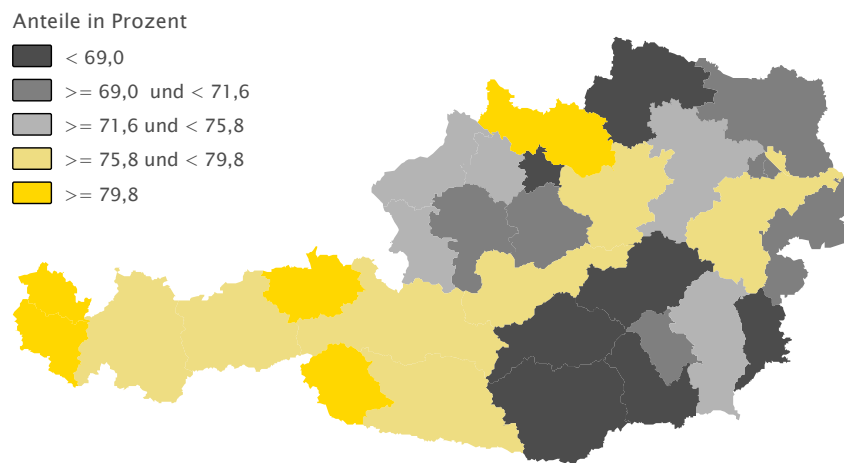
Sehr guter oder guter Gesundheitszustand der Männer ab 15 Jahren in Österreich nach Versorgungsregionen



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.14:

Sehr guter oder guter Gesundheitszustand der Frauen ab 15 Jahren in Österreich nach Versorgungsregionen

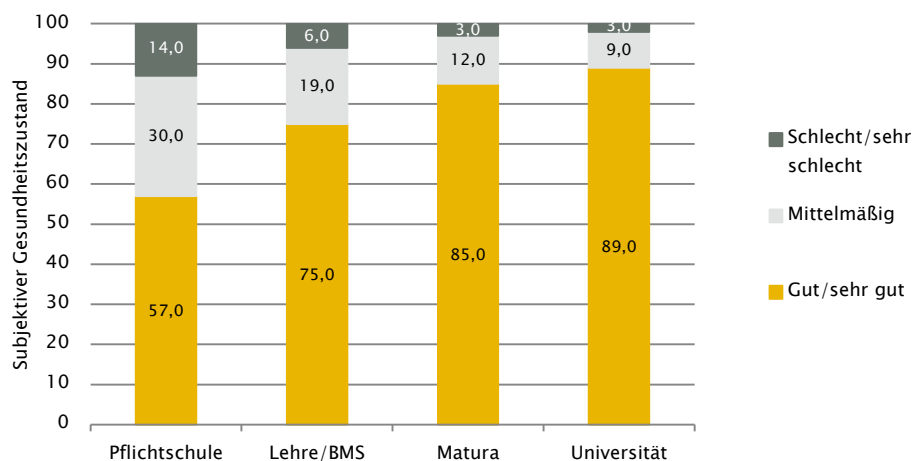


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Es zeigt sich ein **starker Zusammenhang** zwischen dem **Bildungsgrad** und der **Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes**. Beinahe 90 Prozent der Akademiker/innen und 85 Prozent der 20- bis 64-Jährigen mit Matura, aber nur 57 Prozent der Personen mit lediglich einem Pflichtschulabschluss fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut (vgl. Abbildung 2.15). Noch deutlicher ist dieser Zusammenhang bei der über 64-jährigen Bevölkerung: Immerhin noch 70 Prozent der Akademiker/innen beurteilen ihren Gesundheitszustand mit sehr gut oder gut, in der Gruppe der über 64-jährigen Pflichtschulabsolventinnen/-absolventen trifft dies nur mehr auf ein Viertel zu.

Abbildung 2.15:
Selbstberichteter Gesundheitszustand der 20- bis 64-Jährigen
nach höchster abgeschlossener (Schul-)Bildung 2011

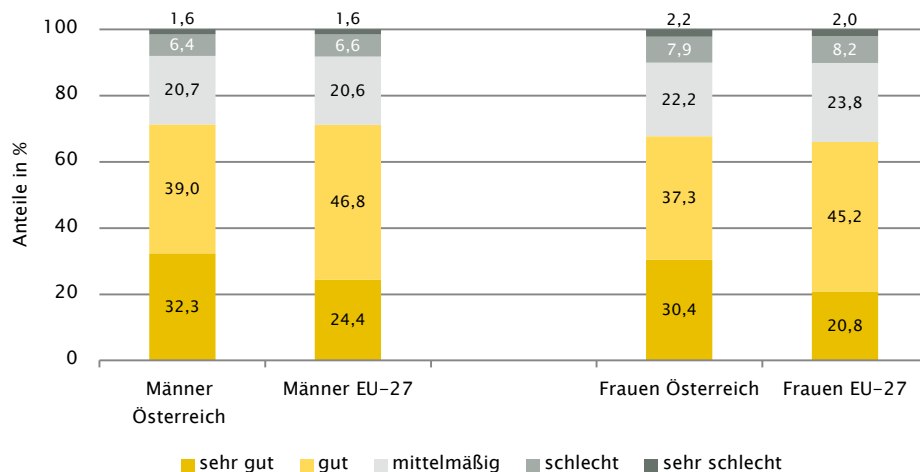


Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2011 nach Statistik Austria 2012c, 56;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Österreichische Männer und Frauen beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger mit „sehr gut“ als die Bevölkerung in den EU-27-Ländern. Werden die Kategorien „sehr gut“ und „gut“ zusammengefasst, liegt Österreich im europäischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 2.16).

Abbildung 2.16:
Selbstberichteter Gesundheitszustand der Bevölkerung ab 16 Jahren
im internationalen Vergleich 2011



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Rund **70 Prozent** der Bevölkerung beurteilen den eigenen Gesundheitszustand als **sehr gut oder gut**.
- » **Männer** beurteilen ihren Gesundheitszustand etwas **besser als Frauen**, insbesondere in den höheren Altersgruppen.
- » In **Westösterreich** wird der Gesundheitszustand **besser** beurteilt als in nord- und südöstlichen Grenzregionen.
- » Je **höher die Bildung**, desto **besser** wird der Gesundheitszustand beurteilt.
- » Die **österreichische** Bevölkerung beurteilt ihren Gesundheitszustand etwas **besser als** die Bevölkerung in den anderen **europäischen** Ländern.

3 Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

- » Lebenszufriedenheit und Lebensqualität
- » Arbeitsklima-Index
- » Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

3.1 Lebenszufriedenheit und Lebensqualität

Definition

Die **Lebenszufriedenheit** bzw. die **Lebensqualität** werden in Österreich im Rahmen von EU-SILC und auch im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung erhoben. EU-SILC bietet grundsätzlich – im Gegensatz zur Österreichischen Gesundheitsbefragung – die Möglichkeit, die jährliche Veränderung und den internationalen Vergleich zu beobachten. Im Fall der Lebenszufriedenheit allerdings gibt es aus EU-SILC derzeit keine internationalen Vergleichsmöglichkeiten, weil die Frage dazu nur Bestandteil des österreichischen Zusatzmoduls ist. Die EU-SILC-Befragung 2013 wird allerdings die Frage der Lebenszufriedenheit für alle teilnehmenden Länder beinhalten. Für den internationalen Vergleich wurde deshalb auf Daten des Gallup World Poll zurückgegriffen.

In den **EU-SILC** (Community Statistics on Income and Living Conditions) wird erhoben, wie zufrieden die Befragten gegenwärtig, alles in allem, mit ihrem Leben sind. Es gibt sechs Antwortmöglichkeiten von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“. Bei der Österreichischen **Gesundheitsbefragung 2006/2007** wurden die Befragten um die Beurteilung ihrer **Lebensqualität** auf einer fünfstufigen Skala ersucht (sehr schlecht, schlecht, mittelmäßig, gut, sehr gut). Beim **Gallup World Poll** konnten die Befragten auf einer zehnstufigen Skala (sog. „Cantril's Ladder“) angeben, wie hoch ihre Lebenszufriedenheit ist.

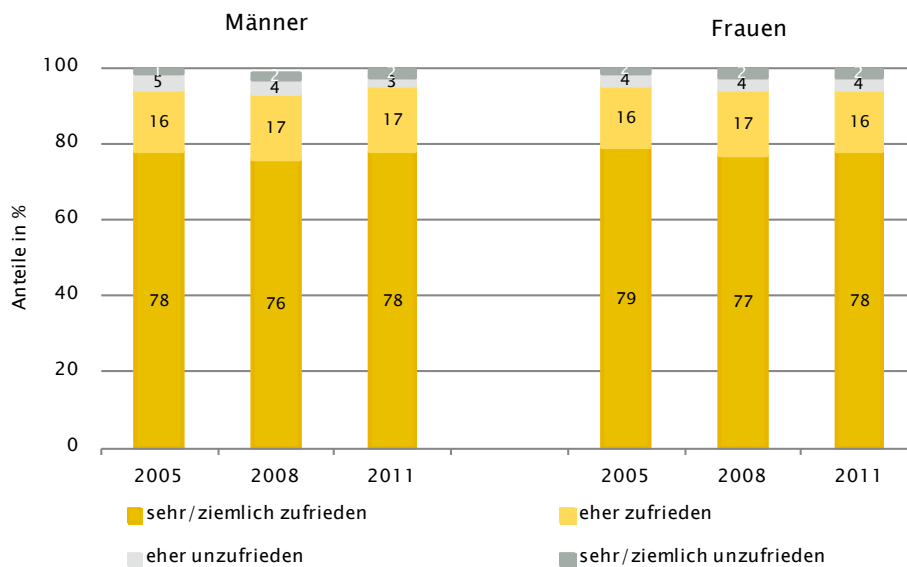
Ausprägung Österreich insgesamt

Knapp 80 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind mit ihrem Leben sehr oder ziemlich zufrieden. Dies war im Zeitverlauf 2005 bis 2011 nur geringfügigen Schwankungen unterworfen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Beurteilung der Lebenszufriedenheit zeigen sich nicht (vgl. Abbildung 3.1).

Mit **zunehmendem Alter** sinkt die Lebenszufriedenheit leicht, doch lediglich im oberen Segment. Das heißt: Ältere Menschen antworten häufiger mit „eher zufrieden“ als mit „sehr/ziemlich

zufrieden“. 81 Prozent der 20- bis 39-Jährigen geben an, sehr oder ziemlich zufrieden zu sein, doch nur noch 79 Prozent der 40- bis 64-Jährigen und 73 Prozent der Personen ab 65 Jahren geben diese Antwort. In der Kategorie „eher zufrieden“ verhält es sich genau umgekehrt: Unzufrieden mit dem Leben ist nur ein relativ geringer Bevölkerungsanteil, nämlich etwa 5 Prozent, und zwar unabhängig vom Alter (s. Statistik Austria 2012d, 72).

Abbildung 3.1:
Lebenszufriedenheit der österreichischen Bevölkerung ab 16 Jahren, 2005–2011



Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2005, 2008 und 2011 nach BMASK o. J., Statistik Austria 2007 und 2012d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

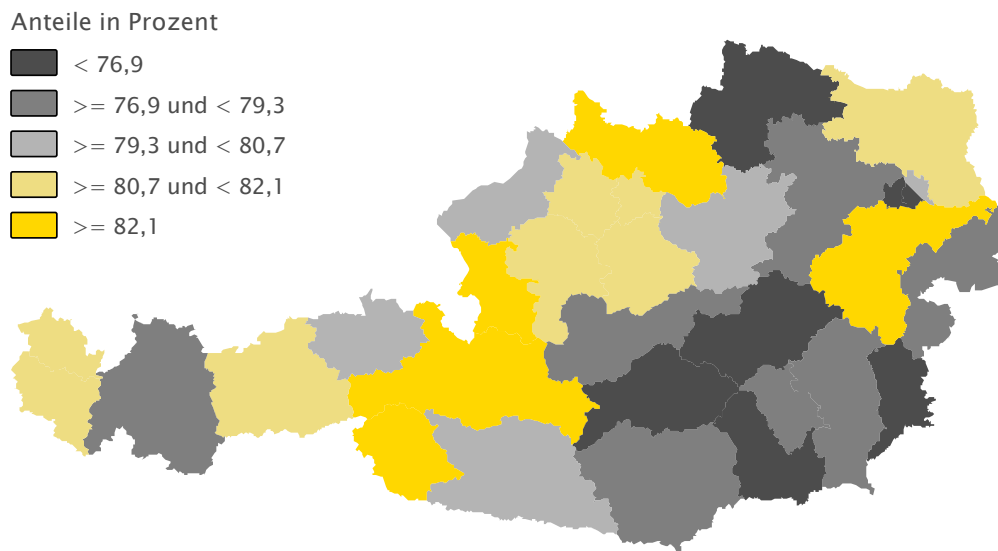
Regionale Ausprägung

Für die regionale Differenzierung wird wiederum auf die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 zurückgegriffen. Die Werte aus ATHIS und EU-SILC decken sich für Österreich insgesamt weitgehend: Beide Erhebungen zeigen, dass knapp **80 Prozent** der österreichischen Bevölkerung **mit ihrem Leben sehr oder ziemlich zufrieden** sind bzw. das Leben als sehr gut oder gut beurteilen.

Die **regionalen Unterschiede** in der Beurteilung der Lebensqualität in Österreich sind höher als nach Geschlecht oder Alter. Während in Osttirol und im Mühlviertel etwa 85 Prozent der Menschen sagen, ihre Lebensqualität sei sehr gut oder gut, sind es in der West-/Südsteiermark, im Südburgenland und auch in Teilen von Wien nur knapp über 70 Prozent (vgl. Abbildung 3.2). Auf Ebene der Bundesländer sind die Menschen in Wien mit ihrer Lebensqualität am wenigsten und in Salzburg am meisten zufrieden.

Abbildung 3.2:

Beurteilung der Lebensqualität als „sehr gut“ oder „gut“ der Bevölkerung ab 15 Jahren nach Versorgungsregionen 2006/2007

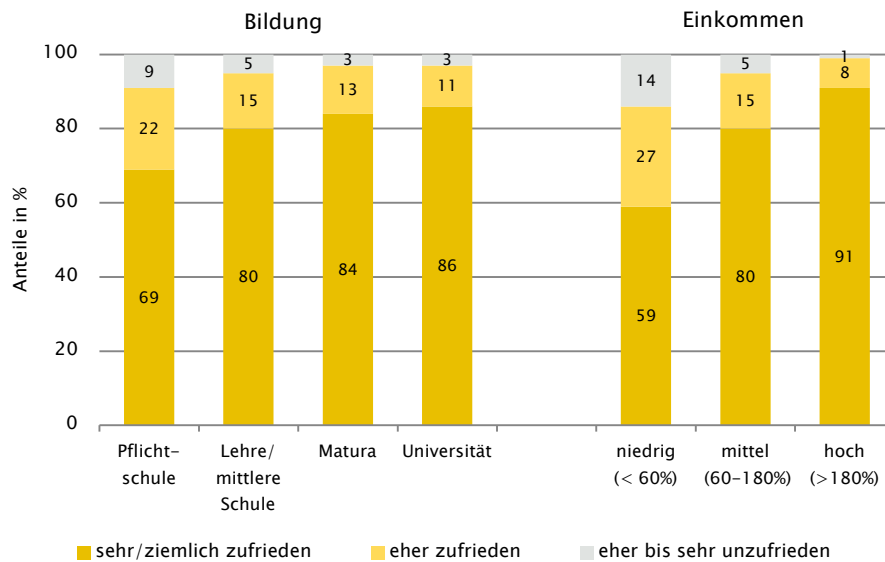


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Es zeigt sich ein **starker Zusammenhang** zwischen dem **Einkommen** und der Beurteilung der Lebenszufriedenheit. Personen mit **niedrigem** Einkommen beurteilen ihr Leben deutlich **seltener** mit **sehr oder ziemlich zufrieden** als Personen mit mittlerem und höherem Einkommen. 91 Prozent der Personen aus der höchsten Einkommensgruppe sind mit ihrem Leben sehr oder ziemlich zufrieden, bei den Personen aus der niedrigsten Einkommensgruppe trifft dies nur auf 59 Prozent zu. Die Lebenszufriedenheit korrespondiert auch mit dem Bildungsgrad, doch der Zusammenhang ist weniger ausgeprägt (vgl. Abbildung 3.3). Im Vergleich zum Jahr 2005 hat sich an der sozioökonomischen Komponente der Lebenszufriedenheit nichts Wesentliches verändert (s. Statistik Austria 2007, 137).

Abbildung 3.3:
Lebenszufriedenheit der Bevölkerung ab 16 Jahren nach Bildung und Einkommensgruppen 2011



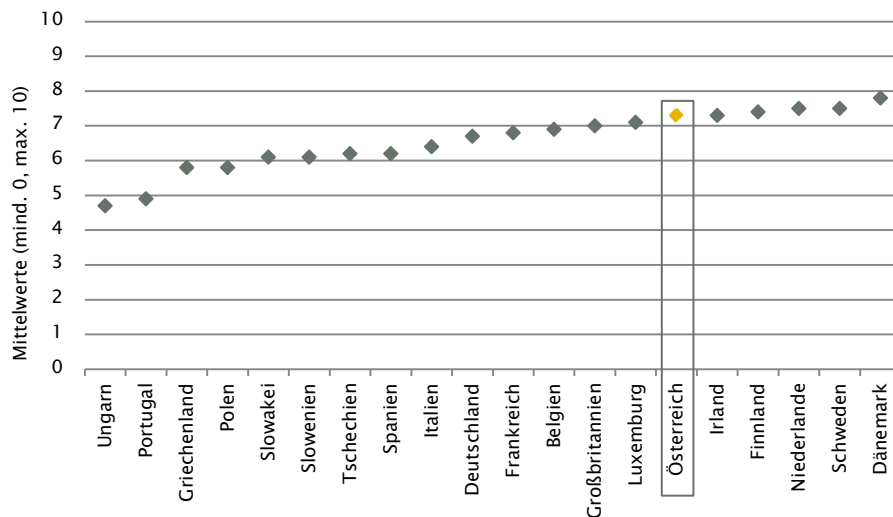
Die Einkommensgruppen sind definiert als Prozent des Medians.

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2011 nach Statistik Austria 2012d, 72;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Im Gegensatz zu ATHIS und EU-SILC wird im Rahmen der weltweiten Gallup-Umfrage die Lebensqualität auf einer zehnstufigen Skala beurteilt. Im Vergleich mit 19 anderen europäischen Ländern liegt Österreich mit einer durchschnittlichen Lebenszufriedenheit von 7,3 (von maximal 10) im ersten Drittel, sie ist also vergleichsweise gut. Höher wird sie insbesondere in den skandinavischen Ländern eingeschätzt (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Durchschnittliche Lebenszufriedenheit (Mittelwerte) im Vergleich
zu ausgewählten europäischen Ländern, 2010



Quelle: Gallup World Poll nach OECD 2011a, 270; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » **80 Prozent** der Österreicher/innen sind **sehr oder ziemlich zufrieden** mit ihrem Leben.
- » Frauen und Männer sind gleichermaßen zufrieden, die Zufriedenheit **sinkt** mit **zunehmendem Alter**.
- » Die Zufriedenheit mit dem Leben war im Zeitraum 2005 bis 2011 konstant.
- » In **Osttirol** und in **Salzburg** sind deutlich **mehr Menschen** mit ihrem Leben **sehr oder ziemlich zufrieden** als in einigen Regionen Ostösterreichs.
- » Sozioökonomisch Benachteiligte sind häufiger mit ihrem Leben unzufrieden, wobei der Zusammenhang mit dem Einkommen ausgeprägter ist als mit der Bildung.
- » Die Österreicher/innen weisen eine relativ hohe Lebenszufriedenheit im europaweiten Vergleich auf.

3.2 Arbeitsklima-Index

Definition

Der Arbeitsklima-Index wird seit 1997 im Auftrag der Arbeiterkammer (AK) Oberösterreich zweimal jährlich von SORA und IFES mit einer Stichprobe von jeweils ca. 2.000 Personen erhoben. Er ist ein Indikator für Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastungen. Die Erhebung erfolgt anhand von persönlichen Interviews mit unselbstständig Beschäftigten ab 16 Jahren. Der

Fragebogen enthält im Kern 25 Basisindikatoren, die zu folgenden vier Teilindizes zusammengefasst werden:

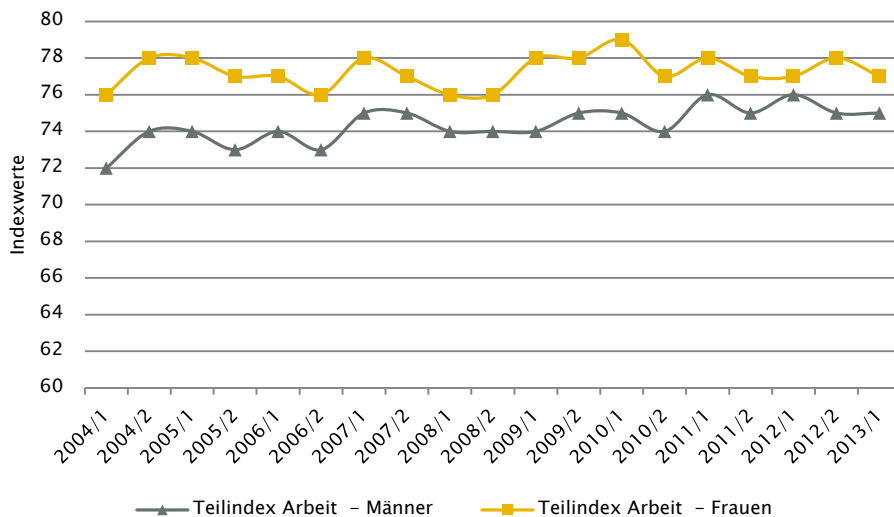
- » „Gesellschaft“ (Optimismus für die Gesellschaft, gesellschaftlicher Status),
- » „Betrieb“ (wirtschaftliche Zukunft, Image, Führungsstil, Sozialleistungen),
- » „Erwartungen“ (Karriere, Arbeitsmarktchancen) und
- » „Arbeit“ (Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit, mit dem Leben insgesamt, mit dem Einkommen, mit den Beziehungen zu Kollegen/Kolleginnen, mit den Arbeitszeitregelungen, Isolation am Arbeitsplatz, psychischer Stress, physischer Stress und Innovationsstress).
(S. AK OÖ o. J., 5 f.)

Der Teilindex „Arbeit“ ist mit 15 Indikatoren am umfassendsten und bildet die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz am ehesten ab. Er wird für die nachstehende Analyse herangezogen, kann zwischen 0 und 100 variieren und ist darauf ausgerichtet, Veränderungen im zeitlichen Verlauf zu messen. Die Interpretation für ein bestimmtes Jahr ist nicht angedacht. Andere Indikatoren wie wirtschaftlicher Optimismus (Teilindex „Gesellschaft“), wirtschaftliche Zukunft des Betriebs (Teilindex „Betrieb“) oder Arbeitsmarktchancen (Teilindex „Erwartungen“) gehen über die Aspekte des Arbeitsplatzes im engeren Sinn hinaus.

Ausprägung Österreich insgesamt

Die Werte des Teilindex „Arbeit“ liegen in den Jahren 2004 bis 2013 im Vergleich zum Jahr 1997 etwas höher, die Zufriedenheit ist also im Vergleich zum Jahr 1997 etwas gestiegen. Zwischen 2004 bis 2013 haben sich die Werte jedoch nicht stark verändert. Sie schwanken zwischen 74 und 77 Punkten und können als relativ hoch bezeichnet werden (im Durchschnitt der Geschlechter). Die Veränderungen bei Frauen und Männern sind relativ ähnlich, Frauen sind mit ihrer Arbeitssituation etwas zufriedener als Männer (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:
Teilindex Arbeit (Arbeitsklima-Index) nach Geschlecht

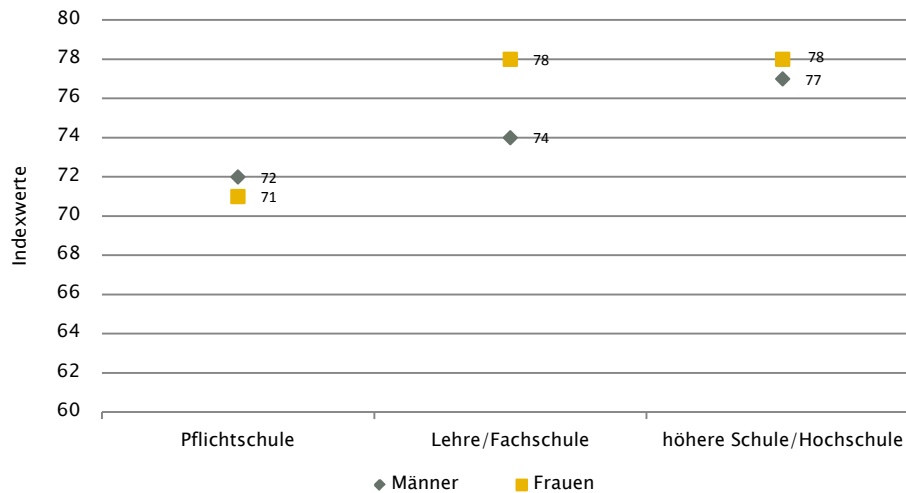


Quelle: Arbeitsklima-Index-Datenbank; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Die Befragung zum Arbeitsklima-Index erfasst auch die höchste abgeschlossene Schulbildung der Befragten, wodurch es Hinweise auf den sozioökonomischen Aspekt des Arbeitsklimas bzw. auf die Zufriedenheit mit bestimmten arbeitsbezogenen Aspekten gibt. Bei Personen mit **Pflichtschule** als höchstem Bildungsabschluss zeigen sich **deutlich niedrigere Werte**, d. h., sie sind mit der Arbeitssituation **weniger zufrieden** als Personen mit höheren Bildungsniveaus. Insbesondere im mittleren Bildungsbereich (Lehre, Fachschule) sind Frauen etwas zufriedener als Männer (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:
Teilindex Arbeit (Arbeitsklima-Index) nach Bildungsstand und Geschlecht (2013/1)



Quelle: Arbeitsklima-Index-Datenbank; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Die **Zufriedenheit** mit der beruflichen Tätigkeit und mit anderen Aspekten, die mit dem **Arbeitsplatz** eng verknüpft sind, ist seit 2004 **weitgehend unverändert**.
- » **Frauen** sind etwas **zufriedener** als Männer.
- » Menschen mit lediglich **Pflichtschulabschluss** sind **weniger** mit ihrer Arbeitssituation **zufrieden** als Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen.

3.3 Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Definition

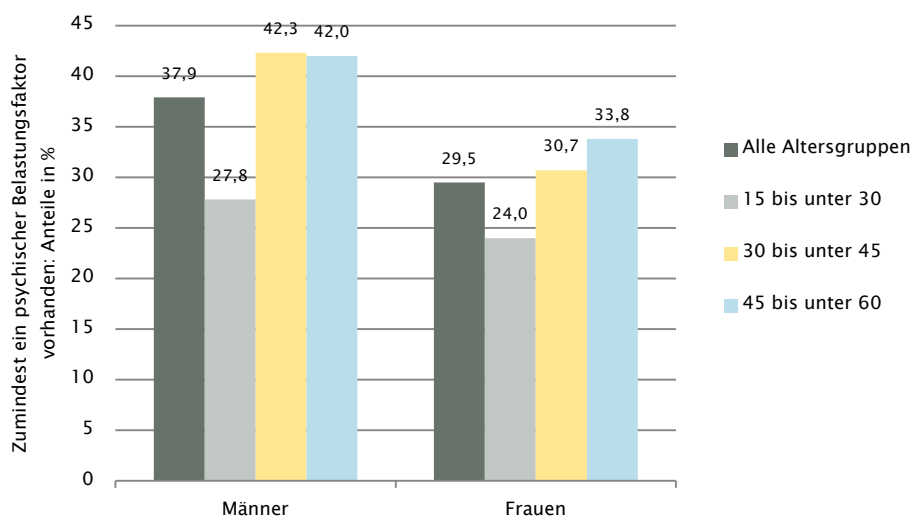
Seit 1995 wird – mit geändertem Erhebungsmodus ab 2004 – in Österreich (wie in der Europäischen Union) jährlich eine Arbeitskräfteerhebung durchgeführt. Im Jahr 2007 wurde diese Erhebung – ebenfalls europaweit – um das Modul „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ erweitert. Es geht dabei um Arbeitsunfälle, berufliche Belastungen insgesamt, physische Belastungen, arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme und auch um **psychische Belastungen** der österreichischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die zum Zeitpunkt der Erhebung oder jemals erwerbstätig war. Unter der Rubrik der psychischen Belastungen werden vier mögliche Belastungsfaktoren abgefragt: Belästigung oder Mobbing, Gewalt oder Androhung von Gewalt, Zeitdruck oder Überbeanspruchung sowie „andere Faktoren, die dem seelischen Wohlbefinden schaden können“.

Ausprägung Österreich insgesamt

Etwa ein Drittel der Befragten gab an, mindestens einem **psychischen Belastungsfaktor** am **Arbeitsplatz** ausgesetzt zu sein. Der Großteil dieser Belastung ist auf **Zeitdruck und Überbeanspruchung** zurückzuführen: Rund 30 Prozent der Befragten litten unter Zeitdruck, etwa 3 Prozent waren Belästigung oder Mobbing und 2 Prozent Gewalt ausgesetzt. (S. Statistik Austria 2009, 62 ff.)

Männer sind laut dieser Befragung **häufiger** von psychischen Belastungen, respektive Zeitdruck und Überbeanspruchung, betroffen als Frauen (38 % der Männer und 30 % der Frauen). Bei Mobbing und Gewalt gab es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied. Zeitdruck und Überbeanspruchung sind zu Beginn der Erwerbstätigkeit deutlich geringer als für die Arbeitnehmer/innen ab 30 Jahren: Mehr als 40 Prozent der 30- bis 60-jährigen Männer und rund ein Drittel der gleichaltrigen Frauen verspüren bei ihrer Erwerbsarbeit Zeitdruck, der als psychische Belastung empfunden wird (vgl. Abbildung 3.7).

Abbildung 3.7:
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz 2007



Quelle: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2007: „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ nach Statistik Austria 2009, 62 f; Darstellung: GÖG/ÖBIG

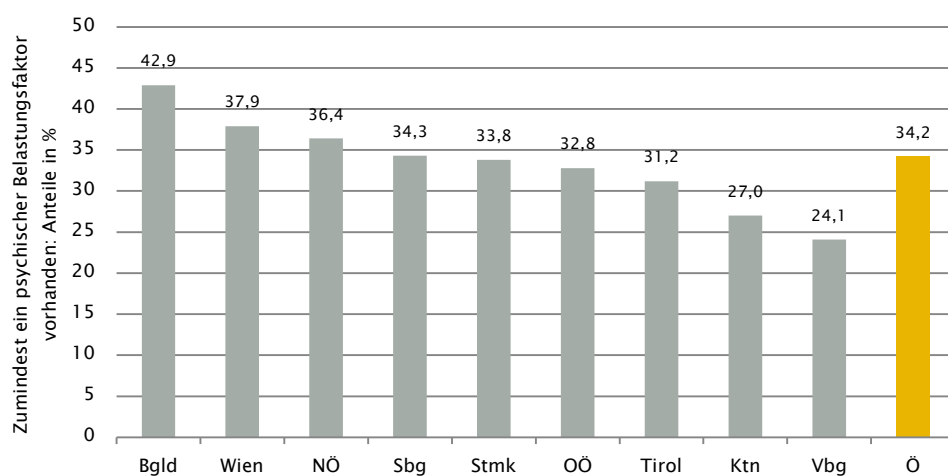
Regionale Ausprägung

Die erwerbstätige Bevölkerung **im Osten Österreichs** ist **häufiger psychischen Belastungen** am Arbeitsplatz (das ist im Wesentlichen Zeitdruck) ausgesetzt als im Westen und im Süden Österreichs. 43 Prozent der Befragten aus dem Burgenland fühlen sich psychisch belastet, dicht gefolgt von Wienerinnen und Wienern mit 38 Prozent. Am seltensten leidet die Bevölkerung in Vorarlberg (24 %) und in Kärnten (27 %) unter psychischen Belastungen am Arbeitsplatz (vgl. Abbildung 3.8). Die entsprechenden Werte für den Belastungsfaktor „Zeitdruck oder Überbeanspruchung“ sind in Abbildung 3.9 dargestellt.

spruchung“ allein liegen um wenige Prozentpunkte darunter, aber am regionalen Bild verändert sich nichts.

Auch hinsichtlich Mobbing ist Kärnten in einer vergleichsweise günstigen und Wien in einer ungünstigen Position: 1,7 Prozent der Kärntner, aber immerhin 4,4 Prozent der Wiener Bevölkerung sind durch Belästigung oder Mobbing am Arbeitsplatz belastet (s. Statistik Austria 2009, 62).

Abbildung 3.8:
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nach Bundesländern



Quelle: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2007: „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ nach Statistik Austria 2009, 62; Darstellung: GÖG/ÖBIG

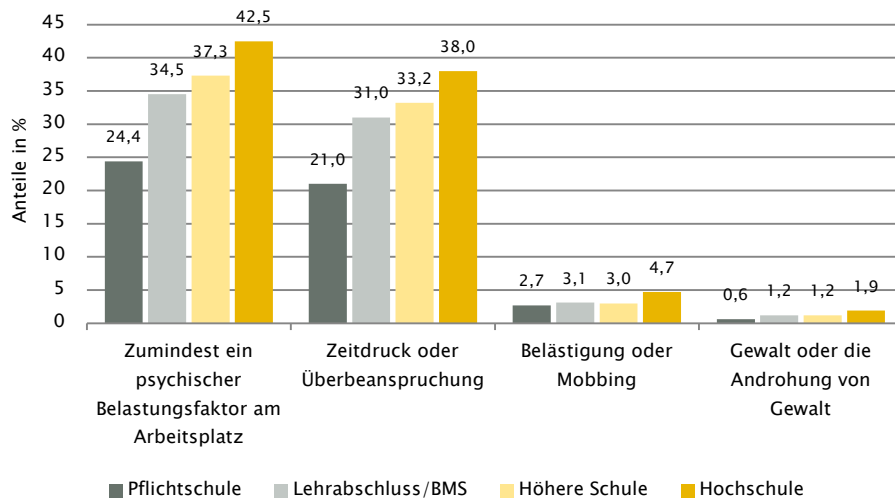
Sozioökonomischer Aspekt

Die **psychische Belastung** am Arbeitsplatz ist einer der wenigen Indikatoren, die sich **umso ungünstiger** darstellen, **je höher die Bildung** ist. Der Zusammenhang besteht bei Männern und Frauen gleichermaßen (wenngleich auf unterschiedlichem Niveau) und zeigt sich nicht nur insgesamt, sondern auch für alle drei gefragten Belastungsfaktoren einzeln. 43 Prozent der Akademiker/innen sind zumindest einer psychischen Belastung am Arbeitsplatz ausgesetzt, aber „nur“ rund ein Viertel der Personen mit ausschließlich einem Pflichtschulabschluss. Zeitdruck ist, wie bereits dargestellt, die deutlich häufigste psychische Belastung am Arbeitsplatz: 38 Prozent der Akademiker/innen, rund ein Drittel der Menschen mit einem mittleren Bildungsabschluss und 21 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen/–absolventen sind durch Zeitdruck am Arbeitsplatz belastet.

Akademiker/innen geben auch häufiger als andere Bildungsgruppen an, Belästigungen oder Mobbing bzw. Gewalt oder Androhung von Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt zu sein. Daraus lässt sich aber **nicht eindeutig schließen**, dass Personen mit einem **niedrigeren Bildungsab-**

schluss seltener psychischen Belastungen **ausgesetzt** sind – es könnte auch daran liegen, dass psychische Stressoren bei Personen mit einem höheren Bildungsabschluss eher oder anders wahrgenommen werden bzw. dass die soziale Akzeptanz solcher Probleme höher liegt. (Vgl. Abbildung 3.9.)

Abbildung 3.9:
Psychische Belastungen am Arbeitsplatz nach höchster abgeschlossener Schulbildung



Quelle: Mikrozensus–Arbeitskräfteerhebung Ad–hoc–Modul 2007: „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ nach Statistik Austria 2009, 62; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Im Vergleich mit den EU–27–Ländern ist in Österreich die zeitliche Belastung am Arbeitsplatz sehr hoch. Nach dem **wichtigsten** Belastungsfaktor gefragt, geben 29 Prozent der Österreicher/innen, aber nur 22 Prozent der Bevölkerung im europäischen Durchschnitt an (EU–27), unter Zeitdruck oder Überbeanspruchung am Arbeitsplatz zu leiden. Mobbing bzw. Belästigung (2,4 vs. 2,7 %) und Gewalt (0,8 vs. 2,1 %) werden in Österreich seltener als wichtigstes Problem genannt (Quelle: Eurostat–Datenbank).

Kernaussagen

- » **Mehr als ein Drittel** der österreichischen Bevölkerung ist zumindest aufgrund eines psychischen Faktors am Arbeitsplatz **belastet**, **Zeitdruck** ist die Hauptursache.
- » **Männer** sind **häufiger** zeitlichem Druck ausgesetzt als Frauen.
- » Die unter 30–jährige Bevölkerung ist am Arbeitsplatz psychisch und insbesondere zeitlich **weniger belastet** als die Bevölkerung über 30 Jahre.
- » Die **psychischen Belastungen** sind in **Ostösterreich**, insbesondere in Wien, besonders **hoch** und in Vorarlberg und Kärnten vergleichsweise niedrig.

- » **Je höher der Bildungsgrad**, desto öfter geben die Befragten an, unter psychischen **Belastungen** und insbesondere unter zeitlichem **Druck** zu leiden.
- » **Zeitdruck** am Arbeitsplatz wird **in Österreich häufiger** als Problem gesehen als im europäischen Durchschnitt.

4 Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen

- » Bildungsniveau (auch nach Bildungsstatus der Eltern = Bildungsmobilität)
- » Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung

4.1 Bildungsniveau

Definition

Für Österreich und den Bundesländervergleich werden die gängigen Bildungsabschlüsse dargestellt: maximal⁷ Pflichtschule, Lehre/BMS, Matura sowie Universität. Zu Universitätsabschlüssen werden auch Fachhochschulen und Hochschulen (z. B. pädagogische Hochschule) gezählt. Für den internationalen Vergleich werden die tertiären Bildungsabschlüsse sowie höhere sekundäre Bildungsabschlüsse dargestellt.⁸ Tertiäre Bildungsabschlüsse (ISCED-Level 5 und 6) umfassen absolvierte Ausbildungen nach der Matura (Universitäten, Fachhochschulen usw.). Zu den höheren sekundären Bildungsabschlüssen zählen allgemeinbildende höhere Schulen (Oberstufe), berufsbildende höhere und mittlere Schulen, die polytechnischen Schulen sowie Berufsschule und Lehre (ISCED Level 3). (S. BMUK 2013; Eurostat 2013.)

Ausprägung Österreich insgesamt

Dem Bildungsstandregister 2011 zufolge können die Bildungsniveaus in Österreich folgendermaßen beschrieben werden: Knapp ein **Fünftel** der 25- bis 64-Jährigen hat **lediglich** einen **Pflichtschulabschluss**. Etwas **mehr als die Hälfte** und damit der größte Bevölkerungsanteil hat eine **Lehre** abgeschlossen **oder** einen Abschluss einer **berufsbildenden mittleren Schule**. Jeweils etwas **mehr als 14 Prozent** können entweder AHS- oder BHS-**Matura** (inkl. Kolleg) oder einen **Universitätsabschluss** vorweisen.

7

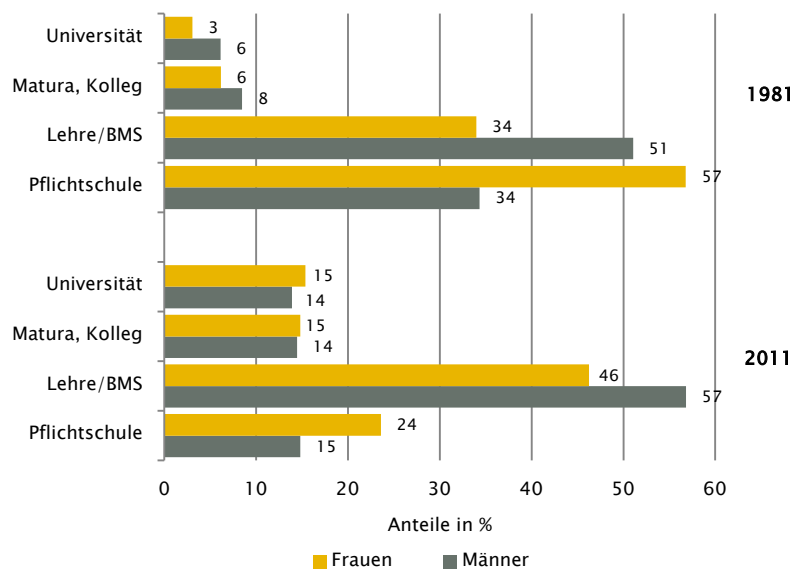
„Maximal Pflichtschule“ heißt hier: Schulpflicht absolviert, ggf. ohne positiven Abschluss; in den Abbildungen wird aus Platzgründen statt „max. Pflichtschule“ nur „Pflichtschule“ geschrieben.

8

ISCED 0 = Kindergarten; ISCED 1 = Volksschule; ISCED 2 = allgemeinbildende höhere Schule Unterstufe, Neue Mittelschule, Hauptschule; ISCED3 = allgemeinbildende höhere Schule Oberstufe AHS, BHS, BMS, Berufsschule/Lehre; ISCED 4 = Matura; ISCED 5 = Universität, Fachhochschule u. Ä.; ISCED 6 = Dissertationsstudium

Deutlich mehr Frauen als Männer haben höchstens die Pflichtschule abgeschlossen, und etwas mehr Frauen als Männer haben Matura oder einen Universitätsabschluss. Die Lehre oder eine berufsbildende mittlere Schule abgeschlossen haben deutlich mehr Männer als Frauen. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte hat sich das **Bildungsniveau deutlich erhöht**, und insbesondere Frauen haben einen großen Teil ihres Bildungsrückstands aufgeholt (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Bildungsniveau (höchste abgeschlossene [Schul-]Bildung) der 25- bis 64-Jährigen nach Geschlecht, 1981 und 2011



Quelle: Statistik Austria 2013a, 89 Bildung in Zahlen 2011/2012, Bildungsstandregister 2011 nach Statistik Austria 2013b; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Entsprechend den Veränderungen im Bildungsstand der Bevölkerung ist der Akademikeranteil in der jüngeren Bevölkerung deutlich höher als in der älteren und der Anteil derjenigen, die nur einen Pflichtschulabschluss nachweisen können, geringer.

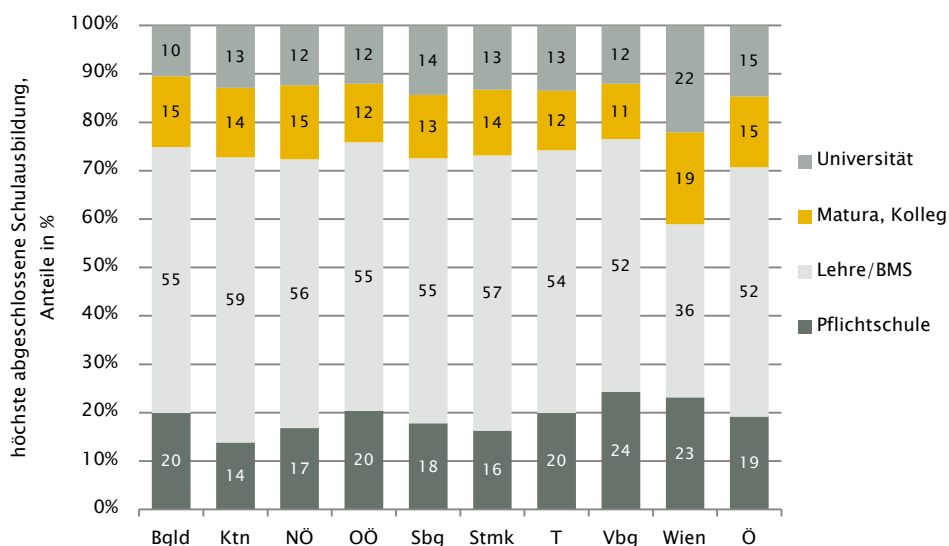
Regionale Ausprägung

Die Verteilung der **Bildungsniveaus** entspricht in den einzelnen **Bundesländern weitgehend dem österreichischen Durchschnitt**. Den größten Anteil machen Personen mit einem Lehrabschluss oder dem Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule aus und den zweitgrößten Anteil Personen, die höchstens die Pflichtschule abgeschlossen haben. In Wien allerdings ist die Bildung stärker „polarisiert“: Sowohl der Anteil der Pflichtschulabsolventinnen/-absolventen, als auch die Anteile an Personen mit Matura und mit Universitätsabschluss sind deutlich höher als im bundesweiten Durchschnitt. Demzufolge gibt es hier deutlich **weniger** Personen mit einem **Lehrabschluss** (vgl. Abbildung 4.2).

In **Vorarlberg** ist der Anteil an Personen, die maximal die **Pflichtschule** abgeschlossen haben, am **höchsten** (ein Viertel), in Wien am zweithöchsten. In **Kärnten** ist dieser Anteil mit 14 Prozent niedriger als in allen anderen Bundesländern (vgl. Abbildung 4.2).

Die **geschlechtsspezifischen Unterschiede**, die sich primär in den unteren Bildungssegmenten zeigen (mehr Frauen mit Pflichtschulabschluss und dafür mehr Männer mit Lehre oder berufsbildender mittlerer Schule), sind **im Burgenland besonders stark ausgeprägt**: 11 Prozent der Burgenländer, aber 28 Prozent der Burgenländerinnen im Alter von 25 bis 64 Jahren haben lediglich einen Pflichtschulabschluss; und 65 Prozent der Burgenländer, aber nur 45 Prozent der Burgenländerinnen haben einen Lehrabschluss oder einen Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule. In Wien sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede am geringsten (Quelle: Statistik Austria – Bildungsstandregister 2011 / Onlinetabelle).

Abbildung 4.2:
Bildungsniveau der 25- bis 64-Jährigen (Männer und Frauen) nach Bundesland 2010



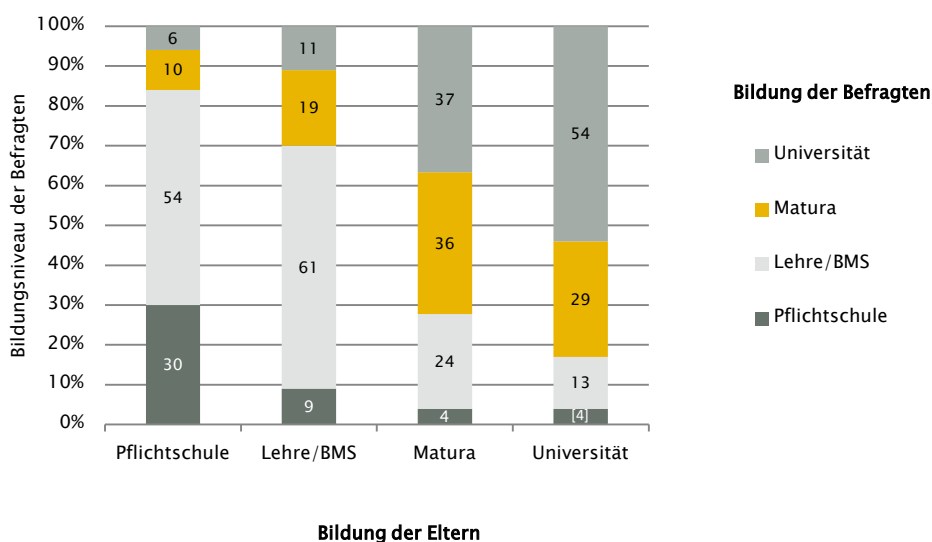
Quelle: Bildungsstandregister 2010 nach Statistik Austria 2012b; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Der sozioökonomische Aspekt von Bildung kann anhand der sog. „**Bildungsmobilität**“ betrachtet werden. Die Bildungsmobilität beschreibt die Zusammenhänge zwischen dem Bildungsabschluss der Eltern und ihrer Kinder. Um sie für Österreich zu erfassen, wurden in EU-SILC 2011 Daten zur Bildung der Eltern der Befragten erhoben (s. Statistik Austria 2013d). Personen, deren **Eltern höchstens die Pflichtschule** abgeschlossen haben, verbleiben zu einem großen Teil auf dieser Bildungsebene – der größte Anteil schließt jedoch mit einer Lehre bzw. einer berufsbildenden mittleren Schule ab. Relativ wenige schließen eine höhere Schule oder eine Universität ab. Haben die **Eltern die Lehre** oder eine **mittlere berufsbildende Schule** abgeschlossen, verbleibt

deutlich mehr als die Hälfte der Kinder auf dem gleichen Bildungsniveau. Der Anteil derjenigen, die maturieren oder die Universität abschließen, steigt jedoch deutlich an. Haben **Eltern die Matura**, schließen die Kinder mit sehr großer Wahrscheinlichkeit zumindest mit der Matura ab. Noch deutlicher zeigt sich dies bei Personen, deren **Eltern die Universität** abgeschlossen haben: Mehr als die Hälfte schließt selbst die Universität ab, knapp 30 Prozent machen die Matura. Es zeigt sich also ein **sehr hoher Zusammenhang** zwischen dem **Bildungsabschluss der Eltern und dem ihrer Kinder** (vgl. Abbildung 4.3). Der Zusammenhang zwischen der Bildung der Eltern und der der nachfolgenden Generation ist bei Frauen stärker als bei Männern (s. Statistik Austria 2013d, 54).

Abbildung 4.3:
Bildungsmobilität der 25- bis 59-Jährigen 2011



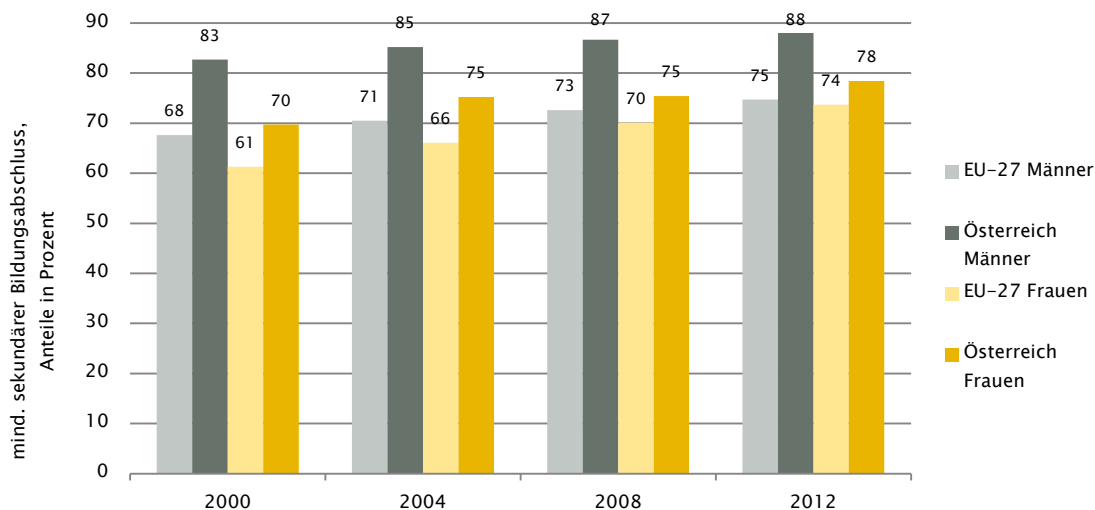
Quelle: Statistik Austria, EU Statistics on Income and Living Conditions 2011 nach Statistik Austria 2013d, 52;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Betrachtet man die **tertiären Bildungsabschlüsse** im internationalen Vergleich, liegt Österreich deutlich **unter dem Durchschnitt der EU-27-Länder**. Insbesondere die österreichischen Frauen erreichen seltener einen die Matura übersteigenden Bildungsgrad (Quelle: Eurostat-Datenbank). Österreicherinnen und Österreicher erreichen hingegen häufiger einen höheren sekundären Bildungsabschluss (Lehre, mittlere berufsbildende Schule oder mehr), was umgekehrt heißt, dass der **Anteil derjenigen**, die nur einen **Pflichtschulabschluss** haben, **geringer** ist als im Durchschnitt der EU-17-Länder. In Österreich trifft dies auf etwa ein Fünftel der 20- bis 64-Jährigen zu (Frauen häufiger als Männer), in den EU-27-Ländern ist ein Viertel der gleichaltrigen Bevölkerung ohne weitergehende Ausbildung (Frauen und Männer gleichermaßen). Es zeigt sich auch, dass sich der geschlechtsspezifische Unterschied zwischen 2000 und 2012 in den EU-Ländern rascher verringert hat als in Österreich (vgl. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:

20- bis 64-Jährige mit zumindest höheren sekundären⁹ Bildungsabschluss
im internationalen Vergleich 2000–2012



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Knapp **ein Fünftel** der Bevölkerung hat lediglich einen **Pflichtschulabschluss**. Mehr als die Hälfte der 24- bis 64-jährigen Österreicher/innen verfügen über einen Lehrabschluss oder einen Abschluss an einer berufsbildenden mittleren Schule. Die **Akademikerquote** liegt bei rund **15 Prozent**.
- » Bei **höheren Bildungsabschlüssen** gibt es **kaum geschlechtsspezifische Unterschiede**, doch der **Anteil von Frauen**, die nur einen **Pflichtschulabschluss** haben, ist deutlich **größer** als bei Männern, die häufiger eine Lehre abschließen.
- » Der **Bildungsunterschied** zwischen Männern und Frauen hat sich innerhalb der letzten Jahrzehnte **stark verringert**.
- » In Wien sind sowohl die niedrigsten als auch die höchsten Bildungsschichten stärker vertreten als in den anderen Bundesländern mit dem geringsten Unterschied zwischen Männern und Frauen. In Vorarlberg ist der Anteil von Pflichtschulabsolventen/-absolventinnen am höchsten (v. a. bei den Frauen), in Kärnten ist er am niedrigsten.
- » Bildung hat eine **starke sozioökonomische Komponente**, denn die Bildung der Eltern beeinflusst maßgeblich die Bildung der Kinder (geringe Bildungsmobilität).
- » In Österreich ist sowohl der Anteil der Pflichtschulabsolventen/-absolventinnen als auch der Akademikeranteil geringer als im Durchschnitt der EU-27-Länder.

9

Sekundäre Bildung: berufsbildende mittlere Schulen, allgemeinbildende höhere Schule oder berufsbildende höhere Schule.

4.2 Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung

Definition

Als **armutsgefährdet** gelten Personen, deren äquivalisiertes Haushaltsnettoeinkommen¹⁰ unter 60 Prozent des Medians (= Armutsgefährdungsschwelle) der Bevölkerung liegt (s. Statistik Austria 2012d, 16). Zu **armuts- oder ausgrenzungsgefährdeten** Personen zählen Personen,

- » deren Einkommen 60 Prozent der nationalen Medianeinkommens¹¹ nicht übersteigt,
- » die erheblich materiell depriviert sind oder
- » die in einem Haushalt mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität leben.

Überschneidungen zwischen diesen Gruppen sind möglich (ebd., 23).

Ausprägung Österreich insgesamt

In Österreich sind **13 Prozent** der Bevölkerung **armutsgefährdet** und **17 Prozent armuts- oder ausgrenzungsgefährdet**. Würde es keine Sozialtransfers geben, wären 25 Prozent der österreichischen Bevölkerung armutsgefährdet.

Kinder bis 19 Jahre (15 %) und **Personen ab 65 Jahren** (16 %) sind häufiger **armutsgefährdet** als die dazwischen liegenden Altersgruppen (20- bis 39-Jährige zu 13 % und 40- bis 64-Jährige zu 10 %). Bei der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung liegen die Quoten näher beieinander: Kinder bis 19 Jahre sind zu 19 Prozent armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, 20- bis 39-Jährige zu 18 Prozent, 40- bis 64-Jährige zu 15 Prozent und Personen ab 65 Jahren zu 17 Prozent (s. Statistik Austria 2012d, 76).

Über alle Altersgruppen gibt es nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede, etwas mehr **Frauen** als Männer sind **armutsgefährdet** bzw. **armuts- oder ausgrenzungsgefährdet** (vgl. Abbildung 4.5). Allerdings zählen Ein-Eltern-Haushalte zu den Haushaltstypen mit einer sehr hohen Armutsgefährdung, und dies betrifft deutlich mehr Frauen als Männer. Auch in der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind Frauen häufiger armutsgefährdet als Männer (19 vs. 11 %).

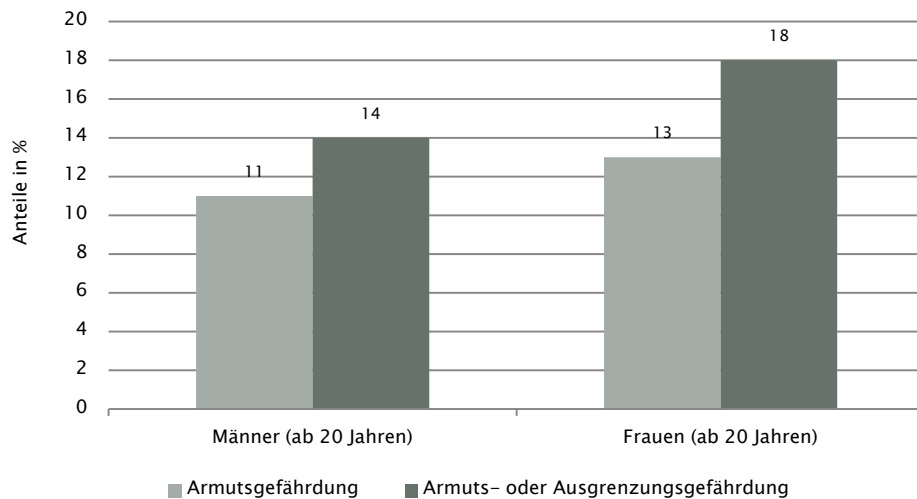
10

Das äquivalisierte Haushaltsnettoeinkommen ist das gewichtete verfügbare Nettoeinkommen eines Haushaltes. Die Gewichtung erfolgt dabei über die EU-Skala, wobei der erste Erwachsene im Haushalt das Gewicht 1 erhält, jeder weitere Erwachsene das Gewicht 0,5 und Kinder jeweils ein Gewicht von 0,3. Es wird gewichtet, da z. B. die Miete nur einmal zu zahlen ist und sich dadurch Kosten reduzieren.

11

Das nationale Medianeinkommen (der äquivalisierten Haushaltsnettoeinkommen) ist das Einkommen der Einkommensverteilung, das genau in der Mitte liegt.

Abbildung 4.5:
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Geschlecht 2011



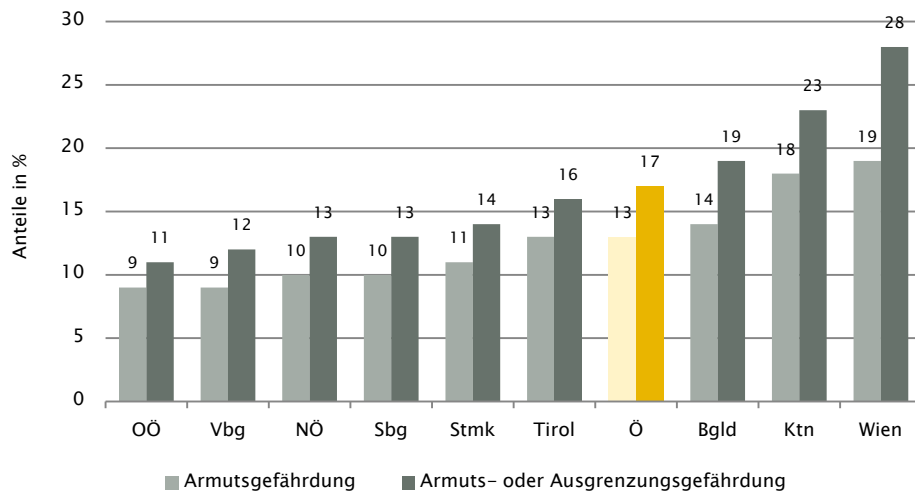
Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2011 nach Statistik Austria 2012d, 68;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Die Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung ist **in Wien am höchsten** (28 % sind armuts- oder ausgrenzungsgefährdet); sie liegt auch in Kärnten und im Burgenland über dem österreichischen Durchschnitt. Oberösterreich und Vorarlberg befinden sich am unteren Ende der Skala. Hier sind 11 bzw. 12 Prozent der Bevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet.

Die regionalen Unterschiede scheinen beachtlich (sie betragen bei der Armutsgefährdung 10 Prozentpunkte und bei der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung 17 Prozentpunkte, vgl. Abbildung 4.6), doch aufgrund der Stichprobe sind Aussagen auf Bundesländerebene nur sehr vorsichtig interpretierbar.

Abbildung 4.6:
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in den Bundesländern 2011

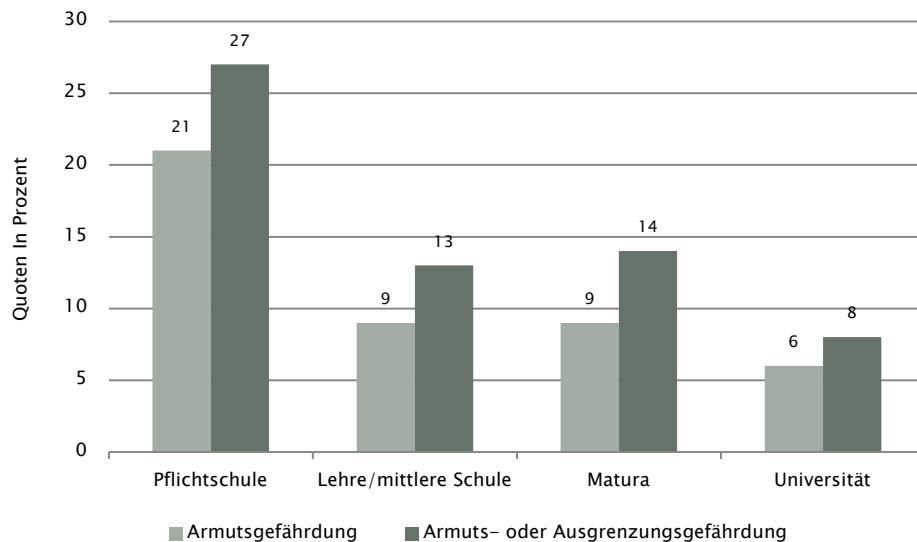


Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2011 nach Statistik Austria 2012d, 68;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Der sozioökonomische Aspekt von Armutsgefährdung ist evident. Es besteht ein **deutlicher** Zusammenhang zwischen Bildung und Armuts- bzw. Ausgrenzungsgefährdung. 21 Prozent der Personen mit **Pflichtschulabschluss** sind **armutsgefährdet**, 27 Prozent sind armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Bei allen anderen Bildungsgruppen liegt die Armutsgefährdung unter 10 Prozent und die Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung unter 15 Prozent (vgl. Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:
Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Bildungsniveau

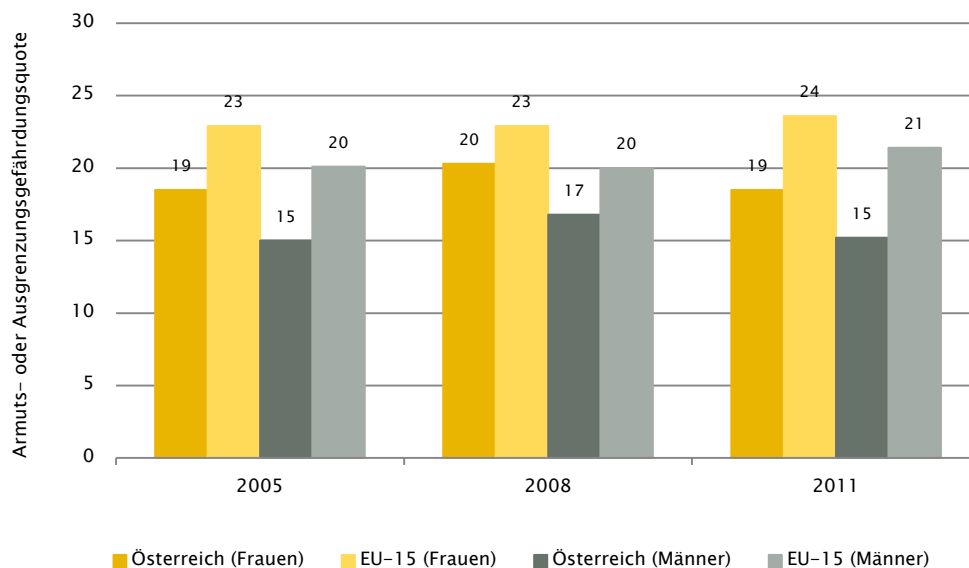


Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2011 2011 nach Statistik Austria 2012d, 68;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Da Österreich relativ hohen Wohlstand aufweist, wird bei diesem Indikator der Vergleich mit den EU-15-Ländern dargestellt. Österreich liegt bei der Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung im letzten Fünftel und damit deutlich unter dem Durchschnitt der EU-15- und auch der EU-28-Länder (vgl. Abbildung 4.8). Ohne die Berücksichtigung von Pensionen und Sozialtransferleistungen würde Österreich im internationalen Vergleich deutlich ungünstiger abschneiden (s. Statistik Austria 2012d, 122).

Abbildung 4.8:
Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung in der EU 2011



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » In Österreich waren 2011 **13 Prozent** der Bevölkerung **armutsgefährdet** und **17 Prozent armuts- oder ausgrenzungsgefährdet**.
- » **Frauen** sind **häufiger** von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung **betroffen** als Männer, insbesondere Alleinerzieherinnen und Frauen über 65 Jahre.
- » Es gibt teilweise beachtliche regionale Unterschiede bei der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung; in **Wien** ist sie **besonders hoch**.
- » Personen mit sehr **niedrigem Bildungsniveau** sind deutlich **häufiger von Armut betroffen** als höhere Bildungsschichten.
- » Im **europäischen Vergleich** hat Österreich sehr **niedrige Armuts- und Ausgrenzungsgefährdungsrate**. Ohne Pensionen und Sozialtransfers wären die diesbezüglichen Raten höher.

5 Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

- » Gesamtindex Gesundheitskompetenz
- » Funktioneller Analphabetismus

5.1 Gesamtindex Gesundheitskompetenz

Definition

Unter Gesundheitskompetenz (vom englischen Begriff „health literacy“ abgeleitet) wird die Fähigkeit des Menschen verstanden, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche bzw. die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen: „Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und damit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.“ (Kickbusch 2006, S. 69)

Die Gesundheitskompetenz wurde in einer europäischen Studie, dem „European Health Literacy Survey“ (HLS-EU), in acht europäischen Ländern erhoben. Der Gesamtindex besteht aus zwölf theoretischen Subdimensionen, die jeweils mit drei bis fünf Items gemessen werden – insgesamt besteht er aus 47 Items (s. HLS-EU Consortium 2012, 9). Der Fragenkatalog erfasst verschiedene Ebenen der Gesundheitskompetenz (vgl. Tabelle 5.1) in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung (GÖG 2012, 17).

Tabelle 5.1:

Matrix mit vier Dimensionen von Gesundheitskompetenz, bezogen auf drei Gesundheitsbereiche

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
Health care	Ability to access information on medical or clinical issues	Ability to understand medical information and derive meaning	Ability to interpret and evaluate medical information	Ability to make informed decisions on medical issues
Disease prevention	Ability to access information on risk factors for health	Ability to understand information on risk factors and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on risk factors for health	Ability to make informed decisions on risk factors for health

	Access/obtain information relevant to health	Understand information relevant to health	Process/appraise information relevant to health	Apply/use information relevant to health
Health promotion	Ability to update oneself on determinants of health in the social and physical environment	Ability to understand information on determinants of health in the social and physical environment and derive meaning	Ability to interpret and evaluate information on health determinants in the social and physical environment	Ability to make informed decisions on health determinants in the social and physical environment

Quelle und Darstellung: Sørensen 2012 (online)

Ausprägung Österreich insgesamt

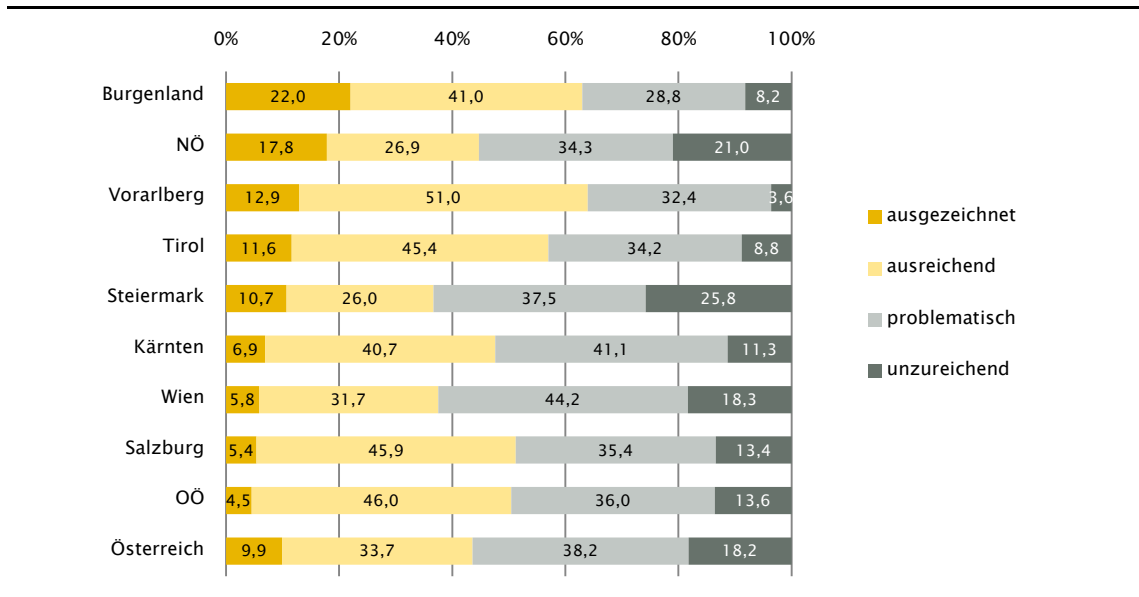
Beim Gesamtindex Gesundheitskompetenz haben nur 43,6 Prozent der Österreicher und Österreicherinnen eine ausgezeichnete oder ausreichende Gesundheitskompetenz, bei 38,2 % gilt sie als problematisch, und 18,2 Prozent wird eine unzureichende Gesundheitskompetenz konstatiert (vgl. Abbildung 5.2).

Das Geschlecht hat in Österreich einen schwachen, aber signifikanten Einfluss: **Frauen** haben eine **etwas höhere Gesundheitskompetenz** als Männer. Es zeigt sich auch (signifikant), dass **ältere Personen eine niedrigere Gesundheitskompetenz** aufweisen als Jüngere (s. HLS-EU Consortium 2012, 47). Interessant ist noch, dass die Gesundheitskompetenz auch mit dem Gesundheitszustand korreliert: Je schlechter der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, desto geringer ist die Gesundheitskompetenz (ebd., 71 f.).

Regionale Ausprägung

Die **Gesundheitskompetenz** ist in den Bundesländern **sehr unterschiedlich** ausgebildet. Das **Burgenland** schneidet **am besten** ab: Es hat den größten Anteil an ausgezeichneter und den kleinsten Anteil an problematischer Gesundheitskompetenz. Insgesamt **am schlechtesten** schneidet **Wien** ab. Zwar liegt Wien bei der ausgezeichneten Gesundheitskompetenz nur auf dem drittschlechtesten Platz, bei problematischer und unzureichender Gesundheitskompetenz (zusammengefasst) aber auf dem letzten Platz. **Widersprüchliche** Daten finden sich in **Niederösterreich**: Bei ausgezeichneter Gesundheitskompetenz ist NÖ sehr weit vorne, aber auch bei problematischer und unzureichender Gesundheitskompetenz. (Vgl. Abbildung 5.1.)

Abbildung 5.1:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) nach Bundesländern



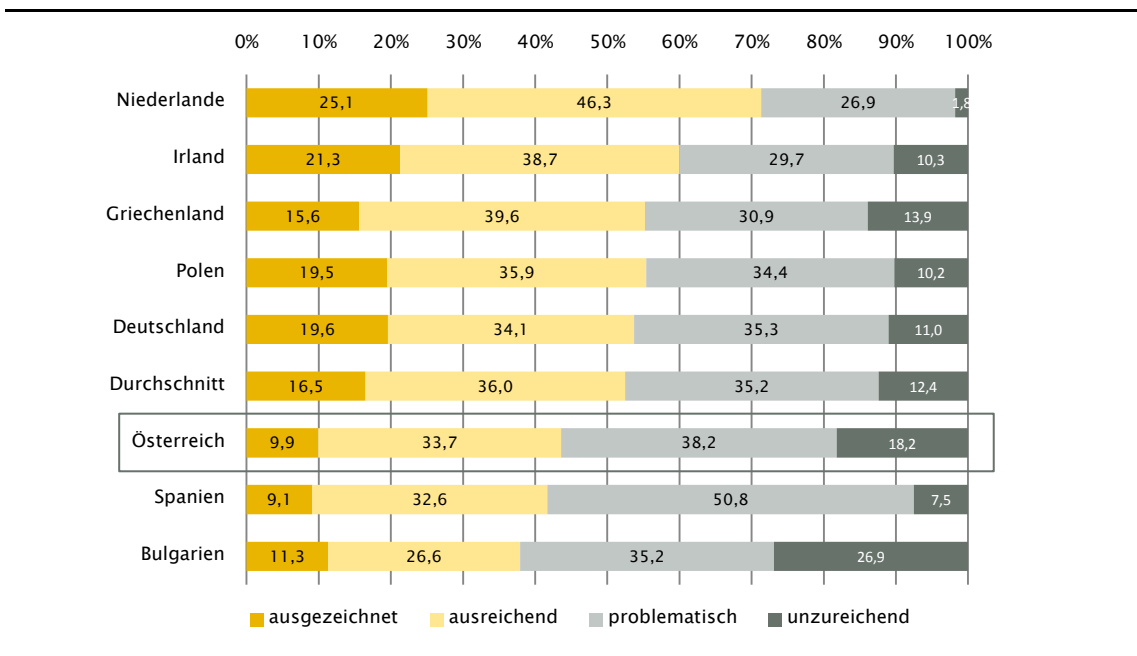
Quelle: Pelikan 2012, zit. nach Fousek et al. 2012, 33;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Die selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz steht auch im Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren: Je höher der selbstwahrgenommene finanzielle Mangel (u. a. bezogen auf die Leistbarkeit eines Arztbesuchs und von Medikamenten), desto geringer ist die Gesundheitskompetenz; je höher das Bildungsniveau und der selbsteingeschätzte soziale Status, desto höher ist die Gesundheitskompetenz (s. HLS-EU Consortium 2012, 46).

Internationaler Vergleich

Abbildung 5.2:
Gesundheitskompetenz (Gesamtindex) im internationalen Vergleich



Quelle: HLS-EU Consortium Health Literacy 2012, 31; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Fasst man die ausgezeichnete und die ausreichende Gesundheitskompetenz zusammen, liegt Österreich (43,6 %) deutlich unter dem Schnitt (52,5 %) der acht teilnehmenden Länder. Die Gesundheitskompetenz ist daher in Österreich im Vergleich mit anderen europäischen Ländern nicht sehr hoch (vgl. Abbildung 5.2). In der jüngsten Altersgruppe (25 und jünger) liegt Österreich gemeinsam mit Bulgarien überhaupt an letzter Stelle (s. HLS-EU Consortium 2012, 47).

Kernaussagen

- » Die **Gesundheitskompetenz** ist in Österreich – vor allem auch im europäischen Vergleich – **nicht sehr hoch**.
- » **Frauen** haben eine etwas **höhere Gesundheitskompetenz** als Männer.
- » **Ältere Personen** haben eine **niedrigere Gesundheitskompetenz** als Jüngere.
- » Je schlechter der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, desto geringer ist die Gesundheitskompetenz.
- » Es gibt **starke regionale Unterschiede**; am besten schneidet das Burgenland ab, am schlechtesten Wien.
- » Mit **höherem Bildungsniveau steigt die Gesundheitskompetenz**, mit niedrigem sozialem Status sinkt sie.

5.2 Funktioneller Analphabetismus

Definition

PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study) ist eine internationale Studie zur regelmäßigen (alle fünf Jahre) Erfassung der **Lesekompetenz** von **Schülern und Schülerinnen der vierten Schulstufe**. Das letzte Erhebungsjahr war 2011. Zur Erfassung der Lesekompetenz wurden **zwei verschiedene Dimensionen** getestet: die **Leseintentionen** sowie die **Verstehensprozesse**. „Die Leseintentionen differenzieren sich in (1) Lesen, um *literarische Erfahrungen* zu machen und (2) Lesen, um *Informationen zu gewinnen*. Die geforderten Verstehensprozesse sind: (1) *Erkennen und Wiedergeben* explizit angegebener Information, (2) ziehen einfacher *Schlussfolgerungen*, (3) *Interpretieren sowie Verknüpfen* von Gedanken und Informationen und (4) *Untersuchen und Bewerten* von Inhalt, Sprache und einzelnen Textelementen.“ (Hervorhebungen im Orig.: Suchań et al. 2012, 7) Die **Verstehensprozesse** wurden zu zwei Subskalen zusammengefasst. Die Prozesse „Erkennen und wiedergeben explizit angegebener Informationen“ sowie „Ziehen einfacher Schlussfolgerungen“ wurden zur **Subskala „Wiedergeben und einfaches Schlussfolgern“** (kurz „Wiedergeben“ genannt) zusammengefasst; die Prozesse „Interpretieren, Verknüpfen und Bewerten“ sowie „Untersuchen und Bewerten von Inhalt, Sprache und einzelnen Textelementen“ bilden die **Subskala „Interpretieren, Verknüpfen und Bewerten“** (kurz „Interpretieren“ genannt) (ebd., 7).

PISA (Programme for International Student Assessment) hat die Klärung der Frage zum Ziel, wie gut **15- bzw. 16-jährige Schüler/innen** auf die Herausforderungen der Wissensgesellschaft vorbereitet sind. Seit dem Jahr 2000 werden alle drei Jahre standardisierte Leistungsmessungen bei 15- und 16-jährigen Schülern und Schülerinnen in den Bereichen Lesen, Mathematik und Naturwissenschaft durchgeführt. Beim **Lesen** werden die drei **Prozesse „Informationen ermitteln“, „Kombinieren und Interpretieren“** sowie **„Reflektieren und Bewerten“** getestet. Hier wird auf Daten aus dem Jahr 2009 eingegangen.

Internationaler Vergleich

Die **österreichischen Schüler/innen** der 4. Schulstufe erreichten bei der Gesamtlesekompetenz einen Mittelwert von 529 Punkten und liegen damit im **unteren Bereich des Mittelfeldes**. Damit nimmt Österreich Rang 25 bei 45 teilnehmenden Ländern ein. Im **Vergleich mit 14 ausgewählten Ländern**¹² mit ähnlichen wirtschaftlichen, politischen und sozialen Rahmenbedingungen nimmt Österreich allerdings den **letzten Platz** ein (ebd., 9 f.). Verteilt man die Ergebnisse auf verschiedene Kompetenzstufen (unter Stufe 1 mit weniger als 400 Punkten bis Stufe 4 mit 625 Punkten oder mehr), ergibt sich folgendes Bild: 20 Prozent erreichen maximal Stufe 1, und nur 5 Prozent erreichen die höchste Stufe. Gemeinsam mit Ungarn (19 %) und Slowenien (21 %) hat Österreich unter den 14 Vergleichsländern die meisten schwachen Leser/innen. 17 Prozent der österreichi-

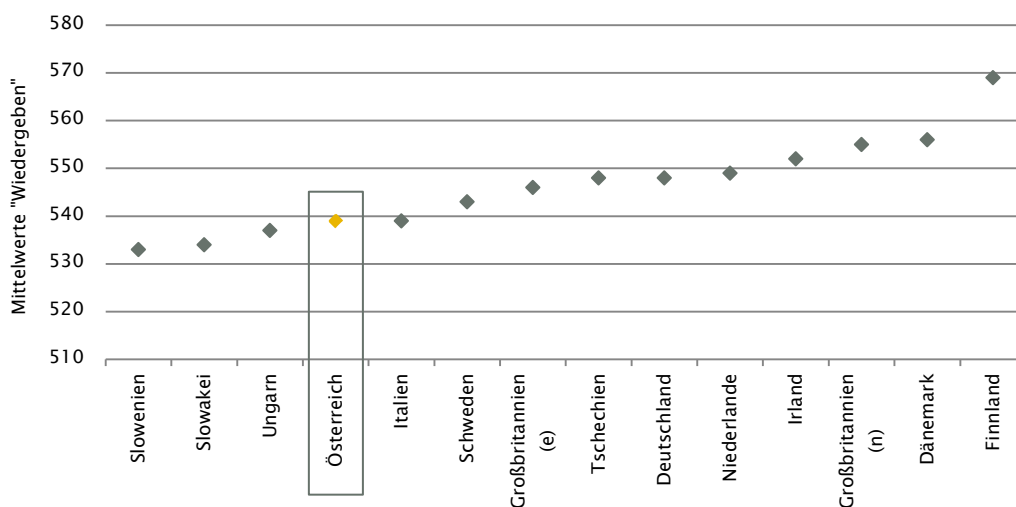
12

FIN, GBR (N), DNK, IRL, GBR (E), NLD, CZE, SWE, ITA, DEU, HUN, SVK, SVN, AUT

schen Schüler/innen der vierten Schulstufe erreichen Stufe 1, was bedeutet, dass sie zumindest über basale Kompetenzen wie z. B. das Heraussuchen von leicht auffindbaren Informationen in einem Text verfügen. 3 Prozent fehlen auch derartige Basiskompetenzen. Drei Viertel der Schüler/innen (75 %) verfügen über ein mittleres Kompetenzniveau (Stufe 2 und Stufe 3). Im Vergleich mit den **14 Vergleichsländern** hat Österreich neben dem niedrigsten Mittelwert (vgl. Abbildung 5.3) den **geringsten Anteil an Spitzenschülern** und –schülerinnen sowie den **zweit-höchsten Anteil leistungsschwacher Leser/innen** (s. Bergmüller 2012, 14 f.).

Abbildung 5.3:

Leseleistungen der Schüler/innen in der vierten Schulstufe im Teilbereich „Verstehensprozesse“ (Mittelwerte „Wiedergeben“) im Vergleich mit 14 ausgewählten Ländern (PIRLS)

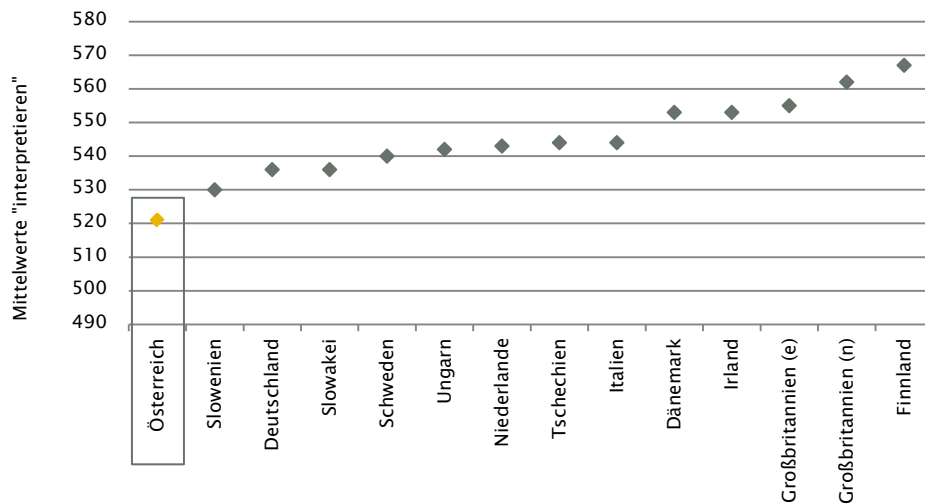


Quelle: Progress in International Reading Literacy Study nach Suchán et al. 2012, 22; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Beim Verstehensprozess **„Wiedergeben und einfaches Schlussfolgern“** („Wiedergeben“) liegt Österreich mit einem Mittelwert 539 deutlich hinter den besten Ländern (Finnland: 569) und auch unter dem Durchschnitt von 546 Punkten (vgl. Abbildung 5.3) der 14 Vergleichsländer (s. Suchán et al. 2012, 22 f.). Beim Verstehensprozess **„Interpretieren, Verknüpfen und Bewerten“** liegt Österreich mit einem Durchschnittswert von 521 Punkten an letzter Stelle der 14 Vergleichsländer (vgl. Abbildung 5.4) (s. Wallner-Paschon 2012, 22 f.).

Abbildung 5.4:

Leseleistungen der Schüler/innen in der vierten Schulstufe im Teilbereich „Verstehensprozesse“ (Mittelwerte „Interpretieren“) im Vergleich mit 14 Ländern (PIRLS)



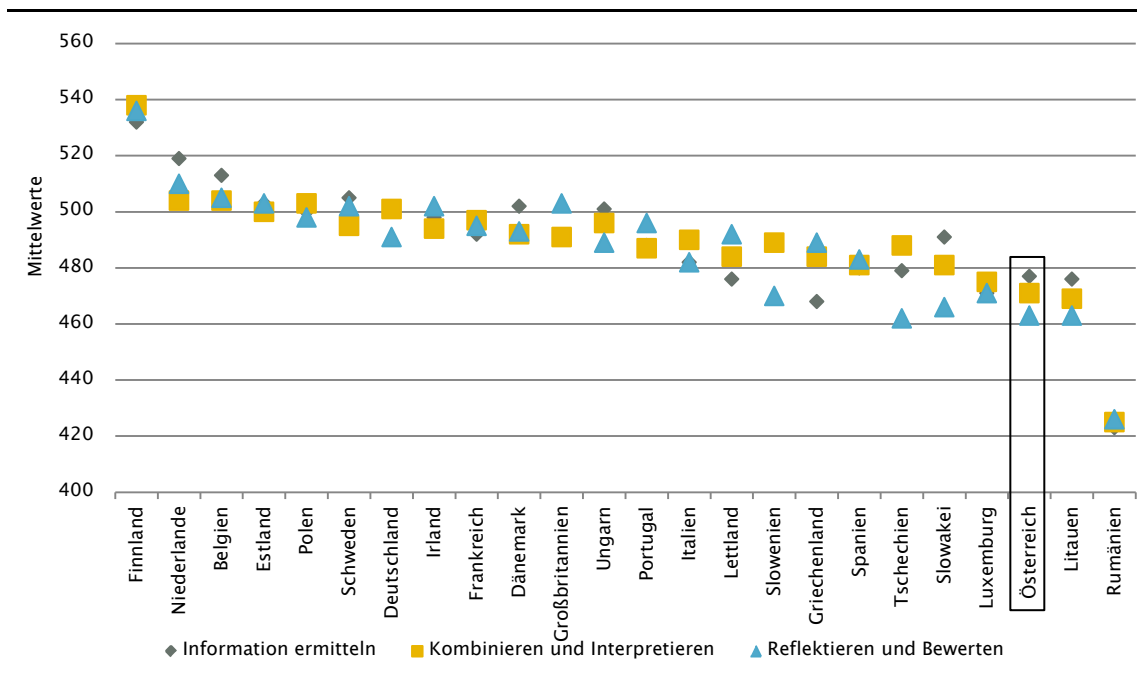
Quelle: Progress in International Reading Literacy Study nach Suchán et al. 2012, 22; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreich liegt in allen drei Leseprozessen der **PISA-Studie** unter dem Durchschnitt der teilnehmenden OECD-Länder¹³. Am höchsten sind die Leistungen (Mittelwerte) beim „**Ermitteln von Informationen**“ (MW = 477), gefolgt von „**Kombinieren und Interpretieren**“ (471) sowie „**Reflektieren und Bewerten**“ (463).

13

Um die Grafik überschaubar zu halten, sind in ihr nur EU-Mitgliedsländer abgebildet.

Abbildung 5.5:
Leseleistungen der drei Leseprozesse der 15- und 16-Jährigen
im internationalen Vergleich (PISA)



Quelle: Programme for International Student Assessment nach Schwantner 2010, 22; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Es gibt deutliche **Mängel in der Basiskompetenz Lesen** bei österreichischen Schülerinnen und Schülern.
- » Die Schüler/innen der vierten Schulstufe liegen bei der **Gesamt-Lesekompetenz** im **unteren Bereich** der Mittelwerte aller teilnehmenden Länder.
- » Die 15- und 16-jährigen Schüler/innen liegen bei der **PISA-Studie** in allen drei Leseprozessen **unter dem Durchschnitt** aller teilnehmenden OECD-Länder.

6 Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern

- » Feinstaubbelastung: Einhaltung bzw. Überschreitung vorgeschriebener Emissions- und Immissionsgrenzwerte
- » Lärmbelastungen

6.1 Feinstaubbelastung: Einhaltung bzw. Überschreitung vorgeschriebener Immissionsgrenzwerte

Definition

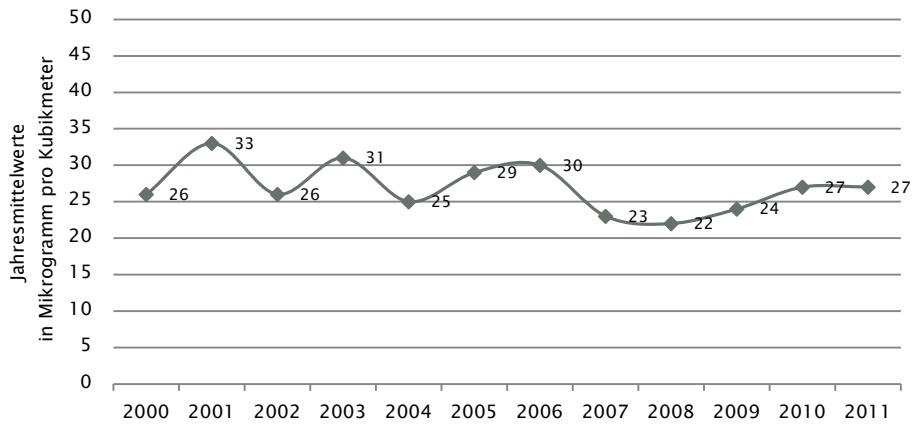
„Die als Feinstaub (PM10) bezeichnete Staubfraktion enthält 50 Prozent der Teilchen mit einem Durchmesser von 10 µm, einen höheren Anteil kleinerer Teilchen und einen niedrigeren Anteil größerer Teilchen. Partikel dieser Größe können über den Kehlkopf hinaus bis tief in die Lunge gelangen. Sie sind daher besonders gesundheitsschädlich. Sie sind maximal so groß wie Zellen und können daher mit freiem Auge nicht gesehen werden. Der gut sichtbare Staub, der bei Baustellen oder durch Streusplitt entsteht, besteht zum Großteil aus Grobstaub.“ (Umweltbundesamt 2013a) Für den Jahresmittelwert wurde ein Grenzwert von 40 µg/m³ festgelegt. Diese Grenzwerte sind seit 1. 1. 2005 gemäß EU-Recht einzuhalten (s. Umweltbundesamt 2013b).

Ausprägung Österreich insgesamt

Die Feinstaubbelastung in Österreich überschritt in den Jahren 2000 bis 2011 im Jahresmittelwert nie den Grenzwert von 40 µg/m³. In den Jahren 2000 bis 2006 schwankten die Werte etwas, 2007 und 2008 waren die Werte am niedrigsten und stiegen ab dann wieder etwas an (vgl. Abbildung 6.1) Die höchsten Jahresmittelwerte traten in Graz (Don Bosco), Graz-Ost, Leibnitz und Wien (Rinnböckstraße) auf (s. Spangl 2012, 40).

Nach dem Immissionsschutzgesetz Luft (IG-L) wurde für den Tagesmittelwert ein Grenzwert von 50 µg/m³ festgelegt, wobei bis zu 25 Tagesmittelwerte über 50 µg/m³ pro Kalenderjahr als zulässig gelten. Dieser wurde im Jahr 2011 an 80 von 140 Messstellen überschritten. Davon betroffen waren v. a. Wien, das östliche und das zentrale Niederösterreich, das Burgenland, das Alpenvorland in der Steiermark, Graz, große Teile des Mur- und Mürztals, das östliche Klagenfurter Becken und das Lavanttal, der Ballungsraum Linz sowie einzelne Städte in Nieder- und Oberösterreich, Salzburg und Tirol. Die meisten Überschreitungen registrierte die Messstelle Leibnitz (76 Tage). (Ebd., 7 und 36 f.)

Abbildung 6.1:
Feinstaubbelastung in Österreich 2000–2011 (Jahresmittelwerte)

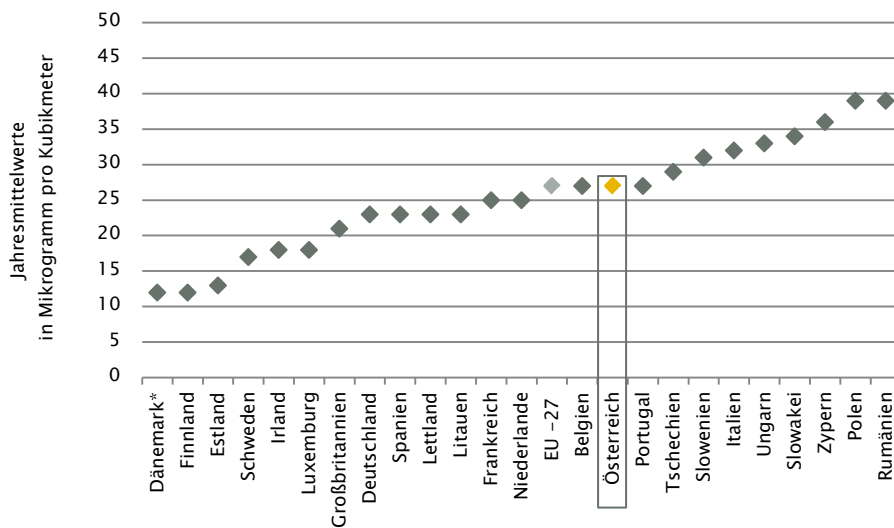


Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich lag Österreich mit dem Jahresmittelwert der Feinstaubbelastung etwa im Mittelfeld. Bulgarien überschritt als einziges EU-Land den vorgeschriebenen Grenzwert. Dänemark, Finnland und Estland hatten sehr niedrige Jahresmittelwerte. (Vgl. Abbildung 6.2.)

Abbildung 6.2:
Feinstaubbelastung im internationalen Vergleich 2011 (Jahresmittelwerte)



* Werte aus 2010

Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Der **Grenzwert** für den **Jahresmittelwert** von $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wurde seit dem Jahr 2000 in Österreich **nicht überschritten**; die Grenzen für die Tagesmittelwerte wurden 2011 allerdings an 80 von 140 Messstellen in Österreich über das zulässige Ausmaß hinaus überschritten (Überschreitungen an 25 Tagen pro Jahr sind zulässig).
- » Österreich liegt mit der jährlichen **Feinstaubbelastung im europäischen Mittelfeld**.

6.2 Lärmbelastungen

Definition

Lärmbelastungen werden in Österreich sowohl im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms zu Umweltbedingungen und Umweltverhalten als auch im Rahmen der jährlichen EU-SILC-Erhebung erhoben.

In drei- bis fünfjährigen Abständen wird im Mikrozensus ein **Sonderprogramm „Umweltbedingungen, Umweltverhalten“** durchgeführt, das auch einen Fragenkomplex zum Thema Lärm enthält. Die Befragten geben auf einer fünfstufigen Skala unter anderem an, ob sie tagsüber bzw. nachts im Wohnbereich Lärm ausgesetzt sind („sehr stark“, „stark“, „mittel“, „geringfügig“, „kein Lärm“). Die **EU-SILC-Befragung** erhebt Lärmbelastungen etwas weniger differenziert, indem sie erhebt, ob Lärmbelästigung durch Nachbarn oder von draußen (durch Verkehr, Gewerbe- oder Industriebetriebe) ein Problem in der Wohnung bzw. Wohnumgebung sei (Antwortmöglichkeiten Ja oder Nein) (vgl. Statistik Austria 2012d).

Beide Befragungen ermöglichen eine Kombination des Indikators der Lärmbelastung mit sozioökonomischen Kriterien; eine regionale Differenzierung wird nur im Mikrozensus-Sonderprogramm angeboten. Daher wurde primär auf die Ergebnisse des Mikrozensus 2011 und nur beim sozioökonomischen Aspekt und beim internationalen Vergleich auf EU-SILC-Daten zurückgegriffen.

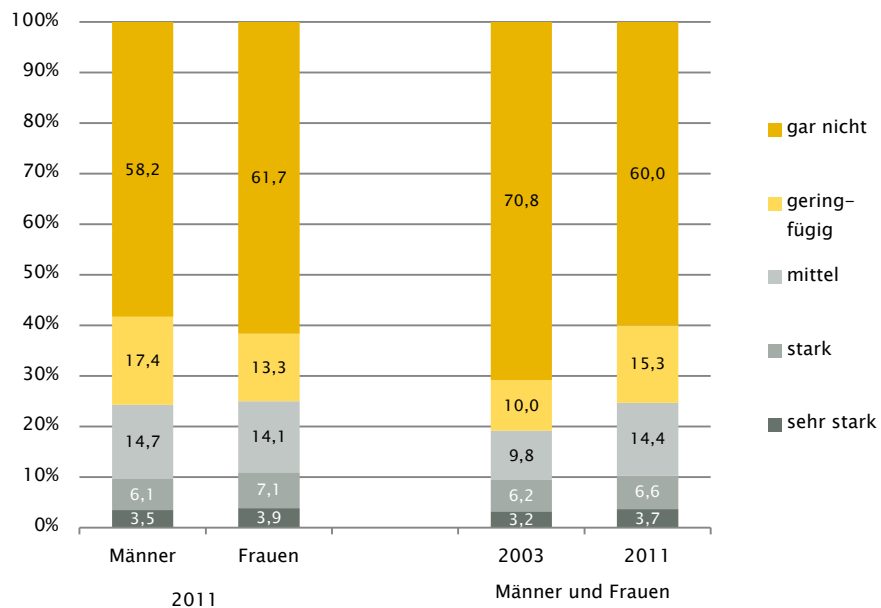
Ausprägung Österreich insgesamt

Rund **10 Prozent** der österreichischen Bevölkerung fühlen sich **durch Lärm stark oder sehr stark belastet**. Weitere 14 Prozent bezeichnen die Lärmbelästigung in ihrem Wohnbereich als „mittel“. 60 Prozent fühlen sich durch Lärm gar nicht belästigt (vgl. Abbildung 6.3). Bei der EU-SILC-Befragung gaben 2011 19 Prozent der Bevölkerung Lärm als Wohnproblem an.

Männer und Frauen nehmen die Lärmbelastung in der Wohnung ähnlich stark wahr. Im Vergleich zu 2003 ist die **Lärmbelastung** etwas **gestiegen**: 2003 fühlten sich noch etwa 70 Prozent der Bevölkerung völlig lärmfrei in ihrer Wohnung, 2011 waren es nur mehr 60 Prozent (Abbildung 6.3). Ganz junge Menschen (15 bis unter 20 Jahre) fühlen sich durch Lärm etwas weniger

beeinträchtigt als ältere Menschen, aber darüber hinaus kann kein Bezug zwischen Altersgruppe und Lärmbelastung hergestellt werden (s. Statistik Austria 2013e, 135).

Abbildung 6.3:
Lärmstörung im Wohnbereich, tagsüber und/oder nachts nach Geschlecht 2003 und 2011



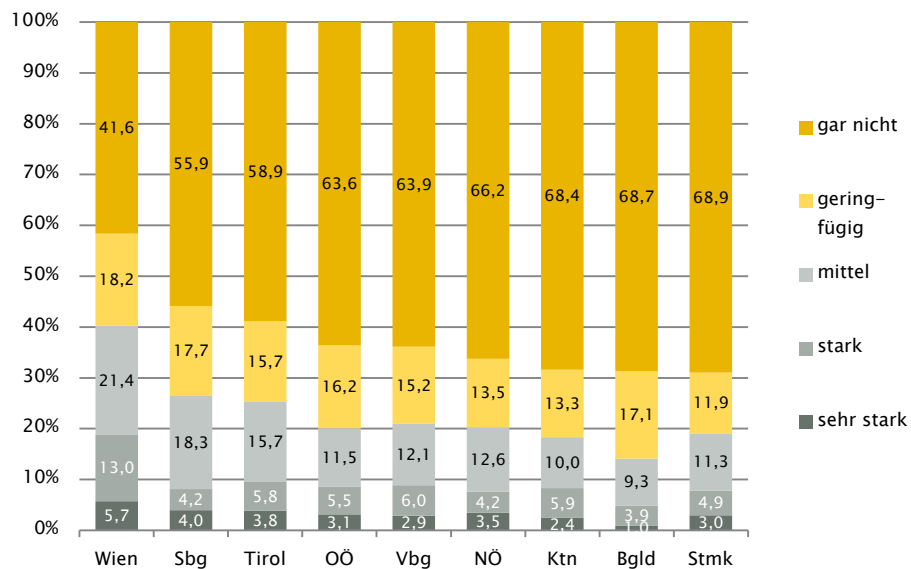
Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011 nach Statistik Austria 2013e, 135; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Am **größten** ist erwartungsgemäß die Lärmbelastung in **Wien** (40 % fühlen sich mittelmäßig bis stark beeinträchtigt), mit einigem Abstand gefolgt von Salzburg und Tirol (jeweils 25 % fühlen sich mittel bis sehr stark beeinträchtigt). Am geringsten ist die Lärmbelastung in der Steiermark, im Burgenland und in Kärnten, wo sich jeweils etwas mehr als 30 Prozent durch Lärm mittel bis stark beeinträchtigt fühlen (vgl. Abbildung 6.4).

Abbildung 6.4:

Lärmstörung im Wohnbereich, tagsüber und/oder nachts nach Bundesland, 2011

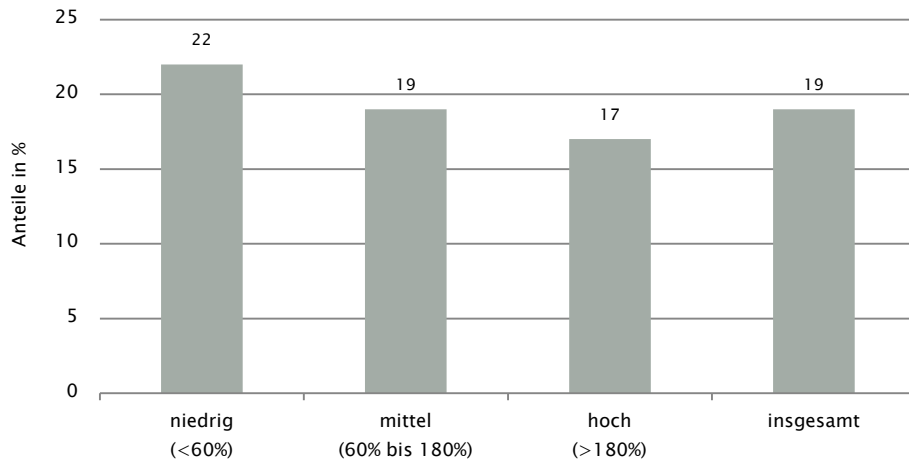


Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011 nach Statistik Austria 2013e, 135; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Je **höher das Haushaltseinkommen**, desto **weniger** ist **Lärm ein Problem**. 22 Prozent der Menschen der niedrigsten Einkommensgruppe, aber „nur“ 17 Prozent der höchsten Einkommensgruppe fühlen sich durch Lärm belästigt (vgl. Abbildung 6.5). Im Mikrozensus-Sonderprogramm ist kein Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Lärmbelästigung erkennbar. Personen mit einem Pflichtschulabschluss fühlen sich etwas weniger durch Lärm belästigt als Akademiker/innen (s. Statistik Austria 2013e, 135).

Abbildung 6.5:
Lärmbelastigung durch Nachbarn oder von draußen (durch Verkehr,
Gewerbe- oder Industriebetriebe) nach Einkommensgruppen, 2011



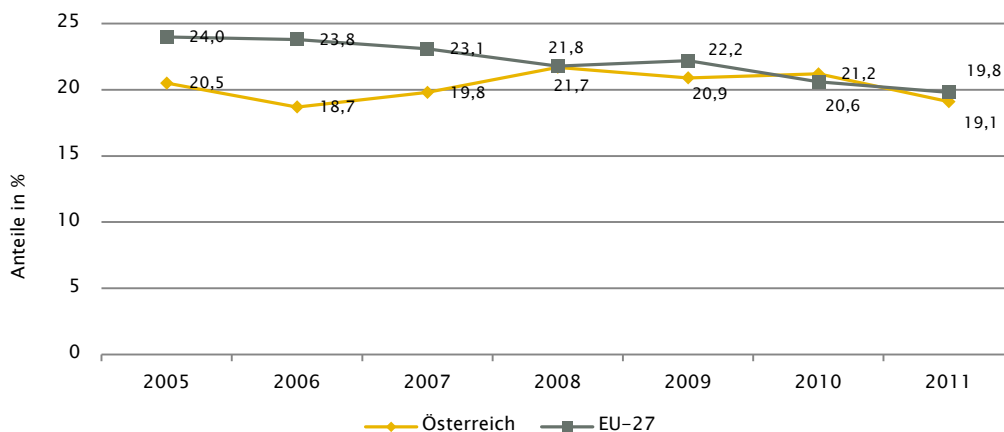
Die Einkommensgruppen sind definiert als Prozent des Medians.

Quelle: Statistik Austria – EU Statistics on Income and Living Conditions 2011
nach Statistik Austria 2012d, 51; Darstellung: GG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Die Lärmbelästigung entspricht in Österreich seit 2008 etwa **dem Durchschnitt der EU-27-Länder**, doch der Unterschied war 2011 marginal (Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:
Lärmbelästigung (durch Nachbarn oder Straße) im internationalen Vergleich, 2005–2011



Quelle: EU Statistics on Income and Living Conditions nach Eurostat-Datenbank;
Darstellung: GG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Rund **ein Viertel** der österreichischen Bevölkerung empfindet **Lärm** im Wohnbereich (durch Nachbarn oder von außen) **als Belästigung**, 15 Prozent fühlen sich geringfügig und **60 Prozent gar nicht belästigt**.
- » Es gibt weder geschlechtsspezifische Unterschiede noch eindeutige Unterschiede bezüglich des Alters.
- » In **Wien** ist **Lärm häufiger ein Problem** als in den anderen Bundesländern.
- » **Sozioökonomische Zusammenhänge** sind **nicht eindeutig**: Personen mit geringem Einkommen fühlen sich etwas häufiger durch Lärm belästigt als Personen mit hohem Einkommen, höhere Bildungsschichten empfinden Lärmbelästigung etwas stärker als Zugehörige niedrigerer Bildungsschichten.
- » Die österreichische Bevölkerung beurteilt Lärm **ähnlich häufig** als Belästigung **wie** die **EU-27**-Bevölkerung.

7 Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

- » Sozialkapital und soziales Vertrauen
- » GINI-Koeffizient
- » Ehrenamtliches Engagement

7.1 Sozialkapital und soziales Vertrauen

Definition

Das **Sozialkapital** wird im vorliegenden Bericht über die Variable „Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen“ dargestellt, die in der Österreichischen Gesundheitsbefragung erhoben wurde. Ein anderer Indikator in diesem Zusammenhang, die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde, wird von den Befragten sehr ähnlich beurteilt.

Das **soziale Vertrauen** bzw. das Sozialklima wird mit dem Summenindex „soziales Vertrauen“ dargestellt, der mit den Daten des European Social Survey (ESS) berechnet wurde. Dieser Index setzt sich aus drei Items zusammen, die auf einer elfstufigen Skala zu beantworten waren. Die Summenwerte wurden in den Kategorien „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ zusammengefasst. Die drei Items waren folgendermaßen formuliert:

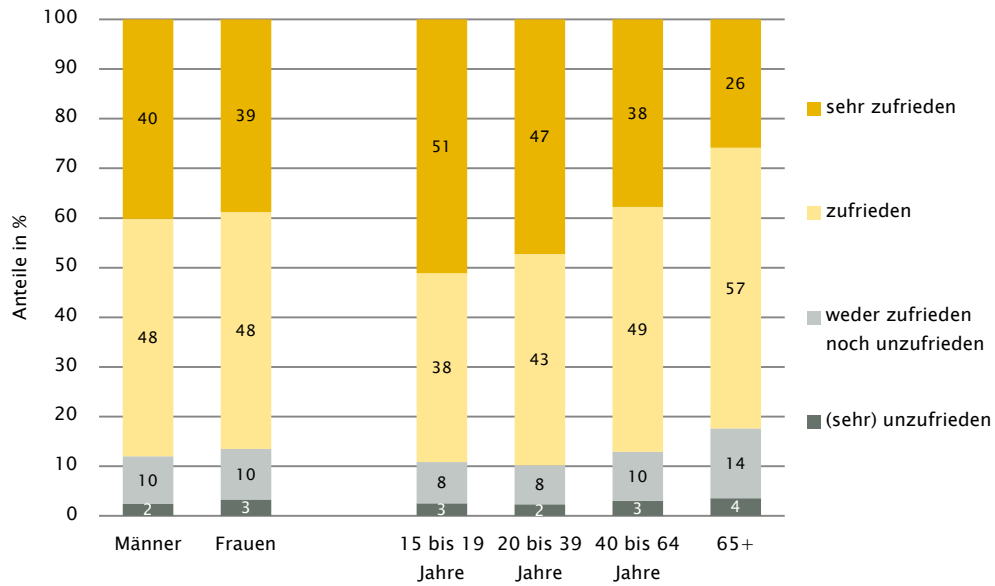
1. Würden Sie ganz generell sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann oder dass man im Umgang mit den Menschen nicht vorsichtig genug sein kann?
2. Glauben Sie, dass die meisten Menschen versuchen, Sie auszunutzen, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten, oder würden sie sich Ihnen gegenüber fair verhalten?
3. Würden Sie sagen, dass die meisten Menschen im Großen und Ganzen versuchen, hilfsbereit zu sein, oder sind sie meistens nur auf den eigenen Vorteil bedacht?

Ausprägung Österreich insgesamt

In der Österreichischen Gesundheitsbefragung zeigt sich, dass die **meisten Befragten** mit ihren sozialen Beziehungen **zufrieden oder sehr zufrieden** sind. Zwischen **Männern** und **Frauen** gibt es bei dieser Frage **kaum Unterschiede** (vgl. Abbildung 7.1). Diese Zufriedenheit **sinkt mit zunehmendem Alter**. Junge Menschen sind etwa doppelt so oft sehr zufrieden wie Menschen, die 65 Jahre oder älter sind (Quelle: ESS 2006; Berechnungen: GÖG/ÖBIG).

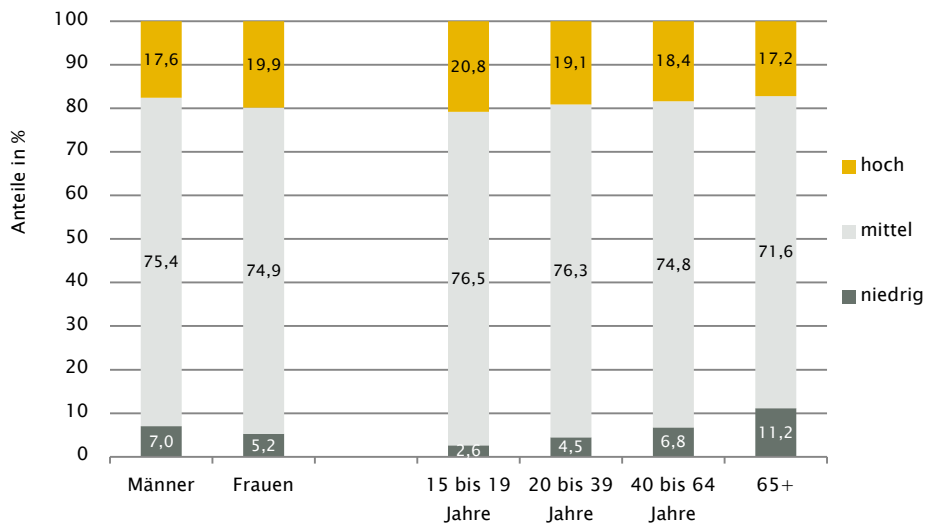
Das **soziale Vertrauen** ist bei einem **Viertel** der Befragten **hoch** und bei der Mehrheit als mittel einzustufen. Auch hier gibt es nur marginale Unterschiede zwischen Männern und Frauen (vgl. Abbildung 7.2). Es zeigt sich außerdem, dass das soziale Vertrauen mit steigendem Alter sinkt (ebd.).

Abbildung 7.1:
Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.2:
Index soziales Vertrauen nach Geschlecht und Altersgruppen, 2006



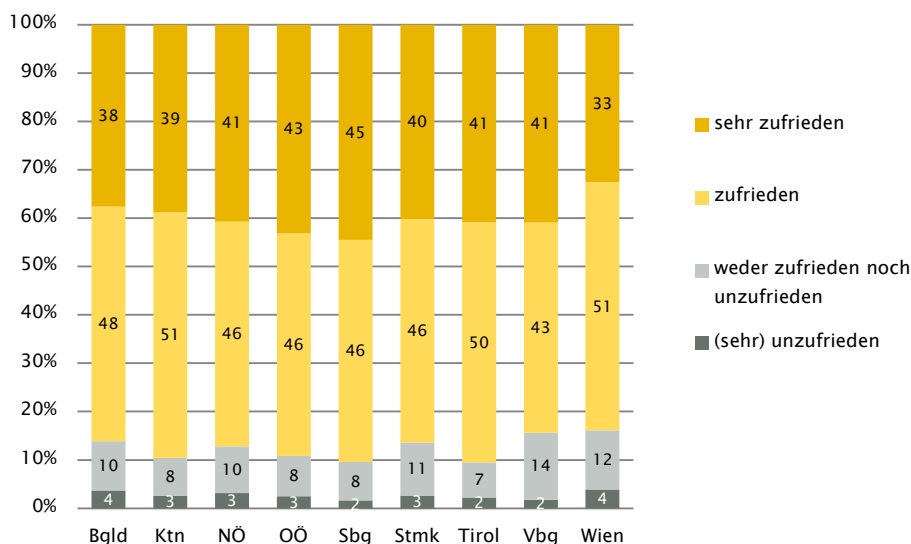
Quelle: European Social Survey 2006; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Zwischen den **Bundesländern** gibt es **keine großen Unterschiede** in der Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen – mit Ausnahme von Wien, wo die Zufriedenheit geringer ist als in allen anderen Bundesländern. Die Anteile an Personen, die sehr zufrieden sind, schwanken zwischen 33 (Wien) und 45 Prozent (Salzburg) (vgl. Abbildung 7.3).

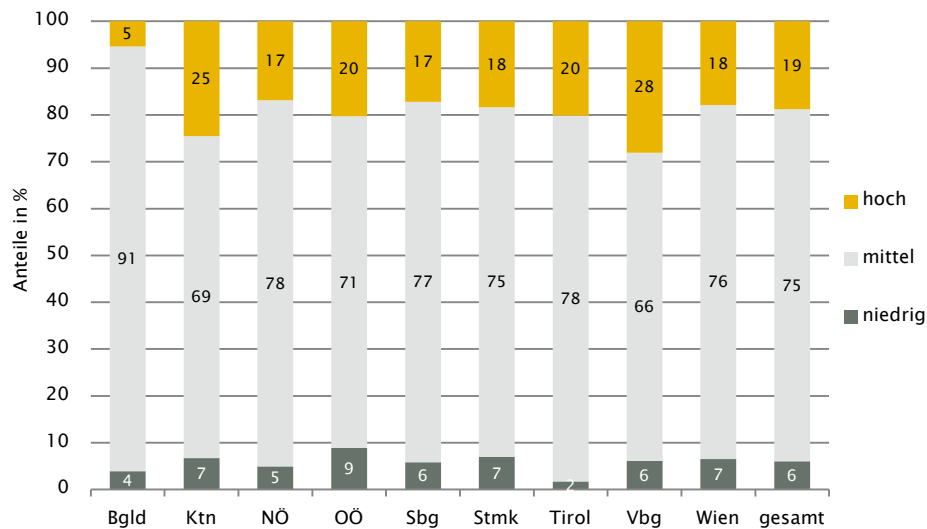
Das soziale Vertrauen **unterscheidet sich zwischen** den einzelnen **Bundesländern** teilweise **relativ stark** voneinander. In Vorarlberg ist es am höchsten und im Burgenland am niedrigsten. In Oberösterreich hat ein Viertel hohes soziales Vertrauen, aber fast ein Fünftel beurteilt seine Ausprägung dafür als gering. Bis auf das Burgenland beträgt der Anteil der Personen, die hohes soziales Vertrauen haben, mindestens ein Viertel (vgl. Abbildung 7.4).

Abbildung 7.3:
Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Bundesland, 2006



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.4:
 Soziales Vertrauen nach Bundesland, 2006



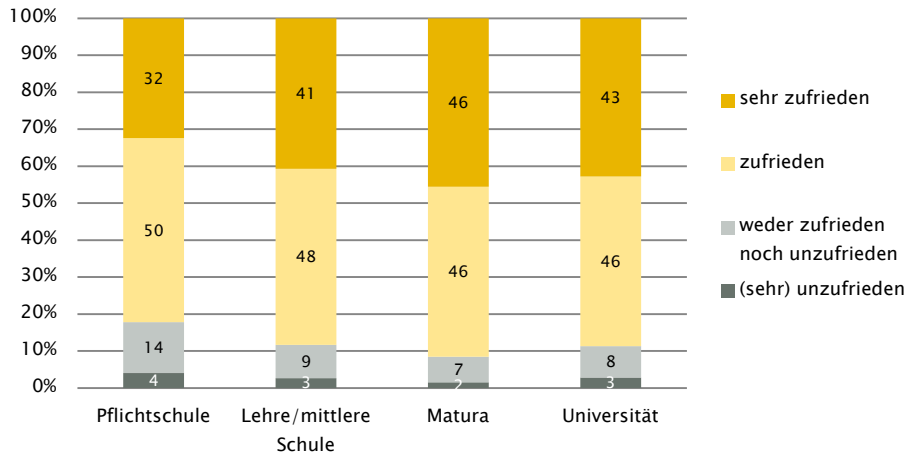
Quelle: European Social Survey 2006; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Merkmal Bildung und Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen geht nicht eindeutig in eine Richtung, doch tendenziell sind Menschen mit höherer Bildung zufriedener als Menschen mit sehr niedrigem Bildungsniveau. Am **zufriedensten** sind Personen mit **Matura**, gefolgt von Akademikerinnen/Akademikern. Personen, die maximal einen **Pflichtschulabschluss** haben, weisen die geringste Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen auf (vgl. Abbildung 7.5). Das **soziale Vertrauen steigt** leicht mit dem **Bildungsniveau** (vgl. Abbildung 7.6).

Abbildung 7.5:

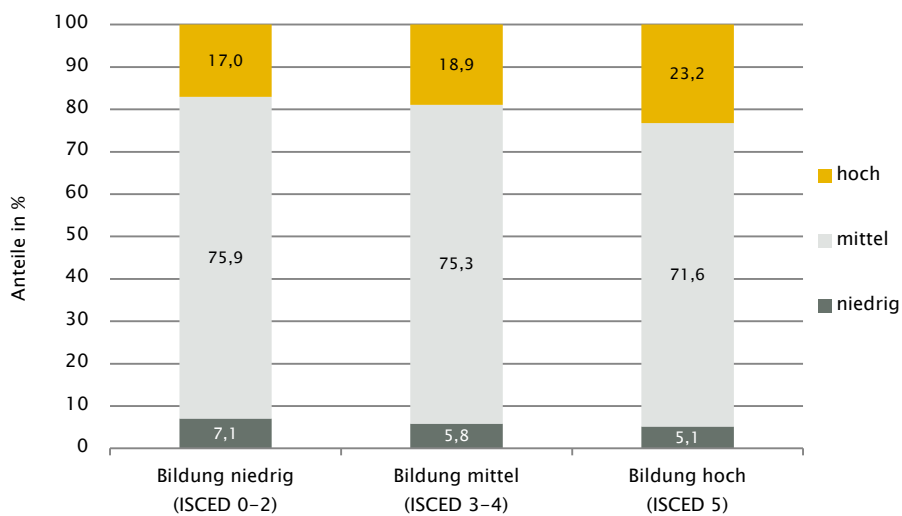
Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen nach Bildungsniveau, 2006



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.6:

Soziales Vertrauen nach Bildungsniveau



ISCED 0 = Kindergarten; ISCED 1 = Volksschule; ISCED 2 = allgemeinbildende höhere Schule Unterstufe, Neue Mittelschule, Hauptschule; ISCED3 = allgemeinbildende höhere Schule Oberstufe AHS, BHS, BMS, Berufsschule/Lehre; ISCED 4 = Matura; ISCED 5 = Universität, Fachhochschule u. ä.

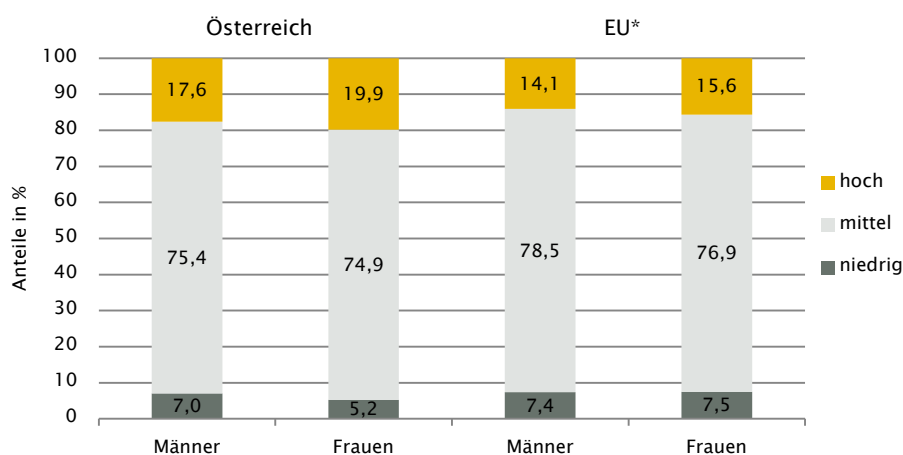
Quelle: European Social Survey 2006; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

In **Österreich** ist das soziale Vertrauen etwas **höher** als im **Durchschnitt** ausgewählter EU-Länder (vgl. Abbildung 7.7). Am höchsten ist das soziale Vertrauen in den skandinavischen Ländern, am schlechtesten in osteuropäischen Ländern, in Portugal und in Zypern (Quelle: ESS 2006; Berechnungen: GÖG/ÖBIG).

Abbildung 7.7:

Soziales Vertrauen im Vergleich mit ausgewählten EU-Ländern



* Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Irland, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Ungarn, Zypern

Quelle: European Social Survey 2006; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Die meisten Menschen in Österreich, nämlich etwa **90 Prozent**, sind mit den **persönlichen Beziehungen zufrieden oder sehr zufrieden**; etwa 19 Prozent haben hohes und 6 Prozent niedriges soziales Vertrauen.
- » Mit **zunehmendem Alter schrumpfen** die Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen und das soziale Vertrauen.
- » Bei beiden Indikatoren gibt es kaum geschlechtsspezifische Unterschiede.
- » Die **Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen ist in den Bundesländern weitgehend gleich**, nur in Wien ist die Bevölkerung etwas weniger zufrieden; beim **sozialen Vertrauen** hingegen gibt es nennenswerte **regionale Unterschiede**, es ist in Vorarlberg am höchsten und im Burgenland am niedrigsten.
- » Angehörige **niedrigerer Bildungsschichten** sind **weniger mit ihren persönlichen Beziehungen zufrieden** und haben **geringeres soziales Vertrauen** als Angehörige höherer Bildungsschichten.
- » Das soziale Vertrauen ist in **Österreich etwas höher** als in den meisten anderen europäischen Ländern.

7.2 Gini-Koeffizient

Definition

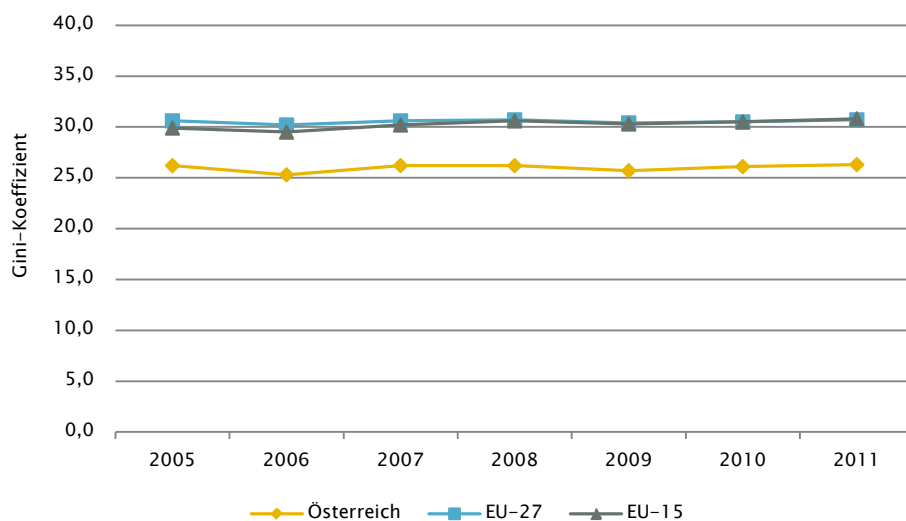
Der Gini-Koeffizient ist eine **Kennzahl zur Darstellung von Gleich- bzw. Ungleichverteilung**. Er kann Werte zwischen 0 und 1 bzw. zwischen 0 und 100 Prozent annehmen. Im Fall von Einkommen beispielsweise würde „0“ eine absolute Gleichverteilung bedeuten (das Einkommen ist für alle gleich hoch) und „1“ bzw. 100 eine totale Konzentration des Einkommens auf eine Person.

Ausprägung Österreich insgesamt und im internationalen Vergleich

In Österreich ist die Ungleichverteilung des Netto-Haushaltseinkommens geringer als im EU-Durchschnitt. Die Gleich- bzw. Ungleichverteilung ist in Österreich wie in der Europäischen Union zwischen 2005 und 2011 weitgehend konstant geblieben (vgl. Abbildung 7.8).

Abbildung 7.8:

Gini-Koeffizient der Netto-Äquivalenzeinkommen in Österreich 2005–2010

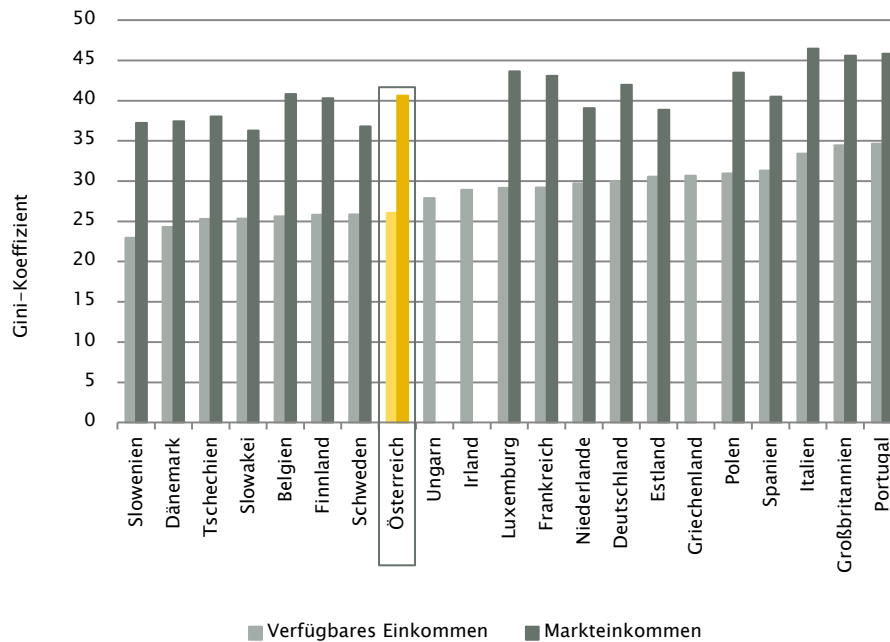


Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ein Vergleich des Gini-Koeffizienten von Nettoeinkommen (inkl. staatlicher Transfers) und Markteinkommen zeigt, dass die Ungleichheit des Markteinkommens deutlich höher liegt als die des Nettoeinkommens und dass insbesondere in Österreich dadurch eine deutlich bessere Einkommensverteilung erreicht wird (40 vs. 25) (vgl. Abbildung 7.9).

Abbildung 7.9:

Einkommensungleichheit (Gini-Koeffizient) von Markteinkommen¹⁴ und verfügbarem Nettoeinkommen¹⁵ im Vergleich mit ausgewählten europäischen Ländern (späte 2000er Jahre)



Quelle: OECD 2011b Growing Income Inequalities, 36; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Der **Gini-Koeffizient** ist von 2005 bis 2011 **weitgehend gleich geblieben**.
- » In Österreich sind die **Einkommensunterschiede geringer** als im Durchschnitt der EU-Länder, insbesondere durch die Sozialleistungen.

¹⁴ Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit sowie aus Vermögen.

¹⁵ Einkommen abzüglich Steuern plus staatlichen Transfers.

7.3 Freiwilliges Engagement

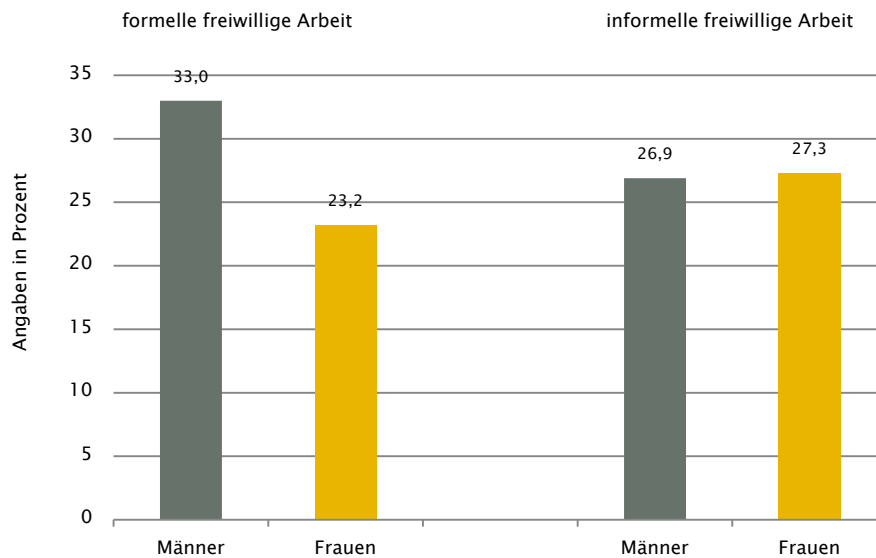
Definition

Die Erhebung zu „Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich“ wurde von der Statistik Austria im Jahr 2006 im Auftrag des damaligen Ministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz im Rahmen des Mikrozensus (als Zusatzerhebung) durchgeführt. Im Österreichischen Freiwilligenbericht, der auf diese Daten zurückgreift, wird zwischen formeller und informeller Freiwilligenarbeit unterschieden, wobei sich die formelle auf Engagement in Institutionen und Organisationen bezieht und informelle im Wesentlichen Nachbarschaftshilfe einbezieht (s. BMASK 2009, 49 ff.). Die Begriffe Freiwilligenarbeit oder freiwilliges Engagement umfassen dabei Tätigkeiten, die freiwillig und aus eigenem Willen heraus sowie unbezahlt erfolgen und Dritten außerhalb der eigenen Familie zugutekommen (ebd., 12). Es wurde für zehn verschiedene Bereiche (z. B. Umweltbereich oder im Bereich der Katastrophenhilfs- und Rettungsdienste) gefragt, ob die befragte Person in diesem ehrenamtlich tätig ist (ebd. 214 ff.).

Ausprägung Österreich insgesamt

Laut Mikrozensus-Zusatzerhebung (2006) der Statistik Austria im vierten Quartal 2006 leisten 44,8 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren, also in etwa drei Millionen Personen, formelle und/oder informelle Freiwilligenarbeit (s. BMASK 2009, 51). Bei der formellen Freiwilligenarbeit engagieren sich deutlich mehr Männer als Frauen, bei der informellen Freiwilligenarbeit sind in etwa gleich viele Männer und Frauen aktiv (vgl. Abbildung 7.10).

Abbildung 7.10:
Freiwilliges Engagement in Österreich, 2006

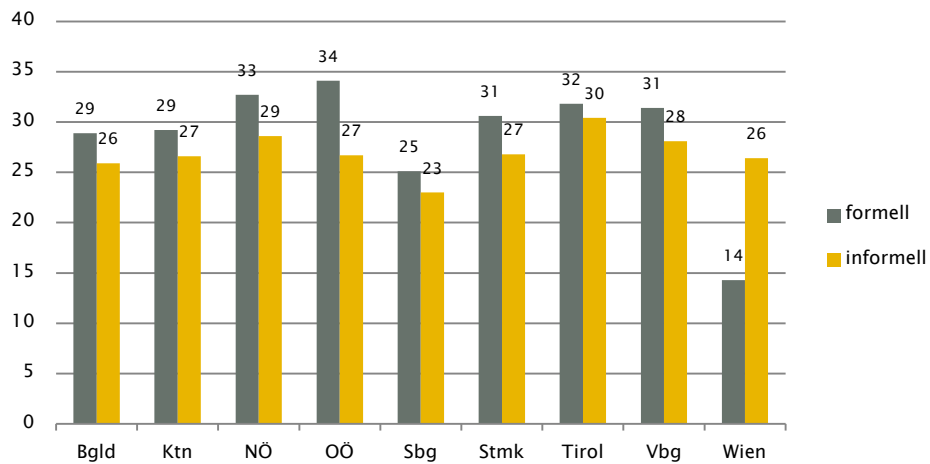


Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Zusatzerhebung (2006) nach BMASK 2009, 58, 66;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Insgesamt engagieren sich 28 Prozent der Österreicher/innen im formellen Bereich freiwillig. Unter diesem Schnitt liegen nur Wien und Salzburg. Am höchsten ist das formelle Engagement in Oberösterreich. Im informellen Bereich engagieren sich insgesamt 27 Prozent freiwillig. Unter oder in diesem Schnitt liegen alle Bundesländer bis auf Tirol, Vorarlberg und Niederösterreich. Am höchsten ist das informelle Engagement in Tirol. Es zeigt sich also bei beiden Arten des freiwilligen Engagements kein Ost-West-Gefälle (vgl. Abbildung 7.11) (S. BMASK 2009, 55, 65).

Abbildung 7.11:
Freiwilliges Engagement in Österreich nach Bundesländern, 2006

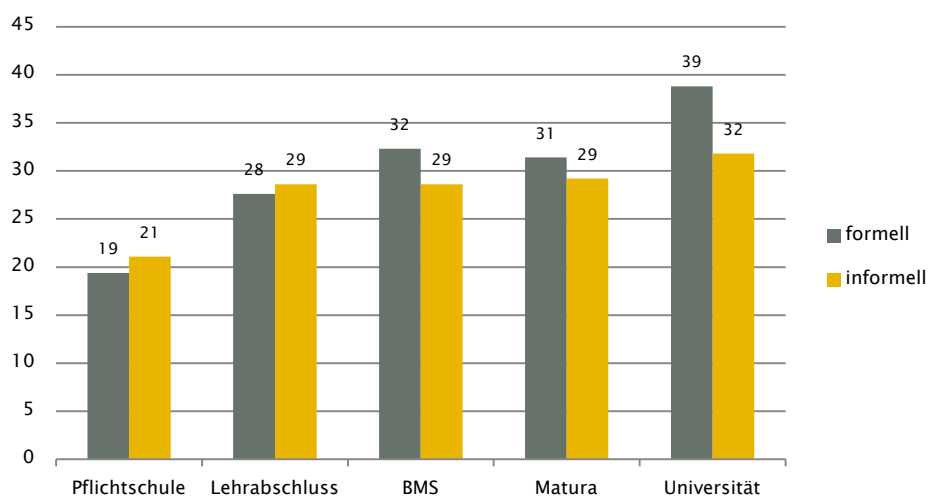


Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Zusatzerhebung (2006) nach BMASK 2009, 58, 66; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Die höchste Beteiligung an freiwilligem Engagement (formell und informell) zeigt sich bei Personen mit einem Hochschulabschluss, das niedrigste bei Personen mit Pflichtschule als höchstem Schulabschluss (vgl. Abbildung 7.12).

Abbildung 7.12:
Freiwilliges Engagement in Österreich nach höchster abgeschlossener (Schul-)Bildung, 2006



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Zusatzerhebung (2006) nach BMASK 2009, 58, 66; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Für den internationalen Vergleich wird auf den Eurobarometer 75.2 zur Freiwilligentätigkeit und Solidarität zwischen den Generationen aus dem Jahr 2011 zurückgegriffen. Dort wurde danach gefragt, ob die befragte Person zurzeit einer Freiwilligentätigkeit nachgehe¹⁶. In Österreich bejahten das 37 Prozent der Befragten, im EU-27-Schnitt jedoch nur 24 Prozent. Am höchsten war das freiwillige Engagement in den Niederlanden (57 %), am niedrigsten in Polen (9 %). Im Trend war die freiwillige Tätigkeit in den westlichen EU-Ländern höher als in den östlichen. Österreich lag an vierter Stelle. (S. TNS Opinion & Social 2011, 9.)

Kernaussagen

- » Insgesamt engagierten sich im Jahr 2006 **45 Prozent** der österreichischen Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren **freiwillig**.
- » Im **formellen** Bereich (also in Organisationen) engagieren sich deutlich **mehr Männer als Frauen**, im **informellen** Bereich (z. B. Nachbarschaftshilfe) halten sich die beiden Geschlechter ungefähr die **Waage**.
- » Es gibt **Unterschiede** zwischen den **Bundesländern**, es zeigt sich aber **kein** eindeutiger **Trend** (z. B. Ost-West-Gefälle).
- » Personen mit einem **höheren Schulabschluss** engagieren sich **öfter** als Personen mit einem niedrigen Schulabschluss.
- » Im **Vergleich** zu den EU-27-Ländern ist in **Österreich** das Freiwilligenengagement **sehr hoch**.

16

„Do you currently have a voluntary activity on a regular or occasional basis?“

8 Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen

- » Selbstberichteter Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen
- » Eltern: Kommunikation und Vertrauensverhältnis
- » Schulklima (Verhältnis zwischen den Schülern/Schülerinnen; Schüler/innen/Lehrkräfte)
- » Jugendarbeitslosigkeit
- » Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger

8.1 Selbstberichteter Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen

Definition

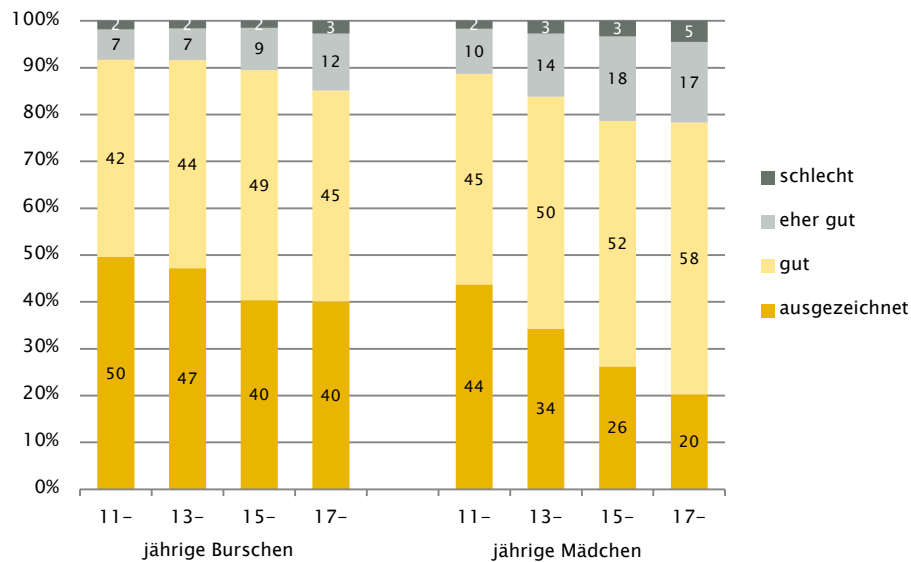
In der HBSC-Studie (Health Behavior in School-aged Children) wurden die 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen danach gefragt, wie sie ihren eigenen **Gesundheitszustand einschätzen**. Sie konnten dabei auf einer vierstufigen Skala antworten (schlecht, eher gut, gut, ausgezeichnet).

Ausprägung Österreich insgesamt

Knapp **90 Prozent** der 11- bis 17-jährigen **Burschen** und je nach Alter **80 bis 90 Prozent** der **Mädchen** beurteilen ihren allgemeinen **Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut**. Je älter die Schüler/innen sind, **desto ungünstiger** beurteilen sie ihren Gesundheitszustand; **Burschen** beurteilen ihren Gesundheitszustand **besser als Mädchen**. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist bei den 17-Jährigen besonders deutlich: Doppelt so viele Burschen wie Mädchen fühlen sich gesundheitlich ausgezeichnet (vgl. Abbildung 8.1).

Abbildung 8.1:

Selbstberichteter Gesundheitszustand der 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht, 2010



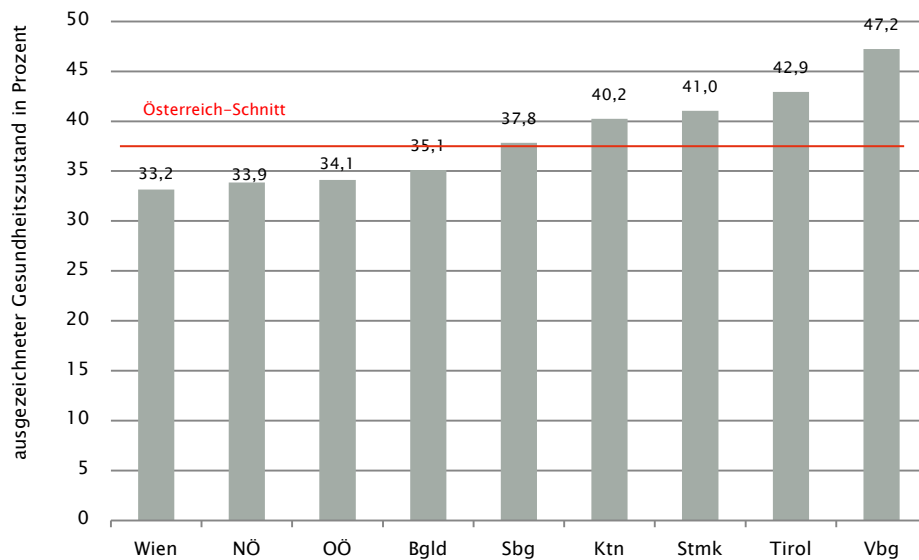
Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Der Anteil der Schüler/innen mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand ist regional sehr unterschiedlich. Insgesamt beurteilen 37 Prozent der Befragten ihren Gesundheitsstatus als ausgezeichnet. In Wien tut dies rund ein Drittel, in Vorarlberg hingegen fast die Hälfte. Die östlichen Bundesländer (inkl. Oberösterreich) liegen unter dem österreichischen Durchschnitt, die westlichen und südlichen Bundesländer liegen darüber (vgl. Abbildung 8.2).

Abbildung 8.2:

Ausgezeichneter Gesundheitszustand der 11- bis 17-Jährigen im Bundesländervergleich, 2010

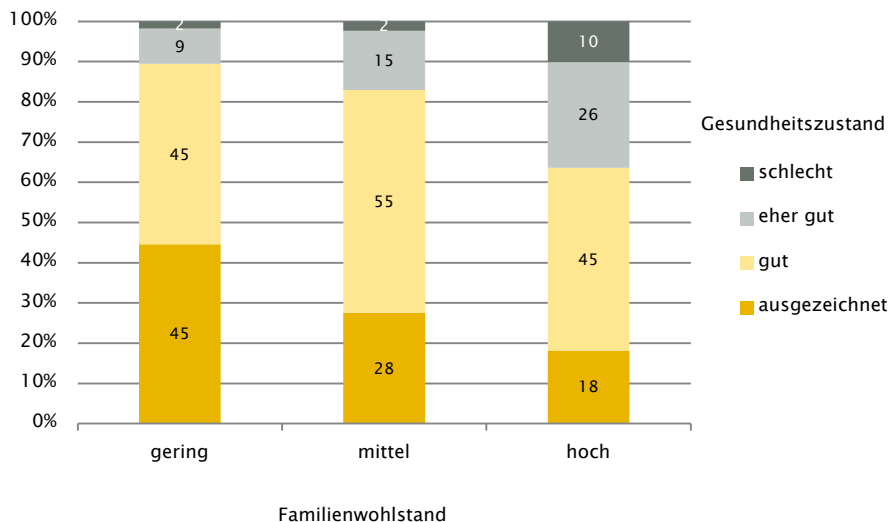


Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Der **Zusammenhang** der Gesundheit mit den **sozioökonomischen Verhältnissen** zeigt sich sowohl bei der **Beurteilung der Gesundheit** als auch bei der **mittleren Beschwerdelast**: Kinder aus Haushalten mit geringem Familienwohlstand beurteilen ihren Gesundheitszustand schlechter und haben auch eine höhere Beschwerdelast als Kinder aus Haushalten mit einem mittleren oder hohen Familienwohlstand (vgl. Abbildung 8.3).

Abbildung 8.3:
Selbstberichteter Gesundheitszustand nach Familienwohlstand, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Auch beim internationalen Vergleich zeigt sich, dass **Mädchen** ihre **Gesundheit schlechter** beurteilen als Burschen und dass die Gesundheit mit **zunehmendem Alter schlechter beurteilt** wird. Österreich liegt in den Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen jeweils im **ersten Drittel der positiven Beurteilungen** (s. WHO 2012, 68).

Kernaussagen

- » Je nach Alter und Geschlecht beurteilen **80 bis 90 Prozent** der 11- bis 17-Jährigen ihren allgemeinen **Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder gut**.
- » **Burschen** beurteilen ihren Gesundheitszustand **besser** als Mädchen.
- » **Je älter** die Schüler/innen werden, **desto ungünstiger** beurteilen sie ihren Gesundheitszustand.
- » Kinder und Jugendliche aus **Ostösterreich** beurteilen ihren Gesundheitszustand **weniger gut** als ihre Altersgenossen aus den südlichen und westlichen Bundesländern.
- » Kinder und Jugendliche aus **sozioökonomisch** schlechter gestellten Haushalten haben einen **weniger guten Gesundheitszustand**.
- » Im **internationalen** Vergleich liegt Österreich bei den Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen jeweils **im ersten Drittel der positiven Beurteilungen**.

8.2 Eltern: Kommunikation und Vertrauensverhältnis

Definition

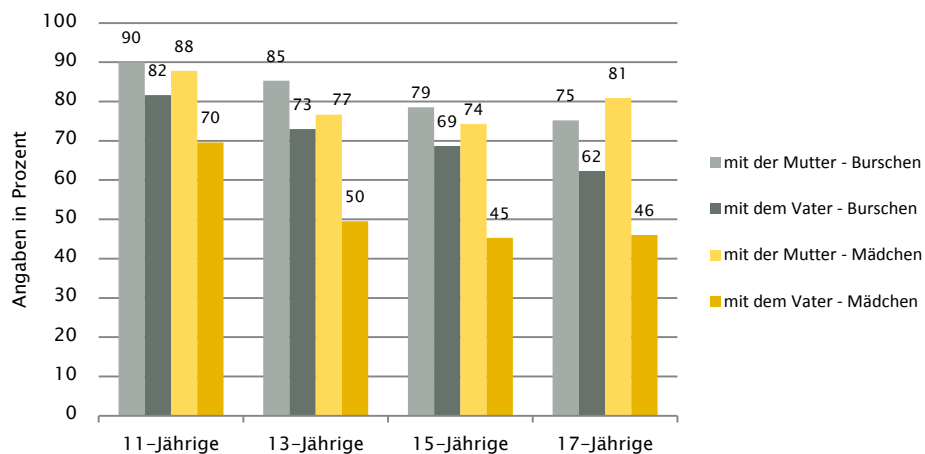
Die Schüler/innen werden im Rahmen des HBSC-Survey gefragt, wie **schwer oder leicht** es ihnen fällt, mit der **Mutter** oder dem **Vater** (bzw. mit Stiefmutter/Stiefvater bzw. mit Freundin des Vaters / Freund der Mutter) über **Dinge zu sprechen, die ihnen wirklich nahe gehen oder ihnen wichtig** sind.

Ausprägung Österreich insgesamt

Die Kommunikation mit den Eltern fällt dem überwiegenden Teil der 11- bis 17-jährigen Schüler/innen leicht oder sehr leicht. Sowohl für Burschen als auch für Mädchen ist das Gesprächsklima mit der **Mutter** besser als mit dem Vater: Je nach Alter und Geschlecht fällt es 74 bis 90 Prozent der Jugendlichen sehr leicht oder leicht, mit der Mutter über wichtige Themen zu sprechen, mit dem Vater gelingt dies 45 bis 88 Prozent. Je jünger die Kinder sind, desto leichter fällt es ihnen, mit den Eltern über ihnen wichtige Dinge zu sprechen (vgl. Abbildung 8.4).

Abbildung 8.4:

Schüler/innen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind, nach Altersstufen, 2010



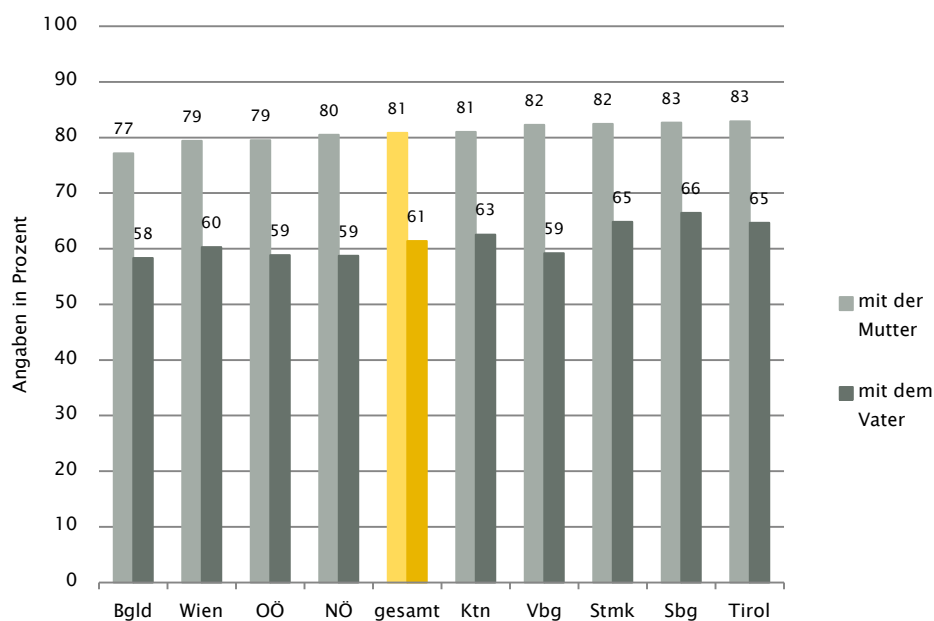
Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Regionale Unterschiede beim Gesprächsklima mit den Eltern gibt es kaum. Im Burgenland ist das Kommunikationsverhältnis etwas schlechter als in den anderen Bundesländern, in Salzburg ist es am besten (vgl. Abbildung 8.5).

Abbildung 8.5:

Schüler/innen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind, nach Bundesländern, 2010



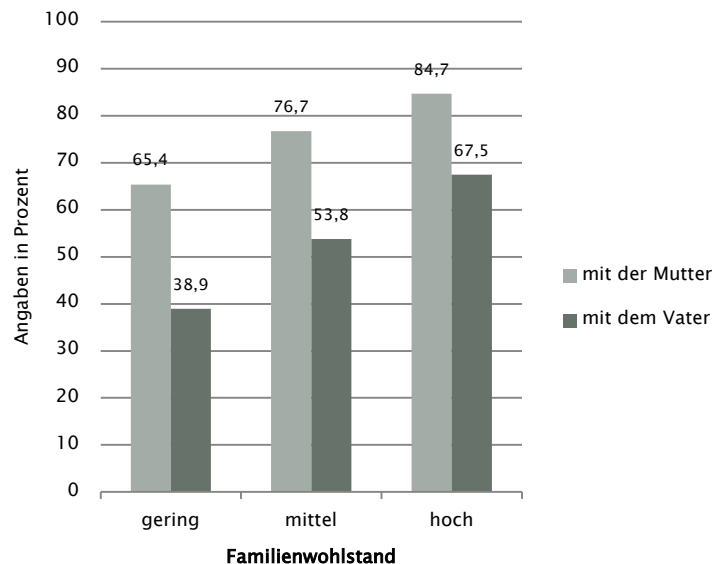
Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Betrachtet man das **Gesprächsklima** mit den Eltern nach dem Familienwohlstand, zeigt sich deutlich, dass es **mit steigendem Wohlstand besser wird**. Das Gesprächsklima mit der Mutter unterscheidet sich zwischen Kindern aus einem Haushalt mit einem geringen Familienwohlstand um fast 20 Prozentpunkte im Vergleich zu Kindern aus einem Haushalt mit einem hohen Familienwohlstand. Beim Vergleich des Gesprächsklimas mit dem Vater macht der Unterschied sogar mehr als 30 Prozentpunkte aus (vgl. Abbildung 8.6).

Abbildung 8.6:

Schüler/innen, denen es leicht oder sehr leicht fällt, mit ihren Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen und wichtig sind, nach Familienwohlstand, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Das Gesprächsklima ist für Burschen und Mädchen **mit der Mutter besser** als mit dem Vater; je nach Alter und Geschlecht fällt es **74 bis 90 Prozent** der Jugendlichen **sehr leicht oder leicht**, mit der **Mutter über wichtige Themen** zu sprechen.
- » Den Jüngeren fällt es leichter als den Älteren, mit den Eltern über wichtige Dinge zu sprechen.
- » **Burschen** beurteilen das Gesprächsklima mit den Eltern **besser** als Mädchen.
- » **Regionale Unterschiede** im Gesprächsklima sind **marginal**.
- » **Je höher** das Familieneinkommen, **desto besser** ist das Gesprächsklima.

8.3 Schulklima

Definition

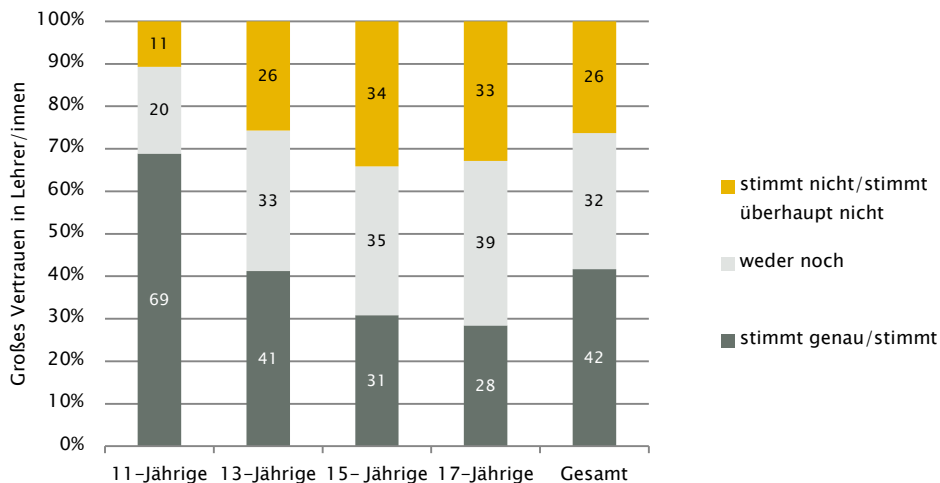
Das **Schulklima** wird mit zwei Aussagen der HBSC-Studie dargestellt: „Ich habe **großes Vertrauen in meine Lehrer und Lehrerinnen**“ bzw. „Die **Schüler und Schülerinnen** meiner Klasse gehen **respektvoll miteinander** um“. Bei beiden Aussagen konnten die Befragten auf einer fünfstufigen Skala antworten („stimmt genau“, „stimmt“, „weder richtig noch falsch“, „stimmt nicht“ und

„stimmt überhaupt nicht“). Die Kategorien „stimmt genau“ und „stimmt“ sowie „stimmt nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“ wurden für die Darstellung in diesem Bericht zusammengefasst.

Ausprägung Österreich insgesamt

Das **Vertrauen** in die Lehrer und Lehrerinnen ist bei den **11-jährigen** Schülern und Schülerinnen **am höchsten** und sinkt bei den 13-, 15- und 17-jährigen Schülern und Schülerinnen deutlich ab. Bei den 17-Jährigen können dieser Aussage nur noch knapp 30 Prozent zustimmen (Abbildung 8.7). Auch einen **respektvollen Umgang** miteinander **sehen eher die jüngeren** Schüler und Schülerinnen. Allerdings steigt die Zustimmung bei den 17-jährigen Schülern und Schülerinnen wieder etwas an (vgl. Abbildung 8.8).

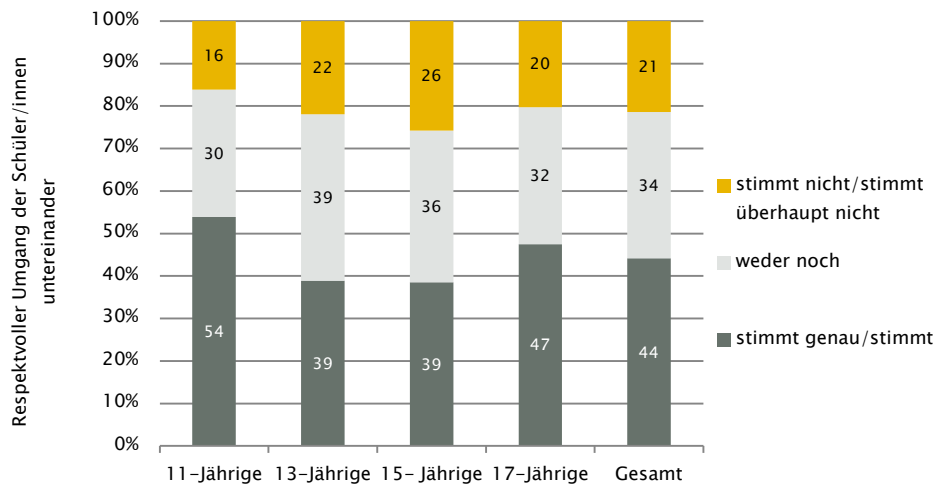
Abbildung 8.7:
„Großes Vertrauen in die Lehrer und Lehrerinnen“ nach Altersgruppen, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 8.8:

„Respektvoller Umgang der Schüler und Schülerinnen“ miteinander nach Altersgruppen, 2010



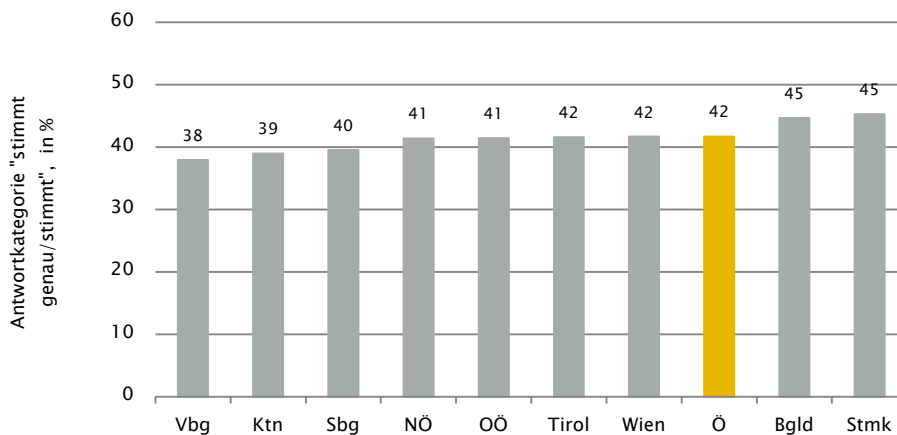
Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Beim Schulklima gibt es zwischen den einzelnen Bundesländern **keine nennenswerten Unterschiede**. Insbesondere beim Vertrauen in die Lehrer/innen finden sich im Vergleich zum österreichischen Gesamtschnitt nur geringe Abweichungen (vgl. Abbildung 8.9). Beim Respekt untereinander sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern etwas größer. Wien schneidet am schlechtesten ab und Salzburg am besten. Im Osten wird der Umgang weniger respektvoll wahrgenommen als im Westen (vgl. Abbildung 8.10).

Abbildung 8.9:

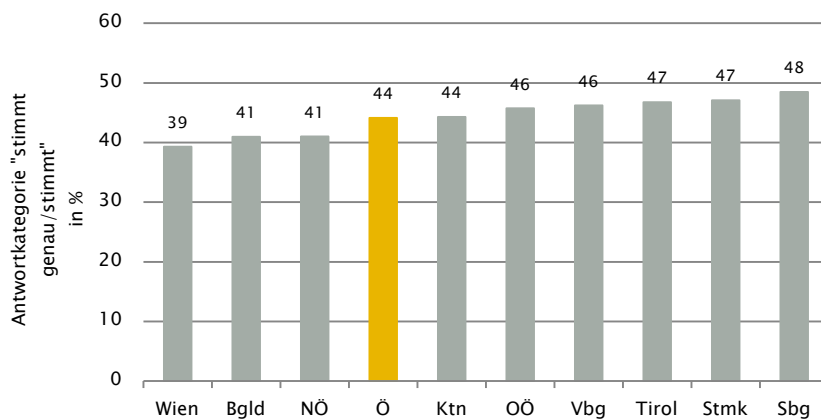
„Großes Vertrauen in die Lehrer und Lehrerinnen“ („stimmt genau“/„stimmt“) nach Bundesländern, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 8.10:

„Respektvoller Umgang der Schüler und Schülerinnen miteinander“ nach Bundesländern, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

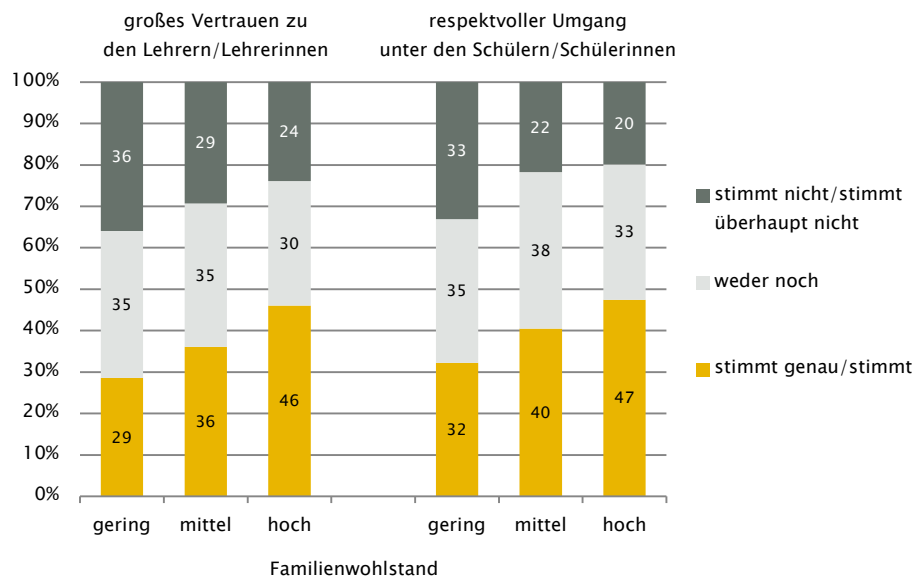
Sozioökonomischer Aspekt

Bei beiden Variablen, die das Schulklima messen, gibt es einen **deutlichen Zusammenhang** zwischen dem **Familienwohlstand** und der **Wahrnehmung des Schulklimas**: Bei Kindern aus Familien mit geringem Familienwohlstand ist sowohl das Vertrauen in die Lehrer/innen geringer als auch die Zustimmung zur Aussage, dass die Schüler/Schülerinnen respektvoll miteinander

umgehen. Sowohl das Vertrauen als auch die Respektwahrnehmung steigen mit höherem Familienwohlstand (vgl. Abbildung 8.11).

Abbildung 8.11:

„Großes Vertrauen in die Lehrer und Lehrerinnen“ und „Respektvoller Umgang der Schüler/innen miteinander“ nach Familienwohlstand



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Die **jüngeren** Schüler/innen beurteilen das **Schulklima besser** als die älteren.
- » In der Beurteilung des Schulklimas gibt es **keine regionalen Unterschiede**.
- » Je **höher** der **Familienwohlstand** ist, desto **besser** wird das **Schulklima** bewertet.

8.4 Jugendarbeitslosigkeit

Definition

„Nach dem ILO-Konzept¹⁷ (auch Labour-Force-Konzept, LFK) gelten jene Personen zwischen 15 und 74 Jahren als arbeitslos, die

¹⁷

ILO steht für International Labour Organization / Internationale Arbeitsorganisation. „Nach dem ILO-Konzept gelten

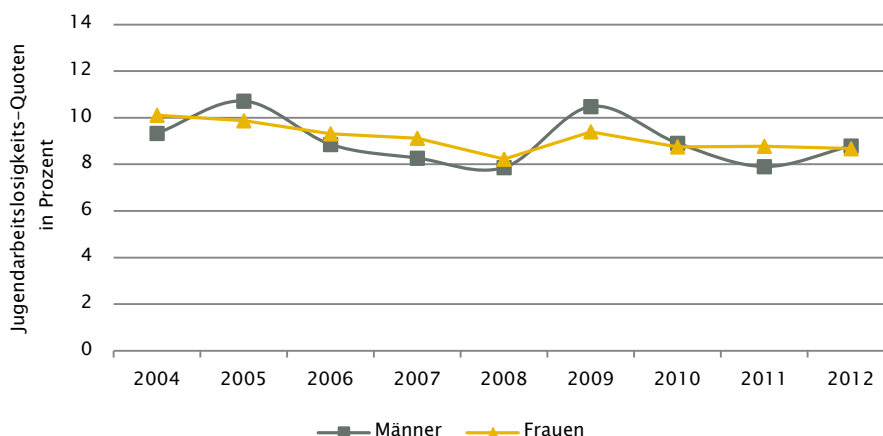
- » nicht erwerbstätig im Sinne der ILO sind,
- » innerhalb der nächsten beiden Wochen nach der Referenzwoche eine Arbeit aufnehmen können,
- » und während der Referenzwoche und den drei Wochen davor aktiv nach Arbeit gesucht haben, oder bereits eine Stelle gefunden haben und diese in maximal drei Monaten antreten.“ (Statistik Austria 2012a, 81)

Als Jugendliche gelten in den Statistiken 15- bis 24-Jährige (z. B. Statistik Austria 2012a, 322).

Ausprägung Österreich insgesamt

2012 waren in Österreich 8,7 Prozent der Jugendlichen arbeitslos. Die Jugendarbeitslosigkeits-Quote ist seit 2004 weitgehend konstant. Ein konstanter Unterschied zwischen 15- bis 24-jährigen Männern und den gleichaltrigen Frauen ist nicht zu erkennen (vgl. Abbildung 8.12).

Abbildung 8.12:
Jugendarbeitslosigkeit-Quoten¹⁸ (ILO) nach Geschlecht, 2004–2012



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Jahresdurchschnitt über alle Wochen.
Anmerkung: Bevölkerung in Privathaushalten ohne Präsenz- und Zivildienst;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

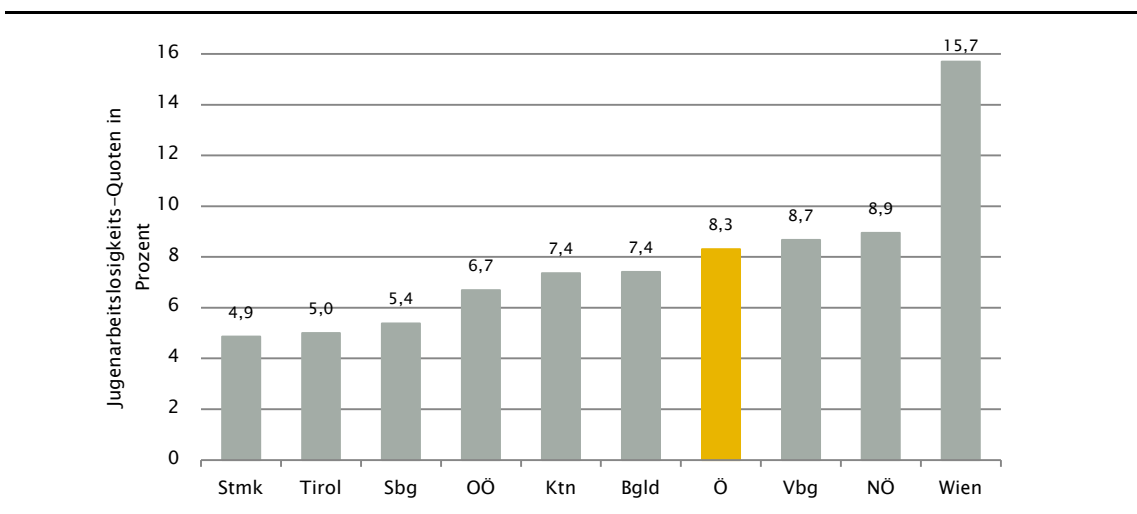
Personen dann als erwerbstätig, wenn sie in der Referenzwoche mindestens eine Stunde als Unselbständige, Selbständige oder mithelfende Familienangehörige gearbeitet haben. Haben sie nur aufgrund von Urlaub, Krankheit etc. nicht gearbeitet, gehen aber ansonsten einer Arbeit nach, gelten sie ebenfalls als erwerbstätig. Personen in Elternkarenz mit aufrechterm Dienstverhältnis, deren Karenzierung nicht länger als 22 Monate dauert, sowie Lehrlinge zählen ebenfalls zu den Erwerbstätigen, nicht hingegen Präsenz- und Zivildienstler.“ (Statistik Austria 2011, 83)

¹⁸ Bezogen auf Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren.

Regionale Ausprägung

Es gibt **große regionale Unterschiede** in der Jugendarbeitslosigkeit in Österreich. 2011 waren in Wien 16 Prozent der Jugendlichen arbeitslos, während sie in den Bundesländern mit vergleichsweise niedriger Arbeitslosigkeit etwa bei 5 Prozent lag, nämlich in der Steiermark und in Tirol (vgl. Abbildung 8.13).

Abbildung 8.13:
Jugendarbeitslosigkeit-Quoten¹⁹ (ILO) nach Bundesland 2011²⁰



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2011 nach Statistik Austria 2012a, 322;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

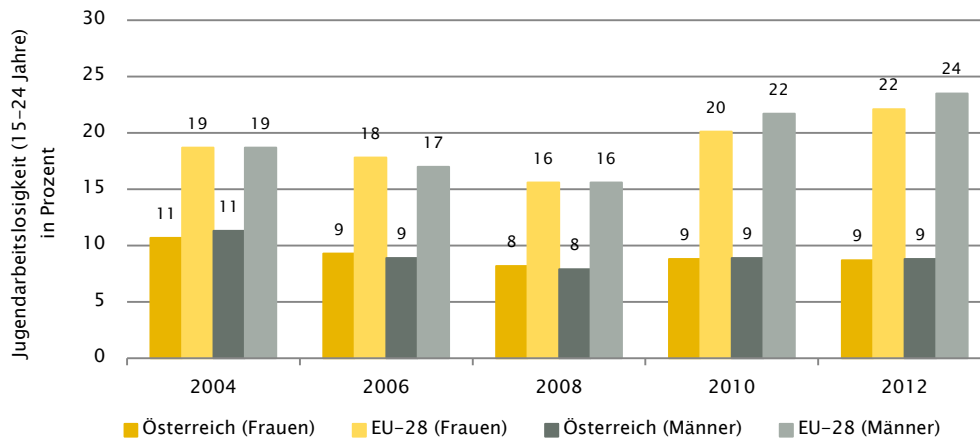
Internationaler Vergleich

Im internationalen Bereich liegt **Österreich an ausgezeichneter vorletzter Stelle**, etwas niedriger ist die Jugendarbeitslosigkeit nur noch in Deutschland. Der EU-28-Durchschnitt ist fast dreimal so hoch wie der österreichische Durchschnitt (vgl. Abbildung 8.14). Am höchsten ist die Jugendarbeitslosigkeit in Spanien und Griechenland mit mehr als 50 Prozent (Quelle: Eurostat-Datenbank).

19
Bezogen auf Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren.

20
Jahresdurchschnitt über alle Wochen.

Abbildung 8.14:
Jugendarbeitslosigkeit (ILO) im internationalen Vergleich, 4. Quartal 2012



Quelle: Eurostat-Datenbank nach Statistik Austria 2013, 19;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Der Arbeitslosenrate bei Jugendlichen ist in Österreich mit **8,7 Prozent** im Jahr 2012 im Vergleich mit nahezu allen anderen europäischen Ländern gering: **Nur in Deutschland ist aktuell die Jugendarbeitslosigkeit noch niedriger.**
- » Es gibt geringe geschlechtsspezifische Unterschiede.
- » In **Wien** ist die Jugendarbeitslosigkeit mit 16 Prozent im Jahr 2011 am **höchsten**, in der **Steiermark und in Tirol** ist sie mit rund 5 Prozent **am niedrigsten**.

8.5 Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger

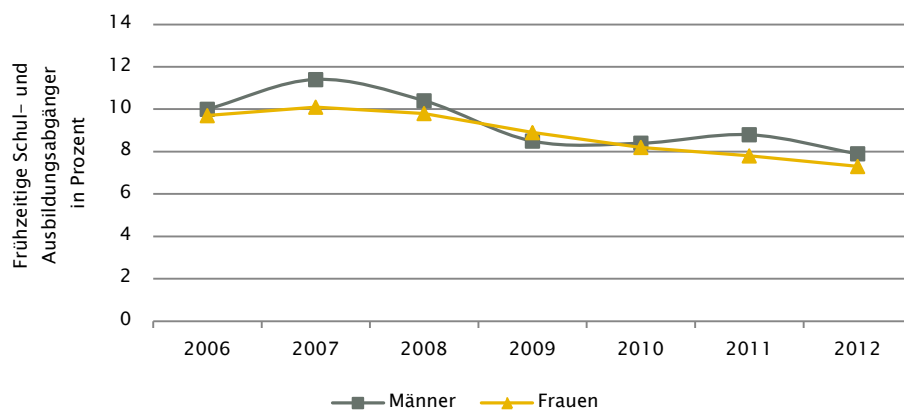
Definition

Als frühzeitige Schul- oder Ausbildungsabgänger zählen laut Statistik Austria „18- bis 24-jährigen Personen ohne weiterführenden Bildungsabschluss (ISCED 3a/b oder höher), die an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen [...]. Personen in Schul- oder Semesterferien werden bei der Berechnung dieses Indikators als ‚in Ausbildung‘ gezählt.“ (2012a, 43) Der in Abbildung 8.15 dargestellte Anteil ist auf die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen bezogen.

Ausprägung Österreich insgesamt

Seit dem Jahr 2009 ist die **Quote der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger gesunken** und betrug im Jahr 2012 7,5 Prozent. Die der Männer war – bis auf das Jahr 2009 – etwas höher als die der Frauen (vgl. Abbildung 8.15).

Abbildung 8.15:
Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger nach Geschlecht 2006–2012



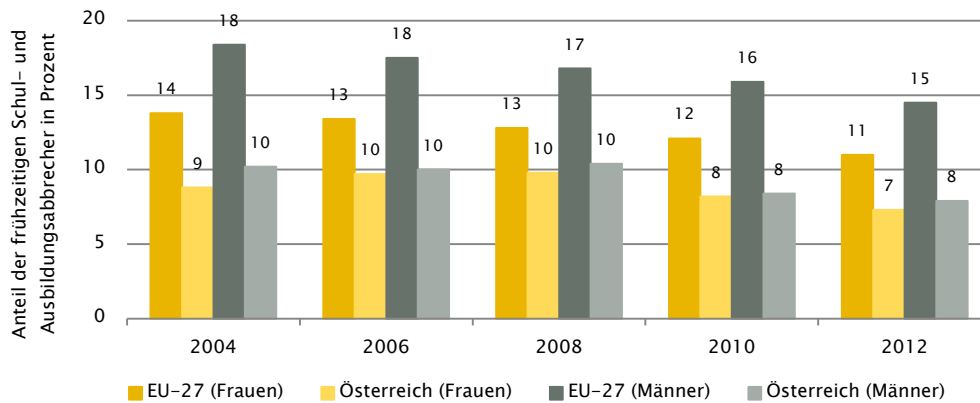
Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus Arbeitskräfteerhebung nach Statistik Austria 2012a, 43; Eurostat-Datenbank;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Verglichen mit dem Großteil anderer europäischer Länder ist der Anteil an frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgängern in **Österreich** mit acht Prozent relativ gering. Damit liegt Österreich um fünf Prozentpunkte niedriger als der EU-27-Durchschnitt (vgl. Abbildung 8.16).

Abbildung 8.16:

Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger im internationalen Vergleich 2012



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » In Österreich brachen im Jahr 2012 **7,5 Prozent** der 18- bis 24-Jährigen **frühzeitig** ihre Ausbildung ab; seit dem Jahr 2009 ist die Quote der frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabgänger gesunken.
- » Junge **Männer** brechen ihre Ausbildung **häufiger** ab als Frauen.
- » In **Österreich** brechen deutlich **weniger** Menschen **als** im Durchschnitt der **EU-27-Länder** ihre Ausbildung frühzeitig ab.

9 Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

- » Konsum von Obst und Gemüse (Erwachsene und Kinder)
- » Rate von Untergewicht und Adipositas

9.1 Konsum von Obst und Gemüse

Definition

In der **HBSC-Studie** wurde das Ernährungsverhalten der Schüler und Schülerinnen mit verschiedenen Fragen zur Ernährung abgefragt. Eine davon war die Frage nach der Häufigkeit von Obst- und Gemüsekonsum. Dieser Konsum wird im vorliegenden Bericht anhand der Antwortkategorien „einmal“ oder „mehrmals täglich“ (= mindestens einmal täglich) dargestellt. In der **Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007** wurde die Bevölkerung ab 15 Jahren gefragt, zu welchen Ernährungstypen sich die Befragten zuordnen.

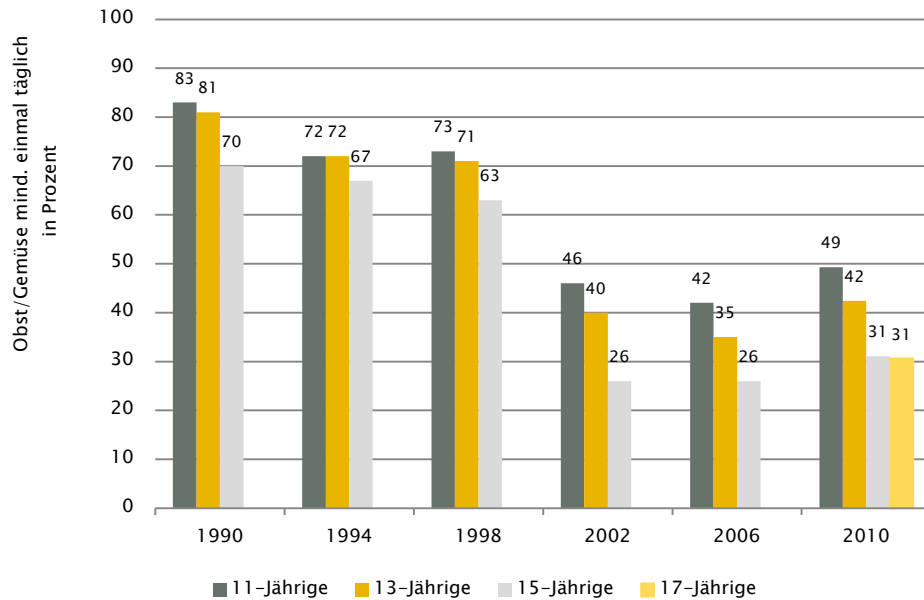
Ausprägung Österreich insgesamt

Der **tägliche Obst- und Gemüsekonsum** von österreichischen Schülern und Schülerinnen hat seit der ersten Befragungswelle im Jahr 1990 **deutlich abgenommen**, auch wenn er von 2006 bis 2010 wieder leicht zugenommen hat. In allen Jahren zeigt sich, dass **jüngere Kinder öfter Obst und Gemüse essen als ältere Kinder**. Etwa 50 Prozent der 11-Jährigen aßen im Jahr 2010 mindestens einmal täglich Obst oder Gemüse, 17-Jährige nur zu etwa 30 Prozent (vgl. Abbildung 9.1).

Der **Großteil der Personen ab 15 Jahren** gibt an, **Mischkost mit wenig Fleisch** zu essen. Deutlich weniger oft wird angegeben, Mischkost mit viel Fleisch zu essen. Noch etwas seltener wird Mischkost mit viel Obst und Gemüse gegessen. Vegetarier machen nur einen verschwindend geringen Anteil aus. **Frauen** geben deutlich **öfter als Männer** an, **Mischkost mit viel Obst und Gemüse** zu essen, an erster Stelle steht jedoch auch bei ihnen Mischkost mit wenig Fleisch. Bei den Männern wird fast gleich häufig angegeben, Mischkost mit wenig bzw. mit viel Fleisch zu essen. Mischkost mit viel Obst und Gemüse essen weniger als 20 Prozent der Männer (vgl. Abbildung 9.2).

Abbildung 9.1:

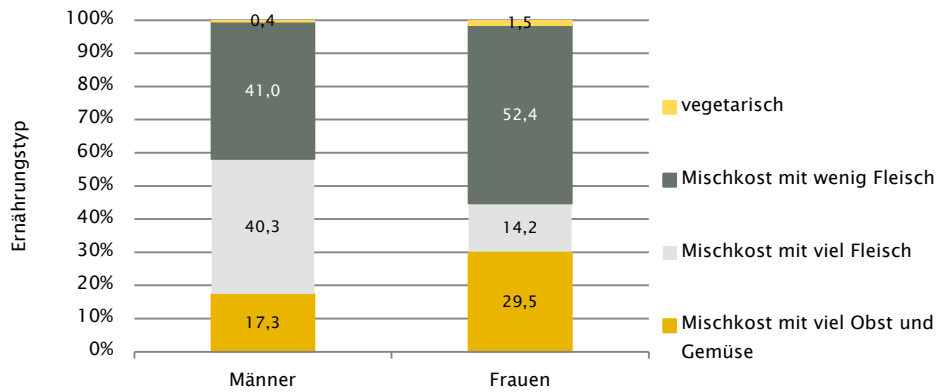
„Obst/Gemüse essen – mindestens einmal täglich“ 11-, 13-, 15- und 17-Jährige, 1990–2010



Quellen: Dür/Griebler 2007, Anhang B, 1; Ramelow et al. 2011, 118 f.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.2:

Essgewohnheiten von Personen ab 15 Jahren nach Geschlecht, 2006/2007



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

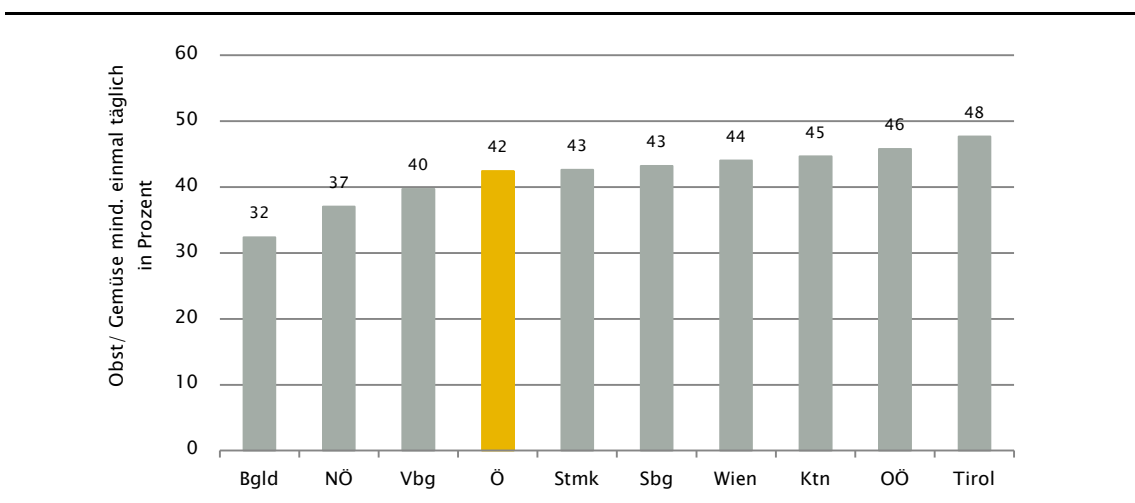
Regionale Ausprägung

Beim **Ernährungsverhalten** der Kinder zeigen sich **teilweise starke regionale Unterschiede**: Am seltensten geben Schüler und Schülerinnen aus dem Burgenland an, mindestens einmal täglich Obst und Gemüse zu essen, am häufigsten die Tiroler. Es zeigt sich allerdings kein durchgängiger Ost-West-Trend. Im **Österreich-Schnitt geben 42,4 Prozent** der Kinder an, **mindestens einmal täglich Obst oder Gemüse zu essen**. Darunter liegen nur drei Bundesländer: Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg. Das **Burgenland** liegt immerhin **10 Prozentpunkte darunter** – Tirol nur etwa 5 Prozentpunkte darüber (vgl. Abbildung 9.3).

Da die Fragestellung der Erwachsenen vollkommen anders war, kann man deren Ergebnis nicht mit dem bei den Kindern vergleichen. Es fällt aber auf, dass der Ernährungstyp **„Mischkost mit viel Obst und Gemüse“** im **Burgenland am häufigsten vertreten** ist. Am seltensten tritt dieser Ernährungstyp in der Steiermark auf. Unter dem Österreich-Schnitt liegen die Steiermark, Kärnten und Oberösterreich (vgl. Abbildung 9.4).

Abbildung 9.3:

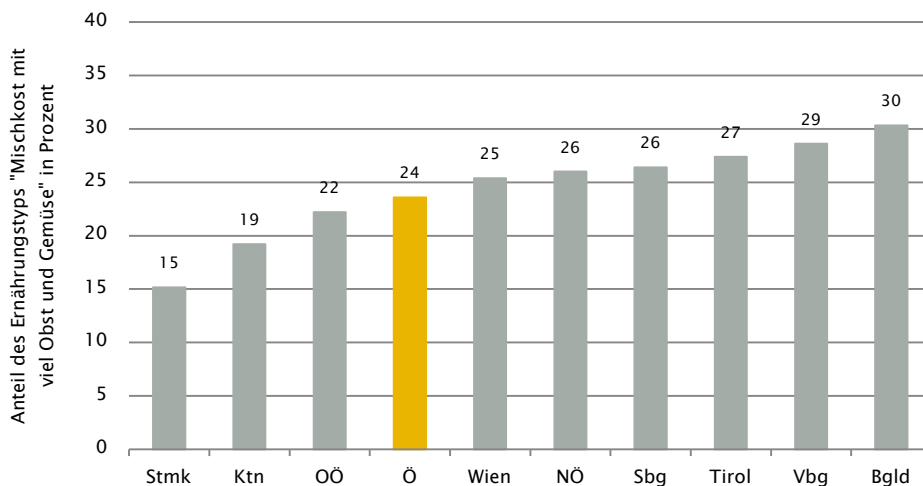
„Obst/Gemüse essen – mindestens einmal täglich“ (Kinder) nach Bundesländern, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.4:

Essgewohnheiten der Erwachsenen – Ernährungstyp „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ nach Bundesländern, 2006



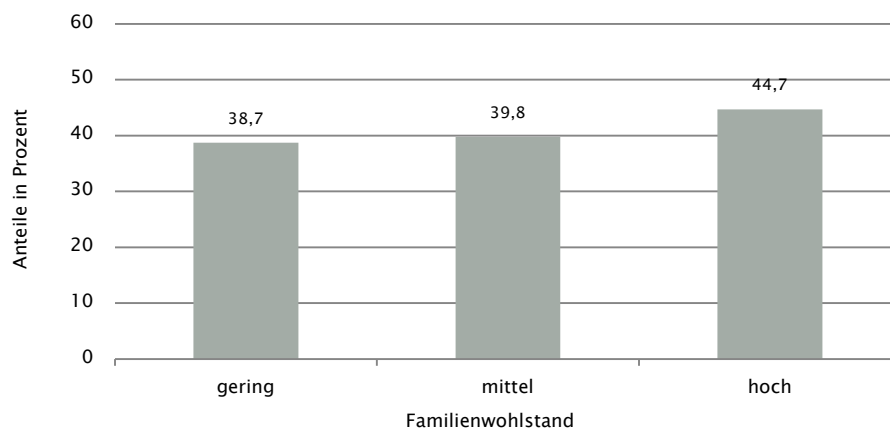
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Bei den Kindern werden die sozioökonomischen Bedingungen über den **Familienwohlstand** dargestellt und bei den Personen ab 15 Jahren über das **Bildungsniveau**. Der **Zusammenhang** zwischen Ernährung und sozioökonomischen Bedingungen ist bei den Kindern und den Erwachsenen zu sehen – er ist aber **nicht sehr stark**. Personen mit einem höheren Bildungsniveau (Matura oder Universität) zählen sich öfters zum Ernährungstyp „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ als Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau (Pflichtschule oder Lehre bzw. BMS). Kinder aus ökonomisch besser gestellten Haushalten geben öfters an, mindestens einmal täglich Obst oder Gemüse zu essen, als Kinder aus ökonomisch schlechter gestellten Haushalten (vgl. Abbildung 9.5 bzw. Abbildung 9.6).

Abbildung 9.5:

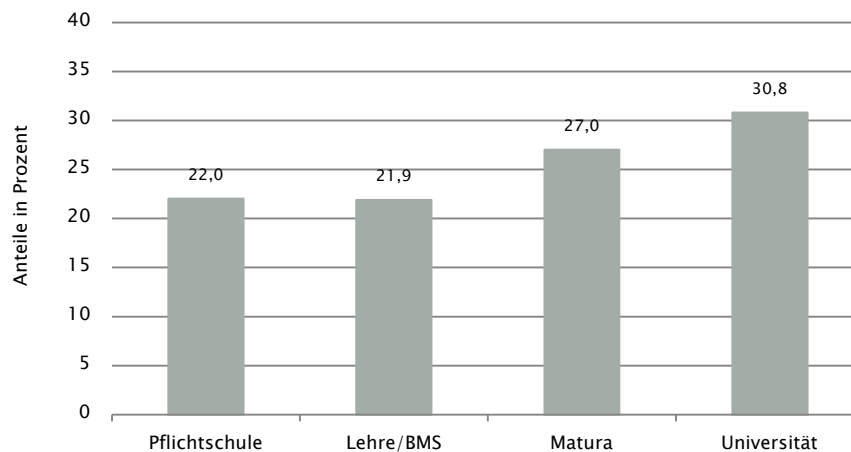
„Obst/Gemüse essen – mindestens einmal täglich“ (Kinder) nach Familienwohlstand, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.6:

Essgewohnheiten der Erwachsenen – Ernährungstyp „Mischkost mit viel Obst und Gemüse“ nach Bildungsniveau, 2006/2007



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

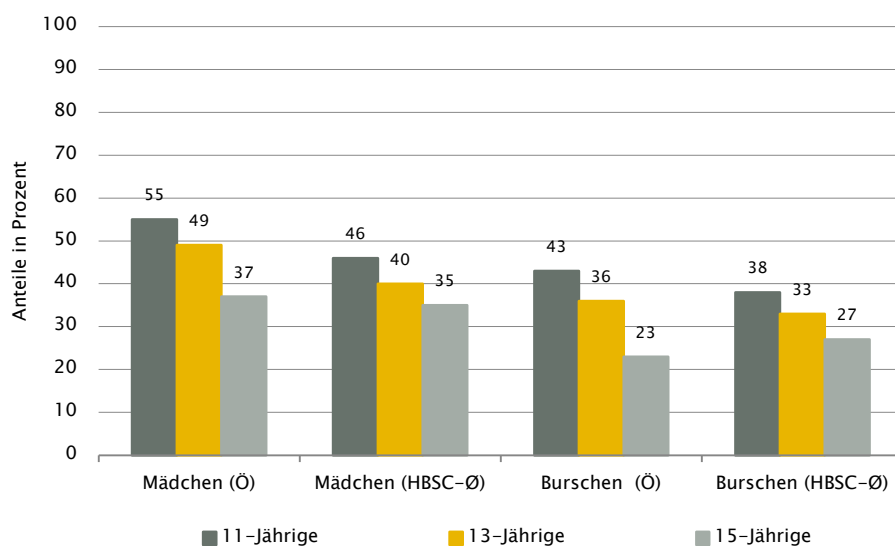
Internationaler Vergleich

Für den internationalen Vergleich stehen für die Erwachsenen keine Daten zur Verfügung. Zu den Kindern gibt es im internationalen HBSC Report nur eine Übersicht zum täglichen Obstkonsum der 11-, 13- und 15-Jährigen und nicht zum Obst- und Gemüsekonsum.

Beim täglichen Obstkonsum zeigt sich auch im internationalen Vergleich, dass Mädchen öfter Obst essen als Burschen, und zwar in jeder Altersgruppe. Nicht in allen teilnehmenden Ländern nimmt der tägliche Obstkonsum mit zunehmendem Alter ab. Bei den 11-Jährigen liegt Österreich deutlich über dem Durchschnitt aller an der HBSC-Studie teilnehmenden Länder, bei den Mädchen deutlicher als bei den Burschen: 55 Prozent der österreichischen Mädchen essen mindestens einmal täglich Obst (HBSC-Durchschnitt: 46 %) und 43 Prozent der Burschen (HBSC-Durchschnitt: 38 %). Auch bei den 13-Jährigen liegt Österreich sowohl bei den Mädchen (49 %) als auch bei den Burschen (36 %) über dem HBSC-Durchschnitt (Mädchen: 40 %, Burschen: 33 %). Bei den 15-Jährigen liegt Österreich zwar auch bei Mädchen (37 %) über dem HBSC-Schnitt (35 %), bei den Burschen (Schnitt: 27 %) jedoch darunter (23 %) (vgl. Abbildung 9.7).

Abbildung 9.7:

Täglicher Obstkonsum von 11-, 13- und 15-Jährigen im internationalen Vergleich, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children nach WHO 2012, 112 f.;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » **Weniger als die Hälfte** der österreichischen Kinder und Jugendlichen essen **täglich Obst und Gemüse**.
- » **Mehr Mädchen als Burschen** essen täglich Obst und Gemüse; **Männer** essen **seltener Mischkost** mit viel Obst und Gemüse **als Frauen**.
- » **Jüngere** Kinder essen **öfter** Obst und Gemüse **als ältere** Kinder und Jugendliche.
- » Die Essgewohnheiten sind **regional** sehr **unterschiedlich**.
- » Kinder aus Haushalten mit geringem **Familienwohlstand** essen seltener Obst und Gemüse als Kinder aus Haushalten mit einem hohen Familieneinkommen; Erwachsene höherer **Bildungsschichten** essen öfter Mischkost mit viel Obst und Gemüse als Personen mit einer niedrigeren Bildung.

- » Im **internationalen Vergleich** (mit Ländern aus der HBSC-Studie) liegen Kinder aus Österreich beim **täglichen Obstkonsum** bei allen Altersgruppen **über dem Durchschnitt** (außer bei den 15-Jährigen Burschen).

9.2 Rate von Untergewicht und Adipositas

Definition

Sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern werden Adipositas bzw. Untergewicht über den BMI gemessen und dargestellt. Bei den Erwachsenen wird Untergewicht bei einem BMI von unter 18,5 und Adipositas bei einem BMI von 30 oder mehr bestimmt. Bei den Kindern sind die Grenzwerte in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich (s. Ramelow et al. 2011, 31).

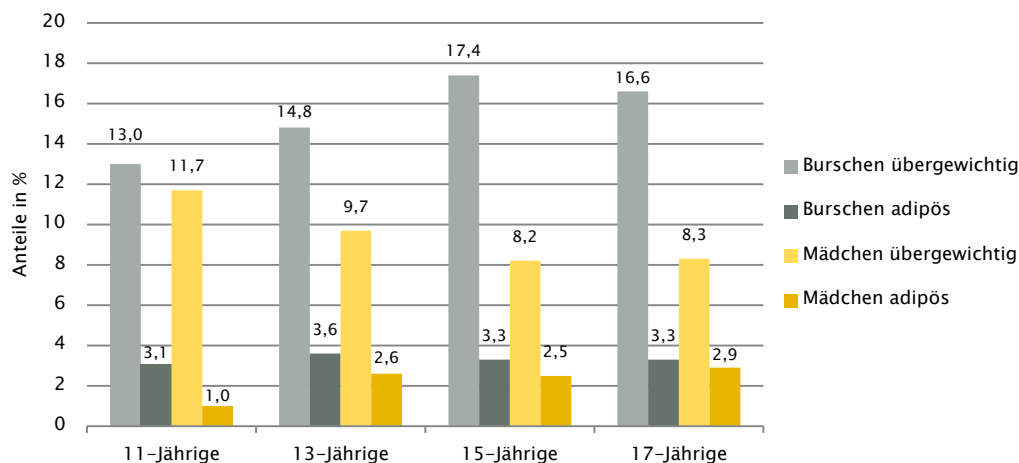
Ausprägung Österreich insgesamt

Bei den **Burschen** sind **Übergewicht und Adipositas häufiger** als bei Mädchen. Zudem zeigt sich, dass Übergewicht bei den 15- und 17-jährigen Burschen häufiger vorkommt als bei den 11- und 13-Jährigen. Bei den Mädchen ist das genau umgekehrt. Adipositas ist bei den Burschen aller Altersgruppen in etwa gleich häufig. Bei den Mädchen kommt Adipositas bei den 11-Jährigen am seltensten vor, in den anderen Altersgruppen in etwa gleich häufig (vgl. Abbildung 9.8).

Bei den **Erwachsenen** ist **Übergewicht** bei **Männern deutlich häufiger** als bei Frauen, von Adipositas sind zwar die Frauen stärker betroffen, der Unterschied ist jedoch nur sehr klein. Untergewicht ist bei den Frauen mehr als doppelt so häufig wie bei den Männern, es sind jedoch insgesamt nicht sehr viele Personen davon betroffen (vgl. Abbildung 9.9).

Abbildung 9.8:

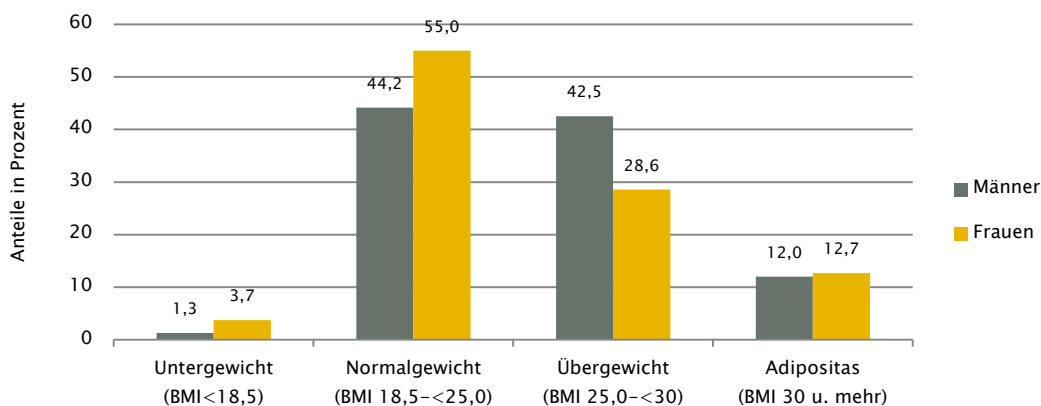
Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Alter und Geschlecht, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children nach Ramelow et al. 2010, 32; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.9:

Untergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) nach Geschlecht, 2006/2007



BMI = Body-Mass-Index

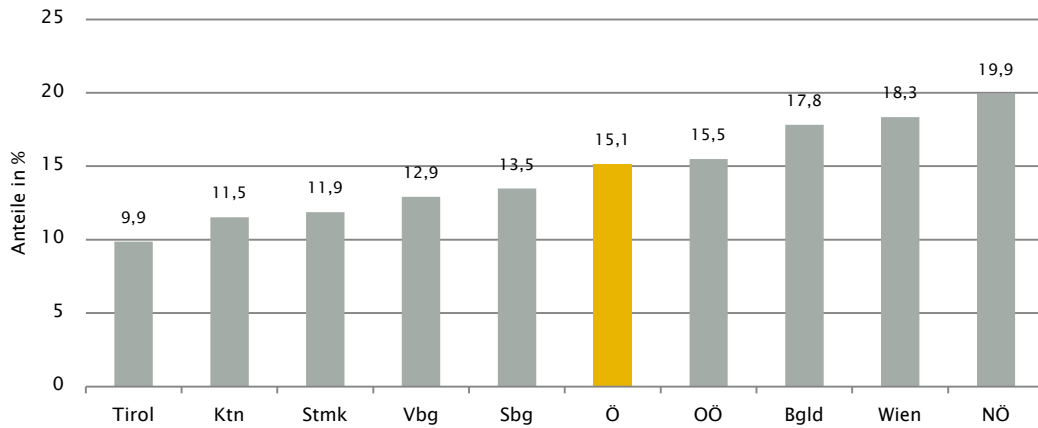
Quelle: Statistik Austria – BMI nach Statistik Austria 2008; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Nach Bundesländern betrachtet zeigt sich sowohl bei den übergewichtigen oder adipösen Kindern und bei den adipösen Erwachsenen ein **Ost-West-Gefälle**: Im Westen ist Adipositas bzw. Übergewicht seltener als im Osten. Beim Untergewicht der Erwachsenen zeigt sich kein eindeutiger Trend (vgl. Abbildung 9.10 bzw. Abbildung 9.11).

Abbildung 9.10:

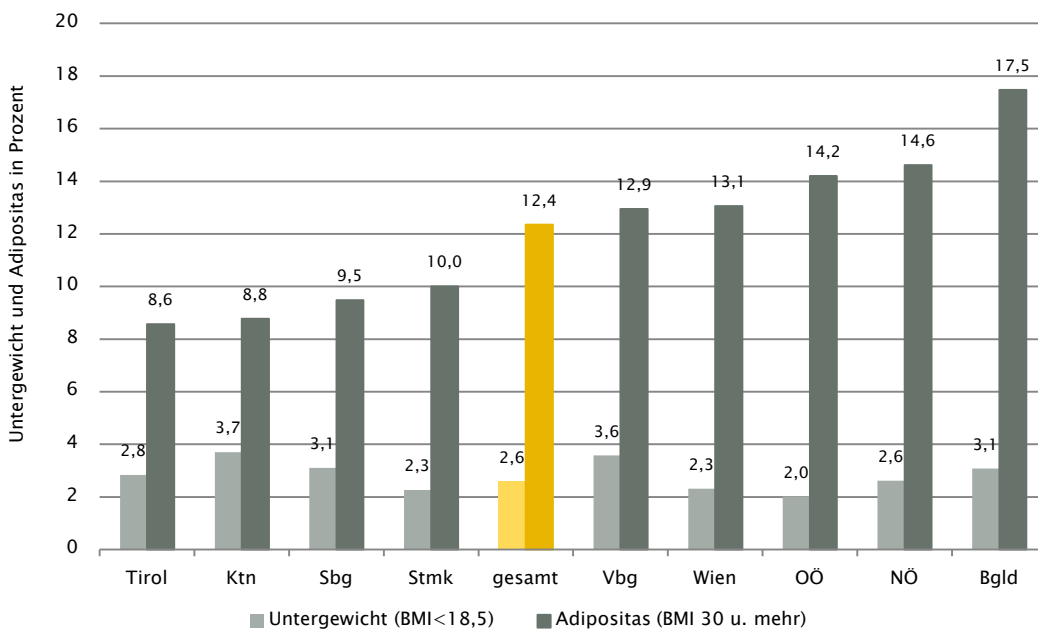
Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach Bundesländern, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behavior in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.11:

Untergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) nach Bundesländern, 2006/2007



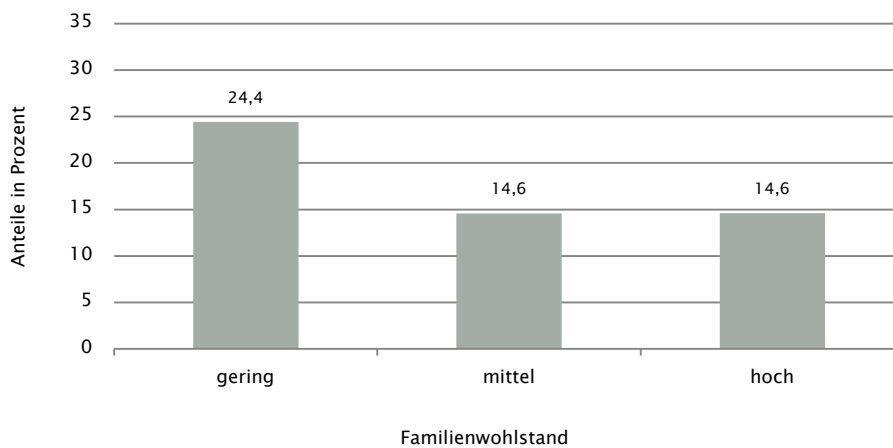
BMI = Body-Mass-Index

Quelle: Statistik Austria – BMI nach Statistik Austria 2008;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern zeigt sich ein **Zusammenhang** zwischen dem **sozioökonomischen Hintergrund** und **Übergewicht bzw. Adipositas**. Bei den Erwachsenen ist dieser Zusammenhang (gemessen über das Bildungsniveau) stärker als bei den Kindern. Bei den Kindern zeigt sich, dass jene aus Haushalten mit einem geringen Familienwohlstand deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als die aus einem Haushalt mit mittlerem oder hohem Familienwohlstand. Bei den Erwachsenen zeigt sich: Je höher der Bildungsgrad, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, an Adipositas zu leiden. Beim Untergewicht gibt es keinen speziellen Zusammenhang, es zeigt sich nur, dass Personen mit einem Pflichtschulabschluss am häufigsten davon betroffen sind (vgl. Abbildung 9.12 bzw. Abbildung 9.13).

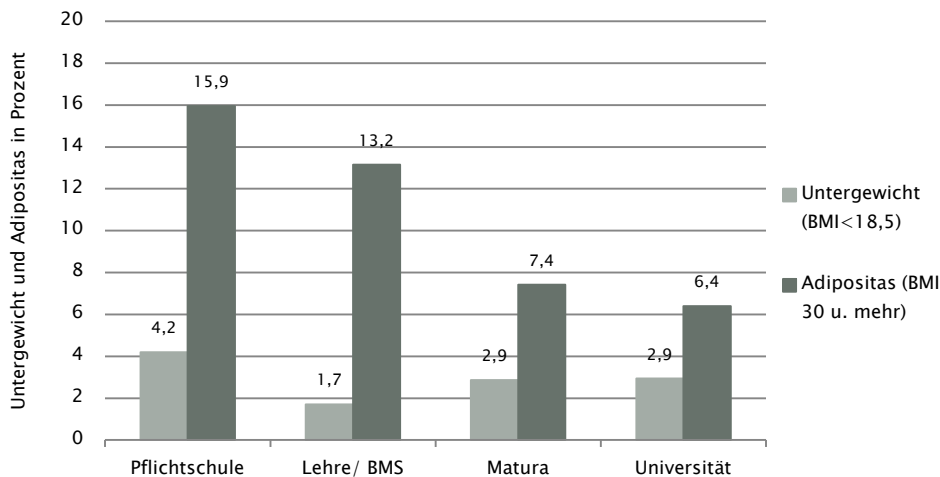
Abbildung 9.12:
Übergewicht oder Adipositas bei Schülern und Schülerinnen nach Familienwohlstand, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.13:

Untergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (ab 15 Jahren) nach Bildungsniveau, 2006/2007



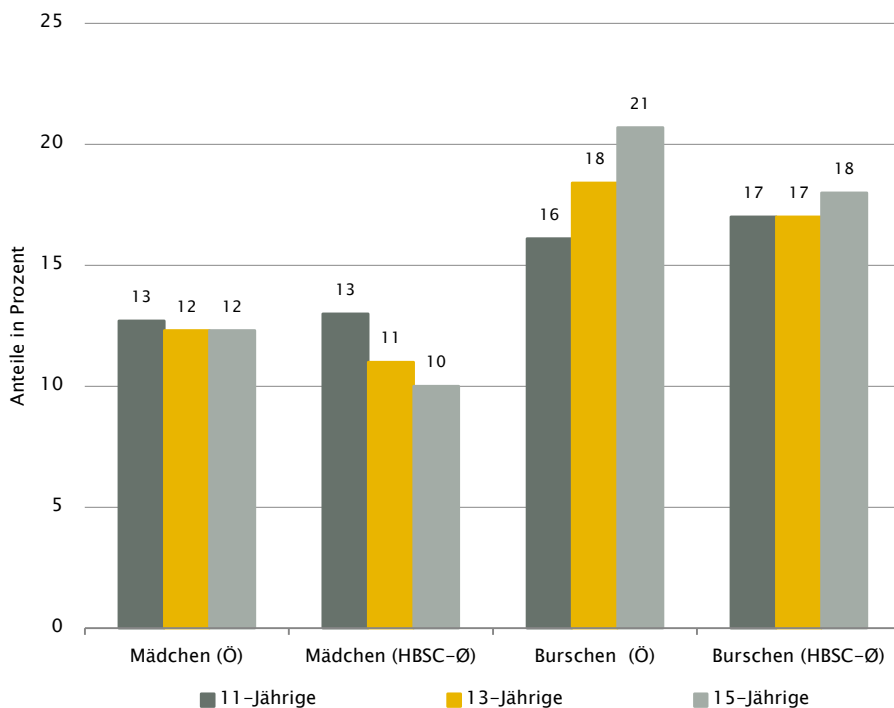
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass fast in allen dargestellten Ländern **Übergewicht und Adipositas bei Burschen stärker auftritt als bei Mädchen**. Nur in England, Schottland und den Niederlanden sind Mädchen stärker davon betroffen als Burschen. In Belgien und Luxemburg sind Mädchen und Burschen ungefähr gleich häufig betroffen. Am häufigsten von Übergewicht oder Adipositas betroffen sind Kinder aus Griechenland, Irland und Polen; am seltensten Kinder aus den Niederlanden und Belgien (s. WHO 2012, 90 f.) Bei den **11-jährigen Mädchen** liegt Österreich im Vergleich zum Durchschnitt der an der HBSC-Studie teilnehmenden Ländern genau im **Schnitt**, bei den **13- und 15-jährigen etwas darüber**. Die 11-jährigen Burschen liegen etwas unter dem HBSC-Schnitt, die 13- und 15-jährigen etwas darüber. Die **Unterschiede** zwischen dem HBSC-Schnitt und dem österreichischen Schnitt sind jedoch **sehr klein** (vgl. Abbildung 9.14).

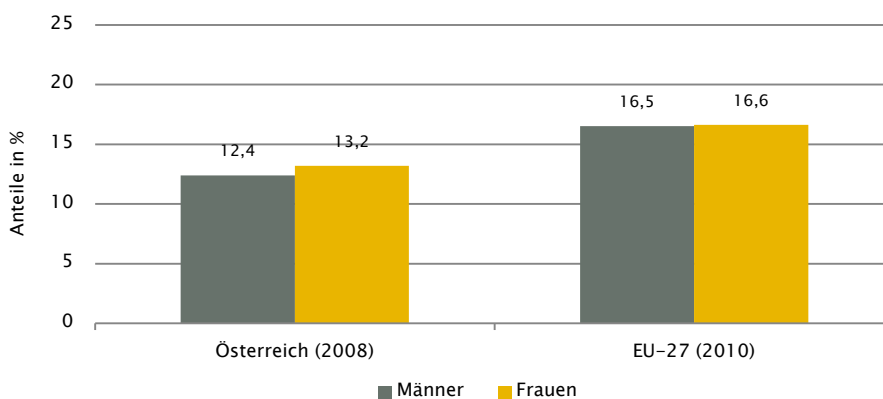
Bei den Erwachsenen liegt Österreich im internationalen Vergleich im untersten Drittel und deutlich unter dem EU-Schnitt. International gibt es bei den Erwachsenen keinen klaren Geschlechtertrend (vgl. Abbildung 9.15).

Abbildung 9.14:
 Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13- und 15-Jährigen im internationalen Vergleich, 2010



Quelle: HBSC-Ø: Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010 nach WHO 2012, 90; für Österreich: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010; (Berechnungen und) Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.15:
 Prävalenz von Adipositas bei Erwachsenen im internationalen Vergleich, 2008 bzw. 2010



Quelle: OECD Health Data 2012, Eurostat-Datenbank, WHO Global Infobase; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » **Burschen haben häufiger Übergewicht und Adipositas** als Mädchen.
- » Bei den Erwachsenen haben zwar **Männer öfter Übergewicht** als Frauen, **Frauen** leiden jedoch **häufiger an Adipositas**.
- » Sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen gibt es teilweise sehr **starke Unterschiede** zwischen den **Bundesländern**. Bei beiden schneidet **Tirol am besten** ab.
- » Es zeigt sich sowohl bei den Kindern als auch bei den Erwachsenen ein starker **Zusammenhang** zwischen **Übergewicht** und **sozioökonomischen Hintergrund**: Personen, die weniger gebildet sind oder aus einem Haushalt mit geringem Familienwohlstand kommen, haben öfter Übergewicht bzw. Adipositas als Personen mit hohem Bildungsniveau bzw. aus einem Haushalt mit hohem Familieneinkommen.
- » Bei den **Kindern** liegt Österreich international im **Mittelfeld**, bei den **Erwachsenen** hat es im internationalen Vergleich eine **niedrige Rate** von Übergewicht

10 Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

- » Modal Split: Anteil der täglichen Wege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden
- » Körperliche Aktivität und Sport

10.1 Modal Split: Anteil der täglichen Wege, die zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden

Definition

Die Verkehrsmittelwahl im Personennahverkehr wird in Österreich im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms zu Umweltbedingungen und Umweltverhalten von der Statistik Austria untersucht. Relevant im Kontext vom Rahmen-Gesundheitsziel 8 ist, ob die Alltagsbewegung nicht motorisiert, d. h. durch Bewegung der Menschen, stattfindet. Es wird im Folgenden also dargestellt, wie viele Menschen ihre täglichen Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurücklegen. (S. Statistik Austria 2013e, 96 ff.)

Ausprägung Österreich insgesamt

Rund 11 Prozent der österreichischen Bevölkerung benutzten 2011 zur Erledigung ihrer täglichen Wege jeden Tag das Fahrrad, weitere 21 Prozent tun dies zumindest mehrmals wöchentlich. 70 Prozent gehen täglich zumindest 250 Meter zu Fuß, bei weiteren 20 Prozent trifft dies zwar nicht täglich, aber mehrmals wöchentlich zu. Das bedeutet aber auch umgekehrt, dass 30 Prozent der Bevölkerung nicht täglich die relativ kurze Strecke von 250 Metern täglich bewältigen, und 10 Prozent schaffen dies höchstens mehrmals pro Monat.

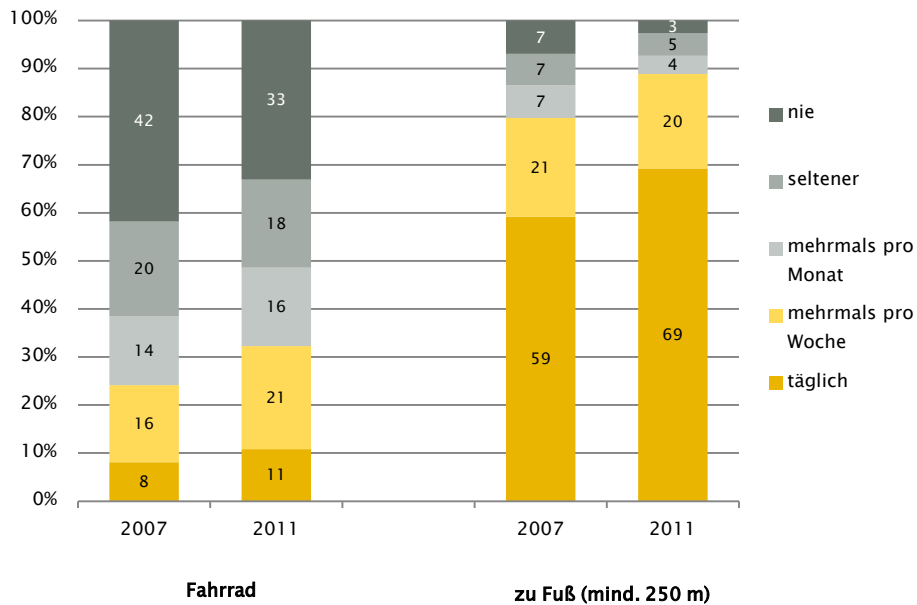
Trotzdem wurden die täglichen Wege vier Jahre davor noch seltener mittels nicht-motorisierten Individualverkehrs zurückgelegt. Die österreichische Bevölkerung nützt also die täglichen Wege häufiger zur Ausübung von Bewegung.

Frauen benutzen das Fahrrad viel seltener als Männer im Alltag, und auch Fußwege, die 250 Meter überschreiten, kommen etwas seltener vor als bei Männern (vgl. Abbildung 10.1).

Altersspezifische Unterschiede bei der Benutzung des Fahrrades für tägliche Wege sowie insbesondere bei der Bewältigung von zumindest 250 Meter zu Fuß sind gering. Von den 50- bis 70-Jährigen wird das Fahrrad etwas häufiger zumindest mehrmals wöchentlich benutzt (rund 40 %) als von der jüngeren und älteren Bevölkerung. (S. Statistik Austria 2013e, 174 ff.)

Abbildung 10.1:

Anteil der Personen, die ihre täglichen Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen, 2007 und 2011



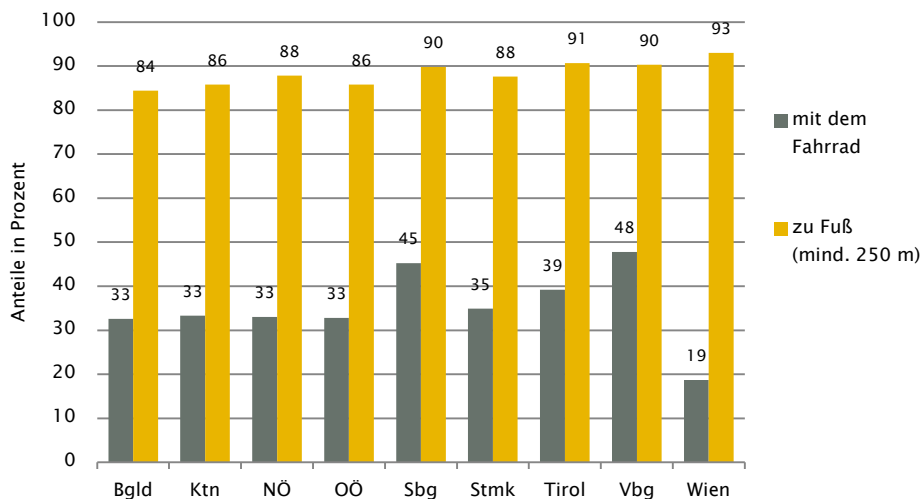
Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 2011, nach Statistik Austria 2013e, 174 ff.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Die Wahl des Verkehrsmittels für die täglichen Wege hängt nicht nur vom rein individuellen Verhalten, sondern insbesondere auch von den örtlichen Gegebenheiten ab, im Fall vom Fahrradfahren oder Zufußgehen etwa von zu bewältigenden Distanzen bzw. vom Urbanisierungsgrad, von der Topographie oder von der Verfügbarkeit entsprechender Infrastruktur (z. B. Radwege). Bei den Fußwegen sind die regionalen Unterschiede relativ gering, aber beim Anteil der täglichen Wege, die mit dem Fahrrad zurückgelegt werden, zeigen sich beträchtliche Unterschiede: In Vorarlberg und in Salzburg sagt fast die Hälfte der Bevölkerung, dass das Fahrrad zumindest mehrmals wöchentlich zur Bewältigung von alltäglichen Wegen benutzt wird. In Wien wird das Fahrrad von 20 Prozent der Bevölkerung mehrmals pro Woche für Alltagswege eingesetzt (vgl. Abbildung 10.2).

Abbildung 10.2:

Anteil der Personen, die für ihre täglichen Wege zumindest mehrmals wöchentlich das Fahrrad benutzen oder zu Fuß gehen, nach Bundesländern, 2011



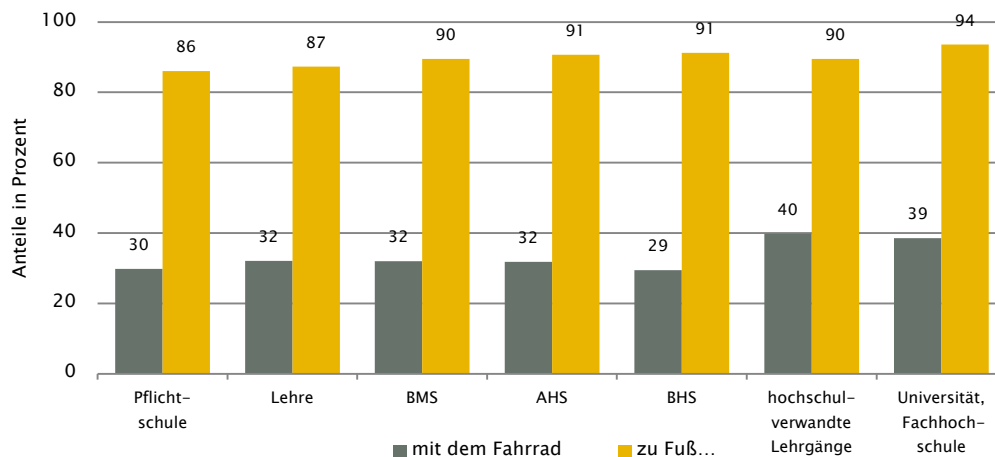
Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011, nach Statistik Austria 2013e, 174 ff.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Angehörige der obersten Bildungsschichten nutzen die täglichen Wege etwas häufiger, um Bewegung zu machen, als die untersten Bildungsschichten (vgl. Abbildung 10.3).

Abbildung 10.3:

Anteil der Personen, die für ihre täglichen Wege zumindest mehrmals wöchentlich das Fahrrad benutzen oder zu Fuß gehen, nach Bildung, 2011



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus, nach Statistik Austria 2013e, 174 ff.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Rund **ein Drittel** der österreichischen Bevölkerung nutzt das **Fahrrad** zumindest **mehrmals wöchentlich** für die Erledigung von täglichen Wegen, 70 Prozent gehen täglich zumindest 250 Meter zu Fuß.
- » **Frauen** nutzen alltägliche Wege deutlich **seltener** für die eigene körperliche Aktivität als Männer.
- » Die österreichische Bevölkerung nutzte 2011 die täglichen Wege häufiger zur Ausübung von Bewegung als 2007.
- » Es gibt beträchtliche **regionale Unterschiede** (in Wien wird das Fahrrad am seltensten benutzt) und
- » einen geringen Zusammenhang mit der **Bildung** insofern, als die höchsten Bildungsschichten bei ihrer Alltagsbewegung etwas häufiger körperlich aktiv sind als die untersten Bildungsschichten.

10.2 Körperliche Aktivität und Sport

Definition

In der HBSC-Studie wurden die Schüler und Schülerinnen unter anderem gefragt, an wie vielen Tagen sie mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind. Die Erwachsenen wurden in der Österreichischen Gesundheitsbefragung danach gefragt, an wie vielen Tagen sie durchschnittlich durch sportliche Aktivität ins Schwitzen geraten.

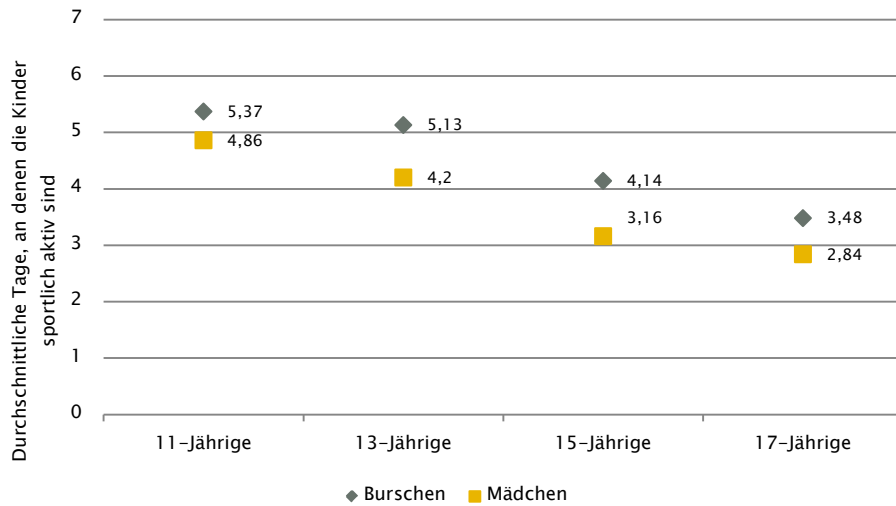
Ausprägung Österreich insgesamt

Bei den befragten Kindern zeigt sich, dass **Burschen körperlich aktiver sind als Mädchen**. Diese Unterschiede sind bei den 11-Jährigen am geringsten und bei den 15-Jährigen am höchsten. Mit zunehmendem Alter wird die sportliche Aktivität geringer: Sind 11-Jährige noch an ca. fünf Tagen pro Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv, sind das bei den 17-Jährigen nur noch ca. drei Tage pro Woche (vgl. Abbildung 10.4).

Nahezu die **Hälfte der Erwachsenen** gibt an, **nicht einmal einmal pro Woche durch sportliche Aktivitäten ins Schwitzen** zu geraten. Auch hier zeigt sich, dass **Männer sportlicher sind als Frauen**. Einerseits geben sie öfters als Frauen an, überhaupt Sport zu machen, und tun dies auch an mehr Tagen in der Woche als Frauen. Von den Frauen, die zumindest einmal pro Woche durch sportliche Aktivitäten ins Schwitzen geraten, geben die meisten an, dies durchschnittlich an zwei Tagen pro Woche zu tun; bei den Männern geben die meisten an, dies an durchschnittlich vier bis sieben Tagen pro Woche zu tun (vgl. Abbildung 10.5).

Abbildung 10.4:

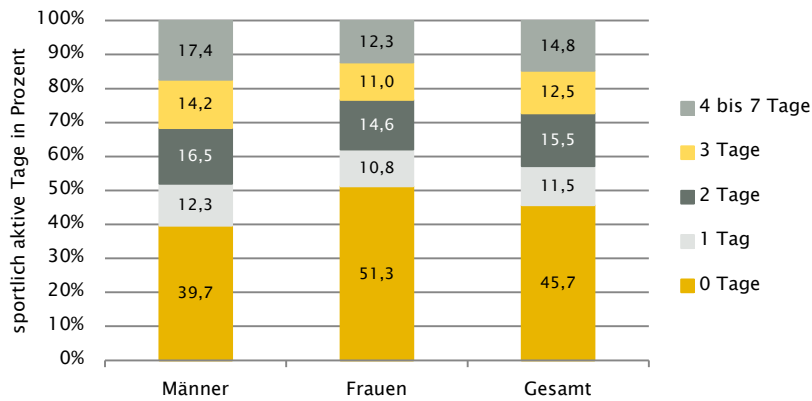
Durchschnittliche Tage pro Woche, an denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler und Schülerinnen mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children nach Ramelow et al. 2010, 38; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 10.5:

Durchschnittliche Anzahl an Tagen, an denen Erwachsene durch sportliche Aktivität ins Schwitzen geraten, nach Geschlecht, 2006/2007



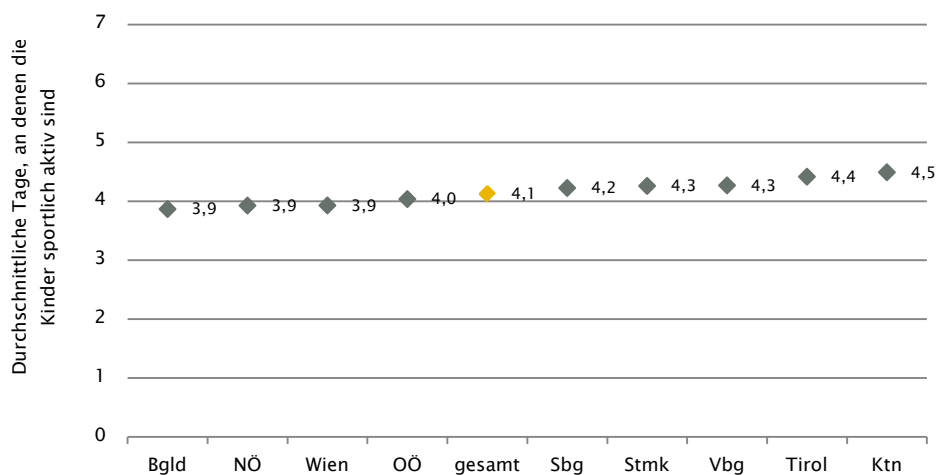
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Bei den befragten Schülern und Schülerinnen bestehen bei der sportlichen Aktivität zwischen den Bundesländern **keine starken Unterschiede**. Etwas geringer ist die Aktivität im Burgenland, und am höchsten ist sie in Kärnten (vgl. Abbildung 10.6).

Auch bei den Erwachsenen zeigt sich, dass die Burgenländer die unsportlichsten sind: Mehr als die Hälfte gibt an, an keinem Tag der Woche durch sportliche Aktivitäten ins Schwitzen zu kommen. Auch bei den Wienern ist das etwas mehr als die Hälfte. Am seltensten geben dies die Salzburger an (vgl. Abbildung 10.7).

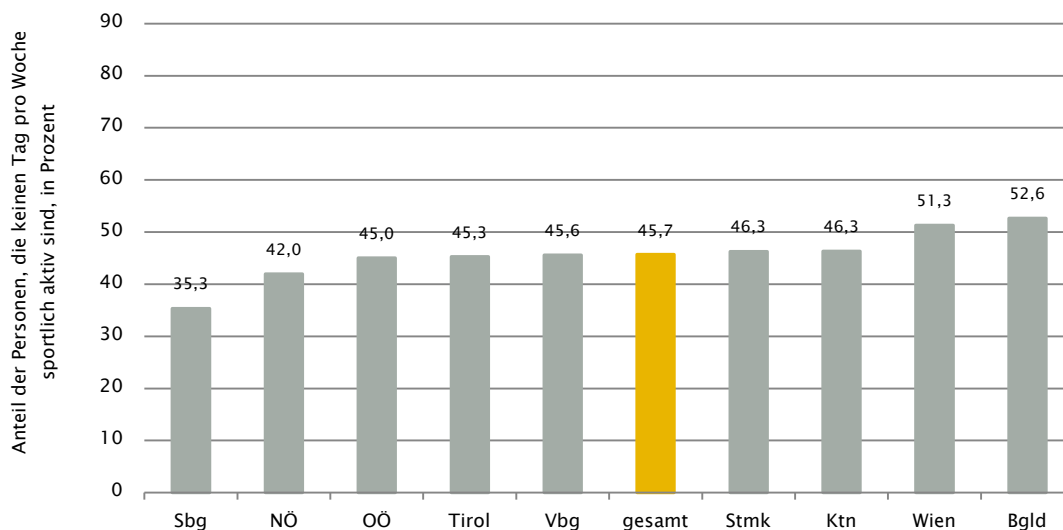
Abbildung 10.6:
Durchschnittliche Tage pro Woche, an denen Schüler und Schülerinnen mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Bundesland, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 10.7:

Anteil der Personen, die an keinem Tag der Woche durch sportliche Aktivität ins Schwitzen kommen, nach Bundesland, 2006/2007



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

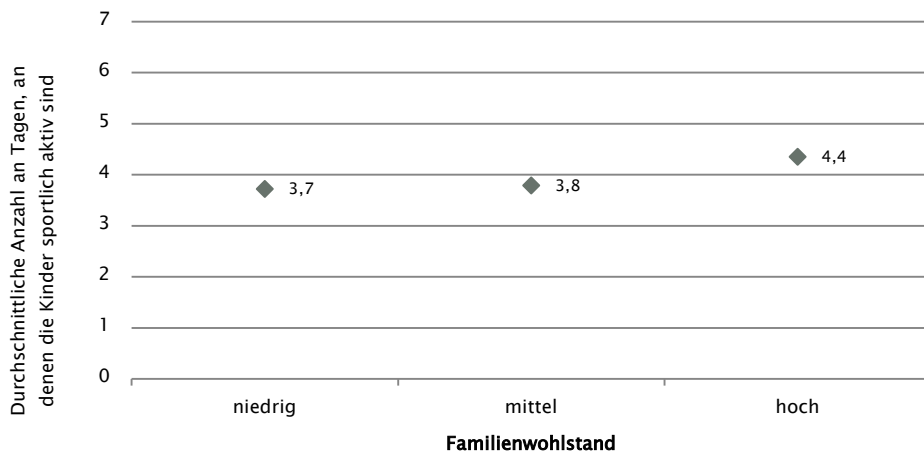
Sozioökonomischer Aspekt

Es zeigt sich sowohl bei den Schülern und Schülerinnen als auch bei den Erwachsenen ein **Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Hintergrund und sportlicher Aktivität.**

Bei den Kindern ist es so, dass jene aus Haushalten mit niedrigem oder mittlerem Familienwohlstand durchschnittlich etwas weniger Sport machen als Kinder aus Haushalten mit hohem Familienwohlstand. Die Unterschiede sind aber nicht sehr groß (vgl. Abbildung 10.8).

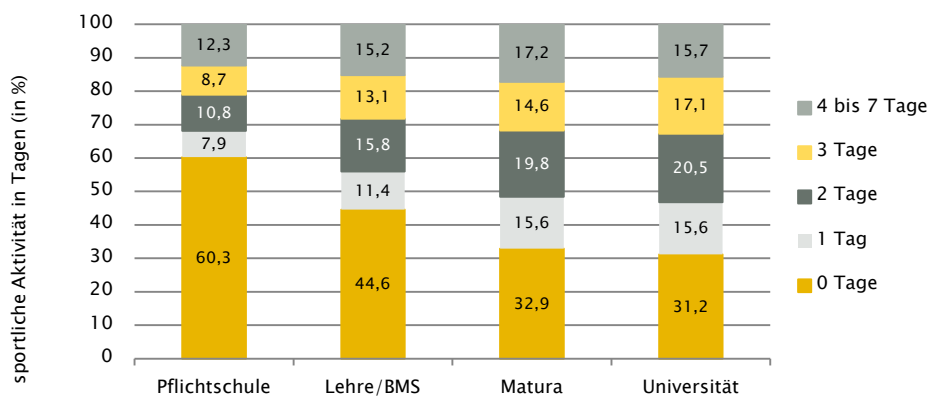
Bei den Erwachsenen ist der Zusammenhang deutlicher. Fast doppelt so viele Personen mit einem Pflichtschulabschluss machen keinen Sport im Verhältnis zu Personen mit Matura oder Universitätsabschluss. Vergleicht man Personen mit Lehre oder BMS mit Personen mit Matura bzw. Universität, geben jene um fast 10 Prozentpunkte öfter an, keinen Sport zu machen (vgl. Abbildung 10.9).

Abbildung 10.8:
 Durchschnittliche Tage pro Woche, an denen Schüler und Schülerinnen
 mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Familienwohlstand, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010;
 Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 10.9:
 Durchschnittliche Anzahl an Tagen, an denen Erwachsene durch sportliche Aktivität
 ins Schwitzen geraten, nach Bildungsniveau, 2006/2007



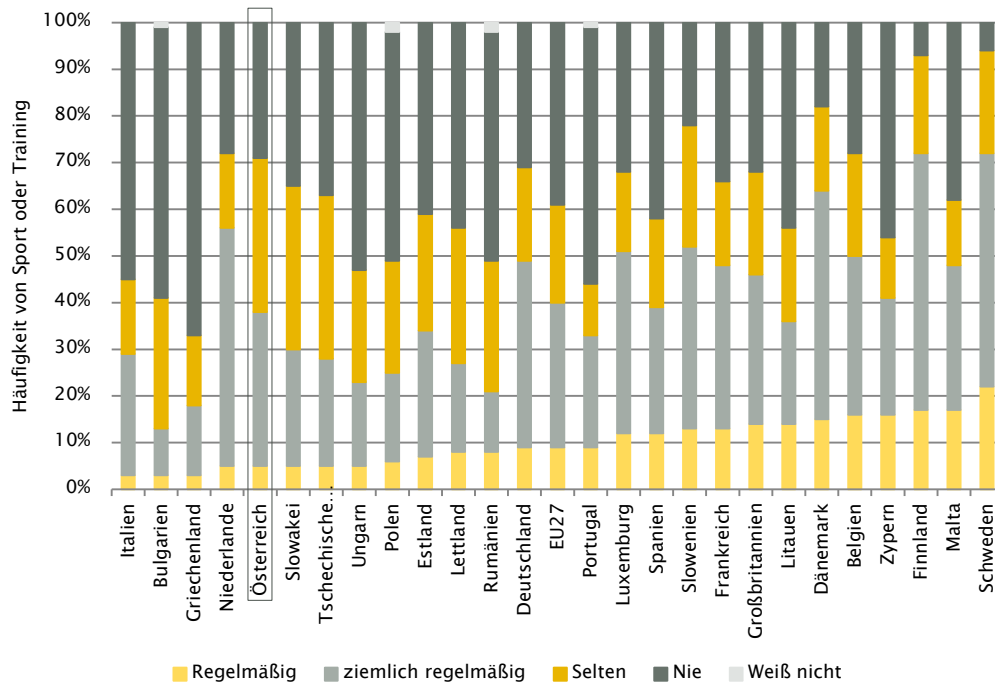
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
 Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich wird in Österreich relativ selten regelmäßig Sport betrieben. Auch bei der Angabe „ziemlich regelmäßig“ liegt Österreich eher im Mittelfeld. Regelmäßig oder ziemlich regelmäßig Sport machen 38 Prozent der Österreicher und Österreicherinnen. Nie

sportlich aktiv sind hingegen fast 30 Prozent. Am sportlichsten sind die Schweden und Finnen, am unsportlichsten die Briten (vgl. Abbildung 10.10).

Abbildung 10.10:
Häufigkeit, mit der Sport betrieben oder trainiert wird, im internationalen Vergleich, 2010



Quelle: Eurobarometer 2010 Sport und körperliche Bewegung nach TNS Opinion & Social 2010, 11; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » **Burschen** sind **sportlich aktiver** als Mädchen.
- » **Jüngere** Kinder machen **mehr Bewegung** als Ältere.
- » Zwischen den **Bundesländern** gibt es **keine** starken **Unterschiede**.
- » Der **Zusammenhang** zwischen **sozioökonomischem** Hintergrund und der **sportlichen** Aktivität der Kinder ist **nicht** sehr **groß**.
- » Die **Erwachsenen** treiben insgesamt gesehen **nicht** sehr **viel Sport**.
- » **Männer** sind sportlich **aktiver** als Frauen.
- » Bei den **Erwachsenen** gibt es beim Sport teilweise starke **regionale Unterschiede**.
- » Je **höher** die **Bildung**, desto **häufiger** wird **Sport** getrieben.
- » Im internationalen **Vergleich** kann man die Österreicher/innen als eher **unsportlich** bezeichnen.

11 Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

- » Mental-Health-Index und Vitalitätsindex
- » Psychische Gesundheit in der Schule und am Arbeitsplatz

11.1 Anteil an Menschen ohne psychische Probleme oder psychische Gesundheit (Befinden und Stimmungslage)

Definition

In der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurden verschiedene Fragen zum Befinden und zur Stimmungslage innerhalb der letzten vier Wochen gestellt. Fünf dieser Fragen²¹ lassen sich zum sogenannten **Mental-Health-Index** (MHI-5) zusammenfassen. Je höher die Punktezahl dabei ist, desto besser ist die psychische Gesundheit. Maximal sind pro Frage 5, also insgesamt 25 Punkte zu erreichen.

Weitere vier Fragen²² zur psychischen Gesundheit werden aus dem European Health Interview Survey (EHIS) zum sog. **Vitalitätsindex** („Energy and Vitality Index“ / EVI) zusammengefasst und von Eurostat zur Verfügung gestellt. Ein Vergleich mit 14 anderen europäischen Ländern ist möglich.

Ausprägung Österreich insgesamt

Für die Beurteilung der psychischen Gesundheit auf Bundesebene bzw. für den geschlechtsspezifischen Vergleich wird der MHI-5-Index differenziert nach den erwähnten fünf Fragen dargestellt, jeweils gemessen an der bestmöglichen Antwortkategorie (immer oder nie).

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, in den letzten vier Wochen **nie niedergeschlagen** oder **bedrückt und traurig** gewesen zu sein. **Fast die Hälfte** gibt an, **nie nervös** gewesen zu sein. Bei den Fragen, ob die Befragten während den letzten vier Wochen **immer glücklich bzw. ruhig und gelassen** waren, gaben dies jeweils nur etwas **weniger als ein Fünftel** an. Prinzipiell war das psychische **Befinden** der **Männer etwas besser** als das der **Frauen** (vgl. Abbildung 11.1).

21

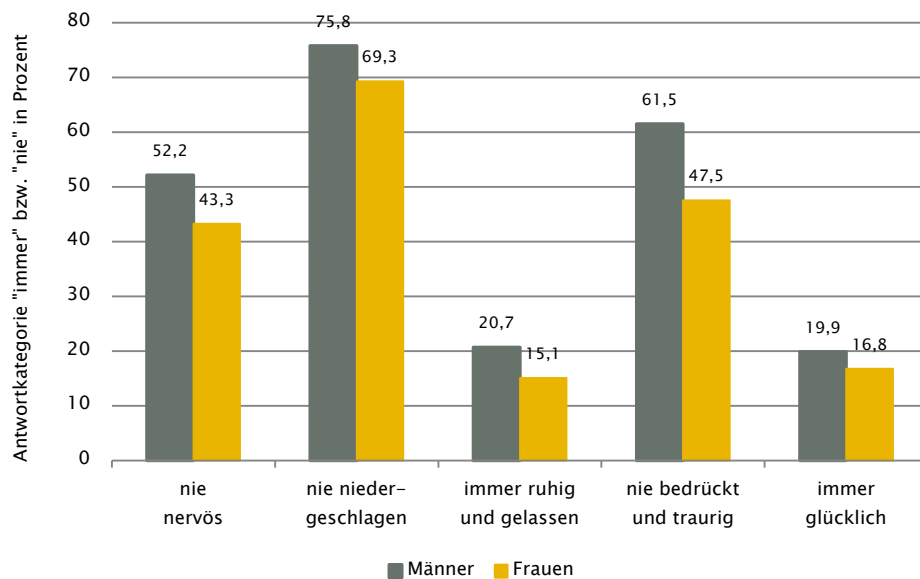
Wie oft waren Sie während der letzten vier Wochen sehr nervös?so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?
...ruhig und gelassen? ... bedrückt und traurig? ... glücklich?

22

Wie oft waren Sie während der letzten vier Wochen voller Schwung? ... voller Energie? ... erschöpft? ... müde?

Ebenso zeigt sich ein leichter Zusammenhang mit dem Alter: Je jünger die Befragten sind, desto besser ist die psychische Gesundheit (Quelle: Österreichische Gesundheitsbefragung; Berechnungen: GÖG/ÖBIG).

Abbildung 11.1:
Angaben zur Stimmungslage in den letzten vier Wochen (Antwortkategorie immer bzw. nie) nach Geschlecht, 2006/2007



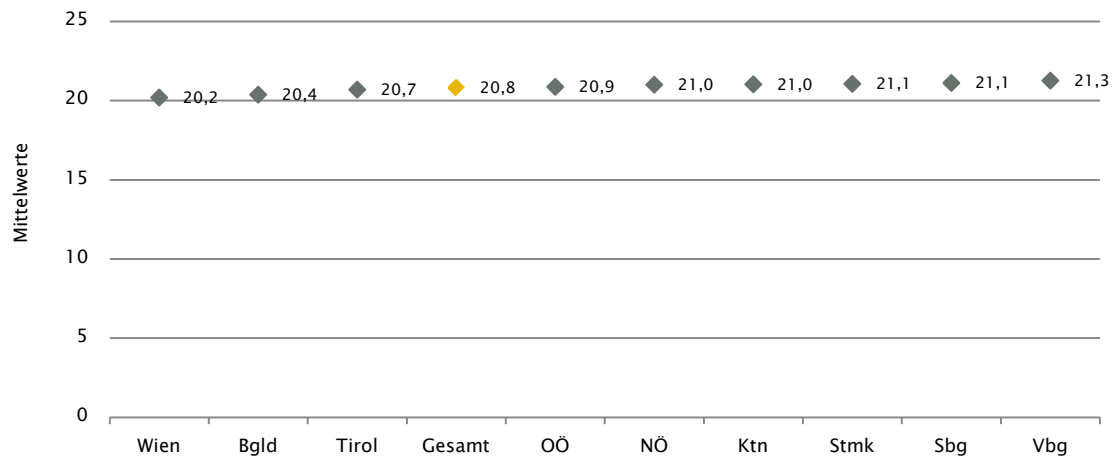
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Für den Vergleich zwischen den Bundesländern werden die Mittelwerte des MHI-5 herangezogen. Die Mittelwerte des Index unterschieden sich zwischen den einzelnen Bundesländern kaum, d. h., dass die psychische Gesundheit in den einzelnen Bundesländern ähnlich hoch ist (vgl. Abbildung 11.2).

Abbildung 11.2:

Durchschnittliche Punkte des Mental Health Inventory 5 nach Bundesländern, 2006/2007



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

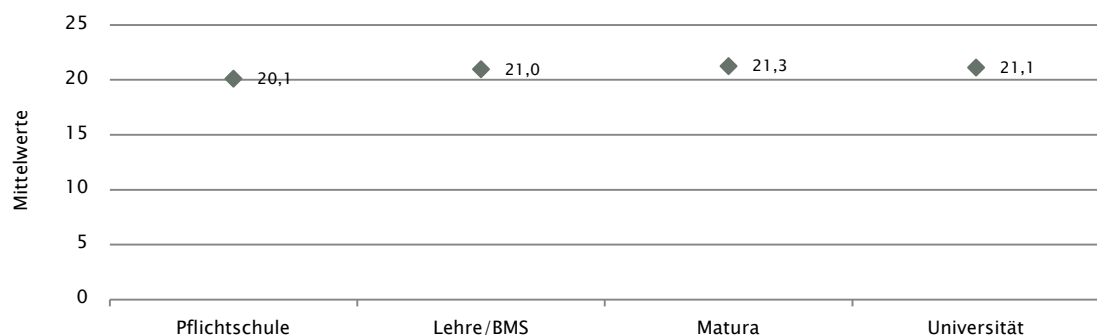
Sozioökonomischer Aspekt

Zur Beurteilung des sozioökonomischen Aspekts in Bezug auf die psychische Gesundheit wird das Bildungsniveau in Verbindung mit dem MHI-5 gebracht.

Es zeigt sich ein sehr schwacher Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und dem Bildungsniveau. Die psychische Gesundheit von Personen, die maximal die Pflichtschule abgeschlossen haben, ist geringfügig niedriger als von Personen mit einem höheren Bildungsabschluss (vgl. Abbildung 11.3).

Abbildung 11.3:

Durchschnittliche Punkte des Mental Health Inventory 5 nach Bildungsniveau, 2006/2007

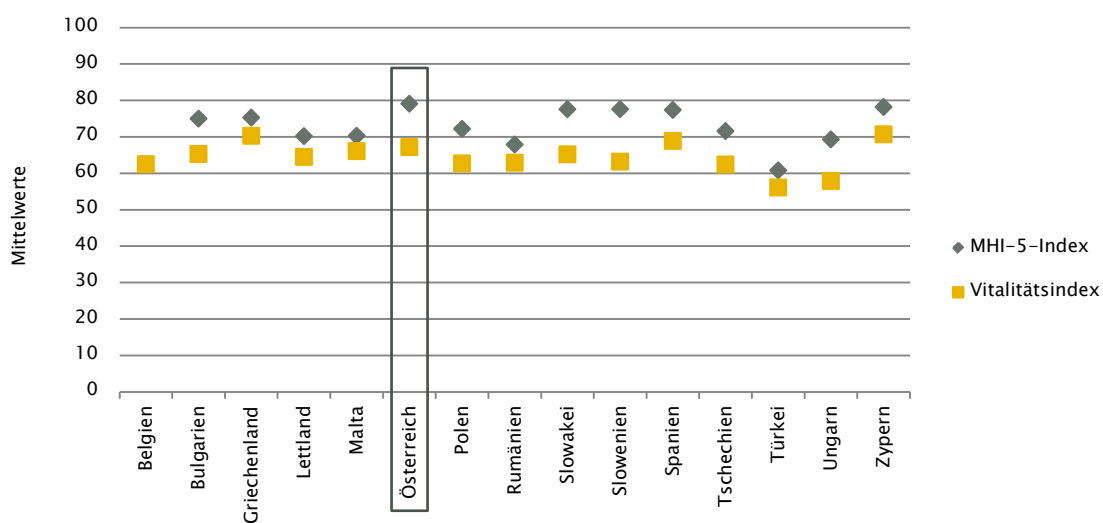


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Der internationale Vergleich stammt aus der Eurostat-Datenbank, wo der Index sowohl für den MHI-5 als auch für den eingangs erwähnten Vitalitätsindex Werte zwischen 0 und 100 ausweisen kann (s. Eurostat 2010, 16). Daten für 14 andere europäische Länder stehen zur Verfügung. Beide Indizes weisen darauf hin, dass die psychische Gesundheit in Österreich zum Erhebungszeitpunkt vergleichsweise gut war (vgl. Abbildung 11.4).

Abbildung 11.4:
Durchschnittlicher Werte des Vitalitäts- und MHI-5-Index
im internationalen Vergleich, 2006–2008



Quelle: Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Das **psychische Befinden** der **Männer** ist etwas **besser** als das der Frauen.
- » Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind sehr klein.
- » Zwischen Bildung und psychischer Gesundheit gibt es einen schwachen Zusammenhang. Personen, die maximal die **Pflichtschule** abgeschlossen haben, haben durchschnittlich eine etwas **schlechtere psychische Gesundheit** als Personen mit höheren Bildungsniveaus.
- » Im europäischen Vergleich ist das psychische Wohlbefinden der Österreicher/innen **vergleichsweise gut**.

11.2 Psychische Gesundheit in der Schule und am Arbeitsplatz

Definition

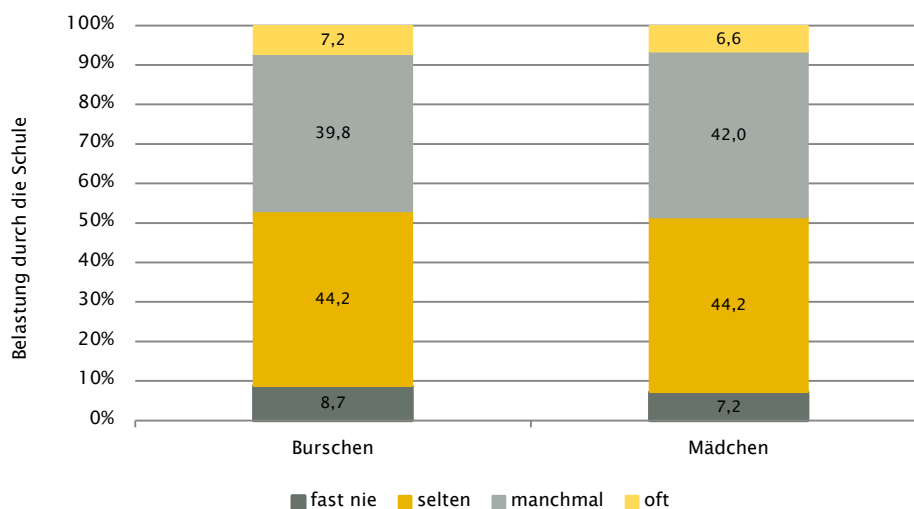
Um die **psychische Belastung durch die Schule** zu messen, wurde mit den Daten der HBSC-Studie ein Index aus vier Items gebildet: „Ich habe mit der Schule insgesamt zu viel zu tun“, „Was ich für die Schule tun muss, finde ich schwierig“, „Was ich für die Schule tun muss, finde ich ermüdend“ und „Was in der Schule von mir verlangt wird, ist mehr, als ich bewältigen kann“. Die Indexwerte wurden zu vier Antwortkategorien zusammengefasst (die auch bei den ursprünglichen Items verwendet wurden).

Um die **psychische Belastung** am Arbeitsplatz darzustellen, wurde auf den Arbeitsklima-Index zurückgegriffen, und zwar auf den Teilindex „psychischer Stress“.

Ausprägung Österreich insgesamt

Bei den durch die Schule erlebten Belastungen gibt es **kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen**. Das zeigt sich sowohl beim Indexmittelwert (Burschen 2,07; Mädchen 2,08) als auch beim Index der schulischen Belastungen mit den Kategorien „fast nie“ bis „oft“. Insgesamt gesehen fühlen sich knapp 7 Prozent der befragten Kinder sehr oft belastet, der Großteil manchmal und selten. Knapp 8 Prozent fühlen sich hingegen fast nie belastet (vgl. Abbildung 11.5).

Abbildung 11.5:
Erlebte Belastungen durch die Schule nach Geschlecht, 2010

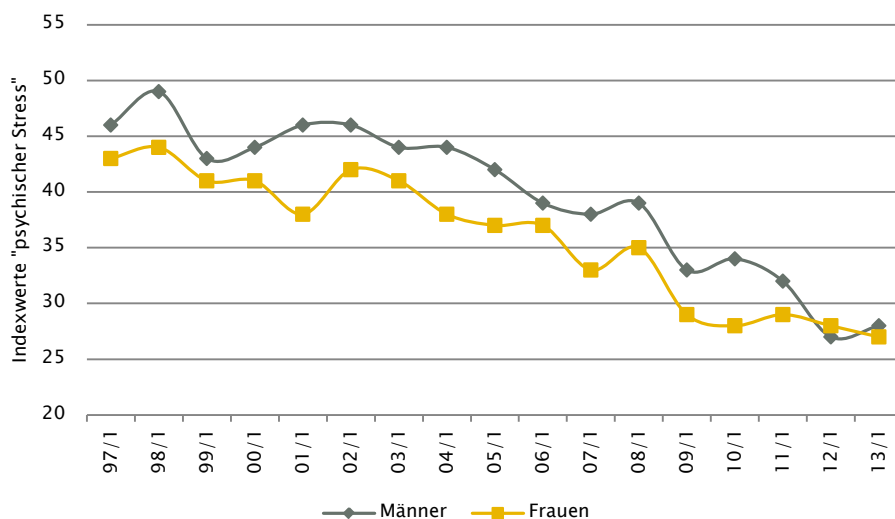


Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Gegensatz zum Teilindex „Arbeit“ sind beim Teilindex „psychischer Stress“, der hier dargestellt wird, niedrigere Werte positiv zu interpretieren: Sie deuten auf eine niedrigere Belastung hin. Die Werte des Teilindex „psychischer Stress“ sind von 1997 bis 2013 kontinuierlich von 44 auf 27 Punkte gesunken. Das bedeutet, dass im Rahmen der Befragung zum Arbeitsklimaindex im Jahr 2013 weniger psychischen Belastungen angegeben wurden als Ende der 1990er Jahre. Männer fühlen sich etwas stärker belastet als Frauen. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass dieser Index nur mit zwei Fragen gemessen wird: einer Frage nach Zeitdruck und der Frage, ob die Arbeit seelisch belastend ist. Viele Aspekte des psychischen Stresses werden daher in diesem Index nicht abgebildet. Zu vermuten ist auch, dass sich die Bewertung von seelischer Belastung und Zeitdruck zwischen den Jahren 1997 und 2013 verändert hat bzw. selbstverständlicher wurde, dass also nicht die Belastungen an sich zurückgehen (vgl. Abbildung 11.6).

Eine ganz andere Entwicklung zeigt eine Analyse der Ursachen für Krankenstände aus der Krankenstandsstatistik des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, die nicht nach dem sozioökonomischen Status analysiert werden kann. Demzufolge ist der **Anzahl der Krankenstandsfälle**, die aufgrund von **psychischen** (ab 2012) bzw. **psychiatrischen Krankheiten** anfallen, zwischen 2002 und 2012 um 72 Prozent bei Männern und um 77 Prozent bei Frauen **gestiegen**. Gemessen an Krankenstandstagen ist diese Steigerung noch eklatanter. (HVB – Krankenstandsstatistik 2002–2012)

Abbildung 11.6:
Teilindex psychischer Stress (Arbeitsklimaindex) nach Geschlecht, 1997–2013

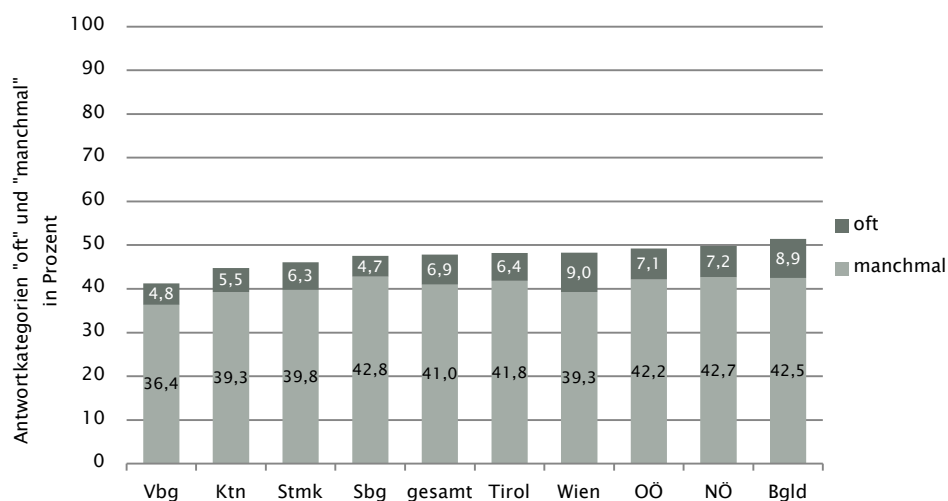


Quelle: Arbeitsklima-Index-Datenbank; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Die Belastungen durch die Schule (oft und manchmal) **unterscheiden** sich zwischen den einzelnen Bundesländern **insgesamt betrachtet nicht sehr stark**. In Vorarlberg scheinen die Kinder am wenigsten belastet zu sein und im Burgenland am meisten. Der Unterschied zwischen diesen beiden Bundesländern beträgt ca. 10 Prozent (vgl. Abbildung 11.7).

Abbildung 11.7:
Erlebte Belastungen durch die Schule nach Bundesländern, 2010



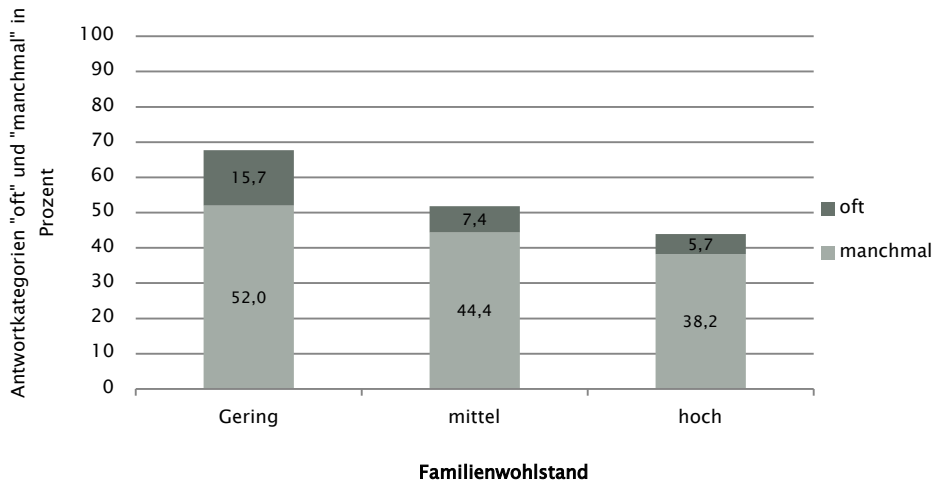
Quelle: BMG/LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Es zeigt sich ein **starker Zusammenhang** zwischen den **schulischen Belastungen** und dem **Familienwohlstand**. Kinder aus Haushalten mit geringem Familienwohlstand fühlen sich mit einem größeren Anteil oft oder manchmal belastet im Vergleich zu Kindern aus Haushalten mit mittlerem Familienwohlstand oder gar hohem Familienwohlstand (vgl. Abbildung 11.8).

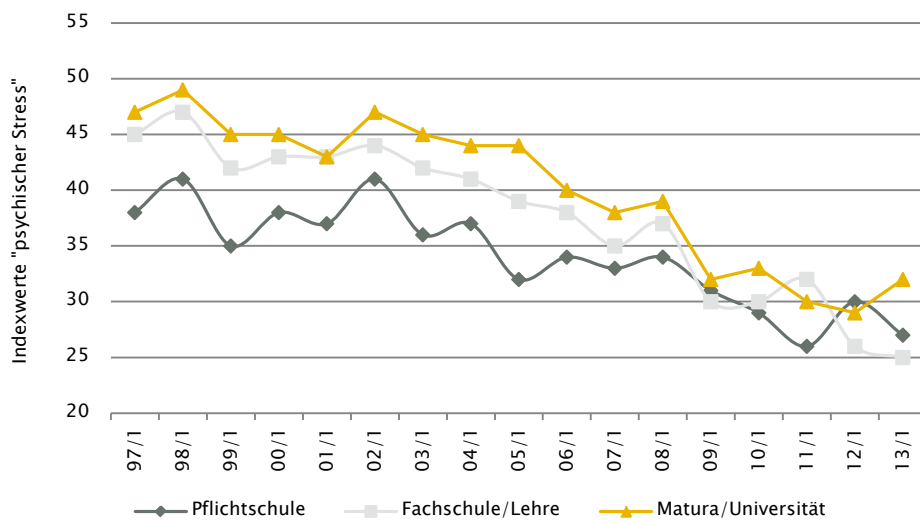
Bei den **Erwachsenen** ist es **genau umgekehrt**: Personen mit **höherem Bildungsniveau (Matura/ Universität)** fühlen sich **stärker psychischen Belastungen ausgesetzt** als Personen mit Lehrabschluss/BMS oder gar Pflichtschulabschluss. Wie bei den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz, die in Kapitel 3) näher beleuchtet wurden, ist aber auch hier nicht eindeutig, ob diese Unterschiede daran liegen, dass psychische Belastungen bei Personen mit niedrigerem Bildungsniveau weniger „anerkannt“ sind oder dass psychische Belastungen eng mit den verschiedenen Tätigkeitsfeldern zusammenhängen (vgl. Abbildung 11.9).

Abbildung 11.8:
 Erlebte Belastungen durch die Schule nach Familienwohlstand, 2010



Quelle: BMG / LBI HPR – Health Behaviour in School-aged Children 2009/2010;
 Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 11.9:
 Teilindex psychischer Stress (Arbeitsklimaindex) nach Schulbildung 1997–2013



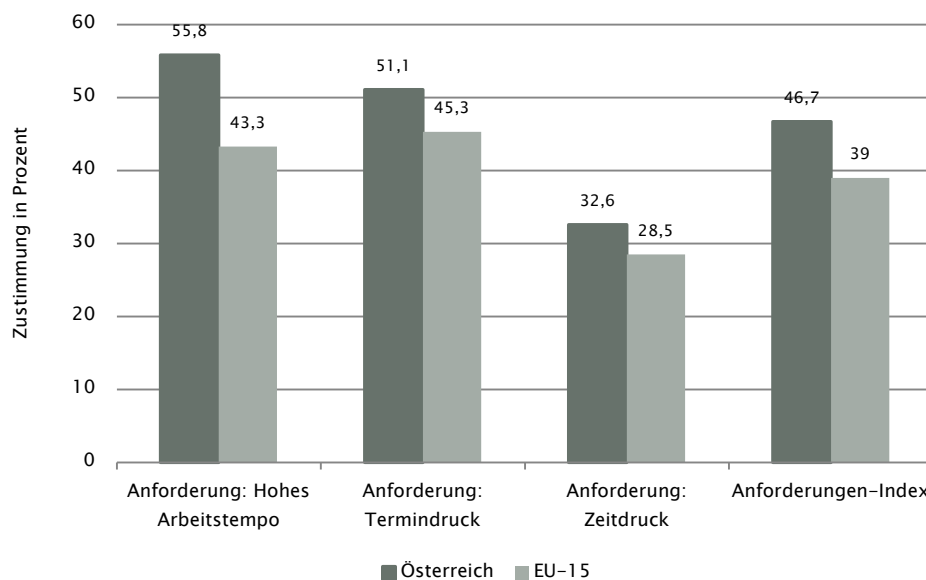
Quelle: Arbeitsklima-Index-Datenbank; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Für den internationalen Vergleich wird auf eine Studie des WIFO zurückgegriffen, in der mit Daten des European Survey on Working Conditions 2005 psychische Arbeitsbelastungen für Österreich und den EU-15-Schnitt dargestellt wurden (s. Biffi 2011).

Bei allen drei abgefragten Belastungen (hohes Arbeitstempo, Termindruck und Zeitdruck) fühlen sich die Österreicher/innen stärker belastet als der EU-15-Durchschnitt. Am deutlichsten ist dies beim hohen Arbeitstempo, am geringsten sind die Unterschiede beim Zeitdruck (vgl. Abbildung 11.10).

Abbildung 11.10:
Indikatoren zu den psychischen Anforderungen unselbstständig Beschäftigter zwischen 15 und 64 Jahren im internationalen Vergleich, 2005



Quelle: European Survey on Working Conditions 2005 nach Biffi 2011, 33; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » **Knapp die Hälfte** der befragten Schüler/innen fühlt sich manchmal oder oft durch die Schule belastet.
- » Mädchen und Burschen fühlen sich in der **Schule** gleichermaßen psychisch belastet.
- » Zwischen den **Bundesländern** gibt es **keine** großen **Unterschiede**.
- » Es zeigt sich ein starker **Zusammenhang** zwischen **Familienwohlstand** und erlebten **Belastungen**: Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Haushalten fühlen sich stärker belastet als Kinder aus sozioökonomisch besser gestellten Haushalten.
- » **Männer** fühlen sich am Arbeitsplatz **psychisch stärker belastet** als Frauen.

- » Personen mit einer **niedrigeren Bildung** fühlen sich **am Arbeitsplatz weniger psychischem Stress** ausgesetzt als Personen mit einer höheren Bildung.
- » Im **Vergleich** mit dem **EU-15-Schnitt** fühlen sich die **Österreicher/innen** am Arbeitsplatz **stärker belastet**.

12 Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

- » Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen
- » Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen (von Versorgung zu Prävention, von stationär zu ambulant)

12.1 Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

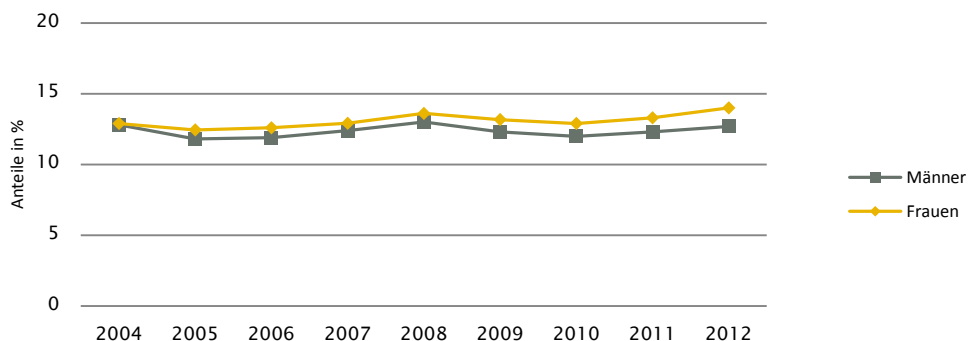
Definition

Die Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchungen wird in der Routinestatistik des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger erfasst. Diese Statistik erlaubt allerdings keine Differenzierung nach dem sozioökonomischen Status. Für die Kombination von Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchung mit dem Bildungs- oder Einkommensstatus liefert die Österreichische Gesundheitsbefragung Hinweise, weil in deren Rahmen die Befragten angeben, ob sie innerhalb der letzten zwölf Monate eine Vorsorgeuntersuchung durchführen ließen.

Ausprägung Österreich insgesamt

Rund 13 Prozent der österreichischen Erwachsenen nahmen 2012 eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. An dieser Quote hat sich seit 2004 nichts Wesentliches verändert. Der Anteil bei den Frauen ist etwas höher als bei den Männern (vgl. Abbildung 12.1). Die Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Alter und nimmt ab etwa 70 Jahren wieder ab (vgl. Abbildung 12.2).

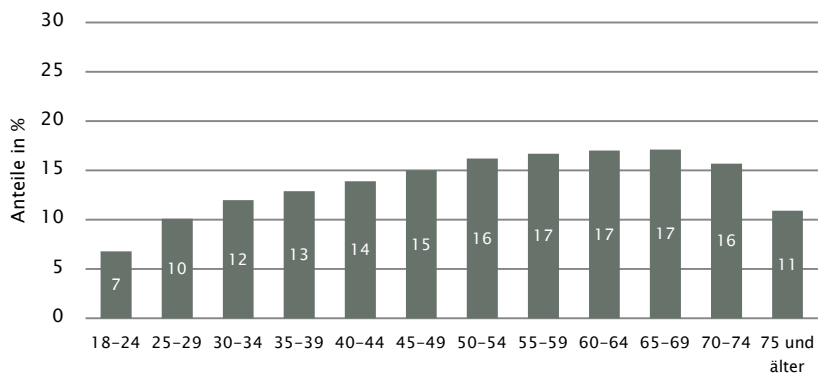
Abbildung 12.1:
Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht, 2004–2012



Quelle: HVB – Vorsorgeuntersuchungen; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 12.2:

Inanspruchnahme von allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen nach Altersgruppen, 2012



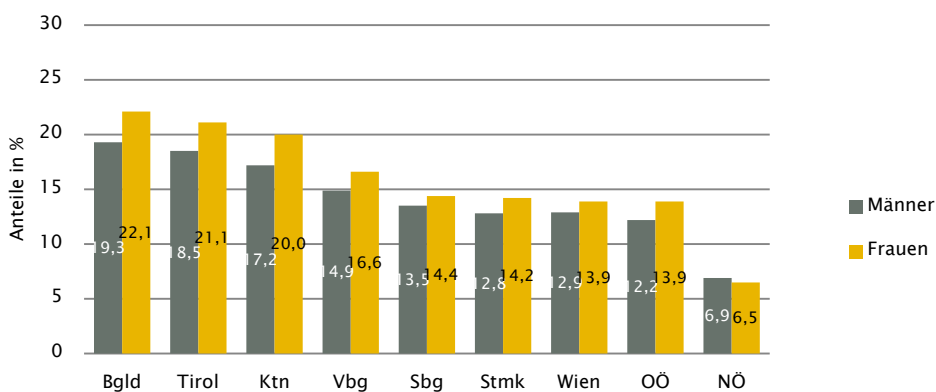
Quelle: HVB – Vorsorgeuntersuchungen; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Regionale Ausprägung

Die Möglichkeit der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung wird regional unterschiedlich genutzt. Während im Burgenland im Jahr 2012 rund ein Fünftel der Bevölkerung den Arzt / die Ärztin zum Zweck einer Vorsorgeuntersuchung aufgesucht hat, waren es in Niederösterreich nur knapp 7 Prozent (vgl. Abbildung 12.3).

Abbildung 12.3:

Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesländern und Geschlecht, 2012

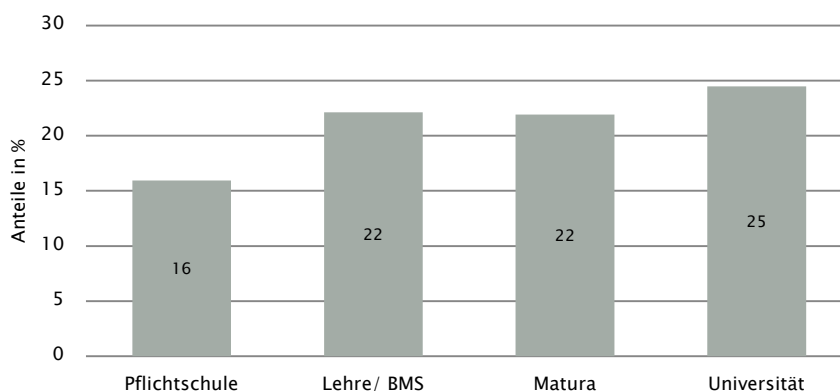


Quelle: HVB – Vorsorgeuntersuchungen; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Sozioökonomischer Aspekt

Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen steigt mit dem Bildungsgrad: Vorsorgeuntersuchungen werden von Akademikern und Akademikerinnen am häufigsten (25 %) und von Personen, die lediglich einen Pflichtschulabschluss (oder weniger) aufweisen, am seltensten (16 %) in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 12.4).

Abbildung 12.4:
Inanspruchnahme einer Gesundenuntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate nach höchster abgeschlossener (Schul-)Bildung, 2006/2007



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007;
Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung lässt jährlich eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung durchführen, Frauen etwas häufiger als Männer.
- » Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen steigt mit zunehmendem Alter und ist regional sehr unterschiedlich.
- » Es zeigt sich auch bei diesem Indikator ein Zusammenhang mit der sozioökonomischen Situation bzw. Bildung.

12.2 Anteil der Gesundheitsausgaben nach Sektoren im Gesundheitswesen (von Versorgung zu Prävention, von stationär zu ambulant)

Definition

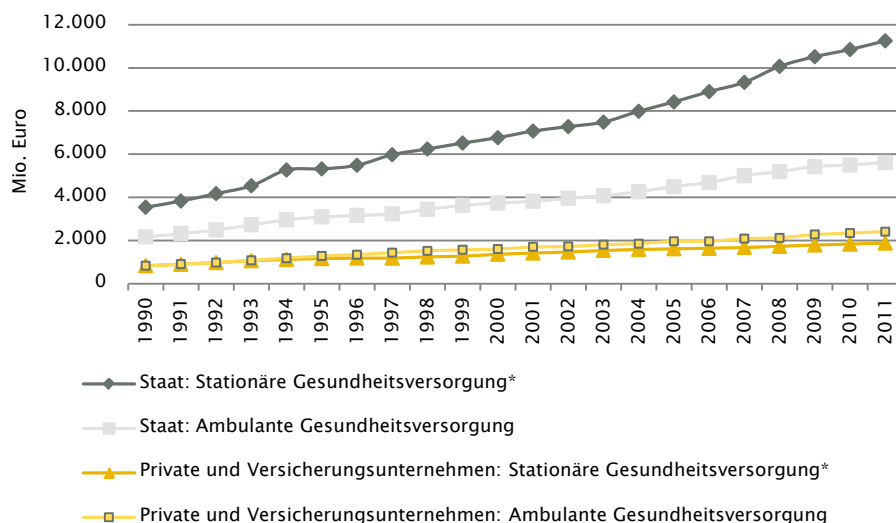
Im Folgenden werden die Gesundheitsausgaben in verschiedenen Varianten dargestellt: in Millionen Euro, als Anteil am BIP und als Anteile von öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben.

Ausprägung Österreich insgesamt

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben für die stationäre und die ambulante Gesundheitsversorgung haben sich seit 1990 fast verdreifacht. Das trifft auch auf die ambulante Versorgung zu, die von Privaten und Versicherungsunternehmen finanziert wurde. Die privaten Ausgaben für die stationäre Gesundheitsversorgung haben sich in etwa verdoppelt (vgl. Abbildung 12.5).

Betrachtet man die Gesundheitsausgaben der Privaten und der öffentlichen Hand als Prozent des BIP, relativieren sich die Zahlen bzw. die Erhöhung der Gesundheitsausgaben: Der **Anteil am BIP**, der durch die öffentliche **Hand** finanziert wird, ist ca. um **2 Prozent gestiegen**, der Anteil, der durch Private und Versicherungsunternehmen finanziert wird, stieg von 2,3 auf 2,5 Prozent des BIP (vgl. Abbildung 12.6). Die Verteilung der Kosten zwischen Staat und Privaten blieb von 2000 bis 2011 in etwa gleich: Der Staat kommt für drei Viertel der Kosten auf, die Privaten für ein Viertel (vgl. Abbildung 12.7).

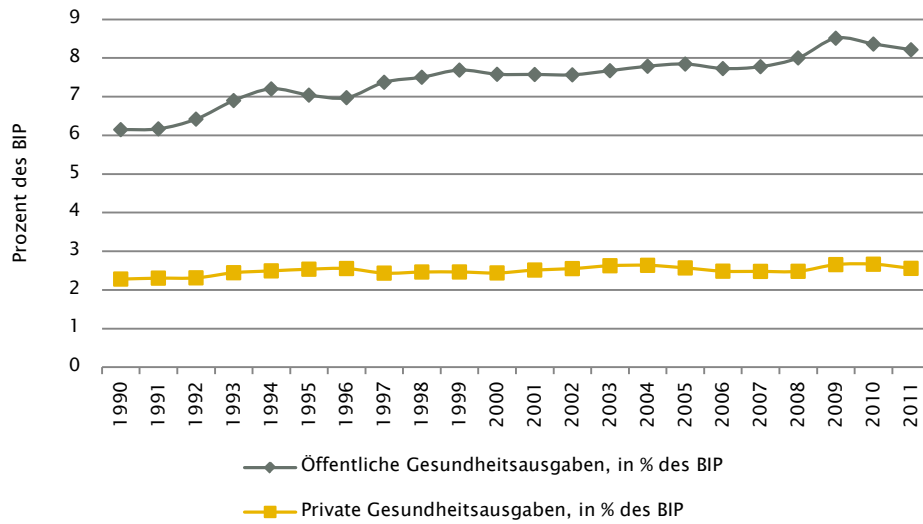
Abbildung 12.5:
Gesundheitsausgaben in Mio. Euro (stationär und ambulant), 1990–2011



* Enthalten sind auch stationäre Gesundheitsdienstleistungen in Pflegeheimen

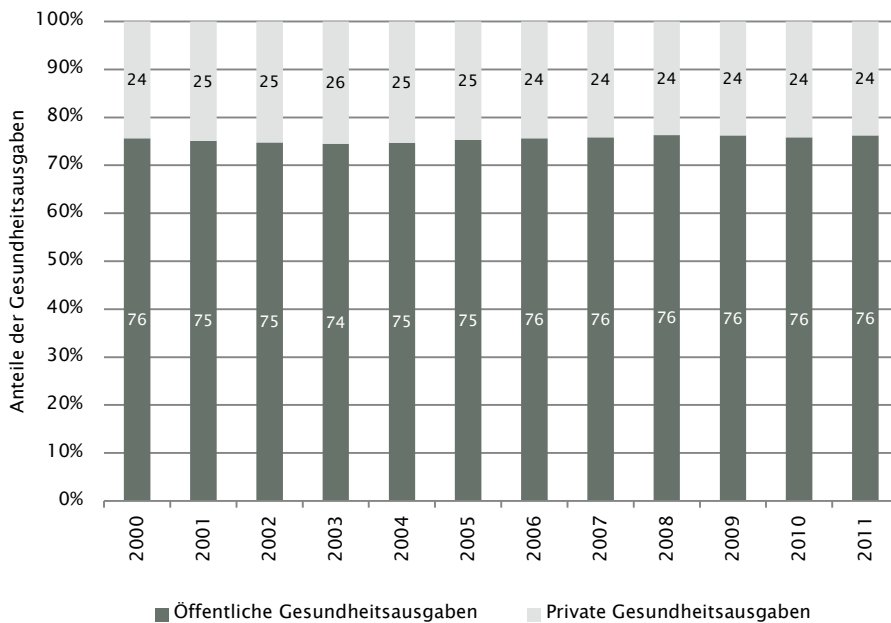
Quelle: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990–2011 nach Statistik Austria 2013c; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 12.6:
Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (stationär und ambulant), 1990–2011



Quelle: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990–2011 nach Statistik Austria 2013c; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 12.7:
Gesundheitsausgaben in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (privat vs. Staat), 2000–2011



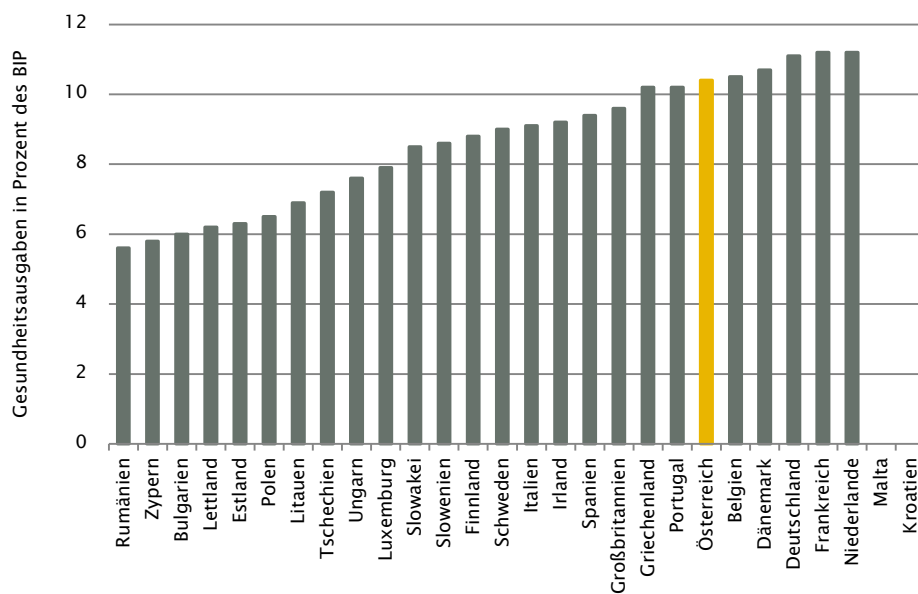
Quelle: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990–2011 nach Statistik Austria 2013c; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Internationaler Vergleich

Im EU-Vergleich liegt Österreich an **sechster Stelle der Gesundheitsausgaben** (10,4 % des BIP). Die höchsten Ausgaben haben die Niederlande und Frankreich (jeweils 11,2 %), die geringsten Rumänien (5,6 % des BIP) und Zypern (5,8 % des BIP) (vgl. Abbildung 12.8).

Abbildung 12.8:

Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im EU-Vergleich 2011(oder letztes verfügbares Jahr)



Quelle: Eurostat, OECD nach WKO 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kernaussagen

- » Die **öffentliche Hand gibt** für die Gesundheit **dreimal so viel aus wie Private**.
- » Die **Gesundheitsausgaben** in Prozent des **BIP** haben sich seit 1990 um **ca. 2 Prozent erhöht**.
- » Im EU-Vergleich liegt **Österreich** mit den Gesundheitsausgaben an **fünfter Stelle**.

13 Ausblick

Der vorliegende Baseline-Bericht soll Grundlage sein für ein Monitoring der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele und daher in regelmäßigen Abständen (etwa alle drei bis fünf Jahre) aktualisiert werden. Eine wichtige Datengrundlage für das regelmäßige Monitoring wird die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) sein. Eine erste Aktualisierung des Baseline-Berichts soll frühestens nach Vorliegen der Daten aus der nächsten ATHIS-Befragung stattfinden.

14 Datenquellen

Arbeitsklima-Index-Datenbank:	http://www.db.arbeitsklima.at/
Eurostat-Datenbank:	http://epp.eurostat.ec.europa.eu
HVB – Krankenstandsstatistik	GÖG-interner Datenbestand
HVB – Vorsorgeuntersuchungen	GÖG-interner Datenbestand
Statistik Austria – Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/07	GÖG-interner Datenbestand
Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07	GÖG-interner Datenbestand
Statistik Austria – Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999	GÖG-interner Datenbestand
Statistik Austria – Todesursachenstatistik	GÖG-interner Datenbestand

15 Literatur

AK OÖ (o. J.): Der Arbeitsklimaindex. Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz.

Bergmüller, Silvia; Wintersteller, Anna; (2012): Lesen: Kompetenzverteilung der Schüler/innen auf Kompetenzstufen. In: PIRLS & TIMSS 2011 Schülerleistungen in Lesen, Mathematik und Naturwissenschaft in der Grundschule Erste Ergebnisse. Hg. v. B. W.-P. Suchań, Christina; Bergmüller, Silvia; Schreiner, Claudia;. Graz: Leykam, 14–15

Biffi, Gudrun; Anna, Faustmann; Doris, Gabriel; Thomas, Leoni; Christine, Mayrhuber; Eva, Rückert (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und Ihre Folgen – Endbericht. Hg. v. WIFO.

BMASK (2009): Freiwilliges Engagement in Österreich. 1. Freiwilligenbericht.

BMUK (2013): Österreichisches Bildungssystem; [Online].
http://www.bmukk.gv.at/medienpool/19002/bildungssystem_grafik.pdf [Zugriff am 25.9.2013]

Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2006.

Eurostat (2010): EHIS indicators guidelines. List of indicators to be computed with the EHIS.

Eurostat (2013): Glossary:International standard classification of education (ISCED) [Online].
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:ISCED [Zugriff am 25.9.2013]

Fousek, Stephan; Domittner, Brigitte; Nowak, Peter (2012): Health Literacy – „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Gesundheit Österreich GmbH

HLS–EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS–EU. The international Consortium of the HLS–EU Project

Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg

OECD (2011a): How's Live – measuring well–being.

OECD (2011b): An Overview of Growing Income Inequalities in OECD Countries: Main Findings. In: Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising, 21–45

Pelikan, Jürgen (2012): Gesundheitskompetenz in Österreich – im internationalen Vergleich Europa. Pressekonferenz Gesundheitskompetenz in Österreich: Umfrageergebnisse und Vergleich mit Europa, 14.08.2012

Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Schwantner, Ursula; Schreiner, Claudia; (Hg.) (2010): PISA 2009. Internationaler Vergleich von Schülerleistungen. Erste Ergebnisse. Lesen, Mathematik, Naturwissenschaft., Leykam. Graz

Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z; Brand, H.; (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12/80

Spangl, Wolfgang; Nagl, Christian (2012): Jahresbericht der Luftgütemessungen in Österreich 2011. Umweltbundesamt

Statistik Austria (2013): Arbeitsmarktstatistik 1. Quartal 2013 Schnellbericht.

Statistik Austria (2007): Tabellenband EU-Silc 2005 – Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.

Statistik Austria (2008): Body-Mass-Index (BMI) nach WHO-Definition 1998 aus österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Erstellt am: 18.07.2008.

Statistik Austria (2009): Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme – Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007.

Statistik Austria (2012a): Arbeitskräfteerhebung 2011 – Ergebnisse des Mikrozensus.

Statistik Austria (2012b): "Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2010 nach Bundesland und Geschlecht" aus Bildungsstandsregister 2010. Erstellt am 01.10.2012.

Statistik Austria (2012c): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2011. Hg. v. S. Austria, Verlag Österreich GmbH, Wien

Statistik Austria (2012d): Tabellenband EU-Silc 2011 – Einkommen, Armut und Lebensbedingungen.

Statistik Austria (2013a): Bildung in Zahlen 2011/2012.

Statistik Austria (2013b): "Bildungsstand der Bevölkerung im Alter von 25 bis 64 Jahren 2011 nach Bundesland und Geschlecht" aus Bildungsstandsregister 2011. Erstellt am 08.10.2013.

Statistik Austria (2013c): Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1) 1990 – 2011, in Mio. EUR [Online].

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html
[Zugriff am 24.10.2013]

Statistik Austria (2013d): Intergenerationelle soziale Mobilität in Österreich. In: Statistische Nachrichten 1/2013, 48–62

Statistik Austria (2013e): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2011 – Ergebnisse des Mikrozensus

Suchań, Birgit; Wallner-Paschon, Christina; Bergmüller, Silvia; Schreiner, Claudia; (Hg.) (2012): PIRLS & TIMSS 2011. Schülerleistungen in Lesen, Mathematik und Naturwissenschaft in der Grundschule. Erste Ergebnisse., Leykam. Graz

TNS Opinion & Social (2010): Eurobarometer 72.3 – Sport und körperliche Betätigung. im Auftrag der Generaldirektion Bildung und Kultur. Koordiniert von der Generaldirektion Kommunikation

TNS Opinion & Social (2011): Eurobarometer 75.2 – Freiwilligentätigkeit und Solidarität zwischen den Generationen. Im Auftrag des Europäischen Parlaments. Koordiniert von der Generaldirektion Kommunikation

Umweltbundesamt (2013a).

<http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/luft/luftschadstoffe/staub/pm10/> [Zugriff am 02.09.2013]

Umweltbundesamt (2013b).

http://www.umweltbundesamt.at/aktuell/presse/lastnews/newsarchiv_2005/news050531/
[Zugriff am 13.09.2013]

Wallner-Paschon, Christina; (2012): Leseleistungen in den Teilbereichen "Verstehensprozesse". In: PIRLS & TIMSS 2011 Schülerleistungen in Lesen, Mathematik und Naturwissenschaft in der Grundschule Erste Ergebnisse. Hg. v. B. W.-P. Suchań, Christina; Bergmüller, Silvia; Schreiner, Claudia;. Graz: Leykam, 22–23

WHO (2012): Social determinants of health and well-being among young people : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey. Health policy for children and adolescents, no 6,

WKO (2011). wko.at/statistik/eu/europa-gesundheitswesen.pdf [Zugriff am 16.9.2013]