

Subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und der soziale Gradient bei 11- bis 15-Jährigen in Österreich

von Markus Hojni, Wolfgang Dür

DER UNGLEICHHEITS-GRADIENT

Der individuelle sozioökonomische Status, definiert über den Besitz oder Nicht-Besitz von spezifischen Gütern bzw. Ressourcen¹, ist einer der einflussreichsten Prädiktoren für den Gesundheitszustand ganzer Populationen. Die ungleiche Verteilung von diesen »wertvollen« Gütern führt dazu, dass auch der Gesundheitszustand ungleich verteilt ist.² Das heißt, dass die sozioökonomische Ungleichheit in einer Population auch zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheit in derselben Population führt. Dieser Zusammenhang erklärt sich zunächst daraus, dass ärmere Bevölkerungsschichten im Allgemeinen Entbehrungen hinnehmen müssen: schlechte Arbeits- und Wohnbedingungen, mangelnde Ausgewogenheit in der Ernährung, zu wenig ausgleichende Bewegung, belastende familiäre Verhältnisse usw. führen zu einem verstärktem Auftreten von physischen und psychischen Erkrankungen in diesen Bevölkerungsgruppen. Jüngste empirische Studien zeigen aber, dass dieses Phänomen nicht nur auf die Ärmsten der Armen beschränkt ist, sondern gestuft in allen sozialen Schichten einer Population vorzufinden ist. Die systematische Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheitszustand folgt hierbei einem Gradienten, der mit der sozialen Schicht ansteigt (Graham 2001, Marmot 2004). Das heißt, dass von den negativen Folgen der sozioökonomischen Schichtung auf die Gesundheit bereits die zweitoberste – also an sich wohlhabende – Schicht betroffen ist, und so weiter immer schlimmer die Wohlstandsleiter hinunter.

KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT IM

FOKUS GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT

In der Forschung und Berichterstattung über gesundheitliche Ungleichheit lassen sich im letzten Jahrzehnt drei Entwicklungen beobachten:

- die Verlagerung des Forschungsinteresses von Erwachsenen im Erwerbsalter hin zu Kindern und Jugendlichen;
- dass auch schon Kinder und Jugendliche unter ungleich verteilten Lebensverhältnissen leiden (*Infantilisierung der Armut*);
- dass im Kindes- und Jugendalter wichtige Weichen für die gesundheitliche Ungleichheit im späteren Leben gestellt werden³ (Lampert & Richter 2009, Spencer 2000, Taylor et al. 2000).

MONITORING GESUNDHEITLICHER UNGLEICHHEIT – DIE HBSC-STUDIE

Einen wesentlichen Beitrag für ein international vergleichbares Monitoring gesundheitlicher Ungleichheit liefert die von der WHO koordinierte Studie »Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)«, die mittlerweile in 43 Ländern⁴ durchgeführt wird und die bereits seit 1986 im Vier-Jahres-Rhythmus Daten von 11- bis 15-jährigen Schülern und Schülerinnen zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und relevanten Gesundheitsdeterminanten erhebt. Neben Indikatoren für die positive Gesundheit und die Lebensqualität werden ebenso subjektive Beschwerden psychischer und physischer Art, Übergewicht, chronische Krankheiten, sowie günstige und ungünstige Verhaltensweisen erfasst. Für die Erfassung gesundheitsrelevanter Faktoren bietet die HBSC-Studie ein breites Spektrum an Di-

Abstract

SUBJECTIVE HEALTH, LIFE SATISFACTION AND THE SOCIAL GRADIENT OF 11- TO 15-YEAR-OLDS IN AUSTRIA

Individual social status has always been known to be one of the most influencing predictors for health. Nowadays, as we face a growing gap between the rich and the poor, we also face an increasing number of people who suffer from a low level of health. Findings of different studies suggest that there is a gradient that runs across an entire population which implies a systematic correlation between social status and individual health status. Using findings of the Austrian HBSC survey we redraw this gradient for 11- to 15-year-olds in Austria. Our main findings are in accordance with findings from all over Europe and show that students who have a higher socioeconomic status also have better health and have a three times better chance to experience excellent health than students with the lowest socioeconomic status. These representative findings for the Austrian population of 11- to 15-year-old students show that policy makers at all levels in Austria should also be highly concerned about the future development of health inequalities among children and adolescents.

mensionen, in dem ein Spezifikum die Erfassung der durch die Eltern vermittelten sozioökonomischen Verhältnisse, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, ist. Erfasst wird dies mittels der »family affluence scale« (Familienwohlstandsskala, kurz FAS, Currie et al. 2001), die, wenngleich in eingeschränkter Weise, den Lebensstandard der Kinder und Jugendlichen misst und anhand von Angaben zur Anzahl der Autos in der Familie, der Urlaubsreisen in den letzten zwölf Monaten, der Computer im Haushalt und zum eigenen Zimmer der Jugendlichen ermittelt (Currie et al. 2008).

DIE »FAMILY AFFLUENCE SCALE«, LEBENSZUFRIEDENHEIT UND SUBJEKTIVE GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

Für eine erleichterte Interpretation der österreichischen FAS-Daten, die 2006 im Rahmen der HBSC-Studie erhoben wurden, wurde aus den Einzelitems ein Gesamtindex gebildet, der entlang einer 10-stufigen Skala die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen abbildet. Mit Hilfe statistischer Parameter⁵ wurden fünf Wohlstandsgruppen gebildet (gering, eher gering, mittel, eher hoch, hoch), um im Vergleich zu einer dreistufigen Skala eine detaillierte Differenzierung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Schichten zu erfassen. Entsprechend dieser Skala zeigt sich für Österreich, dass 11% der 11- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen einen geringen Wohlstand berichten und nur rund 5% einen sehr hohen. Zwischen diesen beiden Extremgruppen breitet sich das Feld jener aus, die teilweise Benachteiligungen bei materiellen Besitztümern hinnehmen müssen und dementsprechend auch bei der Gesundheit Abstriche machen müssen. Zur Messung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch den sozialen Status sind die ebenfalls durch die HBSC-Studie erhobenen Indikatoren »subjektive Gesundheit«⁶ und »Lebenszufriedenheit«⁷ neben vielen anderen Indikatoren von besonderem Interesse. Die Zuverlässigkeit bzw. Genauigkeit, mit der diese Indikatoren messen, wurde bereits in mehreren Studien validiert (z.B. Idler & Kasl 1995, Cunny & Perri 1991).

SOZIALER GRADIENT UND GESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

Der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und der subjektiven Gesundheit bzw. Lebenszufriedenheit lässt sich auch in Österreich als systematischer Effekt in Form von Odds-Ratios⁸ darstellen. Die ermittelten Chancen, bei einer höheren Schichtzugehörigkeit auch eine bessere Gesundheit zu haben, zeigen am Beispiel der subjektiven Gesundheit, dass die Wahrscheinlichkeit auf eine »ausgezeichnete Gesundheit« (höchste Kategorie) kontinuierlich ansteigt. Schon die zweit-niedrigste FAS-Stufe weist eine um den Faktor 1,9 höhere Chance auf als die unterste FAS-Stufe (Armutseffekt); für die mittlere Stufe gilt bereits ein Faktor von 2,1, für die zweithöchste Stufe der Faktor 2,6, und bei der höchsten FAS-Stufe besteht bereits eine dreimal (Faktor 2,95) so hohe Chance auf eine ausgezeichnete Gesundheit gegenüber jenen, die zur untersten FAS-Stufe gehören.

Die Erkenntnis, die aus dieser knappen Darstellung gewonnen werden kann, ist nicht zu unterschätzen. Die bloße Existenz dieses Gradienten verweist darauf, dass gesundheitliche Ungleichheiten auch in Österreich die gesamte Bevölkerung durchziehen und nicht nur auf Minderheiten, die in manifester Armut leben, beschränkt ist. Damit stützen die für Österreich ermittelten Daten das allgemeine Verständnis, dass gesundheitliche Ungleichheit nicht nur biologisch oder genetisch bedingt, sondern ein durch gesellschaftliche Verhältnisse erzeugtes Phänomen ist.

QUO VADIS ADOLESCENTIA?

Um einem Anstieg gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken, ist die Entwicklung geeigneter politischer Maßnahmen gefordert, die



Univ. Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür
Ludwig Boltzmann Institute Health
Promotion Research, Wien, Österreich



Mag. Markus Hojni
Ludwig Boltzmann Institute Health
Promotion Research, Wien, Österreich

- das Armutsrisiko unter Kindern und Jugendlichen eindämmen,
- die ökonomischen sowie materiellen Belastungen sozial schwacher Familien reduzieren,
- die Familien in der Bewältigung ihres Alltags zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen und
- eine Bildungspolitik schaffen, welche die Schule als Lebensraum für Kinder und Jugendliche wahrnimmt und ihr Potential als Kompensator für soziale Ungleichheit nutzt.

Diese Aufzählung ließe sich noch weiter fortsetzen. Zusammenfassend kann aber festgehalten werden, dass die nachhaltige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit eine gemeinsame Aufgabe von Sozial-, Familien-, Bildungs-, Finanz-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik ist, die auf einer breiten Ebene mit Akteuren des öffentlichen Dienstes zusammenarbeiten muss, um der vorhandenen Problemlage erfolgreich entgegenzutreten zu können (Richter & Hurrelmann 2009). ■

- 1) Spezifische Güter bzw. Ressourcen sind definiert als jene Güter, die in einer Gesellschaft einen besonderen Wert besitzen wie Bildungsabschlüsse, Einkommen, etc.
- 2) Vgl. Hurrelmann 2009
- 3) Vgl. hierzu Jungbauer-Gans & Kriwy 2004, Klocke & Lampert 2005, Lampert & Kurth 2007, Richter et al. 2008
- 4) Stand 2010
- 5) Für die Gruppenbildung wurden Mittelwert (5,5) und Standardabweichung (1,7) herangezogen.
- 6) »Wie würdest du deinen Gesundheitszustand beschreiben?«, 4-teilige Skala mit »Ausgezeichnet – gut – eher gut – schlecht« als Antwortmöglichkeiten.
- 7) »Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse der Leiter, »10«, stellt das beste für dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist »0«. Er stellt das schlechteste Leben dar, das für dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: Auf welcher Sprosse der Leiter findest du, dass du derzeit stehst?« Die Einstufung erfolgt auf einer Skala zwischen 0 und 10 (vgl. Cantril 1965).
- 8) Statistische Maßzahl, die angibt, welche Chance/Risiko bei zwei Gruppen besteht ein bestimmtes Merkmal aufzuweisen.

LITERATUR

- Cantril, H. (1965): *The Pattern of Human Concern*, Rutgers University Press, Chapel Hill
- Crombie, Irvine, Elliott & Wallace (2005) *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*. Copenhagen: World Health Organization.
- Cunney, Perri (1991) Single Item versus Multiple Items Measures of Health Related Quality of Life. In: *Psychol Rep*, 69.
- Currie, Nic Gabhainn, Godeau, Roberts, Smith, Currie, Picket, Richter, Morgan & Barnekow (2008) *Inequalities in Young People's Health: International Report from the HBSC 2005/06 Survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Currie, Boyce, Smith, Samdal (2001) *Health Behaviour in School-aged Children. A World Health Organisation Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/2002 Survey*, WHO Copenhagen and University of Edinburgh.
- Graham (2001) *Understanding Health Inequalities*. Buckingham: Open University Press.
- Idler & Kasl (1995) Self Rating of Health: Do They Also Predict Change in Functional Ability? In: *Psychol Sci Soc Sci*.
- Judge, Platt, Costongs & Jurczak (2006) *Tackling Health Inequalities: A Challenge for Europe*. London Department of Health.
- Jungbauer-Gans & Kriwy eds. (2004) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klocke & Lampert (2005) *Armut bei Kindern und Jugendlichen.. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Mackenbach (2006) *Health Inequalities: Europe in Profile. An Independent Expert Report Commissioned by the UK President of the EU*. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Center Rotterdam.
- Marmot (2004) *Status Syndrome*. London: Bloomsbury Publishing.
- Lampert & Richter (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen*. In: Richter M., Hurrelmann K. *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009.
- Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer, Ravens-Sieberer (Hrsg.) (2008) *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Richter & Hurrelmann (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009.
- Spencer (2000) *Poverty and Child Health*. 2nd ed. Abingdon, United Kingdom: Radcliff Medical, 2000.
- Taylor, Spencer & Baldwin (2000) Social, Economic, and Political Context of Parenting. *Arch Dis Child.*; 82: 113-120.