



Health System Watch

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Monika Riedel, Gerald Röhrling, Bettina Gehrler*

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der beiden zuletzt durchgeführten Österreichischen Gesundheitsbefragungen zeigen hinsichtlich Gesundheitszustand und Bildung für beide Geschlechter einen bedeutenden und sich im Zeitverlauf verschärfenden sozialen Gradienten. Angehörige der untersten Bildungsebene schätzen ihren Gesundheitszustand als um ein Vielfaches schlechter ein als die Bestgebildeten. Dies ist zwar in vielen Ländern so, aber im europäischen Vergleich zeigt sich bei Frauen in Österreich eine bedeutende Auffälligkeit: In keinem EU15-Land unterscheiden sich die Anteile mit (sehr) schlechter Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands zwischen unterster und oberster Bildungsschicht so stark wie in Österreich. Zudem ist für Österreicherinnen auf Basis der EU-Daten eine ausgeprägte Verschärfung vor und nach der Wirtschafts- und Bankenkrise zu beobachten. Als besonders schlecht schätzen auch arbeitslose Frauen ihre Gesundheit ein: Im EU-Vergleich rangiert Österreich sogar an der „Spitze“.

Einleitung

In den Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich ist festgeschrieben, dass für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen Sorge zu tragen ist (Ziel 2, BMGF 2016). Die Bildung wurde neben dem Sozialstatus und dem Einkommen als die zentrale Einflussgröße auf die Gesundheit identifiziert. Um gleiche Gesundheitschancen sicherzustellen, wurde in der Zielbeschreibung zudem festgehalten, dass der Fokus auf fairen Ausgangsbedingungen im Bildungssystem sowie der Stärkung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in allen Lebensbereichen liegen muss.

Daher befasst sich diese Ausgabe des Health System Watch mit dem Zusammenhang zwischen Gesundheitsunterschieden und ausgewählten Merkmalen sozialer Stellung. Da für Österreich Daten vorliegen, die einen Vergleich der aktuellen gesundheitlichen Situation mit jener vor Ausbruch der Wirtschafts- und Bankenkrise erlauben, widmen wir diesem Aspekt ebenfalls Aufmerksamkeit. Als Merkmale sozialer Stellung ziehen wir das Einkommen sowie den Arbeitsmarktstatus heran, da gerade diese beiden Faktoren stark krisenabhängig sind. Diesen Faktoren stellen wir Auswertungen bezogen auf den Bildungsstand gegenüber.

Als Einstieg in das Thema referieren wir neuere internationale, primär europäische Erkenntnisse zu den relevanten Zusammenhängen, wobei wir angesichts der Fülle von Veröffentlichungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können. Soweit möglich, hinterfragen wir auch die den Zusammenhängen zugrunde liegenden Kausalitäten. Diese Frage ist besonders spannend, da die Literatur hier erst teilweise zu einer einheitlichen Auffassung gefunden hat.

Theoretischer Hintergrund

Beeinflusst sozialer Status die Gesundheit, oder beeinflusst der Gesundheitszustand jene Merkmale, die üblicherweise als Indikatoren für den sozialen Status herangezogen werden? Die Beantwortung dieser Frage ist für die Gesundheitspolitik keineswegs akademisch, sondern essenziell für

* Alle: Institut für Höhere Studien, Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien.

Telefon: +43/1/599 91-229, E-Mail: riedel@ihs.ac.at oder +43/1/599 91-268, E-Mail: roehrlin@ihs.ac.at

Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

Zusammenfassung

Einleitung

Theoretischer Hintergrund





die Gestaltung effektiver und effizienter Maßnahmen: Ist beispielsweise ein niedriges Bildungsniveau Ursache oder Konsequenz eines schlechten Gesundheitszustands? Einerseits kann schlechte Gesundheit in der Kindheit zeitweilig den Schulbesuch verhindern und somit schulische Ergebnisse beeinträchtigen, andererseits kann ein geringeres Bildungsniveau dazu führen, dass Informationen zu gesunder Lebensführung weniger gesucht, rezipiert und beherzigt werden. Und drittens ist es denkbar, dass unbeobachtbare – oder zumindest derzeit unbeobachtete – Faktoren dazu führen, dass manche Menschen weder bei Gesundheit noch bei Bildungsabschlüssen ein hohes Niveau erreichen. Unkenntnis über die Zusammenhänge kann dazu führen, dass politische Maßnahmen nicht die erwünschten Wirkungen zeigen. Setzen im genannten Beispiel Maßnahmen im Bildungssektor an, werden aber beide, Gesundheit und Bildung, wesentlich von einem dritten Faktor bestimmt, so ist es in beiden Bereichen unwahrscheinlich, die gewünschten Wirkungen zu erzielen, und die Maßnahme verpufft zu einem großen Teil ins Leere.

Betrachtungsebenen

Der Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheit kann auf mehreren Ebenen beleuchtet werden. Auf **individueller** Ebene ist der Zusammenhang für verschiedenste Kombinationen von Indikatoren gut belegt: Unabhängig davon, ob soziale Stellung anhand von Bildung, Einkommen, Vermögen oder beruflicher Stellung gemessen wird, zeigt sich bei niedrigerem sozialen Status ein schlechterer Gesundheitszustand. Ebenso wurde der Gesundheitszustand durch verschiedene Indikatoren gemessen, vom angegebenen allgemeinen Gesundheitszustand bei Befragungen bis zu Inzidenzen für spezifische Krankheiten und mangelnde psychische Gesundheit. Zusammenhänge in gleicher Richtung wurden auch schon für Mortalitätsdaten, Verletzungen, Selbstmorde und unerwünschte Verhaltensweisen wie Nikotin- und übermäßigen Alkoholkonsum festgestellt. Derartige sozioökonomische Gesundheitsunterschiede wurden für viele Länder dokumentiert, vergleiche etwa die umfangreichen Ergebnisse der Forschergruppe um Johan Mackenbach (Mackenbach et al. 2008).

Ein weiterer Strang der Literatur widmet sich dem Zusammenhang auf **gesamtgesellschaftlicher** Ebene. Hier wird die Frage gestellt, inwieweit eine Zunahme der sozialen Ungleichheit auch mit einer Verschlechterung des Gesundheitsniveaus, nicht „nur“ der Verteilung, einhergeht oder diese sogar verursacht. Wilkinson und Pickett haben sich in einer Reihe von Arbeiten mit dieser Frage beschäftigt. Sie formulierten die Hypothese, dass größere Ungleichheit bei Outcomes mit sozialem Gradienten die Effekte der sozioökonomischen Statusdifferenzierung verstärken könnte. In einer Reihe von Arbeiten fanden sie Unterstützung für diese Hypothese, bezogen auf unterschiedliche Outcomes, beispielsweise krankheitsspezifische Sterberaten, aber auch Mordraten (Pickett/Wilkinson 2015, Wilkinson/Pickett 2006). Es gibt mehrere Begründungen, warum größere soziale Ausgeglichenheit mit besserem Gesundheitsniveau einhergehen kann: Unterscheiden sich einzelne Landesregionen wenig hinsichtlich Einkommen, Lebensqualität und anderer Faktoren, so ist es auch leichter, eine gute Versorgung mit medizinischem Personal im gesamten Land sicherzustellen. Bei großer Ungleichheit ist es weit schwerer, in benachteiligten Gebieten gute medizinische Versorgung zu organisieren, wie bereits die Rekrutierungsprobleme in ländlichen Regionen gut versorgter und relativ ausgeglichener Länder wie Österreich erahnen lassen. Außerdem kann in stärker egalitären Ländern eher mit weniger Arbeitsstunden ein ausreichender Lebensstandard gesichert werden, als es in sehr ungleichen Ländern für große Bevölkerungsteile möglich ist. Dies gibt den Gesunden mehr zeitlichen Spielraum, sich um kranke oder anderweitig hilfsbedürftige Angehörige zu kümmern. Auch kann argumentiert werden, dass in egalitären Gesellschaften der Anreiz für Kriminalität geringer ist, was sich wiederum nicht nur unmittelbar auf die Wahrscheinlichkeit von damit verbundenen Verletzungen und Todesfällen auswirkt, sondern auch allgemein auf soziale Kohäsion und ein „Grundvertrauen“ in die Mitmenschen (Dorling 2015). Die zuletzt genannten Faktoren stehen in Zusammenhang mit den psychosozialen Begründungen für soziale Gesundheitsgradienten, die im folgenden Abschnitt diskutiert werden.

Begründungen für gesundheitliche Ungleichheit

Verschiedene Theorien für Kausalitäten stehen im Raum. Bartley (2017)¹ unterscheidet drei Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheit, verhaltensbezogene, psychosoziale und materielle, und unterstellt, dass diese über den Lebenszyklus hinweg wirken. **Verhaltensbezogene Erklärungen** gehen von der Beobachtung aus, dass Indikatoren für niedrigen sozialen Status in der Regel mit einem gehäuften Auftreten von unterschiedlichen „riskanten Verhaltensweisen“ einhergehen, wie Rauchen, wenig sportlicher Aktivität und ungesunder Ernährung. Die Annahme für eine theore-

¹ Aufgrund der großen Menge von Erklärungsansätzen und Zusammenhängen verweisen wir für die dazu verfügbare Literatur auf die jeweiligen Kapitel bei Bartley (2017).





tische Begründung ist hierbei häufig, dass Personen mit niedrigem Einkommen und sozialem Status weniger von jenen persönlichen Charakteristika aufweisen, die oft implizit als Indikatoren für Intelligenz, „coping skills“ oder persönliche Resilienz angesehen werden. Daher haben diese Personen oft geringere schulische Erfolge aufzuweisen, die sich dann in schlechteren Arbeitsbedingungen, niedrigerer Entlohnung und geringem Status fortsetzen. Gleichzeitig, so die Annahme, führen dieselben Eigenschaften dazu, dass gesundheitsbezogene Informationen weniger rezipiert werden oder dass die Selbstdisziplin fehlt, diese im eigenen Verhalten zu berücksichtigen. Sozialer Status wird demnach nicht als Grund für falsches Verhalten gesehen, sondern als durch die gleichen persönlichen Umstände verursacht.²

Die **psychosoziale Erklärung** beschäftigt sich damit, dass Ungleichheit und untergeordnete Stellung Gefühle verursachen können, die sich wiederum direkt auf biologische Prozesse im Körper auswirken. Verkürzt gesagt, wird beispielsweise die uralte „fight or flight“-Reaktion auch heute noch in emotionsgeladenen Situationen wie Zurechtweisung durch Vorgesetzte oder simplen Verkehrsstaus ausgelöst. Die erhöhten Adrenalin- und Energiewerte werden aber meist nicht mehr durch folgende erhöhte körperliche Aktivität abgebaut. Fortgesetzt über längere Zeit, kann dies über verschiedene biologische und chemische Prozesse eine Reihe von Risikofaktoren verstärken, einschließlich jener für Herzinfarkt, und die Fähigkeit des Körpers vermindern, mit anderen Bedrohungen wie Infektionen oder manchen frühen Krebsstadien umzugehen (Bartley 2017: 93). Die Literatur unterscheidet drei Lebensbereiche, in denen solche Stressoren wirken können: im familiären Umfeld, am Arbeitsplatz und in der weiteren Lebensumgebung. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass regelmäßige soziale Kontakte, seien sie innerhalb der Familie, des Freundeskreises, der Kirchengemeinde oder anderer Personengruppen, offenbar mit einer höheren Lebenserwartung korrelieren, auch wenn die konkrete Wirkweise hier ergänzend durch andere Faktoren als die erwähnten biologischen Prozesse erklärbar ist. Beispielsweise ist bei einsamen Menschen weniger wahrscheinlich, dass sie durch andere motiviert werden, unklare Beschwerden medizinisch abklären zu lassen und damit möglicherweise schwerere gesundheitliche Konsequenzen zu vermeiden. Bezogen auf den Arbeitsplatz geht man davon aus, dass weniger Kontroll-, Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten mit erhöhten gesundheitlichen Risiken einhergehen. Auch die fehlende Anerkennung für Geleistetes („effort-reward imbalance“) wird als möglicher Beitrag zu erhöhten Risiken gesehen. Allerdings können Studien kaum die vollständige Kausalkette kontrollieren und daher eindeutige Evidenz vorlegen; insbesondere ist es schwierig, die Effekte derartiger Arbeitsbedingungen von anderen statusbedingten Merkmalen zu isolieren.

Die Bedeutung der **materiellen Lebensumstände** (wie Ernährung, Wohnraum, Unfallgefahren) für die Gesundheit ist evident und unmittelbar einleuchtend, aber dennoch im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit für die wohlhabenderen Länder weniger beforscht als psychosoziale und verhaltensbezogene Erklärungsansätze. Freilich ist der Einkommensgradient wohl bekannt, aber da Einkommen per se keinen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit hat, machen die materiellen (oder anderen) Faktoren, die mit der Einkommenshöhe in Zusammenhang stehen, den für die Gesundheit wesentlichen Unterschied aus (Bartley 2017: 105). Untersuchungen über einzelne materielle Gesundheitsrisiken decken aber ein Paradox auf: Der beobachtete Gradient überschreitet oft bei weitem jenes Maß, in dem sich die jeweiligen Risiken unterscheiden. Außerdem haben sich über die Jahrzehnte einige dieser Risiken für die gesamte Bevölkerung deutlich verbessert – man denke an Hygiene, die Ausstattung von Wohnraum oder Verkehrssicherheit –, während die sozialen Gradienten in Zusammenhang mit diesen Faktoren fortbestehen. Zum Teil liegt der Fortbestand der sozialen Gradienten wohl daran, dass sich manche Faktoren stärker in den ohnehin bessergestellten Bevölkerungsgruppen verbessern, wie beispielsweise die Raucherquoten.

Ein weiterer Aufklärungsbeitrag zum paradoxen langfristigen Fortbestand der sozialen Mortalitätsunterschiede ist statistisch: Da sich die gesamte Mortalität im Erwerbsalter über die Zeit deutlich verringert hat, reichen, absolut betrachtet, bereits kleinere soziale Unterschiede aus, um einen ähnlich hohen sozialen Gradienten zu beobachten.

Was allerdings auffällt, ist, dass die Verbindung zwischen sozialen Merkmalen und Gesundheit klar einen mehr oder weniger stetigen Gradienten aufweist. Es wird also beispielsweise beobachtet, dass sich mit jeder weiteren beruflichen Hierarchiestufe die durchschnittliche Gesundheit ein wenig verbessert, im Gegensatz etwa zu einer hypothetischen dichotomen Welt mit gesundheitsbezogenen „schlechten Arbeiterberufen“ und „guten Angestelltenberufen“ oder schlechter Gesundheit bei „den Armen“ und relativ einheitlich guter Gesundheit in der „nicht armen Bevölkerung“.

² Teilweise vermischt mit der verhaltensbezogenen Erklärung sind kulturbezogene Erklärungen, für die aber noch wenig Evidenz vorliegt und die hier ausgeklammert werden. Für Literaturhinweise vgl. Bartley (2017), Kapitel 4.



Internationaler Forschungsstand zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick zum aktuellen Forschungsstand zu sozialer Ungleichheit in Zusammenhang mit Gesundheit gegeben. Der Fokus liegt dabei auf den Gesundheitsdeterminanten Bildung, Einkommen und Erwerbsstatus.

Bildung

Dahl und van der Wel (2013) argumentieren, dass Bildung möglicherweise ein breiteres Spektrum von Gesundheitsindikatoren beeinflusst als Einkommen oder Erwerbsstatus. Als Grund nennen sie die enge Verflechtung zwischen Bildungsstand und finanziellen, materiellen, psychologischen und sozialen Ressourcen und dass Bildung auch wichtige kulturelle Unterschiede und verschiedene Lebensstile widerspiegelt (vgl. Dahl/van der Wel 2013: 60). Sie untersuchten mithilfe der EU-SILC³-Querschnittsdaten von 2005 aus 16 verschiedenen EU-Ländern inklusive Österreich, Island und Norwegen, inwieweit Sozialausgaben den Wirkungsmechanismus zwischen Bildung und subjektivem Gesundheitszustand beeinflussen. Ihre Ergebnisse zeigen, dass Männer in der untersten Bildungsstufe und Frauen in der unteren und mittleren Bildungsstufe von staatlichen Sozialausgaben mehr profitieren als Personen mit tertiärer Bildung. Den starken Effekt bei Frauen führen sie darauf zurück, dass diese spezielle familiäre Bedürfnisse decken und daher besonders auf staatliche Sozialausgaben ansprechen. Gemessen am Bildungsstatus, sind in Ländern mit hohen staatlichen Sozialausgaben die gesundheitlichen Ungleichheiten kleiner (vgl. Dahl/van der Wel 2013: 67 f.).

Auch Alvarez-Galvez et al. (2013) betrachten die Auswirkungen von Bildung auf die subjektive Gesundheitswahrnehmung. Basierend auf Daten des European Social Survey (ESS) aus 29 europäischen Ländern im Zeitraum 2002–2008 nennen die Autor(innen) Bildung als wichtige Determinante für subjektives Wohlbefinden, wobei sich die Effekte besonders stark in Süd- und Osteuropa sowie in Skandinavien zeigten.

Copeland et al. (2015) untersuchten in ihrer Arbeit die Wirkung von ökonomischen Krisen auf die Gesundheit, wobei sie Daten aus England und Schweden⁴ verwendeten. Ihre Ergebnisse zeigen, dass (krisenbedingte) Veränderungen in der Gesundheit stark vom Geschlecht, vom Bildungsstatus und vom Wohlfahrtssystem eines Landes abhängen. In beiden Ländern stieg die gesundheitliche Ungleichheit bei Frauen zwischen der höchsten und der niedrigsten Bildungsgruppe. Frauen mit höherem Bildungsstatus berichteten über eine Verbesserung ihrer subjektiven Gesundheit, hingegen kam es bei weniger gebildeten Frauen in England zu einer Verschlechterung während der Krise. Ein möglicher Erklärungsansatz dafür ist laut Copeland et al., dass Frauen in niedrigeren Bildungsschichten mehr unter Einkommenseinbußen und Jobunsicherheit während der Krise litten. In Schweden hingegen verbesserte sich die subjektive Gesundheit aller Frauen, wobei der Effekt bei jenen der obersten Bildungsstufe größer war; somit stieg auch dort die relative gesundheitliche Ungleichheit unter den Frauen. Die Länderunterschiede weisen darauf hin, dass höhere Sozialausgaben und eine aktive Arbeitsmarktpolitik (siehe Schweden) die negativen Folgen von Krisen auf die Gesundheit mildern können. Die Ergebnisse dieser Studie waren bei Männern nicht signifikant, was einmal mehr auf die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Auswirkungen der Krise und daher den Wert geschlechtsspezifischer Analysen hinweist (vgl. Copeland et al. 2015: 13 ff.).

Einkommen

In vielen Regionen ist die Einkommensungleichheit im Laufe der letzten Jahre gestiegen, Europa bildet hier keine Ausnahme. Gerade die wirtschaftliche Entwicklung im letzten Jahrzehnt hat dafür gesorgt, die ohnehin schon zahlreichen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und Gesundheit mit neuen Daten und Erkenntnissen zu ergänzen. So hat das European Observatory on Health Systems and Policies einen eigenen „Health and Financial Crisis Monitor“ eingerichtet, der seit 2008 einschlägige Erkenntnisse und Publikationen sammelt. Seit dem letzten Update im November 2016 umfasst die Literaturdatenbank bereits 802 Journal-Artikel und 19 Policy-Reports. Der Monitor befasst sich sowohl mit den Auswirkungen der Krise auf Gesundheit als auch auf Gesundheitssysteme.

Vaalavuo (2016) orientiert sich in ihrer Arbeit an der Hypothese der „social causation“, geht also davon aus, dass niedriges Einkommen durch damit einhergehende Umstände wie schlechte Wohnverhältnisse, Angst oder Stress die Gesundheit beeinflusst. Dafür verwendet die Autorin EU-SILC-Paneldaten der Jahre 2011 bis 2013 für insgesamt 26 EU-Länder (inklusive Österreich). Die Ergeb-

³ European Union Statistic on Income and Conditions.

⁴ Für England: Health Survey for England (HSE) der Jahre 1991 bis 2010.

Für Schweden: Swedish Living Conditions Surveys (ULF) der Jahre 1991 bis 2005 und EU-SILC-Daten der Jahre 2005 bis 2010.





nisse zeigen einerseits, dass der Anteil an Personen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand stark von Land zu Land variiert. In Griechenland, Rumänien und Italien ist dieser Anteil bei der untersten bzw. obersten Einkommensklasse gering. Im Gegensatz dazu ist es in Österreich, Schweden und Bulgarien für einkommensschwächere Personen im Vergleich viel wahrscheinlicher, einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand aufzuweisen. Andererseits wurde ein spezieller Fokus in dieser Studie auch auf einen sich verschlechternden Gesundheitszustand gelegt; so zeigen die Ergebnisse, dass Armut signifikant mit einem schlechter werdenden Gesundheitszustand assoziiert ist (unter Kontrolle des früheren Gesundheitszustands) (vgl. Vaalavuo 2016: 348 ff.).

Dass mit steigendem Einkommen auch eine Verbesserung des Gesundheitszustands einhergeht, bestätigen auch Präg et al. (2014), die 23 europäische Länder (inklusive Österreich) mit Daten des ESS der Jahre 2006 und 2007 analysierten. In dieser Studie wurden auch jene Personen genauer untersucht, für die es besonders wichtig ist, das eigene Einkommen mit dem Einkommen anderer Personen zu vergleichen. Es wurden jedoch für diese Personengruppe im Vergleich zu den „Nicht-Vergleicher(inne)n“ keine signifikant unterschiedlichen Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes gefunden.

Adeline und Delattre (2016) prüften in ihrer Arbeit drei verschiedene Hypothesen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Einkommen, Einkommensungleichheit und Gesundheit. Sie verwendeten SHARE-Daten (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) und fokussieren somit auf die Bevölkerung ab 50 Jahren. Die *absolute Einkommenshypothese* besagt, dass es einen positiven und konkaven Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit gibt, also dass sich mit steigendem Einkommen der Gesundheitszustand einer Person verbessert, aber in abnehmendem Maße. Weiters überprüften die Autor(innen) eine starke und eine schwache Version der *Einkommensungleichheitshypothese*. Die starke Version unterstellt, dass alle Gesellschaftsschichten in gleichem Maße vom Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und dem Gesundheitszustand betroffen sind, während die schwache Version diesen Zusammenhang vor allem in den untersten Einkommensschichten erkennt. Unter Verwendung unterschiedlicher Messmethoden werden Belege für alle drei Hypothesen gefunden, weshalb die Autor(innen) schließen, dass die Einkommensverteilung eines Landes großen Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Chauvel und Leist (2015) untersuchten, ob die soziale Herkunft der Eltern einerseits und Einkommensungleichheit andererseits die individuelle Gesundheit beeinflussen. Sie verwenden EU-SILC-Daten der Jahre 2005 bis 2011 aus 18 EU-Ländern (inklusive Österreich). Die Ergebnisse zeigen, dass sich Einkommensungleichheit grundsätzlich negativ auf die Gesundheit auswirkt, jedoch können mit zunehmender Ungleichheit verschiedene Zusammenhänge zwischen Einkommensungleichheit und dem Gesundheitsgradienten beobachtet werden. Die nordeuropäischen Länder weisen, trotz einer eher niedrigen Einkommensungleichheit, ein sehr starkes Gesundheitsgefälle auf. In den südeuropäischen Ländern und Polen hingegen lässt sich, trotz einer sehr hohen Einkommensungleichheit, ein schwächeres Gesundheitsgefälle beobachten. So könnten Gesundheitsprobleme von verletzlicheren Personengruppen unter einer niedrigeren Einkommensungleichheit verborgen bleiben, wenn nur dieser Aspekt berücksichtigt wird. Die Autoren verweisen darauf, dass Variablen, wie etwa die Form des Wohlfahrtssystems eines Landes oder die Familienstrukturen, den Konnex zwischen Einkommensungleichheit und dem Gesundheitsgefälle beeinflussen können. Zudem bestätigen sie den Einfluss von sozioökonomischer Position und sozialer Klasse der Eltern auf die Gesundheit ihrer Kinder (vgl. Chauvel/Leist 2015: 9).

Ásgeirsdóttir und Ragnarsdóttir (2013) untersuchen die Unterschiede in der Gesundheit nach dem sozioökonomischen Status einer Person. Datengrundlage für die Analyse ist der EU-SILC-Datensatz von 2007 aus 26 europäischen Ländern. Die Ergebnisse bestätigen, dass das Einkommen⁵ einen signifikant negativen Einfluss auf eine schlechte Gesundheit hat. Das bedeutet, dass mit zunehmendem Einkommen die Gesundheit besser wird. In einem weiteren Schritt beobachten sie verschiedene Determinanten und berechnen deren prozentuelle Beiträge zur gesamten einkommensbezogenen gesundheitlichen Ungleichheit mithilfe eines relativen und absoluten Konzentrationsindex. Wesentliche Einflussfaktoren sind dabei Einkommen, Alter, Bildung und Erwerbsstatus, deren einzelne Beiträge schwanken allerdings erheblich zwischen den betrachteten Ländern. Das verfügbare Haushaltsäquivalenzeinkommen erklärt z. B. zwischen 3,4 % (Litauen) und 44,3 % (Polen) der einkommensbedingten gesundheitlichen Ungleichheit. In Österreich liegt der Wert bei 37,3 % und ist somit der wichtigste Einflussfaktor. (vgl. Ásgeirsdóttir/Ragnarsdóttir 2013: 11 ff.).

Aus der Arbeit von Clair et al. (2016) lässt sich ein indirekter Effekt von Einkommen auf die Gesundheit nach der Wirtschaftskrise ableiten. Die Autor(innen) untersuchen die Auswirkungen der Krise auf die Gesundheit, wenn eine Person in eine finanzielle Notlage hinsichtlich Wohnkosten gerät. Sie verwendeten dafür EU-SILC-Daten aus dem Jahr 2010 von 27 EU-Ländern. Laut den

5 Nicht signifikant in Litauen.



Ergebnissen verschlechtert sich der subjektive Gesundheitszustand einer Person, sobald diese in Zahlungsverzug kommt. Dieser Effekt ist mit jenem zu vergleichen, wenn eine Person arbeitslos wird. Der negative Effekt ist bei den Personen mit Mietverträgen am stärksten.

Erwerbsstatus

Neben der Bildung und dem Einkommen ist ebenso der Erwerbsstatus einer Person eine wichtige Determinante bei der Betrachtung der gesundheitlichen Ungleichheit. Unabhängig von der Bildungsstufe einer Person übt Arbeitslosigkeit einen negativen Effekt auf die subjektive Gesundheit aus (vgl. Schuring et al. 2015). Als Begründung kann das Modell der latenten Deprivation von Marie Jahoda herangezogen werden, das der Erwerbstätigkeit sowohl manifeste (z. B. Einkommen), als auch latente Vorteile (z. B. soziale Kontakte, Status etc.) zuschreibt. Ist eine Person arbeitslos, wird sie dieser Vorteile beraubt, was sich wieder negativ auf die Gesundheit auswirkt (vgl. Wanberg 2012: 371). Vaalavuo (2016) zeigte beispielsweise, dass in Österreich, wie auch in Finnland und Tschechien, Arbeitslosigkeit ein besonders hohes Risiko für einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand mit sich bringt (vgl. Vaalavuo 2016: 348 ff.). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in Abbildung 2 im Österreich-Kapitel dieses Beitrags wieder, ebenso wie die Beobachtung von Dahl und van der Wel (2013: 67), dass Arbeitslosigkeit vor allem bei Männern die Wahrscheinlichkeit einer schlechteren subjektiven Gesundheit erhöht.

Tøge und Blekesaune (2015) stellten in ihrer Analyse (EU-SILC, 28 Länder, 2008–2011) fest, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zumindest teilweise der Verschlechterung des Gesundheitszustands bei Arbeitsverlust zugeschrieben wird. Die gesundheitlichen Veränderungen variieren länderweise und sind insbesondere altersabhängig. Obwohl tendenziell mehr jüngere Personen arbeitslos sind, wirkt sich Erwerbslosigkeit viel schlechter auf die Gesundheit von älteren Personen aus. Als mögliche Erklärung für die unverhältnismäßig starke Verschlechterung des Gesundheitszustands unter den älteren Betroffenen werden die niedrigeren Chancen auf eine Wiedereinstellung genannt. Eine andere mögliche Erklärung dafür ist, dass das Stigma der Arbeitslosigkeit unter der jüngeren Erwerbsbevölkerung weniger verbreitet ist, da ein Großteil aller Arbeitslosen relativ jung ist und gerade zu Beginn des Erwerbsalters ein Wechsel des Arbeitsplatzes oder der Firma nicht ungewöhnlich ist (vgl. Tøge/Blekesaune 2015: 176 f.).

Tøge (2016) untersucht den konkreten Zusammenhang von Einkommen, Arbeitslosigkeit und Gesundheitseffekten. Die Frage dabei ist, ob der mit Arbeitslosigkeit verbundene Einkommensverlust die Gesundheitseffekte verursacht, oder ob Arbeitslosigkeit per se negative Effekte aufweist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass auch unabhängig von tatsächlichen Einkommensrückgängen Arbeitslosigkeit für den Gesundheitszustand einer Person ungünstig ist, wobei insbesondere auch selbst eingeschätzte finanzielle Belastungen eine Rolle spielen.

Abebe et al. (2016) testeten mithilfe von EU-SILC-Daten aus den Jahren 2005 bis 2011 von insgesamt 23 EU-Ländern (inklusive Österreich), wie sich die subjektive Gesundheit vor und während der Wirtschaftskrise entwickelte. Die Ergebnisse zeigen, dass während der Krise ein ansteigender Trend einer schlechten Gesundheitswahrnehmung innerhalb der erwerbsfähigen Bevölkerung zu beobachten ist. In elf Ländern konnte eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustands festgestellt werden, darunter auch in Österreich. Die Studie untersuchte auch, ob die Schwere der Krise die gesundheitlichen Effekte beeinflusst, fand aber keine signifikanten Ergebnisse dafür. Entgegen der Annahme, dass der Anstieg der Arbeitslosigkeit in Krisenzeiten zu einer gravierenden Verschlechterung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands führt, beobachteten Abebe et al. während der Wirtschaftskrise teilweise bessere psychische Gesundheit bei Arbeitslosen als bei Erwerbstätigen. Begründet wird dieser Effekt mit der sozialen Akzeptanz gegenüber Arbeitslosigkeit in wirtschaftlich schweren Zeiten sowie damit, dass Arbeitslosigkeit unter solchen Umständen weniger als selbstverschuldet wahrgenommen wird. Die Möglichkeit, die eigene Situation auf externe Effekte zu schieben, kann offenbar den Stress ausgleichen, der von einer geringeren Wahrscheinlichkeit erneuter Berufstätigkeit ausgeht. Die Effekte von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit müssen daher in Krisenzeiten nicht unbedingt stärker werden.

Interdependenzen

Eine Schwierigkeit in der empirischen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sozialen Indikatoren und gesundheitlichen Unterschieden liegt, wie mehrfach erwähnt, daran, dass Kausalitäten in vielfachen Konstellationen denkbar sind und zum Teil in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich wirken. Ein Beispiel hierfür ist der Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Änderungen bei Erwerbsstatus und Gesundheit, mit dem sich Schuring et al. (2015) anhand von ECHP⁶-Daten beschäftigen. In ihrer Untersuchung kann der Erwerbsstatus vier Aus-

6 European Community Household Panel.





prägungen haben: beschäftigt, arbeitslos, pensioniert oder ökonomisch inaktiv. Mit welchen gesundheitlichen Veränderungen der Übergang zwischen diesen Ausprägungen einhergeht, unterscheidet sich nach ihren Ergebnissen zwischen den Bildungsschichten: Bei niedrigem Bildungsstatus wurde ein freiwilliges vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt teils durch Krankheit ausgelöst; aber nach dem Ausscheiden schien sich die Einschätzung der eigenen Gesundheit nicht weiter zu verschlechtern. Bei höherem Bildungsstatus hingegen folgte dem vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand hingegen eine Verschlechterung der Gesundheit. Die in der Pensionsdebatte geforderte Verlängerung des Erwerbslebens dürfte sich somit in unterschiedlichen Bildungsgruppen auch unterschiedlich auf die Gesundheit auswirken.

Status quo und Entwicklung in Österreich

Als Datenquelle zur Identifikation des Status quo sozialer Ungleichheiten hinsichtlich verschiedener Gesundheitsindikatoren kann die Österreichische Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey (ATHIS))⁷ des Jahres 2014 herangezogen werden. Die letzte Befragung davor bezieht sich auf die Jahre 2006/07, was bei ausgewählten Kennzahlen einen Zeitvergleich hinsichtlich der Wirtschafts- und Bankenkrise ermöglicht.⁸

Wie bereits im Theoriekapitel berichtet, kann der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand als Indikator für allgemein „die Gesundheit“ einer Bevölkerung herangezogen werden. Wir fokussieren in den folgenden Ausführungen auf jene Bevölkerungsgruppe, die ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ (kurz: (sehr) schlecht) einschätzt. Es erscheint aus mehreren Perspektiven sinnvoll, Maßnahmen an einer langfristigen Senkung des Anteils der Personen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand auszurichten: (1) aus ethischer Sicht, da es eben gerade diesen Personen am schlechtesten geht, (2) aus Effizienzgründen, da hier günstigere „Grenzerträge“ pro eingesetzter Geldeinheit zu erwarten sind (bei sinkenden Grenzerträgen auch in der „Gesundheitsproduktion“), und (3) aus längerfristiger Budgetsicht, weil diese Personen in der Regel die höchsten Kosten für das öffentliche Gesundheitssystem verursachen bzw. verursachen werden.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen zeigen hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung sowohl bei Männern als auch bei Frauen einen bedeutenden sozialen Gradienten, vgl. Abbildung 1. So lag 2014 der altersstandardisierte Prozentsatz der Personen mit ausschließlich Pflichtschulabschluss und (sehr) schlechtem Gesundheitszustand rund viermal höher als jener von Akademiker(inne)n oder Absolvent(inn)en einer höheren Schule. Im Zeitverlauf (vor und nach der Krise) ist eine Verschärfung des Gefälles über die Bildungsstufen hinweg zu beobachten. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass 2014 anteilmäßig mehr Pflichtschulabsolvent(inn)en als 2006/07 ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzten, während bei den anderen Bildungsstufen ein Rückgang des Prozentsatzes stattfand. Ein Erklärungsansatz wäre hier, dass die Wirtschafts- und Bankenkrise zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gerade bei schlecht Gebildeten beigetragen hat. Eine andere Erklärung könnte darin liegen, dass bei Personen mit geringem Bildungsgrad keine oder eine zu geringe Rücksicht auf Gesundheitsprobleme genommen wird. Möglicherweise kommt hier auch ein Selektionseffekt zum Tragen, insofern als wenig Gebildete für manche Angebote schwer zu erreichen sind und die betroffenen Gesundheitsprobleme bei ihnen damit unterversorgt bleiben.

Ein ähnlich stark ausgeprägter und sich über die Zeit verschärfender Gradient zeigt sich auch hinsichtlich des Merkmals Einkommen. Auffällig ist, dass Frauen in der niedrigsten Einkommensklasse weiter an gesundheitlichem Terrain verloren haben, vgl. Abbildung 1. Aber in den meisten Einkommenskategorien kam es zu Verbesserungen im Sinne einer Senkung des Prozentsatzes von Personen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand.

Auch Bittschi (2009) stellte auf Basis eines internationalen Literaturvergleichs sowie eigener ATHIS-2006/07-Berechnungen für Österreich fest, dass Gesundheitszustand und Einkommen in engem Zusammenhang stehen. Die höhere Wahrscheinlichkeit für einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand in den unteren Einkommensgruppen wie auch in den niedrigeren Bildungsgruppen erwies sich als sehr robust. Zudem wurde auch ein Zusammenhang für einzelne chronische Krankheiten nachgewiesen.

7 Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 ist die erste harmonisierte Gesundheitsbefragung nach neuen europäischen Standards. Mit der Durchführung 2013–2015 war Statistik Austria im Auftrag des ehemaligen Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesgesundheitsagentur betraut. Das Intervall der Befragung soll zukünftig fünf Jahre betragen.

8 Generell sei festgehalten, dass Befragungsdaten subjektive Selbsteinschätzungen darstellen und nicht im gleichen Ausmaß „belastbar“ sind wie administrative Daten; mangels (leicht zugänglicher) gesundheitsbezogener Administrativedaten nach sozioökonomischen Merkmalen verwenden wir ausschließlich Befragungsdaten.

Status quo und
Entwicklung in
Österreich





Abbildung 1: Prozentsatz der Personen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen, nach höchster abgeschlossener Schulbildung, Einkommen und Erwerbsstatus, geschlechtsdifferenzierte und altersstandardisierte Werte, 2006/07 und 2014

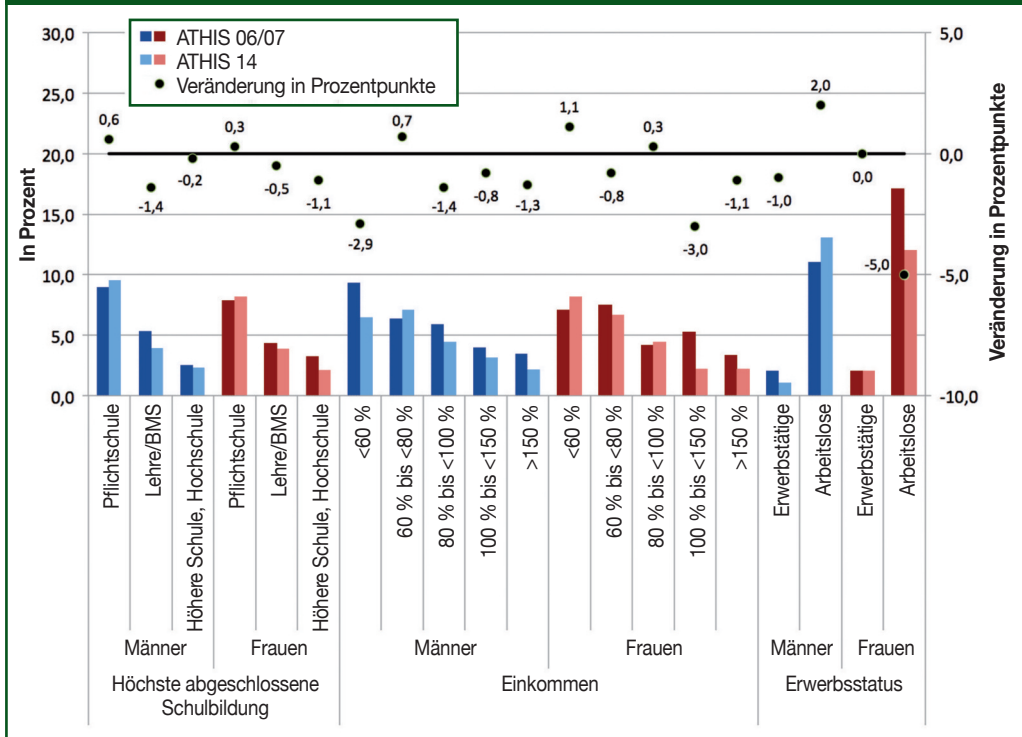
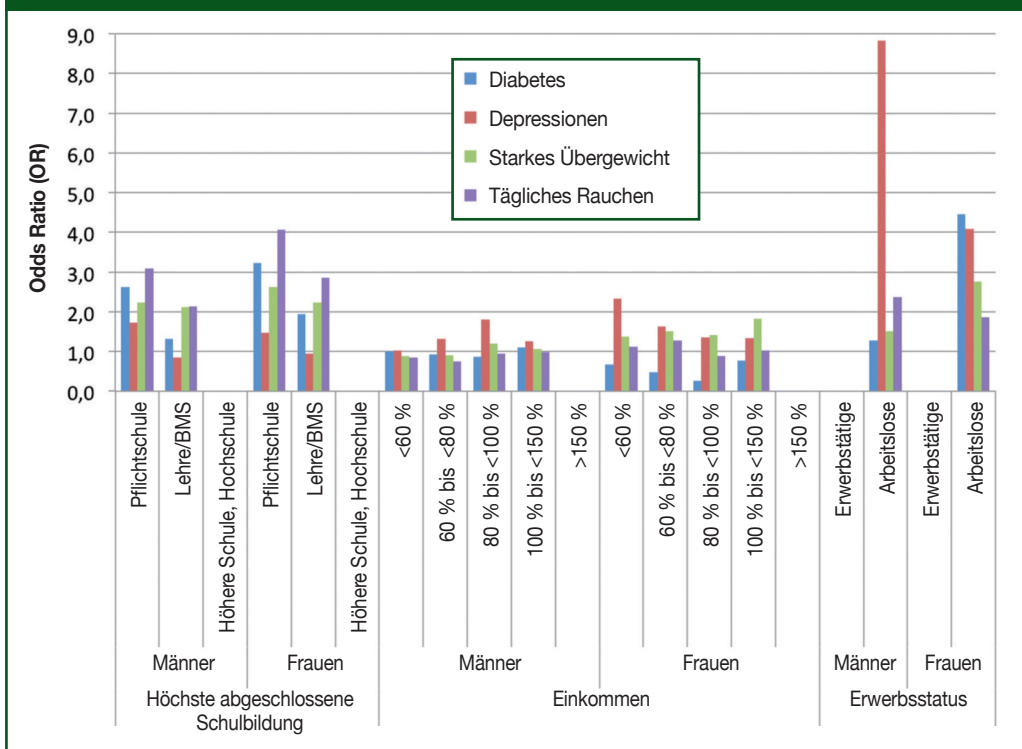


Abbildung 2: Odds Ratio (OR) des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Erwerbsstatus, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter), (jemals) Erwerbstätige, 2014



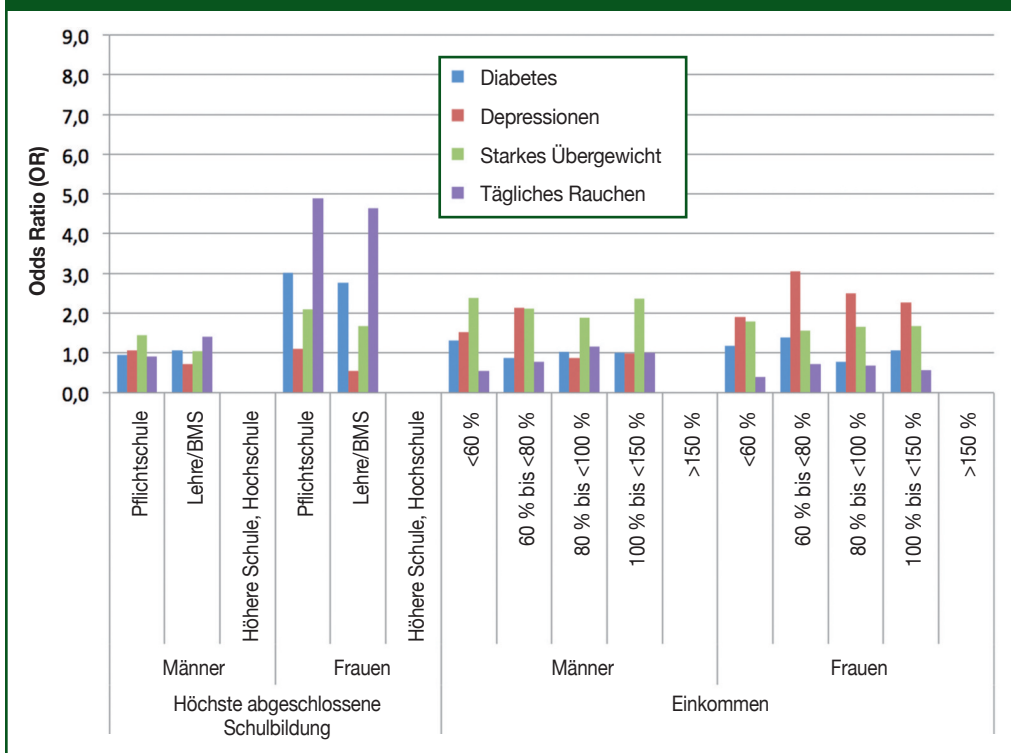


Besonders starke Unterschiede im subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand zeigen sich hinsichtlich der Erwerbstätigkeit. 13 % der arbeitslosen Männer bzw. 12 % der arbeitslosen Frauen bezeichneten 2014 ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht, während es bei Erwerbstätigen nur rund 1 % bzw. 2 % waren. Im Vergleich zu 2006/07 ist bei Arbeitslosen eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Entwicklung zu erkennen. So wuchs der Prozentsatz bei Männern, während bei Frauen ein Rückgang auf sehr hohem Niveau (17 %) zu beobachten war, vgl. Abbildung 1. Klimont et al. (Statistik Austria 2016) berechneten, unter Konstanthaltung anderer Einflussfaktoren wie Einkommen, beruflicher Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung, Migrationshintergrund und Alter, eine 4,4-fach höhere Wahrscheinlichkeit einer positiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands bei berufstätigen Frauen im Vergleich zu arbeitslosen Frauen; ein ähnlich hoher Faktor wurde bei Männern ausgewiesen (3,7).

Als weitere Indikatoren um soziale Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit in Österreich zu veranschaulichen, wählen wir zwei bedeutende chronische Krankheiten (Diabetes und Depressionen) bzw. zwei Indikatoren, des Gesundheitsverhaltens, nämlich Adipositas (starkes Übergewicht) und tägliches Rauchen, aus. Auch die kürzlich im „The Lancet“ veröffentlichte Studie zu sozialer Benachteiligung und Gesundheit nennt als die relevanten Risikofaktoren für die Gesundheit neben Bewegungsmangel, Bluthochdruck und erhöhtem Alkoholkonsum ebenfalls Diabetes, Rauchen und Adipositas (Stringhini et al. 2017).

Hinsichtlich des Merkmals Bildung zeigt sich für (jemals) Erwerbstätige, dass es zwischen der höchsten und der niedrigsten Bildungskategorie insbesondere bei Diabetes und beim (täglich) Rauchen ein Gefälle gibt, und dies für beide Geschlechter, vgl. Abbildung 2. Beispielsweise haben Personen mit Pflichtschulabschluss – unter Ausschluss anderer Einflussfaktoren – das rund dreifache Diabetesrisiko im Vergleich zu Absolvent(inn)en von höheren Schulen oder Hochschulen. Bei Personen in Pension ist ausschließlich bei schlechter gebildeten Frauen ein erhöhtes Diabetesrisiko zu erkennen, vgl. Abbildung 3. Beim (täglich) Rauchen sind ebenfalls deutliche Bildungseffekte festzustellen. Im Vergleich zur höchsten Bildungskategorie betrifft dies insbesondere (jemals)

Abbildung 3: Odds Ratio (OR) des jeweils erklärenden Merkmals bei gleichzeitiger Kontrolle des Einflusses der übrigen Merkmale (Einkommen, berufliche Tätigkeit, Erwerbsstatus, höchste abgeschlossene Schulbildung, Migrationshintergrund, Alter), Pensionist(inn)en, 2014



Anmerkung Abbildung 1 bis 3: Einkommen = Äquivalenzeinkommen einer Person (= an der Haushaltsgröße und -struktur gewichtetes Einkommen), Abweichung vom Median in Prozent

Quelle Abbildung 1: Statistik Austria (2008 und 2016), IHS 2017
 Quelle Abbildung 2 und 3: Statistik Austria (2016), IHS 2017



erwerbstätige Frauen mit Pflichtschulabschluss (viermal erhöhtes Risiko, (täglich) zu rauchen) sowie Pensionistinnen mit Pflichtschulabschluss bzw. Lehr- oder BMS-Abschluss (rund fünfmal erhöhtes Risiko).

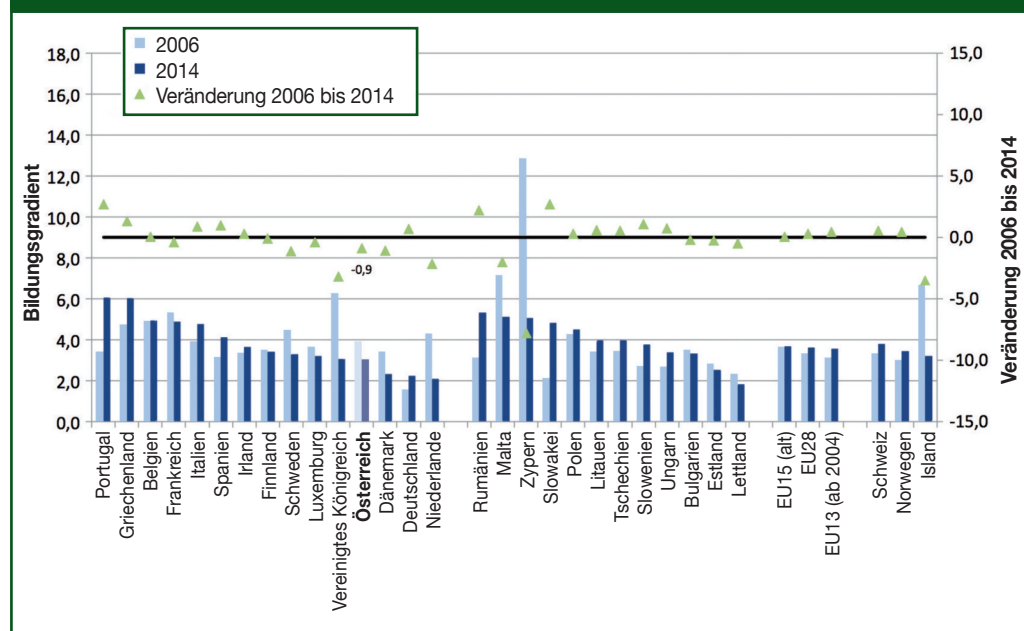
In Bezug auf das Einkommen sind (bei Konstanzhaltung der anderen Einflussgrößen) hinsichtlich Depressionen und Adipositas erhöhte Risiken – insbesondere bei Frauen – zu erkennen. Beispielsweise ist im Vergleich zur obersten Einkommenskategorie bei (jemals) erwerbstätigen Frauen der untersten Einkommensschicht das Risiko, sich selbst als depressiv einzuschätzen, 2,3-mal so hoch, vgl. Abbildung 2. Noch stärker ausgeprägt ist das Depressionsrisiko bei Pensionistinnen mit einem bis zu dreimal erhöhten Risiko im Vergleich zur höchsten Einkommenskategorie. Bei Adipositas sind es insbesondere männliche Pensionisten, die im Vergleich zu den Einkommensstärksten ein rund doppelt so hohes Risiko aufweisen, vgl. Abbildung 3. Die Betrachtung der Ergebnisse hinsichtlich des Erwerbsstatus – bei Konstanzhaltung der anderen Einflussgrößen – illustriert deutlich, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einem weit höheren Depressionsrisiko ausgesetzt sind (Männer rund neunmal, Frauen rund viermal höher). Bei Frauen zeigt sich zudem ein deutlich erhöhtes Diabetes- (rund viermal) sowie Adipositasrisiko (rund dreimal), vgl. Abbildung 2.

Gradient des Gesundheitszustands im europäischen Vergleich in Hinblick auf Bildung und Erwerbstätigkeit bei Frauen besonders stark ausgeprägt

Für den europäischen Vergleich von Gesundheitsindikatoren hinsichtlich der Merkmale Bildung, Einkommen und Erwerbsstatus werden Eurostat-Daten, basierend auf Erhebungen des EU-SILC, herangezogen. Im Folgenden verwenden wir als Gesundheitsindikatoren weiterhin den Prozentsatz der Personen mit (sehr) schlechtem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand sowie Indikatoren zu chronischen Krankheiten.

Österreich rangiert bei Männern mit 14,1 % sowohl in der untersten als auch mit 4,7 % in der obersten Bildungsschicht⁹ leicht über dem durchschnittlichen Vergleichswert der EU15-Staaten (EU vor 2004, kurz EU15), vgl. Anhangstabelle 1. 2014 lag der Prozentsatz der Männer mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand im untersten Bildungssegment somit rund dreimal höher als im obersten, vgl. Abbildung 4. Gegenüber 2006 verbesserte sich der Bildungsgradient, damals be-

Abbildung 4: (Sehr) schlechter Gesundheitszustand: Bildungsgradient (Quotient des Prozentsatzes der untersten und obersten Bildungskategorie), Männer, 2006 und 2014



Quelle: Eurostat (2017) auf Basis von EU-SILC, IHS 2017

9 Internationale Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED): unterhalb des Primärbereichs, Primärbereich und Sekundärbereich I (Stufen 0–2), Sekundärbereich II und postsekundärer, nicht tertiärer Bereich (Stufen 3 und 4), Tertiärbereich (Stufen 5–8), vgl. z. B. <http://www.bildungssystem.at/footer-boxen/iscsed-klassifikation/internationale-standardklassifikation-im-bildungswesen/>



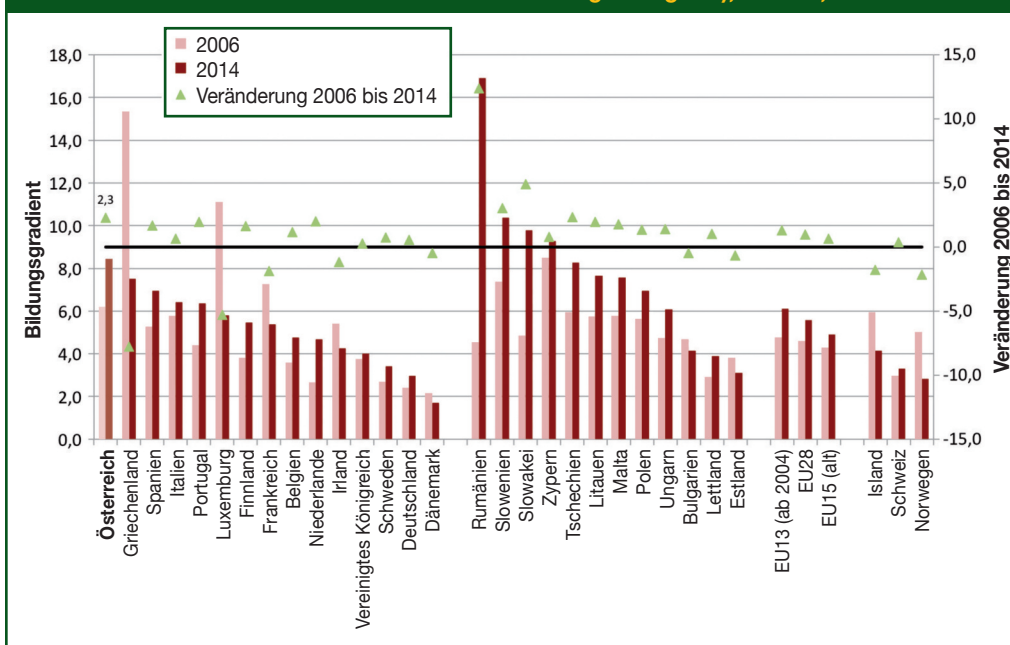


trug dieser noch das Vierfache. Das stärkste Bildungsgefälle zeigt sich bei Männern in den beiden Krisenländern Portugal und Griechenland, die auch 2006 bis 2014 die höchsten Faktorveränderungen unter den EU15 aufweisen. Hinsichtlich eines europäischen Niveauvergleichs des Prozentsatzes mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand bei österreichischen Frauen zeigt sich ein differenziertes Bild: Während der Prozentsatz im Tertiärbereich unterdurchschnittlich ausfällt, liegt er im untersten Bildungsbereich um vier Prozentpunkte über dem EU15-Vergleichswert; rund ein Fünftel der Frauen im untersten Bildungssegment schätzten 2014 ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht ein, vgl. Anhangstabelle 1. Zwar ist der Effekt eines sich verschärfenden Bildungsgradienten in der weiblichen Bevölkerung einiger Länder ausgeprägter als bei Männern. Aber in keinem EU15-Land ist der Anteilsunterschied bei Frauen zwischen unterster und oberster Bildungsschicht so stark ausgeprägt wie in Österreich (8,4-mal höher im untersten Bildungssegment), vgl. Abbildung 5. Zudem verschärfte sich der Bildungsgradient 2006–2014 in Österreich im EU15-Vergleich am stärksten. Die Beobachtungen auf Basis der EU-SILC-Daten decken sich somit mit den Ergebnissen der beiden Österreichischen Gesundheitsbefragungen (ATHIS 2014 und 2006/07).

In Bezug auf das Einkommen¹⁰ rangierte in Österreich 2014 der Prozentsatz mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand bei Männern im untersten Einkommensquintil (10,9 %) bzw. obersten (4,2 %) praktisch im EU15-Durchschnitt, vgl. Anhangstabelle 2. Der Faktor, um den der Prozentsatz im untersten Quintil über jenem im obersten lag, war 2014 mit 2,6 unter dem Vergleichswert 2006 (3,1), der Einkommensgradient reduzierte sich somit. Im EU15-Vergleich war der Gradient bei Männern durchschnittlich, auffällig hohe Gradienten zeigten sich in Belgien und den Niederlanden sowie in Irland und dem Vereinigten Königreich. Bei Frauen sind hinsichtlich des Einkommens Parallelen zur Bildung festzustellen: Im EU15-Vergleich schätzen in Österreich besonders viele schlecht verdienende Frauen ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht ein (2014: Österreich: 16,7 %, EU15: 13,6 %). Wie bei der Betrachtung nach höchster abgeschlossener Schulbildung verschlechterte sich der Gradient bei Frauen über die Zeit (2,5 auf 3,4). Die Geschlechterdifferenz war 2014 in Österreich im untersten Einkommensquintil mit rund sechs Prozentpunkten besonders schlecht zulasten der Frauen ausgeprägt.

In einem europäischen Vergleich des Gesundheitszustands der über 50-Jährigen anhand unterschiedlicher Gesundheitsindikatoren stellte Leoni (2015) sowohl für Österreich als auch für andere Länder anhand von Einkommensdaten einen positiven Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit fest; sozioökonomisch Bessergestellte sind tendenziell gesünder

Abbildung 5: (Sehr) schlechter Gesundheitszustand: Bildungsgradient (Quotient des Prozentsatzes der untersten und obersten Bildungskategorie), Frauen, 2006 und 2014



Quelle: Eurostat (2017) auf Basis von EU-SILC, IHS 2017

10 1. bis 5. Quintil des verfügbaren Äquivalenzeinkommens einer Person (= an der Haushaltsgröße und -struktur gewichtetes Einkommen).



als Schlechtergestellte. Leoni wies aber auch darauf hin, dass bei internationalen Vergleichen der sozialen Unterschiede in der Gesundheitsverteilung die Wahl des Gesundheitsindikators und des Ungleichheitsmaßes starken Einfluss auf Länderrankings haben kann. Im Vergleich zu den europäischen Ländern konstatiert Leoni für Österreich ein niedriges Maß an sozialer Ungleichheit im Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung.

Wie auch schon die ATHIS-Ergebnisse zeigen, bestätigt sich auch auf Basis von EU-SILC-Daten, dass in Österreich besonders viele Arbeitslose einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand aufweisen. So lag 2014 der Prozentsatz der arbeitslosen Männer mit (sehr) schlechter Gesundheit bei 21,3 %, nur in Deutschland waren es mit 23,0 % EU-weit mehr, vgl. Anhangstabelle 3. Bei arbeitslosen Frauen rangiert Österreich sogar an der Spitze: 27,5 % beurteilten 2014 ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht; um beachtliche 16 Prozentpunkte mehr als im EU15-Schnitt. Im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung ist festzustellen, dass arbeitslose Männer anteilmäßig rund zehnmal und arbeitslose Frauen rund siebenmal häufiger ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht bewerten. Im Zeitverlauf zeigen sich im Bereich der Arbeitslosen unterschiedliche Entwicklungen für beide Geschlechter: Bei Männern ohne Erwerbstätigkeit sank zuerst 2006–2010 der Prozentsatz mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand, ehe er 2010–2014 wieder um fünf Prozentpunkte wuchs. Anders bei Frauen ohne Erwerbstätigkeit, wo sich der entsprechende Prozentsatz zuerst um rund sieben, dann um rund zwölf Prozentpunkte verschlechterte; insgesamt war bei arbeitslosen Frauen somit ein extrem starker Anstieg (rund 19 Prozentpunkte) zu beobachten. Eine Gegenüberstellung des Anteils der Personen mit (sehr) schlechtem Gesundheitszustand mit der Arbeitslosenrate je EU28-Mitgliedsland illustriert einen signifikanten negativen linearen Zusammenhang.¹¹ Je niedriger die Arbeitslosenrate, desto höher der Anteil an Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen. Für Österreich passt – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – dieser Zusammenhang sehr gut und entspricht auch den bei Abebe et al. (2016) gefundenen Erkenntnissen. Dieses Ergebnis ist mit mehreren Erklärungsmustern vereinbar: Kränkere Beschäftigte werden eher als gesündere Beschäftigte gekündigt, und finden auch schwerer wieder eine neue Anstellung. Strukturelle Arbeitsmarktprobleme und Krisen führen per definitionem in größerem Ausmaß zur Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen, auch ohne gesundheitliche Probleme der Betroffenen. Verstärkt werden kann dies, wenn (längere) Arbeitslosigkeit als Stigma empfunden wird und schließlich selbst zum Auslöser für Gesundheitsprobleme wird. Diese Gefahr ist umso größer, wenn nur wenige Peers ebenfalls von diesem Stigma betroffen sind. Konterkariert werden kann dieser Mechanismus allerdings durch die bei hoher Arbeitslosigkeit als gering wahrgenommene Chance, wieder in den (ersten) Arbeitsmarkt eintreten zu können.

Hinsichtlich chronischer Krankheiten ist ein europäischer Vergleich entlang des Merkmals Bildung möglich, vgl. Anhangstabelle 4. Knapp 40 % der österreichischen Männer der untersten Bildungsstufe gaben 2014 an, an einer chronischen Krankheit¹² erkrankt zu sein. Damit lag dieser Prozentsatz um rund zehn Prozentpunkte über dem Wert der obersten Bildungskategorie. Im Vergleich zum EU-Durchschnitt ergaben sich 2014 für Österreich Abweichungen nach oben, insbesondere bei den Bestgebildeten. Bei Frauen zeigt sich ein differenziertes Bild: Knapp mehr als die Hälfte der schlecht gebildeten Frauen gaben an, ein langanhaltendes gesundheitliches Problem aufzuweisen; damit lag der Vergleichswert um etwa zehn Prozentpunkte höher als bei Männern desselben Bildungssegments. 2014 gaben auch im EU15-Vergleich österreichische Frauen mit niedriger höchster abgeschlossener Schulbildung häufiger an, chronisch krank zu sein. Frauen des tertiären Bildungsbereichs waren in Österreich 2014 weniger oft chronisch krank als Männer, lagen aber ebenfalls über dem EU15-Vergleichswert. Besonders auffällig zeigt sich die Entwicklung des Indikators in Bezug auf die Wirtschafts- und Bankenkrise: In keinem EU15-Mitgliedsland stieg 2006–2010 der Prozentsatz der Personen mit chronischer Krankheit so stark wie in Österreich; dies gilt gleichermaßen für Männer und Frauen und die hier betrachteten Bildungssegmente. Die Krise könnte in Österreich somit entweder zu einer tatsächlichen gesundheitlichen Verschlechterung der Bevölkerung oder zu einer verstärkten Angabe und/oder Wahrnehmung eines andauernden gesundheitlichen Problems beigetragen haben.

Mithilfe der EU-SILC-Daten (Eurostat 2017) lassen sich auch jene chronischen Krankheitsbilder eruieren, die in Hinblick auf soziale Ungleichheit im Bildungsbereich EU-weit und in Österreich bedeutsam sind. So zeigt sich bei Männern mit Asthma als chronischem Krankheitsbild ein ausgeprägtes Bildungsgefälle: Der Prozentsatz der Männer die angeben, an Asthma erkrankt zu sein, lag 2014 im untersten Bildungssegment rund dreimal höher als im Tertiärbereich. Im EU15-Durchschnitt betrug der Bildungsgradient bei Männern mit Asthma lediglich 1,3. Österreich weist bei Männern zudem bei chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (2,4) und bei chronischen

11 Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman: Männer: -0,53; Frauen: -0,48.

12 Darunter wird ein anhaltendes Gesundheitsproblem von einer Dauer von mindestens sechs Monaten verstanden.





Depressionen (2,3) im untersten Bildungsbereich im Vergleich zum obersten einen mehr als doppelt so hohen Prozentsatz auf. Abweichungen vom EU15-Durchschnitt fielen 2014 geringer aus: Bei chronischen Krankheiten der unteren Atemwege lag der österreichische Bildungsgradient knapp unter, bei chronischen Depressionen über dem EU-Vergleichswert. Bei Frauen zeigt sich ein starkes Bildungsgefälle bei Diabetes (5,8). Dieser Sachverhalt deckt sich mit den Ergebnissen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS), vgl. Abbildung 2. Auch im EU15-Vergleich (4,1) war der österreichische Bildungsgradient bei Frauen in Hinblick auf Diabetes deutlich höher.

... und was tun wir nun mit diesen Erkenntnissen?

Es gibt derzeit keinen Konsens über eine übergreifende Theorie, die alle empirischen Befunde zu gesundheitlicher Ungleichheit und sozialem Status erklären würde; dementsprechend werden unterschiedliche Begründungen für unterschiedliche Effekte oder Betroffenengruppen herangezogen.

Die Vielzahl der Zusammenhänge, die Unsicherheit über das Ausmaß, die Stärke und vor allem die Richtung von Wirkungen zwischen sozialen Determinanten und Gesundheitsindikatoren machen das Design von effizienten Politikeingriffen schwierig. Cutler et al. (2011) sehen als den vielversprechendsten Ansatz an, die Kindergesundheit als Ausgangspunkt zu nehmen. Bei diesem Ansatz profitiert nicht nur die aktuelle Gesundheit, sondern wahrscheinlich zusätzlich auch längerfristig die sozioökonomische Position der Betroffenen. Da in Österreich der Zugang zu höherer Bildung (und in Abhängigkeit davon auch oft zu höherem Einkommen) noch sehr stark an der jeweiligen Herkunftsfamilie hängt (vgl. beispielsweise Zaussinger et al. 2015 für den Hochschulzugang), bildet sich hierdurch die Chance, ungünstige Zirkel zu durchbrechen. Gerade im Bereich der Kindergesundheit ist in Österreich in mancherlei Hinsicht gegenüber Therapiemöglichkeiten für Erwachsene noch mehr Spielraum für Verbesserungen. Daher sind Initiativen wie Frühe Hilfen, die gerade bei breitflächiger und niederschwelliger Unterstützung in Belastungssituationen wäh-

... und was tun wir nun mit diesen Erkenntnissen?

Anhangstabelle 1: Prozentsatz der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen, nach Bildung und Geschlecht, 2014 oder letztverfügbares Jahr, Zeitvergleich 2006–2010 sowie 2010–2014

	Unterhalb d. Primarbereichs, Primarbereich und Sekundarbereich I (Stufen 0–2)				Tertiärbereich (Stufen 5–8)				Unterhalb d. Primarbereichs, Primarbereich und Sekundarbereich I (Stufen 0–2)				Tertiärbereich (Stufen 5–8)				Gender-Gap	
	Männer				Männer				Frauen				Frauen				Männer – Frauen 2014	
	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	(Stufen 0–2)	(Stufen 5–8)
Österreich	14,1	2,1	-1,6	1,8	4,7	0,5	0,7	1,3	20,2	1,5	2,1	4,0	2,4	1,2	-1,5	-0,9	-6,1	2,3
Belgien	15,8	2,1	1,9	3,5	3,2	0,5	0,3	-0,2	19,5	4,2	1,0	3,3	4,1	-0,6	0,7	0,8	-3,7	-0,9
Bulgarien	18,9	-5,5	0,2	6,6	5,7	-2,3	1,1	2,3	24,9	-9,2	-0,7	8,7	6,0	-2,4	0,9	2,7	-6,0	-0,3
Dänemark	9,0	-0,8	-0,4	-3,3	3,9	0,7	0,2	0,5	10,5	1,1	-2,7	-5,7	6,2	-2,1	2,7	2,9	-1,5	-2,3
Deutschland	10,7	0,9	-0,6	-1,6	4,8	-1,7	-0,2	1,4	13,4	-1,1	0,1	-2,8	4,5	-1,7	0,2	1,2	-2,7	0,3
Estland	26,5	-3,6	7,3	14,2	10,5	0,4	1,9	7,1	31,5	0,8	-1,0	15,3	10,1	0,2	1,5	6,8	-5,0	0,4
Finnland	10,9	-3,8	-1,4	-1,4	3,2	-1,1	-0,3	-0,2	14,2	-4,3	0,6	-2,0	2,6	-1,2	-0,9	-0,7	-3,3	0,6
Frankreich	13,2	-0,4	-1,2	0,9	2,7	0,6	-0,7	-0,7	17,2	-1,5	-0,2	1,0	3,2	0,7	-0,1	-0,1	-4,0	-0,5
Griechenland	18,7	2,9	3,0	6,4	3,1	-0,4	0,8	-0,3	21,8	2,6	3,9	5,6	2,9	0,4	1,5	-0,4	-3,1	0,2
Irland	6,2	-1,9	2,4	-6,1	1,7	-0,2	0,2	-1,7	8,5	1,0	2,1	-7,7	2,0	0,4	0,6	-1,3	-2,3	-0,3
Italien	16,2	-2,3	5,7	3,9	3,4	1,1	-1,0	0,0	22,5	-1,6	6,2	6,3	3,5	-0,7	1,1	0,2	-6,3	-0,1
Kroatien	35,5	n. v.	-14,5	23,2	7,9	n. v.	-6,4	4,5	41,1	n. v.	-3,4	24,9	7,0	n. v.	0,3	3,7	-5,6	0,9
Lettland	18,4	-2,0	-1,7	6,1	10,1	-0,7	1,3	6,7	35,4	-4,9	0,9	19,2	9,1	-4,2	-0,4	5,8	-17,0	1,0
Litauen	27,0	2,5	-1,4	14,7	6,8	0,2	-1,0	3,4	47,5	4,5	4,2	31,3	6,2	0,1	-0,7	2,9	-20,5	0,6
Luxemburg	11,5	2,2	-0,1	-0,8	3,6	-0,8	1,8	0,2	14,5	-1,0	2,2	-1,7	2,5	1,6	-0,3	-0,8	-3,0	1,1
Malta	4,6	-1,3	0,9	-7,7	0,9	0,6	-0,4	-2,5	5,3	1,3	-1,2	-10,9	0,7	-0,1	-0,1	-2,6	-0,7	0,2
Niederlande	7,1	2,2	-1,5	-5,2	3,4	0,4	1,5	0,0	10,3	0,0	1,0	-5,9	2,2	-0,7	-0,6	-1,1	-3,2	1,2
Polen	23,0	-0,9	-1,9	10,7	5,1	-0,7	-0,3	1,7	32,6	-2,0	-2,4	16,4	4,7	-1,2	-0,7	1,4	-9,6	0,4
Portugal	19,4	2,4	1,8	7,1	3,2	-1,2	-0,1	-0,2	30,5	4,4	5,9	14,3	4,8	0,1	0,1	1,5	-11,1	-1,6
Rumänien	13,3	-2,9	2,2	1,0	2,5	-2,0	0,0	-0,9	18,6	-0,2	1,1	2,4	1,1	-0,5	-2,3	-2,2	-5,3	1,4
Schweden	6,9	-2,0	1,8	-5,4	2,1	0,5	0,0	-1,3	9,2	1,5	-3,0	-7,0	2,7	-1,7	0,4	-0,6	-2,3	-0,6
Slowakei	18,8	-2,7	0,0	6,5	3,9	-5,1	-1,1	0,5	35,2	-9,2	0,7	19,0	3,6	-4,5	-0,9	0,3	-16,4	0,3
Slowenien	16,5	-2,5	-2,3	4,2	4,4	-2,3	-1,2	1,0	28,0	-1,4	-1,5	11,8	2,7	2,0	-3,5	-0,6	-11,5	1,7
Spanien	10,3	-4,1	1,5	-2,0	2,5	-1,7	0,1	-0,9	16,0	-5,5	3,6	-0,2	2,3	-1,3	0,2	-1,0	-5,7	0,2
Tschechien	18,2	1,3	0,8	5,9	4,6	0,5	-0,6	1,2	28,1	-0,2	1,6	11,9	3,4	-1,1	0,0	0,1	-9,9	1,2
Ungarn	22,9	-4,7	1,6	10,6	6,8	-1,4	-1,6	3,4	34,1	-7,9	2,0	17,9	5,6	-0,4	-2,5	2,3	-11,2	1,2
Vereinigtes Königreich	14,6	0,3	1,8	2,3	4,8	1,3	1,5	1,4	14,8	-2,6	2,8	-1,4	3,7	-1,7	1,5	0,4	-0,2	1,1
Zypern	10,1	-2,4	-4,2	-2,2	2,0	1,1	-0,4	-1,4	13,9	-3,2	-4,1	-2,3	1,5	-1,2	0,2	-1,8	-3,8	0,5
EU28	15,7	0,4	0,0	3,3	4,3	-0,1	-0,1	1,0	22,1	-0,4	0,8	5,9	4,0	-0,7	-0,1	0,7	-6,5	0,4
EU15 (alt)	12,3	0,0	0,9	0,0	3,4	-0,1	0,3	0,0	16,2	-0,1	1,7	0,0	3,3	-0,5	0,4	0,0	-3,9	0,0
EU13 (ab 2004)	19,5	0,4	-1,0	7,2	5,5	-0,3	-0,7	2,1	28,9	-1,4	-0,3	12,7	4,7	-1,0	-0,6	1,4	-9,4	0,7
Island	6,4	1,8	-0,1	-5,9	2,0	0,3	1,0	-1,4	13,3	-0,3	3,5	-2,9	3,2	0,5	1,0	-0,1	-6,9	-1,2
Norwegen	9,3	0,2	-1,7	-3,0	2,7	-0,1	-0,8	-0,7	13,3	-7,0	0,8	-2,9	4,7	-0,7	1,5	1,4	-4,0	-2,0
Schweiz	5,7	-0,2	0,0	-6,6	1,5	-0,1	-0,2	-1,9	7,9	-3,0	1,8	-8,3	2,4	-1,1	0,4	-0,9	-2,2	-0,9

Quelle: Eurostat (2017), IHS 2017



rend der Schwangerschaft und der ersten drei Lebensjahre ansetzen, besonders zu begrüßen. Diese Netzwerke, die seit Anfang 2015 nunmehr nach einheitlichem Grundmodell in allen österreichischen Bundesländern aufgebaut werden, erreichen besonders (aber nicht nur) Familien mit niedrigerem Bildungsabschluss, mit Migrationshintergrund und Alleinerziehende. So zählt beispielsweise zum Auswertungszeitpunkt bei genau der Hälfte der betreuten Familien der psychosoziale Gesundheitszustand der Hauptbetreuungsperson zu den Belastungsfaktoren und bei 48 % die finanzielle Lage des Haushalts. Ausländische Erfahrungen mit vergleichbaren Netzwerken haben die gesundheitliche Chancengleichheit gefördert, und ähnliche Ergebnisse werden auch aus der für Frühjahr 2017 angekündigten Evaluation dieser Initiative erwartet (Winkler 2016). Als weitere Bevölkerungsgruppe, für die spezifische Maßnahmen besonders lohnend erscheinen, kristallisieren sich in Österreich Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen heraus. Wie Abbildung 5 zeigt, weist Österreich einen ausgeprägteren Bildungsgradienten bezüglich des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands auf als irgendein anderes Land der EU15, und zwar insbesondere in der Befragung nach der Wirtschaftskrise. Auch ist die Wahrscheinlichkeit, täglich zu rauchen, bei Frauen ohne höhere Bildung rund viermal so hoch wie bei Frauen mit Matura- oder Universitätsabschluss. Da wir davon ausgehen können, dass heute jede Frau über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens informiert ist, müssen wohl andere Wege gefunden werden, Frauen der niedrigeren Bildungsschichten davon zu überzeugen, wie „uncool“ Rauchen ist, um hier nachhaltige Reduktionen zu erreichen. Gleichzeitig wäre es jedoch zynisch, hier den Hinweis auf Verhaltensverbesserungen als einzigen Ansatz zur Verringerung des gesundheitlichen Bildungsgradienten stehen zu lassen. Auf die vielfachen und ineinandergreifenden Aspekte sozialer Ungleichheit wurde in diesem Beitrag bereits hingewiesen, und ökonomische Faktoren spielen hier unbestritten ebenfalls eine Rolle. Vor der oben diskutierten hohen Bedeutung psychosozialer Begründungen für gesundheitliche Ungleichheit fällt auf, dass Österreich nicht nur hinsichtlich des Bildungsgradienten bei Frauen, sondern auch bezüglich des Gender Pay Gap eine wenig rühmliche Position in internationalen Rankings einnimmt. Eine Untersuchung dieses Zusammenhangs könnte hier wohl interessante Ansatzpunkte aufdecken.

Anhangstabelle 2: Prozentsatz der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen, nach Einkommen und Geschlecht, 2014 oder letzter verfügbares Jahr, Zeitvergleich 2006–2010 sowie 2010–2014

	1. Quintil des verfügbaren Äquivalenzeinkommens einer Person				5. Quintil des verfügbaren Äquivalenzeinkommens einer Person				1. Quintil des verfügbaren Äquivalenzeinkommens einer Person				5. Quintil des verfügbaren Äquivalenzeinkommens einer Person				Gender-Gap	
	Männer				Männer				Frauen				Frauen				Männer – Frauen 2014	
	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	1. Quintil	5. Quintil
Österreich	10,9	0,1	-1,9	-0,9	4,2	-0,3	0,4	0,6	16,7	2,9	-0,2	3,1	4,9	-1,1	0,5	0,4	-5,8	-0,7
Belgien	19,2	-0,3	3,7	7,4	1,6	1,1	-1,1	-2,0	20,5	0,1	2,1	6,9	3,9	0,6	0,6	-0,6	-1,3	-2,3
Bulgarien	12,8	-1,6	-4,7	1,0	5,1	-2,2	1,4	1,5	18,4	-5,5	-6,1	4,8	5,8	-4,7	1,0	1,3	-5,6	-0,7
Dänemark	9,9	-1,9	-0,9	-1,9	3,7	0,2	-0,3	0,1	8,9	-0,5	-3,7	-4,7	3,1	-1,6	0,1	-1,4	1,0	0,6
Deutschland	16,9	-0,1	0,9	5,1	3,1	-1,4	-0,5	-0,5	14,2	-3,3	1,9	0,6	4,2	-1,8	0,0	-0,3	2,7	-1,1
Estland	22,9	-3,4	3,7	11,1	3,7	-0,6	0,9	0,1	27,6	-3,9	2,2	14,0	2,5	-0,1	-1,2	-2,0	-4,7	1,2
Finnland	9,9	-4,9	0,4	-1,9	3,3	-0,7	-0,3	-0,3	12,4	-7,5	-0,1	-1,2	2,7	-1,5	-0,3	-1,8	-2,5	0,6
Frankreich	12,9	-4,3	2,2	1,1	5,5	0,6	0,6	1,9	14,1	-2,0	-0,4	0,5	5,1	0,6	-0,8	0,6	-1,2	0,4
Griechenland	8,4	0,1	-5,2	-3,4	5,7	1,1	0,8	2,1	13,0	-1,1	-1,0	-0,6	6,9	-0,1	3,6	2,4	-4,6	-1,2
Irland	6,3	-4,8	2,5	-5,5	1,0	0,4	0,1	-2,6	5,4	-2,0	1,9	-8,2	2,3	0,7	0,8	-2,2	0,9	-1,3
Italien	12,8	-4,0	3,1	1,0	6,1	-0,2	1,8	2,5	16,1	-2,6	2,8	2,5	7,9	-0,2	1,5	3,4	-3,3	-1,8
Kroatien	27,7	n. v.	-13,0	15,9	8,6	n. v.	n. v.	5,0	35,4	n. v.	-9,5	21,8	9,8	n. v.	-1,0	5,3	-7,7	-1,2
Lettland	21,7	-3,3	4,2	9,9	5,3	2,1	-0,8	1,7	29,5	-8,7	1,1	15,9	8,7	-0,2	-1,0	4,2	-7,8	-3,4
Litauen	20,0	-3,3	4,9	8,2	4,6	1,4	-1,2	1,0	31,5	-10,4	10,9	17,9	4,3	-2,4	-2,7	-0,2	-11,5	0,3
Luxemburg	12,2	1,9	-1,2	0,4	4,4	-0,1	1,1	0,8	13,6	-0,2	0,4	0,0	4,6	0,7	0,5	0,1	-1,4	-0,2
Malta	6,2	-2,4	0,8	-5,6	0,7	1,0	-1,5	-2,9	5,1	-0,7	-2,3	-8,5	1,3	1,0	-1,3	-3,2	1,1	-0,6
Niederlande	9,4	2,2	0,2	-2,4	1,1	-0,3	-0,4	-2,5	10,9	0,9	1,8	-2,7	2,7	-0,2	-0,3	-1,8	-1,5	-1,6
Polen	15,7	2,4	-2,4	3,9	5,8	-2,7	-0,3	2,2	19,8	3,2	-2,1	6,2	6,5	-2,7	-0,8	2,0	-4,1	-0,7
Portugal	21,0	-1,5	-5,9	9,2	7,6	-2,0	1,6	4,0	27,1	-2,0	-7,2	13,5	9,7	-2,2	1,0	5,2	-6,1	-2,1
Rumänien	7,1	-6,5	1,5	-4,7	4,5	0,6	0,2	0,9	10,2	-4,9	-1,7	-3,4	6,0	0,9	0,1	1,5	-3,1	-1,5
Schweden	6,7	1,9	-1,6	-5,1	1,5	-1,8	0,6	-2,1	8,4	0,2	-2,4	-5,2	1,7	-2,7	-0,9	-2,8	-1,7	-0,2
Slowakei	12,4	-1,1	-2,0	0,6	5,1	-2,9	1,3	1,5	18,8	-7,8	-1,2	5,2	9,1	-4,0	2,8	4,6	-6,4	-4,0
Slowenien	15,9	-3,5	-4,8	4,1	5,5	-0,7	-0,3	1,9	21,2	-1,2	-6,8	7,6	5,4	-0,4	-0,6	0,9	-5,3	0,1
Spanien	6,4	-8,2	-2,6	-5,4	3,2	-0,4	-0,2	-0,4	10,1	-7,7	-3,4	-3,5	5,7	-3,5	2,2	1,2	-3,7	-2,5
Tschechien	17,2	0,0	-0,9	5,4	2,4	-0,2	-1,1	-1,2	20,7	-2,5	0,6	7,1	3,3	-2,5	-1,4	-1,2	-3,5	-0,9
Ungarn	15,6	-6,1	-1,3	3,8	6,6	-0,1	-1,0	3,0	23,2	-9,5	1,6	9,6	9,0	1,2	-1,1	4,5	-7,6	-2,4
Vereinigtes Königreich	13,4	-0,7	2,5	1,6	2,4	0,2	1,0	-1,2	12,7	-3,9	6,2	-0,9	2,3	-0,4	0,4	-2,2	0,7	0,1
Zypern	9,4	-3,6	-8,9	-2,4	2,1	0,4	0,0	-1,5	9,9	-8,4	-8,8	-3,7	2,0	-0,8	-0,3	-2,5	-0,5	0,1
EU28	13,6	-1,1	-1,0	1,9	4,1	-0,3	0,3	0,5	17,0	-2,3	-0,8	3,4	5,1	-0,8	0,0	0,5	-3,4	-1,0
EU15 (alt)	11,8	-1,6	-0,3	0,0	3,6	-0,2	0,3	0,0	13,6	-1,9	-0,1	0,0	4,5	-0,8	0,6	0,0	-1,9	-0,9
EU13 (ab 2004)	15,7	-0,8	-1,8	4,0	4,6	-0,3	0,1	1,0	20,9	-3,2	-1,7	7,3	5,7	-0,8	-0,6	1,2	-5,1	-1,1
Island	8,6	1,6	0,6	-3,2	2,3	0,8	0,3	-1,3	9,4	-3,1	1,3	-4,2	4,8	1,7	1,4	0,3	-0,8	-2,5
Norwegen	10,3	3,5	-4,3	-1,5	1,6	0,3	-1,6	-2,0	12,7	-4,0	-1,5	-0,9	4,2	-1,9	-0,4	-0,3	-2,4	-2,6
Schweiz	7,2	0,3	0,0	-4,6	1,5	-0,5	0,9	-2,1	8,2	-1,6	1,3	-5,4	1,9	-0,6	0,5	-2,6	-1,0	-0,4

Quelle: Eurostat (2017), IHS 2017





LITERATUR

- Abebe, D. S., Tøge, A. G., Dahl, E. (2016): Individual-level changes in self-rated health before and during the economic crisis in Europe, *International Journal for Equity in Health* 15 (1).
- Adeline, A., Delattre, E. (2016): Some microeconomic evidence on the relationship between health and income, SHARE Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Working Paper Series 28-2016.
- Alvarez-Galvez, J., Rodero-Cosano, M. L., Motrico, E., Salina-Perez, J. A., Garcia-Alonso, C., Salvador-Carulla, L. (2013): The Impact of Socio-Economic Status on Self-Rated Health: Study of 29 Countries Using European Social Surveys (2002–2008), *Int. J. Environ. Res. Public Health* 10, 747–761.
- Ásgeirsdóttir, T. L., Ragnarsdóttir, D. Ó. (2013): Determinants of relative and absolute concentration indices: evidence from 26 European countries, *International Journal for Equity in Health* 12 (53).
- Bartley, M. (2017): *Health Inequality: An introduction to concepts, theories and methods*, 2nd Edition, Wiley.
- Bitschi, B. (2009): Einkommensbezogene Ungleichheit der Gesundheit in Österreich, in *Kurswechsel 1/2009*, 71–79.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) (2016): *Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung*.
- Chauvel, L., Leist, A. K. (2015): Socioeconomic hierarchy and health gradient in Europe: the role of income inequality and of social origins, *International Journal of Equity in Health* 14 (1).
- Clair, A., Reeves, A., Loopstra, R., McKee, M., Dorling, D., Stuckler, D. (2016): The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries, *The European Journal of Public Health*, 1–6.
- Copeland, A., Bamba, C., Nylén, L., Kasim, A., Riva, M., Curtis, S., Burström, B. (2015): All in it together? The effects of recession on population health and health inequalities in England and Sweden, 1991–2010, *International Journal of Health Services* 45 (1), 3–24.
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A., Vogl, T. (2011): Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms. In Glied, S., Smith, P. C. (editors): *The Oxford book of health economics*, Oxford University Press, chapter 7, 124–163.
- Dahl, E., van der Wel, K. A. (2013): Educational inequalities in health in European welfare states: A social expenditure approach, *Social Science & Medicine* 81, 60–69.
- Dorling, D. (2015): The mother of underlying causes – Economic ranking and health inequality. *Commentary. Social Science & Medicine* 128, 327–330.
- Eurostat (2017): <http://ec.europa.eu/eurostat/de/data/database>, abgerufen im Jänner 2017.
- Kuhn, A., Lalive, R., Zweimüller, J. (2009): *The Public Health Costs of Job Loss*, IZA Discussion Paper No. 4355.
- Leoni T (2015): *Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung*, WIFO-Monatsberichte, 2015, 88 (8), S. 649–662.

Anhangstabelle 3: Prozentsatz der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen, nach Erwerbsstatus und Geschlecht, 2014 oder letztverfügbares Jahr, Zeitvergleich 2006–2010 sowie 2010–2014

	Erwerbstätige				Erwerbslose				Erwerbstätige				Erwerbslose				Gender-Gap		Arbeitslosenrate in %	
	Männer				Männer				Frauen				Frauen				Männer – Frauen 2014	Männer	Frauen	
	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	Erwerbstätige	Erwerbslose	2014	2014
Österreich	2,2	1,0	-0,8	-0,3	21,3	-6,4	5,0	10,3	3,7	0,8	0,2	0,7	27,5	6,8	11,8	16,1	-1,5	-6,2	5,9	5,4
Belgien	1,5	0,5	-0,7	-1,0	7,3	-0,8	-2,8	-3,7	2,4	-0,2	-0,1	-0,6	10,0	0,6	-0,8	-1,4	-0,9	-2,7	9,0	7,9
Bulgarien	1,9	-2,0	-0,3	-0,6	5,6	-3,1	0,0	-5,4	2,2	-2,9	-0,2	-0,8	5,8	-5,4	-1,1	-5,6	-0,3	-0,2	12,3	10,4
Dänemark	2,7	0,8	-0,8	0,2	17,9	1,4	-5,8	6,9	3,3	-0,5	0,4	0,3	15,9	28,5	-15,8	4,5	-0,6	2,0	6,4	6,8
Deutschland	3,2	-0,5	0,3	0,7	23,0	6,4	0,5	12,0	3,0	-0,8	0,3	0,0	19,4	1,5	6,3	8,0	0,2	3,6	5,3	4,6
Estland	5,0	-0,4	0,8	2,5	9,2	-4,7	4,1	-1,8	5,0	0,3	0,7	2,0	11,4	-6,3	7,9	0,0	0,0	-2,2	7,9	6,8
Finnland	1,9	-1,2	0,2	-0,6	9,1	-7,6	-2,2	-1,9	1,8	-1,4	0,1	-1,2	6,6	-5,3	0,2	-4,8	0,1	2,5	9,3	8,0
Frankreich	3,1	0,3	0,2	0,6	6,7	-4,0	0,2	-4,3	3,6	-0,3	-0,1	0,6	7,6	0,0	-0,8	-3,8	-0,5	-0,9	10,6	10,0
Griechenland	2,1	0,5	0,0	-0,4	3,6	0,1	-0,5	-7,4	2,0	-0,4	0,5	-1,0	4,0	1,9	-0,3	-7,4	0,1	-0,4	23,7	30,2
Irland	0,9	0,5	0,0	-1,6	2,9	-2,1	1,5	-8,1	1,5	0,3	0,5	-1,5	3,2	1,6	-0,7	-8,2	-0,6	-0,3	12,9	9,4
Italien	2,9	0,1	0,7	0,4	8,0	-3,8	3,2	-3,0	3,6	-0,6	1,0	0,6	6,0	1,5	-0,6	-5,4	-0,7	2,0	11,9	13,8
Kroatien	4,4	n. v.	n. v.	1,9	13,7	n. v.	n. v.	2,7	5,5	n. v.	-0,5	2,5	10,1	n. v.	-6,1	-1,3	-1,1	3,6	16,5	18,3
Lettland	4,9	-1,9	0,3	2,4	9,6	-5,7	-0,8	-1,4	6,8	-3,1	1,0	3,8	12,5	-9,3	2,0	1,1	-1,9	-2,9	11,8	9,8
Litauen	3,3	0,1	-0,7	0,8	9,8	-12,5	4,5	-1,2	3,5	-1,4	-0,8	0,5	17,5	-5,7	6,9	6,1	-0,2	-7,7	12,2	9,2
Luxemburg	4,2	1,7	0,6	1,7	14,8	-5,0	-0,7	3,8	4,9	0,7	0,9	1,9	16,9	6,8	-6,5	5,5	-0,7	-2,1	5,8	6,4
Malta	0,7	-0,2	-0,1	-1,8	1,8	-0,2	0,0	-9,2	0,5	0,4	-0,5	-2,5	6,1	0,8	1,3	-5,3	0,2	-4,3	6,1	5,3
Niederlande	1,7	-0,2	0,2	-0,8	17,6	17,5	-12,7	6,6	2,1	0,0	-0,1	-0,9	13,8	-3,2	0,0	2,4	-0,4	3,8	7,2	7,8
Polen	3,7	-0,9	-0,3	1,2	10,8	-0,1	1,0	-0,2	4,1	-1,5	0,5	1,1	7,3	-0,2	-1,3	-4,1	-0,4	3,5	8,5	9,6
Portugal	4,5	-0,8	-1,1	2,0	10,8	3,0	-4,1	-0,2	6,5	-0,9	-1,5	3,5	14,6	-1,9	-0,2	3,2	-2,0	-3,8	13,8	14,5
Rumänien	0,7	-1,0	-0,3	-1,8	3,1	-0,8	1,2	-7,9	0,7	-0,9	-1,2	-2,3	2,9	2,5	-1,5	-8,5	0,0	0,2	7,3	6,1
Schweden	1,5	-1,5	0,4	-1,0	7,7	-0,6	0,1	-3,3	2,1	-0,6	-0,2	-0,9	11,1	-0,9	3,8	-0,3	-0,6	-3,4	8,2	7,7
Slowakei	2,9	-1,8	-0,3	0,4	7,0	-1,1	-2,5	-4,0	3,5	-2,0	-0,4	0,5	9,0	-1,8	1,2	-2,4	-0,6	-2,0	12,8	13,6
Slowenien	3,1	-1,7	-2,0	0,6	14,9	-1,1	-7,3	3,9	5,1	-0,2	-1,8	2,1	10,0	11,8	-10,6	-1,4	-2,0	4,9	9,0	10,6
Spanien	1,5	-1,7	-0,1	-1,0	4,1	-7,6	0,2	-6,9	2,4	-2,7	0,4	-0,6	4,4	-3,0	-0,5	-7,0	-0,9	-0,3	23,6	25,4
Tschechien	2,9	-0,6	-0,3	0,4	16,9	4,4	-7,3	5,9	2,7	-1,8	0,2	-0,3	13,2	-2,8	-3,4	1,8	0,2	3,7	5,1	7,4
Ungarn	3,2	-1,2	-0,8	0,7	12,3	-6,3	3,0	1,3	4,2	-0,7	-1,0	1,2	14,7	-5,5	4,2	3,3	-1,0	-2,4	7,6	7,9
Vereinigtes Königreich	3,3	-0,3	2,2	0,8	9,6	-1,0	4,2	-1,4	2,8	-0,5	1,5	-0,2	10,1	-2,9	6,2	-1,3	0,5	-0,5	6,4	5,8
Zypern	1,4	-1,2	-1,2	-1,1	5,7	-4,2	2,7	-5,3	1,2	-0,1	-0,6	-1,8	1,3	-6,7	-3,3	-10,1	0,2	4,4	17,1	15,1
EU28	2,7	-0,5	-0,1	0,2	10,2	-1,7	-0,4	-0,8	3,2	-0,7	0,0	0,2	10,5	0,3	-0,1	-0,9	-0,5	-0,3	10,5	10,5
EU15 (alt)	2,5	-0,1	0,1	0,0	11,0	-0,7	-0,9	0,0	3,0	-0,5	0,3	0,0	11,4	2,1	0,1	0,0	-0,6	-0,4	10,7	10,9
EU13 (ab 2004)	2,9	-1,1	-0,3	0,5	9,3	-3,0	0,3	-1,7	3,5	-1,0	-0,4	0,4	9,4	-1,8	-0,3	-2,0	-0,5	-0,1	10,3	10,0
Island	1,7	-0,4	0,7	-0,8	12,2	n. v.	7,2	1,2	2,6	0,8	0,7	-0,4	18,8	n. v.	15,0	7,4	-0,9	-6,6	5,1	4,9
Norwegen	2,7	-1,3	-0,4	0,2	13,9	11,6	-13,6	2,9	3,5	-0,9	0,0	0,5	20,1	0,2	10,2	8,7	-0,8	-6,2	3,7	3,3
Schweiz	1,3	-0,7	0,1	-1,2	2,8	4,1	-9,6	-8,2	2,1	-0,6	0,5	-0,9	9,0	-4,0	5,2	-2,4	-0,8	-6,2	n. v.	n. v.

Quelle: Eurostat (2017), IHS 2017



LITERATUR

- Mackenbach, J. P., et al. (2008): Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* 358, S. 2468–2481.
- Pickett, K. E., Wilkinson, R. G. (2015): Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine* 128, 316–426.
- Präg, P., Mills, M., Wittek, R. (2014): Income and Income Inequality as Social Determinants of Health: Do Social Comparisons Play a Role?, *European Sociological Review* 30 (2), 218–229.
- Schuring, M., Robroek, S. J., Lingsma, H. F., Burdorf, A. (2015): Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce, *Scand J Work Environ Health* 41 (5), 441–450.
- Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung, 2006/2007, Wien 2008.
- Statistik Austria (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Wien 2016.
- Stringhini, S., et al. (2017): Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women, *The Lancet*, January 2017, <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2816%2932380-7.pdf>.
- Tøge, A. G. (2016): Health effects of unemployment in Europe (2008–2011): a longitudinal analysis of income and financial strain as mediating factors, *International Journal of Equity in Health* 15 (1).
- Tøge, A. G., Blekesaune, M. (2015): Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008–2011, *Social Science & Medicine* 143, 171–178.
- Vaalavuo, M. (2016): Deterioration in health: What is the role of unemployment and poverty?, *Scandinavian Journal of Public Health* 44, 347–353.
- Wanberg, C. R. (2012): The Individual Experience of Unemployment, *Annu. Rev. Psychol.* 63, 369–396.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E. (2006): Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence, *Social Science & Medicine* 62 (7), April 2006, 1768–1784.
- Winkler, P. (2016): Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten zu den begleiteten Familien. FRÜDOK – Jahresbericht 2015. *Gesundheit Österreich GmbH/Frühe Hilfen*.
- Zaussinger, S., et al. (2015) Studierenden-Sozialerhebung 2015. Bericht zur sozialen Lage der Studierenden, Band 1: Hochschulzugang und StudienanfängerInnen, Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien.

Anhangstabelle 4: Prozentsatz der Personen, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht einschätzen, nach Bildung und Geschlecht, 2014 oder letztverfügbares Jahr, Zeitvergleich 2006–2010 sowie 2010–2014

	Unterhalb d. Primärbereichs, Primärbereich und Sekundärbereich I (Stufen 0–2)				Tertiärbereich (Stufen 5–8)				Unterhalb d. Primärbereichs, Primärbereich und Sekundärbereich I (Stufen 0–2)				Tertiärbereich (Stufen 5–8)				Gender-Gap	
	Männer				Männer				Frauen				Frauen				Männer – Frauen 2014	
	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	2014	2006 bis 2010 in Prozentpunkten	2010 bis 2014 in Prozentpunkten	Abweichung in Prozentpunkten von EU15	(Stufen 0–2)	(Stufen 5–8)
Österreich	39,0	11,2	0,2	1,7	30,3	8,7	2,8	6,5	50,5	16,8	1,9	4,6	27,5	9,7	2,2	2,9	-11,5	2,8
Belgien	33,0	2,1	0,1	-4,3	17,8	-0,1	2,0	-6,0	39,2	3,6	-0,5	-6,7	17,9	1,4	-0,1	-6,7	-6,2	-0,1
Bulgarien	24,8	-12,8	1,9	-12,5	15,6	-11,1	1,2	-8,2	32,9	-14,0	0,2	-13,0	16,0	-12,7	2,8	-8,6	-8,1	-0,4
Dänemark	33,3	-1,0	6,3	-4,0	22,3	-1,3	-0,3	-1,5	34,3	-4,0	-2,9	-11,6	25,6	-3,9	1,4	1,0	-1,0	-3,3
Deutschland	34,7	5,3	1,7	-2,6	36,0	-1,3	0,4	12,2	45,7	-1,8	2,9	-0,2	32,1	-6,5	1,1	7,5	-11,0	3,9
Estland	50,3	-2,2	8,3	13,0	38,9	12,2	1,6	15,1	61,8	4,1	0,5	15,9	40,6	3,6	6,3	16,0	-11,5	-1,7
Finnland	51,7	0,5	-1,9	14,4	37,9	2,0	2,9	14,1	64,8	-2,4	3,6	18,9	43,9	5,5	4,0	19,3	-13,1	-6,0
Frankreich	43,8	2,0	-2,3	6,5	26,1	4,8	-1,8	2,3	52,6	2,6	1,3	6,7	26,9	3,6	1,7	2,3	-8,8	-0,8
Griechenland	35,5	7,4	1,8	-1,8	13,0	1,2	1,8	-10,8	43,6	8,4	2,6	-2,3	11,0	-1,2	6,0	-13,6	-8,1	2,0
Irland	40,5	3,2	2,8	3,2	18,7	0,7	1,4	-5,1	46,7	2,1	4,5	0,8	17,8	2,4	-1,2	-6,8	-6,2	0,9
Italien	30,1	1,3	4,7	-7,2	14,4	1,5	-2,0	-9,4	37,7	1,7	6,9	-8,2	14,4	0,6	0,1	-10,2	-7,6	0,0
Kroatien	44,4	n. v.	-4,4	7,1	24,7	n. v.	-5,9	0,9	53,8	n. v.	2,2	7,9	16,9	n. v.	-8,4	-7,7	-9,4	7,8
Lettland	39,9	0,3	3,0	2,6	28,4	-2,5	4,5	4,6	58,1	2,2	4,4	12,2	30,8	-3,9	3,8	6,2	-18,2	-2,4
Litauen	39,9	-2,4	3,6	2,6	15,3	-8,4	0,4	-8,5	60,9	0,9	8,4	15,0	19,7	-9,6	5,5	-4,9	-21,0	-4,4
Luxemburg	23,6	-4,6	0,9	-13,7	16,8	2,7	-2,0	-7,0	30,2	-3,3	1,9	-15,7	14,9	-2,9	0,7	-9,7	-6,6	1,9
Malta	35,2	11,1	2,7	-2,1	15,3	6,1	-3,7	-8,5	40,5	10,5	5,5	-5,4	13,4	3,1	-2,0	-11,2	-5,3	1,9
Niederlande	37,7	2,2	-0,1	0,4	26,1	4,0	0,1	2,3	47,8	1,7	2,5	1,9	31,6	-2,2	4,6	7,0	-10,1	-5,5
Polen	40,2	1,8	0,6	2,9	23,3	-2,1	0,9	-0,5	55,7	2,6	1,2	9,8	22,5	2,2	-1,6	-2,1	-15,5	0,8
Portugal	41,6	4,8	10,6	4,3	25,4	-7,7	12,2	1,6	54,3	8,3	13,0	8,4	25,7	1,3	10,2	1,1	-12,7	-0,3
Rumänien	25,0	-1,4	2,8	-12,3	6,2	-3,9	-5,0	-17,6	34,7	2,0	1,6	-11,2	6,7	-2,1	-3,3	-17,9	-9,7	-0,5
Schweden	37,6	-8,1	7,3	0,3	26,8	-1,8	1,4	3,0	49,6	-0,8	7,7	3,7	35,0	-1,3	6,8	10,4	-12,0	-8,2
Slowakei	31,8	3,2	2,4	-5,5	20,6	-4,9	-1,5	-3,2	57,0	6,6	6,3	11,1	17,4	-3,0	-4,7	-7,2	-25,2	3,2
Slowenien	36,5	0,4	-4,3	-0,8	25,1	-0,4	-3,4	1,3	53,1	4,7	-3,2	7,2	20,8	0,1	-2,0	-3,8	-16,6	4,3
Spanien	34,0	5,9	2,2	-3,3	20,3	4,8	1,4	-3,5	43,4	7,7	4,9	-2,5	17,8	6,8	-0,8	-6,8	-9,4	2,5
Tschechien	32,6	-3,2	3,1	-4,7	22,8	-0,5	1,2	-1,0	51,9	2,0	6,3	6,0	21,4	-3,5	4,1	-3,2	-19,3	1,4
Ungarn	39,7	-1,2	1,5	2,4	29,0	1,6	-1,0	5,2	57,0	-1,6	4,2	11,1	26,6	1,5	-0,6	2,0	-17,3	2,4
Vereinigtes Königreich	42,7	-4,4	-7,0	5,4	25,6	-2,7	-2,1	1,8	48,3	-1,4	-5,9	2,4	27,1	-2,1	-0,3	2,5	-5,6	-1,5
Zypern	46,5	3,7	-1,4	9,2	25,5	7,3	3,0	1,7	55,0	6,0	0,1	9,1	18,0	-0,8	2,1	-6,6	-8,5	7,5
EU28	37,3	1,4	1,7	0,1	23,2	0,6	0,4	-0,7	48,6	2,6	2,9	2,7	22,9	-0,4	1,4	-1,8	-11,3	0,3
EU15 (alt)	37,3	1,9	1,8	0,0	23,8	1,0	1,2	0,0	45,9	2,6	3,0	0,0	24,6	0,7	2,4	0,0	-8,7	-0,8
EU13 (ab 2004)	37,4	0,8	1,5	0,2	22,4	0,1	-0,6	-1,5	51,7	2,4	2,9	5,8	20,8	-1,7	0,2	-3,8	-14,3	1,5
Island	29,6	6,0	-0,6	-7,7	26,4	6,6	7,8	2,6	41,2	6,3	2,3	-4,7	29,0	3,3	7,5	4,4	-11,6	-2,6
Norwegen	33,8	-1,4	-3,2	-3,5	21,6	1,9	-1,8	-2,2	44,1	-0,5	-1,0	-1,8	32,2	2,0	2,3	7,6	-10,3	-10,6
Schweiz	31,1	-1,7	5,2	-6,2	31,7	1,5	1,1	7,9	43,4	4,3	2,1	-2,5	35,7	2,0	5,1	11,1	-12,3	-4,0

Quelle: Eurostat (2017), IHS 2017

