

Gesundheit und Einkommen

NADJA LAMEI

SOPHIE PSIHODA

MAGDALENA SKINA-TABUE

Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit

Ergänzend zur regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung durch die Österreichische Gesundheitsbefragung liefert das EU-SILC-Modul 2017 Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand von Erwachsenen und Kindern in Privathaushalten sowie zu Gesundheitsfaktoren und -verhalten. Die Kombination mit den im Standardfragenprogramm erhobenen Merkmalen zu Einkommen und Lebensbedingungen ermöglicht differenzierte Analysen zum Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit. Der Artikel zeigt Benachteiligungen einkommensschwacher Personen in Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen und die Lebenserwartung auf und erläutert die Wechselwirkung von Gesundheit und finanzieller Situation. Das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern wird ebenso nachgewiesen wie der Einfluss von Bildung und Alter auf gesundheitliche Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie deren medizinische Versorgung wird über alle Einkommensgruppen positiv bewertet, dennoch zeigen sich für Kinder aus einkommensschwachen Familien Benachteiligungen in Bezug auf Gesundheitsressourcen wie Wohnbedingungen oder soziale Teilhabe.

Datengrundlage und Analyseziele

Das Gesundheitsmodul in EU-SILC 2017

Datengrundlage des vorliegenden Beitrags ist die Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC),¹⁾ eine jährliche Erhebung bei Privathaushalten, die eine wichtige Grundlage für die Europäische Sozialstatistik bildet. Eines der Kernelemente der Erhebung ist die Messung von Armut nach europäischen Vorgaben. Seit dem Jahr 2010 werden zum Monitoring des Sozialziels der Europa-2020-Strategie auch die Zahl der von sozialer Ausgrenzung gefährdeten Personen und die zugehörigen Indikatoren ermittelt. Ergänzend wurde national ein Katalog an Indikatoren erstellt, der die Entwicklung von gesellschaftlichen Problemlagen abgestimmt auf die österreichischen Lebensverhältnisse beschreiben soll; auch darin werden die meisten Kennzahlen – u.a. jene zu mehrfachen Gesundheitseinschränkungen – auf Grundlage von EU-SILC berechnet.

Das Sondermodul der EU-SILC-Erhebung 2017 machte – basierend auf einer Verordnung der Europäischen Kommission zur Festlegung der Zielvariablen²⁾ – Faktoren, die Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen, zum Thema. Dazu zählen etwa körperliche Aktivität und Ernährung, aber auch die Häufigkeit von Arztbesuchen und die finanzielle Leistungsfähigkeit von medizinischen Behandlungen. Ebenso wurden die medizinischen Bedürfnisse von Kindern im Haushalt berücksichtigt.

Die Datenerhebung fand einerseits auf Ebene des Haushalts (Frage nach der finanziellen Belastung durch Ausgaben für

medizinische Untersuchungen oder Behandlungen und Medikamente), andererseits auf Ebene der einzelnen Haushaltsmitglieder statt: Jede Person ab 16 Jahren wurde zu Inanspruchnahme medizinischer Untersuchungen oder Behandlungen, Gesundheitsfaktoren wie Körpergröße und -gewicht, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (z.B. das Ausmaß an Bewegung, Konsum von Obst und Gemüse) befragt. Zur Gesundheit von Kindern unter 16 Jahren wurde die Auskunftsperson für den Kinderfragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand und (dauerhaften) gesundheitlichen Einschränkungen jedes einzelnen Kindes befragt. Erfasst wurde auch, wie oft in der Woche Kinder körperlich aktiv sind. Zum Thema „Gesunde Ernährung“ wurde für Kinder erhoben, ob sie täglich eine Portion Obst und Gemüse zu essen bekommen – bei Verneinung wurde rückgefragt, ob dies finanzielle Gründe hat. Die Notwendigkeit medizinischer und zahnmedizinischer Untersuchungen oder Behandlungen in den vergangenen zwölf Monaten sowie deren Inanspruchnahme oder gegebenenfalls Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme wurden für alle Kinder im Haushalt gemeinsam erfasst.

Die Stichprobe

Grundgesamtheit für EU-SILC sind Personen, die in Österreich in Privathaushalten leben. Das ist für den Analysezweck von Gesundheitsauswertungen deshalb besonders erwähnenswert, weil damit Personen, die sich in Pflege- oder Altenheimen aufhalten sowie generell Personen in Anstaltshaushalten oder ohne registrierten Privatwohnsitz konzeptionell hier ausgeschlossen sind. Die Stichprobe von EU-SILC 2017 umfasste netto 6.090 Privathaushalte, in denen 12.876 Personen lebten. Die präsentierten hochgerechneten Ergebnisse sind Schätzungen für die Verteilung in der Grundgesamtheit und unterliegen Zufallsschwankungen. Unterschiede zwischen Untergruppen müssen daher mit Rücksicht auf die Schwankungsbreite interpretiert werden.

¹⁾ European Community Statistics on Income and Living Conditions. Für allgemeine Informationen zur Erhebung siehe: www.statistik.at > Fragebögen > Private Haushalte > EU-SILC.

²⁾ Verordnung (EU) 2016/114 der Kommission vom 28. Januar 2016 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1177/2003 des Europäischen Parlaments und des Rates für die Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) im Hinblick auf das Verzeichnis der sekundären Zielvariablen 2017 zu Gesundheit und Gesundheit von Kindern.

Daten für die Fragen aus dem Gesundheitsmodul liegen für 12.876 Personen vor, davon 2.098 Kinder unter 16 Jahren und 10.778 Personen ab 16 Jahren. Im Fall einer längeren Abwesenheit (jedoch weiterhin bestehender Haushaltszugehörigkeit) wie auch bei Befragungsunfähigkeit wurden Proxy-Interviews geführt, in denen ein anderes Haushaltsmitglied Auskunft für die Zielperson gab.³⁾

Auswertungen werden jeweils auf Personenebene präsentiert. Je nach Frage ist die Anzahl fehlender Angaben unterschiedlich hoch – jedoch ist die Antwortverweigerung bei den Gesundheitsfragen (wie überhaupt in der EU-SILC-Erhebung) grundsätzlich sehr gering: Die Anzahl fehlender Werte liegt zwischen zwei (Variable „Finanzielle Belastung durch zahnmedizinische Leistungen“) und maximal 122 Werten (mindestens eine für die Berechnung des Body-Mass-Index benötigte Variable „Körpergröße“ und „Körpergewicht“ fehlt); bei den Fragen für Kinder fehlen jeweils weniger als 15 Angaben. Fehlende Werte wurden nicht imputiert, weshalb den Analysen geringfügig unterschiedliche Fallzahlen zugrunde liegen.

Vergleiche mit der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014

Statistik Austria führt regelmäßig österreichweite Erhebungen zum Thema „Gesundheit“ durch. Die letztverfügbaren publizierten Ergebnisse beziehen sich auf die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2014“ (ATHIS), die im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur durchgeführt wurde.⁴⁾ Sie stellt die zweite Erhebung nach neuen europäischen Standards für eine weitreichend harmonisierte Gesundheitsbefragung im Fünf-Jahres-Rhythmus dar.⁵⁾ Damit wurde die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den einzelnen Ländern verbessert. Bei der Gesundheitsbefragung 2014 handelt es sich um eine Personenbefragung, bei der Personen im Alter von 15 und mehr Jahren mit Hilfe einer computergestützten telefonischen Erhebung (CATI) und mit von den Zielpersonen selbst auszufüllenden schriftlichen Fragebögen (Selbstauffüller – SAF) im Zeitraum von Oktober 2013 bis Juni 2015 befragt wurden. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte im Rahmen der Mikrozensus-Erhebung. Dabei wurden Personen nach Abschluss der letzten Mikrozensus-Welle im Jänner 2013 gefragt, ob sie an der Gesundheitsbefragung teilnehmen wollten. Aus Gründen der Repräsentativität wurde die Brutto-

stichprobe von 38.768 Personen räumlich nach den 32 Versorgungsregionen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit definiert.⁶⁾ Die Stichprobe wurde dabei so gewählt, dass Daten von netto 462 Personen (in Wien: 560 Personen, in dünn besiedelten Versorgungsregionen zumindest 300 Personen) vorliegen. Die Nettostichprobe erfasst damit insgesamt 15.771 Personen, was einer Ausschöpfungsquote von 41% entspricht.

Die Gesundheitsbefragung gibt einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche Situation der Österreicher und Österreicherinnen und ermöglicht somit Vergleiche mit den Ergebnissen des EU-SILC-Zusatzmoduls zur Gesundheit. Dabei zeigt sich, dass die Ergebnisse von EU-SILC und ATHIS bei vergleichbaren Fragen und Antwortkategorien nur geringe Unterschiede aufweisen. Das Zusatzmodul zur Gesundheit von EU-SILC ermöglicht demnach die angemessene Darstellung ausgewählter Teilaspekte der gesundheitlichen Situation der österreichischen Bevölkerung. Die Schwerpunktsetzung von EU-SILC auf Einkommen und soziale Ausgrenzung ermöglicht es zusätzlich, einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und der Gesundheit von Befragten herzustellen.

Analyseziele

Das Zusatzmodul 2017 ergänzt die bisher im Standardprogramm von EU-SILC abgefragten Informationen zum Gesundheitszustand für Personen ab 16 Jahren.⁷⁾ Zusätzliche Fragen zum Gesundheitsverhalten von Erwachsenen und Kindern sowie Fragen zur Leistbarkeit medizinischer Versorgung ermöglichen in Kombination mit den erhobenen Daten zur Wohn- und Arbeitssituation oder der finanziellen Situation des Haushalts tiefergreifendere Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit, die als Grundlage für gesundheitspolitische Maßnahmen und Prävention dienen können. Der vorliegende Artikel gibt einen kurzen Überblick der im Rahmen dieses Moduls erhobenen Gesundheitsvariablen und bietet aktuelle Auswertungen zum Zusammenhang von Gesundheit und Einkommenssituation von Haushalten.

Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit

Einkommen beeinflusst die Gesundheit – oder umgekehrt?

Von einer einfachen Kausalität in die Richtung: „Je niedriger das zur Verfügung stehende Einkommen, desto schlechter ist der Gesundheitszustand“ ist wohl nicht auszugehen; wahrscheinlicher ist, dass eine wechselseitige Beeinflussung von Einkommenssituation und Gesundheitszustand besteht. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können zum einen die

³⁾ In EU-SILC 2017 wurden 747 Proxy-Interviews durchgeführt, womit die Proxyrate insgesamt bei 6,9% lag. Das heißt, auch wenn zum Beispiel der eigene Gesundheitszustand keine Befragung zulässt, ist es durch das Erhebungsdesign möglich, dass diese Fälle hier repräsentiert sind. Dennoch ist davon auszugehen, dass sehr stark gesundheitlich beeinträchtigte Menschen für Befragungen prinzipiell schwerer erreichbar sind (v.a. wenn sie allein leben); überdies sei nochmals auf das Konzept der Haushalterhebung in EU-SILC hingewiesen.

⁴⁾ Austrian Health Interview Survey (ATHIS), siehe: www.statistik.at > Statistiken > Gesundheit > Gesundheitszustand > Publikationen.

⁵⁾ Die erste Erhebung wurde 2006/2007 durchgeführt, siehe: www.statistik.at > Statistiken > Gesundheit > Gesundheitszustand > Dokumentationen.

⁶⁾ „Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017“, siehe: www.sozialministerium.at > Gesundheit > Gesundheitssystem > Gesundheitssystem/Qualitätssicherung > Planung und spezielle Versorgungsbereiche.

⁷⁾ Diese bilden das sogenannte „Minimum European Health Module“ (MEHM) und umfassen drei Fragen: zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu chronischen Krankheiten und zum Vorliegen dauerhafter gesundheitlicher Einschränkungen. Siehe <https://ec.europa.eu> > Eurostat > Statistics Explained.

Folge mangelnder Chancen aufgrund geringen Einkommens sein. Verhaltensweisen wie Ernährung oder körperliche Aktivität, nicht beeinflussbare Gegebenheiten wie genetische Prädisposition oder das Alter, soziale Faktoren wie soziale Unterstützung und nicht zuletzt der Zugang zu medizinischer Versorgung stellen wesentliche Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden dar (Klimont/Baldaszi 2015).

All diese Aspekte sind eng mit sozialen Teilhabemöglichkeiten und finanziellen Kapazitäten verbunden. Armut wirkt sich negativ auf die Gesundheitschancen der betroffenen Menschen aus, denen weniger Ressourcen zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit zur Verfügung stehen. Zum anderen können auch gesundheitliche Einschränkungen selbst die Einkommenschancen nachteilig beeinflussen: Krankheiten und körperliche Einschränkungen führen oft zu verminderten Erwerbsmöglichkeiten, einem niedrigeren Einkommen und erhöhtem Risiko von Armut und sozialer Ausgrenzung. Daher muss es korrekterweise heißen: „Höheres Einkommen geht in der Regel mit einem besseren, niedriges mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher“ – ein Befund, den die nachfolgenden Analysen bestätigen werden.

Auch muss kritisch hinterfragt werden, wie in diesem Zusammenhang Gesundheit gemessen werden soll: Diese ist nicht adäquat allein durch die subjektive Einschätzung über den Gesundheitszustand sowie die An- bzw. Abwesenheit von Krankheit oder Beeinträchtigung erfasst. Schlechte Gesundheit, Einschränkungen im Alltagsleben sowie chronische Krankheiten können sich auf das individuelle Wohlergehen negativ auswirken. Auch die Fähigkeit, sein Leben bewältigen zu können, zufriedenstellende soziale Beziehungen zu führen oder psychisches Wohlergehen gehören zum Gesundheitsbegriff – ein Anspruch, den EU-SILC 2017 als Datenquelle nur unzureichend einlösen kann, da Daten – mit Ausnahme von Angaben über die Zufriedenheit – hierzu nicht vorliegen. Der Artikel bietet jedoch Variablen zur Inanspruchnahme und Leistbarkeit von Gesundheitsversorgung, um auch das soziale System auf den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit überprüfen zu können.

Bisherige Befunde

Sozioökonomische Unterschiede, die auf eine deutlich nachteiligere Lage einkommensschwacher Personen hinsichtlich ihrer Gesundheit hinweisen, wurden bereits vielfach aufgezeigt. Anhand von **Daten aus EU-SILC** wurden verschiedene Dimensionen von Gesundheit als mit dem Einkommen in Zusammenhang stehend herausgearbeitet, wie die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands, das Vorliegen einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit oder eine kumulierte Gesundheitsbeeinträchtigung (z.B. Lamei et al. 2017, S. 198 ff., Lamei/Till 2017, S. 77 und S. 47 ff.). Auch die subjektive Zufriedenheit – eine relevante Dimension der Lebensqualität – ist für Menschen mit niedrigem Einkommen wesentlich geringer als im Bereich ab

mittlerem Einkommen (Eiffé et al. 2013). Gesundheit wiederum wird als wichtigste Determinante der Lebensqualität angesehen, wie Daten des Mikrozensus 2015 zeigen (Baud/Milota 2017).

Abgesehen von diesen Konzepten der Selbstwahrnehmung von Gesundheit bzw. Krankheit sprechen auch die „harten Fakten“ eine klare Sprache: „Arme sterben früher“ (Till et al. 2018, S. 8), oder weniger drastisch ausgedrückt: Die Lebenserwartung ist stark sozial determiniert.

In **früheren Untersuchungen von EU-SILC-Daten** zeigte sich, dass durch das österreichische Gesundheitssystem der Zugang zu medizinischer Versorgung für Menschen aus allen Einkommensgruppen in hohem Maß gewährleistet ist (Lamei et al. 2017, S. 201 f). Im Detail ergeben sich jedoch auch hier Unterschiede, u.a. was kostenpflichtige Behandlungen und Behelfe für Kinder betrifft: Personen aus einkommensschwachen Haushalten sind bereits ab dem Kindesalter bei der Inanspruchnahme von mit Kosten verbundenen Gesundheitsleistungen benachteiligt (Lamei et al. 2015, S. 41 f).

Auch aus den Daten der **Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS** lassen sich soziale Determinanten von Gesundheit ermitteln (z.B. Klimont et al. 2016). Aufgrund der Themenzentriertheit der Befragung können hier wesentlich breiter einzelne Krankheiten, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Gesundheitsfaktoren erhoben werden als in EU-SILC. Je nach untersuchtem Gesundheitsindikator sind Alter, Geschlecht, Einkommen, aber auch der Bildungsstatus, das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, ein Migrationshintergrund und weitere Merkmale mit Gesundheit assoziiert. Bezogen auf Einkommensunterschiede zeigt sich etwa, dass Personen in einkommensschwächeren Haushalten ihren Gesundheitszustand schlechter beurteilten als Personen in höheren Einkommensklassen, dass sie häufiger an chronischen Krankheiten oder Schmerzen (z.B. chronische Kopf-, Nacken- oder Kreuzschmerzen, Depressionen, Bluthochdruck) und Adipositas leiden. Auch das Gesundheitsverhalten, beispielsweise Rauchen, körperliches Aktivsein, Inanspruchnahme von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen, war deutlich vom Einkommen abhängig.

Im **internationalen Kontext** wurden ebenso immer wieder soziale Unterschiede für Gesundheit selbst innerhalb von „entwickelten“, reichen Ländern belegt. Die Weltgesundheitsorganisation spricht von einem sozial bedingten Gesundheitsgefälle (WHO 2004). Die OECD stellt den Daten zum Gesundheitszustand (aus SILC, der europäischen Gesundheitsbefragung EHS und anderen Quellen) Informationen zu den Gesundheitssystemen und -ausgaben der Länder zur Seite, um Empfehlungen abzuleiten, welche Maßnahmen inklusiv und gesundheitsfördernd sind (OECD/EU 2018).

Analysevariablen für den vorliegenden Artikel

In diesem Beitrag wird der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischer Lage und Gesundheit, Gesundheitsverhalten und -determinanten erkennbar gemacht. Dabei musste eine Auswahl an Analysevariablen getroffen werden, die den sozio-ökonomischen Status abbilden und auch die Personen in wesentlichen soziodemographischen Merkmalen beschreiben. Andere Zusammenhänge sind deswegen nicht auszuschließen oder irrelevant – sie können hier jedoch nicht umfassend einfließen. Des Weiteren ist vorauszuschicken, dass Abhängigkeiten der Analysevariablen untereinander existieren können, hier jedoch einer einfach lesbaren zweidimensionalen Darstellung der Vorzug vor multivariaten Modellen gegeben wird.

Einkommensgruppen: Zur Erfassung des Lebensstandards wird – wie in der Sozialstatistik üblich⁸⁾ – das Haushaltseinkommen herangezogen. Dabei wird das gesamte Einkommen berücksichtigt, das den Mitgliedern eines Haushaltes innerhalb eines Jahres zur Verfügung steht, d.h. Einkommen aus Erwerbsarbeit, Pensionsleistungen, monetäre Sozialleistungen (etwa bei Arbeitslosigkeit oder für Familien), Kapitaleinkommen und erhaltene private Transferzahlungen werden summiert. Geleistete Unterhaltszahlungen und sonstige private Transferzahlungen werden vom Gesamteinkommen abgezogen.⁹⁾ Für die vorliegenden Analysen wird immer das Nettoeinkommen herangezogen. Einkommensbezugszeitraum für die Erhebung EU-SILC 2017 ist das Jahr 2016, das Vorjahreseinkommen steht somit stellvertretend für den aktuellen Lebensstandard. Die Angaben zur Gesundheit, zur Haushaltszusammensetzung usw. werden im Gegensatz dazu – wo nicht in der Frage explizit anders angeführt – auf den Erhebungszeitpunkt bezogen.

Um die Vergleichbarkeit des Einkommens bei verschiedenen Haushaltszusammensetzungen zu gewährleisten, wird mittels einer Gewichtung das sogenannte „Äquivalenzeinkommen“, ein „bedarfsgewichtetes“ verfügbares Haushaltseinkommen, berechnet: Die für die Gewichtung herangezogene EU-Skala sieht für jeden Haushalt einen Grundbedarf vor, wobei eine alleinlebende erwachsene Person als Referenz (= Konsumäquivalent mit dem Wert 1) betrachtet wird. Jede weitere erwachsene Person bzw. Kinder ab 14 Jahren erhalten ein Gewicht von 0,5 und Kinder unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3.

Im Folgenden werden aus Gründen der Vereinfachung für die Analyse basierend auf diesem äquivalisierten **Jahres-Nettohaushaltseinkommen 2017** drei Gruppen gebildet.¹⁰⁾

⁸⁾ Siehe z.B. „Sozialbericht 2015-2016“ (BMASK 2017).

⁹⁾ Wo vorhanden, werden die einzelnen Einkommensbestandteile auf Einzelfallebene aus Erhebungsdaten vollständig anonymisiert mit Verwaltungsdatenquellen verknüpft (z.B. für Unselbständigeneinkommen und Pensionen aus den Daten der Lohnsteuer). Wo dies nicht möglich ist – etwa bei Selbständigeneinkommen, Sozialleistungen der Länder und Gemeinden oder privaten Unterhaltszahlungen – werden sie direkt erfragt (vgl. *Statistik Austria 2018a*).

¹⁰⁾ Diese Analysevariable wurde in zahlreichen Berichten zur sozialen Lage etabliert, siehe z.B. *BMASK (2017)*, *Lamei/Till (2017)*.

Diese bemessen sich am mittleren Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung, d.h. an jenem Wert, der die gesamte Einkommensverteilung in zwei gleich große Hälften teilt (= Median; 24.752 €):

- **Niedrige Einkommen:** unter 60% des äquivalisierten Medianeinkommens – unter 14.851 €;
- **Mittlere Einkommen:** 60 bis unter 180% des äquivalisierten Medianeinkommens – 14.851 bis unter 44.554 €;
- **Hohe Einkommen:** 180% und mehr des äquivalisierten Medianeinkommens – 44.554 € und mehr.

Die Festlegung der Gruppen erfolgte v.a. im Hinblick auf die einfache Vergleichbarkeit mit der Armutsgefährdung nach EU-Definition (entspricht „niedrigem Einkommen“). Die dreifache Armutsgefährdungsschwelle wurde als Mindestwert für „hohe Einkommen“ bzw. Werte über der Armutsgefährdungsschwelle und niedriger als das Dreifache davon für „mittlere“ Einkommen herangezogen.¹¹⁾

Alter und Geschlecht: Mit dem Alter nimmt die Zahl an Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu; beispielsweise ist dieser Zusammenhang beim Vorliegen von chronischen Krankheiten besonders deutlich (*Klimont et al. 2016*). Eine Möglichkeit für altersstrukturbereinigte Vergleiche (also z.B. Geschlecht oder Einkommen allein in ihrer Wirkung auf Gesundheitsvariablen zu untersuchen), ist eine statistische Altersstandardisierung. Diese Möglichkeit wurde hier bewusst nicht gewählt, sondern das Alter für erste deskriptive Auswertungen und eine einfache Interpretation in folgende Auswertungskategorien unterteilt:

- **Kinder unter 16 Jahren** (16% der Bevölkerung),
- **Jugendliche und Erwachsene im Erwerbsalter** von 16 bis 64 Jahren (66% der Bevölkerung; wo möglich und sinnvoll wurde diese Altersgruppe noch feiner unterschieden),
- **Personen ab 65 Jahren** (18% der Bevölkerung).

Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass innerhalb dieser Altersgruppen andere interessierende Merkmale ungleich verteilt sein können – z.B. sind aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung bei den Ab-65-Jährigen 56% Frauen.

Bildung: Höchster Bildungsabschluss für Personen ab 16 Jahren.

- **Maximal Pflichtschule:** Die befragte Person verfügt über keinen Schulabschluss oder hat höchstens die Pflichtschule abgeschlossen.
- **Lehre / mittlere Schule:** Abschluss einer Lehrausbildung, Meister-/Werkmeisterausbildung oder einer berufsbildenden mittleren Schule, Krankenpflegeschule.

¹¹⁾ Die derart festgelegten Einkommensgruppen sind damit nicht gleich groß: 1.245.000 Personen in Österreich oder 14% haben „niedrige Einkommen“ und gelten somit der Definition nach als armutsgefährdet. Mittlere Einkommen umfassen rund 6,59 Mio. Personen oder 76% der gesamten Bevölkerung in Privathaushalten – diese Definition erhebt jedoch nicht den Anspruch das soziologische und politische Konzept der „Mittelschicht“ abzubilden. Rund 808.000 Personen (9%) verfügen schließlich über ein hohes Einkommen.

- **Matura:** Abschluss einer Matura (BHS, AHS, extern) inkl. Kolleg, Abiturientenlehrgang.
- **Universität:** Abschluss eines Studiums an einer Universität, Akademie oder Fachhochschule.

Gesundheitsverhalten und -faktoren

Das Gesundheitsverhalten stellt nicht nur einen wesentlichen Einflussfaktor auf die Gesundheit von Menschen dar, in Form seines präventiven Charakters hat es auch explizite Relevanz für eine vorausschauende Gesundheitspolitik. Zur Beschreibung des Gesundheitsverhaltens wurden Ernährung, körperliche Aktivität sowie der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen.

Ernährungsverhalten – eine Frage des Geschlechts?

Beim Ernährungsverhalten, konkret dem **Konsum von Obst und Gemüse**, zeigen sich vor allem hinsichtlich des Geschlechts wie auch des Alters Unterschiede. So essen fast zwei Drittel der Frauen (63%), aber nur knapp die Hälfte der Männer (49%) zumindest einmal am Tag Gemüse. Ähnlich verhält es sich beim Konsum von Obst: 69% der Frauen, aber nur 52% der Männer essen zumindest einmal am Tag Obst. Der Konsum von Obst ist zudem bei älteren Menschen höher: Während 72% der 65- und Mehrjährigen zumindest einmal am Tag Gemüse essen, sind es nur 57% bei den Personen bis zu einem Alter von 19 Jahren. Dieser Anteil ändert sich kaum bei Personen im Alter von 20 bis 39 Jahren (56%) bzw. bei Personen im Alter von 40 bis 64 Jahren (59%). Der häufigere Konsum von Obst im Alter lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass der Anteil der Männer, die zumindest einmal pro Tag Obst essen, mit höherem Alter kontinuierlich steigt. Der Anteil der Frauen, die zumindest einmal pro Tag Obst konsumieren, bleibt hingegen über die Altersgruppen hinweg relativ konstant. Im Vergleich dazu zeigen sich beim regelmäßigen Konsum von Gemüse kaum Altersunterschiede. Der bei Frauen gegenüber Männern häufigere Konsum von Gemüse kann über alle Altersgruppen hinweg beobachtet werden (vgl. Tabelle 1).

Konsum von Obst und Gemüse						Tabelle 1
Alter in Jahren	Insgesamt		Männer		Frauen	
	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %
Mindestens einmal am Tag Obst gegessen ...						
Insgesamt	4.426	61	1.850	52	2.576	69
16 bis 19	249	57	108	46	141	70
20 bis 39	1.190	56	497	47	693	66
40 bis 64	1.870	59	786	50	1.084	68
65 u. mehr	1.117	72	459	67	658	75
Mindestens einmal am Tag Gemüse gegessen ...						
Insgesamt	4.098	56	1.741	49	2.357	63
16 bis 19	223	51	105	45	118	58
20 bis 39	1.253	59	537	50	716	68
40 bis 64	1.760	56	750	48	1.010	63
65 u. mehr	862	55	349	51	513	59

Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2017, Sondermodul Gesundheit. - Personen ab 16 Jahren; fehlende Fälle wurden nicht imputiert.

In Bezug auf das Einkommen und die Bildung gibt es beim regelmäßigen Konsum von Obst kaum Unterschiede. 60% der Personen sowohl mit niedrigem als auch mit mittlerem Einkommen und 67% der Personen mit hohem Einkommen essen zumindest einmal pro Tag Obst. Bei Personen mit Pflichtschule oder Lehre sind es 59%, bei jenen mit Matura 62% und bei Personen mit Universitätsabschluss 66%. Auch der Konsum von Gemüse zeigt nur geringe Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen (57% vs. 55% vs. 63%).

Lediglich beim Bildungsabschluss ist festzustellen, dass 62% der Personen mit Matura bzw. 69% derjenigen mit Universitätsabschluss zumindest einmal pro Tag Gemüse essen, während dies nur 51% der Personen mit Pflichtschule bzw. 53% der Personen mit Lehre tun.

Körperliche Aktivität und Body-Mass-Index (BMI)

Neben dem Ernährungsverhalten stellt die körperliche Aktivität einen weiteren Einflussfaktor auf die Gesundheit sowie eine Determinante in der Beschreibung des Gesundheitsverhaltens dar. Die Ergebnisse des Zusatzmoduls zeigen, dass 57% der Männer und 56% der Frauen im Alter von 18 und mehr Jahren zumindest 150 Minuten pro Woche **Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit** betreiben und damit der WHO-Empfehlung nachkommen (*WHO 2010*). In Bezug auf die Bildung und das Einkommen sieht man, dass die durchschnittliche Zeit, die Frauen und Männer mit Sport, Fitness und körperlicher Aktivität verbringen, mit höherer Bildung und höherem Einkommen ansteigt. Vor allem bei Frauen wirken sich geringes Einkommen und geringe Bildung (Pflichtschulabschluss) besonders negativ auf die mit Sport, Fitness und körperlicher Aktivität verbrachte Zeit aus. Diese beträgt für die Frauen in den Altersgruppen über 20 Jahren nur zwei Stunden pro Woche und liegt damit unter der WHO-Empfehlung.

Mit Blick auf das Alter zeigt sich für beide Geschlechter, dass die durchschnittliche Zeit, die mit körperlicher Aktivität verbracht wird, in den Altersgruppen 20 bis 39 sowie 40 bis 64 im Vergleich zu den 16- bis 19-Jährigen deutlich geringer ist: bei Männern um bis zu 2,5 Stunden, bei Frauen um bis zu einer Stunde. Dies lässt sich mitunter auf die aufgrund von Erwerbstätigkeit und/oder familiärer Verpflichtungen geringeren Zeitressourcen zurückführen. Während die Zeit bei Frauen ab 65 Jahren jedoch auf einem ähnlichen Niveau bleibt, werden Männer nach ihrer Erwerbstätigkeit wieder aktiver und betreiben um bis zu einer Stunde mehr Sport, Fitness und körperliche Aktivität.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch beim **Body-Mass-Index (BMI)**.¹²⁾ Während 52% der Frauen

¹²⁾ Die Klassifikation des BMI folgt jener der WHO, so wie sie auch bei der österreichischen Gesundheitsbefragung verwendet wird. Dabei unterscheidet man bei Erwachsenen zwischen Untergewicht (BMI <18,5), Normalgewicht (18,5-24,9), Übergewicht (25,0-29,9) und Adipositas (BMI >30,0). Siehe: <http://www.euro.who.int> > Health topics > Nutrition > A healthy lifestyle > Body mass index - BMI.

Normalgewicht haben, sind dies bei den Männern nur 40%. 58% der Männer haben hingegen Übergewicht, darunter haben 16% Adipositas.¹³⁾ Im Vergleich dazu haben 40% der Frauen Übergewicht, darunter 13% Adipositas. Allerdings sind immerhin 7% der Frauen untergewichtig. Hinsichtlich des Alters lässt sich eine höhere Prävalenz für Übergewicht mit dem Alter erkennen.¹⁴⁾

Mit Blick auf die sozioökonomische Lage zeigen sich beim Einkommen kaum Unterschiede, jedoch erweist sich die Bildung als wesentlicher Einflussfaktor. So haben nur 44% der Personen mit Pflichtschule bzw. 42% derer mit Lehrabschluss Normalgewicht, während mehr als die Hälfte (50% bzw. 55%) übergewichtig sind. Im Vergleich dazu haben nur 39% bzw. 37% der Personen mit Matura bzw. mit Universitätsabschluss Übergewicht, während mehr als die Hälfte (53% bzw. 57%) normalgewichtig sind.

Gewicht, Bildungsabschluss	Insgesamt		Männer		Frauen	
	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %
Normalgewicht						
Insgesamt	3.369	46	1.429	40	1.940	52
Pflichtschule	648	44	249	46	399	43
Lehre/mittlere Schule	1.499	42	660	34	839	51
Matura	593	53	263	47	330	59
Universität	629	57	257	48	372	65
Übergewicht, inkl. Adipositas						
Insgesamt	3.540	49	2.056	58	1.484	40
Pflichtschule	745	50	277	51	468	50
Lehre/mittlere Schule	1.951	55	1.234	64	717	30
Matura	440	39	274	49	166	30
Universität	404	37	271	51	133	23

Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2017, Sondermodul Gesundheit. - Personen ab 16 Jahren; fehlende Fälle wurden nicht imputiert.

Der Einfluss von Bildung erweist sich vor allem bei Frauen als wesentlich. Mit steigender Bildung ist die Prävalenz des Übergewichts bei Frauen merklich geringer, während dies bei Männern nicht in dieser Form beobachtet werden kann (vgl. Tabelle 2). So zeigen sich bei Frauen und Männern mit Pflichtschulabschluss kaum Unterschiede, 50% bzw. 51% sind übergewichtig. Bei Frauen mit Matura ist dieser Anteil hingegen mit 30% bzw. bei Abschluss eines Studiums mit 23% deutlich geringer. Bei Männern bleibt der Anteil derjenigen, die Übergewicht haben, hingegen auch bei Matura (49%) und Abschluss eines Studiums (51%) auf einem ähnlichen Wert.

¹³⁾ Adipositas ist die Bezeichnung für starkes Übergewicht, das aus einer krankhaften Zunahme von Körperfett resultiert und gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge haben kann (Branka et. al 2007).

¹⁴⁾ Hier ist allerdings anzumerken, dass von Seiten der Geriatrie zur Bestimmung des BMI von älteren Menschen eine Anhebung der Grenzwerte gefordert wird, um eine Mangelernährung (BMI <20) bzw. das Risiko einer Mangelernährung (BMI <22) auszuschließen (Sieber 2008). Die Beobachtung des Anstiegs von Übergewicht im Alter müsste hinsichtlich ihrer Validität demnach mit einer altersgerechten BMI-Skala und einer weiteren Differenzierung der Personengruppe 65+ überprüft werden.

Gesundheitszustand

Subjektive Einschätzung, chronische Krankheit und Einschränkungen im Alltag

Der Gesundheitszustand wird in EU-SILC jährlich in Form des Minimal European Health Module (MEHM) erhoben, welches sich aus Fragen zu den drei folgenden Gesundheitsaspekten zusammensetzt: Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, chronische Krankheiten als Indikator für langjährige Krankheiten, Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten durch gesundheitliche Probleme.

Der subjektive Gesundheitszustand wird mittels folgender Frage erhoben: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“ Die Befragten werden damit explizit aufgefordert, ihren Gesundheitszustand auf einer allgemeinen Ebene selbst einzuschätzen. Der allgemeine Gesundheitszustand wird sowohl von Frauen als auch von Männern zu zwei Drittel als sehr gut oder gut beschrieben. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich des Alters. Während mehr als zwei Drittel (68%) der bis 19-Jährigen und 50% der 20- bis 39-Jährigen ihre Gesundheit als sehr gut bezeichnen, sind es nur mehr 27% der 40- bis 64-Jährigen und 11% der 65- und Mehrjährigen. Ein eindeutiger Zusammenhang zeigt sich auch zwischen dem Einkommen und der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Nur ein Viertel der Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen (27%) schätzt den eigenen Gesundheitszustand als sehr gut ein, während 14% ihn als schlecht oder sehr schlecht einschätzen. Im Vergleich dazu bewerten 42% der Personen mit hohem Einkommen ihren Gesundheitszustand als sehr gut und nur 4% als schlecht oder sehr schlecht. Aufgrund der Korrelation von Einkommen und Bildung ist ein ähnlicher Zusammenhang bei niedriger bzw. hoher Bildung und schlechtem bzw. gutem Gesundheitszustand zu finden.

Knapp 40% der Frauen und Männer (2,8 Mio.) leiden an einer **dauerhaften Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem**, das sechs Monate oder länger andauert. Mit höherer Prävalenz von chronischen Krankheiten im Alter steigt dieser Anteil auf 63% bei den 65- und Mehrjährigen. Abgesehen von biologischen Bestimmungsfaktoren gibt es auch einen starken Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem Vorliegen chronischer Krankheiten. Immerhin haben 43% der Personen mit niedrigem Einkommen ein chronisches Gesundheitsproblem, während dies nur 33% der Personen mit hohem Einkommen haben. Noch deutlicher zeigt sich der Unterschied nach Bildungsgruppen: Die Hälfte der Personen mit Pflichtschulabschluss (50%) gibt ein chronisches Gesundheitsproblem an, während es bei den Personen mit Matura oder Universitätsabschluss nur 29% bzw. 28% sind. Dieser sozioökonomische Unterschied ist in jungen Jahren noch nicht so relevant, zeigt sich aber deutlich ab einem Alter von 40 Jahren. So haben 51% der 40- bis 64-Jährigen mit niedrigem Einkommen, aber nur 33% der

Prävalenz einer chronischen Krankheit nach Alter und Einkommensgruppen

Tabelle 3

Alter in Jahren	Insgesamt		Niedriges Einkommen		Mittleres Einkommen		Hohes Einkommen	
	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %
Insgesamt	2.794	38	415	43	2.134	38	245	33
16 bis 19	66	15	12	23	48	14	6	20
20 bis 39	478	23	90	24	358	23	30	19
40 bis 64	1.276	40	177	51	957	40	142	33
65 u. mehr	974	62	136	68	771	62	67	54

Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2017. - Personen ab 16 Jahren; fehlende Fälle wurden nicht imputiert.

40- bis 64-Jährigen mit hohem Einkommen eine chronische Krankheit. In der Altersgruppe der 65- und Mehrjährigen bleibt dieser Einkommensunterschied weitgehend bestehen (68% vs. 54%; vgl. Tabelle 3).

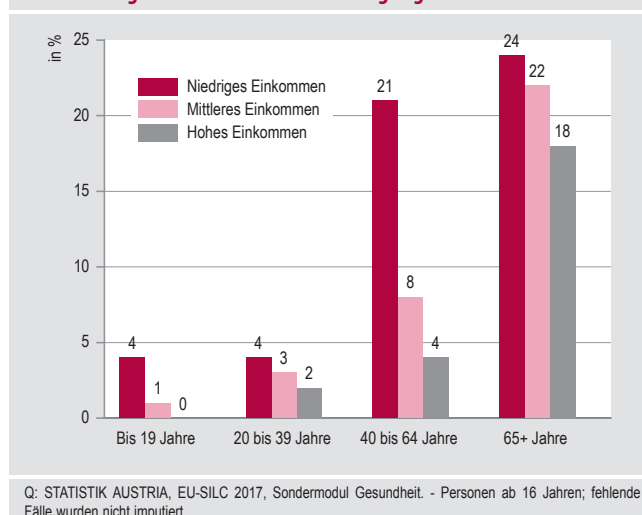
Durch ein gesundheitliches Problem **eingeschränkt in den Alltagstätigkeiten** fühlen sich insgesamt 35%: 25% in geringem und 10% in stärkerem Ausmaß; der Rest gibt keine Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten an. Ähnlich wie bei dem Vorliegen chronischer Krankheiten zeigt sich auch hier eine Benachteiligung von Personen mit niedrigem Einkommen, von denen 27% etwas und 14% stark (insgesamt: 41%) eingeschränkt sind. Im Vergleich dazu sind Personen mit hohem Einkommen in ihren Alltagstätigkeiten aufgrund eines gesundheitlichen Problems nur zu 19% etwas und 6% stark (insgesamt: 25%) eingeschränkt. Der Anteil der Personen mit mäßigen und starken Einschränkungen nimmt zudem mit dem Alter zu. Bei den 40- bis 64-Jährigen sind es insgesamt 35% und ab einem Alter von 65 Jahren schon 60%, die in ihren Alltagstätigkeiten aufgrund eines gesundheitlichen Problems etwas oder stark eingeschränkt sind.

Mehrfache Gesundheitseinschränkungen stellen einen von 21 nationalen Indikatoren zur Messung von sozialer Eingliederung ergänzend zum Sozialziel der Europa-2020-Strategie dar (Till et al. 2018). Eine Person wird als mehrfach gesundheitlich beeinträchtigt bezeichnet, wenn zwei der drei oben beschriebenen Merkmale in den folgenden Kategorien vorliegen: „sehr schlechter allgemeiner Gesundheitszustand in der subjektiven Einschätzung“, „chronische Krankheit vorhanden“ oder „starke Einschränkung bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten durch eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit mindestens einem halben Jahr“. Dies trifft auf 9% der Personen zu.

Während sich keine Geschlechterunterschiede feststellen lassen, erweisen sich das Alter, das Einkommen und die Bildung als wesentliche Einflussfaktoren. So sind etwa 22% der 65- und Mehrjährigen von mehrfachen Gesundheitseinschränkungen betroffen, während dies auf nur 9% der 40- bis 64-Jährigen und auf weniger als 5% der unter 40-Jährigen zutrifft. 19% der Personen mit Pflichtschulabschluss und 14% der Personen mit niedrigem Einkommen sind von Gesundheitseinschränkungen betroffen. Der Effekt des nied-

Mehrfache gesundheitliche Benachteiligung

Grafik 1



rigen Einkommens zeigt sich besonders deutlich bei den 40- bis 64-Jährigen, von denen 21% von mehrfachen Gesundheitseinschränkungen betroffen sind, während dies nur 8% bzw. 4% derselben Altersgruppe mit mittlerem bzw. hohem Einkommen sind (vgl. Grafik 1). Ab einem Alter von 65 Jahren gleichen sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen an (24% vs. 22% vs. 18%).

Inwiefern sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit zu einer **geringeren Lebenserwartung** führen, wurde in dem Projekt FACTAGE¹⁵⁾ mit EU-SILC-Daten der Jahre 2006 bis 2014 durch Längsschnittanalysen gezeigt. So sterben in Österreich armutsgefährdete Männer um 4 Jahre und armutsgefährdete Frauen um 1,5 Jahre früher. Frauen, die in manifester Armut leben, sterben um 4 Jahre und Männer um 11 Jahre früher im Vergleich zu Menschen, die nicht armutsgefährdet oder von Armut betroffen sind (Klotz et al. 2019; Till et al. 2018).

Beim Zusammenhang von **Gesundheit und Lebenszufriedenheit** zeigt sich, dass vor allem die subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit einen wesentlichen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat. Personen, die ihre Gesundheit als sehr schlecht einschätzen, weisen auf einer Skala von 0 bis 10 (10 bedeutet „vollkommen zufrieden“ und 0 „überhaupt nicht zufrieden“) einen Mittelwert von 4,5 auf. Personen, die ihre Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen, haben hingegen Mittelwerte von 8,7 bzw. 8,0. Nur geringe Unterschiede zeigen sich bei Vorliegen einer chronischen Krankheit (7,3 vs. 8,3). Wesentlichere Unterschiede sind für starke Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten durch ein gesundheitliches Problem im Vergleich zu keinen Einschränkungen (6,3 vs. 8,3) feststellbar. Ähnlich weisen Personen mit mehrfachen Gesundheitseinschränkungen einen Mittelwert von 6,3 auf im Gegensatz zu nicht betroffenen Personen mit einem Wert von 8,0.

¹⁵⁾ „Fairer Active Ageing for Europe“: siehe <https://www.factage.eu>.

Inanspruchnahme und Leistbarkeit gesundheitsbezogener Leistungen

Die Frage, ob Gesundheitsleistungen für alle – unabhängig von sozioökonomischem Status, Wohnregion etc. – zur Verfügung stehen, ist zentral in der gesundheitlichen Versorgungspolitik. Während die Daten aus EU-SILC keine Beurteilung der Qualität der Behandlungen zulassen, ist die Einschätzung der Befragten über ihren Zugang zu medizinischer Versorgung vorhanden. Auch die Frage, ob es nach dem Einkommen Unterschiede im Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems gibt, ist beantwortbar.

Zunächst wird die **Anzahl der Arztbesuche** dargestellt: 29% der 16- und Mehrjährigen in Österreich (2.144.000 Personen) waren in den vergangenen zwölf Monaten nie bei einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin bzw. einem Kieferorthopädin oder einer Kieferorthopädin (vgl. Grafik 2).

53% waren ein oder zwei Mal, der Rest (17%) sogar häufiger dort, um sich beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen. Geschlechterunterschiede erweisen sich als gering (Männer gingen mit 31% etwas häufiger „nie“ zum Zahnarzt als Frauen mit 28%). Nach dem Alter betrachtet vermeiden vor allem ältere Menschen Zahnarztbesuche: 42% der 65- und Mehrjährigen hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung keinen Zahnarzt konsultiert (hingegen nur 23% der Unter-20-Jährigen sowie jeweils 26% der 20- bis 39- und 40- bis 64-Jährigen).

Der Effekt der ökonomischen Situation und des Bildungshintergrunds zeigt sich sehr deutlich: Haben 29% im Bereich mittleren Einkommens bzw. 17% mit hohem Einkommen nie einen Zahnarztbesuch absolviert, so waren es bei Personen, deren Einkommen niedrig sind, mit 40% weit mehr. Nach der Bildung zeigt sich weiters ein Effekt seltenerer Zahnarztbesuche für Personen mit lediglich Pflichtschulab-

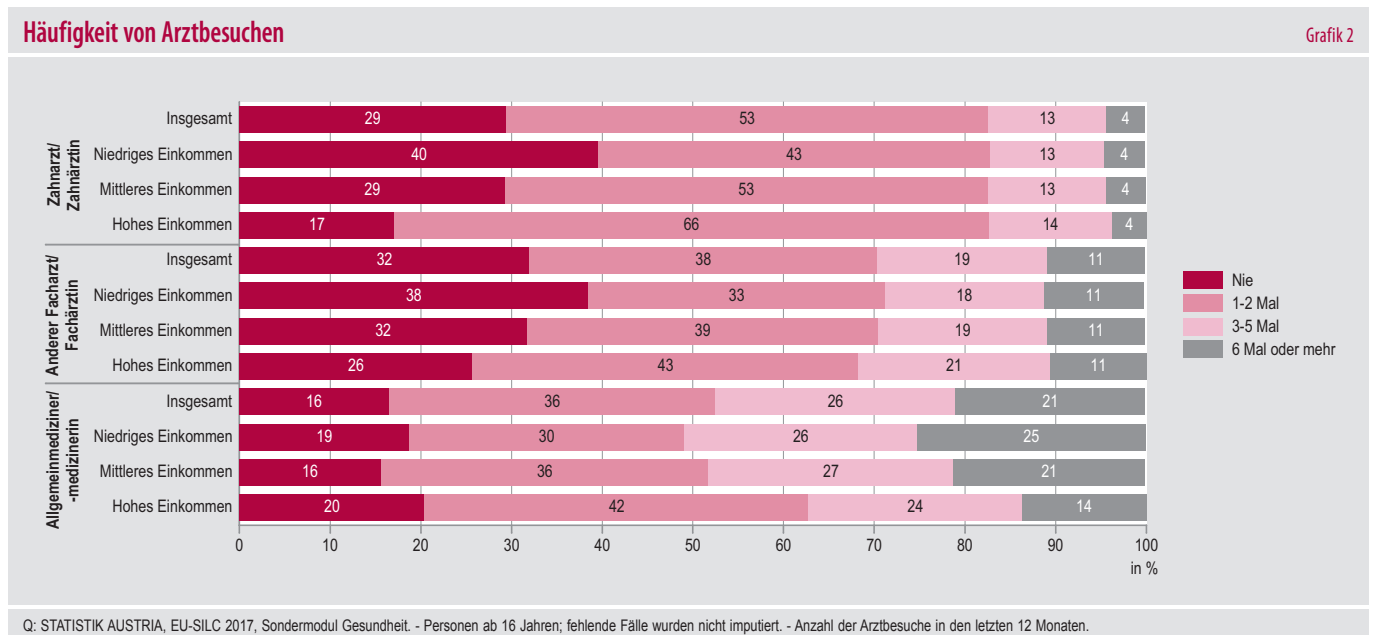
schluss (40% waren nie beim Zahnarzt);¹⁶⁾ mit höherer Bildung steigt die Häufigkeit der Zahnarztbesuche.

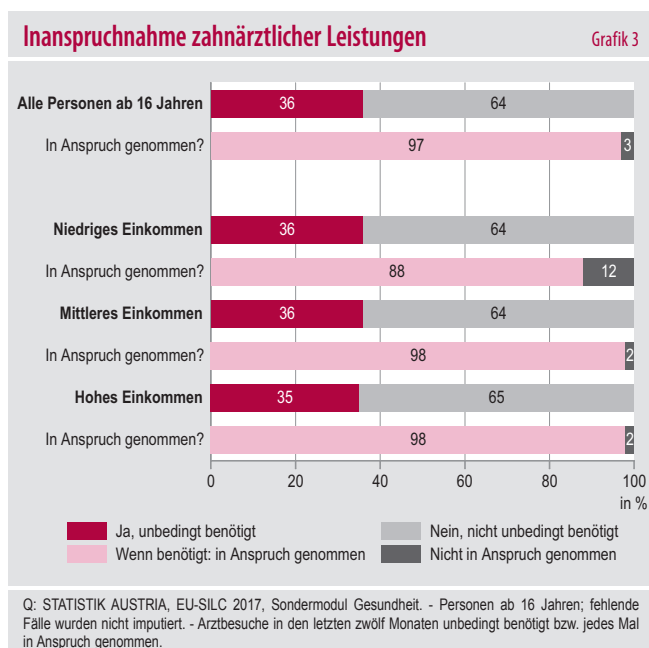
Bei anderen **Fachärzten** und Fachärztinnen verhält es sich ähnlich: 68% der Erwachsenen haben in den zwölf der Befragung vorangehenden Monaten mindestens einmal (Frauen sogar 78%, Männer 58%), hingegen 32% nie einen solchen aufgesucht. Von jenen mit geringen Einkommen waren überdurchschnittliche 38% nie beim Facharzt/der Fachärztin (gegenüber 32% bei mittlerem bzw. 26% mit hohem Einkommen).

Recht klein sind die Unterschiede nach dem Einkommen hingegen für Besuche bei **Allgemeinmediziner**n und -medizinerinnen: Nur zwischen 16% (mittlere Einkommensgruppe) und 20% (hohe Einkommen) der Auskunftserteilenden haben nie einen praktischen Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht, bei niedrigem Einkommen waren es 19%.

Bei fachärztlichen Leistungen – und hier speziell in der zahnmedizinischen Versorgung – wird deutlich, inwiefern gesundheitsförderliches Verhalten vom Einkommen und der Bildung beeinflusst sind. Die zuvor dargestellte Anzahl der Arztbesuche fasst alle Konsultationen zusammen, unabhängig davon, ob eine geplante Vorsorgeuntersuchung, ein akuter Krankheitsfall oder ein persönliches Beratungsgespräch stattgefunden hat. Demgegenüber stellt die Frage nach „**unbedingt nötigen Untersuchungen oder Behandlungen**“ (selbst als solche wahrgenommene) akute Fälle heraus: Rund 36% der Erwachsenen (ab 16 Jahren) haben nach eigener Einschätzung rückblickend auf die letzten zwölf Monate zumindest einmal unbedingt eine zahnmedizinische Untersuchung oder Behandlung benötigt (vgl. Grafik 3) und 47%

¹⁶⁾ Es gibt dabei eine Überschneidung der Kategorien „Pflichtschulabschluss“ und „niedriges Einkommen“: Von jenen 1.480.000 Personen ab 16 Jahren, die nur einen Pflichtschulabschluss haben, waren 324.000 in der Kategorie „niedriges Einkommen“ (22%).





eine sonstige medizinische Untersuchung oder Behandlung. Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen geben ähnlich oft an, eine zahnmedizinische Versorgung dringend benötigt zu haben (je nach Einkommensgruppe zwischen 35% und 36%). Beim Bedarf an anderen medizinischen Leistungen zeigen sich ebenfalls kaum Unterschiede: 47% der Personen mit niedrigem, 48% mit mittlerem und 43% mit hohem Einkommen haben diese mindestens einmal unbedingt benötigt.

Fast immer wird dieser Bedarf auch erfüllt: Nur rund 3% der Personen, die eine zahnärztliche Leistung **gebraucht** hätten, haben sie **nicht in Anspruch genommen** (90.000 Personen). Bei den sonstigen medizinischen Leistungen waren es 1%, die eine medizinische Leistung, obwohl nötig, nicht in Anspruch genommen haben (35.000 Personen). Die Gründe dafür sind vielfältig – neben finanzieller Nichtleistungbarkeit können auch Angst vor der Behandlung, Abwarten, ob das Problem von selbst besser wird oder Verhinderung durch berufliche oder familiäre Verpflichtungen ausschlaggebend sein. Bei den nicht in Anspruch genommenen zahnmedizinischen Leistungen standen laut EU-SILC 2017 zu 54% finanzielle Gründe im Vordergrund.¹⁷⁾

Auch wenn insgesamt nur sehr wenige Menschen eine eigene medizinische Unterversorgung wahrnehmen, fällt insbesondere bei den zahnärztlichen Leistungen auf, dass Personen mit niedrigem Einkommen besonders oft berichten, diese nicht in Anspruch genommen zu haben: 12% der Erwachsenen mit niedrigem Einkommen, die eine zahnärztliche Leistung benötigt hätten, haben sie nicht beansprucht. Zu mehr als drei Vierteln werden dafür finanzielle Gründe ins Treffen geführt. Bei mittlerem und hohem Einkommen sind

¹⁷⁾ Bei den sonstigen medizinischen Leistungen ist der Grund für die Nicht-Inanspruchnahme aufgrund geringer Fallzahlen nicht differenziert darstellbar.

es nur jeweils 2%, die trotz Bedarf keine zahnärztliche Behandlung wahrgenommen haben – dies mehrheitlich aus anderen als finanziellen Gründen. Regionale Unterschiede, etwa nach der Gemeindegröße, zeigen sich nicht.

Bei der Inanspruchnahme anderer (als zahnmedizinischer) ärztlicher Leistungen bestehen vom Niveau her eine sehr geringe Unterversorgung und nur geringe Einkommensunterschiede: Während 2% der Personen mit niedrigem Einkommen – gezwungenermaßen oder freiwillig – auf notwendige Maßnahmen verzichtet haben, sind es in der mittleren und hohen Einkommensgruppe unter 1%.

Diese Werte deuten darauf hin, dass nach eigener Einschätzung benötigte Untersuchungen und Behandlungen über alle drei Einkommensgruppen hinweg fast immer in Anspruch genommen werden – mit Ausnahme der zahnmedizinischen Behandlungen; diese sind häufiger mit Kosten für die Patienten und Patientinnen verbunden und stellen daher für Menschen mit niedrigem Einkommen eher ein finanzielles Problem dar. 12% der Befragten der niedrigen Einkommenskategorie sehen für ihren Haushalt eine schwere finanzielle Belastung durch zahnmedizinische Leistungen (verglichen mit 3% bei hohem Einkommen). Dies ergänzt den zuvor dargestellten Befund, wonach Personen mit geringem Einkommens- und Bildungsstand gemessen an der Zahl der Besuche auch seltener zahnmedizinische Leistungen nachfragen. 9% derjenigen, die ein geringes Einkommen haben, finden sich durch die Kosten für sonstige medizinische Leistungen (1% bei hohem Einkommen) und 11% durch Medikamentenkosten schwer finanziell belastet (2% bei hohem Einkommen).

Über etwaige Unterschiede bei der Qualität der Behandlung, der Länge der Wartezeit usw. können basierend auf den Daten aus EU-SILC keine Aussagen getroffen werden.

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Gesundheitliche Chancengleichheit ist eine wichtige Ressource, mit der Kinder für ihren Lebensweg ausgestattet sein sollten. Erfahrungen in der Kindheit haben nachweislich nachhaltigen Einfluss auf lebenslange Gesundheit und Partizipationsmöglichkeiten; Zusammenhänge zwischen frühen Ursachen von Verhaltensweisen und damit verbundenen Erkrankungsrisiken im Erwachsenenalter wurden mehrfach belegt (*Felitti 2002*). Sowohl in Bezug auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Prävention als auch hinsichtlich einer angemessenen Versorgung bei schlechter Gesundheit sind Kinder abhängig von ihren Eltern und deren Möglichkeiten. „Sowohl für die Gesundheit (Lebenserwartung, Lebenserwartung in Gesundheit, selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Krankheiten, Karies, gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag, Lebensqualität) als auch für eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten (Übergewicht/Adipositas, Bluthochdruck, Gesundheitskompetenz, Obst- und Gemüsekonsum, gesundheitswirksame Bewegung, Rauchen, Armutsgefährdung, Arbeitslosigkeit, körperliche

Belastungen am Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen, Sozialkapital) zeigen sich markante Unterschiede nach Bildung und Einkommen,“ bilanziert der Österreichische Gesundheitsbericht (BMGF 2017, S. VIII), was schließen lässt, dass der sozioökonomische Status der Eltern lebenslang auf den Gesundheitszustand ihrer Kinder wirkt. Im Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter verweist Schenk (2015) auf Unterschiede in der gesundheitlichen Belastung von Kindern nach der finanziellen Situation des Haushalts und betont vor allem die unterschiedliche Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen wie Handlungsspielräume, Anerkennung, soziale Netzwerke und Bildung, die „gesundheitsfördernde Verhältnisse“ begünstigen.

Betrachtet man die im Folgenden präsentierten Ergebnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, soll vorausgeschickt werden, dass Fragen hierzu in der Erhebung von den Eltern oder anderen Erwachsenen beantwortet wurden. Etwaige Aspekte sozialer Erwünschtheit im Antwortverhalten sollten bei der Interpretation der Ergebnisse ebenso mitbedacht werden wie eine gewisse Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung oder zwischen erziehungstheoretischen Vorstellungen und der gelebten Praxis. Die Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Pflege kranker oder gesundheitlich eingeschränkter Kinder können sich auch auf die Erreichbarkeit und die Teilnahmebereitschaft der betroffenen Haushalte auswirken.

Allgemeiner Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen

Laut EU-SILC 2017 befinden sich 81% der Kinder bis 16 Jahren in sehr gutem, 16% in gutem und 3% in mittelmäßigem Gesundheitszustand. Der Anteil von Kindern in schlechter oder sehr schlechter Gesundheit liegt jeweils unter einem Prozent (vgl. Tabelle 4).

Auf einer fünfstufigen Skala zum Gesundheitszustand (1= sehr schlecht, 5= sehr gut) liegt der Mittelwert für Kinder insgesamt bei 4,8, für Mädchen liegt er mit 4,7 minimal darunter. Für ältere Kinder wird der Gesundheitszustand schlechter eingeschätzt als für jüngere: Ein sehr guter Gesundheitszustand wird für 83% der Kinder unter sechs Jahren und für 85% der 6- bis 9-Jährigen angegeben, aber nur für 76% der 10- bis 14-Jährigen und für 73% der 15- bis 17-Jährigen. Unterdurchschnittlich hoch ist der mittlere Gesundheitszustand von Kindern in Wien (4,6) und größeren Gemeinden mit über 100.000 Einwohner/-innen, etwas

höher hingegen in Gemeinden zwischen 10.000 und 100.000 Einwohner/-innen sowie in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohner/-innen (4,8).

Zwischen **Einkommen und Gesundheit** ist für Kinder nur ein schwacher Zusammenhang feststellbar: Auf der fünfstufigen Skala liegt der mittlere Gesundheitszustand für Kinder in der hohen und der mittleren Einkommensgruppe bei 4,8 und jener für Kinder in Haushalten mit niedrigem Einkommen um 0,1 Skaleneinheiten darunter (4,7). Kategorial betrachtet werden die Unterschiede sichtbarer, verbleiben aber im statistischen Schwankungsbereich: 84% der Kinder aus Haushalten in der hohen Einkommensgruppe sind in sehr gutem Gesundheitszustand, während es in der mittleren 81% und in der niedrigen Einkommensgruppe 78% sind.

Gefragt wurde auch, ob Kinder und Jugendliche in irgendeiner Art und Weise **gesundheitlich eingeschränkt** sind: 1% der unter 16-Jährigen sind von starken gesundheitlichen Einschränkungen betroffen, 5% sind etwas eingeschränkt. 78% der Betroffenen leiden unter Einschränkungen, die länger als ein halbes Jahr dauern oder dauern werden.

Als EU-weite Erhebung bietet EU-SILC die Möglichkeit für **Ländervergleiche**: Nach Auswertungen von Eurostat sind in der EU 95,9% der Kinder in gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand, 3,4% in mittlerem und nur 0,8% in schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand. Demnach wird der Gesundheitszustand von Kindern in Österreich etwas schlechter eingeschätzt als beispielsweise in Malta, Spanien, Rumänien oder Italien. Der größte Anteil an Kindern in schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand wird für Litauen, Lettland und Luxemburg ausgewiesen, liegt aber in allen EU-Ländern unter einem Prozent (Eurostat 2019).

Gesundes Aufwachsen – Voraussetzungen und Chancen

Als (Risiko)Faktoren für Kindergesundheit gelten u.a. Wohnen, Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe (Schenk 2015). Eine zentrale Rolle kommt hierbei der finanziellen Situation des Haushalts zu: Steht wenig Einkommen zur Verfügung, muss beispielsweise beim **Wohnen** gespart werden. Armutsgefährdete Kinder wachsen häufiger in Wohnverhältnissen auf, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können: Dunkle oder überbelegte Wohnungen sowie Schimmel oder Feuchtigkeit und eingeschränkte Heizmög-

Allgemeiner Gesundheitszustand	Kinder/Jugendliche insgesamt		Niedriges Einkommen		Mittleres Einkommen		Hohes Einkommen	
	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %	in 1.000	Anteil in %
Sehr gut	1.088	81	211	78	823	81	53	84
Gut	212	16	41	15	162	16	(8)	(13)
Mittelmäßig	37	3	(12)	(4)	24	2	(2)	(3)
Schlecht	(11)	(1)	(7)	(3)	(4)	(0)	(0)	(0)
Sehr schlecht	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
Arithmetisches Mittel *)	4,8		4,7		4,8		4,8	

Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2017, Sondermodul Gesundheit. - Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren; fehlende Fälle wurden nicht imputiert. - Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert. - *) Beurteilung: 1= sehr schlecht, 5=sehr gut.

lichkeiten mindern ihre Lebensqualität in höherem Maße als jene von Kindern aus Haushalten mit höherem Einkommen. Beeinträchtigungen in der Wohnumgebung wie Lärm oder Luft- und Umweltverschmutzung wurden von den Eltern in einkommensschwachen Haushalten jedoch geringer eingeschätzt oder seltener wahrgenommen (*Statistik Austria 2018b; Tabelle 8.3*).

Im Kinder- und Jugendalter prägen sich Verhaltensmuster aus, die im weiteren Verlauf des Lebens erhalten bleiben und bestimmend für das Gesundheitsverhalten werden. **Ernährung und Bewegung** kommt hierbei eine wichtige Rolle zu. Auch hier zeigen sich geringfügige Unterschiede nach dem Einkommen: So konsumieren in Haushalten mit hohem und mittlerem Einkommen 98% der Kinder täglich Obst und Gemüse, in der niedrigen Einkommensgruppe 96%. Als Gründe hierfür können Vorlieben, mangelndes Bewusstsein u.ä. ins Treffen geführt werden, eine Nachfrage verdeutlicht jedoch, dass zumindest in 1,2% der Fälle finanzielle Gründe ausschlaggebend sind. Dass Eltern offensichtlich zu Gunsten der Gesundheit ihrer Kinder auf ihre eigenen Bedürfnisse verzichten, zeigt sich daran, dass auch in Haushalten, für die ein Hauptgericht jeden zweiten Tag nicht leistbar ist, 94% der Kinder täglich Obst und Gemüse zu essen bekommen.

Auch die körperliche Aktivität von Kindern wurde abgefragt. Hier zeigt sich in den Daten des Moduls allerdings kein linearer Zusammenhang mit der Höhe des Einkommens: Durchschnittlich sind Kinder in Haushalten mit mittlerem Einkommen am häufigsten regelmäßig körperlich aktiv (für mindestens 60 Minuten), nämlich an 5,7 Tagen pro Woche. Kinder in Haushalten mit hohem und niedrigem Einkommen bewegen sich mit durchschnittlich jeweils 5,4 Tagen pro Woche etwas seltener.

Für Erwachsene wurde Bildung als wichtiger Einflussfaktor für Gesundheitsverhalten identifiziert. Setzt man den Gesundheitszustand von Kindern mit dem **höchsten Bildungsabschluss im Haushalt** in Beziehung, sind die Unterschiede nicht so groß: In Haushalten mit Lehre oder mittlerer Schule als höchstem Abschluss sind 79% der Kinder in sehr gutem Gesundheitszustand. In Haushalten mit Matura oder Universität ist der Anteil zwar höher (82%), aber gleich hoch wie in Haushalten, in denen die Erwachsenen höchstens einen Pflichtschulabschluss haben.

Die **Leistbarkeit von Arztbesuchen** wurde auch für Kinder erhoben: Für fast alle Kinder wurden unabhängig vom Einkommenssegment dringend notwendige zahn- oder sonstige medizinische Untersuchungen und Behandlungen auch in Anspruch genommen. Die Zahl der Ausnahmen ist zu gering, um statistisch interpretiert zu werden; es wird jedoch deutlich, dass die zahnmedizinische Versorgung – wie bei den Erwachsenen (siehe zuvor) – problematischer bewertet wird. Dieser Befund soll auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es durchaus Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Versorgung und der Einkommenssituation gibt: Zusätzliche

Kosten für Selbstbehalte oder Rehabilitationsmaßnahmen können eine hohe Belastung für niedrige Haushaltseinkommen sein und Einsparungen in anderen Bereichen mit sich bringen. Auch in Bezug auf die soziale Kompetenz der Eltern in der Prävention und dem Umgang mit Krankheit machen Kinder im untersten Einkommenssegment andere Erfahrungen als Gleichaltrige in finanziell besser ausgestatteten Haushalten (*Schenk 2015*): Vorsorgeuntersuchungen werden seltener in Anspruch genommen; sie werden oft nur im Notfall zum Arzt gebracht, bekommen billigere Medikamente und müssen oft trotz Krankheit in die Schule, weil keine Aufsichtsperson verfügbar ist. Ursachen dafür sind neben den finanziellen auch mangelnde zeitliche Ressourcen, Informationsdefizite und fehlendes soziales Kapital – Begleiterscheinungen, die prekäre Lebenslagen im Allgemeinen kennzeichnen.

Im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden wird in der Literatur immer wieder die Einbindung in **soziale Netzwerke** als Bewältigungsressource betont. Zu diesem Themenbereich waren im Rahmen des Moduls keine Fragen vorgesehen – Angaben aus dem Standardfragebogen zeigen jedoch, dass soziale Teilhabe für Kinder aus einkommensschwachen Haushalten deutlich erschwert ist: 9% können sich keine Sport- und Freizeigeräte für draußen leisten, 22% können nicht an kostenpflichtigen Freizeitaktivitäten teilnehmen, und 12% können aus finanziellen Gründen keine Freunde einladen. In den anderen beiden Einkommensgruppen liegt der Prozentsatz derer, die sich die abgefragten Items nicht leisten können, meist unter einem Prozent. Eine Ausnahme bilden Freizeitaktivitäten, die auch für 5% der Kinder in der mittleren Einkommensgruppe nicht leistbar sind. Der Ausschluss aus der Gruppe von Gleichaltrigen wird von vielen Kindern als belastend wahrgenommen und wirkt sich auf das psychosoziale Wohlbefinden aus (*Robert Koch Institut 2005*).

Ausblick

Die Gesundheitsberichterstattung hat mit der alle fünf Jahre stattfindenden Gesundheitsbefragung in Österreich eine wichtige und verlässliche empirische Basis und damit auch Entscheidungsgrundlage für Gesundheits- und Gesellschaftspolitik. Es ist nicht nur wichtig, Entwicklungen von Krankheit und Gesundheit in ihrer Gesamtheit für Österreich abzubilden, sondern auch auf einzelne soziale Bevölkerungsgruppen eingehen zu können, um Versorgung, Prävention und Intervention im Gesundheits- und Sozialbereich planbar zu machen. Die Gesundheitsdaten von EU-SILC, insbesondere das Sondermodul 2017, können hier ebenfalls eine Grundlage bieten, da sie – wenn auch hinsichtlich der Messung von Gesundheitsindikatoren weit weniger differenziert – neue Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen Gesundheit und anderen Lebensbedingungen (Einkommen, Armut und Deprivation, Arbeit, Wohnen und Ausstattung, sozialer Herkunft, Daten aus Registern wie der Todesursachenstatistik usw.) ermöglichen.

Die vorliegende Analyse verfolgte das Ziel, die Variablen, die aus dem EU-SILC-2017-Modul zur Verfügung stehen, vorzustellen und einer ersten Prüfung auf soziale Differenzierung nach Geschlecht, Alter, Einkommen und Bildung zu unterziehen. Da mit der gerade in Ausarbeitung befindlichen europäischen Sozialstatistikverordnung für Personen- und Haushaltserhebungen geplant ist, Gesundheitsdaten für Erwachsene und Kinder in EU-SILC nunmehr in dreijährigem Abstand und zusammen mit zusätzlichen Daten zu Wohlbefinden¹⁸⁾ zu messen, soll es bald regelmäßig Daten zu diesem Themenbereich geben. Analysen werden nicht nur aktueller möglich sein, auch die breitere Nutzung des Analysepotentials scheint damit wahrscheinlich.¹⁹⁾ Aufgrund der vielfachen Zusammenhänge mit Sozialfaktoren und anderen Bereichen des Lebens, über die es in EU-SILC Daten gibt, sind Auswertungen mittels anderer als rein deskriptiver Methoden wünschenswert. Letztlich bieten sozialstatistische Erhebungen – zusätzlich zu klinischen Studien, psychologischer Forschung usw. – die Möglichkeit zu erfahren, was Gesundheit bzw. Krankheit beeinflusst.

In Zukunft wäre es zudem wünschenswert, wenn auch eine regionale Differenzierung Berücksichtigung findet. So übt die Umgebung in großen Städten hinsichtlich Umweltbelastungen und Belastungen im Sinne psychologischer Stressoren andere Einflüsse auf die Menschen aus, als dies in kleineren Städten oder Dörfern in ländlichen Regionen der Fall ist. Des Weiteren hängt das Gesundheitsverhalten auch maßgeblich vom Lebensstil der Befragten ab, der mitunter zwischen städtischen und ländlichen Regionen sehr unterschiedlich sein kann.

In Bezug auf Kindergesundheit wäre eine detailliertere Erfassung des Gesundheitszustandes, wie die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Symptome oder die Ausstattung mit (teilweise) kostenpflichtigen Heilbehelfen (z.B. Zahnspange) wünschenswert, um spezifische Zusammenhänge mit der sozioökonomischen Situation des Haushalts und anderen, auch persönlichen, demographischen Merkmalen untersuchen zu können. Im Zusammenhang mit Fragestellungen zu Armut und sozialer Ausgrenzung wäre sowohl deren Auswirkung auf die psychische Gesundheit als auch Bewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen in benachteiligten Lebenslagen von Interesse. Diese Themenbereiche blieben im EU-SILC-Modul gänzlich unbehandelt.

Im Rahmen der Befragungen für EU-SILC nicht vorgesehen sind Interviews mit unter 16-Jährigen. Daten zu gesundheitsbezogenen Einstellungen und dem Gesundheitswissen von Kindern und Jugendlichen sowie eine subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der erfahrenen Lebensqualität könnten jedoch einen neuen Blick auf die Thematik eröffnen.

¹⁸⁾ Bereits 2013 und 2018 in EU-SILC erhoben.

¹⁹⁾ Die Mikrodaten aus EU-SILC sowie aus den Sondermodulen stehen für Zwecke der Wissenschaft und nichtkommerziellen Forschung kostenfrei zu Verfügung.

Aufgrund geringer Fallzahlen sind Analysen für Subgruppen von Kindern z.B. nach der Herkunft oder der besuchten Bildungseinrichtung mit den Daten des EU-SILC-Moduls nicht möglich. Um Erkenntnisse über Gesundheitsressourcen und Risikofaktoren in bestimmten Lebenssituationen zu erhalten, empfiehlt sich die Durchführung von Erhebungen zu spezifischen Fragestellungen.

Literatur

- Baud, S. / Milota, E. (2017): „Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2017“. Ergebnisse des Mikrozensus. Statistik Austria. Wien.
- Branka, F. / Nikogosian, H. / Lobstein, T. (2007): „Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO“. WHO. Kopenhagen.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz BMASK (2017): „Sozialbericht. Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-2016. Sozialpolitische Analysen“. Wien. www.sozialministerium.at > Broschürens-service.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen BMGF (2017): „Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15“. Wien
- Eiffe, F. / Gärtner, K. / Oismüller, A. / Plate, M. (2013): „Sonderkapitel Lebensqualität: Die Determinanten des subjektiven Wohlbefindens.“ In: „Wie geht’s Österreich? - Indikatoren und Analysen“. Statistik Austria, S. 154-198. Wien.
- Eurostat (2019): „Gesundheit von Kindern in der EU im Jahr 2017.“ Pressemitteilung 25/2019 vom 5.2.2019. Abrufbar unter: <https://ec.europa.eu> > Eurostat > Documents.
- FACTAGE (Fairer Active Ageing for Europe): siehe <https://www.factage.eu>
- Felitti, V.J. (2002). „The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead“. In: The Permanente Journal. Volume 6/2002, S. 44–47. Siehe <https://www.juvenilecouncil.gov>.
- Klimont, J. / Baldaszti, E. (2015): „Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation“. Wien.
- Klimont, J. / Baldaszti, E. / Ihle, P. (2016): „Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Klotz, J. / Till, M. / Wisbauer, A. (2019): „Sterberisiko und Wohnungslosigkeit. Ein Vergleich der Sterblichkeit wohnungsloser Männer und der Allgemeinbevölkerung“. In: Statistische Nachrichten 2/2019, S. 131-137.
- Lamei, N. et al. (2015): „Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete“. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- Lamei, N. et al. (2017): „Lebensbedingungen, Armut und Einkommen in Österreich“. In: BMASK (2017), S. 179-226. Wien.

- Lamei, N. / Till, M. et al.* (2017): „Armut und soziale Ausgrenzung 2008 bis 2016. Entwicklung von Indikatoren und aktuelle Ergebnisse zur Vererbung von Teilhabechancen in Österreich“. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- OECD/EU* (2018): „Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle“. OECD Publishing. Paris.
- Robert Koch Institut* (Hrsg.) (2005): „Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4“. Berlin.
- Schenk M.* (2015): „Kindergesundheit und Armut.“ In: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Hrsg.): „Bericht zur Lage der Kinder- u. Jugendgesundheit in Österreich 2015“. S. 43-53. Wien.
- Sieber, C.C.* (2008): „Ernährung.“ In: F. Böhmer & I. Füsgen (Hrsg.): „Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten“. S. 551-563. Wien.
- Statistik Austria* (2018a): „Standarddokumentation, Metainformationen zu EU-SILC 2017“. Wien.
- Statistik Austria* (2018b): „Tabellenband zu EU-SILC 2017“. Wien.
- Till, M. / Klotz, J. / Siegert, Ch.* (2018): „Eingliederungsindikatoren 2017. Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich“. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien.
- WHO* (2004): „Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten“. Zweite Ausgabe. Kopenhagen.
- WHO* (2010): „Global recommendations on physical activity for health“. Geneva.

Summary

In addition to the Austrian Health Interview Survey (ATHIS) which takes place every five years, the module questionnaire of EU-SILC 2017 provides data for analyzing health factors and health behavior of adults and children in private households. Together with data on income and living conditions differentiated analyses of the relationship between socio-economic position and health have been pursued in this article.

As such the results show that people with lower incomes are disadvantaged in terms of their subjective health status, chronic diseases and life expectancy. Moreover it has been shown that women and men differ in their health behavior; older people and people with lower education do show health limitations affecting their everyday life to a higher extent. The health status of children and young adults can be evaluated as positive. Nevertheless, children of families with a lower household income are disadvantaged in terms of health resources such as housing conditions and social participation.