



Lebensstile in Wien

Lifestyles in Vienna

Vorgeschlagene Zitierweise:

Stadt Wien (Hrsg.), Lebensstile in Wien. AutorInnen: FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J. & NEUHOLD, CH., Wien, 2003.

IMPRESSUM

KONZEPT:	Univ.-Prof. Dr. Wolfgang FREIDL ¹ Univ.-Prof. Dr. Willibald-Julius STRONEGGER ¹ Dr. Christine NEUHOLD ¹
BERICHTERSTELLUNG:	Univ.-Prof. Dr. Wolfgang FREIDL ¹ Univ.-Prof. Dr. Willibald-Julius STRONEGGER ¹ Dr. Christine NEUHOLD ¹
BEITRÄGE VON:	Univ.-Prof. Dr. Irmgard EISENBACH-STANGL ² (Exkurs 1: Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen in Wien) Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER ³ (Exkurs 2: Gesundheitsförderungsprogramm „Ein Herz für Wien“)
ENGLISCHE ÜBERSETZUNG:	Sylvi RENNERT
LEKTORAT:	Mag. Linda STIFT
PROJEKTKOORDINATION UND ENDREDAKTION:	Mag. Monika CSITKOVICS
SEKRETARIAT:	Martina BARNA
GRAFISCHE PRODUKTION:	Bernhard AMANSHAUSER
UMSCHLAGGESTALTUNG UND FOTO	Mag. Robert SABOLOVIC
MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER:	Magistrat der Stadt Wien Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung Schottenring 24, A-1010 Wien Tel.: +43-1-53114-76177 e-mail: bar@bgf.magwien.gv.at Hersteller: AV-Druck plus GmbH, Wien

¹ Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.

² Institut für Sozialmedizin der Universität Wien.

³ Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung.

VORWORT

Die Gesundheit wird nicht nur von biologischen, psychologischen und sozioökonomischen Faktoren, sondern auch von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beeinflusst. Der Begriff Gesundheitsverhalten schließt sowohl gesundheitsfördernde und -erhaltende Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität, gesunde Ernährung oder Impfungen als auch Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder exzessiven Alkoholkonsum ein.

Um erstmals eine vertiefende Darstellung der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Wienerinnen und Wiener zu erhalten, beauftragte die Stadt Wien das Institut für Sozialmedizin der Universität Graz mit der Erstellung einer diesbezüglichen Studie. Der nun vorliegende Bericht „Lebensstile in Wien“ beschreibt – basierend auf den Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys – die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen Suchtmittel- und Nahrungsmittelkonsum, körperliche Bewegung und Body Mass Index, die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung sowie Aktivität und regeneratives Verhalten. Die genannten Verhaltensweisen werden durchgehend nach Alter und Geschlecht, und – wo sinnvoll – auch nach sozialen und

Wien, Juni 2003



internen Ressourcen sowie nach dem Gesundheitszustand analysiert.

Aus den Ergebnissen der Studie lässt sich ersehen, dass gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowohl vom Geschlecht und Alter als auch von der finanziellen Situation, der Bildungshöhe, der Qualität der sozialen Netzwerke sowie der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastungen beeinflusst werden. Trotz Abweichungen bei einzelnen Indikatoren kann aus der Studie der Schluss gezogen werden, dass ein positives Gesundheitsverhalten bei Frauen, älteren Menschen, Personen mit höherem Einkommen und Bildung sowie geringerer Arbeitsbelastung vermehrt zum Tragen kommt.

Mit Hilfe der gewonnenen Ergebnisse können Gesundheitsförderungsprojekte und Präventionsprogramme – wie „Ein Herz für Wien“, „Gesunde Leopoldstadt“, „Gesunde Ernährung“, das Brustkrebsvorsorgeprogramm „Die Klügere sieht nach“, etc. – noch gezielter gesetzt werden.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht, der eine Fülle von Ergebnissen bereithält, für Sie von Interesse ist.

Die amtsführende Stadträtin
für Gesundheits- und Spitalswesen

Prim. Dr. Elisabeth PITTERMANN-HÖCKER

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	23
SUMMARY: LIFESTYLES IN VIENNA	32
1 THEORIE, METHODEN UND STICHPROBE	43
1.1 THEORETISCHES KONZEPT	43
1.1.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten	43
1.1.2 Gesundheitsverhalten und Lebensphasen	43
1.1.3 Gesundheitsverhalten, soziale Schicht und Geschlecht	44
1.1.4 Das Herz-Kreislauf-Risikofaktorenmodell	45
1.2 LEBENSSTIL UND SOZIALE DIFFERENZIERUNG	46
1.2.1 Der Begriff Lebensstil	46
1.2.2 Die Entstehung des Lebensstilbegriffes	48
1.2.3 Eine komplexe Lebensstiltheorie nach Pierre Bourdieu	48
1.3 GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	49
1.3.1 Gesundheitsberichterstattung	49
1.3.2 Der Begriff Gesundheit	50
1.3.3 Gesundheit und soziologische Determinanten	51
1.3.4 Gesundheit und soziale Lage	52
1.3.5 Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung	53
1.4 GESUNDHEITSRELEVANTE LEBENSSTILE	54
1.5 ARBEITSMODELL	56
1.6 STUDIENDESIGN UND STICHPROBENERHEBUNG	56
1.6.1 Statistisch-epidemiologische Datenanalyse – Methoden	57
1.6.2 Generierung der Gesundheitsindikatoren	57
1.6.3 Darstellung der Ergebnisse	58
2 SUCHTMITTELKONSUM	61
2.1 ALKOHOLKONSUM	64
2.2 NIKOTINKONSUM	75
3 NAHRUNGSMITTELKONSUM	99
3.1 KONSUM VERSCHIEDENER NAHRUNGSMITTEL	100
3.2 GESUNDE ERNÄHRUNG VERSUS FETT- UND ZUCKERREICHE ERNÄHRUNG	122
4 KÖRPERLICHE BEWEGUNG UND BODY MASS INDEX	129
4.1 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	130
4.2 BODY MASS INDEX	136
5 GESUNDHEITSVERHALTEN	143
5.1 GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN UND GESUNDHEITSINFORMATIONSVRHALTEN	143
5.1.1 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung	144
5.1.2 Gesundheitsbewusstsein	147
5.1.3 Gesundheitsinformationsverhalten	151
5.1.4 Informationsquellen zum Thema Gesundheit	153
5.2 POSITIVES GESUNDHEITSVERHALTEN	156

5.3 VORSORGEVERHALTEN	169
5.3.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	170
5.3.2 Vorsorgeuntersuchung Scheidenabstrich	175
5.3.3 Vorsorgeuntersuchung Brustströntgen (Mammografie)	176
5.3.4 Vorsorgeuntersuchung der Prostata	178
5.3.5 Messung des Blutdrucks	179
5.3.6 Bestimmung des Blutcholesterins	180
5.3.7 Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen	181
5.3.8 Zusatzversicherung	183
6 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER VERSORGUNG	187
6.1 INANSPRUCHNAHME SCHULMEDIZINISCHER VERSORGUNG	187
6.1.1 Arztkonsultationen aufgrund von Beschwerden	188
6.1.2 Ambulanz- und Spitalsaufenthalt	192
6.2 INANSPRUCHNAHME KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHER VERSORGUNG	194
6.2.1 Anzahl komplementärmedizinischer Behandlungen pro Person	195
6.2.2 Anwendung homöopathischer Arzneien	198
6.2.3 Anwendung von Massagen	200
7 AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN	205
7.1 BERUFLICHE AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN	205
7.1.1 Regeneratives Verhalten – Schlafverhalten	206
7.1.2 Berufliche Aktivität	210
7.1.3 Regenerationsbedürfnis bei Berufstätigen	213
7.2 SOZIALKONTAKTE UND SOZIALES NETZ	218
7.2.1 Soziales Netz	220
7.3 GESELLSCHAFTLICHE AKTIVITÄT	224
7.3.1 Politisches Engagement	225
7.3.2 Teilnahme an Demonstrationen	229
8 LEBENSSTILE UND LEBENSSTILGRUPPEN	233
8.1 FAKTORENANALYSE DES GESUNDHEITSVERHALTENS	234
8.2 RESULTATE DER FAKTORENANALYSE	235
8.3 CLUSTERANALYSE	236
8.4 RESULTATE DER CLUSTERANALYSE	236
LITERATURVERZEICHNIS	243
EXKURS 1: DIE ZWEIFESCHLECHTLICHKEIT DES KONSUMS PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN IN WIEN	249
EXKURS 2: GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMM „EIN HERZ FÜR WIEN“	263
ANHANG	273

GRAFIKVERZEICHNIS

2 SUCHTMITTELKONSUM (ALKOHOL UND NIKOTIN)

Grafik 1:	Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Alter und Geschlecht	72
Grafik 2:	Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht	73
Grafik 3:	Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	74
Grafik 4:	Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Alltagsstress und Geschlecht	74
Grafik 5:	Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Kohärenzsinn und Geschlecht	74
Grafik 6:	NichtraucherInnenhaushalte nach Schulbildung und Geschlecht	76
Grafik 7:	NichtraucherInnenhaushalte nach Anomie und Geschlecht	78
Grafik 8:	Tägliche RaucherInnen nach Alter und Geschlecht	79
Grafik 9:	Tägliche RaucherInnen nach Schulbildung und Geschlecht	80
Grafik 10:	Tägliche RaucherInnen nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	81
Grafik 11:	Tägliche RaucherInnen nach sozialem Netz und Geschlecht	82
Grafik 12:	Tägliche RaucherInnen nach finanzieller Lage und Geschlecht	84
Grafik 13:	Tägliche RaucherInnen nach Alltagsstress und Geschlecht	85
Grafik 14:	Tägliche RaucherInnen nach Anomie und Geschlecht	86
Grafik 15:	Tägliche RaucherInnen nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	87
Grafik 16:	Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Alter und Geschlecht	89
Grafik 17:	Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Schulbildung und Geschlecht	89
Grafik 18:	Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	89
Grafik 19:	Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht	93
Grafik 20:	Anteil der Personen, die im letzten Jahr versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht	94
Grafik 21:	Anteil der Personen, die im letzten Jahr versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören, nach finanzieller Lage und Geschlecht	95

3 NAHRUNGSMITTELKONSUM

Grafik 1:	Kein Konsum von Milch nach Schulbildung und Geschlecht	102
Grafik 2:	Konsum von Erfrischungsgetränken (Cola, Sprite...) nach Alter und Geschlecht	104
Grafik 3:	Konsum von Erfrischungsgetränken nach Schulbildung und Geschlecht	105
Grafik 4:	Mindestens mehrmaliger Konsum von Fisch pro Monat nach Schulbildung und Geschlecht	107
Grafik 5:	(Fast) täglicher Konsum von Wurst oder Schinken nach Alter und Geschlecht	108
Grafik 6:	(Fast) täglicher Konsum von Wurst oder Schinken nach Schulbildung und Geschlecht	109
Grafik 7:	(Fast) täglicher Konsum von Fleisch nach Alter und Geschlecht	110
Grafik 8:	(Fast) täglicher Konsum von Fleisch nach Schulbildung und Geschlecht	111
Grafik 9:	(Fast) täglicher Konsum von frischem Obst nach Alter und Geschlecht	114
Grafik 10:	(Fast) täglicher Konsum von Vollkorn- bzw. Knäckebrötchen nach Schulbildung und Geschlecht	118
Grafik 11:	(Fast) täglicher Konsum von Käse, Topfen oder Joghurt nach Schulbildung und Geschlecht	122
Grafik 12:	Ernährung nach Alter und Geschlecht	122
Grafik 13:	Ernährung nach Schulbildung und Geschlecht	123
Grafik 14:	Ernährung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	123
Grafik 15:	Ernährung nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	124
Grafik 16:	Ernährung nach sozialem Netz und Geschlecht	124
Grafik 17:	Ernährung nach finanzieller Lage und Geschlecht	125
Grafik 18:	Ernährung nach Alltagsstress und Geschlecht	125
Grafik 19:	Ernährung nach Anomie und Geschlecht	126
Grafik 20:	Ernährung nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	126

4 KÖRPERLICHE BEWEGUNG UND BODY MASS INDEX

Grafik 1:	Bewegung nach Alter und Geschlecht	133
Grafik 2:	Bewegung nach Schulbildung und Geschlecht	134
Grafik 3:	Bewegung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	134
Grafik 4:	Bewegung nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	135
Grafik 5:	Bewegung nach finanzieller Lage und Geschlecht	135
Grafik 6:	Bewegung nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	136
Grafik 7:	Body Mass Index nach Alter und Geschlecht	136
Grafik 8:	Body Mass Index nach Schulbildung und Geschlecht	138
Grafik 9:	Body Mass Index nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	139
Grafik 10:	Body Mass Index nach sozialem Netz und Geschlecht	139
Grafik 11:	Body Mass Index nach finanzieller Lage und Geschlecht	140
Grafik 12:	Body Mass Index nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	140

5 GESUNDHEITSVERHALTEN

Grafik 1:	Anteil der Personen, die sehr auf ihre Gesundheit achten nach Alter und Geschlecht	147
Grafik 2:	Anteil der Personen, die sehr auf ihre Gesundheit achten nach finanzieller Lage und Geschlecht	150
Grafik 3:	Anteil der Personen, die sehr auf ihre Gesundheit achten nach Anomie und Geschlecht	151
Grafik 4:	Anteil der Personen, die sich über Gesundheit informieren nach Alter und Geschlecht	152
Grafik 5:	Gesundheitsinformation nach Schulbildung und Geschlecht	153
Grafik 6:	Gesundheitsinformationsquellen nach Geschlecht	154
Grafik 7:	Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Alter und Geschlecht	158
Grafik 8:	Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Schulbildung und Geschlecht	159
Grafik 9:	Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	161
Grafik 10:	Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Anomie und Geschlecht	163
Grafik 11:	Positives Gesundheitsverhalten nach Alter und Geschlecht	165
Grafik 12:	Positives Gesundheitsverhalten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	165
Grafik 13:	Formen des positiven Gesundheitsverhaltens nach Geschlecht	166
Grafik 14:	Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Alter und Geschlecht	172
Grafik 15:	Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	172
Grafik 16:	Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Schulbildung und Geschlecht	174
Grafik 17:	Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach finanzieller Lage und Geschlecht	174
Grafik 18:	Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Anomie und Geschlecht	174
Grafik 19:	Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen im letzten Jahr nach Schulbildung	176
Grafik 20:	Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen im letzten Jahr nach Haushaltseinkommen/Kopf	176
Grafik 21:	Durchführung einer Mammografie bei Frauen in den letzten drei Jahren nach Haushaltseinkommen/Kopf	177
Grafik 22:	Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern in den letzten drei Jahren nach Haushaltseinkommen/Kopf	179
Grafik 23:	Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung im letzten Jahr nach Schulbildung und Geschlecht	181
Grafik 24:	Inanspruchnahme einer vorbeugenden zahnärztlichen Behandlung während des letzten Jahres nach Schulbildung und Geschlecht	182
Grafik 25:	Zusatzversicherung nach Netto-Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht	184

6 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER VERSORGUNG

Grafik 1:	Konsultation von HausärztInnen innerhalb der letzten 3 Monate nach Schulbildung und Geschlecht	189
Grafik 2:	Konsultation von FachärztInnen innerhalb der letzten 3 Monate nach Schulbildung und Geschlecht	189
Grafik 3:	Konsultation von ZahnärztInnen innerhalb der letzten 3 Monate nach Schulbildung und Geschlecht	190
Grafik 4:	Konsultationen von FachärztInnen wegen Beschwerden in den letzten drei Monaten nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	191
Grafik 5:	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen während des letzten Jahres nach Geschlecht	195
Grafik 6:	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Alter und Geschlecht	196
Grafik 7:	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Schulbildung und Geschlecht	196
Grafik 8:	Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	197
Grafik 9:	Anwendung homöopathischer Mittel nach Schulbildung und Geschlecht	199
Grafik 10:	Anwendung von Massagen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	201

7 AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN

Grafik 1:	Schlafdefizite nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	208
Grafik 2:	Schlafdefizite nach Kindern im Haushalt und Geschlecht	209
Grafik 3:	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach beruflicher Position und Geschlecht	211
Grafik 4:	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach ausreichendem Schlaf und Geschlecht	212
Grafik 5:	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Selbstbestimmung des Tagesarbeitsplanes und Geschlecht	213
Grafik 6:	Anteil der Personen, die oft früh ins Bett gehen nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	215
Grafik 7:	Anteil der Personen, die oft früh ins Bett gehen nach Lebensqualität und Geschlecht	216
Grafik 8:	Soziales Netz nach Alter und Geschlecht	220
Grafik 9:	Soziales Netz nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	220
Grafik 10:	Soziales Netz nach chronischen Krankheiten und Geschlecht	222
Grafik 11:	Anteil der Personen, die ihre Freunde oder Bekannten mindestens einmal pro Woche treffen nach chronischen Krankheiten und Geschlecht	223
Grafik 12:	Regelmäßiger Besuch von Veranstaltungen oder Treffen innerhalb folgender Vereine, Klubs oder Gruppen nach Geschlecht	225
Grafik 13:	Politisches Engagement nach Geschlecht	226
Grafik 14:	Politisches Engagement nach Alter und Geschlecht	226
Grafik 15:	Politisches Engagement nach Schulbildung und Geschlecht	227

8 LEBENSSTILE UND LEBENSSTILGRUPPEN

Grafik 1:	Lebensstile nach Lebensstil-Cluster	236
-----------	-------------------------------------	-----

EXKURS 1: DIE ZWEIFACHSCHLECHTLICHKEIT DES KONSUMS PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN VON FRAUEN UND MÄNNERN IN WIEN

Grafik 1:	Pro-Kopf-Konsum an Bier, Wein und Spirituosen in Litern reinen Alkohols und Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol insgesamt	253
Grafik 2:	Der Raucheranteil bei Männern und Frauen ab 16 Jahren, in Österreich und Wien	255
Grafik 3:	Anzeigen nach dem Suchtgiftgesetz von Männern und Frauen, in Österreich und Wien	259

EXKURS 2: GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMM „EIN HERZ FÜR WIEN“

Grafik 1:	Zielhierarchie des Projekts „Ein Herz für Wien“	265
Grafik 2:	Zielgruppen von „Ein Herz für Wien“	266
Grafik 3:	Einteilung der Einzelprojekte „Ein Herz für Wien“	266

TABELLENVERZEICHNIS

2 SUCHTMITTELKONSUM (ALKOHOL UND NIKOTIN)

Tabelle 1: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach Alter und Geschlecht	64
Tabelle 2: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht	65
Tabelle 3: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	65
Tabelle 4: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach sozialem Netz und Geschlecht	66
Tabelle 5: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Alter und Geschlecht	67
Tabelle 6: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Schulbildung und Geschlecht	67
Tabelle 7: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht	68
Tabelle 8: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach sozialem Netz und Geschlecht	68
Tabelle 9: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Anomie und Geschlecht	69
Tabelle 10: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	70
Tabelle 11: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Spirituosen nach Alter und Geschlecht	70
Tabelle 12: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Spirituosen nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht	71
Tabelle 13: Durchschnittliche Alkoholmenge nach Geschlecht, Schulbildung und Haushaltseinkommen	72
Tabelle 14: Durchschnittliche Alkoholmenge nach Arbeitszufriedenheit, sozialem Netz, etc.	73
Tabelle 15: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Alter und Geschlecht	75
Tabelle 16: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Schulbildung und Geschlecht	76
Tabelle 17: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach sozialem Netz und Geschlecht	77
Tabelle 18: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Wohnzufriedenheit und Geschlecht	77
Tabelle 19: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Anomie und Geschlecht	78
Tabelle 20: RaucherInnenstatus nach Alter und Geschlecht	79
Tabelle 21: RaucherInnenstatus nach Schulbildung und Geschlecht	80
Tabelle 22: RaucherInnenstatus nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	81
Tabelle 23: RaucherInnenstatus nach sozialem Netz und Geschlecht	82
Tabelle 24: RaucherInnenstatus nach Wohnzufriedenheit und Geschlecht	83
Tabelle 25: RaucherInnenstatus nach finanzieller Lage und Geschlecht	83
Tabelle 26: RaucherInnenstatus nach Alltagsstress und Geschlecht	84
Tabelle 27: RaucherInnenstatus nach Anomie und Geschlecht	85
Tabelle 28: RaucherInnenstatus nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	86
Tabelle 29: RaucherInnenstatus nach chronischen Krankheiten und Geschlecht	87
Tabelle 30: Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Geschlecht	88
Tabelle 31: RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen nach Alter und Geschlecht	90
Tabelle 32: RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen nach Schulbildung und Geschlecht	91
Tabelle 33: RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht	91
Tabelle 34: Rauchbeginn nach Geschlecht	92
Tabelle 35: Einschränkung des Nikotinkonsums nach Alter und Geschlecht	93
Tabelle 36: Einschränkung des Nikotinkonsums nach Schulbildung und Geschlecht	94
Tabelle 37: Einschränkung des Nikotinkonsums nach finanzieller Lage und Geschlecht	95

3 NAHRUNGSMITTELKONSUM

Tabelle 1: Durchschnittlicher Milchkonsum pro Tag nach Alter und Geschlecht	101
Tabelle 2: Durchschnittlicher Milchkonsum pro Tag nach Schulbildung und Geschlecht	101
Tabelle 3: Durchschnittlicher Kaffeekonsum pro Tag nach Alter und Geschlecht	102
Tabelle 4: Durchschnittlicher Kaffeekonsum pro Tag nach Schulbildung und Geschlecht	103

Tabelle 5:	Durchschnittlicher Konsum von Erfrischungsgetränken pro Tag nach Alter und Geschlecht	104
Tabelle 6:	Durchschnittlicher Konsum von Erfrischungsgetränken pro Tag nach Schulbildung und Geschlecht	105
Tabelle 7:	Durchschnittlicher Konsum von Fisch nach Alter und Geschlecht	106
Tabelle 8:	Durchschnittlicher Konsum von Fisch nach Schulbildung und Geschlecht	106
Tabelle 9:	Durchschnittlicher Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken nach Alter und Geschlecht	107
Tabelle 10:	Durchschnittlicher Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken nach Schulbildung und Geschlecht	108
Tabelle 11:	Durchschnittlicher Konsum von Fleisch nach Alter und Geschlecht	109
Tabelle 12:	Durchschnittlicher Konsum von Fleisch nach Schulbildung und Geschlecht	110
Tabelle 13:	Durchschnittlicher Konsum von gekochtem Gemüse nach Alter und Geschlecht	111
Tabelle 14:	Durchschnittlicher Konsum von gekochtem Gemüse nach Schulbildung und Geschlecht	112
Tabelle 15:	Durchschnittlicher Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse nach Alter und Geschlecht	112
Tabelle 16:	Durchschnittlicher Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse nach Schulbildung und Geschlecht	113
Tabelle 17:	Durchschnittlicher Konsum von frischem Obst nach Alter und Geschlecht	113
Tabelle 18:	Durchschnittlicher Konsum von frischem Obst nach Schulbildung und Geschlecht	114
Tabelle 19:	Durchschnittlicher Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen nach Alter und Geschlecht	115
Tabelle 20:	Durchschnittlicher Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen nach Schulbildung und Geschlecht	115
Tabelle 21:	Durchschnittlicher Konsum von sonstigen Süßwaren nach Alter und Geschlecht	116
Tabelle 22:	Durchschnittlicher Konsum von sonstigen Süßwaren nach Schulbildung und Geschlecht	116
Tabelle 23:	Durchschnittlicher Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrötchen nach Alter und Geschlecht	117
Tabelle 24:	Durchschnittlicher Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrötchen nach Schulbildung und Geschlecht	118
Tabelle 25:	Durchschnittlicher Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot nach Alter und Geschlecht	119
Tabelle 26:	Durchschnittlicher Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot nach Schulbildung und Geschlecht	119
Tabelle 27:	Durchschnittlicher Konsum von Eiern nach Alter und Geschlecht	120
Tabelle 28:	Durchschnittlicher Konsum von Eiern nach Schulbildung und Geschlecht	120
Tabelle 29:	Durchschnittlicher Konsum von Käse, Topfen, Joghurt nach Alter und Geschlecht	121
Tabelle 30:	Durchschnittlicher Konsum von Käse, Topfen, Joghurt nach Schulbildung und Geschlecht	121

4 KÖRPERLICHE BEWEGUNG UND BODY MASS INDEX

Tabelle 1:	Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Alter und Geschlecht	131
Tabelle 2:	Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Schulbildung und Geschlecht	132
Tabelle 3:	Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach sozialem Netz und Geschlecht	132
Tabelle 4:	Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	133
Tabelle 5:	Körpermaße nach Alter und Geschlecht	137
Tabelle 6:	Übergewicht nach Schulbildung und Geschlecht	137
Tabelle 7:	Übergewicht nach beruflicher Position und Geschlecht	138

5 GESUNDHEITSVERHALTEN

Tabelle 1:	Kontrollüberzeugung nach Alter und Geschlecht	145
Tabelle 2:	Kontrollüberzeugung nach Schulbildung und Geschlecht	145
Tabelle 3:	Kontrollüberzeugung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	146
Tabelle 4:	Kontrollüberzeugung nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	146
Tabelle 5:	Gesundheitsbewusstsein nach Alter und Geschlecht	147
Tabelle 6:	Gesundheitsbewusstsein nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	148
Tabelle 7:	Gesundheitsbewusstsein nach sozialem Netz und Geschlecht	148
Tabelle 8:	Gesundheitsbewusstsein nach Personen im Haushalt und Geschlecht	149
Tabelle 9:	Gesundheitsbewusstsein nach finanzieller Lage und Geschlecht	149

Tabelle 10: Gesundheitsbewusstsein nach Anomie und Geschlecht	150
Tabelle 11: Gesundheitsbewusstsein nach chronischen Krankheiten und Geschlecht	151
Tabelle 12: Gesundheitsinformationsverhalten nach Alter, Haushaltseinkommen, Kinder im Haushalt und Geschlecht	152
Tabelle 13: Häufigste Informationsquellen nach Schulbildung und Geschlecht	155
Tabelle 14: Häufigste Informationsquellen nach chronischen Krankheiten und Geschlecht	155
Tabelle 15: Gesundheitshandeln nach Alter und Geschlecht	158
Tabelle 16: Gesundheitshandeln nach Schulbildung und Geschlecht	159
Tabelle 17: Gesundheitshandeln nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	160
Tabelle 18: Gesundheitshandeln nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	160
Tabelle 19: Gesundheitshandeln nach sozialem Netz und Geschlecht	161
Tabelle 20: Gesundheitshandeln nach Personen im Haushalt und Geschlecht	162
Tabelle 21: Gesundheitshandeln nach Anomie und Geschlecht	162
Tabelle 22: Gesundheitshandeln nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	163
Tabelle 23: Positives Gesundheitsverhalten nach Geschlecht	164
Tabelle 24: Positives Gesundheitsverhalten nach Alter und Geschlecht	167
Tabelle 25: Positives Gesundheitsverhalten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	168
Tabelle 26: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht	171
Tabelle 27: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	171
Tabelle 28: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht und weiteren Faktoren	173
Tabelle 29: Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen nach Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen	175
Tabelle 30: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen	177
Tabelle 31: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen	178
Tabelle 32: Blutdruckmessung nach Alter und Geschlecht	179
Tabelle 33: Blutdruckmessung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	180
Tabelle 34: Blutcholesterinbestimmung nach Alter und Geschlecht	180
Tabelle 35: Blutcholesterinbestimmung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	181
Tabelle 36: Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung im letzten Jahr nach Alter, Schulbildung, Einkommen und Geschlecht	182
Tabelle 37: Inanspruchnahme einer vorbeugenden zahnärztlichen Behandlung während des letzten Jahres nach Alter, Schulbildung, Einkommen und Geschlecht	183
Tabelle 38: Zusatzversicherung nach Alter, Schulbildung, beruflicher Position und Geschlecht	184

6 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER VERSORGUNG

Tabelle 1: Arztkonsultationen wegen Beschwerden innerhalb der letzten 3 Monate nach Alter und Geschlecht	188
Tabelle 2: Konsultationen von ÄrztInnen wegen Beschwerden innerhalb der letzten 3 Monate nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	190
Tabelle 3: Konsultationen von ÄrztInnen wegen Beschwerden innerhalb der letzten 3 Monate nach Anzahl chronischer Krankheiten und Geschlecht	191
Tabelle 4: Ambulanz- und Spitalsaufenthalt innerhalb der letzten 3 Monate nach Alter und Geschlecht	192
Tabelle 5: Ambulanz- und Spitalsaufenthalt innerhalb der letzten 3 Monate nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	192
Tabelle 6: Ambulanz- und Spitalsaufenthalt innerhalb der letzten 3 Monate nach Anzahl chronischer Krankheiten und Geschlecht	193
Tabelle 7: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach finanzieller Lage und Geschlecht	197
Tabelle 8: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Kohärenzsinn und Geschlecht	198

Tabelle 9: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Anzahl chronischer Krankheiten und Geschlecht	198
Tabelle 10: Anwendung homöopathischer Mittel nach Alter und Geschlecht	198
Tabelle 11: Anwendung homöopathischer Mittel nach Schulbildung und Geschlecht	199
Tabelle 12: Anwendung homöopathischer Mittel nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	199
Tabelle 13: Anwendung von Massagen nach Alter und Geschlecht	200
Tabelle 14: Anwendung von Massagen nach Schulbildung und Geschlecht	200
Tabelle 15: Anwendung von Massagen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	200

7 AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN

Tabelle 1: Schlafverhalten nach Alter und Geschlecht	207
Tabelle 2: Schlafverhalten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	207
Tabelle 3: Schlafverhalten nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	208
Tabelle 4: Schlafverhalten nach Kindern im Haushalt und Geschlecht	209
Tabelle 5: Schlafverhalten nach Kohärenzsinn und Geschlecht	210
Tabelle 6: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Alter und Geschlecht	210
Tabelle 7: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	211
Tabelle 8: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	212
Tabelle 9: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Anzahl der Personen im Haushalt und Geschlecht	212
Tabelle 10: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Alter und Geschlecht	214
Tabelle 11: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	214
Tabelle 12: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Arbeitsbelastung und Geschlecht	215
Tabelle 13: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Lebensqualität und Geschlecht	216
Tabelle 14: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach sozialem Netz und Geschlecht	217
Tabelle 15: Kontakt zu Familie, Freunden und Bekannten nach Alter und Geschlecht	219
Tabelle 16: Kontakt zu Familie, FreundInnen und Bekannten nach Schulbildung, Kinder im Haushalt, finanzieller Lage und Geschlecht	219
Tabelle 17: Soziales Netz nach Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und Geschlecht	221
Tabelle 18: Soziales Netz nach finanzieller Lage, Kohärenzsinn, chronischen Krankheiten und Geschlecht	221
Tabelle 19: FreundInnen oder Bekannte treffen nach Alter und Geschlecht	222
Tabelle 20: FreundInnen oder Bekannte treffen nach chronischen Krankheiten und Geschlecht	223
Tabelle 21: Politisches Engagement nach Haushaltseinkommen und Geschlecht	227
Tabelle 22: Politisches Engagement nach beruflicher Position und Geschlecht	227
Tabelle 23: Politisches Engagement nach sozialem Netz, Anomie, subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht	228
Tabelle 24: Politisches Engagement nach Gesundheitsbewusstsein und Geschlecht	228
Tabelle 25: Politisches Engagement nach Kontrollüberzeugung und Geschlecht	229
Tabelle 26: Teilnahme an einer Demonstration nach Alter, Schulbildung und Geschlecht	229
Tabelle 27: Teilnahme an einer Demonstration nach Anomie, Kohärenzsinn und Geschlecht	230

8 LEBENSSTILE UND LEBENSSTILGRUPPEN

Tabelle 1:	Rotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse	235
Tabelle 2:	Anteil der Cluster an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht	237
Tabelle 3:	Anteil des Geschlechts nach Cluster	237
Tabelle 4:	Anteil der Altersgruppen nach Cluster und Geschlecht	238
Tabelle 5:	Anteil der Bildungsgruppen nach Cluster und Geschlecht	238
Tabelle 6:	Anteil des Haushaltseinkommens/Kopf nach Cluster und Geschlecht	239

EXKURS 1: DIE ZWEIFACHSCHLECHTLICHKEIT DES KONSUMS PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN VON FRAUEN UND MÄNNERN IN WIEN

Tabelle 1:	Die Sterblichkeit an Leberzirrhose für Männer und Frauen, in Österreich und in Wien, auf 100.000 der entsprechenden Bevölkerung, 1961–2000	253
Tabelle 2:	Anteil der Wiener und Wienerinnen ab 15 Jahren, die angaben „Bier, Wein und andere alkoholische Getränke ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage ...“ zu trinken, 1995–2001	254
Tabelle 3:	Anteil der täglichen Raucher und Raucherinnen ab 15 Jahren, in Österreich und Wien, 1991 und 1999	256
Tabelle 4:	Anteil der Frauen und Männer in Österreich und Wien im Jahr 1999, die ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Nervosität, und nicht ärztlich verordnete Schmerzmittel in den letzten 4 Wochen einnahmen	257
Tabelle 5:	Verordnungen von Psychopharmaka im niedergelassenen Bereich, in Österreich und Wien, an Frauen und Männer pro gleichgeschlechtlicher Bevölkerung im Jahr 2000	258
Tabelle 6:	Erfahrungen mit Cannabis, Männer und Frauen in Österreich und in österreichischen Städten 1984, ab 14 resp. ab 15 Jahren, in Wien 1993–2001	258

ZUSAMMENFASSUNG

SUMMARY

ZUSAMMENFASSUNG

Datengrundlage und Allgemeines

Die Studie **Lebensstile in Wien** beruht auf den Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys, der in zwei Wellen in den Wintermonaten der Jahre 1999/2000 sowie 2000/2001 erhoben wurde. Die Zielpopulation war dabei die Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren; der Stichprobenumfang betrug 4.019 Personen.

Den Analysen im vorliegenden Bericht liegt die Hypothese zugrunde, dass das gesundheitsrelevante Verhalten einer Person von unterschiedlichen Systemen determiniert wird: internen Ressourcen (Anomie, Kohärenzsinn, Lebensqualität), sozialen Ressourcen und Lebenschancen (Einkommen, Bildungshöhe, berufliche Position, Arbeitsbelastung, Stress, finanzielle Lage, etc.) und der gesundheitlichen Lage (subjektive Gesundheit, Beschwerdenintensität, Anzahl chronischer Krankheiten). Aus diesem Grund wurden die im Be-

richt abgehandelten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (Suchtmittelkonsum, Nahrungsmittelkonsum, körperliche Bewegung und Body Mass Index, Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, Aktivität und regeneratives Verhalten) nicht nur nach Alter und Geschlecht, sondern – wo sinnvoll – nach den angeführten Variablen der sozialen und internen Ressourcen sowie des Gesundheitszustandes stratifiziert. Im abschließenden Kapitel **Lebensstile und Lebensstilgruppen** werden dann Lebensstiltypen gebildet sowie deren Verteilung in Wien berechnet.

Die Studie **Lebensstile in Wien** wird durch zwei Exkurse ergänzt: Exkurs 1 beschäftigt sich mit der **Zweigeschlechtlichkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen in Wien** und Exkurs 2 stellt das Gesundheitsförderungsprogramm „**Ein Herz für Wien**“ vor.

Suchtmittelkonsum

Biertrinken ist eine Männerdomäne: Männer konsumieren wesentlich häufiger und vor allem mengenmäßig mehr Bier als Frauen. Speziell die Altersgruppe der 45- bis 59-jährigen Männer trinkt sehr häufig täglich Bier. Bei Frauen hingegen sind es die Jugendlichen, die am häufigsten Bier konsumieren. Dieses Ergebnis wird jedoch durch die Tatsache, dass drei Viertel der jungen Frauen abstinent sind, relativiert.

Eine zunehmend bessere finanzielle Situation führt sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu vermehrtem Bierkonsum. Auch lässt ein gutes soziales Netz den Bierkonsum ansteigen.

Bei hoher Arbeitsbelastung wird interessanterweise seltener Bier getrunken als bei niedriger – dies gilt ebenfalls für beide Geschlechter. Allerdings trinken Männer, die unter hoher Belastung stehen, mengenmäßig mehr Bier pro Tag als nicht oder wenig belastete.

Der tägliche **Wein- und Sektkonsum** nimmt mit höherem Alter sehr stark zu. Dieser Anstieg ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu beobachten, wobei aber die täglich konsumierte Menge bei den Frauen

eindeutig unter jener der Männer liegt. Analog zu den Ergebnissen des Bierkonsums steigt auch der Wein- und Sektkonsum mit zunehmender Bildungshöhe und steigendem Einkommen an. Gleichzeitig ist die täglich getrunkene Menge an Wein bzw. Sekt bei den UniversitätsabsolventInnen und in der höchsten Einkommensgruppe am größten. Zudem steigt mit einem guten sozialen Netzwerk nicht nur der Bier- sondern auch der Weinkonsum. Bei subjektiv schlechterem Gesundheitszustand trinken Männer häufiger Wein und Sekt, bei den Frauen verkehrt sich dieses Bild: Wird ihre Gesundheit schlechter, trinken sie weniger.

Betrachtet man die **durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag** so ist festzuhalten, dass Männer deutlich mehr Alkohol konsumieren als Frauen und dass bei Frauen eine bessere Ausbildung zu vermehrtem Genuss führt, hingegen bei Männern jene mit Lehrabschluss am meisten konsumieren. Auch zeigt sich, dass ein höheres Einkommen die Alkoholmenge bei Männern und Frauen kontinuierlich ansteigen lässt, und dass eine geringe Arbeitszufriedenheit nur bei den Männern zu größeren Mengen führt. Eine durchschnittlich gute Integration in ein soziales Netzwerk bedeutet bei den Männern wie-

derum eine höhere Alkoholmenge, bei Frauen nimmt die Alkoholmenge jedoch mit schlechtem sozialen Netz zu. Auch hoher Alltagsstress lässt Männer verstärkt zu alkoholischen Getränken greifen, was auf Frauen nicht zutrifft. Ein guter Kohärenzsinn geht mit vermindertem Alkoholkonsum bei beiden Geschlechtern einher und kann somit als Schutzfaktor gesehen werden.

Eine dauerhafte **Belastung durch Nikotin** ist sowohl durch Eigenkonsum als auch durch Passivrauchen im gemeinsamen Haushalt gegeben. Das betrifft vor allem die jüngste Altersgruppe, die am häufigsten in Haushalten mit bis zu drei RaucherInnen lebt, wobei mehr als die Hälfte der Jugendlichen selber täglich raucht. Ein geringer Bildungsstatus von Männern und Frauen geht einerseits mit einer stärkeren Rauchbelastung im Haushalt einher, und andererseits sind in dieser Gruppe auch die meisten RaucherInnen zu finden. Rauchen im Haushalt führt zu einer geringeren Wohnzufriedenheit bzw. befinden sich mit niedriger Wohnzufriedenheit vermehrt RaucherInnen im Haushalt.

Es zeigt sich, dass der **Anteil der täglichen RaucherInnen** mit zunehmendem Alter und Bildungsgrad abnimmt. Mit abnehmender Arbeitszufriedenheit hingegen steigt der Anteil der RaucherInnen. Weiters führen noch finanzielle Nöte, hoher Anomiegrad und ver-

Nahrungsmittelkonsum

Als **generelle Tendenz** ist festzuhalten, dass ein gesundes Ernährungsverhalten bei Frauen stärker ausgeprägt ist als bei Männern, und zwar bei den meisten untersuchten Aspekten und über alle Altersklassen hinweg. Weiters nimmt das positive Ernährungsverhalten mit steigendem Alter zu. Diese generellen Trends lassen sich nicht nur im Bereich der zusammenfassenden Indikatoren feststellen, sondern auch bei einzelnen wichtigen Lebensmitteln wie beim Konsum von Erfrischungsgetränken (z. B. Coca-Cola, Sprite). Beim weiblichen Geschlecht ist des weiteren ein Trend zu weniger Wurstwaren, weniger Fleisch, mehr gekochtem Gemüse, weniger Weißbrot, mehr Rohkost, mehr Obst und mehr Vollkornprodukten zu erkennen. Der Altersvergleich zeigt, dass im höheren Alter mehr Fisch und Obst, aber weniger Fleisch und sonstige Süßwaren verzehrt werden.

Es besteht ein klarer Trend, wonach mit steigender **Bildung** auch eine positivere Ernährungsweise einher-

mehrter Alltagsstress zu häufigerem Nikotinkonsum. Unter Männern mit subjektiv schlechter Gesundheit sind die meisten Raucher zu finden; nur chronische Krankheiten lassen Männer wie auch Frauen häufiger von einem täglichen Nikotinkonsum absehen.

Die **Anzahl der gerauchten Zigaretten** ist im Durchschnitt bei den Männern wesentlich höher als bei Frauen, die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen erzielt dabei den höchsten täglichen Konsum. Männer mit Lehrabschluss haben den höchsten täglichen Zigarettenverbrauch, mit zunehmender Bildung sinkt dieser. Auch führen ein höheres Einkommen, eine zunehmende Arbeitsbelastung und weniger gute soziale Netzwerke bei RaucherInnen zu einer erhöhten Anzahl an gerauchten Zigaretten.

Der **Rauchbeginn** setzt immer früher ein: Während ältere RaucherInnen erst mit rund 20 Jahren zu rauchen begannen, rauchen Jugendliche heute schon ab durchschnittlich 15 Jahren. Jugendliche und alte Menschen haben allerdings am häufigsten versucht das Rauchen aufzugeben bzw. versucht sich einzuschränken. Auch eine schlechte finanzielle Lage der RaucherInnen führte häufiger zum Versuch mit dem Rauchen aufzuhören. Der Bildungsstatus lässt diesbezüglich keine eindeutigen Schlüsse zu.

geht. Eine marginale Ausnahme bilden die männlichen Universitätsabsolventen, deren Wert im Vergleich zu Personen mit mittlerer Ausbildung leicht abfällt. Der Einfluss der Bildungshöhe auf das Ernährungsverhalten zeigt sich sowohl beim Indikator Ernährung als auch bei einzelnen Lebensmittelgruppen: Mit zunehmender Bildungshöhe kommt es zu einer Abnahme des Fett-, Zucker-, Erfrischungsgetränke-, Wurst- und Fleischkonsums. Bei der Aufnahme von Vollkornprodukten zeigt sich der gegenteilige Effekt: Sie steigt mit zunehmender Bildungshöhe.

Der zusammenfassende Indikator **gesunde Ernährung** hängt eng zusammen mit einem höheren Haushaltseinkommen, einer größeren Arbeitszufriedenheit, einem stärkeren sozialen Netz, einem geringeren Alltagsstress, einem geringeren Anomiegefühl, wie auch mit einem besseren subjektiven Gesundheitszustand. Komplementär dazu geht stärker ausgeprägte fett-

und zuckerreiche Ernährung mit geringerem Haushaltseinkommen, weniger Arbeitszufriedenheit, mehr Stress, schlechterer finanzieller Lage und höherem Anomiegefühl einher.

Körperliche Bewegung und Body Mass Index

Körperliche Aktivität wurde einerseits über die Frage nach dem Schwitzen und andererseits durch den Indikator Bewegung analysiert. Männer sind insgesamt körperlich aktiver als Frauen, am häufigsten betreiben junge Männer (16 bis 24 Jahre) intensiv Sport. Die Differenz zwischen Frauen und Männern ist in dieser Altersgruppe massiv. Bei den Frauen wiederum ist die Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren am aktivsten. Der Indikator Bewegung korreliert sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit der Höhe der Ausbildung positiv. Hinsichtlich körperlicher Aktivität und ihrer Beziehung zu sozialen Netzwerken lässt sich ebenso ein linearer Trend feststellen, d. h. die (fast) tägliche Bewegung bzw. die mehrmalige Bewegung pro Woche nimmt mit stärker ausgeprägten Netzwerken zu. Eine gleiche positive Beziehung weist auch der Indikator Bewegung – von unbedeutenden Abweichungen abgesehen – mit Einkommen, subjektiver finanzieller Lage und Arbeitszufriedenheit auf. Insgesamt lässt sich erkennen, dass das Vorhandensein verschiedenster Ressourcen die körperlichen Aktivitäten fördert.

Der **Body Mass Index** wurde sowohl nach Kategorien als auch nach Durchschnittswerten analysiert. Der durchschnittliche Body Mass Index steigt mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männern an und nimmt erst ab dem 75. Lebensjahr etwas ab. Die Durchschnittswerte des BMI liegen bei Frauen und Männern bis 44 Jahre im Bereich des Normalgewichts. Ab der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen haben Frauen und Män-

Mit diesen Ergebnissen können somit für Gesundheitsförderungsprojekte relevante Abhängigkeiten des Essverhaltens von Lebensphase, Geschlecht, sozialer Schicht sowie weiteren persönlichen und sozialen Ressourcen durchgängig dokumentiert werden.

ner im Durchschnitt mäßiges Übergewicht. Generell ist der BMI der Frauen niedriger als jener der Männer.

Bei den Frauen nehmen die Werte des BMI mit zunehmender Schulbildung ab, bei den Männern gilt dies erst ab der Ausbildungsstufe der Lehre. Die männlichen Pflichtschulabsolventen haben in etwa den gleichen Wert wie die Universitätsabsolventen. Auch nehmen die Durchschnittswerte des BMI bei den Frauen mit steigendem Einkommen ab. Gegensätzlich ist der Trend bei den Männern: Hier nehmen sie bis zur vorletzten Einkommensklasse zu und erst in der letzten leicht ab. Frauen mit guten sozialen Netzwerken weisen im Durchschnitt einen geringeren BMI auf als Frauen mit ungünstigen sozialen Netzwerken. Dies gilt nicht für Männer, hier erreichen Personen mit dem besten Netzwerk einen höheren BMI als jene mit schlechterem Netzwerk.

Die hier berichteten Geschlechtsunterschiede sind als bemerkenswerte Ergebnisse einzustufen, da sie deutlich machen, dass Männer und Frauen vorhandene Ressourcen in differenter – ja gegenteiliger – Art und Weise nutzen. Ergänzt man diese Ergebnisse noch um die Perspektive des geschlechtsdiffernten Essverhaltens – ebenfalls in Abhängigkeit von Ressourcen – ergeben sich interessante und wahrscheinlich lohnenswerte Interventionsfelder für zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme.

Gesundheitsverhalten

Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsinformationsverhalten

Die Überzeugung, **für die eigene Gesundheit** zumindest wahrscheinlich **etwas tun zu können**, teilt der überwiegende Teil der Männer (98 Prozent) wie der Frauen (97 Prozent). Die Überzeugung, dass die Ge-

sundheit von eigenen Handlungen abhängt, nimmt aber mit dem Bildungsgrad eindeutig zu. In diesem Ergebnis dokumentiert sich die hohe Bedeutung der Bildung als einer der Faktoren, welcher zur gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten einen wesentlichen Beitrag leistet. Die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung nimmt zudem mit steigen-

dem Einkommen und mit besserem Gesundheitszustand zu.

Das **Gesundheitsbewusstsein** steigt mit zunehmendem Alter. Auch achten Personen mit chronischen Krankheiten häufiger auf ihre Gesundheit; dies erklärt zumindest teilweise die Alterszunahme des Gesundheitsbewusstseins. Ebenso nimmt das Gesundheitsbewusstsein mit dem verfügbaren Einkommen zu. Defizite im Gesundheitsbewusstsein finden sich vorwiegend bei jüngeren Personen und Personen mit hoher Anomie.

Die Nachfrage nach **Gesundheitsinformation** nimmt ebenfalls mit dem Alter stark zu. Sie ist bei Frauen zudem größer als bei Männern und in den oberen Bildungs- und Einkommensschichten deutlich stärker ausgeprägt als in den unteren Schichten. Weiters informieren sich Personen mit chronischer Erkrankung häufiger als gesunde Personen.

Die wichtigsten **Informationsquellen** zu Gesundheitsfragen sind für gesunde Personen schriftliche Medien wie Zeitungen, Zeitschriften, Bücher und Informationsbroschüren, gefolgt von Fernsehen und Radio an zweiter Stelle, Arzt/Ärztin an dritter Stelle und Verwandte bzw. Bekannte an vierter Stelle. Mit zunehmender Bildung wird vermehrt auf schriftliche Medien zurückgegriffen und die Bedeutung von Fernsehen und Radio geht leicht zurück. Bei Personen mit chronischen Krankheiten steht der Arzt bzw. die Ärztin als Informationsquelle im Vordergrund. Der Apotheke kommt eine vergleichsweise verschwindende Bedeutung als Informationsquelle in Gesundheitsfragen zu.

Positives Gesundheitsverhalten

Im Gesundheitshandeln sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nur gering: **positives Gesundheitsverhalten** kommt bei Frauen nur geringfügig häufiger zum Tragen als bei Männern. Mit zunehmendem Alter, Bildungsstatus, Einkommen und Lebensqualität nimmt das positive Gesundheitsverhalten bei den Befragten deutlich zu. Eine höhere Arbeitszufriedenheit, eine bessere Eingliederung in soziale Netzwerke und eine geringe Ausprägung der Anomie sind zudem eine Ressource für das Setzen von Gesundheitsaktivitäten. Junge Frauen sowie Frauen mit niedrigem Bildungsstatus und geringem

Einkommen stellen die größte Gruppe jener dar, die versucht haben etwas für ihre Gesundheit zu tun, es aber wieder aufgegeben haben.

Positives Gesundheitsverhalten kommt bei den Wienerinnen und Wienern in erster Linie durch körperliche Aktivität, soziale Kontakte und gesunde Ernährung zum Ausdruck. Während die **körperliche Aktivität** bei Männern mit zunehmendem Alter stark abnimmt, ist dies bei den Frauen nicht der Fall. Bei beiden Geschlechtern führen steigende Einkommen zu verstärkter körperlicher Aktivität. Mit steigendem Lebensalter und Einkommen nimmt auch eine **gesunde Ernährungsweise** zu. Bei den Frauen sind besonders jene zwischen 25 und 44 Jahren (häufig Mutterschaft) und über 74 Jahren auf eine gesunde Ernährung bedacht. **Soziale Kontakte** zu Familie, Freunden und Bekannten nehmen bei alten Männern und Frauen ab und haben wiederum eine besonders große Bedeutung für Frauen zwischen 25 und 44 Jahren. Zudem wirkt sich ein höheres Einkommen positiv auf die Anzahl sozialer Kontakte aus. Ausreichend **Schlaf** und **Nichtrauchen** ist rund der Hälfte der Männer und Frauen wichtig, wobei der NichtraucherInnenanteil mit fortschreitendem Alter stark zunimmt. **Stress** zu vermeiden wird mit steigendem Alter häufiger versucht und spielt erst bei den über 74-Jährigen wieder eine untergeordnete Rolle. **Alkoholabstinenz** hat einen geringen Stellenwert im positiven Gesundheitsverhalten der Wiener Frauen und Männer. Keinen Alkohol trinken vor allem junge Männer und Frauen sowie Frauen der beiden obersten Altersgruppen. Mit zunehmendem Einkommen wird der Anteil jener, die keinen Alkohol trinken, deutlich kleiner.

Vorsorgeverhalten

Die regelmäßige Teilnahme an **Vorsorgeuntersuchungen** steigt bei Frauen bis zur Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen stark an und fällt in den nachfolgenden Altersgruppen wieder deutlich ab. Bei Männern hingegen wird das Maximum erst bei den 60- bis 74-Jährigen erreicht, und nimmt – im Gegensatz zu den Frauen – in der nachfolgenden Altersgruppe nur geringfügig ab. Die deutlich geringere regelmäßige Teilnahme der Frauen und vor allem der Männer der untersten Bildungsschicht (Pflichtschulbildung) an Vorsorgeuntersuchungen weist auf vermehrten Handlungsbedarf der Gesundheitspolitik bei dieser Zielgruppe hin.

Mit höherem Bildungsstatus lassen Frauen häufiger einen **Scheidenabstrich** vornehmen: Während 72 Prozent der Frauen mit mittleren bzw. hohen Bildungsabschlüssen im letzten Jahr an dieser Untersuchung teilgenommen haben, waren es bei den Pflichtschulabsolventinnen nur 43 Prozent.

Frauen zwischen 45 und 59 Jahren haben am häufigsten ein **Bruströntgen** (Mammografie) im letzten Jahr durchführen lassen (57 Prozent). In den nachfolgenden Altersgruppen gehen die diesbezüglichen Werte wieder zurück; gleichzeitig werden auch die zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Untersuchungen größer. Pflichtschulabsolventinnen und Frauen der untersten Einkommensschicht waren mit Abstand am seltensten bei dieser Untersuchung.

Mit zunehmendem Alter lassen Männer häufiger eine **Prostatauntersuchung** vornehmen: Bei den über 60-Jährigen war mehr als die Hälfte im letzten Jahr bei dieser Untersuchung. Es fällt auf, dass nur 15 Prozent der

Männer mit Pflichtschulabschluss im letzten Jahr bei einer diesbezüglichen Untersuchung war. Gleichzeitig haben nahezu zwei Drittel der Männer dieser Bildungsgruppe noch nie die Prostata untersuchen lassen. Vergleichbar kleine Werte weist auch die unterste Einkommensgruppe auf, wogegen Männer der obersten Einkommensgruppe mehr als doppelt so oft im letzten Jahr bei der Prostatauntersuchung waren.

Eine **Zusatzversicherung** als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung wird wesentlich häufiger von Männern als von Frauen abgeschlossen. Männer zwischen 25 und 59 Jahren leisten sich dabei mit rund 38 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung. Je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger besitzen Frauen wie Männer eine Zusatzversicherung; jeder zweite Mann und rund 40 Prozent der Frauen der obersten Einkommensschicht. Bei den Frauen der untersten Einkommensschicht sind hingegen nur 14 Prozent Zusatzversichert und nur mehr jeder fünfte Mann besitzt diesen Versicherungsschutz.

Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Inanspruchnahme schulmedizinischer Versorgung

HausärztInnen wurden in den vergangenen drei Monaten von Männern wie Frauen mit einer Häufigkeit von ca. 40 Prozent unter allen untersuchten **ÄrztInnenkategorien** am öftesten aufgesucht. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Besuchsfrequenz bei Haus- und FachärztInnen deutlich zu und stabilisiert sich im Pensionsalter bei ca. 60 bzw. 40 Prozent. Personen mit höherer Schulbildung konsultieren HausärztInnen weniger häufig als Personen mit einer Lehre als höchsten Bildungsabschluss. Tendenziell nimmt der Besuch von FachärztInnen mit dem Bildungsgrad bei Männern und Frauen zu. Männer wie auch Frauen konsultieren Haus- und FachärztInnen deutlich seltener, wenn sie nur gelegentlich ein hohes Arbeitspensum bewältigen müssen, als wenn ihr Arbeitspensum oft hoch ist. Ein erheblicher Anteil der ÄrztInnenkonsultationen könnte daher mit belastenden Arbeitssituationen im Zusammenhang stehen.

Spitals- und Ambulanzaufenthalte hatten während der letzten drei Monate jeweils etwa 5 Prozent der Wiener und Wienerinnen. Die Häufigkeit von Spitalsaufenthalten zeigt keine Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen, hingegen nehmen Ambulanzbesuche mit dem Haushaltseinkommen zu. Die oberste Einkommensgruppe suchte während der letzten drei Monate etwa doppelt so oft eine Ambulanz auf als die unterste.

Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Versorgung

Bis auf das autogene Training werden alle komplementärmedizinischen Behandlungen von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen. Unter den untersuchten Behandlungen kommt die Anwendung von Massagen am häufigsten zum Einsatz, an zweiter Stelle folgt die Anwendung homöopathischer Mittel. Die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nimmt mit steigender Schulbildung und steigendem Haushaltseinkommen stark zu – bei Frauen stärker als bei Männern.

Aktivität und regeneratives Verhalten

Berufliche Aktivität und regeneratives Verhalten

Gut zwei Drittel der Befragten bekommen meistens ausreichend **Schlaf**. Vor allem aber die jüngeren Menschen weisen einen Lebensstil auf, bei welchem sie nach ihrer eigenen Einschätzung nicht ausreichend schlafen. Dazu tragen nicht nur das Freizeitverhalten, sondern auch die Anforderungen des Berufs- und Familienlebens bei. Während in der jüngsten Altersgruppe nur jede/r Zweite meistens ausreichend schläft, nimmt dieser Anteil mit dem Alter zu und erreicht im jüngeren Pensionsalter die höchsten Werte. Bei den Männern wie auch bei den Frauen schlafen drei Viertel ausreichend, wenn sie nur selten ein hohes Arbeitspensum bewältigen müssen. Bei hoher Arbeitsbelastung schläft nur mehr jeder zweite Mann und jede zweite Frau meistens ausreichend und sogar jeder bzw. jede Zehnte schläft kaum jemals oder nie ausreichend. Das Ergebnis legt nahe, dass ein hohes Arbeitspensum für viele Menschen mit ausreichendem Schlaf und Erholung nur schwer zu vereinbaren ist. Ein weiterer Faktor für Defizite im Schlafverhalten sind Anforderungen durch Kindererziehung.

Bei Männern nimmt die durchschnittliche wöchentliche **Arbeitszeit** und damit die berufliche Aktivität mit dem Lebensalter deutlich zu. Frauen weisen generell eine um ca. 9 Stunden geringere wöchentliche Arbeitszeit auf als Männer. Dieser Unterschied dürfte auf die bei Frauen größere Belastung durch die Kinderbetreuung zurückzuführen sein. Auffällig ist, dass dennoch die Arbeitszeit der Frauen im reproduktiven Alter (Altersgruppe 25 bis 44 Jahre) etwas höher ist als jene bei den 45- bis 59-jährigen Frauen. Die Bereitschaft für einen überdurchschnittlichen Arbeitseinsatz ist in besser bezahlten und in höheren beruflichen Positionen größer als in den unteren, was nicht zuletzt mit den besseren Arbeitsbedingungen (Gestaltungsspielraum, Verantwortung, Einkommen, Ansehen, etc.) in Zusammenhang stehen dürfte. Es zeigt sich vor allem bei den Männern, dass eine in großem Maße gegebene Möglichkeit der Selbstbestimmung des Tagesarbeitsplanes mit einer überdurchschnittlich hohen Arbeitszeit assoziiert ist.

Das häufige **Bedürfnis früh schlafen zu gehen** und damit eine negative Bilanz aus Anforderungen und Ressourcen tritt bei Personen aus einkommensarmen Haushalten rund doppelt so oft auf als bei Mitgliedern der höchsten Haushaltseinkommensgruppe. Eine lange Arbeitszeit und eine hohe Arbeitsbelastung sind oft mit einem Mangel an ausreichendem Schlaf verbunden. Als eine wichtige Ressource für eine ausgewogene Anforderungs-Ressourcen-Bilanz erweist sich ein gutes soziales Netz, d. h. ausreichend tragfähige Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten. Männer und Frauen mit ausgeprägtem sozialen Netz haben nur halb so oft ein häufiges Bedürfnis nach der Arbeit schlafen zu gehen als Personen mit einem schwachen sozialen Netz.

Sozialkontakte und soziales Netz

Mehr als zwei Drittel der Frauen und Männer geben an, **im Hinblick auf ihre Gesundheit** familiäre und freundschaftliche **Kontakte** zu unterhalten. Dieser Anteil ist in allen Altersgruppen etwa gleich groß, nur unter den jüngsten und ältesten Menschen sind es um einige Prozentpunkte weniger. Aus den beiden oberen Bildungsschichten halten mehr Personen Kontakt zu Familie, Freunden, Freundinnen und Bekannten als Männer und Frauen, deren höchster Bildungsgrad ein Lehrabschluss ist. Mit zunehmend besserer finanzieller Lage wird ebenfalls öfter Kontakt zu Familie, Freunden, Freundinnen und Bekannten gehalten.

Die Analyse des Indikators **soziales Netz** nach dem Lebensalter zeigt, dass die jüngste Gruppe bei beiden Geschlechtern die höchsten Ausprägungen des sozialen Netzes aufweist. Im mittleren Lebensalter (25 bis 74 Jahre) bleibt das soziale Netz ungefähr konstant und bei Männern und Frauen in etwa gleich stark ausgeprägt. Ein deutlicher Rückgang sozialer Beziehungen ist in der höchsten Altersgruppe der älteren Pensionisten zu beobachten. Menschen aus Haushalten mit hohem Einkommen haben ein stärker entwickeltes soziales Netz als jene aus den unteren Einkommensgruppen. Ihnen stehen somit neben besseren materiellen Ressourcen auch mehr soziale Gesundheitsressourcen zur Verfügung als einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen.

Gesellschaftliche Aktivität

Zwei von drei Wienerinnen, aber nur einer von zwei Wienern besuchen keine **Vereine** oder Gruppen regelmäßig. Unter den regelmäßig besuchten Vereinen stehen bei Männern und Frauen Sportvereine an erster Stelle, an zweiter Stelle folgen Kulturvereine.

Männer zeigen sich insgesamt **politisch engagierter** als Frauen, was vor allem auf ihr größeres Engagement für Parteien zurückzuführen ist. Ähnlich wie bei der Teilnahme an Vereinen oder Gruppen haben sich zwei von drei Wienerinnen noch nie politisch engagiert, jedoch nur einer von zwei Wienern. An erster Stelle der Aktivitäten steht die Teilnahme an Demonstrationen, die von rund einem Viertel der Befragten einmal ausgeführt wurde, gefolgt von der Mitarbeit in einer Partei.

Lebensstile und Lebensstilgruppen

Die in diesem Bericht bisher untersuchten einzelnen Verhaltensweisen treten in der Bevölkerung oftmals in bestimmten Kombinationen auf. Die dadurch gebildeten Verhaltensmuster ermöglichen die Definition charakteristischer Lebensstile. Die untersuchten elf Verhaltensindikatoren konnten mittels Faktorenanalyse durch vier unabhängige Faktoren (entsprechend vier basalen Lebensstilen) erklärt werden: Lebensstil 1 (18 % Varianzanteil): unbekümmertes Risikoverhalten, Lebensstil 2 (14 % Varianzanteil): achtsames Vorbeugeverhalten, Lebensstil 3 (12 % Varianzanteil): alternativmedizinisches Verhalten, Lebensstil 4 (11 % Varianzanteil): gesellig-sportliches Verhalten. Das Verhalten jeder Person setzt sich zu ca. 50 Prozent aus einer individuellen Kombination dieser vier Lebensstile zusammen.

Mittels nachfolgender Clusteranalyse konnte die Wiener Bevölkerung aufgrund der vier Lebensstile in wiederum vier disjunkte Lebensstil-Cluster eingeteilt werden:

Die Bildung erweist sich als ein Hauptfaktor im Zusammenhang mit der Ausbildung eines Engagements für überindividuelle gesellschaftliche Anliegen. Männer mit einem hohen Anomiegrad haben rund doppelt so oft an mindestens einer Demonstration teilgenommen als solche mit einem niedrigen. Bei Teilnehmerinnen beträgt das Verhältnis sogar drei zu eins. Besonders geringe Werte für das politische Engagement finden sich bei Frauen, welche eine unqualifizierte Tätigkeit ausüben. Unter Personen mit einem sehr hohen Gesundheitsbewusstsein ist das politische Engagement weniger stark ausgeprägt als bei Männern und Frauen mit einem durchschnittlichen Gesundheitsbewusstsein. Diese Assoziation könnte im Zusammenhang mit der jeweils überwiegenden Orientierung auf individuelle oder überindividuell-gesellschaftliche Werte und Ziele stehen.

Lebensstil-Cluster 1 („**Risikotyp**“, 17 Prozent der Bevölkerung): Stark überdurchschnittliches Risikoverhalten, die anderen drei Lebensstile liegen im durchschnittlichen Wertebereich.

Lebensstil-Cluster 2 („**Sporttyp**“, 38 Prozent der Bevölkerung): Überdurchschnittlich sportlich-geselliges Verhalten bei unterdurchschnittlichen Werten im Risikoverhalten, im Vorbeugeverhalten und in der alternativmedizinischen Orientierung.

Lebensstil-Cluster 3 („**Alternativtyp**“, 13 Prozent der Bevölkerung): Stark überdurchschnittliche alternativmedizinische Orientierung bei durchschnittlichen Werten der drei anderen Lebensstile.

Lebensstil-Cluster 4 („**Vorbeugetyp**“, 33 Prozent der Bevölkerung): Überdurchschnittlich ausgeprägtes vorbeugendes Verhalten bei unterdurchschnittlichem Risikoverhalten und geringem sportlich-geselligem Verhalten.

Exkurs 1: Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen in Wien

Die zusammengestellten Ergebnisse zeigen, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen in Österreich wie in Wien stagniert (Tabakwaren und vermutlich auch illegale Drogen und Psychopharmaka) und teils sogar im Abnehmen begriffen ist (alkoholische Geträn-

ke). Verhaltensweisen und Lebensstile, auf deren Grundlage substanzbezogene Süchte entstehen können, breiten sich also nicht aus, sie gehen tendenziell sogar zurück.

Die Konsumgewohnheiten bei psychoaktiven Substanzen unterscheiden sich in **Wien** und **Österreich** erheblich. Wiener und Wienerinnen konsumieren alle diskutierten Substanzen intensiver als Österreicher und Österreicherinnen: Sie trinken und rauchen mehr und häufiger, sie gebrauchen mehr und häufiger Medikamente im Allgemeinen und Psychopharmaka im Besonderen, und sie probieren und konsumieren auch mehr illegale Drogen. Die bessere Erhältlichkeit spielt eine wichtige Rolle für den intensiveren Konsum: Das Angebot aller Substanzen ist in der Großstadt mannigfaltiger, leichter zugänglich und zumindest partiell vermutlich auch billiger. Des Weiteren ist an die besonderen Lebensbedingungen in der Großstadt zu denken, die einerseits an Genuss orientiertes Verhalten begünstigen, andererseits aber auch besondere Belastungen mit sich bringen, die den Griff zu „Sorgenbrechern“ fördern. In diesem Zusammenhang sind die geringere Dichte informeller Kontrollen und die größere Anonymität zu nennen, wie der geringere Grad an sozialer Eingebundenheit und die gesteigerte Möglichkeit, aber auch die Unverbindlichkeit von sozialen Kontakten. Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass Wien eine besondere Bildungs- und Berufsstruktur aufweist und sich auch in anderen grundlegenden Sozialparametern von Österreich insgesamt unterscheidet, die bekannterweise mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zusammenhängen.

Die Unterschiede zwischen den Konsumgewohnheiten der Wiener und Wienerinnen und jenen der Österreicher und Österreicherinnen insgesamt sind allerdings im Abnehmen begriffen: Dies ist wohl auf die Angleichung des (Substanz-)Angebotes in Wien und in Österreich insgesamt zurückzuführen, wie auch auf die zunehmende Angleichung der Lebensbedingungen und Lebensstile im urbanen und ländlichen Bereich. Der Psychopharmakagebrauch dürfte von diesen Aussagen jedoch auszunehmen sein, obwohl einschränkend anzumerken ist, dass es die vorliegenden Daten nicht zulassen, Aussagen über längerfristige Entwicklungen zu treffen.

Die Konsumgewohnheiten bei psychoaktiven Substanzen unterscheiden sich nicht nur maßgeblich im urbanen und im ländlichen Raum, sie unterscheiden sich auch maßgeblich nach **Geschlecht**: Frauen und Männer trinken und rauchen unterschiedlich, und sie entwickeln unterschiedliche Gewohnheiten beim Gebrauch von Psychopharmaka und von illegalen Drogen.

Mit Ausnahme der Psychopharmaka „nehmen Männer immer mehr“: Dies bezieht sich nicht nur auf den höheren Anteil der männlichen Gebraucher der jeweiligen Substanzen, sondern auch auf die Konsumstile: Männer bevorzugen durchgehend die wirksameren Substanzen, und sie konsumieren auch „härter“, was die Mengen, die Häufigkeiten, die erzielten Substanzwirkungen – wie zum Beispiel Berausung – und was das Risiko und die soziale Auffälligkeit der Konsumkontexte betrifft. In Wien allerdings ist das Konsumverhalten von Frauen und Männern traditionell ausgeglichener. Haben sich hier die Frauen den Männern oder haben sich die Männer den Frauen angeglichen?

Die Frage ist nicht einfach zu beantworten. „Man kommt einander entgegen“ könnte die zusammenfassende Antwort lauten. Eine genauere Befragung der Daten allerdings zeigt, dass dies je nach Substanz unterschiedlich geschieht: Sind es beim Alkoholkonsum vor allem die Wiener, die den Wienerinnen entgegenkommen, nähern sich beim Rauchen vor allem die Wienerinnen den Wienern. Die illegalen Drogen und die Psychopharmaka sind von der großstädtischen Annäherung aber ausgeschlossen: Das vergleichsweise egalitäre Geschlechterverhältnis bei den illegalen Drogen ist in der Großstadt nicht ausgeglichener als im gesamten Bundesgebiet und der Überhang der Frauen beim Psychopharmakakonsum nicht ausgeprägter. Die großstädtische Egalität beschränkt sich auf den Gebrauch von Substanzen, die traditionell in der Rubrik „Genussmittel“ zusammengefasst werden. Die genannten Eigenheiten der Großstadt – wie unter anderem leichtere Erhältlichkeit, größere Anonymität und geringere informelle Kontrollen – dürften es den Frauen erleichtern, ihren Genuss jenem der Männer anzunähern – was natürlich auch die Zunahme der mit diesem Genuss verbundenen Folgeprobleme, inklusive der substanzbezogenen Krankheiten, bedingt. Die großstädtischen Angebote erleichtern aber gleichzeitig auch den Männern, ihr Gesundheitsverhalten jenem der Frauen anzunähern. Ein wesentlicher Faktor hierfür ist das vielfältigere Angebot und die größere Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten.

Ein Ende der Annäherung des Konsums von alkoholischen Getränken und von Tabakwaren bei Wienerinnen und Wienern ist zur Zeit nicht absehbar, und zunehmend ist eine verwandte Entwicklung bei allen Östreichern und Österreicherinnen zu beobachten: Konsumentwicklungen – zu denen auch neue Konsummoden

zu zählen sind – setzen sich in Wien frühzeitiger und prononcierter durch als im gesamten Bundesgebiet. Ausgenommen von der Annäherung der geschlechtsspezifischen Konsumstile scheinen allerdings die illegalen Drogen und die Psychopharmaka zu sein. Bemerkenswert ist, dass beide Gruppen von Substanzen auf eigenen Märkten vertrieben werden. Psychopharmaka werden im Rahmen des medizinischen Systems abgegeben und damit in einem professionell und staatlich/öffentlich geregeltem Bereich, in dem – folgt man den Konsumdaten – traditionelle Geschlechterrollen konserviert zu werden scheinen. Die so genannten „verbotenen“ Drogen hingegen unterliegen den Gesetzen des schwarzen Marktes und der Illegalität, die selbst die Geschlechterrollen außer Kraft zu setzen scheinen. Allerdings nur auf der „untersten“ Konsumebene: die „härteren“ Konsumstile bleiben auch hier den Männern vorbehalten, und zwar um so mehr, je härter die Substanzen werden.

Die Annäherung der geschlechtsspezifischen Konsumgewohnheiten in Wien bleibt also beschränkt auf einzelne psychoaktive Substanzen – die Genussmittel – und sie erfasst die Konsumgewohnheiten nicht zur Gänze. Die „harten“ Konsumstile, d. h. vor allem: Die risikoreichen und sozial auffälligen Konsumstile bleiben Sache der Männer. Und da sich in Großstädten immer auch Nischen für die Illegalität und den schwarzen Markt ausbilden, werden im urbanen Bereich nicht nur Gebrauchsgewohnheiten von Männern gefördert, die stärker an den gesundheitsbewussteren der Frauen orientiert sind, sondern am Rande, unbeabsichtigt und ungeplant, auch traditionelle männliche, harte und risikoreiche Konsum- und Lebensstile evoziert.

Exkurs 2: Gesundheitsförderungsprogramm „Ein Herz für Wien“

Der Exkurs „Gesundheitsförderungsprogramm ‚Ein Herz für Wien‘“ gibt einen Überblick über das seit 2001 laufende Programm zur Reduzierung der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mittels Lebensstiloptimierung. Dieses besteht aus einer Fülle von Teil-

projekten, wie Bewegungs-, Ernährungs- und Blutdruckprojekten. „Ein Herz für Wien“ soll auf defizitäres Gesundheitsverhalten aufmerksam machen und die Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil motivieren.

SUMMARY: LIFESTYLES IN VIENNA

Sample Size, Introduction

The report “**Lifestyles in Vienna**” is based on data from the Vienna Health and Social Survey, which was conducted in two phases in the winters of 1999/2000 and 2000/2001. The target population was the Viennese resident population aged 16 or over; the sample size was 4,019 persons.

The analyses in this report are based on the hypothesis that health relevant behaviour of the individual is determined by various systems: internal resources (anomie, sense of coherence, quality of life), social resources and opportunities (income, level of education, professional position, workload, stress, financial situation, etc.) and state of health (subjective state of health, intensity of health problems, number of chronic diseases). Therefore all forms of health relevant behaviour discussed in this

report (consumption of alcohol and nicotine, nutrition, physical activity and Body Mass Index, health behaviour, use of medical services, activities and recreational behaviour) were not only stratified by age and gender, but also – where applicable – by the variables of social and internal resources and state of health. The final chapter “Lifestyles and Lifestyle Categories” includes a definition of health lifestyle types and a calculation of their distribution in the population of Vienna.

The report “Lifestyles in Vienna” is complemented by two excursuses: Excursus 1 describes **gender differences in the consumption of psychoactive substances in Vienna**, and the second presents the health promotion programme “**Ein Herz für Wien**” (A Heart for Vienna).

Alcohol Consumption and Smoking

The **consumption of beer** is significantly more widespread among men than among women. Men drink beer more frequently and in significantly higher amounts than women. Particularly many men aged 45 to 59 drink beer every day. Of women, adolescent and young women consume beer most frequently. These figures are, however, put into perspective by the fact that three in four young women do not drink beer at all.

With a better financial situation, both men and women drink more beer. An extensive social network also increases the consumption of beer.

Interestingly, a high workload corresponds to less frequent beer consumption than a low workload for both genders. Men with a high workload, however, consume a larger amount of beer per day than those with no or a low workload.

The daily **consumption of wine and sparkling wine** increases significantly with age. This increase can be seen in both men and women; the daily consumed volume for women, however, is clearly below that of men. As with beer, a higher degree of education and higher income correlate positively with an increased consumption of wine and sparkling wine. Daily consumption is also highest among university graduates and in the highest

income segment. An extensive social network is not only linked to an increased consumption of beer, but also of wine and sparkling wine. Men with a poor subjective state of health drink wine and sparkling wine more frequently, while for women it is the opposite – if they feel less healthy, they also drink less.

Average alcohol consumption per day shows that men drink significantly more than women, and that women consume more with a rising level of education, while of men, those who have completed an apprenticeship drink most. Alcohol consumption also increases continuously in volume with the level of income for both genders, and a low level of job satisfaction increases only the amount consumed by men. An averagely good integration into a social network means higher alcohol consumption for men, while for women, consumption increases with a poor social network. A high stress level also increases alcohol consumption for men; this does not hold true for women. A good sense of coherence decreases consumption for both genders and can therefore be regarded as a protective factor.

Sources of permanent **nicotine exposure** are active smoking, and passive smoking due to a household member. This holds true especially for members of the youngest age group, who frequently live in households with up

to three smokers. Additionally, more than half of all adolescents smoke daily. A low level of education is associated with higher exposure to tobacco smoke in the household and with the highest rate of active smoking for both genders. Smoking in the household decreases satisfaction with housing, and when the level of satisfaction with housing is low, more people in the household smoke.

The percentage of **persons who smoke every day** decreases with age and a higher level of education, while poor job satisfaction increases the smoking rate. Financial problems, a high level of anomie, and everyday stress also increase the frequency of smoking. The highest percentage of smokers is found among men who assess their own health poorly; only chronic diseases tend to decrease daily smoking for both men and women.

Nutrition

As a **general tendency**, healthy nutrition is more prevalent among women than men in most aspects considered in the survey and in all age groups. Positive nutritional behaviour also increases with age. These general tendencies cannot only be identified for overall indicators, but also for individual important foodstuffs, such as carbonated beverages (e.g. Coca Cola, Sprite). Among women, there is a tendency to eat less meat, meat products, and white bread, and more vegetables (both cooked and raw), more fruit, and more wholemeal products. With age, consumption of fish and fruit increases, while that of meat and sweets decreases.

There is a marked tendency for the quality of nutrition to increase with the **level of education**. Male university graduates are a marginal exception here; their nutrition is slightly poorer than that of persons with secondary schooling. The level of education influences nutritional behaviour overall as well as for individual food groups: a

The **average number of cigarettes per day** is considerably higher for men than for women, with the age group 45 to 59 at the top of the table. Men with an apprenticeship as their highest level of education reported the highest daily cigarette consumption; the amount decreases with a higher level of education. High income, increasing workload and a poor social network also increase the amount of cigarettes consumed by smokers.

Smoking starts at an increasingly early age; while older smokers started smoking at or around age 20, adolescents today start smoking at an average age of 15 years. Adolescents and elderly persons, however, also have tried most often to quit smoking or to limit the amount of cigarettes they smoke. A poor financial situation also makes smokers try to quit more frequently. No conclusions can be drawn as to correlations with the level of education.

higher level of education corresponds to a decreased consumption of fat, sugar, sugary beverages, meat and meat products, whereas the consumption of wholemeal products increases.

The overall **indicator healthy nutrition** is strongly linked to a higher household income, better job satisfaction, a more extensive social network, less everyday stress, a lower level of anomie and a better subjective state of health. Vice versa, the consumption of more fats and sugars is associated with a lower household income, lower job satisfaction, more stress, a worse financial situation and a higher degree of anomie.

These results help document the dependencies of nutritional behaviour on the period of life, gender, social stratum and other personal and social resources relevant for health promotion projects.

Physical Activity and Body Mass Index

The indicators used for measuring **physical activity** were sweating and exercise. Overall, men are physically more active than women. Young men (16 to 24 years) work out intensely most often. The gender gap is particularly pronounced in this age group. The most active women are in the age group 25-44. The indicator “physical activity” correlates positively with education for both genders. A linear trend can also be identified regarding physical activity and social networks; people with an extensive social network are more likely to exercise (nearly) every day or several times a week. The same applies – with only insignificant deviations – to income, subjective financial situation and job satisfaction. In summary, a number of personal resources correlate positively with physical activity.

The **Body Mass Index** was analysed by categories as well as by average values. The average Body Mass Index increases with age for both men and women and only drops slightly from age 75 onwards. The average BMI for men and women up to age 44 is in the normal range. In the age group 45 to 59, both genders are slightly overweight on average. Women generally have a lower BMI than men.

Health Relevant Behaviour

Health attitude and health information behaviour

Most men (98 percent) and women (97 percent) believe they can at least probably **influence their state of health** through their own behaviour. This attitude increases dramatically with the level of education. This underlines the high significance of education as one of the factors that have the strongest influence on the difference in state of health between the social strata. The feeling of being in control of the own health also increases with income and a better state of health.

Positive health attitude increases with age. Persons with chronic diseases are more likely to take care of their health, which partly explains the positive correlation between age and health attitude. Health attitude also increases with disposable income. A lack of health attitude is often found in younger persons and persons with a high level of anomie.

For women, the BMI decreases with increasing school education, while for men, it only starts decreasing with a completed apprenticeship. Men with compulsory schooling only have approximately the same average BMI as male university graduates. The mean BMI decreases for women with higher income, while for men, this trend is reversed – their BMI increases until the second-highest income category and only decreases slightly in the highest. Women with an extensive social network have a lower BMI than those with a poor social network. This does not hold true for men; the group with the best social network has a higher average BMI than those with poorer networks.

These gender differences are significant, for they show very clearly that men and women use their resources in a different, often completely opposite way. If these results are complemented with the perspective of gender-differentiated dietary behaviour – and its dependence on resources - we find interesting and probably worthwhile areas for intervention for targeted health promotion and preventive health care programmes.

The interest in **health related information** increases significantly with age. It is higher for women than for men and significantly higher in the upper income segments and levels of education than in the lower segments. Persons suffering from chronic diseases also seek more information than persons in good health.

For persons in good health, the most important **sources of information** on health related issues are written media, such as newspapers, magazines, books and brochures, followed by radio and television, then in third place their physician, and friends and relatives in fourth place. A higher level of education increases the use of written sources of information, while the relevance of radio and television decreases slightly. Persons suffering from chronic diseases prefer their physician as source of information. Pharmacists are consulted very rarely in health related issues.

Positive health behaviour

There are only minor gender differences in health practices. Figures for **positive health behaviour** are slightly more favourable for women than for men. Health practices and positive health behaviour increase significantly with age, level of education, income and quality of life. Higher job satisfaction, better integration into social networks and a low level of anomie can be considered important resources for active health promotion. Young women and women with a low level of education and low income form the largest group of persons who have at some point tried to influence and promote their state of health but have then given it up again.

Positive health behaviour in Vienna consists mainly of physical activity, social contacts and healthy nutrition. While **physical activity** decreases significantly with age for men, this does not hold true for women. Physical activity increases with income for both genders. **Healthy nutrition** increases with age and income. Among women, the age groups 25 to 44 (frequently motherhood) and 74 years and over, in particular, try to eat healthy. **Social contacts** with family, friends and the community decrease with age for both men and women and are particularly important to women aged 25 to 44. Higher income also has a positive influence on the amount of social contacts. Approximately half of all men and women consider **sleeping enough** and **not smoking** very important. The percentage of non-smokers increases significantly with age. Attempting to avoid stress also becomes more frequent with age; only in the above 74 age group does it lose some of its importance. **Abstaining from alcohol** is not considered very important in positive health behaviour. Young men and women as well as women in the two oldest age groups are abstinent most often. The percentage of people who do not drink alcohol decreases significantly with higher income.

Preventive health behaviour

The percentage of women regularly undergoing **preventive health examinations** increases strongly up to the 45 to 59 age group and then drops significantly in the older age groups. The highest figures for men are in the

60 to 74 age group, and there is – in contrast to women – only a moderate decrease in the oldest age group. The significantly lower participation rate of women and, particularly, of men with the lowest level of education (compulsory schooling) in preventive health examinations indicates a need for action by public health policy concerning this target group.

With increasing level of education, women have a **pap smear** performed more frequently. While approximately 72 percent of women with secondary schooling or a university degree had this examination performed in the year preceding the survey, only 43 percent of women with compulsory schooling did so.

The percentage of women who had a **mammogram** performed in the year preceding the survey is highest in the 45 to 59 age group (57 percent). In the following age groups, the rate drops, and the intervals between examinations become longer. Women with compulsory schooling and women in the lowest income bracket had by far the lowest frequency of mammograms.

With age, men have a **prostate examination** performed more often. Approximately half of the men aged 60 and over underwent this examination in the year preceding the survey. It is conspicuous that only 15 percent of men with compulsory schooling had the examination performed in the last year, and that nearly two in three in this group have never had a prostate examination performed. The lowest income bracket shows similarly low values, whereas nearly twice as many men in the highest income bracket had a prostate examination performed in the last year.

A **supplementary insurance** to complement the mandatory health insurance is effected significantly more often by men than by women. Men aged 25 to 59 take out an additional health insurance most often (38 percent). The higher the household income, the more frequently both men and women have supplementary health insurance – one in two men and approx. 40 percent of women in the highest income bracket. In the lowest income bracket, only 14 percent of women and one in five men have an additional health insurance.

Use of Medical Services

Clinical medicine

In the three months preceding the survey, general practitioners were consulted more often than any other **physicians**, by approximately 40 percent of both men and women. With age, the frequency with which persons consult general practitioners and specialists increases and then remains stable at 60 (GPs) and 40 percent (specialists) when retirement age is reached. Persons with a high level of education consult general practitioners less often than persons with an apprenticeship as their highest level of education. With increasing level of education, both men and women tend to consult specialists more often. Both genders consult general practitioners as well as specialists significantly less frequently if they only occasionally have a high workload than persons who often have a high workload. This points to the possibility that a considerable percentage of consultations might be linked to straining labour situations.

Work and Recreational Behaviour

Work and recreation

More than two thirds of the sample normally get enough **sleep**. Young people in particular reported a lifestyle due to which they do not sleep enough. This is not only due to leisure activities, but also to the demands of work and family life. While in the youngest age group, only one in two get enough sleep, this proportion increases and reaches its height with early retirement age. Three in four of both genders sleep enough if they do not often have a high workload. Only one in two men and women with a high workload normally get enough sleep, and some ten percent say they hardly ever sleep enough. This result indicates that a high workload makes it difficult for many people to get enough sleep and to have time for recreation. Another reason for a lack of sleep is childcare.

For men, the average **working hours** per week and therefore the energy invested in working increase significantly with age. Women generally work 9 hours less per week than men. This difference is probably due to the higher burden childcare places on women. Interestingly, the average working time is still slightly higher for wom-

en. Some 5 percent of Viennese men and women were in **hospital** or went to an **outpatient clinic** during the last three months. The frequency of hospital stays shows no dependence on household income. Visits to outpatient clinics, however, increase with growing household income. During the last three months, the highest income bracket visited outpatient clinics approximately twice as often as the lowest.

Complementary medicine

With the exception of autogenic training, all forms of complementary treatment are used by women more frequently than by men. Out of all treatments surveyed, massages were used most often, followed by homeopathic medicines. The use of complementary treatments increases greatly with increasing level of education and household income, more so for women than for men.

en of reproductive age (25 to 44 years) than for women in the 45 to 59 age group. Persons in higher and better paid positions are more prepared to work more than the average than people in lower position, which is probably largely due to better working conditions (higher autonomy, responsibility, income, recognition, etc.), for particularly for men, a high degree of self-determination at the work place concerning task schedules and hours is associated with above-average working hours.

Persons from low-income households feel the **need to go to bed early** twice as often than persons in the highest income segment – thus having a negative balance of demands and personal resources. Long working hours and a high workload are often linked to a lack of sleep. An important resource for a balanced demand-resource ratio is an extensive social network, i.e. sufficient stable contacts with relatives, friends and the community. The percentage of men and women with an extensive social network who frequently want to go to sleep directly after work is only half as high as among persons with a poor social network.

Social contacts and social network

More than two in three of both men and women report **contact** with their family and friends, and also see this as a **health resource**. The percentage varies little between the age groups; only the youngest and oldest age groups have slightly lower figures. Members of the two highest educational strata have more and closer contacts with their family, friends, and the community than men and women with an apprenticeship as their highest level of education. A better financial situation also correlates positively with more frequent contacts with family, friends and the community.

An analysis of the indicator “**social network**” by age shows that the youngest age group has the most extensive social networks for both genders. Between ages 25 and 74, the social network remains relatively stable and equally strong for both men and women. Social contacts decline significantly in the oldest age group. Persons living in high-income households have a more extensive social network than persons in the lower income brackets. They therefore not only have better material resources, but also more social health resources than the low income segments.

Lifestyles and Lifestyle Categories

The individual behaviours analysed in this report often occur in certain combinations in individuals. The thus formed behaviour patterns help us define characteristic lifestyles. Using factor analysis, the 11 behaviour indicators could be explained through four independent factors (corresponding to four basic health lifestyles): health style 1 (18% variance proportion): risk behaviour; health style 2 (14% variance proportion): cautious preventive behaviour; health style 3 (12% variance proportion): alternative medicine-oriented behaviour; and health style 4 (11% variance proportion): physically active, sociable behaviour. The behaviour of a person consists to approx. 50 percent of an individual combination of these four health styles.

Using cluster analysis, the Viennese population was then divided into four disjunctive health style clusters:

Social activities

Two in three Viennese women, but only one in two Viennese men do not regularly participate in **clubs** or social groups. Sports clubs are the clubs both men and women most frequently visit regularly, followed by cultural clubs.

On the whole, men are **politically more active** than women, especially in political parties. Just as with clubs and social groups, two in three Viennese women have never been politically active, while for men, the figure is one in two. The most common activities are political demonstrations – approximately one in four have participated in one -, followed by activities within the framework of a political party. The level of education appears to be the key factor in commitment for issues that concern the society as a whole. Men with a high level of anomie have participated approximately twice as often in at least one demonstration as those with a low level of anomie. For women, this ratio even is three to one. A very low level of political activity can be found among women in unskilled positions. Persons with a particularly pronounced positive health attitude are politically less active than those with a moderate health attitude. This could be due to a difference in orientation either toward individual or toward societal and common values and goals.

Health style cluster 1: (“**risk type**”, 17 percent of the population): risk behaviour well above average, the other three health styles average.

Health style cluster 2: (“**sports type**”, 38 percent of the population): physically active, sociable behaviour above average, risk, preventive and alternative medicine-oriented behaviours are below average.

Health style cluster 3: (“**alternative type**”, 13 percent of the population): well above-average orientation on alternative medicine, average values for the other three health styles.

Health style cluster 4: (“**preventive type**”, 33 percent of the population): above-average preventive behaviour, below-average risk behaviour and low physically active, sociable behaviour.

Excursus 1: Gender Differences in the Consumption of Psychoactive Substances in Vienna

The present results show a stagnation of consumption of psychoactive substances in Vienna as well as in Austria as a whole (tobacco, and probably illegal drugs and antipsychotic drugs, as well) or even a decline (alcoholic beverages). Behaviours and lifestyles that could lead to substance-related addiction are therefore not spreading, but rather declining.

Consumption patterns of psychoactive substances differ greatly between Vienna and the whole of Austria. The Viennese consume all discussed substances more intensely than Austrians on average: They drink and smoke more and more frequently, they take pharmaceuticals in general and antipsychotic drugs in particular more often and in larger amounts, and they also try and consume more illegal drugs. Easier availability is an important factor for more intense consumption: the supply of all substances is more varied in the capital, they are more easily accessible and, in some cases, probably cheaper. Additionally, the particular living conditions of a large city have to be taken into account, which favour consumption-oriented behaviour on the one hand and entail particular strains on the other hand, increasing the desire for a substance to “take your worries away”. In this context, the lower frequency of informal controls and higher anonymity are worth mentioning, as are the low degree of social integration and the possibility of more, but less committed, social contacts. And finally, Vienna also has a particular educational and employment structure and also differs from the Austrian average in other fundamental social parameters that are known to be associated with consumption of psychoactive substances.

The differences between the Viennese and the Austrian population as a whole, however, are declining. This is probably due to a levelling of substance supply in Vienna and Austria as a whole as well as the increasing alignment of living conditions and lifestyles in urban and rural areas. The use of antipsychotics, however, is probably an exception, even though the present data do not permit long-term predictions.

Not only are there significant differences in consumption patterns between the urban and rural areas, but also between the genders. Men and women have different drinking and smoking patterns, and they develop different behaviours in the use of antipsychotic and illegal drugs. With the exception of antipsychotics, men gener-

ally consume more – not only do more men than women consume a given substance, but there are also differences in their consumption style: men prefer the more potent substances, and their consumption style is “harder” concerning amount, frequency, effects – intoxication – as well as risk and socially deviant consumption contexts. In Vienna, however, consumption patterns of men and women have always been more comparable than elsewhere. The question remains whether women have adjusted their behaviour to that of men, or vice versa.

This question is not easily answered. “They meet in the middle,” we might summarize it shortly. A more exact analysis of our data, however, shows that this differs from one substance to the other: While Viennese men now drink less alcohol, thus reducing the gap, the situation is the opposite with tobacco – women now smoke more. There has, however, been no comparable development for illegal drugs and antipsychotics – the relatively equal sex ratio in the use of illegal drugs in Vienna is no different from the Austrian average, and while women consume more antipsychotics, their percentage is no higher in Vienna than in Austria as a whole. The more equal ratio in the city is limited to substances traditionally labelled as “luxury goods” – tobacco and alcohol. The particular living conditions of a large city mentioned above – e.g. easier availability, higher anonymity and less informal controls – apparently make it easier for women to equal the consumption of men, which naturally also leads to an increase of the resulting problems, including substance-related health problems and illnesses. The possibilities of a large city, however, also make it easier for men to adapt their health behaviour to that of women. The wide range of possibilities and the easier availability of health care services are a key factor.

The tendency towards a levelling of consumption of alcoholic beverages and smoking among Viennese men and women will continue in the foreseeable future, and a similar development can increasingly be identified for Austria. Consumption trends – including new “fashions” – apparently come to Vienna earlier and in a more pronounced way than to the rest of Austria. Illegal drugs and antipsychotics, however, apparently are an exception to this levelling of gender-specific consumption patterns. It is important to note that these two groups of substances each have their own market. Antipsychotics are prescribed and sold in the framework of the public health

care system, i.e. on a publicly controlled market, on which - according to the consumption figures - the traditional gender roles are still preserved. The so-called “illegal” drugs, on the other hand, are subject to the laws of the black market and illegality, where traditional gender roles lose their relevance. This only applies to the least harmful level of use: “hard” use of drugs is still dominated by men.

The levelling of gender-specific consumption patterns in Vienna is thus limited to individual psychoactive sub-

stances - luxury goods -, and even there it does not include all patterns. “Hard” use of substances, risky and socially deviant behaviour in particular, is mainly male behaviour. And as illegality and the black market always find their place in large cities, urban lifestyle not only promotes an increased health behaviour of men, who orient themselves on the more health-conscious women, but it also evokes, as an unintended side-effect, traditional male, hard and risky consumption patterns and lifestyles.

Excursus 2: A Heart for Vienna – The Health Promotion Programme “Ein Herz für Wien”

The excursus “A Heart for Vienna - The Health Promotion Programme “Ein Herz für Wien”” presents an overview of this programme for the reduction of risk factors for cardiovascular diseases through lifestyle optimisation, started in 2001. It consists of a number of individual

projects, focussing on physical activity, nutrition, blood pressure, etc. This project is a response of the policy makers of Vienna to deficiencies in health behaviour and is aimed at promoting a healthier lifestyle for the population.

**I.
THEORIE, METHODEN UND
STICHPROBE**

***THEORY, METHODS,
SAMPLE***

1	THEORIE, METHODEN UND STICHPROBE	43
1.1	THEORETISCHES KONZEPT	43
1.1.1	Gesundheitsrelevantes Verhalten	43
1.1.2	Gesundheitsverhalten und Lebensphasen	43
1.1.3	Gesundheitsverhalten, soziale Schicht und Geschlecht	44
1.1.4	Das Herz-Kreislauf-Risikofaktorenmodell	45
1.2	LEBENSSTIL UND SOZIALE DIFFERENZIERUNG	46
1.2.1	Der Begriff Lebensstil	46
1.2.2	Die Entstehung des Lebensstilbegriffes	48
1.2.3	Eine komplexe Lebensstiltheorie nach Pierre Bourdieu	48
1.3	GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	49
1.3.1	Gesundheitsberichterstattung	49
1.3.2	Der Begriff Gesundheit	50
1.3.3	Gesundheit und soziologische Determinanten	51
1.3.4	Gesundheit und soziale Lage	52
1.3.5	Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung	53
1.4	GESUNDHEITSRELEVANTE LEBENSSTILE	54
1.5	ARBEITSMODELL	56
1.6	STUDIENDESIGN UND STICHPROBENERHEBUNG	56
1.6.1	Statistisch-epidemiologische Datenanalyse – Methoden	57
1.6.2	Generierung der Gesundheitsindikatoren	57
1.6.3	Darstellung der Ergebnisse	58

1 THEORIE, METHODEN UND STICHPROBE

1.1 Theoretisches Konzept

1.1.1 Gesundheitsrelevantes Verhalten

Mit Gesundheitsverhalten werden alle Verhaltensweisen bezeichnet, die die körperliche Gesundheit tatsächlich oder nach der Überzeugung des handelnden Individuums beeinflussen, indem das Risiko oder der zu erwartende Schweregrad einer Erkrankung erhöht oder gemindert werden (SUTTON, 2001). Damit schließt der Begriff sowohl gesundheitsfördernde und -erhaltende Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität, Hygiene, gesunde Ernährung oder Impfungen als auch Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Drogenmissbrauch oder exzessive Sonnenexposition ein (SNEIHOTTA, 2002). Unter dem Begriff Gesundheitshandeln werden im Allgemeinen komplexere vielschichtigere Verhaltensmuster – so genannte Patterns – die Gesundheit betreffend verstanden, wobei in der gegenwärtigen Literatur Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln nicht klar voneinander abgegrenzt, zum Teil auch als Synonyme verwendet werden.

Das, was sich der Einzelne unter Gesundheit und Krankheit vorstellt, ist durch das rationale Denken der Medizin mitgeprägt; diese Vorstellungen nehmen aber auch je nach sozialer Zugehörigkeit – der Zugehörigkeit zu einer Klasse, einem Geschlecht, einer Kultur oder einer Religion – unterschiedliche Formen an.

1.1.2 Gesundheitsverhalten und Lebensphasen

Über die Altersphasen hinweg differieren die Gesundheitsverhaltensweisen eines Individuums systematisch in Abhängigkeit von Entwicklungsprozessen und den jeweiligen Lebensbedingungen. Altersbezogen verändern sich auch die Konsequenzen, die Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen für Erkrankungswahrscheinlichkeit, Wohlbefinden und Mortalität haben. Einerseits kann zum Beispiel eine gewisse Menge Alkohol für einen jugendlichen Autofahrer eine lebensbedrohliche Verkehrssituation bedingen, andererseits für eine Person mittleren Alters gesundheitsfördernd sein, da moderate Mengen von Alkohol nach gegenwärtigem Erkenntnisstand das Risiko koronarer Herzkrankheiten verringern (KNÄUPER, 2002).

In der Kindheit erlerntes Gesundheitsverhalten wird vielfach ein Leben lang beibehalten und stabilisiert. Das Lernen am Modell der Eltern beispielsweise ist somit von großer Bedeutung für die gesamte weitere Gesundheitsverhaltensbiografie des Kindes (OERTER, 1995). Dies gilt für die Einstellungen zur Ernährung, zum Rauchen, Alkohol, Sport, Umgang mit Stress u. v. a. m. Das Modell der Eltern beeinflusst ebenso die zukünftige kognitive Konstruktion von Gesundheit und Krankheit und hat somit Implikationen für das lebensandauernde Gesundheitsverhalten.

Die Lebensphase des Jugend- und jungen Erwachsenenalters ist durch Ausprobieren und Erlernen neuer Handlungsweisen und durch Risikoverhalten bestimmt. Der Umgang mit Risiko hat eine wichtige Funktion für die Identitätsbildung. In diesem Sinne experimentieren viele Jugendliche mit legalen (Alkohol, Nikotin) und illegalen (z. B. Marihuana) Drogen und differenzieren ihre Sexualität aus. Viele Studien zeigen, dass Jugendliche die potenziellen Langzeitfolgen von Risikoverhalten größtenteils ignorieren. Dies scheint plausibel, da ein Großteil dieses Verhaltens keine direkten negativen Konsequenzen hat, zum Teil wird damit kurzfristig Lustgewinn erzeugt. Diese Verhaltensweisen werden erst, wenn überhaupt, nach mehreren Jahrzehnten zu manifesten Gesundheitsproblemen. Man nimmt generell an, dass Risikoverhalten, welches in jüngeren Lebensjahren seinen Anfang nimmt, etwa 70 Prozent der chronischen Krankheiten im Alter erklären können (FRIES, 1989). Entsprechend den kurzfristig orientierten Motiven von Jugendlichen haben sich Aufklärungskampagnen, die auf die langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen von Nikotin- oder Alkoholkonsum abzielen, in dieser Altersgruppe als eher ineffektiv erwiesen (SILBEREISEN, 1997).

Das mittlere Erwachsenenalter geht mit einer Vielzahl von körperlichen Veränderungen und gesundheitsbezogenen Lebensereignissen einher, so z. B. Schwangerschaft und Menopause bei Frauen. Im Gegensatz zur Jugend wird für Personen im mittleren Alter der Zusammenhang zwischen Gesundheits- oder Risikoverhalten und dessen Auswirkungen auf ihre Gesundheit klarer erlebbar.

Diese Altersgruppe hat im Allgemeinen höhere finanzielle Ressourcen als andere Altersgruppen zur Verfügung, um sich eine bessere Ernährung und bessere medizinische Versorgung leisten zu können. Gleichzeitig ist diese Altersspanne bereits durch eine langsame Verschlechterung der Gesundheit charakterisiert. So ist bereits ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen und Krebs gegeben. Personen in dieser Lebensphase bemerken eine Abnahme ihres Aktivitätspotenzials. Das Aufgeben von Risikoverhaltensweisen und die Annahme positiver Gesundheitsverhaltensweisen stößt gerade in diesem Altersspektrum auf fruchtbaren Boden.

Die Korrelation zwischen Gesundheitsverhalten und den Folgen für Wohlbefinden und Gesundheit ist im höheren Alter unmittelbar und direkt (LEVENTHAL & PROCHASKA, 1986). Aufgrund des geschwächten Immunsystems stellen ein ungesundes Essverhalten, übermäßiger Alkohol- oder Nikotinkonsum oder auch eine Grippe ein sehr viel höheres Risiko für die Gesundheit eines älteren Menschen dar.

Viele Studien können Belege liefern, wonach lebenslanges gesundheitsförderliches Verhalten die Lebenserwartung erhöht (FRIEDMAN et al., 1995). Häufig jedoch erkennen Personen erst im höheren Lebensalter den Zusammenhang zwischen Risikoverhalten (Ernährungsdefizite, Bewegungsmangel, Rauchen) und Gesundheit, und auch oftmals erst durch das Eintreten einer schwerwiegenden Erkrankung (z. B. Herzinfarkt). Häufig zieht ein solches Ereignis Versuche zur Verhaltensänderung nach sich. Die Modifikation von Verhaltensgewohnheiten wird um so schwieriger, je länger eine solche Gewohnheit gepflegt wurde. Maßnahmen zur Verhaltensänderung bedürfen aufgrund dessen immer einer altersabhängigen Konzeption.

1.1.3 Gesundheitsverhalten, soziale Schicht und Geschlecht

Es existieren vielfältige Vorstellungen und kognitive Konstruktionen von Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung. Diese Differenzen sind sozial bedingt, durch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, einem Geschlecht, einer Kultur oder einer Religion, etc. Zur Beschreibung der Entstehung von derartigen Unterschieden greift man auf den soziologischen Begriff der Beziehung zum Körper und zur Gesundheit zurück. Er umfasst sämtliche Wahr-

nehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen, durch die der Mensch zum Ausdruck bringt, was ihm sein Körper bedeutet und wie er ihn einsetzt. Eine klassische Anwendung dieses Begriffs findet sich bei BOLTANSKI (1968). Er unterscheidet zwischen reflexiven und instrumentalen Haltungen gegenüber dem Körper und der Gesundheit.

Eine reflexive Beziehung zur Gesundheit besteht dann, wenn der Mensch die Zeichen und Symptome seines Körpers stets aufmerksam verfolgt und in diesem Sinne einen ständigen Dialog mit seinem Körper führt. Er horcht auf, wenn der Körper eine Botschaft sendet und entziffert die Hinweise auf eine etwaige Veränderung oder Störung. Mit der Möglichkeit einer Erkrankung wird gerechnet. Die Krankheit ist in den üblichen Umgang mit der Gesundheit integriert.

Bei einer instrumentalen Beziehung wird dem Körper hingegen wenig Beachtung geschenkt – es sei denn, er versagt seinen Dienst. Krankheit wird als Zwischenfall empfunden, der den Betroffenen an der Erfüllung seiner täglichen Aufgaben hindert. Gesundheit leitet sich aus dem Nichtvorhandensein der Krankheit ab und bedarf keiner besonderen Aufmerksamkeit. Das heißt jedoch nicht, dass der Mensch für seinen Körper nicht Sorge tragen würde. Er pflegt ihn, um seine Leistungsfähigkeit zu erhalten und nicht aus gesundheitsorientierten Erwägungen.

Die beiden Haltungen hängen gemäß BOLTANSKI unmittelbar mit der sozialen Schichtung zusammen: Die reflexive Haltung ist für mittlere und wohlhabende Klassen typisch; hier gilt der Körper als Träger des Erscheinungsbildes und der Geistesarbeit. Hingegen findet man die instrumentale Haltung in den unteren Bevölkerungsschichten; sie lässt sich sehr direkt durch die materiellen Lebensbedingungen und Belastungen sowie insbesondere durch das Überwiegen von manuellen Tätigkeiten erklären. Die Haltungen gegenüber dem Körper sind lediglich der Ausdruck der Klassenzugehörigkeit des einzelnen.

Dieser Ansatz dient auch dazu, die unterschiedlichen Beziehungen, die Frauen und Männer ein und derselben sozialen Schicht zu ihrem Körper haben, zu verstehen. In den unteren Bevölkerungsschichten herrscht zwar eine instrumentale Beziehung zum Körper vor, doch tendieren gemäß BOLTANSKI die Frauen eher zur Entwicklung einer reflexiven Körperbeziehung. Die

reflexive Einstellung zum Körper, die in höheren Bevölkerungsschichten vorkommt, ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Welches Verhältnis ein Mensch zu seinem Körper und seiner Gesundheit hat, liefert jeweils Hinweise über dessen Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Kultur. Es prägt auch die Einstellung gegenüber dem Risiko sowie der Art und Weise, wie die Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen wird. Dieses Verhältnis ist ein Schlüssel zum Verständnis von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich (FREIDL & NOACK, 1995; RASKY, STRONEGGER & FREIDL, 1996; CARDIA-VONÈCHE & BASTARD, 1996; STRONEGGER, FREIDL & RASKY, 1997).

1.1.4 Das Herz-Kreislauf-Risikofaktorenmodell

Exemplarisch für verschiedene Einzelaspekte des Gesundheitsverhaltens soll im folgenden das KHK (koronare Herzkrankheit) Risikofaktorenmodell, welches sich seit den 1970er Jahren größter Popularität erfreut, skizziert werden. Kardiovaskuläre Erkrankungen sind nach epidemiologischen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte häufigste Todesursache in der westlichen Welt. Trotz der Senkung der Akutsterblichkeit an Herzinfarkt seit Mitte der 1960er Jahre durch die Einrichtung von Intensivstationen, ist auch heute noch der Herzinfarkt die am häufigsten zum Tode führende Erkrankung.

Die KHK hat eine komplexe Pathogenese und hängt vom Vorliegen vielfältiger Risikofaktoren ab. Die Inzidenz der KHK nimmt mit der Häufung von Risikofaktoren und zunehmendem Alter zu. Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Zigarettenrauchen und Diabetes mellitus sind so genannte koronare Risikofaktoren erster Ordnung für beide Geschlechter. Als beeinflussbare Faktoren werden männliches Geschlecht und familiäre Belastung angesehen. Zusätzlich wird angenommen, dass die Homozysteinämie, die Hypothyreose und die Hyperurikämie zu einer erhöhten Inzidenz der KHK führen.

Auf Basis epidemiologischer Untersuchungen aus der Framingham-Studie wird die Adipositas als isolierter koronarer Risikofaktor bewertet. Auch verminderte körperliche Aktivität geht mit einem erhöhten Risiko für eine koronare Herzerkrankung einher. Durch eine

sportliche Ausdauerbetätigung kann das Lipoproteinprofil mit einem Anstieg der HDL-Fraktion im Serumcholesterin günstig beeinflusst werden.

Die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht gilt als protektiver Faktor. Dies ist insofern wichtig, als unter den PatientInnen mit KHK drei bis viermal häufiger Männer repräsentiert sind als Frauen. Im Allgemeinen wurden die ungesunden Lebensgewohnheiten der Männer als Erklärung für diesen Umstand herangezogen.

Im letzten Jahrzehnt wurde durch eine Vielzahl experimenteller Studien gezeigt, dass oxidative Prozesse in der Gefäßwand eine entscheidende Rolle in der Atherogenese spielen. Demgemäß sind antioxidativ wirkende Medikamente, Vitamine, Spurenelemente (Selen) und mehrfach ungesättigte Fettsäuren in die Therapien einbezogen worden.

Die protektive Funktion des regelmäßigen, moderaten Alkoholkonsums wird ebenfalls durch einen hohen Gehalt an antioxidativen Substanzen begründet. Diese sind am ehesten in den Rotweintruben enthalten, womit die verstärkte anti-atherogene Wirkung des Rotweins gegenüber anderen alkoholhaltigen Getränken zu begründen versucht wird.

Die frühzeitige Risikoerfassung wird als besonders wichtig erachtet, da eine Kombination von Risikofaktoren erster Ordnung das Arterioskleroserisiko stark erhöht: zwei Risikofaktoren erster Ordnung erhöhen das Risiko um den Faktor vier, drei Faktoren um den Faktor zehn im Vergleich zu Personen ohne Risikofaktoren.

Im folgenden werden die erfahrungswissenschaftlich gut untersuchten Differenzierungsfaktoren für KHK aufgelistet (JORDAN et al., o. J.):

Individuelle Faktoren:

- Geschlecht
- Alter
- genetische Disposition

Psychosoziale Belastungsfaktoren:

- ökonomischer Status (aktueller und in früher Kindheit)
- Bildung, Berufsausbildung, Einkommen, Kinderzahl, etc.
- berufliche Position (objektive, strukturelle und psychische Belastungsfaktoren)

- Wohnregion
- psychische Konstellation (Kontrollambitionen, psychoökonomische Funktion der Arbeit, Typ-A-Verhalten, Aggressionsregulation)
- familiäre Situation
- soziales Netz, soziale Unterstützung

Klassische Risikofaktoren:

- Rauchen
- Bluthochdruck
- Ernährung (Blutfettwerte)
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Stoffwechselstörungen
- Diabetes u. a. Krankheiten

Viele der aufgeführten Faktoren wurden umfassend – aber häufig auch isoliert – untersucht. Manche führten zu eigenen Wissenschaftsbereichen, gewisse Bereiche hingegen können als großteils unerforscht gelten. Durch die Einführung des Konzepts des Typ-A-Verhaltensmusters (extrem hohe Leistungsorientierung, erhöhte Reizbarkeit, etc.; das wichtigste krankheitsfördernde Merkmal ist die Feindseligkeit) wurde ein erster Versuch unternommen, auf der sozial-interaktiven Verhaltensebene im psychokardiologischen Sinne für die KHK pathogenetisch relevante und empirisch erfassbare Merkmale zu identifizieren. Frauen wurden in der Erforschung dieser Aspekte nur unzureichend bedacht. In diesem Bereich besteht ein dringender Bedarf, die Forschung zu intensivieren, die Ergebnisse zu systematisieren und ihre Relevanz für die Prävention und klinische Rehabilitation zu bewerten.

Medizinsoziologische und sozialepidemiologische Ansätze haben die psychosoziale Forschung um die sozioökonomische Perspektive bereichert, indem der sozioökonomische Status, die soziale Lage, die beruflichen und (arbeits-)strukturellen Faktoren sowie soziale

Netzwerke, soziale Unterstützung, soziale Krisen, Lebensereignisse und andere Konzepte hinsichtlich ihrer Relevanz für die Entstehung und Bewältigung der KHK analysiert wurden. (SIEGRIST, 1996; FREIDL et al., 1993; BERKMANN et al. 1992; HALHUBER & HALHUBER, 1994; BERGMANN, 1995).

Das so genannte Risikofaktorenmodell hat im Zusammenhang mit der KHK empirisch und theoretisch in den vergangenen Jahrzehnten eine umfassende Reichweite und Beachtung erfahren. Viele auch komplexe Studien wurden durchgeführt und haben bedeutende Erkenntnisse geliefert. Zugleich wurden aber die Grenzen und potenziellen Gefahren evident (ABHOLZ et al., 1982; KÜHN, 1993).

Neben vielen Forschungsproblemen haben sich vorwiegend in der klinischen Umsetzbarkeit des Risikofaktorenkonzepts, in der individuellen Betreuung von PatientInnen als auch in der Primär- und Sekundärprävention durchaus schwerwiegende Probleme ergeben. In der Primär- und Sekundärprävention ist nicht nur die potenzielle Gefahr der Medikalisierung ganzer Bevölkerungsgruppen (als Risikoträger) zu bedenken, sondern auch, dass mit kognitiv-pädagogischen Bemühungen nur geringe Erfolge erzielt werden können. Zu groß ist die Anzahl kultureller, ökonomischer, institutioneller, interpersoneller aber auch biografisch-unbewusster Faktoren, die das individuelle Verhalten beeinflussen, so dass die Effekte von entsprechenden Programmen enttäuschend ausfallen (KÜHN, 1993). Unberücksichtigt bleiben neben komplexen psychologischen Mechanismen oft auch kompensatorische und protektive Lebensweisen oder Lebensbedingungen. Als besonders bedeutsam für die Zukunft wäre die Erforschung und Identifikation von spezifischen Konfigurationen der Risikofaktoren und der protektiven Faktoren – von so genannten komplexen Patterns.

1.2 Lebensstil und soziale Differenzierung

1.2.1 Der Begriff Lebensstil

Grundsätzlich kann man zwischen einer soziologischen und einer psychologischen Lebensstilforschung unterscheiden. Die Soziologie betrachtet Gesellschaften und Kulturen sowie Klassen oder Schichten, Status- oder Berufsgruppen, Familien oder Haushalte oder Kommunen,

im Gegensatz zur Psychologie, in der Individuen betrachtet werden (MÜLLER, 1989).

Der Soziologe HRADIL definiert „als soziale Ungleichheit (1) wertvolle, (2) nicht absolut gleich und (3) syste-

matisch verteilte, vorteilhafte und nachteilige Lebensbedingungen von Menschen, die ihnen aufgrund ihrer Positionen in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen zukommen.“ (HRADIL, 1987, 1993). Diese Ungleichheit schließt somit Vor- und Nachteile zwischen verschiedenen Personen innerhalb einer Gesellschaft ein. Der Begriff Lebensstil (Life Style) dient dabei als Mittel, um Individuen unter Gruppen zu subsumieren sowie den sozialen und Wertewandel über die Zeit besser erfassen und verstehen zu können. Lebensstil betont damit die Schichtspezifität von Verhaltensweisen in einer Gesellschaft.

Die Möglichkeiten zur Stilisierung stehen in Abhängigkeit vom Werte- und Normensystem einer Gesellschaft. Mit dem Umfang des gesellschaftlichen und materiellen Wohlstandes nimmt die Wahlfreiheit für einen Lebensstil zu. Bei Stilisierungschancen muss zwischen einem gesellschaftlichen und einem individuellen Aspekt unterschieden werden. In heutigen Gesellschaften hat die Oberschicht aufgrund des größeren materiellen Wohlstandes potenziell mehr Freiheit bei der Wahl des Lebensstils als die Unterschicht, der durch ihren geringen materiellen Wohlstand gewisse Lebensbedingungen aufgezwungen werden. Aus der Position des Individuums betrachtet, ist die Stilisierungsmöglichkeit durch verschiedene Aspekte beeinflusst. Das Alter der Person bestimmt den Bewegungs- und Aktionsradius als auch die Mobilität mit. Von sozialen Faktoren, wie Schichtzugehörigkeit und Bildung, aber auch von biologischen Faktoren, wie dem Geschlecht, Alter und dem Gesundheitszustand, werden die Stilisierungschancen determiniert (MÜLLER, 1989).

Lebensstil wird üblicherweise im Zusammenhang mit Konsum-, Freizeit- und Sozialverhalten sowie mit beobachtbaren, schichtspezifischen Lebensweisen von Individuen und Gruppen gesehen. Lebensstile sind Ausdruck einer persönlichen Selbstdarstellung auf Basis der materiellen Lebensverhältnisse und ein Vehikel zur Sicherung von Identität. Die identitätsstützende Funktion ist dabei von besonderer Bedeutung, weil sich Menschen häufig am Signalcharakter demonstrativer Symbole erkennen und an Gruppen mit ähnlichen Lebensstilen orientieren. Durch sichtbare Verhaltensmuster im alltäglichen Leben und den damit verbundenen symbolischen Praktiken demonstrieren Individuen und Gruppen gegenüber der Umwelt ihre Gemeinsamkeit bzw. Differenzierung und Abgrenzung. Als Lebensstil wird daher im Allgemeinen jener Anteil an

sozialer Ungleichheit bezeichnet, den die Individuen zu einem großen Teil bewusst und intendiert inszenieren. Lebensstil kann daher als ein Muster zur Alltagsorganisation im Rahmen gegebener Lebenslagen, verfügbarer Handlungsspielräume und eines geplanten Lebensentwurfs verstanden werden, wobei die persönliche Identifikation eine wichtige Funktion einnimmt.

Lebensstil definiert sich als eine Vergesellschaftung von Konsumgewohnheiten, Einstellungen und Verhaltensweisen. Es handelt sich um eine Kombination typischer Verhaltensmuster, die durch das Selbstkonzept eines Individuums bestimmt werden. Der Lebensstil wird sowohl durch individuelle (psychische, biologische, etc.) wie umweltspezifische (soziale, anthropologische, etc.) Faktoren beeinflusst. Die Theorie des Lebensstilkonzepts bedenkt einen ökonomischen und einen kulturellen Aspekt, ein materielles und ein ideelles Substrat. Das heißt, Lebensstil ist nicht mit Güterkonsum ident. Lebensstilisierung basiert nicht ausschließlich auf der Beliebigkeit des individuellen Geschmacks. Er beschreibt die Art und Weise, wie Menschen leben, ihre Zeit verbringen und ihr Geld ausgeben. Die Gruppengrenzen sind nicht immer eindeutig scharf und im Zeitverlauf oft auch wenig stabil. In der sozialwissenschaftlichen Analyse sind vier Dimensionen zu berücksichtigen, die den Rahmen des Lebensstil-Konzepts vorgeben:

1. das expressive Verhalten: z. B. Freizeitaktivitäten, Konsummuster
2. das interaktive Verhalten: Formen der Geselligkeit, Heiratsverhalten, die Mediennutzung
3. das evaluative Verhalten: Wertorientierungen, Einstellungen, Religiosität, Wahlverhalten
4. das kognitive Verhalten: Selbstidentifikation, Zugehörigkeit, Wahrnehmung der sozialen Welt (MÜLLER, 1989)

Lebensstil inkludiert den sozio-ökonomischen Status, die soziale Rolle, die Lebensorientierung und Werthaltungen. Lebensstil wird einerseits als Oberbegriff definiert, der individuenbezogen ökonomische, strukturelle sowie wertbezogene Sachverhalte und damit auch verfestigte Verhaltens- und Einstellungsformen subsumiert. Andererseits ist Lebensstil ein theoretisches Konzept, das die Mechanismen der Lebensorganisation – unter Berücksichtigung von handlungstheoretischen Aspekten – mit Prozessen der Identitätsbildung und der sozialen Ungleichheit verknüpft. Lebensstile unterliegen vehement dem Einfluss kultur- oder sozial-

schichtspezifisch geprägter Weltanschauungen, Normen, Werte, Einstellungen und Interessen und spielen eine bedeutsame Rolle in der Analyse des Konsumentenverhaltens.

1.2.2 Die Entstehung des Lebensstilbegriffes

Der Wiener Psychoanalytiker Alfred ADLER (1870–1937) verwendete als einer der Ersten den Begriff des Lebensstils. Seine Theorie des „Lebensplans“ geht von der Vorstellung aus, dass der Mensch nicht ein ausschließliches Produkt seiner ererbten Eigenschaften und seiner Umwelt sei. Adlers Individualpsychologie postuliert die Ausstattung des Individuums mit einem kreativen Selbst, welches die ererbten Fähigkeiten sinnvoll einsetzt und die Umweltimpulse schöpferisch interpretiert. So entsteht dieser Theorie folgend ein der jeweiligen Persönlichkeit des Menschen entsprechender individueller Lebensstil. Lebensstil ist demgemäß die Gesamtheit der individuellen Reaktionen, mit denen ein Mensch von klein auf kunstvoll aktive und passive Wesenszüge zum Schutz seiner Persönlichkeit aufbaut.

Auch der deutsche Soziologe Max WEBER sprach von der Stilisierung des Lebens und vertrat die Ansicht, die standesgemäße Lebensführung sei durch Konventionen geregelt, nach denen bestimmte Handlungen erlaubt sind, andere hingegen nicht. Diese Verhaltensmuster erstrecken sich auf Ess- und Trinkkultur, Geschmacksrichtung und ästhetische Praxis, auf Begrüßungsritus, Partnerwahl u. a. m. Der Modus der Lebensführung entspricht seiner Ansicht nach der sozialen Ordnung und äußert sich in kulturellen Orientierungen, inkludiert die groben Unterschiede von Klasse und Stand ebenso wie die feinen Differenzen, die sich als ritualisierte Handlungen, als Stilisierung und Distinktion beobachten lassen (WEBER, 1972).

1.2.3 Eine komplexe Lebensstiltheorie nach Pierre Bourdieu

Der im Jahr 2002 verstorbene französische Soziologe Pierre BOURDIEU geht von der Grundthese aus, dass der Geschmackssinn bzw. die Kultur die entscheidende Möglichkeit eröffnet, die Gesellschaft in verschiedene Kategorien aufzuteilen. Der Geschmack ist nach Bourdieus Ansicht ein rein gesellschaftliches Phänomen, welches sich durch Berechenbarkeit und nicht durch Zufälligkeit auszeichnet.

Drei wesentliche Annahmen kennzeichnen diesen wohl elaboriertesten Lebensstilansatz:

1. Gegenwärtige Gesellschaftstheorie ist auch Klassentheorie, die den Zusammenhang mit sozialer Lage (Klassenposition, etc.) und Lebensstil zum Gegenstand hat.
2. Klassenzugehörigkeit wird primär durch unterschiedliche Lebensstile repräsentiert, insbesondere durch Geschmack.
3. Die Korrelation von Klasse und Geschmack verdeutlicht sich im Habitus.

Durch den Habitus wird die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder zu einer Klasse evident. Im alltäglichen Leben der Menschen äußert sich der Habitus im Erscheinungsbild der Person. Dieser Habitus des Individuums wird durch die Gesellschaft geformt (TREIBEL, 1994; VESTER et al., 1993). BOURDIEU versteht unter Habitus das System der Alltagsroutinen. Es handelt sich dabei um ein System von stabilen Strukturen, die als Prinzipien die Verhaltens- und Orientierungsmuster produzieren. Diese erlauben auch eine gewisse Anpassungsfähigkeit an Veränderungen in externen Strukturen. Diese Prozesse sind den Individuen in situativer Abhängigkeit mehr oder weniger bewusst. Der Habitus ist dafür verantwortlich, dass Eindrücke und einmal Erlerntes in den Individuen in Form von Schemata der Wahrnehmung, der Interpretation und des Handelns präsent ist. Auf diesen Erfahrungsschatz bauend verhalten sich Individuen adäquat und konsistent über die Zeit hinweg. Der jeweilige Habitus einer Person ist einerseits von Klassen-, Kultur- und Subkultur-Zugehörigkeit determiniert und ist andererseits auch in der Lage, externe Strukturen zu reproduzieren. Habitus kann nach BOURDIEU als flexibles System verstanden werden, das von den Individuen mit unterschiedlichem Grad an Bewusstheit situationsabhängig eingesetzt wird. Lebensstile definiert er als die expressive Form eines klassentypischen Habitus. Auf dieser Basis operationalisiert er Lebensstil in verschiedenen Teilschritten:

Objektive Lebensbedingungen generieren im Konnex mit sozialstrukturellen Positionen einen Habitus. Daraus ergibt sich ein System von Handlungsschemata und Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata (Geschmack), welche gemeinsam typische Praktiken erzeugen, die als Resultat die wahrnehmbaren und sichtbaren Lebensstile der Menschen ergeben.

BOURDIEU bewertet die Lebenschancen als entscheidende Determinante zur Entwicklung von Lebensstilen. Jedoch sind auch in BOURDIEUS Theorie sozialstrukturelle Begrenzungen einerseits und die gestalterischen Handlungsspielräume andererseits die entscheidenden Bezugsgrößen. Die Theorie zum Habitus ermöglicht einen Konnex zwischen den sozialstrukturell verankerten Lebenschancen und den von den Individuen praktizierten Handlungs- und Orientierungsmustern. Dieser Begriff erlaubt die Vermittlung zwischen sozialer Lage und sozialer Praxis. Der Habitus einer Person bezeichnet erstens diejenigen Dispositionen, die diese Person dazu befähigen, „klassifizierbare Praxisformen und Werke“ hervorzubringen. Und zweitens beschreibt der Habitus auch diejenigen Dispositionen, die zur „Unterscheidung und Bewertung der Formen und Produkte (Geschmack)“ notwendig sind. Die Lebensstile sind als „systematische Produkte des Habitus“ zu verstehen. Damit stellt der Habitus den zentralen Begriff in BOURDIEUS Theorie dar.

BOURDIEU integriert drei Theorien in sein Lebensstilkonzept. In der Kapitaltheorie werden die drei von BOURDIEU definierten Kapitalformen, das ökonomische Kapital (materieller Besitz und Eigentum), das kulturelle Kapital sowie das Bildungskapital (Bildung), und das soziale Kapital (soziale Netzwerke) verbunden. Die soziale Kapitalform ist völlig immateriell und wird

deshalb auch als symbolisches Kapital bezeichnet. Nur durch die Verbindung aller drei Kapitalformen kann man nach Bourdieu Macht erlangen (TREIBEL, 1994). Die Klassentheorie fußt auf der Differenzierung von Klassen nach Volumen und Struktur des Kapitals. Die Gesellschaft wird in verschiedene hierarchisch geordnete Klassen eingeteilt. Für BOURDIEU ist dieser Klassenbegriff zu eng gefasst. Er erweitert ihn und führt anstatt Klasse den Begriff des „sozialen Raumes“ ein. Sozialer Raum zielt auf die Statuspositionen der Einzelnen, die sie in Relation zueinander aufweisen. Es handelt sich um eine Form von Sozialtopologie, die nicht nur vertikal differenziert, sondern auch horizontal in verschiedene Bereiche wie Politik, Wirtschaft, Kultur, Kunst, etc. Die ästhetische Theorie der Distinktion beschäftigt sich mit dem Verhalten in Bezug auf Kunst, Kultur und Bildung (MÜLLER, 1989).

Die Kultur ist für BOURDIEU von besonderer Bedeutung, da sich Lebensstile und ihre Schichtung und Differenzierung nur analysieren lassen, wenn man die „sozialen Gebrauchsweisen von Kultur“ mitbedenkt. Die Unterschiede in diesen Gebrauchsweisen in den verschiedenen Klassen lassen sich mit der sozialen Herkunft und dem unterschiedlichen Bildungskapital der verschiedenen sozialen Klassen erklären (BOURDIEU, 1982, 1987).

1.3 Gesundheit und Gesundheitsberichterstattung

Der hier vorliegende Lebensstilbericht ist seinem Selbstverständnis nach als Gesundheitsbericht zu verstehen. Der Untersuchungsgegenstand ist die bevölkerungsbezogene Beschreibung und Analyse gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und Lebensstile. Damit wird als Hypothese explizit postuliert, dass mehr oder minder alle beschriebenen Faktoren relevante Größen im Zusammenhang mit menschlicher Gesundheit sind. Daher soll im folgenden das dem Bericht zu Grunde liegende Verständnis von Gesundheitsberichterstattung und von Gesundheit als theoretisches Konstrukt sowie korrespondierende relevante Einflussgrößen beschrieben werden:

1.3.1 Gesundheitsberichterstattung

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion steht nicht nur die Verbesserung des Gesundheitszu-

standes der Bevölkerung und die Steigerung ihrer Lebensqualität, sondern auch eine bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen. Fragen nach Effektivität und Effizienz gesundheitspolitischer Maßnahmen stehen im Vordergrund der Kostendebatte im Gesundheitswesen. In diesem Kontext wurde vor allem die Forderung nach einer stärkeren Zielorientierung des Gesundheitswesens erhoben. Gesundheitsberichterstattung soll dafür medizinische, soziale, ökologische und ökonomische Orientierungsdaten bereitstellen (ADLER et al., 1996). Die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist dabei immer wieder Gegenstand der Debatte.

HURRELMANN und MURZA (1996) verstehen unter Gesundheitsberichterstattung „die systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Gesundheitsgefährdungen und der

Gesundheitsversorgung“. Es handelt sich dabei nicht nur um eine bloße Dokumentation von Fakten, wie sie in der Medizinalstatistik üblich ist, sondern um solche Aufbereitungen und Interpretationen von Daten, die für die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitssystemgestaltung nutzbar gemacht werden können.

Bei repräsentativen Surveys können wegen des anonymen Charakters der Untersuchungen die sozial- und umweltepidemiologisch wichtigen Informationen erhoben werden. Damit kann erfasst werden, welche Bevölkerungsgruppen von welchen Gesundheitsproblemen besonders betroffen sind. Es können präzise Informationen darüber gewonnen werden, welche Risikopopulationen nach sozialen, demographischen und familienstrukturellen Kriterien einer besonderen gesundheits- und sozialpolitischen Berücksichtigung bedürfen. Auf diese Weise sind differenzierte Informationen über medizinische und lebensweltliche Zusammenhänge von Krankheitsentstehung und Krankheitsverhütung zu erwarten. Auf dieser Basis können inhaltlich fundierte und zielorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme ansetzen.

Standardisierte und routinisierte Erhebungen von Gesundheitsdaten im Rahmen von mikrozensusartigen Verfahren und/oder repräsentativen Survey-Studien durch Serviceeinrichtungen, private Dienstleister oder Universitätsinstitute sollten zum festen Bestandteil der Datenquellen für die Gesundheitsberichterstattung werden (MURZA & HURRELMANN, 1996; RASKY & FREIDL, 2001).

Gesundheitsberichterstattung wird derzeit auf vielen politischen und regionalen Ebenen betrieben. Man kann dabei die europäische, die nationale, die Länderebene und regional-kommunale Ebene unterscheiden.

Auf europäischer Ebene wurde z. B. durch das EUROSTAT-Projekt eine Datensammlung von Gesundheits- und gesundheitsverwandten Surveydaten möglich.

Eine Übersicht von Gesundheitsthemen, die am häufigsten in den nationalen Surveys zur Anwendung kommen, wurde im „Health Monitoring Programme“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaft, 1996) erstellt (HUPKENS, 1997) erstellt.

Es handelt sich dabei um folgende zwölf Themenbereiche:

- chronische Zustände (Erkrankungen)
- Selbsteinschätzung der Gesundheit
- körperliche Behinderungen (langzeitige)
- vorübergehende Bewegungseinschränkungen
- Größe und Gewicht (Erwachsene)
- Raucher
- ehemalige Raucher
- Alkoholkonsum
- Bewegung
- Spitalsaufenthalte
- ärztliche Behandlungen
- Medikamentenkonsum

1997 wurden die drei Themenbereiche psychische Gesundheit, Drogen und Ernährung hinzugefügt. Jährlich sollten von den Mitgliedsstaaten Daten zu den 15 Themenbereichen gesammelt werden.

1.3.2 Der Begriff Gesundheit

In den letzten beiden Jahrzehnten vollzog sich vor allem mit den Arbeiten ANTONOVSKYS (1979, 1987) ein Perspektivenwechsel hinsichtlich der Konzeptualisierung des Begriffs Gesundheit. Dem traditionellen Begriff der Pathogenese wurde die Salutogenese gegenübergestellt. Mit diesem Terminus wird danach gefragt, warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben bzw. wie Gesundheit wiederhergestellt wird. Dies impliziert auch eine Wende im gesundheitswissenschaftlichen Denken, die Tendenz von einer krankheitsorientierten Belastungsforschung hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsforschung. Das statische Konzept eines negativen Gesundheitsbegriffes, d. h. Abwesenheit von Krankheit, ist aus dieser Sicht unzureichend.

Gesundheit und damit auch die Zuständigkeit für Gesundheit wird aus dem medizinisch definierten Kontext herausgenommen und um die psychosoziale Dimension erweitert. Damit wird die Grundlage für ein ganzheitliches, d. h. die physischen, psychischen und sozialen Lebensbereiche des Menschen umfassendes und diese integrierendes Konzept geschaffen. Diese Erweiterung des Verständnisses von Gesundheit ist sowohl eine Konsequenz aus der Erkenntnis bestimmter Grenzen des „klassischen“ medizinischen Ansatzes als auch eine Folge des Wissens um die soziale Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken.

Die solchermaßen erweiterte Gesundheitsdefinition hat neben der Integration des psychosozialen Bereiches drei weitere Implikationen, die sich in fast allen modernen Gesundheitskonzepten wiederfinden.

- Gesundheit hat Prozesscharakter, sie ist kein Zustand, sondern ein immer wieder aufs Neue herzustellendes Gleichgewicht.
- Gesundheit und Krankheit entziehen sich einer eindimensionalen, monokausalen Erklärung. Sie sind das Ergebnis eines von vielen Faktoren beeinflussten Prozesses.
- Gesundheit und Krankheit haben eine subjektive Dimension. In Abgrenzung von der biomedizinischen Sicht, in der Krankheit an eine (zumindest scheinbar) objektivierbare Diagnose gebunden wird, ist Wohlbefinden auch subjektiv bestimmt (GERBER & STÜNZNER, 1999).

Moderne Gesundheitsbegriffe gehen davon aus, dass Austauschprozesse zwischen Individuen und Umwelt sowie auch Wahrnehmungsprozesse und Bewältigungsstrategien von Individuen, aber auch die Umwelt selbst für Gesundheit von größter Bedeutung sind. Damit ist Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein dynamisches Gleichgewicht zwischen physischen, psychischen und sozialen Schutz- und Abwehrmechanismen einerseits und potenziell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits. Notwendig ist ein ständiges Ausgleichen von Belastungen und Herstellen von Gesundheit durch das Individuum (FREIDL, 1994).

Die WHO spricht seit Ende der 1940er Jahre von mehreren Dimensionen von Gesundheit und Wohlbefinden: von der physischen, psychischen, sozialen und geistigen sowie seit Ende der 1980er Jahre auch von der ökologischen und spirituellen (im Sinne von Lebenssinn) Dimension (BRÖSSKAMP-STONE et al., 1998). Sie umschreibt Gesundheit als individuell erlebtes, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden und unterstreicht damit die subjektive Dimension von Gesundheit. Das, was Menschen unter Gesundheit verstehen oder mit Gesundheit assoziieren, ist von ihrem gesellschaftlich-kulturellen Hintergrund abhängig. Damit prägen Faktoren wie Lebensphase, Alter, soziale Herkunft, Bildungsgrad, Geschlecht, Erziehung und die Strukturen des Gesundheitswesens das Gesundheitsverständnis und das Gesundheitsverhalten des Einzelnen und von Gruppen (SCHNEIDER, 1990; SCHAEFER, 1990; KICKBUSCH, 1985).

Gesundheit ist also kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Heute besteht in den Sozialwissenschaften und der Medizin Einigkeit darüber, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss: Neben körperlichem Wohlbefinden (z. B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z. B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen. Die sozialwissenschaftlichen Definitionsversuche des Phänomens Gesundheit zeichnen sich dabei durch eine Komplexität aus, die historisch als neu zu betrachten ist (BENGEL et al., 1998).

1.3.3 Gesundheit und soziologische Determinanten

Durch das umfassende bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass es sich dabei um multikausal und interaktiv bedingte, dynamische, nur systematisch zu verstehende Phänomene handelt. In der Literatur kann mittlerweile als gesichert gelten, dass soziale Unterstützung (social support) in diesem Geflecht von Faktoren einen wichtigen unabhängigen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit der Menschen hat. Ein Individuum, das über eine ausreichende Zahl sozialer Beziehungen von entsprechender Intensität und Qualität verfügt, scheint gegen Krankheit, vorzeitigen Tod und negative Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen besser geschützt zu sein und chronische Erkrankungen besser bewältigen zu können als ein Individuum ohne ausreichende Zahl und Qualität solcher Bindungen. Unter dem sozialen Netzwerk versteht man die Strukturen der sozialen Beziehungen, die bestimmte Handlungsspielräume schaffen, während die soziale Unterstützung die Inhalte betrifft, die in sozialen Beziehungen ausgetauscht werden, bzw. die Funktionen, die soziale Netzwerke für ihre Mitglieder haben (KLUSMANN, 1989).

Das persönliche Netzwerk beinhaltet in der Regel soziale Kontakte zu den Familienmitgliedern, zu Verwandten, FreundInnen, Bekannten, NachbarInnen, ArbeitskollegInnen, etc.

Ein soziologisches Modell stellt Anomie als gesundheitsdeterminierendes internes Ressourcen- oder Anforderungskonzept in den Mittelpunkt (FREIDL, 1997). DURKHEIM (1933, 1952) führte als erster Anomie als soziologisches Konstrukt ein. Er nimmt damit auf die entscheidende Aufgabe der Sozietät Bezug, moralische Autorität zu vermitteln. Ausnahmezustände in Gesellschaften können zu extremen Einschnitten führen. In solchen Ausnahmesituationen können Gesellschaften die Macht und Autorität verlieren, menschliches Verhalten normativ zu regulieren. Seine Anomie-Definition inkludiert zwei Hauptaspekte: (1) Verlust der normativen Autorität der Gesellschaft und (2) Auflösung von sozialen Werten und Normen. In seinen Studien zum abweichenden Verhalten hat MERTON (1938) dieses Konzept aufgegriffen, weiterentwickelt und umfassend in die soziologische Theorie eingeführt. Das Konstrukt Anomie beschreibt einen Zustand mangelnder sozialer Orientierung und Auflösung sozialer und kulturell bedingter Werte und Normen. Die Folge können Orientierungslosigkeit, Ungewissheit über die Substanz und Legitimität von Normen in Situationen sozialer Interaktion sein. Dies kann zu Frustrationen, sozialen Distanzierungen, sozialer Desintegration und psychischen Fehlanpassungen führen.

Der Medizin- und Gesundheitssoziologe Aaron ANTONOVSKY erarbeitete eine Theorie der Gesundheit, die nicht auf eine kurzfristige, situationsspezifische Bewältigungsstrategie abzielt, sondern vielmehr eine lebensstilähnliche Variable, eine Disposition als Voraussetzung für Gesundheit postuliert. Nach ANTONOVSKY (1979) determiniert die von ihm beschriebene Variable Kohärenzgefühl (SOC, sense of coherence) das Gesundheitsniveau eines Individuums. ANTONOVSKY (1979) löst sich von dem üblicherweise in der Medizin verwendeten pathogenetischen Ansatz. An die Stelle des Suchens nach spezifischen Krankheitsauslösern tritt bei ihm die Frage, wie Individuen trotz der allgegenwärtigen mikrobiologischen, physikalischen, psychologischen, sozialen und kulturellen krankheitserzeugenden Bedingungen ihre Gesundheit bewahren können. ANTONOVSKY (1979) bezeichnet diese Frage als die „Frage der Salutogenese“. Das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC) ist nach Ansicht ANTONOVSKYS (1987)

die Antwort auf die Frage der Salutogenese und somit zentraler Punkt seiner Theorie. Er definiert den Kohärenzsinn als „... eine allgemeine Einstellung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äußere Umwelt vorhersagbar und überschaubar ist und dass sich die Dinge so gut entwickeln werden wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ Je mehr Ressourcen das Individuum zur Verfügung hat, desto mehr Erfahrungen mit Lebenssituationen wird es machen, die untereinander konsistent sind, die es direkt oder über legitimierte andere lenken kann und die weder zu einer Überlastung noch zu einer Unterforderung führen. Solche durch Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit gekennzeichnete Situationen führen zur Entwicklung eines ausgeprägten Kohärenzsinn (ANTONOVSKY, 1979). Die Hauptaufgabe des Kohärenzsinn besteht in der Aktivierung der Ressourcen zur Vermeidung und Bewältigung von Stressoren.

1.3.4 Gesundheit und soziale Lage

Ein immer umfangreicher werdendes, von Soziologen, Sozialmediziner und Sozialepidemiologen zusammengetragenes Datenmaterial liefert eindeutige und überzeugende Belege dafür, dass – unabhängig von individuellen konstitutionellen Besonderheiten – im weitesten Sinne soziale Strukturen gewichtigen Einfluss sowohl auf die physische und psychische Gesundheit als auch auf die Lebenserwartung ausüben (STEINKAMP, 1999). In der Literatur besteht weitgehender Konsens darüber, dass soziale Ungleichheit in der modernen Gesellschaft mindestens zwei signifikante Quellen hat: eine distributive und eine relationale. Die distributive Quelle speist sich aus der ungleichen Verteilung von Reichtum und Wissen vermittelt über Geld und Zeugnis (Titel). Die relationale Quelle speist sich aus der sozial strukturierten Beziehungsungleichheit, die den Status nach der Position in der Hierarchie und Assoziation innerhalb bürokratischer Organisationen (Rang) und an der Art der Zugehörigkeit zu exklusiven Gruppen bemisst. Der Begriff soziale Ungleichheit bezeichnet somit die gesellschaftlich hervorgebrachten positiv oder negativ privilegierten Lebensbedingungen von Menschen, die in ihrer Gesamtheit die Lebens- und Handlungschancen des Einzelnen in der Gesellschaft bestimmen. Der Begriff soziale Ungleichheit definiert Unterschiede zwischen Gesellschaftsmitgliedern bezüglich sozialer Schichtmerkmale, wie z. B. Einkommen, Teilhabe an den Bildungsgütern, berufliches Sozi-

alprestige, verfügbarer Besitz, Gesundheitsrisiken von Arbeitsbedingungen und Wohngegend. Individuelle Ungleichheit definiert die ungleiche Ausprägung biologischer Merkmale wie Aussehen, Größe und physische Stärke und besonderer erworbener Fertigkeiten von Individuen einer Gesellschaft (STRONEGGER et al., 1996; FREIDL et al., 2001).

Epidemiologische Forschung und die Erfahrungen der Epidemien im 19. Jahrhundert haben gezeigt, dass überindividuelle Faktoren für die individuelle Gesundheit oft ausschlaggebend sind. Ausreichende Infrastruktur und Zugang zur Infrastruktur sind die wichtigsten Faktoren für eine gesunde Bevölkerung und für die individuelle Gesundheitserhaltung. Zur Infrastruktur zählen u. a. Bildungssystem, Energieversorgung, Wasserversorgung, Kanalisation, Müllabfuhr, Sozialversicherung (Pensionssystem), Gesundheitssystem, arbeitsrechtliche Bestimmungen, etc., also jene gemeinschaftlich produzierten Güter, welche das Funktionieren einer entwickelten Gesellschaft ermöglichen. In historischer Sicht war die Zunahme der Lebenserwartung und der drastische Rückgang vor allem der Infektionskrankheiten sowie die generelle Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zu Beginn des 20. Jahrhunderts („Epidemiologische Transition“) eine Folge des Aufbaus von Infrastruktur, deren Vorhandensein heute oft für selbstverständlich gehalten wird. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung spielte neben den anderen Faktoren jedoch eine eher untergeordnete Rolle (McKEOWN, 1988; STRONEGGER et al., 1996, 1998, 2001).

Das Einkommen bzw. die Vermögensverhältnisse sind der bedeutendste Einzelfaktor für eine gute Gesundheit. Nicht nur die Einkommensarmut ist mit einem deutlich vermehrten Auftreten der meisten Erkrankungen verbunden, auch Personen mit mittlerem Einkommen besitzen im Durchschnitt keine so gute Gesundheit wie die Bestverdienenden. Eine hohe Bildung ist ein weiterer Faktor, der mit guter Gesundheit verbunden ist, und dies auch unabhängig vom Einkommen, d. h. in jeder Einkommensschicht haben die besser Gebildeten die jeweils beste Gesundheit.

Die erste und bisher einzige Analyse der gesamtösterreichischen Sterblichkeit nach sozialen Indikatoren (Bildung, beruflicher Status, Familienstand) erschien 1996 (DOBLHAMMER-REITER, 1996) und beruht auf Sterbedaten von Mai 1981 bis Mai 1982. Die Ergebnisse

zeigen, dass im Alter zwischen 35 und 64 Jahren bei Männern mit keiner höheren Ausbildung als Pflichtschulniveau das Sterberisiko um 109 Prozent höher ist als bei Akademikern. Bei Frauen mit Pflichtschulausbildung dieser Altersgruppe ist die Sterblichkeit um ca. 50 Prozent erhöht. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist primär auf den größeren Einfluss des Berufslebens auf die Männer als auf die Frauen in dieser Altersgruppe zurückzuführen.

Einerseits haben Untersuchungen an großen Bevölkerungsgruppen festgestellt, dass die wichtigen Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel, Ernährung, etc. weniger Krankheiten verursachen als durch benachteiligende Lebensumstände entstehen. Andererseits konnte nachgewiesen werden, dass die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zu einem großen Teil bereits von den Verhältnissen bestimmt werden, d. h. dass das Verhalten unter gegebenen Umständen oft nicht wirklich „frei“ gewählt werden kann.

Niederländische Studien (SCHRIJVERS et al., 1999; STRONKS et al., 1996) haben gezeigt, dass die Sterblichkeit (und ähnlich auch die Morbidität) zu ca. einem Drittel auf sozioökonomische Bedingungen und zu einem weiteren Viertel auf Verhaltensweisen, die durch diese Bedingungen bereits festgelegt werden, zurückzuführen ist. Somit sind die Lebensbedingungen zu über 50 Prozent für ein kürzeres oder längeres Leben verantwortlich. Die bekannten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, soweit sie die StudienteilnehmerInnen frei wählen konnten, also gewissermaßen in „Selbstverantwortung“, waren für etwa ein weiteres Viertel der Sterblichkeit verantwortlich.

1.3.5 Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung

Ressourcen für Gesundheit werden üblicherweise in interne oder individuelle (physische und psychische) und externe (physikalische, materielle, ökologische, kulturelle, organisationale, etc.) Ressourcen eingeteilt. Interne Ressourcen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit sind auf der emotionalen/affektiven, kognitiven und behavioralen Ebene angesiedelt. Es handelt sich dabei um Verhaltensweisen und Überzeugungen (health belief systems). Externe Ressourcen sind im sozialen Feld angesiedelt und betreffen dementsprechend die sozialen Handlungsmöglichkeiten einer Person. Beispiele hierfür sind die Erweiterung

struktureller Angebote von Betrieben und Gemeinden, die Erweiterung des Kontrollspielraumes am Arbeitsplatz, Stärkung von Bildung und die Verbesserung sozialer Unterstützungssysteme.

Diese Ressourcen haben zentrale Bedeutung, wenn es um Bewältigung (coping) von Belastungen geht, die sich im salutogenetischen Prozess negativ auswirken könnten. Im Kontext eines solchen Verständnisses von Gesundheit wird das Gesundheitshandeln einer Person (im weitesten Sinn) von den unterschiedlichsten Systemen determiniert. Aus dieser Sicht entsteht Gesundheit durch die Fähigkeit des Organismus, sein eigenes Handeln und seine Physiologie zu regulieren, wobei der Informationsaustausch auf allen Organisationsebenen (von einfachen Molekülen bis zu sozialen/kulturellen Interaktionen) mitbestimmend ist (WEINER, 1990, 1991).

An einem solchen Gesundheitsverständnis ausgerichtet, verbindet das Konzept der Gesundheitsförderung Lern- und Arbeitsbedingungen und solche zur Förderung gesundheitsbezogenen Erlebens und Handelns der Menschen.

Drei Ebenen lassen sich unterscheiden:

- Politisch-ökonomische Ebene:
Eine gesellschaftspolitische Strategie der Ressourcenentwicklung zur Sicherung der für Gesundheit

1.4 Gesundheitsrelevante Lebensstile

ABEL (1992) beschreibt ein dreidimensionales Konzept des gesundheitsrelevanten Lebensstils. Dieses Konzept zielt auf die Integration von sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren in einem Erklärungsmodell (ABEL, 1997).

Drei grundlegende Dimensionen – gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, Einstellungen und soziale Ressourcen – werden als konstitutive Bestandteile definiert. Basis des Konzeptes ist die Annahme wechselseitiger Abhängigkeiten, innerhalb und zwischen den drei konstituierenden Dimensionen des gesundheitsrelevanten Verhaltens, der gesundheitsbezogenen Orientierungen und der sozialen Ressourcen. Lebensstil wird als Resultat komplexer Zusammenhänge beziehungsweise von Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen beschrieben. Betont wird dabei, dass die Zusammenhangsbeziehungsweise Wechselwirkungsstruktur nicht für alle

grundlegenden Lebensressourcen (Arbeit, Einkommen, Nahrung, Wohnung), zur Bekämpfung von sozialer Benachteiligung (z. B. durch Armut, Arbeitslosigkeit, etc.) sowie zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer sicheren Umwelt.

- Ebene für eine gesundheitsförderliche Infrastruktur:
Eine Strategie der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung im Hinblick auf gesundheitsrelevante Einrichtungen (z. B. Einrichtungen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereiches, Betriebe, etc.) unter Einbindung und professioneller Beratung der Entscheidungsträger und Hauptakteure in die Analyse und Gestaltung der gesundheitsrelevanten Bedingungen (BMBF, 1997).
- Persönliche Ebene:
Eine Strategie der personalen Entwicklung mit dem Ziel der Befähigung und Stärkung (empowerment) der Menschen zu autonomem, gesundheitsförderlichem und sinnerfühltem Handeln, insbesondere zur Bewältigung von Krankheiten und psychosozialen Belastungen, zum Erkennen und Vermeiden von Gesundheitsrisiken, zur Nutzung und Entwicklung von Gesundheitsressourcen (z. B. von Gesundheitsbildungsangeboten) und zur Mitwirkung bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt.

Personen als identisch oder ähnlich angenommen wird. Vielmehr geht man davon aus, dass sich anhand typischer Merkmalsprofile Personengruppen definieren und abgrenzen lassen, die einen gruppentypischen gesundheitsrelevanten Lebensstil aufweisen (ABEL & RÜTTEN, 1994). Das Verständnis des Gesundheitsverhaltens als soziales Handeln bildet dabei die Ausgangsbasis zur Entwicklung eines bevölkerungsorientierten anstelle eines individuenbezogenen Konzeptes.

Die Arbeitsgruppe um Abel führt in ihren Publikationen einige wichtige Argumente zur Untermauerung ihres Modells ins Treffen: Eine Konzentration auf singuläre Verhaltensweisen würde die Komplexität der Verhaltensinflüsse auf die Gesundheit unterschätzen. Grundsätzlich müsste die Entwicklung von Verhalten – ob Risikoverhalten oder Gesundheitsverhalten – und die Auswirkungen auf Gesundheit kontextabhängig betrachtet wer-

den (ABEL, 1991, 1992). Eine zu stark individuenorientierte Perspektive unterbindet die Einbeziehung von soziostrukturellen und gruppenspezifischen Faktoren bei der Analyse des Gesundheitsverhaltens. Dabei wird der Umstand ignoriert, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung von gesundheitsrelevantem Verhalten massiv von kulturellen, sozialen und gruppenspezifischen Kontexten, innerhalb derer sich ein Individuum bewegt, beeinflusst wird. Individuumsorientierte Ansätze können bei der Analyse von Gesundheitsverhalten kein ausreichendes Verständnis generieren. Die Betonung der Bedeutung des sozialen und kulturellen Umfeldes führt zur Notwendigkeit der vermehrten Integration der Erforschung von spezifischen Einstellungen zur Gesundheit sowie die ihr zugrunde liegenden allgemeinen Gesundheitsorientierungen, aber auch von sozialstrukturellen Einflussfaktoren wie Bildung und Einkommen.

Die Komplexität der Bedingungs- und Wirkungszusammenhänge zwischen spezifischen Lebensstilelementen und relevanten kontextualen Bedingungen steht im Mittelpunkt von Abels Theorie. Dies stellt einen entscheidenden Fortschritt gegenüber Konzepten dar, welche einseitig auf spezifische Verhaltensmuster abzielen wie z. B. auch das Risikofaktorenkonzept.

Der Lebensstilbegriff dieses Konzeptes orientiert sich stark an der Theorie des Soziologen Max WEBER. Er unterstrich die entscheidende Bedeutung des Lebensstils zur Erreichung eines bestimmten sozialen Status. Die Grundthese lautet dabei, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Statusgruppe mit einer bestimmten Lebensführung verknüpft ist. Lebensführung ist demnach sowohl notwendige Bedingung, als auch Ausdruck sozialer Gruppenzugehörigkeit. Eine typische Lebensführung ist neben den sozial definierten Verhaltensweisen auch mit typischen Einstellungen, Wertorientierungen und Normen assoziiert. Zur Analyse sozioökonomischer Bedingungen wird das Konzept der Lebenschancen herangezogen (DAHRENDORF, 1979). Das Lebenschancenkonzept beschreibt die sozialstrukturell verankerten Möglichkeiten zur Realisierung spezifischer Typen der Lebensführung.

Damit können sowohl individuelle als auch soziale Einflüsse in diesem Modell zum gesundheitsrelevanten Lebensstil berücksichtigt werden. Mit Lebensführung beschreibt Abel die vom Individuum gewählten Verhaltensweisen, Einstellungen und Wertorientierungen. Die sozialstrukturell verankerten Bedingungen und

Einflussgrößen werden mit der Kategorie der Lebenschancen integrativ analysierbar. Lebensstil konstituiert sich demnach aus dem Zusammenwirken von typischen Formen der Lebensführung und den jeweiligen sozialstrukturellen Bedingungen. Damit konnte ein wichtiger Schritt gegen die Kritik eines neuen Reduktionismus im Themenbereich gesundheitsrelevanter Lebensstile gesetzt werden.

Gesundheitsrelevante Lebensstile umfassen die kollektiven Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen. Diese Muster werden von Individuen auf der Basis der ihnen zur Verfügung stehenden Optionen ausgewählt und zu spezifischen Konstellationen zusammengefügt. Dabei stellen die Optionen die konkretisierten Handlungsmöglichkeiten der sozialstrukturell verankerten Lebenschancen dar. Die Gestaltungsleistung geschieht in unmittelbarer Auseinandersetzung mit den Lebenschancen und wirkt auf diese entweder stabilisierend oder modifizierend zurück. In einem umfassenden Lebensstilkonzept kann keine dieser Dimensionen von den anderen als unabhängig betrachtet werden. Die relative Bedeutung der einzelnen Dimensionen für die Realisierung eines Lebensstils ist unterschiedlich.

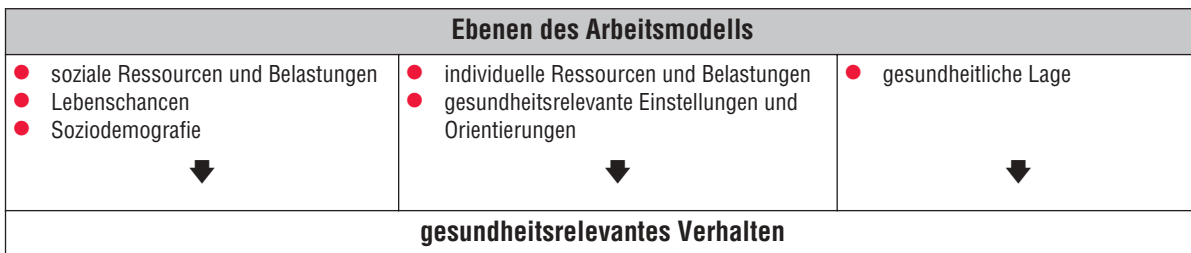
Wie in den bereits beschriebenen soziologischen Lebensstiltheorien geht auch das dreidimensionale Modell des gesundheitsrelevanten Lebensstils davon aus, dass die Handlungsebene in einem komplexen Interaktionsgeflecht mit sozialstrukturellen Bedingungen zu sehen ist. Lebenschancen werden dabei als sozialstrukturell verankerte, kollektive Faktoren verstanden. Den Optionen der Lebensstilgestaltung sind durch ungleich verteilte Lebenschancen (Bildungschancen, Berufschancen, Konsumchancen) Grenzen gesetzt. Den Entscheidungsspielräumen der Individuen werden weiters durch immaterielle Einflüsse wie Normen und Werte Grenzen gesetzt, die in Abhängigkeit von Klasse, Schicht, Geschlecht, etc. differieren (DAHRENDORF, 1979). Individuen werden in gewisse Handlungsvorgaben hineingeboren und gemäß ihrer typischen Konfiguration der Lebenschancen sozialisiert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, sozialstrukturell verankerte Lebenschancen strukturieren Handlungsmöglichkeiten und geben damit typische Bedingungen der Gestaltung, Entwicklung, Aufrechterhaltung und Veränderung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen vor (ABEL, 1999).

1.5 Arbeitsmodell

Die Gliederung der verwendeten Variablen zur Analyse der verschiedenen Gesundheitsverhaltensweisen und Lebensstile folgt den Hauptkomponenten eines Anforderungs-Ressourcen-Modells von Gesundheit (z. B. LAZARUS & FOLKMAN, 1984; FREIDL, 1997; FREIDL, STRONEGGER, RASKY & NEUHOLD, 2001; FREIDL & NEUHOLD, 2002) und in der analytischen Zielrichtung

Abels Modell (1997) eines dreidimensionalen Konzeptes des gesundheitsrelevanten Lebensstils. Die zentralen Dimensionen des Modells sind gesundheitsrelevantes Verhalten, gesundheitsbezogene Orientierungen (individuelle Ressourcen) und soziale Ressourcen. Unser Arbeitsmodell wird noch zusätzlich um die Dimension der gesundheitlichen Lage erweitert.



Modellhaft wird für die Analyse dieses Berichtes hypothetisiert, dass das Gesundheitsverhalten einer Person von unterschiedlichen Systemen determiniert wird. Die individuellen Ressourcen (gesundheitsbezogene Orientierungen) sowie die sozialen Ressourcen und Lebenschancen als auch die gesundheitliche Lage spielen eine wesentliche Rolle bei der Ausdifferenzierung des Gesundheitsverhaltens. Individuelle Ressourcen sind auf der innerpsychischen Ebene z. B. als psychische oder spirituelle Dispositionen sowie im Bereich der Einstellungen und Orientierungen angesiedelt. Soziale Ressourcen und Lebenschancen betreffen sozialstrukturelle Aspekte (Makro- bzw. Mikroumwelt). Makro- und Mikroumwelt geben auch gesundheitsre-

levante soziale Verhaltensnormen für das Individuum vor. Die soziale Lage des Individuums hat zentrale Bedeutung, da sie ungleiche Lebenspositionen und eine ungleiche Ressourcenverteilung bedingt. Klarerweise bestimmt auch die gesundheitliche Lage per se den Verhaltens- und Handlungsspielraum einer Person. Diese interagierenden Systeme determinieren das Gesundheitshandeln. Von diesem Modellverständnis aus betrachtet steht nicht so sehr die Frage der kausalen Ursache-Wirkungsverhältnisse in der Produktion von Lebensstilen im Vordergrund, sondern eher die Bedeutung spezifischer Lebensstile in der Interaktion und Vermittlung zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.

1.6 Studiendesign und Stichprobenerhebung

Die der vorliegenden Studie zugrundeliegende Stichprobenerhebung erfolgte im Auftrag der Stadt Wien in zwei Wellen. Der Erhebungszeitraum der ersten Welle dauerte von November 1999 bis Februar 2000, jener der zweiten Welle von Dezember 2000 bis März 2001. Die

Zielpopulation war die Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren. Die Zielpersonen wurden nach der Methode der einfachen Zufallsauswahl unter Zuhilfenahme von Zählbezirken bestimmt.

Studienform:	repräsentative Querschnitterhebung für Wien
Auftraggeber:	Stadt Wien
Erhebungszeitraum:	November 1999 bis Februar 2000 (1. Welle) Dezember 2000 bis März 2001 (2. Welle)

In den Haushalten wurden von unterwiesenen Personen Face-to-Face-Interviews mit den Zielpersonen

durchgeführt. Die InterviewerInnen folgten dabei einem 48-seitigen Fragebogen im DIN-A4-Format.

Studiendesign Übersicht	
Zielpopulation:	Wiener Wohnbevölkerung (16+ Jahre)
Stichprobendesign:	einfache Zufallsauswahl
Stichprobenumfang:	n = 4.019
Ausschöpfungsrate:	55 %
	Nettoausgangsstichprobe: 7.300 100 %
	Ausfälle insgesamt: 3.281 45 %
	davon: Zielperson nicht erreicht 798 24 %
	Zielperson verweigert 2.222 68 %
	Zielperson nicht interviewfähig 201 6 %
	nicht verwertbare Interviews 60 2 %
Datenerhebungsmethode:	Face-to-Face-Interviews im Haushalt der Zielpersonen
Gewichtung:	nach wichtigen demographischen Merkmalen anhand des Mikrozensus 2000/2 (vgl. Kap. 1.6.1)

1.6.1 Statistisch-epidemiologische Datenanalyse – Methoden

Bei Erhebungen in einfacher Zufallsauswahl entstehen in der Regel systematische Ausfälle, welche die Repräsentativität der Stichprobe bisweilen erheblich beeinträchtigen. Dies kann im Extremfall bis zur Wertlosigkeit einer Erhebung gehen. Sofern die Stichprobenverzerrung nicht zu gravierend ist, ermöglicht jedoch eine Gewichtung der Daten die nachträgliche rechnerische Herstellung einer befriedigenden Repräsentativität der Auswertungsergebnisse.

In allen durchgeführten Auswertungen wurden die erhobenen Daten zur Erzielung von weitgehender Repräsentativität der Ergebnisse statistisch gewichtet. Dies war notwendig, da die Rohdaten der Erhebung in den meisten soziodemografischen Variablen leichte bis moderate Abweichungen von den tatsächlichen Verteilungen in der Wiener Bevölkerung aufwiesen. Die Gewichtung erfolgte unter Verwendung der aktuellsten Mikrozensusdaten vom 2. Quartal 2000 (MZ 2000/2) und passt die Merkmale Geschlecht, Alter, Schulbildung, Teilnahme am Erwerbsleben, Staatsbürgerschaft, Bezirk, Haushaltsgröße und Familienstand an dessen „SOLL“-Verteilungen an.

Um den Einfluss von statistischen Störvariablen, insbesondere der Variablen Geschlecht und Alter, auszuschließen, wählten wir als vorrangige statistische Me-

thode die Stratifizierung nach diesen Variablen. Dies ist bei ausreichender Fallzahl die Korrekturmethode der Wahl, da sie vergleichsweise die meiste Information liefert und keinerlei einschränkende Zusatzannahmen benötigt. Alle statistischen Analysen wurden nach Geschlecht stratifiziert, wo sinnvoll und möglich auch nach Altersgruppen.

1.6.2 Generierung der Gesundheitsindikatoren

In diesem Survey wurden, mittels persönlicher Interviews, Fragenkomplexe oder so genannte Skalen erhoben, die aus mehreren inhaltlich eindeutig zusammengehörigen Einzelfragen bestehen. Diese Fragenkomplexe wurden zu Indikatoren zusammengefasst, die es erlauben, Gesundheit und damit verbundene Einflussgrößen zu beschreiben und die dazu herangezogen werden können, Gesundheitszustände in vielfältigster Art zu beschreiben.

Um Indikatoren zu bilden, wurden die hypothetisch zu Skalen zusammengestellten Items auf interne Konsistenz (Cronbach’s Alpha) geprüft. Interne Konsistenzen mit $\alpha > 0.50$ wurden noch als angemessen akzeptiert.

Waren das inhaltliche Konstrukt plausibel und die internen Konsistenzen statistisch für die jeweilige Dimension akzeptabel, wurden die Indikatoren additiv gebildet. Der sich ergebende Wert wurde durch die An-

zahl der verwendeten Items dividiert, um so eine bessere Einschätzung im Verhältnis zur Einzelskala zu gewährleisten.

Einige Indikatoren wurden a priori als Summenindices gebildet, d. h. es wurden eindeutig zusammengehörige Quantitäten aufsummiert: z. B. ergibt die Anzahl der chronischen Krankheiten den dazugehörigen Summenindikator.

1.6.3 Darstellung der Ergebnisse

Basis-Stratifizierungsvariablen

Alle untersuchten Sozial- und Gesundheitsvariablen wurden einheitlich nach dem Geschlecht (männlich, weiblich) und nach dem Lebensalter (in fünf Altersgruppen) stratifiziert. Zusätzlich wurde in Abhängigkeit von inhaltlichen Überlegungen wo sinnvoll auch einheitlich nach den folgenden Variablen stratifiziert:

(a) Soziale Ressourcen:

- Einkommensschicht: Haushaltsnettoeinkommen pro Erwachsenenäquivalent (ungefähre Perzentilaufteilung in vier Gruppen mit Anteilen in der Anordnung 15 % – 35 % – 35 % – 15 %)

- Ausbildungsschicht (Pflichtschule, Lehre, mittlere Ausbildung, Universität)
- berufliche Position (unqualifiziert, mittel qualifiziert, hoch qualifiziert, Führungsposition)
- Arbeitsbelastung (niedrig, mittel, hoch)
- Arbeitszufriedenheit (niedrig, mittel, hoch)
- soziales Netz (niedrig, mittel, hoch)
- Personen im Haushalt (eine Person, zwei Personen, über zwei Personen)
- Kinder im Haushalt (keine, ja)
- Wohnzufriedenheit (niedrig, mittel, hoch)
- persönliche finanzielle Lage (sehr gut, es reicht, sehr knapp)
- Stress im Alltag (niedrig, mittel, hoch)

(b) Interne Ressourcen:

- Anomie (niedrig, mittel, hoch)
- Kohärenzsinn SOC (niedrig, mittel, hoch)
- Lebensqualität (niedrig, mittel, hoch)

(c) Gesundheitszustand:

- subjektiver Gesundheitszustand (niedrig, mittel, hoch)
- Beschwerdenintensität (niedrig, mittel, hoch)
- Anzahl chronischer Krankheiten (keine, eine, zwei oder mehr)

Tabellendarstellung und Abbildungen	
Nummerierung:	Die Zählung erfolgt innerhalb der Hauptkapitel jeweils getrennt.
Tabellenaufbau:	In der Regel stehen die Klassifikationskategorien der Stratifizierungsvariablen in der ersten Spalte (ganz links) und definieren die Zeilen. Die Antwortkategorien der Responsevariablen definieren die weiteren Spalten. Daher summieren in der Regel die Prozentwerte einer Zeile auf 100 %.
Behandlung fehlender Werte:	Aufgrund der von Variable zu Variable unterschiedlichen Anzahl an fehlenden Werten variiert auch die den einzelnen Tabellen zugrundeliegende Fallzahl und in der Folge auch die Genauigkeit der Resultate von Tabelle zu Tabelle. Fehlende Werte treten jedoch nur in sehr kleiner Anzahl auf (meist maximal einige Prozent), sodass dadurch die Genauigkeit der Resultate praktisch nicht beeinträchtigt wird. Die Tabellen wurden jeweils mit der maximal verfügbaren Fallzahl berechnet. Wir verzichteten daher auf die Angabe der jeweils genauen Fallzahl.
Rundungsdifferenzen:	Geringfügige Abweichungen von Sollwerten (z. B. 99 % oder 101 % statt 100 %) sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

**II.
SUCHTMITTELKONSUM
(ALKOHOL UND NIKOTIN)**

***CONSUMPTION OF
ADDICTIVE DRUGS
(ALCOHOL AND SMOKING)***

2	SUCHTMITTELKONSUM	61
	2.1 ALKOHOLKONSUM	64
	2.2 NIKOTINKONSUM	75

2 SUCHTMITTELKONSUM (ALKOHOL UND NIKOTIN)

Zusammenfassung

Biertrinken ist eine Männerdomäne: Männer konsumieren wesentlich häufiger und vor allem mengenmäßig mehr Bier als Frauen. Speziell die Altersgruppe der 45- bis 59-jährigen Männer trinkt sehr häufig Bier, wobei es bei 11 Prozent bis zu einem Liter und bei 5 Prozent mehr als ein Liter am Tag sind. Weibliche Jugendliche bilden bei den Frauen die Gruppe, in der am häufigsten Bier konsumiert wird. Es trinken jedoch drei Viertel dieser jungen Frauen gar kein Bier. Eine zunehmend bessere finanzielle Situation führt bei Männern und Frauen auch zu vermehrtem Bierkonsum. Bei hoher Arbeitsbelastung wird interessanterweise seltener Bier getrunken als bei niedriger Belastung, dies gilt für beide Geschlechter. Allerdings trinken Männer, die unter hoher Belastung stehen, mengenmäßig mehr Bier am Tag als die Vergleichsgruppe. Ein durchschnittlich gutes soziales Netz lässt ebenfalls den Bierkonsum ansteigen.

Der tägliche **Wein- und Sektkonsum** nimmt mit höherem Alter sehr stark zu, z. B. trinken nur 32 Prozent der Männer über 74 Jahre gar keinen Wein oder Sekt. Diese deutliche Zunahme ist bei Männern und Frauen zu beobachten, wobei die tägliche Menge bei den Frauen eindeutig unter der Menge der Männer liegt. Eine bessere Bildung und höheres Einkommen führen auch zu vermehrtem Wein- und Sektkonsum. Auch die täglich getrunkene Menge an Wein und Sekt ist bei den UniversitätsabsolventInnen und in der höchsten Einkommensgruppe am größten. Wie schon der Bierkonsum zeigte, konsumieren auch Männer und Frauen mit einem durchschnittlich guten sozialen Netzwerk am häufigsten Wein und Sekt. Jene Wein- und Sekt trinkenden Männer mit schlechter sozialer Integration konsumieren aber höhere tägliche Mengen. Männer und Frauen mit mangelnder sozialer Orientierung und Werte- bzw. Normenverlust pflegen weniger Wein und Sekt zu trinken. Ein niedriger Anomiegrad führt dagegen zu vermehrtem Konsum von Sekt und Wein.

Summary: Alcohol Consumption and Smoking

The consumption of beer is significantly more widespread among men than among women. Men drink beer more frequently and in significantly higher amounts than women. Particularly many men aged 45 to 59 consume beer frequently. In this age group, 11 percent drink up to a litre of beer every day, and 5 percent consume in excess of 1 litre. Of women, adolescent and young women are the group which consumes beer most frequently. Three in four young women, however, do not drink beer at all. With higher income, beer consumption increases for both men and women. Interestingly, a high workload corresponds to less frequent beer consumption than a low workload for both genders. Men with a high workload, however, consume a larger amount of beer per day than the comparison group. An averagely extensive social network also increases the consumption of beer.

The daily consumption of wine and sparkling wine also increases significantly with age; only 32 percent of men over age 74 do not drink wine or sparkling wine at all. This conspicuous increase can be seen in both men and women; the daily consumed volume for women, however, is clearly below that of men. A higher degree of education and higher income correlate positively with more frequent consumption of wine and sparkling wine. Daily consumption, as well, is highest among university graduates and in the highest income segment. As with beer, both men and women with a relatively extensive social network consume wine and sparkling wine most frequently. Men with a low level of social integration who drink wine or sparkling wine, however, consume higher daily amounts. Men and women with a lack of social orientation and a loss of values or norms usually drink less wine and sparkling wine. A low level of anomie, however, increases the consumption of these alcoholic beverages.

Bei subjektiv schlechterer Gesundheit trinken Männer häufiger Wein und Sekt, bei den Frauen verkehrt sich dieses Bild. Ist die Gesundheit schlechter, wird auch weniger getrunken.

Betrachtet man die **durchschnittliche Alkoholmenge**, so ist festzuhalten, dass Männer deutlich mehr konsumieren als Frauen, eine bessere Ausbildung bei den Frauen zu vermehrtem Genuss führt, hingegen bei den Männern jene mit Lehrabschluss am meisten konsumieren, ein höheres Einkommen die Alkoholmenge bei Männern und Frauen kontinuierlich ansteigen lässt, eine geringe Arbeitszufriedenheit bei den Männern zu größeren Mengen führt, was bei Frauen nicht zu beobachten war; eine durchschnittlich gute Integration in ein soziales Netzwerk bedeutet bei den Männern wiederum eine höhere Alkoholmenge, bei Frauen nimmt die Alkoholmenge mit schlechtem sozialen Netz zu, auch Alltagsstress lässt Männer verstärkt zu alkoholischen Getränken greifen, auf Frauen trifft das nicht zu; ein guter Kohärenzsinn geht mit vermindertem Konsum bei beiden Geschlechtern einher und kann somit als Schutzfaktor gesehen werden; eine subjektiv gute Gesundheit bei Männern und Frauen bedeutet ebenfalls eine geringere Alkoholmenge.

Eine dauerhafte Belastung durch Nikotin ist durch Eigenkonsum bzw. durch Passivrauchen im gemeinsamen Haushalt gegeben. Das betrifft vor allem die jüngste Altersgruppe, die am häufigsten in Haushalten mit bis zu drei RaucherInnen lebt, wobei mehr als die Hälfte der Jugendlichen selber täglich raucht. Ein geringer Bildungsstatus von Männern und Frauen geht einerseits mit einer stärkeren **Rauchbelastung im Haushalt** einher, und andererseits sind in dieser Gruppe auch die meisten RaucherInnen zu finden. HochschulabsolventInnen rauchen mit Abstand am wenigsten. Es zeigt sich auch, dass mit geringerer Arbeitszufriedenheit der Prozentsatz an RaucherInnen zunimmt. Sowie sich auch die Integration in ein sehr gutes soziales Netz auf das Rauchverhalten der Befragten positiv auswirkt. Das soziale Netz hat jedoch bei Frauen keinen Einfluss auf die Anzahl der RaucherInnen.

Men with a poor subjective state of health drink wine and sparkling wine more frequently, while for women it is the opposite – if they feel less healthy, they also drink less.

Average alcohol consumption shows that men drink significantly more than women, and that women consume more with a rising level of education, while among men, those who have completed an apprenticeship drink most. Alcohol consumption also increases continuously in volume with the level of income for both genders, and a low level of job satisfaction increases the amount consumed by men, which does not hold true for women. An averagely good integration into a social network means higher alcohol consumption for men, while for women, consumption increases with a poor social network. A good sense of coherence decreases consumption for both genders and can therefore be regarded as a protective factor, and a good subjective state of health leads to lower alcohol intake for both men and women.

*Sources of permanent nicotine exposure are active smoking, and passive smoking due to a household member. This holds true especially for members of the youngest age group, who frequently live in households with up to three smokers. Additionally, more than half of all adolescents smoke daily. A low level of education is associated with higher **exposure to tobacco smoke in the household** and with active smoking for both genders. University graduates smoke significantly less than others. It was also found that poor job satisfaction increases the percentage of smokers, while integration into an extensive social network had a positive influence on the smoking habits of the sample. For women, however, the social network does not influence the number of smokers, while men with a very extensive social network smoke less frequently.*

Bei den Männern hingegen sind jene mit sehr gutem Netz seltener betroffen. Rauchen im Haushalt geht mit geringerer Wohnzufriedenheit einher bzw. finden sich mit niedriger Wohnzufriedenheit vermehrt RaucherInnen im Haushalt sowie auch Befragte mit hohem Anomiegrad häufiger selbst rauchen und in Haushalten leben, in denen mehrere Personen rauchen. Weiters führen noch finanzielle Nöte und vermehrter Alltagsstress zu häufigerem Nikotinkonsum. Unter Männern, die ihre Gesundheit niedrig einschätzen, sind die meisten Raucher zu finden, nur chronische Krankheiten lassen Männer und Frauen häufiger von einem täglichen Nikotinkonsum absehen.

Die **Anzahl der gerauchten Zigaretten** ist im Durchschnitt bei den Männern wesentlich höher als bei Frauen, die Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen erzielt dabei den höchsten täglichen Konsum. Männer mit Lehrabschluss haben den höchsten Zigarettenverbrauch pro Tag, mit zunehmender Bildung sinkt der Verbrauch. Auch ein höheres Einkommen, zunehmende Arbeitsbelastung und niedrige soziale Netzwerke führen bei RaucherInnen zu einer erhöhten Anzahl an gerauchten Zigaretten.

Der **Rauchbeginn** setzt immer früher ein, während ältere RaucherInnen erst um bzw. über 20 Jahren mit dem Rauchen begannen, rauchen Jugendliche heute schon ab durchschnittlich 15 Jahren. Jugendliche und alte Menschen haben allerdings am häufigsten versucht das **Rauchen aufzugeben** bzw. versucht sich einzuschränken. Auch eine schlechte finanzielle Lage der RaucherInnen führte häufiger zum Versuch mit dem Rauchen aufzuhören. Der Bildungsstatus lässt diesbezüglich keine eindeutigen Schlüsse zu.

Smoking in the household is linked to a low level of satisfaction with housing, i.e. when the level of satisfaction with housing is low, more people in the household smoke, and persons with a high level of anomie smoke more frequently and live in households where more than one person is a smoker. Financial problems and everyday stress, as well, increase the frequency of nicotine consumption. The highest percentage of smokers is found among men who assess their own health poorly; only chronic diseases tend to decrease daily smoking for both men and women.

*Men smoke more **cigarettes per day** on average than women, with the age group 45 to 59 at the top of the table. Men with an apprenticeship only also smoke more cigarettes per day than others; the amount decreases with a higher level of education. High income, increasing workload and poor social networks also increase the amount of cigarettes consumed by smokers.*

***Smoking starts** at an increasingly early age; while older smokers started smoking at or around age 20, adolescents today start smoking at an average age of 15 years. Adolescents and elderly persons, however, also have tried most often to **quit smoking** or to limit the amount of cigarettes they smoke. A poor financial situation also makes smokers try to quit more frequently. No conclusions can be drawn as to the level of education.*

2.1 Alkoholkonsum

Alkohol wird insgesamt von Männern wesentlich häufiger konsumiert als von Frauen, dies trifft besonders auf den Bierkonsum zu. Bier trinken am häufigsten Männer im Alter zwischen 45 und 59 Jahren und das zum Teil in großen Mengen: 17 Prozent trinken bis zu einem halben Liter, 11 Prozent bis zu einem Liter und 5 Prozent über einen Liter. Jüngere Männer trinken zwar insgesamt etwas weniger Bier als die oben beschriebene

Gruppe, aber mengenmäßig wird auch häufig (8 Prozent) bis zu einem Liter Bier täglich getrunken. Über 74-Jährige trinken zu 64 Prozent kein Bier, und jene die Bier trinken, tun dies in geringeren Mengen. Bei den Frauen bilden die 16- bis 24-Jährigen die stärkste Gruppe der Biertrinkerinnen, wobei aber auch hier 75 Prozent gar kein Bier trinken. In den übrigen Altersgruppen trinken über 80 Prozent der Frauen kein Bier.

Tabelle 1: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Alter (Jahre)	Bierkonsum				
	nichts	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer					
16-24	53,0	25,9	11,1	7,5	2,4
25-44	45,5	26,1	16,3	8,3	3,8
45-59	41,6	25,7	16,7	11,4	4,5
60-74	49,2	29,5	14,7	6,6	0,0
75+	63,7	22,0	14,3	0,0	0,0
gesamt	47,6	26,2	15,1	8,2	3,0
Frauen					
16-24	75,1	19,3	4,1	1,5	0,1
25-44	87,1	10,0	2,7	0,1	0,0
45-59	82,4	12,5	4,0	1,1	0,0
60-74	84,2	13,9	1,9	0,0	0,0
75+	84,1	14,4	1,4	0,0	0,0
gesamt	83,8	12,8	2,9	0,5	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich des Haushaltseinkommens zeigt sich bei den Männern ein vermehrter Bierkonsum in den oberen Einkommensgruppen bis 1.900 Euro und über 1.900 Euro. 13 Prozent der Männer der höchsten Einkommensgruppe trinken bis zu einem Liter Bier täglich. Die Menge von mehr als einem Liter Bier am Tag liegt in allen Einkommensgruppen zwischen 2 und 3 Prozent. Bei den Frauen trinken ebenfalls jene der oberen beiden Einkommensgruppen etwas häufiger Bier als jene mit niedrigerem Einkommen. Mengenmäßig

wird durchschnittlich ein viertel Liter Bier getrunken, wobei der Prozentsatz linear mit steigendem Einkommen zunimmt. Das sind 10 Prozent der Frauen aus Haushalten mit einem Einkommen bis zu 730 Euro, 12 Prozent jener mit 1.310 Euro, 14 Prozent der Frauen mit bis zu 1.900 Euro und 15 Prozent all jener mit einem Einkommen von über 1.900 Euro, die täglich bis zu einem viertel Liter Bier trinken. Zwischen 2 und 4 Prozent aller Frauen konsumieren bis zu einem halben Liter Bier am Tag.

Tabelle 2: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Haushalts- einkommen/Kopf	Bierkonsum				
	nichts	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer					
bis 730 €	64,9	16,8	10,8	5,9	1,6
bis 1.310 €	48,7	24,9	13,9	9,7	2,8
bis 1.900 €	41,9	29,6	18,3	7,8	2,4
über 1.900 €	43,0	27,8	14,5	12,8	2,0
gesamt	48,6	25,3	14,7	9,1	2,4
Frauen					
bis 730 €	86,1	10,4	3,4	0,0	0,0
bis 1.310 €	84,2	12,2	3,1	0,5	0,0
bis 1.900 €	82,8	13,8	2,0	1,4	0,0
über 1.900 €	81,5	14,7	3,9	0,0	0,0
gesamt	83,9	12,5	3,0	0,6	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung ist ein interessantes Ergebnis zu sehen. Bei niedriger Arbeitsbelastung wird insgesamt häufiger Bier konsumiert als bei hoher Belastung, dies trifft sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen zu. Bei den Männern zeigt sich jedoch, dass Bierkonsumenten mit hoher Arbeitsbelastung mengenmäßig mehr trinken als die übrigen Män-

ner. In dieser stark belasteten Gruppe trinken 21 Prozent bis zu einem viertel Liter, 12 Prozent bis zu einem halben Liter, 11 Prozent bis zu einem Liter und 4 Prozent über einen Liter Bier am Tag. Bei den Frauen trinkt jedoch die Gruppe mit niedriger Arbeitsbelastung auch mengenmäßig am meisten Bier.

Tabelle 3: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach Arbeitsbelastung und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Arbeitsbelastung	Bierkonsum				
	nichts	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer					
niedrig	43,0	35,5	12,7	6,7	2,1
mittel	47,8	25,5	14,4	9,6	2,7
hoch	52,2	20,6	11,5	11,4	4,3
gesamt	47,9	26,8	12,9	9,4	3,1
Frauen					
niedrig	78,3	15,6	4,4	1,7	0,0
mittel	89,5	8,8	1,7	0,0	0,0
hoch	84,5	11,9	3,1	0,5	0,0
gesamt	83,3	12,6	3,2	0,9	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man den Bierkonsum in Abhängigkeit von der Ausprägung des sozialen Netzes, so ist zu sehen, dass Frauen und Männer mit weniger gut ausgeprägtem Netz insgesamt weniger Bier trinken. Männer mit einem sozialen Netz mittlerer Ausprägung trinken am häufigsten Bier, wobei 24 Prozent bis zu einem viertel Liter, 17 Pro-

zent bis zu einem halben Liter, 10 Prozent bis zu einem Liter und 4 Prozent über einen Liter Bier am Tag trinken. Bei den Frauen nimmt der Bierkonsum mit zunehmendem besserem sozialen Netz zu. 15 Prozent der Frauen mit sehr gutem sozialen Netz trinken bis zu einem viertel Liter und 4 Prozent bis zu einem halben Liter Bier.

Tabelle 4: Durchschnittlicher täglicher Bierkonsum nach sozialem Netz und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

soziales Netz	Bierkonsum				
	nichts	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer					
niedrig	47,5	26,6	14,1	8,9	2,9
mittel	45,6	23,5	16,8	10,0	4,1
hoch	51,3	30,1	14,5	2,8	1,3
gesamt	47,5	26,1	15,2	8,1	3,0
Frauen					
niedrig	85,3	11,1	3,1	0,4	0,0
mittel	82,8	14,0	2,4	0,8	0,0
hoch	81,2	15,4	3,5	0,0	0,0
gesamt	83,8	12,8	2,9	0,5	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die folgenden Tabellen beschreiben den durchschnittlichen täglichen Wein- und Sektkonsum. Hier ist zu sehen, dass der tägliche Wein- bzw. Sektkonsum bei Männern im Alter besonders stark zunimmt. Nur 32 Prozent der über 74-jährigen Männer trinken keinen Wein bzw. Sekt, 23 Prozent trinken täglich nur wenig (1/16 l), 18 Prozent bis zu einem achteil Liter, 14 Prozent bis zu einem viertel Liter und 13 Prozent konsumieren bis zu einem halben Liter Wein bzw. Sekt (täglich). 80 Prozent

der jungen Männer trinken keinen Wein bzw. Sekt, dann steigt der Wein- und Sektkonsum mit dem Alter relativ rasch und kontinuierlich an. Auch bei den Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei diese insgesamt wesentlich weniger Wein bzw. Sekt trinken als Männer. Junge Frauen greifen am seltensten zu einem Glas Wein oder Sekt und die Gruppe der 60- bis 74-jährigen Frauen genießt am häufigsten im Schnitt ein Glas Wein bzw. Sekt am Tag.

Tabelle 5: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Alter (Jahre)	Wein- und Sektkonsum						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
16–24	80,1	11,0	3,7	3,7	1,4	0,0	0,0
25–44	60,7	19,3	6,9	8,5	3,5	0,9	0,1
45–59	55,9	17,0	10,2	11,7	4,9	0,3	0,0
60–74	34,5	21,5	13,6	19,5	8,8	1,4	0,8
75+	32,0	22,6	18,4	13,6	13,3	0,0	0,0
gesamt	58,5	17,7	8,5	9,9	4,6	0,6	0,2
Frauen							
16–24	77,1	13,5	6,1	3,3	0,0	0,0	0,1
25–44	67,5	17,8	10,8	3,8	0,1	0,0	0,0
45–59	68,7	12,2	10,8	6,1	2,2	0,0	0,0
60–74	65,7	13,7	14,0	3,3	2,8	0,4	0,0
75+	70,2	7,8	13,1	8,9	0,0	0,0	0,0
gesamt	69,0	14,2	11,0	4,8	1,0	0,1	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mäßiger aber regelmäßiger Wein- und Sektkonsum wird mit zunehmender Bildung bei Frauen und Männern häufiger gepflegt, wobei die Prozentsätze bei den Männern deutlich höher sind. Bei den UniversitätsabsolventInnen konsumieren 24 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen nur bis zu einem sechzehntel Liter,

13 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen rund ein achtel Liter Wein bzw. Sekt sowie 16 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen bis zu einem viertel Liter täglich. 75 Prozent der Männer und 77 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss trinken keinen Wein bzw. Sekt.

Tabelle 6: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Schulbildung	Wein- und Sektkonsum						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
Pflichtschule	75,4	11,9	3,8	3,8	3,7	1,0	0,3
Lehre	58,1	17,5	8,6	10,3	5,3	0,2	0,0
mittlere Ausbildung	48,6	21,7	11,6	13,8	4,1	0,0	0,2
Universität	39,2	23,8	13,0	16,0	6,1	1,8	0,0
gesamt	58,5	17,7	8,5	9,9	4,6	0,6	0,2
Frauen							
Pflichtschule	77,2	11,2	6,5	4,9	0,0	0,2	0,0
Lehre	73,9	9,3	11,5	4,5	0,8	0,0	0,0
mittlere Ausbildung	61,9	18,8	13,5	4,6	1,2	0,0	0,0
Universität	56,0	19,7	15,2	5,5	3,5	0,0	0,0
gesamt	69,0	14,2	11,0	4,8	1,0	0,1	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine Abhängigkeit des Wein- und Sektkonsums vom Haushaltseinkommen wird deutlich. Mit zunehmendem Einkommen nimmt der Wein- und Sektkonsum bei Männern und Frauen kontinuierlich zu. 78 Prozent der Männer und 81 Prozent der Frauen der untersten Einkommensgruppe trinken keinen Wein bzw. Sekt. In

der obersten Einkommensgruppe sind es nur mehr 45 Prozent bei den Männern und 54 Prozent bei den Frauen, die gar keinen Wein und Sekt trinken. Auch die täglich getrunkene Menge ist in der obersten Einkommensgruppe am höchsten.

Tabelle 7: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Haushalts-einkommen/Kopf	Wein- und Sektkonsum						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
bis 730 €	78,0	11,2	5,8	2,8	2,3	0,0	0,0
bis 1.310 €	60,0	15,3	6,6	11,6	5,7	0,6	0,2
bis 1.900 €	51,5	20,1	11,8	12,7	3,3	0,0	0,4
über 1.900 €	45,4	21,7	11,4	12,6	7,0	2,0	0,0
gesamt	58,3	17,0	8,6	10,7	4,7	0,5	0,2
Frauen							
bis 730 €	80,6	10,5	5,1	3,7	0,0	0,0	0,0
bis 1.310 €	69,7	14,5	11,7	3,5	0,7	0,0	0,0
bis 1.900 €	68,5	16,7	10,0	4,3	0,4	0,0	0,0
über 1.900 €	54,3	19,1	16,0	6,0	4,6	0,0	0,0
gesamt	69,8	14,8	10,4	4,0	0,9	0,0	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ähnlich dem Bierkonsum ist auch die Abhängigkeit des Wein- und Sektkonsums hinsichtlich des sozialen Netzes. Ein weniger stark ausgeprägtes soziales Netz geht bei Männern und Frauen mit einem geringeren Wein- und Sektkonsum einher. Ein gutes Netzwerk und ver-

mehrte Geselligkeit führen bei Männern und Frauen zu einem etwas höheren Konsum von Wein und Sekt. Männer, die mengenmäßig sehr viel trinken, finden sich aber in sozialen Netzen mit niedriger oder mittlerer Ausprägung.

Tabelle 8: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach sozialem Netz und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

soziales Netz	Wein- und Sektkonsum						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
niedrig	60,6	15,5	8,6	8,9	5,4	0,8	0,1
mittel	58,7	17,4	7,1	11,8	3,8	0,8	0,3
hoch	54,3	23,2	10,1	7,9	4,5	0,0	0,0
gesamt	58,7	17,7	8,3	9,8	4,7	0,6	0,2
Frauen							
niedrig	68,6	12,3	12,4	6,1	0,5	0,1	0,0
mittel	70,8	15,0	8,9	3,8	1,5	0,0	0,0
hoch	66,4	19,2	10,9	2,3	1,2	0,0	0,0
gesamt	69,0	14,3	10,9	4,7	1,0	0,1	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mangelnde soziale Orientierung und die Auflösung sozialer und kulturell bedingter Werte und Normen gehen bei den Männern mit geringerem Wein- und Sektkonsum einher. 15 Prozent mit einem hohen Anomiegrad trinken bis zu einem Sechzehntel, 5 Prozent bis zu einem Achtel und 9 Prozent bis zu einem Viertel. Mit Abnahme der Anomie steigt der Wein- und Sektkonsum kontinuierlich an. Bei den Männern mit niedrigem Anomiegrad trinken 24 Prozent bis zu einem

sechzehntel, je 13 Prozent bis zu einem achtel und bis zu einem viertel und 5 Prozent konsumieren sogar bis zu einem halben Liter Wein bzw. Sekt am Tag. Bei den Frauen sind die Unterschiede im Wein- und Sektkonsum bezüglich der Anomie nicht so stark ausgeprägt. 74 Prozent der Frauen mit einem niedrigen Anomiegrad, 64 Prozent mit einem mittleren und 71 Prozent mit einem hohen Anomiegrad trinken täglich gar keinen Wein bzw. Sekt.

Tabelle 9: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach Anomie und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Anomie	Wein- und Sektkonsum						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
niedrig	44,9	23,7	13,0	12,9	4,5	0,6	0,4
mittel	61,7	14,9	7,9	9,3	5,5	0,6	0,2
hoch	66,5	15,3	4,9	8,5	4,0	0,7	0,0
gesamt	59,0	17,4	8,1	10,0	4,7	0,6	0,2
Frauen							
niedrig	73,8	13,3	8,4	3,4	1,1	0,0	0,0
mittel	63,9	16,7	13,0	5,1	1,3	0,0	0,0
hoch	71,3	12,2	10,7	5,3	0,5	0,0	0,0
gesamt	69,0	14,4	11,0	4,7	1,0	0,0	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes und dem Wein- bzw. Sektkonsum zeigt sich, dass Männer mit zunehmend schlechterer Gesundheit mehr Wein und Sekt trinken. Hier könnte es sich teilweise um einen Alterseffekt handeln, da vermehrt ältere Be-

fragte bei schlechterer Gesundheit sind und Ältere mehr Wein und Sekt konsumieren. Bei den Frauen hingegen trinken jene mit schlechterer Gesundheit insgesamt seltener Wein und Sekt.

Tabelle 10: Durchschnittlicher täglicher Wein- und Sektkonsum nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

subjektiver Gesundheitszustand	Wein- und Sektkonsum						
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	über 1l
Männer							
niedrig	49,9	21,8	10,4	13,1	3,9	0,7	0,2
mittel	59,9	17,1	7,3	9,4	5,4	0,9	0,0
hoch	63,4	15,2	8,3	8,1	4,3	0,3	0,3
gesamt	58,5	17,7	8,5	9,9	4,6	0,6	0,2
Frauen							
niedrig	77,6	8,5	7,4	5,7	0,7	0,2	0,0
mittel	64,0	18,7	12,3	4,1	1,0	0,0	0,0
hoch	66,2	14,8	13,2	4,6	1,2	0,0	0,0
gesamt	69,0	14,2	11,0	4,8	1,0	0,1	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Spirituosen werden insgesamt nur von einem kleinen Prozentsatz der Männer und Frauen getrunken. Männer zwischen 45 und 59 Jahren konsumieren noch am häufigsten diese harten Getränke; 13 Prozent trinken bis zu einem Sechzehntel, 3 Prozent bis zu einem Achtel und 4 Prozent bis zu einem Viertel pro Tag. Mit 93 Pro-

zent der über 74-Jährigen stellen diese die größte Gruppe bei den Männern dar, die überhaupt keine Spirituosen zu sich nehmen. Nicht einmal 10 Prozent der Frauen pro Altersklasse trinken Spirituosen. Am häufigsten konsumieren junge Frauen mit 8 Prozent bis zu einem Sechzehntel am Tag.

Tabelle 11: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Spirituosen nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Alter (Jahre)	Spirituosenkonsum				
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	über 1/4l
Männer					
16–24	84,7	6,5	7,3	0,9	0,7
25–44	85,1	10,4	2,3	1,5	0,7
45–59	79,9	13,4	2,6	4,0	0,0
60–74	81,0	15,4	3,5	0,0	0,0
75+	93,3	6,7	0,0	0,0	0,0
gesamt	83,8	10,7	3,3	1,7	0,4
Frauen					
16–24	91,7	7,9	0,4	0,0	0,0
25–44	93,6	5,0	0,6	0,4	0,4
45–59	93,8	6,2	0,0	0,0	0,0
60–74	95,6	3,8	0,2	0,0	0,4
75+	94,9	4,2	1,0	0,0	0,0
gesamt	93,9	5,3	0,4	0,2	0,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Nach dem Haushaltseinkommen trinken Männer der Einkommensgruppe bis 1.900 Euro am häufigsten Spirituosen, 18 Prozent davon trinken bis zu einem

Sechzehntel täglich. Männer der höchsten Einkommensgruppe konsumieren seltener hochprozentige Getränke als jene mit niedrigerem Einkommen. Der

insgesamt geringe Konsum von Spirituosen der Frauen verteilt sich folgendermaßen: bis zu einem Einkommen von 730 Euro trinken 4 Prozent bis zu einem Sechzehntel, 1 Prozent bis zu einem Achtel und 2 Prozent erstaunlicherweise bis zu einem Viertel am Tag.

In den beiden mittleren Einkommensgruppen trinken je 6 Prozent bis zu einem Sechzehntel und in der höchsten Einkommensgruppe sind es nur noch 4 Prozent, die täglich zirka diese Menge konsumieren.

Tabelle 12: Durchschnittlicher täglicher Konsum von Spirituosen nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht (in %, nur Welle 2)

Haushalts-einkommen/Kopf	Spirituosenkonsum				
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	über 1/4l
Männer					
bis 730 €	87,8	8,5	2,0	1,7	0,0
bis 1.310 €	83,0	10,2	4,4	2,2	0,2
bis 1.900 €	78,0	17,5	2,0	1,7	0,8
über 1.900 €	89,3	8,0	1,1	0,7	0,9
gesamt	83,4	11,5	2,9	1,7	0,4
Frauen					
bis 730 €	93,2	4,2	1,0	0,0	1,6
bis 1.310 €	94,1	5,6	0,3	0,0	0,0
bis 1.900 €	94,0	5,7	0,3	0,0	0,0
über 1.900 €	96,2	3,8	0,0	0,0	0,0
gesamt	94,1	5,2	0,4	0,0	0,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Alkoholkonsum wurde über drei Einzelitems (F87; Bier, Wein, Spirituosen) erhoben, die mittels einer achtstufigen Mengenskala bezogen auf einen Tag beurteilt wurden. Der Indikator Alkohol wurde aus diesen Items gebildet, in dem die Mengenangaben annäherungsweise in Gramm Alkohol umgerechnet und aufsummiert wurden.

Die folgende Tabelle beschreibt den durchschnittlichen Alkoholkonsum von Frauen und Männern. Frauen trinken nur zirka ein Viertel der Alkoholmenge der Männer und mit zunehmendem Alter nimmt der Alkoholkonsum zu und erst bei den über 74-Jährigen wieder eindeutig ab. Hinsichtlich der Schulbildung trinken Hochschulabsolventinnen etwas häufiger Alkohol als jene mit niedrigerem Bildungsstatus. Bei den Männern sind es jene mit Lehrabschluss, die am häufigsten Alkohol konsumieren. Betrachtet man das Haushaltseinkommen, so zeigt sich, dass wieder Frauen und auch Männer der höchsten Einkommensgruppe am meisten Alkohol zu sich nehmen. Eine geringe Arbeitszufriedenheit geht bei den Männern mit einem deutlich ver-

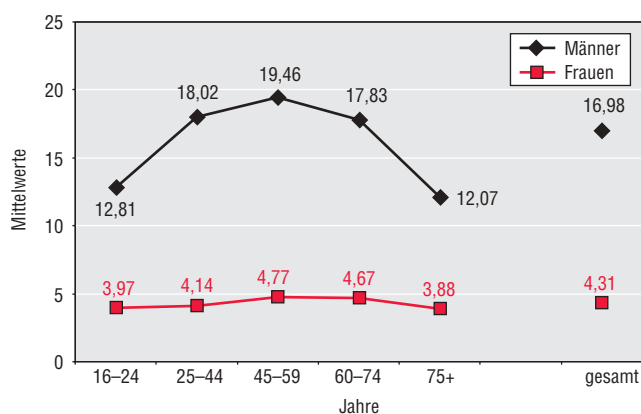
stärkten Alkoholkonsum einher, der mit zunehmender Zufriedenheit kontinuierlich abnimmt. Bei den Frauen sind die Unterschiede im Alkoholkonsum bezüglich der Arbeitszufriedenheit nur gering, es zeigt sich kein deutlicher Zusammenhang. Männer, die gut in ein soziales Netzwerk integriert sind, trinken deutlich mehr Alkohol als jene, die entweder kein gutes oder ein sehr gutes soziales Netzwerk haben. Auch hier sind bei den Frauen kaum Unterschiede zu sehen, jene mit geringer sozialer Integration trinken etwas häufiger Alkohol als die übrigen Frauen. Ist der Alltagsstress hoch, greifen Männer verstärkt zum Alkohol. Bei den Frauen ist dieser Zusammenhang nicht zu sehen. Eine deutliche Abhängigkeit zeigt sich zwischen Alkoholkonsum und Kohärenzsinn. Frauen und Männer mit stark ausgeprägtem Kohärenzsinn trinken durchschnittlich weniger Alkohol als jene mit niedrigem Kohärenzsinn. Männer und Frauen, die ihren Gesundheitszustand niedrig einschätzen, trinken etwas häufiger Alkohol als jene, die ihre Gesundheit als hoch einschätzen und jene mit mittlerem Gesundheitszustand trinken am wenigsten Alkohol.

Tabelle 13: Durchschnittliche Alkoholmenge nach Geschlecht, Schulbildung und Haushaltseinkommen (Mittelwerte)

	Alkohol		
	Frauen	Männer	gesamt
Alter (Jahre)			
16–24	3,97	12,81	8,59
25–44	4,14	18,02	10,12
45–59	4,77	19,46	10,74
60–74	4,67	17,83	9,43
75+	3,88	12,07	5,96
gesamt	4,31	16,98	9,55
Schulbildung			
Pflichtschule	4,14	15,54	8,76
Lehre	3,63	20,72	11,80
mittlere Ausbildung	4,42	14,42	7,82
Universität	5,97	16,22	10,77
gesamt	4,31	16,98	9,55
Haushaltseinkommen/Kopf			
bis 730 €	4,82	9,87	6,77
bis 1.310 €	3,73	17,24	9,12
bis 1.900 €	3,84	18,62	9,93
über 1.900 €	5,42	21,08	13,71
gesamt	4,13	17,04	9,50

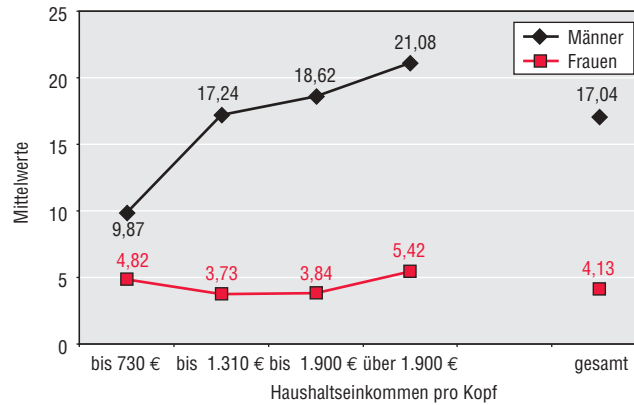
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 1: Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 2: Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht (Mittelwerte)



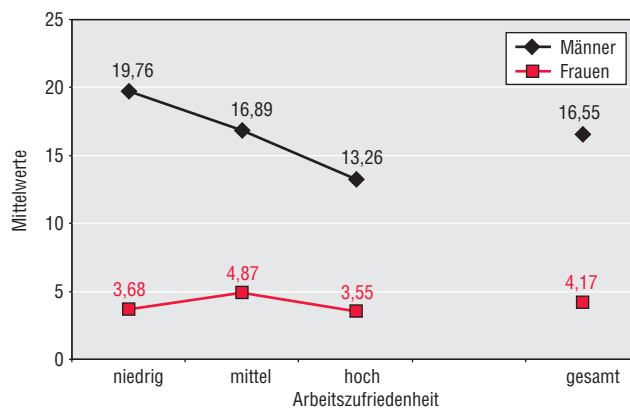
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tabelle 14: Durchschnittliche Alkoholmenge nach Arbeitszufriedenheit, sozialem Netz, etc. (Mittelwerte)

	Alkohol		
	Frauen	Männer	gesamt
Arbeitszufriedenheit			
niedrig	3,68	19,76	11,40
mittel	4,87	16,89	10,60
hoch	3,55	13,26	8,46
gesamt	4,17	16,55	10,18
soziales Netz			
niedrig	4,86	15,90	9,03
mittel	3,87	20,88	11,17
hoch	3,51	11,96	7,49
gesamt	4,30	17,03	9,55
Alltagsstress			
niedrig	4,13	15,76	8,92
mittel	4,79	15,31	9,10
hoch	3,88	22,86	11,92
gesamt	4,31	17,00	9,55
Kohärenzsinn			
niedrig	4,94	20,30	11,00
mittel	4,57	18,02	10,28
hoch	3,46	12,94	7,48
gesamt	4,35	17,07	9,63
subjektiver Gesundheitszustand			
niedrig	4,70	19,48	10,09
mittel	4,01	15,24	8,84
hoch	4,27	17,12	9,89
gesamt	4,31	16,98	9,55

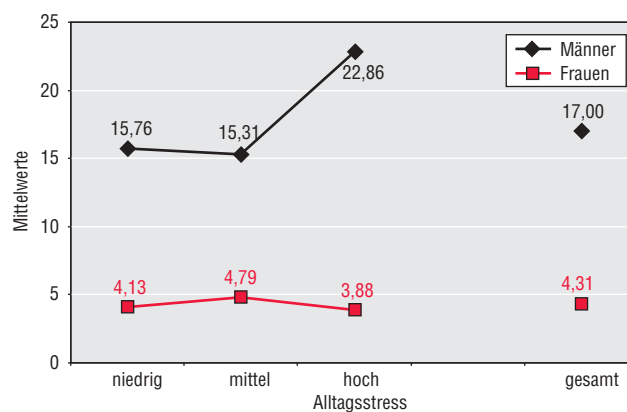
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 3: Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (Mittelwerte)



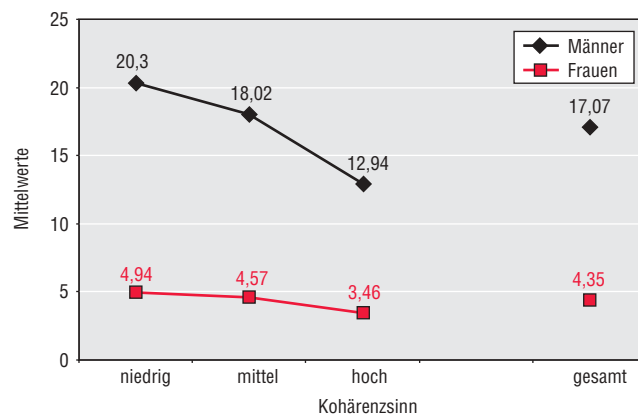
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 4: Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Alltagsstress und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 5: Durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag nach Kohärenzsinn und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

2.2 Nikotinkonsum

Auf die Frage nach der Anzahl der Personen (einschließlich der befragten Person), die im Haushalt rauchen, sind folgende Ergebnisse zu sehen: Mit ansteigendem Alter leben Männer und Frauen zunehmend in rauchfreien Haushalten. In der Altersklasse der 16- bis 24-Jährigen leben nur 22 Prozent der Männer in Nichtraucherhaushalten, bei 36 Prozent raucht eine Person, bei 28 Prozent rauchen zwei Personen und noch 12 Prozent leben mit drei RaucherInnen im Haushalt. Im Vergleich dazu die Frauen dieser Altersgruppe: 24 Prozent

leben in NichtraucherInnenhaushalten, 30 Prozent teilen mit einer RaucherIn, 28 Prozent mit zwei RaucherInnen und 16 Prozent sogar mit drei RaucherInnen den Haushalt. Die jüngste Altersgruppe ist somit am stärksten vom Nikotinkonsum betroffen. Ab dem Alter von rund 60 Jahren leben Männer und Frauen vermehrt in NichtraucherInnenhaushalten. Konkret sind das: 71 Prozent bei den Männern und 70 Prozent bei den Frauen zwischen 60 und 74 Jahren und 84 Prozent der Männer sowie 88 Prozent der Frauen über 74 Jahre.

Tabelle 15: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Anzahl der RaucherInnen im Haushalt					
	0	1	2	3	4	5
Männer						
16–24	21,9	35,8	28,3	12,0	1,4	0,6
25–44	40,1	39,8	18,6	1,3	0,2	0,0
45–59	43,2	35,5	18,2	3,1	0,0	0,0
60–74	71,2	22,3	6,5	0,0	0,0	0,0
75+	83,7	16,3	0,0	0,0	0,0	0,0
gesamt	46,1	34,1	16,7	2,8	0,3	0,1
Frauen						
16–24	23,5	29,8	27,5	16,0	2,9	0,3
25–44	45,9	35,9	16,2	1,9	0,0	0,0
45–59	49,7	34,3	13,2	2,8	0,0	0,0
60–74	70,0	27,1	2,9	0,0	0,0	0,0
75+	88,4	11,6	0,0	0,0	0,0	0,0
gesamt	52,7	31,0	12,9	3,1	0,3	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich der Schulbildung zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit der Anzahl der RaucherInnen im Haushalt. Je niedriger der Bildungsstatus der Männer und Frauen ist, desto höher wird die Anzahl der RaucherInnen im Haushalt. Nur 27 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss leben in NichtraucherInnenhaushalten. Ab dem Lehrabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung verringern sich die Unterschiede zwischen den Män-

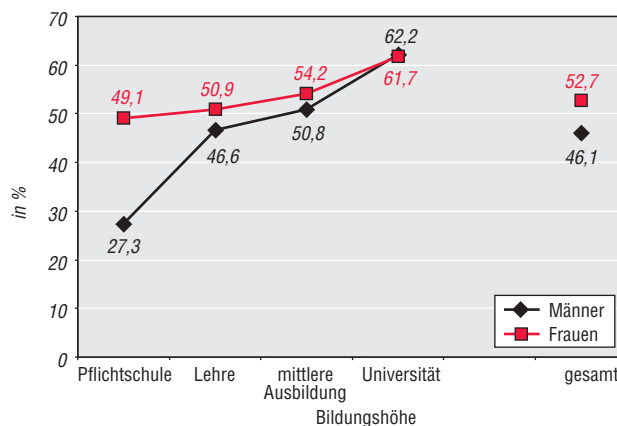
nern und Frauen. 47 Prozent der Männer und 51 Prozent der Frauen dieser Gruppe leben in rauchfreien Haushalten. Ab einer mittleren Ausbildung kommen schon mehr als die Hälfte der Männer und Frauen in den Genuss einer rauchfreien Wohnung und jene mit höchstem Bildungsstatus leben zu 62 Prozent mit NichtraucherInnen. Mangelnde Schulbildung ist somit mit höherer Nikotinbelastung assoziiert.

Tabelle 16: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Anzahl der RaucherInnen im Haushalt					
	0	1	2	3	4	5
Männer						
Pflichtschule	27,3	42,0	23,0	6,6	0,8	0,4
Lehre	46,6	33,3	17,1	2,8	0,2	0,0
mittlere Ausbildung	50,8	33,0	14,7	1,5	0,1	0,0
Universität	62,2	27,1	10,6	0,1	0,0	0,0
gesamt	46,1	34,1	16,7	2,8	0,3	0,1
Frauen						
Pflichtschule	49,1	29,7	13,8	6,5	0,8	0,0
Lehre	50,9	32,1	14,5	2,5	0,0	0,0
mittlere Ausbildung	54,2	31,2	13,3	1,0	0,2	0,1
Universität	61,7	31,0	5,1	2,2	0,0	0,0
gesamt	52,7	31,0	12,9	3,1	0,3	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 6: NichtraucherInnenhaushalte nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein gutes soziales Netz spielt keine so eine große Rolle, wenn es um die Anzahl der RaucherInnen im Haushalt geht. Bei den Frauen leben zirka 53 Prozent in rauchfreien Haushalten, unabhängig davon, ob sie ein gutes oder weniger gutes soziales Netz haben. Auch die Prozentsätze jener, die mit einer oder zwei RaucherInnen leben, variieren nur geringfügig nach

der Stärke des sozialen Netzes. Bei den Männern sind jene mit hoch ausgeprägtem sozialen Netz etwas bevorzugt, 53 Prozent davon leben in NichtraucherInnenhaushalten, bei 28 Prozent raucht eine Person und bei 16 Prozent rauchen zwei Personen. Die übrigen Männer leben etwas häufiger in Haushalten mit ein, zwei oder drei RaucherInnen.

Tabelle 17: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach sozialem Netz und Geschlecht (in %)

soziales Netz	Anzahl der RaucherInnen im Haushalt					
	0	1	2	3	4	5
Männer						
niedrig	45,1	36,7	15,8	2,3	0,1	0,0
mittel	43,3	34,4	18,5	3,5	0,3	0,0
hoch	53,0	27,7	16,0	2,6	0,4	0,4
gesamt	46,1	34,1	16,8	2,8	0,2	0,1
Frauen						
niedrig	52,9	33,2	11,8	1,8	0,3	0,0
mittel	52,2	28,3	14,7	4,5	0,3	0,1
hoch	53,0	30,0	12,8	4,0	0,3	0,0
gesamt	52,6	31,0	13,0	3,1	0,3	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich der Wohnzufriedenheit ist jedoch wieder ein eindeutiger Zusammenhang zur Anzahl der RaucherInnen im Haushalt zu erkennen. Männer und Frauen, deren Wohnzufriedenheit geringer ist, leben häufiger in RaucherInnenhaushalten als jene mit mitt-

lerer und hoher Wohnzufriedenheit. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind dabei nur gering. Eine rauchfreie Wohnung könnte somit zu erhöhter Wohnzufriedenheit führen, oder aber die Wohnbedingungen von RaucherInnen sind insgesamt schlechter.

Tabelle 18: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Wohnzufriedenheit und Geschlecht (in %)

Wohnzufriedenheit	Anzahl der RaucherInnen im Haushalt					
	0	1	2	3	4	5
Männer						
niedrig	40,2	38,2	15,5	4,7	1,0	0,4
mittel	47,7	31,9	18,9	1,5	0,0	0,0
hoch	53,8	29,5	14,8	1,8	0,2	0,0
gesamt	47,3	33,1	16,4	2,7	0,4	0,1
Frauen						
niedrig	45,1	34,4	17,2	3,0	0,2	0,0
mittel	49,3	35,8	12,4	2,4	0,1	0,0
hoch	58,3	29,1	10,8	1,8	0,0	0,0
gesamt	51,0	33,1	13,4	2,4	0,1	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer und Frauen mit hohem Anomiegrad leben häufiger in Haushalten, in welchen geraucht wird. 36 Prozent der Männer und 45 Prozent der Frauen dieser Gruppe leben in NichtraucherInnenhaushalten, bei 41 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen raucht eine Person und bei 20 Prozent der Männer und 16 Pro-

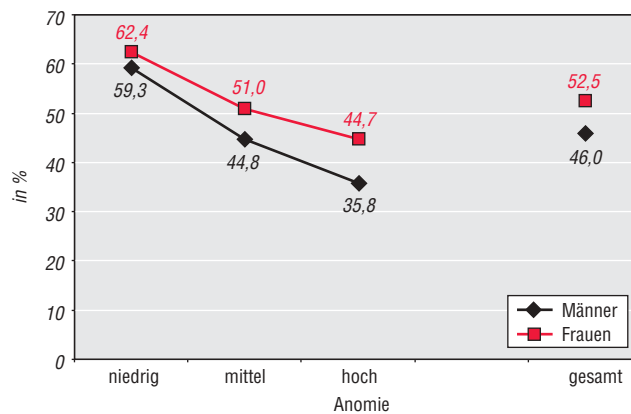
zent der Frauen rauchen zwei Personen im gemeinsamen Haushalt. Mit abnehmendem Grad der Anomie nimmt auch die Anzahl der rauchenden Personen im Haushalt ab. Bei niedrigem Anomiegrad leben bereits 60 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen in rauchfreien Haushalten.

Tabelle 19: Anzahl der RaucherInnen im Haushalt nach Anomie und Geschlecht (in %)

Anomie	Anzahl der RaucherInnen im Haushalt					
	0	1	2	3	4	5
Männer						
niedrig	59,3	27,1	12,0	1,6	0,0	0,0
mittel	44,8	34,1	17,8	2,9	0,3	0,0
hoch	35,8	40,6	19,6	3,4	0,4	0,2
gesamt	46,0	34,3	16,7	2,7	0,3	0,1
Frauen						
niedrig	62,4	25,0	9,6	2,9	0,0	0,0
mittel	51,0	33,3	12,9	2,5	0,3	0,0
hoch	44,7	34,4	16,2	3,9	0,6	0,1
gesamt	52,5	31,2	12,9	3,1	0,3	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 7: NichtraucherInnenhaushalte nach Anomie und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die folgenden Tabellen bilden den RaucherInnenstatus über RaucherInnen, GelegenheitsraucherInnen und NichtraucherInnen ab. Insgesamt rauchen Männer häufiger als Frauen, wobei junge Männer (16 bis 24 Jahre) mit 56 Prozent und junge Frauen mit 52 Prozent am öftesten täglich rauchen und die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nur gering sind. Mit zunehmendem Alter nimmt der Nikotinkonsum bei Frauen und Männern ab. 93 Prozent der über 74-jährigen

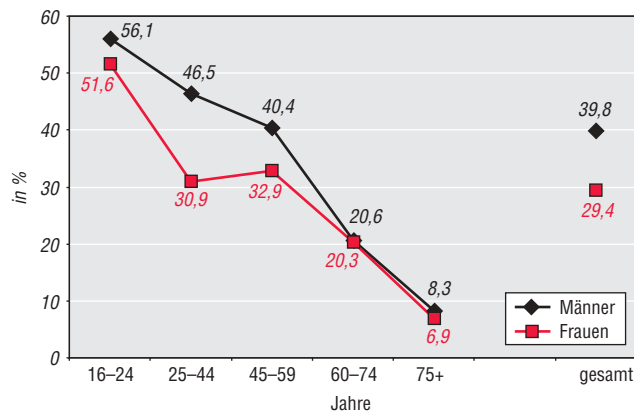
Frauen und 90 Prozent der Männer dieser Altersklasse sind NichtraucherInnen, wobei 69 Prozent dieser Männer und 30 Prozent dieser Frauen früher einmal geraucht haben. Bei den Männern zwischen 45 und 74 Jahren sind je über 50 Prozent Exraucher, bei den Frauen bilden die 45- bis 59-Jährigen mit 41 Prozent die größte Gruppe der ExraucherInnen. Gesamt geben zirka 40 Prozent der Männer und 29 Prozent der Frauen an, täglich zu rauchen.

Tabelle 20: RaucherInnenstatus nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Rauchen Sie?			Haben Sie jemals geraucht? (von NichtraucherInnen)		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein	ja, während der letzten 6 Monate damit aufgehört	ja, schon früher damit aufgehört	nein
Männer						
16–24	56,1	4,7	39,2	4,6	8,6	86,8
25–44	46,5	5,3	48,2	6,3	32,4	61,3
45–59	40,4	2,3	57,3	3,5	52,5	44,0
60–74	20,6	2,1	77,3	2,4	56,6	41,0
75+	8,3	2,1	89,6	0,0	68,5	31,5
gesamt	39,8	3,8	56,4	4,0	44,1	51,9
Frauen						
16–24	51,6	6,5	41,9	4,8	13,4	81,7
25–44	30,9	6,5	62,6	4,9	29,0	66,1
45–59	32,9	2,3	64,7	1,6	41,3	57,1
60–74	20,3	0,4	79,3	0,0	28,2	71,8
75+	6,9	0,0	93,1	0,0	29,5	70,5
gesamt	29,4	3,9	66,8	2,5	30,8	66,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 8: Tägliche RaucherInnen nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit zunehmend höherem Bildungsstatus nimmt der Prozentsatz der RaucherInnen stark ab. Männer mit Pflichtschulabschluss rauchen mit 58 Prozent am häufigsten täglich, bei den Frauen dieser Bildungsklasse sind es 32 Prozent, die täglich rauchen. UniversitätsabsolventInnen bilden mit 71 Prozent bei den Männern

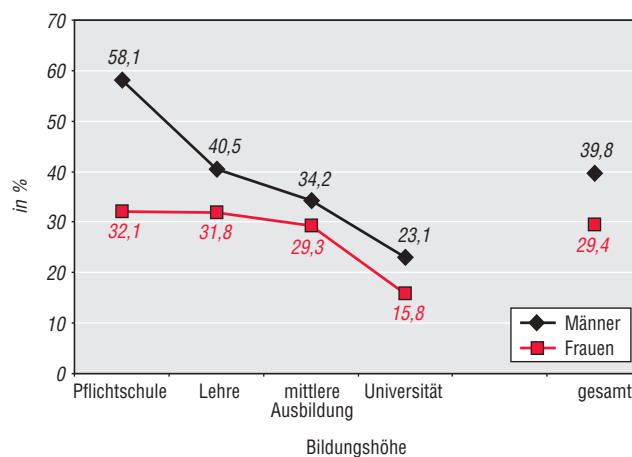
und 77 Prozent bei den Frauen die größte Gruppe der NichtraucherInnen. Rund 65 Prozent der Frauen der übrigen Bildungsklassen sind Nichtraucherinnen, wobei rund 30 Prozent davon Exraucherinnen sind. Bei den Männern mit Lehrabschluss sind mit 51 Prozent die meisten Exraucher zu finden.

Tabelle 21: RaucherInnenstatus nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Rauchen Sie?			Haben Sie jemals geraucht? (von NichtraucherIn)		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein	ja, während der letzten 6 Monate damit aufgehört	ja, schon früher damit aufgehört	nein
Männer						
Pflichtschule	58,1	2,9	39,0	1,6	34,7	63,6
Lehre	40,5	2,4	57,0	4,0	51,4	44,6
mittlere Ausbildung	34,2	5,2	60,6	5,0	45,6	49,3
Universität	23,1	6,1	70,8	3,8	31,5	64,7
gesamt	39,8	3,8	56,4	4,0	44,1	51,9
Frauen						
Pflichtschule	32,1	2,9	65,0	1,5	27,6	70,9
Lehre	31,8	2,6	65,6	2,0	29,4	68,6
mittlere Ausbildung	29,3	4,5	66,2	3,1	33,5	63,4
Universität	15,8	7,7	76,6	4,0	33,2	62,7
gesamt	29,4	3,9	66,8	2,5	30,8	66,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 9: Tägliche RaucherInnen nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Griff zur Zigarette hängt auch von der Arbeitszufriedenheit ab. Der lineare Anstieg der Prozentsätze

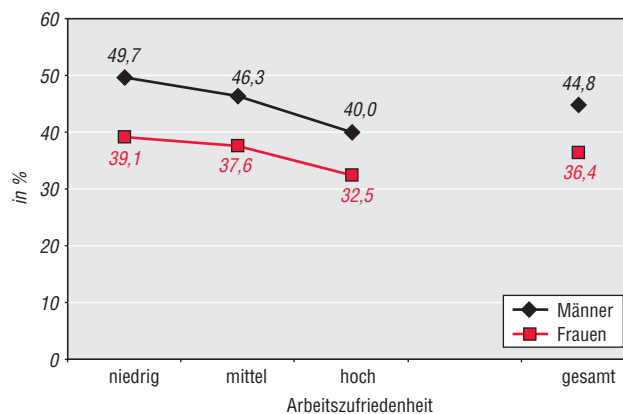
zeigt, dass Männer und Frauen vermehrt rauchen, wenn sie mit ihrer Arbeit weniger zufrieden sind.

Tabelle 22: RaucherInnenstatus nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (in %)

Arbeitszufriedenheit	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
niedrig	49,7	3,5	46,8
mittel	46,3	4,6	49,1
hoch	40,0	3,4	56,6
gesamt	44,8	3,9	51,2
Frauen			
niedrig	39,1	4,5	56,4
mittel	37,6	6,1	56,3
hoch	32,5	4,6	62,9
gesamt	36,4	5,3	58,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10: Tägliche RaucherInnen nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bezüglich des sozialen Netzwerkes ist zu beobachten, dass vor allem ein sehr gutes Netzwerk mit einem geringeren Nikotinkonsum einher geht. 70 Prozent der Frauen und 63 Prozent der Männer mit sehr gutem so-

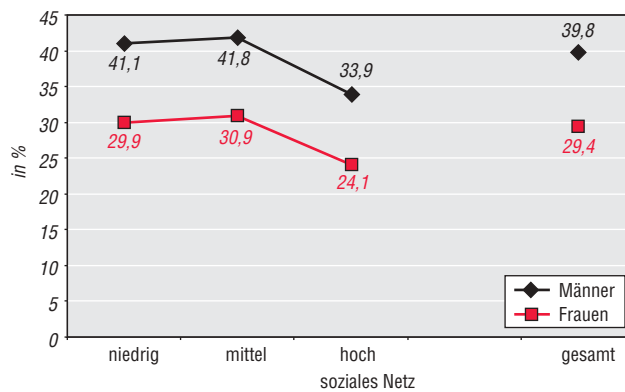
zialem Netzwerk sind NichtraucherInnen. Bei mittlerer und weniger guter Integration in ein soziales Netz sind bei den Frauen rund 30 Prozent Raucherinnen und bei den Männern rund 42 Prozent Raucher zu finden.

Tabelle 23: RaucherInnenstatus nach sozialem Netz und Geschlecht (in %)

soziales Netz	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
niedrig	41,1	2,9	56,0
mittel	41,8	5,1	53,1
hoch	33,9	3,0	63,1
gesamt	39,8	3,7	56,4
Frauen			
niedrig	29,9	3,0	67,1
mittel	30,9	4,0	65,1
hoch	24,1	6,3	69,6
gesamt	29,4	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 11: Tägliche RaucherInnen nach sozialem Netz und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wie oben schon beschrieben, gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen der Wohnzufriedenheit und dem Nikotinkonsum. Unter den RaucherInnen finden sich 43 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen,

deren Wohnzufriedenheit gering ist. Mit Zunahme der Wohnzufriedenheit nimmt der Prozentsatz der Raucher und Raucherinnen stetig ab.

Tabelle 24: RaucherInnenstatus nach Wohnzufriedenheit und Geschlecht (in %)

Wohnzufriedenheit	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
niedrig	42,8	4,5	52,7
mittel	39,6	3,5	56,9
hoch	32,4	2,7	64,9
gesamt	38,2	3,5	58,3
Frauen			
niedrig	35,9	5,7	58,4
mittel	28,9	5,6	65,5
hoch	27,4	2,4	70,2
gesamt	30,7	4,5	64,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit zunehmenden finanziellen Nöten steigt der Prozentsatz der RaucherInnen stark an. 59 Prozent der Männer und 39 Prozent der Frauen, die sehr knapp mit ihren fi-

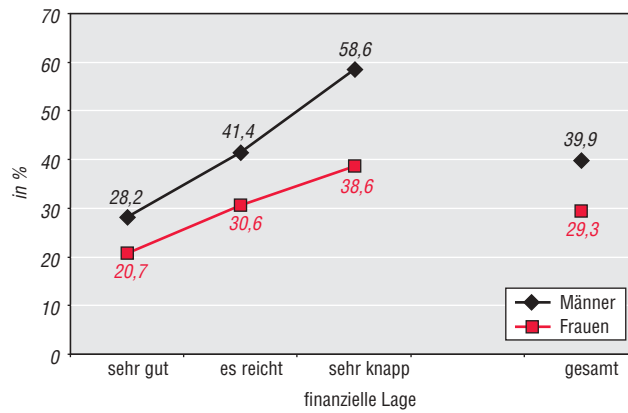
nanziellen Mitteln sind, rauchen. Im Vergleich dazu sind nur 28 Prozent Raucher und 21 Prozent Raucherinnen in der Gruppe mit sehr guter finanzieller Lage.

Tabelle 25: RaucherInnenstatus nach finanzieller Lage und Geschlecht (in %)

finanzielle Lage	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
sehr gut	28,2	3,7	68,1
es reicht	41,4	4,1	54,5
sehr knapp	58,6	2,9	38,5
gesamt	39,9	3,8	56,3
Frauen			
sehr gut	20,7	2,9	76,4
es reicht	30,6	4,7	64,6
sehr knapp	38,6	2,2	59,2
gesamt	29,3	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 12: Tägliche RaucherInnen nach finanzieller Lage und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Vermehrter Alltagsstress führt zu häufigerem Nikotinkonsum. 50 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen, die oft unter Alltagsstress leiden, rauchen täg-

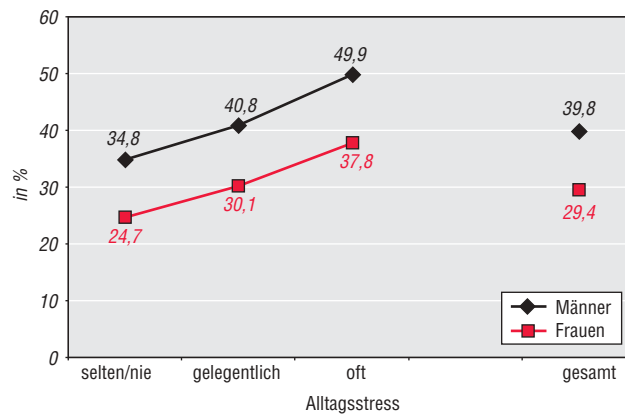
lich. Je geringer der alltägliche Stress wird, desto geringer wird der Prozentsatz der Raucher und Raucherinnen.

Tabelle 26: RaucherInnenstatus nach Alltagsstress und Geschlecht (in %)

Alltagsstress	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
selten/nie	34,8	3,8	61,4
gelegentlich	40,8	3,5	55,7
oft	49,9	4,4	45,7
gesamt	39,8	3,8	56,3
Frauen			
selten/nie	24,7	1,8	73,5
gelegentlich	30,1	4,9	64,9
oft	37,8	6,4	55,8
gesamt	29,4	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 13: Tägliche RaucherInnen nach Alltagsstress und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Auch bei zunehmendem Grad der Anomie ist ein linearer Anstieg der RaucherInnen zu beobachten. Unter Personen mit einer hohen Ausprägung der Anomie finden sich mit 48 Prozent bei den Männern und 34 Prozent bei den Frauen am häufigsten RaucherInnen. Liegt der Anomiegrad im mittleren Bereich, sind 42 Prozent der Män-

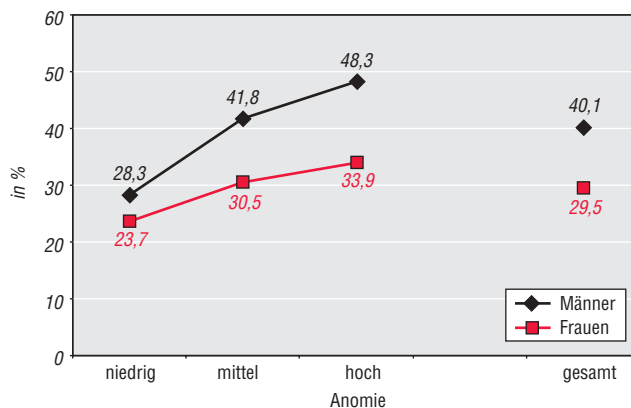
ner Raucher und 31 Prozent der Frauen Raucherinnen. 69 Prozent der Männer und 74 Prozent der Frauen mit niedrigem Anomiegrad rauchen nicht; die diesbezüglichen Werte betragen bei hohem Anomiegrad lediglich 47 bzw. 61 Prozent.

Tabelle 27: RaucherInnenstatus nach Anomie und Geschlecht (in %)

Anomie	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
niedrig	28,3	2,9	68,8
mittel	41,8	3,5	54,7
hoch	48,3	5,1	46,7
gesamt	40,1	3,9	56,1
Frauen			
niedrig	23,7	2,5	73,8
mittel	30,5	4,3	65,2
hoch	33,9	4,7	61,4
gesamt	29,5	3,9	66,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 14: Tägliche RaucherInnen nach Anomie und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer, die ihre Gesundheit ungünstig einschätzen, rauchen interessanterweise häufiger (42 Prozent) als die übrigen Männer. In der Gruppe jener Männer, die einen guten Gesundheitszustand angeben, sind nur 36

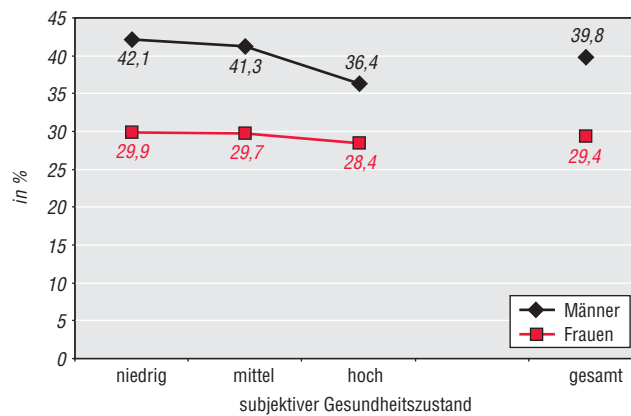
Prozent Raucher. Bei den Frauen ist dies nicht zu beobachten. Unabhängig vom Gesundheitszustand liegt der Prozentsatz der Raucherinnen zwischen 28 und 30 Prozent.

Tabelle 28: RaucherInnenstatus nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (in %)

subjektiver Gesundheitszustand	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
niedrig	42,1	2,2	55,7
mittel	41,3	4,0	54,6
hoch	36,4	4,8	58,8
gesamt	39,8	3,8	56,4
Frauen			
niedrig	29,9	1,3	68,8
mittel	29,7	4,7	65,6
hoch	28,4	5,7	65,9
gesamt	29,4	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 15: Tägliche RaucherInnen nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer und Frauen mit chronischen Erkrankungen rauchen seltener als jene, die nicht darunter leiden. Dabei nimmt der Prozentsatz der männlichen Raucher, die unter zwei oder mehr chronischen Erkrankungen

leiden, noch einmal deutlich ab. Bei den Frauen gibt es zwischen einer und zwei oder mehr chronischen Krankheiten keinen Unterschied im Nikotinkonsum. Je 26 Prozent dieser Gruppen sind Raucherinnen.

Tabelle 29: RaucherInnenstatus nach chronischen Krankheiten und Geschlecht (in %)

chronische Krankheiten	Rauchen Sie?		
	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
Männer			
keine	42,5	4,2	53,2
eine	34,9	2,4	62,7
zwei oder mehr	28,7	4,0	67,4
gesamt	39,8	3,8	56,4
Frauen			
keine	30,8	4,6	64,6
eine	25,9	2,5	71,5
zwei oder mehr	26,2	0,9	72,9
gesamt	29,4	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wieviel wird nun geraucht? Die durchschnittliche Anzahl der gerauchten Zigaretten am Tag ist bei den Männern insgesamt höher als bei den Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl von durchschnittlich 16 Zigaretten bei den Frauen (16–24 J.) und 18 Stück bei den Männern (16–24 J.) auf den Höchstwert von 21 Stück bei den Frauen und 26 bei den Männern in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen und nimmt

danach bei beiden Geschlechtern bis zu den über 74jährigen auf 16 Stück bei den Frauen und 17 bei den Männern ab. Frauen und Männer mit Lehrabschluss haben durchschnittlich den höchsten täglichen Zigarettenverbrauch, bei den Männern sind es 23 und bei den Frauen 21 Zigaretten pro Tag. Bei all jenen mit Hochschulabschluss ist die Zigarettenanzahl niedriger als bei den übrigen Bildungsklassen, das sind im

Durchschnitt 19 Stück bei den Männern und 15 bei den Frauen. Mit ansteigender Arbeitsbelastung nimmt die Anzahl der gerauchten Zigaretten bei Männern und Frauen zu, wobei dies bei den Männern verstärkt zum Ausdruck kommt. Auch ein niedrig ausgeprägtes soziales Netz führt zu einer etwas vermehrten Anzahl

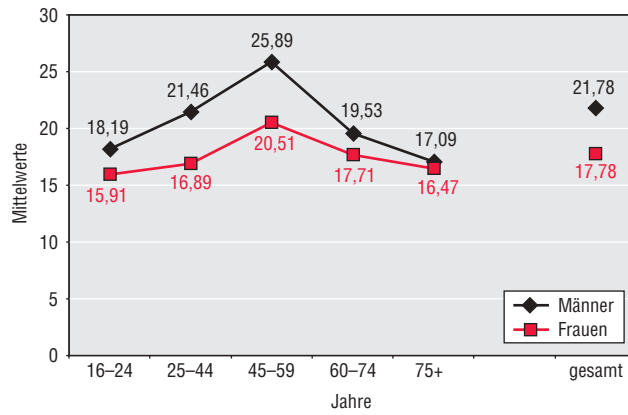
an Zigaretten pro Tag. Männer und Frauen mit geringem sozialen Netz rauchen 18 (Frauen) bzw. 23 (Männer) Zigaretten pro Tag. Diese Durchschnittswerte nehmen dann nur minimal auf 17 Stück bei den Frauen und auf 19 Stück bei den Männern mit hoch ausgeprägtem sozialen Netz ab.

Tabelle 30: Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Geschlecht (Mittelwerte)

	Zigarettenanzahl/Tag		
	Frauen	Männer	gesamt
Alter (Jahre)			
16–24	15,91	18,19	17,14
25–44	16,89	21,46	19,57
45–59	20,51	25,89	23,32
60–74	17,71	19,53	18,57
75+	16,47	17,09	16,72
gesamt	17,78	21,78	19,97
Schulbildung			
Pflichtschule	17,78	20,80	19,35
Lehre	20,52	23,40	22,36
mittlere Ausbildung	16,24	21,17	18,50
Universität	14,78	19,19	17,54
gesamt	17,78	21,78	19,97
Arbeitsbelastung			
niedrig	17,37	20,16	18,64
mittel	17,55	21,11	19,71
hoch	18,39	24,46	22,62
gesamt	17,70	22,30	20,42
soziales Netz			
niedrig	18,23	22,86	20,67
mittel	17,49	21,43	19,63
hoch	16,61	19,47	18,40
gesamt	17,75	21,75	19,94

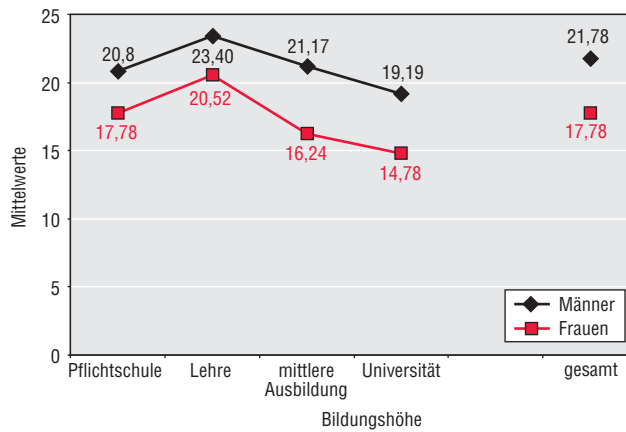
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 16: Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)



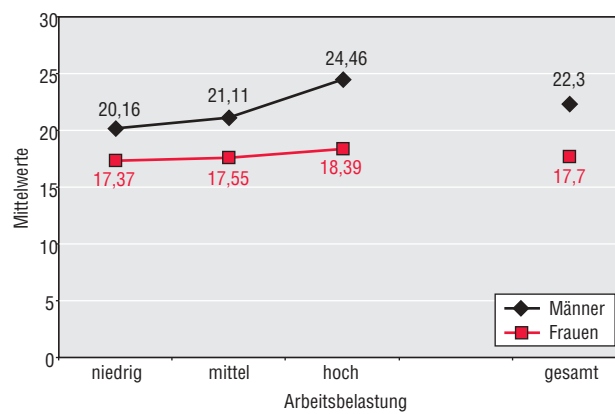
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 17: Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 18: Durchschnittliche Zigarettenanzahl/Tag nach Arbeitsbelastung und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten variiert deutlich zwischen Alter und Geschlecht. Bis zu 10 Zigaretten am Tag rauchen vor allem ganz junge und ältere Menschen. 33 Prozent sind es bei den 16- bis 24-jährigen und 55 Prozent bei den über 74-jährigen Männern, 50 Prozent bei den jungen (16–24 J.) sowie 57 Prozent bei den ab 75-jährigen Frauen. Mehrheitlich werden von Rauchern und Raucherinnen 11 bis 20 Zigaretten

am Tag geraucht, dies trifft vor allem auf die Altersgruppen bis 74 Jahre zu. Stärkere RaucherInnen sind vor allem in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen zu finden. Hier rauchen bei den Männern 25 Prozent 21 bis 30 Stück, 18 Prozent 31 bis 40 und noch 7 Prozent 41 Zigaretten und mehr am Tag. Bei den Frauen liegen diese Werte etwas niedriger: 14 Prozent rauchen 21 bis 30 Zigaretten und 15 Prozent 31 bis 40 Stück pro Tag.

Tabelle 31: RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Anzahl der Zigaretten/Tag				
	1–10	11–20	21–30	31–40	41 und mehr
Männer					
16–24	33,1	46,4	15,6	4,3	0,5
25–44	23,6	47,4	18,3	8,7	2,0
45–59	15,6	33,7	24,9	18,4	7,4
60–74	27,1	47,7	10,9	10,4	3,9
75+	55,1	26,6	12,2	0,0	6,0
gesamt	24,1	43,7	18,7	10,2	3,2
Frauen					
16–24	49,5	39,5	6,6	2,2	2,3
25–44	44,2	39,3	11,4	4,9	0,2
45–59	27,1	43,7	14,3	15,0	0,0
60–74	37,6	37,4	17,9	7,2	0,0
75+	57,2	12,2	24,3	6,3	0,0
gesamt	40,4	39,7	12,2	7,3	0,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

RaucherInnen mit höchstem Bildungsabschluss rauchen am häufigsten nur bis zu 10 Zigaretten am Tag. Im Vergleich sind das aber mit 64 Prozent wesentlich mehr Frauen als Männer (39 %), die diese relativ geringe tägliche Menge konsumieren. RaucherInnen mit Pflichtschulabschluss und auch jene mit mittlerer Ausbildung sind am häufigsten in der Kategorie 11 bis 20 Zigaretten pro Tag zu finden. Das sind 51 Prozent der männlichen Raucher und 43 Prozent der Raucherinnen mit Pflicht-

schulabschluss und 45 Prozent der Raucher sowie 34 Prozent der Raucherinnen mit mittlerer Ausbildung. In der Gruppe mit Lehrabschluss sind anteilmäßig die stärksten RaucherInnen vertreten. Bei den Männern sind es hier 20 Prozent, die 21 bis 30 Stück, 15 Prozent, die 31 bis 40 und 4 Prozent, die 41 und mehr Zigaretten am Tag rauchen. Bei den Frauen ist die Menge wieder etwas geringer: 15 Prozent rauchen 21 bis 30 Stück und 12 Prozent 31 bis 40 Zigaretten pro Tag.

Tabelle 32: RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Anzahl der Zigaretten/Tag				
	1–10	11–20	21–30	31–40	41 und mehr
Männer					
Pflichtschule	22,7	50,5	18,2	5,4	3,2
Lehre	21,2	39,4	20,2	15,1	4,2
mittlere Ausbildung	25,4	44,6	18,8	9,2	2,0
Universität	38,5	37,5	13,6	8,0	2,4
gesamt	24,1	43,7	18,7	10,2	3,2
Frauen					
Pflichtschule	38,5	42,7	10,6	7,2	1,0
Lehre	25,1	47,5	14,8	12,1	0,4
mittlere Ausbildung	47,9	34,2	12,8	4,9	0,2
Universität	63,7	27,6	6,0	2,7	0,0
gesamt	40,4	39,7	12,2	7,3	0,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Zwischen dem Haushaltseinkommen der männlichen Raucher und der Anzahl der gerauchten Zigaretten am Tag sind eindeutige Zusammenhänge zu beobachten: Männer mit niedrigem Einkommen zählen eher zu den schwachen Rauchern, jene mit hohem eher zu den starken. So rauchen „nur“ 9,5 Prozent der Wiener mit einem Pro-Kopf-Haushaltseinkommen bis 730 Euro mehr als 30 Zigaretten pro Tag, in der Einkommenskategorie über 1.900 Euro sind es jedoch mehr als doppelt so viele (21 Prozent).

Bei Frauen zeigt sich dieser Trend nicht. Es fällt auf, dass die Frauen der niedrigsten Einkommenskategorie häufiger bei den schwachen (1–10 Zigaretten pro Tag) oder starken Raucherinnen (31–40 Zigaretten) zu finden sind als die Vergleichsgruppen. Die Frauen mit dem höchsten Einkommen (bis 1.900 Euro und mehr) rauchen am häufigsten 11 bis 20 pro Tag. Sie sind in den Kategorien der sehr starken und sehr schwachen Raucherinnen eher unterrepräsentiert.

Tabelle 33: RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen nach Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht (in %)

Haushalts-einkommen/Kopf	Anzahl der Zigaretten/Tag				
	1–10	11–20	21–30	31–40	41 und mehr
Männer					
bis 730 €	28,4	46,3	15,7	7,0	2,5
bis 1.310 €	23,8	47,4	17,7	8,9	2,2
bis 1.900 €	25,4	40,2	20,0	10,6	3,8
über 1.900 €	14,6	42,4	21,8	16,0	5,1
gesamt	23,7	44,5	18,6	10,1	3,1
Frauen					
bis 730 €	46,1	36,2	6,7	11,0	0,0
bis 1.310 €	38,0	39,7	15,1	6,1	1,1
bis 1.900 €	36,4	41,8	12,8	9,0	0,0
über 1.900 €	33,2	47,8	12,5	5,5	1,0
gesamt	38,8	40,2	12,6	7,8	0,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Je älter die Befragten werden, desto später haben sie durchschnittlich mit dem Rauchen begonnen. Bei den über 74-Jährigen haben Männer im Durchschnittsalter von 20 Jahren und Frauen mit durchschnittlich 23 Jahren zu rauchen begonnen. Jugendliche rauchen heute im Mittel ab dem 15. Lebensjahr, wobei es zwischen Frauen und Männern beim Rauchbeginn keine Unterschiede mehr gibt. Hinsichtlich der Schulbildung gibt es bei den Frauen keine Unterschiede im Rauchbeginn, das Durchschnittsalter liegt bei 18 Jah-

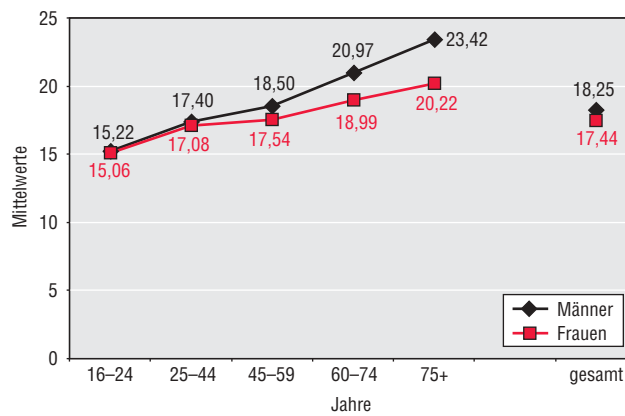
ren. Bei den Männern ist ein etwas späterer Beginn mit zunehmendem Bildungsstand zu sehen. Raucher mit Pflichtschulabschluss begannen durchschnittlich mit 16 Jahren, jene mit Lehre mit 17 Jahren, mit mittlerer Ausbildung mit 18 Jahren sowie Raucher mit Hochschulabschluss mit 19 Jahren. Die Arbeitsbelastung spielt beim Rauchbeginn keine Rolle, Raucher sowie Raucherinnen begannen trotz unterschiedlicher Arbeitsbelastung im Mittel im Alter von 17 Jahren.

Tabelle 34: Rauchbeginn nach Geschlecht (Mittelwerte)

	Rauchbeginn		
	Frauen	Männer	gesamt
Alter (Jahre)			
16–24	15,06	15,22	15,13
25–44	17,08	17,40	17,23
45–59	17,54	18,50	18,01
60–74	18,99	20,97	19,82
75+	20,22	23,42	21,74
gesamt	17,44	18,25	17,82
Schulbildung			
Pflichtschule	18,22	16,11	17,26
Lehre	17,79	17,28	17,46
mittlere Ausbildung	18,58	17,90	18,26
Universität	18,19	19,49	18,89
gesamt	18,25	17,44	17,82
Arbeitsbelastung			
niedrig	17,48	17,31	17,40
mittel	17,70	17,01	17,30
hoch	17,50	16,81	17,04
gesamt	17,56	17,01	17,25

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 19: Rauchbeginn nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wenn man die Einschränkung des Nikotinkonsums betrachtet, zeigt sich, dass bei den Männern vor allem Jugendliche mit 30 Prozent und die über 74-Jährigen mit 33 Prozent am häufigsten versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören. Bei den Frauen sind es am häufigsten die Jugendlichen (31 Prozent), die versucht haben aufzuhören. Den Tabakkonsum einschränken möchten 31 Prozent der 60- bis 74-jährigen Männer, bei den jüngeren Altersgruppen liegen die Prozentsätze um bzw. leicht unter 20 Prozent. Über 74-jährige Frau-

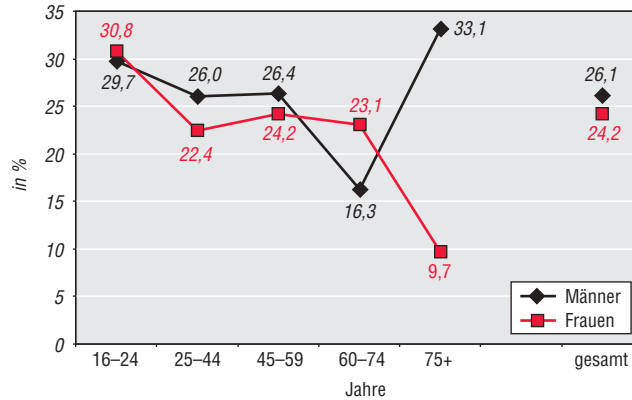
en möchten ebenfalls verstärkt (41 Prozent) den Nikotinkonsum einschränken. 28 Prozent der jungen Frauen (16–24 J.) und 29 Prozent der 25- bis 44-jährigen versuchten dies ebenfalls. Gut die Hälfte der männlichen Raucher aller Altersklassen möchte sich nicht einschränken. Bei den Frauen ist dies nicht so eindeutig: Hier möchte sich erst ab einem Alter von 25 Jahren rund die Hälfte der Raucherinnen einschränken, bei den 16- bis 24-Jährigen wollen dies nur 39 Prozent.

Tabelle 35: Einschränkung des Nikotinkonsums nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Im vergangenen Jahr versucht, den Nikotinkonsum einzuschränken?			
	ja, habe versucht aufzuhören	ja, versuchte Tabakkonsum einzuschränken	nein	keine Angabe
Männer				
16-24	29,7	18,4	51,9	0,0
25-44	26,0	22,1	51,0	1,0
45-59	26,4	22,9	50,5	0,3
60-74	16,3	30,7	52,4	0,6
75+	33,1	12,2	54,7	0,0
gesamt	26,1	22,1	51,2	0,6
Frauen				
16-24	30,8	28,0	39,2	1,9
25-44	22,4	29,4	47,0	1,2
45-59	24,2	17,4	55,9	2,5
60-74	23,1	22,4	54,6	0,0
75+	9,7	40,6	49,6	0,0
gesamt	24,2	25,6	48,7	1,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 20: Anteil der Personen, die im letzten Jahr versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören, nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Einschränkung des Nikotinkonsums nach Schulbildung lässt keine eindeutigen Schlüsse zu. Aufzuhören versucht haben häufiger Männer mit Pflichtschulabschluss (26 Prozent) und Lehre (28 Prozent). Hingegen sind es bei den Frauen am häufigsten Raucherinnen mit Hochschulabschluss. Einschränken möchte sich vor allem gut ein Viertel der Raucher mit mittlerer Aus-

bildung, die Prozentsätze der übrigen Bildungsklassen liegen um die 21 Prozent. 26 bis 27 Prozent der Raucherinnen der unteren drei Bildungsklassen möchten ebenfalls den Tabakkonsum einschränken. Rund die Hälfte der Raucher und Raucherinnen aller Bildungsklassen möchte sich nicht einschränken.

Tabelle 36: Einschränkung des Nikotinkonsums nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Im vergangenen Jahr versucht, den Nikotinkonsum einzuschränken?			
	ja, habe versucht aufzuhören	ja, versuchte Tabakkonsum einzuschränken	nein	keine Angabe
Männer				
Pflichtschule	26,3	20,6	52,4	0,7
Lehre	28,3	20,7	51,0	0,0
mittlere Ausbildung	23,6	25,6	49,8	1,0
Universität	23,4	22,1	52,9	1,6
gesamt	26,1	22,1	51,2	0,6
Frauen				
Pflichtschule	24,2	27,2	47,6	1,0
Lehre	25,6	27,0	45,3	2,1
mittlere Ausbildung	22,0	25,9	51,2	1,0
Universität	30,5	12,6	52,3	4,7
gesamt	24,2	25,6	48,7	1,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Versuch mit dem Rauchen aufzuhören ist abhängig von der finanziellen Lage. Es zeigt sich, dass mit zunehmend schlechterer finanzieller Lage die Prozentsätze der RaucherInnen, die aufhören möchten, zunimmt. Den Tabakkonsum einschränken möchten hingegen

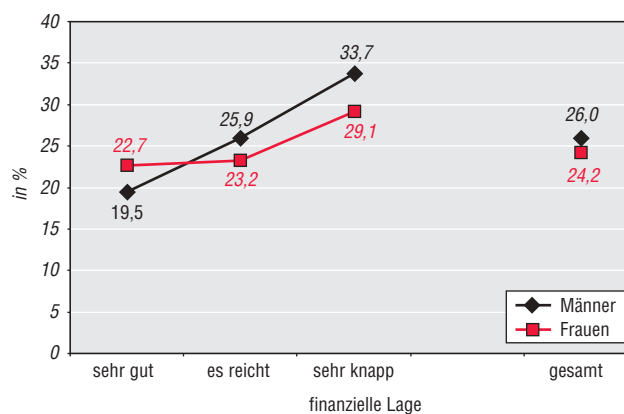
vermehrt Raucher mit besserer finanzieller Lage. Bei den Frauen sind dies am häufigsten (mit 27 Prozent) jene mittlerer Finanzlage. Die Prozentsätze der Raucher und Raucherinnen, die mit dem Rauchen nicht aufhören möchten, nehmen bei zunehmend besser Situierten zu.

Tabelle 37: Einschränkung des Nikotinkonsums nach finanzieller Lage und Geschlecht (in %)

finanzielle Lage	Im vergangenen Jahr versucht, den Nikotinkonsum einzuschränken?			
	ja, habe versucht aufzuhören	ja, versuchte Tabakkonsum einzuschränken	nein	keine Angabe
Männer				
sehr gut	19,5	24,6	54,6	1,3
es reicht	25,9	21,6	52,0	0,5
sehr knapp	33,7	20,7	45,5	0,0
gesamt	26,0	22,1	51,3	0,6
Frauen				
sehr gut	22,7	22,0	53,3	2,0
es reicht	23,2	26,8	48,6	1,4
sehr knapp	29,1	25,7	45,2	0,0
gesamt	24,2	25,7	48,8	1,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 21: Anteil der Personen, die im letzten Jahr versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören, nach finanzieller Lage und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

III.
NAHRUNGSMITTELKONSUM
NUTRITION

3	NAHRUNGSMITTELKONSUM	99
3.1	KONSUM VERSCHIEDENER NAHRUNGSMITTEL	100
3.2	GESUNDE ERNÄHRUNG VERSUS FETT- UND ZUCKERREICHE ERNÄHRUNG	122

3 NAHRUNGSMITTELKONSUM

Zusammenfassung

Als generelle Tendenz ist festzuhalten, dass ein gesundes Ernährungsverhalten bei den **Frauen** stärker ausgeprägt ist als bei den **Männern**, und zwar bei den meisten untersuchten Aspekten und über alle Altersklassen hinweg. Weiters nimmt das positive Ernährungsverhalten mit steigendem Alter zu, in manchen Fällen bildet die älteste Altersgruppe eine geringfügige Ausnahme. Der Indikator der fett- und zuckerreichen Ernährung spiegelt gleichsam den gegenteiligen Trend wider, d. h. diese Ernährungsweise nimmt mit dem **Alter** ab und wird von Frauen seltener gepflegt als von Männern. Diese generellen Trends lassen sich nicht nur im Bereich der zusammenfassenden Indikatoren feststellen, sondern auch bei einzelnen wichtigen Lebensmitteln. Dies gilt zum Beispiel für den Konsum von so genannten **Erfrischungsgetränken** wie Coca-Cola, Sprite, etc. Bei den 16- bis 24-jährigen Männern geben nur knapp 10 Prozent keinen täglichen Konsum dieser Getränke an, bei den Frauen dieser Altersklasse sind es immerhin 31 Prozent. 18 Prozent der jungen Männer trinken durchschnittlich bis zu einem viertel Liter täglich, 20 Prozent bis zu einem halben Liter, 26 Prozent bis zu einem Liter und je 5 Prozent bis zu zwei Liter bzw. mehr als zwei Liter. Beim weiblichen Geschlecht ist des weiteren ein Trend zu weniger Wurstwaren, weniger Fleisch, mehr gekochtem Gemüse, weniger Weißbrot, mehr Rohkost, mehr Obst und mehr Vollkornprodukten zu erkennen. Mit höherem Alter korreliert weiters mehr Fisch, weniger Fleisch, mehr Obst und weniger sonstige Süßwaren.

Bezüglich **Bildung** und gesunde Ernährung lässt sich festhalten, dass ein klarer Trend besteht, wonach mit steigender Bildung auch eine positivere Ernährungsweise gegeben ist. Eine marginale Ausnahme bilden nur die männlichen Universitätsabsolventen, deren Wert im Vergleich zu Personen mit mittlerer Ausbildung leicht abfällt. Gleichzeitig lässt sich auch bei der fett- und zuckerreichen Ernährung eine lineare Korrelation zwischen zunehmender Bildung und weniger Fett und Zucker beobachten.

Summary: Nutrition

*As a general tendency, healthy nutrition is more prevalent among **women** than **men** in most aspects considered in the survey and in all age groups. Positive nutritional behaviour also increases with age, although in some cases the oldest age group is a slight exception. The indicator of a diet rich in fats and sugars reflects this trend; i.e. it decreases with **age** and is less frequent among women than among men. These general tendencies cannot only be perceived for general indicators, but also for individual important foodstuffs, e.g. **carbonated beverages** such as Coca Cola, Sprite etc. Only 10 percent of men aged 16 to 24 do not consume these every day, while for young women in this age group the figure is 31 percent. 18 percent of young men drink up to 0.25 l daily on average, 20 percent up to 0.5 l, 26 percent up to one litre, 5 percent one to two litres, and 5 percent more than two litres. Women also eat less meat, meat products, and white bread, and more vegetables (both cooked and raw), more fruit, and more wholemeal products. With age, consumption of fish and fruit increases, while that of meat and sweets decreases.*

*There is a marked tendency for the quality of nutrition to increase with the level of **education**. Male university graduates are a marginal exception here; their nutrition is slightly poorer than that of persons with secondary schooling. There also is a linear correlation between an increasing level of education and the consumption of less fats and sugars.*

Für einzelne Lebensmittelgruppen bestehen Beziehungen, wonach eine bessere Bildung mit weniger Konsum von zuckerreichen Erfrischungsgetränken, weniger Wurstwaren, weniger Fleisch, weniger Süßwaren und mehr Vollkornprodukten einhergeht.

Mit dem zusammenfassenden Indikator **gesunde Ernährung** korreliert ein größeres Haushaltseinkommen, eine bessere Arbeitszufriedenheit, ein besseres soziales Netz, eine bessere subjektiv eingeschätzte finanzielle Lage, geringerer Alltagsstress, geringeres Anomiegefühl als auch ein besserer subjektiver Gesundheitszustand positiv. Komplementär dazu geht stärker ausgeprägte **fett- und zuckerreiche Ernährung** mit geringerem Haushaltseinkommen, weniger Arbeitszufriedenheit, mehr Stress, schlechterer finanzieller Lage und höherem Anomiegefühl einher.

Mit diesen Ergebnissen konnten somit für Gesundheitsförderungsprojekte relevante Abhängigkeiten des Essverhaltens von Lebensphase, Geschlecht, sozialer Schicht sowie weiteren persönlichen und sozialen Ressourcen durchgängig dokumentiert werden.

When looking at individual food groups, it becomes apparent that a higher level of education corresponds to a lower consumption of sugary beverages, meat and meat products, and sweets, while the consumption of wholemeal products increases.

*The overall indicator of **healthy nutrition** correlates positively with a higher household income, better job satisfaction, a more extensive social network, a better subjective assessment of the own financial status, less everyday stress, a lower level of anomie and a better subjective state of health. Vice versa, the **consumption** of more **fats and sugars** correlates with a lower household income, lower job satisfaction, more stress, a worse financial situation and a higher degree of anomie.*

These results help document the dependencies of nutritional behaviour on the period of life, gender, social stratum and other personal and social resources relevant for health promotion projects.

3.1 Konsum verschiedener Nahrungsmittel

Lebensstilbedingte Erkrankungen zählen in Österreich zu den häufigsten Todesursachen. Wichtige Risikofaktoren in diesem Zusammenhang sind Rauchen, Bewegungsmangel, Stress und natürlich auch die Ernährungsweise. Die Ernährung der modernen Industriegesellschaften – im Sinne einer massiv präsenten Fast Food-Kultur – ist durch zu viel minderwertiges Fett, zu viel Süßes und durch zu wenig Ballaststoffe gekennzeichnet.

Im folgenden wird die Aufnahme von einzelnen wichtigen Nahrungsmitteln beschrieben. Die Beschreibung schließt jeweils die Menge des Nahrungsmittels in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Schulbildung ein.

Der Konsum von Milch wird vor allem im Zusammenhang mit der Knochendichte und der Osteoporose im-

mer wieder zur Diskussion gestellt. Frauen im Alter von 16 bis 24 Jahren trinken zu zirka 38 Prozent überhaupt keine Milch, während dies bei Männern der gleichen Altersgruppe nur 25 Prozent sind. In diesem Alter weisen somit die Männer einen bemerkenswert höheren Milchkonsum auf als die Frauen. In der Altersklasse der 25- bis 44-Jährigen verkehrt sich dieses Verhältnis, wenn auch nicht mit einer so klaren Differenz zwischen den beiden Geschlechtern. 35 Prozent der Männer dieser Altersgruppe geben keinen täglichen Milchkonsum an, bei den Frauen sind es nur 30 Prozent, jedoch überwiegen bei der Aufnahme größerer Mengen die Männer. Bei den Altersklassen ab 45 Jahren zeigt sich eine klare Tendenz, wonach Männer häufiger keine Milch zu sich nehmen als die Frauen.

Tabelle 1: Durchschnittlicher Milchkonsum pro Tag nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	durchschnittlicher Milchkonsum							
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
Männer								
16–24	25,2	19,3	15,9	14,1	16,1	7,2	0,9	1,3
25–44	34,5	16,1	12,4	21,6	10,8	4,4	0,0	0,3
45–59	41,6	22,6	9,0	16,2	6,4	3,7	0,6	0,0
60–74	36,6	9,2	13,8	28,7	7,9	3,8	0,0	0,0
75+	38,0	19,8	17,0	10,9	14,3	0,0	0,0	0,0
gesamt	34,8	17,5	12,7	19,3	10,7	4,5	0,3	0,4
Frauen								
16–24	37,7	16,7	11,7	16,9	12,8	4,2	0,0	0,0
25–44	29,5	21,2	17,9	22,1	8,2	1,0	0,0	0,0
45–59	33,2	15,2	19,4	20,6	9,0	2,5	0,0	0,0
60–74	27,2	19,6	15,8	23,1	11,0	3,4	0,0	0,0
75+	29,6	12,8	10,9	25,1	16,0	5,5	0,0	0,0
gesamt	31,0	18,1	16,3	21,6	10,3	2,6	0,0	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich der Schulbildung zeigt sich bei den Männern, dass mit zunehmender Schulbildung der Milchkonsum leicht ansteigt. Pflichtschulabsolventen trinken zu 38 Prozent keine Milch, Personen mit Lehrabschluss zu 35 Prozent, mit mittlerer Ausbildung zu 31 Prozent und Universitätsabsolventen zu 33 Prozent. Immerhin

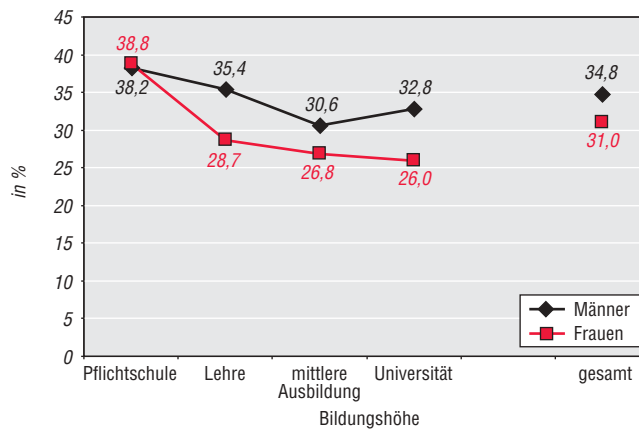
trinken zirka 31 Prozent der Universitätsabsolventen bis zu einem viertel Liter Milch täglich. Bei den Frauen gibt es einen klaren linearen Trend: Je höher die Schulbildung, um so häufiger wird ein täglicher Milchkonsum angegeben. Frauen geben auch insgesamt häufiger einen täglichen Milchkonsum an als Männer.

Tabelle 2: Durchschnittlicher Milchkonsum pro Tag nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	durchschnittlicher Milchkonsum							
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
Männer								
Pflichtschule	38,2	17,7	12,7	13,2	13,0	4,0	0,3	0,8
Lehre	35,4	16,3	12,6	19,3	10,1	6,3	0,0	0,0
mittlere Ausbildung	30,6	16,7	15,8	20,4	11,2	4,8	0,0	0,4
Universität	32,8	20,7	8,0	30,5	6,1	0,5	1,3	0,0
gesamt	34,8	17,5	12,7	19,3	10,7	4,5	0,3	0,4
Frauen								
Pflichtschule	38,8	15,3	9,7	19,3	13,4	3,5	0,0	0,0
Lehre	28,7	17,6	19,8	20,0	10,9	2,9	0,0	0,0
mittlere Ausbildung	26,8	20,5	19,3	22,6	8,4	2,5	0,0	0,0
Universität	26,0	20,1	19,3	29,0	5,6	0,0	0,0	0,0
gesamt	31,0	18,1	16,3	21,6	10,3	2,6	0,0	0,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 1: Kein Konsum von Milch nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der durchschnittliche Kaffeekonsum pro Tag ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stark vom Alter abhängig. So konsumieren die 16- bis 24-jährigen Männer zu 39 Prozent überhaupt keinen Kaffee, während dies bei den 25- bis 44-Jährigen zirka 20 Prozent sind, bei den 45- bis 59-Jährigen nur mehr 10 Prozent und bei den ab 75-Jährigen nur 8 Prozent. Eine auffällige Ausnahme in dieser Abfolge bilden die 60- bis 74-Jährigen: Sie trinken wiederum zu einem Viertel keinen Kaffee. Bemerkenswert ist jedenfalls, dass im-

merhin zirka 11 Prozent der Männer angeben, bis zu einem Liter oder mehr Kaffee täglich zu trinken. 41 Prozent der jungen Frauen geben an, keinen täglichen Kaffeekonsum zu haben. Dieser Wert nimmt bis zu den 60- bis 74-jährigen Frauen linear bis auf neun Prozent ab und steigt bei der ältesten weiblichen Gruppe wieder auf 16 Prozent an. Frauen neigen im Vergleich zu Männern dazu, weniger extrem große Mengen an Kaffee zu konsumieren. 34 Prozent der Frauen trinken bis zu einem viertel Liter Kaffee täglich.

Tabelle 3: Durchschnittlicher Kaffeekonsum pro Tag nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	durchschnittlicher Kaffeekonsum							
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
Männer								
16–24	39,0	7,4	14,0	22,0	11,0	5,2	0,6	0,7
25–44	19,5	6,5	8,9	26,4	24,6	11,4	2,1	0,6
45–59	9,9	4,6	8,4	26,3	33,0	16,0	1,7	0,0
60–74	24,5	6,2	8,2	43,8	16,7	0,5	0,0	0,0
75+	7,5	10,7	11,6	44,5	25,7	0,0	0,0	0,0
gesamt	21,1	6,5	9,8	28,7	22,9	9,2	1,3	0,4
Frauen								
16–24	41,0	8,5	11,8	24,5	10,6	2,6	1,0	0,1
25–44	22,1	9,0	10,7	31,2	20,7	4,6	1,4	0,4
45–59	12,2	4,9	14,8	33,0	26,2	8,1	0,0	0,8
60–74	9,0	4,4	17,7	42,0	23,1	3,8	0,0	0,0
75+	16,2	8,5	19,0	42,0	11,5	2,8	0,0	0,0
gesamt	19,5	7,2	13,8	33,7	20,0	4,8	0,6	0,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer mit Pflichtschulausbildung trinken zu 29 Prozent keinen Kaffee, bei den Frauen sind dies in der vergleichbaren Gruppe 23 Prozent. Die Werte für Personen mit abgeschlossener Lehre sind 16 Prozent resp. 15

Prozent, mit mittlerer Ausbildung 18 resp. 19 Prozent und mit Universitätsabschluss 22 resp. 21 Prozent. Insgesamt ist der tägliche Kaffeekonsum bei Personen mit Pflichtschulabschluss am geringsten ausgeprägt.

Tabelle 4: Durchschnittlicher Kaffeekonsum pro Tag nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	durchschnittlicher Kaffeekonsum							
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
Männer								
Pflichtschule	28,6	6,5	9,5	23,6	18,3	12,3	0,0	1,3
Lehre	15,6	4,9	9,9	31,3	28,8	7,2	2,2	0,0
mittlere Ausbildung	18,0	5,8	10,6	32,0	24,6	7,6	1,4	0,0
Universität	21,9	11,1	9,1	28,7	17,0	9,9	2,3	0,0
gesamt	21,1	6,5	9,8	28,7	22,9	9,2	1,3	0,4
Frauen								
Pflichtschule	23,1	6,6	12,1	34,7	15,8	5,9	1,3	0,5
Lehre	15,0	6,4	12,1	35,8	23,2	6,8	0,0	0,6
mittlere Ausbildung	18,7	8,0	13,7	33,3	22,2	3,4	0,7	0,1
Universität	21,3	8,5	23,0	27,2	18,7	1,4	0,0	0,0
gesamt	19,5	7,2	13,8	33,7	20,0	4,8	0,6	0,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Konsum von so genannten Erfrischungsgetränken bezieht sich auf Coca-Cola, Sprite und ähnliche Marken. Er ist insofern von Bedeutung, als in solchen Getränken enorm hohe Mengen von „verstecktem“ Zucker enthalten sind. Es zeigen sich insgesamt deutliche Alters- als auch Geschlechtsunterschiede. Bei den 16- bis 24-jährigen Männern geben nur knapp 10 Prozent keinen täglichen Konsum dieser Getränke an, bei den Frauen dieser Altersklasse sind es immerhin 31 Prozent. 18 Prozent der jungen Männer trinken durchschnittlich bis zu einem viertel Liter täglich, 20 Prozent bis zu einem halben Liter, 26 Prozent bis zu einem Liter und je 5 Prozent bis zu zwei Liter bzw. mehr als zwei Liter. Bei den jungen Frauen trinken 19 Prozent durchschnittlich bis zu einem viertel Liter täglich, 15 Prozent bis zu einem halben Liter, 15 Prozent bis zu ei-

nem Liter, knapp 4 Prozent bis zu zwei Liter und nur ein halbes Prozent mehr als zwei Liter.

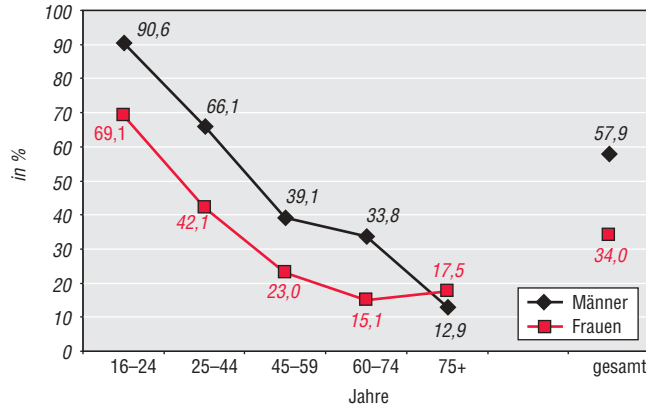
Insgesamt nimmt der Konsum von Erfrischungsgetränken mit zunehmendem Alter sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen linear ab. Frauen konsumieren deutlich weniger als Männer. Auch bei den 25- bis 44-Jährigen ist noch ein auffälliger Unterschied zu bemerken: Männer trinken zu 34 Prozent nichts von diesen Getränken, Frauen hingegen zu 58 Prozent. Über alle Altersklassen betrachtet geben 42 Prozent der Männer an, nichts davon zu konsumieren, während es bei den Frauen 66 Prozent sind. Die über 74-jährigen Personen konsumieren diese Getränkeart zu über 80 Prozent nicht, wobei dies die einzige Alterskategorie ist, in der Frauen einen größeren Konsum angeben als Männer.

Tabelle 5: Durchschnittlicher Konsum von Erfrischungsgetränken pro Tag nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Erfrischungsgetränken wie Cola, Sprite, etc.							
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
Männer								
16–24	9,5	6,1	10,6	17,8	20,3	26,2	4,9	4,7
25–44	33,9	12,6	12,6	11,9	14,4	11,8	1,8	1,0
45–59	60,9	5,5	5,8	8,3	11,4	7,4	0,7	0,0
60–74	66,1	9,8	3,4	14,6	4,1	0,0	1,9	0,0
75+	87,1	2,3	0,0	9,0	1,6	0,0	0,0	0,0
gesamt	42,2	8,9	8,9	12,4	12,9	11,4	2,1	1,3
Frauen								
16–24	30,9	7,1	8,7	19,4	14,6	15,3	3,5	0,5
25–44	58,0	7,7	9,6	13,9	7,3	1,9	1,3	0,4
45–59	76,9	3,2	4,7	6,7	6,4	1,5	0,5	0,0
60–74	84,8	5,7	4,6	3,2	1,3	0,3	0,0	0,0
75+	82,5	4,1	1,6	7,7	4,1	0,0	0,0	0,0
gesamt	65,9	5,9	6,6	10,6	6,7	3,0	1,0	0,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 2: Konsum von Erfrischungsgetränken (Cola, Sprite...) nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die Angaben bezüglich des Nichtkonsumierens von Erfrischungsgetränken, so wird ein eindeutig linearer Schichtgradient evident. Je höher die abgeschlossene Schulausbildung, umso geringer ist der Konsum dieser stark zuckerhaltigen Getränke. Beispielsweise trinken über 5 Prozent der Männer mit

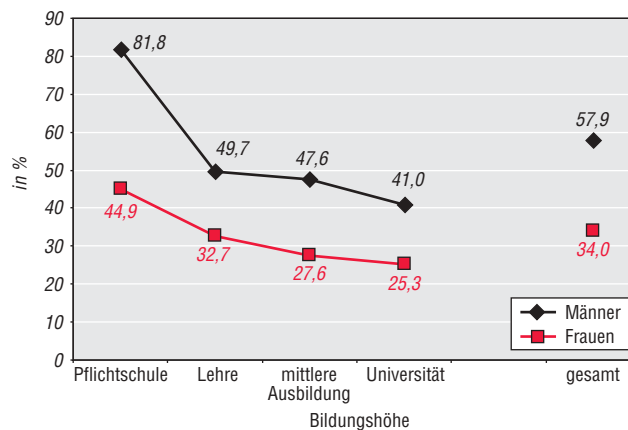
Pflichtschulabschluss bis zu zwei Liter täglich und über 3 Prozent noch mehr davon, bei den Universitätsabsolventen sind hingegen beide Mengenkategorien von niemandem angegeben worden. Bei den weiblichen Personen mit Universitätsabschluss trinkt niemand mehr als bis zu einem halben Liter täglich.

Tabelle 6: Durchschnittlicher Konsum von Erfrischungsgetränken pro Tag nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Erfrischungsgetränken wie Cola, Sprite, etc.							
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
Männer								
Pflichtschule	18,3	6,5	10,9	13,7	20,1	22,4	5,1	3,1
Lehre	50,3	5,8	8,9	13,1	12,0	7,6	1,1	1,2
mittlere Ausbildung	52,3	12,3	7,2	13,3	8,5	5,5	0,8	0,0
Universität	59,0	15,0	7,2	6,4	6,3	6,1	0,0	0,0
gesamt	42,2	8,9	8,9	12,4	12,9	11,4	2,1	1,3
Frauen								
Pflichtschule	55,2	3,5	7,0	14,2	11,8	6,3	1,9	0,2
Lehre	67,4	5,9	6,0	12,1	6,3	0,8	0,9	0,7
mittlere Ausbildung	72,4	7,2	6,5	7,1	3,7	2,4	0,7	0,0
Universität	74,7	8,9	7,7	7,2	1,5	0,0	0,0	0,0
gesamt	65,9	5,9	6,6	10,6	6,7	3,0	1,0	0,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 3: Konsum von Erfrischungsgetränken nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Fisch wird üblicherweise als höchst wertvolles Lebensmittel für den Menschen eingestuft, dies insbesondere wegen der hohen Anteile an Omega-3-Fettsäuren in Meeresfischen. Diesen wird – vor allem in der Diskussion um die mediterrane Diät – im Zusammenhang mit koronaren Herzkrankheiten eine protektive Wirkung zugeschrieben. Im Allgemeinen ist der Fischkonsum nicht sehr hoch, nur zirka 1 Prozent der befragten Personen gibt einen täglichen Fischkonsum an. Mit dem Alter linear ansteigend nimmt der Fischkonsum mehr-

mals pro Woche von 16 Prozent auf 32 Prozent bei den Männern zu. Mehrmals pro Monat wird von der jüngsten männlichen Altersgruppe zu 34 Prozent Fisch gegessen, von den anderen Altersgruppen zumindest zu über 40 Prozent. Bei den Frauen essen die Jüngsten nur zu einem Prozentsatz von 9 mehrmals pro Woche dieses Lebensmittel, die anderen Altersklassen liegen zwischen 23 und 31 Prozent. Nur mehrmals pro Monat konsumieren Frauen – in Abhängigkeit vom Alter – zu Prozentsätzen zwischen 36 und 56 Fisch.

Tabelle 7: Durchschnittlicher Konsum von Fisch nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Fischkonsum				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	0,6	15,6	33,7	40,7	9,4
25–44	1,9	15,4	46,0	32,6	4,0
45–59	1,2	26,1	43,9	25,3	3,5
60–74	0,9	31,8	46,7	13,1	7,4
75+	0,0	32,0	42,4	24,0	1,6
gesamt	1,3	20,8	43,1	29,6	5,2
Frauen					
16–24	1,8	8,7	35,8	33,0	20,8
25–44	0,4	22,6	42,1	27,3	7,6
45–59	0,2	23,9	50,8	22,1	2,9
60–74	0,0	30,9	46,5	21,6	1,0
75+	2,4	24,9	56,2	12,2	4,2
gesamt	0,7	22,8	45,6	24,2	6,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine eindeutige proportionale Abhängigkeit des Fischkonsums vom Bildungsgrad der befragten Personen kann nicht festgestellt werden. Betrachtet man die Kategorie mehrmals pro Woche kann jedoch sowohl für Frauen als auch für Männer festgestellt werden,

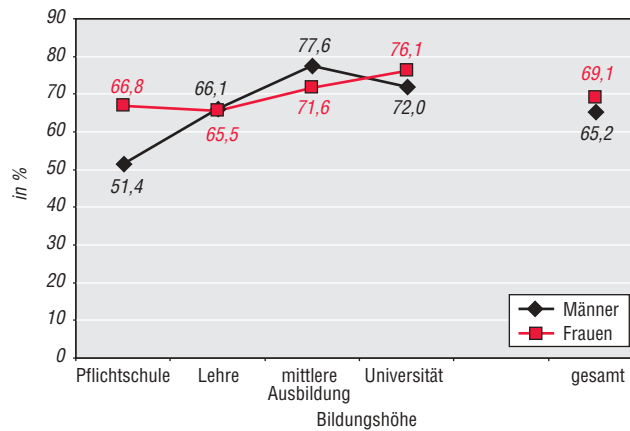
dass Personen mit Pflichtschulabschluss den geringsten Konsum von Fisch aufweisen. Dies kann im Zusammenhang mit einer generell einseitigen Ernährungsweise der unteren Bildungsschichten gesehen werden.

Tabelle 8: Durchschnittlicher Konsum von Fisch nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Fischkonsum				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	1,0	13,3	37,1	40,3	8,3
Lehre	0,4	21,1	44,6	28,5	5,4
mittlere Ausbildung	2,0	29,0	46,6	19,5	3,0
Universität	2,6	22,3	47,1	26,1	2,0
gesamt	1,3	20,8	43,1	29,6	5,2
Frauen					
Pflichtschule	1,3	13,5	52,0	23,9	9,3
Lehre	0,4	28,4	36,7	27,4	7,1
mittlere Ausbildung	0,6	25,8	45,2	24,0	4,4
Universität	0,0	28,3	47,8	18,2	5,7
gesamt	0,7	22,8	45,6	24,2	6,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 4: Mindestens mehrmaliger Konsum von Fisch pro Monat nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer konsumieren insgesamt weit häufiger als Frauen Wurstwaren bzw. Schinken, so geben nur 5 Prozent der männlichen Personen an, niemals diese Produkte zu konsumieren, während es bei den Frauen immerhin 11 Prozent sind. Zwischen 24 und 36 Prozent der verschiedenen männlichen Altersgruppen essen diese fett-

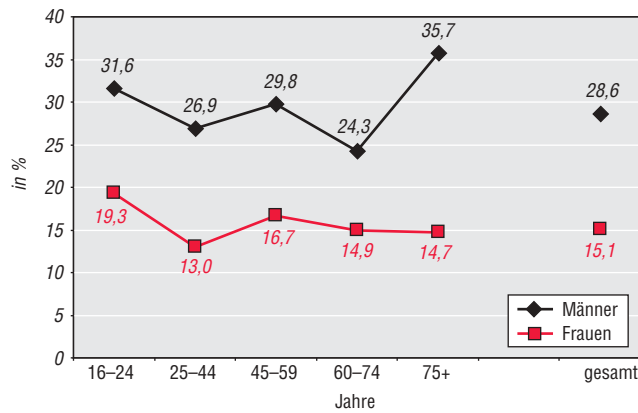
reichen Nahrungsmittel so gut wie täglich, zwischen 35 und 48 Prozent immerhin noch mehrmals pro Woche. Bei den Frauen liegen die Prozentwerte für täglich zwischen 13 und 19 und für mehrmals pro Woche zwischen 26 und 34 Prozent.

Tabelle 9: Durchschnittlicher Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	31,6	39,3	14,0	7,2	7,8
25–44	26,9	34,5	20,3	14,2	4,1
45–59	29,8	40,9	13,1	11,4	4,7
60–74	24,3	38,7	20,1	12,2	4,7
75+	35,7	48,1	2,4	12,5	1,3
gesamt	28,6	38,1	16,5	11,9	4,9
Frauen					
16–24	19,3	31,8	15,5	16,3	17,1
25–44	13,0	33,7	24,2	17,3	1,9
45–59	16,7	34,0	21,8	19,6	7,9
60–74	14,9	29,3	17,8	27,9	10,0
75+	14,7	26,0	34,5	19,1	5,7
gesamt	15,1	31,9	22,8	19,5	10,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 5: (Fast) täglicher Konsum von Wurst oder Schinken nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Beim durchschnittlichen Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken nach Schulbildung zeigt sich ein klarer Schichtgradient für beide Geschlechter, wonach die Häufigkeit der Aufnahme dieser Nahrungsmittel mit steigender Bil-

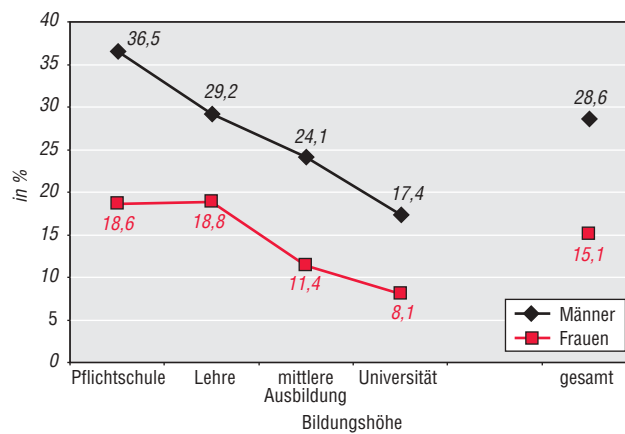
dung stark sinkt. Sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern halbiert sich der Konsum im Vergleich von niedrigster und höchster Bildungsstufe, wenn man das tägliche Essen als Bezugsgröße heranzieht.

Tabelle 10: Durchschnittlicher Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Wurstwaren bzw. Schinken				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	36,5	36,2	16,2	4,8	6,2
Lehre	29,2	38,2	15,0	15,0	2,6
mittlere Ausbildung	24,1	42,2	17,0	11,9	4,8
Universität	17,4	35,0	19,8	20,5	7,2
gesamt	28,6	38,1	16,5	11,9	4,9
Frauen					
Pflichtschule	18,6	29,5	23,0	16,7	12,2
Lehre	18,8	30,4	22,3	22,2	6,3
mittlere Ausbildung	11,4	36,7	21,6	19,7	10,6
Universität	8,1	27,9	27,0	21,5	15,5
gesamt	15,1	31,9	22,8	19,5	10,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 6: (Fast) täglicher Konsum von Wurst oder Schinken nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der durchschnittliche Fleischkonsum pro Tag ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen stark vom Alter abhängig. So konsumieren die 16- bis 24-jährigen Männer zu 37 Prozent (fast) täglich Fleisch, während es bei den ab 75-Jährigen nur 6 Prozent sind. Bei den Frauen ist der Wert für die jüngste Altersgrup-

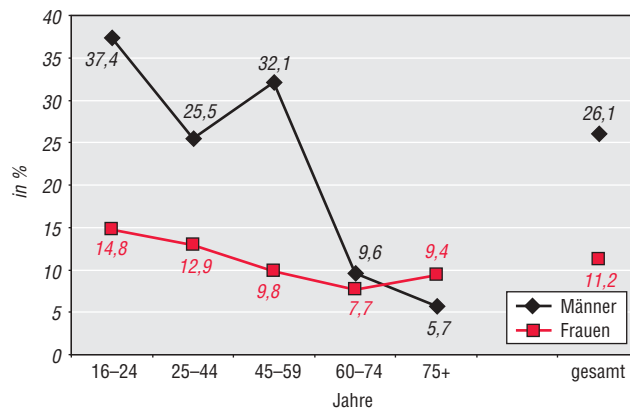
pe 15 Prozent und für die älteste Gruppe 9 Prozent. Die Abnahme folgt bei beiden Geschlechtern einem linearen Trend. Nur knapp 2 Prozent der Männer und zirka fünfeneinhalb Prozent der Frauen essen völlig fleischlos. Ein Großteil der befragten Personen isst mehrmals pro Woche Fleisch.

Tabelle 11: Durchschnittlicher Konsum von Fleisch nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Fleischkonsum				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16-24	37,4	44,2	13,0	3,7	1,7
25-44	25,5	45,8	18,5	8,2	2,0
45-59	32,1	47,8	13,2	4,8	2,2
60-74	9,6	67,0	14,6	7,9	0,9
75+	5,7	71,4	11,4	11,5	0,0
gesamt	26,1	50,0	15,4	6,7	1,7
Frauen					
16-24	14,8	36,0	18,4	18,3	12,6
25-44	12,9	38,2	28,8	13,8	6,3
45-59	9,8	50,7	24,6	10,9	3,9
60-74	7,7	54,3	24,1	12,5	1,3
75+	9,4	44,0	30,5	13,1	3,0
gesamt	11,2	43,9	26,1	13,4	5,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 7: (Fast) täglicher Konsum von Fleisch nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die Kategorie des (fast) täglichen Fleischkonsums wird klar, dass auch dieser stark bildungsabhängig ist. Für beide Geschlechter gilt, je höher die Bildung, desto geringer der Fleischkonsum. Die Werte des täglichen Konsums zeigen eklatante Abwei-

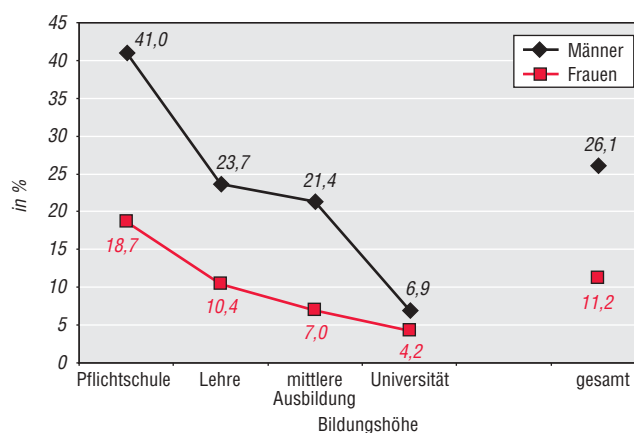
chungen: Männliche Pflichtschulabsolventen geben diesen zu 41 Prozent an, Universitätsabsolventen hingegen nur zu 7 Prozent. Die entsprechenden Angaben der Frauen sind 19 bzw. 4 Prozent.

Tabelle 12: Durchschnittlicher Konsum von Fleisch nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Fleischkonsum				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	41,0	44,4	8,8	3,4	2,4
Lehre	23,7	51,3	17,6	6,5	,8
mittlere Ausbildung	21,4	51,1	17,1	7,9	2,4
Universität	6,9	57,6	22,2	12,4	1,0
gesamt	26,1	50,0	15,4	6,7	1,7
Frauen					
Pflichtschule	18,7	42,4	21,3	12,7	4,8
Lehre	10,4	48,4	27,8	9,7	3,7
mittlere Ausbildung	7,0	44,8	25,7	15,7	6,8
Universität	4,2	35,5	37,3	16,5	6,3
gesamt	11,2	43,9	26,1	13,4	5,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 8: (Fast) täglicher Konsum von Fleisch nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das Essen von gekochtem Gemüse ist nicht klar altersabhängig. Festzuhalten ist, dass sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die jüngste Altersgruppe im Vergleich zu den übrigen dazu neigt, am seltensten diese

Nahrungsmittel aufzunehmen. Im Allgemeinen geben Frauen einen häufigeren Konsum von gekochtem Gemüse an als Männer. Zirka 50 Prozent der befragten Personen essen mehrmals pro Woche gekochtes Gemüse.

Tabelle 13: Durchschnittlicher Konsum von gekochtem Gemüse nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von gekochtem Gemüse				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	14,7	45,3	19,7	14,4	5,9
25–44	20,1	50,4	19,9	7,5	2,2
45–59	24,6	49,5	17,8	5,2	2,8
60–74	19,8	69,6	6,7	1,5	2,4
75+	19,5	67,1	5,7	3,8	3,8
gesamt	20,0	52,6	16,9	7,4	3,1
Frauen					
16–24	29,9	39,9	17,3	8,9	4,0
25–44	31,7	51,1	11,5	4,4	1,3
45–59	40,8	47,6	7,3	3,9	0,5
60–74	44,6	47,4	6,4	1,6	0,0
75+	39,2	51,3	9,0	0,5	0,0
gesamt	36,4	48,4	10,2	4,0	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die Kategorien (fast) täglich und mehrmals pro Woche gemeinsam, so konsumieren bei beiden Geschlechtern die PflichtschulabsolventInnen

am seltensten gekochtes Gemüse, wobei ein klarer Bildungstrend in der Verteilung nicht feststellbar ist.

Tabelle 14: Durchschnittlicher Konsum von gekochtem Gemüse nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von gekochtem Gemüse				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	19,7	44,9	19,5	12,1	3,8
Lehre	15,1	59,9	15,2	5,0	4,7
mittlere Ausbildung	29,0	47,5	15,6	6,2	1,6
Universität	15,8	61,8	17,5	4,1	0,8
gesamt	20,0	52,6	16,9	7,4	3,1
Frauen					
Pflichtschule	35,9	46,8	11,3	3,2	2,8
Lehre	38,3	47,0	9,7	5,0	0,0
mittlere Ausbildung	36,6	49,6	9,3	4,2	0,2
Universität	32,7	52,3	10,5	3,4	1,1
gesamt	36,4	48,4	10,2	4,0	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Im Allgemeinen ist der Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse in den mittleren Altersschichten am höchsten und bei den Frauen weit höher als bei den Männern. 70 Prozent und mehr aller befragten Personen es-

sen zumindest mehrmals pro Woche diese wertvollen Nahrungsmittel. Eine Ausnahme macht nur die jüngste männliche Gruppe, sie konsumiert rohes Gemüse und Salat nur zu 58 Prozent zumindest mehrmals pro Woche.

Tabelle 15: Durchschnittlicher Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	21,8	36,1	17,5	16,1	8,5
25–44	29,1	41,5	15,2	11,7	2,6
45–59	36,7	42,1	9,1	9,5	2,7
60–74	22,3	56,0	8,6	11,1	2,0
75+	18,2	68,4	6,3	4,9	2,2
gesamt	27,9	43,9	13,0	11,6	3,6
Frauen					
16–24	41,6	33,0	13,3	4,6	7,5
25–44	45,2	41,8	8,4	3,6	0,9
45–59	49,5	37,3	9,2	3,5	0,5
60–74	45,1	37,8	6,9	3,7	6,6
75+	35,1	34,5	16,3	9,9	4,2
gesamt	44,5	38,3	9,9	4,4	2,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine Abhängigkeit des durchschnittlichen Konsums von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse vom Bildungsgrad

wird nicht evident. Frauen mit Universitätsabschluss konsumieren von allen Gruppen am häufigsten Rohkost.

Tabelle 16: Durchschnittlicher Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Rohkost, Salat bzw. rohem Gemüse				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	29,2	39,6	11,7	13,6	5,9
Lehre	22,7	49,9	12,3	12,6	2,5
mittlere Ausbildung	35,9	36,9	15,2	9,8	2,2
Universität	22,9	52,1	13,7	7,7	3,6
gesamt	27,9	43,9	13,0	11,6	3,6
Frauen					
Pflichtschule	44,8	33,7	10,8	5,1	5,5
Lehre	41,5	41,3	8,7	5,3	3,2
mittlere Ausbildung	43,9	41,1	9,9	4,0	1,1
Universität	52,1	36,2	9,7	2,0	0,0
gesamt	44,5	38,3	9,9	4,4	2,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der durchschnittliche Konsum von frischem Obst nimmt mit dem Alter stark zu, dies zeigt sich im Besonderen bei der Kategorie des täglichen Essens von Obst. Der Konsum steigt bei den Männern von 32 Prozent auf 72 Prozent linear an, während er bei den Frauen von der jüngsten Altersgruppe ausgehend von

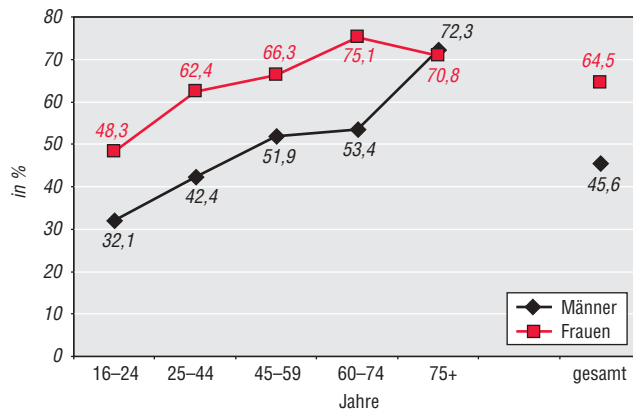
48 auf 75 Prozent in der vorletzten Altersgruppe ansteigt und bei den Ältesten auf 71 Prozent abfällt. Frauen essen durchschnittlich zu 65 Prozent täglich Obst, bei den Männern hingegen sind es nur 46 Prozent. Überhaupt kein Obst essen nur rund ein Prozent der befragten WienerInnen.

Tabelle 17: Durchschnittlicher Konsum von frischem Obst nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von frischem Obst				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16-24	32,1	39,3	14,7	13,1	0,8
25-44	42,4	31,8	14,1	10,7	1,0
45-59	51,9	21,2	11,9	11,7	3,2
60-74	53,4	25,7	13,5	5,0	2,4
75+	72,3	22,2	0,0	5,5	0,0
gesamt	45,6	29,6	12,9	10,4	1,6
Frauen					
16-24	48,3	33,9	10,4	6,1	1,3
25-44	62,4	26,9	7,6	2,8	0,3
45-59	66,3	18,1	10,9	2,4	2,3
60-74	75,1	10,5	7,4	5,9	1,1
75+	70,8	22,3	4,3	1,4	1,3
gesamt	64,5	22,7	8,3	3,4	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 9: (Fast) täglicher Konsum von frischem Obst nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der (fast) tägliche Konsum von Obst nach Schulbildung zeigt eine u-förmige Verteilung und zwar sowohl für Frauen als auch für Männer, d. h. bei der unteren Bildungsstufe ist er eher gering – dies ist vor allen bei

den Männern ausgeprägt zu beobachten –, bei den mittleren Stufen eher hoch und bei der höchsten nimmt er wieder ab.

Tabelle 18: Durchschnittlicher Konsum von frischem Obst nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von frischem Obst				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	38,5	32,5	15,7	12,2	1,1
Lehre	46,8	29,5	11,4	10,5	1,8
mittlere Ausbildung	52,2	27,8	10,3	8,4	1,3
Universität	47,0	26,4	14,5	9,5	2,7
gesamt	45,6	29,6	12,9	10,4	1,6
Frauen					
Pflichtschule	59,6	27,1	9,6	3,2	0,5
Lehre	67,9	18,0	5,3	5,2	3,5
mittlere Ausbildung	67,2	20,8	9,1	2,6	0,3
Universität	62,9	26,2	8,3	2,6	0,0
gesamt	64,5	22,7	8,3	3,4	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der durchschnittliche Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen weist kaum Abhängigkeiten von Alter und Geschlecht auf. Die Häufigkeitsverteilung nach diesen beiden Variablen präsentiert sich einigermaßen ausgeglichen. Fast tägliches Essen von Mehlspeisen wird von zirka 22 Prozent und mehrmaliger Konsum pro Woche wird von zirka 32 Prozent der männlichen als auch der weiblichen Befragten angegeben. Überhaupt nie Kuchen gegessen wird von knapp 5 Prozent.

speisen wird von zirka 22 Prozent und mehrmaliger Konsum pro Woche wird von zirka 32 Prozent der männlichen als auch der weiblichen Befragten angegeben. Überhaupt nie Kuchen gegessen wird von knapp 5 Prozent.

Tabelle 19: Durchschnittlicher Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	24,5	42,6	19,8	10,5	2,6
25–44	21,0	31,8	21,0	21,3	4,9
45–59	22,9	29,4	18,9	22,3	6,6
60–74	17,6	19,7	25,9	34,5	2,2
75+	21,9	39,3	10,8	21,9	6,1
gesamt	21,7	32,2	20,4	21,1	4,6
Frauen					
16–24	21,8	35,9	22,9	17,4	2,0
25–44	21,4	39,2	22,2	14,8	2,4
45–59	24,3	27,7	22,5	20,7	4,8
60–74	19,1	26,7	20,0	23,1	11,1
75+	26,2	26,5	19,7	20,3	7,4
gesamt	22,3	32,8	21,7	18,4	4,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Verteilung des (fast) täglichen Konsums von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen nach Schulbildung zeigt, dass dieser bei den Pflichtschulabsolventinnen mit 26 Prozent am größten und bei den männlichen

Universitätsabsolventen mit 15 Prozent am geringsten ist. Eine ausgeprägte Korrelation zum Bildungsgrad kann nicht festgestellt werden.

Tabelle 20: Durchschnittlicher Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Keksen				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	22,8	39,3	16,8	18,5	2,6
Lehre	24,5	24,4	22,1	25,3	3,8
mittlere Ausbildung	20,5	32,0	21,9	19,8	5,8
Universität	15,0	34,7	21,7	20,0	8,5
gesamt	21,7	32,2	20,4	21,1	4,6
Frauen					
Pflichtschule	26,4	30,4	21,4	15,0	6,8
Lehre	23,0	35,6	17,4	19,8	4,2
mittlere Ausbildung	18,4	34,5	22,4	20,4	4,3
Universität	20,5	28,3	30,2	19,0	2,0
gesamt	22,3	32,8	21,7	18,4	4,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Verzehr von sonstigen Süßwaren nimmt mit zunehmendem Alter bei den Männern stark ab, bei den

Frauen ebenso, nur steigt er hier in der höchsten Altersgruppe wieder an. Bemerkenswerterweise konsu-

mieren sowohl 15 Prozent der Männer als auch der Frauen sonstige Süßwaren täglich, und mehrmals pro

Woche tun dies 26 Prozent der Männer bzw. 25 Prozent der Frauen.

Tabelle 21: Durchschnittlicher Konsum von sonstigen Süßwaren nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von sonstigen Süßwaren				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	24,9	36,1	21,0	13,5	4,5
25–44	17,0	29,5	18,8	26,9	7,8
45–59	10,2	21,7	19,1	34,3	14,8
60–74	7,4	11,3	20,0	38,3	23,0
75+	3,7	15,6	14,7	49,1	16,8
gesamt	15,1	26,0	19,2	28,6	11,1
Frauen					
16–24	27,8	33,2	18,3	16,4	4,3
25–44	17,7	27,9	20,3	29,5	4,6
45–59	10,2	25,5	19,3	33,1	11,9
60–74	5,8	14,8	21,6	37,3	20,5
75+	11,1	17,5	22,2	37,8	11,4
gesamt	14,7	24,8	20,3	30,9	9,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Im Bereich der sonstigen Süßwaren – bei Betrachtung der Kategorie des täglichen Konsums – tritt ein relativ klarer Trend zu Tage, wonach niedrigere Bildungsschichten einen höheren Verzehr aufweisen. Bei den

Männern ist dieser Zusammenhang besonders eindeutig: Es erfolgt eine Abnahme von den Pflichtschulern mit 22 Prozent ausgehend auf 7 Prozent bei den Universitätsabsolventen.

Tabelle 22: Durchschnittlicher Konsum von sonstigen Süßwaren nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von sonstigen Süßwaren				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	21,6	33,8	17,2	18,6	8,8
Lehre	14,1	19,2	20,8	33,4	12,5
mittlere Ausbildung	12,7	27,8	16,0	33,0	10,5
Universität	6,7	21,0	25,6	32,3	14,3
gesamt	15,1	26,0	19,2	28,6	11,1
Frauen					
Pflichtschule	19,1	21,9	19,3	27,6	12,0
Lehre	12,9	26,9	21,8	29,7	8,7
mittlere Ausbildung	12,5	23,6	20,7	35,0	8,2
Universität	12,0	31,9	18,5	30,3	7,3
gesamt	14,7	24,8	20,3	30,9	9,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der (fast) tägliche Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrot zeigt nach Alter gruppiert eine u-förmige Verteilung, sowohl für Frauen als auch für Männer, d. h. bei den unteren Altersstufen ist er eher gering, bei den mittleren Stufen eher hoch und bei den höchsten nimmt er wieder ab, wobei insgesamt festzuhalten ist, dass die Frauen einen weit höheren Verzehr dieser Pro-

dukte aufweisen als die Männer. Frauen konsumieren täglich zu 36 und Männer zu 21 Prozent Vollkornprodukte, für mehrmals pro Woche liegt der Wert für die Frauen bei 29 und für die Männer bei 23 Prozent. Niemals werden diese Lebensmittel von 11 Prozent der Frauen und von 20 Prozent der Männer konsumiert.

Tabelle 23: Durchschnittlicher Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrot nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrot				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	19,5	21,8	21,5	20,3	16,9
25–44	18,7	22,2	20,6	21,2	17,3
45–59	24,9	19,4	12,9	14,0	28,9
60–74	24,7	24,5	19,5	12,5	18,9
75+	16,3	42,8	10,2	14,9	15,7
gesamt	20,8	22,9	18,3	18,0	19,9
Frauen					
16–24	27,5	26,4	18,8	13,9	13,4
25–44	31,2	33,5	12,9	14,5	7,9
45–59	42,2	29,2	12,3	7,5	8,8
60–74	49,7	17,7	12,8	5,7	14,1
75+	29,7	26,8	11,4	14,6	17,5
gesamt	35,9	28,5	13,3	11,5	10,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Zieht man die beiden Randkategorien als Bezugsgrößen zur Beurteilung der Verteilung nach Bildung heran, kann man klar erkennen, dass der (fast) tägliche Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrot mit zuneh-

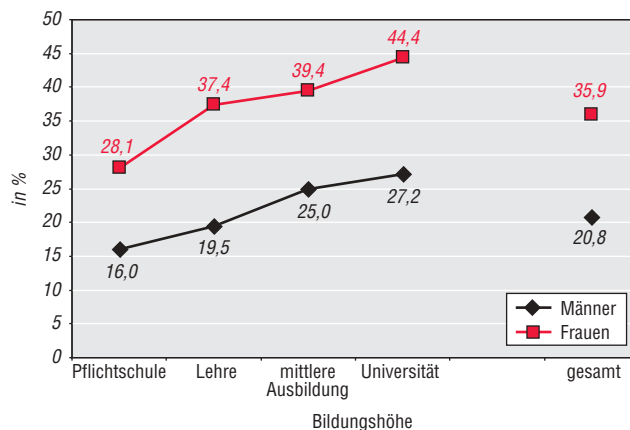
mender Ausbildung linear zunimmt, während umgekehrt der nie malige Konsum mit abnehmender Bildung stark ansteigt.

Tabelle 24: Durchschnittlicher Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrot nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Vollkornbrot bzw. Knäckebrot				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	16,0	21,4	20,7	17,4	24,5
Lehre	19,5	26,1	14,9	17,2	22,3
mittlere Ausbildung	25,0	19,9	17,9	20,5	16,8
Universität	27,2	24,5	21,6	17,0	9,7
gesamt	20,8	22,9	18,3	18,0	19,9
Frauen					
Pflichtschule	28,1	24,1	19,0	12,1	16,7
Lehre	37,4	30,6	10,3	8,5	13,1
mittlere Ausbildung	39,4	29,8	10,9	13,6	6,2
Universität	44,4	32,3	10,3	10,4	2,5
gesamt	35,9	28,5	13,3	11,5	10,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10: (Fast) täglicher Konsum von Vollkorn- bzw. Knäckebrot nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Frauen konsumieren im Vergleich zu Männern weit weniger häufig täglich Weißbrot bzw. Mischbrot, die Werte liegen bei 45 resp. 32 Prozent. Männer der unteren drei Altersklassen essen häufiger diese Art von Brot täglich als die beiden ältesten Gruppen. Bei den Frauen

essen die jüngsten und ältesten am häufigsten diese Lebensmittel täglich. Niemals Weißbrot bzw. Mischbrot verzehren zirka drei Prozent der Männer und sechs Prozent der Frauen.

Tabelle 25: Durchschnittlicher Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	48,5	25,6	14,1	8,2	3,6
25–44	46,7	27,1	13,7	10,5	2,0
45–59	48,8	24,1	13,7	11,9	1,5
60–74	36,4	32,2	11,6	16,5	3,2
75+	38,0	37,7	7,6	9,0	7,6
gesamt	45,8	27,4	13,2	11,0	2,7
Frauen					
16–24	41,0	35,2	9,0	11,5	3,3
25–44	29,7	33,5	16,1	14,9	5,8
45–59	23,7	37,2	15,8	17,7	5,7
60–74	33,8	24,5	15,6	18,0	8,1
75+	42,4	35,0	5,6	11,3	5,7
gesamt	31,9	33,3	13,8	15,2	5,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen geben die PflichtschulabsolventInnen den größten täglichen Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot an, die UniversitätsabsolventInnen hingegen den geringsten.

Tabelle 26: Durchschnittlicher Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Weißbrot bzw. Mischbrot				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	50,4	31,1	9,7	4,6	4,2
Lehre	44,0	27,9	13,7	13,7	,6
mittlere Ausbildung	47,8	23,6	15,0	11,3	2,4
Universität	36,1	24,7	16,2	18,9	4,2
gesamt	45,8	27,4	13,2	11,0	2,7
Frauen					
Pflichtschule	43,7	31,0	8,6	11,4	5,3
Lehre	30,4	35,6	15,6	12,6	5,9
mittlere Ausbildung	24,7	33,6	15,6	19,2	6,9
Universität	22,4	34,3	20,1	19,7	3,5
gesamt	31,9	33,3	13,8	15,2	5,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Im Allgemeinen ist der Konsum von Eiern in den jüngsten Altersschichten am höchsten und bei den Frauen ein wenig geringer als bei den Männern, wenn man die Kategorien (fast) täglich und mehrmals pro Woche betrachtet. 8 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen essen (fast) täglich Eier, mehrmals in der Woche 29 resp. 25 Prozent. 5 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen essen nie Eier.

Tabelle 27: Durchschnittlicher Konsum von Eiern nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Eierkonsum				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	7,8	45,3	28,2	15,3	3,5
25–44	10,8	29,2	32,7	22,4	4,9
45–59	5,8	24,5	38,0	28,3	3,4
60–74	4,6	15,3	27,5	44,3	8,3
75+	0,0	17,2	36,6	37,9	8,3
gesamt	7,8	28,8	32,6	25,9	4,9
Frauen					
16–24	10,2	27,4	33,4	24,5	4,5
25–44	8,8	27,8	37,2	22,6	3,6
45–59	6,7	22,3	39,2	27,8	4,0
60–74	1,0	24,9	33,2	35,1	5,8
75+	3,2	17,8	37,6	34,6	6,8
gesamt	6,6	24,9	36,6	27,4	4,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der durchschnittliche Konsum von Eiern nach Schulbildung und Geschlecht zeigt gemäß den beiden Kategorien mit der Angabe der größten Häufigkeit, dass die PflichtschulabsolventInnen einen auffällig höheren Konsum von Eiern aufweisen als die anderen Ausbil-

dungsstufen. Mit Ausnahme der Universitätsabsolventinnen ist gesamt gesehen sogar ein linearer Trend zu sehen, wonach der Konsum von Eiern mit zunehmendem Bildungsgrad abnimmt.

Tabelle 28: Durchschnittlicher Konsum von Eiern nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Eierkonsum				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	11,3	35,9	27,1	18,3	7,3
Lehre	8,4	27,1	35,5	25,8	3,1
mittlere Ausbildung	4,9	24,4	36,2	29,7	4,8
Universität	3,4	24,6	31,5	36,6	3,9
gesamt	7,8	28,8	32,6	25,9	4,9
Frauen					
Pflichtschule	14,4	27,8	30,2	22,3	5,3
Lehre	3,3	23,7	35,0	33,5	4,4
mittlere Ausbildung	2,0	22,9	40,5	29,9	4,6
Universität	5,2	24,6	47,5	20,7	2,1
gesamt	6,6	24,9	36,6	27,4	4,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der durchschnittliche Konsum von Käse, Topfen und Joghurt weist keine besonderen Abhängigkeiten vom

Alter auf. Die Jüngsten essen etwas weniger davon. Fast täglicher Verzehr von diesen Produkten wird von zirka

44 Prozent der männlichen Befragten und von zirka 59 Prozent der weiblichen Befragten angegeben. Überhaupt nie werden diese Lebensmittel von etwa 3 Prozent der Männer und 1 Prozent der Frauen gegessen.

Tabelle 29: Durchschnittlicher Konsum von Käse, Topfen, Joghurt nach Alter und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Alter (Jahre)	Konsum von Käse, Topfen, Joghurt				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	37,0	38,6	12,5	9,5	2,4
25–44	44,6	39,8	8,8	4,3	2,4
45–59	49,7	35,2	7,8	4,3	3,1
60–74	43,2	42,2	8,5	5,2	0,9
75+	44,8	38,1	8,0	4,9	4,1
gesamt	44,1	38,8	9,2	5,4	2,5
Frauen					
16–24	46,6	37,7	8,3	6,2	1,1
25–44	57,7	32,4	6,4	1,9	1,7
45–59	64,9	27,9	6,2	0,0	0,9
60–74	61,4	30,6	4,1	3,3	0,7
75+	60,1	28,2	7,2	4,5	0,0
gesamt	58,8	31,3	6,3	2,5	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

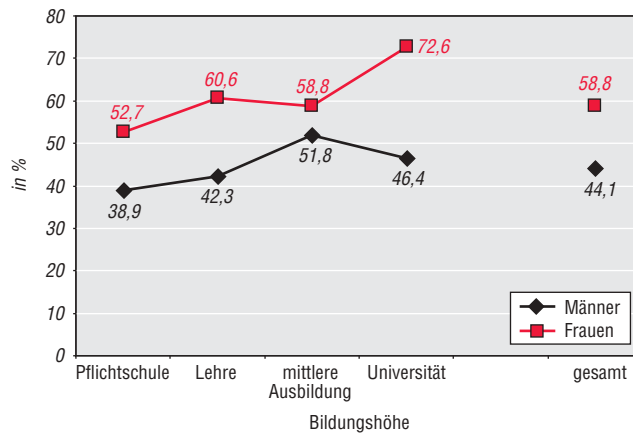
Auch bei dieser Art von Lebensmitteln wird bei der Betrachtung des täglichen Konsums evident, dass Personen mit Pflichtschulabschluss den geringsten Verzehr aufweisen. Bei den Männern geben Personen mit mittlerer Ausbildung mit 52 Prozent den höchsten täglichen Konsum an, bei den Frauen die Universitätsabsolventinnen mit 73 Prozent.

Tabelle 30: Durchschnittlicher Konsum von Käse, Topfen, Joghurt nach Schulbildung und Geschlecht (in %, nur Welle 1)

Schulbildung	Konsum von Käse, Topfen, Joghurt				
	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
Männer					
Pflichtschule	38,9	39,9	10,9	7,8	2,5
Lehre	42,3	39,1	9,7	5,7	3,2
mittlere Ausbildung	51,8	37,1	7,8	2,5	0,8
Universität	46,4	38,5	6,8	4,7	3,6
gesamt	44,1	38,8	9,2	5,4	2,5
Frauen					
Pflichtschule	52,7	33,9	7,8	3,5	2,1
Lehre	60,6	32,8	4,7	1,4	0,5
mittlere Ausbildung	58,8	31,3	6,7	2,8	0,3
Universität	72,6	20,0	4,6	1,1	1,7
gesamt	58,8	31,3	6,3	2,5	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 11: (Fast) täglicher Konsum von Käse, Topfen oder Joghurt nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



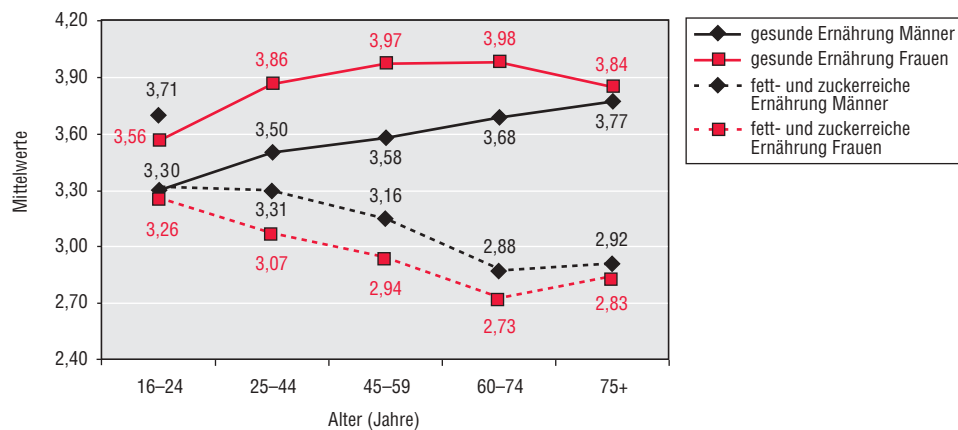
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

3.2 Gesunde Ernährung versus fett- und zuckerreiche Ernährung

Als wichtige Dimension des Gesundheitshandelns wurde das Ernährungsverhalten erhoben. Es wurde ein Indikator *gesunde Ernährung* gebildet, der häufigen Konsum von Fisch, gekochtem Gemüse, Rohkost/Salat/rohem Gemüse, frischem Obst und Vollkornbrot als Grundlage heranzieht. Ergänzend dazu wurde auch ein Indikator *fett- und zuckerreiche Ernährung* gebildet. Dieser enthält den Konsum von Produkten wie Wurstwaren, Fleisch, Mehlspeisen, Kuchen, Kekse, sonstige Süßwaren und Eier. Die Beurteilung erfolgte über eine fünfstufige Ratingskala von (fast) täglich / mehrmals pro Woche / mehrmals pro Monat / selten / nie (F 95).

Das gesunde Ernährungsverhalten ist bei den Frauen besser ausgeprägt als bei den Männern und zwar über alle Altersklassen hinweg mit Ausnahme der ältesten Personen. Hier nimmt der Wert der Frauen wieder etwas ab und trifft sich mit dem der Männer. Unter Berücksichtigung dieser Ausnahme nimmt das positive Ernährungsverhalten mit steigendem Alter zu. Der Indikator der fett- und zuckerreichen Ernährung spiegelt gleichsam den gegenteiligen Trend wider, d. h. diese Ernährungsweise nimmt mit dem Alter ab, wobei bei den ab 74-Jährigen wiederum eine leichte Zunahme im Vergleich zur davor liegenden Altersklasse zu beobachten ist.

Grafik 12: Ernährung nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

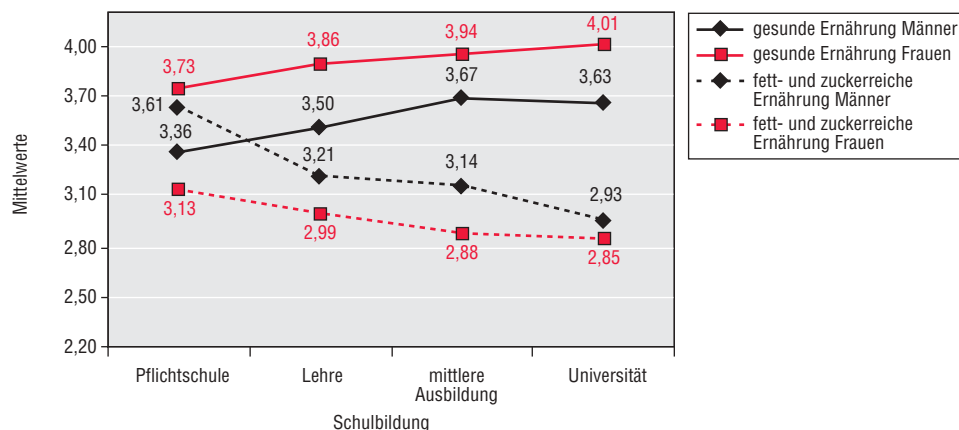


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bezüglich Bildung und gesunde Ernährung lässt sich festhalten, dass ein Trend besteht, wonach mit steigender Bildung auch eine positivere Ernährungsweise gegeben ist. Eine marginale Ausnahme bilden nur die männlichen Universitätsabsolventen, deren Wert im

Vergleich zu Personen mit mittlerer Ausbildung leicht abfällt. So lässt sich auch bei der fett- und zuckerreichen Ernährung eine lineare Korrelation zwischen zunehmender Bildung und weniger Fett und Zucker beobachten.

Grafik 13: Ernährung nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)

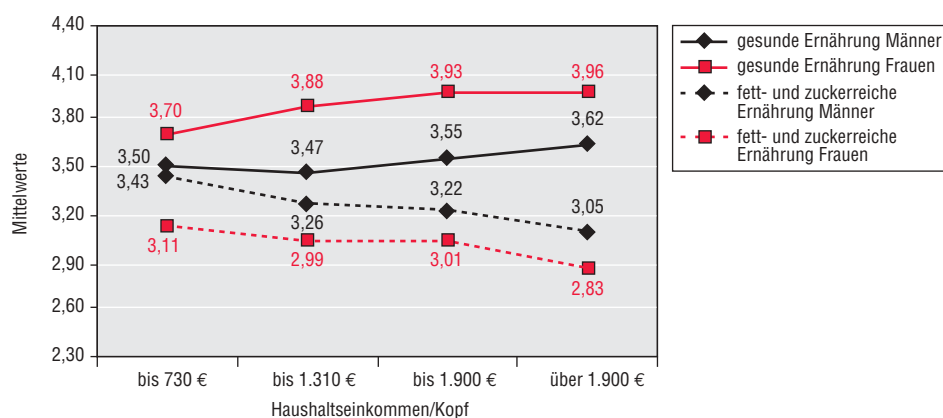


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ebenso wie bei der Ausbildung zeigt sich auch beim Einkommen eine deutliche lineare Korrelation mit dem Nahrungsmittelkonsum. Für beide Geschlechter gilt: Je

höher das Einkommen, desto gesünder die Ernährung und desto geringer der Verzehr von fett- und zuckerreichen Nahrungsmitteln.

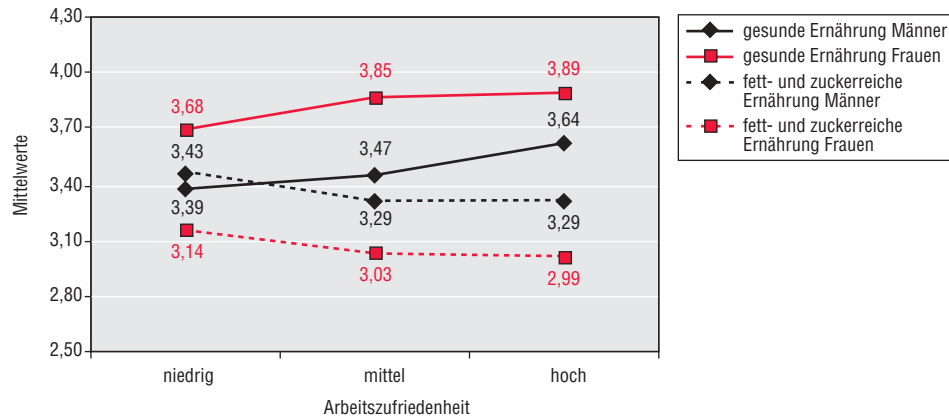
Grafik 14: Ernährung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Beziehungen zwischen Arbeitszufriedenheit – gestuft in niedrig, mittel und hoch – ergeben eher schwache Zusammenhänge, wonach die gesündere Ernährung als auch eine zucker- und fettärmere Ernährung mit höherer Arbeitszufriedenheit einhergeht. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen.

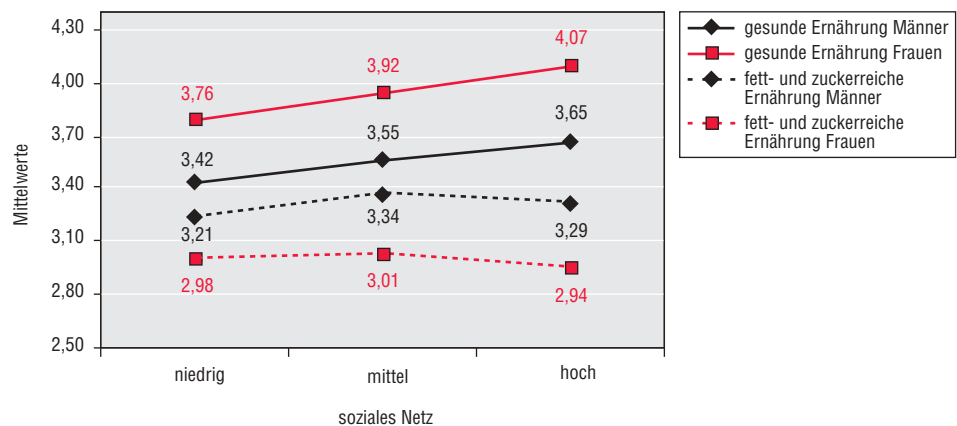
Grafik 15: Ernährung nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die Ernährung in Abhängigkeit von der Ausprägung von sozialen Netzen, kann festgestellt werden, dass bei beiden Geschlechtern ein positiver Zusammenhang besteht, je ausgeprägter die sozialen Netze, um so gesünder die Ernährung. Bezüglich der fett- und zuckerreichen Ernährungsweise herrscht eher ein homogenes Bild vor.

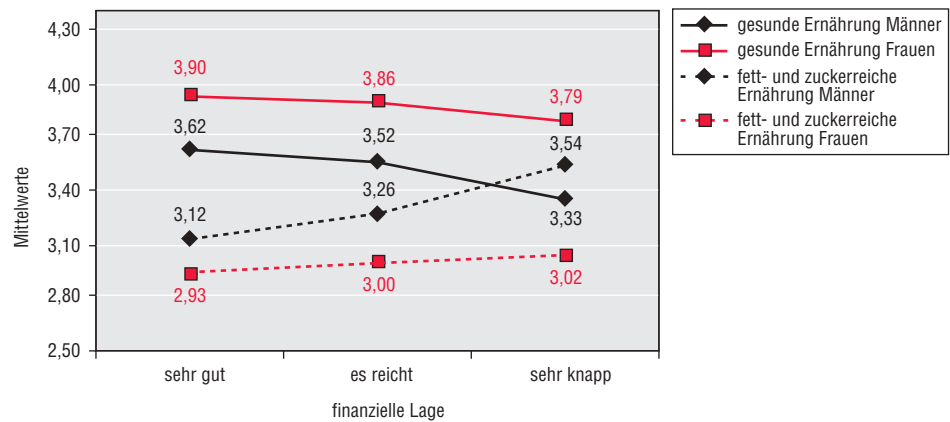
Grafik 16: Ernährung nach sozialem Netz und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bei der subjektiv eingeschätzten finanziellen Lage kann bei den Frauen sowie bei den Männern eruiert werden, dass die gesunde Ernährung mit besserer Finanzkraft zunimmt und gleichzeitig der Konsum von fett- und zuckerreichen Lebensmitteln abnimmt. Es handelt sich dabei um direkt proportionale Beziehungen.

Grafik 17: Ernährung nach finanzieller Lage und Geschlecht (Mittelwerte)

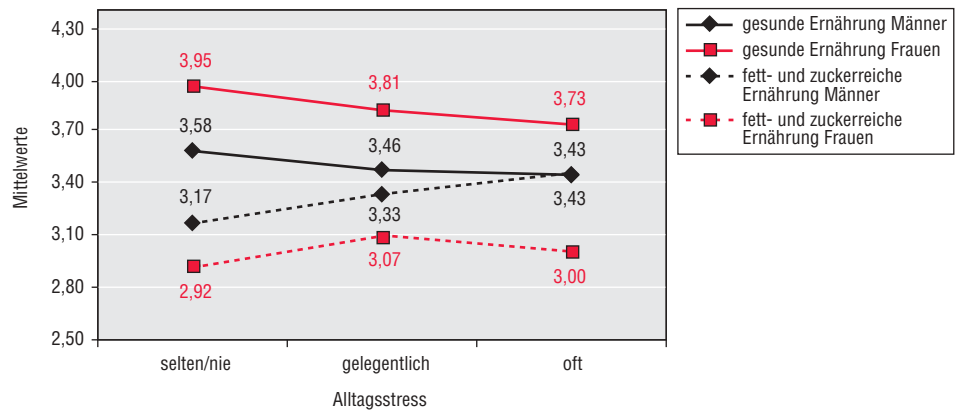


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Häufiger Alltagsstress korreliert mit einer weniger gesunden Ernährungsweise bei Frauen und bei Männern. Bei den Männern ist gleichzeitig eine leichte Tendenz dahingehend zu beobachten, dass mehr Stress auch

mehr fett- und zuckerreiches Essen bedeutet. Bei den Frauen hingegen erscheint das fett- und zuckerreiche Essen vom Stress eher unabhängig.

Grafik 18: Ernährung nach Alltagsstress und Geschlecht (Mittelwerte)

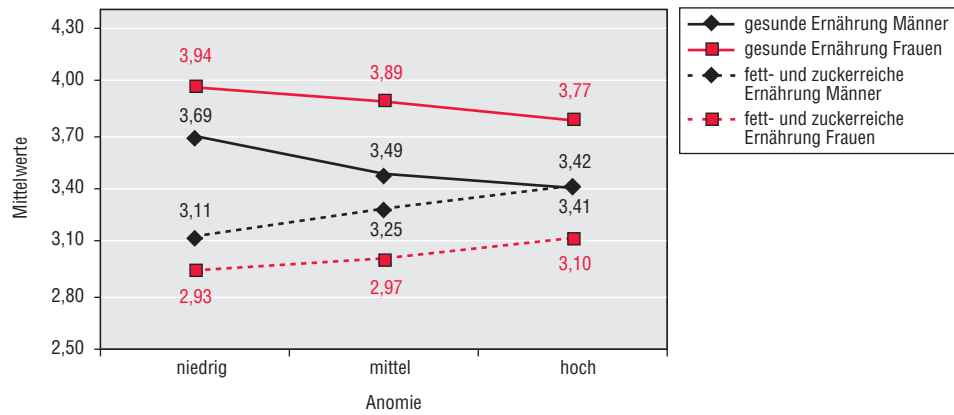


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Anomie, welche einen Zustand mangelnder sozialer Orientierung und die Auflösung sozialer und kulturell bedingter Werte und Normen beschreibt, zeigt sowohl mit gesunder Ernährung als auch mit fett- und zu-

ckerreicher Kost lineare Korrelationen bei beiden Geschlechtern. Mit steigender Anomie ist sowohl eine fett- und zuckerreichere als auch eine insgesamt weniger gesündere Ernährungsweise gegeben.

Grafik 19: Ernährung nach Anomie und Geschlecht (Mittelwerte)

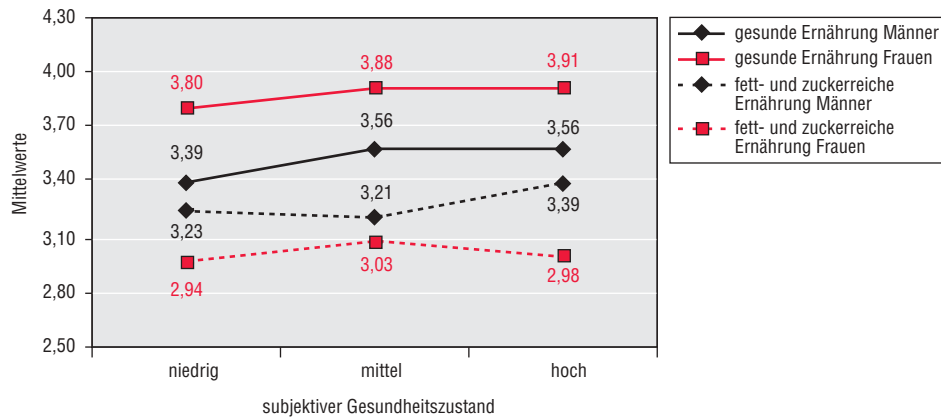


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes kann festgestellt werden, dass ein besser eingeschätzter Zustand bei Frauen und Männern schwach mit einer gesünderen Ernährung korreliert. Männer mit besserer Einschätzung ihres Gesundheitszustandes tendieren zu einem leicht höheren Fett- und Zuckerkonsum als jene

mit schlechterer Einschätzung. Bei den Frauen ist diesbezüglich nur eine marginale Korrelation ersichtlich. Hier könnte auch der Einfluss des Alters, wonach jüngere Leute fettreicher essen und gleichzeitig einen besseren Gesundheitszustand aufweisen, wirksam werden.

Grafik 20: Ernährung nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**IV.
KÖRPERLICHE BEWEGUNG
UND BODY MASS INDEX**

***PHYSICAL ACTIVITY AND
BODY MASS INDEX***

4	KÖRPERLICHE BEWEGUNG UND BODY MASS INDEX	129
4.1	KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	130
4.2	BODY MASS INDEX	136

4 KÖRPERLICHE BEWEGUNG UND BODY MASS INDEX

Zusammenfassung

Körperliche Aktivität wurde einerseits über die Frage nach dem Schwitzen und andererseits durch den Indikator Bewegung analysiert. Männer sind insgesamt körperlich aktiver als Frauen. Vor allem junge Männer (16 bis 24 Jahre) kommen mit 25 Prozent am häufigsten täglich oder fast täglich ins Schwitzen und 37 Prozent betreiben mehrmals in der Woche intensiv Sport. Die Differenz zwischen Frauen und Männern ist in der jüngsten Altersgruppe massiv. Bei den Frauen ist die Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren am aktivsten. Höherer Bildungsstatus bei den Frauen bedeutet ganz klar mehr körperliche Aktivität. Frauen mit Universitätsabschluss kommen zu 15 Prozent täglich oder fast täglich und zu 41 Prozent mehrmals in der Woche durch körperliche Bewegung ins Schwitzen. Der Indikator Bewegung korreliert bei beiden Geschlechtern mit der Ausbildung positiv. Hinsichtlich körperlicher Aktivität und ihrer Beziehung zu sozialen Netzwerken lässt sich auch ein linearer Trend feststellen, wonach die (fast) tägliche Bewegung bzw. die mehrmalige Bewegung pro Woche mit stärker ausgeprägten Netzwerken zunimmt. Eine gleiche positive Beziehung weist auch der Indikator Bewegung – von unbedeutenden Abweichungen abgesehen – mit Einkommen, finanzieller Lage und Arbeitszufriedenheit auf. Insgesamt heißt das, dass das Vorhandensein verschiedenster Ressourcen die körperlichen Aktivitäten fördert.

Der **Body Mass Index** wurde sowohl nach Kategorien als auch nach Durchschnittswerten analysiert. Der durchschnittliche Body Mass Index steigt mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männern an und nimmt erst ab dem 75. Lebensjahr etwas ab. Dies lässt sich auch beim Körpergewicht beobachten. Die Durchschnittswerte des BMI liegen bei Frauen und Männern bis 44 Jahren im Bereich des Normalgewichts. Ab der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen haben Frauen und Männer im Durchschnitt mäßiges Übergewicht. Frauen haben im Allgemeinen einen niedrigeren BMI als Männer.

Summary: Physical Activity and Body Mass Index

The indicators used for measuring physical activity were sweating and exercise. Overall, men are physically more active than women. Young men (16 to 24 years) participate in activities that make them sweat every or nearly every day most often (25 percent) and 37 percent work out intensely several times per week. The gender gap is particularly pronounced in the youngest age group. The most active women are in the age group 25-44. For women, higher education is strongly linked to more physical activity. 15 percent of women with a university degree participate in sweat-producing physical activities every or nearly every day, and 41 percent several times a week. The indicator "physical activity" correlates positively with education for both genders. A linear trend can also be identified regarding physical activity and social networks; people with an extensive social network are more likely to exercise (nearly) every day or several times a week. The same applies – with only insignificant deviations – to income, financial situation and job satisfaction. In summary, a number of personal resources correlate positively with physical activity.

The Body Mass Index was analysed by categories as well as by average values. The average Body Mass Index increases with age for both men and women and only drops slightly from age 75 onwards. The same development can be identified for body weight. The average BMI for men and women up to age 44 is in the normal range. In the age group 45 to 59, both genders are slightly overweight on average. Women generally have a lower BMI than men.

Die **Körpergröße** nimmt mit jüngerem Lebensalter linear zu, d. h., die jüngeren Generationen werden größer.

Bei den Frauen nehmen die Werte des **BMI** mit zunehmender Schulbildung ab, bei den Männern gilt dies erst ab der Ausbildungsstufe der Lehre. Die männlichen Pflichtschulabsolventen haben in etwa den gleichen Wert wie die Universitätsabsolventen. Die Durchschnittswerte des BMI nehmen bei den Frauen mit steigendem Einkommen ab. Gegensätzlich ist der Trend bei den Männern, hier nehmen sie bis zur vorletzten Einkommensklasse zu und erst in der letzten leicht ab. Frauen mit guten sozialen Netzwerken weisen im Durchschnitt einen geringeren BMI auf als Frauen mit schlechten sozialen Netzwerken. Dies gilt nicht für Männer, hier erreichen Personen mit dem besten Netzwerk einen höheren Wert als jene mit schlechterem Netzwerk. Auch bei der Analyse des BMI nach Beurteilung der finanziellen Lage wurden für Frauen und Männer gegenläufige Trends eruiert. Bei den Frauen nimmt der BMI mit schlechterer finanzieller Lage zu, bei Männern hingegen massiv ab.

Die hier berichteten **Geschlechtsunterschiede** sind als bemerkenswerte Ergebnisse einzustufen, da sie klar machen, dass Männer und Frauen vorhandene Ressourcen in differenter – ja gegenteiliger – Art und Weise nutzen. Ergänzt man nun diese Ergebnisse noch um die Perspektive des geschlechtsdiffernten Essverhaltens – ebenfalls in Abhängigkeit von Ressourcen – ergeben sich interessante und wahrscheinlich lohnenswerte Interventionsfelder für zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme.

***Body height** increases linearly in the younger age groups, i.e. the younger generations are becoming taller.*

*For women, the **BMI** decreases with increasing school education. For men, it only starts decreasing with a completed apprenticeship. Men with compulsory schooling only have approximately the same average BMI as male university graduates. The mean BMI decreases for women with higher income, while for men, this trend is reversed – their BMI increases until the second-highest income category and only decreases slightly between that and the highest. Women with an extensive social network have a lower BMI than those with a poor social network. This does not hold true for men; the group with the best social network has a higher average BMI than those with poorer networks. The trends are also reversed when analysing the relationship between BMI and financial situation – for women, the BMI increases with a worse financial situation, while for men, it decreases strongly.*

*These **gender differences** are significant, for they show very clearly that men and women use personal resources in a different, often completely opposite way. If these results are complemented with the perspective of gender-differentiated dietary behaviour, we find interesting and probably worthwhile areas for intervention for targeted health promotion and preventive health care programmes.*

4.1 Körperliche Aktivität

Ein gewisses Ausmaß an körperlicher Bewegung ist nicht nur eine biologische Notwendigkeit, sondern für eine ganzheitliche körperlich-seelische Balance von großer Wichtigkeit. Bewegung ist ein bedeutsamer Faktor zur Steigerung des individuellen Wohlbefindens und der alltäglichen Lebensqualität. Im heutigen Alltags- und im Arbeitsleben der Menschen herrscht oft

eine geringe körperliche Aktivität vor. Mangelnde Bewegung ist ein mitverursachender Faktor von vielen Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Rückenschmerzen, Osteoporose, Fettstoffwechselstörungen, Muskelschwäche, depressive Verstimmungen u. v. a. m. Bewegung wirkt sich positiv aus auf das Herz-Kreislaufsys-

tem, auf die Atmung, auf die Verdauung und den Stoffwechsel, auf das Nervensystem, auf das Immunsystem, auf das Hormonsystem und auf die seelische sowie die soziale Befindlichkeit.

Männer sind insgesamt körperlich aktiver als Frauen. Vor allem junge Männer (16 bis 24 Jahre) kommen mit 25 Prozent am häufigsten täglich oder fast täglich ins Schwitzen, und 37 Prozent betreiben mehrmals in der Woche intensiv Sport. Bei den Frauen ist die Alters-

gruppe zwischen 25 und 44 Jahren am aktivsten. Mit Abstand am seltensten kommen über 74-Jährige ins Schwitzen. 51 Prozent der Männer und 63 Prozent der Frauen in diesem Alter kommen nie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen. Generell kann festgehalten werden, dass bei den Männern die körperliche Aktivität mit zunehmendem Alter linear abnimmt, während bei den Frauen eher die mittleren Altersgruppen die größten Häufigkeiten aufweisen.

Tabelle 1: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen?					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
16-24	25,3	36,5	18,2	6,9	9,4	3,7
25-44	17,2	32,2	22,6	8,0	10,7	9,3
45-59	19,1	32,6	13,7	10,3	9,9	14,5
60-74	18,1	20,9	17,0	9,0	11,2	23,7
75+	7,6	6,4	15,7	2,6	17,1	50,6
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8
Frauen						
16-24	9,1	24,3	31,2	13,3	12,7	9,4
25-44	16,2	28,2	18,3	8,5	11,5	17,3
45-59	14,4	25,3	22,2	7,5	11,8	18,8
60-74	14,0	19,2	13,9	9,1	11,4	32,4
75+	1,9	10,2	5,9	2,1	16,7	63,3
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Je höher der Bildungsstatus bei den Frauen ist, desto häufiger sind sie körperlich aktiv. Frauen mit Universitätsabschluss kommen zu 15 Prozent täglich oder fast täglich und zu 41 Prozent mehrmals in der Woche durch körperliche Bewegung ins Schwitzen. Bei den

Männern ist kein linearer Zusammenhang zwischen Bildung und körperlicher Aktivität zu sehen. Hier betreiben Männer mit mittlerer Ausbildung und Pflichtschulabschluss am häufigsten regelmäßig Sport.

Tabelle 2: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen?					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
Pflichtschule	22,1	29,4	13,6	7,6	10,3	17,0
Lehre	16,7	27,8	17,5	7,3	11,2	19,6
mittlere Ausbildung	19,2	30,9	19,1	9,8	12,4	8,6
Universität	14,0	31,0	28,1	8,3	7,2	11,5
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8
Frauen						
Pflichtschule	10,7	17,2	16,2	5,8	10,6	39,5
Lehre	13,2	20,9	19,2	8,9	15,2	22,5
mittlere Ausbildung	14,6	26,3	20,3	9,6	12,6	16,7
Universität	15,0	40,5	18,1	7,6	8,5	10,2
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich körperlicher Aktivität und ihrer Beziehung zu sozialen Netzwerken lässt sich ein eindeutiger linearer Trend feststellen, wonach die (fast) tägliche Bewe-

gung bzw. die mehrmalige Bewegung pro Woche mit stärker ausgeprägten Netzwerken zunimmt. Dieser Umstand gilt sowohl für Frauen als auch für Männer.

Tabelle 3: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach sozialem Netz und Geschlecht (in %)

soziales Netz	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen?					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
niedrig	16,1	25,3	18,4	9,1	12,0	19,1
mittel	17,6	30,1	20,5	7,3	11,9	12,6
hoch	23,7	37,4	15,6	8,1	6,4	8,8
gesamt	18,2	29,5	18,5	8,3	10,8	14,7
Frauen						
niedrig	11,3	19,2	16,6	8,3	13,9	30,6
mittel	13,9	25,6	21,0	8,6	10,8	20,1
hoch	17,2	34,7	19,2	6,7	10,6	11,5
gesamt	13,1	23,9	18,6	8,2	12,3	24,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Regelmäßige körperliche Bewegung korreliert negativ mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, d. h. je geringer die körperliche Aktivität desto schlechter der Gesundheitszustand oder auch umge-

kehrt. Grundsätzlich ist bei dieser Aussage zu bedenken, dass hier wohl massive Alterseffekte zum Tragen kommen. D. h. ältere Menschen haben eine schlechtere Gesundheit und machen deshalb weniger Bewegung.

Tabelle 4: Körperliche Anstrengung (Bewegung) nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (in %)

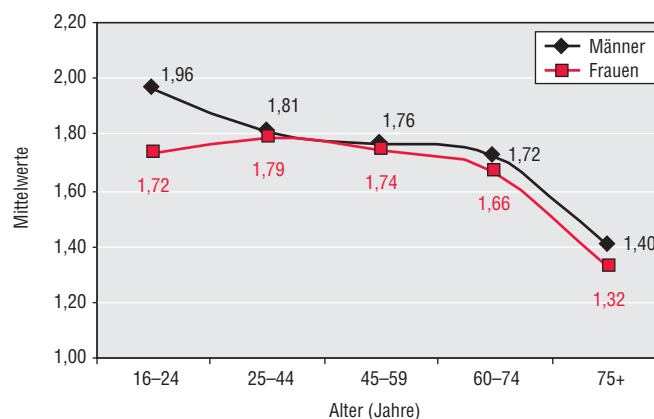
subjektiver Gesundheitszustand	Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung ins Schwitzen?					
	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	etwa 1-mal pro Monat	2- bis 3-mal im Monat	1-mal im Monat oder seltener	nie
Männer						
niedrig	15,4	22,0	16,5	6,6	13,3	26,2
mittel	17,1	30,3	19,3	9,8	11,6	11,8
hoch	21,5	34,4	19,4	7,7	8,0	9,0
gesamt	18,2	29,4	18,6	8,2	10,8	14,8
Frauen						
niedrig	10,8	18,6	13,5	8,5	13,6	35,0
mittel	13,1	23,6	21,3	9,1	14,3	18,6
hoch	15,8	29,6	21,2	6,7	8,4	18,3
gesamt	13,2	23,8	18,6	8,1	12,3	24,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Indikator Bewegung (physische Aktivität), der sich durch Sport und Bewegung, wie auch Wandern, Turnen und Gymnastik definiert, wurde mittels 15 Einzelitems (z. B. Jogging, Fußball, Handball, Schwimmen, Fahrradfahren, Rudern, Tennis, Squash, Schifahren, Lange Spaziergänge, Tanz, Gartenarbeit u. v. a. m., F 100) abgefragt. Mögliche Antwortkategorien waren: mehrmals pro Woche/alle 1–2 Wochen/1–2-mal pro Monat/seltener/nie.

Die körperliche Bewegung nimmt mit dem Alter ab. Eine Ausnahme stellen nur junge Frauen dar, die etwas weniger aktiv sind als 25- bis 59-jährige Frauen. Frauen sind insgesamt weniger aktiv als Männer, wobei die massivste Differenz diesbezüglich in der jüngsten Altersgruppe vorliegt.

Grafik 1: Bewegung nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

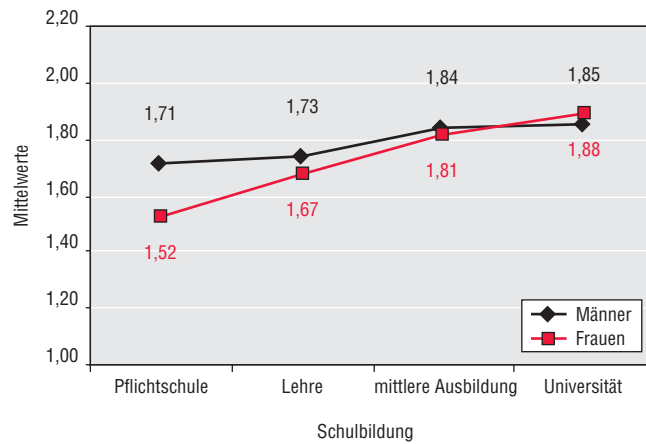


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die physische Aktivität nimmt mit steigender Bildung linear zu. Dies gilt wiederum für Männer und für Frauen,

wobei der Schichtgradient bei den Frauen stärker ausgeprägt ist.

Grafik 2: Bewegung nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)

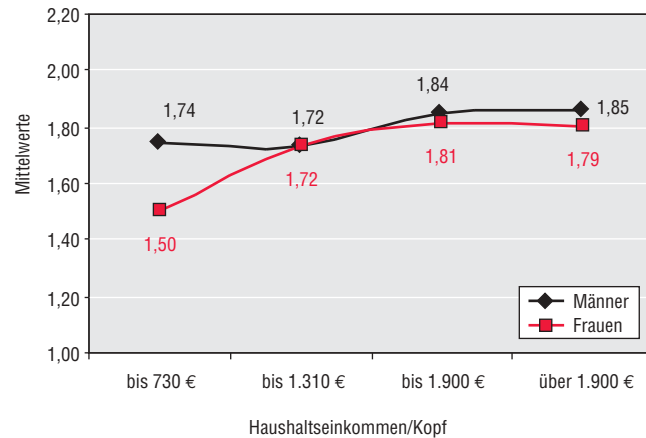


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die gleiche Beziehung wie bei Schulbildung und Bewegung können wir auch – mit marginalen Abweichungen – für die Verteilung nach Einkommenskategorien

beobachten: Je höher das Einkommen, desto mehr Bewegung wird gemacht.

Grafik 3: Bewegung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)

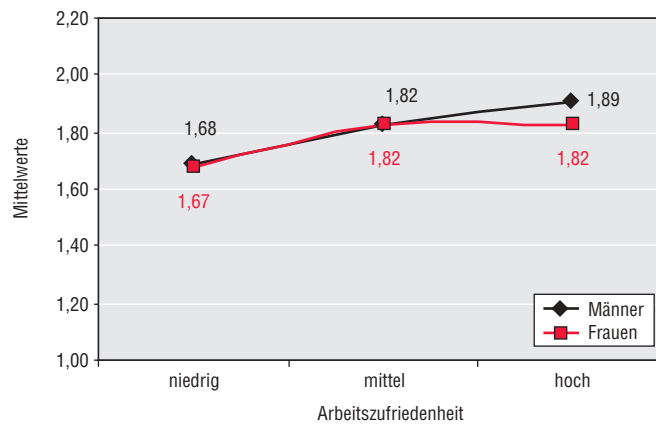


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die Arbeitszufriedenheit gestuft nach drei Ausprägungen im Zusammenhang mit dem Indikator Bewegung, kann sowohl für Männer als auch für

Frauen konstatiert werden, dass mit zunehmender Arbeitszufriedenheit auch eine zunehmende physische Aktivität gegeben ist.

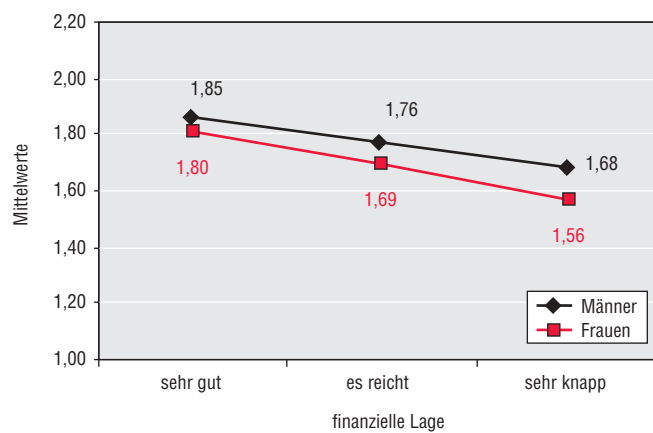
Grafik 4: Bewegung nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Ausprägung der Bewegung nimmt mit subjektiv beurteilter schlechterer finanzieller Lage sowohl bei Frauen als auch bei Männern stark ab.

Grafik 5: Bewegung nach finanzieller Lage und Geschlecht (Mittelwerte)

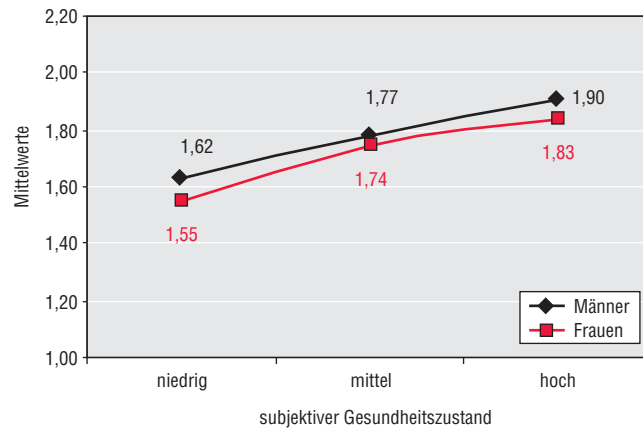


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Betrachtung der Bewegung in Abhängigkeit vom subjektiven Gesundheitszustand verdeutlicht, dass je besser die eigene Gesundheit erlebt wird, um so mehr physische Aktivität durchgeführt wird. Dabei ist jedoch

– wie schon auf Ebene des Einzelitems festgehalten wurde – das Alter als konfundierende Größe zu berücksichtigen. Der Hauptanteil der dargestellten Beziehung dürfte beim Alter liegen.

Grafik 6: Bewegung nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (Mittelwerte)



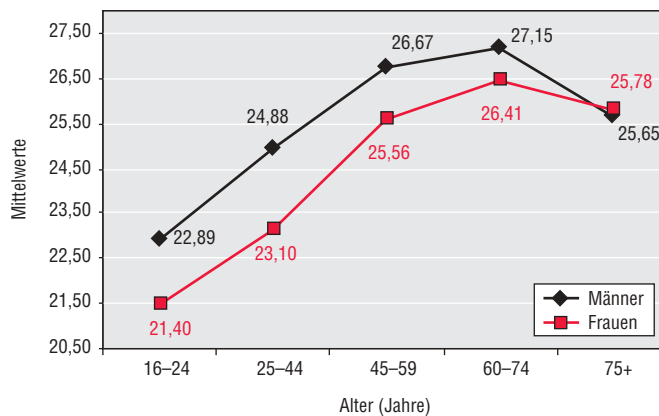
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

4.2 Body Mass Index

Wie die grafische Darstellung und die folgende Tabelle verdeutlichen, nimmt der durchschnittliche Body Mass Index mit zunehmendem Alter bei Frauen und Männern zu und erst ab dem 75. Lebensjahr etwas ab. Das lässt sich ebenfalls beim Körpergewicht beobachten. Die Durchschnittswerte des BMI liegen bei Frauen und Männern bis 44 Jahren im Bereich Normalgewicht. Ab

der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen haben Frauen und Männer im Durchschnitt mäßiges Übergewicht. Die Körpergröße nimmt mit jüngerem Lebensalter linear zu, d. h., dass die jüngeren Generationen größer werden. Frauen haben im Allgemeinen einen niedrigeren BMI als Männer.

Grafik 7: Body Mass Index nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tabelle 5: Körpermaße nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Körpergröße in cm (Mittelwerte)	Körpergewicht in kg (Mittelwerte)	Body Mass Index in kg/m ² (Mittelwerte)
Männer			
16–24	178,17	72,87	22,89
25–44	179,08	79,91	24,88
45–59	176,88	83,47	26,67
60–74	175,01	83,36	27,15
75+	172,01	75,98	25,64
gesamt	177,35	80,15	25,46
Frauen			
16–24	166,78	59,56	21,40
25–44	166,20	63,79	23,10
45–59	164,19	68,93	25,55
60–74	163,07	70,16	26,41
75+	159,89	65,93	25,77
gesamt	164,62	65,80	24,31

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit höherer Bildung tritt Übergewicht bzw. Fettleibigkeit bei Frauen und Männern seltener auf. Dies ist vor allem bei den Frauen sehr gut zu sehen. 50 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss haben Übergewicht und 21 Prozent haben sogar starkes Übergewicht, bei

den Universitätsabsolventinnen sind es nur 21 Prozent, die übergewichtig und 7 Prozent, die fettleibig sind. Bei den Männern zeigt sich ein ähnliches Bild, jedoch sind die beiden mittleren Bildungskategorien häufiger übergewichtig als Pflichtschulabsolventen.

Tabelle 6: Übergewicht nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Übergewicht BMI >25	Fettleibigkeit BMI >30
Männer		
Pflichtschule	40,2	8,5
Lehre	59,4	16,8
mittlere Ausbildung	46,3	8,4
Universität	36,8	6,5
gesamt	48,9	11,4
Frauen		
Pflichtschule	49,8	21,2
Lehre	43,0	11,6
mittlere Ausbildung	27,0	7,4
Universität	20,9	6,7
gesamt	36,9	12,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer und Frauen in Führungspositionen haben weniger Übergewicht bzw. starkes Übergewicht. Vor allem bei Frauen in dieser Position zeigt sich dies deutlich. Nur 19

Prozent haben Übergewicht und 7 Prozent leiden an starkem Übergewicht im Gegensatz zu 47 Prozent der unqualifiziert tätigen Frauen, die übergewichtig sind und

17 Prozent der Frauen dieser Gruppe, die starkes Übergewicht haben. Bei den Männern sind die Unterschiede nur gering, wobei auch hier jene in Führungspositionen den mit Abstand geringsten Wert aufweisen.

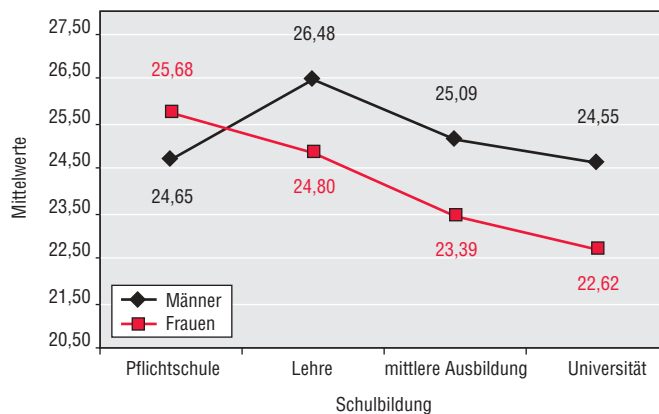
Tabelle 7: Übergewicht nach beruflicher Position und Geschlecht (in %)

berufliche Position	Übergewicht BMI >25	Fettleibigkeit BMI >30
Männer		
unqualifiziert	51,9	11,7
qualifiziert	51,7	12,4
hoch qualifiziert	51,6	13,7
Führungsposition	47,7	8,4
gesamt	51,2	12,1
Frauen		
unqualifiziert	46,8	16,7
qualifiziert	34,9	10,6
hoch qualifiziert	32,0	9,3
Führungsposition	19,0	7,1
gesamt	38,3	12,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die Mittelwerte des BMI nach Schulbildung bestätigen sich die Ergebnisse der kategorisierten Daten: Bei den Frauen nehmen die Werte mit zunehmender Schulbildung ab, bei den Männern gilt dies erst ab der Ausbildungsstufe der Lehre. Die Pflichtschulabsolventen erreichen ein beinahe gleich gutes Ergebnis wie die Universitätsabsolventen.

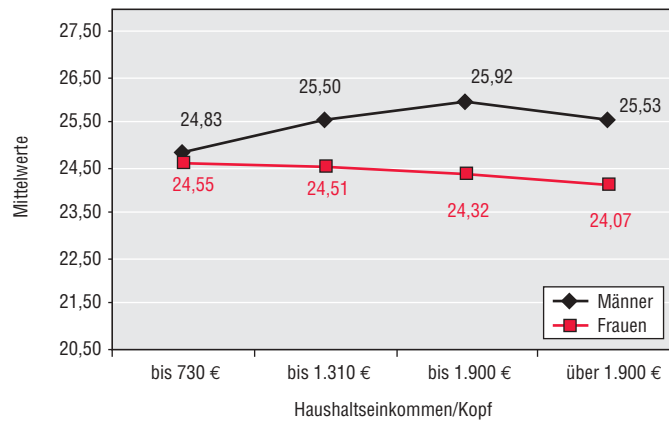
Grafik 8: Body Mass Index nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Durchschnittswerte des BMI nehmen bei den Frauen mit steigendem Einkommen ab. Gegensätzlich ist der Trend bei den Männern, hier nehmen sie bis zur vorletzten Einkommensklasse zu und erst in der höchsten leicht ab.

Grafik 9: Body Mass Index nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)

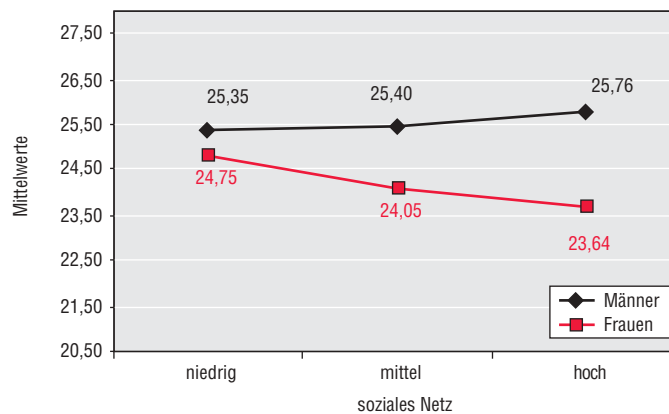


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Frauen mit guten sozialen Netzwerken weisen im Durchschnitt einen niedrigeren BMI auf als Frauen mit schlechten sozialen Netzwerken. Dies gilt nicht für

Männer, hier erreichen Personen mit dem besten Netzwerk einen höheren Wert als jene mit schlechterem Netzwerk.

Grafik 10: Body Mass Index nach sozialem Netz und Geschlecht (Mittelwerte)

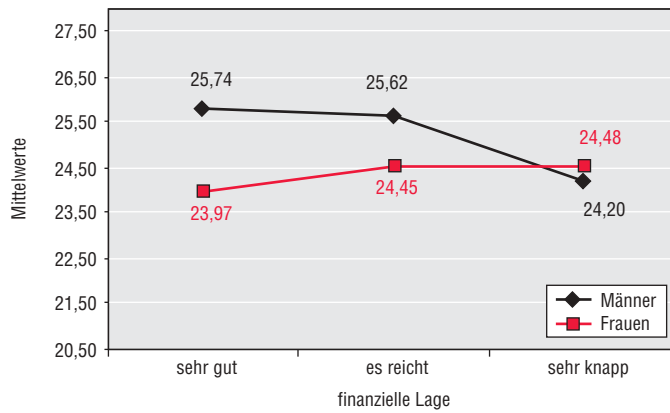


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Auch bei der Analyse des BMI nach subjektiver Beurteilung der finanziellen Lage müssen für Frauen und Männer gegenläufige Trends konstatiert werden: Bei

den Frauen nimmt der BMI mit schlechterer finanzieller Lage zu, bei Männern hingegen massiv ab.

Grafik 11: Body Mass Index nach finanzieller Lage und Geschlecht (Mittelwerte)

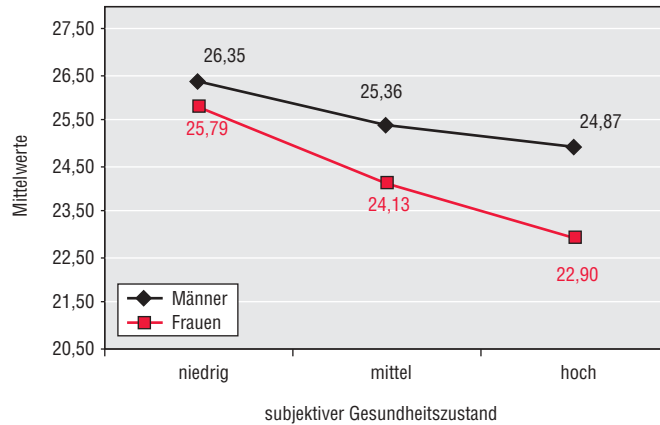


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein bemerkenswert ausgeprägter linearer Trend zeigt sich für den Zusammenhang vom BMI mit dem subjektiven Gesundheitszustand bei beiden Geschlechtern. Je

besser der Gesundheitszustand eingeschätzt wird, um so geringer der BMI – wobei auch hier wiederum die Einflüsse des Alters bedacht werden müssen.

Grafik 12: Body Mass Index nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**V.
GESUNDHEITSVERHALTEN**

***HEALTH RELEVANT
BEHAVIOUR***

5	GESUNDHEITSVERHALTEN	143
5.1	GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN UND GESUNDHEITSINFORMATIONSV ERHALTEN	143
5.1.1	Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung	144
5.1.2	Gesundheitsbewusstsein	147
5.1.3	Gesundheitsinformationsverhalten	151
5.1.4	Informationsquellen zum Thema Gesundheit	153
5.2	POSITIVES GESUNDHEITSVERHALTEN	156
5.3	VORSORGEVERHALTEN	169
5.3.1	Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen	170
5.3.2	Vorsorgeuntersuchung Scheidenabstrich	175
5.3.3	Vorsorgeuntersuchung Brustströntgen (Mammografie)	176
5.3.4	Vorsorgeuntersuchung der Prostata	178
5.3.5	Messung des Blutdrucks	179
5.3.6	Bestimmung des Blutcholesterins	180
5.3.7	Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen	181
5.3.8	Zusatzversicherung	183

5 GESUNDHEITSVERHALTEN

Als Gesundheitsverhalten werden in Abgrenzung zum Krankheitsverhalten alle gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bezeichnet, die ohne das Vorliegen einer Krankheit bzw. einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeführt werden (z. B. Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen, gesunde Ernährung). Gesundheitspsychologische Theorien beschreiben als eine Grundlage für Gesundheitsverhalten das Vorliegen von gesundheitsbezogenen Einstellungen. Einen Schritt in Richtung einer theoretischen Erfassung des Prozesses der Entstehung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und ihrer Auswirkungen auf das Vorsorgeverhalten stellt das Health-Locus-of-Control-Konzept (HLC) von WALLSTONE dar. Grundlage dieses Konzeptes bildet die Theorie der generalisierten Kontrollüberzeugungen von ROTTER. Nach dieser Theorie entwickeln

Menschen im Verlauf ihrer Lerngeschichte generalisierte Erwartungen über das Ausmaß, in dem sie in der Lage sind, die für sie bedeutsamen Ereignisse ihrer Umwelt durch eigenes Verhalten kontrollieren zu können. Je nachdem, ob Menschen in ihrem Leben das Eintreten für sie wichtiger Ereignisse eher als kontingent zu ihrem eigenen Verhalten erleben oder nicht, verallgemeinern sie diese Erfahrungen zu einer eher internen oder eher externen Kontrollüberzeugung. Inhaltlich sollte die Health-Locus-of-Control-Skala (HLC) messen, ob Personen eher zu der Annahme neigen, dass ihre eigene Gesundheit von Faktoren beeinflusst wird, die sie selbst kontrollieren können (interne gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung), oder von solchen Faktoren, die ihrem Einfluss weitgehend entzogen sind (externe gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung).

5.1 Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsinformationsverhalten

Zusammenfassung

Die Überzeugung, **für die eigene Gesundheit** zumindest wahrscheinlich **etwas tun zu können**, teilt der überwiegende Teil der Männer (98 Prozent) wie der Frauen (97 Prozent). Die Überzeugung über die Abhängigkeit der Gesundheit von eigenen Handlungen nimmt mit dem Bildungsgrad dramatisch zu. Akademikerinnen und Akademiker sind davon zu ca. 20 Prozent häufiger überzeugt als PflichtschulabsolventInnen. Darin dokumentiert sich die hohe Bedeutung der Bildung als einer der Faktoren, welcher zur gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten einen wesentlichen Beitrag leistet. Die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung nimmt weiters mit dem Einkommen und mit besserem Gesundheitszustand zu.

Das Gesundheitsbewusstsein nimmt mit zunehmendem Alter zu. Über 74-jährige Männer **achten** zu 49 Prozent sehr **auf ihre Gesundheit**, bei den 75-jährigen Frauen sind es 47 Prozent, die sehr auf ihre Gesundheit achten. Rund ein Drittel der 16- bis 24-jährigen Frauen und Männer achten wenig bis gar nicht auf ihre Gesundheit.

Summary: Health Attitude and Health Information Behaviour

*Most men (98 percent) and women (97 percent) believe they can at least probably **influence their state of health** through their own behaviour. This attitude increases dramatically with the level of education. University graduates of both genders are convinced of this approx. 20 percent more frequently than persons with compulsory schooling only. This underlines the high significance of education as one of the factors that have the strongest influence on the difference in state of health between the social strata. The feeling of being in control of the own health also increases with income and a better state of health.*

*Positive health attitude increases with age. 49 percent of men above age 74 and 47 percent of women aged 75 **care** strongly for their **state of health**. Approximately one in three men and women in the 16 to 24 age group look after their state of health hardly or not at all.*

Je mehr eine Person unter chronischen Krankheiten leidet, um so häufiger achtet sie auf ihre Gesundheit, wodurch sich teilweise die Zunahme des Gesundheitsbewusstseins mit steigendem Alter erklärt. Ebenso nimmt das Gesundheitsbewusstsein mit dem verfügbaren Einkommen zu, jedoch gehen hohe Anomiewerte mit einem reduzierten Gesundheitsbewusstsein einher. Defizite im Gesundheitsbewusstsein finden sich vorwiegend bei jüngeren Personen und Personen mit hoher Anomie.

Die Nachfrage nach **Gesundheitsinformation** nimmt mit dem Alter stark zu. Sie ist bei Frauen (75 Prozent) größer als bei Männern (64 Prozent) und in den oberen Bildungs- und Einkommenschichten deutlich stärker ausgeprägt als in den unteren Schichten. Weiters ist das Informationsbedürfnis bei Personen mit chronischer Erkrankung ausgeprägter als bei gesunden Personen.

Die wichtigsten **Informationsquellen** zu Gesundheitsfragen sind für gesunde Personen schriftliche Medien wie Zeitungen, Zeitschriften, Bücher und Informationsbroschüren, gefolgt von Fernsehen und Radio an zweiter Stelle, Arzt/Ärztin an dritter Stelle und Verwandte bzw. Bekannte an vierter Stelle. Mit zunehmender Bildung wird vermehrt auf schriftliche Medien zurückgegriffen und die Bedeutung von Fernsehen und Radio geht leicht zurück. Bei Personen mit chronischen Krankheiten steht der Arzt bzw. die Ärztin als Informationsquelle im Vordergrund. Der Apotheke kommt eine vergleichsweise verschwindende Bedeutung als Informationsquelle in Gesundheitsfragen zu.

The more chronic diseases a person has, the more likely they are to take care of their health, which partly explains the positive correlation between age and health attitude. Health attitude also increases with disposable income, while a high level of anomie reduces health attitude. A lack of health attitude is often found in younger persons and persons with a high level of anomie.

*The interest in **health related information** increases significantly with age. It is higher for women (75 percent) than for men (64 percent) and significantly higher in the upper income segments and levels of education than in the lower segments. Persons suffering from chronic diseases also seek more information than persons in good health.*

*For persons in good health, the most important **sources of information** on health related issues are written media, such as newspapers, magazines, books and brochures, followed by radio and television, then in third place their physician, and friends and relatives in fourth place. A higher level of education increases the use of written sources of information, while the relevance of radio and television decreases slightly. Persons suffering from chronic diseases prefer their physician as source of information. Pharmacists are consulted very rarely in health related issues.*

5.1.1 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung

Dieser Abschnitt beschreibt die Prävalenz der internen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung in der Wiener Bevölkerung, die eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ist. Grundlage der Analyse war die Frage: „Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben?“ mit den vier Antwortkategorien: ganz bestimmt, wahrscheinlich, eher nicht, sicher nicht.

Die Überzeugung, für die eigene Gesundheit zumindest wahrscheinlich etwas tun zu können, teilt der überwiegende Teil der Männer (98 Prozent) wie der Frauen (97 Prozent). Vier von fünf Personen glauben sogar, dass sie „ganz bestimmt“ etwas tun können. Etwas schwächer ausgeprägt ist diese Überzeugung in den Altersgruppen der 16- bis 24-Jährigen und der über 75-Jährigen beiderlei Geschlechts. Besonders bei den jüngeren Menschen könnte dieser Befund auf ein bestehendes Informations- und Bildungsdefizit mit nachteiligen Folgen für ihre spätere Gesundheit hinweisen, wie es auch die übernächste Tabelle bestätigt.

Tabelle 1: Kontrollüberzeugung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (in %, nur Welle 1)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
16–24	72,3	26,3	1,4	0,0
25–44	82,2	16,8	0,8	0,2
45–59	80,9	17,4	1,7	0,0
60–74	85,4	9,9	3,5	1,2
75+	75,5	22,6	1,9	0,0
gesamt	81,2	17,0	1,6	0,3
Frauen				
16–24	71,9	23,7	3,1	1,3
25–44	86,6	12,7	0,6	0,0
45–59	81,6	14,3	2,2	1,9
60–74	78,1	17,6	4,3	0,0
75+	65,4	23,0	6,6	5,0
gesamt	80,9	15,7	2,3	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Überzeugung über die Abhängigkeit der Gesundheit von eigenen Handlungen nimmt mit dem Bildungsgrad dramatisch zu. Akademikerinnen und Akademiker sind davon zu ca. 20 Prozent häufiger überzeugt als Pflichtschulabsolventen und -absolventinnen.

Darin dokumentiert sich die hohe Bedeutung der Bildung als einer jener Faktoren, welche zur gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den sozialen Schichten einen wesentlichen Beitrag leisten.

Tabelle 2: Kontrollüberzeugung nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (in %, nur Welle 1)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
Pflichtschule	74,9	20,5	4,6	0,0
Lehre	78,7	20,0	0,9	0,5
mittlere Ausbildung	84,0	13,7	2,2	0,1
Universität	87,3	12,3	0,0	0,3
gesamt	81,2	17,0	1,6	0,3
Frauen				
Pflichtschule	72,3	21,8	4,7	1,3
Lehre	78,5	18,6	0,5	2,4
mittlere Ausbildung	84,9	12,4	2,3	0,4
Universität	92,7	6,1	1,2	0,0
gesamt	80,9	15,7	2,3	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Analyse der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung nach einem weiteren Hauptfaktor der sozialen Gesundheitsungleichheit, dem Netto-Einkommen, ergibt ein ähnliches Bild wie die Stratifizierung nach der Bildungsschicht. Je höher das Einkommen, um so aus-

geprägter ist die Überzeugung, selbst etwas für die Gesundheit tun zu können. Dies ist in Übereinstimmung mit der in den oberen Schichten generell ausgeprägteren Einstellung und Erfahrung, das eigene Leben selbst gestalten zu können.

Tabelle 3: Kontrollüberzeugung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushaltseinkommen/ Kopf	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (in %, nur Welle 1)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
bis 730 €	74,3	24,1	1,6	0,0
bis 1.310 €	77,3	20,0	2,2	0,6
bis 1.900 €	86,4	12,3	1,0	0,3
über 1.900 €	87,5	12,5	0,0	0,0
gesamt	81,7	16,7	1,4	0,3
Frauen				
bis 730 €	71,7	21,0	5,1	2,2
bis 1.310 €	80,4	17,8	1,3	0,5
bis 1.900 €	84,8	12,8	1,2	1,1
über 1.900 €	87,8	8,6	1,5	2,1
gesamt	80,9	16,0	1,9	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wenig überraschend ist, dass die Überzeugung, für die Gesundheit selbst etwas tun zu können, um so seltener auftritt, je schlechter der eigene Gesundheitszustand beurteilt wird. Dennoch geht selbst bei niedrigem sub-

jektiven Gesundheitszustand nur jede/r Zwanzigste davon aus, dass man sicher oder eher nichts für die eigene Gesundheit tun kann.

Tabelle 4: Kontrollüberzeugung nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht

subjektiver Gesundheitszustand	Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben? (in %, nur Welle 1)			
	ja, ganz bestimmt	ja, wahrscheinlich	nein, eher nicht	nein, sicher nicht
Männer				
niedrig	75,4	20,1	3,9	0,7
mittel	81,6	17,7	0,4	0,2
hoch	85,3	13,6	1,0	0,0
gesamt	81,2	17,0	1,6	0,3
Frauen				
niedrig	71,2	21,4	4,6	2,7
mittel	84,7	13,4	1,6	0,2
hoch	88,0	11,5	0,5	0,0
gesamt	80,9	15,7	2,3	1,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.1.2 Gesundheitsbewusstsein

Das Gesundheitsbewusstsein wurde mittels der Frage „Achten Sie auf Ihre Gesundheit?“ mit der vorgegebenen vierteiligen Antwortskala: sehr, ziemlich, wenig, gar nicht, erhoben. Das Gesundheitsbewusstsein steht in einem engen Zusammenhang mit der internen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung. Wer glaubt, dass er ganz bestimmt etwas für seine Gesundheit tun kann, achtet doppelt so häufig „sehr“ auf seine Gesundheit als Personen, die dies nur für wahrscheinlich erachten: 27

vs. 14 Prozent der Männer und 33 vs. 15 Prozent der Frauen.

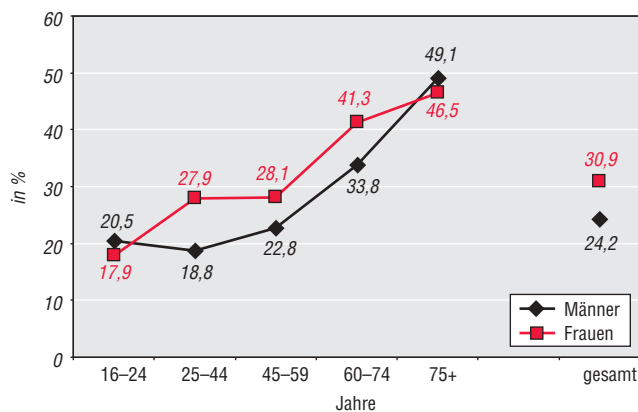
Insgesamt achten Frauen häufiger auf ihre Gesundheit als Männer. Das Gesundheitsbewusstsein nimmt mit steigendem Alter zu. Über 74-jährige Männer achten zu 49 Prozent sehr auf ihre Gesundheit, bei den 75-jährigen Frauen sind es 47 Prozent, die sehr auf ihre Gesundheit achten. Rund ein Drittel der 16- bis 24-jährigen Frauen und Männer achtet wenig bis gar nicht auf seine Gesundheit.

Tabelle 5: Gesundheitsbewusstsein nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
16–24	20,5	42,1	31,7	5,7
25–44	18,8	47,2	29,7	4,3
45–59	22,8	49,4	25,0	2,8
60–74	33,8	47,5	15,6	3,1
75+	49,1	33,8	13,4	3,7
gesamt	24,2	46,2	25,6	3,9
Frauen				
16–24	17,9	53,2	25,7	3,2
25–44	27,9	50,9	18,4	2,8
45–59	28,1	51,5	17,3	3,0
60–74	41,3	43,9	12,3	2,4
75+	46,5	40,9	10,0	2,6
gesamt	30,9	49,2	17,1	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 1: Anteil der Personen, die sehr auf ihre Gesundheit achten nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein hohes Gesundheitsbewusstsein ist mit einer hohen Arbeitszufriedenheit verbunden, und dieser Zusammenhang ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Teilweise ist dieser Zusammenhang auch darauf

zurückzuführen, dass mit zunehmendem Alter beides, die Arbeitszufriedenheit wie das Achten auf die eigene Gesundheit, zunimmt.

Tabelle 6: Gesundheitsbewusstsein nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht

Arbeitszufriedenheit	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
niedrig	18,3	40,0	34,7	7,0
mittel	16,4	50,0	30,5	3,0
hoch	23,3	49,3	25,4	2,0
gesamt	19,3	47,5	29,7	3,6
Frauen				
niedrig	20,1	53,6	23,0	3,3
mittel	23,7	55,0	18,8	2,6
hoch	37,3	41,9	16,9	4,0
gesamt	27,1	50,6	19,2	3,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer mit einem gering ausgeprägten sozialen Netzwerk achten etwas häufiger wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit als Männer mit gutem sozialen Netz. Bei Frauen

entgegen ist ein gutes soziales Netzwerk mit einem deutlich ausgeprägteren Gesundheitsbewusstsein verbunden.

Tabelle 7: Gesundheitsbewusstsein nach sozialem Netz und Geschlecht

soziales Netz	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
niedrig	24,6	42,4	27,8	5,2
mittel	23,6	47,7	25,4	3,3
hoch	24,4	52,4	21,5	1,6
gesamt	24,2	46,3	25,7	3,8
Frauen				
niedrig	27,7	50,6	18,1	3,5
mittel	30,1	49,3	17,8	2,7
hoch	41,3	45,3	12,5	0,9
gesamt	30,6	49,3	17,2	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein- und Zweipersonenhaushalte unterscheiden sich kaum hinsichtlich ihres Gesundheitsbewusstseins. Dagegen weisen Haushalte mit mehr als zwei Personen, also zumeist Familien, erheblich schlechtere Werte auf.

Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass es sich bei den erwachsenen Familienmitgliedern um Personen handelt, die durchschnittlich jünger sind als die Gesamtbevölkerung.

Tabelle 8: Gesundheitsbewusstsein nach Personen im Haushalt und Geschlecht

nach Personen im Haushalt	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
1 Person	28,0	40,6	27,2	4,1
2 Personen	27,1	47,9	21,6	3,4
über 2 Personen	18,8	47,7	29,2	4,3
gesamt	24,2	46,2	25,6	3,9
Frauen				
1 Person	34,3	46,9	15,5	3,3
2 Personen	37,2	46,3	14,4	2,1
über 2 Personen	22,6	53,6	20,8	3,1
gesamt	30,9	49,2	17,1	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Personen, die ihre finanzielle Lage als sehr gut beschreiben, weisen erheblich häufiger ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein auf als solche, welche ihre Finanzen nur als gerade ausreichend oder sogar als knapp charakterisieren. Eine gute finanzielle Lage dürfte bis zu

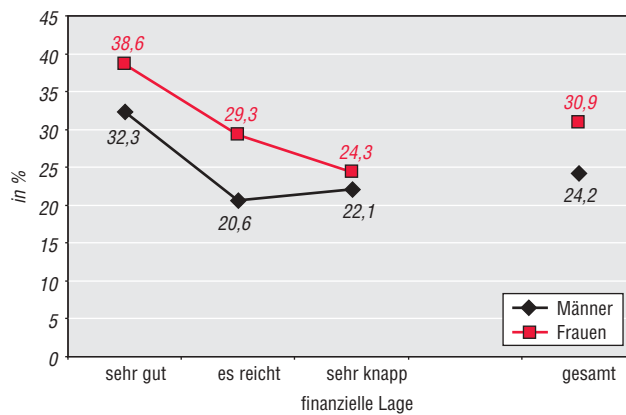
einem gewissen Grad eine Voraussetzung für die Ausbildung des Gesundheitsbewusstseins sein. Zu berücksichtigen ist, dass ein Teil dieses Zusammenhanges auch auf altersassoziierte Faktoren wie die Zunahme der chronischen Krankheiten zurückzuführen sein könnte.

Tabelle 9: Gesundheitsbewusstsein nach finanzieller Lage und Geschlecht

finanzielle Lage	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
sehr gut	32,3	43,1	21,6	3,0
es reicht	20,6	49,9	26,3	3,2
sehr knapp	22,1	38,2	31,7	8,0
gesamt	24,2	46,3	25,7	3,8
Frauen				
sehr gut	38,6	46,1	13,3	2,0
es reicht	29,3	50,9	16,9	3,0
sehr knapp	24,3	47,9	24,5	3,4
gesamt	30,9	49,2	17,1	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 2: Anteil der Personen, die sehr auf ihre Gesundheit achten nach finanzieller Lage und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das Gesundheitsbewusstsein ist auffallend stark umgekehrt proportional assoziiert mit dem Anomiegrad einer Person. Hohe Anomiewerte gehen einher mit einem re-

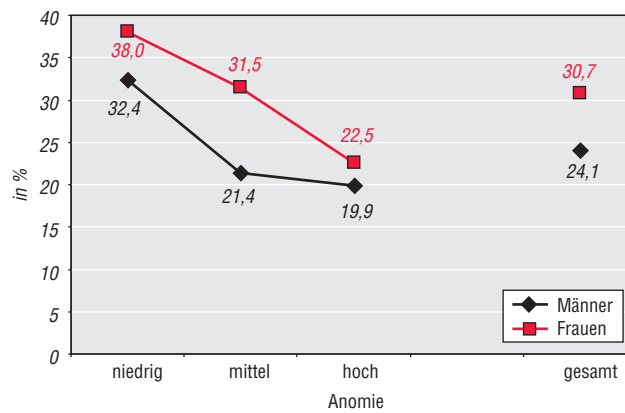
duzierten Gesundheitsbewusstsein. Als Ursache kann angenommen werden, dass mit zunehmender Anomie der Gesundheit ein geringerer Wert beigemessen wird.

Tabelle 10: Gesundheitsbewusstsein nach Anomie und Geschlecht

Anomie	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
niedrig	32,4	44,5	18,8	4,3
mittel	21,4	49,8	25,7	3,1
hoch	19,9	43,8	31,7	4,6
gesamt	24,1	46,2	25,7	4,0
Frauen				
niedrig	38,0	43,2	16,2	2,7
mittel	31,5	51,2	14,3	2,9
hoch	22,5	53,2	21,7	2,7
gesamt	30,7	49,4	17,0	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 3: Anteil der Personen, die sehr auf ihre Gesundheit achten nach Anomie und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein weiterer Faktor für die Ausbildung des Gesundheitsbewusstseins ist das Leiden an chronischen Krankheiten. An je mehr chronischen Krankheiten eine Person leidet, um so häufiger achtet sie auf ihre Ge-

sundheit. Ein Teil dieses Zusammenhangs ist auch auf andere Faktoren zurückzuführen, welche mit dem Alter zunehmen, z. B. auf das Einkommen.

Tabelle 11: Gesundheitsbewusstsein nach chronischen Krankheiten und Geschlecht

chronische Krankheiten	achten auf die eigene Gesundheit (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
keine	21,3	48,0	27,1	3,5
eine	28,3	43,3	23,7	4,7
2 oder mehr	39,7	38,1	17,0	5,2
gesamt	24,2	46,2	25,6	3,9
Frauen				
keine	27,9	51,3	18,2	2,6
eine	36,5	44,5	15,5	3,5
2 oder mehr	42,8	42,6	11,6	3,0
gesamt	30,9	49,2	17,1	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.1.3 Gesundheitsinformationsverhalten

Ein grundlegender Aspekt des Gesundheitsverhaltens besteht in der Wahrnehmung von Informationen zum Thema Gesundheit. Insgesamt informieren sich Frauen häufiger über das, was sie für ihre Gesundheit tun können als Männer. Bis zur Altersgruppe der 60- bis 74-Jäh-

rigen nimmt der Prozentsatz der Frauen und Männer, die sich über Gesundheit informieren, stark zu. 78 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen zwischen 60 und 74 Jahren informieren sich, was sie für ihre Gesundheit tun können. Erst in der Altersgruppe der über 74-Jährigen nimmt die Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen wieder etwas ab.

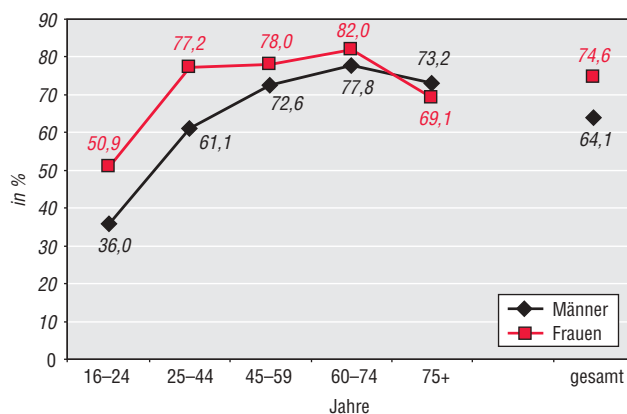
Vergleichsweise am wenigsten informieren sich die unteren Einkommensschichten der Männer sowie Männer, in deren Haushalt auch Kinder leben. Bei den Frauen sind diese Unterschiede weniger stark ausgeprägt.

Tabelle 12: Gesundheitsinformationsverhalten nach Alter, Haushaltseinkommen, Kinder im Haushalt und Geschlecht

	Personen, die sich darüber informieren, was Sie für Ihre Gesundheit tun können (in %)	
	Männer	Frauen
Alter		
16–24	36,0	50,9
25–44	61,1	77,2
45–59	72,6	78,0
60–74	77,8	82,0
75+	73,2	69,1
gesamt	64,1	74,6
Haushaltseinkommen/Kopf		
bis 730 €	54,2	70,8
bis 1.310 €	64,0	74,1
bis 1.900 €	69,1	77,3
über 1.900 €	73,5	79,5
gesamt	65,7	74,9
Kinder im Haushalt		
keine	66,6	75,5
ja	55,9	72,0
gesamt	64,1	74,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 4: Anteil der Personen, die sich über Gesundheit informieren nach Alter und Geschlecht (in %)

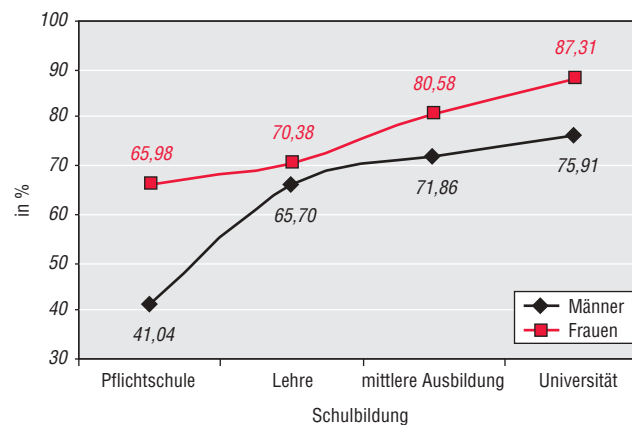


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Höher gebildete Frauen und Männer informieren sich häufiger darüber, was sie für ihre Gesundheit tun können. 76 Prozent der Männer und 87 Prozent der Frauen mit Universitätsabschluss informieren sich. Bei den

Männern und Frauen mit Pflichtschulabschluss sind es hingegen nur 41 Prozent der Männer und 66 Prozent der Frauen, die Gesundheitsinformationen einholen.

Grafik 5: Gesundheitsinformation nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

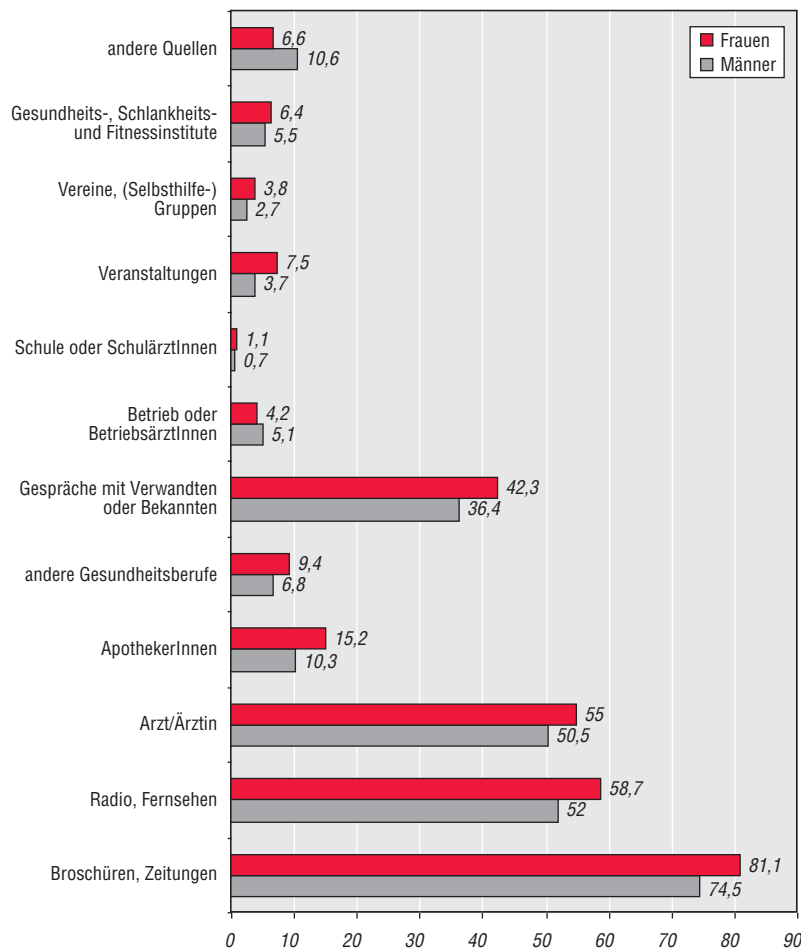
5.1.4 Informationsquellen zum Thema Gesundheit

Insgesamt betrachtet nutzen Frauen ein größeres Spektrum unterschiedlicher Informationsquellen. An erster Stelle gemäß der Nutzungsfrequenz stehen bei beiden Geschlechtern Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften und Bücher. Danach folgen Informationen durch Radio und Fernsehen, die verstärkt von Personen ab der Lebensmitte wahrgenommen werden. In der ältesten Gruppe wird Information von Ärzten und Ärztinnen häufiger bezogen als Informationen durch

Radio und Fernsehen. Dies ist im Zusammenhang mit den häufigeren Arztkonsultationen in dieser Altersgruppe zu sehen.

Gespräche mit Verwandten oder Bekannten spielen vor allem bei Frauen und Männern der Altersgruppen bis 44 Jahren ebenfalls eine größere Rolle als Informationsquelle. Vergleichsweise weit abgeschlagen sind die Apotheken. Sie dienen nur rund einem Zehntel der Männer und einem Siebtel der Frauen als Informationsquelle in Gesundheitsfragen.

Grafik 6: Gesundheitsinformationsquellen nach Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit zunehmendem Bildungsgrad werden schriftliche Medien wie Informationsbroschüren, Zeitungen, Bücher und Zeitschriften sowie Gespräche mit Verwandten und Bekannten eine immer wichtigere Informationsquelle für Gesundheitsfragen. Dagegen nimmt die

Bedeutung des Fernsehens und des Radios tendenziell leicht ab. Ärzte bzw. Ärztinnen sind für alle Bildungsschichten eine etwa gleich wichtige Informationsquelle, nur von Frauen mit Pflichtschulbildung werden sie überdurchschnittlich häufig konsultiert.

Tabelle 13: Häufigste Informationsquellen nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Informationsquelle (in %)			
	Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher	Informationen durch Radio und Fernsehen	Arzt/Ärztin	Gespräche mit Verwandten oder Bekannten
Männer				
Pflichtschule	65,3	54,2	46,4	43,4
Lehre	70,8	53,8	50,6	28,8
mittlere Ausbildung	79,9	51,7	50,5	40,5
Universität	79,4	46,1	53,3	41,4
gesamt	74,5	51,9	50,5	36,4
Frauen				
Pflichtschule	69,4	57,0	62,7	39,1
Lehre	86,2	65,1	49,9	38,4
mittlere Ausbildung	83,6	57,4	55,1	43,5
Universität	87,8	54,3	48,0	53,3
gesamt	81,1	58,7	55,0	42,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bei Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Krankheiten nimmt die Bedeutung des/der Arztes/Ärztin als Informationsquelle gegenüber den gesunden Personen

gravierend zu. Zugleich werden die anderen häufig wahrgenommenen Informationsquellen wie Zeitschriften, Fernsehen oder Verwandte weniger oft benützt.

Tabelle 14: Häufigste Informationsquellen nach chronischen Krankheiten und Geschlecht

chronische Krankheiten	Informationsquelle (in %)			
	Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher	Informationen durch Radio und Fernsehen	Arzt/Ärztin	Gespräche mit Verwandten oder Bekannten
Männer				
keine	77,3	53,5	41,8	38,5
eine	70,2	50,7	66,2	33,3
zwei oder mehr	66,7	44,2	67,3	30,2
gesamt	74,5	51,9	50,5	36,4
Frauen				
keine	85,1	58,9	47,8	43,7
eine	77,6	61,2	68,6	42,3
zwei oder mehr	58,8	49,6	74,4	31,3
gesamt	81,1	58,7	55,0	42,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.2 Positives Gesundheitsverhalten

Zusammenfassung

Im Gesundheitshandeln sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nur gering. Werte des **positiven Gesundheitsverhaltens** sind bei den Frauen etwas besser als bei den Männern. Mit zunehmendem Alter, Bildungsstatus, Einkommen und Lebensqualität nimmt das Gesundheitshandeln bzw. positive Gesundheitsverhalten bei den Befragten deutlich zu. Junge Frauen, Frauen mit niedrigem Bildungsstatus und geringem Einkommen stellen die größte Gruppe jener dar, die versucht haben etwas für ihre Gesundheit zu tun, es aber wieder aufgegeben haben. Eine höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Eingliederung ins soziale Netz und eine geringe Ausprägung der Anomie können als Ressource gesehen werden, da diese Männer und Frauen häufiger aktiv etwas für ihre Gesundheit tun. Im Hinblick auf die Haushaltsgröße sind jene Befragten, die in Zweipersonenhaushalten leben, am häufigsten bereit etwas für ihre Gesundheit zu tun. Mit zunehmender Personenanzahl nimmt das Gesundheitshandeln deutlich ab. Ist der subjektive Gesundheitszustand schlecht, so wirkt sich das auch negativ auf das Gesundheitshandeln aus, wie das auch an den Ergebnissen des durchschnittlichen positiven Gesundheitsverhaltens beobachtet werden kann.

Positives Gesundheitsverhalten kommt in erster Linie durch körperliche Aktivität, soziale Kontakte und gesunde Ernährung zum Ausdruck. Wobei die **körperliche Aktivität** bei Männern mit zunehmendem Alter stark abnimmt, was bei den Frauen nicht der Fall ist, denn nur Frauen über 74 Jahre sind deutlich seltener aktiv. Mit zunehmendem Einkommen ist ebenfalls eine verstärkte körperliche Aktivität zu sehen. Mit steigendem Lebensalter und Einkommen nimmt auch eine gesunde **Ernährungsweise** zu, wobei eine gesunde Ernährung nicht mit weniger essen konform geht. Bei den Frauen sind besonders jene zwischen 25 und 44 Jahren (häufig Mutterschaft) und alte Frauen über 74 Jahren, auf eine gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf bedacht.

Summary: Positive Health Behaviour

*There are only minor gender differences in health practices. Figures for positive health behaviour are slightly more favourable for women than for men. Health practices and **positive health behaviour** increase significantly with age, level of education, income and quality of life. Young women, women with a low level of education and low income form the largest group of persons who have at some point tried to influence and promote their state of health but have then given it up again. Higher job satisfaction, better integration into the community and a low level of anomie can be considered important factors, as they correlate positively with active health promotion. When looking at household size, we see that people living in two person households are most frequently prepared to do something for their state of health. Health practices decline significantly with a growing number of household members. A poor subjective state of health also has a negative influence on health practices, as well as on the average positive health behaviour.*

*Positive health behaviour consists mainly of physical activity, social contacts and healthy nutrition. For men, however, **physical activity** decreases significantly with age. This does not hold true for women; only women above age 74 are significantly less active. Physical activity also increases with income. **Healthy nutrition** increases with age and income; healthy, however, does not mean eating less. Among women, the age groups 25 to 44 (frequently motherhood) and 74 years and over, in particular, try to eat healthy and get enough sleep.*

Soziale Kontakte zu Familie, Freunden und Bekannten nehmen bei alten Männern und Frauen ab und haben wiederum eine besondere Bedeutung für Frauen zwischen 25 und 44 Jahren. Ein höheres Einkommen wirkt sich auch positiv auf soziale Kontakte aus. Ausreichend **Schlaf** und **Nichtrauchen** ist rund der Hälfte der Männer und Frauen wichtig, wobei der NichtraucherInnenanteil stark mit höherem Alter zunimmt. **Stress** zu vermeiden wird mit steigendem Alter häufiger versucht und spielt erst bei den über 74-Jährigen wieder eine untergeordnete Rolle. Keinen **Alkohol** zu trinken hat einen geringen Stellenwert im positiven Gesundheitsverhalten. Nur ein geringer Prozentsatz, der unter einem Drittel der befragten Männer und Frauen liegt, konsumiert keinen Alkohol. Das sind vor allem junge Männer und Frauen sowie Frauen der beiden obersten Altersgruppen. Mit zunehmendem Einkommen wird der Anteil jener, die keinen Alkohol trinken, deutlich kleiner.

***Social contacts** with family and friends decrease with age for both men and women and are particularly important to women aged 25 to 44. Higher income also has a positive influence on social contacts. Approximately half of all men and women consider **sleeping** enough and **not smoking** very important. The percentage of non-smokers increases significantly in the older age groups. Attempting to avoid **stress** also becomes more frequent with age; only in the above 74 age group does it lose some of its importance. Avoiding **alcohol** is not considered very important in positive health behaviour. Only a small percentage, less than one in three men and women, abstain from alcohol – especially young men and women as well as women in the two oldest age groups. The percentage of people who do not consume alcohol decreases significantly with higher income.*

Gesundheitshandeln wurde mittels zwölf Items (F85) erhoben, die zu einem Indikator positives Gesundheitsverhalten zusammengefasst wurden. Dieser setzt sich z. B. aus folgenden Faktoren zusammen: bewusste Entspannung (z. B. Stress fernhalten, ausruhen), aktives Vorbeugen (z. B. Vorsorgeuntersuchung, Sport betreiben) und Vermeiden von Alkohol. Der Indikator summiert die angegebenen Verhaltensweisen.

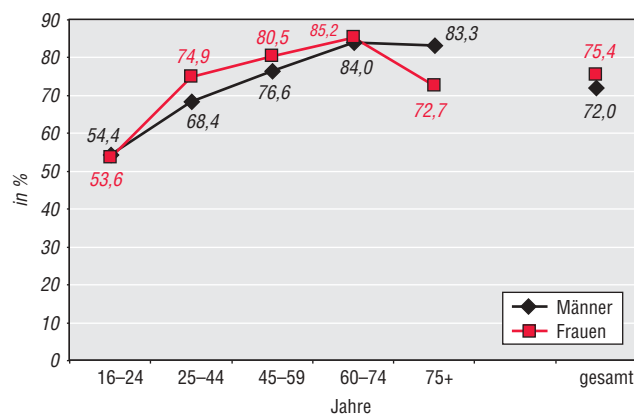
Mit zunehmendem Alter, ausgenommen die über 74-jährigen Personen, tun Frauen und Männer öfter etwas, um gesund zu bleiben. In der Altersgruppe zwischen 60 und 74 Jahren unternehmen 84 Prozent der Männer bzw. 85 Prozent Frauen etwas für ihre Gesundheit. Ein geringer Prozentsatz der Frauen und Männer, zwischen 4 Prozent und 13 Prozent, haben versucht, etwas für die Gesundheit zu tun, dann aber aufgegeben. Nichts für ihre Gesundheit zu tun geben 36 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen zwischen 16 und 24 Jahren an.

Tabelle 15: Gesundheitshandeln nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
16–24	54,4	9,8	35,8
25–44	68,4	8,1	23,5
45–59	76,6	6,4	17,0
60–74	84,0	3,9	12,1
75+	83,3	4,7	12,0
gesamt	72,0	7,0	21,0
Frauen			
16–24	53,6	12,6	33,9
25–44	74,9	6,2	18,9
45–59	80,5	5,5	14,0
60–74	85,2	5,0	9,8
75+	72,7	10,5	16,8
gesamt	75,4	6,9	17,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 7: Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Alter und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man das positive Gesundheitshandeln hinsichtlich der Schulbildung, so zeigt sich, dass mit zunehmendem Bildungsstatus Männer und Frauen deutlich mehr für ihre Gesundheit tun, als jene der unteren Bildungsklassen. Bei den Männern steigt der Anteil jener, die etwas für die Gesundheit tun, von 52 Prozent auf 80 Prozent und bei den Frauen von 58 Prozent auf

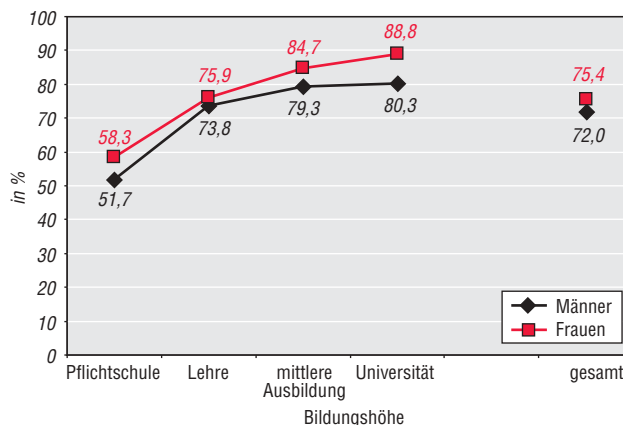
89 Prozent. Versucht, etwas für die Gesundheit zu tun, dann aber aufgegeben, haben am häufigsten Männer und Frauen mit Pflichtschulabschluss. Sowie diese Gruppe auch am häufigsten gar nichts für ihre Gesundheit tut: Bei den Männern sind das immerhin 39 Prozent und bei den Frauen 30 Prozent.

Tabelle 16: Gesundheitshandeln nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
Pflichtschule	51,7	9,6	38,8
Lehre	73,8	6,9	19,3
mittlere Ausbildung	79,3	5,5	15,2
Universität	80,3	7,1	12,6
gesamt	72,0	7,0	21,0
Frauen			
Pflichtschule	58,3	12,0	29,7
Lehre	75,9	4,8	19,3
mittlere Ausbildung	84,7	4,8	10,5
Universität	88,8	5,8	5,4
gesamt	75,4	6,9	17,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 8: Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Auch der Zusammenhang des positiven Gesundheitshandelns mit dem Haushaltseinkommen bestätigt den Schichtgradient. Das Gesundheitshandeln verbessert sich mit zunehmendem Einkommen bei beiden Geschlechtern. Bei den Männern steigt der Prozentsatz jener, die etwas für ihre Gesundheit tun, von der niedrigsten Einkommensgruppe von 65 Prozent bis zur

höchsten Einkommensgruppe auf 77 Prozent, bei den Frauen von ebenfalls 65 Prozent auf 84 Prozent. Wie oben bei der Schulbildung beobachtet, bilden auch hier Männer und Frauen mit dem geringsten Einkommen die größte Gruppe, die wohl versucht hat etwas für die Gesundheit zu tun bzw. gar nichts für ihre Gesundheit tut.

Tabelle 17: Gesundheitshandeln nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushalts- einkommen/Kopf	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
bis 730 €	64,6	8,5	26,9
bis 1.310 €	70,0	8,5	21,5
bis 1.900 €	78,9	4,6	16,4
über 1.900 €	76,6	6,4	17,0
gesamt	73,1	6,9	19,9
Frauen			
bis 730 €	65,1	11,0	23,9
bis 1.310 €	76,3	6,7	17,0
bis 1.900 €	81,0	3,8	15,2
über 1.900 €	84,2	8,2	7,7
gesamt	76,4	6,8	16,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Arbeitszufriedenheit hat ebenfalls Einfluss auf das positive Gesundheitsverhalten. Je zufriedener Männer und Frauen mit ihrer Arbeit sind, desto häufiger sind sie bereit etwas für ihre Gesundheit zu tun. 77 Prozent der Männer und 80 Prozent der Frauen mit hoher Arbeitszufriedenheit tun bewusst etwas für ihre Gesund-

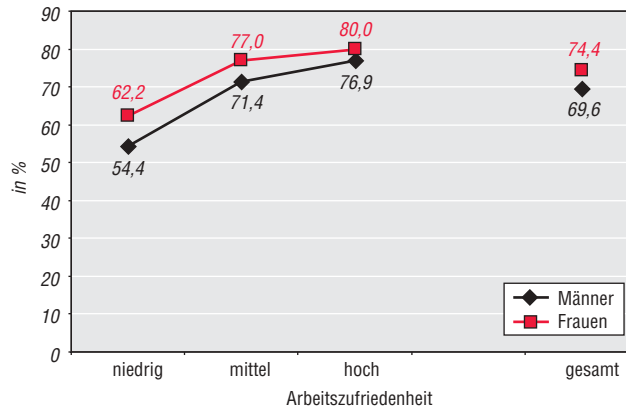
heit, aber nur 54 Prozent der Männer und 62 Prozent der Frauen mit geringer Zufriedenheit. Gleichzeitig haben die wenig Zufriedenen häufiger versucht, etwas zu tun um gesund zu bleiben als die Vergleichsgruppen; sie haben es dann aber wieder aufgegeben.

Tabelle 18: Gesundheitshandeln nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht

Arbeitszufriedenheit	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
niedrig	54,4	11,0	34,6
mittel	71,4	6,6	22,0
hoch	76,9	6,2	16,9
gesamt	69,6	7,5	23,0
Frauen			
niedrig	62,2	10,7	27,1
mittel	77,0	6,2	16,8
hoch	80,0	3,3	16,7
gesamt	74,4	6,4	19,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 9: Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das soziale Netz spielt eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse zeigen, wie oben bereits mehrfach erläutert, ein ähnliches Bild. Die Unterschiede zwischen den Gruppen verschieden starker Netzwerke sind insgesamt nicht ganz so groß wie in den vorhergehenden Tabellen. Eine gute soziale Einbindung führt bei beiden Geschlechtern zu einem verbesserten Gesundheitshandeln. Männer und Frauen mit hoch ausgebildetem sozi-

alen Netz erzielen, wenn es darum geht etwas für die Gesundheit zu tun, die höchsten Werte mit 82 sowie 89 Prozent. 24 und 22 Prozent der Männer und 21 sowie 18 Prozent der Frauen mit mittlerem und niedrigem sozialen Netz tun nichts für ihre Gesundheit. Bei den Männern mit sehr gutem Netz sind es 13 Prozent und bei den Frauen nur 7 Prozent, die gar nichts tun.

Tabelle 19: Gesundheitshandeln nach sozialem Netz und Geschlecht

soziales Netz	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
niedrig	68,8	7,1	24,1
mittel	70,4	7,9	21,8
hoch	82,4	4,5	13,0
gesamt	72,1	6,8	21,0
Frauen			
niedrig	70,4	9,0	20,6
mittel	76,3	5,5	18,2
hoch	89,2	3,9	6,9
gesamt	75,4	7,0	17,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich der Haushaltsgröße tun Männer und Frauen in Haushalten mit zwei Personen am häufigsten etwas für ihre Gesundheit. Einpersonenhaushalte beider

Geschlechter liegen mit ihren Werten aber nur knapp darunter. Jene Männer und Frauen in Haushalten mit mehr als zwei Personen tun im Vergleich dazu am sel-

tensten etwas für ihre Gesundheit. Bei den Männer sind es 66 Prozent und bei den Frauen 70 Prozent. In dieser Gruppe zeigen sich aber die höchsten Werte, Männer

mit 26 Prozent und Frauen mit 23 Prozent, wenn es darum geht, nichts für die Gesundheit zu tun.

Tabelle 20: Gesundheitshandeln nach Personen im Haushalt und Geschlecht

Personen im Haushalt	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
1 Person	74,8	8,9	16,3
2 Personen	76,2	5,2	18,6
über 2 Personen	65,7	8,1	26,3
gesamt	72,0	7,0	21,0
Frauen			
1 Person	77,4	8,2	14,5
2 Personen	80,4	5,4	14,2
über 2 Personen	69,5	7,3	23,3
gesamt	75,4	6,9	17,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine hohe Ausprägung von Orientierungslosigkeit und Werteverlust führt bei Männern und Frauen zu vermindertem Gesundheitshandeln. Je 66 Prozent der Männer und Frauen mit hohem Anomiegrad tun etwas für die Gesundheit, 7 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen haben es versucht und 21 Prozent der Männer sowie 24 Prozent der Frauen dieser Gruppe tun

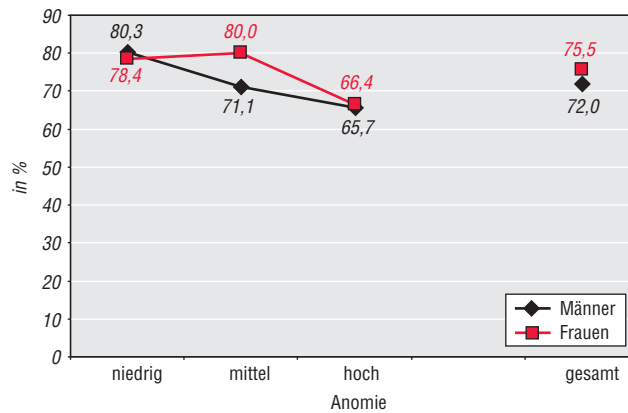
nichts für ihre Gesundheit. Im Vergleich dazu die Gruppe mit einem geringen Grad der Anomie: 80 Prozent der Männer und 78 Prozent der Frauen handeln bewusst für ihre Gesundheit. Nur 15 Prozent der Männer bzw. 17 Prozent der Frauen dieser Gruppe tun nichts für ihre Gesundheit.

Tabelle 21: Gesundheitshandeln nach Anomie und Geschlecht

Anomie	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
niedrig	80,3	4,7	15,0
mittel	71,1	7,0	21,9
hoch	65,7	8,8	25,5
gesamt	72,0	6,9	21,1
Frauen			
niedrig	78,4	4,7	16,8
mittel	80,0	5,9	14,1
hoch	66,4	10,1	23,5
gesamt	75,5	6,8	17,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10: Anteil der Personen, die etwas tun, um gesund zu bleiben, nach Anomie und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wenn man das Gesundheitshandeln nach dem subjektiven Gesundheitszustand betrachtet, werden keine sehr großen Unterschiede sichtbar. Männer und Frauen mit mittlerer bzw. sehr guter Gesundheit tun etwas häufiger etwas für ihre Gesundheit als jene, die ihren Gesundheitszustand ungünstig beurteilen. Dies kann daran liegen, dass Personen mit schlechterer Gesund-

heit weniger in der Lage sind etwas für ihre Gesundheit zu tun, denn man findet in dieser Gruppe den höchsten Anteil jener, die versucht haben etwas zu tun, aber aufgegeben haben. Die Prozentsätze der Männer, die nichts tun, liegen bei niedrigem, mittlerem und hohem Gesundheitszustand zwischen 19 und 22 Prozent und bei den Frauen zwischen 17 und 19 Prozent.

Tabelle 22: Gesundheitshandeln nach subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht

subjektiver Gesundheitszustand	Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben? (in %)		
	ja, tue etwas	nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben	nein, nichts
Männer			
niedrig	69,9	10,7	19,4
mittel	71,0	6,2	22,8
hoch	74,7	5,0	20,2
gesamt	72,0	7,0	21,0
Frauen			
niedrig	72,0	10,9	17,1
mittel	77,5	5,7	16,8
hoch	76,8	4,0	19,2
gesamt	75,4	6,9	17,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Werte des positiven Gesundheitsverhaltens liegen bei den Frauen insgesamt etwas höher als bei den Männern, d. h. dass Frauen ein bewussteres Gesundheitsverhalten zeigen als Männer. Das durchschnittlich positive Gesundheitsverhalten ist am stärksten bei den Männern mit mittlerer Ausbildung (Wert 5,08) und bei den Frauen mit Universitätsabschluss (Wert 5,30) ausgeprägt. Höhere Werte zeigen sich auch noch bei den Frauen mit Pflichtschulabschluss mit einer Ausprägung von 5,09 und jenen mit mittlerer Ausbildung mit einer Ausprägung von 5,04. Männer mit geringer Ausbildung haben auch den niedrigsten Wert mit 4,55 im positiven Gesundheitsverhalten.

Mit zunehmend höherer Lebensqualität steigt das positive Gesundheitsverhalten bei Männern und Frauen eindeutig, die durchschnittlichen Werte der Männer steigen von 4,57 auf 5 und der Frauen von 4,70 auf 5,19.

Es zeigt sich auch bezüglich des Gesundheitszustandes, dass Männer und Frauen mit zunehmend schlechterer Gesundheit auch ein weniger stark ausgeprägtes positives Gesundheitsverhalten an den Tag legen.

Tabelle 23: Positives Gesundheitsverhalten nach Geschlecht (Mittelwerte)

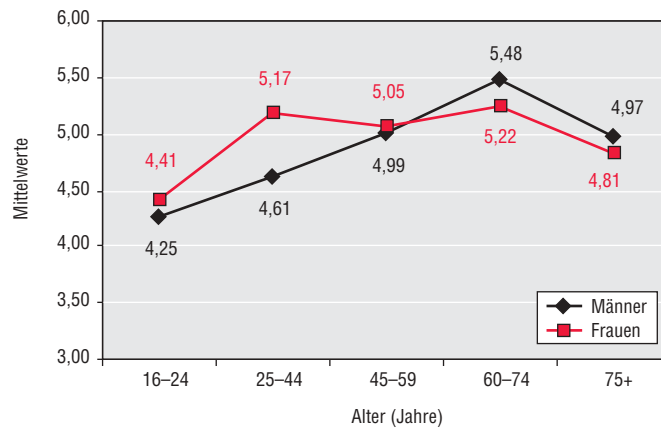
	Männer	Frauen
Schulbildung		
Pflichtschule	4,55	5,09
Lehre	4,79	4,93
mittlere Ausbildung	5,08	5,04
Universität	4,80	5,30
gesamt	4,85	5,05
Lebensqualität		
niedrig	4,57	4,70
mittel	4,83	5,10
hoch	5,00	5,19
gesamt	4,85	5,05
subjektiver Gesundheitszustand		
niedrig	4,85	4,83
mittel	4,71	5,07
hoch	5,01	5,26
gesamt	4,85	5,05

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Insgesamt nimmt das durchschnittlich positive Gesundheitsverhalten bei Männern und Frauen bis 74 Jahre zu und bei den über 74-Jährigen wieder leicht ab. Positives Gesundheitsverhalten liegt bei den Frauen bis 59 Jahre etwas über dem der Männer in diesen Altersgruppen, danach erzielen Männer etwas höhere Werte

als Frauen. Die höchsten Werte sind bei den 60- bis 74-jährigen Männern mit 5,48 und Frauen mit 5,22 zu sehen. Auch Frauen zwischen 25 und 44 Jahren zeigen mit dem Wert von 5,17 ein überdurchschnittlich hohes positives Gesundheitsverhalten.

Grafik 11: Positives Gesundheitsverhalten nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

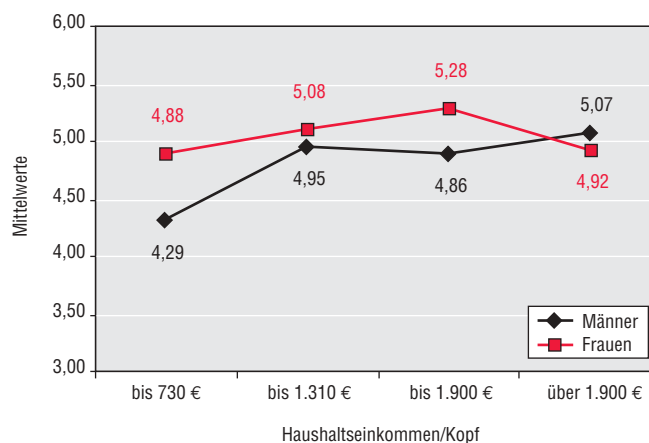


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das Haushaltseinkommen zeigt keinen ganz eindeutigen Zusammenhang mit dem positiven Gesundheitsverhalten. Lediglich Männer und Frauen der untersten Einkommensgruppe liegen mit ihren Werten deutlich unter den übrigen Einkommensgruppen. Bei den Männern mit dem Wert von 4,29 ist dies stärker ausgeprägt

als bei den Frauen mit 4,88. Frauen mit einem Einkommen von bis zu 1.900 Euro erzielen im Mittel den höchsten Wert und verhalten sich somit am häufigsten positiv. Bei den Männern verhalten sich jene mit einem Einkommen von über 1.900 Euro am häufigsten gesundheitsbewusst.

Grafik 12: Positives Gesundheitsverhalten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

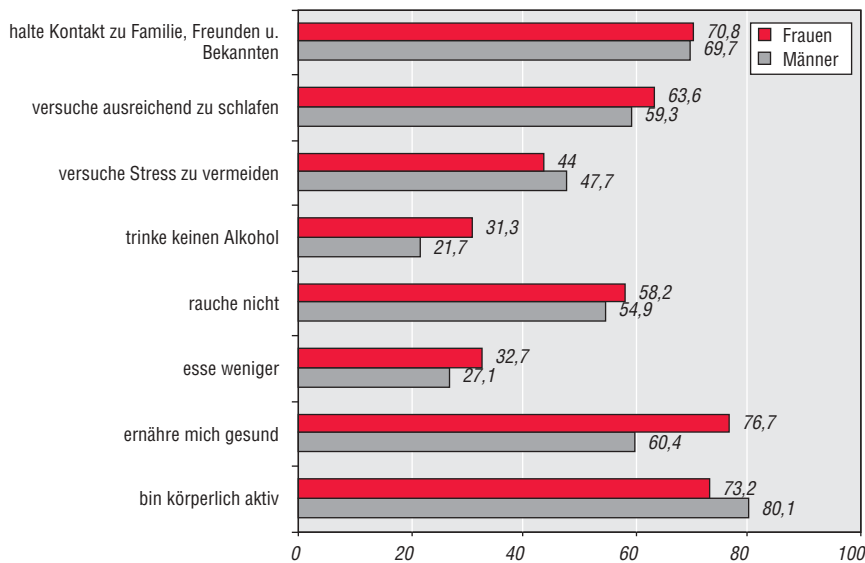
Die folgende Grafik zeigt, was Männer und Frauen gezielt tun, um ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Insgesamt liegen die Prozentsätze der Frauen höher als jene der Männer mit Ausnahme der körperlichen Aktivität und dem Vermeiden von Stress. Eine große Rolle spielt die körperliche Aktivität, bei den Män-

nern sind 80 Prozent und bei den Frauen 73 Prozent aktiv. Dann folgen die sozialen Kontakte zu Familie, FreundInnen und Bekannten, hier liegen die Prozentsätze bei 71 Prozent bei den Frauen und 70 Prozent bei den Männern. In weiterer Folge ist vor allem bei den Frauen eine gesunde Ernährung von Bedeutung.

77 Prozent der Frauen geben an, sich gesund zu ernähren, bei den Männern sind es 60 Prozent. Weniger zu essen ist aber nur von knapp einem Drittel der Männer und Frauen genannt worden. Ausreichend zu schlafen liegt mit 64 Prozent bei den Frauen und 60 Prozent bei den Männern noch vor dem Nichtrauchen.

58 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer geben an, nicht zu rauchen. Stress zu vermeiden versuchen knapp die Hälfte der Befragten, und keinen Alkohol zu trinken wurde mit 31 Prozent bei den Frauen und 28 Prozent bei den Männern am seltensten genannt.

Grafik 13: Formen des positiven Gesundheitsverhaltens nach Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wie sieht nun das positive Gesundheitsverhalten hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen aus? Die körperliche Aktivität nimmt bei den Männern mit zunehmendem Alter deutlich von 89 Prozent (16 bis 24 J.) auf 55 Prozent (über 74 J.) ab. Bei den Frauen besteht dieser lineare Zusammenhang nicht, je 76 Prozent der 25- bis 44-Jährigen und 60- bis 74-Jährigen sind körperlich aktiv. Bei über 74-Jährigen sinkt die körperliche Aktivität jedoch auf 61 Prozent ab. Eine gesunde Ernährung nimmt bei den Männern kontinuierlich mit steigendem Lebensalter zu und zwar von 40 auf 71 Prozent. Bei den Frauen variieren die Prozentsätze nicht so stark. Vor allem 25- bis 44-jährige Frauen (78 Prozent), wo in vielen Fällen Mutterschaft eine Rolle spielt, und alte Frauen (79 Prozent) achten besonders auf eine gesunde Ernährung. Weniger essen ist in den höheren Altersgruppen eher Thema. Zwischen 31 und 34 Prozent der Männer ab 45 Jahren versuchen weniger zu essen, bei den Frauen nimmt eine Nahrungsreduktion mit zunehmendem Alter auf 41 Prozent zu und sinkt ab 74

Jahren wieder auf 32 Prozent ab. Nicht zu rauchen nimmt sehr stark mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern zu, bei den Männern von 45 auf 82 Prozent und den Frauen von 41 auf 73 Prozent. Keinen Alkohol zu trinken spielt wie oben beschrieben eine untergeordnete Rolle im positiven Gesundheitsverhalten. Bei den Männern trinken Jugendliche mit 34 Prozent am wenigsten Alkohol, in den weiteren Altersgruppen variieren die Prozentsätze zwischen 18 und 23 Prozent. Je rund 35 Prozent der weiblichen Jugendlichen und Frauen zwischen 60 und 74 Jahren sowie über 74 Jahren trinken keinen Alkohol. Frauen im mittleren Lebensalter achten mit 29 bzw. 30 Prozent seltener darauf keinen Alkohol zu trinken als die übrigen Frauen. Stress zu vermeiden und ausreichend zu schlafen nimmt bei den Männern bis 74 Jahre deutlich zu und verliert erst bei den über 74-Jährigen wieder an Bedeutung. Bei den Frauen zeigt sich hinsichtlich der Stressvermeidung das gleiche Bild, bezüglich Schlaf sind aber die Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen und die über 74-Jähri-

gen mit je 67 Prozent besonders darauf bedacht, ausreichend Schlaf zu bekommen. Kontakte zu Familie, FreundInnen und Bekannten nehmen bei den Männern von 65 auf 74 Prozent mit zunehmendem Alter zu, bei den über 74-Jährigen werden es mit 67 Prozent wieder etwas weniger, die soziale Kontakte aufrecht halten.

Soziale Kontakte sind wiederum den Frauen zwischen 25 und 44 Jahren besonders wichtig, 75 Prozent pflegen diese Kontakte. Ab einem Alter von über 44 Jahren wird der Anteil jener Frauen, die Kontakte zu Familie, FreundInnen und Bekannten halten, mit höherem Alter zunehmend geringer.

Tabelle 24: Positives Gesundheitsverhalten nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	positives Gesundheitsverhalten (in %)							
	körperlich aktiv	ernähre mich gesund	esse weniger	rauche nicht	trinke keinen Alkohol	versuche Stress zu vermeiden	versuche ausreichend zu schlafen	halte Kontakt zu Familie, FreundInnen u. Bekannten
Männer								
16-24	88,8	40,4	21,1	44,9	34,0	42,1	43,3	65,1
25-44	81,6	59,5	21,5	47,2	21,0	42,7	57,6	70,0
45-59	81,4	60,2	32,0	53,2	17,9	51,9	58,7	68,8
60-74	81,2	68,7	34,0	68,2	23,0	55,8	70,2	74,3
75+	55,2	70,5	30,8	81,6	20,0	48,1	65,0	67,0
gesamt	80,1	60,3	27,1	54,8	21,7	47,7	59,3	69,7
Frauen								
16-24	72,8	75,3	27,4	40,5	34,8	29,4	51,5	63,3
25-44	76,2	78,2	30,0	55,2	29,8	43,8	67,0	75,3
45-59	72,1	73,7	33,2	56,6	28,7	45,7	61,1	70,7
60-74	76,1	76,5	40,9	65,7	35,2	49,0	62,7	69,2
75+	60,5	79,4	32,0	73,2	35,6	42,6	67,2	62,5
gesamt	73,2	76,7	32,7	58,2	31,4	44,0	63,7	70,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich des Haushaltseinkommens und dem positiven Gesundheitsverhalten sind nur in Teilbereichen Zusammenhänge zu beobachten. Die körperliche Aktivität der Männer nimmt ab der Einkommensgruppe „bis 1.310 Euro“ mit weiter zunehmendem Einkommen von 76 auf 91 Prozent zu. Männer der untersten Einkommensgruppe sind mit 80 Prozent ebenfalls recht aktiv. Bei den Frauen ist ein linearer Anstieg mit höherem Einkommen von 65 auf 75 Prozent zu beobachten. Sich gesund zu ernähren versuchen am häufigsten mit 70 Prozent Männer der höchsten Einkommensgruppe, 58 Prozent sind es bei bis zu 1.900 Euro, 61 Prozent bei bis zu 1.310 Euro und nur 51 Prozent bei bis zu 730 Euro. Die Unterschiede sind bei den Frauen eher gering, in den oberen beiden Einkommensgruppen finden sich je 79 Prozent, die sich gesund ernähren. Weniger zu essen nimmt bei den Befragten mit steigendem Einkommen geringfügig zu. In der untersten Einkommensgruppe ist die Nahrungsre-

duktion nur 19 Prozent der Männer wichtig. Am häufigsten versuchen Frauen in der Einkommensgruppe bis 1.900 Euro weniger zu essen. Nichtraucher sind vor allem Männer der obersten Einkommensgruppe, sie machen hier 58 Prozent aus. In den unteren beiden Einkommensgruppen liegt der Anteil der Nichtraucher bei je 54 Prozent. Bei den Frauen finden sich in den mittleren beiden Einkommensgruppen die höchsten Prozentsätze mit 59 bzw. 60 Prozent an Nichtraucherinnen. Alkohol wird von Männern und Frauen mit zunehmendem Einkommen häufiger getrunken. Der Anteil der Befragten, die keinen Alkohol trinken, sinkt von 30 auf 16 Prozent bei den Männern und von 43 auf 22 Prozent bei den Frauen. Rund die Hälfte der Männer der Einkommensgruppe bis 1.310 Euro versucht Stress zu vermeiden. In den folgenden Einkommensgruppen sinken die Prozentsätze der Männer, die versuchen Stress zu vermeiden auf 45 Prozent; Männer der untersten Einkommensgruppe versuchen mit 39

Prozent am seltensten Stress zu vermeiden. Hingegen wird bei den Frauen mit steigendem Einkommen der Anteil jener, die versuchen Stress zu vermeiden, geringer, die Prozentsätze nehmen von 49 auf 36 Prozent ab. 63 Prozent der Männer mit einem Einkommen bis zu 1.310 Euro und 69 Prozent der Frauen in der Gruppe

bis zu 1.900 Euro versuchen am häufigsten ausreichend zu schlafen. Kontakte zu Familie, FreundInnen und Bekannten zu pflegen nimmt bei den Befragten mit steigendem Einkommen zu und erst in der obersten Einkommensgruppe auf je 71 Prozent bei den Männern und Frauen wieder ab.

Tabelle 25: Positives Gesundheitsverhalten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushalts- einkommen/ Kopf	positives Gesundheitsverhalten (in %)							
	körperlich aktiv	ernähre mich gesund	esse weniger	rauche nicht	trinke keinen Alkohol	versuche Stress zu vermeiden	versuche aus- reichend zu schlafen	halte Kontakt zu Familie, FreundInnen u. Bekanntem
Männer								
bis 730 €	80,2	51,1	18,7	54,4	29,6	38,5	53,4	61,3
bis 1.310 €	75,7	61,3	27,8	54,3	24,8	52,3	62,9	69,2
bis 1.900 €	80,9	58,3	29,0	52,8	18,4	48,0	57,1	72,7
über 1.900 €	90,8	70,4	31,2	57,9	16,1	44,5	59,6	71,1
gesamt	80,5	60,5	27,7	54,4	21,8	47,9	59,2	69,8
Frauen								
bis 730 €	64,8	77,1	27,0	51,0	43,4	49,2	64,5	69,1
bis 1.310 €	74,9	76,3	30,9	60,3	31,1	44,4	63,1	69,8
bis 1.900 €	76,4	79,1	34,9	59,0	26,7	46,4	69,0	75,4
über 1.900 €	77,5	79,3	31,1	56,6	21,7	34,7	61,1	71,5
gesamt	74,1	77,6	31,5	58,1	30,6	44,6	64,9	71,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3 Vorsorgeverhalten

Zusammenfassung

Die regelmäßige Teilnahme an **Vorsorgeuntersuchungen** steigt bei Frauen bis zur Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen stark an (von 11 bis auf 36 Prozent) und fällt dann wieder deutlich bis auf 20 Prozent bei den über 74-Jährigen ab. Bei den Männern wird das Maximum (38 Prozent) unter den 60- bis 74-Jährigen erreicht, bei den ältesten Männern gibt es hingegen nur einen leichten Rückgang der regelmäßigen Teilnahme (auf 34 Prozent). Die deutlich geringere regelmäßige Teilnahme der Frauen und vor allem der Männer der untersten Bildungsschicht (Pflichtschulbildung) an Vorsorgeuntersuchungen weist auf Handlungsbedarf der Gesundheitspolitik hin.

Mit höherem Bildungsstatus lassen Frauen häufiger einen **Scheidenabstrich** vornehmen. Rund 72 Prozent der Frauen mit mittlerer Ausbildung bzw. Universitätsabschluss haben im letzten Jahr an dieser Untersuchung teilgenommen. Bei den Pflichtschulabsolventinnen waren es dagegen nur 43 Prozent.

Frauen zwischen 45 und 59 Jahren haben mit 57 Prozent am häufigsten ein **Bruströntgen** (Mammografie) im letzten Jahr durchführen lassen. Ab einem Alter von ca. 60 Jahren werden die zeitlichen Abstände wieder größer, in denen eine Mammografie durchgeführt wurde. Bei 31 Prozent der Frauen mit einem Alter von über 74 Jahren liegt diese Untersuchung mehr als drei Jahre zurück. Pflichtschulabsolventinnen und Frauen der untersten Einkommensschicht waren mit 26 Prozent am seltensten bei dieser Untersuchung. Jedoch haben Frauen mit Universitätsabschluss und Frauen der untersten Einkommensschicht mit ca. 40 Prozent am häufigsten noch nie ein Bruströntgen machen lassen, worin teilweise auch die junge Alterszusammensetzung dieser Gruppen zum Ausdruck kommt.

Summary: Preventive Health Behaviour

*The percentage of women regularly undergoing **preventive health examinations** increases strongly up to the 45 to 59 age group (from 11 to 36 percent) and then starts to decline significantly, falling to 20 percent in the above 74 age group. The highest figures for men are in the 60 to 74 age group (38 percent), and there is only a moderate decrease (to 34 percent) in the oldest age group. The significantly lower participation rate of women and, particularly, men with the lowest level of education (compulsory schooling) shows a need for action on part of public health policy.*

*With increasing level of education, women have a **pap smear** performed more frequently. Approximately 72 percent of women with secondary schooling or university degree had this examination performed in the year preceding the survey, while only 43 percent of women with compulsory schooling did so.*

*The percentage of women who had a **mammogram** performed in the year preceding the survey is highest in the 45 to 59 age group (57 percent). From approximately age 60 onwards, the intervals between examinations become longer. 31 percent of women aged 74 or over had their last mammogram performed more than three years ago. Women with compulsory schooling and women in the lowest income bracket had the lowest frequency of mammograms – only 26 percent underwent this examination. Female university graduates and women in the lowest income bracket, however, form the largest group of women who have never had a mammogram performed (40 percent), which partially reflects the young age structure of these two groups.*

Mit zunehmendem Alter lassen Männer häufiger eine **Prostatauntersuchung** vornehmen. Etwa die Hälfte der über 60-Jährigen war im letzten Jahr bei dieser Untersuchung; nur ein geringer Prozentsatz, 15 Prozent der 60- bis 74-Jährigen und 19 Prozent der über 74-Jährigen, hat noch nie eine Prostatauntersuchung vornehmen lassen. Auffallend ist, dass 64 Prozent der Männer mit Pflichtschulabschluss noch nie diese Vorsorgeuntersuchung vornehmen ließen und nur bei 15 Prozent dieser Bildungsgruppe im letzten Jahr die Prostata untersucht wurde. Vergleichbar kleine Werte weist auch die unterste Einkommensgruppe der Männer auf, wogegen Männer der obersten Einkommensgruppe zu 34 Prozent im letzten Jahr bei der Prostatauntersuchung waren.

Eine **Zusatzversicherung** als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung wird wesentlich häufiger von Männern als von Frauen abgeschlossen. Männer zwischen 25 und 59 Jahren leisten sich mit rund 38 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung. Bei den Frauen hat die Gruppe der 45- bis 59-Jährigen mit 29 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung. Je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger besitzen Frauen wie Männer eine Zusatzversicherung: jeder zweite Mann und 42 Prozent der Frauen der obersten Einkommensschicht. Bei den Frauen der untersten Einkommensschicht sind dagegen nur 14 Prozent zusatzversichert und nur mehr jeder fünfte Mann besitzt diesen Versicherungsschutz.

*With age, men have a **prostate examination** performed more often. Approximately half of the men aged 60 and over underwent this examination in the year preceding the survey; only a low percentage – 15 percent in the 60 to 74 age group and 19 percent in the above 74 age group – have never had a prostate examination performed. It is conspicuous that 64 percent of men with compulsory schooling have never undergone this check-up and only 15 percent had the examination performed in the last year. The lowest income bracket also presents similarly low values, while 34 percent of men in the highest income bracket had a prostate examination performed in the last year.*

*A **supplementary insurance** to complement the mandatory health insurance is effected significantly more often by men than by women. Men aged 25 to 59 take out an additional health insurance most often (38 percent). For women, the highest percentage is in the 45 to 59 age group (29 percent). The higher the household income, the more frequently both men and women have a supplementary health insurance - one in two men and 42 percent of women in the highest income bracket. In the lowest income bracket, only 14 percent of women and one in five men have an additional health insurance.*

5.3.1 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Mit zunehmendem Alter nehmen Frauen wie Männer häufiger an einer Vorsorgeuntersuchung teil, und dies gilt besonders für die Teilnahmehäufigkeit während des letzten Jahres. Eine Ausnahme bilden die über 74-jährigen Frauen und Männer, die etwas seltener diese Untersuchungen in Anspruch nehmen als jüngere Personen. Die Unterschiede zwischen Frauen und Män-

nern sind relativ gering. Junge Männer sind etwas vorsorgebewusster als junge Frauen, es haben jedoch rund die Hälfte der 16- bis 24-jährigen Männer und Frauen noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. 15 Prozent der Männer bzw. 14 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe wissen nicht, wann sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben. In den Altersgruppen zwischen 25 und 59 Jahren nehmen Frauen etwas häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil als Männer derselben Altersgruppen.

Tabelle 26: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wann haben Sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
16–24	20,1	14,3	3,6	47,0	14,9
25–44	20,2	13,7	17,2	45,3	3,5
45–59	31,5	19,3	18,8	28,3	2,1
60–74	37,6	10,3	21,1	28,6	2,3
75+	33,1	7,7	21,5	32,7	5,0
gesamt	26,4	14,2	16,7	38,1	4,5
Frauen					
16–24	15,1	13,2	7,8	50,1	13,8
25–44	25,3	14,2	14,1	41,5	4,9
45–59	34,6	14,5	16,9	32,1	2,0
60–74	35,4	11,2	19,6	31,8	2,0
75+	28,9	8,1	20,5	32,4	10,2
gesamt	28,4	13,1	15,6	37,7	5,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine vergleichsweise geringe Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen weisen Personen aus Haushalten mit niedrigem Nettoeinkommen auf. Unter diesen Haushalten ist auch der Anteil an Frauen und Männern, welche noch nie an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben, am höchsten. Diese vor allem bei den Frauen eher kleinen Unterschiede zwischen den Einkommenschichten sind jedoch teilweise durch

die Alterszusammensetzung der Einkommensgruppen erklärbar, da in den unteren Einkommensgruppen ein hoher Anteil junger Menschen zu finden ist, bei welchen eine häufige Teilnahme noch nicht indiziert ist. Ein geringes Einkommen scheint daher nach dieser Statistik nicht eindeutig als Barriere für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen belegbar zu sein.

Tabelle 27: Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

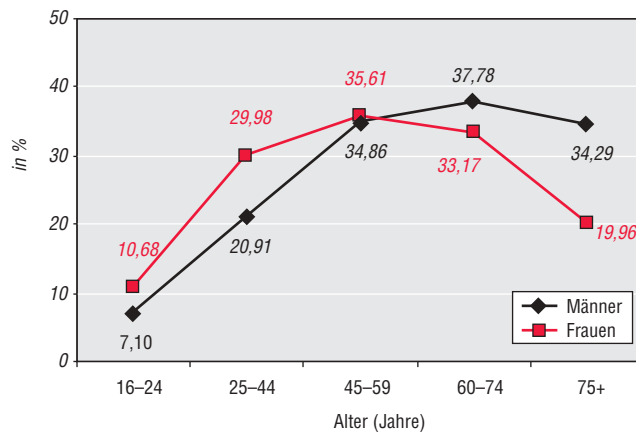
Haushalts-einkommen/Kopf	Wann haben Sie zuletzt an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
bis 730 €	22,7	13,4	13,9	41,5	8,4
bis 1.310 €	25,6	13,5	17,3	38,7	4,9
bis 1.900 €	28,7	13,7	18,3	37,6	1,7
über 1.900 €	28,6	14,5	19,3	35,3	2,3
gesamt	26,6	13,7	17,4	38,2	4,0
Frauen					
bis 730 €	26,0	9,3	15,5	43,3	5,9
bis 1.310 €	28,5	12,0	16,6	38,6	4,3
bis 1.900 €	32,8	15,3	13,6	34,7	3,5
über 1.900 €	29,9	19,9	10,2	38,1	1,8
gesamt	29,4	13,2	14,9	38,3	4,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Wie hoch ist der Anteil der Bevölkerung, der regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt mit dem Ziel, dadurch mit größerer Wahrscheinlichkeit gesund zu bleiben? Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen steigt bei Frauen bis zur Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen stark an (von 11 bis auf 36 Pro-

zent) und fällt dann wieder deutlich bis auf 20 Prozent bei den über 74-Jährigen ab. Bei den Männern wird das Maximum (38 Prozent) unter den 60- bis 74-Jährigen erreicht, bei den ältesten Männern gibt es hingegen nur einen leichten Rückgang der regelmäßigen Teilnahme (auf 34 Prozent).

Grafik 14: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Alter und Geschlecht (in %)

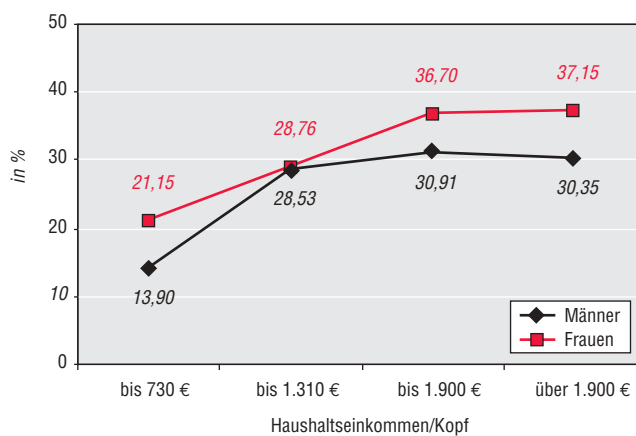


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zeigt eine ähnliche Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen wie die weiter oben dargestellte Teilnahme im letzten Jahr. Wiederum finden sich in den beiden unteren Einkommenschichten geringere Teilnahme-

quoten als in den oberen. Wiederum darf aufgrund dieser Statistik ein geringes Einkommen nicht als Barriere für eine Teilnahme interpretiert werden, da junge Menschen durchschnittlich weniger verdienen.

Grafik 15: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Zwischen dem höchsten erreichten Bildungsabschluss und der regelmäßigen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist kein linear-proportionaler Zusammenhang nachzuweisen. Die mit Abstand niedrigsten Quoten weisen zwar die PflichtschulabsolventInnen auf, die höchsten Werte zeigen jedoch Männer mit Lehrabschluss und Frauen mit mittlerer Ausbildung (Matura) und nicht Akademiker bzw. Akademikerinnen. Die deutlich geringere regelmäßige Teilnahme der Frauen und vor allem der Männer der untersten Bildungsschicht (Pflichtschulbildung) an Vorsorgeuntersuchungen weist auf Handlungsbedarf der Gesundheitspolitik hin.

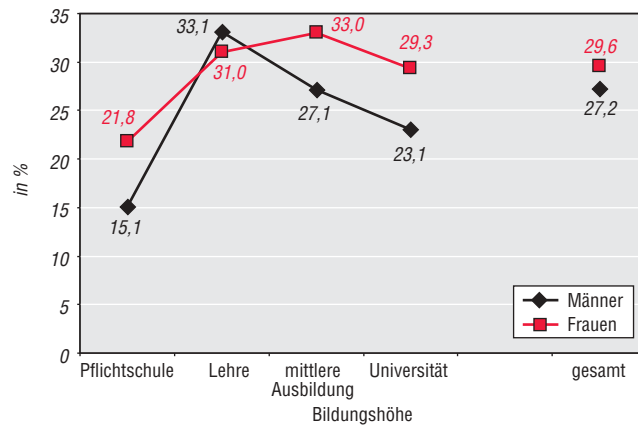
Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wird um so häufiger, je höher die Arbeitszufriedenheit ist, je besser die finanzielle Lage beurteilt wird und je mehr chronische Krankheiten bestehen. Hohe Anomie ist mit einer geringeren Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen verbunden, ein Ergebnis, das dem geringeren Gesundheitsbewusstsein, wie es Personen mit höheren Anomiewerten aufweisen, entspricht. Zweipersonenhaushalte zeigen höhere Teilnahmequoten als größere Haushalte und als Einpersonenhaushalte.

Tabelle 28: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht und weiteren Faktoren

	Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung? (in %)	
	Männer	Frauen
Schulbildung		
Pflichtschule	15,1	21,8
Lehre	33,1	31,0
mittlere Ausbildung	27,1	33,0
Universität	23,1	29,3
gesamt	27,2	29,6
Arbeitszufriedenheit		
niedrig	22,9	22,6
mittel	26,3	31,9
hoch	27,1	33,7
gesamt	26,0	30,7
Personen im Haushalt		
1 Person	23,7	26,4
2 Personen	32,0	33,9
über 2 Personen	23,4	28,0
gesamt	27,2	29,6
finanzielle Lage		
sehr gut	33,4	37,2
es reicht	25,4	27,6
sehr knapp	19,3	22,1
gesamt	27,2	29,5
Anomie		
niedrig	32,0	30,8
mittel	28,0	31,4
hoch	21,2	25,5
gesamt	27,2	29,7
chronische Krankheiten		
keine	23,8	28,3
eine	33,9	30,3
2 oder mehr	34,8	40,1
gesamt	27,2	29,6

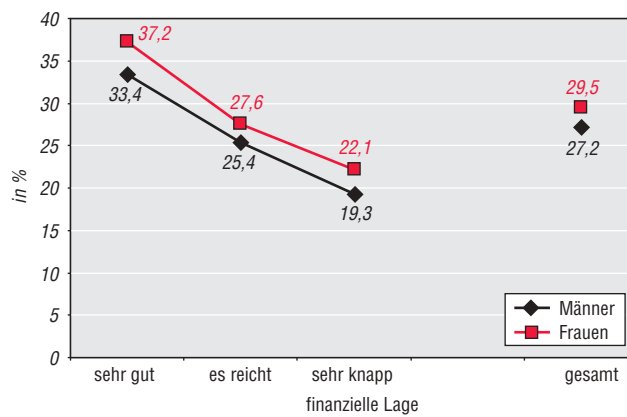
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 16: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



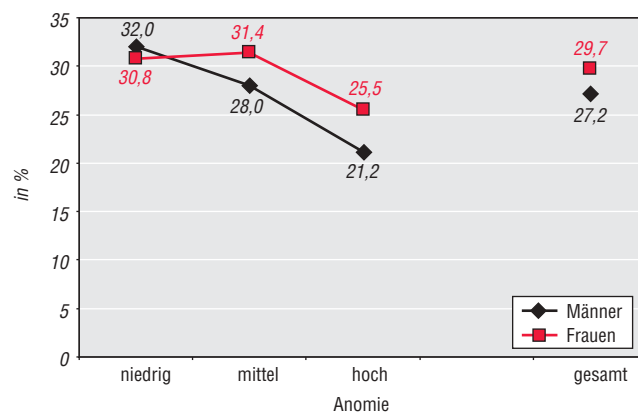
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 17: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach finanzieller Lage und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 18: Regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Anomie und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.2 Vorsorgeuntersuchung Scheidenabstrich

Frauen der Altersgruppe zwischen 25 und 59 Jahren haben im letzten Jahr mit über 70 Prozent am häufigsten einen Scheidenabstrich vornehmen lassen. Bei den jüngeren Frauen waren es hingegen nur 46 Prozent. 31 Prozent der Wienerinnen dieser Altersgruppe haben noch nie diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen bzw. 7 Prozent wissen nicht, wann zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen wurde. Ab dem 60. Lebensjahr werden die zeitlichen Abstände, in denen ein Scheidenabstrich vorgenommen wurde, immer größer. Bei 42 Prozent der über 74-jährigen Frauen liegt diese Untersuchung schon mehr als drei Jahre zurück.

Mit höherem Bildungsstatus lassen Frauen häufiger einen Scheidenabstrich vornehmen. Rund 72 Prozent der Frauen mit mittlerer Ausbildung bzw. Universitätsabschluss haben im letzten Jahr an dieser Untersuchung teilgenommen. Bei den Pflichtschulabsolventinnen waren es dagegen nur 43 Prozent. 13 Prozent dieser Gruppe haben noch nie einen Scheidenabstrich vornehmen lassen und 9 Prozent wissen nicht, wann zuletzt diese Untersuchung vorgenommen wurde.

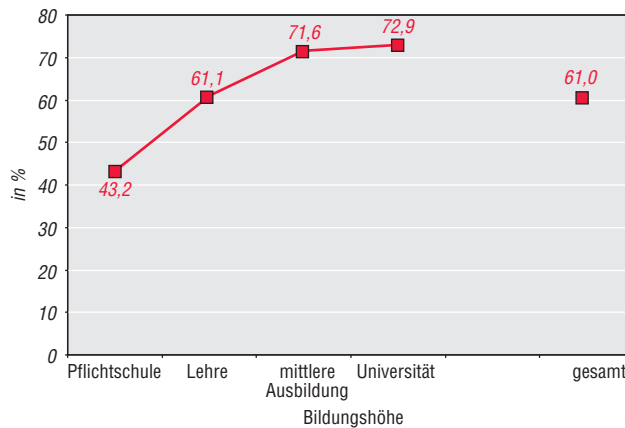
Ein ausgeprägter Zusammenhang besteht auch zwischen dem Einkommen und der erfolgten Durchführung eines Scheidenabstrichs. In der untersten Einkommensgruppe ließen 13 Prozent der Frauen noch nie einen Scheidenabstrich durchführen, in der obersten Einkommensgruppe hingegen nur 1 Prozent.

Tabelle 29: Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen nach Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen

	Wann wurde zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Alter (Jahre)					
16–24	45,5	13,6	3,1	30,9	7,0
25–44	70,8	17,1	6,4	4,0	1,7
45–59	72,5	12,8	12,1	1,8	0,7
60–74	51,5	19,5	20,7	4,3	4,1
75+	26,9	15,7	41,9	6,6	8,9
gesamt	61,0	15,9	13,4	6,6	3,1
Schulbildung					
Pflichtschule	43,2	14,4	20,5	13,3	8,5
Lehre	61,1	21,3	12,7	4,3	0,7
mittlere Ausbildung	71,6	14,4	9,1	3,7	1,2
Universität	72,9	12,5	10,5	3,5	0,6
gesamt	61,0	15,9	13,4	6,6	3,1
Haushaltseinkommen/Kopf					
bis 730 €	49,4	16,8	16,9	12,7	4,2
bis 1.310 €	59,0	17,5	13,4	6,6	3,4
bis 1.900 €	74,3	13,1	7,9	2,9	1,7
über 1.900 €	72,9	10,1	14,2	0,8	1,9
gesamt	63,0	15,4	12,5	6,1	2,9

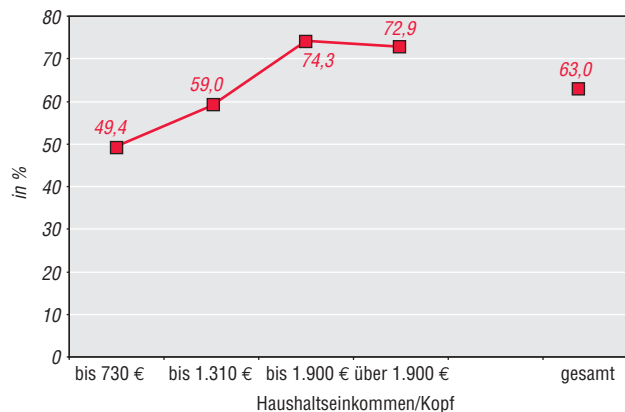
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 19: Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen im letzten Jahr nach Schulbildung (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 20: Abnahme eines Scheidenabstrichs bei Frauen im letzten Jahr nach Haushaltseinkommen/Kopf (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.3 Vorsorgeuntersuchung Bruströntgen (Mammografie)

Junge Frauen bilden mit 74 Prozent die größte Gruppe, die noch nie ein Bruströntgen machen lassen bzw. die zu 6 Prozent nicht wissen, wann sie zuletzt diese Untersuchung machen ließen. Frauen zwischen 45 bis 59 Jahren haben mit 57 Prozent am häufigsten diese Untersuchung im letzten Jahr durchführen lassen. Ab einem Alter von ca. 60 Jahren werden die zeitlichen Abstände wieder größer, in denen eine Mammografie durchgeführt wurde. Bei 31 Prozent der Frauen mit einem Alter von über 74 Jahren liegt diese Untersuchung mehr als drei Jahre zurück.

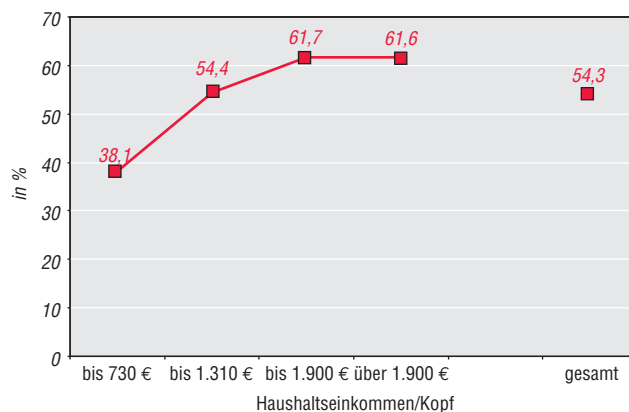
Frauen mit Lehrabschluss haben mit 40 Prozent am häufigsten im letzten Jahr eine Mammografie durchführen lassen. Pflichtschulabsolventinnen und Frauen der untersten Einkommensschicht waren mit 26 bzw. 28 Prozent am seltensten bei dieser Untersuchung. Jedoch haben Frauen mit Universitätsabschluss und Frauen der untersten Einkommensschicht mit ca. 40 Prozent am häufigsten noch nie ein Bruströntgen machen lassen, worin teilweise auch die junge Alterszusammensetzung dieser Gruppen zum Ausdruck kommt.

Tabelle 30: Durchführung einer Mammografie bei Frauen nach Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen

	Wann haben Sie zuletzt ein Bruströntgen (Mammografie) machen lassen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Alter (Jahre)					
16–24	10,7	6,4	3,0	74,4	5,6
25–44	23,5	17,5	10,9	46,3	1,8
45–59	56,7	24,6	11,2	6,5	1,0
60–74	44,6	23,4	14,8	14,2	3,0
75+	25,0	13,7	31,2	23,7	6,4
gesamt	33,6	18,6	12,9	32,2	2,6
Schulbildung					
Pflichtschule	26,4	16,2	17,2	33,3	7,0
Lehre	40,0	23,1	12,7	23,7	0,5
mittlere Ausbildung	35,0	18,3	10,6	34,9	1,2
Universität	33,9	15,5	9,7	40,2	0,6
gesamt	33,6	18,6	12,9	32,2	2,6
Haushaltseinkommen/Kopf					
bis 730 €	27,6	10,5	17,1	41,1	3,8
bis 1.310 €	33,1	21,3	10,1	33,5	2,0
bis 1.900 €	41,2	20,5	10,8	25,6	1,8
über 1.900 €	37,3	24,3	9,4	27,2	1,9
gesamt	34,8	19,5	11,5	32,0	2,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 21: Durchführung einer Mammografie bei Frauen in den letzten drei Jahren nach Haushaltseinkommen/ Kopf (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.4 Vorsorgeuntersuchung der Prostata

Mit zunehmendem Alter lassen Männer häufiger eine Prostatauntersuchung vornehmen. Vor allem gut die Hälfte der über 60-Jährigen war im letzten Jahr bei dieser Untersuchung; nur ein geringer Prozentsatz, 15 Prozent der 60- bis 74-Jährigen und 19 Prozent der über 74jährigen, hat noch nie eine Prostatauntersuchung vornehmen lassen. Bei den jungen Männern (16 bis 24 Jahre) waren 74 Prozent noch nie bei einer Prostatauntersuchung und 13 Prozent wissen nicht, wann bzw. ob eine Prostatauntersuchung vorgenommen wurde.

Männer mit Lehrabschluss lassen insgesamt am häufigsten eine Prostatauntersuchung vornehmen. 25 Pro-

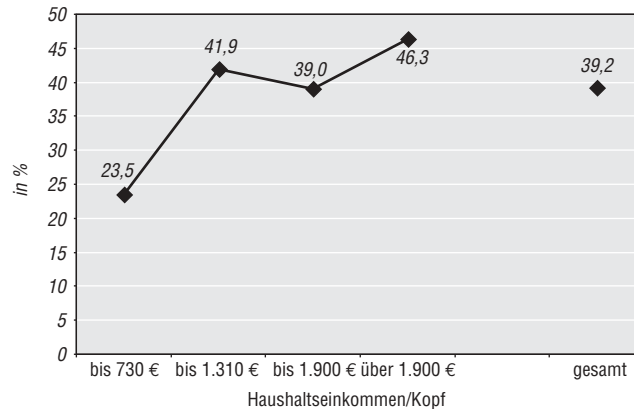
zent der Männer mit mittlerer Ausbildung bzw. Universitätsabschluss waren im letzten Jahr bei dieser Untersuchung und rund 47 Prozent der Männer dieser Bildungsgruppen waren noch nie bei einer Prostatauntersuchung. Auffallend ist, dass 64 Prozent der Männer mit Pflichtschulabschluss noch nie diese Vorsorgeuntersuchung vornehmen ließen, 9 Prozent nicht wissen, wann bzw. ob diese Untersuchung durchgeführt wurde, und nur bei 15 Prozent dieser Bildungsgruppe im letzten Jahr die Prostata untersucht wurde. Vergleichbar schlechte Werte weist die unterste Einkommensgruppe der Männer auf, wogegen Männer der obersten Einkommensgruppe zu 34 Prozent im letzten Jahr bei der Prostatauntersuchung waren.

Tabelle 31: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern nach Alter, Schulbildung und Haushaltseinkommen

	Wann wurde zuletzt eine Prostatauntersuchung vorgenommen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Alter (Jahre)					
16–24	6,8	4,4	1,5	74,1	13,3
25–44	10,7	9,6	8,9	66,8	4,0
45–59	36,0	17,8	15,5	28,9	1,9
60–74	55,5	16,7	13,2	13,9	0,6
75+	53,1	10,2	13,4	19,1	4,2
gesamt	25,8	12,1	10,5	47,4	4,1
Schulbildung					
Pflichtschule	15,0	6,2	5,7	63,7	9,4
Lehre	31,9	14,8	11,2	39,2	2,8
mittlere Ausbildung	25,4	12,6	11,8	46,8	3,3
Universität	25,1	11,5	12,9	48,4	2,0
gesamt	25,8	12,1	10,5	47,4	4,1
Haushaltseinkommen/Kopf					
bis 730 €	13,2	10,3	5,2	65,8	5,4
bis 1.310 €	28,4	13,5	10,1	45,0	3,0
bis 1.900 €	26,2	12,8	12,9	45,3	2,8
über 1.900 €	33,9	12,4	14,1	38,0	1,6
gesamt	26,5	12,7	10,9	46,9	3,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 22: Durchführung einer Prostatauntersuchung bei Männern in den letzten drei Jahren nach Haushaltseinkommen/Kopf (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.5 Messung des Blutdrucks

Bereits in der jüngsten Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen ließ während des letzten Jahres jede/r Zweite eine

Blutdruckmessung durchführen. Dieser Anteil steigt bis zur höchsten Altersgruppe kontinuierlich bis auf über 90 Prozent an.

Tabelle 32: Blutdruckmessung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wann wurde zuletzt der Blutdruck gemessen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
16-24	50,9	20,1	7,3	7,3	14,3
25-44	59,7	19,2	15,4	1,8	3,8
45-59	84,5	8,9	5,0	0,3	1,3
60-74	92,2	3,9	2,4	0,5	0,9
75+	96,1	3,9	0,0	0,0	0,0
gesamt	71,9	13,5	8,9	1,8	3,8
Frauen					
16-24	60,3	18,8	6,5	5,1	9,3
25-44	61,6	19,3	11,8	1,9	5,4
45-59	82,2	10,4	4,6	1,2	1,5
60-74	88,8	6,1	3,3	0,0	1,8
75+	92,4	3,7	1,5	0,8	1,5
gesamt	73,9	13,4	7,1	1,7	3,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Quoten für eine Blutdruckmessung während des letzten Jahres sind in den unteren Einkommensgruppen etwas kleiner als in den oberen. Berücksichtigt man aber die Altersabhängigkeit sowohl des Einkommens als

auch des Blutdruckmessens wird klar, dass die Einkommensverhältnisse keine wichtige Rolle für die Durchführung einer Blutdruckmessung spielen.

Tabelle 33: Blutdruckmessung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushalts-einkommen/Kopf	Wann wurde zuletzt der Blutdruck gemessen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
bis 730 €	61,6	15,9	11,1	4,0	7,4
bis 1.310 €	71,1	14,0	9,6	1,0	4,2
bis 1.900 €	79,3	11,2	7,2	1,1	1,2
über 1.900 €	75,4	10,7	9,8	2,1	1,9
gesamt	73,1	12,9	9,1	1,6	3,4
Frauen					
bis 730 €	73,1	11,9	7,4	3,6	4,0
bis 1.310 €	73,9	14,8	7,1	1,4	2,9
bis 1.900 €	78,8	11,2	6,6	1,7	1,7
über 1.900 €	78,6	12,8	6,0	0,6	2,0
gesamt	75,6	13,0	6,9	1,8	2,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.6 Bestimmung des Blutcholesterins

Der Anteil der Personen mit Blutcholesterinbestimmungen während des letzten Jahres nimmt mit dem Lebensalter stark zu, und zwar bis auf 75 Prozent unter

den Männern und ca. 70 Prozent unter den Frauen, bei welchen die Quote in der ältesten Gruppe wieder auf 60 Prozent absinkt. Darin spiegelt sich wahrscheinlich auch, dass die Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Männer eine größere Rolle spielen als für Frauen.

Tabelle 34: Blutcholesterinbestimmung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wann wurde zuletzt das Blutcholesterin gemessen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
16–24	20,6	15,0	9,3	34,7	20,5
25–44	31,6	21,4	19,8	20,9	6,3
45–59	57,1	21,7	11,7	4,7	4,8
60–74	75,5	10,8	9,1	2,0	2,6
75+	74,5	10,8	7,9	5,9	0,9
gesamt	45,8	18,4	14,2	14,9	6,8
Frauen					
16–24	23,2	8,9	7,4	44,4	16,1
25–44	35,3	20,2	16,2	21,2	7,2
45–59	60,2	20,3	11,1	7,7	0,8
60–74	70,3	19,1	5,8	2,4	2,5
75+	60,7	18,6	10,2	6,2	4,3
gesamt	48,1	18,7	11,8	15,8	5,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit dem Einkommen nimmt der Anteil der Personen, die eine Blutcholesterinbestimmung im letzten Jahr durchführen ließen, zu, und dies deutlicher bei den Män-

nern als bei den Frauen. Zum Teil handelt es sich hier allerdings um einen so genannten Alterseffekt, da jüngere Personen durchschnittlich weniger verdienen als ältere.

Tabelle 35: Blutcholesterinbestimmung nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushalts- einkommen/Kopf	Wann wurde zuletzt das Blutcholesterin gemessen? (in %)				
	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
Männer					
bis 730 €	32,3	17,8	13,7	25,1	11,1
bis 1.310 €	47,1	15,5	14,0	16,1	7,3
bis 1.900 €	48,2	20,9	15,3	11,9	3,6
über 1.900 €	56,9	17,6	15,6	7,6	2,3
gesamt	46,9	17,8	14,6	14,7	5,9
Frauen					
bis 730 €	44,1	17,6	8,8	22,4	7,0
bis 1.310 €	47,1	18,6	11,9	17,6	4,7
bis 1.900 €	56,6	17,6	12,9	10,2	2,7
über 1.900 €	55,2	21,9	13,8	6,9	2,3
gesamt	50,1	18,5	11,8	15,3	4,3

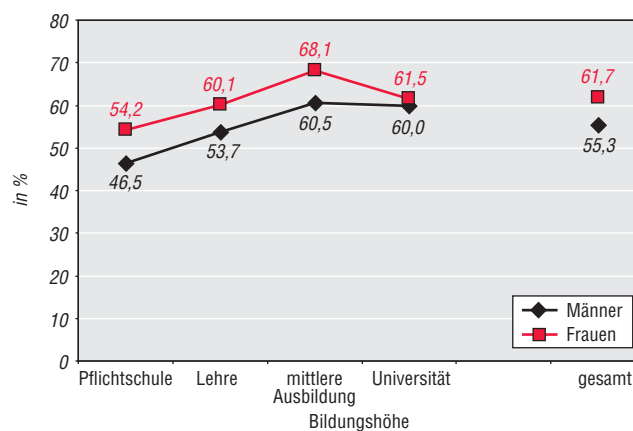
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.7 Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen

Mit 62 Prozent nehmen Frauen zahnärztliche Kontrolluntersuchungen während eines Jahres etwas häufiger in Anspruch als Männer mit 55 Prozent. Die Inanspruchnahme bleibt über alle fünf Altersgruppen ungefähr konstant, erst im höheren Alter ab ca. 75 Jahren sinkt die Inanspruchnahme auf ca. 40 Prozent.

Mit zunehmendem Bildungsstatus gingen Frauen und Männer während des letzten Jahres öfter zu einer Kontrolluntersuchung bei ZahnärztInnen. Eine Ausnahme bilden Frauen mit Universitätsabschluss, die etwas seltener bei einer Kontrolluntersuchung waren, als jene mit mittlerer Ausbildung. Auffallend ist die deutlich geringere Inanspruchnahme der untersten Bildungsschicht und der untersten Einkommensgruppe.

Grafik 23: Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung im letzten Jahr nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tabelle 36: Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung im letzten Jahr nach Alter, Schulbildung, Einkommen und Geschlecht

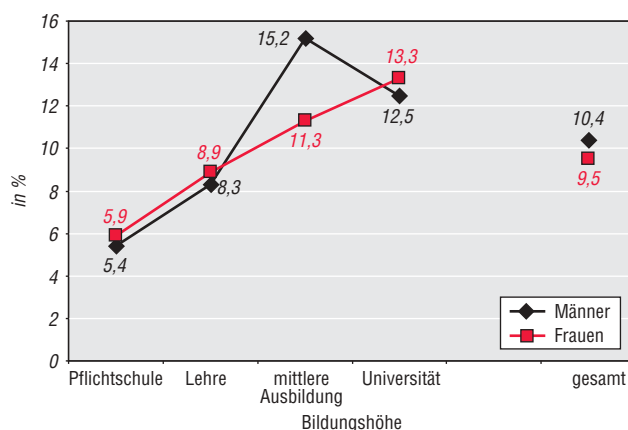
	zahnärztliche Kontrolluntersuchung (in %)	
	Männer	Frauen
Alter (Jahre)		
16–24	55,1	67,1
25–44	56,7	64,9
45–59	53,8	61,3
60–74	58,1	62,1
75+	42,9	40,5
gesamt	55,3	61,7
Schulbildung		
Pflichtschule	46,5	54,2
Lehre	53,7	60,1
mittlere Ausbildung	60,5	68,1
Universität	60,0	61,5
gesamt	55,3	61,7
Haushaltseinkommen/Kopf		
bis 730 €	53,4	53,4
bis 1.310 €	52,2	61,5
bis 1.900 €	60,2	66,0
über 1.900 €	58,7	63,4
gesamt	56,0	61,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine vorbeugende zahnärztliche Behandlung während des letzten Jahres erhielten ca. 10 Prozent der Männer und Frauen. Bis auf die älteste Personengruppe der über 74-Jährigen mit nur 6 Prozent bekommen Männer und Frauen aller Altersstufen mit ca. 10 Prozent ungefähr gleich häufig eine vorbeugende Behandlung. Personen

der beiden oberen Bildungsschichten erhalten eine vorbeugende Behandlung erheblich häufiger als Personen mit alleiniger Pflichtschulausbildung. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einer vorbeugenden zahnärztlichen Behandlung und der Einkommenssituation kann nicht beobachtet werden.

Grafik 24: Inanspruchnahme einer vorbeugenden zahnärztlichen Behandlung während des letzten Jahres nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tabelle 37: Inanspruchnahme einer vorbeugenden zahnärztlichen Behandlung während des letzten Jahres nach Alter, Schulbildung, Einkommen und Geschlecht

	vorbeugende zahnärztliche Behandlung (in %)	
	Männer	Frauen
Alter (Jahre)		
16–24	9,1	9,5
25–44	13,5	10,0
45–59	8,9	9,0
60–74	6,4	11,0
75+	6,2	6,2
gesamt	10,4	9,5
Schulbildung		
Pflichtschule	5,4	5,9
Lehre	8,3	8,9
mittlere Ausbildung	15,2	11,3
Universität	12,5	13,3
gesamt	10,4	9,5
Haushaltseinkommen/Kopf		
bis 730 €	10,4	6,9
bis 1.310 €	8,0	8,0
bis 1.900 €	14,9	12,8
über 1.900 €	10,9	10,0
gesamt	11,0	9,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

5.3.8 Zusatzversicherung

Eine Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung wird wesentlich häufiger von Männern als von Frauen abgeschlossen. Männer zwischen 25 und 59 Jahren leisten sich mit rund 38 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung. Bei den Frauen hat die Gruppe der 45- bis 59-Jährigen mit 29 Prozent am häufigsten diesen Versicherungsschutz.

Ein starkes Gefälle zeigt sich auch hinsichtlich der Bildungsschicht. Akademiker wie Akademikerinnen sind doppelt so häufig Zusatzversichert wie ihre nur pflichtschulgebildeten GeschlechtsgenossInnen.

Männer sind mit zunehmend besserer beruflicher Position häufiger Zusatzversichert. Bei den Frauen haben hoch qualifizierte mit 38 Prozent am häufigsten eine Zusatzversicherung abgeschlossen. Männer sind wiederum häufiger versichert als Frauen.

Tabelle 38: Zusatzversicherung nach Alter, Schulbildung, beruflicher Position und Geschlecht

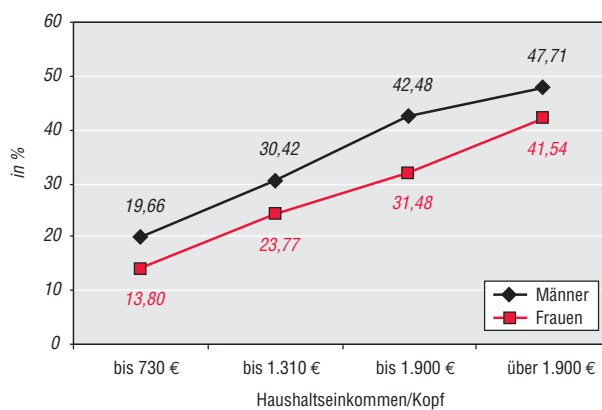
	Zusatzversicherung (in %)	
	Männer	Frauen
Alter (Jahre)		
16–24	22,3	14,1
25–44	38,5	26,0
45–59	38,0	29,0
60–74	31,1	27,0
75+	27,0	22,9
gesamt	34,5	25,3
Schulbildung		
Pflichtschule	20,6	16,5
Lehre	35,5	23,3
mittlere Ausbildung	39,6	32,7
Universität	40,9	28,7
gesamt	34,5	25,3
berufliche Position		
unqualifiziert	26,5	19,1
qualifiziert	34,6	30,6
hoch qualifiziert	41,6	37,6
Führungsposition	42,4	29,6
gesamt	35,7	27,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das Einkommen zeigt unter allen sozialen Merkmalen den stärksten Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit, dass jemand eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat. Je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger besitzen Frauen wie Männer eine Zusatzversicherung. Fast jeder zweite Mann und 42 Prozent der Frauen der obersten Einkommensschicht leisten sich diese Versicherung. Bei den Frauen der untersten Einkommensschicht sind dagegen nur 14 Prozent Zusatzversichert und nur mehr jeder fünfte Mann besitzt diesen Versicherungsschutz.

Auch komplexe Regressionsanalysen ergaben, dass ein ausreichendes Einkommen der entscheidende unabhängige Faktor für das Vorliegen einer Zusatzversicherung ist. Dies bedeutet, dass die einkommensarmen Schichten zumindest teilweise aufgrund ihrer materiellen Situation von dieser Vorsorgemaßnahme ausgeschlossen sind. Dieses Ergebnis bedeutet weiters, dass auch andere Vorsorgemaßnahmen von den unteren Einkommensschichten nur insoweit wahrgenommen werden oder werden können, als die damit verbundene finanzielle Belastung die Kosten einer Zusatzversicherung nicht erreichen.

Grafik 25: Zusatzversicherung nach Netto-Haushaltseinkommen/Kopf und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**VI.
INANSPRUCHNAHME
MEDIZINISCHER
VERSORGUNG**

***USE OF MEDICAL
SERVICES***

6	INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER VERSORGUNG	187
6.1	INANSPRUCHNAHME SCHULMEDIZINISCHER VERSORGUNG	187
6.1.1	Arztkonsultationen aufgrund von Beschwerden	188
6.1.2	Ambulanz- und Spitalsaufenthalt	192
6.2	INANSPRUCHNAHME KOMPLEMENTÄRMEDIZINISCHER VERSORGUNG	194
6.2.1	Anzahl komplementärmedizinischer Behandlungen pro Person	195
6.2.2	Anwendung homöopathischer Arzneien	198
6.2.3	Anwendung von Massagen	200

6 INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER VERSORGUNG

6.1 Inanspruchnahme schulmedizinischer Versorgung

Zusammenfassung

HausärztInnen wurden in den vergangenen drei Monaten von Männern wie Frauen mit einer Häufigkeit von ca. 40 Prozent unter allen untersuchten ÄrztInnenkategorien am öftesten aufgesucht. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Besuchsfrequenz bei **Haus- und FachärztInnen** deutlich zu und stabilisiert sich im Pensionsalter bei ca. 60 bzw. 40 Prozent. Personen mit höherer Schulbildung konsultieren HausärztInnen weniger häufig als Personen mit einer Lehre als höchsten Bildungsabschluss. Tendenziell nimmt der Besuch von FachärztInnen mit dem Bildungsgrad bei Männern und Frauen zu. Männer wie Frauen konsultieren Haus- und FachärztInnen deutlich seltener, wenn sie nur gelegentlich ein hohes Arbeitspensum bewältigen müssen, als wenn ihr Arbeitspensum oft hoch ist. Ein erheblicher Anteil der ÄrztInnenkonsultationen (bis zu ca. einem Drittel der HausärztInnen- und einem Viertel der FachärztInnenkonsultationen) könnte daher mit belastenden Arbeitssituationen im Zusammenhang stehen.

Spitals- und Ambulanzaufenthalte hatten während der letzten drei Monate jeweils etwa 5 Prozent der Wiener und Wienerinnen. Die Häufigkeit von Spitalsaufenthalten zeigt keine Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen. Dagegen nehmen Ambulanzbesuche mit dem Haushaltseinkommen zu. Die oberste Einkommensgruppe hatte während der letzten drei Monate etwa doppelt so häufig Kontakt mit einer Ambulanz als die unterste.

Summary: Use of Clinical Medicine

*In the three months preceding the survey, general practitioners were consulted more often than any other physicians, by approximately 40 percent of both men and women. With age, the frequency with which persons consult **general practitioners and specialists** increases and then remains stable at 60 (GPs) and 40 percent (specialists) when retirement age is reached. Persons with a high level of education consult general practitioners less often than persons with an apprenticeship as their highest level of education. With increasing level of education, both men and women tend to consult specialists more often. Both genders consult general practitioners as well as specialists significantly less frequently if they only occasionally have a high workload than persons who often have a high workload. This points to the possibility that a considerable percentage of consultations (up to one in three GP consultations and one in four specialist consultations) might be linked to straining labour situations.*

*Some 5 percent of Viennese men and women were in **hospital** or went to an **outpatient clinic** during the last three months. The frequency of hospital stays shows no dependence on household income. Visits to outpatient clinics, however, increase with growing household income. The highest income bracket visited outpatient clinics approximately twice as often as the lowest.*

6.1.1 Arztkonsultationen aufgrund von Beschwerden

In diesem Abschnitt untersuchen wir die Häufigkeit der Konsultationen von ÄrztInnen, welche aufgrund von Beschwerden innerhalb der letzten drei Monate vor der Befragung erfolgten. Wir unterscheiden dabei zwischen den drei Kategorien der HausärztInnen, ZahnärztInnen und alle anderen FachärztInnen.

HausärztInnen wurden innerhalb von drei Monaten von Männern wie von Frauen mit einer Häufigkeit von ca. 40 Prozent unter allen untersuchten Kategorien von ÄrztInnen am öftesten aufgesucht. Die Praxen der ZahnärztInnen werden mit ca. 17 Prozent ebenfalls von Männern etwa gleich häufig frequentiert wie von Frauen, während FachärztInnenbesuche von Frauen mit ei-

nem Anteil von 33 Prozent deutlich häufiger vorgenommen werden als von Männern, deren Quote hier nur 23 Prozent beträgt.

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Besuchsfrequenz bei Haus- und FachärztInnen deutlich zu und stabilisiert sich im Pensionsalter bei ca. 60 bzw. 40 Prozent. ZahnärztInnen werden dagegen von der Gruppe der 25- bis 44-Jährigen am häufigsten aufgrund von Beschwerden in Anspruch genommen. Jede/r fünfte dieser Altersgruppe war in den vergangenen drei Monaten zumindest einmal bei einer/m ZahnärztIn. In den höheren Altersgruppen nimmt die Besuchshäufigkeit allmählich ab.

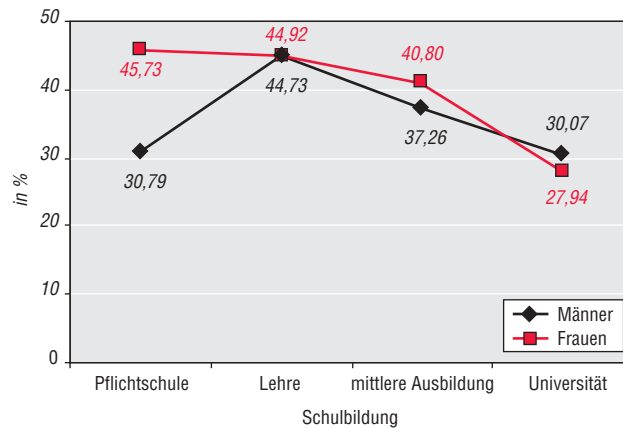
Tabelle 1: Arztkonsultationen wegen Beschwerden innerhalb der letzten 3 Monate nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Arztkonsultationen (in %)		
	HausärztInnen	FachärztInnen	ZahnärztInnen
Männer			
16–24	25,8	8,0	12,3
25–44	30,0	17,6	18,9
45–59	42,2	28,0	17,7
60–74	52,1	36,9	12,2
75+	63,0	35,1	6,2
gesamt	37,9	23,0	16,0
Frauen			
16–24	27,1	16,6	18,2
25–44	29,3	26,8	19,4
45–59	49,1	39,5	17,9
60–74	60,2	44,4	14,0
75+	60,9	40,7	13,7
gesamt	41,9	33,0	17,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Personen mit höherer Schulbildung konsultieren HausärztInnen weniger häufig als Personen mit einer Lehre als höchstem Bildungsabschluss. Unter den Frauen fällt die Quote von 46 Prozent bei den Pflichtschulabsolventinnen auf 28 Prozent bei den Frauen mit Universitätsabschluss. Diese Differenzen sind mit mehreren unabhängigen Faktoren assoziiert. Höher Gebildete sind durchschnittlich jünger, unabhängig davon auch weni-

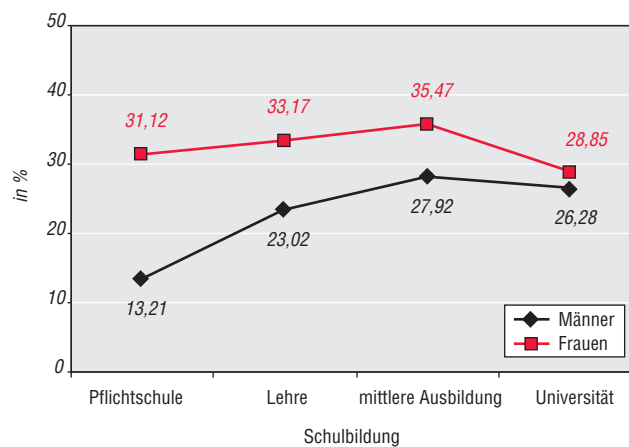
ger häufig krank und konsultieren bevorzugt FachärztInnen, wie die nächste Grafik illustriert. Männer mit Pflichtschulbildung konsultieren HausärztInnen erheblich seltener als vergleichbar ausgebildete Frauen, bei allen anderen Bildungstufen sind die Konsultationshäufigkeiten der Männer und Frauen etwa gleich groß.

Grafik 1: Konsultation von HausärztInnen innerhalb der letzten 3 Monate (in %) nach Schulbildung und Geschlecht

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Tendenziell nimmt der Besuch von FachärztInnen mit dem Bildungsgrad bei Männern und Frauen zu. Der Zusammenhang verläuft etwas abgeflacht durch die

Tatsache, dass in den oberen Bildungsgruppen jüngere Menschen überproportional vertreten sind.

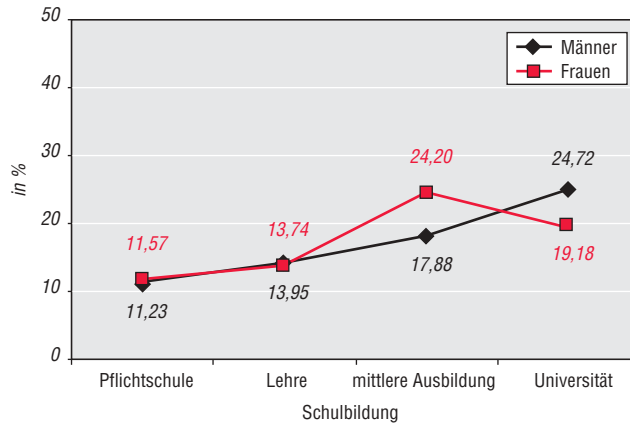
Grafik 2: Konsultation von FachärztInnen innerhalb der letzten 3 Monate (in %) nach Schulbildung und Geschlecht

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

ZahnärztInnen werden von Männern und Frauen der oberen Bildungsgruppen beinahe doppelt so häufig aufgesucht als von Personen mit alleiniger Pflichtschulbildung. In dieser Gruppe war nur jede/r zehnte in den

letzten drei Monaten bei einer/m ZahnärztIn, während es bei den Frauen mit Universitätsausbildung jede fünfte und bei Männern dieser Bildungsstufe jeder vierte war.

Grafik 3: Konsultation von ZahnärztInnen innerhalb der letzten 3 Monate (in %) nach Schulbildung und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

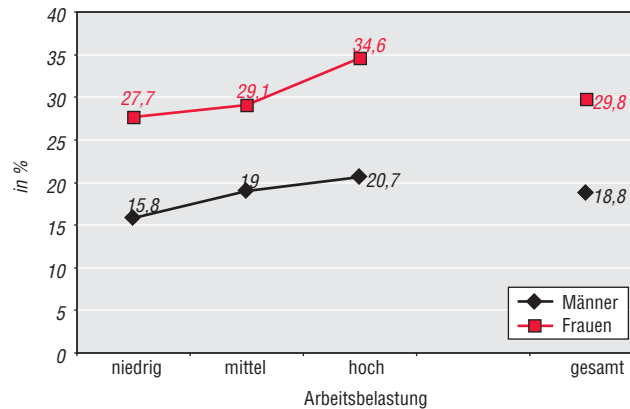
Männer wie Frauen konsultieren Haus- und FachärztInnen deutlich seltener, wenn sie nur gelegentlich ein hohes Arbeitspensum bewältigen müssen, als wenn ihr Arbeitspensum oft hoch ist. Ein erheblicher Anteil der ÄrztInnenkonsultationen (bis zu ca. einem Drittel der HausärztInnen- und einem Viertel der FachärztInnenkonsultationen) könnte daher mit belastenden Arbeits-

situationen im Zusammenhang stehen. Dieses Ergebnis weist auf die hohe Bedeutung der Gestaltung der Arbeitsbedingungen für die Gesundheit und die Kosten des Gesundheitswesens hin. Ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und ZahnärztInnenbesuch besteht dagegen laut den Analysen – wie zu erwarten – nicht.

Tabelle 2: Konsultationen von ÄrztInnen wegen Beschwerden innerhalb der letzten 3 Monate nach Arbeitsbelastung und Geschlecht

Arbeitsbelastung	Konsultationen (in %)		
	HausärztInnen	FachärztInnen	ZahnärztInnen
Männer			
niedrig	30,6	15,8	18,5
mittel	28,6	19,0	19,2
hoch	39,1	20,7	18,7
gesamt	33,0	18,8	18,9
Frauen			
niedrig	26,3	27,7	18,4
mittel	40,8	29,1	20,7
hoch	40,7	34,6	17,2
gesamt	34,7	29,8	18,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 4: Konsultationen von FachärztInnen wegen Beschwerden in den letzten drei Monaten nach Arbeitsbelastung und Geschlecht (in %)

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Etwa jede dritte Frau und jeder dritte Mann ohne chronische Erkrankung besuchte während der letzten drei Monate vor Befragung eine/n HausärztIn. Bei Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen

verdoppelt sich diese Quote. Die Tabelle zeigt weiters einen vergleichbaren Anstieg der FachärztInnenkonsultationen von chronisch Kranken gegenüber gesunden Personen.

Tabelle 3: Konsultationen von ÄrztInnen wegen Beschwerden innerhalb der letzten 3 Monate nach Anzahl chronischer Krankheiten und Geschlecht

Anzahl chronischer Krankheiten	Konsultationen (in %)		
	HausärztInnen	FachärztInnen	ZahnärztInnen
Männer			
keine	30,8	16,1	15,7
eine	51,5	36,3	17,1
zwei oder mehr	66,0	49,0	15,0
gesamt	37,9	23,0	16,0
Frauen			
keine	32,9	26,9	18,1
eine	61,4	46,2	17,1
zwei oder mehr	69,0	50,7	13,0
gesamt	41,9	33,0	17,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

6.1.2 Ambulanz- und Spitalsaufenthalt

Spitals- und Ambulanzaufenthalte hatten während der letzten drei Monate jeweils etwa 5 Prozent der Wiener und Wienerinnen. Die Spitalsaufenthalte nehmen mit dem Lebensalter von ca. 3 Prozent in der

jüngsten auf ca. 10 Prozent in der ältesten untersuchten Bevölkerungsgruppe zu. Ambulanzaufenthalte nehmen bis ins junge Pensionsalter leicht zu und dann wieder ab.

Tabelle 4: Ambulanz- und Spitalsaufenthalt innerhalb der letzten 3 Monate nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Ambulanz	Spital
Männer		
16–24	3,3	2,9
25–44	5,1	1,8
45–59	6,0	5,9
60–74	7,1	6,3
75+	4,5	8,5
gesamt	5,3	4,0
Frauen		
16–24	5,8	3,3
25–44	3,0	2,8
45–59	6,6	7,0
60–74	6,1	3,3
75+	4,8	12,1
gesamt	4,8	4,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Häufigkeit von Spitalsaufenthalten zeigt keine Abhängigkeit vom Haushaltseinkommen. Dagegen nehmen Ambulanzbesuche mit dem Haushaltseinkommen

zu. Die oberste Einkommensgruppe hatte während der letzten drei Monate etwa doppelt so häufig Kontakt mit einer Ambulanz als die unterste.

Tabelle 5: Ambulanz- und Spitalsaufenthalt innerhalb der letzten 3 Monate nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (in %)

Haushaltseinkommen/Kopf	Ambulanz	Spital
Männer		
bis 730 €	3,7	5,5
bis 1.310 €	5,3	3,5
bis 1.900 €	5,5	3,6
über 1.900 €	7,4	5,5
gesamt	5,5	4,1
Frauen		
bis 730 €	4,5	5,8
bis 1.310 €	3,7	4,4
bis 1.900 €	7,0	6,4
über 1.900 €	7,5	4,0
gesamt	5,2	5,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Personen ohne chronische Krankheit hatten nur zu ca. 3,5 Prozent einen Ambulanzaufenthalt während der letzten drei Monate vor der Befragung. Mit dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung verdoppelt sich der Anteil, und Personen mit zwei und mehr chronischen

Krankheiten hatten viermal so häufig Kontakt zu einer Ambulanz. Die Wahrscheinlichkeit eines Spitalsaufenthalts nimmt mit dem Vorliegen chronischer Erkrankungen noch stärker zu.

Tabelle 6: Ambulanz- und Spitalsaufenthalt innerhalb der letzten 3 Monate nach Anzahl chronischer Krankheiten und Geschlecht (in %)

Anzahl chronischer Krankheiten	Ambulanz	Spital
Männer		
keine	3,7	2,0
eine	8,2	6,4
zwei oder mehr	12,4	16,5
gesamt	5,3	4,0
Frauen		
keine	3,2	2,9
eine	6,7	6,9
zwei oder mehr	14,2	17,8
gesamt	4,8	4,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

6.2 Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Versorgung

Zusammenfassung

Bis auf das autogene Training werden alle **komplementärmedizinischen Behandlungen** von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen. Unter den untersuchten Behandlungen kommt die Anwendung von Massagen am häufigsten zum Einsatz, nämlich bei 26 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer. An zweiter Stelle folgt die Anwendung homöopathischer Mittel, die ebenfalls von 26 Prozent der Frauen, aber nur von 16 Prozent der Männer verwendet werden. Die Anwendung komplementärmedizinischer Behandlungen nimmt mit steigender Schulbildung stark zu, und dies bei den Frauen stärker als bei den Männern.

Homöopathische Arzneien werden von jeder vierten Frau, aber nur von jedem sechsten Mann angewendet. Die Anwendung homöopathischer Arzneien ist ein Charakteristikum der oberen Bildungsschichten. Nur 10 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen mit Pflichtschulbildung verwenden homöopathische Mittel, jedoch sind es unter den Akademikern und Akademikerinnen jeweils dreimal so viele.

Jede vierte Frau und jeder fünfte Mann hat im vergangenen Jahr **Massagen** erhalten. Mit dem Bildungsgrad und auch mit steigendem Haushaltseinkommen ist ein großer Anstieg der Anwendungshäufigkeit von Massagen zu diagnostizieren. Dieser starke Zusammenhang kann nicht nur auf einen mit dem Einkommen durchschnittlich steigenden Bildungsgrad zurückgeführt werden, sondern zeigt an, dass darüber hinaus ein geringes Einkommen eine Barriere für die Inanspruchnahme von Massagen sein dürfte.

Dieser Abschnitt untersucht die Inanspruchnahme einiger gebräuchlicher Behandlungen aus dem Bereich der Komplementärmedizin während des letzten Jahres vor der Befragung. Dazu zählen hier sowohl alternativmedizinische Therapien wie Homöopathie als auch von der Schulmedizin ergänzend eingesetzte Behandlungsformen wie Massage oder autogenes Training.

Summary: Use of Complementary Medicine

*With the exception of autogenic training, all forms of **complementary treatment** are used by women more frequently than by men. Out of all treatments surveyed, massages were used most often, by 26 percent of women and 20 percent of men, followed by homeopathic medicines, which are also used by 26 percent of women, but only 16 percent of men. The use of complementary treatments increases greatly with increasing level of education, more so for women than for men.*

*One in four women, but only one in six men, take **homeopathic medicines**. The use of homeopathic medicines is a characteristic of the higher educational strata. Only 10 percent of men and 15 percent of women with compulsory schooling take homeopathic medicines, while for university graduates, the figures are tripled for both genders.*

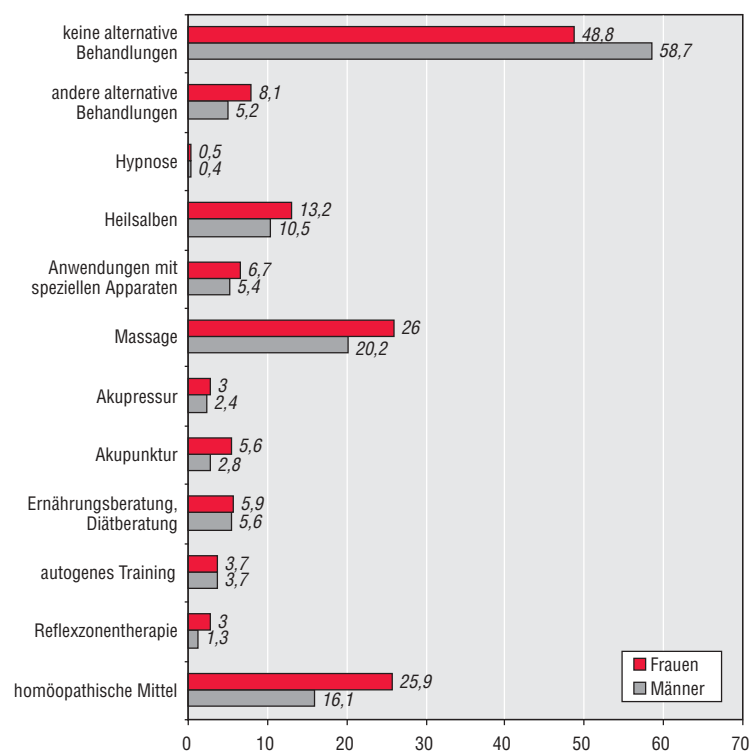
*One in four women and one in five men received **massages** in the last year. The use of massages increases strongly with the level of education and household income. This strong correlation cannot only be ascribed to the growing average level of education, which is linked to a higher income, but also indicates that a lower income could be a barrier to the use of massages.*

Bis auf das autogene Training werden alle komplementärmedizinischen Behandlungen von Frauen häufiger als von Männern in Anspruch genommen. Unter den untersuchten Behandlungen kommt die Anwendung von Massagen am häufigsten zum Einsatz, nämlich bei 26 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer. An zweiter Stelle folgt die Anwendung homöopathischer

Mittel, die ebenfalls von 26 Prozent der Frauen, aber nur von 16 Prozent der Männer verwendet werden. 11 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen benötigen Heilsalben. Ernährungs- bzw. Diätberatung, Anwendungen mit speziellen Apparaten und andere alternative Behandlungsformen werden von rund 6 Prozent der Frauen und Männer in Anspruch genommen. Rund 4 Prozent der Wienerinnen und Wiener nutzten auto-

genes Training oder Akupunktur. Akupressur und Reflexzonentherapie kommen mit 2 bis 3 Prozent eher selten zum Einsatz. Hypnososen werden nur von einem sehr kleinen Teil (0,4 Prozent) in Anspruch genommen. 59 Prozent der Männer und jede zweite Frau erhielten während des letzten Jahres keine der untersuchten komplementärmedizinischen Behandlungen.

Grafik 5: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen während des letzten Jahres nach Geschlecht (in %)



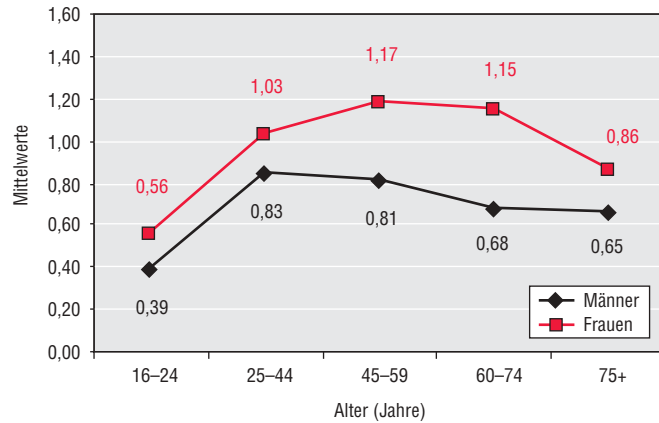
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

6.2.1 Anzahl komplementärmedizinischer Behandlungen pro Person

Wir untersuchen nun die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen genauer, indem wir die durchschnittliche Anzahl unterschiedlicher komplementärmedizinischer Behandlungen, welche pro Person wahrgenommen werden, in Abhängigkeit verschiedener soziodemographischer Merkmale betrachten. Je höher der Durchschnittswert, um so größer ist die Bereitschaft einer untersuchten Gruppe, komplementärmedizinische Therapien in Anspruch zu nehmen.

Komplementärmedizinische Methoden werden am stärksten von den drei mittleren Altersgruppen angewendet. Berücksichtigt man den zunehmenden Behandlungsbedarf mit zunehmendem Lebensalter, so fällt auf, dass die vergleichsweise behandlungsbedürftigeren älteren Generationen eher selten komplementärmedizinische Behandlungen erhalten. Die Bereitschaft zur Anwendung komplementärmedizinischer Behandlungen ist somit in den jüngeren Generationen am größten.

Grafik 6: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

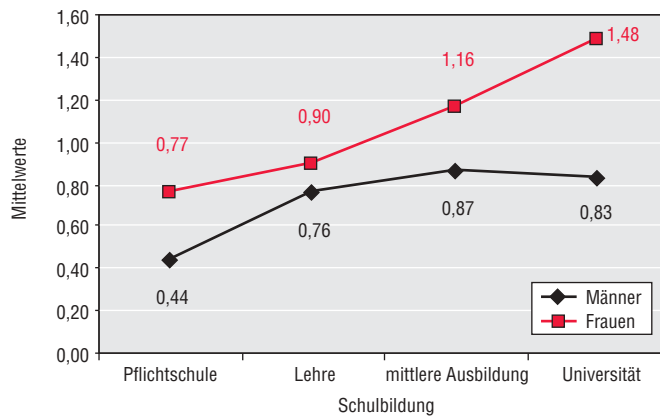


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Anwendung komplementärmedizinischer Behandlungen nimmt mit steigender Schulbildung stark zu, und dies bei den Frauen stärker als bei den Männern. Es muss hier festgehalten werden, dass der Bil-

dingsgrad unter den untersuchten Faktoren dieser Studie jener ist, der am stärksten mit der Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Therapien korreliert.

Grafik 7: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)

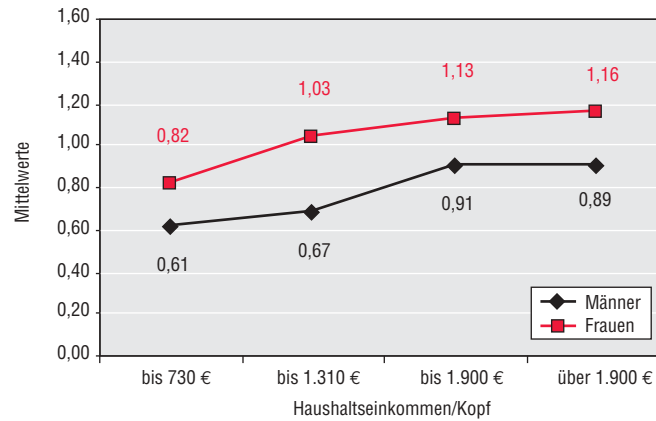


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine leichte Zunahme der Anwendung komplementärmedizinischer Behandlungen mit steigendem Haushaltseinkommen zeigt die nächste Grafik. Dieser Zusammenhang ist teilweise auf die durchschnittlich hö-

here Bildung oberer Einkommensgruppen zurückzuführen. Die Einkommensverhältnisse dürften somit kein erstrangiger Faktor für die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen sein.

Grafik 8: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ebenso wie die vorhergehende Grafik zeigt die folgende Tabelle eine nur moderate Zunahme in der Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen mit einer zunehmend besseren finanziellen La-

ge. Auch dieser Zusammenhang ist teilweise dem höheren Bildungsgrad der finanziell besser gestellten Gruppen zuzuschreiben.

Tabelle 7: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach finanzieller Lage und Geschlecht (Mittelwerte)

finanzielle Lage	Männer	Frauen
sehr gut	0,76	1,19
es reicht	0,72	0,95
sehr knapp	0,71	0,98
gesamt	0,73	1,01

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Personen mit einem durchschnittlich ausgeprägten Kohärenzsinn (SOC) zeigen die vergleichsweise größte Bereitschaft zur Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Verfahren. Ein hoher Kohärenzsinn ist bei Frauen und Männern mit einer deutlich geringeren Anwendung komplementärmedizinischer Be-

handlungen verbunden. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Personen mit sehr hohem Kohärenzsinn Probleme haben, alternative Methoden, die mit der vorherrschenden klassischen Medizin nicht immer zu vereinbaren bzw. schwer vereinbar sind, zu akzeptieren.

Tabelle 8: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Kohärenzsinn und Geschlecht (Mittelwerte)

Kohärenzsinn	Männer	Frauen
niedrig	0,71	1,05
mittel	0,80	1,07
hoch	0,67	0,91
gesamt	0,74	1,02

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung und der Anzahl der chronischen Erkrankungen nimmt die Anwendung komplementärmedizinischer Behandlungen erheblich zu. Frauen ohne eine chronische Erkrankung haben eine größere Bereitschaft zur Anwendung

komplementärmedizinischer Therapien als Männer ohne chronische Krankheit. Bei Vorliegen von zwei oder mehr chronischen Krankheiten verschwindet dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 9: Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Behandlungen nach Anzahl chronischer Krankheiten und Geschlecht (Mittelwerte)

Anzahl chronischer Krankheiten	Männer	Frauen
keine	0,59	0,86
eine	0,98	1,38
zwei oder mehr	1,39	1,34
gesamt	0,74	1,01

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

6.2.2 Anwendung homöopathischer Arzneien

Homöopathische Arzneien werden von jeder vierten Frau, aber nur von jedem sechsten Mann angewendet. Die größte Bereitschaft zur Anwendung besteht in der

Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen, in welcher jede dritte Frau und jeder fünfte Mann homöopathische Mittel verwendet.

Tabelle 10: Anwendung homöopathischer Mittel nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Männer	Frauen
16-24	12,7	21,6
25-44	21,9	33,4
45-59	11,6	21,1
60-74	11,7	22,3
75+	11,9	17,7
gesamt	16,1	25,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Anwendung homöopathischer Arzneien ist ein Charakteristikum der oberen Bildungsschichten. Nur 10 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen mit

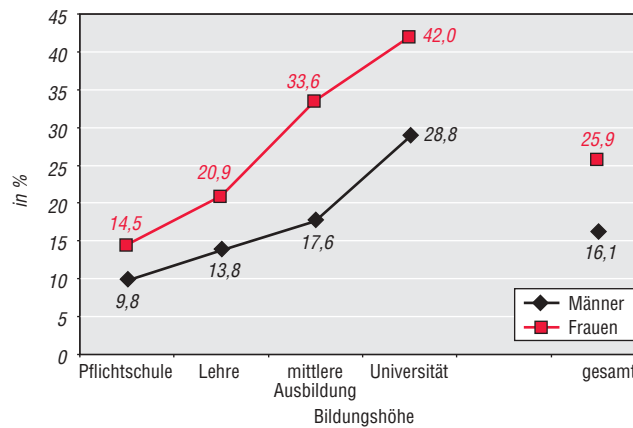
Pflichtschulbildung verwenden homöopathische Mittel, unter den Akademikern und Akademikerinnen sind es jedoch jeweils dreimal so viele.

Tabelle 11: Anwendung homöopathischer Mittel nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Männer	Frauen
Pflichtschule	9,8	14,5
Lehre	13,8	20,9
mittlere Ausbildung	17,6	33,6
Universität	28,8	42,0
gesamt	16,1	25,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 9: Anwendung homöopathischer Mittel nach Schulbildung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit steigendem Haushaltseinkommen werden homöopathische Mittel etwas häufiger eingesetzt, vor allem bei den Frauen. Dieser Zusammenhang ist jedoch zum Teil auf das durchschnittlich höhere Bildungsniveau

der höheren Einkommensgruppen zurückzuführen. Oder anders formuliert: Das Einkommen ist kein bedeutsamer Faktor für die Anwendung homöopathischer Arzneien.

Tabelle 12: Anwendung homöopathischer Mittel nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (in %)

Haushaltseinkommen/Kopf	Männer	Frauen
bis 730 €	15,1	19,9
bis 1.310 €	15,4	27,4
bis 1.900 €	17,8	28,4
über 1.900 €	17,9	26,2
gesamt	16,5	26,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

6.2.3 Anwendung von Massagen

Jede vierte Frau und jeder fünfte Mann hat im vergangenen Jahr Massagen erhalten. Am häufigsten werden sie von Männern und Frauen der Altersgrup-

pe der 45- bis 59-Jährigen in Anspruch genommen, und zwar von jeder dritten Frau und jedem vierten Mann. Jedoch bereits bei den 16- bis 24jährigen erhalten 14 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer Massagen.

Tabelle 13: Anwendung von Massagen nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Männer	Frauen
16–24	8,5	13,5
25–44	22,2	24,0
45–59	25,3	35,6
60–74	18,0	28,3
75+	15,1	20,8
gesamt	20,2	26,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grundsätzlich nimmt die Anwendungshäufigkeit von Massagen mit dem Bildungsgrad deutlich zu. Nur die männlichen Akademiker fallen hier mit kleinen Wer-

ten, die zwischen jenen der Pflichtschul- und Lehrabsolventen liegen, aus der Ordnung.

Tabelle 14: Anwendung von Massagen nach Schulbildung und Geschlecht (in %)

Schulbildung	Männer	Frauen
Pflichtschule	11,6	19,8
Lehre	22,6	25,5
mittlere Ausbildung	24,5	29,3
Universität	16,0	33,4
gesamt	20,2	26,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

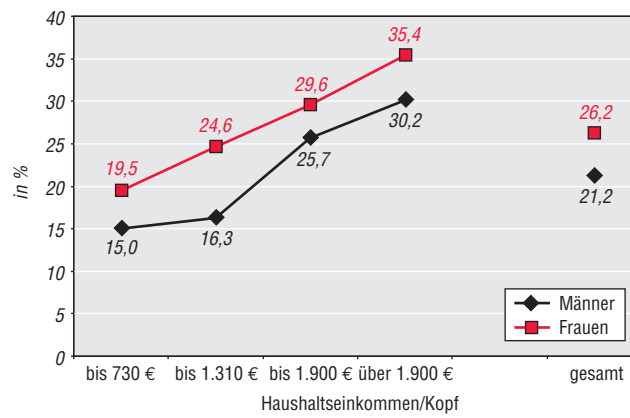
Auch mit steigendem Haushaltseinkommen ist ein großer Anstieg der Anwendungshäufigkeit von Massagen zu diagnostizieren. Dieser starke Zusammenhang kann nicht nur auf einen mit dem Einkommen durchschnitt-

lich steigenden Bildungsgrad zurückgeführt werden, sondern zeigt an, dass darüber hinaus ein geringes Einkommen eine Barriere für die Inanspruchnahme von Massagen sein dürfte.

Tabelle 15: Anwendung von Massagen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (in %)

Haushaltseinkommen/Kopf	Männer	Frauen
bis 730 €	15,0	19,5
bis 1.310 €	16,3	24,6
bis 1.900 €	25,7	29,6
über 1.900 €	30,2	35,4
gesamt	21,2	26,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10: Anwendung von Massagen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (in %)

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**VII.
AKTIVITÄT UND
REGENERATIVES VERHALTEN**

***WORK AND RECREATIONAL
BEHAVIOUR***

7	AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN	205
7.1	BERUFLICHE AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN	205
7.1.1	Regeneratives Verhalten – Schlafverhalten	206
7.1.2	Berufliche Aktivität	210
7.1.3	Regenerationsbedürfnis bei Berufstätigen	213
7.2	SOZIALKONTAKTE UND SOZIALES NETZ	218
7.2.1	Soziales Netz	220
7.3	GESELLSCHAFTLICHE AKTIVITÄT	224
7.3.1	Politisches Engagement	225
7.3.2	Teilnahme an Demonstrationen	229

7 AKTIVITÄT UND REGENERATIVES VERHALTEN

7.1 Berufliche Aktivität und regeneratives Verhalten

Zusammenfassung

Gut zwei Drittel der Befragten bekommen meistens ausreichend **Schlaf**. Vor allem die jüngeren Menschen weisen einen Lebensstil auf, bei dem sie nach ihrer eigenen Einschätzung nicht ausreichend schlafen. Dazu trägt nicht nur das Freizeitverhalten bei, sondern auch die Anforderungen des Berufs- und Familienlebens. Während in der jüngsten Altersgruppe nur jede/r Zweite meistens ausreichend schläft, nimmt dieser Anteil mit dem Alter zu und erreicht im jüngeren Pensionsalter die höchsten Werte, nämlich bei den Männern 95 Prozent, bei den Frauen 83 Prozent. Bei den Männern wie bei den Frauen schlafen drei von vier Personen ausreichend, wenn sie nur selten ein hohes Arbeitspensum bewältigen müssen. Bei hoher Arbeitsbelastung schläft nur mehr jeder zweite Mann und jede zweite Frau meistens ausreichend und sogar jeder bzw. jede Zehnte schläft kaum jemals oder nie ausreichend. Das Ergebnis legt nahe, dass ein hohes Arbeitspensum für viele Menschen mit einem ausreichenden Schlaf und Erholung nur schwer zu vereinbaren ist. Ein weiterer zugrundeliegender Faktor für Defizite im Schlafverhalten sind Anforderungen durch Kindererziehung. Nur ca. 55 Prozent der Männer und Frauen in Haushalten mit Kindern bekommen meistens ausreichend Schlaf. In kinderlosen Haushalten sind es hingegen etwa 75 Prozent.

Bei Männern nimmt die durchschnittliche wöchentliche **Arbeitszeit** und damit die berufliche Aktivität mit dem Lebensalter deutlich zu. Frauen weisen generell eine um ca. 9 Stunden geringere wöchentliche Arbeitszeit als Männer auf. Dieser Unterschied dürfte auf die bei Frauen größere Belastung durch die Kinderbetreuung zurückzuführen sein. Auffällig ist, dass dennoch die Arbeitszeit der Frauen im reproduktiven Alter (Altersgruppe 25 bis 44 Jahre) etwas höher ist als jene bei den 45- bis 59-jährigen Frauen.

Summary: Work and Recreational Behaviour

*More than two thirds of the sample normally get enough **sleep**. Young people in particular said they had a lifestyle due to which they do not sleep enough. This is not only due to leisure activities, but also to the demands of work and family life. While in the youngest age group, only one in two get enough sleep, this proportion increases and reaches its high with early retirement age – 95 percent for men and 83 percent for women. Three in four of both genders sleep enough if they do not often have a high workload. Only one in two men and women with a high workload normally get enough sleep, and some ten percent say they hardly ever sleep enough. This result indicates that a high workload makes it difficult for many people to get enough sleep and to have time for recreation. Another reason for a lack of sleep is having children. Only approx. 55 percent of men and women who live in households with children normally get enough sleep, while in households without children, the figure is 75 percent.*

*For men, the average **working time** per week and therefore the energy invested in working increase significantly with age. Women generally work 9 hours less per week than men. This difference is probably due to the higher burden childcare places on women. Interestingly, the average working time is still slightly higher for women of reproductive age (25 to 44 years) than for women in the 45 to 59 age group.*

Die Bereitschaft für einen überdurchschnittlichen Arbeitseinsatz ist in besser bezahlten und in höheren beruflichen Positionen größer als in den unteren, was nicht zuletzt mit den besseren Arbeitsbedingungen (Gestaltungsspielraum, Verantwortungen, Einkommen, Ansehen, etc.) in Zusammenhang stehen dürfte, denn eine in großem Maße gegebene Möglichkeit der Selbstbestimmung des Tagesarbeitsplanes ist vor allem bei den Männern mit einer überdurchschnittlich hohen Arbeitszeit assoziiert.

Das häufige **Bedürfnis früh schlafen zu gehen** und damit eine negative Bilanz aus Anforderungen und Ressourcen tritt bei Personen aus einkommensarmen Haushalten rund doppelt so oft auf als bei Mitgliedern der höchsten Haushaltseinkommensgruppe. Eine lange Arbeitszeit und eine hohe Arbeitsbelastung sind oft mit einem Mangel an ausreichendem Schlaf verbunden. Als eine wichtige Ressource für eine ausgewogene Anforderungs-Ressourcen-Bilanz erweist sich ein gutes soziales Netz, d. h. ausreichend tragfähige Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten. Männer und Frauen mit ausgeprägtem sozialen Netz haben nur halb so oft ein häufiges Bedürfnis nach der Arbeit schlafen zu gehen als Personen mit einem schwachen sozialen Netz.

Persons in higher and better paid positions are more prepared to work more than the average than people in lower position, which is probably largely due to better working conditions (higher autonomy, responsibility, income, recognition, etc.), for particularly for men, a high degree of self-determination at the work place concerning task schedules and hours is associated with above-average working hours.

*Persons from low-income households **feel the need to go to bed early** twice as often than persons in the highest income segment – thus having a negative balance of demands and personal resources. Long working hours and a high workload are often linked to a lack of sleep. An important resource for a balanced demand-resource ratio is an extensive social network, i.e. sufficiently stable contacts with relatives, friends and the community. The percentage of men and women with an extensive social network who frequently want to go to sleep directly after work is only half as high as among persons with a poor social network.*

In diesem Abschnitt werden zwei Aspekte des individuellen Gleichgewichts zwischen aktivem Verhalten bzw. Anforderungen und regenerativem Verhalten bzw. Ressourcen der Erholung dargestellt. Aufgrund der mangelhaften Datenlage muss sich die Analyse auf einzelne Aspekte dieser Anforderungs-Ressourcen-Bilanz beschränken. Zuerst untersuchen wir das Schlafverhalten als Indikator für das Erholungsverhalten, danach den beruflichen Aktivitätsgrad mittels der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit sowie das Erholungsbedürfnis unter berufstätigen Personen als Aspekte des individuellen Aktivitätsgrades.

7.1.1 Regeneratives Verhalten – Schlafverhalten

Gut zwei Drittel der Befragten bekommen meistens ausreichend Schlaf. Vor allem die jüngeren Menschen

weisen einen Lebensstil auf, bei dem sie nach ihrer eigenen Einschätzung nicht ausreichend schlafen. Dazu trägt nicht nur das Freizeitverhalten bei, sondern auch die Anforderungen des Berufs- und Familienlebens, wie die nachfolgenden Tabellen illustrieren.

Während in der jüngsten Altersgruppe nur jede/r Zweite meistens ausreichend schläft, nimmt dieser Anteil mit dem Alter zu und erreicht im jüngeren Pensionsalter die höchsten Werte, nämlich bei den Männern 95 Prozent, bei den Frauen 83 Prozent. Bis ca. zum 59. Lebensjahr geben Frauen etwas häufiger als Männer an, ausreichend Schlaf zu bekommen. Ab dem sechzigsten Lebensjahr schlafen Männer deutlich öfter ausreichend als Frauen. 95 Prozent der 60- bis 74-Jährigen und 88 Prozent der über 74 jährigen Männer bekommen meistens ausreichend Schlaf. Frauen dieser Altersgruppen liegen jeweils um rund 10 Prozentpunkte unter den

Männern. 41 Prozent der 16- bis 24-jährigen Frauen bekommen im Vergleich zu 37 Prozent der Männer dieser Altersgruppe nicht oft genug ausreichend Schlaf und sogar 16 Prozent der 16- bis 24-jährigen Männer bekommen kaum jemals bzw. nie genug Schlaf, wäh-

rend es bei den jungen Frauen nur 8 Prozent sind. Die Prozentsätze all jener Frauen und Männer, die kaum jemals genug bzw. nie genug Schlaf bekommen, sind jedoch in allen anderen Altersgruppen sehr gering und liegen meist deutlich unter 7 Prozent.

Tabelle 1: Schlafverhalten nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
16–24	47,5	37,0	15,5
25–44	61,7	32,0	6,3
45–59	76,5	20,4	3,1
60–74	94,6	3,9	1,5
75+	87,9	10,4	1,7
gesamt	70,1	24,2	5,7
Frauen			
16–24	50,2	41,4	8,4
25–44	64,3	30,4	5,3
45–59	72,7	22,2	5,0
60–74	82,5	11,9	5,6
75+	77,0	16,2	6,8
gesamt	69,0	25,2	5,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Je höher das Nettoeinkommen eines Haushalts ist, um so häufiger schlafen die Mitglieder dieses Haushalts ausreichend. Während in der untersten Einkommensgruppe ca. 60 Prozent ausreichend schlafen, sind es in

der obersten bereits drei von vier Personen. Ein Teil dieses Anstiegs ist auf altersassoziierte Faktoren zurückzuführen, denn den oberen Einkommenschichten gehören mehr alte Menschen an als den unteren.

Tabelle 2: Schlafverhalten nach Haushaltseinkommen und Geschlecht

Haushaltseinkommen/ Kopf	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
bis 730 €	61,6	33,4	5,0
bis 1.310 €	70,2	22,9	7,0
bis 1.900 €	72,4	23,4	4,2
über 1.900 €	76,5	18,2	5,3
gesamt	70,6	23,8	5,6
Frauen			
bis 730 €	58,0	33,4	8,7
bis 1.310 €	67,2	27,0	5,8
bis 1.900 €	72,6	23,2	4,2
über 1.900 €	75,7	20,5	3,8
gesamt	67,9	26,4	5,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Bei den Männern wie bei den Frauen schlafen drei von vier Personen ausreichend, wenn sie nur selten ein hohes Arbeitspensum bewältigen müssen. Bei hoher Arbeitsbelastung schläft nur mehr jeder zweite Mann und jede zweite Frau meistens ausreichend und sogar jeder

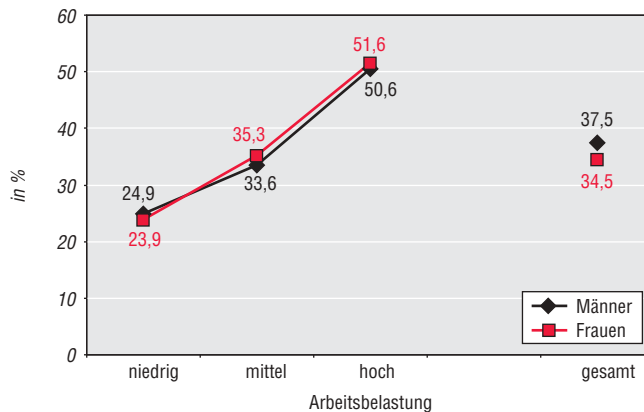
bzw. jede Zehnte schläft kaum jemals oder nie ausreichend. Das Ergebnis legt nahe, dass ein hohes Arbeitspensum für viele Menschen mit einem ausreichenden Schlaf und Erholung nur schwer zu vereinbaren ist.

Tabelle 3: Schlafverhalten nach Arbeitsbelastung und Geschlecht

Arbeitsbelastung	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
niedrig	75,1	20,6	4,3
mittel	66,4	28,7	4,9
hoch	49,4	40,0	10,6
gesamt	62,4	30,7	6,8
Frauen			
niedrig	76,0	21,5	2,4
mittel	64,7	30,7	4,6
hoch	48,5	41,9	9,7
gesamt	65,5	29,6	4,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 1: Schlafdefizite nach Arbeitsbelastung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein weiterer zugrundeliegender Faktor für Defizite im Schlafverhalten sind Anforderungen durch Kindererziehung. Nur ca. 55 Prozent der Männer und Frauen in

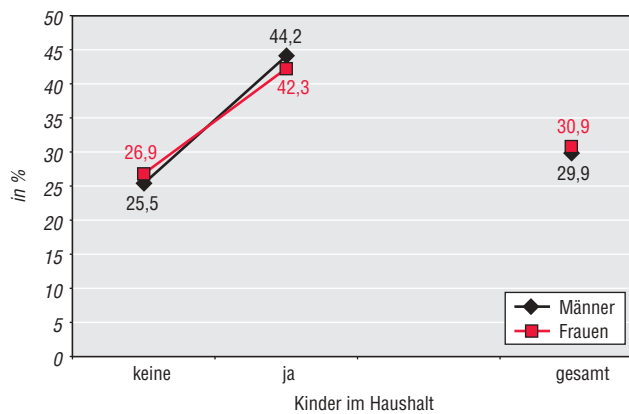
Haushalten mit Kindern bekommen meistens ausreichend Schlaf. In kinderlosen Haushalten sind es dagegen etwa 75 Prozent.

Tabelle 4: Schlafverhalten nach Kindern im Haushalt und Geschlecht

Kinder im Haushalt	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
keine	74,5	20,5	5,0
ja	55,8	36,3	7,9
gesamt	70,1	24,2	5,7
Frauen			
keine	73,2	21,5	5,4
ja	57,7	35,5	6,8
gesamt	69,0	25,2	5,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 2: Schlafdefizite nach Kindern im Haushalt und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit zunehmendem Kohärenzsinn (SOC) nimmt die Häufigkeit ausreichenden Schlafes markant zu. Die

Anteile sind bei Männern und Frauen vergleichbar groß.

Tabelle 5: Schlafverhalten nach Kohärenzsinn und Geschlecht

Kohärenzsinn	Bekommen Sie ausreichend Schlaf? (in %)		
	ja, meistens	nicht oft genug	nein, kaum jemals bzw. nie
Männer			
niedrig	47,5	37,0	15,5
mittel	61,7	32,0	6,3
hoch	76,5	20,4	3,1
gesamt	70,1	24,2	5,7
Frauen			
niedrig	50,2	41,4	8,4
mittel	64,3	30,4	5,3
hoch	72,7	22,2	5,0
gesamt	69,0	25,2	5,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.1.2 Berufliche Aktivität

Die folgenden Analysen versuchen, die Bereitschaft Anforderungen zu bewältigen bzw. den Aktivitätsgrad einer Person im Bereich des Arbeitslebens einzuschätzen. Wir beschränken uns deshalb auf berufstätige Personen im Alter von 16 bis 59 Jahren, da in einem höheren Alter nur mehr ein kleiner Teil der Bevölkerung aktiv im Berufsleben steht. Als aussagekräftigsten Indikator für das Ausmaß der beruflichen Aktivität verwenden wir die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit. Dieser Indikator enthält zugleich implizit den Beschäftigungsgrad (voll-, teilzeit-

oder geringfügig beschäftigt), der ein weiteres Kriterium der beruflichen Aktivität darstellt.

Bei Männern nimmt die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und damit die berufliche Aktivität mit dem Lebensalter deutlich zu. Frauen weisen generell eine um ca. 9 Stunden geringere wöchentliche Arbeitszeit als Männer auf. Dieser Unterschied dürfte auf die bei Frauen größere Belastung durch die Kinderbetreuung zurückzuführen sein. Auffällig ist, dass dennoch die Arbeitszeit der Frauen im reproduktiven Alter (Altersgruppe 25 bis 44 Jahre) etwas höher ist als jene der 45- bis 59-jährigen Frauen.

Tabelle 6: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)

Alter (Jahre)	Männer	Frauen
16–24	38,89	35,91
25–44	45,64	37,12
45–59	47,43	36,22
gesamt	45,44	36,74

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit zunehmendem Haushaltseinkommen wird auch mehr gearbeitet. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei Männern und Frauen. Diesem Ergebnis liegen zwei gegenläufige Kausalbeziehungen zugrunde. Einerseits

führt eine höhere Arbeitszeit zu mehr Einkommen, andererseits ist die Motivation zur Ausübung besser bezahlter Tätigkeiten größer, weshalb in solchen Arbeitsverhältnissen auch lieber länger gearbeitet wird.

Tabelle 7: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)

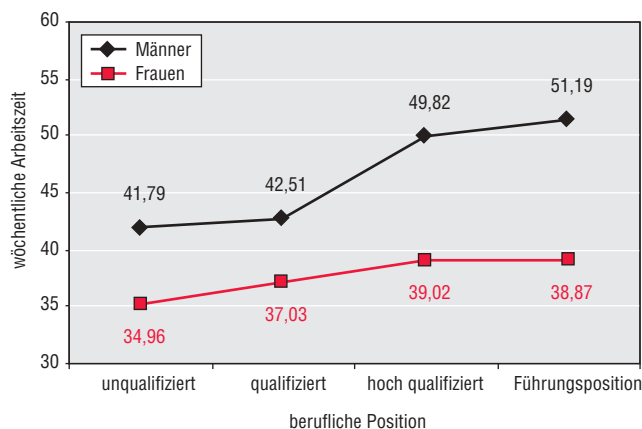
Haushaltseinkommen/Kopf	Männer	Frauen
bis 730 €	38,34	31,84
bis 1.310 €	43,84	34,95
bis 1.900 €	46,84	38,24
über 1.900 €	50,74	41,91
gesamt	45,51	36,74

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nimmt mit der Höhe der beruflichen Position zu, und dies ausgeprägter bei den Männern als bei den Frauen. Hoch qualifizierte und in Führungspositionen tätige Männer arbeiten durchschnittlich ca. 50 Stunden, während weniger hoch qualifiziert tätige Männer eine Arbeitszeit von

etwa 42 Stunden aufweisen. Die Bereitschaft für einen überdurchschnittlichen Arbeitseinsatz ist somit in höheren beruflichen Positionen größer als in den unteren, was nicht zuletzt mit den besseren Arbeitsbedingungen (Gestaltungsspielraum, Verantwortung, Einkommen, Ansehen, etc.) in Zusammenhang stehen dürfte.

Grafik 3: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach beruflicher Position und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Der Zusammenhang zwischen einer hohen Arbeitszufriedenheit und der Bereitschaft zu hoher beruflicher Aktivität zeigt sich bei den Männern sehr deutlich im Anstieg der geleisteten Arbeitszeit mit der Arbeitszu-

friedenheit, aber auch bei den Frauen ist dieser Zusammenhang ersichtlich. Hoch mit ihrer Arbeit zufriedene Männer arbeiten ca. vier Stunden pro Woche länger als wenig zufriedene.

Tabelle 8: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)

Arbeitszufriedenheit	Männer	Frauen
niedrig	43,77	35,90
mittel	44,39	36,69
hoch	47,59	37,42
gesamt	45,36	36,73

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer in Haushalten mit zwei oder mehr Personen arbeiten ca. eine Stunde pro Woche länger als allein wohnende Männer. Bei den Frauen verhält es sich umgekehrt. Allein lebende Frauen arbeiten mit fast 40

Stunden pro Woche am längsten, dagegen sind Frauen in Haushalten mit über zwei Personen, also vor allem in Familien mit Kindern, deutlich weniger lang beruflich tätig, nämlich ca. 35 Stunden pro Woche.

Tabelle 9: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Anzahl der Personen im Haushalt und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)

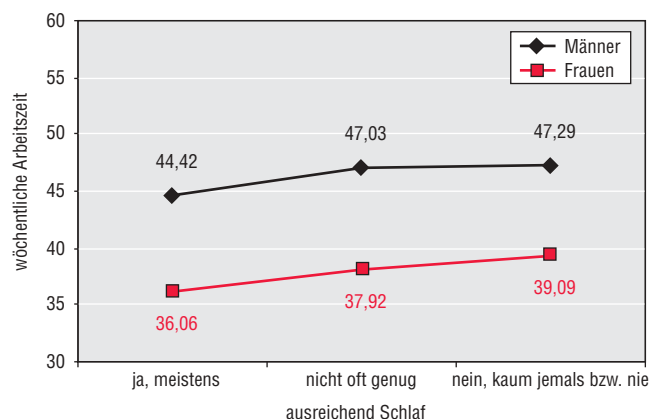
Personen im Haushalt	Männer	Frauen
1 Person	44,54	39,53
2 Personen	45,95	38,02
über 2 Personen	45,44	34,53
gesamt	45,43	36,74

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine hohe Arbeitszeit ist oft mit einem Mangel an ausreichendem Schlaf verbunden. Beruflich überdurchschnittlich aktive Männer sowie Frauen schlafen nach

ihrer eigenen Einschätzung nicht oft genug ausreichend. Das Gleichgewicht zwischen Aktivität und Erholung dürfte in diesen Fällen häufig nicht gegeben sein.

Grafik 4: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach ausreichendem Schlaf und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)

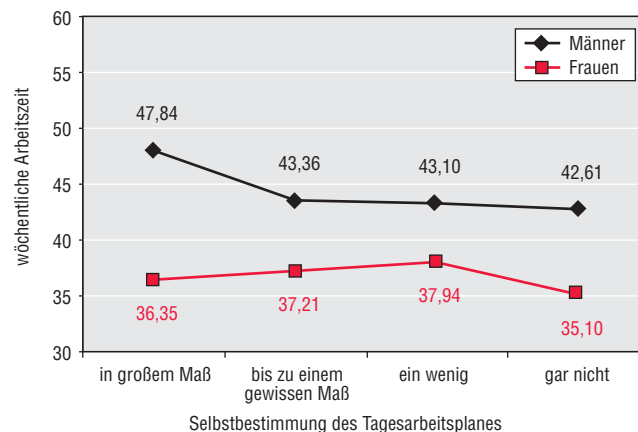


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine in großem Maße gegebene Möglichkeit der Selbstbestimmung des Tagesarbeitsplanes ist vor allem bei den Männern mit einer überdurchschnittlich hohen Arbeitszeit verbunden. Die kleinste wöchentliche Arbeitszeit

weisen Personen auf, die ihre Arbeitseinteilung überhaupt nicht bestimmen können. Wieder zeigt sich, dass eine zufrieden stellende Arbeitssituation für die Bereitschaft zu hohem Arbeitseinsatz grundlegend ist.

Grafik 5: Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit nach Selbstbestimmung des Tagesarbeitsplanes und Geschlecht (Mittelwerte in Stunden, nur Personen im Alter bis 59 Jahre)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.1.3 Regenerationsbedürfnis bei Berufstätigen

Die folgenden Tabellen beschreiben die Häufigkeit des Bedürfnisses früh ins Bett zu gehen und zu schlafen nach einem Arbeitstag bei berufstätigen Wienern und Wienerinnen im Alter zwischen 16 und 59 Jahren. Diese Frage dient hier als Indikator für eine defizitäre Bilanz aus Arbeitsanforderungen und den der Person verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen.

Etwa die Hälfte der Männer hat oft oder gelegentlich und die andere Hälfte selten oder nie das Bedürfnis

früh schlafen zu gehen. Unter den Frauen ist der Anteil jener, die oft oder gelegentlich früh ins Bett gehen möchten mit 60 Prozent etwas höher als bei den Männern. Die Anteile bleiben bei den Männern über die drei Altersgruppen verhältnismäßig konstant. Bei den Frauen haben vor allem die 25- bis 44-Jährigen mit 33 Prozent ein erhöhtes Schlafbedürfnis gegenüber den jüngeren (16 Prozent) und älteren (23 Prozent). Dies könnte teilweise auf die Doppelbelastung von Kindererziehung und Berufstätigkeit zurückzuführen sein.

Tabelle 10: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Alter und Geschlecht*

Alter (Jahre)	Bedürfnis früh ins Bett zu gehen (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
16–24	17,7	33,6	28,9	19,8
25–44	16,5	28,6	28,6	26,2
45–59	15,7	28,1	30,0	26,2
gesamt	16,4	29,0	29,1	25,5
Frauen				
16–24	15,5	37,6	24,3	22,7
25–44	32,1	29,9	20,3	17,8
45–59	23,3	30,4	17,8	28,5
gesamt	28,0	30,6	19,8	21,6

* Berufstätige und Alter < 60 Jahre.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das häufige Bedürfnis früh ins Bett zu gehen und damit eine negative Bilanz aus Anforderungen und Ressourcen tritt bei Personen aus einkommensarmen Haushalten rund doppelt so oft auf als bei Mitgliedern der

höchsten Haushaltseinkommensgruppe. Jede dritte Frau und jeder vierte Mann der untersten Einkommensschicht ist davon betroffen.

Tabelle 11: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Haushaltseinkommen und Geschlecht*

Haushalts-einkommen/Kopf	Bedürfnis früh ins Bett zu gehen (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
bis 730 €	22,5	27,3	27,8	22,4
bis 1.310 €	18,7	28,9	25,9	26,5
bis 1.900 €	14,6	30,5	29,5	25,4
über 1.900 €	10,5	27,4	33,0	29,0
gesamt	16,2	29,0	28,7	26,1
Frauen				
bis 730 €	33,5	35,0	18,4	13,1
bis 1.310 €	30,1	29,8	19,2	21,0
bis 1.900 €	29,1	30,4	17,7	22,8
über 1.900 €	17,8	34,8	24,0	23,5
gesamt	28,5	31,2	19,1	21,2

* Berufstätige und Alter < 60 Jahre.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein wichtiger Faktor für ein oft auftretendes Bedürfnis früh ins Bett zu gehen und zu schlafen ist die Belastung durch ein hohes Arbeitspensum. Eine hohe Arbeitsbe-

lastung erhöht dieses Bedürfnis bei Männern auf das Dreifache, bei den Frauen, die grundsätzlich schon höhere Werte aufweisen, auf das Zweieinhalbfache.

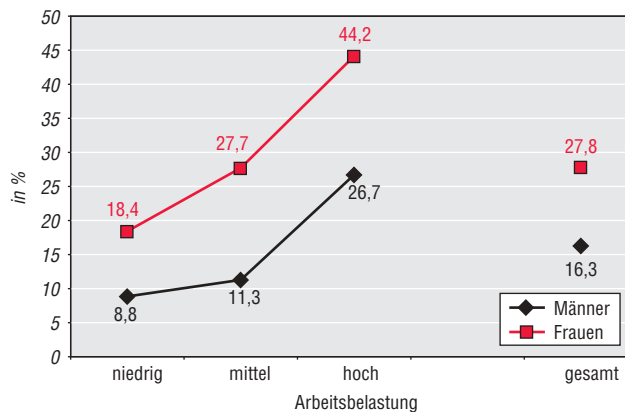
Tabelle 12: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Arbeitsbelastung und Geschlecht*

Arbeitsbelastung	Bedürfnis früh ins Bett zu gehen (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
niedrig	8,8	20,3	34,3	36,6
mittel	11,3	31,4	31,7	25,6
hoch	26,7	33,1	22,7	17,5
gesamt	16,3	29,2	29,0	25,5
Frauen				
niedrig	18,4	28,4	23,3	29,9
mittel	27,7	34,9	19,9	17,5
hoch	44,2	28,4	13,9	13,5
gesamt	27,8	30,6	19,9	21,7

* Berufstätige und Alter < 60 Jahre.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 6: Anteil der Personen, die oft früh ins Bett gehen nach Arbeitsbelastung und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein häufiges hohes Schlafbedürfnis nach Arbeitstagen bedeutet für viele Menschen auch eine geringe Lebensqualität. Nur jeder zehnte Mann mit einer hohen subjektiven Lebensqualität hat oft ein Schlafbedürfnis

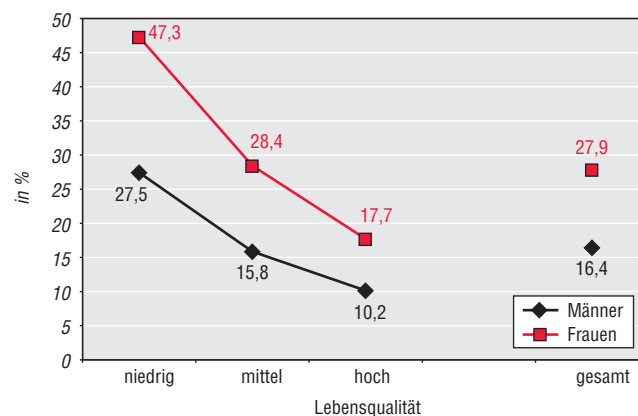
nach der Arbeit, dagegen fast jeder dritte Mann mit einer niedrigen Lebensqualität. Sogar jede zweite Frau mit kleinen Lebensqualitätswerten möchte oft nach der Arbeit schlafen gehen.

Tabelle 13: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach Lebensqualität und Geschlecht*

Lebensqualität	Bedürfnis früh ins Bett zu gehen (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
niedrig	27,5	26,4	28,5	17,6
mittel	15,8	32,0	29,5	22,7
hoch	10,2	26,5	29,3	33,9
gesamt	16,4	29,0	29,2	25,4
Frauen				
niedrig	47,3	29,6	13,4	9,7
mittel	28,4	31,3	21,7	18,6
hoch	17,7	30,6	20,8	31,0
gesamt	27,9	30,7	19,7	21,7

* Berufstätige und Alter < 60 Jahre

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 7: Anteil der Personen, die oft früh ins Bett gehen nach Lebensqualität und Geschlecht (in %)

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Als eine wichtige Ressource für eine ausgewogene Anforderungs-Ressourcen-Bilanz erweist sich ein gutes soziales Netz, d. h. ausreichend tragfähige Kontakte zu Verwandten, FreundInnen und Bekannten. Männer

und Frauen mit ausgeprägtem sozialen Netz haben nur halb so oft ein häufiges Bedürfnis nach der Arbeit schlafen zu gehen als Personen mit einem schwachen sozialen Netz.

Tabelle 14: Das Bedürfnis früh ins Bett zu gehen nach sozialem Netz und Geschlecht*

soziales Netz	Bedürfnis früh ins Bett zu gehen (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
Männer				
niedrig	19,7	29,6	29,0	21,7
mittel	16,6	29,6	26,8	27,1
hoch	8,0	27,4	34,0	30,6
gesamt	16,2	29,1	29,2	25,5
Frauen				
niedrig	34,4	31,8	17,8	15,9
mittel	25,1	27,4	22,3	25,3
hoch	17,5	34,8	19,1	28,5
gesamt	27,9	30,6	19,8	21,7

* Berufstätige und Alter < 60 Jahre.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.2 Sozialkontakte und soziales Netz

Zusammenfassung

Sowohl 70 Prozent der Frauen wie der Männer geben an, im Hinblick auf ihre Gesundheit familiäre und freundschaftliche Kontakte zu unterhalten. Der Anteil ist unter allen Altersgruppen etwa gleich groß, nur unter den jungen und ältesten Menschen sind es einige Prozentpunkte weniger. Aus den beiden oberen Bildungsschichten halten mehr Personen Kontakt zu Familie, Freunden, Freundinnen und Bekannten als Männer und Frauen, deren höchster Bildungsgrad ein Lehrabschluss ist. Mit zunehmend besserer finanzieller Lage wird auch öfter Kontakt zu Familie, Freunden, Freundinnen und Bekannten gehalten.

Die Analyse des sozialen Netzes nach dem Lebensalter zeigt, dass die jüngste Gruppe bei beiden Geschlechtern die höchsten Ausprägungen des sozialen Netzes aufweist. Im mittleren Lebensalter (25 bis 74 Jahre) bleibt das soziale Netz ungefähr konstant und bei Männern und Frauen gleich stark ausgeprägt. Ein deutlicher Rückgang sozialer Beziehungen ist in der höchsten Altersgruppe der älteren Pensionisten zu beobachten. Die Ausprägung sozialer Netzwerke nimmt mit der Zugehörigkeit zu einer höheren Sozialschicht zu. Menschen aus Haushalten mit hohem Einkommen haben ein stärker entwickeltes soziales Netz als solche aus den beiden unteren Einkommensgruppen. Ihnen stehen somit neben besseren materiellen Ressourcen auch mehr soziale Gesundheitsressourcen zur Verfügung als den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen. Je größer die Arbeitszufriedenheit einer Person ist, desto ausgeprägter ist ihr soziales Netz.

Summary: Social Contacts and Social Network

70 percent of both men and women keep in contact with their family and friends, and also see this as a health resource. The percentage varies little between the age groups; only the youngest and oldest age groups have slightly lower figures. Members of the two highest educational strata have more and closer contacts with their family, friends, and the community than men and women with an apprenticeship as their highest level of education. A better financial situation also correlates positively with more frequent contacts with family, friends and the community.

An analysis of age groups shows that the youngest age group has the most extensive social networks. This holds true for both genders. Between ages 25 and 74, the social network remains relatively stable and equally strong for both men and women. Social contacts decline significantly in the oldest age group. Social networks are more extensive in the higher social strata. Persons living in high-income households have a more extensive social network than persons in the two lower income brackets. They therefore not only have better material resources, but also more social health resources than the low income segments. Social networks also become more extensive with higher job satisfaction.

Die persönlichen gesundheitsbezogenen Normen und Verhaltensweisen unterscheiden sich erheblich nach den sozialen Lagen und Schichten, nach welchen eine Person zuzuordnen ist. Dazu trägt wesentlich bei, dass diese Verhaltensweisen durch Interaktionsprozesse im sozialen Umfeld entstehen, speziell in zwischenmenschlichen Beziehungen, z. B. in der Partnerbeziehung, der Familie, im Beruf oder bei anderen Formen

des sozialen Umgangs. Abgesehen davon, dass sich soziale Beziehungen unmittelbar positiv auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken, kommt ihnen große emotionale und instrumentelle Bedeutung hinsichtlich der Bewältigung von persönlichen und sozialen Belastungen bzw. Problemen zu. Die emotionale Bedeutung beruht wesentlich auf der Bezeugung von Akzeptanz und Mitgefühl sowie auf sinnstiftender, Selbstvertrau-

en und Selbstwertgefühl fördernder Kommunikation. Das Ausmaß an zwischenmenschlichen Beziehungen, welches eine Person besitzt, wird durch den Begriff des „sozialen Netzes“ beschrieben, der den nachfolgenden Analysen zugrunde liegt.

Im ersten Abschnitt wird untersucht, wer den Kontakt zu Familie, FreundInnen und Bekannten aufrecht er-

hält, um – nach eigenen Angaben – gesund zu bleiben oder die Gesundheit zu verbessern. Sowohl 70 Prozent der Frauen wie der Männer geben an, im Hinblick auf ihre Gesundheit familiäre und freundschaftliche Kontakte zu unterhalten. Der Anteil ist unter allen Altersgruppen etwa gleich groß, nur unter den jungen und ältesten Menschen sind es einige Prozentpunkte weniger.

Tabelle 15: Kontakt zu Familie, Freunden und Bekannten nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Männer	Frauen
16–24	65,1	63,3
25–44	70,0	75,3
45–59	68,8	70,7
60–74	74,3	69,2
75+	67,0	62,5
gesamt	69,7	70,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Aus den beiden oberen Bildungsschichten halten mehr Personen Kontakt zu Familie, Freunden, Freundinnen und Bekannten als Männer und Frauen, deren höchster Bildungsgrad ein Lehrabschluss ist. Vor allem bei Männern aus Haushalten mit Kindern besteht eine häufigere

Kontaktbereitschaft als bei Männern aus kinderlosen Haushalten. Mit zunehmend besserer finanzieller Lage wird auch öfter Kontakt zu Familie, Freunden, Freundinnen und Bekannten gehalten, um – nach eigener Angabe – die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Tabelle 16: Kontakt zu Familie, FreundInnen und Bekannten nach Schulbildung, Kinder im Haushalt, finanzieller Lage und Geschlecht (in %)

	Männer	Frauen
Schulbildung		
Pflichtschule	63,1	69,8
Lehre	68,2	67,0
mittlere Ausbildung	73,2	70,3
Universität	72,2	82,6
gesamt	69,7	70,9
Kinder im Haushalt		
nein	67,6	70,0
ja	77,7	73,5
gesamt	69,7	70,9
finanzielle Lage		
sehr gut	73,7	72,0
es reicht	69,4	71,3
sehr knapp	59,4	66,1
gesamt	69,6	70,8

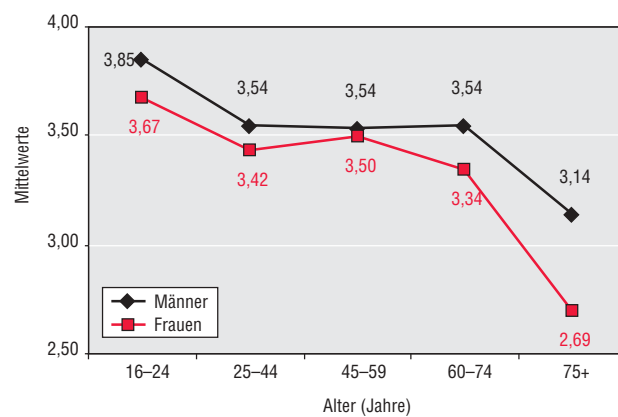
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.2.1 Soziales Netz

Der Indikator „soziales Netz“ wurde durch fünf Items (Fragen F61 bis F64) erhoben. Jedes dieser Items wurde in soziales Netz hoch bzw. niedrig klassifiziert (dichotomisiert). Für hoch wurde ein Punktwert von eins vergeben. Die jeweiligen Punkte wurden aufsummiert. Inhaltlich werden dabei die Häufigkeit des Zusammentreffens mit Verwandten und FreundInnen, Vereinsarbeit, Unterstützung im Krankheitsfall u. a. beurteilt.

Die Analyse des sozialen Netzes nach dem Lebensalter zeigt, dass die jüngste Gruppe bei beiden Geschlechtern die höchsten Ausprägungen des sozialen Netzes aufweist. Im mittleren Lebensalter (25 bis 74 Jahre) bleibt das soziale Netz ungefähr konstant und ist bei Männern und Frauen gleich stark ausgeprägt. Ein deutlicher Rückgang sozialer Beziehungen ist in der höchsten Altersgruppe (ältere Pensionisten) zu beobachten. Auffällig ist hier der niedrige Wert bei den Wienerinnen ab einem Alter von ca. 75 Jahren, der teilweise auf den bei Frauen höheren Anteil sehr alter Menschen zurückzuführen ist.

Grafik 8: Soziales Netz nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

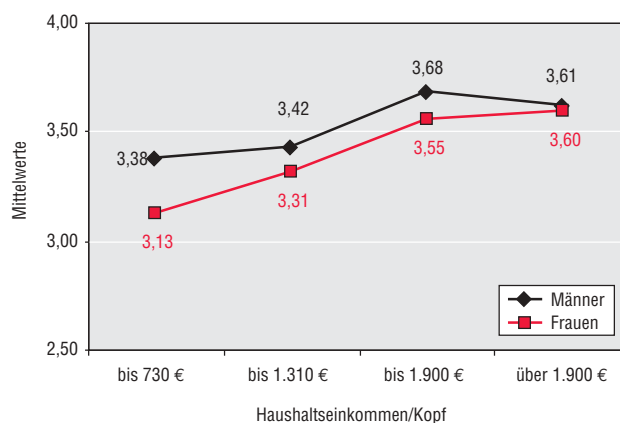


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Die Ausprägung sozialer Netzwerke nimmt mit der Zugehörigkeit zu einer höheren Sozialschicht zu. Menschen aus Haushalten mit hohem Einkommen haben ein stärker entwickeltes soziales Netz als solche aus den beiden unteren Einkommensgruppen. Ihnen stehen

somit neben besseren materiellen Ressourcen auch mehr soziale Gesundheitsressourcen zur Verfügung als den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen. Mangelndes Einkommen dürfte bis zu einem gewissen Grad die Ausbildung sozialer Netze beeinträchtigen.

Grafik 9: Soziales Netz nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Ein unterdurchschnittlich entwickeltes soziales Netz besitzen Männer und Frauen mit einer hohen beruflichen Arbeitsbelastung. Ein niedriges oder mittleres zu bewältigendes Arbeitspensum ist mit einem etwas besserem sozialen Netz verbunden, die Unterschiede sind

jedoch nicht besonders groß. Gravierendere Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit. Je größer die Arbeitszufriedenheit einer Person ist, desto ausgeprägter ist ihr soziales Netz.

Tabelle 17: Soziales Netz nach Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und Geschlecht (Mittelwerte)

	Männer	Frauen
Arbeitsbelastung		
niedrig	3,64	3,62
mittel	3,69	3,51
hoch	3,47	3,48
gesamt	3,60	3,55
Arbeitszufriedenheit		
niedrig	3,43	3,23
mittel	3,53	3,57
hoch	3,80	3,78
gesamt	3,60	3,56

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Je besser die finanzielle Lage einer Person ist, um so stärker ist ihr soziales Netz entwickelt, was darauf hindeutet, dass ausreichende finanzielle Mittel teilweise eine Grundlage für die Ausbildung sozialer Netze sein könnten. Neben dieser externen Ressource ist die interne Ressource des Kohärenzsinn (SOC) ebenfalls mit

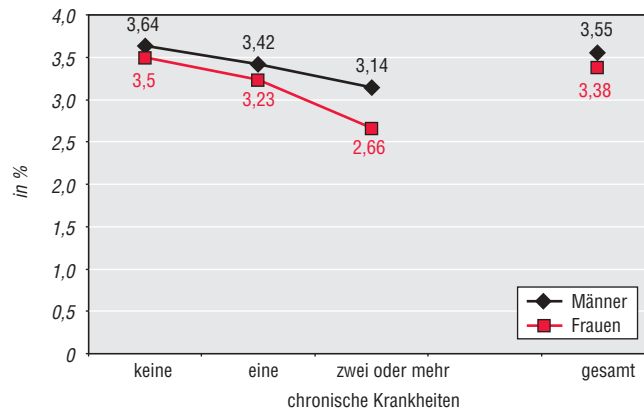
der Größe des sozialen Netzes positiv korreliert. Negativ korreliert dagegen das Vorliegen chronischer Erkrankungen mit den Sozialkontakten, d. h. Personen mit chronischen Krankheiten besitzen ein schwächer ausgeprägtes soziales Netz.

Tabelle 18: Soziales Netz nach finanzieller Lage, Kohärenzsinn, chronischen Krankheiten und Geschlecht (Mittelwerte)

	Männer	Frauen
finanzielle Lage		
sehr gut	3,68	3,53
es reicht	3,55	3,41
sehr knapp	3,26	2,98
gesamt	3,55	3,38
Kohärenzsinn		
niedrig	3,31	3,02
mittel	3,62	3,49
hoch	3,72	3,70
gesamt	3,56	3,38
chronische Krankheiten		
keine	3,64	3,50
eine	3,42	3,23
zwei oder mehr	3,14	2,66
gesamt	3,55	3,38

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 10: Soziales Netz nach chronischen Krankheiten und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Betrachtet man die soziale Kontaktaktivität bezogen auf außerfamiliäre Kontakte mit FreundInnen und Bekannten, so findet man einen viel stärkeren Rückgang der Kontakthäufigkeit mit dem Alter als bei den Werten des sozialen Netzes. Bereits ab einem Alter von ca. 25 Jahren hat nur mehr etwa jede/r Vierte täglich oder fast täglich Kontakt mit FreundInnen und Bekannten. Ab

diesem Alter spielen die Kontakte im Familien- und Verwandtenkreis eine zunehmend wichtigere Rolle. Überhaupt keinen Kontakt zu FreundInnen oder Bekannten hat bis ins jüngere Pensionsalter nur eine verschwindende Minderheit, erst in der ältesten Gruppe der über 74-Jährigen steigt der Anteil auf rund 10 Prozent.

Tabelle 19: FreundInnen oder Bekannte treffen nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter (Jahre)	Wie oft treffen Sie Freunde oder Bekannte?				
	täglich oder fast täglich	1- oder 2-mal die Woche	1- oder 2-mal im Monat	seltener	nie
Männer					
16–24	68,5	26,5	2,2	2,8	0,0
25–44	26,9	51,1	15,7	5,7	0,5
45–59	16,8	48,3	25,0	8,6	1,4
60–74	9,3	46,7	31,1	8,3	4,6
75+	8,3	43,1	26,6	14,1	7,9
gesamt	25,8	46,2	19,3	7,0	1,8
Frauen					
16–24	67,4	24,3	3,6	4,2	0,5
25–44	21,8	54,7	17,4	5,3	0,9
45–59	14,6	53,1	27,6	4,3	0,5
60–74	18,0	51,5	18,5	10,4	1,6
75+	13,0	38,4	22,1	15,4	11,2
gesamt	23,2	49,0	19,1	6,7	1,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Menschen mit chronischen Krankheiten treffen Freunde, Freundinnen und Bekannte seltener als Menschen ohne eine chronische Krankheit. Kranksein ist einer je-

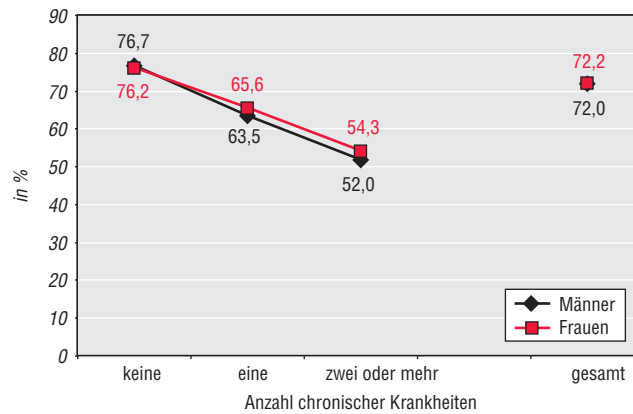
ner altersassoziierten Faktoren, welcher mit einem Rückgang der Kontaktmöglichkeiten und Kontaktmotivation assoziiert ist.

Tabelle 20: FreundInnen oder Bekannte treffen nach chronischen Krankheiten und Geschlecht (in %)

chronische Krankheiten	Wie oft treffen Sie Freunde oder Bekannte?				
	täglich oder fast täglich	1- oder 2-mal die Woche	1- oder 2-mal im Monat	seltener	nie
Männer					
keine	30,0	46,7	16,7	5,8	0,8
eine	17,5	46,0	25,3	7,9	3,2
zwei oder mehr	10,3	41,7	25,9	15,5	6,7
gesamt	25,8	46,2	19,3	7,0	1,8
Frauen					
keine	25,4	50,8	18,2	5,1	0,6
eine	18,5	47,1	20,8	10,1	3,4
zwei oder mehr	17,0	37,3	23,3	12,5	10,0
gesamt	23,2	49,0	19,1	6,7	1,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Grafik 11: Anteil der Personen, die ihre Freunde oder Bekannten mindestens einmal pro Woche treffen nach chronischen Krankheiten und Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.3 Gesellschaftliche Aktivität

Zusammenfassung

Zwei von drei Wienerinnen, aber nur einer von zwei Wienern besuchen keine **Vereine** oder Gruppen regelmäßig. Unter den regelmäßig besuchten Vereinen stehen Sportvereine bei Männern und Frauen an erster Stelle. An zweiter Stelle nach den Sportvereinen folgen Kulturvereine.

Männer zeigen sich insgesamt **politisch engagierter** als Frauen, was vor allem auf ihr größeres Engagement für Parteien zurückzuführen ist. Ähnlich wie bei der Teilnahme an Vereinen oder Gruppen haben sich zwei von drei Wienerinnen noch nie politisch engagiert, jedoch nur einer von zwei Wienern. An erster Stelle der Aktivitäten steht die Teilnahme an Demonstrationen, die von rund einem Viertel der Befragten einmal ausgeführt wurde, gefolgt von der Mitarbeit in einer Partei. Die Bildung erweist sich als ein Hauptfaktor im Zusammenhang mit der Ausbildung eines Engagements für überindividuelle gesellschaftliche Anliegen. Je höher die berufliche Position, um so ausgeprägter ist das politische Engagement. Männer mit einem hohen Anomiegrad haben rund doppelt so oft an mindestens einer Demonstration teilgenommen als solche mit einem niedrigen. Bei Teilnehmerinnen beträgt das Verhältnis sogar drei zu eins. Besonders geringe Werte für das politische Engagement finden sich bei Frauen, welche eine unqualifizierte Tätigkeit ausüben. Unter Personen mit einem sehr hohen Gesundheitsbewusstsein ist das politische Engagement weniger stark ausgeprägt als bei Männern und Frauen mit einem durchschnittlichen Gesundheitsbewusstsein. Diese Assoziation könnte im Zusammenhang mit der jeweils überwiegenden Orientierung auf individuelle oder überindividuell-gesellschaftliche Werte und Ziele stehen.

Summary: Social activities

*Two in three Viennese women, but only one in two Viennese men do not regularly participate in **clubs** or social groups. Sports clubs are the clubs both men and women most frequently visit regularly, followed by cultural clubs.*

*On the whole, men are **politically** more active than women, especially in political parties. Just as with clubs and social groups, two in three Viennese women have never been politically active, while for men, the figure is one in two. The most common activities are political demonstrations – approximately one in four has participated in one -, followed by activities within the framework of a political party. The level of education appears to be the key factor in commitment for issues that concern the society as a whole. The higher the professional position, the more pronounced the political commitment. Men with a high level of anomie have participated approximately twice as often in at least one demonstration as those with a low level of anomie. For women, this ratio even is three to one. A very low level of political activity can be found among women in unskilled positions. Persons with a particularly pronounced positive health attitude are politically less active than those with a moderate health attitude. This could be due to a difference in orientation either toward individual or toward societal and common values and goals.*

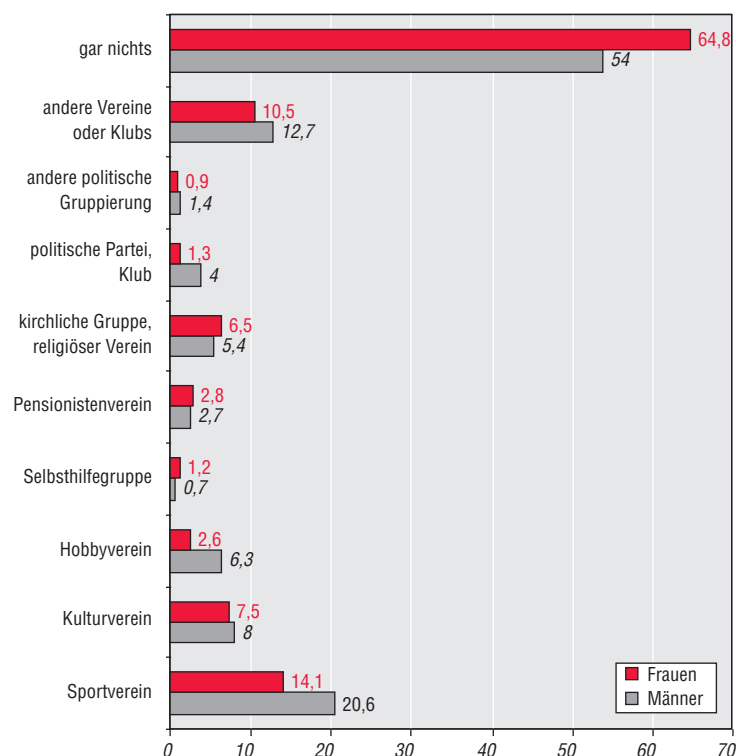
Der vorhergehende Abschnitt untersuchte die auf der Ebene zwischenmenschlicher Beziehungen liegende soziale Aktivität eines Menschen durch den Indikator soziales Netz. Dieser Abschnitt beschreibt einen weiteren wichtigen Aspekt sozialen Verhaltens, der im Engage-

ment für überindividuelle gesellschaftliche Aufgaben und Ziele besteht. Dazu zählt u. a. die Teilnahme und Mitarbeit in verschiedenen Arten von Vereinen und Gruppen ebenso wie ein konkretes politisches Engagement.

Zwei von drei Wienerinnen, aber nur einer von zwei Wienern besuchen keine Vereine oder Gruppen regelmäßig. Unter den regelmäßig besuchten Vereinen stehen Sportvereine bei Männern und Frauen an erster Stelle. Einer von fünf Wienern und eine von sieben Wienerinnen besuchen regelmäßig einen Sportverein. An zweiter Stelle nach den Sportvereinen folgen Kul-

turvereine, die von Männern wie Frauen zu rund 8 Prozent regelmäßig besucht werden. Danach folgen bei den Männern Hobbyvereine und kirchliche bzw. religiöse Gruppen und bei den Frauen zuerst kirchliche Gruppen und dann Pensionistenvereine.

Grafik 12: Regelmäßiger Besuch von Veranstaltungen oder Treffen innerhalb folgender Vereine, Klubs oder Gruppen nach Geschlecht (in %)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.3.1 Politisches Engagement

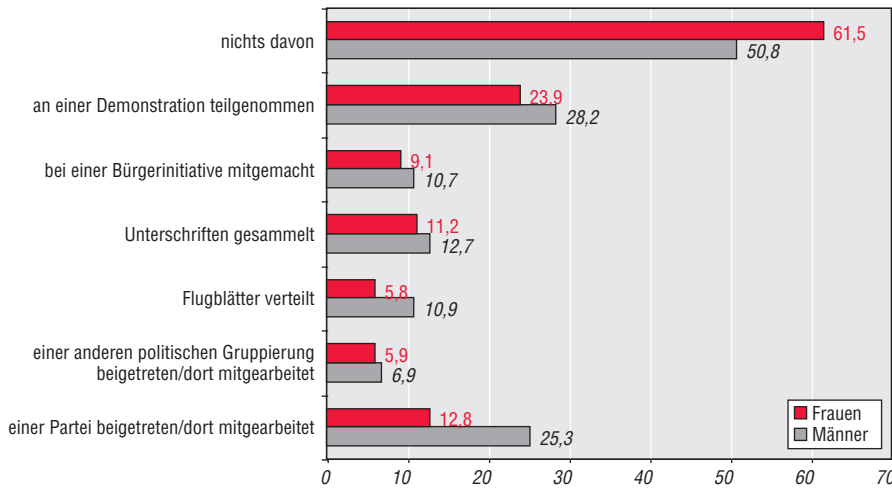
Der Indikator „politisches Engagement“ wurde aus sieben Items (der Frage F67) gebildet und schließt Aspekte wie Mitarbeit in einer politischen Partei, Verteilung von Flugblättern, Unterschriftensammlungen, Bürgerinitiativen, Demonstrationen u. a. politische Aktivitäten ein. Die durchgeführten Aktivitäten wurden addiert. Höhere Werte bringen somit ein größeres Spektrum durchgeführter politischer Aktivitäten zum Ausdruck.

Männer zeigen sich insgesamt politisch engagierter als Frauen, was vor allem auf ihr größeres Engagement für Parteien zurückzuführen ist. Ähnlich wie bei der Teilnahme in Vereinen oder Gruppen haben sich zwei von drei Wienerinnen noch nie politisch engagiert, jedoch nur einer von zwei Wienern. An erster Stelle der Aktivitäten steht die Teilnahme an Demonstrationen, die von rund einem Viertel der Befragten einmal ausgeführt wurde, gefolgt von der Mitarbeit in einer Partei. Das Engagement für eine Partei sowie

das Verteilen von Flugblättern ist bei Männern doppelt so häufig anzutreffen wie bei Frauen, die anderen

politischen Aktivitäten führen beide Geschlechter etwa gleich gern aus.

Grafik 13: Politisches Engagement nach Geschlecht (in %)

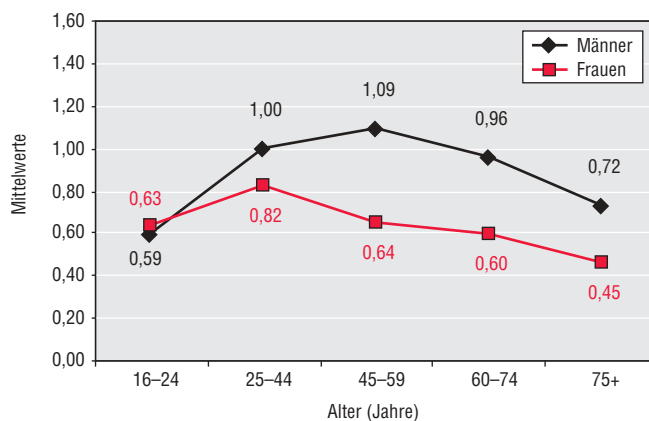


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das politische Engagement ist in den mittleren Altersgruppen am höchsten und fällt bei der ältesten und jüngsten Gruppe ab. Bei den Männern wird das Maximum in der Gruppe der 45- bis 59-Jährigen erreicht

und das Engagement ist ab diesem Alter immer deutlich höher als jenes der Frauen, welche schon in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen ihr maximales Engagement erreichen.

Grafik 14: Politisches Engagement nach Alter und Geschlecht (Mittelwerte)

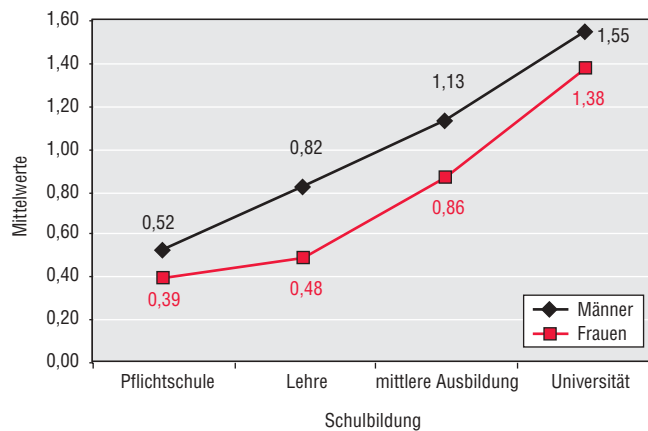


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das politische Engagement nimmt mit steigendem Bildungsgrad bei Männern und Frauen dramatisch zu. Die Bildung erweist sich als ein Hauptfaktor im Zusammen-

hang mit der Ausbildung eines Engagements für überindividuelle gesellschaftliche Anliegen.

Grafik 15: Politisches Engagement nach Schulbildung und Geschlecht (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Mit dem Haushaltseinkommen steigt tendenziell die politische Aktivität an. Ein Teil dieses Anstiegs ist auf den durchschnittlich höheren Bildungsgrad der höheren Einkommensgruppen zurückzuführen, also keine direkte Folge der finanziellen Möglichkeiten, wobei zu

berücksichtigen ist, dass bessere Einkommensverhältnisse auch eine Grundlage für die Wahrnehmung von Bildungsangeboten sind und daher durchaus ein indirekter kausaler Zusammenhang besteht.

Tabelle 21: Politisches Engagement nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Mittelwerte)

Haushaltseinkommen/Kopf	Männer	Frauen
bis 730 €	0,97	0,56
bis 1.310 €	0,86	0,74
bis 1.900 €	1,06	0,71
über 1.900 €	1,24	0,95
gesamt	1,00	0,72

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Je höher die berufliche Position, um so ausgeprägter ist das politische Engagement. Besonders geringe Werte

für das politische Engagement finden sich bei Frauen, die eine unqualifizierte Tätigkeit ausüben.

Tabelle 22: Politisches Engagement nach beruflicher Position und Geschlecht (Mittelwerte)

berufliche Position	Männer	Frauen
unqualifiziert	0,67	0,45
qualifiziert	0,90	0,67
hoch qualifiziert	1,10	1,16
Führungsposition	1,33	1,25
gesamt	0,96	0,69

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer wie Frauen mit hohem politischen Engagement besitzen auch ein ausgeprägtes soziales Netz. Mittlere bis hohe Anomie ist mit leicht überdurchschnittlicher politischer Aktivität assoziiert, geringe Anomiewerte dagegen

mit etwas niedrigerem Engagement. Nur eine geringe subjektive Gesundheit stellt eine Barriere für politisches Engagement dar, eine mittlere bis hohe Gesundheit zeigt jedoch keinen klaren Zusammenhang.

Tabelle 23: Politisches Engagement nach sozialem Netz, Anomie, subjektivem Gesundheitszustand und Geschlecht (Mittelwerte)

	Männer	Frauen
soziales Netz		
niedrig	0,81	0,54
mittel	0,97	0,73
hoch	1,22	1,03
gesamt	0,95	0,69
Anomie		
niedrig	0,87	0,53
mittel	0,98	0,77
hoch	0,98	0,74
gesamt	0,95	0,69
subjektiver Gesundheitszustand		
niedrig	0,85	0,57
mittel	1,02	0,75
hoch	0,94	0,74
gesamt	0,95	0,69

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Unter Personen mit einem sehr hohen Gesundheitsbewusstsein ist das politische Engagement weniger stark ausgeprägt als bei Männern und Frauen mit einem durchschnittlichen Gesundheitsbewusstsein. Der Unter-

schied ist bei den Frauen größer als bei den Männern. Diese Assoziation könnte im Zusammenhang mit der jeweils überwiegenden Orientierung auf individuelle oder überindividuell-gesellschaftliche Werte und Ziele stehen.

Tabelle 24: Politisches Engagement nach Gesundheitsbewusstsein und Geschlecht (Mittelwerte)

achten auf eigene Gesundheit	Männer	Frauen
sehr	0,90	0,63
ziemlich	0,95	0,75
gesamt	0,94	0,68

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Eine hohe Kontrollüberzeugung bezüglich der Gesundheit, d. i. der Glaube, selbst etwas für die Gesundheit tun zu können, ist mit hohem politischen Engage-

ment assoziiert. Je stärker die Kontrollüberzeugung, um so größer ist die politische Aktivität bei Männern wie Frauen.

Tabelle 25: Politisches Engagement nach Kontrollüberzeugung und Geschlecht (Mittelwerte, nur Welle 1)

Glauben Sie, dass Sie selbst etwas tun können, um gesund zu bleiben?	Männer	Frauen
ja, ganz bestimmt	1,20	0,87
ja, wahrscheinlich	0,73	0,51
nein, eher nicht	0,52	0,37
gesamt	1,11	0,80

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

7.3.2 Teilnahme an Demonstrationen

Die Teilnahme an Demonstrationen zählt zu den häufigsten Formen des politischen Engagements. Sie wird vor allem von den jüngeren Menschen und bis etwa zur Lebensmitte wahrgenommen. Danach fallen die Quoten deutlich ab. Es könnte sich hier nicht nur um einen Alterseffekt handeln, sondern wahrscheinlich dürfte auch ein Kohorteneffekt vorliegen, d. h. es ist anzunehmen, dass die ältere Generation in ihrer Jugend kleinere Quoten hatte, als die heutige Jugend aufweist. Eine genaue Unterscheidung dieser beiden

Effekte ist mit den Daten der vorliegenden Studie nicht möglich.

Hinsichtlich der Bildungsschicht zeigt sich, dass die höheren Bildungsschichten, besonders Personen mit Universitätsabschluss, um ein Mehrfaches häufiger an zumindest einer Demonstration teilgenommen haben. Es ist zu berücksichtigen, dass den oberen Bildungsgruppen durchschnittlich mehr jüngere Personen angehören als den unteren. Dies trägt teilweise dazu bei, dass in den oberen Bildungsschichten dramatisch höhere Quoten bestehen als in den unteren.

Tabelle 26: Teilnahme an einer Demonstration nach Alter, Schulbildung und Geschlecht (in %)

	Männer	Frauen
Alter (Jahre)		
16–24	34,0	38,8
25–44	37,2	34,3
45–59	23,8	18,1
60–74	14,3	8,1
75+	8,0	6,1
gesamt	28,2	23,9
Schulbildung		
Pflichtschule	21,7	13,1
Lehre	16,9	11,8
mittlere Ausbildung	36,9	30,9
Universität	51,3	58,3
gesamt	28,2	23,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Männer mit einem hohen Anomiegrad haben rund doppelt so oft an mindestens einer Demonstration teilgenommen als solche mit einem niedrigen. Bei Teilnehmerinnen beträgt das Verhältnis sogar drei zu eins. Hohe Anomie entspricht offenbar einer kritischeren Haltung zu politischen Verhältnissen. Umgekehrt ver-

hält es sich mit dem Kohärenzsinn (SOC). Ist dieser hoch, dann ist die Bereitschaft zur Teilnahme an Demonstrationen klein. Dagegen hat jeder dritte Mann und jede vierte Frau mit niedrigem Kohärenzsinn bereits an mindestens einer Demonstration teilgenommen.

Tabelle 27: Teilnahme an einer Demonstration nach Anomie, Kohärenzsinn und Geschlecht (in %)

	Männer	Frauen
Anomie		
niedrig	17,2	11,8
mittel	30,1	26,5
hoch	35,9	32,6
gesamt	28,3	24,1
Kohärenzsinn		
niedrig	33,5	25,8
mittel	31,2	27,0
hoch	19,1	17,9
gesamt	28,3	24,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

**VIII.
LEBENSSTILE UND
LEBENSSTILGRUPPEN**

***LIFESTYLES AND
LIFESTYLE CATEGORIES***

8	LEBENSSTILE UND LEBENSSTILGRUPPEN	233
8.1	FAKTORENANALYSE DES GESUNDHEITSVERHALTENS	234
8.2	RESULTATE DER FAKTORENANALYSE	235
8.3	CLUSTERANALYSE	236
8.4	RESULTATE DER CLUSTERANALYSE	236

8 LEBENSSTILE UND LEBENSSTILGRUPPEN

Zusammenfassung

Die in diesem Bericht bisher untersuchten einzelnen Verhaltensweisen treten in der Bevölkerung oftmals in bestimmten Kombinationen auf. Die dadurch gebildeten Verhaltensmuster ermöglichen die Definition charakteristischer Lebensstile. Die untersuchten elf Verhaltensindikatoren konnten mittels Faktorenanalyse durch vier unabhängige **Faktoren** (entsprechend vier basalen Lebensstilen) erklärt werden: Lebensstil 1 (18 Prozent Varianzanteil): unbekümmertes Risikoverhalten, Lebensstil 2 (14 Prozent Varianzanteil): achtsames Vorbeugeverhalten, Lebensstil 3 (12 Prozent Varianzanteil): alternativmedizinisches Verhalten, Lebensstil 4 (11 Prozent Varianzanteil): gesellig-sportliches Verhalten. Das Verhalten jeder Person setzt sich zu ca. 50 Prozent aus einer individuellen Kombination dieser vier Lebensstile zusammen.

Mittels nachfolgender Clusteranalyse konnte die Wiener Bevölkerung aufgrund der vier Lebensstile in wiederum vier disjunkte **Lebensstil-Cluster** eingeteilt werden:

Lebensstil-Cluster 1 („**Risikotyp**“, 17 Prozent der Bevölkerung): Stark überdurchschnittliches Risikoverhalten, die anderen drei Lebensstile liegen im durchschnittlichen Wertebereich.

Lebensstil-Cluster 2 („**Sporttyp**“, 38 Prozent der Bevölkerung): Überdurchschnittlich sportlich-geselliges Verhalten bei unterdurchschnittlichen Werten im Risikoverhalten, im Vorbeugeverhalten und in der alternativmedizinischen Orientierung.

Lebensstil-Cluster 3 („**Alternativtyp**“, 13 Prozent der Bevölkerung): Stark überdurchschnittliche alternativmedizinische Orientierung bei durchschnittlichen Werten der drei anderen Lebensstile.

Lebensstil-Cluster 4 („**Vorbeugetyp**“, 33 Prozent der Bevölkerung): Überdurchschnittlich ausgeprägtes vorbeugendes Verhalten bei unterdurchschnittlichem Risikoverhalten und geringem sportlich-geselligem Verhalten.

Summary: *Lifestyles and Lifestyle Categories*

*The individual behaviours analysed in this report often occur in certain combinations in individuals. The thus formed behaviour patterns help us define characteristic lifestyles. Using factor analysis, the 11 behaviour indicators could be explained through four independent **factors** (corresponding to four basic health lifestyles): health style 1 (18% variance proportion): risk behaviour; health style 2 (14% variance proportion): cautious preventive behaviour; health style 3 (12% variance proportion): alternative medicine-oriented behaviour; and health style 4 (11% variance proportion): physically active, sociable behaviour. The behaviour of a person consists to approx. 50 percent of an individual combination of these four health styles.*

*Using cluster analysis, the Viennese population was divided into four disjunctive **health style clusters**:*

*Health style cluster 1: (“**risk type**”, 17 percent of the population): risk behaviour well above average, the other three health styles average.*

*Health style cluster 2: (“**sports type**”, 38 percent of the population): physically active, sociable behaviour above average, risk, preventive and alternative medicine-oriented behaviours are below average.*

*Health style cluster 3: (“**alternative type**”, 13 percent of the population): well above-average orientation on alternative medicine, average values for the other three health styles.*

*Health style cluster 4: (“**preventive type**”, 33 percent of the population): above-average preventive behaviour, below-average risk behaviour and low physically active, sociable behaviour.*

8.1 Faktorenanalyse des Gesundheitsverhaltens

Die Faktorenanalyse ist ein statistisches Verfahren, das eine Reihe von gegebenen Variablen auf wenige, von einander unabhängige Faktoren zurückführen kann. Jede Ausgangsvariable kann meist jeweils einem dieser berechneten Faktoren vorrangig zugeordnet werden, so dass über diese Faktoren auch eine Gruppierung der Variablen möglich wird. In dieser Untersuchung repräsentieren die Variablen und Indikatoren eine Auswahl wichtiger gesundheitsbezogener Verhaltensweisen. Mittels der Faktorenanalyse können diese Verhaltensweisen auf wenige zugrundeliegende unabhängige Verhaltensmuster bzw. Einstellungen (Faktoren) zurückgeführt werden, welche die Zusammenhänge zwischen den Variablen erklären. Diese Verhaltensfaktoren sind somit geeignet, das Gesundheitsverhalten einer Person in kompakter Weise zu charakterisieren und basale Verhaltenstypen aufzufinden.

Zur Interpretation der berechneten Faktoren werden die Korrelationen der einzelnen Variablen mit den Faktoren herangezogen. Dadurch können den Faktoren inhaltliche Bedeutungen zugeschrieben werden. Diese Korrelationen nennt man Faktorladungen. Variablen können auf Faktoren hochladen, d. h. hoch korreliert sein, oder auch nicht. Falls eine Variable auf einem Faktor hochlädt, lässt sich die Variable zur Interpretation dieses Faktors heranziehen. Die Faktoren repräsentieren unterschiedlich große Varianzanteile in Prozenten der ursprünglichen Variablen. Der wichtigste Faktor ist derjenige, der den größten Varianzanteil aufweist. Die Faktoren werden nach ihrem Varianzanteil und folglich nach ihrer Bedeutung gereiht. Nur solche Faktoren werden in der Analyse behalten, welche mehr Varianz aufklären als die einzelnen Variablen. Je höher die Korrelation unter den Variablen ist, desto kleiner ist in der Regel die Anzahl der Faktoren mit ausreichendem Varianzanteil.

Um das Verhalten und den Lebensstil mittels der Faktorenanalyse auf einige wenige unabhängige Faktoren zurückführen zu können ist es notwendig, das erhobene Verhalten durch eine geeignete Auswahl aussagekräftiger Verhaltensindikatoren und Variablen möglichst vollständig abzubilden. Der Faktorenanalyse wurden die folgenden elf Verhaltensvariablen und Indikatoren zugrundegelegt:

1. Indikator Alkoholkonsum (alko87)
2. Indikator Anzahl gerauchter Zigaretten (zig_anz)
3. Indikator gesunde Ernährung (gesern95)
4. Indikator fett- und zuckerreiche Ernährung (fett_zuc)
5. Indikator Bewegung (beweg100)
6. Achten auf die eigene Gesundheit (Frage 19)
7. Indikator positives Gesundheitsverhalten (gesbew85)
8. regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (Frage 85_11)
9. Indikator Inanspruchnahme Alternativmedizin (altmed49)
10. Kontakte mit FreundInnen oder Bekannten (Frage 61b)
11. Indikator politisches Engagement (pol_en67)

Die Durchführung der Faktorenanalyse erfolgte mit vorangehender Standardisierung der elf Variablen und Hauptkomponentenanalyse als Extraktionsmethode. Die Hauptkomponenten wurden in einem zweiten Schritt zu unabhängigen Faktoren mittels der Varimaxmethode (mit Kaiser-Normalisierung) rotiert. Nur Faktoren mit einem Eigenwert größer als eins wurden in der Analyse belassen.

8.2 Resultate der Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse konnte die untersuchten Verhaltensindikatoren durch vier unabhängige Faktoren (entsprechend vier basalen Lebensstilen) erklären. Etwa 54 Prozent der Varianz in den elf Indikatoren bzw. Verhaltensvariablen werden durch die vier Faktoren erfasst. Die Faktoren sind hinsichtlich ihrer Bedeutung (Anteil an Varianzaufklärung) in absteigender Reihenfolge geordnet.

Die rotierte Komponentenmatrix erlaubt eine Interpretation der resultierenden vier Faktoren über die Zuordnung zu den elf Indikatoren (Tabelle 1). Jeder der vier basalen Lebensstile (Faktoren) ist mit bestimmten Verhaltensweisen vorrangig assoziiert. Diese Assoziationen erlauben die inhaltliche Interpretation der berechneten Lebensstile.

Tabelle 1: Rotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse

Verhalten	Lebensstil (Faktor)			
	1	2	3	4
Alkoholkonsum	+			
Anzahl gerauchter Zigaretten	+			
gesunde Ernährung	-			
fett- und zuckerreiche Ernährung			-	
Bewegung				+
achten auf die eigene Gesundheit (Frage 19)	-			
positives Gesundheitsverhalten		+		
regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen		+		
Inanspruchnahme Alternativmedizin			+	
Kontakte mit Freunden oder Bekannten				+
politisches Engagement			+	

+, - kennzeichnet den Lebensstil mit der stärksten positiven bzw. negativen Assoziation (Faktorladung) zum jeweiligen Verhalten.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Aufgrund der inhaltlichen Zuordnung der Faktoren nach Tabelle 1 konnten die folgenden vier basalen Lebensstile benannt werden:

- **Lebensstil 1** (18 % Varianzanteil): unbekümmertes Risikoverhalten
- **Lebensstil 2** (14 % Varianzanteil): achtsames Vorbeugeverhalten
- **Lebensstil 3** (12 % Varianzanteil): alternativmedizinisch-orientiertes Verhalten
- **Lebensstil 4** (11 % Varianzanteil): gesellig-sportliches Verhalten

In Klammer ist der Anteil des Lebensstils am gesamten untersuchten Verhalten (Varianzanteil) ersichtlich. Das Verhalten jeder Person setzt sich zu ca. 50 Prozent

aus einer individuellen Kombination dieser vier Lebensstile zusammen. Die Frage liegt nahe, ob es häufig auftretende Kombinationen der vier Lebensstile gibt, die eine Einteilung der Bevölkerung in „Lebensstil-Typen“ ermöglichen. Das Auffinden solcher Kombinationen („Cluster“) kann durch Clusteranalyse erfolgen.

8.3 Clusteranalyse

Die Clusteranalyse ist ein statistisches Verfahren zur Gruppierung von Einheiten (z. B. von Personen) auf der Basis der Ausprägungen mehrerer Eigenschaften dieser Einheiten. Die Gruppierung erfolgt in einer Weise, dass sich die Einheiten innerhalb der gebildeten Gruppen hinsichtlich der untersuchten Eigenschaften stärker gleichen als zwischen den Gruppen. Im Folgen-

den kommt eine Clusterzentrenanalyse zur Anwendung, durch welche die Bevölkerung auf der Basis der identifizierten vier basalen Lebensstile in disjunkte Gruppen geteilt wird. Diese Gruppen stehen in keinem hierarchischen Verhältnis zueinander, d. h. keine Gruppe enthält andere der Gruppen als Teil (Untergruppe).

8.4 Resultate der Clusteranalyse

Die Clusteranalyse konnte die Wiener Bevölkerung aufgrund der vier Lebensstile in wiederum vier disjunkte Lebensstil-Cluster einteilen, d. h. jeder Person wurde einer von vier Lebensstilen zugeordnet, der ihr Verhalten am treffendsten charakterisiert.

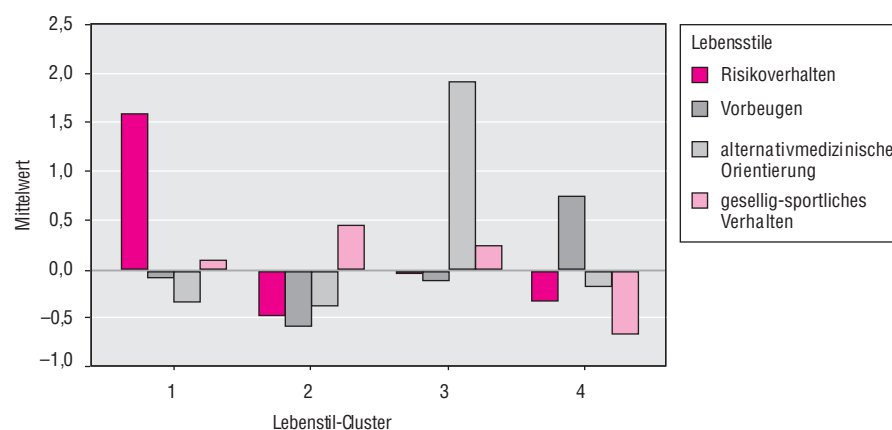
Grafik 1 zeigt die Zusammensetzung der vier berechneten Cluster hinsichtlich der vier basalen Lebensstile. Die Mittelwerte geben an, wie stark jeder Lebensstil bei einem durchschnittlichen Mitglied des Clusters ausgeprägt ist. Dieses Resultat erlaubt nun die inhaltliche Interpretation der Cluster. Die vier Cluster sind durch die folgenden Lebensstilzusammensetzung charakterisiert:

- **Lebensstil-Cluster 1 („Risikotyp“**, 17 Prozent der Bevölkerung): Stark überdurchschnittliches Risiko-

verhalten, die anderen drei Lebensstile liegen im durchschnittlichen Wertebereich.

- **Lebensstil-Cluster 2 („Sporttyp“**, 38 Prozent der Bevölkerung): Überdurchschnittlich sportlich-geselliges Verhalten bei unterdurchschnittlichen Werten im Risikoverhalten, im Vorbeugeverhalten und in der alternativmedizinischen Orientierung.
- **Lebensstil-Cluster 3 („Alternativtyp“**, 13 Prozent der Bevölkerung): Stark überdurchschnittliche alternativmedizinische Orientierung bei durchschnittlichen Werten der drei anderen Lebensstile.
- **Lebensstil-Cluster 4 („Vorbeugetyp“**, 33 Prozent der Bevölkerung): Überdurchschnittlich ausgeprägtes vorbeugendes Verhalten bei unterdurchschnittlichem Risikoverhalten und geringem sportlich-geselligem Verhalten.

Grafik 1: Lebensstile nach Lebensstil-Cluster (Mittelwerte)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

In welchem Ausmaß sind nun die vier Lebensstil-Cluster in der Bevölkerung verbreitet und wie sieht ihre soziodemographische Zusammensetzung aus?

Die folgende Tabelle zeigt die Größen der vier Cluster als Anteil an der Gesamtbevölkerung und innerhalb der beiden Geschlechter. Das größte Cluster ist bei Frauen (40 Prozent) und Männern (34 Prozent) das zweite

(„sportlich-geselliger Typ“). Das zweitgrößte Cluster ist bei Frauen mit 38 Prozent das vierte („Vorbeugetyp“), bei den Männern mit 28 Prozent das erste Cluster („Risikotyp“). Letzteres ist bei den Frauen mit 9 Prozent deutlich kleiner als bei den Männern. In beiden Geschlechtern etwa gleich häufig vertreten ist das Cluster drei („Alternativtyp“) mit 12 Prozent bei den Männern und 14 Prozent bei den Frauen.

Tabelle 2: Anteil der Cluster an der Gesamtbevölkerung nach Geschlecht (in %)

Cluster	Geschlecht		gesamt
	Männer	Frauen	
1 Risikotyp	28,3	8,5	16,7
2 Sporttyp	33,6	40,2	37,5
3 Alternativtyp	12,0	13,7	13,0
4 Vorbeugetyp	26,2	37,5	32,8
gesamt	100,0	100,0	100,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Das Cluster 1 („Risikotyp“) setzt sich überwiegend aus Männern (70 Prozent) zusammen, im Cluster 4 („Vor-

beugetyp“) sind sie dagegen unterrepräsentiert. In Cluster 2 und 3 überwiegen die Frauen leicht (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anteil des Geschlechts nach Cluster (in %)

Geschlecht	Cluster				gesamt
	1 Risikotyp	2 Sporttyp	3 Alternativtyp	4 Vorbeugetyp	
Männer	70,1	37,1	38,1	33,0	41,4
Frauen	29,9	62,9	61,9	67,0	58,6
gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

In Cluster 1 („Risikotyp“) überwiegen bei Männern und Frauen die jüngeren Altersgruppen, ältere Menschen sind deutlich unterrepräsentiert. Cluster 2 („Sporttyp“) enthält überdurchschnittlich viele Personen der untersten Altersgruppe, die anderen Altersgruppen sind dagegen durchschnittlich vertreten. Clus-

ter 3 („Alternativtyp“) gehören sowohl junge als auch alte Menschen unterdurchschnittlich oft an, der Schwerpunkt liegt bei Personen im Berufsalter. Cluster 4 („Vorbeugetyp“) enthält überdurchschnittlich viele ältere Menschen.

Tabelle 4: Anteil der Altersgruppen nach Cluster und Geschlecht (in %)

Geschlecht			Cluster				gesamt
			1 Risikotyp	2 Sporttyp	3 Alternativtyp	4 Vorbeugetyp	
Männer	Alter	16–24	23,1	30,6	9,2	3,7	18,9
		25–44	46,2	42,8	43,9	32,3	41,1
		45–59	26,9	11,5	35,7	23,5	21,9
		60–74	3,0	11,2	7,1	26,7	12,5
		75+	0,9	4,0	4,1	13,8	5,7
	gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Frauen	Alter	16–24	30,7	18,3	5,6	4,1	12,3
		25–44	32,7	36,9	43,8	38,5	38,1
		45–59	26,7	21,0	29,6	20,5	22,5
		60–74	6,9	14,6	16,0	17,5	15,3
		75+	3,0	9,1	4,9	19,4	11,8
	gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

In Cluster 1 überwiegen die unteren Bildungsabschlüsse, vor allem PflichtschulabsolventInnen, bei kleinem Anteil an MaturantInnen und AkademikerInnen. Die Bildungszusammensetzung des (größten) Clusters 2 entspricht jener der Gesamtbevölkerung. Cluster 3 ist charakterisiert durch einen hohen Anteil an Personen

mit Matura und Universitätsabschluss und einem sehr kleinen Anteil der unteren Bildungsschichten. Cluster 4 enthält einen etwas überdurchschnittlichen Anteil der unteren Bildungsschichten, die oberen Schichten sind aber durchschnittlich vertreten.

Tabelle 5: Anteil der Bildungsgruppen nach Cluster und Geschlecht (in %)

Geschlecht			Cluster				gesamt
			1 Risikotyp	2 Sporttyp	3 Alternativtyp	4 Vorbeugetyp	
Männer	Ausbildung	Pflichtschule	44,9	34,5	11,2	19,4	30,7
		Lehre	30,3	25,5	27,6	41,0	31,2
		mittlere Ausbildung	15,0	26,6	31,6	27,6	24,2
		Universität	9,8	13,3	29,6	12,0	13,9
	gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Frauen	Ausbildung	Pflichtschule	43,6	32,6	8,8	37,0	31,9
		Lehre	27,7	23,7	21,3	24,8	24,1
		mittlere Ausbildung	24,8	35,5	41,3	29,3	33,0
		Universität	4,0	8,2	28,8	8,9	10,9
	gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

Hinsichtlich des Einkommens zeigt sich, dass in Cluster 1 die unteren Einkommensgruppen überrepräsentiert sind. Die Einkommenswerte der Cluster 2 und 4 entsprechen etwa jenen der Durchschnittsbevölkerung.

Cluster 3 enthält bei Männern überdurchschnittlich viele der obersten Einkommensgruppe, bei den Frauen zudem auch überdurchschnittlich viele der zweiten Einkommensgruppe.

Tabelle 6: Anteil des Haushaltseinkommens/Kopf nach Cluster und Geschlecht (in %)

Geschlecht			Cluster				gesamt
			1 Risikotyp	2 Sporttyp	3 Alternativtyp	4 Vorbeugetyp	
Männer	Haushaltseinkommen/ Kopf	bis 730 €	17,5	21,4	10,3	10,8	16,0
		bis 1.310 €	45,9	41,4	29,5	41,4	41,2
		bis 1.900 €	22,4	25,6	26,9	32,8	26,9
		über 1.900 €	14,2	11,6	33,3	15,1	15,9
	gesamt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Frauen	Haushaltseinkommen/ Kopf	bis 730 €	31,8	17,4	13,4	17,4	18,2
		bis 1.310 €	41,2	43,3	47,2	45,1	44,3
		bis 1.900 €	18,8	28,1	26,0	29,9	27,6
		über 1.900 €	8,2	11,2	13,4	7,6	9,9
	gesamt		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2000/2001.

LITERATURVERZEICHNIS

LITERATURE

LITERATURVERZEICHNIS

- ABEL, T. & RÜTTEN, A. (1994) Struktur und Dynamik moderner Lebensstile: Grundlagen für ein neues empirisches Konzept. In DANGSCHAT, J. S. & BLASIUS, J. (Hrsg.), *Lebensstile in den Städten*. Opladen: Leske und Budrich.
- ABEL, T. (1991) Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32(8), 899–908.
- ABEL, T. (1992) Theorien und Konzepte: Konzept und Messung gesundheits-relevanter Lebensstile. *Prävention*, 15/123–128.
- ABEL, T. (1997) Population growth and public health: a complementary consideration. *Sozial- und Präventivmedizin*, 42(1), 1–2.
- ABEL, T. (1997) Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health: Paradigmatische Anforderungen und ihre Umsetzung am Beispiel gesundheitsrelevanter Lebensstile. In WEITKUNAT, R.; HAISCH, J. & KESSLER, M. (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik*, 57–58. Bern: Huber.
- ABEL, T. (1999) Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In MAEDER, C; BURTON-JEANGROS, C. & HAOUR-KNIPE, M. (Hrsg.), *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*. Zürich: Seismo, 43–61.
- ABHOLZ, K. H. (1982) Risikofaktorenmedizin. Konzept und Kontroverse. Berlin: de Gruyter.
- ADLER, U.; ALBOTA, M.; BRAND, H.; FREIGANG, M. & KELLERHOF, M. (1996) Einführung in die Gesundheitsberichterstattung. In MURZA, G. & HURRELMANN, K. (Hrsg.), *Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung*. Weinheim und München: Juventa, 32–45.
- ANTONOVSKY, A. (1979) *Health, stress, and coping*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- ANTONOVSKY, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, Washington, London: Jossey-Bass Publishers.
- BENGEL, J.; STRITTMACHER, R. & WILLMANN, H. (1998) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BzGA, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 6.
- BERGMANN, G. (1995) *Lebensalter und koronare Herzerkrankung*. Frankfurt: VAS-Verlag.
- BERKMANN L. F.; LEE-SUMMERS, L. & HORWITZ, R. (1992) Emotional support and survival following myocardial infarction: findings from a prospective population-based study of elderly. *Annals of Internal Medicine*, 117, 1003–1009.
- BOLTANSKI, L. (1968) *La découverte de la maladie*. Paris. Centre de sociologie de l'enseignement de la culture. Maison des sciences de l'homme.
- BOURDIEU, P. (1982) *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BOURDIEU, P. (1987) *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BRÖSSKAMP-STONE, U.; KICKBUSCH, I. & WALTER, U. (1998) Gesundheitsförderung und Prävention. In SCHWARTZ, F. W.; BADURA, B.; LEIDL, R.; RASPE, H & SIEGRIST, J. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, 9/141–149.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (1997) *Gesundheit und allgemeine Weiterbildung: Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung*, Bonn.
- CARDIA-VONÈCHE, L. & BASTARD, B. (1996) Das soziale Umfeld: Durch die soziale Zugehörigkeit bedingte Unterschiede bei den Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit. In GUTZWILLER, F. & JEANNERET, O. (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 475–477.
- DAHRENDORF, R. (1979) *Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- DOBLHAMMER-REITER, G. (1996) Soziale Ungleichheit vor dem Tod. *Demographische Informationen* 1995/96, 71–81.
- DURKHEIM, E. (1933) *The Division of Labor in Society*. Glencoe: Free Press.
- DURKHEIM, E. (1952) *Suicide: A Study in Sociology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- FREIDL W.; EGGER J. & SCHRATTER, J. (1993) Berufliche Reintegration und erlebte Lebensqualität nach einem Herzinfarkt. *Die Rehabilitation*, 32, 121–125.
- FREIDL, W. & NEUHOLD, C. (2002) *Gesundheitsberichterstattung im regionalen Setting*. Frankfurt: VAS-Verlag.

- FREIDL, W. & NOACK, R. H. (1995) Soziale und verhaltensbezogene Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In FRISCHENSCHLAGER, O.; HEXEL, M.; KANTNER-RUMPELMAIR, W.; RINGLER, M.; SÖLLNER, W. & WISIAK, U. V. (Hrsg.), Lehrbuch der psychosozialen Medizin: Grundlagen der medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinische Soziologie, Wien; New York: Springer-Verlag, 15–20.
- FREIDL, W. (1994) Gesundheitsförderung in der Gemeinde – Indikatoren für Qualitätsstandards. Forschungsbericht 94/1. Institut für Sozialmedizin der Universität Graz.
- FREIDL, W. (1997) The impact of anomia in a demand resource model of health. *Social Science and Medicine*, 44/9, 1357–1365.
- FREIDL, W.; STRONEGGER W.-J. & NEUHOLD, C. (2001) Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Studie S1/2001, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement – Gesundheitsberichterstattung.
- FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J.; RÁSKY, É. & NEUHOLD, C. (2001) Associations of income with self-reported ill-health and resources in a rural community sample of Austria. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 106–114.
- FRIEDMAN, H.S. et al. (1995) Psychosocial and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the „Termites“. *American Psychologist*, 50, 69–78.
- FRIES, J.F. (1989) The compression of morbidity: Near or far? *Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society*, 67, 208–232.
- GERBER, U. & v. STÜNZNER, W. (1999) Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften. In HURRELMANN, K. (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, 39.
- HALHUBER, C. & HALHUBER, M. (1994) Die psychosoziale Situation des Koronarkranken mit besonderer Berücksichtigung des höheren Lebensalters. *Herz-Kreislauf*, 26, 18–21.
- HRADIL, S. (1987) Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft. Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- HRADIL, S. (1993) Schicht, Schichtung und Mobilität. In KORTE, H. & SCHÄFERS, B. (Hrsg.), Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. Opladen, 145–164.
- HUPKENS, C. L. H. (1997) Coverage of health topics by surveys in the European Union. Eurostat Report. Doc OS/E3/97/HIS/2, Luxemburg.
- HURRELMANN, K. & MURZA, G. (1996) Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In MURZA, G. & HURRELMANN, K. (Hrsg.), Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 8–31.
- JORDAN, J.; BARDÉ, B. & ZEIHNER, A. M. (o.J.) Projektbeschreibung und vorbereitende Materialien: Statuskonferenz Psychokardiologie für die Systematisierung und Evaluation der Wissensbestände über psychosoziale Faktoren und deren Bedeutung für die Entstehung, den Verlauf und die Rehabilitation ischämischer Herzerkrankungen. (Projektdokumentation).
- KICKBUSCH, I. (1985) Health Promotion – A move towards a new Public Health. WHO Copenhagen, untitled paper.
- KLUSMANN, D. (1989) Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In M.C. ANGERMEYER & D. KLUSMANN (Hrsg.), Soziales Netzwerk. Ein Konzept für die Psychiatrie. Berlin; Heidelberg; New York: Springer, 17–63.
- KNÄUPER, B. (2002) Gesundheitsverhalten über die Lebensspanne. In SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. & WEBER, H. (Hrsg.), Gesundheitspsychologie von A bis Z. Göttingen: Hogrefe.
- KÜHN, H. (1993) Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: WZB Edition Stigma.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984) Stress, appraisal, and coping. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- LEVENTHAL, E. A. & PROCHASKA, T. R. (1986) Age, symptom interpretation, and health behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 185–191.
- McKEOWN, T. (1988) The origins of human disease. Oxford.
- MERTON, R. K. (1938) Social structure and anomia. *American Sociological Review*, 3, 672–682.
- MÜLLER, H.-P. (1989) Lebensstile. Ein neues Paradigma der Differenzierungs- und Ungleichheitsforschung? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 41/1, 53–71.
- MURZA, G. & HURRELMANN, K. (1996) Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung, Weinheim und München: Juventa Verlag.

- OERTER, R. (1995) Kindheit. In OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz, 249–309.
- RÁSKY, É. & FREIDL, W. (2001) Gesundheitsberichterstattung in Österreich. Bestandsaufnahme und Ergebnisse eines regionalen Surveys. *Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften*, 18, Linz.
- RÁSKY, É.; STRONEGGER, W.-J. & FREIDL, W. (1996) Employment status and its health-related effects in rural Styria, Austria. *Preventive Medicine*, 25, 757–763.
- SCHAEFER, G. (1990) Gesundheit – Vorstellungen in verschiedenen Kulturen. In *Jahresheft Gesundheit*, 10–13.
- SCHNEIDER, V. (1990) Gesundheit – Was ist das heute? In *Jahresheft Gesundheit*, 8–9.
- SCHRIJVERS, C. T.; STRONKS, K., van de MHEEN, H. D. & MACKENBACH, J. P. (1999) Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4), 535–40.
- SIEGRIST, J. (1996) *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- SILBEREISEN, R. K. (1997) Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In SCHWARZER, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 189–208.
- SNIEHOTTA, F. F. (2002) Gesundheitsverhaltenstheorien. In SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. & WEBER, H. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe.
- STEINKAMP, G. (1999) Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder und länger leben als andere. In SCHLICHT, W. & DICKHUTH, H. H. (Hrsg.), *Gesundheit für alle. Fiktion oder Realität*. Stuttgart, New York: Schattauer, 101–154.
- STRONEGGER, W.-J.; FREIDL, W. & RÁSKY, É. (1997) Health behaviour and risk behaviour: socioeconomic differences in an Austrian rural county. *Social Science and Medicine*, 44, 423–26.
- STRONEGGER, W.-J.; FREIDL, W.; RÁSKY, É. & BERGHOLD, A. (1998) Educational status and resources for child care as predictors of TBE vaccination coverage in schoolchildren of an endemic area in Austria. *Zentralblatt für Hygiene und Umweltmedizin*, 201 (12), 437–445.
- STRONEGGER, W.-J.; RÁSKY, É. & FREIDL, W. (1996) Soziale Lage und Gesundheit – Von den Beziehungen zwischen Armut und Krankheit. *Psychologie in der Medizin*, 7, 28–34.
- STRONEGGER, W.-J.; RÁSKY, É. & FREIDL, W. (2001) Die Entwicklung der sozial-epidemiologischen Forschung und Praxis in Österreich. In: MIELCK, A. & BLOOMFIELD (Hrsg.) *Reader Sozialepidemiologie*. Weinheim: Juventa 2001.
- STRONKS, K.; van de MHEEN, H.; LOOMAN, C. W. N. & MACKENBACH, J. P. (1996) Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology Health Illness*, 18(5), 653–674.
- SUTTON, S. R. (2001) Psychosocial theories of health behavior. In SMELSER, N. J. & BALTES, P. B. (Hrsg.), *The international encyclopedia of social and behavioural sciences*. Oxford: Elsevier, 6499–6506.
- TREIBEL, A. (1994) *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*. Opladen.
- VESTER, M.; von OERTZEN, P.; GEILING, H.; HERMANN, T. & MÜLLER, D. (1993) *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Wandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung*. Köln: Bund.
- WEBER, M. (1972) *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr.
- WEINER, H. (1990) Auf dem Weg zu einem integrierten biomedizinischen Modell: Folgerungen für die Theorie der psychosomatischen Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 81–101.
- WEINER, H. (1991) Der Organismus als leib-seelische Funktionseinheit – Folgerungen für eine psychosomatische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 465–481.

**EXKURS 1:
DIE ZWEIFGESCHLECHTLICHKEIT
DES KONSUMS PSYCHOAKTIVER
SUBSTANZEN IN WIEN**

***EXCURSUS 1:
GENDER DIFFERENCES
IN THE CONSUMPTION OF
PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
IN VIENNA***

EXKURS 1: DIE ZWEGESCHLECHTLICHKEIT DES KONSUMS PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN IN WIEN

Irmgard EISENBACH-STANGL, Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien

Zusammenfassung

Die hier zusammengestellten Ergebnisse zeigen, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen in Österreich wie in Wien stagniert (Tabakwaren und vermutlich auch illegale Drogen und Psychopharmaka) und teils sogar im Abnehmen begriffen ist (alkoholische Getränke). Verhaltensweisen und Lebensstile, auf deren Grundlage substanzbezogene Süchte entstehen können, breiten sich also nicht aus, sie gehen tendenziell sogar zurück.

Aber die Konsumgewohnheiten bei psychoaktiven Substanzen unterscheiden sich in **Wien** und **Österreich** immer noch erheblich. Wiener und Wienerinnen konsumieren alle diskutierten Substanzen intensiver: Sie trinken und rauchen mehr und häufiger, sie gebrauchen mehr und häufiger Medikamente im Allgemeinen und Psychopharmaka im Besonderen, und sie probieren und konsumieren auch mehr illegale Drogen. Die bessere Erhältlichkeit spielt eine wichtige Rolle für den intensiveren Konsum: Das Angebot aller Substanzen ist in der Großstadt mannigfaltiger, leichter zugänglich und zumindest partiell vermutlich auch billiger. Des weiteren ist an die besonderen Lebensbedingungen in der Großstadt zu denken, die einerseits an Genuss orientiertes Verhalten begünstigen, andererseits aber auch besondere Belastungen mit sich bringen, die den Griff zu „Sorgenbrechern“ fördern. In diesem Zusammenhang sind die geringere Dichte informeller Kontrollen und die größere Anonymität zu nennen, wie der geringere Grad an sozialer Eingebundenheit und die gesteigerte Möglichkeit, aber auch die Unverbindlichkeit von sozialen Kontakten. Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass Wien eine besondere Bildungs- und Berufsstruktur aufweist und sich auch in anderen grundlegenden Sozialparametern von Österreich insgesamt unterscheidet, die bekannterweise mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zusammenhängen.

Summary: Excursus 1: Gender Differences in the Consumption of Psychoactive Substances in Vienna

The present results show a stagnation of consumption of psychoactive substances in Vienna as well as in Austria as a whole (tobacco, and probably illegal drugs and antipsychotic drugs, as well) or even a decline (alcoholic beverages). Behaviours and lifestyles that could lead to substance-related addiction are therefore not spreading, but rather declining.

*Consumption patterns of psychoactive substances, however, still differ greatly between **Vienna** and the whole of **Austria**. The Viennese consume all discussed substances more intensely than Austrians on average: They drink and smoke more and more frequently, they take pharmaceuticals in general and antipsychotic drugs in particular more often and in larger amounts, and they also try and consume more illegal drugs. Easier availability is an important factor for more intense consumption: the supply of all substances is more varied in the capital, they are more easily accessible and, in some cases, probably cheaper. Additionally, the particular living conditions of a large city have to be taken into account, which favour consumption-oriented behaviour on the one hand and entail particular strains on the other hand, increasing the desire for a substance to “take one’s worries away”. In this context, the lower frequency of informal controls and higher anonymity are worth mentioning, as are the low degree of social integration and the possibility of more, but less committed, social contacts. And finally, Vienna also has a particular educational and employment structure and also differs from the Austrian average in other fundamental social parameters that are known to be associated with consumption of psychoactive substances.*

Die Unterschiede zwischen den Konsumgewohnheiten der Wiener und Wienerinnen und jenen der Österreicher und Österreicherinnen insgesamt sind allerdings im Abnehmen begriffen: Dies ist wohl auf die Angleichung des (Substanz-)Angebotes in Wien und in Österreich insgesamt zurückzuführen, wie auch auf die zunehmende Angleichung der Lebensbedingungen und Lebensstile im urbanen und ländlichen Bereich. Der Psychopharmakagebrauch dürfte von diesen Aussagen jedoch auszunehmen sein, obwohl einschränkend anzumerken ist, dass es die vorliegenden Daten nicht zulassen, Aussagen über längerfristige Entwicklungen zu treffen.

Die Konsumgewohnheiten bei psychoaktiven Substanzen unterscheiden sich nicht nur maßgeblich im urbanen und im ländlichen Raum, sie unterscheiden sich auch maßgeblich nach **Geschlecht**: Frauen und Männer trinken und rauchen unterschiedlich, und sie entwickeln unterschiedliche Gewohnheiten beim Gebrauch von Psychopharmaka und von illegalen Drogen. Mit Ausnahme der Psychopharmaka „nehmen Männer immer mehr“: Dies bezieht sich nicht nur auf den höheren Anteil der männlichen Gebraucher der jeweiligen Substanzen, sondern auch auf die Konsumstile: Männer bevorzugen durchgehend die wirksameren Substanzen und sie konsumieren auch „härter“, was die Mengen, die Häufigkeiten, die erzielten Substanzwirkungen – wie zum Beispiel Berausung – und was das Risiko und die soziale Auffälligkeit der Konsumkontexte betrifft (EISENBACH-STANGL, 2002). In Wien allerdings ist das Konsumverhalten von Frauen und Männern traditionell ausgeglichener. Haben sich hier die Frauen den Männern oder haben sich die Männer den Frauen angeglichen?

Die Frage ist nicht einfach zu beantworten. „Man kommt einander entgegen“ könnte die zusammenfassende Antwort lauten. Eine genauere Befragung der Daten allerdings zeigt, dass dies je nach Substanz unterschiedlich geschieht: Sind es beim Alkoholkonsum eher die Wiener, die den Wienerinnen entgegenkommen, nähern sich beim Rauchen vor allem die Wienerinnen den Wienern an.

The differences between the Viennese and the Austrian population as a whole, however, are declining. This is probably due to a levelling of substance supply in Vienna and Austria as a whole as well as the increasing alignment of living conditions and lifestyles in urban and rural areas. The use of antipsychotics, however, is probably an exception, even though the present data do not permit long-term predictions.

*Not only are there significant differences in consumption patterns between the urban and rural areas, but also between the **genders**. Men and women have different drinking and smoking patterns, and they develop different behaviours in the use of antipsychotic and illegal drugs. With the exception of antipsychotics, men generally consume more – not only do more men than women consume a given substance, but there are also differences in their consumption style: men prefer the more potent substances, and their consumption style is “harder” concerning amount, frequency, effects – intoxication – as well as risk and socially deviant consumption contexts (Eisenbach-Stangl, 2002). In Vienna, however, consumption patterns of men and women have always been more comparable than elsewhere. The question remains whether women have adjusted their behaviour to that of men, or vice versa.*

This question is not easily answered. “They meet in the middle,” we might summarize it shortly. A more exact analysis of our data, however, shows that this differs from one substance to the other: While Viennese men now drink less alcohol, thus reducing the gap, the situation is the opposite with tobacco – women now smoke more.

Die illegalen Drogen (zumindest das Cannabis) und die Psychopharmaka sind von der großstädtischen Annäherung aber ausgeschlossen. Das vergleichsweise egalitäre Geschlechterverhältnis ist bei den illegalen Drogen in der Großstadt nicht ausgeglichener als im gesamten Bundesgebiet und der Überhang der Frauen beim Psychopharmakakonsum ist nicht weniger ausgeprägt. Die zunehmende Egalität in der Großstadt beschränkt sich auf den Gebrauch von Substanzen, die traditionell in der Rubrik „Genussmittel“ zusammengefasst werden. Die genannten Eigenheiten der Großstadt – wie unter anderem leichtere Erhältlichkeit, größere Anonymität und geringere informelle Kontrollen – dürften es den Frauen erleichtern, ihren Konsum jenem der Männer anzunähern – was natürlich auch die Zunahme der mit diesem Konsum verbundenen Folgeprobleme, inklusive der substanzbezogenen Krankheiten, bedingt. Die großstädtischen Angebote erleichtern aber gleichzeitig auch den Männern, ihr Gesundheitsverhalten jenem der Frauen anzunähern. Ein wesentlicher Faktor hierfür ist das vielfältigere Angebot und die größere Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten.

Ein Ende der Annäherung des Konsums von alkoholischen Getränken und von Tabakwaren bei Wienerinnen und Wienern ist zur Zeit nicht absehbar und zunehmend ist eine verwandte Entwicklung bei allen Österreicherinnen und Österreichern zu beobachten: Konsumententwicklungen – zu denen auch neue Konsummoden zu zählen sind – setzen sich in Wien frühzeitiger und prononcierter durch als im übrigen Bundesgebiet. Ausgenommen von der Annäherung der geschlechtsspezifischen Konsumstile scheinen allerdings die **illegalen Drogen** und die **Psychopharmaka**. Bemerkenswert ist, dass beide Gruppen von Substanzen auf eigenen Märkten vertrieben werden. Wie angemerkt: Psychopharmaka werden im Rahmen des medizinischen Systems abgegeben und damit in einem professionell und staatlich/öffentlich geregelter Bereich, in dem – folgt man den Konsumdaten – traditionelle Geschlechterrollen konserviert zu werden scheinen. Die so genannten „verbotenen“ Drogen hingegen unterliegen den Gesetzen des schwarzen Marktes und der Illegalität, die selbst die Geschlechterrollen außer Kraft zu setzen scheinen.

There has, however, been no comparable development for illegal drugs (at least cannabis) and antipsychotics – the relatively equal sex ratio in the use of illegal drugs in Vienna is no more balanced than the Austrian average, and the ratio by which women’s consumption of antipsychotics exceeds that of men is no lower in Vienna than in Austria as a whole. The increasing equal ratio in the city is limited to substances traditionally labelled as “luxury goods” – tobacco and alcohol. The particular living conditions of a large city mentioned above – e.g. easier availability, higher anonymity and less informal controls – apparently make it easier for women to equal the consumption of men, which naturally also leads to an increase of the resulting problems, including substance-related health problems and illnesses. The possibilities of a large city, however, also make it easier for men to adapt their health behaviour to that of women. The wide range of possibilities and the easier availability of health care services are a key factor.

*The tendency towards a levelling of consumption of alcoholic beverages and smoking among Viennese men and women will continue in the foreseeable future, and a similar development can increasingly be identified for Austria. Consumption trends – including new “fashions” – apparently come to Vienna earlier and in a more pronounced way than to the rest of Austria. **Illegal drugs** and **antipsychotics**, however, apparently are an exception to this levelling of gender-specific consumption patterns. It is important to note that these two groups of substances each have their own market. Antipsychotics are prescribed and sold in the framework of the public health care system, i.e. on a publicly controlled market, on which – according to the consumption figures – the traditional gender roles are still preserved. The so-called “illegal” drugs, on the other hand, are subject to the laws of the black market and illegality, where traditional gender roles lose their relevance.*

Allerdings nur auf der „untersten“ Konsumebene: die „härteren“ Konsumstile bleiben auch hier den Männern vorbehalten, und zwar um so mehr, je härter die Substanzen werden.

Die Annäherung der geschlechtsspezifischen Konsumgewohnheiten in Wien bleibt also beschränkt auf einzelne psychoaktive Substanzen – die Genussmittel – und sie erfasst die Konsumgewohnheiten nicht zur Gänze. Die risikoreichen und sozial auffälligen Konsumstile bleiben auch in der Großstadt Sache der Männer. Und da sich in Großstädten immer auch Nischen für die Illegalität und den schwarzen Markt ausbilden, werden im urbanen Bereich nicht nur Gebrauchsgewohnheiten von Männern gefördert, die stärker an den gesundheitsbewussteren der Frauen orientiert sind, sondern am Rande, unbeabsichtigt und ungeplant, auch traditionelle männliche, harte und risikoreiche Konsum- und Lebensstile evoziert.

This only applies to the least harmful level of use: “hard” use of drugs is still dominated by men.

The levelling of gender-specific consumption patterns in Vienna is thus limited to individual psychoactive substances – luxury goods –, and even there it does not include all patterns. “Hard” use of substances, risky and socially deviant behaviour in particular, still remains typically male behaviour, also in Vienna. And as illegality and the black market always find their place in large cities, urban lifestyle not only promotes an increased health behaviour of men, who orient themselves on the more health-conscious women, but it also evokes, as an unintended side-effect, traditional male, hard and risky consumption patterns and lifestyles.

Einleitung

Im folgenden soll der geschlechtsspezifische Konsum der wichtigsten psychoaktiven Substanzen in Wien dargestellt und mit jenem in Österreich verglichen werden. Ausgenommen wird der Gebrauch von Kaffee und Tee – von Getränken, die zwar Stoffe enthalten, die von der Weltgesundheitsorganisation zu den psychoaktiven gezählt werden, die allerdings im Alltagsverständnis kaum mehr als „Drogen“ wahrgenommen werden. Die Miteinbeziehung von Kaffee und Tee hätte jedoch den Rahmen dieses Kapitels gesprengt.

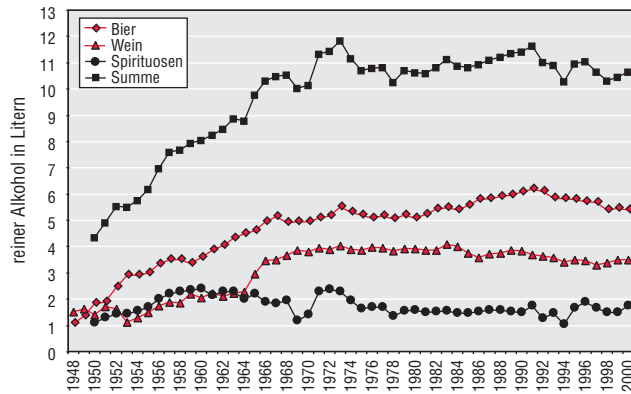
Die Darstellung des geschlechtsspezifischen Konsums folgt der gesellschaftlichen Bedeutung der Substanzen, gemessen an der Verbreitung und Menge des Gebrauchs: Zuerst wird auf die alkoholischen Getränke eingegangen, die in Österreich bei weitem am häufigsten gebrauchten „Drogen“, zuletzt auf jene, die durch das Suchtmittelgesetz kontrolliert werden, und die im Alltag gerne als „illegale Drogen“ bezeichnet werden. Es wird auf verschiedenste Daten zurückgegriffen und es werden solche bevorzugt, die die Rekonstruktion längerfristiger Entwicklungen – so weit es geht über mehrere Jahrzehnte – gestatten.

1. Der geschlechtsspezifische Konsum von alkoholischen Getränken

Lässt man Kaffee und Tee außer Betracht, sind die alkoholischen Getränke jene psychoaktiven Substanzen, die in Österreich am häufigsten konsumiert werden. Grafik 1 zeigt anhand des Pro-Kopf-Konsums von reinem Alkohol insgesamt und von reinem Alkohol, genossen in Form von Bier, Wein und Spirituosen die Gebrauchsentwicklung seit dem Zweiten Weltkrieg. Sie zeigt, dass der Konsum alkoholischer Getränke in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg

kräftig gestiegen ist, dann seit der ersten Hälfte der 70er Jahre stagnierte und dass er in den 90er Jahren leicht zurückging. Da Grafik 1 auf Aufzeichnungen über die Produktion, den Import und den Export alkoholischer Getränke in Österreich beruht, lassen sich aus ihr weder regionale Entwicklungen ablesen, noch kann die Frage geklärt werden, ob die Konsumententwicklung bei Frauen und Männern ähnlich oder unterschiedlich verlief.

Grafik 1: Pro-Kopf-Konsum an Bier, Wein und Spirituosen in Litern reinen Alkohols und Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol insgesamt, 1948–2000



Quelle: Daten der Statistik Austria, des Verbandes der Brauereien und des Verbandes der Spirituosenindustrie.

Auf die regionale und geschlechtsspezifische Konsumentwicklung lässt sich mit Hilfe der Leberzirrhosesterblichkeit schließen, die mangels anderer Daten häufig als Indikator für das Ausmaß des Alkoholkonsums herangezogen wird. Tabelle 1 zeigt, dass die geschlechtsspezifische Entwicklung der Leberzirrhosesterblichkeit in Österreich und Wien Ähnlichkeiten

aufweist: Bei allen österreichischen Männern stieg sie etwa bis Mitte der 70er Jahre und ging dann kontinuierlich zurück, bei den männlichen Wienern setzte der Rückgang früher ein und fiel kräftiger aus. Bei den Frauen ist eine ähnliche Entwicklung, aber ein insgesamt geringerer Rückgang zu beobachten, der wiederum in Wien früher einsetzte und stärker ausfiel.

Tabelle 1: Die Sterblichkeit an Leberzirrhose für Männer und Frauen, in Österreich und in Wien, auf 100.000 der entsprechenden Bevölkerung, 1961–2000, Mittelwerte für jeweils 5 Jahre

Jahr	Männer		Frauen	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien
1961–64	36	52	12	21
1965–69	43	59	16	24
1970–74	46	65	16	25
1975–79	47	60	17	26
1980–84	44	47	17	25
1985–89	41	42	16	22
1990–94	40	38	17	23
1995–99	35	36	15	20
2000	31	33	14	21

Quelle: Daten der Statistik Austria; eigene Berechnungen.

Die Entwicklung der Leberzirrhosesterblichkeit bestätigt den leichten Rückgang des Alkoholkonsums in Österreich, der aus den Produktionsziffern ablesbar war, und verweist auf eine Veränderung der österreichischen Trinkgewohnheiten, die bei beiden Geschlechtern in Wien deutlicher ausfällt als in Österreich insgesamt und

hier auch früher einsetzt. Die Entwicklung in Wien ist auf dem Hintergrund der Entwicklung des Alkoholkonsums und der Trinkgewohnheiten in Europa zu sehen: Seit den 50er Jahren ist eine Homogenisierung des Pro-Kopf-Konsums und der Getränkepräferenzen zu beobachten, die in den letzten beiden Jahrzehnten vor allem

vom Rückgang des intensiven Weinkonsums in den mediterranen „Weinländern“ getragen wird (LEIFMANN, 2001). Im Kontext der österreichischen Bundesländer ist Wien – wie das Burgenland und Niederösterreich und partiell auch die Steiermark – als Weinland, d. h. als Land, in dem Wein angebaut und vorrangig getrunken wird, zu betrachten. Der stärkere Rückgang des Alkoholkonsums in Wien verläuft also in Übereinstimmung mit internationalen Entwicklungen, die unter anderem mit der Veränderung der Lebensbedingungen und der Lebensstile in Verbindung zu bringen sind.

Aber freilich: Der Rückgang des Alkoholkonsums fällt in Wien deutlicher und stärker aus als in den anderen Bundesländern, die als Weinländer gelten können, und er setzt auch früher ein. Und in erster Linie wird er von den Männern in Wien getragen. Die Wiener – könnte man auch sagen – sind jene Bevölkerungsgruppe in Österreich, die ihr Trinkverhalten in den letzten Jahrzehnten am eindrucklichsten verändert hat. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Wiener Bevölkerung in der gleichen Zeit durch Zuwanderung stark verändert hat, dass davon vor allem die männliche Bevölkerung betroffen war und dass sich dies zumindest auch im sinkenden Alkoholkonsum der männlichen Wiener Wohnbevölkerung niederschlagen könnte: Aus einer Erhebung im Jahr 1996 geht hervor, dass die „Inländer“ deutlich häufiger tranken als die „Ausländer“:

14 Prozent der Ersteren, aber nur 8 Prozent der Letzteren gaben an „ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage“ Bier, Wein oder andere alkoholische Getränke zu konsumieren (Leben in Wien, 1996).

Anzumerken bleibt aber auch, dass der Rückgang der Leberzirrhosesterblichkeit nicht nur durch verändertes Konsumverhalten erklärt werden kann, sondern auch durch zunehmende Behandlung. Das Betreuungsangebot für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen hat sich in den letzten Jahrzehnten in Wien deutlich vergrößert und diversifiziert, und da es vermutlich Männer in stärkerem Maße anspricht als Frauen, könnte deren so deutlich sinkenden Leberzirrhosemortalität auch durch früher einsetzende und intensivere Behandlungen erklärt werden.

Trotz aller Veränderungen bleibt aber auch festzuhalten, dass der Konsum in Wien bei beiden Geschlechtern nach wie vor über dem österreichischen Durchschnitt liegt und dass das Ausmaß des Konsums von Frauen und Männern in Wien am ausgeglichtesten ist. Man könnte es auch so ausdrücken: Der Alkoholkonsum der Frauen in Wien ähnelt am stärksten jenem der Männer, und die Wienerinnen trinken traditionell mehr als alle anderen Österreicherinnen. Zahlen aus den letzten Jahren deuten darauf hin, dass die Angleichung fortschreitet:

Tabelle 2: Anteil der Wiener und Wienerinnen ab 15 Jahren, die angaben „Bier, Wein und andere alkoholische Getränke ziemlich regelmäßig, also fast alle Tage ...“ zu trinken, 1995–2001

	Männer	Frauen
1995	22	6
1996	22	6
1997	22	9
1999	21	9
2001	17	10

Quelle: Fonds Soziales Wien 1995, 1997, 1999, 2001; *Leben in Wien*, 1996.

Die Annäherung der Trinkgewohnheiten der Frauen und Männer ist schon bei den 11- bis 15-jährigen Wiener SchülerInnen zu beobachten, wie die WHO-HBSC-Studien zeigen: Der Anteil der Knaben beispielsweise, die über Erfahrungen mit Berausung berichten, ging zwischen 1990 bis 2001 zurück, der Anteil der gleichaltrigen Mädchen stagnierte im selben Zeitraum. Im Ver-

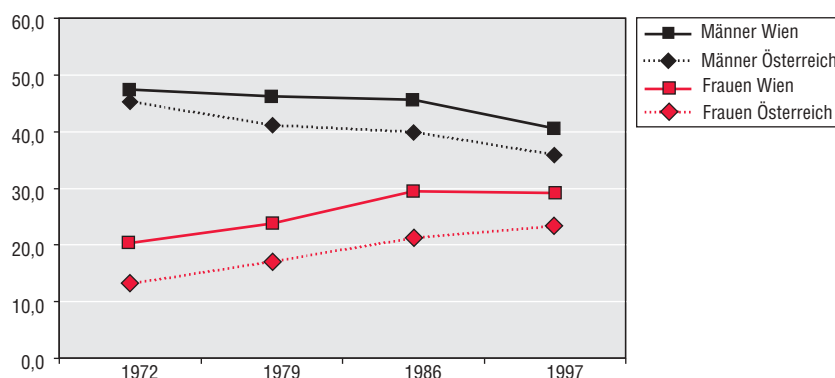
gleich zu den gleichaltrigen Knaben und Mädchen der anderen Bundesländer hingegen trinken die Wiener Kinder deutlich weniger (DÜR et al., 2000, dazu auch EISENBACH-STANGL, HAGER, REIDL, 2003). Ob dieser Hang zur Nüchternheit bei den Wiener Kindern in späteren Lebensphasen anhält, wird zu beobachten sein.

2. Der geschlechtsspezifische Konsum von Tabakwaren

Grafik 2 zeigt, dass die Großstadt Wien nicht nur beim Konsum von alkoholischen Getränken führt, sondern auch beim Konsum von Tabakwaren. Dies gilt wiederum für beide Geschlechter: Der Anteil der RaucherInnen unter den Wienern und Wienerinnen ist seit den 70er Jahren – seit der Zeit, in der die Statistik Austria die erste Re-

präsentativerhebung über die Rauchgewohnheiten durchführte – höher als jener unter gleichaltrigen Österreichern und Österreicherinnen, und er ist bei beiden Geschlechtern höher als jener in allen anderen Bundesländern.

Grafik 2: Der Raucheranteil bei Männern und Frauen ab 16 Jahren, in Österreich und Wien (rohe Quoten, 1972, 1979, 1986 und 1997 *)



*) Als „Raucher“ werden „tägliche“, „regelmäßige, aber nicht tägliche“ und „gelegentliche“ Konsumenten von Tabakwaren definiert.

Quelle: Daten der Statistik Austria, LANGASSNER, 1999

Andere Umfragen der Statistik Austria, in denen unter anderem nach den Rauchgewohnheiten gefragt wurde, bestätigen den höheren Anteil von Rauchern und Raucherinnen in Wien, doch ergeben sich aufgrund unterschiedlicher Stichproben und Erhebungstechniken höhere und in den 90er Jahren steigende statt sinkende Raucher- und Raucherinnenanteile in Österreich wie in Wien (Mikrozensus 1999, Statistik Austria 2002). Die höheren und steigenden Raucherquoten in den so genannten „Gesundheitsmikrozensus“ mögen zu einem kleinen Teil durch die vollständigere Erfassung

von „Ausländern“ bedingt sein, die weitaus häufiger rauchen als „Inländer“: Unter den männlichen türkischen Staatsbürgern in Wien finden sich zum Beispiel 83,3 Prozent Raucher, unter den aus Ex-Jugoslawien stammenden Männern 77,7 Prozent (Bereichsleitung 2002). Doch ist davon auszugehen, dass die speziellen Rauchererhebungen, deren Ergebnisse in Grafik 2 dargestellt sind, die Entwicklungen der Rauchgewohnheiten verlässlicher abbilden als jene der „Gesundheitsmikrozensus“ von 1991 und 1999, auf denen Tabelle 3 beruht:

Tabelle 3: Anteil der täglichen Raucher und Raucherinnen ab 15 Jahren, in Österreich und Wien, 1991 und 1999

	Männer		Frauen	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien
1991	36,2	42,5	20,8	27,7
1999	40,7	47,8	32,1	40,2

Quelle: Mikrozensus 1999, Statistik Austria 2002 („Gesundheitsmikrozensus“).

Die in Tabelle 3 dargestellten Daten bestätigen auch, dass der Tabakgenuss der Wienerinnen und Wiener ähnlicher ist als jener der Österreicher und der Österreicherinnen insgesamt. In anderen Worten: Wienerinnen und Wiener haben beim Tabak wie beim Alkohol „egalitärere“ Konsumgewohnheiten als Österreicherinnen und Österreicher insgesamt entwickelt, und sie rauchen im übrigen auch intensiver (größere Mengen, stärkere Tabakwaren) als die letzteren. Beiden Erhebungen ist des weiteren zu entnehmen, dass der Prozess der Angleichung der geschlechtsspezifischen Rauchgewohnheiten fortschreitet und nicht auf Wien beschränkt bleibt: Kamen zum Beispiel 1972 noch 3,5 rauchende Österreicher auf eine rauchende Österreicherin, waren es 1997 nur mehr 1,5. Für Wien lauten die entsprechenden Zahlen für das Jahr 1972 2,3 rauchende Wiener auf eine rauchende Wienerin, 1997 1,4 rauchende Wiener pro rauchende Wienerin. Man könnte es auch so ausdrücken: Die Frauen, die nicht in der Großstadt wohnen, folgen bei den Rauchgewohnheiten zunehmend den Wienerinnen.

Die Ergebnisse der WHO-HBSC-Studien aus den Jahren 1990, 1994, 1998 und 2001 setzten die geschilderten Entwicklungen fort: Die 15-jährigen Schüler und Schü-

lerinnen in Wien beispielsweise geben etwas seltener Erfahrungen mit dem Rauchen an als die Gleichaltrigen in ganz Österreich, und seit Mitte der 90er Jahre geben mehr 15-jährige Schülerinnen Raucherfahrungen an als Schüler – in Wien wie in Österreich. Die Frage nach dem täglichen Konsum ergab ähnliche Resultate: Der Anteil der 15-jährigen Wiener Schülerinnen und Schüler, der täglich raucht, unterscheidet sich nicht maßgeblich von jenem der Schüler im gesamten Bundesgebiet, und seit Mitte der 90er Jahre greift ein größerer Anteil der Wiener wie österreichischen Schülerinnen täglich zu Zigaretten als der Wiener und österreichischen Schüler. Die Wiener Schüler und Schülerinnen unterscheiden sich also bei Erfahrungen mit und beim Konsum von Tabakwaren nicht gravierend von jenen in Österreich insgesamt (der jeweilige Anteil in Wien übersteigt nicht jenen in Österreich) und die Mädchen beginnen die Knaben zu überholen (...). Dass Rauchen in Zukunft zur Domäne der Frauen wird, ist allerdings zu bezweifeln: Der Überhang der jungen Mädchen in dieser Altersgruppe ist auch beim Gebrauch illegaler Drogen zu beobachten und vermutlich auf die Wirksamkeit traditioneller Geschlechterrollen in der Adoleszenz zurückzuführen (siehe Abschnitt 4).

3. Der geschlechtsspezifische Gebrauch von Psychopharmaka

Bei den Psychopharmaka handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Substanzen, die aufgrund ihrer Verwendung im medizinischen Bereich zu einer Gruppe zusammengefasst werden. Im Gegensatz zu allen anderen der bisher behandelten Stoffe überwiegen unter den Konsumentinnen und Konsumenten eindeutig und konstant die Frauen. Im Zusammenhang damit ist anzumerken, dass der Gebrauch von Psychopharmaka im Rahmen des medizinischen Systems üblicherweise nicht in sozial auffälligem Verhalten mündet, wie es bei legalen und illegalen Rauschmitteln immer wieder zu

beobachten ist (Berausung), noch Dritte tangiert, wie der Gebrauch von Tabakwaren. Er dient im Gegensatz dazu explizit der psycho-sozialen Anpassung, und er findet überwiegend professionell kontrolliert statt. Psychopharmaka sind also in mehrfacher Hinsicht unauffällige und stille Substanzen und der „Überhang“ von Frauen unter den Gebrauchern und Gebraucherinnen muss auch in diesem Kontext betrachtet werden.

Die Daten zeigen, dass der Gebrauch aller Medikamente bei beiden Geschlechtern in Wien traditionell höher

liegt als in Österreich insgesamt. So nahmen im Jahr 1983 rund 29 Prozent aller Österreicherinnen und Österreicher „häufig oder regelmäßig“ Medikamente ein (Frauen rund 34 Prozent), aber 35 Prozent aller Wienerinnen und Wiener (Frauen rund 41 Prozent – ÖSTZ 1987). Im Gesundheitsmikrozensus aus dem Jahr 1999 wurde zwischen ärztlich verordneten Medikamenten und Selbstmedikation unterschieden. In diesem Jahr gaben rund 31 Prozent aller Österreicher und 38 Prozent aller Österreicherinnen und rund 33 Prozent der Wiener und 40 Prozent der Wienerinnen an, ärztlich verordnete Medikamente in den letzten 4 Wochen eingenommen zu haben (Bereichsleitung 2002, Statistik Austria 2002). Auch die Selbstmedikation liegt in Wien höher: Rund 17 Prozent der Wiener und 21 Prozent der Wienerinnen gebrauchten in den 4 Wochen vor der Befragung ein nicht verordnetes Medikament, im gesam-

ten Bundesgebiet waren es rund 14 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen. Und schließlich nehmen Wiener und Wienerinnen eine größere Zahl von verschiedenen Medikamenten.

Die genannten Erhebungen zeigen, dass Wiener und Wienerinnen auch häufiger Psychopharmaka einnehmen als alle Österreicher und Österreicherinnen, d. h. Medikamente gegen Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Nervosität, und dass der Überhang der Frauen hier größer ist als beim Medikamentenkonsument insgesamt. Mehr als Medikamente insgesamt sind Psychopharmaka also Sache der Frauen. Aber interessanterweise unterscheiden sich in dieser Hinsicht Wiener und Wienerinnen nicht von Österreichern und Österreicherinnen, wie Tabelle 4 zeigt:

Tabelle 4: Anteil der Frauen und Männer in Österreich und Wien im Jahr 1999, die ärztlich verordnete Medikamente gegen Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Nervosität, und nicht ärztlich verordnete Schmerzmittel in den letzten 4 Wochen einnahmen

	Frauen		Männer	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien
ärztlich verordnete Medikamente gegen				
Schlafstörungen	2,9	2,4	1,8	1,6
Kopfschmerzen	2,9	3,3	1,7	2,3
Nervosität	2,5	2,3	1,2	1,0
nicht ärztlich verordnete Schmerzmittel	8,7	10,9	6,2	8,3

Quelle: Statistik Austria 2002 („Gesundheitsmikrozensus“).

Zusammengefasst: Medikamente im Allgemeinen und Psychopharmaka im Besonderen werden in Wien häufiger gebraucht als in Österreich insgesamt, und sie werden von Frauen deutlich und konstant häufiger konsumiert als von Männern. Doch ist weder bei der Selbstmedikation noch bei den ärztlichen Verordnungen ein Einfluss der Großstadt auf die geschlechtsspezifischen Konsumgewohnheiten zu beobachten: Wienerinnen gleichen ihren Konsum von Psychopharmaka nicht stärker jenem der Wiener an, wie es beim Alkohol und Tabak zu beobachten war, und die Wiener kommen den Wienerinnen nicht auf „halbem Wege entgegen“ wie beim Trinken und Rauchen.

Die Erklärung für den häufigeren Konsum ist einerseits in der Altersstruktur der Bundeshauptstadt zu suchen

(der Gebrauch von Medikamenten, vor allem aber jener der Psychopharmaka steigt mit dem Alter), andererseits in der Erhältlichkeit der genannten Substanzen, die nicht durch den Markt, sondern durch das medizinische System geregelt wird: In Wien weist es eine größere Dichte und größere Nähe zu seinen Benutzern auf. Die Erklärung für die geschlechtsspezifischen Unterschiede liegt hingegen im unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Frauen und Männern und nicht zuletzt auch im geschlechtsspezifischen Gesundheits- und Krankheitsbild der Ärzte, das sich in häufigeren Verschreibungen von Psychopharmaka für Patientinnen niederschlägt – in der Großstadt, wie im gesamten Bundesgebiet. Dies mag die folgende Tabelle illustrieren.

Tabelle 5: Verordnungen von Psychopharmaka im niedergelassenen Bereich, in Österreich und Wien, an Frauen und Männer pro gleichgeschlechtlicher Bevölkerung im Jahr 2000

	Frauen		Männer	
	Österreich	Wien	Österreich	Wien
Psychoanaleptika*)	0,49	0,57	0,21	0,23
Psycholeptika	0,54	0,62	0,30	0,36
insgesamt	1,03	1,19	0,52	0,58

*) Ausgenommen Antiadiposita.

Quelle: Institut für Medizinische Statistik; eigene Berechnungen.

4. Der geschlechtsspezifische Gebrauch von illegalen Drogen

Wie die Psychopharmaka umfassen auch die so genannten „illegalen Drogen“ ein Bündel von Substanzen, die, betrachtet man ihre Eigenschaften, außerordentlich heterogen sind. Sie werden jedoch nicht aufgrund ihres professionellen Einsatzes als Arzneimittel (Verschreibung durch ÄrztInnen, Abgabe durch Apotheken) zu einer Gruppe zusammengefasst, sondern aufgrund ihrer Kontrolle durch das Suchtmittelgesetz und damit in letzter Instanz durch die Androhung strafrechtlicher Sanktionen. Eine erhebliche Anzahl der illegalen Drogen sind Psychopharmaka oder anders ausgedrückt: Ein erheblicher Anteil der Psychopharmaka ist besonderen Kontrollen unterworfen, die im Suchtmittelgesetz formuliert sind und deren Übertretung strafrechtliche Sanktionen nach sich zieht. Doch ist nicht davon auszugehen, dass mit Fragen nach dem „Drogenkonsum“ in Repräsentativerhebungen oder

mit polizeilichen Anzeigen Personen erfasst werden, die Substanzen wie zum Beispiel Morphin im Rahmen des medizinischen Systems gebrauchen.

Mit Ausnahme des Konsums von Cannabis ist der Gebrauch von illegalen Drogen in der österreichischen Bevölkerung so wenig verbreitet, dass er sich in Bevölkerungsbefragungen nicht adäquat abbilden lässt. Was den Cannabiskonsum betrifft, so zeigen Daten aus den 80er Jahren, dass auch dieser dazu tendiert ein urbanes Phänomen zu sein, obwohl Tendenzen zur regionalen Nivellierung beobachtet werden (HAAS et al., 1999). Das Geschlechterverhältnis ist erstaunlich ausgeglichen, sowohl in Österreich insgesamt wie auch in Wien. Und ein Trend zur weiteren Angleichung des Konsums zwischen Männern und Frauen ist nicht auszumachen, wie die in Tabelle 6 vorgestellten Daten zeigen.

Tabelle 6: Erfahrungen mit Cannabis, Männer und Frauen in Österreich und in österreichischen Städten 1984, ab 14 resp. ab 15 Jahren, in Wien 1993–2001, in %

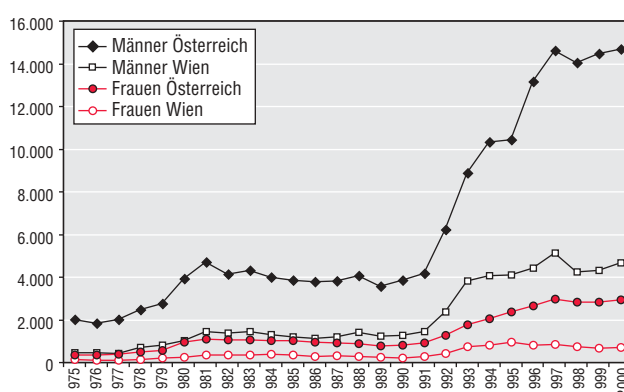
	Männer	Frauen
1984 Österreich (15–40 J.)	17	12
1984 österr. Städte (15–40 J.)	28	21
Wien 1993 (ab 14 J.)	7	3
Wien 1995 (ab 14 J.)	9	5
Wien 1997 (ab 15 J.)	16	9
Wien 1999 (ab 15 J.)	13	9
Wien 2001 (ab 15 J.)	18	11

Quelle: SPRINGER, UHL, MARITSCH, 1987; Fonds Soziales Wien 1993, 1995, 1997, 1999, 2001.

Das Bild ändert sich, betrachtet man die polizeiliche Anzeigenstatistik wegen Suchtmitteldelikten, die seit 1975 geführt wird. Die in Wien angezeigten Männer und Frauen machen etwa ein Drittel aller in Österreich wegen Drogen erfassten Männer und Frauen aus und überwiegen damit deutlich. Doch ist die Zahl der Frauen unter den Angezeigten in Relation zur Zahl der Männer überraschend gering. Drogendelikte sind weit mehr als Drogenkonsum eine Sache der Männer. Die Ursache

dürfte in den risikoreicheren Lebensstilen der männlichen Drogenkonsumenten zu suchen sein. Als risiko-reicher Lebensstil lässt sich nicht nur intensiverer Drogengebrauch verstehen, sondern auch Gebrauch von vielen verschiedenen – legalen wie illegalen – Substanzen, sozial auffälligerer Gebrauch, der auch mit Handel und anderen Arten von kriminellen Handlungen einhergeht und anderes mehr.

Grafik 3: Anzeigen nach dem Suchtgiftgesetz von Männern und Frauen, in Österreich und Wien, 1975–2000



Quelle: Jahresberichte des BMI 1975–2000.

Interessant ist auch, dass unter den in Wien Angezeigten Frauen bis in die zweite Hälfte der 80er Jahre etwas stärker vertreten waren als in Österreich insgesamt, danach jedoch weniger. Die Drogenszene in Wien dürfte seit dieser Zeit „professioneller“ und „härter“ geworden sein, und zwar auf beiden Seiten: Auf der Seite der polizeilichen Verfolgung, was eine Vervielfachung der Zahl der Angezeigten zur Folge hatte, wie auf der Seite der „Szene“, die mit einem ausgedehnteren Markt, mit mehr, unterschiedlicheren und billigeren Drogen, aber natürlich auch mit einem härteren Konkurrenzkampf konfrontiert war. Parallel zur polizeilichen Verfolgung wurde auch das Behandlungsangebot für Drogenkonsumenten kräftig ausgebaut, und es ist denkbar, dass es vor allem von jüngeren Frauen mehr als von jüngeren Männern in Anspruch genommen wird, die möglicherweise dadurch polizeiliche Kontrollen vermeiden (vgl. HAAS, 2002). Die vorgestellten Daten weisen darauf

hin, dass die Großstadt nicht nur egalitärere Lebens- und Konsumstile fördert, sondern auch Geschlechterdifferenzierungen in bestimmten Bereichen.

Zu erwähnen bleibt, dass der Gebrauch illegaler Drogen eine Angelegenheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen geblieben ist und dass unter den Jüngsten der Drogenerfahrenen die Mädchen traditionell überwiegen (EISENBACH-STANGL, 1995, TEBBICH, 2002): Dies ist wohl am plausibelsten auf die nach wie vor gegebene Wirksamkeit traditioneller Geschlechterverhältnisse zurückzuführen; Mädchen haben oft ältere Freunde und passen sich deren (Drogen-Konsum-)Verhalten an, was im übrigen nicht nur die Erfahrungen von jungen Mädchen mit illegalen Drogen, sondern, wie bereits angemerkt, auch den Kontakt mit Tabakwaren zu fördern scheint (DÜR & MRAVLAK, 2002).

Literatur

- DÜR, W.; KERNBEIß, G.; MRAVLAK, K.; STIDL, T. & SCHUß, I. (2000) Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 5. HBSC Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- DÜR, W. & MRAVLAK, K. (2002) Gender and Smoking in Young People in Austria, in: The Flemish Institute for Health Promotion (ed.): Report on the Project Gender Differences in Smoking in Young People, Brussels.
- EISENBACH-STANGL, I. (1995) Geschlechtsspezifischer Umgang mit dem eigenen Körper, in: Bundesministerin für Frauenangelegenheiten (Hg.): Frauenbericht '95, Wien.
- EISENBACH-STANGL, I. (2002) Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums von psychotropen Substanzen, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1–2.
- EISENBACH-STANGL, I.; HAGER, I. & REIDL, C. (2003) Alcohol and Youth in Vienna, An Explorative Study on Behalf of the Bereichsleiter für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Stadt Wien, Vienna.
- Fonds Soziales Wien. Suchtmittelstudie 2001, durchgeführt von IFES.
- HAAS, S.; GUZEI, K. & TÜRSCHERL, E. (1999) Bericht zur Drogensituation 1999, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.
- HAAS, S. (2002) Drogen und Gender, Vortrag gehalten am Workshop Drogenforschung der ÖGS, Wien.
- LANGGÄBNER, J. Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung, in: Statistische Nachrichten 5/1999, S. 319–326.
- Leben in Wien, Gesamtergebnisse, Teil III, IFES, Wien 1996.
- LEIFMAN, H. (2001) Homogenisation in alcohol consumption in the European Union, in: Nordic Studies on Alcohol and Drugs, vol.18, p. 15–30.
- ÖSTZ (1987) Gesundheitszustand der Österreichischen Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1983, Beiträge zur Österreichischen Statistik, Heft 840, Wien.
- Stadt Wien, Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien (2002), Wien.
- SPRINGER, A.; UHL, A. & MARITSCH, F. (1987) Das Cannabisproblem in Österreich, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1–2.
- Statistik Austria (2002) Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen, Ergebnisse des Mikrozensus September 1999, Wien.
- TEBBICH, H. (2002) Suchtmittelkonsum Jugendlicher, in: Stadt Wien (Hg.): Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002.
- Wiener Drogenkoordination: Suchtmittelstudien 1993, 1995, 1997 und 1999, durchgeführt von IFES.

**EXKURS 2:
GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-
PROGRAMM „EIN HERZ FÜR WIEN“**

**EXCURSUS 2:
THE HEALTH PROMOTION
PROGRAMME
“A HEART FOR VIENNA”**

EXKURS 2: GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROGRAMM „EIN HERZ FÜR WIEN“

Zusammenfassung

Der Exkurs „Gesundheitsförderungsprogramm „Ein Herz für Wien““ gibt einen Überblick über das seit 2001 laufende Programm der Stadt Wien zur Reduzierung der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mittels Lebensstiloptimierung. Dieses besteht aus einer Fülle von Teilprojekten, wie Bewegungs-, Ernährungs- und Blutdruckprojekten. „Ein Herz für Wien“ soll auf defizitäres Gesundheitsverhalten aufmerksam machen und die Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil motivieren.

Summary

The excursus “A Heart for Vienna – The Health Promotion Programme Ein Herz für Wien” presents an overview of this programme for the reduction of risk factors for cardiovascular diseases through life-style optimisation, started in 2001. It consists of a number of individual projects, focussing on physical activity, nutrition, blood pressure, etc. This project is a response of the policy makers of Vienna to deficiencies in health behaviour and is aimed at promoting a healthier lifestyle for the population.

Einleitung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören weltweit zu den häufigsten Todesursachen. Die führenden Todesursachen sind ischämische Herzerkrankungen (6,3 Millionen Tote 1990) gefolgt von zerebrovaskulären Geschehen (4,4 Millionen Tote 1990; MURRAY, et al., 1997). In westlichen Ländern sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen für 45 Prozent und in Entwicklungsländern für 24,5 Prozent der Gesamtmortalität verantwortlich. Evidenz gibt es reichlich dafür, dass durch präventivmedizinische Maßnahmen der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in allen Stadien entgegengewirkt werden kann.

Um eine wirkungsvolle Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu etablieren, ist es notwendig, die Risikofaktoren, die zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, zu verstehen und zu reduzieren (LEVENSON, et al., 2002). Bestimmte Lebensstilfaktoren, die in der gesamten Bevölkerung vorherrschen, sind zu einem großen Teil für Risikofaktoren und somit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich. Durch Optimierung des Lebensstils sind kardiovaskuläre Erkrankungen der Prävention zugänglich. Information und Motivation der Bevölkerung sowie manche Lebensstilgewohnheiten zu modifizieren, gewährleisten eine effektive Prävention. Prospektive Studien haben Personen mit geringem Risikolevel identifiziert, die auch lebenslang eine geringe Prävalenz von kardiovaskulären Erkrankungen zeigen. Diese geringen Risikolevels waren vor allem dem gesunden Lebensstil zuzuschreiben.

Beispielsweise zeigte sich in der Nurses Health Study, dass Frauen, die Normalgewicht beibehalten, nicht rauchen, sich regelmäßig bewegen, sich gesund ernähren und nur mäßig Alkohol konsumieren, eine Risikoreduktion von 83 Prozent erzielen, jedoch fallen nur 3 Prozent der Frauen in diese Kategorie (STAMPFER et al., 2000).

Der Großteil der kardiovaskulären Risikofaktoren sind bekannt und modifizierbar (PEARSON et al., 2002). In der Victoria Declaration (International Heart Health Conference 1992) wurden folgende vermeidbare Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen definiert:

- Rauchen
- Hypertonie
- Hypercholesterinämie
- ungesunde Ernährung (einschließlich exzessivem Alkoholkonsum)
- Adipositas
- Bewegungsmangel
- psychosozialer Stress

Die Prävalenz der Adipositas ist im Steigen begriffen und damit in der Prävalenz ebenfalls ansteigende Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Diabetes mellitus Typ II und das „metabolische Syndrom“ (LAKKA et al., 2002). Die Prävalenz des metabolischen Syndroms kann mit etwa 25 Prozent der erwachsenen Bevölkerung angegeben werden (FORD et al., 2002).

Innerhalb von zwei Jahren beträgt bei adipösen unbehandelten Personen die Inzidenz von Risikofaktoren des Metabolischen Syndroms (Durchschnitts-BMI 38 kg/m²) für

- Hypertonie – 13,6 %
- Diabetes mellitus – 6,3 %
- Hyperinsulinämie – 6,3 %
- Hypertriglyzeridämie – 7,7 %
- Niedriges HLD-Cholesterin – 8,6 %
- Hypercholesterinämie – 12,1 % (SJOSTROM et al., 1999)

Die Prävention des Typ II Diabetes und auch des metabolischen Syndroms unterscheiden sich im Prinzip nicht von jener der häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Sowohl in der Health Professional Study als auch in der Nurses Health Study konnte ein enger Zusammenhang zwischen Body Mass Index und der Inzidenz chronischer Erkrankungen wie einer koronaren Herzkrankheit und Diabetes mellitus festgestellt werden (FIELD et al., 2001, WILLET et al., 1999). Das Vorhandensein einer abdominellen Adipositas bei der Entwicklung des metabolischen Syndroms und des Typ 2 Diabetes spielt dabei eine besondere Rolle (McCULLOCH et al., 2002).

Die Prävention der abdominellen Adipositas ist ein besonders wesentliches Ziel in der Prävention ischämischer Herzerkrankungen und des metabolischen Syndroms, auch in Screenings sollte diese unbedingt bestimmt werden.

Die Evidenz, dass einem Großteil kardiovaskulärer Erkrankungen mit Prävention begegnet werden kann, ist ständig im Wachsen begriffen. Die Aufgabe von Public-Health-Programmen beinhaltet auch, dass jene mit niedrigem Risikolevel auch in diesem Niedrigrisikobereich bleiben und jene mit hohem Risiko in einen niedrigeren Risikobereich kommen.

Die American Heart Association (AHA) 2003 definiert zur Bekämpfung von kardiovaskulären Erkrankungen auf Community Level eine Reihe von Zielen, darunter Raucherentwöhnung und Reduktion des Passivrauchens, Reduktion von gesättigten Fettsäuren, Cholesterin, Natrium und Kalorien in der Ernährung, vermehrten Konsum von pflanzlicher Nahrung, vermehrte körperliche Aktivität, Zugang zu präventivmedizinischen Einrichtungen, frühzeitige Wahrnehmung von Symp-

tomen von Herzinfarkt und Schlaganfall. Mehr als drei Jahrzehnte Forschung bringen Evidenz dafür, dass Verhaltensmodifikation durch Information (über Massenmedien und direkt), Screening nach Risikofaktoren (wie Hypertonie und Hypercholesterinämie) und Veränderungen durch lokale Programme geschieht (PEARSON et al., 2003).

Die European Society of Cardiology hat sich in einem „Heart Plan for Europe“ zum Ziel gesetzt, die Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Personen unter 65 Jahren um 40 Prozent bis zum Jahr 2020 zu senken. Als Schritte dazu sind geplant (Heart Plan for Europe):

- Verringerung des individuellen Gesamtcholesterinspiegels auf 190 mg/dl
- Erreichen von individuellen Blutdruckwerten unter 140/90 mmHg bei Personen unter 65 Jahren
- Reduktion des Zigarettenrauchens in der Bevölkerung um 1 Prozent pro Jahr

Um sich diesem Ziel annähern zu können bedarf es auch entscheidender Präventionsmaßnahmen. Es gibt hinreichend Beweise dafür, dass Präventionsprogramme machbare und kosteneffektive Wege sind, um die Herz-Kreislaufmortalität zu senken und Beeinträchtigungen durch diese Erkrankungen zu reduzieren. Für die WHO hat die Implementierung der Programme höchste Priorität erreicht, da der Einfluss der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in allen sozioökonomischen Gruppen weiter zunehmen wird und auch die Kosten durch diese Erkrankungen noch erheblich ansteigen werden.

Im Jahr 2001 sind in Österreich 27.448 Personen an Herzkrankheiten und 8.153 Personen an Hirngefäßerkrankungen verstorben. Insgesamt 47,6 Prozent aller Todesfälle gehen auf diese Erkrankungen zurück. Geographisch zeigt sich in Österreich ein Ost-West-Gefälle. Das Risiko, an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben, ist in Wien am größten, gefolgt von Burgenland und Niederösterreich, am geringsten ist dieses Risiko in Tirol und Vorarlberg. (Statistik Austria, 2003).

Im Jahr 2001 starben in Wien 54 Prozent an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bedingt durch die höhere Lebenserwartung der Frauen, war die Rate bei den Frauen höher, als bei den Männern (59 Prozent vs. 48 Prozent). Männer versterben deutlich häufiger in jüngeren Jahren an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Gesundheitsbericht Wien 2002).

Krankheitsspezifisch betrachtet ist bei beiden Geschlechtern die Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei niedriger Bildung am höchsten, das trifft auf die ischämische Herzkrankheit und die zerebrovaskulären Erkrankungen zu (MACKENBACH et al., 1999; MENHEM et al., 2000).

In Wien bestehen auch deutliche regionale Unterschiede zwischen den Wiener Gemeindebezirken. Bei den Männern ist die Mortalität der unter 75-Jährigen bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen am höchsten in den Bezirken 20, 15, 11 und 10, bei den unter 75-jährigen Frauen in den Bezirken 15, 12, 20, 11 und 16 (Statistische Mitteilungen, 2001).

Ein Herz für Wien

Die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde als Schwerpunkt im Wiener Gesundheitsförderungsprogramm 2000 definiert, im Jänner 2001 gab Gesundheitsstadträtin Prim. Dr. Elisabeth PITTERMANN-HÖCKER im Rahmen eines Herz-Info-Tages für die Wiener Bevölkerung den Startschuss für das mehrjährige Programm des Gesundheits- und Spitalwesens „Ein Herz für Wien“. Es handelt sich dabei um ein Programm, das beabsichtigt, die Prävalenz der Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Lebensstiloptimierung in der Bevölkerung zu reduzie-

ren. Schwerpunkte dabei sind Wissensvermittlung, Erlernen praktischer Fähigkeiten und Bereitstellung der notwendigen sozialen Unterstützung.

Im Jänner 2001 behandelten die Statistischen Mitteilungen der Stadt Wien das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Statistische Mitteilungen der Stadt Wien 2000/2). In diesem Bericht wurde „Ein Herz für Wien“ in den Grundzügen bereits dargestellt. Seitdem wurde bereits eine größere Zahl von Projekten realisiert und teilweise auch evaluiert.

Ziele

In einer Zielhierarchie wurden für das Projekt „Ein Herz für Wien“ primäre und sekundäre Ziele sowie

Visionen und Generalziele entwickelt (siehe Grafik 1).

Grafik 1: Zielhierarchie des Projekts „Ein Herz für Wien“

Vision – Generalziele

- Senkung der Inzidenz und Prävalenz der vermeidbaren Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Verbesserung der Lebensqualität der Zielgruppen
- Kompression der Morbidität (bei hoher Lebenserwartung, kurze Krankheitsphase am Lebensende)
- (weitere) Senkung der Mortalität bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Primäre Ziele

- Erreichen neuer Zielgruppen mit den Präventionsbotschaften
- Reduktion der Risikosituationen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Sekundäre Ziele

- Verbesserung des Wissens über kardiovaskuläre Risikofaktoren
- Aufklärung in Bezug auf Vorsorgemöglichkeiten und die dazu vorhandene Infrastruktur
- Einstellungsveränderung zur eigenen Gesundheit
- Erhöhung der Bereitschaft, einen gesunden Lebensstil zu wählen
- Reduktion der Prävalenz folgender Risikofaktoren bei allen Zielgruppen: Rauchen – speziell HochrisikoraucherInnen, Hypercholesterinämie, Hypertonie, mangelnde Bewegung, Übergewicht, ungesunde Ernährung, psychosoziale Faktoren (z. B. Stress), exzessiver Alkoholkonsum
- Bekanntmachen von „Ein Herz für Wien“ in der Bevölkerung und bei EntscheidungsträgerInnen
- Schaffung gesunder Rahmenbedingungen, z. B. rauchfreie Zonen, Einflussnahme auf gesetzliche Bestimmungen in Bezug auf Rauchen, Einflussnahme auf Lebensmittelindustrie, etc.
- Lobbying für den Aufbau eines Herzinfarkt- und Schlaganfallregisters

Zielgruppe

Zielgruppe des Projekts „Ein Herz für Wien“ sind Personen mit Risiko. Das sind alle Erwachsenen. Daneben wurden aber auch spezielle Teilgruppen definiert, die ein besonderes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Diese Risikogruppen sind sozial Schwäche-

re in den Wiener Gemeindebezirken mit überdurchschnittlicher Mortalität und Morbidität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (siehe oben), SeniorInnen und Menschen am Arbeitsplatz (siehe Grafik 2).

Grafik 2: Zielgruppen von „Ein Herz für Wien“



Einzelprojekte

Die Einzelprojekte gliedern sich in Gruppen mit folgenden Schwerpunkten: (siehe Grafik 3)

Grafik 3: Einteilung der Einzelprojekte „Ein Herz für Wien“

<p>Projekte, bei welchen die Information der Bevölkerung im Vordergrund steht</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1. – 3. Herzenquete ● Herz- und Seele-Enquete ● Aktivitäten im Rahmen: Congress of the European Society of Cardiology 2003 ● Herzsripten ● Herz-Info-Tage ● Herzbroschüren ● „Herz für Wien“ – Messestand ● „Herz für Wien“ – Homepage ● Herzbox ● Männergesundheitswoche 2003 <p>Projekte mit der Absicht, die Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil zu animieren</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Walking Miles ● Heart Market und Heart Cooking ● Herzkochbuch ● Wien isst gesund ● Herzspiel <p>Projekte in besonderen Settings</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Blutdruckmessen in der Leopoldstadt ● Altern mit Hirn und Herz ● Blutdruckprojekt am Arbeitsplatz ● Herzlauf

Im Folgenden sind einzelne Projekte von „Ein Herz für Wien“ kurz beschrieben.

Herzenquete und Herzkriptum

Ärzte und Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, sind Zielpublikum dieser Veranstaltungen. Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Herz-Kreislauf-Prävention werden präsentiert. Für den Besuch dieser Veranstaltungen gibt es Punkte im Rahmen des Diplomfortbildungsprogrammes der Österreichischen Ärztekammer. Hier wird besonders auf die Multiplikatorwirkung der Zielpersonen gesetzt. Insgesamt haben in Wien bereits drei solcher Veranstaltungen stattgefunden. Es sind dazu auch drei Herzkripten erschienen.

Herz- und Seele-Enquete

Mit der Rolle von psychosozialen Faktoren bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und mit Strategien zur Verminderung psychosozialer Risikofaktoren beschäftigte sich die erste Wiener Herz- und Seele-Enquete im November 2002.

Congress of the European Society of Cardiology

Im Jahr 2003 findet in Wien der Kongress der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie statt. Im Rahmen dieser Veranstaltung gestaltet „Ein Herz für Wien“ die Öffentlichkeitsarbeit und Bevölkerungsaktionen.

Herz-Info-Tage

Information und Motivation der Bevölkerung sind die Ziele dieser Veranstaltungen. Die Bevölkerung wird dabei über das Aktionsprogramm von „Ein Herz für Wien“ sowie über Risikofaktoren und Lebensstilmedizin informiert und zum Mitmachen eingeladen. Aktivitäten für die nächsten Jahre werden präsentiert.

Herzbroschüren

Schriftliche Information für die Bevölkerung über Herz-Kreislauf-Prävention ist Inhalt der Broschüre. Zwei Auflagen dieser Broschüren sind bisher erschienen mit den Titeln: „Mein Herz – Ein persönlicher Ratgeber“ und „Mein Herz – Der informative Wegweiser zu Ihrer Herzgesundheit“. Nicht nur Information, son-

dern auch Selbsttests zur Errechnung des individuellen Herz-Kreislauf-Risikos sind Gegenstand dieser Broschüren.

Die Hefte wurden an alle niedergelassenen Ärzte verschickt, mit dem Angebot, sie bei der Aufklärung der PatientInnen über Herz-Kreislauf-Erkrankungen als schriftliche Unterlage zu verwenden, bzw. sie zumindest in den Wartezimmern aufzulegen. Weiters wurden die Broschüren bei allen Veranstaltungen von „Ein Herz für Wien“ verteilt und waren außerdem Inhalt der beiden Herzboxen.

Derzeit ist eine neue Auflage der Broschüre in Arbeit.

„Herz für Wien“ – Messestand

Bei verschiedenen Wiener Veranstaltungen (Frauen-, Männer-, Seniorengesundheitstage Sportveranstaltungen) ist das Projekt „Ein Herz für Wien“ mit einem Messestand vertreten. Hier wird zielgruppenspezifisch von einem geschulten Personal über das individuelle Risiko und individuelle Prävention für Herz-Kreislauf-Erkrankungen informiert, der Blutdruck wird kostenlos gemessen.

„Herz für Wien“ – Homepage

Auf der Homepage des Projekts „Ein Herz für Wien“ <http://www.einherzfuerwien.at> kann man sich über Maßnahmen zur Risikoreduktion für Herz-Kreislauf-Erkrankungen informieren. Bei einem Selbsttest kann man das eigene Risiko für das Herz errechnen. Zusätzlich werden Kontaktadressen und Informationen zu Events angeboten. Auch Skripten der Herz-Enqueten und Informationsbroschüren kann man auf der Homepage downloaden. Es sind Links zu anderen entsprechenden Homepages eingerichtet.

Herzbox in Wiener Apotheken

Dabei handelte es sich um eine Gratisbox mit Informationsmaterial bezüglich Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Box lag in allen Wiener Apotheken auf und war innerhalb weniger Tage vergriffen. Das Projekt entstand in Kooperation mit der Wiener Ärztekammer und der Apothekerkammer. Ziel dieser Aktion war es, auf die Wichtigkeit der ärztlichen Vorsorgeuntersuchung hinzuweisen sowie auf die Rolle der Apotheken in der Prävention.

Walking miles

Dieses Projekt hat zum Ziel, die Wiener Bevölkerung zu mehr Bewegung zu motivieren. Da viele Menschen unter Zeitmangel leiden, weist dieses Projekt auf die Möglichkeit hin, Bewegung in den Alltag zu integrieren. Auf sieben verschiedenen Strecken im Stadtgebiet in verschiedenen Wiener Bezirken wird die Wiener Bevölkerung durch Informationstafeln über die Vorzüge regelmäßiger körperlicher Aktivität informiert.

Stadtwanderclub

In sieben Wiener Gemeindebezirken wurden im September 2002 entlang der Walking Miles geführte Wanderungen im Rahmen des Stadtwanderclubs erstmals angeboten. Gemeinsam mit den Wiener Volkshochschulen und dem ASKÖ wird Wien durchwandert und dabei Kultur und Geschichte erlebt. Für das Frühjahr 2003 ist die Ausweitung dieser Führungen durch ganz Wien geplant.

Heart Market und Heart Cooking

Ziel dieser geplanten Aktionen ist es, zu erlernen, was herzgesunde Lebensmittel sind, wie man sie für Mahlzeiten zusammenstellen kann und das so Erlernte in den Alltag zu integrieren. Es sollte auch mit dem Vorurteil aufgeräumt werden, gesunde Ernährung sei teuer und schmecke nicht. Die beim Schaukochen gekochten Menüs sind fettreduziert, cholesterinarm, vitamin- und ballaststoffreich und trotzdem schmackhaft und preisgünstig.

Herzkochbuch

Noch im Jahr 2003 soll das Herzkochbuch erscheinen, dessen zahlreiche Rezepte, die speziell auf Herzgesundheit ausgerichtet sind, zum Nachkochen animieren.

„Wien isst gesund“

Personen, die ins Gasthaus gehen, sollen die Möglichkeit haben, sich auch gesund zu ernähren. Beisl, Wirtschaftshäuser und Restaurants, die herzgesunde Menüs anbieten, wurden mit der „Wien isst gesund“-Plakette ähnlich dem Haubensystem ausgezeichnet. Ziellokale sind vor allem jene, die bodenständige, billige und v. a. gesunde Menüs anbieten und gemäß den Zielgruppen jene Beisl in Bezirken, in denen ArbeiterInnen und

PensionistInnen zu den Gästen zählen. Die Wirte wurden von der Gesundheitsstadträtin Prim. Dr. PITTERMANN-HÖCKER und von Wirtschaftskammerpräsident NETTIG ausgezeichnet.

Herzspiel

Dies ist eine pädagogische Computersimulation mit einer virtuellen Spielfigur, die so gesund wie möglich durch ihren Tagesablauf zu führen ist. Alltägliche Hindernisse für ein gesundes Herz wie ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und diverse Stressfaktoren gilt es zu überwinden. Der Spieler wird permanent über die Gesundheitsparameter seiner Spielfigur (Cholesterin, Blutdruck, Stressbelastung, Gesundheitszustand) informiert. Als Belohnung erhält der Spieler nicht nur eine gesunde Spielfigur, sondern auch Preise für die Besten der „Herz Highscore“-Liste auf der Homepage.

Blutdruckmessen in der Leopoldstadt

In der Vorweihnachtszeit hatten die BewohnerInnen des zweiten Wiener Gemeindebezirkes, einem Bezirk mit relativ hohen Morbiditäts- und Mortalitätsraten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Gelegenheit, sich bei den Weihnachtseinkäufen den Blutdruck messen zu lassen. Ein Bus mit MedizinstudentInnen und einem Arzt war eine Woche lang an verschiedenen, gut besuchten Stellen im zweiten Bezirk unterwegs mit der Absicht, das Blutdruckbewusstsein in der Bevölkerung zu erhöhen, über Risiken des hohen Blutdrucks zu informieren, Fragen über Blutdruck zu beantworten und auf die Möglichkeit der kostenlosen Gesundenuntersuchung hinzuweisen. Das Projekt fand in Zusammenarbeit mit dem WHO-Projekt „Gesunde Leopoldstadt“ statt und soll wiederholt werden.

Herzinfo im Supermarkt

Ab Juni 2003 wird ein Monat lang in den Filialen einer Supermarktkette kostenloses Blutdruckmessen und Information zum herzgesunden Lebensstil angeboten.

Altern mit Hirn und Herz

Menschen über 60 Jahre waren Zielgruppe dieses Projekts. Hier wurden nicht nur Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern auch andere Erkrankungen des Alters wie Osteoporose, Stürze und Frakturen, Inkontinenz, Depression und

Demenz behandelt. Bei einer Vortragsreihe wurden insgesamt 350 Personen über diese Krankheiten informiert, auch mit schriftlichen Unterlagen. Eine Evaluation zeigte, dass der Wissenszuwachs in allen Altersgruppen sehr deutlich war. In einem zweiten Teil des Projekts wurden praktische Kurse wie Herz- Kreislauf-Training, Beckenbodentraining, Wirbelsäulengymnastik, Hirnleistungstraining, sowie Tai-Chi, Qigong und Tanztherapie angeboten. Partner bei diesem Projekt waren das Frauengesundheitsförderungsprogramm der Stadt Wien und das Ludwig-Boltzmann-Institut für Rehabilitation in der Geriatrie, welches unter der Leitung von Prim. Katharina PILS durchgeführt wurde.

Blutdruckprojekt am Arbeitsplatz

In Schichten mit niedrigerem sozioökonomischen Status sind Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, die reich an tierischen Fetten, an Vitaminen jedoch arm ist, geringe körperliche Bewegung und Übergewicht vermehrt prävalent (SIEGRIST, 2000). Weiters haben ArbeiterInnen meist wenig Einfluss auf Entscheidungen wie, wie schnell und in welchem Zeitlimit sie ihre Arbeit verrichten, was zu einem zusätzlichen Herz-Kreislauf-Risiko führt (MARMOT, 1997).

In 15 Betrieben in Wien wurde im Zeitraum Juli 2001 – Jänner 2003 ein Blutdruckprojekt durchgeführt. Dieses Projekt ist zu einem internationalen Kooperationsprojekt zwischen Ottawa Heart Institute, Universität Bratislava, Kardiologische Abteilung der Universität Szeged und Wien geworden. In Wien wurde das Projekt in Kooperation zwischen der Gemeinde Wien mit dem Projekt „Ein Herz für Wien“, dem Institut für Sozialmedizin und dem Arbeitsmedizinischen Zentrum des Wiener Roten Kreuzes durchgeführt. Die Blutdruckmessungen fanden zum Teil im Rahmen der arbeitsmedizinischen Gesundenuntersuchung des Arbeitsmedizinischen Zentrums des Roten Kreuzes statt.

In 15 Wiener Betrieben wurde bei 427 Arbeitern und 115 Arbeiterinnen (insgesamt 546 Personen) Blutdruck- und Taillenumfang gemessen, es wurde der Body Mass Index errechnet und Fragen zu Raucherstatus und Blutdruckbewusstsein gestellt. Während des Blutdruckmessens fand eine ausgiebige persönliche Information über Herz-Kreislauf-Risiko und Motivation für Lebensstiländerungen statt (ca. 15–20 min pro ArbeiterIn). Das durchschnittliche Alter betrug $40,9 \pm 9,5$ Jahre.

46 Prozent waren übergewichtig und 16,5 Prozent adipös. Den Risikofaktor einer abdominalen Adipositas wiesen 27,0 Prozent (22,8 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen) der TeilnehmerInnen auf (Taillenumfang über ≥ 102 cm bei Männern und ≥ 88 cm bei Frauen).

29,7 Prozent (29 Prozent der Männer und 32,5 Prozent der Frauen) der Probanden hatten eine Hypertonie (gemessener Blutdruck über 140/90 mmHg oder antihypertensive Therapie) und 17,9 Prozent der Probanden wurden als „neue“ Hypertoniker entdeckt.

49,8 Prozent gaben an, in den letzten sieben Tagen mindestens eine Zigarette geraucht zu haben.

Insgesamt hatten 475 Probanden (87,6 Prozent) mindestens einen der erhobenen kardialen Risikofaktoren (Hypertonie, Übergewicht, Rauchen oder abdominale Adipositas).

Die Prävalenz stieg bei allen kardialen Risikofaktoren mit Ausnahme des Rauchens mit dem Alter an. Basierend auf diesem Status Quo soll ein Modell zur Herz-Kreislauf-Risikoreduktion bei ArbeiterInnen am Arbeitsplatz erarbeitet werden.

Schlussbemerkung

Eine zielgerichtete Information der Bevölkerung und vor allem die Motivation zur Lebensstiloptimierung sind Voraussetzungen für eine wirksame Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. „Ein Herz für Wien“ ist ein Projekt mit der Vision, besonders bei Personen mit erhöhtem Risiko die Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren und damit die Lebenserwartung und Lebensqualität zu erhöhen. Das Programm orientiert sich an internationalen Empfehlungen wie der American Heart Association und der European Society of Cardiology sowie an erfolgreichen internationalen Präventionsprogrammen. Wie die Evaluation einzelner Projekte zeigt, konnten bereits einige Ziele von „Ein Herz für Wien“ wie das Erreichen neuer Zielgruppen für die Herz-Kreislauf-Prävention, das Wissen um Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil realisiert werden.

Literatur

1. Wiener HerzEnquete. Skriptum. 2001.
 2. Wiener HerzEnquete im Rahmen des Programms „Ein Herz für Wien“. Skriptum. 2001.
 3. Wiener HerzEnquete im Rahmen des Programms „Ein Herz für Wien“. Skriptum. 2002.
- FIELD, A. E.; COAKLEY, E. H.; MUST, A.; SPADANO, J. L.; LAIRD, N.; DIETZ, W. H.; RIMM, E.; COLDITZ, G. A. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. *Arch Intern Med* 2001 Jul 9;161(13):1581–6.
- FORD, E. S. & GILES, W. H.; DIETZ, W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002 Jan 16; 287(3): 356–9.
- Heart Plan for Europe. A summary of evidence supporting a European plan to reduce the impact of cardiovascular disease in Europe. Source document from the European Society of Cardiology. 21 March 2002.
- LAKKA, H. M.; LAAKSONEN, D. E.; LAKKA, T. A.; NISKANEN, L. K.; KUMPUSALO, E.; TUOMILEHTO, J.; SALONEN, J. T., The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002 Dec 4; 288(21): 2709–16
- LEVENSON, J. W.; SKERRETT, P. J. & GAZIANO, J. M. Reducing the global burden of cardiovascular disease: the role of risk factors. *Prev Cardiol*. 2002 Fall; 5(4): 188–99.
- MARMOT, M. G.; BOSMA, H.; HEMINGWAY, H.; BRUNNER, E. & STANSFELD, S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*. 1997 Jul 26; 350(9073): 235–9.
- MCCULLOCH, D. & ROBERSTON, R., Prediction and prevention of type 2 diabetes mellitus. Uptodate. Cochrane library reviews. 2002. www.uptodate.com
- MENHEM, K.; DOTEVALL, A.; WILHELMSSEN, L. & ROSENGREN, A. Social gradients in cardiovascular risk factors and symptoms of Swedish men and women: the Goteborg Monica Study 1995. *J Cardiovasc Risk* 2000; 7 (5): 359–68.
- MACKENBACH, J. P.; KUNST, A. E.; GROENHOF, F.; BORGAN, J.-K.; COSTA, G.; FAGGIANO, F.; JOZAN, P.; LEINSALU, M.; MARTIKAINEN, P.; RYCHTARIKOVA, J. & VALKONEN, T., Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 1999; 89 (12): 1800–1806.
- MURRAY, C. J. & LOPEZ, A. D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 May 3; 349(9061): 1269–76.
- PEARSON, T. A.; BAZZARRE, T. L.; DANIELS, S. R.; FAIR, J. M.; FORTMANN, S. P.; FRANKLIN, B. A.; GOLDSTEIN, L. B.; HONG, Y.; MENSAH, G. A.; SALLIS, J. F. Jr; SMITH, S. Jr; STONE, N. J. & TAUBERT, K. A. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level: a statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers from the American Heart Association Expert Panel on Population and Prevention Science. *Circulation*. 2003 Feb 4; 107(4): 645–51.
- PEARSON, T. A.; BLAIR, S.; DANIELS, S., et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update. *Circulation* 2002; 106:388–391
- RIEDER, A. & HÜBEL, U. „Ein Herz für Wien“. Rohkonzept für ein Herzkreislauf-Präventionsprogramm im Rahmen des Wiener Gesundheitsförderungsprogrammes. 2000.
- ROSENGREN, A.; DOTEVALL, A.; ERIKSSON, H. et al. Optimal risk factors in the population: prognosis, prevalence, and secular trends; data from Goteborg population studies. *Eur Heart J*. 2001; 22: 136–144
- SIEGRIST, J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 2000 Nov; 51: 1283–93.
- SJOSTROM, C. D.; LISSNER, L.; WEDEL, H. & SJOSTROM, L. Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. *Obes Res* 1999 Sep; 7(5): 477–84
- STAMLER, J.; STAMLER, R.; NEATON, J. D. et al. Low risk profile and long-term cardiovascular and non-cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA*. 1999; 282: 2012–2018
- STAMPFER, M. J.; HU, F. B.; MANSON, J. E. et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med*. 2000; 343: 16–22.
- Statistik Austria. <www.statistik.at>. 2003.
- Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2001/2. Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Wien. Stadt Wien.
- WILLETT, W. C.; DIETZ, W. H.; COLDITZ, G. A. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med* 1999 Aug 5;341(6): 427–34.

ANHANG: FRAGEBOGEN

APPENDIX: QUESTIONNAIRE

GESUNDHEITSSURVEY WIEN II*

Wissenschaftliche Leitung

Institut für Höhere Studien (Ansprechpartner: Dr. K. H. Müller, Tel.: 599 91 - 212)

Datenerhebung

ipr-Sozialforschung (Ansprechpartner: Dr. R. Költringer, Tel.: 522 77 70)

Zentrale Fragestellung

Gesundheit

TEIL A ALLGEMEINE DATEN

Frage 0

A: Interviewer bitte einstufen: Die befragte Person ist ...?

- männlich 1
- weiblich 2

B: Interviewer bitte einstufen: Schätzen Sie den sozialen Status des/der Befragten auf einer zehnstufigen Skala ein, wobei 1 = ganz unten, 10 = ganz oben bedeutet.

- unten 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- oben 10

Frage 1

In welchem Jahr wurden Sie geboren? (00 = 1900 oder früher; falls diese Frage nicht beantwortet wird: Ende des Interviews – das Alter ist bei Gesundheitsthemen entscheidend)

Geburtsjahr

1	9		
---	---	--	--

* Fragebogen der 2. Befragungswelle; dieser wurde gegenüber der 1. Befragungswelle leicht redigiert.

Frage 2

Wie ist Ihr Familienstand?

- verheiratet 1 → weiter mit Frage 4
- verheiratet, getrennt lebend 2
- geschieden 3
- verwitwet 4
- ledig 5

Frage 3

Leben Sie mit jemandem in Lebensgemeinschaft, ohne verheiratet zu sein?

- ja 1
- nein 2

Frage 4

Wie viele Geschwister haben Sie? (0 = keine)

Anzahl der Geschwister

Frage 5

Wie viele Kinder haben Sie? (0 = keine)

Anzahl der Kinder

Frage 6

A: Wie viele Erwachsene, das heißt Personen, die 16 Jahre oder älter sind, leben in diesem Haushalt?

Anzahl der Personen (16 Jahre oder älter)

B: Wie viele Kinder unter 16 Jahre leben in diesem Haushalt? (0 = keine)

Anzahl der Kinder (unter 16 Jahre)

Frage 7

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- Pflichtschule ohne Lehre 1
- Pflichtschule mit Lehre 2
- berufsbildende mittlere Schule (BMS) 3
- allgemeinbildende höhere Schule (AHS) 4
- berufsbildende höhere Schule (BHS) 5
- Akademie (z. B. Sozialakademie, Päd. Akademie) 6
- Hochschule, Fachhochschule, Universität 7

Frage 8

Wie ist Ihr derzeitiger Berufsstand? Sind Sie ...? (*Vorlesen*)

- voll berufstätig (37 oder mehr Stunden)1 → *weiter mit Frage 10*
- teilzeitbeschäftigt (12 - 36 Stunden)2 → *weiter mit Frage 10*
- geringfügig beschäftigt (1 - 11 Stunden)3 → *weiter mit Frage 10*
- Hausfrau/Hausmann4
- Schüler/Student5
- arbeitslos6
- Pensionist/Rentner7

Frage 9

Waren Sie jemals berufstätig?

- ja, hauptberuflich1
- ja, aber nur nebenberuflich (z. B. Ferialjobs, etc.)2 → *weiter mit Frage 19*
- nein3 → *weiter mit Frage 19*

Frage 10

Waren Sie innerhalb der vergangenen 3 Jahre arbeitslos?

- ja1
- nein2 → *weiter mit Frage 12*

Frage 11

Wie lange waren Sie in dieser Zeit insgesamt arbeitslos?

- 2 Jahre und mehr1
- 1 bis unter 2 Jahre2
- 6 Monate bis unter 1 Jahr3
- 3 bis unter 6 Monate4
- weniger als 3 Monate5

Frage 12

[entfällt]

Frage 13

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt (bzw. waren Sie zuletzt beschäftigt)?

ARBEITER:

ungelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin 1
 angelernte(r) Arbeiter oder Arbeiterin 2
 gelernte(r) Facharbeiter oder -arbeiterin 3
 Vorarbeiter oder -arbeiterin 4
 Meister, Polier 5

ANGESTELLTE:

Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis 6
 Angestellte mit einfacher Tätigkeit (z. B. Verkäufer, einfache Büroangestellte) 7
 Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit (z. B. Buchhalter, technischer Zeichner) 8
 Angestellte mit hoch qualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion
 (z. B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Ingenieur, Abteilungsleiter, Lehrer im
 Angestelltenverhältnis) 9
 Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben
 (z. B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe) 10

SELBSTSTÄNDIGE (einschließlich mithelfende Familienangehörige):

selbstständige Landwirte 11
 freie Berufe, selbstständige Akademiker oder Akademikerin 12
 sonstige Selbstständige ohne oder mit einem Mitarbeiter 13
 sonstige Selbstständige mit 2 bis 9 Mitarbeitern 14
 sonstige Selbstständige mit 10 oder mehr Mitarbeitern 15
 mithelfende Familienangehörige 16

AUSZUBILDENDE/PRAKTIKANTEN:

Auszubildende, Lehrlinge 17
 Volontäre, Praktikanten u. ä. 18

BEAMTE/VERTRAGSBEDIENSTETETE:

einfacher Dienst 19
 mittlerer Dienst 20
 gehobener Dienst 21
 höherer Dienst 22

Frage 14

In welchem Betriebszweig, in welcher Branche arbeiten Sie (bzw. haben Sie zuletzt gearbeitet)?

LANDWIRTSCHAFT, ENERGIE, BERGBAU:

Land- und Forstwirtschaft, Tierhaltung und Fischerei	1
Energiewirtschaft und Wasserversorgung, Bergbau	2

PRODUKTION:

Chemische Industrie (einschließlich Kohlewerkstoffindustrie)	3
Kunststoffverarbeitung	4
Gewinnung und Verarbeitung von Steinen und Erden	5
Stahl- und Maschinenbau	6
Fahrzeugbau	7
Elektrotechnik	8
Herstellung von Eisen-, Blech- und Metallwaren	9
Feinmechanik und Optik	10
Holzgewerbe	11
Papiergewerbe	12
Druckgewerbe	13
Leder-, Textil- und Bekleidungsgewerbe	14
Nahrungs- und Genussmittelgewerbe	15

BAU:

Bauhauptgewerbe	16
Ausbau- und Bauhilfsgewerbe	17

HANDEL:

Großhandel, Handelsvermittlung	18
Einzelhandel, Versandhandel	19

VERKEHR:

Eisenbahnen	20
Post, Telekom.	21
Verkehrsgewerbe (ohne Eisenbahnen und Österreichische Bundespost)	22

DIENSTLEISTUNG PRIVAT:

Kredit- und sonstige Finanzierungsinstitute, Versicherungsgewerbe	23
Gaststätten und Beherbergungsgewerbe sowie Verpflegungseinrichtungen	24
Wäscherei und Reinigung	25
sonstige <u>private</u> Dienstleistungen	26

DIENSTLEISTUNG ÖFFENTLICH:

Wissenschaft, Bildung, Kunst und Publizistik	27
Gesundheits- und Veterinärwesen	28
Kirchen, Verbände, Vereine, private Haushalte	29
öffentliche Verwaltung, Gebietskörperschaften und Sozialversicherungen	30

weiß nicht	31
------------------	----

Frage 15

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie in Ihrem Hauptberuf aus (bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt)? Bitte sagen Sie mir den genauen Namen des Berufes oder beschreiben Sie mir die Art Ihrer Tätigkeit und beruflichen Position. (z. B. Automechaniker-Geselle, Bauhilfsarbeiter, Volksschullehrer, etc.)

Frage 16

In welchem Alter haben Sie begonnen, hauptberuflich einer Erwerbsarbeit nachzugehen?

Alter

--	--

Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit nicht berufstätig ist, weiter mit Frage 19

Frage 17

[entfällt]

Frage 18

Wie viele Stunden beträgt durchschnittlich Ihre wöchentliche berufliche Arbeitszeit – einschließlich Überstunden, Zusatzarbeit und zu Hause erledigter beruflicher Arbeit?

Stunden

--	--	--

TEIL B WOHLBEFINDEN

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem persönlichen Wohlbefinden stellen.

Frage 19

Achten Sie im allgemeinen sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht auf Ihre Gesundheit?

- sehr 1
- ziemlich 2
- wenig 3
- gar nicht 4

Frage 20

Wie würden Sie Ihre körperliche Leistungsfähigkeit einschätzen? Ist sie ...? (*Vorlesen*)

- sehr gut 1
- gut 2
- mittelmäßig 3
- schlecht 4
- sehr schlecht 5

Frage 21

Fühlen Sie sich immer, oft, gelegentlich, selten oder nie fit genug, um all das zu tun, was Sie tun möchten?

- immer 1
- oft 2
- gelegentlich 3
- selten 4
- nie 5

Frage 22

Leiden Sie im Alltagsleben oft, gelegentlich, selten oder nie unter Stress?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 23

Die nächsten Fragen beziehen sich auf lang dauernde und chronische Krankheiten.

Leiden Sie unter einer andauernden Krankheit, unter den Folgeerscheinungen einer Verletzung, unter einer Behinderung oder unter einem anderen anhaltenden Leiden?

- ja 1
- nein 2 → weiter mit Frage 24

- A: Unter welcher derartigen Krankheit leiden Sie?
- B: Welcher Körperteil ist davon betroffen?
- C: Seit wie vielen Jahren leiden Sie unter dieser Krankheit?
- D: Hat Ihnen Ihr Arzt erklärt, worum es sich dabei handelt?
- E: Sind Sie aufgrund dieser Krankheit in Ihrer Arbeit oder Ihren alltäglichen Handlungen sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht eingeschränkt?
- F: Leiden Sie unter irgendeiner anderen langjährigen Erkrankung?

<p>1. Krankheit:</p> <p>A: _____</p> <p>B: _____</p> <p>C: _____</p> <p>D:</p> <p>ja 1</p> <p>nein 2</p> <p>E:</p> <p>sehr 1</p> <p>ziemlich 2</p> <p>wenig 3</p> <p>gar nicht 4</p>	<p>2. Krankheit:</p> <p>A: _____</p> <p>B: _____</p> <p>C: _____</p> <p>D:</p> <p>ja 1</p> <p>nein 2</p> <p>E:</p> <p>sehr 1</p> <p>ziemlich 2</p> <p>wenig 3</p> <p>gar nicht 4</p>
<p>3. Krankheit:</p> <p>A: _____</p> <p>B: _____</p> <p>C: _____</p> <p>D:</p> <p>ja 1</p> <p>nein 2</p> <p>E:</p> <p>sehr 1</p> <p>ziemlich 2</p> <p>wenig 3</p> <p>gar nicht 4</p>	<p>4. Krankheit:</p> <p>A: _____</p> <p>B: _____</p> <p>C: _____</p> <p>D:</p> <p>ja 1</p> <p>nein 2</p> <p>E:</p> <p>sehr 1</p> <p>ziemlich 2</p> <p>wenig 3</p> <p>gar nicht 4</p>
<p>F: _____</p>	

Frage 24

Leiden Sie augenblicklich oder haben Sie jemals unter einer der folgenden Krankheiten gelitten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

	A: augenblicklich	B: jemals
Diabetes	1	1
Nervosität, Angstzustände	2	2
Epilepsie	3	3
schwere Kopfschmerzen, Migräne	4	4
teilweise Lähmung.	5	5
hoher Blutdruck.	6	6
Herzinfarkt, Angina pectoris	7	7
Hirnschlag	8	8
chronische Bronchitis	9	9
Asthma	10	10
Allergie	11	11
Ekzem, Hautausschlag	12	12
Magengeschwür, Gastritis	13	13
Gallenstein	14	14
Nierenstein	15	15
Krankheiten des Unterleibs bzw. der Geschlechtsorgane	16	16
schmerzhafte Menstruation, Dysmenorrhöe.	17	17
Schuppenflechte.	18	18
Rückenschmerzen	19	19
Krebs – (<i>Wenn ja:</i>) Welcher? _____	20	20
Arm- oder Beinamputation	21	21
Entfernung eines Organs (Lunge, Niere, Brust, Gebärmutter)	22	22
andere schwere Krankheit _____	23	23
nichts davon	24	24

Frage 25

A: Wenn Sie an Ihr Leben zurückdenken, an Ihre Kindheit, dann die Jugend und so fort, haben Sie jemals an einer schweren Krankheit gelitten? (*Mehrfachnennungen möglich*)

Wenn ja:

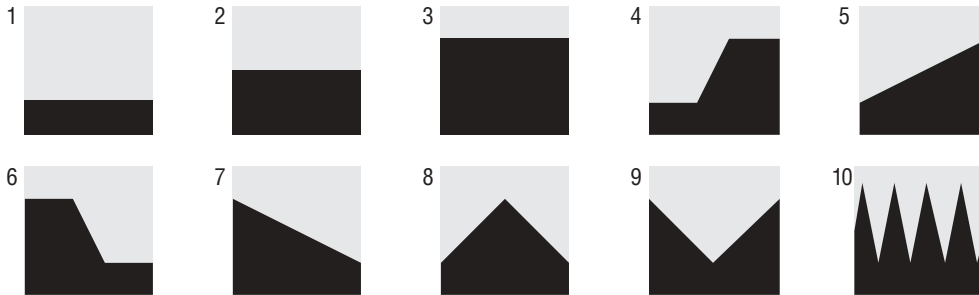
B: War diese Erkrankung mit einem längeren, mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt verbunden? (*Mehrfachnennungen möglich*)

C: Unter welcher Krankheit haben Sie da gelitten? (*Notieren*)

	A:	B:	C:
0 bis 5 Jahre	1	1	_____
6 bis 10 Jahre	2	2	_____
11 bis 15 Jahre	3	3	_____
16 bis 20 Jahre	4	4	_____
21 bis 40 Jahre	5	5	_____
41 bis 60 Jahre	6	6	_____
61 bis 80 Jahre	7	7	_____
81+ Jahre	8	8	_____
nein	9	–	–

Frage 26

Wie würden Sie nun Ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit beschreiben? Welches dieser Bilder würde da am besten passen?



TEIL C HAUS- UND FREIZEITUNFÄLLE

Frage 27

Waren Sie im vergangenen Jahr in irgendwelche Unfälle außerhalb der Arbeitszeit verwickelt, aufgrund deren Sie Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer alltäglichen Aktivitäten hatten? (z. B. verstauchter Knöchel, Verbrennung, Vergiftung, etc.)

- ja 1
 - nein 2
- weiter mit Frage 29

Frage 28

A: Handelte es sich dabei um einen ...? (Vorlesen) (Mehrfachnennungen möglich)

B: Wenn ja: Wie viele derartige Unfälle waren das im vergangenen Jahr insgesamt? (Anzahl eintragen)

	A:	B:
Verkehrsunfall	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haushaltsunfall	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sportunfall	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
anderen Unfall	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
keine Angabe	5	-

TEIL D ALLERGIEN/ÜBEREMPFLINDLICHKEIT

Frage 29

A: Bitte sagen Sie mir, ob Sie jemals eines der folgenden gesundheitlichen Probleme gehabt haben? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

Wenn ja:

B: War das innerhalb des vergangenen Jahres? (*Mehrfachnennungen möglich*)

C: Haben Sie sich dadurch sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht beeinträchtigt gefühlt?

	A:	B:	C:			
			sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen während bestimmter Jahreszeiten	1	1	1	2	3	4
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen unabhängig von der Jahreszeit	2	2	1	2	3	4
Nesselausschlag	3	3	1	2	3	4
Asthma	4	4	1	2	3	4
allergisches Darmleiden	5	5	1	2	3	4
allergischer Hautausschlag	6	6	1	2	3	4
andere Allergie	7	7	1	2	3	4
nichts davon	8	-	-			

Frage 30

Zeigen Sie bei einem der folgenden Dinge allergische oder überempfindliche Reaktionen? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

- Pollen..... 1
- Tiere..... 2
- Staubmilben..... 3
- Schimmelpilze..... 4
- künstliche Lebensmittelfarbe, Konservierungsmittel..... 5
- bestimmte Lebensmittel..... 6
- bestimmte Medikamente oder deren Komponenten..... 7
- bestimmte Chemikalien oder Metalle..... 8
- bestimmte Getränke..... 9
- Kosmetika oder Hautsalben..... 10
- andere Dinge..... 11
- ich bin allergisch, aber ich weiß nicht wogegen..... 12
- nein, nichts davon..... 13

Wenn in den beiden vorangegangenen Fragen jeweils mit „nichts davon“ geantwortet wurde, weiter mit Frage 33!

Frage 31

Wurde Ihre Allergie oder Überempfindlichkeit von einem Arzt diagnostiziert? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- ja, vom Hausarzt 1
- ja, vom Facharzt 2
- ja, im Krankenhaus (nicht Ambulanz) 3
- ja, in der Ambulanz 4
- ja, woanders 5
- weiß nicht 6
- nein 7

Filter: Falls der oder die Befragte nie an allergischer Rhinitis oder Asthma gelitten hat – siehe Frage 29 –, weiter mit Frage 33!

Frage 32

Wird oder wurde Ihre allergische Rhinitis (Schnupfen) oder Ihr Asthma schlechter ...?

A: wenn Sie rauchen?

- ja 1
- nein 2
- trifft nicht zu, rauche nicht 3
- weiß nicht 4

B: bei passivem Rauchen?

- ja 1
- nein 2
- trifft nicht zu 3
- weiß nicht 4

C: wenn Sie infolge des Straßenverkehrs Luftverschmutzungen ausgesetzt sind?

- ja 1
- nein 2
- trifft nicht zu 3
- weiß nicht 4

Frage 33

A: Sind oder waren andere Familienmitglieder von Allergien betroffen?

- ja 1
- nein 2

B: Wenn ja: Wer in Ihrer Familie ist oder war davon betroffen? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- Eltern 1
- Geschwister 2
- Kinder 3
- Partner 4
- andere Verwandte 5
- keine Angabe 6

TEIL E SYMPTOME UND BESCHWERDEN

Die nächsten Fragen betreffen Krankheitssymptome, Schmerzen oder allgemeine Beschwerden. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten alleine auf die vergangenen 2 Wochen.

Frage 33

A: Waren Sie während der vergangenen 2 Wochen von einer der folgenden Beschwerden betroffen? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

Wenn ja:

B: Waren Sie davon stark oder gering betroffen?

C: Was haben Sie getan, um damit fertig zu werden? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- Arztbesuch..... 1
- traditionelle Hausmittel (z. B. heißes Bad, Wadenwickel, etc.)..... 2
- Naturheilmittel (z. B. Tees, Chinaöl, Kräuterextrakte, etc.)..... 3
- Medikamente aus der Hausapotheke 4
- kaufe nicht rezeptpflichtige Medikamente 5
- nichts (warte, bis die Beschwerden von selbst abklingen)..... 6
- Sonstiges 7

	A:	B:		C:						
		stark	gering	1	2	3	4	5	6	7
Schmerzen oder Beschwerden im Schulter- oder Nackenbereich	1	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Schmerzen oder Beschwerden im Rücken- oder Lendenbereich	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Schmerzen oder Beschwerden bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	3	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Kopfschmerzen	4	1	2	1	2	3	4	5	6	7
starkes Herzklopfen	5	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	6	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Schlafstörungen	7	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	8	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Müdigkeit	9	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Magenschmerzen	10	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Verdauungsstörungen, Durchfall, Verstopfung	11	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Inkontinenz	12	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	13	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Verkühlung, Schnupfen, Husten	14	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Atemschwierigkeiten	15	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	16	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	17	1	2	1	2	3	4	5	6	7
Hör- oder Sehschwäche	18	1	2	1	2	3	4	5	6	7
nein, nichts davon	19	-		-						

TEIL F BEHINDERUNGEN

Die nächsten Fragen betreffen Einschränkungen Ihrer alltäglichen Tätigkeiten infolge von Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen.

Frage 35

Hat Ihnen innerhalb der vergangenen 2 Wochen eine Krankheit oder eine Verletzung die Ausübung Ihrer alltäglichen Aktivitäten erschwert?

- ja 1
- nein 2 → weiter mit Frage 37

Frage 36

Sind diese Schwierigkeiten oder Einschränkungen eher chronisch, wobei mit chronisch gemeint ist, dass sie länger als 6 Monate angedauert haben?

- ja 1
- nein 2

Frage 37

Waren Sie in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls gezwungen, in Pension zu gehen oder die Arbeit zu wechseln?

- ja, Arbeit gewechselt. 1
- ja, Pension 2
- ja, zuerst Arbeit gewechselt, dann Pension 3
- nein 4

Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit nicht berufstätig ist, weiter mit Frage 39!

Frage 38

A: Wie viele Arbeitstage mussten Sie innerhalb der vergangenen 2 Wochen aufgrund einer Krankheit oder Verletzung zu Hause verbringen? (0 = keiner)

Krankenstandstage in den vergangenen 2 Wochen

B: Und wie viele Arbeitstage waren es innerhalb des vergangenen Jahres insgesamt? (0 = keiner)

Krankenstandstage im vergangenen Jahr insgesamt

TEIL G MEDIKAMENTE

Die folgenden Fragen betreffen die Einnahme von Medikamenten.

Frage 39

- A: Haben Sie innerhalb der vergangenen 2 Wochen eines der folgenden Medikamente genommen bzw. verabreicht bekommen? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)
 B: *Wenn ja:* Wurde Ihnen diese Arznei vom Arzt verschrieben? (*Mehrfachnennungen möglich*)

	A:	B:
Mittel gegen Husten	1	1
Mittel gegen Asthma	2	2
Mittel gegen Bluthochdruck	3	3
Herzmittel	4	4
Hautmittel	5	5
Mittel gegen Muskel-, Knochen-, Sehnen- und Gelenkschmerzen	6	6
andere Schmerzmittel	7	7
Schlafmittel	8	8
Abführmittel	9	9
Beruhigungsmittel	10	10
Penizillin, Antibiotika	11	11
andere Medikamente (<i>Welche?</i>)	12	12
nein	13	–

Filter: Falls der oder die Befragte keine verschriebenen Medikamente eingenommen hat, weiter mit Frage 43!

Frage 40

Die nächsten zwei Fragen betreffen die Einnahme der verschriebenen Arzneien.
 Hat Ihnen irgend jemand erklärt, wie Sie diese Medikamente einnehmen müssen? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- ja, Arzt/Ärztin..... 1
 ja, Apotheke
- ja, andere..... 3
 nein

Frage 41

Haben Sie irgendwo gelesen, wie diese Medikamente einzunehmen sind? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ja, auf der Verpackung 1
- ja, auf dem Beipackszettel 2
- ja, woanders 3
- nein 4

Frage 42

Haben Sie sich über die Nebenwirkungen dieser Medikamente informiert? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ja, durch den Beipackzettel 1
- ja, beim Arzt 2
- ja, in der Apotheke 3
- ja, in der Familie, bei Freunden 4
- ja, anderes 5
- nein 6

Frage 43

Informieren Sie sich darüber, was Sie für Ihre Gesundheit tun können?

- ja 1
- nein 2

→ weiter mit Frage 45

Frage 44

Woher beziehen Sie die Informationen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- Informationsbroschüren, Zeitungen, Zeitschriften, Bücher 1
- Informationen durch Radio und Fernsehen 2
- Arzt 3
- Apotheker 4
- andere Gesundheitsberufe 5
- Gespräche mit Verwandten oder Bekannten 6
- Informationen durch Betrieb oder Betriebsarzt 7
- Informationen durch Schule oder Schularzt 8
- Veranstaltungen 9
- Vereine, (Selbsthilfe-) Gruppen 10
- Gesundheits-, Schlankheits- und Fitnessinstitute 11
- andere Quellen (Welche?) 12
- keine Angabe 13

TEIL H GESUNDHEITSSYSTEM

Die nächsten Fragen betreffen Ihren Kontakt zu Einrichtungen des Gesundheitssystems.

Frage 45

A: Haben Sie innerhalb der vergangenen 3 Monate wegen eigener Beschwerden, Krankheiten oder Verletzungen einen Arzt benötigt? (*Mehrfachnennungen möglich*)

B: *Wenn ja:* Wie viele Male war das in den letzten 3 Monaten?

	A:	B:
ja, Hausarzt	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Hausbesuch eines Arztes	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Facharzt	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Zahnarzt	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Betriebsarzt	5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Notarzt	6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Ambulanz	7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, ich war im Krankenhaus (nicht ambulant)	8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, anderer Arzt	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nein	10	–

Frage 46

A: Haben Sie innerhalb der vergangenen 3 Monate eine andere Person in einem Gesundheitsberuf konsultiert? (*Mehrfachnennungen möglich*)

B: *Wenn ja:* Wie viele Male war das in den letzten 3 Monaten?

	A:	B:
ja, Krankenpflegerin	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Physiotherapeuten	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Chiropraktiker	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, Psychotherapeuten, Psychologen	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ja, andere	5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nein	6	–

Frage 47

Wann haben Sie zuletzt ...?

	im letzten Jahr	vor 1 bis 3 Jahren	vor mehr als 3 Jahren	noch nie	weiß nicht
a. den Blutdruck messen lassen	1	2	3	4	5
b. die Sehstärke testen lassen	1	2	3	4	5
c. das Blutcholesterin messen lassen	1	2	3	4	5
d. an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen	1	2	3	4	5

Frage 48

A: Wenn die befragte Person weiblich ist:

Wann wurde zuletzt ein Scheidenabstrich vorgenommen?

- im letzten Jahr 1
- vor 1 bis 3 Jahren 2
- vor mehr als 3 Jahren 3
- noch nie 4
- weiß nicht 5

B: Wenn die befragte Person weiblich ist:

Wann haben Sie zuletzt ein Bruströntgen (Mammographie) machen lassen?

- im letzten Jahr 1
- vor 1 bis 3 Jahren 2
- vor mehr als 3 Jahren 3
- noch nie 4
- weiß nicht 5

C: Wenn die befragte Person männlich ist:

Wann wurde zuletzt eine Prostatauntersuchung durchgeführt?

- im letzten Jahr 1
- vor 1 bis 3 Jahre 2
- vor mehr als 3 Jahren 3
- noch nie 4
- weiß nicht 5

TEIL I KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Die nächsten Fragen beziehen sich auf alternative, ergänzende Behandlungsformen.

Frage 49

Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate eine der folgenden Behandlungen erhalten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

homöopathische Mittel.....	1
Reflexzonen­therapie.....	2
autogenes Training.....	3
Ernährungsberatung, Diätberatung.....	4
Akupunktur.....	5
Akupressur.....	6
Massage.....	7
Anwendungen mit speziellen Apparaten (z. B. Magnettherapie).....	8
Heilsalben.....	9
Hypnose.....	10
<u>andere alternative Behandlungen.....</u>	<u>11</u>
nein.....	12

TEIL J EINSCHRÄNKUNGEN

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Fähigkeit, bestimmte Tätigkeiten ausüben zu können. Nicht gemeint sind kurzzeitige Störungen der Befindlichkeit.

Frage 50

Verwenden Sie irgendwelche Hilfsmittel, um Ihr Alltagsleben zu bewältigen – zum Beispiel Brillen, Kontaktlinsen, Hörgerät, Stock oder Rollstuhl? (*Mehrfachnennungen möglich*)

ja, Brillen, Kontaktlinsen.....	1
ja, Hörhilfen.....	2
ja, Stock, Krücken, andere Gehhilfe.....	3
ja, Rollstuhl.....	4
<u>ja, anderes.....</u>	<u>5</u>
nein.....	6

Filter: Falls der oder die Befragte unter 60 Jahre alt ist, weiter mit Frage 52!

Frage 51

Bereitet es Ihnen normalerweise keine, geringe, große oder sehr große Schwierigkeiten, die folgenden Tätigkeiten auszuüben? (*Vorlesen*)

	Schwierigkeiten			
	keine	geringe	große	sehr große
a. eine Tageszeitung lesen (wenn nötig mit Brille)	1	2	3	4
b. verstehen, was in einem Gespräch mit 3 oder mehr Personen gesprochen wird	1	2	3	4
c. 100 Meter laufen	1	2	3	4
d. 400 Meter ohne Pause gehen	1	2	3	4
e. die Stiegen ein Stockwerk ohne Pause hinauf- und hinuntersteigen	1	2	3	4
f. etwas mit einem Gewicht von 5 kg tragen, z. B. eine Einkaufstasche	1	2	3	4
g. sich bücken, knien und vorbeugen	1	2	3	4
h. sich selbst waschen und anziehen	1	2	3	4

TEIL K ZÄHNE

Nun wollen wir Ihnen einige Fragen zum Zustand Ihrer Zähne stellen.

Frage 52

Die meisten Erwachsenen haben nicht mehr alle Ihre Zähne. Wie ist das bei Ihnen, wie viele Ihrer Zähne haben Sie behalten?

- keinen 1
- 1 - 9 Zähne 2
- 10 - 19 Zähne 3
- mehr als 20 Zähne 4
- alle meine Zähne (32 Stück) 5
- weiß nicht 6

Frage 53

Wie oft waren Sie während der letzten 5 Jahre beim Zahnarzt, sei es wegen einer Behandlung oder wegen einer Kontrolluntersuchung?

- 5mal oder öfter 1
- 2- bis 4mal 2
- 1- oder 2mal 3
- nie 4

→ weiter mit Frage 55

Frage 54

Welche Behandlungen haben Sie innerhalb der vergangenen 12 Monate von Ihrem Zahnarzt erhalten? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- normale Kontrolluntersuchung 1
- vorbeugende Behandlung (auch Erteilen von Ratschlägen) 2
- Zahnreinigung 3
- Zahnfüllung 4
- Ziehen eines Zahns 5
- Parodontosebehandlung 6
- Zahnersatz 7
- Reparatur eines alten Zahnersatzes 8
- Zahnkronen, Brücken 9
- andere 10
- kann mich nicht erinnern, weiß nicht 11
- war während der letzten 12 Monate nicht beim Zahnarzt 12

TEIL L WOHNEN

Die nächsten Fragen betreffen die Wohnverhältnisse und den Kontakt zu Familie, Freunden, Bekannten.

Frage 55 (neu)

Sind Sie sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht zufrieden ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. mit Ihrer Wohnung insgesamt	1	2	3	4
b. mit der Lage Ihrer Wohnung in der Stadt	1	2	3	4
c. mit dem Ansehen Ihres Wohnviertels	1	2	3	4
d. mit der Sicherheit in Ihrem Wohnviertel	1	2	3	4
e. mit den Möglichkeiten, spazieren zu gehen	1	2	3	4

Frage 56

[entfällt]

Frage 57

Wie viele Quadratmeter hat Ihre Wohnung?

m²

--	--	--

Frage 58

Welcher Wohnungskategorie ist Ihre Wohnung (heute) zuzuordnen?

- Kategorie A (min. 30m²; Zimmer, Küche oder Kochnische, Vorraum, WC, Bad oder Badenische; Warmwasseraufbereitung für Bad und Küche; Zentral- oder Etagenheizung) 1
- Kategorie B (wie A ohne Zentral- oder Etagenheizung) 2
- Kategorie C (Wasserentnahmestelle, WC) 3
- Kategorie D (ohne WC und/oder Wasserentnahmestelle) 4

Frage 59

Mit welchen der folgenden Haushaltsgeräte ist Ihr Haushalt ausgestattet? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

- Geschirrspüler 1
- Tiefkühlgerät 2
- Waschmaschine 3
- Wäschetrockner 4
- PC 5
- zumindest eine Energiesparlampe 6
- nichts davon 7

Frage 60

Sind Sie in Ihrer Wohnung sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht belastet ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. durch Feuchtigkeit, Luftzug oder Kälte	1	2	3	4
b. durch andere Arten schlechten Wohnungsklimas	1	2	3	4
c. durch Lärm von Straßenverkehr, Eisenbahn oder Flugverkehr	1	2	3	4
d. durch Luftverschmutzung infolge von Straßenverkehr	1	2	3	4
e. [entfällt]	-	-	-	-
f. durch passives Rauchen	1	2	3	4
g. durch andere Faktoren	1	2	3	4

Frage 61

A: Wie oft treffen Sie Ihre Familie bzw. Familienangehörige?

B: Und wie oft treffen Sie Freunde oder Bekannte?

	A:	B:
täglich oder fast täglich	1	1
1- oder 2-mal die Woche	2	2
1- oder 2-mal im Monat	3	3
seltener	4	4
nie	5	5

Frage 62

Wie sicher könnten Sie im Krankheitsfall mit der alltäglichen Hilfe aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis rechnen?

- ganz sicher 1
- ziemlich sicher 2
- eher nicht 3
- ganz sicher nicht 4

Frage 63

Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor, dass Sie alleine sind, obwohl Sie es vorziehen würden, in Gesellschaft anderer Leute zu sein?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 64

Besuchen Sie regelmäßig Veranstaltungen oder Treffen innerhalb der folgenden Vereine, Klubs oder Gruppen? *(Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)*

- Sportverein 1
- Kulturverein (Gesangsgruppe, Laientheater, etc.) 2
- Hobbyverein (Briefmarken, Funken, Foto, etc.) 3
- Selbsthilfegruppe 4
- Pensionistenverein 5
- kirchliche Gruppe, religiöser Verein 6
- politische Partei, Klub 7
- andere politische Gruppierung wie Amnesty International, etc. 8
- andere Vereine oder Klubs 9
- nein 10

Frage 65

Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie in etwa ...? (0 = 0 bis weniger als eine halbe Stunde)

	Stunden
i. mit dem Lesen von Tageszeitungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j. mit dem Lesen von politischen Wochenzeitschriften wie Profil, Format oder Trend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k. mit dem Sehen von Informationssendungen im Fernsehen wie etwa Zeit im Bild oder Zur Sache	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l. mit dem Hören von Informationssendungen im Radio wie etwa dem Mittagsjournal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m. mit dem Betrachten von Internetseiten zu politischen, wirtschaftlichen oder kulturellen Themen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Frage 66

Wäre es Ihnen eher angenehm, egal oder eher unangenehm, Angehörige der folgenden Volksgruppen als Nachbarn zu haben?

	eher angenehm	egal	eher unangenehm
a. Russen	1	2	3
b. Deutsche	1	2	3
c. Juden	1	2	3
d. Roma, Sinti, „Zigeuner“	1	2	3
e. Ungarn	1	2	3
f. Chinesen	1	2	3

Frage 67

Welche der folgenden Möglichkeiten, sich politisch zu engagieren, haben Sie selbst schon genutzt? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

- einer politischen Partei beigetreten oder dort mitgearbeitet 1
- einer anderen politischen Gruppierung wie z. B. Amnesty International beigetreten oder dort mitgearbeitet. 2
- Flugblätter verteilt 3
- Unterschriften gesammelt 4
- bei einer Bürgerinitiative mitgemacht. 5
- an einer Demonstration teilgenommen. 6
- nichts davon 7

TEIL M ARBEIT

Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit nicht berufstätig ist, weiter mit Frage 82!

Die nächsten Fragen betreffen Ihre Arbeit.

Frage 68

Sind Sie sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht zufrieden ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. mit Ihrer Arbeit insgesamt	1	2	3	4
b. mit dem Inhalt Ihrer beruflichen Tätigkeit	1	2	3	4
c. mit der Sicherheit Ihres Arbeitsplatzes	1	2	3	4
d. mit dem Einkommen	1	2	3	4
e. mit den Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz	1	2	3	4
f. mit den Aufstiegsmöglichkeiten	1	2	3	4
g. mit der Anerkennung durch Ihren Beruf	1	2	3	4

Frage 69

Wie oft ist Ihr Arbeitspensum so hoch, dass Sie Schwierigkeiten haben, die Aufgaben zu bewältigen? (*Vorlesen*)

- oft.....1
- gelegentlich.....2
- selten.....3
- nie.....4

Frage 70

Wie würden Sie die Geschwindigkeit bzw. den Arbeitsdruck an Ihrem Arbeitsplatz einschätzen? Ist die Beanspruchung durch Ihre Arbeit ...? (*Vorlesen*)

- viel zu hoch.....1
- etwas zu hoch.....2
- gerade recht.....3
- etwas zu niedrig.....4
- viel zu niedrig.....5

Frage 71

In welchem Maß können Sie Ihren Tagesarbeitsplan selbst bestimmen?

- in großem Maß 1
- bis zu einem gewissen Grad 2
- ein wenig 3
- gar nicht 4

Frage 72

Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich oder monoton?

- sehr abwechslungsreich 1
- eher abwechslungsreich 2
- weder abwechslungsreich noch monoton 3
- eher monoton 4
- sehr monoton 5

Frage 73

Wie groß sind die Chancen, in Ihrer augenblicklichen beruflichen Position etwas Neues zu lernen?

- sehr groß 1
- eher groß 2
- eher gering 3
- keine Möglichkeit, etwas Neues zu lernen 4

Frage 74

Wie würden Sie die körperliche Beanspruchung durch Ihre Hauptbeschäftigung beschreiben? Arbeiten Sie ...?
(Vorlesen)

- hauptsächlich sitzend, ohne große körperliche Anstrengung 1
- hauptsächlich stehend oder gehend, nicht weiter körperlich belastend 2
- stehend oder gehend mit Heben und Tragen von Gegenständen oder 3
- verrichten Sie schwere oder schnelle, körperlich beanspruchende Arbeit 4

Frage 75

Sind Sie bei Ihrer Arbeit an mehr als 2 Tagen in der Woche einer der folgenden körperlichen Belastungen ausgesetzt? (Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)

- starke Erschütterungen und Vibrationen an den Händen 1
- starke Erschütterungen und Vibrationen am Körper 2
- Arbeit in gebückter oder gekrümmter Körperhaltung 3
- sich wiederholende monotone Bewegungen 4
- Tragen oder Heben schwerer Gegenstände (wenigstens 10 kg schwer) 5
- nichts davon 6

Frage 76

Sind Sie den folgenden Belastungen in Ihrem Beruf stark, gering oder gar nicht ausgesetzt?

	stark	gering	gar nicht
a. häufiger starker Kundenandrang	1	2	3
b. Nacht- und Wechselschicht	1	2	3
c. Lärm	1	2	3
d. Hitze, Kälte, Nässe, Zugluft	1	2	3
e. Staub, Rauch, Dämpfe, andere Arten von Luftverunreinigungen	1	2	3
f. chemische Substanzen, Flüssigkeiten	1	2	3
g. einseitige körperliche Belastungen	1	2	3
h. widersprüchliche und oft unklare Anforderungen	1	2	3
i. isoliertes Arbeiten	1	2	3
j. dauerndes sich Umstellen	1	2	3
k. schwere körperliche Arbeit	1	2	3
l. langweilige monotone Tätigkeiten	1	2	3
m. ständiger Zeitdruck	1	2	3
n. schnelle Entscheidungen	1	2	3
o. große Verantwortung	1	2	3
p. häufige Konflikte	1	2	3
q. keine Pausen, kurze Erholung	1	2	3
r. passives Rauchen	1	2	3

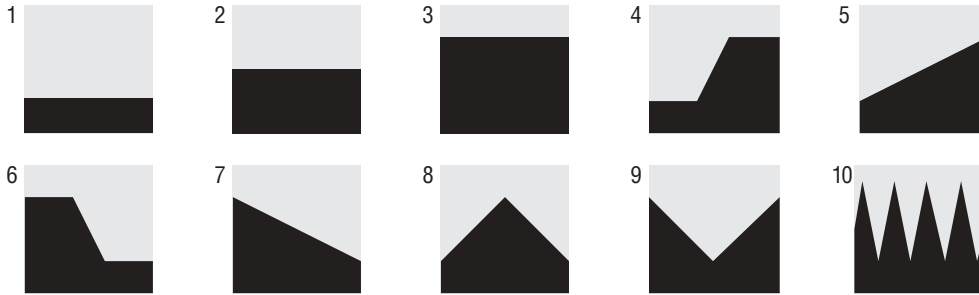
Frage 77

Wie viele Stunden pro Tag verbringen Sie normalerweise mit Bildschirmarbeit?

- weniger als 1 Stunde 1
- 1 bis unter 2 Stunden 2
- 2 bis unter 4 Stunden 3
- 4 Stunden oder mehr 4
- keine Bildschirmarbeit, trifft nicht zu 5

Frage 78

Wenn Sie an Ihre berufliche Arbeit zurückdenken, wie würden Sie den Verlauf der beruflichen Belastung über die Zeit beschreiben? Welches dieser Bilder würde dafür am besten passen?



Frage 79

Nun geht es darum, wie Sie sich nach der Arbeit fühlen. Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor ...?

	oft	gelegentlich	selten	nie
a. dass Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht und Sie noch Stunden nachher daran denken	1	2	3	4
b. dass Sie sich müde oder erschöpft fühlen	1	2	3	4
c. dass Sie sich unbefriedigt oder bedrückt fühlen	1	2	3	4
d. dass Sie das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen	1	2	3	4

Frage 80

Hatten Sie während des letzten Jahres einen Arbeitsunfall, der eine Abwesenheit von der Arbeit während des nächsten Tages oder auch darüber hinaus zur Folge hatten?

nein 0

ja, Anzahl der Unfälle

Frage 81

[entfällt]

Filter: Falls der oder die Befragte zur Zeit berufstätig ist, weiter mit Frage 83!

Frage 82

Nun geht es darum, wie Sie sich normalerweise am Abend fühlen. Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor ...?

	oft	gelegentlich	selten	nie
a. dass Ihnen die Tagesbeschäftigung nicht aus dem Kopf geht und Sie noch Stunden nachher daran denken	1	2	3	4
b. dass Sie sich müde oder erschöpft fühlen	1	2	3	4
c. dass Sie sich unbefriedigt oder bedrückt fühlen	1	2	3	4
d. dass Sie das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen	1	2	3	4

TEIL N GESUNDHEITSVERHALTEN

Die nächsten Fragen betreffen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

Frage 83

[entfällt]

Frage 84

Tun Sie etwas, um gesund zu bleiben oder um Ihre Gesundheit zu verbessern?

- ja, ich tue etwas1
- nein, habe es versucht, dann aber aufgegeben2 → weiter mit Frage 86
- nein, nichts3 → weiter mit Frage 86

Frage 85

Was tun Sie, um gesund zu bleiben oder um Ihre Gesundheit zu verbessern? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- bin körperlich aktiv 1
- ernähre mich gesund 2
- esse weniger 3
- rauche nicht 4
- versuche mit dem Rauchen aufzuhören bzw. weniger zu rauchen 5
- trinke keinen Alkohol 6
- versuche meinen Alkoholkonsum einzuschränken 7
- versuche Stress zu vermeiden 8
- versuche ausreichend zu schlafen 9
- halte den Kontakt zu meiner Familie, meinen Freunden und Bekannten aufrecht ... 10
- gehe regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung 11
- nichts Bestimmtes 12
- nichts davon 13

Frage 86

Bekommen Sie ausreichend Schlaf, um am Morgen richtig ausgeruht zu sein?

- ja, meistens 1
- nicht oft genug 2
- nein, kaum jemals bzw. nie 3

TEIL O ALKOHOL - GETRÄNKE

Die folgenden Fragen betreffen den Konsum von alkoholischen und nichtalkoholischen Getränken.

Frage 87 (neu)

Wie viel trinken Sie von den folgenden Getränken durchschnittlich an einem Tag?

	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2l	bis 1l	bis 2l	mehr
a. Milch	0	1	2	3	4	5	6	7
b. Kaffee	0	1	2	3	4	5	6	7
c. Tee	0	1	2	3	4	5	6	7
d. Bier	0	1	2	3	4	5	6	7
e. Wein bzw. Sekt	0	1	2	3	4	5	6	7
f. Schnaps, Weinbrand, Likör, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7
g. Obstsäfte bzw. Gemüsesäfte	0	1	2	3	4	5	6	7
h. Wasser bzw. Mineralwasser	0	1	2	3	4	5	6	7
i. Erfrischungsgetränke wie Co-ca, Sprite, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7

Frage 88

Gab es in Ihrem Leben Zeiten, in denen Sie sehr viel mehr Alkohol als heute getrunken haben?

- ja..... 1
- nein 2

TEIL P NIKOTIN

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Rauchgewohnheiten.

Frage 89

Wie viele Personen in Ihrem Haushalt rauchen, Sie selbst mit eingerechnet? (0 = keine)

Zahl der Personen

Frage 90

Rauchen Sie?

- ja, täglich 1 → weiter mit Frage 92
- ja, aber nicht täglich 2 → weiter mit Frage 92
- nein 3

Frage 91

Haben Sie jemals geraucht?

- ja, ich habe während der letzten 6 Monate damit aufgehört 1
- ja, habe schon früher damit aufgehört 2
- nein 3 → weiter mit Frage 95 (neu)

Frage 92

Wie viel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag bzw. wie viel haben Sie geraucht? (0 = keine)

- a. Zigaretten

--	--	--
- b. Zigarillos

--	--	--
- c. Zigarren

--	--	--
- d. Pfeifen

--	--	--

Frage 93

In welchem Alter haben Sie zu rauchen begonnen?

Alter

--	--

Filter: Falls der oder die Befragte mit dem Rauchen aufgehört hat, weiter mit Frage 95 (neu)!

Frage 94

Haben Sie während des vergangenen Jahres versucht, mit dem Rauchen aufzuhören oder Ihren Nikotinkonsum einzuschränken?

- ja, habe versucht aufzuhören 1
- ja, habe meinen Tabakkonsum einzuschränken versucht 2
- nein 3

TEIL Q KÖRPER

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Ernährungsgewohnheiten, das Körpergewicht und die Körpergröße.

Frage 95 (neu)

Essen Sie die folgenden Nahrungsmittel fast täglich, mehrmals pro Woche, mehrmals pro Monat, seltener oder nie?

	(fast) täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	seltener	nie
a. Fisch	1	2	3	4	5
b. Wurstwaren bzw. Schinken	1	2	3	4	5
c. Fleisch	1	2	3	4	5
d. gekochtes Gemüse	1	2	3	4	5
e. Rohkost, Salat bzw. rohes Gemüse	1	2	3	4	5
f. frisches Obst	1	2	3	4	5
g. Mehlspeisen, Kuchen, Gebäck, Kekse	1	2	3	4	5
h. sonstige Süßwaren	1	2	3	4	5
i. Vollkornbrot bzw. Knäckebrötchen	1	2	3	4	5
j. Weißbrot bzw. Mischbrot	1	2	3	4	5
k. Eier	1	2	3	4	5
l. Käse, Topfen, Joghurt	1	2	3	4	5

Frage 96

A: Ernähren Sie sich gemäß einer besonderen Diät oder Ernährungsweise?

- ja..... 1
- nein 2

B: Wenn ja: Wurde Ihnen diese Diät vom Arzt verordnet oder empfohlen?

- ja, verordnet 1
- ja, empfohlen 2
- nein, nichts davon 3

Frage 97

Wie groß sind Sie ohne Schuhe?

Körpergröße in cm

Frage 98

Wie viel Kilogramm wiegen Sie ohne Bekleidung?

Gewicht in kg

--	--	--

Frage 99

Ist Ihr Blutdruck zu hoch, eher hoch, eher niedrig, zu niedrig oder gerade richtig?

- zu hoch 1
- eher hoch 2
- eher niedrig 3
- zu niedrig 4
- gerade richtig 5
- weiß nicht 6

Frage 100

Wie oft betreiben Sie – von der Urlaubszeit einmal abgesehen – folgende sportliche Betätigungen: mehrmals pro Woche, alle 1 bis 2 Wochen, 1- bis 2-mal pro Monat, seltener oder nie? (*Vorlesen*)

	mehrmals pro Woche	alle 1-2 Wochen	1- bis 2-mal pro Monat	seltener	nie
a. längere Wege zu Fuß gehen (Spaziergehen, Wege zur Arbeit, Einkaufen, etc.)	1	2	3	4	5
b. Wandern, Bergwandern, Bergsteigen	1	2	3	4	5
c. Fahrradfahren (einschließlich Wege zur Arbeit, Einkaufen, etc.)	1	2	3	4	5
d. Gartenarbeit	1	2	3	4	5
e. Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic und ähnliches	1	2	3	4	5
f. Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen	1	2	3	4	5
g. Schwimmen (nicht Baden)	1	2	3	4	5
h. Dauerlaufen, Jogging, Leichtathletik (Laufen)	1	2	3	4	5
i. Fußball, Basketball, Handball, Volleyball	1	2	3	4	5
j. Rudern	1	2	3	4	5
k. Skilanglauf, Skilaufen-Alpin	1	2	3	4	5
l. Tischtennis, Federball	1	2	3	4	5
m. Tennis, Squash	1	2	3	4	5
n. Heimtrainer und ähnliches	1	2	3	4	5
o. andere Sportaktivitäten	1	2	3	4	5

Frage 101

A: Haben Sie eine dieser Sportarten früher einmal über längere Zeit intensiver, d. h. wenigstens einmal die Woche, betrieben? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- längere Wege zu Fuß gehen
(Spazierengehen, Wege zur Arbeit, etc.) 1
- Wandern, Bergwandern, Bergsteigen..... 2
- Fahrradfahren (einschließlich Wege zur Arbeit, Einkaufen, etc.) 3
- Turnen, Gymnastik, Tanz, Aerobic und ähnliches 4
- Rollschuhlaufen, Schlittschuhlaufen 5
- Schwimmen (nicht Baden)..... 6
- Dauerlaufen, Jogging, Leichtathletik (Laufen) 7
- Fußball, Basketball, Handball, Volleyball 8
- Rudern..... 9
- Skilanglauf, Skilaufen-Alpin 10
- Tischtennis, Federball..... 11
- Tennis, Squash..... 12
- Heimtrainer und ähnliches 13
- andere Sportart 14
- nein 15

→ weiter mit Frage 102

B: Vor wie vielen Jahren haben Sie damit aufgehört?

Jahre

--	--

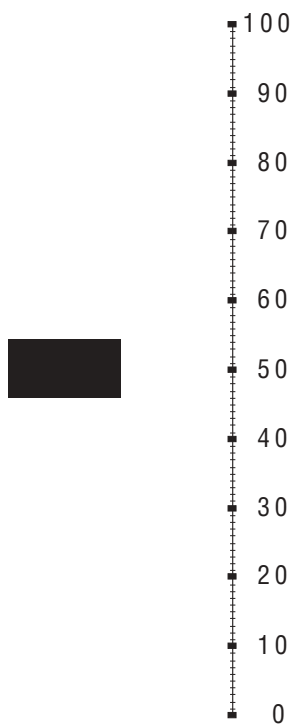
Frage 102

Wie oft kommen Sie durch körperliche Bewegung bzw. durch Sport ins Schwitzen?

- täglich oder fast täglich..... 1
- mehrmals in der Woche 2
- etwa 1-mal pro Woche 3
- 2- bis 3-mal im Monat 4
- 1-mal im Monat oder seltener 5
- nie 6

Frage 103

Ich möchte Sie nun noch einmal bitten, mir zu sagen, wie gut oder schlecht Sie Ihren Gesundheitszustand einschätzen. Um Ihnen die Einschätzung zu erleichtern, ist hier eine Skala gezeichnet, die ganz ähnlich wie ein Thermometer aussieht und von 0 bis 100 reicht. „0“ bezeichnet den denkbar schlechtesten Gesundheitszustand, „100“ den denkbar besten. Bitte verschieben Sie den Zeiger zu dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt. *(Kugelschreiber als Zeiger verwenden, Stelle auf der Skala mit „-“ markieren)*



TEIL R

Frage 104

[entfällt]

TEIL S

Filter: Falls keine Kinder unter 16 Jahre im Haushalt sind, weiter mit Frage 108!

Die nächsten Fragen beziehen sich auf Erkrankungen der Kinder in Ihrem Haushalt.

Frage 105

- A: Zunächst möchte ich Sie bitten, mir das Alter der Kinder zu nennen, die bei Ihnen zu Hause leben und unter 16 Jahre alt sind.
 B: Und welches Geschlecht hat dieses Kind?

	A:	B:	
	Alter (in Jahren)	männ- lich	weib- lich
1. ältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2
2. zweitältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2
3. drittältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2
4. viertältestes Kind	<input type="text"/> <input type="text"/>	1	2

Frage 106

- A: Ist eines dieser Kinder innerhalb der vergangenen 2 Wochen krank gewesen, hat es den Arzt besucht oder ein Medikament eingenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

	1. ältestes Kind	2. zweitältes- tes Kind	3. drittältes- tes Kind	4. viertältes- tes Kind
ja, es war krank	1	1	1	1
ja, es blieb einige Tage lang zu Hause, weil es krank war	2	2	2	2
ja, wir waren beim Arzt	3	3	3	3
ja, es war im Krankenhaus	4	4	4	4
ja, es hat Medikamente genommen.....	5	5	5	5
nein	6	6	6	6

- B. *Wenn ja:* Was hatte dieses Kind?

1. ältestes Kind: _____
 2. zweitältestes Kind: _____
 3. drittältestes Kind: _____
 4. viertältestes Kind: _____

C. Hat eines dieser Kinder innerhalb der vergangenen 2 Wochen eines der folgenden Symptome gezeigt? (Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)

	1. ältestes Kind	2. zweitältes- tes Kind	3. drittältes- tes Kind	4. viertältes- tes Kind
Kopfweh	1	1	1	1
Magenschmerzen	2	2	2	2
Rückenschmerzen	3	3	3	3
Probleme mit den Ohren, etwa Ohrenschmerzen, Eiterung	4	4	4	4
Hautausschlag, Ekzeme, Jucken	5	5	5	5
Verkühlung, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen	6	6	6	6
nein	7	7	7	7

Frage 107

Hat eines dieser Kinder innerhalb des vergangenen Jahres unter einer Allergie oder Überempfindlichkeit gelitten? (Mehrfachnennungen möglich)

	1. ältestes Kind	2. zweit- ältestes Kind	3. dritt- ältestes Kind	4. viert- ältestes Kind
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen während bestimmter Jahreszeiten	1	1	1	1
allergische Rhinitis (Schnupfen), Heuschnupfen, Jucken in den Augen unabhängig von der Jahreszeit	2	2	2	2
Nesselausschlag	3	3	3	3
Asthma	4	4	4	4
allergisches Darmleiden	5	5	5	5
allergischer Hautausschlag	6	6	6	6
andere Allergie	7	7	7	7
nein	8	8	8	8

TEIL T

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr allgemeines Lebensumfeld.

Frage 108

Sind Sie sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht zufrieden ...?

	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
a. mit Ihrem Leben insgesamt	1	2	3	4
b. mit Ihrem Familienleben	1	2	3	4
c. mit Ihren Kontakten zu Freunden und Bekannten	1	2	3	4
d. mit der Freizeitgestaltung	1	2	3	4
e. mit Ihrer Gesundheit	1	2	3	4

Frage 109

Wie würden Sie Ihre persönliche wirtschaftliche Lage beschreiben? Welcher Punkt trifft für Sie am ehesten zu? *(Vorlesen)*

- Meine wirtschaftlichen Verhältnisse sind sehr zufriedenstellend. „Ich habe genug Geld, um mir ein schönes Leben zu machen“ 1
- Es reicht. Ich komme im großen und ganzen mit meinem Geld aus, aber ich kann keine großen Sprünge machen. 2
- Ich bin ziemlich knapp dran, es reicht gerade zum Leben, es bleibt mir aber auch nichts übrig 3
- Ich habe kaum das Notwendigste. Oft weiß ich gar nicht, wie ich durchkommen soll. 4

Frage 110

In unserer Gesellschaft gibt es Bevölkerungsgruppen, die eher oben stehen, und solche, die eher unten stehen. Wenn Sie an sich selbst denken: Wo würden Sie sich auf einer Skala von 1 bis 10 einordnen, bei der 1 ganz unten und 10 ganz oben bedeutet?

- unten 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- oben 10
- weiß nicht 11

Frage 111

Wünschen Sie sich oft, gelegentlich, selten oder nie ... (*Vorlesen*)

	oft	gelegentlich	selten	nie
a. einen anderen Beruf auszuüben	1	2	3	4
b. anders zu wohnen	1	2	3	4
c. andere Freunde zu haben	1	2	3	4
d. in einem anderen Land zu leben	1	2	3	4
e. ein anderes Leben zu führen	1	2	3	4

TEIL U

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Lebensgeschichte und besonders prägende Ereignisse.

Frage 112

Hatte Ihr Leben bis jetzt ...? (*Vorlesen*)

- überhaupt keine klaren Ziele oder Zwecke 1
- wenig klare Ziele oder Zwecke 2
- ziemlich klare Ziele oder Zwecke oder 3
- sehr klare Ziele und Zwecke 4

Frage 113

Haben Sie oft, gelegentlich, selten oder nie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 114

Haben Sie oft, gelegentlich, selten oder nie das Gefühl, in einer ungewöhnlichen Situation zu sein und nicht zu wissen, was tun?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 115

Passiert es oft, gelegentlich, selten oder nie, dass Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 116

Denken Sie oft, gelegentlich, selten oder nie, dass Sie vom Schicksal benachteiligt worden sind?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

Frage 117

Kommt es oft, gelegentlich, selten oder nie vor, dass sich Ihnen immer der gleiche Gedanke aufdrängt?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4

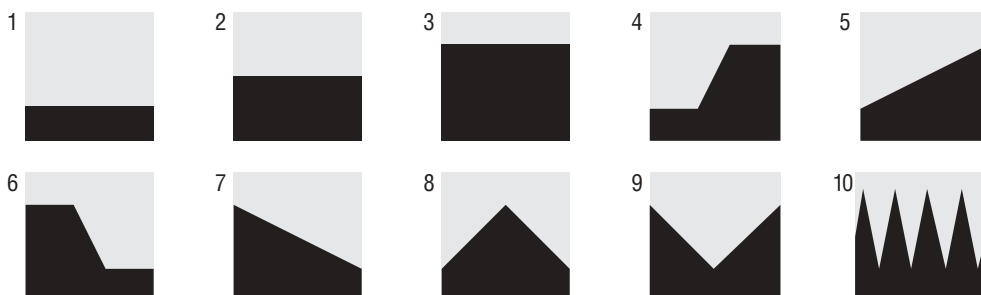
Frage 118

Erwarten Sie, dass Ihr persönliches Leben in Zukunft ...? (*Vorlesen*)

- ganz ohne Bedeutung und Sinn sein wird 1
- wenig Bedeutung und Sinn haben wird 2
- ziemlich viel Bedeutung und Sinn haben wird oder 3
- voll Bedeutung und Sinn sein wird 4

Frage 119

Jetzt geht es darum, wie Sie Ihren beruflichen Werdegang einschätzen. Wenn Sie an Ihren gesamten bisherigen Berufsweg zurückdenken, welches dieser Bilder würde dafür am besten passen?



- trifft nicht zu, weil nie berufstätig 11

Frage 120

- A: Ist in den letzten 2 Jahren eine der folgenden Veränderungen in Ihrem Leben oder eines der folgenden Ereignisse eingetreten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)
 B: Wenn ja: Hat Sie das sehr, ziemlich, wenig oder gar nicht belastet?

	A:	B:			
		sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Ist bei Ihnen selbst eine schwere körperliche Krankheit aufgetreten? D. h. eine Krankheit oder Operation, derentwegen Sie ins Krankenhaus mussten oder die Sie länger als 10 Tage an das Bett gebunden hat (auch größere Zahnbehandlungen)?	1	1	2	3	4
Ist dies in Ihrer eigenen Familie oder im engsten Freundeskreis geschehen?	2	1	2	3	4
Ist bei Ihnen eine größere seelische Krise aufgetreten – z. B. Selbstmordgedanken, starke Ängste, starke Schlafstörungen?	3	1	2	3	4
Ist jemand in Ihrer Familie oder Ihrem engsten Freundeskreis gestorben: der Partner, ein Kind, ein Elternteil oder eines der Geschwister?	4	1	2	3	4
Sind Sie oder jemand aus Ihrer Familie Opfer eines Überfalls, Raubes oder Einbruchs geworden?	5	1	2	3	4
Wurde gegen Sie oder gegen Ihren Partner ein Strafverfahren eingeleitet oder wurden Sie in einen Zivilprozess verwickelt?	6	1	2	3	4
Haben Sie einen geliebten, wertvollen Gegenstand verloren oder vielleicht ein Haustier, das Ihnen viel bedeutet?	7	1	2	3	4
Sind Sie größeren finanziellen Belastungen ausgesetzt gewesen – z. B. Verschlechterung des Einkommens, Schuldenzahlung, Zwang zur Aufnahme eines Nebenberufs, Unterstützung von Angehörigen?	8	1	2	3	4
Gab es Auseinandersetzungen mit dem Vermieter oder den Nachbarn?	9	1	2	3	4
Gab es im engsten Familien- oder Freundeskreis schwere Auseinandersetzungen?	10	1	2	3	4
Hat es einen Abbruch einer engen, für Sie wichtigen Beziehung gegeben – z. B. Trennung, Scheidung vom Partner	11	1	2	3	4
Sind Sie von einem für Sie wichtigen Menschen tief enttäuscht oder gekränkt worden?	12	1	2	3	4
Hat Ihnen jemand Unrecht getan, ohne dass Sie sich entsprechend zur Wehr setzen konnten?	13	1	2	3	4
Gab es in den letzten 2 Jahren irgendein anderes für Sie wichtiges Ereignis, das bisher noch nicht angesprochen wurde?	14	1	2	3	4
nichts davon	15		-		

Frage 121

Wenn Sie nun an Ihre Kindheit und Jugend zurückdenken, ist eines der folgenden Ereignisse in Ihrem Leben eingetreten? (*Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich*)

- Haben Sie als Kind eine schwere Krankheit erlitten und mehrere Wochen im Krankenhaus verbracht? 1
- Hat Ihre Familie in Ihrer Kindheit oder Jugend unter Armut gelitten? .. 2
- Waren Ihre Eltern damals längere Zeit arbeitslos? 3
- Sind Ihre Eltern früh gestorben, als Sie noch sehr jung waren? 4
- nichts davon 5

Frage 122

Haben Sie während Ihrer Kindheit in Ihrer Familie oft, gelegentlich, selten oder nie körperliche Gewalt erfahren?

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4 → weiter mit Frage 123A
- trifft nicht zu 5 → weiter mit Frage 123A
- keine Angabe, will ich nicht sagen 6 → weiter mit Frage 123A

Frage 123

Von wem ging diese Gewalt aus? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- Vater 1
- Mutter 2
- Geschwister 3
- Großeltern 4
- andere Verwandte 5
- andere nahestehende Personen, Bekannte 6
- keine Angabe 7

Frage 123A (neu)

Und wenn Sie an Ihr heutiges Leben denken. Geschieht es da oft, gelegentlich, selten oder nie, dass Sie in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt sind? Darunter verstehen wir auch kleinere Handgreiflichkeiten beispielsweise mit Freunden, den Kindern oder dem Partner.

- oft 1
- gelegentlich 2
- selten 3
- nie 4
- trifft nicht zu 5
- keine Angabe, will ich nicht sagen 6

Frage 124

Wenn Sie nun an Ihre Kindheit und an Ihre Erziehung zurückdenken, treffen die folgenden Aussagen zu oder nicht? (Vorlesen; Mehrfachnennungen möglich)

Wenn Sie sich laufend schlecht benahmen, kam es dann vor, dass Ihre Eltern sagten:

- „Wenn das mit Dir so weitergeht, kommst du ins Erziehungsheim.“ 1
- Hörten Sie manchmal die Aussage: „Mach das nicht noch einmal, sonst ...“ 2
- Sagten Ihre Eltern Ihnen manchmal, Sie würden sich schlecht benehmen? 3
- Durften Sie Ihre Eltern kritisieren? 4
- Bekamen Sie manchmal eine Ohrfeige, bei der Sie nicht einsahen warum?..... 5
- Kontrollierten Ihre Eltern regelmäßig Ihre Schularbeiten? 6
- Durften Sie in der Wohnung auch einmal laut sein? 7
- Waren Ihre Eltern besorgt, wenn Sie auf der Straße spielen wollten, weil da so leicht etwas passieren könnte? 8
- Wenn Sie in irgendeinem Schulfach Schwierigkeiten hatten, übten Ihre Eltern dann viel mit Ihnen? 9
- Waren Ihre Eltern sehr darauf bedacht, dass Sie sich auf keinen Fall in Schlägereien mit anderen Kindern verwickeln ließen? 10
- Mussten Sie, wenn Sie etwas in der Schule nicht begriffen hatten, zu Haus so lange üben, bis Sie es konnten? 11
- Duldeten Ihre Eltern Widerspruch? 12
- Waren Ihre Eltern dagegen, dass Sie sich, als Sie noch zur Schule gingen, durch kleine Arbeiten Geld verdienten? 13
- Wenn Sie etwas getan hatten, was Ihren Eltern sehr zu Herzen ging, wurde Ihnen dann manchmal gesagt: „Ich kann dich gar nicht mehr lieb haben.“ 14
- Bekamen Sie manchmal eine Tracht Prügel? 15
- Hörten Sie manchmal die Aussage: "Du bist kein liebes Kind, sonst würdest du deinen Eltern nicht so viel Kummer bereiten"? 16
- nichts davon 17

TEIL V

Frage 125

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu Ihren Eltern stellen.

Welchen höchsten Schulabschluss hat bzw. hatte Ihr Vater?

- Pflichtschule ohne Lehre 1
- Pflichtschule mit Lehre 2
- berufsbildende mittlere Schule (BMS)..... 3
- allgemeinbildende höhere Schule (AHS)..... 4
- berufsbildende höhere Schule (BHS)..... 5
- Akademie (z. B. Sozialakademie, Päd. Akademie)..... 6
- Hochschule, Universität..... 7
- weiß nicht..... 8

Frage 126

Welchen höchsten Schulabschluss hat bzw. hatte Ihre Mutter?

- Pflichtschule ohne Lehre 1
- Pflichtschule mit Lehre 2
- berufsbildende mittlere Schule 3
- allgemeinbildende höhere Schule 4
- berufsbildende höhere Schule 5
- Akademie (z. B. Sozialakademie, Päd. Akademie) 6
- Hochschule, Universität 7
- weiß nicht 8

Frage 127

Wiederum auf der Skala von 1 bis 10, bei der 1 ganz unten und 10 ganz oben bedeutet: Wie würden Sie den sozialen Status Ihres Vaters und den Ihrer Mutter einstufen?

	A: Vater	B: Mutter
unten	1	1
.....	2	2
.....	3	3
.....	4	4
.....	5	5
.....	6	6
.....	7	7
.....	8	8
.....	9	9
oben	10	10
weiß nicht	11	11

TEIL W

Zum Abschluss möchte ich Ihnen noch einige allgemeine Fragen zur Statistik stellen.

Frage 128

Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert oder mitversichert?

- Gebietskrankenkasse 1
- Betriebskrankenkasse 2
- SVA der gewerblichen Wirtschaft 3
- SVA der Bauern 4
- VA des österreichischen Bergbaues 5
- VA der österreichischen Eisenbahnen 6
- VA der öffentlich Bediensteten 7
- andere 8
- weiß nicht 9
- bei keiner 10

Frage 129

Verfügen Sie über eine Zusatzversicherung?

- ja 1
- nein 2

Frage 130

A: Sind Sie österreichischer Staatsbürger?

- ja 1 → weiter mit Frage 131
- nein 2

B: Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

.....

C: Wie viele Jahre sind Sie insgesamt schon in Österreich? (0 = weniger als ein halbes Jahr)

Jahre

--	--

Frage 131

Wenn Sie nun alle Einkommen zusammenrechnen – in welche dieser Gruppen fällt das monatliche Gesamt-Netto-Einkommen Ihres Haushaltes?

- bis 4.000 öS 1
- 4.000 bis 5.999 öS 2
- 6.000 bis 7.999 öS 3
- 8.000 bis 9.999 öS 4
- 10.000 bis 11.999 öS 5
- 12.000 bis 13.999 öS 6
- 14.000 bis 15.999 öS 7
- 16.000 bis 17.999 öS 8
- 18.000 bis 19.999 öS 9
- 20.000 bis 21.999 öS 10
- 22.000 bis 23.999 öS 11
- 24.000 bis 25.999 öS 12
- 26.000 bis 27.999 öS 13
- 28.000 bis 29.999 öS 14
- 30.000 bis 31.999 öS 15
- 32.000 bis 33.999 öS 16
- 34.000 bis 35.999 öS 17
- 36.000 bis 37.999 öS 18
- 38.000 bis 39.999 öS 19
- mehr als 40.000 öS 20
- keine Angabe 21

Frage 132

In welche dieser Gruppen fällt Ihr persönliches Netto-Einkommen pro Monat?

bis 4.000 öS.	1
4.000 bis 5.999 öS.	2
6.000 bis 7.999 öS.	3
8.000 bis 9.999 öS.	4
10.000 bis 11.999 öS.	5
12.000 bis 13.999 öS.	6
14.000 bis 15.999 öS.	7
16.000 bis 17.999 öS.	8
18.000 bis 19.999 öS.	9
20.000 bis 21.999 öS.	10
22.000 bis 23.999 öS.	11
24.000 bis 25.999 öS.	12
26.000 bis 27.999 öS.	13
28.000 bis 29.999 öS.	14
30.000 bis 31.999 öS.	15
32.000 bis 33.999 öS.	16
34.000 bis 35.999 öS.	17
36.000 bis 37.999 öS.	18
38.000 bis 39.999 öS.	19
<u>mehr als 40.000 öS.</u>	<u>20</u>
kein eigenes Einkommen	21
keine Angabe	22

Frage 133

Im Rahmen dieser Untersuchung sollen später vertiefende Gespräche mit den Teilnehmern der Umfrage geführt werden. Würden Sie sich zu einem solchen persönlichen Interview bereit erklären? (*Wenn ja: Unbedingt den Namen des/der Befragten im entsprechenden Feld auf der letzten Seite notieren*)

ja.	1
nein	2

TEIL X INTERVIEWER

Frage 134

INTERVIEWER BITTE EINTRAGEN:

Bezirk

--	--

Frage 135

A: Datum des Interviews

Tag		Monat		Jahr			

B: Nummer laut Adressenliste (ADRNR)

--	--	--	--	--

C: Name des/der Befragten: _____

D: Interviewsprache:

- ausschließlich Deutsch 1
- teilweise andere Sprache 2
- ausschließlich andere Sprache 3

E: Interviewernummer (INTNR)

--	--	--

Die korrekte Durchführung des Interviews wird hiermit bestätigt.

Unterschrift InterviewerIn