



Psychische Gesundheit in Wien

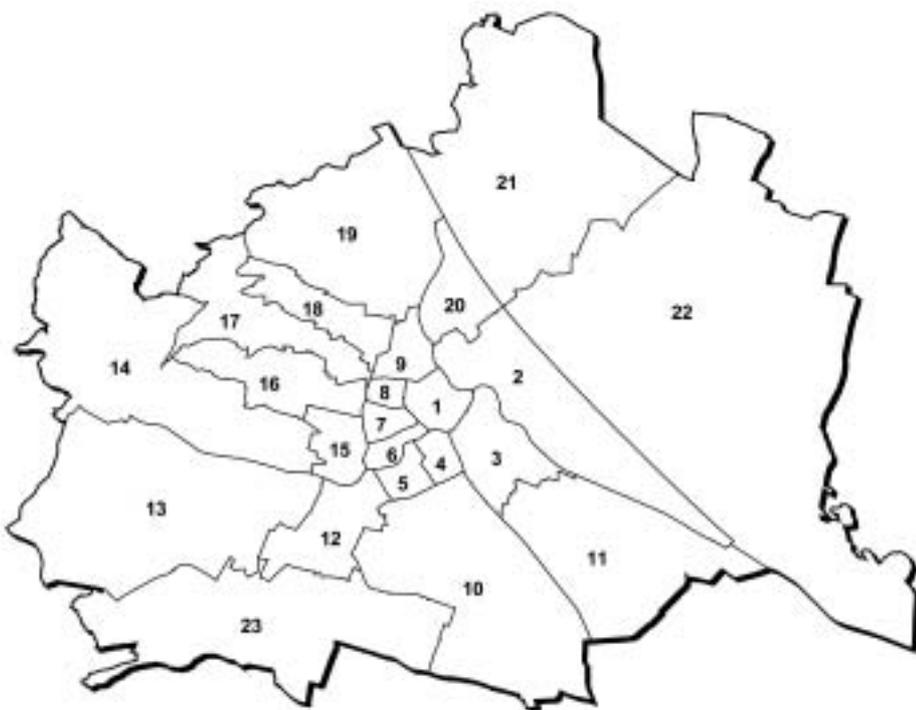
subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren

Mental Health in Vienna

self-reported problems and psychosocial factors



**Bereichsleitung für Sozial-
und Gesundheitsplanung
sowie Finanzmanagement**



IMPRESSUM

KONZEPT	Mag. Monika CSITKOVICS Dr. Elfriede URBAS
BERICHTERSTELLUNG	Dr. Elfriede URBAS
STATISTISCHE AUSWERTUNGEN	Dr. Richard KÖLTRINGER
BEITRAG VON	Dr. Brigitte SCHMIDL-MOHL (7.5 Mobbing – ein Situationsbericht aus Wien)
ENGLISCHE ÜBERSETZUNG	Mag. Sylvi RENNERT
KORREKTORAT	Mag. Linda STIFT
PROJEKTKOORDINATION UND ENDREDAKTION	Mag. Monika CSITKOVICS
SEKRETARIAT	Martina SCHEIBENHOFER
GRAFISCHE PRODUKTION	Bernhard AMANSHAUSER
UMSCHLAGGESTALTUNG	Mag. Robert SABOLOVIC
MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER	Stadt Wien Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung Schottenring 24, A-1010 Wien Tel.: +43-1-53114-76177 e-mail: bar@bgf.magwien.gv.at Hersteller: AV Astoria, Wien

Vorgeschlagene Zitierweise:
Stadt Wien (Hrsg.), *Psychische Gesundheit in Wien*. Autorin: URBAS, E. – Wien, 2004

VORWORT

Psychische Störungen zählen laut Weltgesundheitsorganisation zu den häufigsten Krankheitsursachen: Rund ein Viertel der Bevölkerung ist im Laufe ihres Lebens davon betroffen.

Um erstmals eine vertiefende Darstellung der psychischen Gesundheit der Wienerinnen und Wiener zu erhalten, wurde von der Stadt Wien die Studie „Psychische Gesundheit in Wien – subjektives Empfinden und psychosoziale Faktoren“ in Auftrag gegeben.

Der Schwerpunkt dieser Studie liegt in der Analyse subjektiv empfundener psychischer Beschwerden, die häufig eine Vorstufe psychischer Störungen darstellen. Neben der Verbreitung dieser Beschwerden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen werden auch deren Bestimmungsfaktoren sowie deren Auswirkungen auf individueller und institutioneller Ebene beschrieben. Ein besonderes Augenmerk gilt den – zunehmend an Bedeutung erlangenden – Belastungen Erwerbstätiger.

Aus der vorliegenden Studie lässt sich ersehen, dass Frauen, ältere Menschen, Arbeitslose sowie Menschen mit niedriger Bildung und geringem Einkommen überdurchschnittlich oft von psychischen Beschwerden be-

richten. Die wichtigsten Bestimmungsfaktoren für das Vorhandensein psychischer Beschwerden sind belastende Lebensereignisse und eine geringe Lebenszufriedenheit. Eine bedeutsame Rolle spielen zudem die Belastung durch Alltagsstress, eine stark eingeschränkte körperliche Fitness sowie ein niedriges Kohärenzgefühl, d. h. die Umwelt wird wenig stimmig und vorhersehbar wahrgenommen. Auch wirken sich berufliche Belastungen, vor allem Stress und Konflikte am Arbeitsplatz, ungünstig auf das psychische Wohlbefinden aus. Wienerinnen und Wiener mit psychischen Beschwerden beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als der Durchschnitt der Bevölkerung und nehmen auch mehr Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch.

Um psychisches Leid zu mildern, sollten die Tabuisierung psychischer Probleme durchbrochen, das Wissen über diese Thematik in der Bevölkerung erhöht, Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme adäquater Hilfe abgebaut und die vorhandenen Versorgungsangebote vermehrt publik gemacht werden.

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



Wien, Dezember 2004

Dr. Hannes SCHMIDL

Bereichsleiter für Sozial- und Gesundheitsplanung
sowie Finanzmanagement

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	23
SUMMARY	28
1 EINLEITUNG	35
2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK	47
3 PSYCHISCHE BESCHWERDEN	51
3.1 HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER BESCHWERDEN IM ÜBERBLICK	52
3.2 SCHLAFSTÖRUNGEN	55
3.3 MÜDIGKEIT	61
3.4 ANGST, NERVOSITÄT	65
3.5 MELANCHOLIE, DEPRESSION, UNGLÜCKLICHSEIN	70
3.6 NIEDERGESCHLAGENHEIT, KRAFTLOSIGKEIT	75
3.7 GEDÄCHTNISCHWÄCHE, KONZENTRATIONSSTÖRUNGEN	81
3.8 EXKURS: ARBEITSLOSIGKEIT UND PSYCHISCHE BESCHWERDEN	86
3.9 INDEX PSYCHISCHER BESCHWERDEN	88
4 DETERMINANTEN PSYCHISCHER BESCHWERDEN	93
4.1 BELASTUNGEN/RESSOURCEN	95
4.2 EIN ERKLÄRUNGSMODELL PSYCHISCHER BESCHWERDEN	120
5 KOMORBIDITÄT PSYCHISCHER BESCHWERDEN	127
5.1 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN PSYCHISCHEN BESCHWERDEN	127
5.2 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND GESUNDHEITLICHES BEFINDEN	129
5.3 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGSHÄUFIGKEIT	131
6 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSDIENSTEN	135
6.1 KONSULTATION VON ÄRZTINNEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN	135
6.2 FACHARZTKONSULTATIONEN	137
6.3 INANSPRUCHNAHME VON PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGINNEN	139
6.4 KRANKENHAUSAUFENTHALTE	140
7 BERUFLICHE BELASTUNGEN UND PSYCHISCHES BEFINDEN	145
7.1 EINLEITUNG	147
7.2 DEFINITORISCHE ASPEKTE	148
7.3 VERBREITUNG BERUFLICHER BELASTUNGEN	149
7.3.1 Regionale Unterschiede	152
7.3.2 Bildungs- und berufsgruppenspezifische Ausprägungen	153
7.3.3 Zeitliche Veränderungen	155
7.4 AUSWIRKUNGEN BERUFLICHER BELASTUNGEN	158
7.4.1 Individuelle Beanspruchungsfolgen	158
7.4.2 Auswirkungen beruflicher Belastungen auf Betriebe und Gesundheitssystem	167

7.5 MOBING – EIN SITUATIONSBERICHT 2004 AUS WIEN	174
7.5.1 Zur Begriffsbestimmung	175
7.5.2 Zur genauen Begriffsbestimmung von Mobbing	176
7.5.3 Wann kann Mobbing entstehen?	177
7.5.4 Zum Verlauf von Mobbing	178
7.5.5 Folgen für die Betroffenen/Opfer	178
7.5.6 Situation in Wien	179
7.5.7 Empfehlungen	181
7.5.8 Literatur	181
7.6 MÖGLICHKEITEN DER INTERVENTION	182
8 SCHLUSSFOLGERUNGEN	187
TABELLENANHANG	191
LITERATUR	197

TABLE OF CONTENTS

GERMAN SUMMARY	23
ENGLISH SUMMARY	28
1 INTRODUCTION	35
2 SAMPLE AND METHODS	47
3 SOME COMMON MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS	51
3.1 OVERVIEW: PREVALENCE OF MENTAL HEALTH PROBLEMS	52
3.2 SLEEP DISORDERS	55
3.3 TIREDNESS	61
3.4 ANXIETY, NERVOUSNESS	65
3.5 SADNESS, DEPRESSION, UNHAPPINESS	70
3.6 DEPRESSED MOOD, DECREASED ENERGY	75
3.7 MEMORY AND CONCENTRATION PROBLEMS	81
3.8 EXCURSUS: UNEMPLOYMENT AND MENTAL HEALTH PROBLEMS	86
3.9 INDEX OF MENTAL HEALTH PROBLEMS	88
4 DETERMINANTS OF MENTAL HEALTH PROBLEMS	93
4.1 BURDENS AND RESOURCES	95
4.2 A MODEL OF MENTAL HEALTH PROBLEMS	120
5 COMORBIDITY OF MENTAL HEALTH PROBLEMS	127
5.1 RELATIONSHIPS BETWEEN DIFFERENT MENTAL HEALTH PROBLEMS	127
5.2 MENTAL HEALTH PROBLEMS AND PHYSICAL WELLBEING	129
5.3 MENTAL HEALTH PROBLEMS AND FREQUENCY OF ILLNESS	131
6 MENTAL HEALTH PROBLEMS AND USE OF PUBLIC HEALTH SERVICES	135
6.1 CONSULTATION OF GENERAL PRACTITIONERS	135
6.2 CONSULTATION OF SPECIALISTS	137
6.3 CONSULTATION OF PSYCHOTHERAPISTS AND PSYCHOLOGISTS	139
6.4 HOSPITAL STAYS	140
7 WORK-RELATED STRESS AND MENTAL WELL-BEING	145
7.1 INTRODUCTION	147
7.2 DEFINITIONS	148
7.3 PREVALENCE OF WORK-RELATED STRESS	149
7.3.1 Regional variations	152
7.3.2 Variations according to level of education and profession	153
7.3.3 Variations across time	155
7.4 CONSEQUENCES OF WORK-RELATED STRESS	158
7.4.1 Individual consequences of work-related stress	158
7.4.2 Impact of work-related stress on companies and the public health care system	167

7.5 MOBING – THE SITUATION IN VIENNA 2004	174
7.5.1 General remarks on the definition	175
7.5.2 An exact definition of mobbing	176
7.5.3 Which situations can lead to mobbing??	177
7.5.4 The typical course of a mobbing situation	178
7.5.5 Consequences for the victims	178
7.5.6 The situation in Vienna	179
7.5.7 Recommendations	181
7.5.8 Bibliography	181
7.6 POSSIBILITIES FOR INTERVENTION	182
8 CONCLUSIONS	187
TABLES	191
BIBLIOGRAPHY	197

GRAFIKVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG

Grafik 1.1: Das Kontinuum depressiver Symptome in der Bevölkerung 37

3 PSYCHISCHE BESCHWERDEN

Grafik 3.1: Beschwerden in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht 53

Grafik 3.2: Psychische Beschwerden in Wien 1999–2001 nach Geschlecht 54

Grafik 3.3: Schlafstörungen in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht 56

Grafik 3.4: Schlafstörungen in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht 57

Grafik 3.5: Schlafstörungen in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Geschlecht 58

Grafik 3.6: Schlafstörungen in Wien 1999–2001 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht 59

Grafik 3.7: Schlafstörungen in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht 60

Grafik 3.8: Maßnahmen gegen Schlafstörungen in Wien 1999–2001 nach Geschlecht 61

Grafik 3.9: Müdigkeit in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht 62

Grafik 3.10: Müdigkeit in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht 63

Grafik 3.11: Müdigkeit in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht 64

Grafik 3.12: Maßnahmen gegen Müdigkeit in Wien 1999–2001 nach Geschlecht 65

Grafik 3.13: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht 66

Grafik 3.14: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht 67

Grafik 3.15: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Geschlecht 68

Grafik 3.16: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht 69

Grafik 3.17: Maßnahmen gegen Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen in Wien 1999–2001 nach Geschlecht 70

Grafik 3.18: Melancholie, Depression, Unglücklichsein in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht 71

Grafik 3.19: Melancholie, Depression, Unglücklichsein in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht 72

Grafik 3.20: Melancholie, Depression, Unglücklichsein in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Geschlecht 73

Grafik 3.21: Melancholie, Depression, Unglücklichsein in Wien 1999–2001 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht 74

Grafik 3.22: Melancholie, Depression, Unglücklichsein in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht 75

Grafik 3.23: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht 76

Grafik 3.24: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht 77

Grafik 3.25: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Geschlecht 78

Grafik 3.26: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit in Wien 1999–2001 nach Art des Wohnbezirkes und Geschlecht 79

Grafik 3.27: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht 80

Grafik 3.28: Maßnahmen gegen depressive Beschwerden in Wien 1999–2001 nach Geschlecht 81

Grafik 3.29: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht 82

Grafik 3.30: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht 83

Grafik 3.31: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Geschlecht 84

Grafik 3.32: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht 85

Grafik 3.33:	Maßnahmen gegen Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen in Wien 1999–2001 nach Geschlecht	86
Grafik 3.34:	Beschwerden in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht	87
Grafik 3.35:	Psychische Beschwerden (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	88

4 DETERMINANTEN PSYCHISCHER BESCHWERDEN

Grafik 4.1:	Körperliche Gewalterfahrung als Kind in der Familie (oft, gelegentlich) in Wien nach höchster Bildung der Eltern und Geschlecht der Befragten	96
Grafik 4.2:	Life Event-Belastung (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	99
Grafik 4.3:	Häufigkeit des Leidens unter Stress im Alltagsleben in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	100
Grafik 4.4:	Häufigkeit des Leidens unter Stress im Alltagsleben in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht	101
Grafik 4.5:	Häufigkeit des Leidens unter Stress im Alltagsleben in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	102
Grafik 4.6:	Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht	103
Grafik 4.7:	Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	103
Grafik 4.8:	Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach beruflicher Position und Geschlecht	104
Grafik 4.9:	Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Branche und Geschlecht	105
Grafik 4.10:	Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	106
Grafik 4.11:	Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht	109
Grafik 4.12:	Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	110
Grafik 4.13:	Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht	111
Grafik 4.14:	Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Familienstand (Index) und Geschlecht	112
Grafik 4.15:	Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft (Index) und Geschlecht	113
Grafik 4.16:	Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach psychischen Beschwerden (Index) und Geschlecht	114
Grafik 4.17:	Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 und Geschlecht	115
Grafik 4.18:	Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	115
Grafik 4.19:	Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht	116
Grafik 4.20:	Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	117
Grafik 4.21:	Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht	118
Grafik 4.22:	Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	118
Grafik 4.23:	Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht	119
Grafik 4.24:	Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	120

5 KOMORBIDITÄT PSYCHISCHER BESCHWERDEN

Grafik 5.1:	Anzahl der psychischen Beschwerden in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	128
-------------	---	-----

6 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSDIENSTEN

Grafik 6.1:	Häufigkeit der Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Wien 1999 nach Zahl der psychischen Beschwerden und Geschlecht	137
Grafik 6.2:	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen in Wien 1999 nach der Zahl der psychischen Beschwerden und Geschlecht	139
Grafik 6.3:	Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen/PsychologInnen in Wien 1999–2001 nach psychischen Beschwerden	140
Grafik 6.4:	Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr in Wien 1999 nach der Zahl der psychischen Beschwerden und Geschlecht	142

7 BERUFLICHE BELASTUNGEN UND PSYCHISCHES BEFINDEN

Grafik 7.1:	Anzahl der beruflichen Belastungen in Wien 1999 nach Geschlecht	150
Grafik 7.2:	Berufliche Belastungen in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht	153
Grafik 7.3:	Berufliche Belastungen in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht	154
Grafik 7.4:	Berufliche Belastungen in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht	155
Grafik 7.5:	Psychische Beschwerden in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen	164
Grafik 7.6:	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	173

TABELLENVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG

Tabelle 1.1:	Internationale Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10, Kapitel V (F))	36
Tabelle 1.2:	Dimensionen und Indikatoren für psychische Gesundheit	43

3 PSYCHISCHE BESCHWERDEN

Tabelle 3.1:	Schlafstörungen und Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen durch Betroffene in Wien 1999 nach Geschlecht	61
Tabelle 3.2:	Nervosität und Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität durch Betroffene in Wien 1999 nach Geschlecht	70
Tabelle 3.3:	Psychische Beschwerden (Index) in Wien 1999–2001 nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen	89

4 DETERMINANTEN PSYCHISCHER BESCHWERDEN

Tabelle 4.1:	Körperliche Gewalterfahrung als Kind in der Familie in Wien nach Alter und Geschlecht	96
Tabelle 4.2:	Life Event-Belastung (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	97
Tabelle 4.3:	Life Event-Belastung (Index) in Wien 1999–2001 nach Familienstand und Geschlecht	98
Tabelle 4.4:	Persönliche finanzielle Lage in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	107
Tabelle 4.5:	Gefühl der ungerechten Behandlung in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	108
Tabelle 4.6:	Gefühl der ungerechten Behandlung in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf und Geschlecht	108
Tabelle 4.7:	Bestimmungsfaktoren psychischer Beschwerden, Multiple Klassifikationsanalyse (MCA), Gesamterklärungsbeitrag = 27 Prozent	121
Tabelle 4.8:	Gruppenspezifischer Erwartungswert für psychische Beschwerden (Mittelwert)	123

5 KOMORBIDITÄT PSYCHISCHER BESCHWERDEN

Tabelle 5.1:	Psychische Beschwerden in Wien 1999 nach Geschlecht	127
Tabelle 5.2:	Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychischen Beschwerden in Wien 1999	129
Tabelle 5.3:	Subjektiver Gesundheitszustand in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht	130
Tabelle 5.4:	Erkrankungshäufigkeit in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht	132

6 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSDIENSTEN

Tabelle 6.1:	Häufigkeit der Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht	136
Tabelle 6.2:	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht	138
Tabelle 6.3:	Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht	141

7 BERUFLICHE BELASTUNGEN UND PSYCHISCHES BEFINDEN

Tabelle 7.1:	Berufliche Belastungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht und in Österreich	150
Tabelle 7.2:	Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen in Wien 1999 nach Geschlecht	151
Tabelle 7.3:	Anzahl der beruflichen Belastungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	152
Tabelle 7.4:	Berufliche Belastungen in Wien 1991 und 1999 nach Bildung und Geschlecht	157
Tabelle 7.5:	Berufliche Belastungen in Wien 1991 und 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht	158
Tabelle 7.6:	Folgen von Fehlbeanspruchung für Gesundheit, Wohlergehen und die Bewältigung von Arbeitsanforderungen	159

Tabelle 7.7:	Selbsteinschätzung der Gesundheit in Wien 1999 nach der Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	160
Tabelle 7.8:	Selbsteinschätzung der Gesundheit in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastung und Geschlecht	161
Tabelle 7.9:	Anzahl der psychischen Beschwerden in Wien 1999 nach der Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	162
Tabelle 7.10:	Anzahl psychischer Beschwerden in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastungen und Geschlecht	163
Tabelle 7.11:	Psychische Beschwerden in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastungen und Geschlecht	165
Tabelle 7.12:	(Psycho)somatische Beschwerden in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	166
Tabelle 7.13:	Rauchverhalten in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	167
Tabelle 7.14:	Arbeitszufriedenheit in Wien 1999–2001 nach Arbeitsbelastung/Arbeitsstress und Geschlecht	168
Tabelle 7.15:	Erkrankungshäufigkeit im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	169
Tabelle 7.16:	Erkrankungshäufigkeit im letzten Jahr in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastung und Geschlecht	170
Tabelle 7.17:	Häufigkeit der Konsultation eines Arztes/einer Ärztin für Allgemeinmedizin im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	171
Tabelle 7.18:	Häufigkeit der Konsultation eines Arztes/einer Ärztin für Allgemeinmedizin im letzten Jahr in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastungen und Geschlecht	172

TABELLENANHANG

Tabelle A 4.1:	Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht	191
Tabelle A 5.1:	Zahl der psychischen Beschwerden in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht	191
Tabelle A 7.1:	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen im letzten Jahr in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastung und Geschlecht	192
Tabelle A 7.2:	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht	193

ZUSAMMENFASSUNG

SUMMARY

ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Störungen tragen entscheidend zur gesamten Krankheitslast bei. Laut Weltgesundheitsorganisation erkranken über 25 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens (Lebenszeitprävalenz) an mindestens einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung, einschließlich Alkoholismus, etwa 10 Prozent der Bevölkerung sind zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) betroffen. Das Risiko, psychisch zu erkranken, ist allerdings in der Bevölkerung ungleich verteilt.

In Wien (und Österreich) fehlen zwar Studien zur Prävalenz psychischer Störungen, deren gesellschaftliche Bedeutung wird jedoch auch aufgrund verschiedener anderer Kennziffern deutlich:

- Ca. 7 Prozent der stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung Wiens sind auf psychische Störungen (Hauptdiagnose) zurückzuführen (Stand 2000). Die Zahl der psychiatrischen Hospitalisationen zeigt eine steigende Tendenz.
- 1,7 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen ab 16 Jahren in Wien haben laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 in den letzten drei Monaten vor der Befragung nach Eigenangaben von der Wiener Bevölkerung sogar eine(n) Psychotherapeuten/in bzw. Psychologen/in aufgesucht.
- In Österreich wurden im Jahr 1999 von niedergelassenen ÄrztInnen rund 6,2 Mio. Packungen Psychopharmaka verordnet. Die verordnete Menge an Psychopharmaka, und darunter vor allem an Antidepressiva, zeigt eine stark steigende Tendenz.
- Im Jahr 2001 waren unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse 4,5 Prozent der Krankenstandstage durch psychische Störungen bedingt.
- Österreichweit ist ca. ein Viertel der Neuzugänge an Pensionen durch geminderte Arbeitsfähigkeit bzw. durch dauernde Erwerbsunfähigkeit auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (Stand 2000).
- Suizide sind für einen beachtlichen Teil der potenziell verlorenen Lebensjahre verantwortlich. Trotz rückläufiger Suizidsterblichkeit nehmen sich pro Jahr in Wien ca. 270 Menschen (Stand 2001) das Leben. Und zwar mehr Männer als Frauen.

Eine besondere Risikogruppe sind auch ältere Menschen. Von den im Jahr 2001 in Wien war etwa jeder fünfte an Suizid verstorbene Mann 65 Jahre oder älter, bei den Frauen etwa jede dritte.

- Obwohl in Österreich (selbst berichtete) psychische Gesundheitsprobleme (mit einer Punktprävalenz von ca. einem Fünftel Betroffener) etwas weniger häufig sind als im Durchschnitt der Europäischen Union (mit nahezu einem Viertel Betroffener), liegt Österreich (Stand 1999) beim Suizid bei beiden Geschlechtern sowohl in der Altersgruppe der unter als auch über 65-Jährigen deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15)¹. Bei den älteren Menschen (d. h. den über 65-Jährigen) hat Österreich bei beiden Geschlechtern die höchste Selbstmordrate, und zwar ist diese sogar höher als in den zehn neuen Beitrittsländern.²
- Gleichzeitig fällt aber im internationalen Vergleich für Österreich bei psychischen Gesundheitsproblemen eine vergleichsweise seltene Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch PsychiaterInnen oder PsychologInnen auf.
- Aufgrund der großen Bedeutung psychischer Störungen und Probleme scheint eine systematische Bestandsaufnahme umso dringender.

Die vorliegende Publikation bietet eine aktuelle Übersicht zu psychischen Beschwerden in der Wiener Bevölkerung, d. h. selbst berichteten psychischen Problemen. Untersucht werden die Verbreitung psychischer Beschwerden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die Bestimmungsfaktoren psychischer Beschwerden sowie Auswirkungen psychischer Beschwerden auf individueller, institutioneller und Systemebene. Unter den Bestimmungsfaktoren von Bedeutung sind vor allem Belastungen und Ressourcen. Auch hier geht es vor allem darum festzustellen, wie diese in verschiedenen Bevölkerungsgruppen verteilt sind. Besonderes Augenmerk im Rahmen des vorliegenden Berichts gilt des Weiteren den subjektiven Belastungen Erwerbstätiger und deren Auswirkungen auf das psychische Befinden. Ein Thema, dessen Bedeutung sowohl unter individuellen als auch

¹ Gemeint sind die 15 Staaten der Europäischen Union vor dem Beitritt der neuen Länder im Mai 2004.

² Gemeint sind die zehn Staaten, die im Mai 2004 der Europäischen Union beigetreten sind.

betriebs- und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten zunehmend steigt und laut Expertenmeinung noch weiter ansteigen wird.

Verbreitung psychischer Beschwerden

Bei 9 Prozent der Wiener Bevölkerung findet sich ein hohes Ausmaß an psychischen Beschwerden, bei 30 Prozent ein mittleres. Am häufigsten sind Müdigkeit und Schlafstörungen, die jedoch nicht immer psychischen Ursprungs sind. Bei den Männern folgen an dritter Stelle Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit, bei den Frauen Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen.

Frauen haben häufiger psychische Beschwerden als Männer. Besonders betroffen sind ältere Menschen (ab 75 Jahre). Aber auch bei den 45- bis 59-Jährigen, insbesondere den Frauen, sind einzelne psychische Beschwerden überdurchschnittlich häufig. Als Ursachen sind psychosoziale Faktoren (Probleme älterer Arbeitnehmerinnen, Auszug der Kinder, vermehrtes Auftreten von Krankheiten etc.) sowie die im Zusammenhang mit der Menopause stehenden hormonellen Veränderungen zu nennen. Im frühen Pensionsalter entspannt sich die Situation wieder etwas. Im hohen Alter (ab 75 Jahren) nehmen psychische Beschwerden allerdings wiederum merkbar zu.

Auffallend ist ein hohes Ausmaß an psychischen Beschwerden bei Arbeitslosen. Durchgängige Bildungs- und Einkommensunterschiede hinsichtlich des Auftretens psychischer Beschwerden sind nur zum Teil, und wenn, dann eher bei den Frauen zu beobachten. Unter Einbeziehung des Ausmaßes psychischer Beschwerden (vgl. dazu die Ergebnisse zum Index psychischer Beschwerden) treten Bildungs- und Einkommensunterschiede (aber auch hier wiederum vor allem bei den Frauen) deutlich zutage: Je niedriger die Bildung und das Einkommen, desto häufiger findet sich ein hohes Ausmaß psychischer Beschwerden.

Zum Teil finden sich psychische Beschwerden gehäuft unter den in Arbeiterbezirken mit hohem Ausländeranteil lebenden Personen, interessanterweise aber ebenso unter den in Nobelbezirken Wohnenden. Einer der Gründe für das gehäufte Vorkommen psychischer Beschwerden in den Nobelbezirken ist die Alterszu-

sammensetzung bzw. das hohe Durchschnittsalter in diesen Bezirken.

Auffallend ist des Weiteren die starke Verbreitung psychischer Beschwerden unter österreichischen StaatsbürgerInnen sowie unter Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft, insbesondere den Frauen. Personen mit Staatsbürgerschaft eines Staates Ex-Jugoslawiens dagegen geben nur vergleichsweise selten psychische Beschwerden an.

Der überwiegende Teil der Betroffenen unternimmt nichts gegen psychische Beschwerden. Neben sonstigen, nicht näher bezeichneten Maßnahmen, stehen in der Regel der Griff in die Hausapotheke und die Arztkonsultation im Vordergrund. Frauen sind eher bereit als Männer, etwas gegen bestehende Beschwerden zu unternehmen.

Determinanten psychischer Beschwerden

Unter Aspekten des Monitoring und unter Berücksichtigung theoretischer Ansätze sind vor allem Belastungen (Stress, Mangellagen) und Ressourcen (soziale, personale) sowie Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien (Coping³, Gesundheits- und Krankheitsverhalten einschließlich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe) für das Auftreten psychischer Beschwerden von Bedeutung. Es wurde daher zunächst untersucht, wie Belastungen und Ressourcen (körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit, Belastung durch Lebensereignisse, Alltags- und Arbeitsstress, persönliche finanzielle Lage, Lebenszufriedenheit, Kohärenzgefühl und körperliche Fitness) in der Bevölkerung verteilt sind. Im Anschluss daran wurde mittels multipler Klassifikationsanalyse herausgefiltert, welche Faktoren verantwortlich für das Ausmaß psychischer Beschwerden sind.

Die vorliegende Analyse macht deutlich, dass Belastungen und Ressourcen sozial ungleich verteilt sind. So etwa fühlen sich Frauen häufiger als Männer durch Lebensereignisse belastet, leiden tendenziell häufiger unter Alltags- und Arbeitsstress und leben häufiger unter schwierigen finanziellen Bedingungen. Frauen sind auch weniger mit ihrem Leben zufrieden als Männer, haben ein niedrigeres Kohärenzgefühl (Stimmigkeit mit sich und der Welt) und fühlen sich seltener körperlich fit als Män-

³ Der Begriff des Coping zielt auf die individuelle Fähigkeit ab, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen.

ner. Letztere erfahren allerdings in ihrer Kindheit häufiger als Frauen körperliche Gewalt in der Familie.

Besonderen Belastungen unterliegen alte Menschen, insbesondere ältere Frauen. Sie leiden überdurchschnittlich häufig unter schwierigen finanziellen Bedingungen, mangelnder körperlicher Fitness und sind wenig mit ihrem Leben zufrieden. Belastende Lebensereignisse spielen bei ihnen ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle.

Von den Familienstandsgruppen am meisten durch Lebensereignisse belastet fühlen sich die Geschiedenen, dies wirkt sich auch negativ auf ihre Lebenszufriedenheit aus. Am seltensten ist eine hohe Life Event-Belastung unter Verheirateten, sie sind auch am meisten mit ihrem Leben zufrieden.

Durchgängige Bildungsunterschiede hinsichtlich der untersuchten Belastungen bzw. Ressourcen sind nur zum Teil zu beobachten. Als stark bildungsabhängig erweist sich die körperliche Gewalterfahrung als Kind in der Familie: Je niedriger das Bildungsniveau der Eltern desto häufiger ist Gewalt gegenüber Kindern. Von den Bildungsgruppen am wenigsten mit ihrem Leben zufrieden sind Frauen mit Pflichtschulbildung, auch ihr Kohärenzgefühl ist vergleichsweise gering. Am häufigsten unter Alltagsstress leiden die Akademikerinnen, Arbeitsstress hingegen findet sich am häufigsten bei den in Führungspositionen Tätigen, insbesondere den Frauen, aber auch Männer in unqualifizierten Berufen berichten überdurchschnittlich häufig über Arbeitsstress. Nach Branchen ist Arbeitsstress besonders häufig bei den im Baugewerbe und im Handel tätigen Männern sowie bei Frauen im öffentlichen Dienst.

Zu beobachten ist eine Ungleichverteilung von Belastungen und Ressourcen zwischen österreichischen StaatsbürgerInnen und MigrantInnen. Insbesondere Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft fühlen sich überdurchschnittlich häufig durch Lebensereignisse belastet, leiden überdurchschnittlich häufig unter Alltagsstress, sind nur wenig mit ihrem Leben zufrieden, haben ein niedriges Kohärenzgefühl und eine geringe körperliche Fitness. Arbeitsstress ist unter türkischen StaatsbürgerInnen sowie unter StaatsbürgerInnen der Staaten Ex-Jugoslawiens am verbreitetsten.

Nach den Ergebnissen der multiplen Klassifikationsanalyse erweisen sich belastende Lebensereignisse und

die Lebenszufriedenheit als die wichtigsten Bestimmungsfaktoren psychischen Befindens. Aber auch Arbeits- und Alltagsstress sowie Persönlichkeitsmerkmale, welche die Stimmigkeit mit der Welt und sich selbst – einschließlich dem eigenen Körper – signalisieren (wie das Kohärenzgefühl und körperliche Fitness), spielen eine wichtige Rolle. Psychische Beschwerden sind demnach vor allem bei hoher Belastung durch Lebensereignisse, hohem Arbeitsstress, bei sehr häufigem („oft“) Alltagsstress, niedriger Lebenszufriedenheit, stark eingeschränkter körperlicher Fitness („selten“ bzw. „nie“ fit genug) und niedrigem Kohärenzgefühl zu erwarten.

Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, ein hohes Kohärenzgefühl haben und körperlich fit sind, wobei körperliche Fitness auch Aktivität und körperliches Wohlbefinden signalisiert, gelingt es anscheinend eher mit belastenden Situationen fertig zu werden, als jenen, denen es an den genannten Voraussetzungen fehlt.

Als besondere Problemgruppe konnten anhand der multiplen Klassifikationsanalyse die über 75-jährigen Österreicherinnen mit Kleinstrenten, einer hohen Belastung durch Lebensereignisse (wie etwa den Tod nahe stehender Personen), einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechter körperlicher Fitness, niedrigem Kohärenzgefühl und häufigem Alltagsstress identifiziert werden. Diese Bevölkerungsgruppe weist ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden als die untersuchte Gesamtpopulation auf.

Auswirkungen psychischer Beschwerden

Personen mit psychischen Beschwerden beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als der Durchschnitt der Bevölkerung bzw. als Personen ohne Beschwerden und sind häufiger krank. Besonders deutlich wirkt sich Niedergedrücktheit (Depressionen) auf das gesundheitliche Befinden und die Erkrankungshäufigkeit aus. Zudem verschlechtert sich das gesundheitliche Befinden mit zunehmender Zahl psychischer Beschwerden.

Personen mit psychischen Beschwerden sind nicht nur häufiger krank, sondern nehmen auch häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch. Sie konsultieren häufiger ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie FachärztInnen und haben auch häufiger Krankenhausaufenthalte als der Durchschnitt der Be-

völkerung bzw. als Personen ohne entsprechende Beschwerden. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten steigt in der Regel mit der Zahl der vorhandenen psychischen Beschwerden. Allerdings nimmt, selbst bei Vorhandensein schwerwiegender psychischer Beschwerden, nur ein Bruchteil psychotherapeutische bzw. psychologische Hilfe in Anspruch.

Berufliche Belastungen und psychisches Befinden

Untersucht werden des Weiteren die Auswirkungen beruflicher Belastungen auf das psychische Befinden. In einem ersten Schritt werden Ausmaß und Verbreitung beruflicher Belastungen unter den Erwerbstätigen beschrieben und im Anschluss daran Auswirkungen beruflicher Belastungen auf personeller und institutioneller Ebene untersucht.

Knapp 60 Prozent der Erwerbstätigen in Wien (Männer wie Frauen) fühlen sich (einer oder mehreren) beruflichen bzw. Zusatzbelastungen ausgesetzt. Über 40 Prozent leiden unter starkem Zeitdruck, je ca. ein Fünftel berichtet über Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit und Konflikten am Arbeitsplatz. Jede/r achte Erwerbstätige leidet unter der Mehrfachbelastung von Haushalt, Kindern und Beruf, ca. 2 Prozent berichten von einer Mehrfachbelastung durch Pflegefälle in der Familie und Beruf. Männer sind häufiger als Frauen Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit und starkem Zeitdruck ausgesetzt, bei Frauen kommt die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Pflegefälle in der Familie und Beruf stärker zum Tragen. Belastungen aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz finden sich bei beiden Geschlechtern in etwa gleich häufig.

In Wien sind berufliche Belastungen insgesamt etwas seltener als im gesamten Bundesgebiet. Maßgebend dafür dürften Unterschiede in der Struktur der Erwerbstätigkeit und der Verfügbarkeit entlastender Angebote in den Bereichen Kinderbetreuung und Pflege sein. Auch Faktoren wie z. B. Unterschiede in der Pflegeorientierung spielen eine Rolle. Während in Wien die Belastung aufgrund körperlicher Arbeit, die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Pflege naher Angehöriger und Beruf seltener ist, spielen Konflikte am Arbeitsplatz in Wien eine größere Rolle als im gesamten Bundesgebiet. Die Belastung aufgrund

starken Zeitdrucks ist in Wien ähnlich häufig wie im gesamten Bundesgebiet.

Die untersuchten Belastungsfaktoren sind je nach Bildungsniveau und beruflicher Stellung unterschiedlich ausgeprägt, wobei zudem geschlechtsspezifische Ausprägungen zum Tragen kommen. So zeichnet sich z. B. bei den Männern insgesamt ein Trend der stärkeren Belastung in den höheren Bildungsgruppen ab, bei den Frauen eher in den mittleren.

Belastung durch schwere körperliche Arbeit findet sich erwartungsgemäß am häufigsten bei Arbeitern und Arbeiterinnen. Starker Zeitdruck wird unter den männlichen Erwerbstätigen von Selbständigen und Angestellten am meisten beklagt, unter den weiblichen von Facharbeiterinnen und Angestellten. Konflikte am Arbeitsplatz sind am häufigsten unter BeamtInnen und Angestellten. Die Mehrfachbelastung von Haushalt, Kinder und Beruf ist innerhalb der Berufsgruppen relativ gleichmäßig verteilt. Die Mehrfachbelastung durch Beruf und Pflegefälle ist unter Selbständigen, für welche die Pflege naher Angehöriger und Beruf noch am ehesten zu vereinbaren sind, am häufigsten.

Laut Mikrozensus ist in Wien (ebenso wie österreichweit) die Gesamtbelastung der Erwerbstätigen seit 1991 deutlich gestiegen. Ein solcher Anstieg ist nahezu in allen Bildungs- und Berufsgruppen zu beobachten. Zunehmend beklagt wird vor allem der starke Zeitdruck. Verstärkt wahrgenommen werden aber auch Konflikte am Arbeitsplatz sowie die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch die Pflege naher Angehöriger und Beruf. Obwohl Frauen in diesen Bereichen noch immer die Hauptlast tragen und auch wesentlich häufiger als Männer über diesbezügliche Belastungen berichten, werden im Vergleich zu etwa vor einem Jahrzehnt auch von den Männern vermehrt solche Mehrfachbelastungen angegeben. Allerdings noch immer deutlich seltener als von den Frauen. Die Vermutung, körperliche Belastungen würden unter den Erwerbstätigen in einem Ausmaß abnehmen, dass sie praktisch bedeutungslos werden, stellt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse als Fehlschluss heraus. Auch Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit sind im Vergleich zu 1991 merkbar gestiegen.

Die subjektiv empfundenen beruflichen Belastungen haben sowohl für die Betroffenen als auch für die Betriebe und das Gesundheitssystem bedeutsame Folgen.

Personen, die sich beruflichen Belastungen ausgesetzt fühlen, beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als Personen, die keine Belastungen angeben, wobei sich auch die Zahl der empfundenen beruflichen Belastungen auswirkt. Berufliche Belastungen wirken sich auch auf das psychische Wohlbefinden aus. Und zwar sind psychische Beschwerden umso häufiger, je mehr berufliche Belastungen vorhanden sind. Auffallend ist, dass sich bei den Frauen berufliche Belastungen noch deutlicher auf die Psyche auswirken als bei Männern. Frauen sind allerdings im Vergleich zu Männern auch eher bereit, über ihre psychischen Probleme zu sprechen. Bei Vorhandensein beruflicher Belastungen vermehrt zu beobachten sind Schlafstörungen, Schwäche/Müdigkeit, Nervosität, Niedergedrücktheit (Depressionen), aber auch (psycho)somatische Beschwerden wie Kreislaufstörungen, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen/Migräne, Rücken- bzw. Kreuzschmerzen, Gelenks-, Nerven- und Muskelschmerzen an Hüfte, Bein bzw. Schulter, Arm. Erwerbstätige, die von beruflichen Belastungen berichten, neigen zudem eher zu gesundheitsschädigendem Verhalten (wie z. B. Rauchen).

Erwerbstätige, die beruflichen Belastungen unterliegen, sind häufiger krank, d. h. vom Arbeitsplatz abwesend und nehmen auch häufiger Leistungen des Gesundheitssystems (Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte etc.) in Anspruch.

Mobbing – ein Situationsbericht aus Wien

In den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde das zunehmend aggressive Verhalten zwischen Beschäftigten (Entwertung, persönliche Angriffe, Schikanen, Ausgrenzung, Benachteiligung, Isolierung) erstmals erforscht. Die beschriebenen Verhaltensweisen verfolgen das Ziel, die angegriffene Person aus dem Arbeitsverhältnis auszustoßen. Dieses Phänomen wurde als Mobbing bezeichnet. Auffallend in Mobbingver-

läufen ist die kühle, strategische Planung auf TäterInnenseite und die hochgradige Emotionalisierung auf der Opferseite.

Verursacht wird Mobbing auf der betrieblichen Ebene – durch „Organisationsstress“, mangelndes Führungsverhalten, durch die „exponierte Stellung“ des Betroffenen (häufig: besonders engagierte MitarbeiterInnen) – und nicht durch die Persönlichkeit des Opfers.

Mobbingvorgänge zeigen ein typisches Verlaufsschema: Zu Beginn des Mobbingprozesses wird das Opfer zunehmend entwertet. Damit wird die Grundlage geschaffen, spätere Aggressionen ohne Schuldgefühle durchführen zu können. Danach wird das Mobbingopfer isoliert und öffentlich lächerlich gemacht. In der Endphase erfolgt das Hinausdrängen der Zielperson durch Beschuldigungen, psychisch krank zu sein, durch Zwangsbegutachtungen oder durch körperliche Attacken.

Die Betroffenen bilden im Mobbingverlauf zunehmend eine stressassoziierte Symptomatik aus: Konzentrationsprobleme, Gedächtnisstörungen, Gedankenkreisen, Selbstunsicherheit, Selbstzweifel, Verzweiflung, Angstzustände, Überaktivität oder Rückzug, Depressivität, u. U. Aggressivität, Überempfindlichkeit, Selbstmordgedanken. Zudem kommt es im Mobbingverlauf auch häufig zu körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Allergien, Asthma und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Laut einer in den 90er Jahren in Österreich durchgeführten Untersuchung beträgt die Betroffenheitsquote in Österreich 4,4 bis 7,8 Prozent. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden dabei nicht festgestellt. Der deutsche Mobbingreport (2000) kommt zu einer aktuellen Mobbingquote von 2,7 Prozent sowie zu einer Gesamtmobbingquote (diese inkludiert alle jemals Gemobbten) von 11 Prozent.

SUMMARY

Mental disorders contribute significantly to the overall burden of disease. According to the World Health Organization, more than 25 percent of all people are affected by at least one clinically significant mental or behavioural disorder (including alcohol dependence) at some time during their lives (lifetime prevalence). They are present at any point in time in about 10 percent of the population (point prevalence). The risk of a mental disorder, however, is not equally distributed among the population.

While there are no studies in Vienna (or Austria) on the prevalence of mental disorders, a number of other parameters make their impact on society evident:

- Approximately 7 percent of all hospital stays are due to mental disorders (main diagnosis only) (data for 2000). The number of hospitalisations due to mental disorders in Vienna is increasing.
- In the Vienna Health and Social Survey 2001, 1.7 percent of all men and 2.8 percent of all women in Vienna above age 16 reported that they had consulted a psychotherapist or psychologist in the three months preceding the survey.
- In Austria in 1999, medical practitioners prescribed approx. 6.2 million packages of psychopharmaceuticals. The number of psychopharmaceutical and, in particular, antidepressant, prescriptions is increasing.
- In 2001, 4.5 percent of all sick leave days of persons insured with the Vienna Health Insurance Fund were due to mental disorders.
- Approximately a quarter of all new retirements due to reduced working capacity or occupational disability are due to mental disorders (data for 2000).
- Suicides are responsible for a significant part of potential lost life years. Despite an overall reduction in suicides still approximately 270 persons in Vienna (data for 2001) commit suicide every year, men more often than women. Elderly persons are a particular risk group. In 2001, approximately one in five of all male and one in three of all female suicides were in the age group 65 and above.

- Despite the fact that the rate of (self-reported) mental health problems in Austria is slightly lower (a point prevalence of approx. one in five) than the European Union average (nearly one in four), Austria (data for 1999) is significantly above the EU-15 average for suicides, for both genders in both the age groups below and above 65 years. For the age group 65 years and above, Austria even has the highest suicide rate in the EU-15⁴ for both genders; it even exceeds the average for the ten new EU member states⁵.
- At the same time, international comparison reveals that in Austria, psychiatrists and psychologists are consulted comparatively rarely.

Due to the enormous significance of mental health problems and disorders a systematic review appears important. This publication provides an overview of the currently available data on self-reported mental disorders and mental health problems in Vienna. It discusses the prevalence of mental health problems in different population groups, their determinants, and their consequences at the individual, institutional and system levels. Determinants of particular importance are burdens and resources. One of the goals of this report was to examine their distribution in different population groups. Another focal point of this report is the stress experienced by economically active persons and its impact on their mental well-being. This topic has become increasingly important for the individual person as well as for companies, employers and the national economy, and experts predict that this importance will continue to increase in the future.

Mental health problems

9 percent of the Viennese population have severe and 30 percent have moderate mental health problems. Tiredness and sleep disturbances are the most common ones – these however do not always have psychological reasons - followed by depressive mood and decreased energy for men and anxiety, nervousness, restlessness and uneasiness for women.

⁴ This refers to the 15 European Union Member States prior to the accession of the new Member States in May 2004.

⁵ This refers to the 10 states that joined the European Union in May 2004.

Mental health problems are more common in women than in men. The rate is particularly high for elderly persons (75 and older), but the age group 45 to 59 also shows an above average prevalence for individual disorders, in particular in women. The main causes are psychosocial factors (problems of older employees, children leaving home, increased occurrence of illnesses, etc.) and hormonal changes occurring with menopause. With retirement, the situation usually improves slightly, but in old age (from age 75 on) the prevalence of mental health problems increases again.

Mental health problems are particularly common in unemployed persons. An overall relation between the level of education and income and mental health problems, however, cannot be observed; they are linked, in particular for women, but there is no complete correlation. When the severity of mental health problems is taken into account (cf. results on the index of mental disorders), differences in education and income become apparent (primarily for women): the lower the level of education and the income, the higher the probability of severe mental health problems.

There is also a high prevalence of mental health problems in some parts of working-class districts with a large immigrant population, but it is also above average in the upper-class districts. One of the reasons for the high prevalence in the upper-class districts is the age structure – they have a comparatively high average age.

The majority of persons with mental health problems do not try to treat them in any way. For those who do, self-medication and consulting a doctor, in addition to other, unspecified, measures, are the most common measures. Women are generally more prepared to try to do something against their mental health problems than men.

Determinants of mental health problems

Taking into account monitoring and different theoretical approaches, burdens (stress, deprivation) and resources (social as well as personal), behaviour and coping strategies (coping with adverse circumstances, health and illness behaviour including the seeking of professional help) can be identified as important factors in the emergence of mental health problems. Therefore the first section of the relevant chapter examines

the distribution of burdens and personal resources among different population groups (physical abuse during childhood, life events, stress in everyday life and at the workplace, financial situation, satisfaction with one's life, sense of coherence, and physical fitness). This is followed by a multiple classification analysis in order to determine which factors influence the severity of mental health problems.

The analysis shows that the burdens and resources are not distributed equally. For example, women experience more stress from life events than men. They also suffer more from general and work-related stress and have to cope more frequently with difficult economic situations. Women are also less satisfied with their lives than men, have a lower sense of coherence and feel less physically fit. Men, on the other hand, have experienced domestic violence during childhood more frequently than women.

Senior citizens, in particular women, experience an increased burden. The proportion of elderly persons living in difficult economic conditions is above average, they frequently do not feel physically fit and their satisfaction with their life is very low. Adverse life events are also common.

The marital status also plays a role: Divorced persons feel most burdened by negative life events. This also has a negative effect on their satisfaction with their life situation. A high life event burden is least common among married persons, and they also feel most satisfied with their lives.

Differences in level of education can only partially be linked to these factors. Experiencing physical violence during childhood has a very strong correlation with education: the lower the level of education of the parents, the more frequent is physical abuse of the children. Women with compulsory education only are least satisfied with their lives and their sense of coherence is also relatively low. Female university graduates experience most stress in everyday life, while persons in executive positions (in particular women) and men in unskilled labour experience an above average level of work-related stress. By professions, work-related stress is highest for men in the construction sector and in retail and women in civil service.

There are significant differences in the distribution of burdens and resources among Austrian citizens and immigrants. Particularly women of Turkish nationality experience an above average burden by life events, their everyday stress levels are above average and they are not very satisfied with their lives. They also have a low sense of coherence and low physical fitness. Work-related stress is particularly common among immigrants from Turkey and former Yugoslavia.

The multiple classification analysis shows that adverse life events and satisfaction with one's life are the most important determinants of mental well-being, but stress in everyday life and at the workplace, and personality traits that show that someone feels at ease with the world and themselves (including their own body), i.e. sense of coherence and physical fitness, play an important role as well. Mental health problems are to be expected most frequently when there is a high impact of negative life events, significant work-related stress, frequent everyday stress ("frequently"), low life satisfaction, very low physical fitness ("rarely" or "never" fit enough) and a low sense of coherence.

Individuals who are satisfied with their life, have a high sense of coherence and are physically fit are apparently able to cope with difficult life situations better than others. It should be noted that physical fitness is usually also linked to physical activity and a sense of well-being, thus adding to the coping ability.

Austrian citizens above age 75 with a minimum pension, a high impact of negative life events (such as death of family members or friends), low life satisfaction, low physical fitness, low sense of coherence, and frequent everyday stress, were identified as a particular risk group in this multiple classification analysis. The level of mental health problems in this group is more than five times higher than the average.

The impact of mental health problems

Persons with mental health problems have a significantly worse subjective state of health than the population average or persons without mental disorders, and they are also more frequently physically ill. Depression has a particularly negative impact on physical well-being and frequency of illness. An increase in the number of mental health problems also decreases physical well-being and increases the frequency of illness.

Persons with mental health problems are not only ill more often, they also make more use of public health services. They consult general practitioners and specialists more often and are also more frequently in inpatient treatment than the population average or persons without mental health problems. The use of health services usually increases with the number of coexisting mental health problems. Only a minority, however, seek psychotherapeutic or psychological assistance, even if the mental health problems are severe.

Work-related stress and mental well-being

The report also discusses the impact of work-related stress on the mental well-being of economically active persons. First it describes the prevalence and severity of work-related stress among economically active persons, followed by an analysis of their consequences at the personal and institutional level.

Nearly 60 percent of all economically active persons in Vienna (men and women alike) report one or more work-related or other stress factors. More than 40 percent feel strongly pressed for time, approximately one in five of both men and women feel burdened by heavy physical labour or conflicts at the workplace. One in eight have a dual workload trying to reconcile work, household and family, 2 percent have a dual workload due to a family member requiring nursing care. Men have a higher burden of heavy physical labour and time pressure than women, while women are more frequently affected by the dual workload of employment, children and household, or family members in need of nursing care. Conflicts at the workplace are an equally common burden for both men and women.

In Vienna, work-related stress is slightly less frequent than in Austria as a whole. This is probably due to differences in the employment structure and the better availability of services such as childcare and nursing care. Other factors, such as differences in the way in which nursing care is provided, also play a role. In Vienna, stress due to physical labour and dual workload are below the national average, while time pressure related stress is approximately the same as in Austria as a whole. Conflicts at the workplace are above the Austrian average.

The significance of the different stressors varies depending on the level of education and the professional position. There are also gender-related differences. For men, stress is particularly high for those with a high level of education, while for women it is highest at the medium level.

Stress due to heavy physical labour is naturally highest among blue-collar workers (both men and women). High time pressure is most common among self-employed persons and white-collar workers for men, and skilled workers and white-collar workers for women. The dual workload of household, children and work varies little across the occupational groups. The dual workload of work and caring for a family member is highest among self-employed persons, which may be due to the fact that they have the flexibility necessary to facilitate the combination of these tasks at all.

According to the Mikrozensus survey, the total stress for economically active persons has increased significantly in Vienna (as in Austria overall) since 1991. This increase is visible for nearly all levels of education and occupational groups. In particular the high time-pressure is experienced as negative. Conflicts at the workplace and dual workload, however, are also increasingly seen as a problem. While women still carry the main burden of dual workload and also report this type of stress much more frequently than men, the dual workload has increased significantly for men as well over the last decade. The assumption that physical labour would decrease so significantly among gainfully employed persons that it would all but cease to be a stressor has turned out to be false, as these results show. Strain due to physical labour has increased noticeably since 1991.

Subjective work-related stress has serious consequences for the affected individuals, the companies and the public health care system alike. Persons who experience work-related stress have a significantly worse subjective state of health than others. The number of stressors is also a factor. Work-related stress also has an impact on mental health: mental health problems increase with the number of work-related stressors. This effect is stronger in women than in men. It should be noted that women are more prepared to speak about their mental health problems than men. Work-related stress correlates with sleep disturbances, tiredness and fatigue, nervousness, depressed mood and de-

pression, but also with (psycho)somatic disorders such as circulatory problems, heart conditions, headaches / migraine, backaches and pain in the lower back, pain in the joints, nerves and muscles of the hip, legs, shoulders or arms. Economically active persons who report work-related stress also have a stronger tendency to indulge in negative health behaviour (such as smoking).

Economically active persons who experience work-related stress are also on sick leave more often and use public health services (physicians, inpatient treatment, etc.) more often than others.

Mobbing – The situation in Vienna

In the 1980s and 1990s, research began on the increasingly aggressive behaviour among co-workers (discrediting, personal attacks, emotional abuse, marginalization, discrimination, isolation). This behaviour aims at bullying the victim into leaving the workplace. The phenomenon has been called “mobbing”. Characteristics of mobbing situations are the calculating, strategic planning by the aggressors and the extreme emotional reactions of the victims.

Mobbing is caused at the organizational level, by “organizational stress”, lack of leadership, the exposed position of the victim (they are often particularly committed and active employees), and has nothing to do with the personality of the victim.

Mobbing situations follow a typical course: In the beginning, the victim is progressively discredited. This lays the groundwork for later aggressions without feelings of guilt on the aggressor’s side. The victim is then isolated and ridiculed publicly. Finally the victims are bullied into leaving the workplace by calling them mentally ill, through continuous (negative) appraisal of the person or their work or through physical attacks.

Mobbing victims develop stress symptoms which increase in severity as the mobbing continues: concentration and memory problems, thinking in circles, insecurity, self-doubts, desperation, anxiety attacks, hyperactivity or withdrawal, depressive moods, sometimes also aggression, hypersensitivity, or suicidal thoughts. Somatic problems such as hypertension, diabetes, allergies, asthma and disorders of the locomotor system also frequently occur in mobbing victims.

A study conducted in Austria in the 1990s shows that the mobbing rate in Austria is between 4.4 and 7.8 percent. No gender-specific differences were found. The

German Mobbingreport (2000) reports a current mobbing rate of 2.7 and a total mobbing rate (including mobbing in the past) of 11 percent.

**I.
EINLEITUNG**

INTRODUCTION

1 EINLEITUNG

In diesem Abschnitt werden die Ziele und Inhalte des vorliegenden Berichts dargestellt. Um die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen und Probleme beurteilen zu können, wird zudem ein kurzer Überblick über deren Verbreitung in Wien bzw. Österreich gegeben. Dabei wird auf verschiedene epidemiologische Kennziffern zurückgegriffen. Vergleichswerte zwischen Österreich und den Ländern der Europäischen Union runden das Bild ab. Auch wird – neben der Diskussion definitorischer Aspekte – der theoretische Rahmen für die anschließende empirische Analyse psychischer Beschwerden in Wien abgesteckt.

Ziele und Inhalte des vorliegenden Berichts

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist eine Sekundäranalyse zu psychischen Beschwerden (wie Nervosität bzw. Angstzustände, Schlafstörungen, Melancholie bzw. Depression, Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen) in der Wiener Bevölkerung.

Mittels soziodemographischer Analyse wird zunächst versucht, Anhaltspunkte über die Verbreitung psychischer Beschwerden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu gewinnen. Soziodemografische Merkmale, die Berücksichtigung finden, sind Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus, berufliche Stellung, Einkommen, Familienstatus, Staatsbürgerschaft, Art des Wohnbezirks. Diese Auswertung verfolgt das Ziel, Problemgruppen in der Wiener Bevölkerung zu identifizieren.

Thematisiert werden des Weiteren Zusammenhänge zwischen psychischen Beschwerden und verschiedenen anderen Gesundheitsindikatoren (subjektiver Gesundheitszustand, Zufriedenheit mit der Gesundheit, Erkrankungshäufigkeit) sowie zwischen psychischen Beschwerden und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems (einschließlich Medikalisierung).

Besondere Aufmerksamkeit gilt den Ursachen psychischer Beschwerden, wobei vor allem auf sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze Bezug genommen wird.⁶ Zunächst wird untersucht, wie Belastungen und Ressourcen (körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit, Life Events, Alltags- und Berufsstress, finanzielle Belas-

tungen, Kohärenzgefühl, Lebenszufriedenheit etc.) in verschiedenen Bevölkerungsgruppen Wiens verteilt sind. Mittels multipler Klassifikationsanalyse wird im Weiteren der Erklärungsbeitrag, den soziodemografische Merkmale, Belastungen, Ressourcen und Coping-Strategien für das Auftreten psychischer Beschwerden haben, bestimmt.

Besonderes Augenmerk gilt im Rahmen des vorliegenden Berichts den Belastungen am Arbeitsplatz und deren Auswirkungen auf das gesundheitliche, insbesondere das psychische Befinden. Unter den mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen Stressoren werden unter anderem auch jene untersucht, die aus der Doppelbelastung durch Beruf und Betreuungspflichten in der Familie (Kinder, Pflege Angehöriger) resultieren. Und zwar geht es zunächst darum, besondere Gefährdungen unter den verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen zu eruieren und in einem weiteren Schritt Zusammenhänge zwischen bestehenden, den beruflichen Alltag bestimmenden Stressfaktoren und Gesundheitsindikatoren (insbesondere das Vorhandensein psychischer Beschwerden) zu analysieren.

Eingehend erörtert wird auch das Problem des „Mobbing“. Neben der Begriffsbestimmung werden Ursachen und Verlauf des Mobbing sowie Folgen für die Betroffenen diskutiert. Die Darstellung der Situation in Wien bildet die Grundlage für anschließende Empfehlungen.

Aus der Analyse zu ziehende Schlussfolgerungen runden den Bericht ab. Geboten werden des Weiteren Kurzzusammenfassungen der Kapitel und eine Gesamtzusammenfassung.

Definitorische Aspekte (psychische Gesundheit, psychische Störungen, psychische Beschwerden)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht unter *psychischer Gesundheit* einen Zustand des Wohlbefindens, in dem sich die Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, mit normalen Stresssituationen umgehen, produktiv und erfolgreich arbeiten können und fähig sind, einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leis-

⁶ Vgl. dazu den Abschnitt „Theoretische Überlegungen“.

ten.⁷ Zentrale Aspekte psychischer Gesundheit sind persönliches Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen und einer Arbeit nachgehen zu können, sowie zu gesellschaftlicher Partizipation. Psychische Gesundheit ist das Ergebnis einer Reihe von Voraussetzungen, Interaktionen und Wechselwirkungen mit individuellen und sozialen Ressourcen und Erfahrungen und bedeutet mehr als die bloße Abwesenheit psychischer Störungen.

Während also psychische Gesundheit einen Zustand erfolgreichen mentalen Funktionierens bezeichnet, versteht man unter psychischen Störungen⁸ klinisch feststellbare psychische oder Verhaltensprobleme, die mit Stress und/oder Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in einem oder mehreren Lebensbereichen verbunden sind oder mit einem signifikant erhöhtem Risiko einhergehen, Schmerz oder Beeinträchtigung, einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden oder zu sterben.⁹

Psychische Gesundheit und psychische Störungen sind als Punkte auf einem Kontinuum zu verstehen, wobei es sich jedoch bei den psychischen Störungen nicht um bloße Variationen innerhalb des Bereichs des „Normalen“ handelt, sondern um abnorme oder pathologische

Phänomene. Ein einmaliges Auftreten abnormen Verhaltens oder eine kurze Periode eines solchen Verhaltens signalisiert noch keine psychische Störung. Psychische Störungen sind durch spezifische Symptome oder Zeichen charakterisiert und folgen, wenn keine Interventionen erfolgen, einem mehr oder weniger vorhersagbaren natürlichen Verlauf. Die Symptome müssen je nach lebensgeschichtlicher Lage und soziokulturellem Rahmen eine bestimmte Schwere, Dichte, Häufigkeit und Dauer aufweisen und zu persönlichem Leiden oder zur Beeinträchtigung des Funktionierens in einem oder mehreren Lebensbereichen führen.¹⁰

Psychische Störungen sind, was deren Erscheinungsformen als auch Ursachen betrifft, vielfältig. Zu den psychischen Störungen zählen alle körperlich nicht begründbaren psychischen Störungen, aber auch solche, die als Folge von körperlichen Erkrankungen vorliegen.¹¹ Sie sind in der International Classification of Diseases-10 (ICD-10) der WHO und im Diagnostic Statistical Manual IV (DSM IV) der American Psychiatric Association aufgelistet. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dient der Beurteilung von Einschränkung und Behinderung aufgrund psychischer Störungen. Die ICD-10 unterscheidet im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ zehn Hauptklassen psychischer Störungen.¹²

Tabelle 1.1: Internationale Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10, Kapitel V [F])

F0	organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	affektive Störungen
F4	neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: zitiert nach DGPPN (1997), S. 4.

⁷ WHO (2001a), S. 1.

⁸ Heute wird der in den operationalisierten Diagnosesystemen (ICD-10, DSM-IV) eingeführte Begriff der „psychischen Störungen“ jenem der „psychischen Krankheit“ vorgezogen, um eine Stigmatisierung der Betroffenen zu erschweren. Störung wird als neutraler bzw. weniger negativ bewertend gesehen als dies für den Begriff Krankheit gilt.

⁹ WHO Glossary Onlineversion: <http://wpro.who.int/multimedia/whd2001/Glossary.pdf>

¹⁰ SCHARFETTER (2002); zitiert nach STADT WIEN (2004a), im Erscheinen.

¹¹ Onlineversion, Psychische Störung Definition – Erklärung im Medizin Lexikon: <http://medizinierboard.de/lexikon>

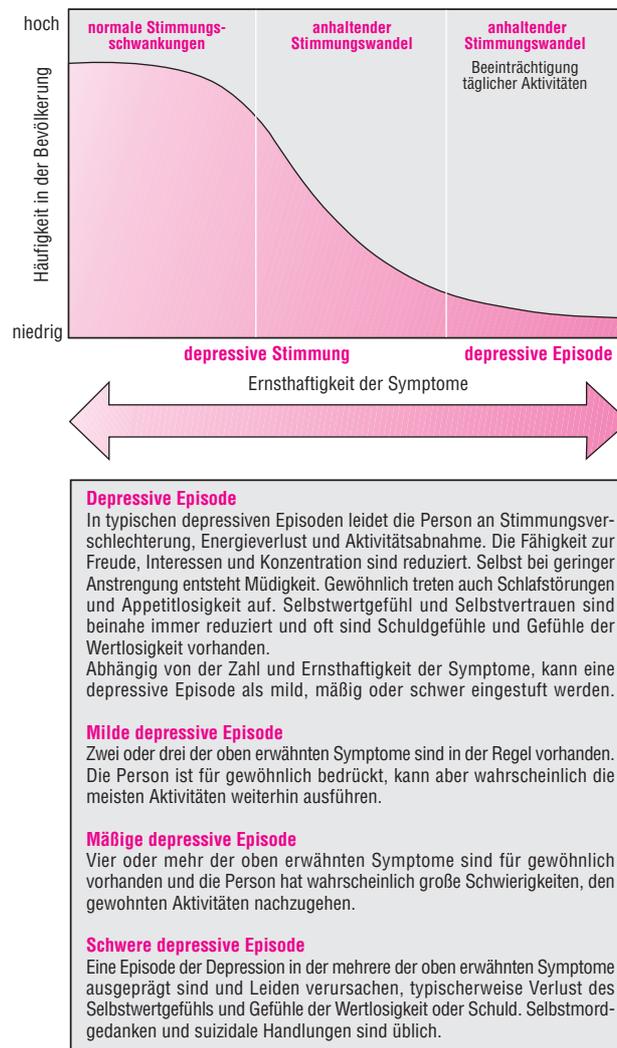
¹² Vgl. WHO (1992a).

Zusätzlich zur präzisen Definition dieser Störungen enthält Kapitel V (ebenso wie alle anderen Kapitel der ICD-10) klinische Beschreibungen und diagnostische Richtlinien sowie diagnostische Kriterien für die Forschung.¹³

Persönliche und soziale Umstände können zu einem erheblichen Leidensdruck führen. Jedoch sind, wie ge-

sagt, nicht alle menschlichen Leiden psychische Störungen. Die Europäische Union verwendet den Begriff *seelisches Problem*, „wenn erkennbare Anzeichen und Symptome nicht ausreichend stark oder anhaltend sind, um die Kriterien für eine seelische Erkrankung zu erfüllen.“¹⁴ So besteht ein Unterschied z. B. zwischen einer depressiven Stimmung und einer diagnostizierbaren Depression.

Grafik 1.1: Das Kontinuum depressiver Symptome in der Bevölkerung



Quelle: WHO (2001).

¹³ WHO (1992b), (1993a).

¹⁴ Zitiert nach: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de

Bei den im vorliegenden Bericht zur Diskussion stehenden *psychischen Beschwerden* handelt es sich im Gegensatz zu psychischen Störungen nicht um ärztlich validierte Diagnosen, sondern um mehr oder weniger stark ausgeprägte, *subjektiv empfundene Beeinträchtigungen des Wohlbefindens*, die Befragte aufgrund vorgegebener Stimuli (Fragen) äußern (*self-reported*). Im Vordergrund steht bei den Beschwerden die Perspektive der Befragten und das, was sie fühlen. Psychische Beschwerden können beginnende, intermittierende oder residuale Zustände bekannter psychischer Störungen sein, aber auch („komorbide“) Begleitsymptome anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen, möglicherweise teilweise auch eigenständige Krankheitszustände. Sie sind deutlich häufiger als diagnostizierbare psychische Störungen und haben ernsthafte Konsequenzen sowohl im Hinblick auf individuelles Leiden als auch auf die begrenzten finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems. Sie sind primär ein Problem der allgemeinärztlichen Versorgung. Vorrangige Aufgabe niedergelassener ÄrztInnen ist es, unter Klagen über Beschwerden beginnende oder residuale psychische Störungen zu erkennen und einer präventiven oder kurativen Behandlung zuzuführen bzw. komorbide psychische Probleme bzw. Störungen bei der Behandlung somatischer Erkrankungen miteinzubeziehen.

Die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Störungen und Probleme

Psychische Störungen und Probleme tragen erheblich zur gesamten Krankheitslast bei. Laut dem Gesundheitsbericht der Weltgesundheitsorganisation zur psychischen Gesundheit (WHO, 2001) erkranken über 25 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an mindestens einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung (einschließlich Alkoholismus) (Lebenszeitprävalenz), etwa 10 Prozent der Bevölkerung sind zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) betroffen. Ein besonderes Risiko, psychisch zu erkranken, haben Gruppen mit schwierigen Lebensbedingungen (wie z. B. Menschen in extremer Armut, Kinder und Heranwachsende in zerbrochenen familiären Beziehungen, vernachlässigte alte Menschen). Hoffnungslo-

sigkeit, Erfahrung von Gewalt, körperliche Erkrankungen etc. spielen dabei eine bedeutsame Rolle.

Die Weltgesundheitsorganisation erwartet für die Zukunft eine weitere Zunahme psychischer Störungen und hat angesichts der sich dadurch ergebenden Herausforderungen ihre Investitionen im Bereich der psychischen Gesundheit deutlich erhöht.¹⁵

Hinzuweisen ist auf eine hohe Prävalenz psychischer Störungen (wie z. B. von Depressionen) im Bereich der medizinischen Versorgung. So etwa leiden in internistischen Krankenhausabteilungen etwa 30 bis 50 Prozent der PatientInnen an psychischen Störungen, etwa 15 Prozent an Depressionen. Bei PatientInnen anderer Fachabteilungen wird eine ähnliche Häufigkeit vermutet. Ergebnisse einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführten Studie zu psychischen Störungen in Hausarztpraxen zeigen, dass bei etwa 25 Prozent der PatientInnen eine aktuelle psychische Störung besteht, jede/r zehnte PatientIn leidet an einer depressiven Episode. Etwa 15 Prozent der depressiven Episoden stehen in Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung.¹⁶

Auffallend ist eine hohe Komorbidität, d. h. ein häufiges Zusammentreffen verschiedener Störungen bzw. Erkrankungen. So etwa sind Depressionen häufig von anderen psychischen Störungen und Problemen, wie Ängstlichkeit, Soziopathien, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch begleitet.¹⁷ Von PatientInnen, welche Alkohol- und Drogenberatungsstellen in Anspruch nehmen, haben zwischen 30 Prozent und 90 Prozent eine „duale Störung“. ¹⁸ Bei Personen mit Schizophrenie finden sich auch häufig (12–50 Prozent) alkoholbedingte psychische Störungen.

Auch physische und psychische Gesundheitsprobleme koexistieren häufig. Psychosomatische Erkrankungen, d. h. somatische Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen,¹⁹ sind stark verbreitet. Physische Gesundheitsprobleme, wie HIV, AIDS, Diabetes, Krebs können zum Auftreten von Depressionen beitragen oder aber

¹⁵ So wurde unter anderem ein „Department of Mental Health and Substance Dependence“ eingerichtet.

¹⁶ AROLT et al. (1995); AROLT (2000), S. 468; DGPPN (1997), S. 13.

¹⁷ ZIMMERMAN et al. (2000).

¹⁸ GOSSOP et al. (1998); RACHLIESEL et al. (1999).

¹⁹ DGPPN (1997), S. 5 f.

auch eine bereits bestehende Depression verstärken.²⁰ Laut einer repräsentativen Studie in den USA sind 79 Prozent aller psychisch Kranken von Komorbidität betroffen.²¹ Die Komorbidität erhöht den Leidensdruck und hat bedeutende Implikationen für die Identifikation, Behandlung und Rehabilitation.

Einzelne für Wien (und Österreich) verfügbare Statistiken wie die Spitalsentlassungsstatistik, die Statistik der Pensionierungen aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit, die Statistik der Todesursachen, bilden jeweils nur Teilaspekte zum Problembereich ab und weisen jeweils spezifische Einschränkungen auf (siehe unten).

Im Jahr 2000 waren (unter Berücksichtigung der Hauptdiagnosen) ca. 7 Prozent der stationären Aufenthalte der Wohnbevölkerung Wiens auf psychische Störungen zurückzuführen, wobei bei den *Männern* Alkoholabhängigkeit, schizophrene Psychosen, sonstige und affektive Psychosen, bei den *Frauen* affektive Psychosen, senile und präsenile organische Psychosen, schizophrene Psychosen sowie Neurosen und Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund standen.²²

Die Spitalsentlassungsstatistik repräsentiert allerdings nur das schwerere Spektrum der Krankheitsverläufe, da in den meisten Fällen keine stationäre Behandlung erforderlich ist. Nebendiagnosen werden bisher nicht ausgewiesen. Auch erlaubt die Spitalsentlassungsstatistik wegen der Mehrfachzählung bei mehreren Krankheitsepisoden pro Jahr keine exakte Schätzung der behandelten Prävalenz. Das Ausmaß der stationären Behandlung hängt zudem weitgehend vom Ausbaugrad mit teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten ab.

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 haben nach Eigenangaben von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren in den letzten drei Monaten vor der Befragung 1,7 Prozent der Männer und 2,8 Prozent der Frauen eine(n) Psychotherapeuten/in bzw. Psycholo-

gen/in aufgesucht. Am häufigsten wurden therapeutische bzw. psychologische Hilfe von Personen jüngeren und mittleren Alters beansprucht, von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und älteren Menschen dagegen eher selten. Während bei den Frauen die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen mit zunehmender Bildung steigt, besteht bei den Männern (mit Ausnahme der niedrigsten Bildungsschicht, die nur selten solche Hilfe in Anspruch nimmt), kaum ein Unterschied zwischen den Bildungsgruppen.²³

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung psychischer Krankheiten zeigt sich u. a. in den darauf zurückzuführenden Krankenständen bzw. Krankenstandstagen und den vorzeitigen Pensionierungen. Im Jahr 2001 waren unter den Versicherten der Wiener Gebietskrankenkasse 1,7 Prozent der Krankenstandsfälle (insgesamt 12.740 Fälle) und 4,5 Prozent der Krankenstandstage (insgesamt 407.797 Tage) durch psychische Störungen bedingt. Im Jahr 2000 war österreichweit ca. jeder vierte Neuzugang an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit auf psychische Störungen zurückzuführen.²⁴

Psychische Störungen und Probleme stellen für Betroffene und deren Angehörige eine enorme Belastung dar und führen nicht selten zu Behinderung oder Tod. So etwa tragen laut WHO weltweit Depressionen neben der ischämischen Herzkrankheit am häufigsten zum Verlust gesunder bzw. behinderungsfreier Lebensjahre²⁵ bei.

In Wien sind im Jahr 2001 101 Personen (80 Männer, 21 Frauen) an einer psychischen Krankheit (Hauptdiagnose und ohne Berücksichtigung von Suiziden) gestorben. Der Hauptgrund dafür, dass mehr Männer als Frauen an Krankheiten dieser Krankheitsgruppe sterben, ist ihre vermehrte Sterblichkeit an Alkoholismus. Gleichzeitig haben sich 268 Menschen (158 Männer, 110 Frauen) das Leben genommen, das sind pro 100.000 20,6 Suizide bei den Männern und 13,1 bei den Frauen. Obwohl die Suizidsterblichkeit in den letzten

²⁰ GEERLINGS et al. (2000).

²¹ KESSLER et al. (1994).

²² STADT WIEN (2004), S. 67 ff.

²³ STADT WIEN (2004b), im Erscheinen.

²⁴ STATISTIK AUSTRIA (Hrsg.) (2002), S. 328.

²⁵ Die Maßzahl DALYs (Disability adjusted Life Years – um Behinderungen bereinigte Lebensjahre) berücksichtigt die aufgrund von Behinderung oder vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen gesunden Lebensjahre.

Jahrzehnten in Wien (und in Österreich) bei beiden Geschlechtern insgesamt zurückging, ist der Anteil der von alten Menschen begangenen Suizide gestiegen. Von den im Jahr 2001 in Wien an Suizid Verstorbenen war etwa jeder fünfte Mann und jede dritte Frau 65 Jahre oder älter.²⁶

Medikalisierung

Psychopharmaka verursachten in Österreich im Jahr 2001 Kosten von 150 Mio. Euro. Das sind 8,8 Prozent der gesamten Heilmittelkosten. Rund 80 Mio. davon entfielen auf Antidepressiva. Die Ausgaben für Psychopharmaka sind in Österreich in den vergangenen Jahren merkbar gestiegen. Während der Aufwand für Heilmittel insgesamt von 2000 auf 2001 um 5,7 Prozent gestiegen ist, betrug bei Psychopharmaka der Anstieg nahezu 8 Prozent.²⁷ Für Antidepressiva haben sich die Ausgaben zwischen 1995 und 2002 mehr als verdoppelt.²⁸

Die jährlichen Zuwachsraten für Psychopharmaka haben sich von ca. 6 Prozent (1995/96) auf ca. 9 Prozent (1998/99) erhöht. Im Jahr 1999 verordneten die niedergelassenen ÄrztInnen rund 6,2 Mio. Packungen Psychopharmaka. Davon entfielen rund 45 Prozent auf Antidepressiva, nahezu 30 Prozent auf Tranquilizer und rund 15 Prozent auf Neuroleptika.²⁹ Besonders hoch waren die jährlichen Zuwachsraten bei den Antidepressiva. Zwischen 1991 und 2000 ist der Packungsabsatz von Antidepressiva auf das Vierfache gestiegen, der Absatz von Tranquilizern blieb annähernd konstant.³⁰ Frauen werden häufiger Antidepressiva verordnet als Männern, auch stieg bei den Frauen die Verordnungsmenge stärker als bei den Männern.³¹ Analysen von Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse zeigen, dass älteren Menschen, und hier wiederum insbesondere Frauen, häufiger als jüngeren An-

tidepressiva verordnet werden, wobei sich im Alter der Konsum verordneter Antidepressiva meist über einen längeren Zeitraum erstreckt, was bei jüngeren PatientInnen deutlich seltener der Fall ist. Zu beobachten ist des Weiteren ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, mit häufigerer Verordnung von Antidepressiva im städtischen Bereich. Der Verbrauch von Antidepressiva hängt außerdem von der beruflichen Stellung ab: ArbeiterInnen werden etwas seltener Antidepressiva verschrieben als Angestellten.³²

Häufig werden bei psychischen Problemen mehrere Medikamente genommen. Laut SERMO-Studie haben 34,0 Prozent der Personen in Wien, die sich zum Zeitpunkt der Befragung „niedergedrückt“ fühlten, regelmäßig Medikamente gegen Schlafstörungen genommen. In der Gesamtbevölkerung Wiens betrug dieser Anteil nur 6,8 Prozent. 31,7 Prozent der Betroffenen nahmen Medikamente gegen Nervosität (im Vergleich zu 2,6 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung), 24,2 Prozent gegen Kopfschmerzen (vs. 8,0 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung).³³

Zur psychischen Gesundheit in der Europäischen Union

Eine Eurobarometer-Erhebung³⁴ liefert Vergleichswerte zur psychischen Gesundheit in den Ländern der Europäischen Union. Eine Auswertung auf der Ebene von Städten ist hier aus methodischen Gründen nicht möglich. In Österreich ist (bei Männern wie Frauen) das psychische Wohlbefinden etwas ausgeprägter als im Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15).³⁵ Entsprechend finden sich gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme in Österreich bei beiden Geschlechtern (vor allem aber bei den Frauen) etwas seltener.³⁶ Während in Österreich ein Fünftel (19,5 Prozent) über

²⁶ STADT WIEN (2004b), im Erscheinen.

²⁷ FISCHER et al. (2003).

²⁸ MENTAL HEALTH IN AUSTRIA (2003).

²⁹ KATSCHNIG et al. (2001), S. 92. f.; HOFMARCHER et al. (2003), S. 9 f.

³⁰ KATSCHNIG et al. (2001), S. 98.

³¹ GLAESKE (2003), S. 23.

³² HOFMARCHER et al. (2003), S 10 ff.

³³ FACT SHEETS (1998); zitiert nach SENIORENBERICHT (2000), S. 286 f.

³⁴ Im Rahmen des Eurobarometer 58.2 wurden zwischen Oktober und Dezember 2002 insgesamt 16.000 Personen ab 15 Jahre mündlich befragt, mit Ausnahme von Luxemburg und Nordirland pro Land / Region 1.000 Personen. Es handelte sich dabei um eine mehrstufige Zufallsauswahl. Die Rücklaufquote variierte zwischen 23 Prozent (Vereinigtes Königreich) und 84 Prozent (Frankreich). In Österreich lag sie bei 68 Prozent.

³⁵ Gemeint sind die 15 Staaten der Europäischen Union vor dem Beitritt der neuen Länder im Mai 2004.

gegenwärtige psychische Gesundheitsprobleme berichtet, und zwar Frauen (mit 21,2 Prozent) der Tendenz nach (jedoch nicht signifikant) häufiger als Männer (17,0 Prozent), ist es im Durchschnitt der Europäischen Union nahezu ein Viertel (23,4 Prozent), und zwar Frauen (27,6 Prozent) signifikant häufiger als Männer (18,9 Prozent).

Als Ursachen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden psychosoziale Faktoren vermutet, wie etwa geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit psychischen Störungen und Problemen, Unterschiede in der Belastung durch Lebenslagen und gesellschaftliche Erwartungen, denen Frauen in vielen Fällen einfach nicht genügen können (z. B. Doppelbelastung durch Familie und Beruf; Belastungen durch die emotional-integrative Rolle der Ehefrau und Mutter, die angesichts prekärer werdender Ehe- und Familienverhältnisse (Scheidungsrate) weiter zunehmen; starke Anforderungen aufgrund von immer häufiger werdenden Pflegefällen in der Elterngeneration).³⁷

Auffallend für Österreich ist, dass einerseits ältere Menschen überdurchschnittlich häufig über psychische Gesundheitsprobleme berichten und dass andererseits bei psychischen Gesundheitsproblemen nur in unterdurchschnittlichem Maße professionelle Hilfe durch PsychiaterInnen oder PsychologInnen in Anspruch genommen wird.

Trotz der insgesamt positiven Situation, was das psychische Wohlbefinden und psychische Gesundheitsprobleme anbelangt, und der insgesamt sinkenden Suizidsterblichkeit, liegt Österreich (Stand 1999) bei beiden Geschlechtern sowohl in der Altersgruppe der unter als auch über 65-Jährigen in der Suizidsterblichkeit deutlich über dem Durchschnitt der Europäischen Union (EU-15). Bei den älteren Menschen (d. h. den über 65-Jährigen) hat Österreich bei beiden Geschlechtern sogar die von allen 15 Ländern der EU höchste Selbstmordrate. Die Selbstmordrate war 1999 bei den

älteren Menschen in Österreich sogar höher als im Durchschnitt der zehn neuen Beitrittsländer.³⁸

Theoretische Überlegungen

Laut Weltgesundheitsorganisation sind psychische Gesundheit bzw. psychische Störungen das Resultat eines komplexen, dynamischen Zusammenspiels zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren.³⁹ Neben individuellen Aspekten spielen sozioökonomische und soziokulturelle Faktoren eine Rolle.

Die wissenschaftliche Forschung zu Genese und Therapie hatte in letzter Zeit erhebliche Erkenntnisfortschritte zu verzeichnen, vor allem was die psychologischen und sozialen Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen betrifft. Ebenso bedeutungsvoll wie die Fortschritte in den Einzelbereichen (Psychopharmakologie, Molekularbiologie und -genetik, Epidemiologie und Sozialwissenschaften, Psychotherapieforschung) sind die internationalen Bemühungen um die Integration von biologischer, innerpsychischer und sozialer Ebene. Das primär in der Schizophrenieforschung entwickelte *Vulnerabilitäts-Stress-Konzept* hat inzwischen allgemeine Bedeutung für die Entstehung psychischer Erkrankungen gewonnen und sei daher kurz ausgeführt.⁴⁰

Bei vielen psychischen Störungen ist gut belegt, dass eine *familiäre Belastung* die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöht. Forschungsergebnisse an eineiigen Zwillingen zeigen aber auch, dass bei psychischen Störungen wie Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen etc. neben der genetischen Komponente psychosoziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von hoher Bedeutung sind.

Darüber hinaus wird die Vulnerabilität, d. h. die Anfälligkeit für psychische Störungen im Erwachsenenalter, durch *Entwicklungsschädigungen* sowohl im somatischen (Geburtstrauma, somatische Erkrankungen un-

³⁶ Erhebungsinstrument für das psychische Wohlbefinden war die *Energie- und Vitalitätsskala* (EVI), für die psychischen Gesundheitsprobleme der 5-Item Mental Health Index (MHI-5). Beide Erhebungsinstrumente sind Teil des SF-36 Gesundheits-Survey-Instruments, das insgesamt acht Skalen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes beinhaltet. Zur ausführlichen Darstellung der Methode siehe BULLINGER, KIRCHBERGER (1998).

³⁷ Dies lässt darauf schließen, dass sich die Prävalenzraten psychischer Störungen bei Frauen vermutlich nur dann senken lassen, wenn eine ganze Fülle von Lebensbedingungen durch strukturelle Maßnahmen umfassender Art umgestaltet würde.

³⁸ Gemeint sind die zehn Staaten, die im Mai 2004 der Europäischen Union beigetreten sind. Vgl. dazu HOFMARCHER et al. (2003), S. 7 f.

³⁹ WHO (2001).

⁴⁰ Die Beschreibung orientiert sich im Wesentlichen an der Darstellung des Konzepts durch die DGPPN (1997), S. 10.

ter Beteiligung des zentralen Nervensystems etc.) als auch psychischen Bereich (früher Verlust der Eltern, schwere Vernachlässigung, sexueller Missbrauch etc.) entscheidend mitbestimmt.

Dem Ausbruch einer psychischen Störung geht meistens eine *belastende Lebenssituation* voraus. Dabei kann es sich z. B. um eine körperliche Erkrankung, eine psychische Stresssituation (Ehekonflikt, Verlust einer nahe stehenden Person, Arbeitsplatzverlust etc.) handeln.

Neben der konstitutionellen Vulnerabilität sind *soziale Unterstützung* des Einzelnen und die individuelle Fähigkeit, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen (*Copingstrategien*), entscheidend für die Manifestation einer psychischen Störung.

Die psychische Störung selbst ist nur adäquat verstehbar, wenn man einerseits die neurobiologischen Faktoren (wie eine Entgleisung von zentralnervösen Transmittersystemen), und andererseits das durch die Erkrankung selbst wiederum ausgelöste psychische Leiden und die daraus resultierenden interpersonellen und sozialen Probleme berücksichtigt. Entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist davon auszugehen, dass die biologischen Störungen nicht nur psychisches Leiden und soziale Probleme bedingen, sondern letztere wiederum als „Stressoren“ die neurobiologischen Auffälligkeiten intensivieren. Verlauf und Gefahr

der Chronifizierung psychischer Erkrankungen hängen also entscheidend vom Wechselspiel somatischer, psychischer und sozialer Aspekte ab. D. h. eine prinzipiell rasch korrigierbare neurobiologische Entgleisung kann sich durch schwere psychosoziale Stressfaktoren chronifizieren.⁴¹

Die dem vorliegenden Bericht zugrunde liegende Analyse der Determinanten psychischer Beschwerden stützt sich auf sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze, die zwar jeweils nur Aspekte bestimmter psychischer Störungen und Probleme erklären, aber eine brauchbare Grundlage für deren Erforschung abgeben können. Unter Monitoring-Aspekten scheint für den Bereich psychischer Gesundheit bzw. psychischer Störungen ein auf dem Stresskonzept beruhendes theoretisches Modell bedeutsam, das vier zentrale Konzepte und verschiedene Subkonzepte aufweist⁴², nämlich:

- psychische Gesundheit (Diagnosen, Beschwerden)
- Belastungen (Stress, Mangellagen)
- Ressourcen (personale, soziale)
- Bewältigung und Verhalten (Coping, Gesundheits- und Krankheitsverhalten einschließlich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe).

Unter Bezugnahme auf dieses theoretische Modell gehen NIKLOWITZ & MEYER⁴³ von folgendem, der empirischen Überprüfung zugänglichen Indikatorensystem aus, das auch für die vorliegende Analyse forschungsleitend war:

⁴¹ DGPPN (1997), S. 10 ff.

⁴² Vgl. PEARLIN (1989); THOITS (1995); TURNER, LLOYD (1999); MEYER (2000).

⁴³ NIKLOWITZ & MEYER (2001).

Tabelle 1.2: Dimensionen und Indikatoren für psychische Gesundheit

Dimensionen	Unterdimensionen	Bereiche	Indikatoren
1. Psychische Gesundheit	Wohlbefinden (subjektive Lebensqualität, positive psychische Gesundheit)		Lebenszufriedenheit, Wellbeing, Happiness, Lebenssinn, Kohärenzgefühl (SOC=„sense of coherence“)
	psychische Beschwerden und psychische Krankheit (negative psychische Gesundheit)	leichte psychische Beschwerden (subklinisch)	Verstimmtheit, Nervosität, Depressivität, affektive und kognitive Beeinträchtigungen etc.
		psychische Krankheit (psychische Störungen nach ICD-10; DILLING et al. 1993): Diagnosen, Schweregrad, Chronizität	Diagnosen: Diagnosegruppen, Tracerdiagnosen, insbesondere Affektstörungen (F3), Demenz (F00-F03) substanzbedingte Störungen (Alkohol, Drogen; F1) Schizophrenien (F2), Rating des Schweregrads mit CGI in PSYREC*, Dauer und Anzahl der Behandlungen
	Krankheitsfolgen	krankheitsbedingte Beeinträchtigungen	in Arbeit, Beziehungen etc.
2. Belastungen	sozialer Stress	Life Events, chronischer Stress, tägliche Ärgernisse („daily hassles“)	Biographie-, krankheits- und berufsbezogen
	Mangellagen (strukturelle Benachteiligung)	Mangellagen in verschiedenen Lebensbereichen	Einkommen, Arbeit, Wohnen, Bildung etc.
	Umwelt	Gewalt, Kriminalität, Immissionen	Opfer von Gewalt, Befürchtungen, Opfer eines Verbrechens zu werden
3. Ressourcen	personale Ressourcen	subjektive Überzeugungen, Identität, Kenntnisse und Fähigkeiten	Kompetenzerwartung, Kontrollüberzeugung (Mastery), Selbstwertgefühl, Hardiness**, Kohärenzgefühl (SOC; vgl. oben: Wohlbefinden), kognitive und soziale Kompetenzen
	soziale Ressourcen	soziales Netz, soziale Unterstützung	„objektive“ Vernetzung, subjektive, erhaltene und geleistete Unterstützung
	sozialer Status und Prestige	(vgl. Mangellagen unter Belastungen)	
4. Bewältigung und Verhalten	Coping	emotional-kognitiv, Handeln	Copingskalen, subjektives Krankheitskonzept
	Gesundheits- und Krankheitsverhalten	Gesundheitsverhalten, Verhalten bei Beschwerden und Krankheit	Stressmanagement, Entspannung etc., Selbstbehandlung (inkl. Medikamente), Laiensystembehandlung, professionelle Behandlung

* „Clinical Global Impressions“ entsprechend dem Manual zur Statistik der Psychiatrie-Patienten.

** Fähigkeit, Stresssituationen positiv zu sehen.

Quelle: NIKLOWITZ, MEYER (2001), S. 13 f.

Wichtige sozialwissenschaftliche Theorien, für deren Überprüfung Datenmaterial zur Verfügung steht, sind die *Stresstheorie*⁴⁴, die *Theorie der belastenden Lebensereignisse*⁴⁵ und die *Theorie der sog. „Daily Hassles“*.⁴⁶

Erstere betont, dass psychische Störungen und Probleme besonders häufig dann auftreten, wenn sich Menschen mit aktuellen Ereignissen oder andauernden Bedingungen konfrontiert sehen, die zu Verlusten und

⁴⁴ BRÜCKER (1994); KEUPP (1999).

⁴⁵ FILIPP (1981); KEUPP (1999).

⁴⁶ DELONGIS et al. (1982); WEYERER (1995). Vgl. dazu auch MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (2000), S. 224 ff.

Schäden führen bzw. geführt haben und „Stressoren“ darstellen, denen sie sich aufgrund wahrgenommener begrenzter Handlungsmöglichkeiten nicht gewachsen fühlen. Ähnlich geht auch die Theorie der belastenden Lebensereignisse davon aus, dass Menschen im Laufe des Lebens typischen Belastungen in Form von Ereignissen (z. B. Krankheit, Tod des Partners, Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch Heirat, Geburt eines Kindes, beruflicher Auf- und Abstieg) ausgesetzt werden, die sie zu einer drastischen Änderung ihres Rollenrepertoires zwingen, die als stark belastend empfunden wird. Die Theorie der „Daily Hassles“ sieht bei grundsätzlich ähnlicher Argumentation wie die beiden anderen Positionen die Ursache psychischer Störungen und Probleme in der zermürbenden Wirkung durch andauernde, eher alltägliche Ärgernisse, Beschwerneisse und Spannungen, die sich aus einer spezifischen Lebenslage (z. B. Armut) ergeben.

Die Theorie der „Daily Hassles“ trägt zur Erklärung vieler psychischer Probleme von Frauen bei: Charakteristisch für die Lebenslage vieler Frauen und Mütter sind fortwährende tägliche Belastungen, die sich aufgrund der Bewältigung der gleichzeitigen Anforderungen durch Beruf, Haushalt und Kinder, das Ausgeliefertsein an die Zeitpläne des Partners und der Kinder, sowie der eventuell zu pflegenden Personen, bei zum Teil relativ unkooperativem Verhalten von Mann und Kindern, ergeben.⁴⁷

Berufliche Anforderungen können sich zwar durchaus positiv auf das Allgemeinbefinden auswirken, können aber auch zu gegenteiligen Effekten führen. Ob Belastungen zu gesundheitlichen Folgeschäden führen, hängt entscheidend von Umfang und Qualität verfügbarer Ressourcen und Bewältigungsstrategien ab. ROXBURGH verweist auf unterschiedliche Bewältigungsstrategien von Männern und Frauen: Während Frauen, um ein Problem zu lösen, sich ständig damit

beschäftigen, vermeiden es Männer eher, an das Problem zu denken. Während bei Frauen übermäßiger Stress häufiger zu Depression und Angst führt, reagieren Männer (vor allem im Beruf) auf Stressoren häufiger mit (Erhöhung des) Alkohol- und Drogenkonsum(s). Beide Reaktionsweisen stellen nach ROXBURGH signifikante Probleme für die Volksgesundheit dar.⁴⁸

Eine wichtige Rolle für die krank machende Wirkung von Belastungen spielt das Ausmaß ab, in dem Betroffene soziale Unterstützung (emotionale Unterstützung durch Trost, instrumentelle Hilfe zur Beseitigung der Belastung, Bereitstellung von Informationen etc.) erhalten. Frauen verfügen zwar in der Regel häufiger über größere soziale Netzwerke als Männer. Zu beobachten ist jedoch, dass Männer häufiger solche soziale Unterstützung erhalten, aber wenig Unterstützung leisten bzw. dabei nicht sehr erfolgreich sind.⁴⁹

Zudem fallen gesellschaftliche Reaktionen auf „abweichendes“ Verhalten von Frauen häufig härter aus als auf jenes von Männern. Während auf entsprechende Verhaltensweisen von Männern (in der Familie oder in Betrieben) lange Zeit durch „normalisierende“ Interpretationen oder Verleugnen durchaus „verständnisvoll“ reagiert wird, ist dies bei vergleichbaren Verhaltensweisen von Frauen nicht so sehr der Fall. Bei Frauen besteht häufiger die Gefahr der Pathologisierung und der Einstufung als „psychisch krank“, ein Phänomen, das zum Teil auch für die häufigere Diagnose psychischer Störungen bei Frauen verantwortlich gemacht wird.⁵⁰ Andererseits erhöht sich aber dadurch die Chance zu rechtzeitiger Behandlung, was wiederum zur Vermeidung stationärer Behandlung bzw. zur Verhinderung schwerwiegender Folgen (wie etwa einen Suizid) beitragen kann. Suizide sind, wie sich zeigt, bei Frauen deutlich seltener.

⁴⁷ Vgl. dazu u. a. die Studien von Susan ROXBURGH (1996).

⁴⁸ Zitiert nach MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (2000), S. 224 ff.

⁴⁹ NESTMANN, SCHMERL (1991).

⁵⁰ Vgl. dazu GESUNDHEITSBERICHT FÜR DEUTSCHLAND (1998), S. 220.

II. DATENGRUNDLAGE UND METHODIK

SAMPLE AND METHODS

2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK

Trotz hoher Brisanz des Problems sind, wie erwähnt, zur Verfügung stehende statistische Angaben zu Prävalenz und Determinanten psychischer Störungen und Probleme eher rar. Um Hilfen für die Gesundheitsplanung zur Verfügung zu haben, ist es daher besonders wichtig, das vorhandene Datenmaterial zu nutzen bzw. in Zukunft Daten-Lücken zu schließen. Bei der vorliegenden Analyse psychischer Beschwerden handelt es sich um eine Sekundärauswertung. Zur Beurteilung der Datenqualität der verwendeten Erhebungen sind einige methodische Bemerkungen angebracht. *Rezente Befragungen*, die Angaben zu psychischen Beschwerden enthalten, sind der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 sowie das Mikrozensus-Sonderprogramm vom September 1999 „Fragen zur Gesundheit“. Um Entwicklungstendenzen aufzuzeigen, kann außerdem auf Ergebnisse des Mikrozensus vom Dezember 1991, der sich ebenfalls mit diesem Problem befasste, zurückgegriffen werden. Der Mikrozensus erlaubt zudem Vergleiche zwischen Wien und den anderen Bundesländern bzw. dem gesamten Bundesgebiet.

Beim *Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey* handelt es sich um eine mündliche Befragung. In zwei Befragungswellen (Wintermonate der Jahre 1999/2000 und 2000/2001) wurden insgesamt 4.019 WienerInnen ab 16 Jahre (im Haushalt der Zielperson) befragt. Die Zielpopulation (Wiener Wohnbevölkerung) wurde nach der Methode der einfachen Zufallsauswahl unter Zuhilfenahme von Zählbezirken bestimmt. Die Ausgangsstichprobe umfasste 7.300 Personen, erreicht wurde eine Ausschöpfung von 55 Prozent. Der Großteil der Ausfälle (68 Prozent) war auf Verweigerung des Interviews zurückzuführen.

Der *Mikrozensus* ist eine vierteljährlich durchgeführte Stichprobenerhebung in Privathaushalten, die durch Verordnung eingerichtet wurde. Das Sonderprogramm richtet sich an alle im Mikrozensus befragten Personen. Samplestruktur und -größe des Mikrozensus erlauben es, gesonderte Auswertungen auf Ebene der Bundesländer vorzunehmen. Für Wien wurden die Ergebnisse

des Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ vor kurzem veröffentlicht.⁵¹

Der Stichprobenplan des Mikrozensus ist seit 1994 durch ein zweistufiges Auswahlverfahren charakterisiert. Lediglich in Wien und in Vorarlberg erfolgt (wie vor 1994 für ganz Österreich) die Stichprobenziehung einstufig.⁵² Als Auswahlrahmen für die Stichprobenziehung diente 1999 die Wohnungszählung 1991, revidiert durch die laufende Wohnbaustatistik. Der Auswahlatz für den Mikrozensus liegt bei 0,8 Prozent der österreichischen Wohnungen; einbezogen wurden im September 1999 ca. 30.000 Wohnungen. Österreichweit wurden insgesamt 58.745 Personen befragt, darunter 5.866 in Wien. Hochgerechnet sind dies für das gesamte Bundesgebiet 7,99 Millionen, für Wien 1,58 Millionen Befragte. Beim Mikrozensus handelt es sich um eine mündliche Befragung in Privathaushalten. Die Anstaltsbevölkerung, die etwa 1 Prozent der Bevölkerung ausmacht, wurde nicht befragt.

Im Gegensatz zum Grundprogramm besteht für Sonderprogramme des Mikrozensus keine Auskunftspflicht, d. h. die Teilnahme daran ist freiwillig. In Wien war die Ablehnungsquote (mit 28,7 Prozent) etwas höher als im gesamten Bundesgebiet (22,4 Prozent). Vor allem ältere Frauen haben die Befragung überdurchschnittlich häufig abgelehnt. Um die mit der Antwortverweigerung (*total-non-response* und *item-non-response*) verbundenen Probleme zu beheben, wurde von der Statistik Austria eine Methode zur Imputation fehlender Werte entwickelt. Dabei wird mittels einer auf soziodemografischen Merkmalen basierenden Distanzfunktion der „ähnlichste“ Spender ermittelt, darauf aufbauend werden die fehlenden Merkmale ergänzt.⁵³ Die Ergebnisse des Berichts basieren auf den imputierten Daten. Beim Mikrozensus sind auch so genannte Fremdauskünfte, d. h. Auskünfte durch andere Haushaltsmitglieder erlaubt. 1999 haben in Österreich 58,5 Prozent über sich selbst Auskunft gegeben; in Wien waren es deutlich mehr, nämlich 67,6 Prozent.

⁵¹ Vgl. dazu STADT WIEN (2002b).

⁵² Nähere Informationen zum Stichprobenplan und zu organisatorischen Fragen des Mikrozensus sind einschlägigen Publikationen der Statistik Austria zu entnehmen (vgl. dazu u. a. ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT [Hrsg.] [1996a, 1999]).

⁵³ Zur Erläuterung dieses Verfahrens vgl. ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (Hrsg.) (1996), S. 75 ff.

Die Ergebnisse der zur Diskussion stehenden empirischen Erhebungen sind aufgrund der unterschiedlichen Samplestruktur und Bezugspopulationen sowie der unterschiedlichen Fragestellungen und Antwortvorgaben nicht direkt vergleichbar. Beiden Erhebungen liegen Eigenangaben der Befragten (im Mikrozensus teilweise auch Angaben anderer Haushaltsmitglie-

der) zugrunde, also keine ärztlich validierten Diagnosen. Trotz dieser Einschränkungen sind empirische Erhebungen wichtige Informationsquellen zum Krankheitsgeschehen, sie liefern uns Anhaltspunkte über die Verbreitung von Krankheiten und Beschwerden, für die ansonsten keine Informationen zur Verfügung stehen.

**III.
PSYCHISCHE
BESCHWERDEN**

***MENTAL HEALTH
PROBLEMS***

INHALT

3 PSYCHISCHE BESCHWERDEN	51
3.1 HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER BESCHWERDEN IM ÜBERBLICK	52
3.2 SCHLAFSTÖRUNGEN	55
3.3 MÜDIGKEIT	61
3.4 ANGST, NERVOSITÄT	65
3.5 MELANCHOLIE, DEPRESSION, UNGLÜCKLICHSEIN	70
3.6 NIEDERGESCHLAGENHEIT, KRAFTLOSIGKEIT	75
3.7 GEDÄCHTNISCHWÄCHE, KONZENTRATIONSSTÖRUNGEN	81
3.8 EXKURS: ARBEITSLOSIGKEIT UND PSYCHISCHE BESCHWERDEN	86
3.9 INDEX PSYCHISCHER BESCHWERDEN	88

3 PSYCHISCHE BESCHWERDEN

Zusammenfassung

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Überblick über die Verbreitung psychischer Beschwerden in der Wiener Bevölkerung. Bei 9 Prozent der Wiener Bevölkerung findet sich ein hohes Ausmaß an psychischen Beschwerden, bei 30 Prozent ein mittleres. Am häufigsten sind Müdigkeit und Schlafstörungen. Bei den Männern folgen an dritter Stelle Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit; bei den Frauen Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen.

Frauen haben häufiger psychische Beschwerden als Männer. Besonders stark betroffen sind ältere Menschen (ab 75 Jahre). Aber auch bei den 45- bis 59-Jährigen, insbesondere den Frauen, sind einzelne psychische Beschwerden überdurchschnittlich häufig. Als Ursachen kommen psychosoziale Faktoren (Probleme älterer Arbeitnehmerinnen, Auszug der Kinder, vermehrtes Auftreten von Krankheiten etc.) sowie die im Zusammenhang mit der Menopause stehenden Veränderungen in Frage. Im frühen Pensionsalter entspannt sich die Situation wieder etwas. Im hohen Alter (ab 75 Jahren) nehmen psychische Beschwerden allerdings wieder zu.

Besonders häufig sind psychische Beschwerden bei Arbeitslosen. Durchgängige Bildungs- und Einkommensunterschiede hinsichtlich des Auftretens psychischer Beschwerden sind nur zum Teil, und wenn, dann eher bei den Frauen zu beobachten. Berücksichtigt man jedoch das Ausmaß psychischer Beschwerden (vgl. dazu die Ergebnisse zum Index psychischer Beschwerden) treten Bildungs- und Einkommensunterschiede (aber auch hier wiederum vor allem bei Frauen) deutlich zutage.

Zum Teil finden sich psychische Beschwerden auch gehäuft bei den in Arbeiterbezirken mit hohem Ausländeranteil lebenden Personen, aber auch in Nobelbezirken wohnhafte Personen haben überdurchschnittlich häufig psychische Beschwerden. Einer der Gründe für das gehäufte Vorkommen psychischer Beschwerden in den Nobelbezirken ist die Alterszusammensetzung in diesen Bezirken bzw. das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter.

Summary

This section provides an overview of the prevalence of mental health problems in Vienna. 9 percent of the Viennese population have severe and 30 percent have moderate mental health problems. Tiredness and sleep disturbances are the most common ones, followed by depressive mood and decreased energy for men and anxiety, nervousness, restlessness and uneasiness for women.

Mental health problems are more common in women than in men. The rate is particularly high for elderly persons (75 and older), but the age group 45 to 59 also shows an above average prevalence for individual disorders, in particular in women. The main causes are psychosocial factors (problems of older employees, children leaving home, increased occurrence of illnesses, etc.) and changes occurring with menopause. With retirement, the situation usually improves slightly, but in old age (from age 75 onwards) the prevalence of mental health problems increases again.

Mental health problems are particularly common in unemployed persons. An overall relation between the level of education and income and mental health problems, however, cannot be observed; they are linked, in particular for women, but there is no complete correlation. When the severity of mental health problems is taken into account (cf. results on the index of mental health problems), differences in education and income become apparent (primarily for women): the lower the level of education and the income, the higher the probability of a high level of mental health problems.

There is also a high prevalence of mental health problems in some parts of working-class districts with a large immigrant population, but it is also above average in the upper-class districts. One of the reasons for the high prevalence in the upper-class districts is the age structure – the average age there is comparatively high.

Auffallend ist des Weiteren die starke Verbreitung psychischer Beschwerden unter österreichischen StaatsbürgerInnen sowie unter Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft, insbesondere den Frauen. Personen mit Staatsbürgerschaft eines Staates Ex-Jugoslawiens dagegen geben nur vergleichsweise selten psychische Beschwerden an.

Der überwiegende Teil der Betroffenen unternimmt nichts gegen psychische Beschwerden. Neben sonstigen, nicht näher bezeichneten Maßnahmen, stehen in der Regel der Griff in die Hausapotheke und die Arztkonsultation im Vordergrund. Frauen sind eher bereit als Männer, etwas gegen bestehende Beschwerden zu unternehmen.

There is also a conspicuously high prevalence of mental health problems among Austrian and Turkish citizens living in Vienna, in particular women, while immigrants from former Yugoslavia report comparatively few mental health problems.

The majority of persons with mental health problems do not try to treat them in any way. For those who do, self-medication and consulting a doctor, in addition to other, unspecified, measures, are the most common measures. Women are generally more prepared to try to do something against their mental health problems than men.

Einleitung

Zur Charakterisierung der psychischen Gesundheit der Wiener Bevölkerung stehen Angaben zu psychischen Beschwerden aus Umfragen zur Verfügung. Im Unterschied zu psychischen Erkrankungen, d. h. diagnostizierten psychischen Störungen, handelt es sich bei psychischen Beschwerden im Wesentlichen um Kompo-

nenten des subjektiven Empfindens und Befindens. Beschwerden behindern zwar in der Regel die gewohnte Tätigkeit nicht, können aber das Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen.

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Überblick über die Verbreitung psychischer Beschwerden in der Wiener Bevölkerung.

3.1 Häufigkeit psychischer Beschwerden im Überblick

Angaben zur Verbreitung psychischer Beschwerden in der Wiener Bevölkerung liefern der Mikrozensus 1999 und der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001. Aufgrund unterschiedlicher Methoden⁵⁴ sind jedoch die Ergebnisse beider Erhebungen kaum vergleichbar. Unterschiede bestehen sowohl in der Art der erfassten Beschwerden sowie hinsichtlich des untersuchten Zeitraums. Während im Mikrozensus nach dem Vorhandensein von Beschwerden (ohne zeitliche Eingrenzung) gefragt wurde, wurde im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey das Vorhandensein von Beschwerden in den letzten zwei Wochen vor der Befragung erhoben und zusätzlich die Stärke der Beschwerden erfasst.

Ergebnisse des Mikrozensus

Im Mikrozensus erfasst wurden Schlafstörungen, Schwäche bzw. Müdigkeit, Nervosität und Niedergedrücktheit (Depressionen). Ein Fünftel der in Privathaushalten lebenden Wiener Bevölkerung (19,8 Prozent) hat mindestens eine dieser Beschwerden.

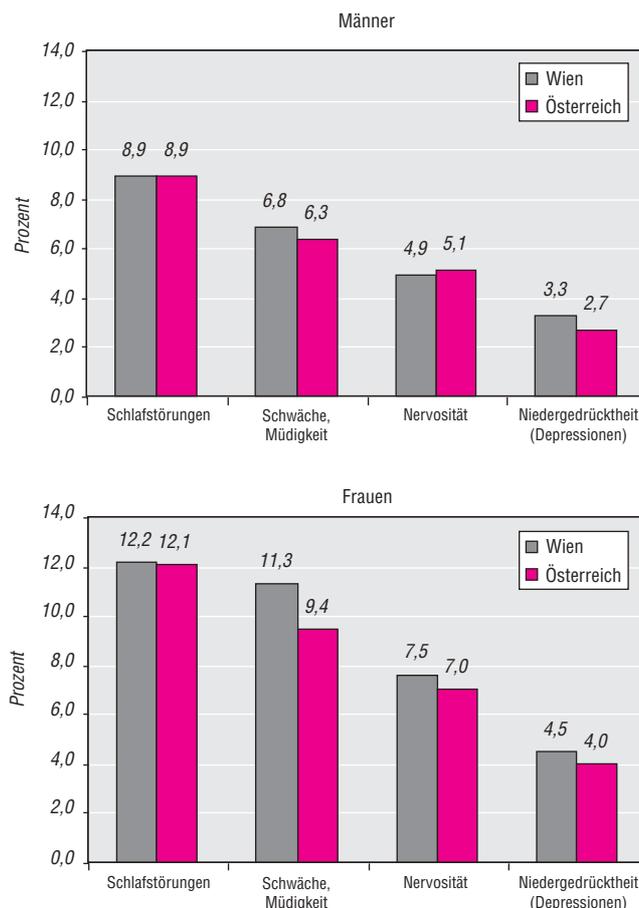
Am verbreitetsten sind Schlafstörungen, gefolgt (der Rangreihe nach) von Schwäche bzw. Müdigkeit, Nervosität und Niedergeschlagenheit (Depressionen). Etwa jede/r zehnte WienerIn (10,6 Prozent) leidet unter Schlafstörungen, 9,2 Prozent berichten über Schwäche, Müdigkeit, 6,2 Prozent leiden unter Nervosität und 3,9

⁵⁴ Unterschiede bestehen auch in der Sampleauswahl: Während im Mikrozensus keine Altersbegrenzung vorgenommen wurde, wurden im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey Personen ab 16 Jahre befragt.

Prozent unter Niedergedrücktheit (Depressionen). Frauen berichten häufiger über die genannten psychischen Beschwerden als Männer.

In Wien sind psychische Beschwerden der Tendenz nach häufiger als im gesamten Bundesgebiet. Nur bei Schlafstörungen ergeben sich für beide Geschlechter keine nennenswerten Unterschiede, bei Nervosität besteht für Männer kein bzw. kaum ein Unterschied.

Grafik 3.1: Beschwerden in Wien und Österreich 1999 nach Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 wurde (wie erwähnt) – neben dem Vorhandensein bestimmter psychischer Beschwerden in den letzten

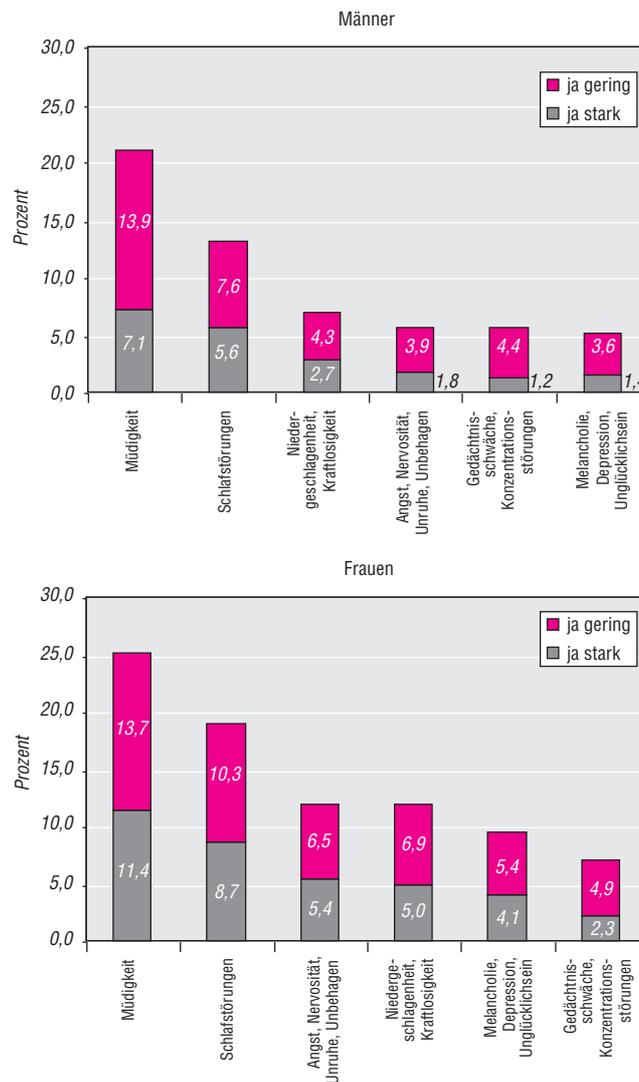
zwei Wochen vor der Befragung – erfasst, ob es sich dabei um starke oder leichte Beschwerden handelte. Danach führt (sowohl unter Berücksichtigung leichter als auch starker Beschwerden) Müdigkeit vor Schlafstörungen die Rangreihe der psychischen Beschwerden an.⁵⁵ Am dritthäufigsten sind bei Männern Nie-

⁵⁵ Die Unterschiede in Reihung und Häufigkeit psychischer Beschwerden zwischen den Erhebungen sind (abgesehen von der Frageformulierung) auch aufgrund der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte zu erklären. Die Erhebung für den Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey fand in den Wintermonaten statt, die Mikrozensus-Erhebung im Spätsommer. Die Werte im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey sind auch insofern höher, als hier im Gegensatz zum Mikrozensus Kinder (bei denen psychische Beschwerden in der Regel seltener sind) nicht einbezogen sind.

dergeschlagenheit/Kraftlosigkeit; bei den Frauen Angst/Nervosität/Unruhe/Unbehagen. Während bei den Männern Melancholie/Depression/Unglücklich-

sein am seltensten sind, nehmen bei den Frauen Gedächtnisschwäche/Konzentrationsstörungen den letzten Rang ein.

Grafik 3.2: Psychische Beschwerden (in den letzten zwei Wochen) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)*



* Sortiert nach dem Vorhandensein psychischer Beschwerden bei Männern und Frauen.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Ebenso wie im Mikrozensus zeichnet sich auch im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, unabhängig von

der Stärke psychischer Beschwerden, eine vermehrte Betroffenheit der Frauen ab.

3.2 Schlafstörungen

Ursachen und Verbreitung

Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey hatten von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren 13,2 Prozent der Männer und 19,0 Prozent der Frauen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Schlafstörungen, 5,6 Prozent der Männer und 8,7 Prozent der Frauen berichteten von starken Schlafstörungen.

Schlafstörungen treten häufig vorübergehend auf und sind als solche noch nicht als Störung zu bezeichnen. Besonders vor oder nach belastenden Ereignissen sind Schlafstörungen durchaus normal. Großer Leidensdruck entsteht, wenn sie sich über längere Zeit (Wochen oder Monate) erstrecken und zu Müdigkeit, Leistungs- und Konzentrationsminderung oder anderen Beschwerden führen.

Zu unterscheiden ist zwischen Ein- und Durchschlafstörungen. *Einschlafstörungen* liegen vor, wenn mehr als eine halbe Stunde bis zum Einschlafen vergeht, *Durchschlafstörungen*, wenn die Betroffenen nach dem Aufwachen in der Nacht nach mehr als einer halben Stunde nicht wieder einschlafen können. Schlafstörungen müssen zwar nicht immer psychischen Ursprungs sein, wirken sich aber deutlich auf das psychische Wohlbefinden aus. Als Ursachen kommen folgende Faktoren in Betracht:

- physikalische (z. B. Lärm, helles Licht)
- physiologische (z. B. Schichtarbeit)

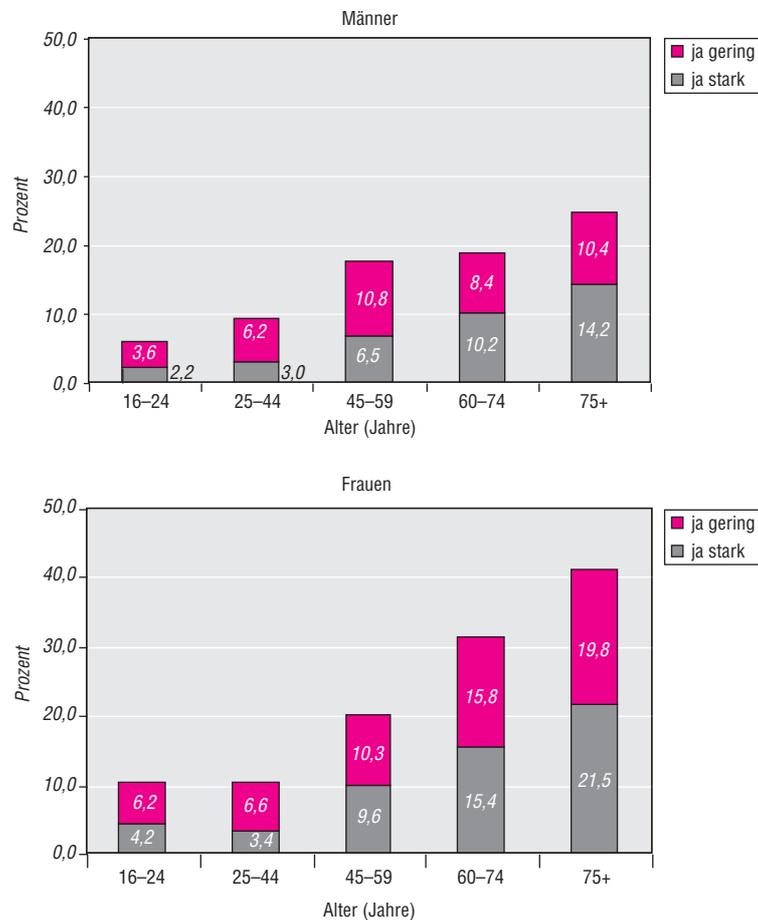
- psychologische (z. B. Ärger, Stress, familiäre oder berufliche Probleme)
- psychische (z. B. Depression, Manie)
- pharmakologische (z. B. Konsum von Kaffee, Alkohol, Nebenwirkung von Medikamenten wie Appetitzügler) oder
- organische (Epilepsie, ruheloses-Bein-Syndrom, Schmerzen, Herzkrankheiten, Schlafapnoe)

Auch die Angst vor der nächsten schlaflosen Nacht kann die Schlafstörung verstärken.

Es ist vor allem wichtig herauszufinden, woher die Schlafstörungen rühren und die Ursachen, soweit dies möglich ist, zu beseitigen. Bei länger anhaltenden Schlafstörungen sollte eine Abklärung der Ursache(n) durch den Arzt erfolgen, da ein über längerer Zeit hinweg gestörter Schlaf zu gravierenden Folgen für die Betroffenen führen kann. In schwierigen Fällen können Untersuchungen im Schlaflabor weiterhelfen.

Frauen leiden häufiger unter Schlafstörungen als Männer. Dies trifft sowohl für starke als auch leichte Beschwerden und für alle Altersgruppen zu. Mit dem Alter nehmen Schlafstörungen zu. Während in Wien von den 25- bis 44-Jährigen 9,2 Prozent der Männer und 10,0 Prozent der Frauen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung Schlafstörungen hatten, war(en) von den 75-Jährigen und älteren ein Viertel der Männer und über 40 Prozent der Frauen betroffen. Auch starke Schlafstörungen werden mit dem Alter häufiger.

Grafik 3.3: Schlafstörungen (in den letzten zwei Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

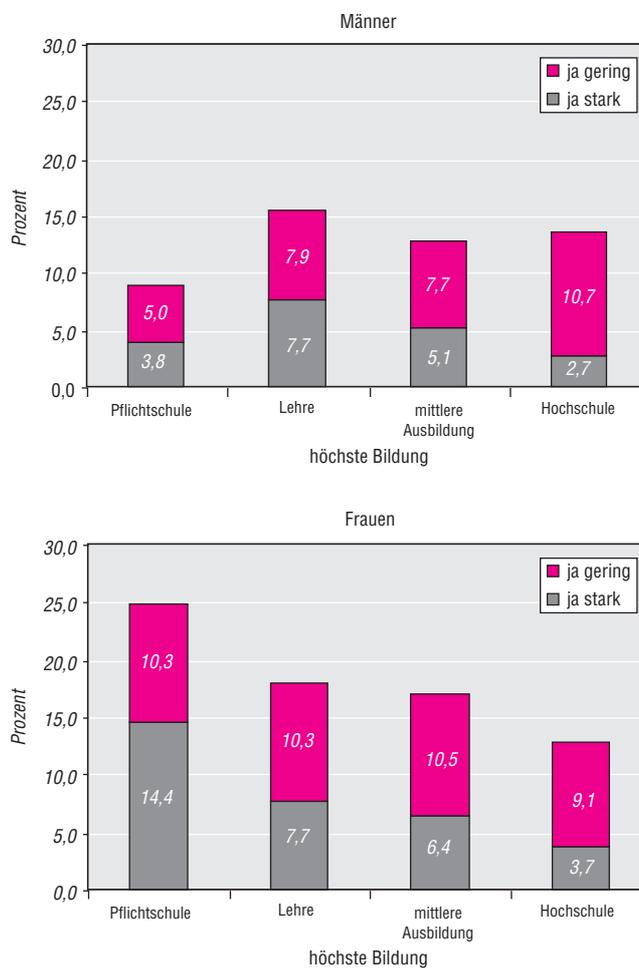
Sozioökonomische Ausprägungen

Eine deutliche Bildungs- und Einkommensabhängigkeit ist lediglich bei den Frauen zu beobachten: Niedrig

gebildete und einkommensmäßig schlechter gestellte Frauen leiden häufiger unter (starken) Schlafstörungen.⁵⁶

⁵⁶ Zu beachten ist, dass ältere Frauen gegenwärtig eine niedrigere Bildung und ein geringeres Einkommen haben.

Grafik 3.4: Schlafstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

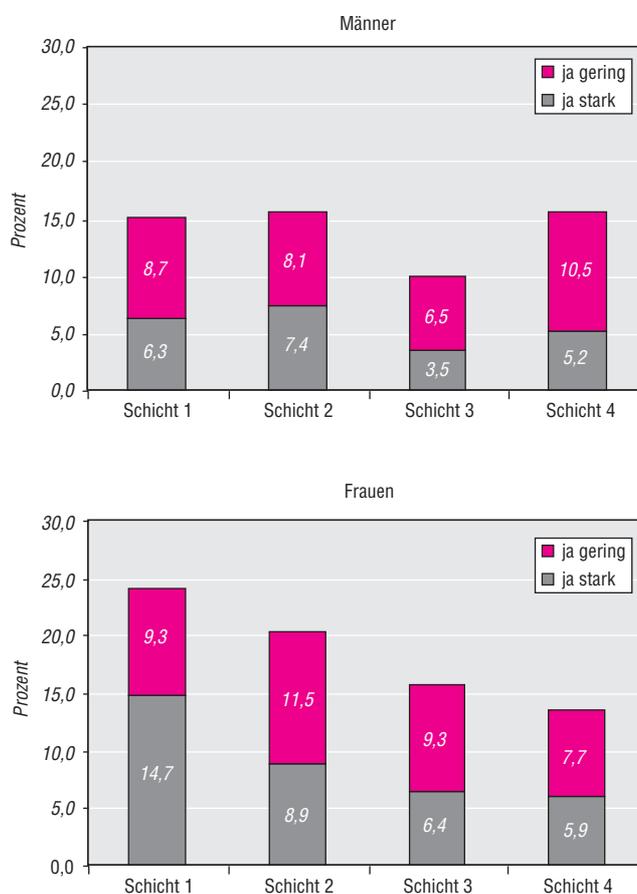


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Von den Männern leiden jene mit Pflichtschulbildung am wenigsten unter Schlafstörungen. Männer mit niedriger Bildung verrichten häufig schwere körperli-

che Arbeit, was anscheinend dem Auftreten von Schlafstörungen entgegenwirkt.

Grafik 3.5: Schlafstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf* und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



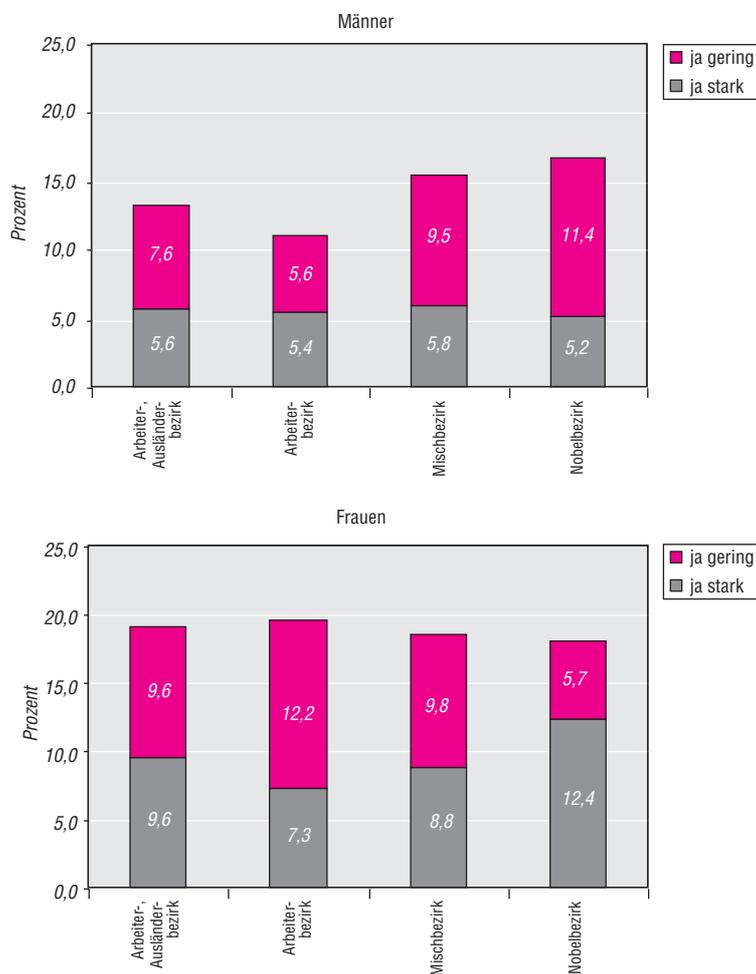
* Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro): Schicht 1 = bis 727,-; Schicht 2 = bis 1.308,-; Schicht 3 = bis 2.180,-; Schicht 4 = über 2.180,-.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Im Einklang damit steht, dass Männer aus Arbeiterbezirken am seltensten über Schlafstörungen berichten. Allerdings unterscheidet sich die Häufigkeit starker Schlafstörungen bei den Männern nicht nach der Art des Wohnbezirks. Bei Frauen sind Schlafstörungen

(insgesamt) in allen Bezirksarten ähnlich häufig, starke Schlafstörungen finden sich allerdings (bedingt durch das höhere Durchschnittsalter) vermehrt bei Frauen in Nobelbezirken.

Grafik 3.6: Schlafstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Art des Wohnbezirkes⁵⁷ und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



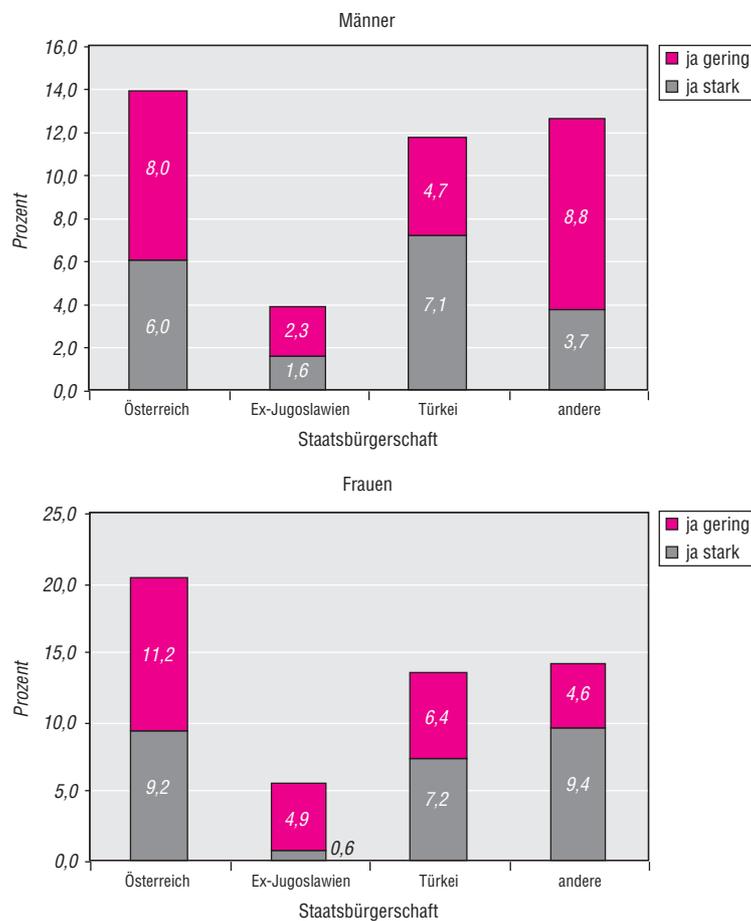
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Am häufigsten sind Schlafstörungen (insgesamt) unter Männern wie Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Starke Schlafstörungen finden sich allerdings auch bei türkischen StaatsbürgerInnen sowie bei Frau-

en mit „anderer“ Staatsbürgerschaft überdurchschnittlich häufig. Am seltensten kommen (starke) Schlafstörungen bei Männern und Frauen mit Staatsbürgerschaft der Staaten Ex-Jugoslawiens vor.

⁵⁷ Für die regionale Gliederung innerhalb Wiens wurden analog zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (Stadt Wien [2001], S. 65) Bezirke mit vergleichbarer Bevölkerungsstruktur zusammengefasst.

Grafik 3.7: Schlafstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft⁵⁸ und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Mit Schlafstörungen einhergehend zu beobachten sind niedrige Lebenszufriedenheit, Belastung durch Lebensereignisse sowie geringe Einbindung in soziale Netze.⁵⁹ Schlafstörungen, insbesondere starke, können die Lebenszufriedenheit erheblich beeinträchtigen, sie können aber auch Ausdruck niedriger Lebenszufriedenheit, z. B. aufgrund belastender Lebensereignisse, sozialer Isolation oder schlechter körperlicher Verfassung sein.

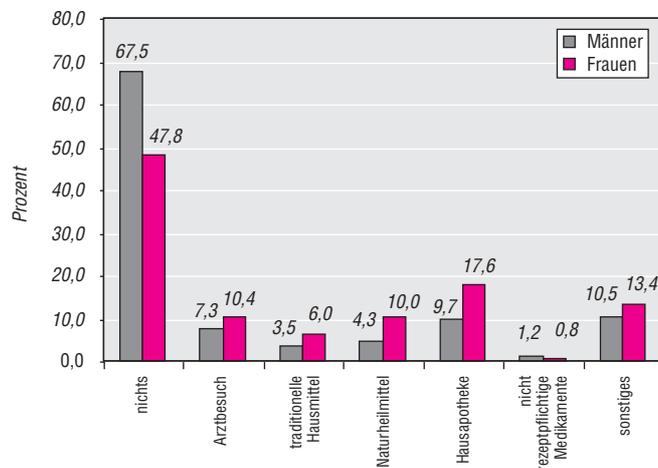
Maßnahmen

Circa zwei Drittel der Männer und nahezu die Hälfte der Frauen haben nichts gegen ihre Schlafstörungen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung unternommen. Im Vordergrund unter den Maßnahmen standen bei beiden Geschlechtern sonstige, nicht näher bezeichnete Maßnahmen und der Griff in die Hausapotheke, jedoch unterschiedlich gereiht. Frauen gehen wegen Schlafstörungen häufiger zum Arzt, nehmen häufiger Haus- und Naturheilmittel, greifen häufiger in die Hausapotheke oder zu sonstigen, nicht näher bezeichneten Maßnahmen.

⁵⁸ Für die regionale Gliederung innerhalb Wiens wurden analog zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey (Stadt Wien [2001], S. 65) Bezirke mit vergleichbarer Bevölkerungsstruktur zusammengefasst.

⁵⁹ Vgl. dazu Tabellenband zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, Band 1, S. 35.

Grafik 3.8: Maßnahmen gegen Schlafstörungen (in den letzten zwei Wochen) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Betroffene ab 16 Jahre, Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Laut Mikrozensus haben von den Personen mit Schlafstörungen in den letzten vier Wochen vor der Befragung

13,5 Prozent vom Arzt verordnete Medikamente genommen, und zwar Frauen etwas häufiger als Männer.

Tabelle 3.1: Schlafstörungen und Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen durch Betroffene (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Geschlecht (in Prozent)

Geschlecht	Personen in 1.000	davon haben Schlafstörungen in %	Einnahme vom Arzt verordneter Medikamente gegen Schlafstörungen durch Betroffene in %
Männer	749,3	8,9	11,5
Frauen	830,4	12,2	14,9
gesamt	1.579,7	10,6	13,5

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

3.3 Müdigkeit

Verbreitung

Ebenso wie Schlafstörungen kann auch Müdigkeit unterschiedliche Ursachen haben. So zeigen sich etwa Zusammenhänge zwischen Müdigkeit und Schlafstörungen sowie zwischen Müdigkeit und Niedergeschlagenheit (Depressionen; vgl. dazu Abschnitt 9.1). Auch Le-

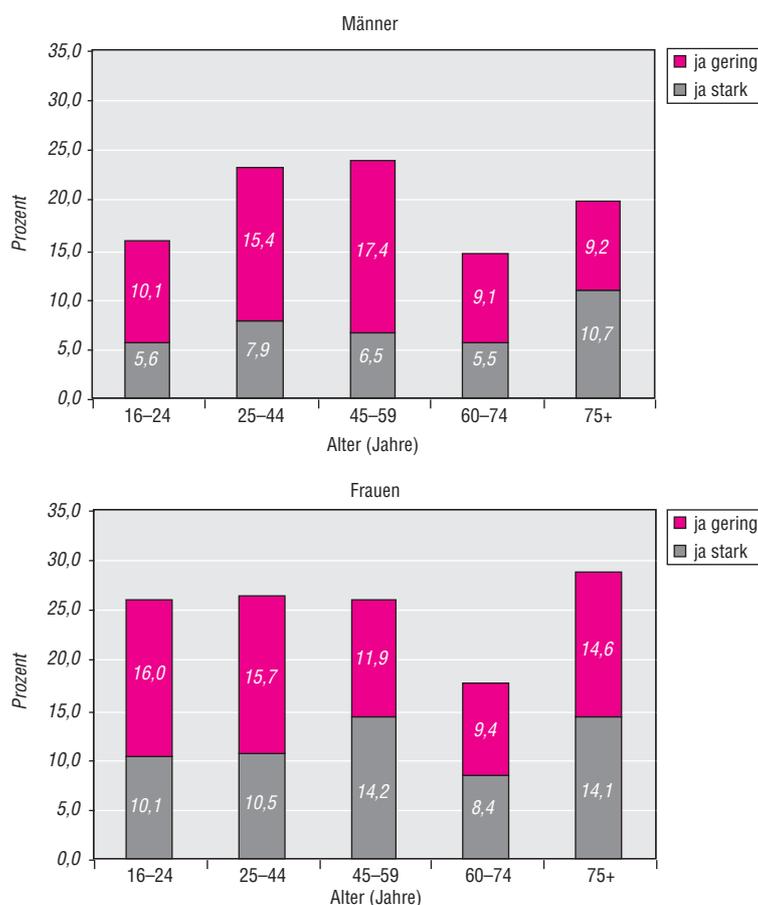
bensgewohnheiten, körperliche Erkrankungen etc. können eine Rolle spielen. Von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren gaben für die letzten zwei Wochen vor der Befragung 21,0 Prozent der Männer und 25,2 Prozent der Frauen Müdigkeit an. 13,9 Prozent der Männer und 13,7 Prozent der Frauen berichteten über starke Müdigkeit.⁶⁰

⁶⁰ Die hohen Werte sind, wie schon erwähnt, vor allem durch die Tatsache zu erklären, dass die Befragung in den Wintermonaten stattfand.

Am meisten betroffen von Müdigkeit sind Personen mittleren und hohen Alters, aber auch jugendliche und junge erwachsene Frauen geben überdurchschnittlich häufig Müdigkeit an. Zu Beginn des Pensionsalters (60 bis 74 Jahre) ist bei beiden Geschlechtern ein Rückgang (starker) Müdigkeit zu beobachten. Starke Müdigkeit

findet sich am häufigsten bei Männern wie Frauen im hohen Alter und bei Frauen in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen, also der Zeit vor der Pensionierung. Ein Lebensabschnitt, der bei Frauen durch die Menopause geprägt ist.

Grafik 3.9: Müdigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



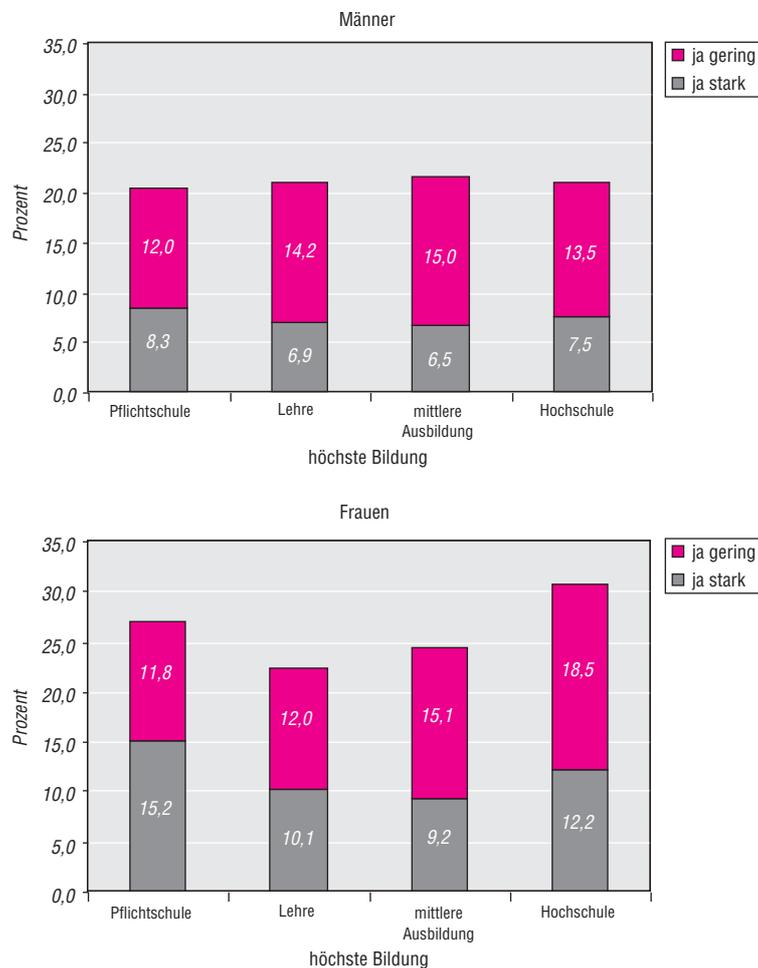
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Sozioökonomische Unterschiede

Während sich bei den Männern kein nennenswerter

Unterschied zwischen den Bildungsgruppen zeigt, ist (starke) Müdigkeit bei Frauen unter jenen mit höchster und niedrigster Bildung am häufigsten.

Grafik 3.10: Müdigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

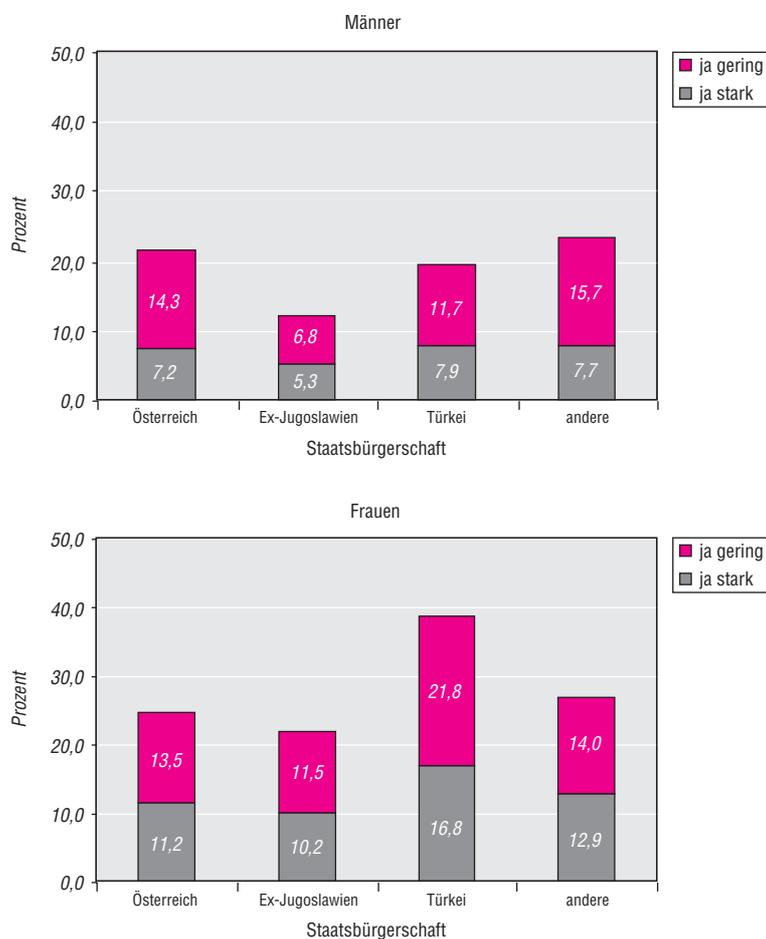


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Bei den Männern ist Müdigkeit in der Gruppe der anderen sowie unter den österreichischen Staatsbürgern am häufigsten, starke Müdigkeit findet sich (mit Ausnahme der in Wien lebenden Staatsbürger aus Staaten Ex-Jugoslawiens) bei allen Staatsbürgern ähnlich häufig. Von den Frauen leiden türkische Staatsbürgerinnen am

häufigsten unter (starker) Müdigkeit, am wenigsten betroffen sind Staatsbürgerinnen aus Staaten Ex-Jugoslawiens. Frauen mit österreichischer und anderer Staatsbürgerschaft leiden in etwa gleich häufig an Müdigkeit.

Grafik 3.11: Müdigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



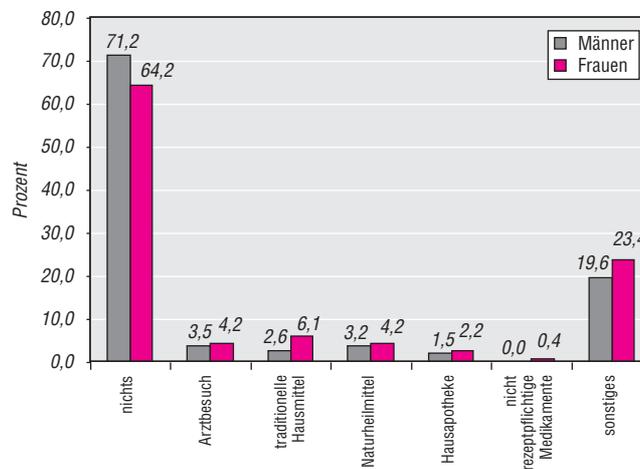
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Maßnahmen

Auch hier zeigt sich, ähnlich wie bei den Schlafstörungen, dass der überwiegende Teil der Betroffenen (über 70 Prozent der Männer und nahezu zwei Drittel der Frauen) nichts gegen Müdigkeit unternimmt. Und zwar wird gegen Müdigkeit noch seltener als gegen

Schlafstörungen etwas unternommen. Wenn überhaupt, dann kommen am ehesten sonstige, nicht näher ausgewiesene Maßnahmen in Frage. Nur 3,5 Prozent der betroffenen Männer und 4,2 Prozent der Frauen suchen wegen solcher Beschwerden einen Arzt auf. Generell sind Frauen eher bereit, verschiedene Maßnahmen zu ergreifen.

Grafik 3.12: Maßnahmen gegen Müdigkeit (in den letzten zwei Wochen) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Betroffene ab 16 Jahre, Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

3.4 Angst, Nervosität

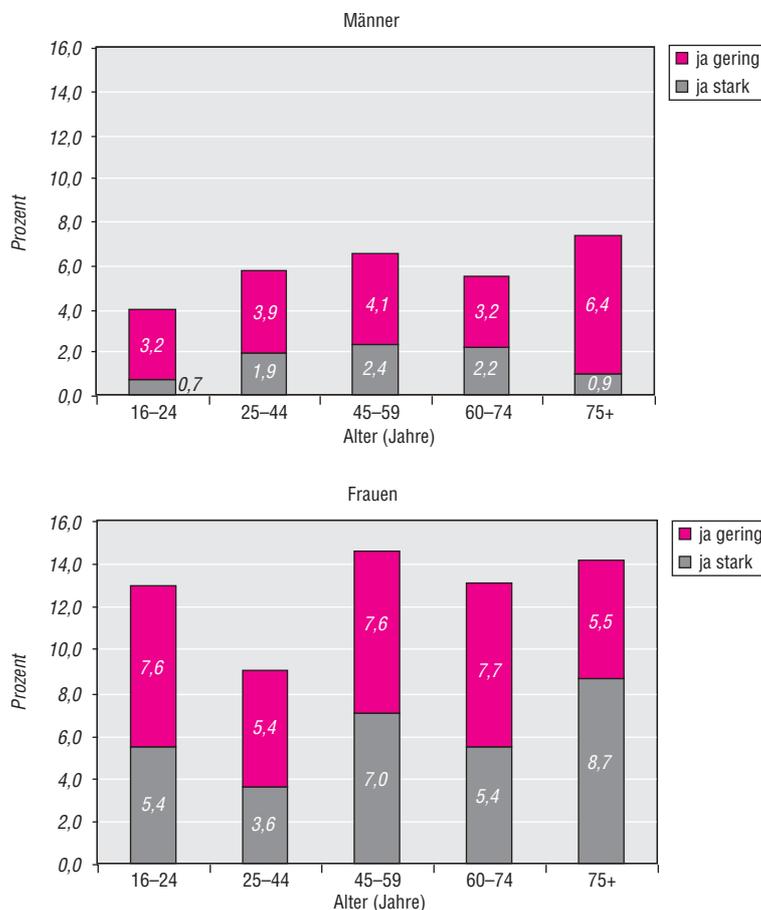
Verbreitung

Von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren gaben 5,7 Prozent der Männer und 11,9 Prozent der Frauen Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen in den letzten zwei Wochen vor der Befragung an. Frauen sind insgesamt doppelt so häufig betroffen wie Männer, starke Beschwerden dieser Art kommen bei Frauen dreimal so häufig wie bei Männern vor.

Im Altersgruppenvergleich nehmen Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen mit zunehmendem Alter zunächst etwas zu, im frühen Pensionsalter jedoch wieder etwas ab, gewinnen aber im hohen Alter von 75 und mehr Jahren wieder an Bedeutung. Bei den Frauen geben auch junge Frauen überdurchschnittlich häufig

solche Beschwerden an. Am häufigsten unter Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen leiden allerdings 45- bis 59-jährige Frauen, also zu Beginn und während der Menopause. Aber auch Männer sind in dieser Lebensphase vergleichsweise häufig betroffen. Als *Ursachen* für die größere Anfälligkeit für psychische Beschwerden von Frauen während der Menopause gelten unter anderem hormonelle Einflüsse und soziale Faktoren. Unklar ist nach wie vor, ob die psychischen Symptome, über die Frauen nach der Menopause berichten, auf den Östrogenmangel zurückzuführen sind, oder ob sie eine Folge der veränderten Lebenssituation (Auszug der Kinder, Verlust des Partners etc.) sind. Die Angst vor dem Alleinsein, nicht selten gepaart mit finanziellen Ängsten, ist für viele Frauen (auch im hohen Alter) ein oft schwer zu bewältigendes Problem.

Grafik 3.13: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



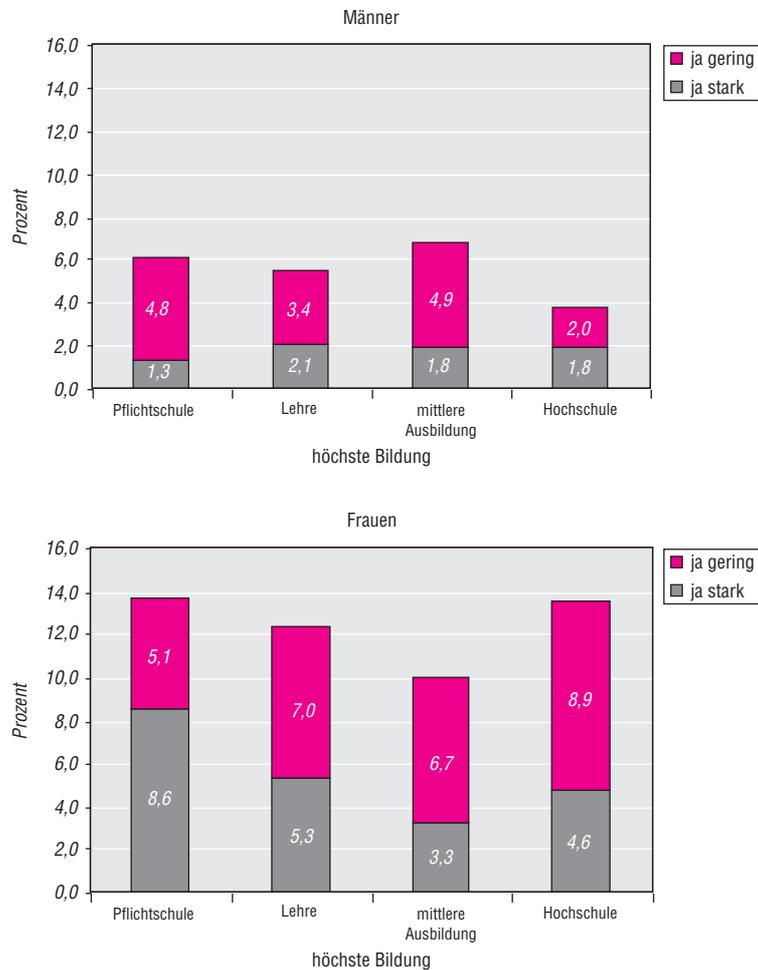
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Soziodemografische Unterschiede

Beschwerden wie Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen folgen keinem einheitlichen Bildungstrend. Am häufigsten finden sich Beschwerden dieser Art insgesamt bei Männern mit mittlerer Bildung und bei Frau-

en mit Pflichtschul- aber auch Hochschulbildung. Starke Beschwerden dieser Art sind bei Frauen der niedrigsten Bildungsgruppe (Pflichtschule) am verbreitetsten. Die Einkommensunterschiede lassen vermuten, dass Existenzängste eine Rolle spielen.

Grafik 3.14: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

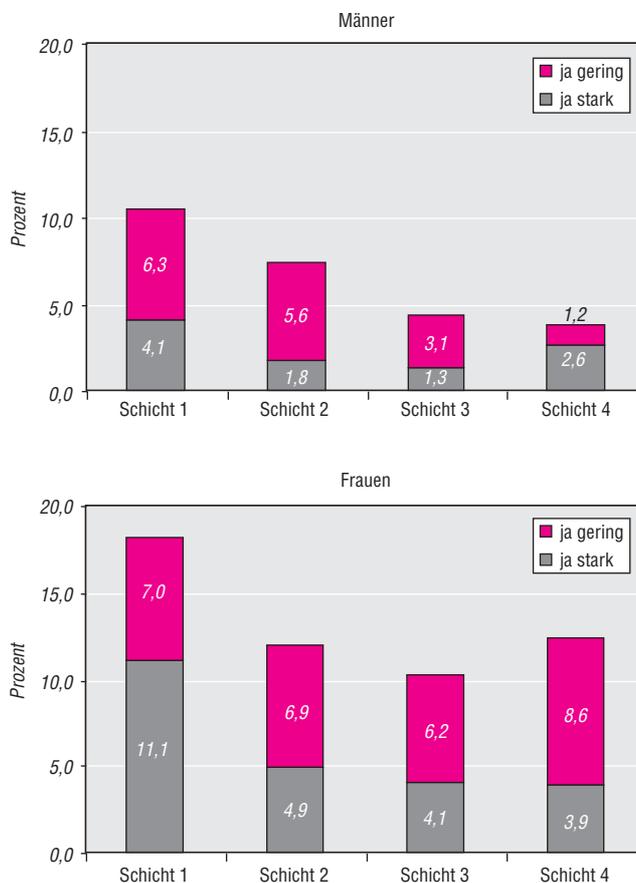


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Festzustellen ist eine deutliche Einkommensabhängigkeit von Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen: Je niedriger das Einkommen, desto häufiger sind solche

Gefühle, auch starke Gefühle dieser Art folgen einem solchen Trend. Nur die höchste Einkommensgruppe weicht hier etwas ab.

Grafik 3.15: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf* und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



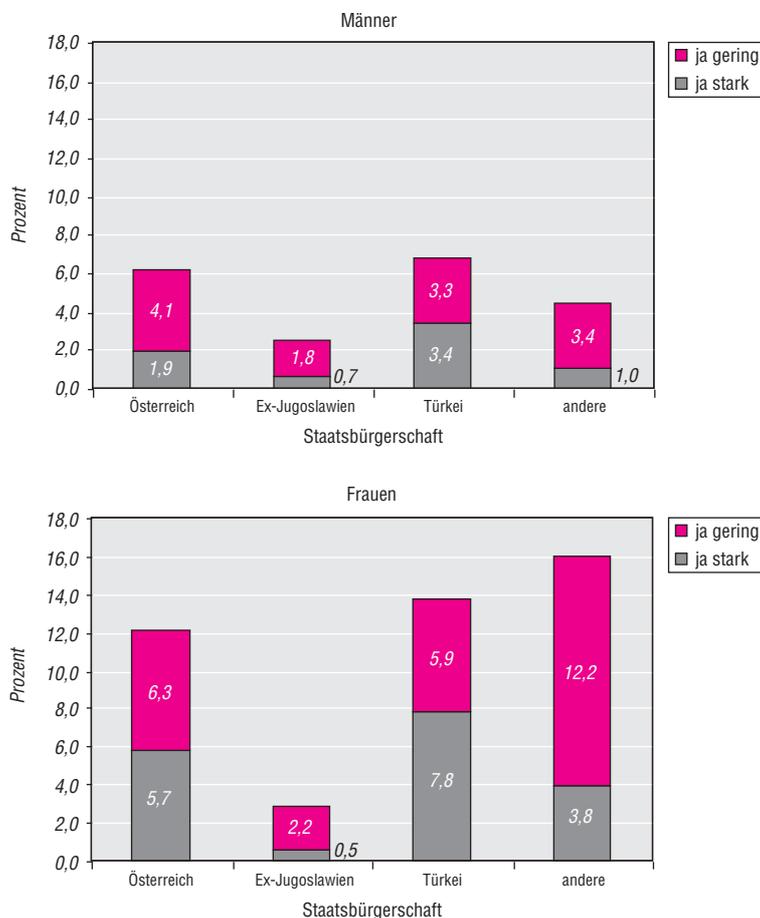
* Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro): Schicht 1 = bis 727,-; Schicht 2 = bis 1.308,-; Schicht 3 = bis 2.180,-; Schicht 4 = über 2.180,-.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Am häufigsten unter Angst, Nervosität, Unruhe und Unbehagen leiden von den Männern die in Wien lebenden türkischen Staatsbürger, bei den Frauen jene mit „anderer“ Staatsbürgerschaft. Starke(s) Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen sind jedoch bei türkischen

Migranten und Migrantinnen am verbreitetsten. Am seltensten berichten Staatsbürger und Staatsbürgerinnen aus Staaten Ex-Jugoslawiens von solchen Beschwerden.

Grafik 3.16: Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen (In den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



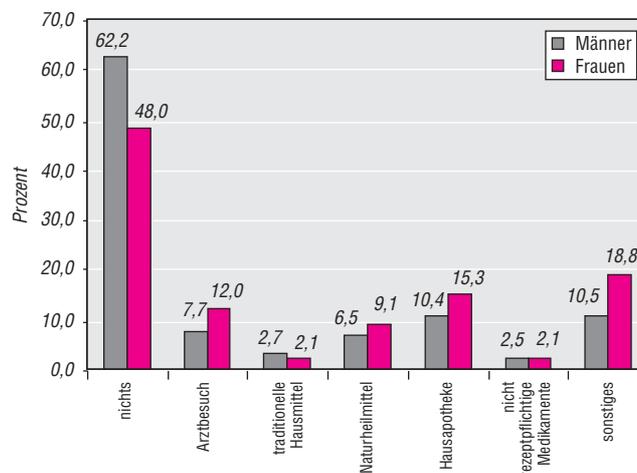
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Maßnahmen

Auch hier zeigt sich das gewohnte Bild: Frauen unternehmen häufiger etwas dagegen als Männer. Sie gehen öfter zum Arzt, greifen häufiger zu Naturheilmitteln oder in

die Hausapotheke sowie zu sonstigen, nicht näher bezeichneten Maßnahmen. Kaum ein Geschlechtsunterschied besteht hinsichtlich des Einsatzes traditioneller Hausmittel bzw. nicht rezeptpflichtiger Medikamente, die insgesamt jedoch marginale Bedeutung haben.

Grafik 3.17: Maßnahmen gegen Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Betroffene ab 16 Jahre, Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Laut Mikrozensus haben von den von Nervosität Betroffenen in den letzten vier Wochen vor der Befragung 16,4 Prozent vom Arzt verordnete Medikamente dage-

gen genommen, und zwar Frauen etwas häufiger als Männer.

Tabelle 3.2: Nervosität und Einnahme ärztlich verordneter Medikamente gegen Nervosität durch Betroffene (in den letzten vier Wochen) in Wien 1999 nach Geschlecht (in Prozent)

Geschlecht	Personen in 1.000	davon leiden unter Nervosität in %	Einnahme vom Arzt verordneter Medikamente gegen Nervosität durch Betroffene in %
Männer	749,3	4,9	13,6
Frauen	830,4	7,5	18,0
gesamt	1.579,7	6,3	16,4

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

3.5 Melancholie, Depression, Unglücklichsein

Verbreitung

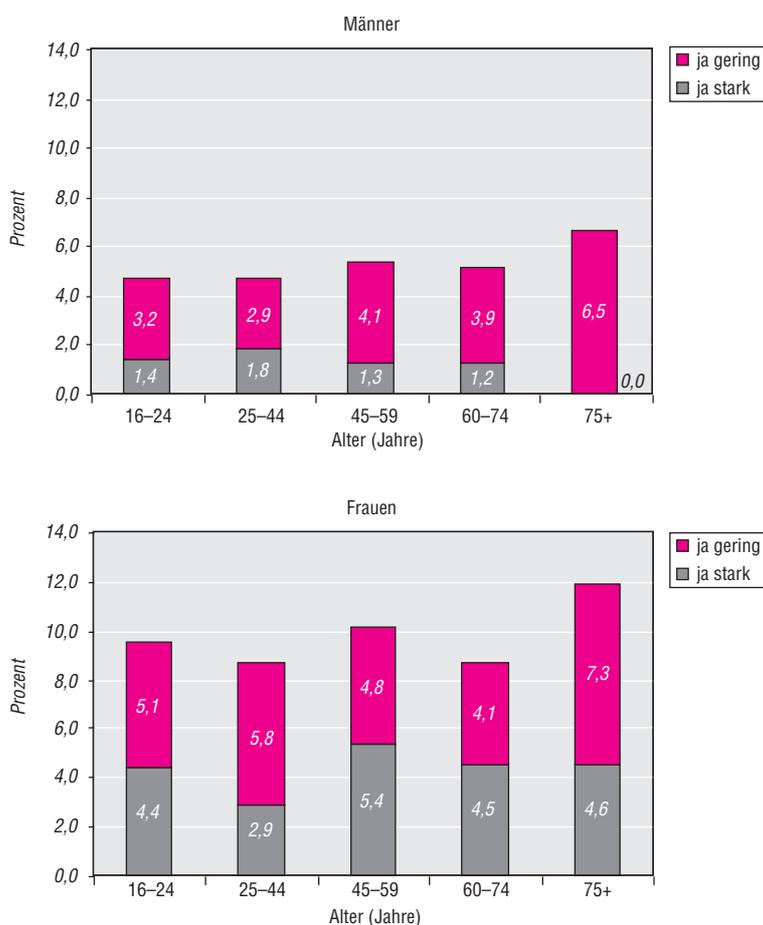
Von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren gaben 5,0 Prozent der Männer und 9,5 Prozent der Frauen für die letzten zwei Wochen vor der Befragung Melancholie, Depression und Unglücklichsein an. Starke Beschwerden dieser Art hatten 1,0 Prozent der Männer und 4,0 Prozent der Frauen. Ebenso wie andere psychische Beschwerden sind auch depressive Beschwerden bei Frauen vermehrt zu beobachten.

Am häufigsten betroffen von Melancholie, Depression und Unglücklichsein sind ältere Menschen (75 und mehr Jahre). Bei den älteren Männern handelt es sich jedoch dabei durchgängig um leichte Beschwerden der genannten Art. Aber auch die 45- bis 59-Jährigen (besonders deutlich ist dies bei den Frauen) geben überdurchschnittlich häufig solche Beschwerden an. Auf vermutete Ursachen des gehäuftens Auftretens psychischer Beschwerden in dieser Lebensphase bei den Frauen wurde bereits verwiesen. Nicht unerwähnt blei-

ben sollte auch die relative starke Verbreitung depressiver Beschwerden unter weiblichen Jugendlichen und

jungen erwachsenen Frauen. Beinahe jede zehnte junge Frau berichtet über depressive Beschwerden.

Grafik 3.18: Melancholie, Depression, Unglücklichsein (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



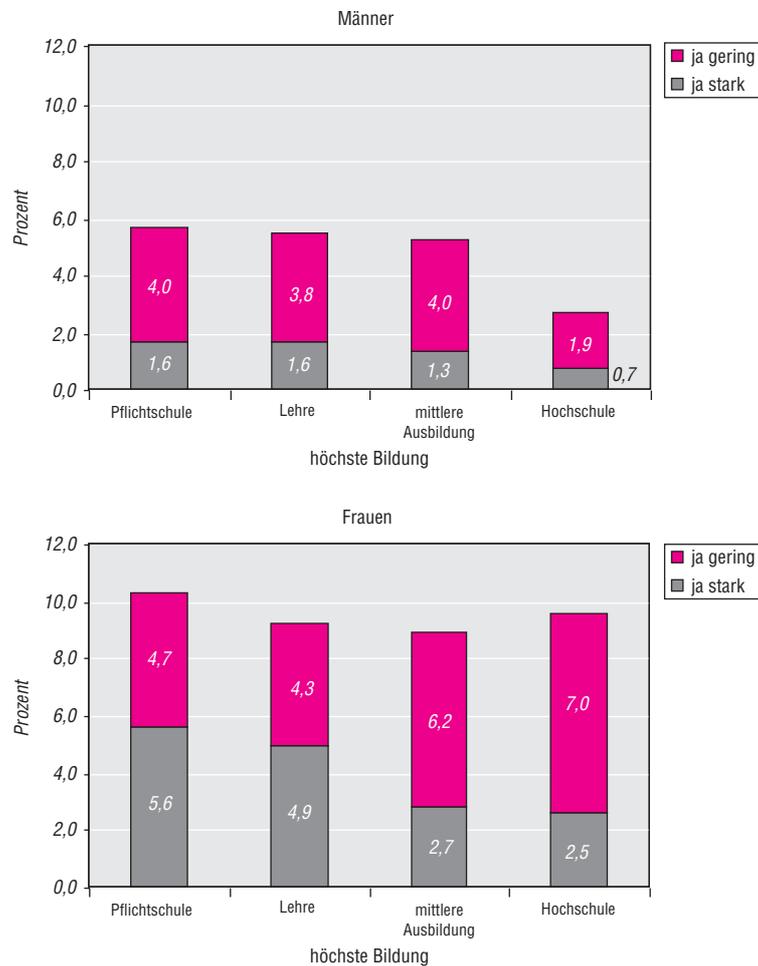
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Sozioökonomische Unterschiede

Während sich bei den Männern kaum nennenswerte Bildungsunterschiede im Vorhandensein von Melancholie, Depression und Unglücklichsein finden (lediglich Männer mit Hochschul- bzw. Universitätsabschluss sind seltener betroffen), findet sich bei Frauen

zumindest für starke depressive Beschwerden eine deutliche Bildungsabhängigkeit: Je niedriger die Bildung, desto häufiger sind starke depressive Beschwerden. Leichte(s) Melancholie, Depression, Unglücklichsein ist interessanterweise jedoch unter höher gebildeten Frauen etwas häufiger.

Grafik 3.19: Melancholie, Depression, Unglücklichsein (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Zu beobachten sind deutliche Einkommensunterschiede im Vorkommen leichter und schwerer depressiver Beschwerden: Am meisten betroffen von Melancholie, Depression, Unglücklichsein sind die finanziell schlechter gestellten Gruppen. So berichten Frauen der niedrigsten Einkommensschicht viermal so häufig über

starke diesbezügliche Beschwerden wie Frauen der höchsten. Bei den Männern ist dieser Wert in der niedrigsten Einkommensschicht (bei allerdings vergleichsweise geringerem Niveau) achtmal so hoch wie in der höchsten.

Grafik 3.20: Melancholie, Depression, Unglücklichsein (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf* und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



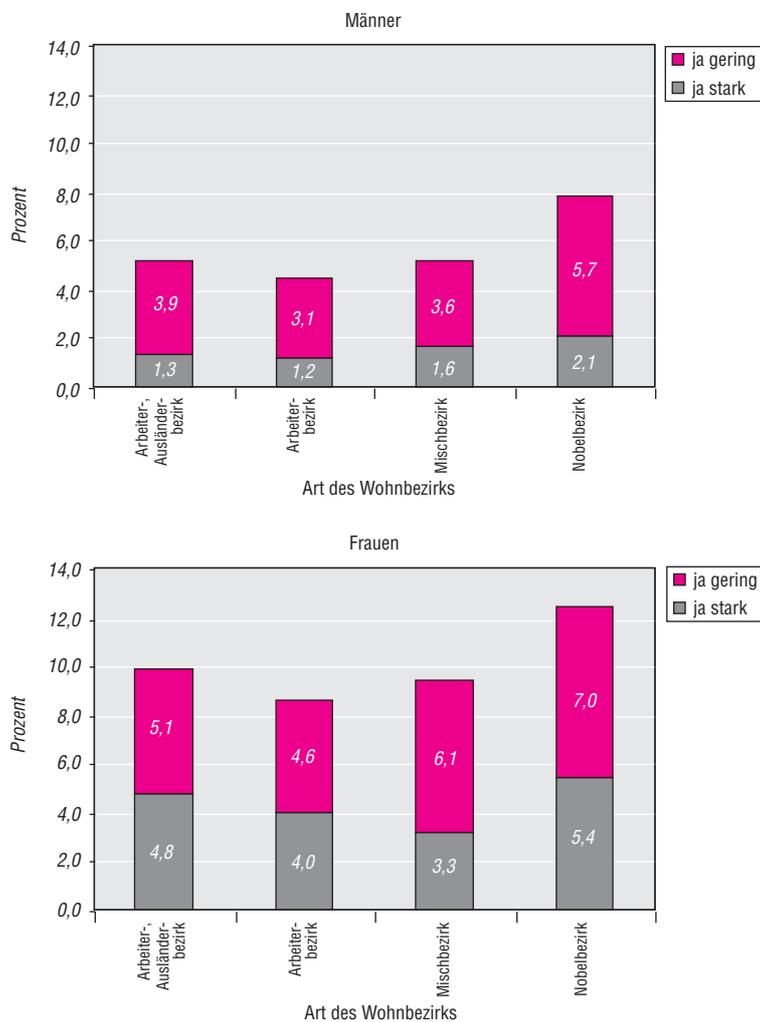
* Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro): Schicht 1 = bis 727,-; Schicht 2 = bis 1.308,-; Schicht 3 = bis 2.180,-; Schicht 4 = über 2.180,-.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Dass Beschwerden wie Melancholie, Depression und Unglücklichsein bei beiden Geschlechtern in Nobelbezirken am häufigsten sind, lässt sich aufgrund des höheren Durchschnittsalters in diesen Bezirken erklären.

Vermehrt finden sich (insbesondere starke) Beschwerden dieser Art bei den in Arbeiterbezirken mit hohem Ausländeranteil lebenden Frauen.

Grafik 3.21: Melancholie, Depression, Unglücklichsein (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Art des Wohnbezirks und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

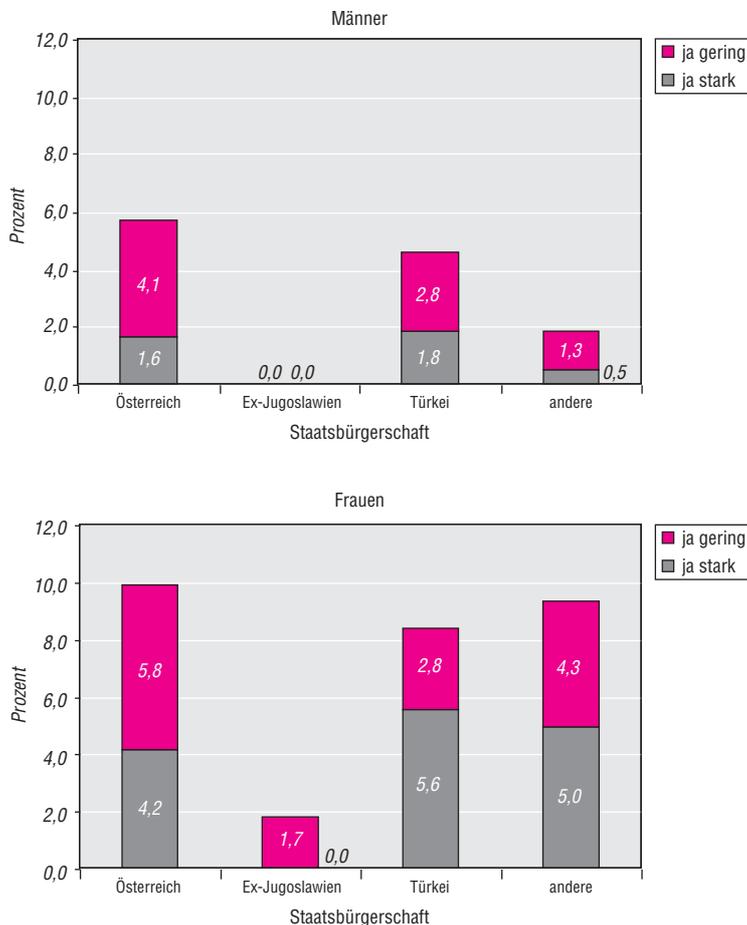


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Am häufigsten sind Melancholie, Depression und Unglücklichsein unter österreichischen StaatsbürgerInnen sowie unter Frauen mit „anderer“ Staatsbürger-

schaft. Interessant ist, dass StaatsbürgerInnen Ex-Jugoslawiens solche Gefühle nicht bzw. kaum kennen.

Grafik 3.22: Melancholie, Depression, Unglücklichsein (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

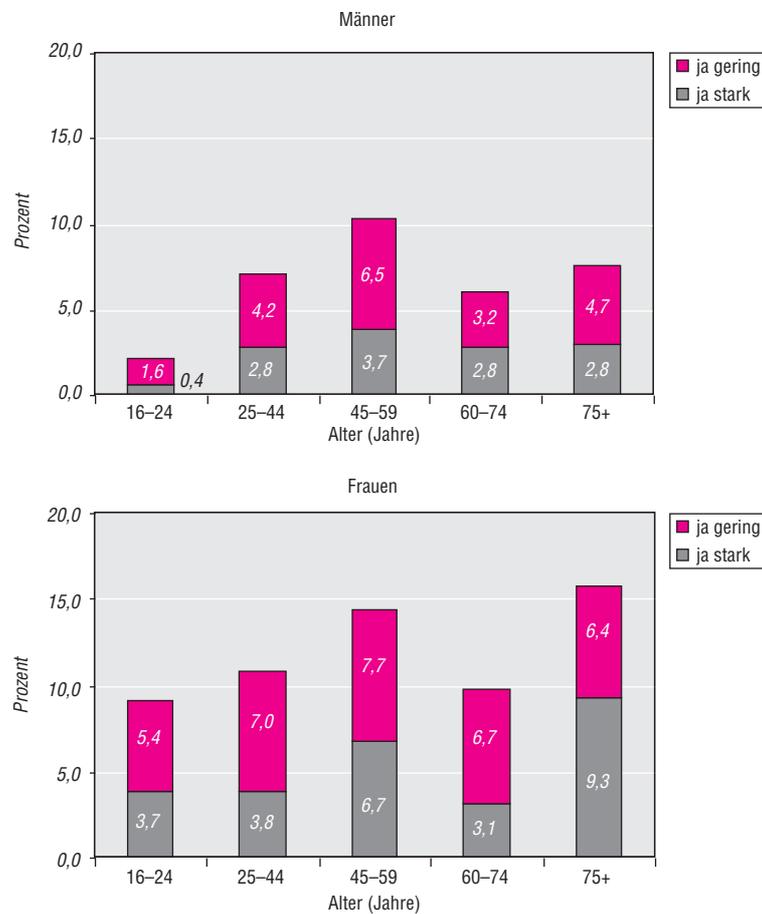
3.6 Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit

Verbreitung

7,0 Prozent der Männer und 11,9 Prozent der Frauen fühlten sich in den letzten zwei Wochen vor der Befragung niedergeschlagen und kraftlos, 3,0 Prozent der Männer und 5,0 Prozent der Frauen berichteten über starke Probleme dieser Art. Ebenso wie Melancholie, Depression und Unglücklichsein finden sich auch Nie-

dergeschlagenheit und Kraftlosigkeit am häufigsten bei älteren Menschen (75 und mehr Jahre), insbesondere den Frauen. Aber auch die 45- bis 59-Jährigen (Männer wie Frauen) berichten überdurchschnittlich häufig von solchen Beschwerden. Im frühen Pensionsalter dagegen werden bei beiden Geschlechtern solche Beschwerden wieder seltener.

Grafik 3.23: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



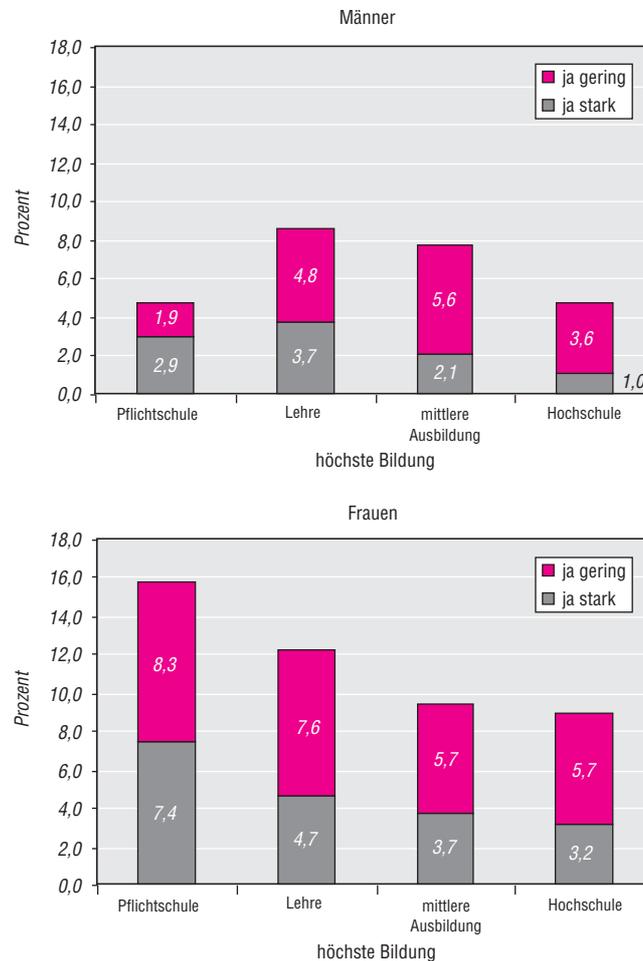
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Sozioökonomische Ausprägungen

Während Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit bei den Männern mit Lehre und mittlerer Bildung am häufigsten sind, sind solche Beschwerden bei den Frauen

in den niedrigen Bildungsgruppen am häufigsten. Bei Frauen werden sowohl leichte als auch starke Beschwerden dieser Art mit steigender Bildung in der Regel seltener.

Grafik 3.24: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

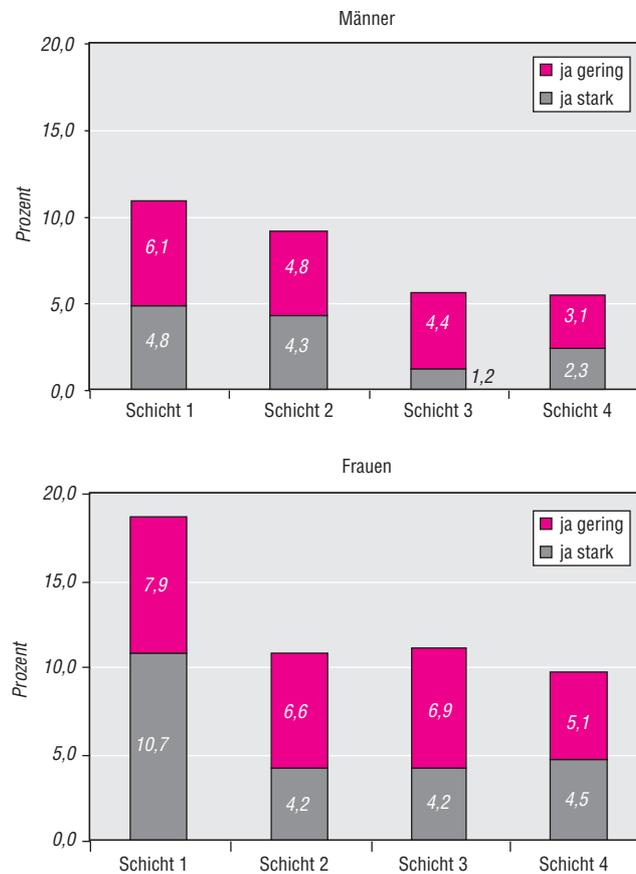


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Allerdings zeigt sich bei beiden Geschlechtern eine deutliche Einkommensabhängigkeit: Je niedriger das

Einkommen, desto häufiger sind in der Regel Niedergeschlagenheit bzw. Kraftlosigkeit.

Grafik 3.25: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf* und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



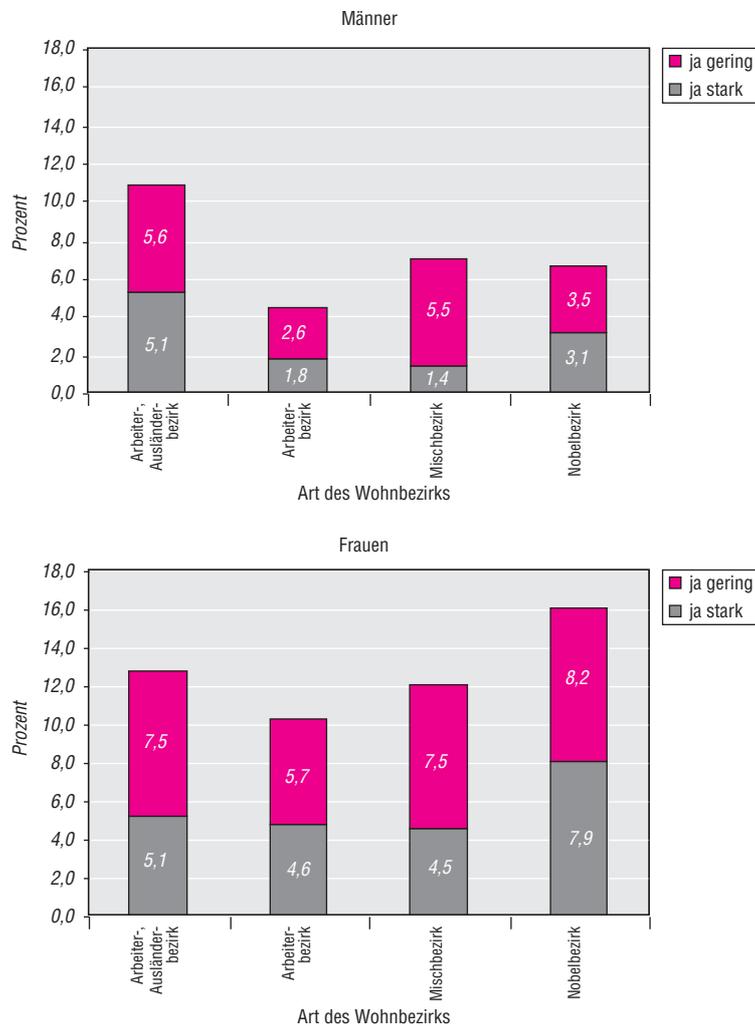
* Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro): Schicht 1 = bis 727,-; Schicht 2 = bis 1.308,-; Schicht 3 = bis 2.180,-; Schicht 4 = über 2.180,-.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Überdurchschnittlich häufig finden sich solche Beschwerden in Arbeiterbezirken mit hohem Ausländeranteil. Am meisten betroffen sind allerdings in den Nobelbezirken wohnende Frauen, ein Ergebnis, das auch

bei anderen psychischen Beschwerden zu beobachten war und vor allem auf das höhere Durchschnittsalter in diesen Bezirken zurückzuführen ist.

Grafik 3.26: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Art des Wohnbezirks und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

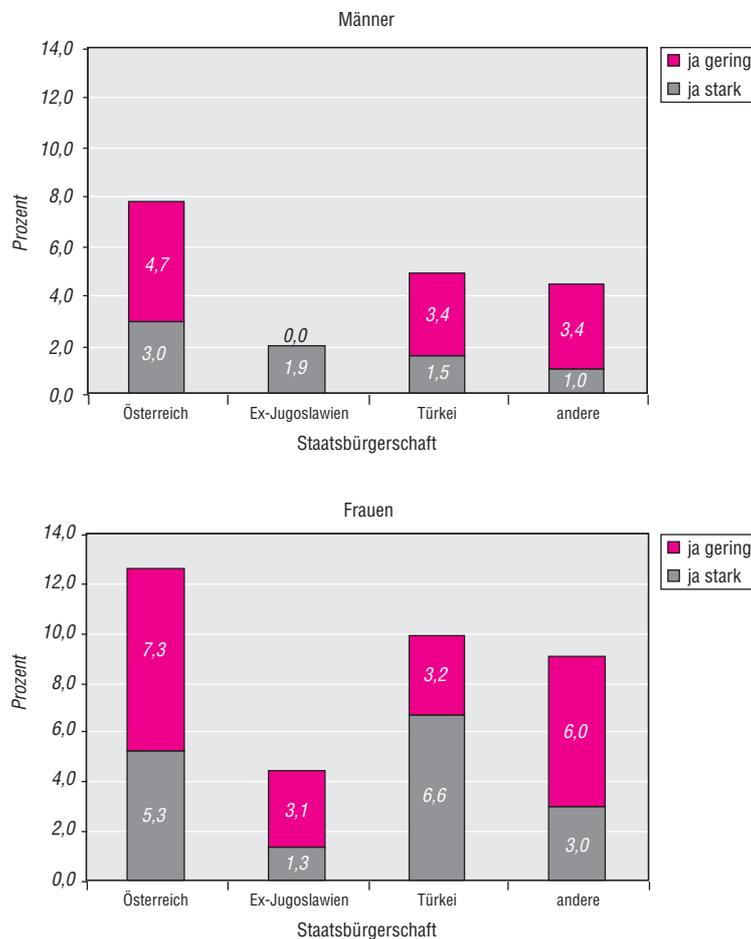


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Österreichische StaatsbürgerInnen berichten häufiger von Niedergeschlagenheit bzw. Kraftlosigkeit als Personen mit anderer Staatsbürgerschaft. Am seltensten

haben StaatsbürgerInnen von Staaten Ex-Jugoslawiens solche Beschwerden.

Grafik 3.27: Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



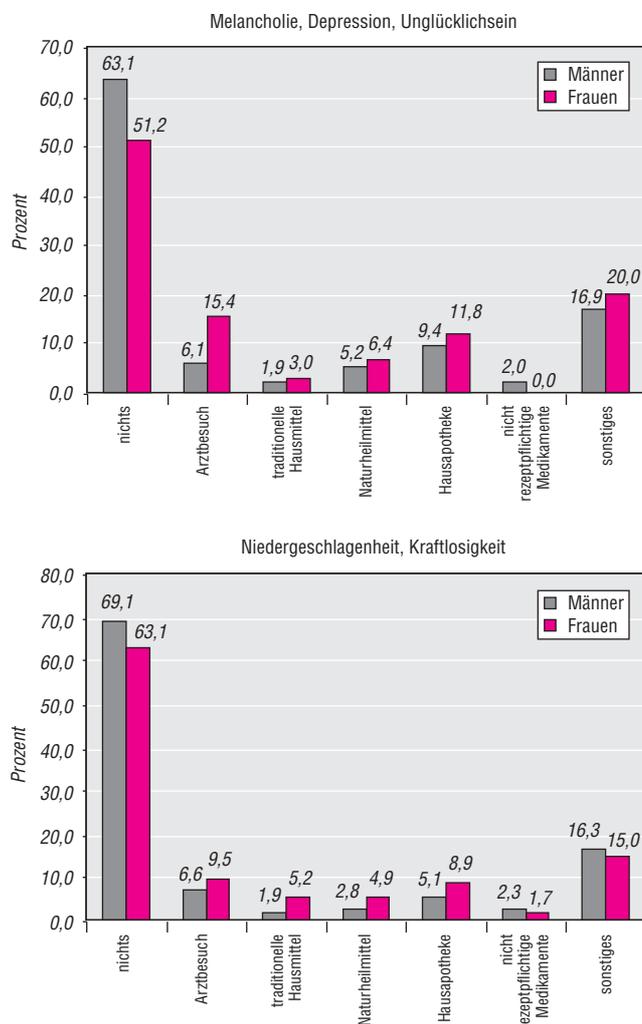
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Maßnahmen gegen depressive Beschwerden

Insgesamt wird von Männern und Frauen gegen Melancholie, Depression und Unglücklichsein häufiger etwas unternommen als gegen Niedergeschlagenheit und Kraftlosigkeit. Im Vordergrund stehen bei beiden Geschlechtern und beiden Arten von Beschwerden sonstige, nicht näher bezeichnete Maßnahmen. Zweithäufigste Maßnahme ist der Arztbesuch. Bei Männern ist allerdings bei Melancholie, Depression und Unglücklichsein der Griff in die Hausapotheke die zweithäufigste Maßnahme.

Auch bei depressiven Beschwerden sind Frauen eher als Männer bereit, etwas zu unternehmen. Sie gehen häufiger zum Arzt, nehmen häufiger traditionelle Hausmittel, Naturheilmittel, greifen auch häufiger in die Hausapotheke und unternehmen (bei Melancholie, Depression, Unglücklichsein) auch häufiger sonstige, nicht näher ausgewiesene Maßnahmen. Jedoch greifen Frauen bei depressiven Beschwerden seltener als Männer bzw. kaum zu nicht rezeptpflichtigen Medikamenten.

Grafik 3.28: Maßnahmen gegen depressive Beschwerden (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Betroffene ab 16 Jahre, Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

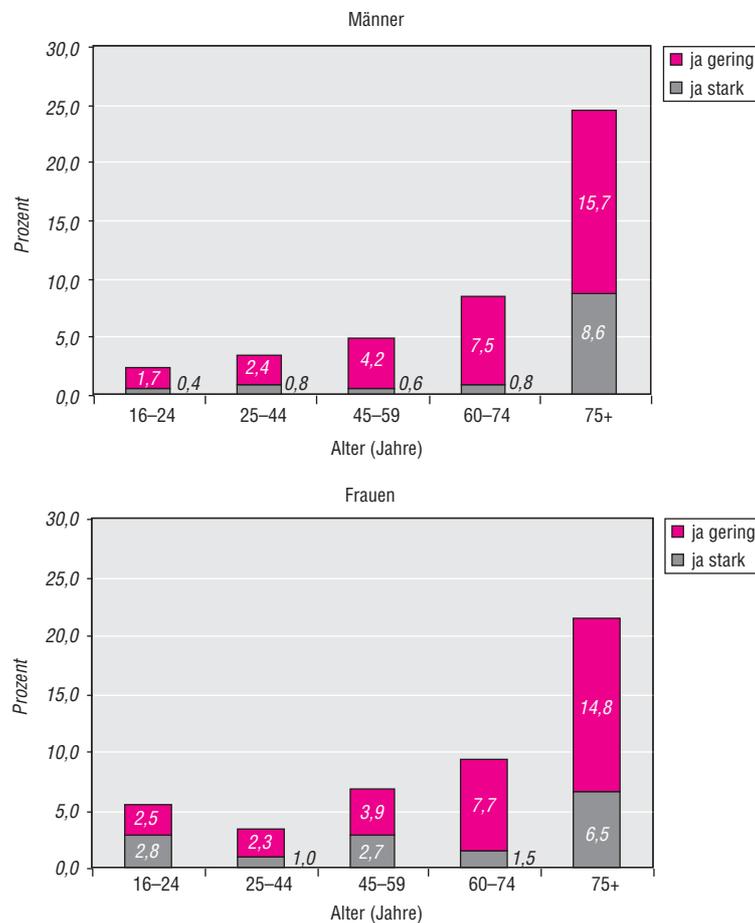
3.7 Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen

Verbreitung

Von Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen waren von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren in den letzten zwei Wochen vor der Befragung 5,7 Prozent der Männer und 7,1 Prozent der Frauen betroffen. 1,2 Prozent der Männer und 2,3 Prozent der Frauen berichteten über starke diesbezügliche Probleme. Gedäch-

nisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen nehmen mit dem Alter zu. Von den 60- bis 74-Jährigen war jeder elfte Mann und jede zehnte Frau betroffen. Bei den 75-Jährigen und Älteren steigt der Anteil bei den Männern auf ein Viertel (24,3 Prozent), bei den Frauen auf über ein Fünftel (21,3 Prozent). 8,6 Prozent der Männer und 6,5 Prozent der Frauen in diesem Alter berichteten über starke diesbezügliche Beeinträchtigungen.

Grafik 3.29: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



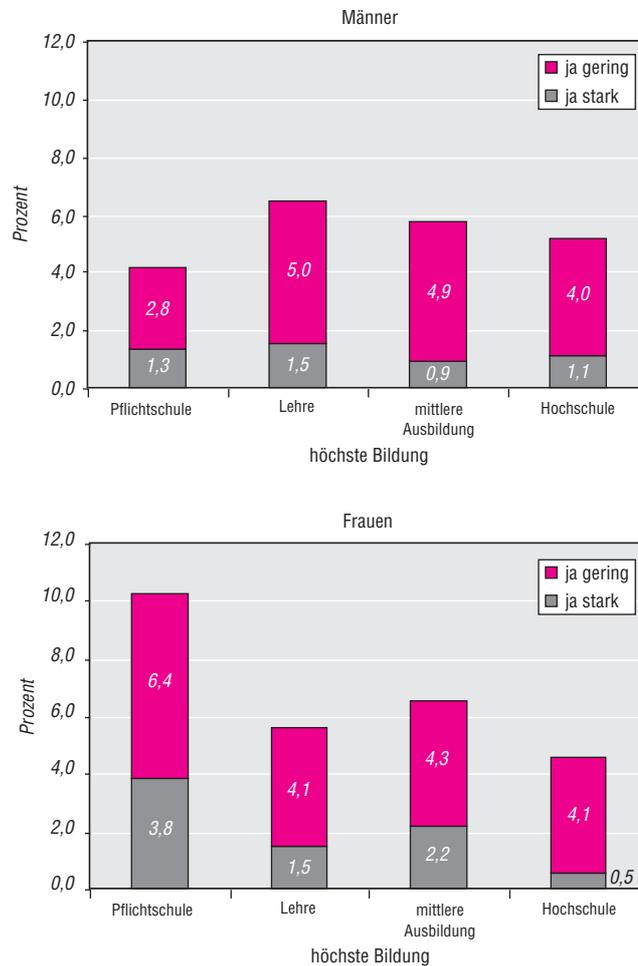
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Ob und inwieweit hier demenzielle Prozesse zugrunde liegen, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht beantworten. Wie Untersuchungen zeigen, verbergen sich hinter einer vermeintlichen Gedächtnisschwäche häufig Konzentrationsstörungen und/oder mangelndes Training. Selbst im hohen Alter kann gezieltes Training zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

Sozioökonomische Unterschiede

Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen unterliegen keinem einheitlichen Bildungstrend. Am meisten betroffen sind Männer mit Lehre und mittlerer Bildung sowie Frauen mit Pflichtschulbildung.

Grafik 3.30: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

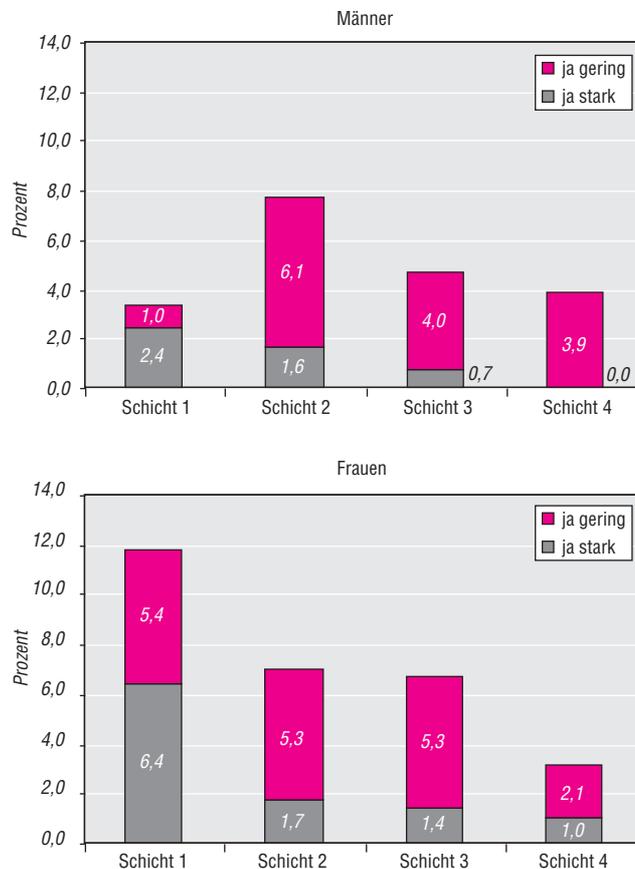


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnung.

Die Einkommensunterschiede sind in etwa mit den Bildungsunterschieden vergleichbar: Bei den Männern sind die mittleren Einkommenschichten (vor allem Schicht 2) am meisten von Gedächtnisschwäche bzw.

Konzentrationsstörungen betroffen, bei den Frauen die Gruppe mit dem niedrigsten Einkommen. Am seltensten finden sich solche Beschwerden unter Frauen der höchsten Einkommenschicht.

Grafik 3.31: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf* und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



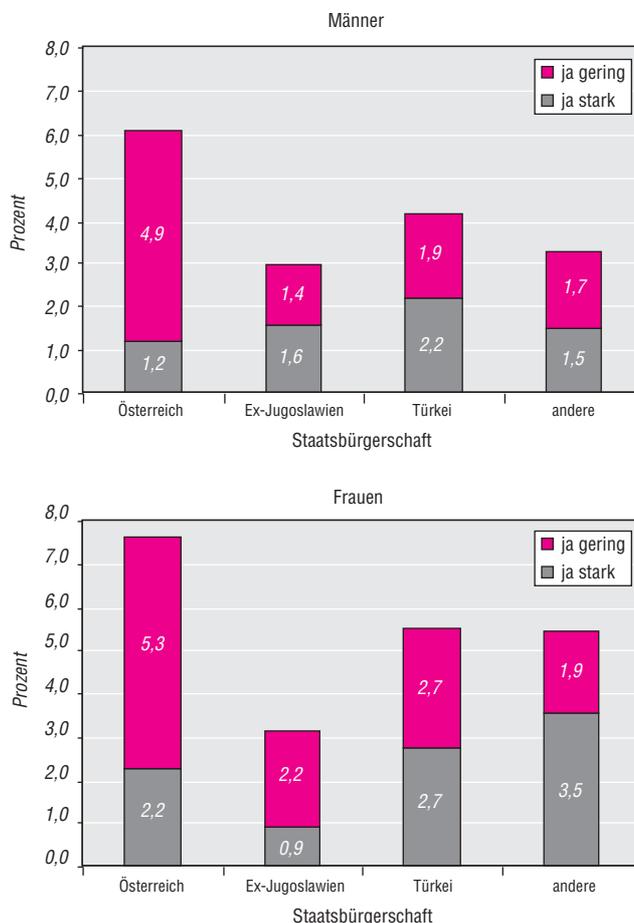
* Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro): Schicht 1 = bis 727,-; Schicht 2 = bis 1.308,-; Schicht 3 = bis 2.180,-; Schicht 4 = über 2.180,-.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnung.

Unter Berücksichtigung der Staatsbürgerschaft sind Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen unter den österreichischen StaatsbürgerInnen am häufigsten, gefolgt von den türkischen sowie von Frauen mit „anderer“ Staatsbürgerschaft. Ausschlaggebend für die starke Verbreitung solcher Beschwerden unter

den österreichischen StaatsbürgerInnen dürfte ihr höheres Durchschnittsalter sein. Bei Berücksichtigung starker Beschwerden dieser Art zeigt sich allerdings eine vergleichsweise starke Betroffenheit unter türkischen StaatsbürgerInnen sowie insbesondere bei Frauen mit „anderer“ Staatsbürgerschaft.

Grafik 3.32: Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnung.

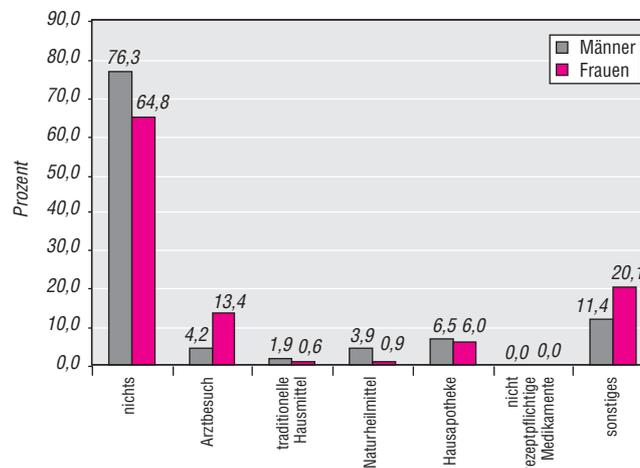
Am Auftreten von Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen häufig (mit)beteiligt sind Faktoren wie z. B. belastende Lebensereignisse. Dies scheint sich auch aufgrund der Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys zu bestätigen: Je niedriger die Arbeitszufriedenheit, je geringer die Einbindung in soziale Netze bzw. je größer die soziale Isolation und je stärker die Betroffenheit von belastenden Lebensereignissen, desto höher ist der Anteil jener, die unter Gedächtnisschwäche bzw. Konzentrationsstörungen leiden.⁶¹

Maßnahmen

Wie bei den anderen psychischen Beschwerden sind auch bei Problemen mit dem Gedächtnis und der Konzentration Frauen eher bereit, etwas zu unternehmen. Im Vordergrund stehen bei beiden Geschlechtern sonstige, nicht näher ausgewiesene Maßnahmen, gefolgt bei den Männern vom Griff in die Hausapotheke und vom Arztbesuch, bei den Frauen ebenfalls, jedoch in einer anderen Reihenfolge.

⁶¹ Vgl. dazu Tabellenband zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, Band 1, S. 53.

Grafik 3.33: Maßnahmen gegen Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Betroffene ab 16 Jahre, Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)



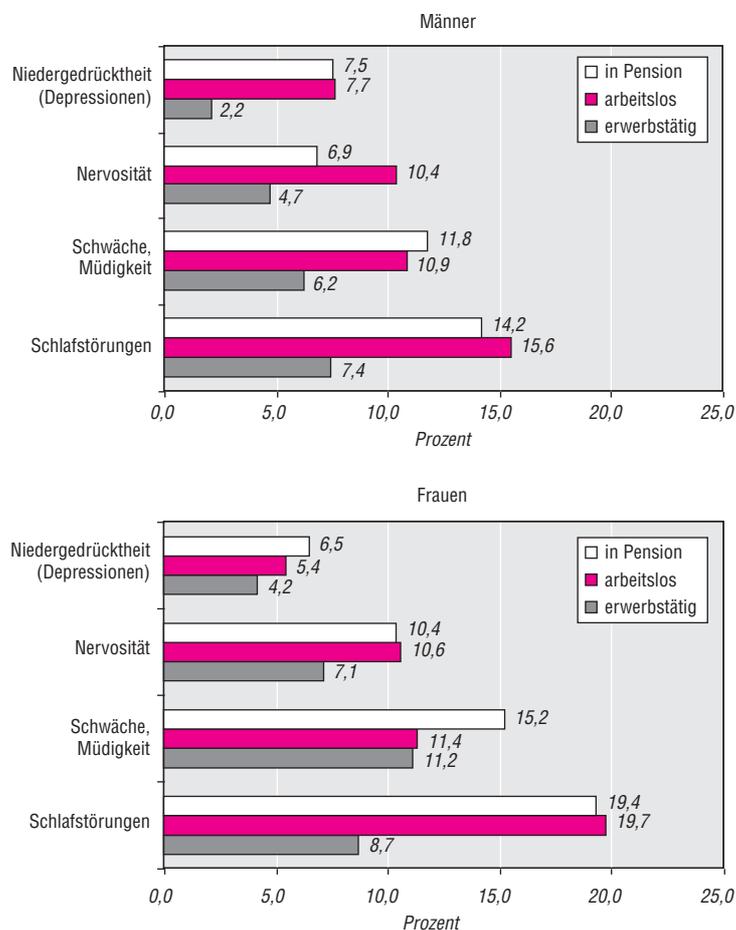
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

3.8 Exkurs: Arbeitslosigkeit und psychische Beschwerden

Wie aus verschiedenen Studien hervorgeht, beurteilen Arbeitslose ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als Erwerbstätige. Arbeitslosigkeit wirkt sich nicht

nur auf den somatischen Bereich, sondern auch auf die psychische Befindlichkeit aus.

Grafik 3.34: Beschwerden in Wien 1999 nach Erwerbsstatus und Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich, in Prozent)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Wie sich anhand des Mikrozensus zeigt, leiden *arbeitslose Männer* in etwa doppelt so häufig wie erwerbstätige unter Schlafstörungen und Nervosität. Schwäche/Müdigkeit finden sich bei ersteren nahezu doppelt, Niedergedrücktheit (Depressionen) dreieinhalb mal so häufig. *Arbeitslose Frauen* haben mehr als doppelt so häufig Schlafstörungen wie erwerbstätige und berichten auch häufiger über Nervosität und Niedergedrücktheit (Depressionen). Kein Unterschied findet sich bei den Frauen allerdings bei Schwäche/Müdigkeit. Möglicherweise wirkt sich bei erwerbstätigen Frauen (vor allem bei Vorhandensein von Kindern und/oder anderen Betreuungsaufgaben) die Mehrfachbelastung in dieser Hinsicht ähnlich negativ wie die Arbeitslosigkeit aus.

Ob und inwieweit gesundheitliche Beeinträchtigungen Ursache oder Folge von Arbeitslosigkeit sind, lässt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht beurteilen. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass einerseits gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ein höheres Risiko haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren bzw. schwerer in den Arbeitsmarkt zu integrieren sind. Andererseits sind die mit Arbeitslosigkeit einhergehenden Deprivationen Stressoren, die sich auf den Gesundheitszustand und die Psyche negativ auswirken. Psychische Beschwerden wie Depressivität, Schlaflosigkeit, allgemeine Nervosität können bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit auch zu körperlichen Beeinträchtigungen führen.⁶²

⁶² KURELLA (1992), MASGF (1995), S. 522.

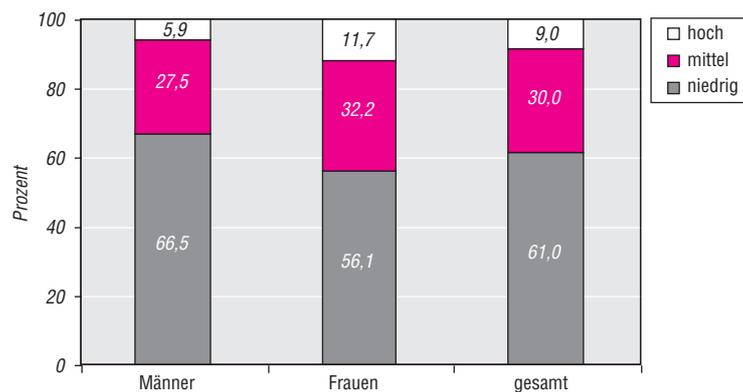
3.9 Index psychischer Beschwerden

Um das Ausmaß psychischer Beschwerden und im Anschluss daran deren Ursachen näher zu bestimmen, wurde, basierend auf den Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys, ein Index konstruiert, der sowohl die Zahl als auch die Stärke der psychischen Beschwerden mit einschließt. Berücksichtigt wurden folgende Beschwerden: Schlafstörungen; Müdigkeit; Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen; Melancholie, Depression, Unglücklichsein; Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit; Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen. Die Beschwerden wurden je nach Schweregrad unterschiedlich gewichtet (für leichte Beschwerden wurde 1 Punkt, für starke wurden 2 Punkte vergeben). Ein „niedriges“ Niveau psychischer Beschwerden

(Punktwert 0) bedeutet, dass keine der untersuchten Beschwerden vorliegt, ein „mittleres“ (Punktwert 1–3), dass mindestens eine leichte oder eine starke Beschwerde vorhanden ist, ein „hohes“ Ausmaß psychischer Beschwerden (Punktwert 4–12) steht für ein darüber hinausgehendes Niveau. Die Reliabilität des Index ist ausreichend hoch (Cronbachs Alpha .70).

Von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren sind demnach 61,0 Prozent beschwerdefrei, 30,0 Prozent haben ein mittleres Ausmaß psychischer Beschwerden und 9,0 Prozent ein hohes. Bei Frauen sind ein mittleres und hohes Niveau psychischer Beschwerden häufiger als bei Männern.

Grafik 3.35: Psychische Beschwerden (Index) (in den letzten 2 Wochen) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Ausgeprägte psychische Beschwerden finden sich am häufigsten bei älteren, verwitweten Frauen, bei Frauen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen, arbeitslosen Frauen und Pensionistinnen sowie bei österreichischen Staatsbürgerinnen, bei Frauen aus Arbeiterbezirken mit hohem Ausländeranteil, aber auch (bedingt durch das höhere Durchschnittsalter) aus Nobelbezirken. Unter den Berufstätigen ist ein hohes Be-

schwerdeniveau am häufigsten unter Arbeiterinnen bzw. Frauen in unqualifizierten Berufen.

Bei Männern, deren Werte jedoch deutlich unter jenen der Frauen liegen, sind Arbeitslose, Pensionisten, Verwitwete, über 75-Jährige sowie jene mit niedrigem Einkommen am häufigsten von psychischen Beschwerden betroffen.

Tabelle 3.3: Psychische Beschwerden (Index) in Wien 1999–2001 (in den letzten 2 Wochen) nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Merkmale	absolut	psychische Beschwerden in %			absolut	psychische Beschwerden in %		
		niedrig	mittel	hoch		niedrig	mittel	hoch
	Männer				Frauen			
gesamt	1.894	66,5	27,5	5,9	2.125	56,1	32,2	11,7
Alter								
16–24	236	77,2	20,8	2,0	219	63,0	26,6	10,4
25–44	788	67,4	26,7	5,9	839	63,1	28,9	8,0
45–59	466	63,2	30,6	6,2	521	52,5	36,1	11,4
60–74	279	66,6	27,6	5,8	319	50,7	36,8	12,6
75+	126	53,4	33,9	12,7	226	40,0	34,0	26,0
Familienstand								
ledig	608	67,5	26,6	5,9	578	59,6	29,8	10,5
verheiratet	1.090	67,4	27,4	5,2	959	58,6	32,2	9,1
geschieden	136	56,7	33,8	9,5	285	51,7	34,0	14,3
verwitwet	60	63,4	25,1	11,4	303	45,7	34,8	19,5
höchste Bildung								
Pflichtschule	368	71,6	22,3	6,1	611	53,7	29,3	16,9
Lehre	721	64,3	28,7	7,0	520	58,4	30,6	11,0
mittlere Ausbildung	560	65,9	28,8	5,3	779	57,5	33,6	8,9
Hochschule	245	66,9	29,2	3,9	215	52,6	38,9	8,6
Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro)								
bis 727,-	222	63,4	28,1	8,6	310	47,2	31,7	21,1
bis 1.308,-	629	60,1	32,2	7,7	764	56,5	31,7	11,8
bis 2.180,-	560	70,7	24,6	4,7	546	58,5	32,1	9,4
über 2.180,-	196	72,6	23,3	4,2	121	62,0	32,4	5,6
Erwerbsstatus								
voll beschäftigt	1.106	69,6	25,8	4,6	718	60,5	31,2	8,3
teilzeit beschäftigt	99	68,8	28,1	3,1	310	63,1	30,8	6,1
Hausfrau/-mann	6	93,9	0,0	6,1	249	56,9	33,7	9,4
SchülerIn/StudentIn	130	69,8	26,3	3,9	155	57,3	31,0	11,7
arbeitslos	108	61,0	29,2	9,8	87	54,7	26,1	19,2
PensionistIn/RentnerIn	445	58,3	32,1	9,6	606	47,0	34,6	18,4
berufliche Stellung								
Arbeiter	404	65,4	27,6	7,0	387	51,2	31,3	17,5
Angestellte	827	65,6	28,3	6,1	1.058	58,5	31,1	10,5
Selbständige	191	64,9	30,4	4,7	141	56,3	34,5	9,2
Lehrlinge	63	86,9	10,4	2,8	19	78,1	13,9	8,0
Beamte, VB	272	66,0	28,3	5,7	247	53,6	36,3	10,1
berufliche Position								
unqualifiziert	396	66,3	27,5	6,3	743	54,1	32,1	13,9
qualifiziert	655	66,3	27,1	6,6	711	58,0	30,2	11,8
hoch qualifiziert	493	66,7	26,8	6,5	286	59,3	33,7	7,0
Führungsposition	212	65,3	32,3	2,4	111	52,7	37,2	10,1
Staatsbürgerschaft								
Österreich	1.598	65,4	28,1	6,5	1.794	55,4	32,0	12,5
Ex-Jugoslawien	112	81,8	16,3	1,9	100	69,9	28,7	1,4
Türkei	43	71,4	20,9	7,7	71	51,8	38,2	10,0
andere	142	65,9	32,0	2,1	159	57,3	33,1	9,6
Art des Wohnbezirks								
Arbeiter-, Ausländerbezirk	529	63,6	29,1	7,3	527	56,9	29,5	13,6
Arbeiterbezirk	714	69,8	25,9	4,3	764	58,9	32,4	8,7
Mischbezirk	529	65,4	29,0	5,5	654	53,2	34,0	12,8
Nobelbezirk	122	64,8	23,9	11,3	180	52,9	32,5	14,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

**IV.
DETERMINANTEN
PSYCHISCHER
BESCHWERDEN**

***DETERMINANTS OF
MENTAL HEALTH
PROBLEMS***

INHALT

4 DETERMINANTEN PSYCHISCHER BESCHWERDEN	93
4.1 BELASTUNGEN/RESSOURCEN	95
4.2 EIN ERKLÄRUNGSMODELL PSYCHISCHER BESCHWERDEN	120

4 DETERMINANTEN PSYCHISCHER BESCHWERDEN

Zusammenfassung

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Ursachen psychischer Beschwerden. In einem ersten Schritt werden Belastungen und Ressourcen verschiedener Bevölkerungsgruppen (körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit, Life Events, Alltags- und Arbeitsstress, persönliche finanzielle Lage, Lebenszufriedenheit, Kohärenzgefühl und körperliche Fitness) untersucht. Im Anschluss daran wird mittels multipler Klassifikationsanalyse versucht die Faktoren festzustellen, die maßgebend für das Ausmaß psychischer Beschwerden sind.

Die vorliegende Analyse macht deutlich, dass Belastungen und Ressourcen sozial ungleich verteilt sind. So fühlen sich Frauen etwas öfter als Männer durch Lebensereignisse belastet, leiden vermehrt unter Alltags- und Arbeitsstress und leben häufiger unter schwierigen finanziellen Bedingungen. Frauen sind auch weniger mit ihrem Leben zufrieden als Männer, haben ein niedrigeres Kohärenzgefühl (Stimmigkeit mit sich und der Welt) und fühlen sich seltener körperlich fit als Männer. Letztere erfahren allerdings in ihrer Kindheit häufiger körperliche Gewalt in der Familie.

Besonderen Belastungen unterliegen alte Menschen, insbesondere ältere Frauen. Sie leben überdurchschnittlich häufig unter schwierigen finanziellen Bedingungen, leiden unter mangelnder körperlicher Fitness und sind wenig mit ihrem Leben zufrieden. Belastende Lebensereignisse spielen bei ihnen ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle.

Am meisten durch Lebensereignisse stark belastet fühlen sich die Geschiedenen, dies wirkt sich auch negativ auf ihre Lebenszufriedenheit aus. Am seltensten ist hohe Life Event-Belastung unter Verheirateten, sie sind auch am meisten mit ihrem Leben zufrieden.

Durchgängige Bildungsunterschiede hinsichtlich der untersuchten Merkmale sind nur zum Teil zu beobachten.

Summary

This chapter discusses the causes of health problems. The first section examines burdens and personal resources of different population groups (physical abuse during childhood, life events, stress in everyday life and at the workplace, financial situation, satisfaction with one's life, sense of coherence, and physical fitness). This is followed by a multiple classification analysis in order to determine which factors influence the severity of mental health problems.

The analysis shows that the burdens and resources are not distributed equally. For example, women experience more stress from life events than men. They also suffer more from general and work-related stress and have to cope more frequently with difficult economic situations. Women are also less satisfied with their lives than men, have a lower sense of coherence and feel less physically fit. Men, on the other hand, have experienced domestic violence during childhood more frequently than women.

Senior citizens, in particular women, experience an increased burden. The proportion of elderly persons living in difficult economic conditions is above average, they frequently do not feel physically fit and their satisfaction with their life is very low. Adverse life events are also common.

Divorced persons feel most burdened by negative life events. This also has a negative effect on their satisfaction with their life situation. A high life event burden is least common among married persons, and they also feel most satisfied with their lives.

Differences in level of education can only partially be linked to these factors.

Als stark bildungsabhängig erweist sich die körperliche Gewalterfahrung als Kind in der Familie: Je niedriger das Bildungsniveau der Eltern desto häufiger ist Gewalt gegenüber Kindern. Von den Bildungsgruppen am wenigsten mit ihrem Leben zufrieden sind Frauen mit Pflichtschulbildung, auch ihr Kohärenzgefühl ist vergleichsweise gering. Am häufigsten unter Alltagsstress leiden die Akademikerinnen. Arbeitsstress findet sich am häufigsten bei den in Führungspositionen Tätigen, insbesondere den Frauen, aber auch Männer in unqualifizierten Berufen berichten überdurchschnittlich häufig von Arbeitsstress. Nach Branchen am meisten unter Arbeitsstress leiden die im Baugewerbe und im Handel tätigen Männer sowie die Frauen im öffentlichen Dienst.

Zu beobachten ist eine Ungleichverteilung von Belastungen und Ressourcen zwischen österreichischen StaatsbürgerInnen und MigrantInnen. Insbesondere Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft fühlen sich überdurchschnittlich häufig durch Lebensereignisse belastet, leiden überdurchschnittlich häufig unter Alltagsstress, sind nur wenig mit ihrem Leben zufrieden. Charakteristisch für sie ist des Weiteren niedriges Kohärenzgefühl und geringe körperliche Fitness. Arbeitsstress ist unter türkischen StaatsbürgerInnen sowie unter StaatsbürgerInnen der Staaten Ex-Jugoslawiens am verbreitetsten.

Nach den Ergebnissen der multiplen Klassifikationsanalyse erweisen sich belastende Lebensereignisse und die Lebenszufriedenheit als wichtigste Bestimmungsfaktoren psychischen Befindens. Aber auch Arbeits- und Alltagsstress sowie Persönlichkeitsmerkmale, welche Stimmigkeit mit der Welt und sich selbst – einschließlich dem eigenen Körper – signalisieren (wie Kohärenzgefühl und körperliche Fitness), spielen eine wichtige Rolle. Psychische Beschwerden sind demnach vor allem bei hoher Belastung durch Lebensereignisse, hohem Arbeitsstress, bei sehr häufigem („oft“) Alltagsstress, niedriger Lebenszufriedenheit, stark eingeschränkter körperlicher Fitness („selten“ bzw. „nie“ fit genug) und niedrigem Kohärenzgefühl zu erwarten.

Experiencing physical violence during childhood has a very strong correlation with education: the lower the level of education of the parents, the more frequent is physical abuse of the children. Women with compulsory education only are least satisfied with their lives and their sense of coherence is also relatively low. Female university graduates experience most stress in everyday life, while persons in executive positions (in particular women) and men in unskilled labour experience an above average level of work-related stress. By professions, men in the construction sector and in retail and women in civil service experience the highest levels of work-related stress.

There are significant differences in the distribution of burdens and resources among Austrian citizens and immigrants. Particularly women of Turkish nationality experience an above average burden by life events, their everyday stress levels are above average and they are not very satisfied with their lives. They also have a low sense of coherence and low physical fitness. Work-related stress is particularly common among immigrants from Turkey and former Yugoslavia.

The multiple classification analysis shows that adverse life events and satisfaction with one's life are the most important determinants of mental well-being, but stress in everyday life and at the workplace, and personality traits that show that someone feels at ease with the world and themselves (including their own body), i.e. sense of coherence and physical fitness, play an important role as well. Mental health problems are to be expected most frequently when there is a high impact of negative life events, significant work-related stress, frequent everyday stress ("frequently"), low life satisfaction, very low physical fitness ("rarely" or "never" fit enough) and a low sense of coherence.

Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, ein hohes Kohärenzgefühl haben und körperlich fit sind, wobei körperliche Fitness auch Aktivität und körperliches Wohlbefinden signalisiert, gelingt es anscheinend eher mit belastenden Situationen fertig zu werden als jenen, denen es an den genannten Voraussetzungen fehlt.

Als besondere Problemgruppe konnten anhand der multiplen Klassifikationsanalyse die über 75-jährigen Österreicherinnen mit Kleinstrenten, einer hohen Belastung durch Lebensereignisse (wie etwa den Tod nahe stehender Menschen), einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechter körperlicher Fitness, niedrigem Kohärenzgefühl und häufigem Alltagsstress identifiziert werden. Diese Bevölkerungsgruppe weist ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden auf als die untersuchte Gesamtpopulation.

Individuals who are satisfied with their life, have a high sense of coherence and are physically fit are apparently able to cope with difficult life situations better than others. It should be noted that physical fitness is usually also linked to physical activity and a sense of well-being, thus adding to the coping ability.

Austrian citizens above age 75 with a minimum pension, a high impact of negative life events (such as death of family members or friends), low life satisfaction, low physical fitness, low sense of coherence, and frequent everyday stress, were identified as a particular risk group in this multiple classification analysis. The level of mental health problems in this group is more than five times higher than the average.

Unter Aspekten des Monitoring scheint (wie erwähnt) für den Bereich der psychischen Gesundheit/Krankheit ein auf dem Stresskonzept beruhendes theoretisches Modell bedeutsam,⁶³ das vier zentrale Konzepte und verschiedene Subkonzepte aufweist, nämlich:

- psychische Gesundheit (Diagnosen, Beschwerden)
- Belastungen (Stress, Mangellagen)
- Ressourcen (personale, soziale)
- Bewältigung und Verhalten (Coping⁶⁴, Gesundheits- und Krankheitsverhalten einschließlich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe)

4.1 Belastungen/Ressourcen

Im folgenden Abschnitt wird zunächst untersucht, welche Bevölkerungsgruppen besonderen Belastungen ausgesetzt sind bzw. welche über besondere Ressourcen verfügen, um dann in einem weiteren Schritt die Bedeutung der untersuchten Faktoren für das Auftreten psychischer Beschwerden zu analysieren. Es zeigt sich, dass meist ein und dasselbe Merkmal (je nach Ausprägung) sowohl als Indikator für Belastungen als auch für Ressourcen fungieren kann. So etwa kann die persönliche finanzielle Lage in jenen Fällen, wo Personen kaum über das Notwendigste verfügen, zu einem Belastungsfaktor werden, wohingegen eine zufriedenstellende finanzielle Lage u. U. eine wichtige Ressource für positives psychisches Befinden ist.

Untersucht wird im Folgenden die Verbreitung körperlicher Gewalterfahrungen in der Kindheit, belastender Lebensereignisse sowie Alltags- und Berufsstress innerhalb verschiedener Bevölkerungsgruppen. Zusätzlich werden Hinweise auf soziodemografische Ausprägungen in den Bereichen persönliche finanzielle Lage, Lebenszufriedenheit, Kohärenzgefühl und körperliche Fitness gegeben.

Körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit

16,6 Prozent der Männer und 14,0 Prozent der Frauen in Wien haben als Kind oft oder gelegentlich körperliche Gewalt in der Familie erfahren. Am häufigsten war dies in der Altersgruppe der heute 45- bis 59-Jährigen, also der unmittelbaren Nachkriegsgeneration, der Fall.

⁶³ Vgl. PEARLIN (1989), THOITS (1995), TURNER, LLOYD (1999), MEYER (2000).

⁶⁴ Der Begriff des Coping zielt auf die individuelle Fähigkeit ab, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen.

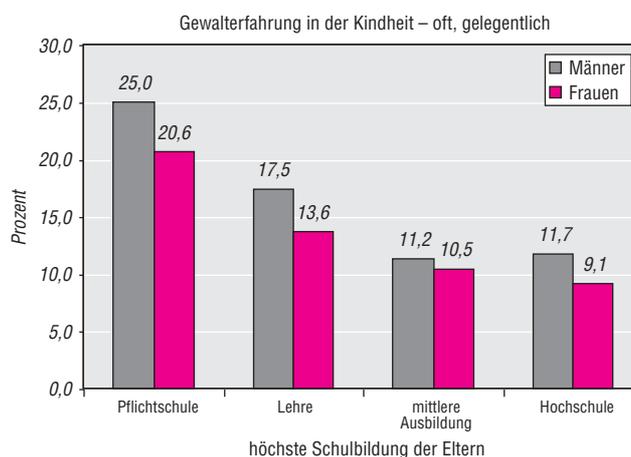
Tabelle 4.1: Körperliche Gewalterfahrung als Kind in der Familie in Wien nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Alter (Jahre)	absolut	als Kind körperliche Gewalt in der Familie erfahren in %				
		oft	gelegentlich	selten	nie	trifft nicht zu
Männer						
16–24	230	4,1	6,8	8,4	70,5	10,2
25–44	781	4,4	11,3	18,4	61,4	4,5
45–59	459	9,2	13,9	15,5	57,6	3,8
60–74	279	4,6	13,1	14,1	66,7	1,5
75+	126	3,8	3,8	12,8	77,2	2,4
gesamt	1.874	5,5	11,1	15,5	63,5	4,4
Frauen						
16–24	209	1,8	3,4	7,0	78,7	9,1
25–44	829	4,7	10,4	11,4	69,9	3,5
45–59	521	7,3	10,3	12,6	66,0	3,8
60–74	318	5,5	6,2	5,3	77,4	5,6
75+	223	6,3	5,7	10,2	70,5	7,2
gesamt	2.099	5,4	8,6	10,2	71,0	4,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Gewalt gegenüber Kindern in der Familie kommt in allen Bildungsschichten vor, in unteren jedoch häufiger.

In allen Bildungsschichten sind außerdem Knaben häufiger familiärer Gewalt ausgesetzt als Mädchen.

Grafik 4.1: Körperliche Gewalterfahrung als Kind in der Familie (oft, gelegentlich) in Wien nach höchster Bildung der Eltern und Geschlecht der Befragten (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Gewalterfahrungen in der Kindheit bleiben für das spätere Leben nicht ohne Folgen. So bestehen Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und der Lebenszufriedenheit. 23 Prozent der Personen mit niedriger Lebenszufriedenheit waren „oft“

oder „gelegentlich“ mit körperlicher Gewalt in der Kindheit konfrontiert im Vergleich zu 13 Prozent mit mittlerer und 12 Prozent mit hoher Lebenszufriedenheit.⁶⁵ Anzumerken ist, dass Personen, die als Kinder Gewalt in der Familie erfahren, meist auch in anderen

Bereichen eine ungünstigere Ausgangssituation haben.

Life Event-Belastung

Als eine der Ursachen psychischer Störungen und Probleme gelten belastende Lebensereignisse, welche die Ressourcen der Betroffenen übersteigen. Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey wurde nach 14 verschiedenen Lebensereignissen in den letzten beiden Jahren, wie z. B. schwere körperliche Krankheit, seelische Krisen, Trennungen, Tod, Gewalterfahrungen, soziale und finanzielle Probleme, gefragt. Für jedes der angegebenen Ereignisse wurde anhand einer vierstufi-

gen Skala (mit den Ausprägungen „sehr“, „ziemlich“, „wenig“, „gar nicht“) die individuell erlebte Belastung erfasst und aus der Zahl sowie der Belastung durch die Ereignisse die Life Event-Belastung berechnet.

Von der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren fühlen sich 30,5 Prozent der Männer und 36,8 Prozent der Frauen stark durch Lebensereignisse belastet. Besonders betroffen ist die Altersgruppe der 24- bis 44-Jährigen, wobei bei den Frauen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen relativ gering sind. Mittlere Life Event-Belastung findet sich am häufigsten im höheren Alter (75 und mehr Jahre) sowie bei Frauen in der Menopause, d. h. der Altersgruppe der 45- bis 59-jährigen.

Tabelle 4.2: Life Event-Belastung (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Alter (Jahre)	absolut	Life Event-Belastung (Index) in %		
		niedrig	mittel	hoch
Männer				
16–24	236	51,1	25,3	23,6
25–44	788	32,3	31,4	36,4
45–59	466	34,4	37,1	28,5
60–74	279	35,6	39,6	24,7
75+	126	26,1	47,4	26,5
gesamt	1.894	35,2	34,3	30,5
Frauen				
16–24	219	34,4	29,8	35,9
25–44	839	31,3	30,0	38,7
45–59	521	25,0	38,4	36,6
60–74	319	33,7	31,7	34,5
75+	226	28,9	36,7	34,3
gesamt	2.125	30,2	33,0	36,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Geschiedene (Männer wie Frauen) und ledige Frauen geben überdurchschnittlich häufig hohe Life Event-Belastung an. Am seltensten findet sich hohe Belastung

unter Verheirateten. Jedoch berichten Verheiratete (insbesondere Männer) überdurchschnittlich häufig über eine mittlere Belastung durch Lebensereignisse.

⁶⁵ Vgl. dazu Tabellenband zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, S. 389.

Tabelle 4.3: Life Event-Belastung (Index) in Wien 1999–2001 nach Familienstand und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

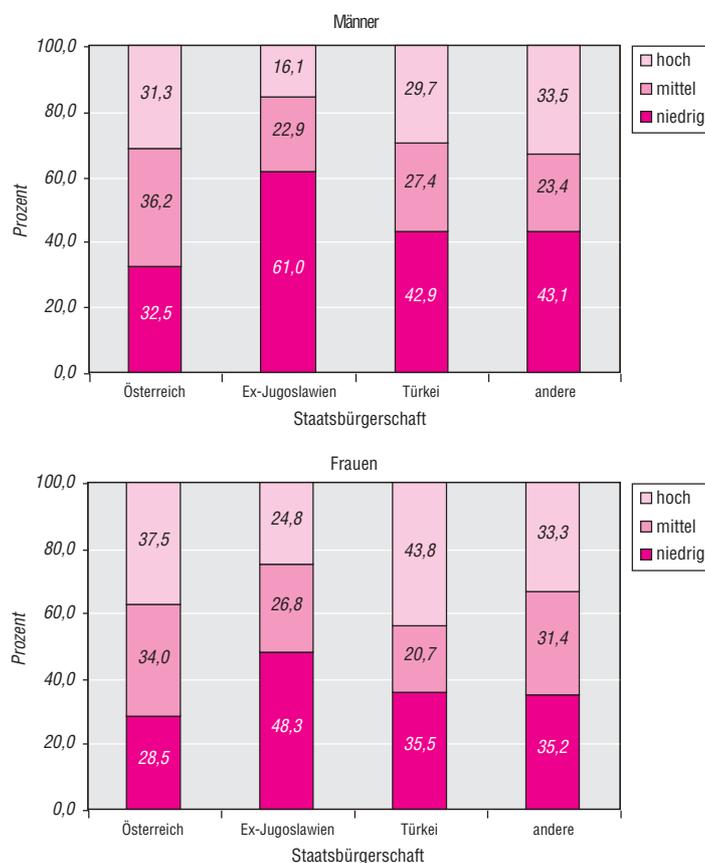
Familienstand	absolut	Life Event-Belastung (Index) in %		
		niedrig	mittel	hoch
Männer				
ledig	608	36,1	29,9	34,0
verheiratet	1090	35,8	37,6	26,6
geschieden	136	26,6	26,1	47,2
verwitwet	60	34,2	38,1	27,7
gesamt	1894	35,2	34,3	30,5
Frauen				
ledig	578	29,7	29,6	40,7
verheiratet	959	33,4	34,4	32,2
geschieden	285	20,1	36,3	43,6
verwitwet	303	30,4	32,2	37,4
gesamt	2125	30,2	33,0	36,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Auffallend ist die überaus hohe Life Event-Belastung unter Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft (allerdings ist mittlere Belastung bei ihnen nur selten). 43,8 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe fühlen sich stark durch Lebensereignisse belastet. Auch bei österreichischen StaatsbürgerInnen sowie bei Personen mit „an-

derer“ Staatsbürgerschaft ist hohe (aber auch mittlere) Belastung durch Lebensereignisse überdurchschnittlich häufig. Am wenigsten fühlen sich überraschenderweise StaatsbürgerInnen aus Staaten Ex-Jugoslawiens durch Lebensereignisse belastet (starke Belastung ist bei ihnen am seltensten).

Grafik 4.2: Life Event-Belastung (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

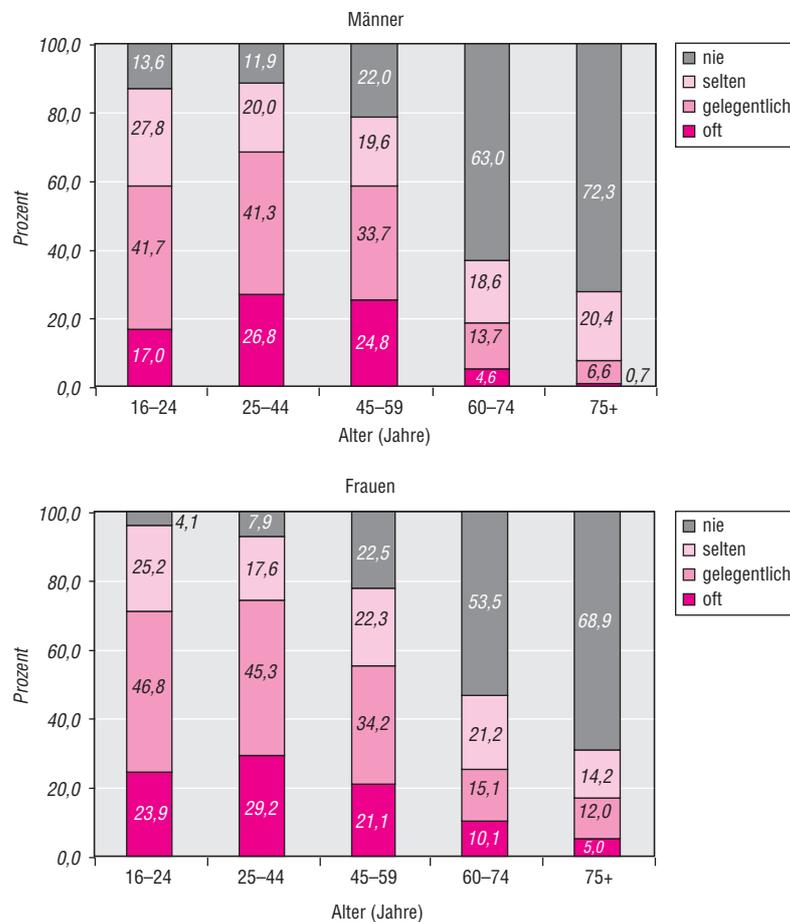
Alltagsstress

In der Stressforschung wurden bisher zahlreiche Konzepte und Theorien entwickelt. Im Sinne der transaktionalen Sicht von LAZARUS und LAUNIER (1981) wird Stress als negativ erlebte Folge einer Diskrepanz zwischen den auf einen Menschen einwirkenden Belastungen und den individuell wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten und -fähigkeiten verstanden. Das heißt, Betroffene sehen sich vor Anforderungen gestellt, von denen sie glauben, dass sie ihre Leistungsmöglichkeiten übersteigen oder nicht ausreichend fordern. Diese Anforderungen können von außen an sie herangetragen werden (z. B. enge Terminvorgaben) und/oder durch innere Wertmaßstäbe, persönliche Ansprüche oder Zielsetzungen (z. B. Perfektionismus, es allen recht machen zu wollen) erzeugt oder verschärft werden.

Alltagsstress wurde im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey auf einer vierstufigen Skala erhoben. Mit dem Begriff „Alltagsstress“ verbindet sich die umgangssprachliche Bedeutung von „Stress“, die mit den Begriffen „Zeitdruck“ und „Hektik“ gleichzusetzen ist.

Alltagsstress ist weit verbreitet. Mehr als die Hälfte der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahre (Männer 53,2 Prozent, Frauen 55,9 Prozent) leidet im Alltag „oft“ oder „gelegentlich“ unter Stress, ein Fünftel (Männer 20,1 Prozent, Frauen 21,2 Prozent) „oft“. Am häufigsten „gestresst“ fühlen sich Personen mittleren Alters. Im Alter (vor allem mit der Pensionierung) verliert Stress zusehends an Bedeutung. Dennoch fühlt sich z. B. in der Altersgruppe zwischen 60 und 74 Jahren noch jede zehnte Frau in Wien „oft“ gestresst. Gerade in diesem Lebensabschnitt spielen bei Frauen Betreuungsaufgaben (Betreuung von Enkelkindern, Pflege von Familienmitgliedern) eine nicht unerhebliche Rolle.

Grafik 4.3: Häufigkeit des Leidens unter Stress im Alltagsleben in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

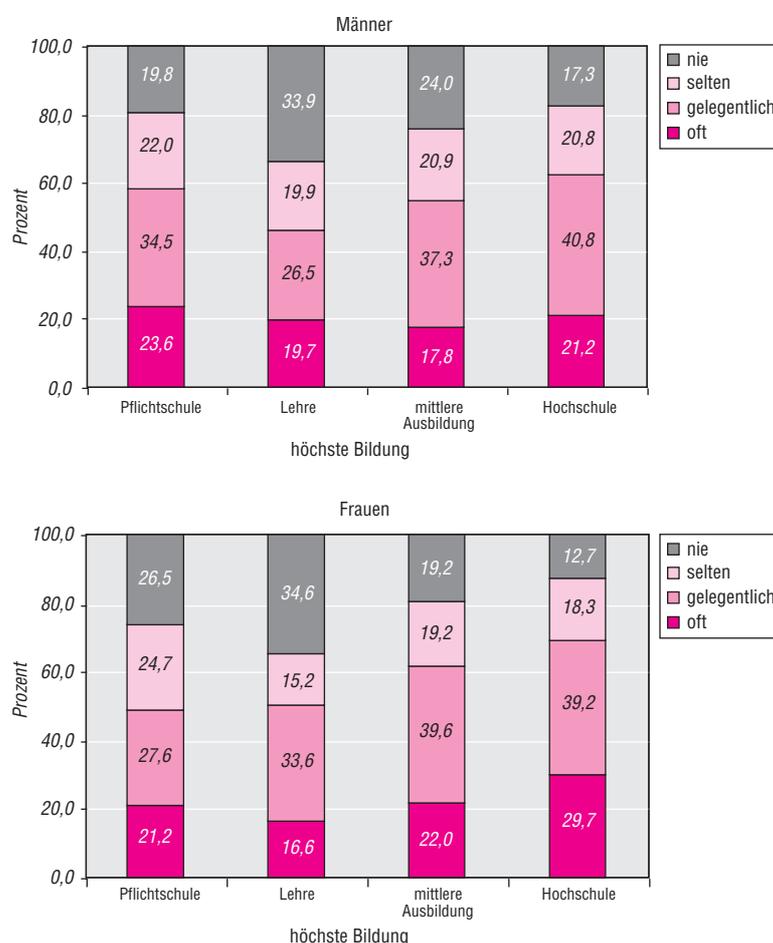


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Alltagsstress unterliegt keinem einheitlichen Bildungstrend. Am meisten „gestresst“ fühlen sich AkademikerInnen. 62,0 Prozent der Akademiker und 68,9 Prozent der Akademikerinnen fühlen sich „oft“ oder „gelegentlich“

unter Stress. Während in der Regel Frauen häufiger unter Alltagsstress leiden als Männer, sind in der niedrigsten Bildungsgruppe Männer häufiger betroffen.

Grafik 4.4: Häufigkeit des Leidens unter Stress im Alltagsleben in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

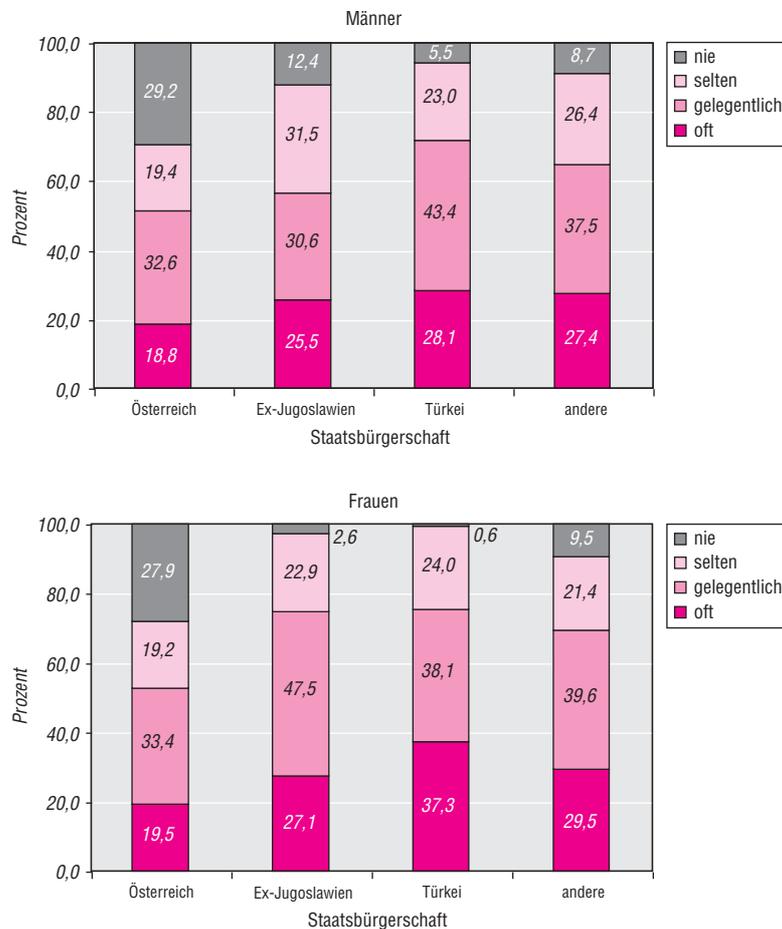


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Unter Bezugnahme auf die Staatsbürgerschaft ist Alltagsstress am häufigsten unter türkischen StaatsbürgerInnen sowie unter StaatsbürgerInnen aus Staaten Ex-Jugoslawiens. Über 70 Prozent der Männer und drei Viertel der Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft sowie drei Viertel der Frauen mit Staatsbürgerschaft ei-

nes Staates Ex-Jugoslawiens leiden „oft“ oder „gelegentlich“ unter Alltagsstress. Von den österreichischen StaatsbürgerInnen sind es dagegen lediglich jeweils knapp über die Hälfte. Auch „oftmaliger“ Stress ist unter türkischen StaatsbürgerInnen (insbesondere unter den Frauen) am häufigsten.

Grafik 4.5: Häufigkeit des Leidens unter Stress im Alltagsleben in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Festzustellen sind Zusammenhänge zwischen Alltagsstress und Lebenszufriedenheit. Während Personen mit niedriger Lebenszufriedenheit zu 30 Prozent angeben, „oft“ unter Stress zu stehen, sind es von den Personen mit hoher Lebenszufriedenheit lediglich 15 Prozent.⁶⁶

Arbeitsstress

Untersuchungen verweisen auf Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen und psychischen bzw. (psycho)somatischen Beschwerden,⁶⁷ wobei nicht nur Über- sondern auch Unterforderung von Bedeutung ist. Arbeitsstress wurde im Wiener Gesundheits- und

Sozialsurvey daran gemessen, wie sich die Befragten nach der Arbeit fühlen. Und zwar wurde gefragt, wie häufig (Ausprägungen: „oft“, „gelegentlich“, „selten“, „nie“) die Tagesarbeit einem „nicht aus dem Kopf geht“, wie häufig Gefühle des Erschöpft- oder Müde-seins, des Unbefriedigt- oder Bedrücktseins und das Bedürfnis, früh ins Bett zu gehen und zu schlafen, sind.

Von den Erwerbstätigen fühlen sich in Wien 30,8 Prozent unter starkem Arbeitsstress. Während Frauen öfter als Männer unter starkem Arbeitsstress stehen, berichten Männer der Tendenz nach häufiger von mäßigem Arbeitsstress.

⁶⁶ Vgl. dazu Tabellenband zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, Band 1, S. 13.

⁶⁷ RICHTER (1997), HOYOS (1998), LEITNER (1999).

Grafik 4.6: Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

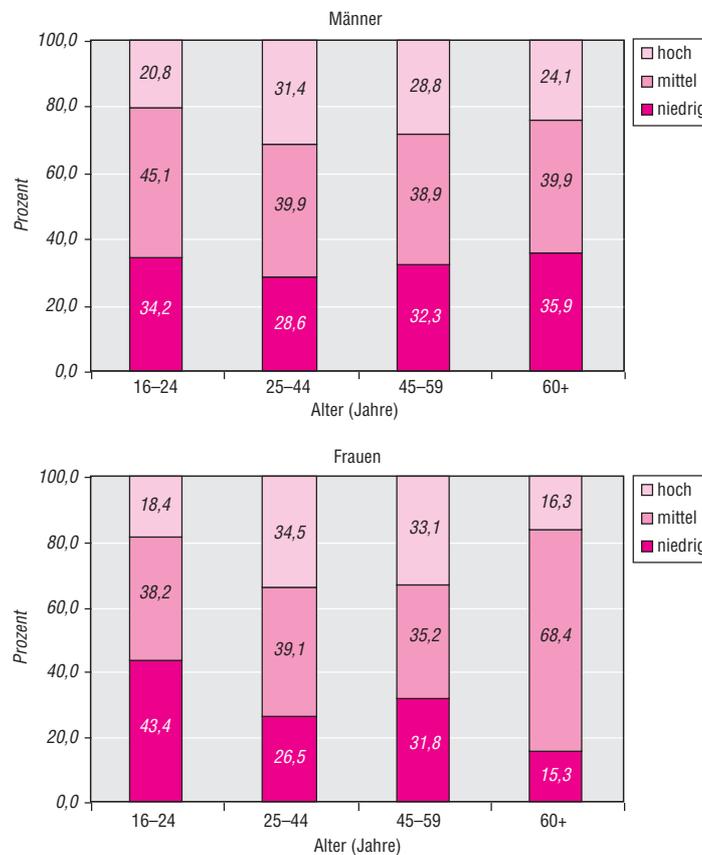


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Am ausgeprägtesten ist hoher Arbeitsstress (bei Männern wie Frauen) im mittleren Alter (25 bis 44 Jahre) sowie unter den 45- bis 59-Jährigen. Jüngere Männer und insbesondere ältere Frauen (60 und mehr Jahre),

von denen allerdings nur mehr wenige im Arbeitsprozess stehen, geben überdurchschnittlich häufig mäßigen Arbeitsstress an.

Grafik 4.7: Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

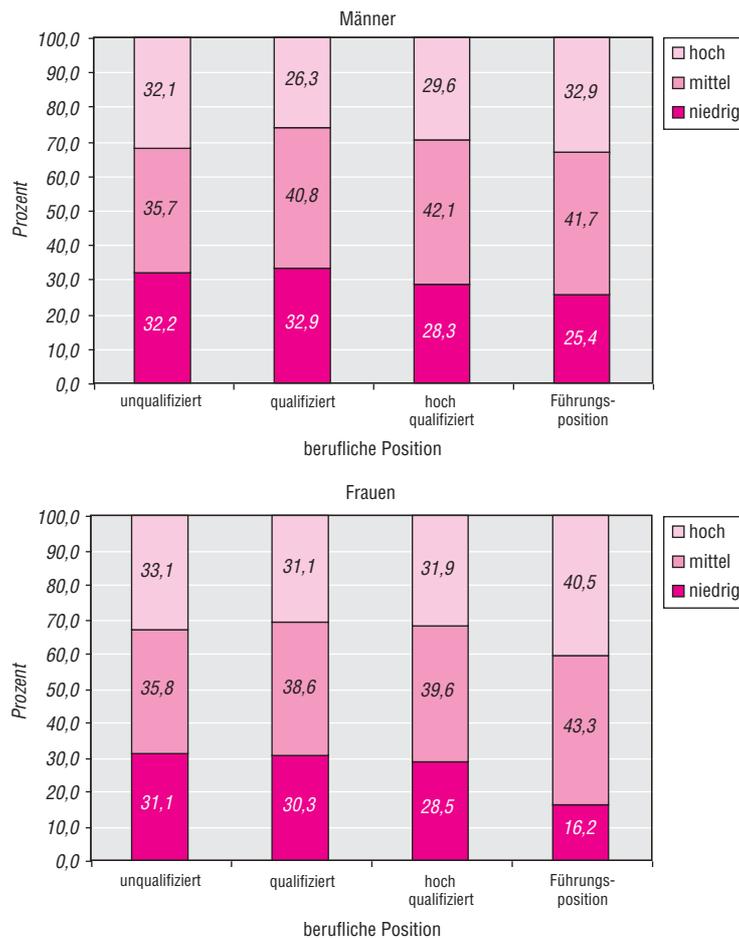


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Von Arbeitsstress am meisten betroffen sind die in Führungspositionen tätigen Frauen. Ca. 40 Prozent von ihnen haben „hohen“ Arbeitsstress, im Vergleich dazu sind es von den in Führungspositionen tätigen Männern lediglich ein Drittel. Männer und Frauen in un-

qualifizierten sowie Frauen in qualifizierten und hoch qualifizierten Positionen haben ähnlich häufig „hohen“ Arbeitsstress wie Männer in Führungspositionen, jedoch etwas seltener mäßigen Arbeitsstress.

Grafik 4.8: Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach beruflicher Position und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

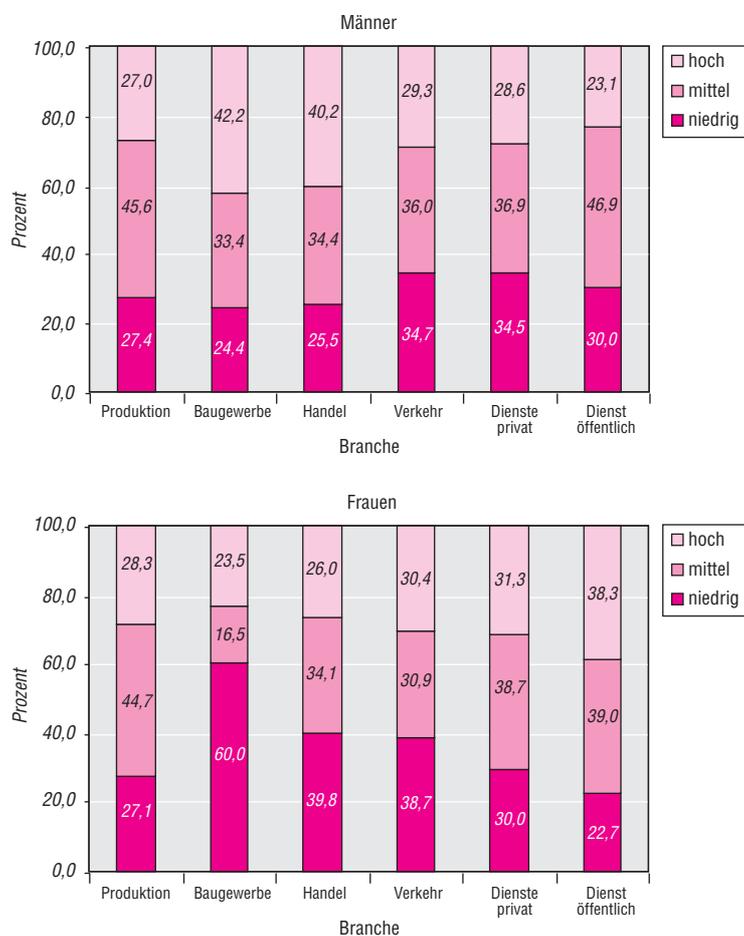


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Am meisten unter starkem Arbeitsstress leiden die Männer im Baugewerbe und Handel sowie Frauen im öffentlichen Dienst. Männer im öffentlichen Dienst stehen

deutlich seltener als Frauen unter starkem Stress, dafür aber häufiger unter mäßigem. Überdurchschnittlich häufig ist mäßiger Stress auch in Produktionsbetrieben.

Grafik 4.9: Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Branche und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

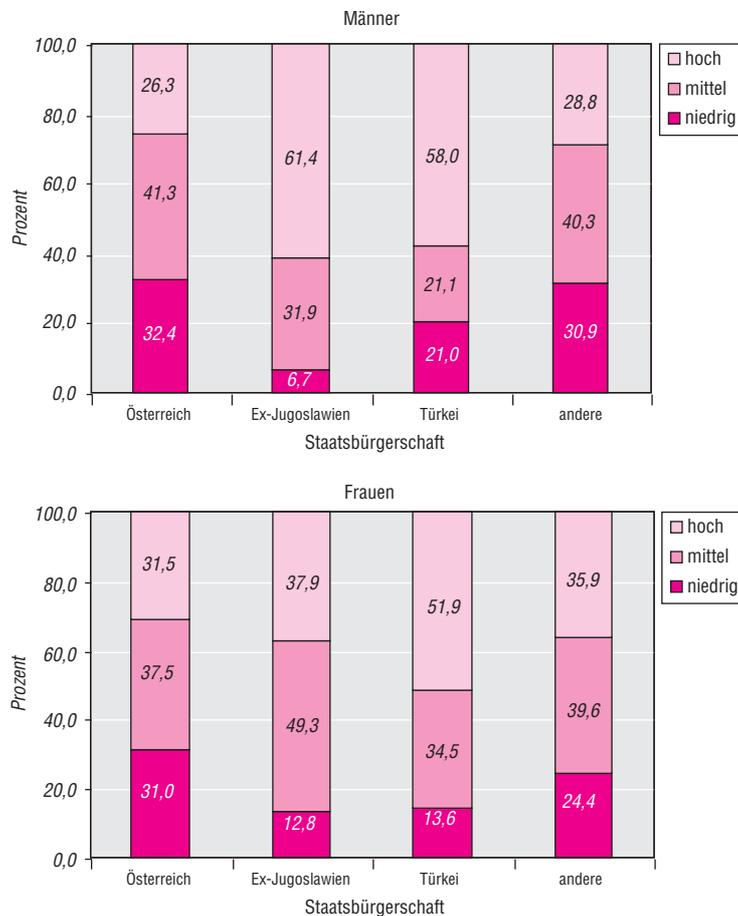


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Unter Stress bei der Arbeit leiden besonders Erwerbstätige mit Staatsbürgerschaft eines Staates Ex-Jugoslawiens und der Türkei. Über 60 Prozent der Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei sowie über die Hälfte der türkischen Staatsbürgerinnen und nahezu 40

Prozent der Frauen aus Ex-Jugoslawien berichten über starken Arbeitsstress. Unter den österreichischen StaatsbürgerInnen sind es dagegen lediglich etwas mehr als ein Viertel der Männer und nicht ganz ein Drittel der Frauen.

Grafik 4.10: Arbeitsstress (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, eigene Berechnungen.

Persönliche finanzielle Lage

Verschiedene Untersuchungen verweisen auf Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheitszustand. Niedrige Einkommensschichten haben einen schlechteren Gesundheitszustand als höhere, auch das Gesundheitsverhalten ist einkommensabhängig.⁶⁸ Je nach Ausprägung kann die persönliche finan-

zielle Lage als Stressor oder Ressource für das Wohlbefinden und die Gesundheit dienen.

Knapp 30 Prozent und ein Viertel der weiblichen Wiener Bevölkerung finden die eigene persönliche finanzielle Lage als „sehr zufriedenstellend“, für 13,4 Prozent der Männer und 15,1 Prozent der Frauen sind die verfügbaren finanziellen Mittel allerdings „ziemlich knapp“ oder reichen kaum für „das Notwendigste“.

⁶⁸ KÖLTRINGER (1996).

Tabelle 4.4: Persönliche finanzielle Lage in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Alter (Jahre)	absolut	persönliche finanzielle Lage <i>in %</i>			
		sehr zufriedenstellend	es reicht	ziemlich knapp	kaum das Notwendigste
Männer					
16–24	236	16,3	59,4	19,6	4,6
25–44	788	25,4	58,5	13,8	2,2
45–59	466	30,6	57,5	10,4	1,4
60–74	279	42,7	53,2	3,6	0,4
75+	126	35,7	60,7	3,7	0,0
gesamt	1.894	28,8	57,8	11,5	1,9
Frauen					
16–24	219	17,0	65,4	16,2	1,4
25–44	839	24,2	59,3	15,1	1,4
45–59	521	30,2	57,9	10,0	2,0
60–74	319	26,4	62,2	11,1	0,3
75+	222	23,5	55,9	18,7	2,0
gesamt	2.121	25,2	59,7	13,7	1,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Am häufigsten stark ökonomisch depriviert fühlen sich die jungen Männer und die älteren Frauen. Circa ein Viertel der 16- bis 24-jährigen Männer und ein Fünftel der 75-jährigen oder älteren Frauen sind der Ansicht, dass die ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel „ziemlich knapp“ sind oder kaum für „das Notwendigste“ reichen. Am positivsten beurteilen Männer ab 60 ihre finanzielle Situation (lediglich ca. 4 Prozent stark Deprivierte).

Ökonomische Deprivation hängt häufig mit dem Gefühl, ungerecht behandelt zu werden, zusammen. Von

der Wiener Bevölkerung ab 16 Jahren haben 28,8 Prozent der Männer und 30,7 Prozent der Frauen „oft“ oder „gelegentlich“ das Gefühl ungerechter Behandlung. Besonders ausgeprägt sind solche Gefühle unter den jüngeren Befragten, mit zunehmendem Alter werden solche Gefühle (vor allem bei den Männern) seltener. So etwa kommen solche Gefühle lediglich bei 11,0 Prozent der 75-jährigen und älteren Männer vor. Immerhin hat aber etwa jede vierte Frau in diesem Alter (25,1 Prozent) „oft“ oder „gelegentlich“ das Gefühl ungerechter Behandlung, wobei die triste Einkommenslage älterer Frauen eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Tabelle 4.5: Gefühl der ungerechten Behandlung in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Alter (Jahre)	absolut	Gefühl, ungerecht behandelt zu werden in %			
		oft	gelegentlich	selten	nie
Männer					
16–24	236	5,9	27,5	46,9	19,7
25–44	788	5,8	27,4	42,5	24,4
45–59	466	5,7	22,2	42,9	29,3
60–74	279	1,9	20,5	26,3	51,4
75+	126	2,5	8,5	28,2	60,7
gesamt	1.894	5,0	23,8	39,8	31,4
Frauen					
16–24	219	8,3	31,5	44,2	16,0
25–44	839	5,4	26,5	43,4	24,7
45–59	521	6,7	23,6	37,8	31,9
60–74	319	6,7	18,5	28,1	46,7
75+	222	6,5	18,6	24,9	50,0
gesamt	2.121	6,4	24,3	37,8	31,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Es zeigt sich, dass das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden, je nach Einkommen verschieden ausgeprägt ist. In einkommensmäßig benachteiligten Schichten

sind solche Gefühle wesentlich häufiger als in privilegierten.

Tabelle 4.6: Gefühl der ungerechten Behandlung in Wien 1999–2001 nach Haushaltseinkommen pro Kopf* und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

monatl. Haushaltseinkommen/EÄ	absolut	Gefühl, ungerecht behandelt zu werden in %			
		oft	gelegentlich	selten	nie
Männer					
Schicht 1	222	11,6	28,6	34,5	25,2
Schicht 2	629	4,5	25,2	36,3	34,0
Schicht 3	560	2,5	22,1	43,5	31,9
Schicht 4	196	1,9	18,7	45,9	33,5
gesamt	1.894	5,0	23,8	39,8	31,4
Frauen					
Schicht 1	310	16,1	31,8	27,4	24,6
Schicht 2	764	5,1	25,0	41,3	28,6
Schicht 3	546	4,2	21,5	40,1	34,3
Schicht 4	121	2,6	18,9	42,3	36,2
gesamt	2.121	6,4	24,3	37,8	31,5

* Netto-Haushaltseinkommen pro Kopf (in Euro): Schicht 1 = bis 727,-; Schicht 2 = bis 1.308,-; Schicht 3 = bis 2.180,-; Schicht 4 = über 2.180,-.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Lebenszufriedenheit

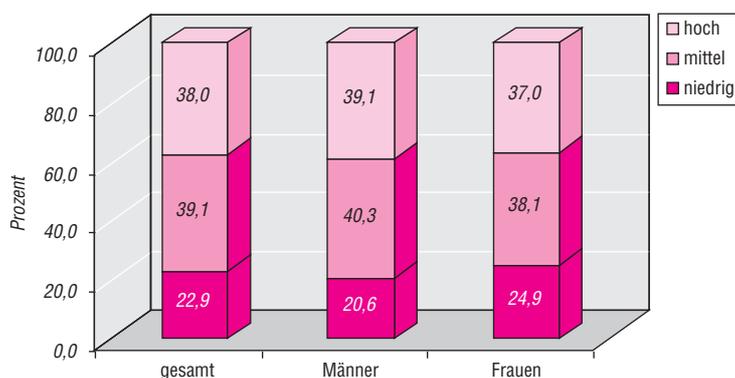
Ein wichtiges Korrelat der (psychischen) Gesundheit ist die Lebenszufriedenheit, wobei allerdings die Kausalrichtung nicht eindeutig feststeht: Einerseits kann es sein, dass Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, auch gesünder sind, andererseits kann sich ein schlechter Gesundheitszustand auf die Lebenszufriedenheit negativ auswirken. Wechselwirkungen sind dabei nicht auszuschließen.

Im Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey wurde die Lebenszufriedenheit anhand von fünf Items erfasst,

und zwar wurde nach der Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, dem Familienleben, den Kontakten zu Freunden und Bekannten, der Freizeitgestaltung und der Gesundheit gefragt. Die Beurteilung erfolgte jeweils über eine vierstufige Skala mit den Ausprägungen „sehr“, „ziemlich“, „wenig“, „gar nicht“. Der Indikator Lebenszufriedenheit deckt also verschiedenste Lebensbereiche ab.⁶⁹

Männer sind insgesamt mit ihrem Leben zufriedener als Frauen. Circa 80 Prozent der Männer und etwa drei Viertel der Frauen geben hohe oder mittlere Lebenszufriedenheit an.

Grafik 4.11: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



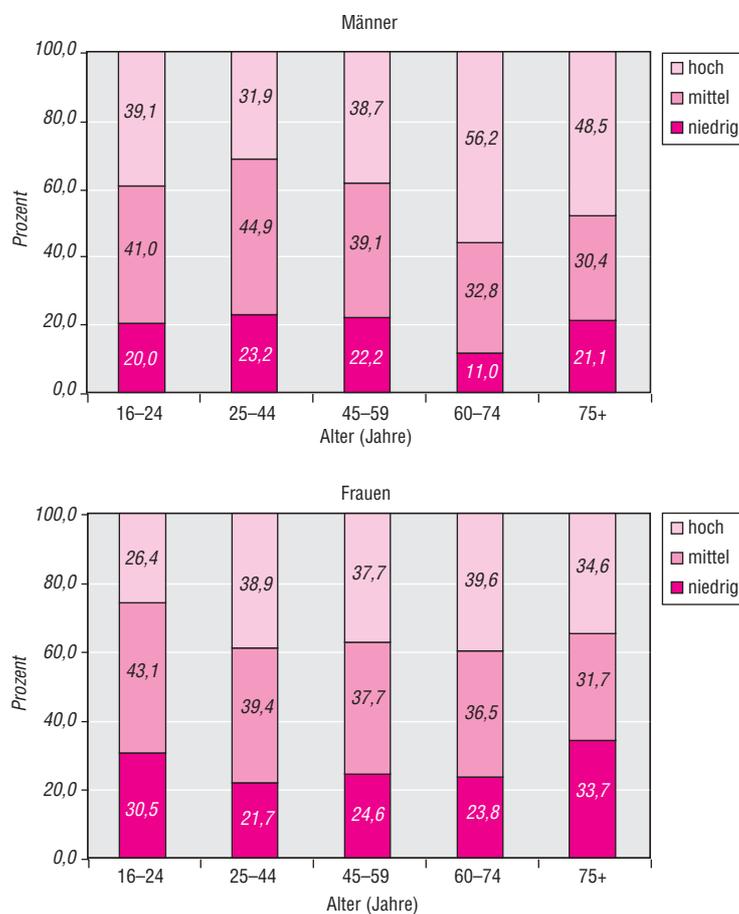
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Am meisten mit ihrem Leben zufrieden sind Männer im frühen Pensionsalter (60 bis 74 Jahre), mehr als die Hälfte dieser Männer ist hoch zufrieden. Bei den Männern nimmt die Lebenszufriedenheit im mittleren Alter (45 bis 59 Jahre) zugunsten mittlerer Zufriedenheit etwas ab, steigt aber wieder im frühen Pensionsalter (60 bis 74 Jahre) und wird im hohen Alter geringer. Bei den

Frauen fällt vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16 bis 24 Jahre) eine vergleichsweise niedrige Lebenszufriedenheit auf. Sie nimmt in der darauffolgenden Altersgruppe etwas zu und bleibt dann in etwa auf diesem Niveau. Im hohen Alter von 75 und mehr Jahren kommt es allerdings bei den Frauen zu merkbaren Einbußen.

⁶⁹ Ergebnisse zum Item „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?“ finden sich im Anhang, Tabelle 4.1.

Grafik 4.12: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

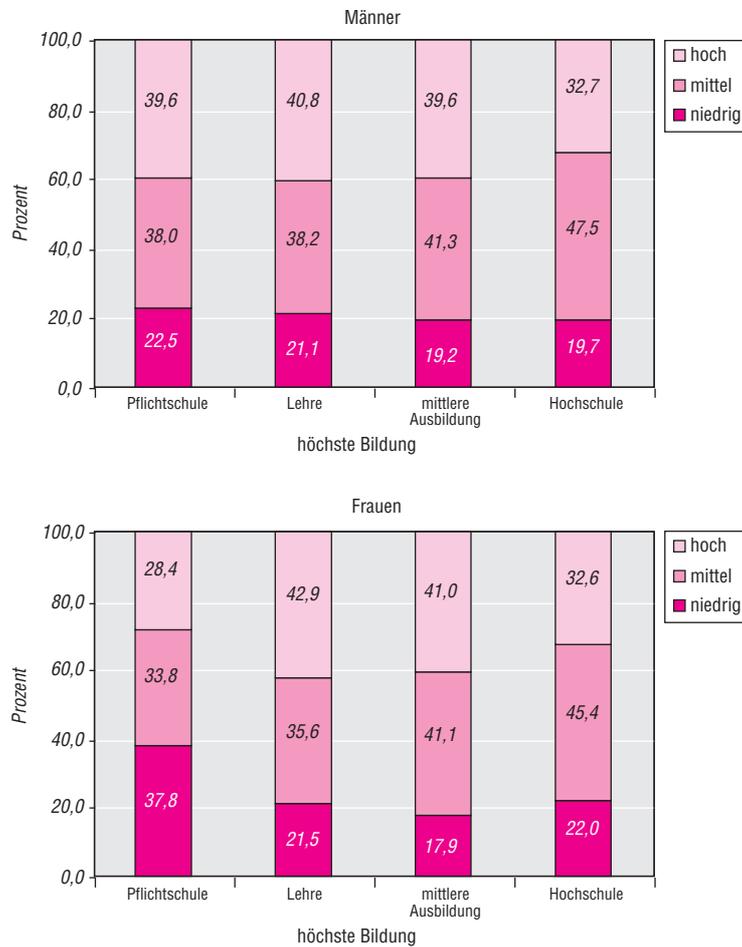


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Frauen mit Pflichtschulbildung sind am wenigsten mit ihrem Leben zufrieden, ca. 40 Prozent davon sind unzufrieden. Auffallend ist bei beiden Geschlechtern die

Zunahme mittlerer Lebenszufriedenheit mit steigender Bildung, die in der Regel mit einer Abnahme hoher Lebenszufriedenheit einhergeht.

Grafik 4.13: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

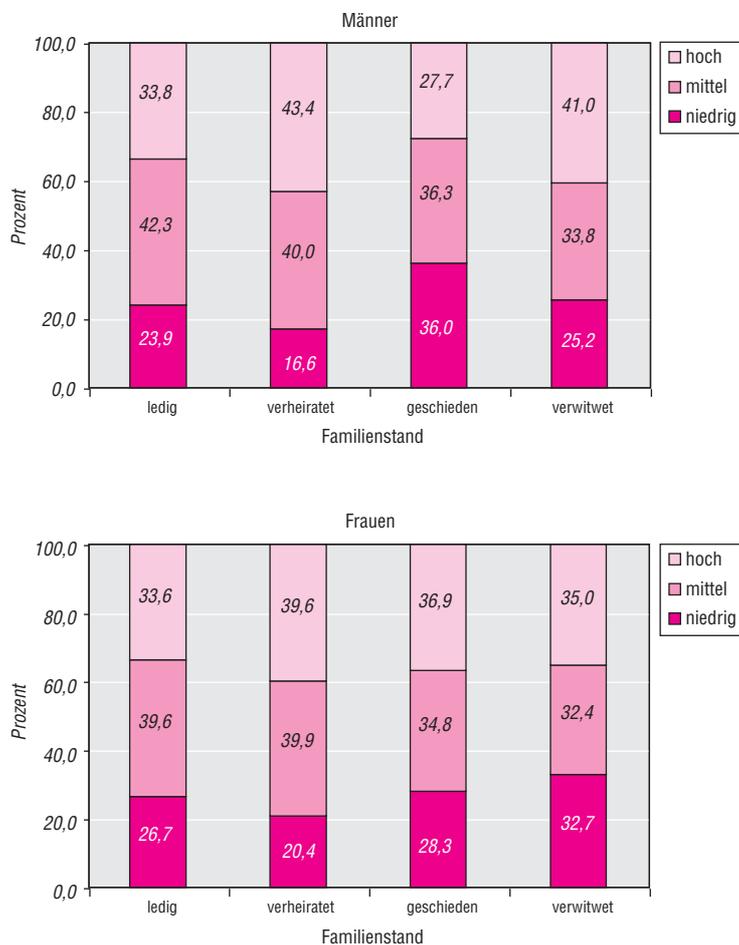


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Verheiratete (Männer wie Frauen) haben nicht nur eine vergleichsweise geringere Belastung durch Lebensereignisse, sondern sind von den Familienstandsgruppen auch am meisten mit ihrem Leben zufrieden. Am wenigsten mit ihrem Leben zufrieden sind die geschie-

denen Männer und die verwitweten Frauen. Bei den verwitweten Männern zeichnet sich eine gewisse Polarisierung ab: Und zwar sind überdurchschnittlich viele nur wenig, ebenso aber überdurchschnittlich viele hoch zufrieden.

Grafik 4.14: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Familienstand (Index) und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

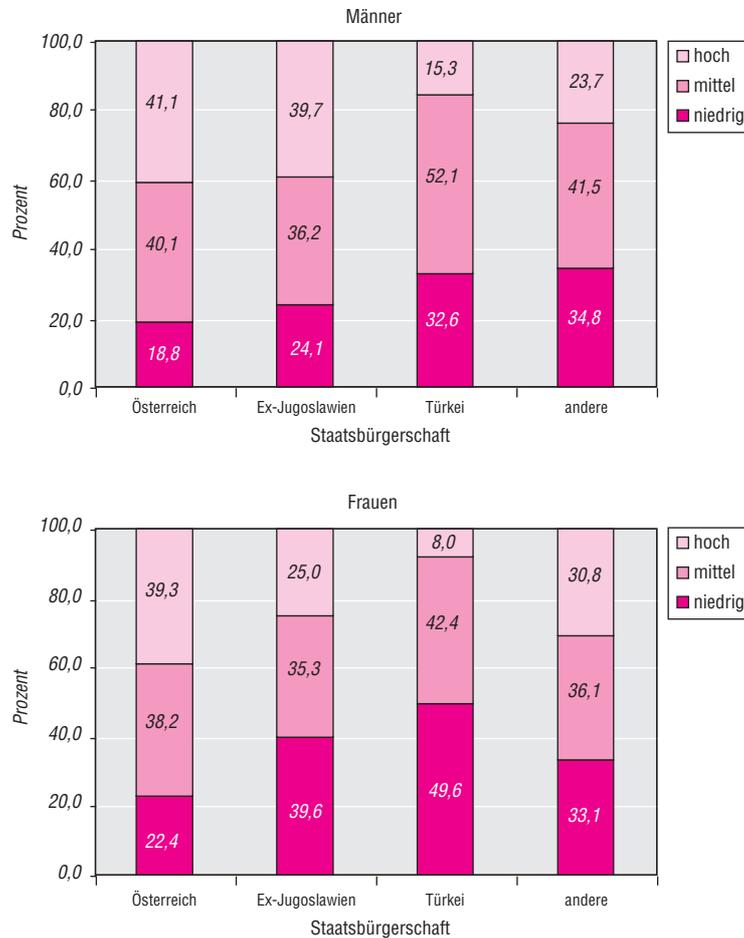


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Von den in Wien lebenden StaatsbürgerInnen sind die österreichischen am meisten mit ihrem Leben zufrieden. Relativ zufrieden sind auch Männer mit Staatsbür-

gerschaft der Staaten Ex-Jugoslawiens. Unter den türkischen Staatsbürgern findet sich ein hoher Anteil mit nur mäßiger Lebenszufriedenheit.

Grafik 4.15: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft (Index) und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



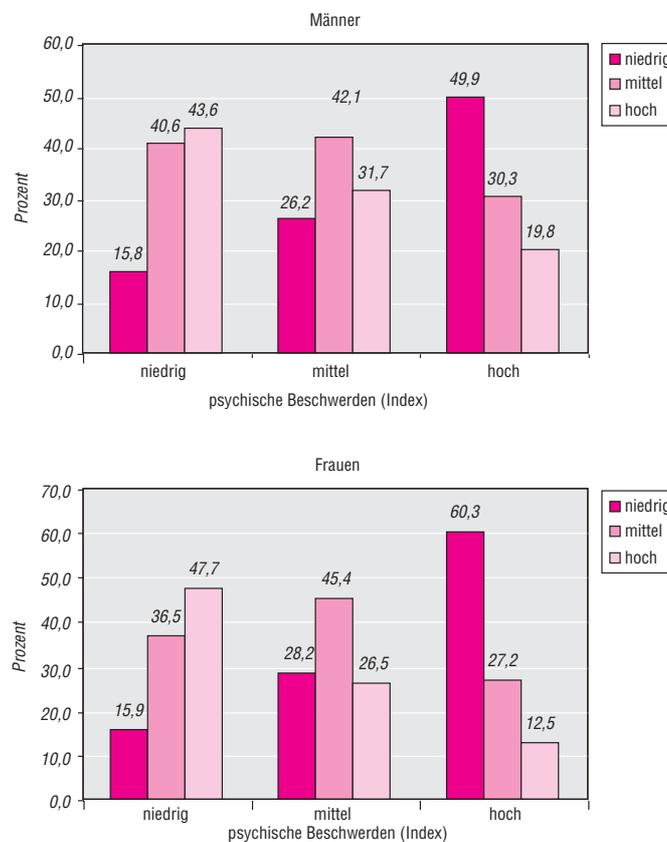
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Besonders gering ist die Lebenszufriedenheit der Frauen mit türkischer Staatsbürgerschaft: Beinahe die Hälfte ist nicht mit ihrem Leben zufrieden. Anscheinend wird die kulturelle Entwurzelung, gepaart mit hoher Live Event-Belastung und mangelnder Integration für viele türkische Frauen zum Problem. Unterstützt wird diese Vermutung, wie später noch gezeigt wird, durch das niedrige Kohärenzgefühl dieser Gruppe von Frauen.

Zu beobachten sind deutliche Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und psychischen Beschwerden. Männer wie Frauen mit einem hohen Ausmaß psychischer Beschwerden, wobei hier sowohl die Zahl als auch die Stärke der Beschwerden berücksichtigt sind, sind deutlich weniger mit ihrem Leben zufrieden als jene mit mittlerem und vor allem niedrigem Niveau an Beschwerden.⁷⁰

⁷⁰ Die Beschreibung des Index psychischer Beschwerden findet sich im Abschnitt 4.2.

Grafik 4.16: Lebenszufriedenheit (Index) in Wien 1999–2001 nach psychischen Beschwerden (Index) und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Kohärenzgefühl (SOC)

Als wichtige Ressource für das psychische Befinden gilt unter anderem das Kohärenzgefühl (SOC = sense of coherence). Es handelt es sich dabei um eine „generalisierte und überdauernde Auffassung von der Welt und dem darin eingebetteten Leben“.⁷¹ Und zwar drückt das Kohärenzgefühl das Ausmaß aus, „in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), und dass zweitens die Ressourcen zur Verfügung stehen, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden (Bewältigbarkeit). Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind,

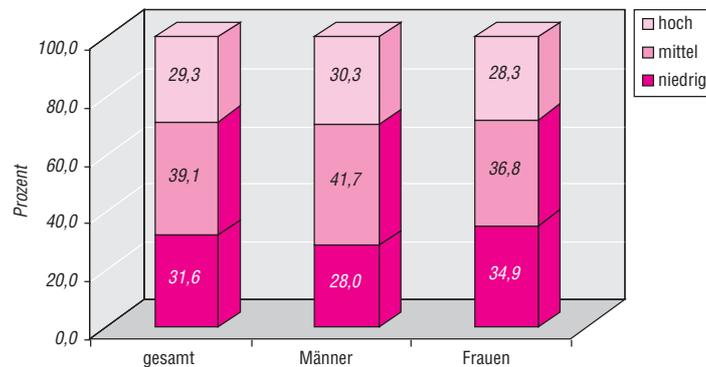
die Investitionen und Engagement verdienen (Sinnhaftigkeit).“⁷² Personen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl nehmen ihre Umwelt als stimmig und vorhersagbar wahr und vertrauen auf den (der jeweiligen Situation angemessenen) bestmöglichen Ausgang der Ereignisse. Insgesamt wurde dieses Konstrukt anhand von sieben Items erfasst (Ausprägungen: „oft“, „gelegentlich“, „selten“, „nie“), wie etwa dem Vorhandensein klarer Ziele und Zwecke, der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens, dem Gefühl ungerechter Behandlung bzw. der Benachteiligung durch das Schicksal, dem Gefühl, in einer ungewöhnlichen Situation nicht zu wissen, was zu tun ist.

Männer verfügen über ein etwas ausgeprägteres Kohärenzgefühl als Frauen, und zwar ist hohes und vor allem mittleres Kohärenzgefühl bei ihnen häufiger.

⁷¹ STADT WIEN (Hrsg.), 2001, S. 119.

⁷² ANTONOVSKY, 1993, S. 12; Übersetzung durch FRANKE & BRODA.

Grafik 4.17: Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

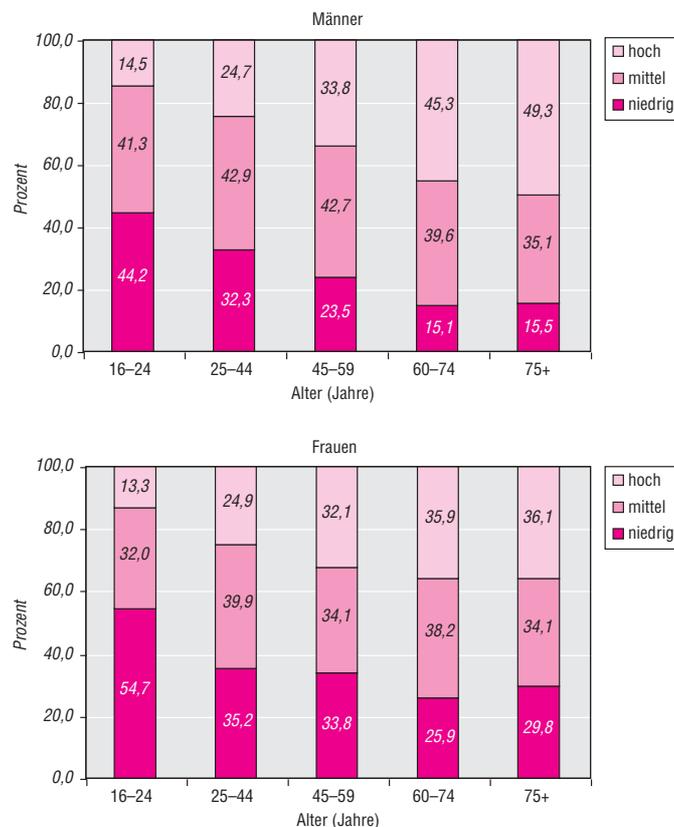


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Das Kohärenzgefühl nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu, bei den Männern jedoch deutlicher als bei den Frauen. Bei Frauen wird allerdings mittleres

Kohärenzgefühl im hohen Alter (75 und mehr Jahre) wieder etwas seltener.

Grafik 4.18: Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

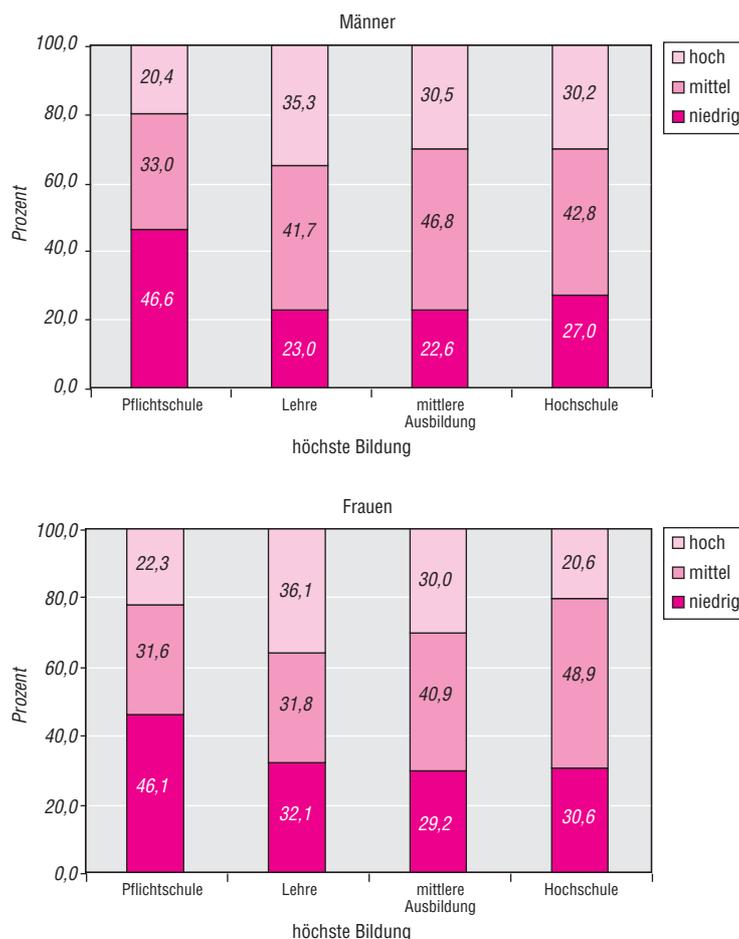


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Das Kohärenzgefühl unterliegt keinem einheitlichen Bildungstrend. Auffallend ist jedoch der Mangel an Kohärenzgefühl in der niedrigsten Bildungsgruppe: 46,6 Prozent der Männer und 46,1 Prozent der Frauen mit

Pflichtschulbildung haben ein niedriges Kohärenzgefühl, im Vergleich zu 23 (Männer mit Lehrabschluss) bis 32 Prozent (Frauen mit Lehrabschluss) unter den anderen Bildungsgruppen.

Grafik 4.19: Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

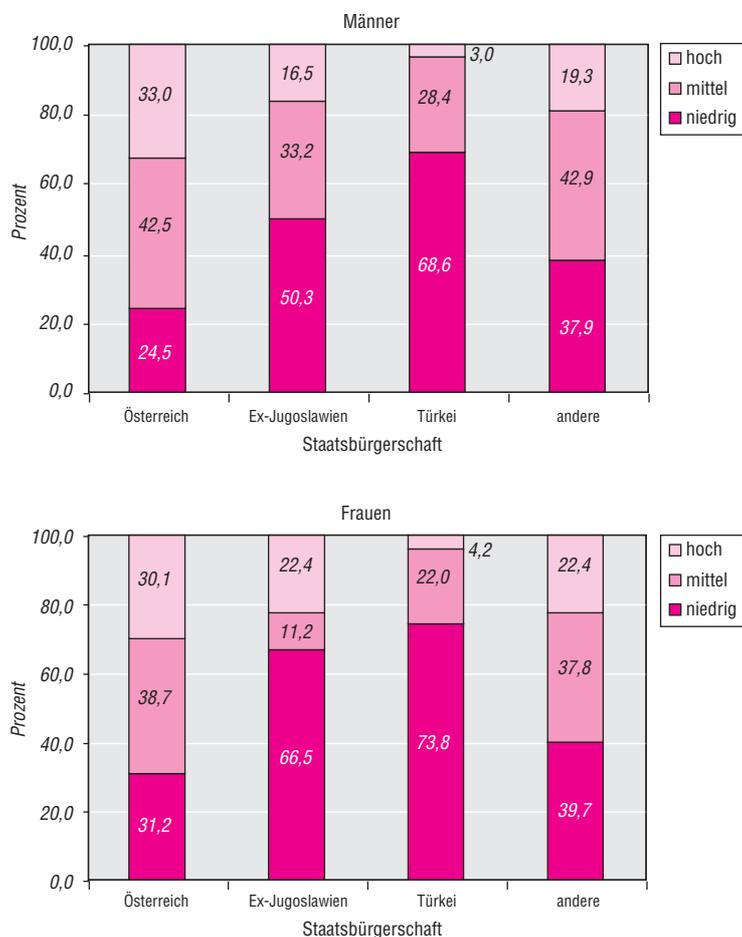


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Türkische StaatsbürgerInnen (Männer 68,6 Prozent, Frauen 73,8 Prozent) sowie Frauen und Männer mit Staatsbürgerschaft von Staaten Ex-Jugoslawiens (Männer 50,3 Prozent, Frauen 66,5 Prozent) haben überdurchschnittlich häufig ein niedriges Kohärenzgefühl.

Am besten schneiden die österreichischen StaatsbürgerInnen ab. Lediglich bei 24,5 Prozent der Männer und 31,2 Prozent der Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft ist das Kohärenzgefühl wenig ausgeprägt bzw. niedrig.

Grafik 4.20: Kohärenzgefühl (Index) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Körperliche Fitness

Körperliche Fitness ist unter anderem auch Ausdruck körperlicher Gesundheit und körperlichen Wohlbefindens. Männer fühlen sich häufiger körperlich fit als Frauen.

Grafik 4.21: Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

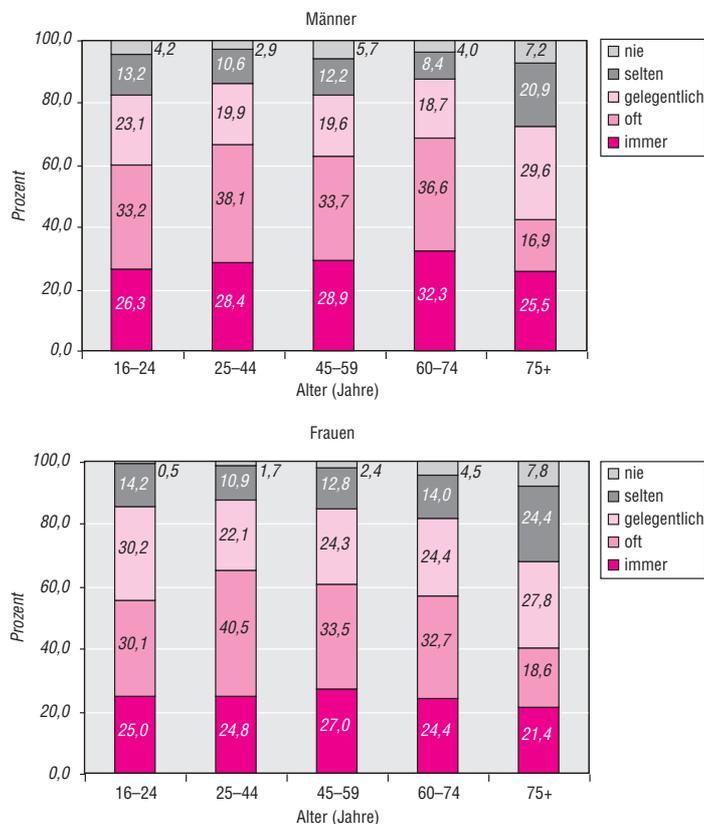


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Am meisten körperlich fit fühlen sich Männer wie Frauen im mittleren Alter. Deutliche Einbußen finden sich erst im hohen Alter (ab 75 Jahre). Auffallend ist der

vergleichsweise hohe Anteil junger Frauen (30,2 Prozent), die angeben, nur „gelegentlich“ fit genug zu sein, um all das zu tun, was sie möchten.

Grafik 4.22: Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

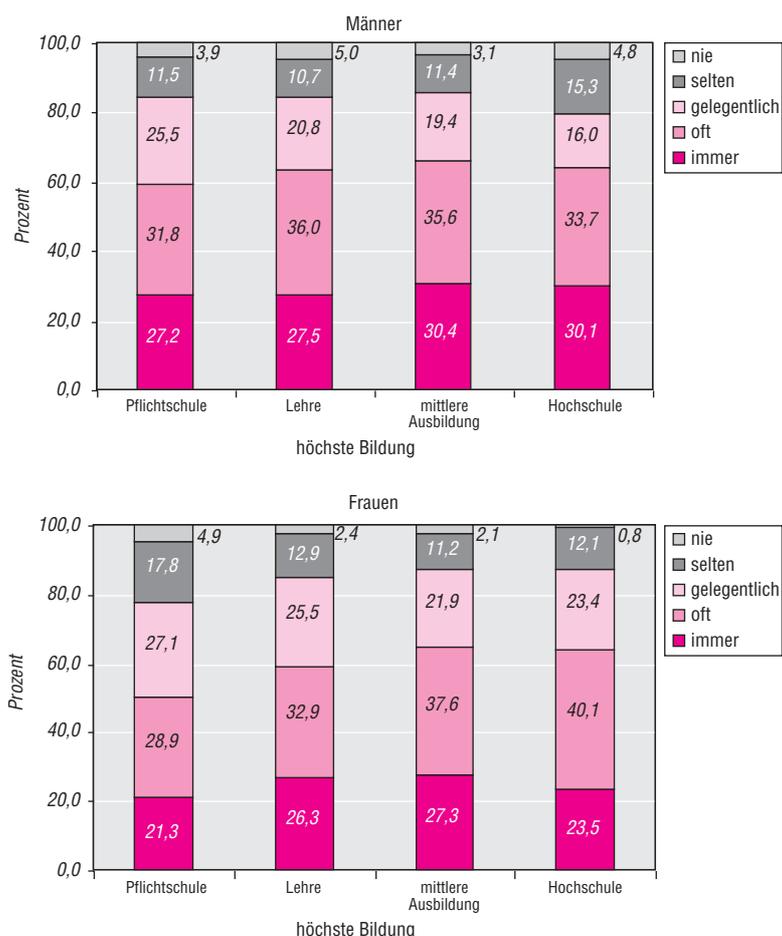


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Am wenigsten körperlich fit fühlen sich die niedrig Gebildeten: 41,0 Prozent der Männer und nahezu die Hälfte der Frauen (49,8 Prozent) mit Pflichtschulbildung fühlen sich nur „gelegentlich“ oder noch seltener ausreichend fit. Im Vergleich dazu sind es von den Hoch-

schulabsolventInnen lediglich 36,2 bzw. 36,4 Prozent. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf das gegenwärtig niedrige Bildungsniveau vieler älterer Menschen (insbesondere der Frauen).

Grafik 4.23: Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Bildung und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

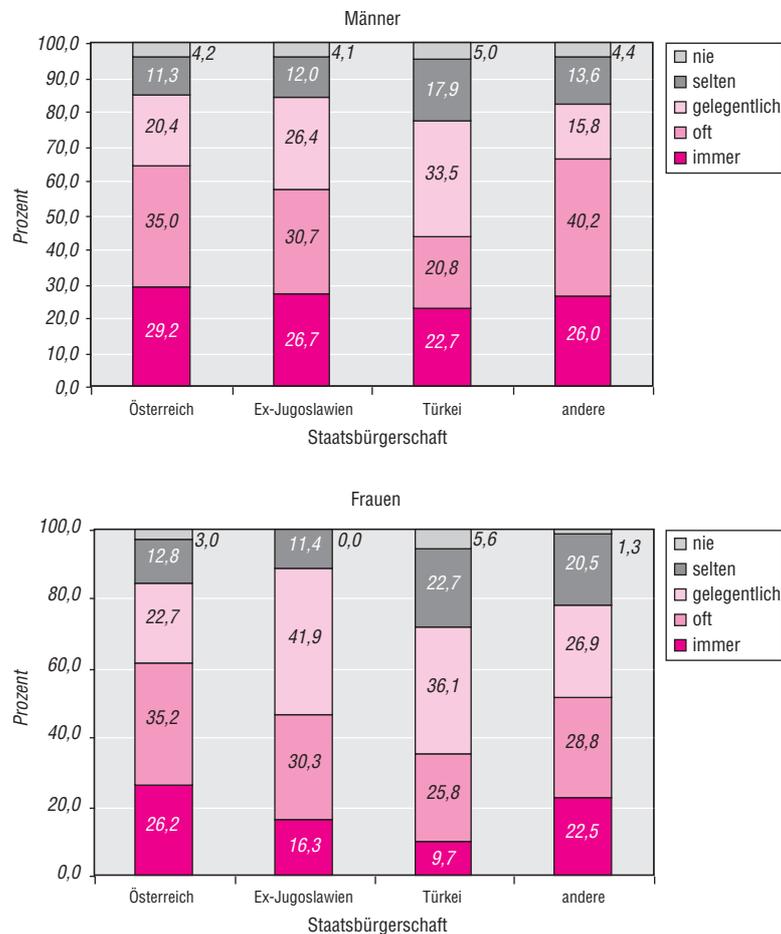


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Wie in vielen anderen der untersuchten Bereiche schneiden die türkischen StaatsbürgerInnen auch in Bezug auf körperliche Fitness schlecht ab. Während sich von den österreichischen Staatsbürgern lediglich 35,9 Prozent nur „gelegentlich“ oder noch seltener ausrei-

chend fit fühlen, sind es von den türkischen über die Hälfte (56,5 Prozent). Ähnlich verhält es sich bei den Frauen: 38,5 Prozent der österreichischen Staatsbürgerinnen berichten über solche Einbußen im Vergleich zu 64,5 Prozent der türkischen.

Grafik 4.24: Körperliche Fitness (fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte) in Wien 1999–2001 nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

4.2 Ein Erklärungsmodell psychischer Beschwerden

Um weitere Hinweise auf die Ursachen psychischer Beschwerden zu erhalten, wird mittels multipler Klassifikationsanalyse versucht festzustellen, welchen Faktoren (soziodemografische Merkmale, Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien) für das Ausmaß psychischer Beschwerden Erklärungswert zukommt.

Signifikante Bestimmungsfaktoren psychischer Beschwerden sind laut multipler Klassifikationsanalyse neben soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Staatsbürgerschaft, persönliche finanzielle Lage) die Belastung durch Lebensereignisse (Life Event-Belastung), der Arbeits- und Alltagsstress, die Lebenszufriedenheit, die körperliche Fitness und das Kohärenzgefühl. Diese Faktoren erklären insgesamt 27 Prozent der Varianz.

Tabelle 4.7: Bestimmungsfaktoren psychischer Beschwerden, Multiple Klassifikationsanalyse (MCA), Gesamt-erklärungsbeitrag = 27 Prozent

Abhängige Variable	Faktoren		(n)	Abweichung vom Gesamt- mittelwert von 1,01
				korrigiert nach Faktoren
psychische Beschwerden (Index)	Geschlecht Beta = ,058	männlich	1.894	-,11
		weiblich	2.125	,10
	Alter Beta = ,117	16–24	455	-,28
		25–44	1.627	-,15
		45–59	987	,17
		60–74	598	,07
		75+	353	,47
	Staatsbürgerschaft Beta = ,104	Österreich	3.392	,07
		Ex-Jugoslawien	212	-,65
		Türkei	114	-,46
		andere	301	-,18
	persönliche finanzielle Lage Beta = ,093	sehr zufriedenstellend	1.075	-,06
		es reicht	2.370	-,06
		ziemlich knapp	507	,25
kaum das Notwendigste		67	1,03	
Lebensereignisse* Beta = ,179	niedrig	1.308	-,33	
	mittel	1.351	-,13	
	hoch	1.359	,44	
Lebenszufriedenheit* Beta = ,171	niedrig	920	,56	
	mittel	1.572	-,10	
	hoch	1.527	-,23	
Fit genug, um all das zu tun, was man tun möchte Beta = ,131	immer	1.072	-,21	
	oft	1.386	-,12	
	gelegentlich	911	,13	
	selten	511	,35	
	nie	140	,74	
Arbeitsstress* Beta = ,129	niedrig	663	-,26	
	mittel	868	-,32	
	hoch	683	,10	
	nicht berufstätig	1.805	,21	
Kohärenzgefühl* Beta = ,121	niedrig	1.272	,32	
	mittel	1.571	-,15	
	hoch	1.176	-,14	
Leiden unter Alltagsstress Beta = ,120	oft	831	,41	
	gelegentlich	1.363	-,04	
	selten	811	-,10	
	nie	1.014	-,20	

* In diesen Fällen handelt es sich um Indices. Die Beschreibung findet sich in Abschnitt 8.1.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Anmerkung: Beta-Koeffizienten haben einen Wertebereich von 0 (kein Erklärungsbeitrag) bis 1 (perfekte Erklärung). Sie geben an, welchen Beitrag ein Faktor zur Erklärung der abhängigen Variable leistet. Das Modell weist nur statistisch hoch signifikante Bestimmungsfaktoren aus ($P < 0,000$). Die nach Faktoren korrigierten Abweichungen vom Gesamtmitteiwert sind als Effekte interpretierbar. Sie geben an, wie sich die Zugehörigkeit zu einer Kategorie eines Faktors auswirkt – und zwar unter Konstanthaltung der anderen im Modell enthaltenen Faktoren.

Keine nennenswerten zusätzlichen Effekte gehen von den Faktoren Familienstand, Schulbildung, Teilnahme am Erwerbsleben (wird zum Teil durch das Merkmal Arbeitsstress mit der Kategorie „nicht berufstätig“ abgedeckt), Pro-Kopf-Haushaltseinkommen (wird durch die Einschätzung der persönlichen finanziellen Lage abgedeckt), Art des Wohnbezirks, körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit (wird durch den Index Lebensereignisse abgedeckt), Arbeitsbelastungen (wird durch den Index Arbeitsstress abgedeckt), Wohnzufriedenheit (wird durch den Index Lebenszufriedenheit abgedeckt), soziales Netz (wird ebenfalls durch den Index Lebenszufriedenheit abgedeckt), Gesundheitsbewusstsein („Achten auf die eigene Gesundheit“), Gesundheitsverhalten („Aktivitäten, um gesund zu bleiben“) und Stressvermeidung („versuche, Stress zu vermeiden“) aus. Copingstrategien spielen anscheinend insgesamt eine untergeordnete Rolle.

Den höchsten Erklärungswert für das Ausmaß psychischer Beschwerden haben die Belastung durch Lebensereignisse und die Lebenszufriedenheit. Dem folgen dem Erklärungsbeitrag nach körperliche Fitness, Arbeitsstress, Kohärenzgefühl und Alltagsstress. Unter den soziodemografischen Merkmalen, denen geringerer Erklärungswert als den eben genannten Faktoren zukommt, erweist sich das Alter als wichtigster Bestimmungsfaktor. Die Staatsbürgerschaft, die persönliche finanzielle Lage und vor allem das Geschlecht haben nur geringe Erklärungskraft.

Betrachtet man die einzelnen Effekte, das heißt, die bereinigten, von den anderen (im Modell berücksichtigten) Faktoren unabhängigen Abweichungen vom Gesamtmittelwert, so fällt auf, dass die Zusammenhänge zwischen den relevanten Bestimmungsfaktoren und dem Ausmaß psychischer Beschwerden meist nicht linear sind.

Psychische Beschwerden sind lediglich bei hoher Live Event-Belastung, hohem Arbeitsstress, bei Nicht-Teilnahme am Erwerbsleben, bei sehr häufigem („oft“) Alltagsstress, niedriger Lebenszufriedenheit, stark eingeschränkter körperlicher Fitness („selten“ bzw. „nie“ fit genug) und niedrigem Kohärenzgefühl zu erwarten. Von den soziodemografischen Merkmalen wirken sich (unabhängig von den anderen Faktoren) vor allem hohes Alter (75 und mehr Jahre), in etwas geringerem Maße das Lebensalter zwischen 45 und 59 Jahren (ältere ArbeitnehmerInnen, Menopause) und in weiter abge-

schwächer Form das frühe Pensionsalter (60 bis 74 Jahre) auf das Ausmaß psychischer Beschwerden aus. Negative Effekte auf das psychische Befinden hat des Weiteren sehr prekäre („kaum das Notwendigste“) und in abgeschwächter Form auch ziemlich eingeschränkte („ziemlich knapp“) persönliche finanzielle Lage, weibliches Geschlecht und österreichische Staatsbürgerschaft.

Mittlere und vor allem geringe Belastung durch Lebensereignisse, niedriger und insbesondere mittlerer Arbeitsstress, gelegentlicher, seltener und gänzlich fehlender Alltagsstress, ausgeprägte körperliche Fitness („oft“ und vor allem „immer“ das tun zu können, was man will), mittlere und vor allem hohe Lebenszufriedenheit, hohes und mittleres Kohärenzgefühl, sehr zufriedenstellende und ausreichende („es reicht“) persönliche finanzielle Lage, jugendliches bzw. junges Erwachsenenalter sowie (abgeschwächt) mittleres Alter, „andere“ oder türkische Staatsbürgerschaft sowie vor allem die Staatsbürgerschaft eines der Staaten Ex-Jugoslawiens und männliches Geschlecht führen zu gegenteiligen Effekten, das heißt, wirken sich positiv auf das psychische Befinden aus, sind also wichtige Ressourcen zur Verhinderung psychischer Beschwerden.

Stress (wie etwa Arbeits- und/oder Alltagsstress) ist also keineswegs nur negativ zu sehen, sondern kann auch stimulierend wirken. Erst, wenn ein bestimmtes Maß überschritten wird und eine Überforderung eintritt, sind psychische Beschwerden zu erwarten. So wirkt sich ein mittleres Niveau an Arbeitsstress sogar tendenziell positiver auf das psychische Befinden aus als ein niedriges. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen, dass sich nicht nur Über-, sondern auch Unterforderung auf das psychische Befinden auswirken.

Nicht nur hohe Lebenszufriedenheit, sondern auch mittlere (zwar abgeschwächt) hat positive Effekte auf das psychische Befinden. Mittleres Kohärenzgefühl wirkt sich sogar eine Spur positiver auf das psychische Wohlbefinden aus als hohes.

Auch körperliche Fitness ist (unabhängig vom Alter) ein wichtiger Bestimmungsfaktor. Sich nur „gelegentlich“, „selten“ und vor allem „nie“ fit genug fühlen, um das zu tun, was man möchte, erhöht das Ausmaß psychischer Beschwerden kontinuierlich, wobei die stärksten Effekte bei größtmöglicher Beeinträchtigung („nie“) zu erwarten sind. Je häufiger man sich körper-

lich fit fühlt (wobei Abstufungen zwischen „oft“ und „immer“ zu beobachten sind), desto stärkere, positive Effekte auf das psychische Befinden sind zu erwarten.

Maßgebend für das Ausmaß psychischer Beschwerden ist auch hohes Alter (75 und mehr Jahre), bei jüngeren Befragten sind eher gegenteilige Effekte zu erwarten. Die Effekte des Faktors Alter steigen von -,28 bei den 16- bis 24-Jährigen bis +,47 bei den 75-Jährigen und älteren an, der Anstieg im Mittelbereich ist aber nicht kontinuierlich. Personen im Alter von 45 bis 59 Jahren (ältere ArbeitnehmerInnen, Menopause) weisen unter sonst gleichen Bedingungen ein etwas höheres Niveau psychischer Beschwerden auf (Effekt = +,17) als die 60- bis 74-Jährigen, d. h. die jüngeren PensionistInnen (Effekt = +,07). Mit dem Wegfall beruflicher Tätigkeit bzw. der Belastungen der vorangehenden Lebensphase scheint sich im frühen Pensionsalter das psychische Befinden wieder etwas zu stabilisieren, zumal sich der Großteil noch relativ guter körperlicher Gesundheit erfreuen kann.

Die persönliche finanzielle Lage wirkt sich vor allem dann auf die psychische Gesundheit negativ aus, wenn Menschen „kaum über das Notwendige“ verfügen, aber auch bei „ziemlich knappen“ Mitteln sind (geringere) Effekte zu erwarten. Positiv auf die psychische Gesundheit wirken sich eine „sehr zufriedenstellende“ finanzielle Lage und das Gefühl, dass „es reicht“, aus, wobei zwischen beiden kein Unterschied besteht.

Interessante Effekte ergeben sich für den Faktor Staatsbürgerschaft. In den vorigen Abschnitten wur-

de festgestellt, dass Belastungen und Ressourcen unter den in Wien lebenden StaatsbürgerInnen ungleich verteilt sind. Besondere Defizite (in den Bereichen Lebenszufriedenheit, Kohärenzgefühl und körperliche Fitness etc.) wurden für türkische StaatsbürgerInnen, insbesondere für die Frauen, festgestellt. Charakteristisch für sie sind auch eine ausgeprägte Life Event-Belastung und häufiger Alltagsstress. Jedoch erweist es sich unter *sonst gleichen Bedingungen* für das psychische Wohlbefinden durchaus günstig, AusländerIn, bzw. dem Erklärungswert nach gereiht, StaatsbürgerIn eines Staates Ex-Jugolawiens, türkische/r StaatsbürgerIn oder StaatsbürgerIn eines anderen Staates zu sein. Lediglich für österreichische StaatsbürgerInnen ergeben sich negative Effekte. Wahrscheinlich spielen hier kulturelle Besonderheiten oder das Bewusstsein ausländischer StaatsbürgerInnen, die gegenwärtige Situation auch wieder verlassen zu können und gegebenenfalls zurückzukehren, eine Rolle.

Unter der Annahme der Gültigkeit des Modells können die ausgewiesenen Effekte zum Gesamtmittel des Index „psychische Beschwerden“ addiert werden. Auf diese Weise ist es möglich, besonders belastete Bevölkerungsgruppen zu identifizieren. Den Extremfall bilden über 75-jährige Österreicherinnen mit Kleinstrenten, einer hohen Belastung durch Lebensereignisse (wie etwa den Tod nahe stehender Personen), einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechter körperlicher Fitness, niedrigem Kohärenzgefühl und häufigem Alltagsstress. Für diese Bevölkerungsgruppe kann aus dem Modell folgender Erwartungswert (Mittelwert) prognostiziert werden:

Tabelle 4.8: Gruppenspezifischer Erwartungswert für psychische Beschwerden (Mittelwert)

Faktor	Ausprägung	Effekt
Gesamtmittelwert	(allgemeines Niveau)	1,01
Geschlecht	weiblich	+,10
Alter	75+	+,47
Staatsbürgerschaft	Österreich	+,07
persönliche finanzielle Lage	kaum das Notwendigste	+1,03
Lebensereignisse	hoch	+,44
Lebenszufriedenheit	niedrig	+,56
fit genug	nie	+,74
Arbeitsstress	nicht berufstätig	+,21
Kohärenzgefühl	niedrig	+,32
Leiden unter Alltagsstress	oft	+,41
prognostizierter Erwartungswert	(gruppenspezifisches Niveau)	5,36

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Diese Bevölkerungsgruppe weist also ein mehr als fünfmal höheres Niveau an psychischen Beschwerden auf als die untersuchte Gesamtpopulation (Erwartungswert von 5,36 versus 1,01).

Zusammenfassend kann gesagt werden: Psychisches Befinden spielt sich im Wesentlichen zwischen den Polen Belastung durch Lebensereignisse und Lebenszufriedenheit ab. Aber auch Arbeits- und Alltagsstress sowie Persönlichkeitsmerkmale, welche Stimmigkeit mit der Welt und sich selbst – einschließlich dem eigenen Körper – signalisieren (wie Kohärenzgefühl und körperliche Fitness), spielen eine wichtige Rolle. Das heißt,

Personen, die mit ihrem Leben zufrieden sind, körperlich fit sind, wobei körperliche Fitness auch Aktivität und körperliches Wohlbefinden signalisieren, und im Einklang mit sich selbst und der Welt stehen, gelingt es anscheinend eher, mit belastenden Situationen fertig zu werden, als jenen, denen es an den genannten Voraussetzungen fehlt. Zu beachten ist allerdings, dass Belastungen nicht nur zum Entstehen psychischer Leiden beitragen können, sondern dass psychische Leiden auch zusätzliche Belastungen (wie z. B. soziale Isolation, sozioökonomische Probleme) nach sich ziehen können.

**V.
KOMORBIDITÄT
PSYCHISCHER
BESCHWERDEN**

***COMORBIDITY OF MENTAL
HEALTH PROBLEMS***

INHALT

5	KOMORBIDITÄT PSYCHISCHER BESCHWERDEN	127
5.1	ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN PSYCHISCHEN BESCHWERDEN	127
5.2	PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND GESUNDHEITLICHES BEFINDEN	129
5.3	PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND ERKRANKUNGSHÄUFIGKEIT	131

5 KOMORBIDITÄT PSYCHISCHER BESCHWERDEN

Zusammenfassung

Die vorliegende Analyse macht deutlich, dass häufig mehrere psychische Beschwerden gleichzeitig vorhanden sind. Vor allem bei Frauen und älteren Menschen ist dies vermehrt zu beobachten. Vielfach finden sich zusätzlich zu vorhandenen psychischen Beschwerden auch somatische Erkrankungen.

Personen mit psychischen Beschwerden beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als der Durchschnitt der Bevölkerung bzw. als Personen ohne Beschwerden und sind häufiger krank. Besonders deutlich wirkt sich Niedergedrücktheit (Depressionen) auf das gesundheitliche Befinden und die Erkrankungshäufigkeit aus. Zudem verschlechtert sich das gesundheitliche Befinden und erhöht sich die Erkrankungshäufigkeit mit zunehmender Zahl psychischer Beschwerden.

Summary

This analysis shows that mental health problems often occur together in an individual. Comorbidity is particularly common in women and elderly persons. It is also common for physical and mental health problems to occur together.

Persons with mental health problems have a significantly worse subjective state of health than the population average or persons without mental health problems, and they are also more frequently physically ill. Depression has a particularly negative impact on physical well-being and frequency of illness. An increase in the number of mental health problems also decreases physical well-being and increases the frequency of illness.

5.1 Zusammenhänge zwischen psychischen Beschwerden

Häufig treten mehrere psychische Beschwerden zusammen auf. Auch die Ergebnisse anderer Studien verweisen auf das gleichzeitige Auftreten verschiedener psychischer Beschwerden. So z. B. gaben laut SERMO-Studie 30,8 Prozent der Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung „niedergedrückt“ fühlten, Schlafstörungen, 24,3 Prozent Nervosität und 34,3 Prozent

Schwäche an. Bei der restlichen Bevölkerung waren es jeweils weniger als 10 Prozent.⁷³

Bei Frauen und mit fortschreitendem Alter ist das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer psychischer Beschwerden vermehrt zu beobachten. In Wien haben laut Mikrozensus 5,4 Prozent der Männer und 8,9 Prozent der Frauen zwei oder mehr psychische Beschwerden.

Tabelle 5.1: Psychische Beschwerden in Wien 1999 nach Geschlecht (absolut, in Prozent)

Zahl der vorhandenen psychischen Beschwerden	gesamt		Männer		Frauen	
	Personen in 1.000	in %	Personen in 1.000	in %	Personen in 1.000	in %
keine	1.267,0	80,2	624,1	83,3	642,9	77,4
eine	198,1	12,5	84,5	11,3	113,6	13,7
zwei	79,5	5,0	30,6	4,1	48,9	5,9
drei	23,6	1,5	6,8	0,9	16,8	2,0
vier	11,5	0,7	3,3	0,4	8,1	1,0
gesamt	1.579,7	100	749,3	100	830,4	100

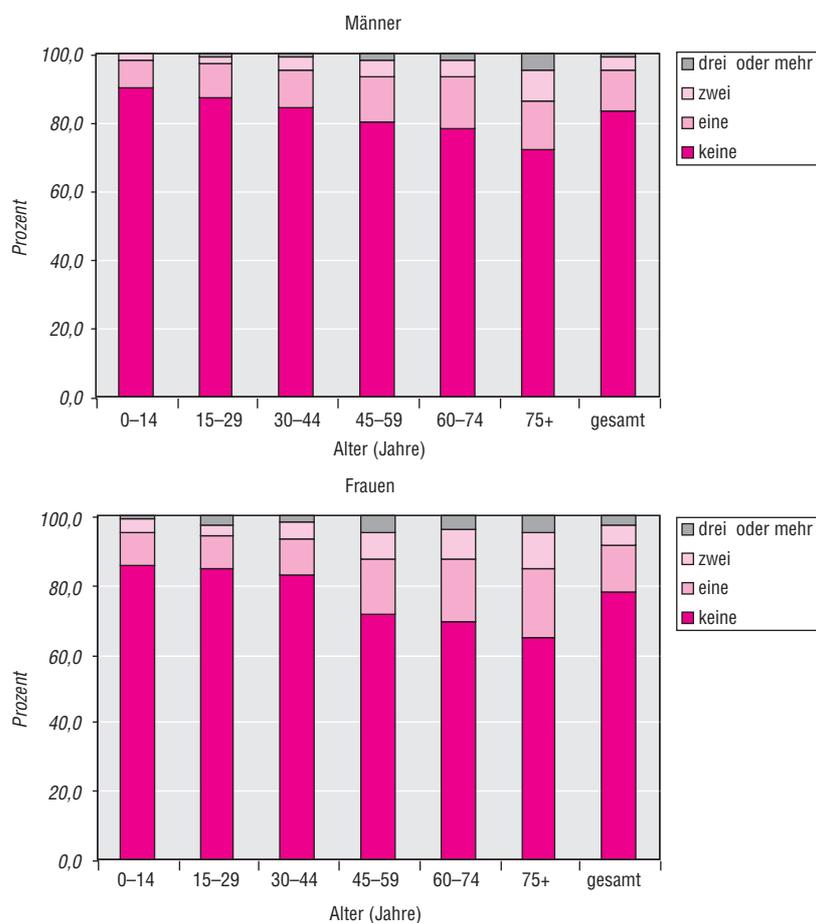
Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

⁷³ SCHMEISER-RIEDER et al. (1997).

Im Alter von 45 bis 59 Jahren finden sich bereits bei 7,5 Prozent der Männer und 12,1 Prozent der Frauen zwei oder noch mehr Beschwerden, im hohen Alter (75 und

mehr Jahre) beträgt dieser Anteil bei den Männern 14,1 und bei den Frauen 15,3 Prozent.

Grafik 5.1: Anzahl der psychischen Beschwerden in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent*)



* Die genauen Werte sind der Tabelle 5.1 im Anhang zu entnehmen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Vor allem Niedergedrücktheit (Depressionen), Schwäche und Müdigkeit gehen (laut Mikrozensus) häufig Hand in Hand, aber auch zwischen den anderen psychischen Beschwerden finden sich signifikante Korre-

lationen. Bei den Frauen sind die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Beschwerden in der Regel etwas ausgeprägter als bei den Männern.

Tabelle 5.2: Zusammenhänge zwischen verschiedenen psychischen Beschwerden in Wien 1999 (Korrelationen/nach PEARSON)

Korrelationen (Pearson)	Schlafstörungen	Schwäche, Müdigkeit	Nervosität
gesamt			
Schwäche, Müdigkeit	0,27		
Nervosität	0,28	0,24	
Niedergedrücktheit (Depressionen)	0,22	0,32	0,28
Männer			
Schwäche, Müdigkeit	0,24		
Nervosität	0,16	0,21	
Niedergedrücktheit (Depressionen)	0,20	0,32	0,29
Frauen			
Schwäche, Müdigkeit	0,28		
Nervosität	0,35	0,26	
Niedergedrücktheit (Depressionen)	0,23	0,33	0,28

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Vielfach finden sich zusätzlich zu psychischen Beschwerden auch somatische Erkrankungen. Vor allem bei den

älteren Frauen wirken sich gesundheitliche Probleme deutlich auf die psychische Befindlichkeit aus.⁷⁴

5.2 Psychische Beschwerden und gesundheitliches Befinden

Neben den objektiven, d. h. auf medizinischen Definitionen bzw. Befunden beruhenden Gesundheitsindikatoren, kommt subjektiven Indikatoren große Bedeutung zu. Subjektive Gesundheitseinschätzungen (wie z. B. die Beurteilung der Gesundheit durch die Betroffenen) sind unter anderem deswegen bedeutsam, weil ihnen meist eine ganzheitliche Sichtweise zugrunde liegt, die sowohl physische, psychische und soziale Aspekte umfasst.⁷⁵ Außerdem hat sich in verschiedenen prospektiven Studien der subjektive Gesundheitszustand als starker, unabhängiger Prädiktor für Mortalität erwiesen.⁷⁶ Auch gesundheitsökonomische Analysen greifen vermehrt auf subjektive Gesundheitsindikatoren zurück.⁷⁷

Im Folgenden seien anhand des Mikrozensus 1999 die Zusammenhänge zwischen psychischen Beschwerden und dem gesundheitlichen Befinden, d. h. der Selbsteinschätzung der Gesundheit untersucht. Die Ergebnisse unterstreichen, dass sich psychische Beschwerden ne-

gativ auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit auswirken. Vor allem Niedergedrücktheit (Depressionen) wirkt sich deutlich auf das gesundheitliche Befinden aus. Nur 3,4 Prozent bzw. 4,4 Prozent der Männer und Frauen, die sich niedergedrückt fühlen, geben „sehr guten“ Gesundheitszustand an, im Gegensatz zu 35,6 Prozent bzw. 31,1 Prozent, die nicht von solchen Beschwerden betroffen sind. 30,8 Prozent der Männer und 27,9 Prozent der Frauen, die unter Niedergedrücktheit (Depressionen) leiden, gaben schlechte Gesundheit („schlecht“ und „sehr schlecht“ zusammengefasst) an, während jene, die keine Beschwerden dieser Art nannten, lediglich zu 5,3 bzw. 6,1 Prozent von schlechter Gesundheit berichteten. Aber auch Schwäche, Müdigkeit, Nervosität und Schlafstörungen wirken sich negativ auf das gesundheitliche Befinden aus. Was Ursache und Wirkung ist, lässt sich hier jedoch nicht eindeutig belegen. So z. B. kann es durchaus sein, dass ein schlechter (somatischer und/oder psychischer) Gesundheitszustand zu vermehrten psychischen Beschwerden führt.

⁷⁴ Stadt Wien (1997).

⁷⁵ HUNT (1988), S. 23 ff.

⁷⁶ BOSMA, APPELS (1996), IDLER, BENJAMINI (1997).

⁷⁷ Vgl. dazu LEIDL (2000), SCHWARTZ, WALTER (2000).

Tabelle 5.3: Subjektiver Gesundheitszustand in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht (Personen ab 15 Jahre, in Prozent)

psychische Beschwerden		Personen ab 15 Jahre in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes (in %)				
			sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
gesamt							
gesamt		1.339,6	33,0	41,5	18,7	5,3	1,4
Schlafstörungen	nein	1.188,6	35,6	43,0	16,1	4,1	1,2
	ja	151,1	12,0	30,3	39,3	15,0	3,3
Schwäche, Müdigkeit	nein	1.206,2	35,6	42,5	16,4	4,5	1,0
	ja	133,5	9,7	32,6	39,3	13,2	5,3
Nervosität	nein	1.247,3	34,7	41,9	17,7	4,5	1,2
	ja	92,4	9,7	36,5	32,8	16,8	4,3
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	1.281,9	34,3	42,1	17,9	4,6	1,1
	ja	57,8	4,0	29,8	37,1	20,2	8,8
Anzahl psychischer Beschwerden	keine	1.055,7	38,7	43,2	14,0	3,3	0,8
	eine	177,4	14,6	40,6	31,6	10,4	2,9
	zwei	73,4	8,5	27,8	48,7	12,0	3,1
	drei	22,2	6,0	24,9	40,1	19,1	9,8
	vier	11,0	0,0	24,8	21,5	42,8	11,0
Männer							
gesamt		626,5	34,4	42,3	17,1	4,8	1,4
Schlafstörungen	nein	567,8	36,4	43,5	15,1	3,9	1,2
	ja	58,7	15,4	30,5	36,9	13,4	3,9
Schwäche, Müdigkeit	nein	578,5	36,5	43,0	15,2	4,2	1,1
	ja	48,0	9,6	33,8	39,5	12,2	5,0
Nervosität	nein	591,7	35,7	42,6	16,4	4,1	1,1
	ja	34,8	11,5	37,1	28,2	16,4	6,8
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	603,3	35,6	42,8	16,3	4,2	1,1
	ja	23,2	3,4	28,4	37,5	20,1	10,7
Anzahl psychischer Beschwerden	keine	513,3	39,2	43,7	13,2	3,2	0,7
	eine	74,9	14,5	41,8	30,4	9,7	3,5
	zwei	28,6	11,0	24,2	48,0	12,8	4,0
	drei	6,4	6,5	26,8	41,2	15,7	9,7
	vier	3,3	0,0	24,6	6,9	48,4	20,1
Frauen							
gesamt		713,1	31,7	40,9	20,2	5,8	1,4
Schlafstörungen	nein	620,8	35,0	42,5	17,1	4,2	1,2
	ja	92,3	9,9	30,2	40,9	16,1	3,0
Schwäche, Müdigkeit	nein	627,6	34,7	42,1	17,6	4,7	0,9
	ja	85,5	9,7	31,9	39,2	13,7	5,5
Nervosität	nein	655,6	33,8	41,3	18,8	4,8	1,3
	ja	57,6	8,6	36,2	35,5	16,9	2,7
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	678,5	33,1	41,4	19,3	5,0	1,1
	ja	34,6	4,4	30,8	36,9	20,3	7,6
Anzahl psychischer Beschwerden	keine	542,4	38,2	42,7	14,8	3,4	0,8
	eine	102,5	14,6	39,7	32,4	10,8	2,5
	zwei	44,8	6,9	30,1	49,1	11,4	2,5
	drei	15,7	5,9	24,1	39,6	20,5	9,9
	vier	7,7	0,0	24,9	27,8	40,4	7,0

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Auch die Zahl der psychischen Beschwerden wirkt sich auf das gesundheitliche Befinden aus: Je mehr psychische Beschwerden vorhanden sind, desto schlechter wird der eigene Gesundheitszustand beurteilt. Von Männern und Frauen, die vier psychische Beschwerden haben, beurteilte niemand den eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“. Jeder fünfte Mann und jede zehnte

Frau mit vier psychischen Beschwerden gab „sehr schlechte“ Gesundheit an im Vergleich zu 0,7 Prozent der Männer und 0,8 Prozent der Frauen ohne psychische Beschwerden bzw. im Vergleich zu 3,5 Prozent der Männer und 2,5 Prozent der Frauen mit lediglich einer psychischen Beschwerde.

5.3 Psychische Beschwerden und Erkrankungshäufigkeit

Mit psychischen Beschwerden einher geht auch eine vermehrte Erkrankungshäufigkeit. Auch hier wirkt sich Niedergedrücktheit (Depressionen) am stärksten aus. Von den Personen mit solchen psychischen Beschwerden waren im Jahr vor der Befragung zwei Drittel der Männer und knapp zwei Drittel der Frauen mindestens einmal krank, 20,4 Prozent dieser Männer und 16,5 Prozent dieser Frauen dreimal oder öfter. Dagegen wa-

ren von den Personen, die sich nicht niedergedrückt fühlten, mehr als die Hälfte der Männer (53,6 Prozent) und Frauen (52,6 Prozent) im Jahr vor der Befragung nie krank und lediglich 4,6 Prozent der Männer und 5,9 Prozent der Frauen dreimal oder öfter.

Die Erkrankungshäufigkeit unterscheidet sich außerdem je nach Zahl der vorhandenen psychischen Beschwerden.

Tabelle 5.4: Erkrankungshäufigkeit in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)

psychische Beschwerden		Personen in 1.000	Wie oft erkrankt im letzten Jahr? (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
gesamt						
gesamt		1.579,7	52,4	31,2	10,6	5,8
Schlafstörungen	nein	1.411,9	54,7	30,0	10,3	5,1
	ja	167,8	33,5	41,6	13,3	11,6
Schwäche, Müdigkeit	nein	1.434,7	53,6	31,1	10,2	5,1
	ja	145,0	40,4	32,7	14,1	12,8
Nervosität	nein	1.480,5	53,3	31,1	10,4	5,1
	ja	99,2	38,9	32,5	13,0	15,6
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	1.517,8	53,1	31,3	10,3	5,3
	ja	61,9	36,0	28,1	17,8	18,1
Anzahl psychischer Beschwerden	keine	1.267,0	56,2	29,9	9,8	4,1
	eine	198,1	36,6	38,5	13,7	11,3
	zwei	79,5	39,1	32,6	13,5	14,8
	drei	23,6	41,3	32,2	11,6	14,9
	vier	11,5	25,4	35,3	21,4	17,9
Männer						
gesamt		749,3	53,0	31,6	10,3	5,1
Schlafstörungen	nein	682,4	55,2	30,1	10,2	4,5
	ja	66,9	30,2	46,7	11,6	11,4
Schwäche, Müdigkeit	nein	698,0	53,8	31,5	10,1	4,6
	ja	51,3	41,6	33,2	13,2	12,0
Nervosität	nein	712,7	53,5	31,9	10,1	4,6
	ja	36,6	43,7	26,7	14,8	14,9
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	724,7	53,6	31,7	10,1	4,6
	ja	24,6	34,1	28,6	17,0	20,4
Anzahl psychischer Beschwerden	keine	624,1	56,4	30,2	9,7	3,7
	eine	84,5	34,4	42,2	13,4	10,0
	zwei	30,6	40,3	30,0	12,7	17,0
	drei	6,8	44,3	33,8	8,0	13,9
	vier	3,3	24,3	30,8	25,8	19,1
Frauen						
gesamt		830,4	51,9	30,9	10,9	6,4
Schlafstörungen	nein	729,5	54,2	29,8	10,4	5,6
	ja	100,9	35,6	38,3	14,4	11,7
Schwäche, Müdigkeit	nein	736,7	53,5	30,7	10,4	5,5
	ja	93,7	39,8	32,4	14,6	13,2
Nervosität	nein	767,7	53,2	30,4	10,8	5,6
	ja	62,6	36,1	35,9	12,0	16,0
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	793,1	52,6	31,0	10,5	5,9
	ja	37,3	37,3	27,8	18,4	16,5
Anzahl psychischer Beschwerden	keine	642,9	56,0	29,7	9,9	4,4
	eine	113,6	38,2	35,6	13,9	12,2
	zwei	48,9	38,4	34,1	14,1	13,4
	drei	16,8	40,1	31,5	13,0	15,3
	vier	8,1	25,9	37,1	19,6	17,4

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

**VI.
PSYCHISCHE BESCHWERDEN
UND INANSPRUCHNAHME
VON GESUNDHEITSDIENSTEN**

***MENTAL HEALTH PROBLEMS
AND USE OF PUBLIC HEALTH
SERVICES***

INHALT

6 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSDIENSTEN	135
6.1 KONSULTATION VON ÄRZTINNEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN	135
6.2 FACHARZTKONSULTATIONEN	137
6.3 INANSPRUCHNAHME VON PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGINNEN	139
6.4 KRANKENHAUSAUFENTHALTE	140

6 PSYCHISCHE BESCHWERDEN UND INANSPRUCHNAHME VON GESUNDHEITSDIENSTEN

Zusammenfassung

Personen mit psychischen Beschwerden sind nicht nur häufiger krank, sondern nehmen auch häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch. Sie konsultieren häufiger ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie FachärztInnen und haben auch häufiger Krankenhausaufenthalte als der Durchschnitt der Bevölkerung bzw. als Personen ohne entsprechende Beschwerden. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten steigt in der Regel mit der Zahl der vorhandenen psychischen Beschwerden. Allerdings nimmt, selbst bei Vorhandensein schwerwiegender psychischer Beschwerden, nur ein Bruchteil psychotherapeutische bzw. psychologische Hilfe in Anspruch.

Summary

Persons with mental health problems are not only ill more often, they also make more use of public health services. They consult general practitioners and specialists more often and are also more frequently in inpatient treatment than the population average or persons without mental health problems. The use of health services usually increases with the number of coexisting mental health problems. Only a minority, however, seek psychotherapeutic or psychological assistance, even if their problems are severe.

Einleitung

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Auswirkungen psychischer Beschwerden auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems. Untersucht werden Primärarzt- und Facharztkonsultationen, die Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw.

PsychologInnen und Krankenhausaufenthalte. Herangezogen werden Mikrozensus-Ergebnisse (Primär- und Facharztkonsultationen, Krankenhausaufenthalte) sowie Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys (Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen bzw. PsychologInnen).

6.1 Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin

Personen mit psychischen Beschwerden (Männer wie Frauen) gehen deutlich häufiger zum Arzt für Allgemeinmedizin als der Durchschnitt der Bevölkerung bzw. als Personen ohne die jeweiligen Beschwerden. Vor allem oftmalige (öfter als zweimal) Konsultationen sind deutlich häufiger. Besonders bei Niedergedrücktheit (Depressionen) werden AllgemeinmedizinerInnen überdurchschnittlich oft konsultiert. Während von den

Männern insgesamt 37,0 Prozent pro Jahr dreimal oder öfter einen Arzt bzw. eine Ärztin für Allgemeinmedizin aufsuchen, sind es von den Männern, die sich niedergedrückt fühlen, 67,5 Prozent. Bei den Frauen erhöht sich der entsprechende Wert von 42,0 auf 68,4 Prozent. Zu beachten ist dabei, dass psychische Beschwerden, vor allem Niedergedrücktheit, nicht selten mit somatischen Erkrankungen einhergehen.

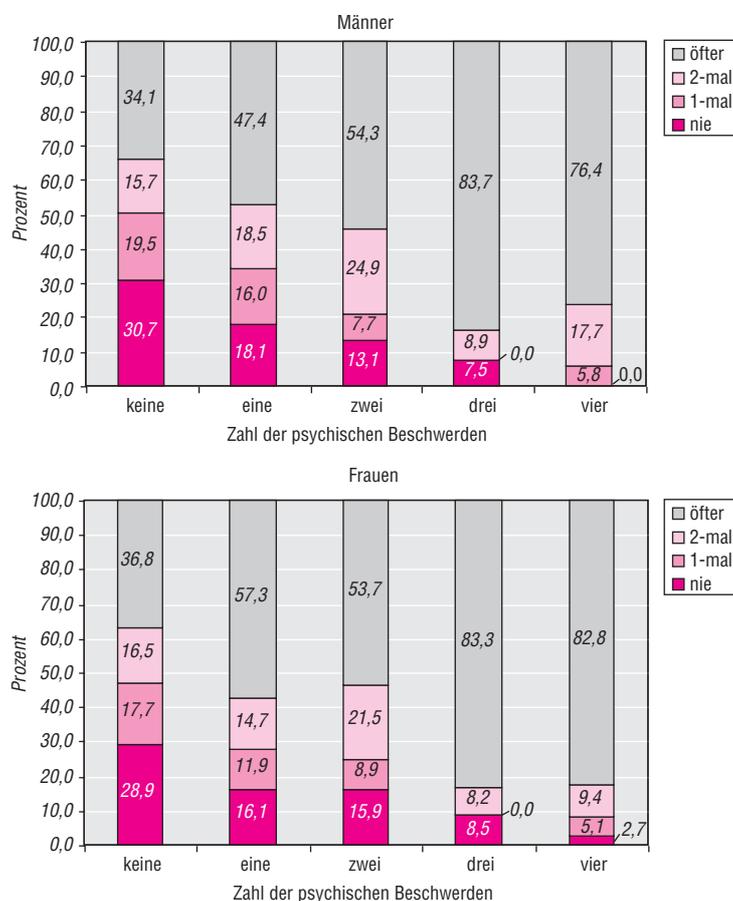
Tabelle 6.1: Häufigkeit der Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)

psychische Beschwerden		Personen in 1.000	Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer						
gesamt		749,3	28,2	18,4	16,4	37,0
Schlafstörungen	nein	682,4	29,6	18,7	16,0	35,7
	ja	66,9	13,7	15,1	20,2	51,0
Schwäche, Müdigkeit	nein	698,0	29,1	19,2	16,0	35,7
	ja	51,3	15,7	7,6	22,0	54,7
Nervosität	nein	712,7	28,7	19,0	16,4	35,9
	ja	36,6	17,6	7,5	15,4	59,5
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	724,7	29,0	18,7	16,3	36,0
	ja	24,6	4,5	9,2	18,9	67,5
Frauen						
gesamt		830,4	25,7	15,9	16,3	42,0
Schlafstörungen	nein	729,5	27,5	16,8	16,5	39,1
	ja	100,9	12,4	9,5	15,2	63,0
Schwäche, Müdigkeit	nein	736,7	26,8	17,3	16,6	39,3
	ja	93,7	17,1	5,3	14,3	63,3
Nervosität	nein	767,7	26,7	16,5	16,3	40,5
	ja	62,6	13,4	9,2	16,3	61,1
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	793,1	26,6	16,2	16,4	40,8
	ja	37,3	5,9	9,7	15,9	68,4

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Eine wichtige Rolle für die Häufigkeit der Konsultation von AllgemeinmedizinerInnen spielt die Zahl der vorhandenen Beschwerden, wobei allerdings ab drei Beschwerden oftmalige Konsultationen wieder etwas seltener werden. Von den Personen mit drei psychischen Beschwerden konsultierten im Jahr vor der Befragung

76,4 Prozent der Männer und 83,2 Prozent der Frauen dreimal oder öfter ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, während dies bei den Beschwerdefreien lediglich bei 34,1 Prozent der Männer und 36,8 Prozent der Frauen der Fall war.

Grafik 6.1: Häufigkeit der Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in Wien 1999 nach Zahl der psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

6.2 Facharztkonsultationen

Personen mit psychischen Beschwerden suchen auch häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt bzw. als Personen ohne die jeweiligen Beschwerden FachärztInnen auf. Ebenso wie bei der Konsultation von AllgemeinmedizinerInnen sind auch die Konsultationen von FachärztInnen bei Niedergedrücktheit (Depressionen)

deutlich ausgeprägter als bei anderen Beschwerden. 28,7 Prozent der Männer und 26,6 Prozent der Frauen, die sich niedergedrückt fühlen, gaben oftmalige (dreimal oder öfter) Facharztkonsultationen an, im Vergleich zu 14,0 Prozent der Männer bzw. 14,1 Prozent der Frauen in Wien insgesamt.

Tabelle 6.2: Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen* in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)

psychische Beschwerden		Personen in 1.000	Konsultation von FachärztInnen (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer						
gesamt		749,3	58,6	17,9	9,5	14,0
Schlafstörungen	nein	682,4	59,5	17,9	9,6	13,0
	ja	66,9	48,9	18,2	8,7	24,2
Schwäche, Müdigkeit	nein	698,0	59,1	18,0	9,1	13,7
	ja	51,3	50,9	16,1	14,2	18,9
Nervosität	nein	712,7	58,7	18,0	9,3	14,0
	ja	36,6	55,6	15,4	13,9	15,1
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	724,7	59,2	17,9	9,4	13,5
	ja	24,6	39,7	18,2	13,5	28,7
Frauen						
gesamt		830,4	60,1	16,3	9,5	14,1
Schlafstörungen	nein	729,5	60,9	16,1	9,7	13,2
	ja	100,9	54,3	17,5	8,3	19,9
Schwäche, Müdigkeit	nein	736,7	60,9	16,5	9,3	13,2
	ja	93,7	53,9	14,4	11,1	20,6
Nervosität	nein	767,7	60,7	16,4	9,3	13,6
	ja	62,6	53,5	14,6	12,2	19,6
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	793,1	60,5	16,5	9,5	13,5
	ja	37,3	52,4	11,1	9,8	26,6

* Ausgenommen InternistInnen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Ebenso wie bei der Konsultation von AllgemeinmedizinerInnen ist auch jene von FachärztInnen mit zunehmender Zahl der Beschwerden deutlich erhöht. Auch

hier zeigt sich ab drei Beschwerden ein Rückgang häufiger Konsultationen.

Grafik 6.2: Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen* in Wien 1999 nach der Zahl der psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)



* Ausgenommen InternistInnen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

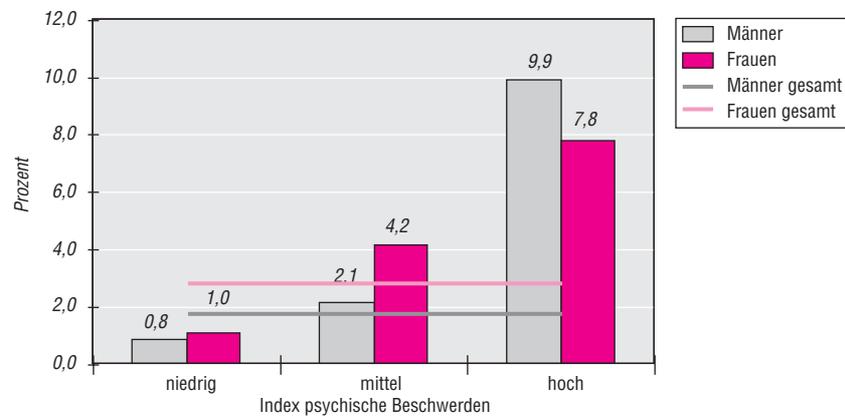
6.3 Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen und PsychologInnen

Obwohl psychische Störungen weit verbreitet sind, sucht nur ein Teil der Betroffenen professionelle Hilfe. Studien zeigen, dass die Hauptlast der Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen in Österreich von den praktischen ÄrztInnen getragen wird, während insbesondere in Schweden, Dänemark, Frankreich und den Benelux-Staaten Personen mit psychischen Problemen deutlich häufiger SpezialistInnen in Anspruch nehmen.⁷⁸

Zwar steigt, wie sich aufgrund von Ergebnissen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys zeigt, bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Leidensdruck die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen und/oder PsychologInnen. Jedoch nehmen selbst bei ausgeprägten psychischen Beschwerden nur etwa 9,9 Prozent der Männer und 7,8 Prozent der Frauen psychotherapeutische bzw. psychologische Hilfe in Anspruch. (Zur Konstruktion des Index psychischer Beschwerden siehe Abschnitt 8.1).

⁷⁸ Eurobarometer 58.2, zitiert nach HOFMARCHER (2003), S. 6.

Grafik 6.3: Inanspruchnahme von PsychotherapeutInnen/PsychologInnen in Wien 1999–2001 nach psychischen Beschwerden (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

6.4 Krankenhausaufenthalte

Personen mit psychischen Beschwerden haben häufiger Krankenhausaufenthalte als der Bevölkerungsdurchschnitt bzw. Personen ohne entsprechende Beschwerden. Sowohl Art als auch Zahl vorhandener Beschwerden wirken sich (bei Männern wie Frauen) auf

die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte aus. Am deutlichsten sind die Zusammenhänge zwischen Niedergedrücktheit (Depressionen) und der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten.

Tabelle 6.3: Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr in Wien 1999 nach psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)

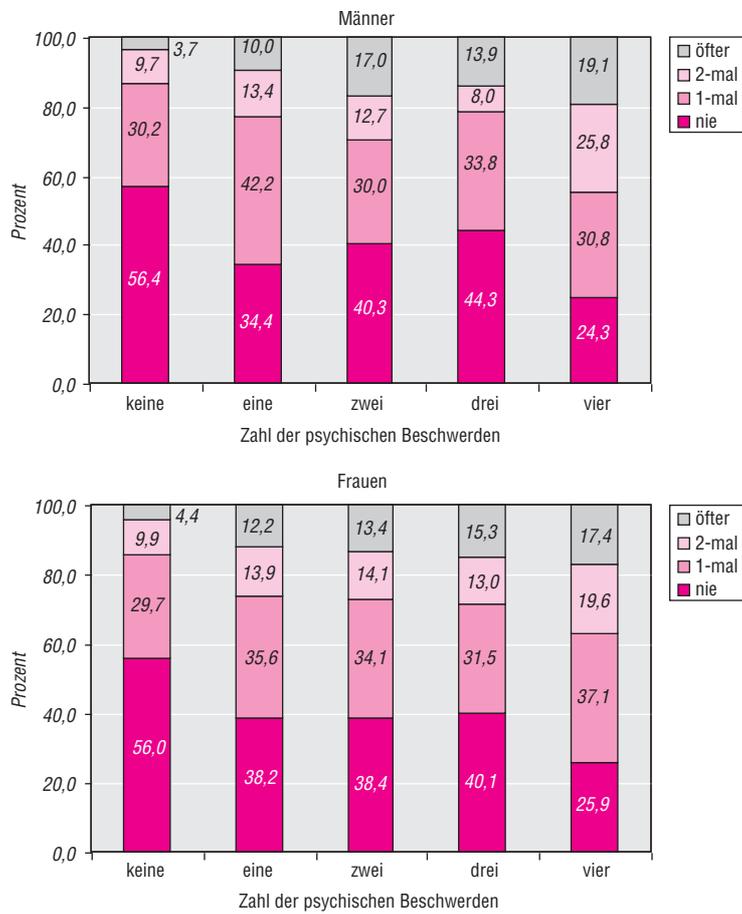
psychische Beschwerden		Personen in 1.000	Wie oft erkrankt im letzten Jahr? (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer						
gesamt		749,3	53,0	31,6	10,3	5,1
Schlafstörungen	nein	682,4	55,2	30,1	10,2	4,5
	ja	66,9	30,2	46,7	11,6	11,4
Schwäche, Müdigkeit	nein	698,0	53,8	31,5	10,1	4,6
	ja	51,3	41,6	33,2	13,2	12,0
Nervosität	nein	712,7	53,5	31,9	10,1	4,6
	ja	36,6	43,7	26,7	14,8	14,9
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	724,7	53,6	31,7	10,1	4,6
	ja	24,6	34,1	28,6	17,0	20,4
Frauen						
gesamt		830,4	51,9	30,9	10,9	6,4
Schlafstörungen	nein	729,5	54,2	29,8	10,4	5,6
	ja	100,9	35,6	38,3	14,4	11,7
Schwäche, Müdigkeit	nein	736,7	53,5	30,7	10,4	5,5
	ja	93,7	39,8	32,4	14,6	13,2
Nervosität	nein	767,7	53,2	30,4	10,8	5,6
	ja	62,6	36,1	35,9	12,0	16,0
Niedergedrücktheit (Depressionen)	nein	793,1	52,6	31,0	10,5	5,9
	ja	37,3	37,3	27,8	18,4	16,5

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Während von beschwerdefreien Personen lediglich 3,7 Prozent der Männer und 4,4 Prozent der Frauen dreimal oder öfter im Krankenhaus waren, waren es von

den Personen mit vier psychischen Beschwerden 19,1 Prozent der Männer und 17,4 Prozent der Frauen.

Grafik 6.4: Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr in Wien 1999 nach der Zahl der psychischen Beschwerden und Geschlecht (in Prozent)



Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

**VII.
BERUFLICHE
BELASTUNGEN UND
PSYCHISCHES BEFINDEN**

***WORK-RELATED STRESS
AND MENTAL WELL-BEING***

INHALT

7 BERUFLICHE BELASTUNGEN UND PSYCHISCHES BEFINDEN	145
7.1 EINLEITUNG	147
7.2 DEFINITORISCHE ASPEKTE	148
7.3 VERBREITUNG BERUFLICHER BELASTUNGEN	149
7.3.1 Regionale Unterschiede	152
7.3.2 Bildungs- und berufsgruppenspezifische Ausprägungen	153
7.3.3 Zeitliche Veränderungen	155
7.4 AUSWIRKUNGEN BERUFLICHER BELASTUNGEN	158
7.4.1 Individuelle Beanspruchungsfolgen	158
7.4.2 Auswirkungen beruflicher Belastungen auf Betriebe und Gesundheitssystem	167
7.5 MOBBING – EIN SITUATIONSBERICHT 2004 AUS WIEN	174
7.5.1 Zur Begriffsbestimmung	175
7.5.2 Zur genauen Begriffsbestimmung von Mobbing	176
7.5.3 Wann kann Mobbing entstehen?	177
7.5.4 Zum Verlauf von Mobbing	178
7.5.5 Folgen für die Betroffenen/Opfer	178
7.5.6 Situation in Wien	179
7.5.7 Empfehlungen	181
7.5.8 Literatur	181
7.6 MÖGLICHKEITEN DER INTERVENTION	182

7 BERUFLICHE BELASTUNGEN UND PSYCHISCHES BEFINDEN

Zusammenfassung

Der vorliegende Abschnitt befasst sich mit den Auswirkungen beruflicher Belastungen Erwerbstätiger auf das psychische Befinden. In einem ersten Schritt werden Ausmaß und Verbreitung beruflicher Belastungen unter den Erwerbstätigen beschrieben und im Anschluss daran Auswirkungen beruflicher Belastungen auf personeller und institutioneller Ebene untersucht. Die Analyse basiert vorwiegend auf Mikrozensus-Daten.

Knapp 60 Prozent der Erwerbstätigen in Wien (Männer wie Frauen) fühlen sich (einer oder mehreren) beruflichen bzw. Zusatzbelastungen ausgesetzt. Über 40 Prozent leiden unter starkem Zeitdruck, je ca. ein Fünftel berichtet über Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit und Konflikten am Arbeitsplatz. Jede/r achte Erwerbstätige leidet unter der Mehrfachbelastung von Haushalt, Kindern und Beruf, ca. 2 Prozent berichten von einer Mehrfachbelastung durch Pflegefälle in der Familie und Beruf. Männer sind häufiger als Frauen Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit und starkem Zeitdruck ausgesetzt, bei Frauen kommt die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Pflegefälle in der Familie und Beruf stärker zum Tragen. Belastungen aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz finden sich bei beiden Geschlechtern in etwa gleich häufig.

In Wien sind berufliche Belastungen insgesamt etwas seltener als im gesamten Bundesgebiet. Maßgebend dafür dürften Unterschiede in der Struktur der Erwerbstätigkeit und der Verfügbarkeit entlastender Angebote in den Bereichen Kinderbetreuung und Pflege sein. Auch Faktoren wie z. B. Unterschiede in der Pflegeorientierung spielen eine Rolle. In Wien ist die Belastung aufgrund körperlicher Arbeit, die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Pflege naher Angehöriger und Beruf seltener. Die Belastung aufgrund starken Zeitdrucks ist in Wien ähnlich häufig wie im gesamten Bundesgebiet. Dagegen spielen Konflikte am Arbeitsplatz in Wien eine größere Rolle als im gesamten Bundesgebiet.

Summary

This chapter discusses the impact of work-related stress on the mental well-being of economically active persons. The first part describes the prevalence and severity of work-related stress among economically active persons, the second analyses their consequences at the personal and institutional level. The analysis is based mainly on data from the Mikrozensus survey.

Nearly 60 percent of all economically active persons in Vienna (men and women alike) reported one or more work-related or other stress factors. More than 40 percent feel strongly pressed for time, approximately one in five of both men and women feel burdened by heavy physical labour or conflicts at the workplace. One in eight have a dual workload trying to reconcile work, household and family, 2 percent have a dual workload due to a family member requiring nursing care. Men have a higher burden of heavy physical labour and time pressure than women, while women are more frequently affected by the dual workload of employment, children and household, or family members in need of nursing care. Conflicts at the workplace are an equally common burden for both men and women.

In Vienna, work-related stress is slightly less frequent than in Austria as a whole. This is probably due to differences in the employment structure and the better availability of services such as childcare and nursing care. Other factors, such as differences in the way in which nursing care is provided, also play a role. In Vienna, stress due to physical labour and dual workload are below the national average, while time pressure related stress is approximately the same as in Austria as a whole. Conflicts at the workplace are above the Austrian average.

Die untersuchten Belastungsfaktoren sind je nach Bildungsniveau und beruflicher Stellung unterschiedlich ausgeprägt, zudem kommen geschlechtsspezifische Ausprägungen zum Tragen. So zeichnet sich z. B. bei den Männern insgesamt ein Trend der stärkeren Belastung in den höheren Bildungsgruppen ab, bei den Frauen eher in den mittleren.

Belastung durch schwere körperliche Arbeit findet sich erwartungsgemäß am häufigsten bei Arbeitern und Arbeiterinnen. Starker Zeitdruck wird unter den männlichen Erwerbstätigen von Selbständigen und Angestellten am meisten beklagt, unter den weiblichen von Facharbeiterinnen und Angestellten. Konflikte am Arbeitsplatz sind am häufigsten unter BeamtInnen und Angestellten. Die Mehrfachbelastung von Haushalt, Kinder und Beruf ist innerhalb der Berufsgruppen relativ gleichmäßig verteilt. Die Mehrfachbelastung durch Beruf und Pflegefälle ist unter Selbständigen, für welche wahrscheinlich die Pflege naher Angehöriger und Beruf noch am ehesten zu vereinbaren sind, am häufigsten.

Laut Mikrozensus ist in Wien (ebenso wie österreichweit) die Gesamtbelastung der Erwerbstätigen seit 1991 deutlich gestiegen. Ein solcher Anstieg ist nahezu in allen Bildungs- und Berufsgruppen zu beobachten. Zunehmend beklagt wird vor allem der starke Zeitdruck. Verstärkt wahrgenommen werden auch Konflikte am Arbeitsplatz sowie die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf und die Mehrfachbelastung durch Pflege naher Angehöriger und Beruf. Obwohl Frauen in diesen Bereichen noch immer die Hauptlast tragen und wesentlich häufiger als Männer über diesbezügliche Belastungen berichten, werden im Vergleich zu etwa vor einem Jahrzehnt auch von den Männern vermehrt solche Mehrfachbelastungen angegeben. Allerdings noch immer deutlich seltener als von den Frauen. Die Vermutung, körperliche Belastungen würden unter den Erwerbstätigen in einem Ausmaß abnehmen, dass sie praktisch bedeutungslos werden, stellt sich aufgrund der vorliegenden Ergebnisse als Fehlschluss heraus. Auch Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit sind im Vergleich zu 1991 merkbar gestiegen.

The significance of the different stressors varies depending on the level of education and the professional position. There are also gender-related differences. For men, stress is particularly high for those with a high level of education, while for women it is highest at the medium level.

Stress due to heavy physical labour is naturally highest among blue-collar workers (both men and women). High time pressure is most common among self-employed persons and white-collar workers for men, and skilled workers and white-collar workers for women. The dual workload of household, children and work varies little across the occupational groups. The dual workload of work and caring for a family member is highest among self-employed persons, which may be due to the fact that they have the flexibility necessary to facilitate the combination of these tasks at all.

According to the Mikrozensus survey, the total stress for economically active persons has increased significantly in Vienna (as in Austria overall) since 1991. This increase is visible for nearly all levels of education and occupational groups. In particular the high time-pressure is experienced as negative. Conflicts at the workplace and dual workload, however, are also increasingly seen as a problem. While women still carry the main burden of dual workload and also report this type of stress much more frequently than men, the dual workload has increased significantly for men as well over the last decade. The assumption that physical labour would decrease so significantly among gainfully employed persons that it would all but cease to be a stressor has turned out to be false, as these results show. Strain due to physical labour has increased noticeably since 1991.

Die subjektiv empfundenen beruflichen Belastungen haben sowohl für die Betroffenen als auch für die Betriebe und das Gesundheitssystem gravierende Folgen.

Personen, die sich beruflichen Belastungen ausgesetzt fühlen, beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich negativer als Personen, die keine Belastungen angeben, wobei sich auch die Zahl der empfundenen beruflichen Belastungen auswirkt. Berufliche Belastungen wirken sich auch auf das psychische Wohlbefinden aus. Und zwar sind psychische Beschwerden umso häufiger, je mehr berufliche Belastungen vorhanden sind. Bei den Frauen wirken sich berufliche Belastungen noch deutlicher auf die Psyche als bei Männern aus. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass Frauen im Vergleich zu Männern eher bereit sind, über ihre psychischen Probleme zu sprechen. Bei Vorhandensein beruflicher Belastungen vermehrt zu beobachten sind Schlafstörungen, Schwäche/Müdigkeit, Nervosität, Niedergedrücktheit (Depressionen), aber auch (psycho)somatische Beschwerden wie Kreislaufstörungen, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen/Migräne, Rücken- bzw. Kreuzschmerzen, Gelenks-, Nerven- und Muskelschmerzen an Hüfte, Bein bzw. Schulter, Arm. Erwerbstätige, die von beruflichen Belastungen berichten, neigen zudem eher zu gesundheitsschädigendem Verhalten (wie z. B. Rauchen).

Erwerbstätige, die beruflichen Belastungen unterliegen, sind häufiger krank, d. h. vom Arbeitsplatz abwesend und nehmen auch häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch.

Subjective work-related stress has serious consequences for the affected individuals, the companies and the public health care system alike.

Persons who experience work-related stress have a significantly worse subjective state of health than others. The number of stressors is also a factor. Work-related stress also has an impact on mental health: mental health problems increase with the number of work-related stressors. This effect is stronger in women than in men. It should be noted that women are more prepared to speak about their mental health problems than men. Work-related stress correlates with sleep disturbances, tiredness and fatigue, nervousness, depressed mood and depression, but also with (psycho)somatic disorders such as circulatory problems, heart conditions, headaches / migraine, backaches and pain in the lower back, pain in the joints, nerves and muscles of the hip, legs, shoulders or arms. Economically active persons who report work-related stress also have a stronger tendency to indulge in negative health behaviour (such as smoking).

Economically active persons who experience work-related stress are also on sick leave more often and use public health services more than others.

7.1 Einleitung

Berufliche Belastungen und deren Folgen rücken zunehmend ins Zentrum des Interesses. Betroffene, Betriebe, Gesundheitsdienste und nicht zuletzt Kostenträger sind jeweils aus eigener Sicht mit dieser Thematik konfrontiert.

Neue Technologien, der Einsatz hochentwickelter Technik, verstärkte Arbeitsteiligkeit, Rationalisierung und Flexibilisierung betrieblicher Prozesse sowie mas-

siver Zeitdruck prägen den Arbeitsalltag vieler Menschen und stellen immer höhere Anforderungen. Die genannten Faktoren können sich nicht nur auf die Bewältigung von Arbeitsaufgaben, sondern auch auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten negativ auswirken.⁷⁹ Verwiesen wird vor allem auf eine deutliche Zunahme der in Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehenden psychischen Belastungen.⁸⁰ Experten gehen zudem von einer weiteren Zu-

nahme beruflicher Stressoren aus, wobei sich die Problematik vor dem Hintergrund des Abbaus von Arbeitsplätzen und der tristen Situation am Arbeitsmarkt zunehmend zu verschärfen scheint.

Nicht nur Fusionen, auch rapide Expansionen werden von ArbeitnehmerInnen als sehr belastend erlebt und wirken sich negativ auf das gesundheitliche Befinden aus. So z. B. zeigt eine Studie eines britisch-schwedischen Forscherteams⁸¹ – einbezogen waren in den Jahren 1991 bis 1996 24.036 ArbeitnehmerInnen (unter 65 Jahren) aus allen Tätigkeitsbereichen im öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft –, dass ArbeitnehmerInnen expandierender Betriebe ein deutlich höheres Risiko haben, für längere Zeit bzw. chronisch krank zu werden. Und zwar handelte es sich dabei um Krankheitsbilder wie Depression, Wirbelsäulenschäden oder andere mit Stress in Zusammenhang stehende chronische Krankheiten.

Rasche Expansion von Betrieben bedeutet für die MitarbeiterInnen nicht (wie erwartet) Sicherheit, sondern führt, ähnlich wie Kündigungen⁸², zu Instabilität im Betrieb und fördert so die Unsicherheit unter den MitarbeiterInnen. Vor allem Probleme der Unternehmen bei der Suche nach qualifiziertem Personal für die geänderten Anforderungen dürften zu Stressoren für die vorhandenen MitarbeiterInnen werden: Sie haben Angst, das in der Übergangsphase erhöhte Arbeitspensum nicht zu bewältigen. Mehrarbeit, sich ständig än-

dernde Anforderungen, mangelnde Unterstützung sowie wenig familienfreundliche Bedingungen hinterlassen ihre Spuren. Letzteres betrifft vor allem Frauen. Entsprechend waren Frauen auch doppelt so oft krank gemeldet wie Männer.

Im Folgenden werden anhand der Ergebnisse des Mikrozensus mit der beruflichen Tätigkeit verbundene Stressoren, darunter auch jene, die aus der Mehrfachbelastung durch Beruf und Betreuungspflichten (Kinder, Pflege Angehöriger) resultieren, analysiert. Dabei geht es zunächst darum, Gefährdungen unter den verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen zu eruieren und in einem weiteren Schritt Auswirkungen bestehender, den beruflichen Alltag bestimmender Stressoren auf die psychische Gesundheit und andere Gesundheitsindikatoren zu analysieren.

Im Einzelnen wird versucht, folgende Fragen zu klären:

- Welche Gruppen von Erwerbstätigen unterliegen vermehrt beruflichen Stressoren?
- Welche regionalen Unterschiede sind zu beobachten?
- Welche Veränderungen sind im Zeitvergleich hinsichtlich der Belastung der Erwerbstätigen und bei verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen festzustellen?
- Welche Zusammenhänge bestehen zwischen beruflichen Stressoren und dem psychischen Befinden sowie anderen Gesundheitsindikatoren?

7.2 Definitivische Aspekte

„Stress“ (auch Stressor genannt) wurde ursprünglich als eine äußere Einwirkung auf den Menschen verstanden, die zu körperlichen, psychischen und verhaltensbezogenen Reaktionen führt. Das moderne Stressverständnis sieht nicht nur die Außeneinwirkung, sondern auch die menschliche Reaktion darauf, also das Bewältigungsverhalten. Entscheidend für die Stressfolgen ist demnach das Verhältnis zwischen Wirkung und Bewältigung. Entsprechend unterscheidet die Arbeitspsychologie zwischen *Belastung* und *Beanspruchung*. *Psychi-*

sche Belastung entsteht durch das Zusammenwirken objektiv fassbarer Belastungsfaktoren bzw. der „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“⁸³ Demgegenüber wird unter *psychischer Beanspruchung* die „unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden oder augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“⁸⁴ verstan-

⁷⁹ RICHTER (1997), HOYOS (1998), RICHTER, WEISSGERBER, FRITSCH (1995), LEITNER (1999).

⁸⁰ WILKENING (1998).

⁸¹ WESTERLUND (2004).

⁸² ArbeitnehmerInnen schrumpfender Unternehmen haben z. B. ein doppelt so hohes Herzinfarktrisiko wie andere ArbeitnehmerInnen.

⁸³ DIN EN ISO 10075-1, Ergonomic principles related to mental work load – Part 1: General terms and definitions/German version.

⁸⁴ Ebda.

den. Die psychische Beanspruchung ist also das Resultat der bewussten oder unbewussten Verarbeitung der Belastung bzw. die individuelle Reaktion einer Person, die sich von den Reaktionen anderer Menschen erheblich unterscheiden kann. Die Stressreaktion hängt in hohem Maße von der Persönlichkeit bzw. der persönlichen Belastbarkeit ab. Ein und dieselbe objektive Anforderung kann bei verschiedenen Personen zu unterschiedlichen Beanspruchungen führen. Je nach Belastung und subjektiver Verarbeitung sind kurz- und langfristige, negative oder positive *Beanspruchungsfolgen* zu erwarten.

Stressoren bzw. Belastungsmomente, welche die Gesundheit gefährden können, nennt die Arbeitsmedizin „Gesundheitsgefährdungen“, tatsächlich entstandene Störungen „arbeitsbedingte Erkrankungen“, die bisher allerdings bei uns keine administrativen Folgen nach sich ziehen. Dazu kommen die Berufskrankheiten, die meldepflichtig bzw. feststellungspflichtig sind und deren Folgen in der Rechtsprechung geregelt sind.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Belastungen bzw. Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz einzuteilen, wobei sowohl Über- als auch Unterforderung (in quantitativer und/oder qualitativer Hinsicht) belastend sein und Stress hervorrufen können.⁸⁵ Unterscheiden lässt sich außerdem zwischen Belastungen, die sich in allen Berufen finden, und berufstypischen Belastungen. Arbeitsbezogene Stressoren, die Belastungsreaktionen hervorrufen können, resultieren aus:

- der Arbeitsaufgabe (Monotonie, Zeit- bzw. Termindruck, körperliche Belastungen (wie Heben schwerer Lasten, einseitige Muskelbelastungen), Komplexität, Kompliziertheit, belastende Gefühlsmo-

mente (wie z. B. Aggression, Schuld, Scham bei „Emotionsarbeit“, belastende menschliche Probleme von Kunden, unzufriedene Kunden, eigene moralische Bedenken),

- den Umgebungsbedingungen (Probleme mit Arbeitseinrichtungen und Materialien wie Lärm, Hitze, Dämpfe, Chemikalien, Gestank, Lichtverhältnisse, Schmutz, ungünstige ergonomische Verhältnisse, (Unfall)Gefahren, Techno-Stress aufgrund komplizierter Maschinen, Informationsüberflutung, virtuelles Arbeiten),
- der betrieblichen Organisation (Probleme der Arbeitsorganisation und -abläufe wie Schichtarbeit, unregelmäßige Arbeitszeit, strukturelle Veränderungen, häufig wechselnde Techniken, Prozesse und Organisationsformen, Erfolgs- und Entscheidungsdruck, Treffen von Entscheidungen ohne ausreichende Informationsgrundlage, unklare Kompetenzregelungen bzw. Unklarheiten hinsichtlich der zugewiesenen Rolle, Rollenkonflikte, unsicherer Arbeitsplatz) und
- den sozialen und persönlichen Verhältnissen (Betriebsklima, Vorgesetztenverhalten, konflikthafte Beziehung zu Vorgesetzten, KollegInnen, MitarbeiterInnen, KundInnen (Autorität, Ungerechtigkeit, Konkurrenz, Neid, Unaufrichtigkeit, Mobbing), Stressoren der eigenen Berufskarriere, eigene Unzufriedenheit).

Belastungen der genannten Art können sich auf das gesundheitliche Befinden negativ auswirken und führen nicht selten zu psychischen, psychosomatischen oder somatischen Reaktionen bzw. in der Folge auch zu Erkrankungen.

7.3 Verbreitung beruflicher Belastungen

Wie Umfragen zeigen, sind berufliche Belastungen bzw. Stress am Arbeitsplatz weit verbreitet. Im Mikrozensus wurden subjektiv empfundene Belastungen Erwerbstätiger erfasst. Und zwar wurde nach der Belastung durch schwere körperliche Arbeit, starken Zeitdruck, Konfliktsituationen am Arbeitsplatz, durch Beruf und sonstige Verpflichtungen (Haushalt, Kindererziehung, Pflegeaufgaben) gefragt. Knapp 60 Prozent der Erwerbstätigen in Wien (Männer wie Frauen) berichten von (einer oder mehreren) beruflichen Belas-

tungen. Österreichweit ist der Anteil Betroffener der Tendenz nach höher (63,2 Prozent). Am häufigsten beklagt wird von den Erwerbstätigen in Wien (und österreichweit) der starke Zeitdruck. An zweiter und dritter Stelle folgen in Wien Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit und Konflikte am Arbeitsplatz. Die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf und vor allem durch die Pflege Angehöriger und Beruf dagegen spielen *insgesamt* eine vergleichsweise geringe Rolle.

⁸⁵ Vgl. RICHTER (1997).

Tabelle 7.1: Berufliche Belastungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht und in Österreich (Erwerbstätige, in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

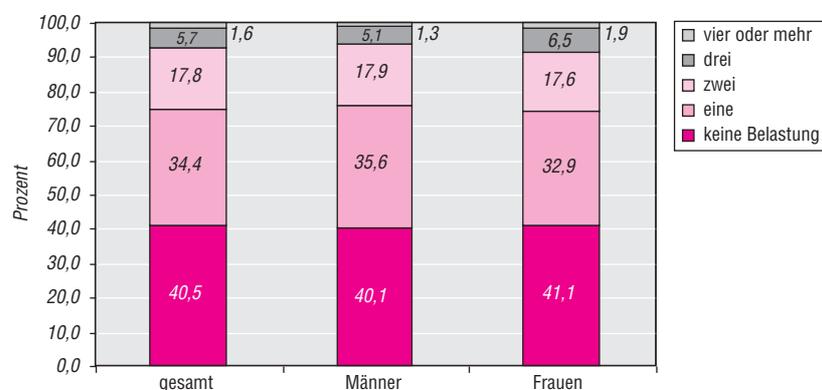
Alter	Erwerbstätige in 1.000	nichts davon	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf	Beruf und Pflegefälle in der Familie	durchschnittl. Zahl der Belastungen
Männer								
15 bis 29	89,3	46,6	23,0	37,3	16,1	3,1	0,5	0,80
30 bis 44	187,1	41,2	22,5	43,6	17,7	7,9	0,9	0,93
45 bis 59	122,7	33,9	22,4	48,3	19,5	6,3	3,6	1,00
60 und mehr	7,0	35,2	10,4	47,3	24,2	7,2	0,0	0,89
gesamt	406,2	40,1	22,4	43,7	18,0	6,4	1,6	0,92
Frauen								
15 bis 29	66,5	53,3	11,0	32,9	17,3	6,9	1,6	0,70
30 bis 44	155,1	36,8	16,7	40,6	17,8	28,5	2,3	1,06
45 bis 59	90,3	39,1	18,3	40,6	18,8	13,9	5,2	0,97
60 und mehr	1,8	51,3	0,0	34,0	29,3	14,6	0,0	0,78
gesamt	313,6	41,1	15,9	39,0	18,1	19,7	2,9	0,95
gesamt								
Wien	719,8	40,5	19,5	41,6	18,0	12,2	2,2	0,94
Österreich	3.533,4	36,8	25,4	41,3	15,2	14,5	3,1	0,99

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Geschlechtsunterschiede

Erwerbstätige Frauen in Wien fühlen sich insgesamt ähnlich häufig beruflichen Belastungen ausgesetzt wie Männer. Die durchschnittliche Zahl der beruflichen Be-

lastungen ist jedoch bei den Frauen der Tendenz nach höher (vgl. dazu Tabelle 7.1). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen tendenziell häufiger gleichzeitig von mehreren, d. h. drei oder mehr Belastungen betroffen sind.

Grafik 7.1: Anzahl der beruflichen Belastungen in Wien 1999 nach Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Am häufigsten treten von den im Mikrozensus erhobenen beruflichen Belastungen bei Männern wie Frauen

starker Zeitdruck und Konflikte am Arbeitsplatz zusammen auf.

Tabelle 7.2: Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen in Wien 1999 nach Geschlecht (Korrelationen nach PEARSON)

Belastung durch	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf
Männer				
starken Zeitdruck	0,12			
Konflikte am Arbeitsplatz	0,09	0,29		
Haushalt, Kinder und Beruf	0,05	0,07	0,13	
Beruf und Pflegefälle in der Familie	0,00	0,07	0,00	0,16
Frauen				
starken Zeitdruck	0,15			
Konflikte am Arbeitsplatz	0,16	0,34		
Haushalt, Kinder und Beruf	0,08	0,07	0,05	
Beruf und Pflegefälle in der Familie	0,05	0,09	0,04	0,10

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Zu beobachten sind deutliche *geschlechtsspezifische Unterschiede*, sowohl was die Rangfolge als auch die Ausprägung der einzelnen beruflichen Belastungen betrifft. Von beiden Geschlechtern am häufigsten beklagt wird der starke Zeitdruck, die Rangfolge der anderen erfassten Belastungen ist je nach Geschlecht verschieden: Bei den Männern nimmt schwere körperliche Arbeit den zweiten Rang ein, gefolgt von Konflikten am Arbeitsplatz. Bei den Frauen ist die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf am zweithäufigsten, gefolgt von Konflikten am Arbeitsplatz und schwerer körperlicher Arbeit (vgl. dazu Tabelle 7.1).

Frauen sind zwar seltener als Männer Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit und starkem Zeitdruck ausgesetzt, dafür aber deutlich häufiger der Mehrfachbelastung durch Haushalt und Beruf sowie durch Beruf und Pflegefälle in der Familie. Belastungen aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz sind bei beiden Geschlechtern gleich häufig.

Altersunterschiede

Während sich hinsichtlich der Zahl der beruflichen Belastungen kein einheitlicher Alterstrend zeigt, sind für einzelne berufliche Belastungen durchaus altersspezifische Ausprägungen zu beobachten (vgl. dazu Tabelle 7.1).

Tabelle 7.3: Anzahl der beruflichen Belastungen in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Alter (Jahre)	Personen in 1.000	Anzahl der beruflichen Belastungen (in %)				
		keine	eine	zwei	drei	vier oder mehr
Männer						
15 bis 29	89,3	46,6	30,8	18,6	3,7	0,2
30 bis 44	187,1	41,2	35,3	15,1	6,6	1,8
45 bis 59	122,7	33,9	38,9	21,9	3,8	1,5
60 und mehr	7,0	35,2	46,8	11,7	6,4	0,0
gesamt	406,2	40,1	35,6	17,9	5,1	1,3
Frauen						
15 bis 29	66,5	53,3	29,1	13,5	2,6	1,4
30 bis 44	155,1	36,8	32,8	20,3	8,2	2,0
45 bis 59	90,3	39,1	36,0	16,5	6,3	2,1
60 und mehr	1,8	51,3	34,1	0,0	14,6	0,0
gesamt	313,6	41,1	32,9	17,6	6,5	1,9

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Belastungen durch schwere körperliche Arbeit finden sich bei den Männern (mit Ausnahme der 60-Jährigen und älteren) in nahezu allen Altersgruppen gleich häufig, bei den Frauen nehmen sie (sieht man von der Ausnahmestellung der 60-Jährigen und älteren, die nur mehr zu geringen Anteilen berufstätig sind, ab) mit zunehmendem Alter etwas zu. Starker Zeitdruck wird von den Männern mit zunehmendem Alter häufiger als belastend empfunden, wobei allerdings in den Altersgruppen ab 45 Jahren kaum mehr ein Unterschied besteht. Bei den Frauen nimmt die Belastung aufgrund starken Zeitdrucks im mittleren Alter (30 bis 44 Jahre) zu und bleibt dann bei den 45- bis 59-jährigen auf diesem Niveau.⁸⁶ Konflikte am Arbeitsplatz werden von Männern mit zunehmendem Alter häufiger erwähnt, bei den Frauen sind sie (sieht man von der Ausnahmestellung der 60-jährigen und älteren ab) in allen Altersgruppen ähnlich häufig. Die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf ist erwartungsgemäß bei Frauen im Alter zwischen 30 und 44 Jahren am häufigsten, Mehrfachbelastung durch Pflegefälle in der Familie und Beruf in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen. Dies lässt darauf schließen, dass in diesem Lebensabschnitt Eltern bzw. Elternteile vermehrt pflegebedürftig werden.

7.3.1 Regionale Unterschiede

In Wien ist der Anteil der Erwerbstätigen, die sich beruflichen Belastungen ausgesetzt fühlen, insgesamt etwas niedriger als im gesamten Bundesgebiet, auch werden in Wien durchschnittlich weniger Belastungen genannt. Während die Rangreihe der mit der beruflichen Tätigkeit verbundenen Belastungen mit jener des gesamten Bundesgebiets vergleichbar ist, bestehen deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der einzelnen Belastungen. Maßgebend dafür dürften Unterschiede in der Struktur der Erwerbstätigen und der Verfügbarkeit entlastender Angebote sein (vgl. dazu Tabelle 7.1).

So etwa fällt in Wien berufliche Belastung durch körperliche Arbeit weniger ins Gewicht. Während die Belastung aufgrund starken Zeitdrucks in Wien ähnlich häufig wie im gesamten Bundesgebiet ist, spielen in Wien Konflikte am Arbeitsplatz eine größere Rolle. Dagegen wird die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf und durch Pflege von Angehörigen und Beruf in der Bundeshauptstadt seltener erwähnt. Zum einen scheint das vergleichsweise gut ausgebaute Betreuungsnetz für Kinder und Behinderte bzw. Pflegebedürftige in Wien eine gewisse Entlastung zu bieten, zum anderen ist im großstädtischen Bereich mit geringerer Kinderzahl unter den Berufstätigen sowie einer

⁸⁶ Bei den 60-jährigen und älteren Frauen ist ein rückläufiger Trend zu beobachten. Allerdings gehen, wie erwähnt, in diesem Alter nur mehr wenige Frauen einer beruflichen Tätigkeit nach.

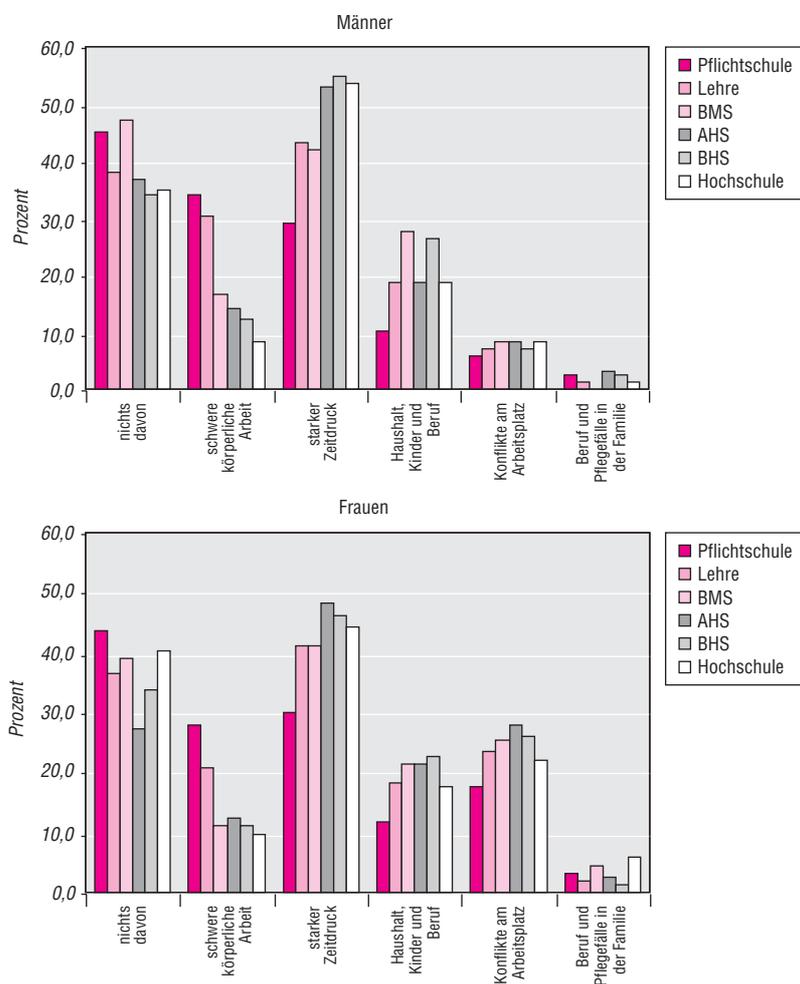
geringeren Pflegeorientierung, d. h. Bereitschaft zur Übernahme einer Pflege alter Menschen, zu rechnen.

7.3.2 Bildungs- und berufsgruppenspezifische Ausprägungen

Abgesehen von regionalen Besonderheiten sind die berufliche Belastung insgesamt sowie die einzelnen Be-

lastungsfaktoren je nach Bildungsniveau und beruflicher Stellung verschieden ausgeprägt, wobei gleichzeitig geschlechtsspezifische Ausprägungen zum Tragen kommen. So zeichnet sich z. B. bei den Männern insgesamt ein Trend der häufigeren Belastung in den höheren Bildungsgruppen ab, bei den Frauen eher in den mittleren.

Grafik 7.2: Berufliche Belastungen in Wien 1999 nach Bildung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent*, Mehrfachnennungen möglich)



* Die genauen Werte sind Tabelle 7.4 zu entnehmen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Am häufigsten durch schwere körperliche Arbeit belastet fühlen sich erwartungsgemäß Erwerbstätige mit niedrigem Bildungsniveau, starker Zeitdruck hingegen wird vermehrt von den höher Gebildeten als belastend

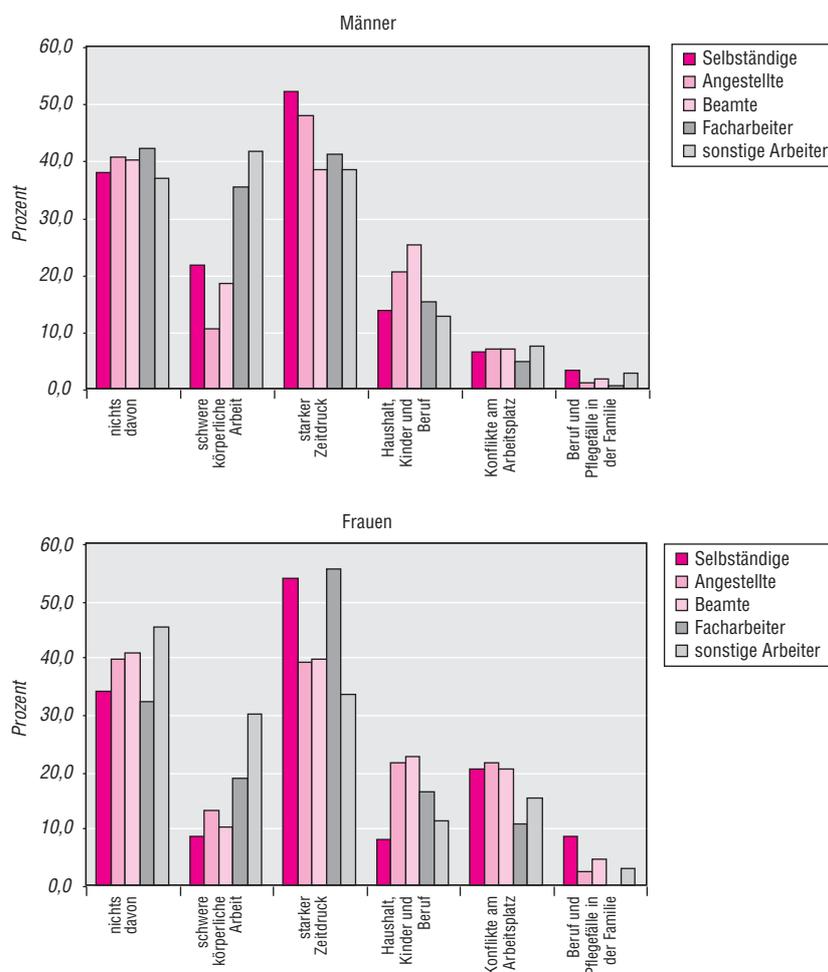
erwähnt. Von Konflikten am Arbeitsplatz am häufigsten betroffen sind Erwerbstätige mit mittlerer Bildung. Auch die Mehrfachbelastung von Haushalt, Kinder und Beruf, die in allen Bildungsgruppen bei Frauen ver-

mehrt zum Tragen kommt, ist in den mittleren Bildungsgruppen am ausgeprägtesten. Die höher gebildeten Frauen verfügen (abgesehen von durchschnittlich geringerer Kinderzahl) auch häufiger über entsprechende finanzielle Ressourcen, um sich hier Entlastung zu verschaffen. Auffallend ist die geringe Betroffenheit durch die Mehrfachbelastung von Haushalt, Kinder und Beruf in den niedrigeren Bildungsgruppen.

Belastung durch schwere körperliche Arbeit wird erwartungsgemäß am häufigsten von Arbeitern und Arbeiterinnen erwähnt. Von starkem Zeitdruck am häufigsten berichten unter den Männern die Selbständigen

und Angestellten, unter den Frauen die Facharbeiterinnen und Selbständigen. Von Konflikten am Arbeitsplatz am meisten betroffen sind die Beamten und Beamtinnen, gefolgt, unabhängig vom Geschlecht, von den Angestellten. Die Mehrfachbelastung von Haushalt, Kinder und Beruf ist (sieht man von den (Fach)arbeiterInnen ab) innerhalb der Berufsgruppen relativ gleichmäßig verteilt. Die Mehrfachbelastung durch Beruf und Pflegefälle in der Familie kommt am häufigsten bei den Selbständigen zum Tragen. Möglicherweise sind für Selbständige Beruf und Pflege naher Angehöriger noch am ehesten zu vereinen.

Grafik 7.3: Berufliche Belastungen in Wien 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent*, Mehrfachnennungen möglich)



* Die genauen Werte sind Tabelle 7.5 zu entnehmen.

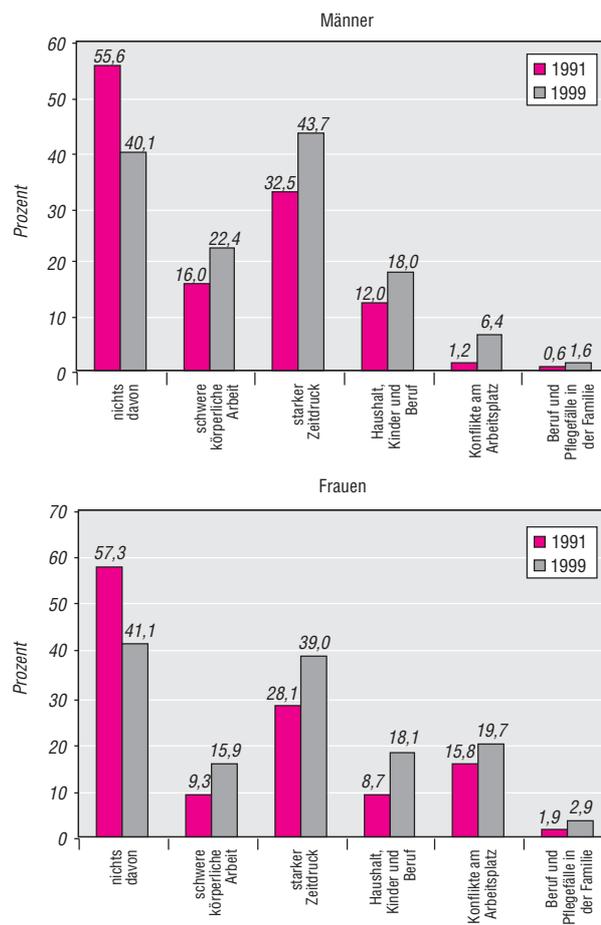
Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

7.3.3 Zeitliche Veränderungen

Vielfach wurde vermutet, dass sich mit den Veränderungen in der Arbeitswelt (Entwicklung zur Dienstleistungsgesellschaft, Automatisierung bzw. Einführung neuer Informationstechnologien, Rationalisierungsmaßnahmen und Reorganisationsprozesse) auch die Arbeitsbelastungen verändern. Und zwar ging man davon aus, dass der „Belastungsstrukturwandel“ mit einem Bedeutungsverlust von Problemen „eindeutiger und direkter körperlicher Schädigung“ verbunden sei und psychische und soziale Beeinträchtigungen „und deren somatische Konversion zunehmend [...] bedeutsamer“ werden.⁸⁷

Der Vergleich der Mikrozensus-Ergebnisse der Jahre 1991 und 1999 zeigt, dass sich der Anteil der Beschäftigten, die sich Belastungen ausgesetzt fühlen, seit 1991 deutlich vergrößert hat. Zunehmend beklagt wird vor allem der starke Zeitdruck. Dies lässt sich so interpretieren, dass – jedenfalls aus der Sicht der Beschäftigten – „die technischen Neuerungen bzw. die mit ihnen verbundenen, einhergehenden sonstigen (z. B. arbeitsorganisatorischen) Veränderungen [...] zu mehr Stress und Hektik (führen).“⁸⁸

Grafik 7.4: Berufliche Belastungen in Wien 1991 und 1999 nach Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: Mikrozensus 1991 und 1999; eigene Berechnungen.

⁸⁷ MARSTEDT (1994).

⁸⁸ JAUFMANN, KISTLER (1993).

Dazu kommt, dass Arbeit und Beruf ihren zentralen Wert für die Bedürfnisbefriedigung keineswegs verloren haben. Die berufliche Tätigkeit hat nicht nur materielle Auswirkungen, sondern auch eine identitäts- und persönlichkeitsstiftende Funktion. Im Zuge des „Wertewandels“ sind immaterielle und geistige Ansprüche an die Arbeit wie persönliche Entfaltung, Anerkennung, Kommunikation und Partizipation gestiegen.⁸⁹ Diesen veränderten kulturellen Anforderungen entsprechen Tendenzen in den Belastungsveränderungen im Zuge neuer Produktionskonzepte: Zunahme von Handlungsspielräumen und ein Autonomiegewinn lassen sich zumindest für einen Teil der Beschäftigten konstatieren. Allerdings gehen mit diesen positiven Veränderungen simultan auch Leistungsverdichtungen und eine Zunahme psychischer Beanspruchung einher, ein Prozess, der als „Innervierung der Arbeit“ bezeichnet wird.⁹⁰ Unterstützt wird diese Annahme u. a. durch die Tatsache, dass Erwerbstätige zunehmend über Belastungen aufgrund von starkem Zeitdruck und Konflikten am Arbeitsplatz berichten.

Verstärkt wahrgenommen wird im Vergleich zu 1991 auch die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Beruf und Pflegearbeit in den Familien. Obwohl Frauen noch immer die Hauptlast in diesen Bereichen tragen und auch wesentlich häufiger als Männer über diesbezügliche Belastungen berichten, werden im Vergleich zu etwa vor einem Jahrzehnt auch von den Männern vermehrt solche Belastungen angegeben. Allerdings noch immer deutlich seltener als von den Frauen.

Die anfangs aus dem Belastungswandel abgeleitete Annahme, dass die Gesamtbelastung sinken wird, stellt sich ebenso wie die Annahme, körperliche Belastungen würden in einem Ausmaß abnehmen, als Fehlschluss heraus. Bei beiden Geschlechtern sind die untersuchten Belastungsfaktoren, auch die Belastung aufgrund schwerer körperlicher Arbeit, gegenüber 1991 deutlich gestiegen.

Der Anstieg beruflicher Belastungen ist in nahezu allen Bildungs- und Berufsgruppen zu beobachten. Dies zeigt sich sowohl aufgrund der im Zeitvergleich steigenden Anteile der Erwerbstätigen, die über Belastungen berichten, als auch aufgrund der Zunahme der Häufigkeit einzelner Belastungsfaktoren. Einzig unter Hochschul- bzw. Universitätsabsolventinnen sind die Anteile jener, die sich keinen Belastungen ausgesetzt fühlen, nahezu konstant geblieben.

Bemerkenswert ist, dass selbst die Belastung durch schwere körperliche Arbeit (mit Ausnahme bei den Männern mit berufsbildender mittlerer Schule) bei beiden Geschlechtern in allen Bildungsgruppen zugenommen hat. Auch starker Zeitdruck wird (mit wenigen Ausnahmen) im Vergleich zu 1991 von den verschiedenen Bildungsgruppen zunehmend als Belastung erwähnt. Lediglich bei den Männern mit berufsbildender höherer Schule und bei den Hochschul- bzw. Universitätsabsolventinnen kam es zu keinen wesentlichen Veränderungen.

⁸⁹ OPPOLZER (1994).

⁹⁰ MARSTEDT (1994).

Tabelle 7.4: Berufliche Belastungen in Wien 1991 und 1999 nach Bildung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

abgeschlossene Bildung	nichts davon	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf	Beruf und Pflegefälle in der Familie
Männer 1991						
Pflichtschule	59,6	29,8	17,4	2,1	0,9	0,0
Lehre	54,0	18,7	33,0	11,5	0,6	0,4
BMS	51,5	16,0	37,2	18,0	3,0	1,1
AHS	56,4	6,4	36,2	23,4	0,6	0,0
BHS	40,9	5,7	53,7	22,0	3,1	2,8
Hochschule	53,2	1,0	43,9	12,8	3,1	1,8
Männer 1999						
Pflichtschule	45,0	34,2	29,2	10,1	5,6	2,8
Lehre	37,8	30,5	43,4	18,5	6,9	1,5
BMS	47,4	16,7	42,1	28,0	8,3	0,0
AHS	36,8	14,1	53,2	18,5	8,3	3,3
BHS	34,0	12,0	55,1	26,2	6,8	2,4
Hochschule	34,5	8,1	53,7	18,4	8,6	1,5
Frauen 1991						
Pflichtschule	57,0	23,0	21,1	4,2	13,1	2,8
Lehre	52,4	8,2	32,7	9,1	16,5	1,8
BMS	47,8	8,6	35,6	13,2	24,2	3,4
AHS	51,8	6,7	26,5	8,7	21,9	0,0
BHS	57,5	5,4	32,2	10,2	22,6	1,4
Hochschule	41,2	3,5	45,7	18,0	30,3	4,3
Frauen 1999						
Pflichtschule	43,8	27,9	30,2	11,9	17,7	3,6
Lehre	36,5	21,0	40,8	18,3	23,3	2,0
BMS	39,2	10,9	41,2	21,6	25,4	4,4
AHS	27,6	12,4	48,2	21,8	28,3	2,8
BHS	33,6	11,2	46,0	22,8	25,9	1,6
Hochschule	40,6	9,8	44,1	17,8	22,0	5,8

Quelle: Mikrozensus 1991 und 1999; eigene Berechnungen.

Ebenfalls zugenommen hat unabhängig vom Geschlecht in nahezu allen Bildungsgruppen die Belastung aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz. Lediglich bei Männern mit Abschluss einer allgemeinbildenden höheren Schule zeigt sich ein rückläufiger Trend, bei den Frauen ist unter Hochschul- bzw. Universitätsabsolventinnen das Belastungsniveau in diesem Bereich (allerdings ausgehend von einem vergleichsweise hohen Niveau) nahezu konstant geblieben. Die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf ist bei beiden Geschlechtern nahezu durchgängig in allen Bildungsgruppen (Ausnahme: Hochschul- bzw. Universitätsabsolventinnen) gestiegen. Auch Belastungen aufgrund von Beruf und Pflegefällen in der Familie haben,

vor allem bei den Frauen, unabhängig vom Bildungsniveau zugenommen.

Abweichend vom generellen Trend einer deutlichen Zunahme der beruflichen Belastungen unter den einzelnen Berufsgruppen, war der Anstieg der Belastung aufgrund starken Zeitdrucks zwischen 1991 und 1999 bei den männlichen Beamten relativ gering. Belastungen aufgrund von Konflikten am Arbeitsplatz sind nur unter den weiblichen Selbständigen nahezu gleich häufig geblieben, in allen anderen Berufsgruppen (bei beiden Geschlechtern) zum Teil merkbar gestiegen. Die Mehrfachbelastung durch Beruf, Haushalt und Kinder war zwar bei den weiblichen Selbständigen, den Beamtinnen und Facharbeiterinnen rückläufig, ist aber bei

den weiblichen Angestellten und Arbeiterinnen gestiegen. Auch was die Belastungen durch Beruf und Pflegefälle in der Familie betrifft, sind (für männliche Beamte und Facharbeiterinnen) Ausnahmen vom generellen

Trend eines Belastungsanstiegs zu verzeichnen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich hier um meist nur wenige Fälle handelt, sind die Ergebnisse jedoch mit gewisser Vorsicht zu betrachten.

Tabelle 7.5: Berufliche Belastungen in Wien 1991 und 1999 nach beruflicher Stellung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)

berufliche Stellung	nichts davon	schwere körperliche Arbeit	starker Zeitdruck	Konflikte am Arbeitsplatz	Haushalt, Kinder und Beruf	Beruf und Pflegefälle in der Familie
	in %, Mehrfachnennungen möglich					
Männer 1991						
Selbständige	51,4	7,3	45,6	11,3	0,7	1,6
Angestellte	55,4	5,5	37,8	15,2	1,1	0,3
Beamte	54,5	10,8	34,4	18,6	1,4	2,0
Facharbeiter	54,0	30,9	28,6	7,7	2,1	0,0
sonstige Arbeiter	57,0	33,6	19,9	5,0	1,2	0,0
Männer 1999						
Selbständige	37,9	21,4	51,9	13,8	6,3	3,3
Angestellte	40,6	10,3	47,9	20,8	6,7	1,2
Beamte	39,9	18,2	38,5	25,5	7,0	1,6
Facharbeiter	42,3	35,1	41,1	15,2	4,5	0,7
sonstige Arbeiter	36,8	41,4	38,5	12,6	7,2	2,6
Frauen 1991						
Selbständige	46,6	6,4	39,6	7,8	24,9	3,7
Angestellte	55,8	5,1	31,5	8,8	15,4	1,9
Beamte	56,2	5,5	29,8	19,2	26,6	0,7
Facharbeiter	45,2	15,1	31,5	6,0	13,2	5,0
sonstige Arbeiter	62,2	24,3	17,3	4,6	9,2	1,5
Frauen 1999						
Selbständige	33,7	8,2	54,0	7,7	20,6	8,5
Angestellte	39,8	13,2	39,2	21,3	21,5	2,3
Beamte	40,9	10,2	39,7	22,8	20,2	4,5
Facharbeiter	32,1	18,7	55,3	16,5	10,6	0,0
sonstige Arbeiter	45,5	30,1	33,2	11,2	15,1	3,1

Quelle: Mikrozensus 1991 und 1999; eigene Berechnungen.

7.4 Auswirkungen beruflicher Belastungen

Im Folgenden werden Auswirkungen beruflicher Belastungen auf die psychische Befindlichkeit der Betroffenen und andere Gesundheitsindikatoren untersucht. Andauernde berufliche Belastungen können sich jedoch nicht nur für die MitarbeiterInnen von Unternehmen negativ auswirken, sondern auch für die Unternehmen. Hinzuweisen ist des Weiteren auf die daraus erwachsenden Konsequenzen für das Gesundheits- und Sozialsystem und deren Kostenträger.

7.4.1 Individuelle Beanspruchungsfolgen

Ständiger Stress am Arbeitsplatz kann Wohlbefinden und Lebensqualität erheblich schmälern, mittel- bis langfristig ist mit Beeinträchtigungen der psychischen und/oder körperlichen Gesundheit zu rechnen. So etwa gaben in einer Erhebung der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Ländern der Europäischen Union im Jahr 1996 28

Prozent der Beschäftigten gesundheitliche Beschwerden durch Stress am Arbeitsplatz an.⁹¹

Sind Menschen über Wochen, Monate oder auch Jahre hindurch mit Arbeitsanforderungen konfrontiert, die sie unter- oder überfordern, entsteht ein chronischer Stresszustand. Beispiele für berufsbedingte Gesundheitsstörungen, die unter dem Begriff „Stressfolgen“ zusammengefasst werden, und die sich im Erleben und Verhalten zeigen können, sind Nervosität, Unruhe, Gehetzsein, Gereiztheit, aggressive Spannung, Gefühlslabilität, Erschöpfung, Depression, Angst, Schlafstörun-

gen, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Störungen, Rückenschmerzen, Tinnitus, Müdigkeit, Konzentrationsstörung, Leistungs- und Motivationsminderung, Verzweiflung, Lethargie, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, sozialer Rückzug und kritisches Gesundheitsverhalten (z. B. Alkohol- bzw. Nikotinmissbrauch). *Längerfristige* körperliche Folgen von Stress sind unter anderem Bluthochdruck, anhaltende erhöhte Muskelanspannung mit Schmerzen im Rücken-, Schulter- und Nackenbereich oder Organschädigungen (Herzinfarkt, Magengeschwür, Schlaganfall).

Tabelle 7.6: Folgen von Fehlbeanspruchung für Gesundheit, Wohlergehen und die Bewältigung von Arbeitsanforderungen (nach STROBEL, v. KRAUSE, 1997)

kurzfristige Folgen	mittel- bis langfristige Folgen	Folgen hinsichtlich der Bewältigung von Arbeitsaufgaben
Ermüdung, Monotonie, Sättigung	Ängstlichkeit	Leistungsschwankungen
Gefühle der inneren Anspannung	Unzufriedenheit	Abnahme der Qualität der Arbeitsverrichtung
Konzentrationsprobleme	Resignation	kurzsichtige Entscheidungen
Nervosität, Angst	Depression	Verschlechterung der sensu-motorischen Koordination
Ärger, Wut	allgemeine Beeinträchtigung des Wohlbefindens	Konflikte mit Vorgesetzten und KollegInnen
	Einschlafschwierigkeiten	Rückzugsverhalten
	kritisches Gesundheitsverhalten	Zunahme von Fehlzeiten
	psychosomatische Erkrankungen	

Quelle: LEITNER (o. J.), S. 5.

Es gibt vermehrte Anzeichen dafür, dass Angst in der Arbeitswelt eine große Rolle spielt. Dies kann sich im Sinne einer allgemeinen Ängstlichkeit zeigen, welche die Leistung und Kreativität beeinträchtigt, sehr viel Energie verschlingt und zu Erschöpfung führt. Nicht selten treten auch Angststörungen mit Krankheitswert (wie Panikstörung, generalisierte Angststörung und Phobie) auf.

Besondere Bedeutung kommt depressiven Zuständen zu. Depressive Menschen haben meist Schwierigkeiten, die geforderte Arbeitsleistung zu erbringen und werden

auch oft krankgeschrieben. Nicht selten verbirgt sich hinter einer körperlichen Diagnose, wie etwa einer „Kreislaufstörung“, eine Depression. Nicht erkannte Depressionen werden auch nicht behandelt. Depressive Menschen fühlen sich als Versager, machen sich Vorwürfe, was die Befindlichkeit weiter beeinträchtigt; es entsteht ein Teufelskreis. Eine besondere Form der Depression ist das so genannte Burn-out-Syndrom, bei dem das depressive Bild mit einem Gefühl der Sinnlosigkeit einhergeht: ArbeitnehmerInnen sehen in ihren ursprünglichen Arbeitsidealen keinen Sinn mehr, der

⁹¹ Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (1997).

frühere, meist sehr hohe Arbeitseinsatz kommt ihnen fremd bzw. sinnlos vor. Nicht selten greifen die Menschen bei solchen Störungen zu Suchtmitteln wie Medikamenten, Nikotin oder Alkohol, was die Situation weiter verschlimmert. Zustände der genannten Art wirken sich negativ auf die Arbeitsleistung aus, d. h. nicht nur die ArbeitnehmerInnen, sondern auch die Betriebe leiden darunter. Abgesehen von vermehrten Fehlzeiten sind Auswirkungen auf das zwischenmenschliche Verhalten, die Kooperation, die Einsatzbereitschaft, Kollegialität im und Solidarität zum Betrieb zu beobachten.

Bei der Analyse und Interpretation der Auswirkungen beruflicher Belastungen auf verschiedene Gesundheitsindikatoren ist zu beachten, dass vorhandene gesundheitliche Einschränkungen die Belastbarkeit im Beruf merkbar reduzieren können und so die Sensibilität gegenüber Belastungen erhöhen können, was sich ihrerseits wiederum negativ auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken kann.

Subjektives gesundheitliches Befinden

Die Ergebnisse des Mikrozensus verdeutlichen, dass Personen, die sich beruflichen Belastungen ausgesetzt fühlen, ihren Gesundheitszustand negativer beurteilen, als Personen, die keine Belastungen angeben, wobei auch die Zahl der empfundenen beruflichen Belastungen eine Rolle spielt. So etwa reduziert sich bei den Männern der Anteil jener, die sich „sehr guten“ Gesundheitszustand zuschreiben, bereits bei nur einer empfundenen beruflichen Belastung um etwa 30 Prozent. Bei drei Belastungen verringert sich dieser Anteil um ca. 60 Prozent. Ähnlich nimmt auch bei den Frauen der Anteil jener mit „sehr guter“ Gesundheit mit steigender Zahl beruflicher Belastungen merkbar ab, wohingegen die Anteile mit „mittelmäßiger“ oder „schlechter“ Gesundheit steigen.

Tabelle 7.7: Selbsteinschätzung der Gesundheit in Wien 1999 nach der Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen ab 15 Jahre in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes in %				
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Männer						
keine	162,9	47,9	39,9	10,2	1,7	0,2
eine	144,6	34,3	48,8	13,6	2,1	1,2
zwei	72,5	32,7	45,0	16,5	5,9	0,0
drei	20,7	19,7	56,8	20,7	2,8	0,0
vier oder mehr	5,4	23,5	32,5	38,6	5,4	0,0
gesamt	406,2	38,6	44,8	13,4	2,7	0,5
Frauen						
keine	128,7	43,0	42,4	12,4	1,8	0,4
eine	103,3	38,5	42,1	15,0	3,2	1,1
zwei	55,3	33,0	42,1	21,1	3,8	0,0
drei	20,3	28,6	43,9	19,2	8,3	0,0
vier oder mehr	5,9	11,0	34,3	36,0	18,7	0,0
gesamt	313,6	38,2	42,2	15,7	3,4	0,5

Quelle: Mikrozensus 1999, eigene Berechnungen.

Und zwar sind negative Auswirkungen auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit unabhängig von der Art der beruflichen Belastungen zu beobachten. Besonders negativ wirken sich bei den Männern schwere körperliche Arbeit, die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Beruf und Pflegefälle in der Familie, bei den Frauen die Mehrfachbelastung

durch Beruf und Pflegefälle in der Familie sowie Belastungen aufgrund schwerer körperlicher Arbeit auf den subjektiven Gesundheitszustand aus. So sind die Anteile jener, die sich lediglich mittelmäßige oder noch schlechtere Gesundheit zuschreiben, bei Vorhandensein der genannten Belastungsfaktoren deutlich erhöht.

Tabelle 7.8: Selbsteinschätzung der Gesundheit in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Belastung durch		Personen ab 15 Jahre in 1.000	Beurteilung des Gesundheitszustandes in %				
			sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Männer							
schwere körperliche Arbeit	nein	315,4	41,0	45,4	10,9	2,2	0,5
	ja	90,8	30,3	42,4	22,3	4,4	0,7
starken Zeitdruck	nein	228,7	43,9	41,4	12,5	1,8	0,4
	ja	177,5	31,8	49,1	14,6	3,9	0,6
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	333,1	40,7	43,2	13,1	2,4	0,6
	ja	73,1	29,0	51,8	15,1	4,1	0,0
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	380,4	39,3	44,6	12,8	2,7	0,6
	ja	25,8	28,6	46,6	22,4	2,3	0,0
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	399,7	38,8	44,8	13,2	2,7	0,5
	ja	6,5	28,8	44,5	26,7	0,0	0,0
gesamt		406,2	38,6	44,8	13,4	2,7	0,5
Frauen							
schwere körperliche Arbeit	nein	263,8	40,3	43,1	13,7	2,4	0,4
	ja	49,8	27,2	37,1	26,2	8,4	1,2
starken Zeitdruck	nein	191,5	39,7	43,5	13,7	2,5	0,6
	ja	122,2	35,9	40,2	18,7	4,7	0,5
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	257,0	40,3	41,5	14,9	2,6	0,7
	ja	56,6	28,8	45,3	19,3	6,6	0,0
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	252,0	39,4	41,6	15,3	3,0	0,7
	ja	61,6	33,4	44,5	17,4	4,7	0,0
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	304,4	38,8	41,9	15,5	3,2	0,6
	ja	9,2	21,3	50,6	20,1	8,0	0,0
gesamt		313,6	38,2	42,2	15,7	3,4	0,5

Quelle: Mikrozensus 1999, eigene Berechnungen.

Psychische Beschwerden

Auch das psychische Wohlbefinden wird durch empfundene berufliche Belastungen erheblich gestört. Auch hier gilt: Je mehr berufliche Belastungen verspürt werden, desto häufiger sind psychische Beschwerden. Während z. B. von den Männern, die keine beruflichen Belastungen nannten, lediglich 12,6 Prozent über eine oder mehrere psychische Beschwerde(n) berichten, waren es von jenen mit zwei beruflichen Belastungen bereits 20,9 Prozent. Bei vier oder mehr beruflichen Belastungen geben mehr als ein Viertel der Männer (27,6 Prozent) eine oder mehrere psychische Beschwerde(n)

an. Besonders deutlich wirken sich berufliche Belastungen bei den Frauen auf das psychische Wohlbefinden aus: Während von den weiblichen Erwerbstätigen, die keine beruflichen Belastungen nannten, lediglich 14,2 Prozent unter einer oder mehreren psychischen Beschwerde(n) leiden, gaben bei zwei beruflichen Belastungen bereits mehr als ein Viertel (27,9 Prozent) und bei vier und mehr beruflichen Belastungen ca. 40 Prozent der Frauen eine oder mehrere psychische Beschwerde(n) an. Insbesondere bei den Frauen geht mit zunehmender Zahl beruflicher Belastungen häufig auch eine erhöhte Mehrfachbeeinträchtigung durch psychische Beschwerden einher.

Tabelle 7.9: Anzahl der psychischen Beschwerden in Wien 1999 nach der Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen in 1.000	Anzahl der psychischen Beschwerden			
		keine	eine	zwei	drei oder mehr
Männer					
keine	162,9	87,4	10,5	1,7	0,4
eine	144,6	85,4	9,6	4,6	0,4
zwei	72,5	79,1	14,8	4,3	1,8
drei	20,7	74,5	22,9	1,5	1,1
vier oder mehr	5,4	72,4	16,5	6,5	4,5
gesamt	406,2	84,3	11,7	3,3	0,7
Frauen					
keine	128,7	85,8	10,3	2,0	1,9
eine	103,3	77,3	14,1	6,4	2,2
zwei	55,3	72,1	14,6	9,1	4,2
drei	20,3	70,3	18,9	3,2	7,5
vier oder mehr	5,9	60,8	24,9	10,0	4,3
gesamt	313,6	79,1	13,1	4,9	2,8

Quelle: Mikrozensus 1999, eigene Berechnungen.

Die Tatsache, dass Frauen bei beruflichen Belastungen insgesamt häufiger von psychischen Beschwerden berichten, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass Frauen in der Regel eher bereit sind als Männer, über psychische Beschwerden zu sprechen bzw. sie anzugeben.

Am deutlichsten auf das psychische Befinden bzw. das Auftreten psychischer Beschwerden wirken sich bei

den Männern die Mehrfachbelastung durch Pflegefälle in der Familie und Beruf, Konflikte am Arbeitsplatz und die Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf aus, bei den Frauen die Mehrfachbelastung durch Pflegefälle in der Familie und Beruf sowie schwere körperliche Arbeit. Auch hier zeigt sich, dass sich insgesamt bei den Frauen berufliche Belastungsfaktoren stärker als bei den Männern auf das psychische Befinden auswirken.

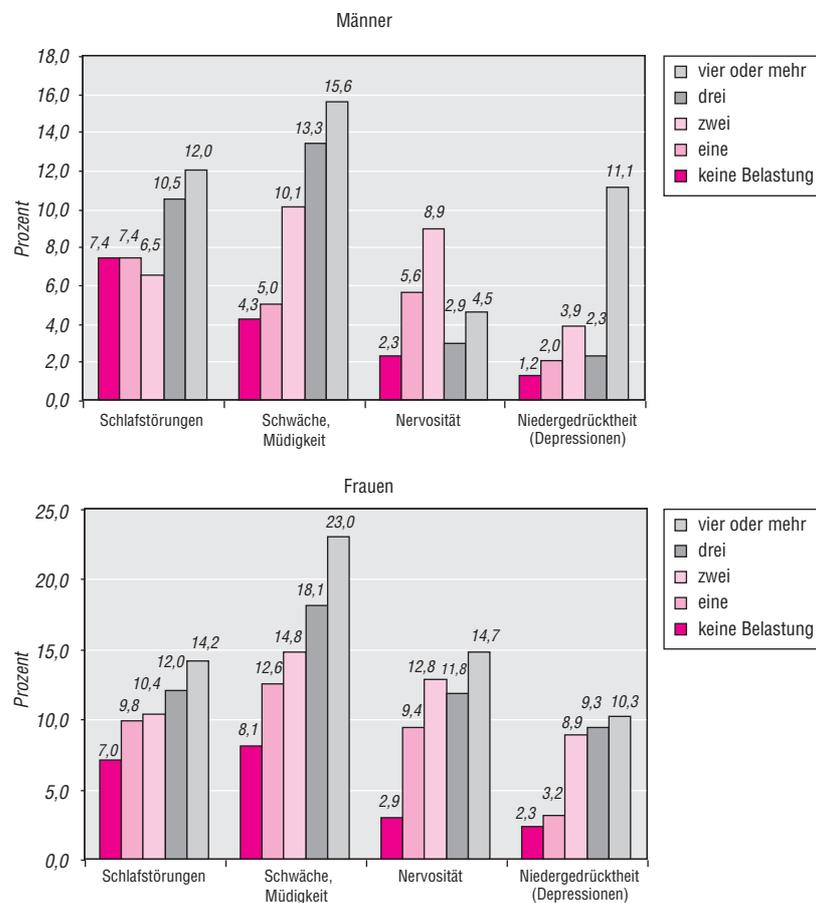
Tabelle 7.10: Anzahl psychischer Beschwerden in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Belastung durch		Personen in 1.000	Anzahl psychischer Beschwerden			
			keine	eine	zwei	drei oder mehr
Männer						
schwere körperliche Arbeit	nein	315,4	84,8	11,6	3,0	0,6
	ja	90,8	82,9	11,8	4,0	1,4
starken Zeitdruck	nein	228,7	86,2	10,7	2,8	0,4
	ja	177,5	82,0	13,0	3,9	1,2
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	333,1	86,2	10,4	2,9	0,5
	ja	73,1	76,0	17,6	4,8	1,6
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	380,4	84,9	11,3	3,1	0,7
	ja	25,8	76,5	17,5	5,1	1,0
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	399,7	84,7	11,3	3,2	0,7
	ja	6,5	63,1	31,5	5,4	0,0
gesamt		406,2	84,3	11,7	3,3	0,7
Frauen						
schwere körperliche Arbeit	nein	263,8	81,3	12,1	4,2	2,4
	ja	49,8	67,6	18,6	8,9	4,8
starken Zeitdruck	nein	191,5	82,5	11,7	3,8	2,0
	ja	122,2	73,8	15,5	6,7	4,1
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	257,0	80,7	12,7	4,2	2,4
	ja	56,6	71,7	15,3	8,5	4,6
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	252,0	80,1	12,4	4,8	2,7
	ja	61,6	75,0	16,0	5,5	3,4
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	304,4	79,5	13,0	4,8	2,7
	ja	9,2	67,0	16,3	8,6	8,0
gesamt		313,6	79,1	13,1	4,9	2,8

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Mit zunehmender Zahl beruflicher Belastungen steigt der Anteil der von psychischen Beschwerden Betroffenen, vor allem Schwäche/Müdigkeit nehmen insbesondere bei den Frauen merkbar zu. Während bei den Frauen mit zunehmender Zahl beruflicher Belastungen

auch die Anteile der von Schlafstörungen, Nervosität und Niedergedrücktheit (Depressionen) Betroffenen nahezu kontinuierlich steigen, ist dies bei den Männern nicht so durchgängig und im selben Ausmaß der Fall.

Grafik 7.5: Psychische Beschwerden in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen (Erwerbstätige, in Prozent)

Quelle: Mikrozensus 1999, eigene Berechnungen.

Unabhängig von der Art der beruflichen Belastung gilt mit wenigen Ausnahmen: Erwerbstätige (Männer wie Frauen), die über berufliche Belastungen berichten, haben häufiger Schlafstörungen, leiden häufiger unter Schwäche/Müdigkeit, Nervosität sowie Niedergedrücktheit (Depressionen). Die Unterschiede sind, vor allem bei den Männern, zum Teil zwar nicht sehr ausgeprägt, jedoch durchgängig zu beobachten. Zu den Ausnahmen: Männer, die durch schwere körperliche

Arbeit belastet sind, leiden verständlicherweise seltener unter Schlafstörungen als jene, die keine solche berufliche Belastung verspüren. Männer, die einer Mehrfachbelastung durch Beruf und Pflegefälle in der Familie unterliegen, leiden seltener unter Nervosität als jene, die keine solche Belastung angeben. Hier schränkt allerdings die geringe Fallzahl die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ein.

Tabelle 7.11: Psychische Beschwerden in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Belastung durch		Personen in 1.000	Schlafstörungen	Schwäche, Müdigkeit	Nervosität	Niedergedrückt- heit (Depressionen)
			Mehrfachnennungen möglich, in %			
Männer						
schwere körperliche Arbeit	nein	315,4	7,7	6,0	4,1	1,7
	ja	90,8	6,5	7,0	6,9	3,9
starken Zeitdruck	nein	228,7	7,0	4,9	4,0	1,6
	ja	177,5	8,1	7,8	5,6	2,9
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	333,1	7,4	4,8	3,9	1,9
	ja	73,1	7,8	12,6	8,4	3,6
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	380,4	7,4	5,7	4,7	2,0
	ja	25,8	7,8	13,5	5,3	3,9
Beruf u. Pflegefälle in der Familie	nein	399,7	7,2	6,0	4,8	2,1
	ja	6,5	20,9	16,0	0,0	5,4
gesamt		406,2	7,5	6,2	4,7	2,2
Frauen						
schwere körperliche Arbeit	nein	263,8	8,2	10,7	5,8	3,8
	ja	49,8	13,4	17,1	17,0	7,0
starken Zeitdruck	nein	191,5	8,1	9,6	5,6	2,9
	ja	122,2	10,4	14,9	10,7	6,6
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	257,0	8,8	10,4	6,3	3,6
	ja	56,6	9,6	17,5	13,2	8,0
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	252,0	8,9	11,2	7,4	3,6
	ja	61,6	9,4	13,8	8,5	7,3
Beruf u. Pflegefälle in der Familie	nein	304,4	8,6	11,6	7,6	4,1
	ja	9,2	21,9	16,5	8,0	14,0
gesamt		313,6	9,0	11,7	7,6	4,4

Quelle: Mikrozensus 1999, eigene Berechnungen.

(Psycho)somatische Beschwerden

Auch (psycho)somatische Beschwerden, wie Kreislaufstörungen, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen/Migräne, Rücken- bzw. Kreuzschmerzen, Gelenks-, Nerven-

und Muskelschmerzen an Hüfte, Bein bzw. an Schulter, Arm treten bei beruflichen Belastungen vermehrt zutage. Eine kontinuierliche Zunahme der genannten Beschwerden mit der Zahl der beruflichen Belastungen ist allerdings nur zum Teil zu beobachten.

Tabelle 7.12: (Psycho)somatische Beschwerden in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen in 1.000	davon haben folgende Beschwerden (Mehrfachnennungen möglich, in %)						
		Kreislaufstörungen	Herzbeschwerden	Kopfschmerzen, Migräne	Magen-, Verdauungsbeschwerden	Rücken-, Kreuzschmerzen	Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Hüfte, Bein)	Gelenks-, Nerven-, Muskelschmerzen (Schulter, Arm)
Männer								
keine	162,9	4,7	1,8	11,9	1,6	15,5	5,6	4,8
eine	144,6	5,5	2,6	11,8	3,7	23,5	9,9	7,3
zwei	72,5	7,7	3,9	10,5	6,5	27,9	9,0	8,6
drei	20,7	12,7	1,1	29,2	4,6	39,7	12,7	11,4
vier oder mehr	5,4	12,9	11,6	18,0	0,0	12,0	4,5	9,0
gesamt	749,3	7,5	4,3	12,8	4,0	19,3	9,1	6,8
Frauen								
keine	128,7	9,4	1,3	14,0	3,0	14,8	6,7	4,1
eine	103,3	13,5	1,9	20,7	6,8	23,3	8,5	9,1
zwei	55,3	17,6	2,5	22,2	10,8	31,5	13,4	8,2
drei	20,3	22,9	0,9	39,0	9,1	37,4	12,2	10,2
vier oder mehr	5,9	23,1	10,8	24,2	8,4	29,2	13,6	7,9
gesamt	830,4	12,8	4,1	15,9	5,5	21,7	11,8	9,2

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Gesundheitsverhalten (Beispiel: Rauchen)

Am Beispiel des Rauchverhaltens lässt sich zudem nachweisen, dass berufliche Belastungen in der Regel auch mit gesundheitsschädigendem Verhalten einhergehen: Insbesondere bei Zusammentreffen mehrerer beruflicher Belastungen nimmt der Anteil der täglichen

RaucherInnen deutlich zu. Erwerbstätige (vor allem die Männer), die von beruflichen Belastungen berichten, sind außerdem deutlich seltener Ex-Raucher. Dies lässt vermuten, dass Aufhörversuche bei vorhandenen beruflichen Belastungen nicht nur seltener in Angriff genommen werden, sondern möglicherweise auch häufiger scheitern.

Tabelle 7.13: Rauchverhalten in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen in 1.000	Rauchen von Zigaretten (in %)						
		gelegentlich	täglich	darunter			aufgehört	nie geraucht
				täglich bis 10	täglich 11 bis 20	täglich mehr als 20		
Männer								
keine	162,9	8,4	52,3	32,5	10,6	9,2	13,8	25,4
eine	144,6	9,5	49,9	23,5	14,4	12,0	12,8	27,8
zwei	72,5	5,1	50,8	26,3	11,7	12,9	13,3	30,8
drei	20,7	4,5	64,9	32,8	15,0	17,0	7,6	23,0
vier oder mehr	5,4	10,7	71,2	41,2	20,2	9,8	4,9	13,2
gesamt	406,2	8,0	52,1	28,3	12,5	11,3	12,9	26,9
Frauen								
keine	128,7	10,9	43,6	27,0	11,0	5,7	8,6	36,9
eine	103,3	9,5	41,5	22,7	12,6	6,2	12,7	36,2
zwei	55,3	7,5	47,8	25,2	14,5	8,1	9,0	35,7
drei	20,3	8,0	40,2	16,2	15,0	9,0	13,7	38,1
vier oder mehr	5,9	7,3	54,8	37,1	9,9	7,8	6,2	31,7
gesamt	313,6	9,6	43,7	24,7	12,4	6,5	10,3	36,4

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

7.4.2 Auswirkungen beruflicher Belastungen auf Betriebe und Gesundheitssystem

Auswirkungen auf betrieblicher Ebene

Neben der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Erwerbstätigen sind durch negative Beanspruchungsfolgen auch ernstzunehmende Konsequenzen für die Unternehmen und deren Wirtschaftlichkeitsziele zu erwarten.⁹² Beobachtet wurde unter anderem ein Absinken der Arbeitsleistung.⁹³ Stressfolgen beeinträchtigen die er-

folgreiche Erfüllung von Arbeitsanforderungen und wirken sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus. So etwa ist laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey unter Personen mit hoher Arbeitsbelastung die Arbeitszufriedenheit deutlich niedriger als unter jenen mit mittlerer und vor allem niedriger Arbeitsbelastung. Die subjektive Arbeitsbelastung wurde anhand von 18 Einzelitems erhoben, die verschiedene Belastungssituationen bei der Arbeit beschreiben. Als Beispiele seien Lärm, Monotonie, Zeitdruck, hohe Verantwortung und häufige Konflikte genannt. Erfasst wurde die Intensität dieser Belastungen (Ausprägungen: „stark“, „gering“, „gar nicht“).

⁹² WEISSGERBER, STROBEL (1999).

⁹³ RICHTER (1997).

Tabelle 7.14: Arbeitszufriedenheit in Wien 1999–2001 nach Arbeitsbelastung/Arbeitsstress und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Arbeitsbelastung, Arbeitsstress	Befragte	Arbeitszufriedenheit in %		
		niedrig	mittel	hoch
Männer				
gesamt	1.192	31,0	33,7	35,3
Arbeitsbelastung				
niedrig	311	24,1	32,9	43,1
mittel	441	24,2	33,8	42,0
hoch	434	42,1	34,4	23,4
Arbeitsstress				
niedrig	364	25,5	31,9	42,6
mittel	477	26,2	36,1	37,7
hoch	348	43,5	32,4	24,2
Frauen				
gesamt	1.005	32,3	36,5	31,2
Arbeitsbelastung				
niedrig	418	22,9	36,3	40,8
mittel	343	34,2	37,2	28,6
hoch	239	45,9	36,0	18,1
Arbeitsstress				
niedrig	298	24,7	36,9	38,4
mittel	379	25,9	37,3	36,8
hoch	327	46,2	35,4	18,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; eigene Berechnungen.

Ebenso negativ wirkt sich subjektiver Arbeitsstress auf die Arbeitszufriedenheit aus. Dieser Indikator wurde aus vier Items gebildet und schließt Aspekte wie Nicht-Abschalten-Können nach der Arbeit, Erschöpfung und Bedrücktheit aufgrund der täglichen Arbeitssituation mit ein. Erfasst wurde die Häufigkeit solcher Stressmomente (Ausprägungen: „oft“, „gelegentlich“, „selten“, „nie“).

Ein Teil der Fehlbeanspruchungen kann von den Beschäftigten kurzzeitig kompensiert werden. Auch wenn

dadurch die Leistung auf den ersten Blick stabil zu bleiben scheint, sind längerfristig Leistungseinbußen zu erwarten. Diese können, bedingt durch häufige Erkrankungen und Rückzugstendenzen, vor allem zu erhöhten Fehlzeiten führen.⁹⁴ Dies bestätigt sich auch im Mikrozensus: In jenen Fällen, wo berufliche Belastungen empfunden werden, sind Erkrankungen, die zur Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit führen, deutlich häufiger. Und zwar nehmen in der Regel solche Erkrankungsfälle mit zunehmender Zahl empfundener beruflicher Belastungen zu.

⁹⁴ HOCKEY (1997).

Tabelle 7.15: Erkrankungshäufigkeit im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen in 1.000	Wie oft erkrankt im letzten Jahr? (in %)			
		nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer					
keine	162,9	53,5	34,0	10,2	2,2
eine	144,6	54,8	32,2	8,7	4,3
zwei	72,5	56,6	29,8	9,9	3,7
drei	20,7	48,2	37,1	8,8	5,9
vier oder mehr	5,4	38,6	4,5	24,7	32,1
gesamt	406,2	54,1	32,4	9,8	3,8
Frauen					
keine	128,7	58,3	30,1	8,1	3,5
eine	103,3	40,2	42,3	13,8	3,8
zwei	55,3	50,8	29,4	12,2	7,6
drei	20,3	45,6	34,7	8,5	11,2
vier oder mehr	5,9	18,7	33,3	31,5	16,4
gesamt	313,6	49,4	34,4	11,2	5,1

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Die Analyse der Auswirkungen der einzelnen untersuchten beruflichen Belastungen auf die Erkrankungshäufigkeit zeigt, dass vor allem schwere körperliche Arbeit, Konflikte am Arbeitsplatz und die Mehrfachbelastung durch Haushalt Kinder und Beruf sowie durch

Pflegefälle in der Familie und Beruf zu erhöhten Fehlzeiten führen. Belastungen aufgrund starken Zeitdrucks führen lediglich bei den Frauen (nicht aber bei den Männern) zu vermehrter Erkrankungshäufigkeit bzw. häufigeren Fehlzeiten.

Tabelle 7.16: Erkrankungshäufigkeit im letzten Jahr in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Belastung durch		Personen in 1.000	Wie oft erkrankt im letzten Jahr? (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer						
schwere körperliche Arbeit	nein	315,4	55,7	32,1	9,6	2,7
	ja	90,8	48,5	33,3	10,5	7,7
starken Zeitdruck	nein	228,7	51,8	34,7	10,2	3,4
	ja	177,5	57,0	29,4	9,2	4,4
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	333,1	54,8	32,2	9,7	3,3
	ja	73,1	51,0	32,9	10,2	5,9
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	380,4	54,3	33,1	9,3	3,4
	ja	25,8	51,4	22,0	16,6	10,0
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	399,7	54,0	32,5	9,9	3,6
	ja	6,5	58,6	23,2	3,2	15,0
gesamt		406,2	54,1	32,4	9,8	3,8
Frauen						
schwere körperliche Arbeit	nein	263,8	50,7	34,9	10,1	4,3
	ja	49,8	42,5	31,7	16,9	9,0
starken Zeitdruck	nein	191,5	52,9	33,1	10,1	3,9
	ja	122,2	44,0	36,3	12,7	6,9
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	257,0	50,1	34,5	11,0	4,3
	ja	56,6	46,2	33,7	11,8	8,4
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	252,0	51,2	34,0	10,3	4,5
	ja	61,6	42,1	36,0	14,5	7,4
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	304,4	50,0	34,1	11,0	4,8
	ja	9,2	31,2	41,4	14,5	12,8
gesamt		313,6	49,4	34,4	11,2	5,1

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Die Tatsache, dass auch aus der Mehrfachbelastung durch Haushalt, Kinder und Beruf sowie durch Beruf und Pflegefälle in der Familie vermehrte Fehlzeiten resultieren, zeigt einmal mehr, wie wichtig es auch in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit von Unternehmen ist, hier Maßnahmen zu forcieren, die zur Entlastung der Betroffenen führen.

Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Empfundene berufliche Belastungen haben aufgrund der daraus resultierenden gesundheitlichen Einbußen auch eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zur Folge. Wie bereits in

den Eingangskapiteln gezeigt wurde, haben psychische Erkrankungen, die zum Teil als Resultat bestehender Arbeitsbedingungen zu werten sind, wesentlichen Anteil an vorzeitigen Pensionierungen.

Anhand des Mikrozensus wird deutlich, dass Erwerbstätige, die unter beruflichen Belastungen leiden, auch häufiger Ärzte bzw. Ärztinnen für Allgemeinmedizin und zum Teil auch Fachärzte bzw. Fachärztinnen konsultieren als Personen, die keine Belastungen verspüren (vgl. dazu Tabelle 7.1 im Anhang). Und zwar nimmt die Häufigkeit der Konsultation von AllgemeinmedizinerInnen in der Regel mit der Zahl der empfundenen beruflichen Belastungsfaktoren zu.

Tabelle 7.17: Häufigkeit der Konsultation eines Arztes/einer Ärztin für Allgemeinmedizin im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen in 1.000	Häufigkeit der Konsultation des Arztes für Allgemeinmedizin (in %)			
		nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer					
keine	162,9	33,2	18,0	18,6	30,2
eine	144,6	27,0	21,6	17,4	34,0
zwei	72,5	23,7	25,0	20,8	30,6
drei	20,7	25,6	13,2	14,0	47,1
vier oder mehr	5,4	17,1	10,3	28,9	43,6
gesamt	406,2	28,7	20,2	18,5	32,7
Frauen					
keine	128,7	29,7	19,3	16,6	34,5
eine	103,3	15,8	20,2	22,9	41,1
zwei	55,3	18,1	21,4	23,1	37,4
drei	20,3	20,8	9,9	17,7	51,7
vier oder mehr	5,9	6,7	10,8	23,2	59,3
gesamt	313,6	22,1	19,2	20,0	38,8

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Eine solche vermehrte Konsultation von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin ist unabhängig von der Art der im

Mikrozensus erhobenen beruflichen Belastungen festzustellen.

Tabelle 7.18: Häufigkeit der Konsultation eines Arztes/einer Ärztin für Allgemeinmedizin im letzten Jahr in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

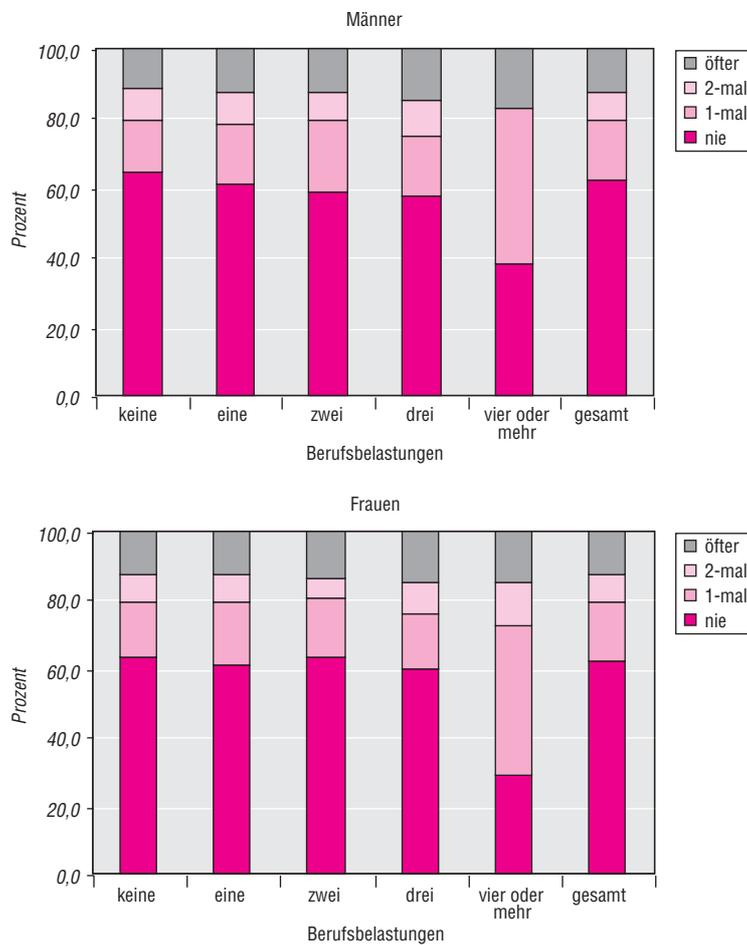
Belastung durch		Personen in 1.000	Häufigkeit der Konsultation des Arztes für Allgemeinmedizin (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer						
schwere körperliche Arbeit	nein	315,4	28,9	20,6	18,8	31,6
	ja	90,8	27,8	18,6	17,4	36,3
starken Zeitdruck	nein	228,7	30,9	19,0	18,0	32,1
	ja	177,5	25,8	21,8	19,1	33,3
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	333,1	30,4	19,8	18,1	31,7
	ja	73,1	20,8	21,9	20,3	37,1
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	380,4	29,2	20,0	18,4	32,3
	ja	25,8	21,1	22,4	19,0	37,5
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	399,7	28,8	20,4	18,5	32,4
	ja	6,5	21,2	9,0	18,8	51,1
gesamt		406,2	28,7	20,2	18,5	32,7
Frauen						
schwere körperliche Arbeit	nein	263,8	23,3	19,6	20,0	37,2
	ja	49,8	15,8	16,8	20,2	47,2
starken Zeitdruck	nein	191,5	25,1	19,4	18,3	37,3
	ja	122,2	17,4	18,9	22,6	41,1
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	257,0	22,9	19,8	19,5	37,7
	ja	56,6	18,3	16,3	22,1	43,3
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	252,0	23,7	19,7	19,5	37,1
	ja	61,6	15,6	17,1	21,9	45,4
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	304,4	22,2	19,2	19,8	38,8
	ja	9,2	16,9	20,4	24,7	38,0
gesamt		313,6	22,1	19,2	20,0	38,8

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Wichtigste AnsprechpartnerInnen sind bei den aus beruflichen Belastungen resultierenden Beanspruchungsfolgen die AllgemeinmedizinerInnen. Eine vermehrte

Konsultation von FachärztInnen ist erst bei Vorhandensein einer Vielzahl (vier oder mehr) beruflicher Belastungen festzustellen.

Grafik 7.6: Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen* im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent**)



* Mit Ausnahme von InternistInnen.

** Die genauen Werte sind der Tabelle 7.2 im Anhang zu entnehmen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

7.5 Mobbing – ein Situationsbericht 2004 aus Wien

Dr. Brigitte SCHMIDL-MOHL

Zusammenfassung

In den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde das zunehmend aggressive Verhalten zwischen Beschäftigten (Entwertung, persönliche Angriffe, Schikanen, Ausgrenzung, Benachteiligung, Isolierung) erstmals erforscht. Die beschriebenen Verhaltensweisen verfolgen das Ziel, die angegriffene Person aus dem Arbeitsverhältnis auszustoßen. Dieses Phänomen wurde als Mobbing bezeichnet. Auffallend in Mobbingverläufen ist die kühle, strategische Planung auf TäterInnenseite und die hochgradige Emotionalisierung auf der Opferseite.

Verursacht wird Mobbing auf der betrieblichen Ebene – durch „Organisationsstress“, durch mangelndes Führungsverhalten, durch die „exponierte Stellung“ des Betroffenen (häufig: besonders engagierte MitarbeiterInnen) – und nicht durch die Persönlichkeit des Opfers.

Mobbingvorgänge zeigen ein typisches Verlaufsschema: Zu Beginn des Mobbingprozesses wird das Opfer zunehmend entwertet. Damit wird die Grundlage geschaffen, spätere Aggressionen ohne Schuldgefühle durchführen zu können. Danach wird das Mobbingopfer isoliert und öffentlich lächerlich gemacht. In der Endphase erfolgt das Hinausdrängen der Zielperson durch Beschuldigungen, psychisch krank zu sein, durch Zwangsbegutachtungen oder durch körperliche Attacken.

Die Betroffenen bilden im Mobbingverlauf zunehmend eine stressassoziierte Symptomatik aus: Konzentrationsprobleme, Gedächtnisstörungen, Gedankenkreisen, Selbstunsicherheit, Selbstzweifel, Verzweiflung, Angstzustände, Überaktivität oder Rückzug und Depressivität; u. U. Aggressivität, Überempfindlichkeit und Selbstmordgedanken. Zudem kommt es im Mobbingverlauf auch häufig zu körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Allergien, Asthma und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Summary: Excursus: Mobbing – The situation in Vienna

In the 1980s and 1990s, research began on the increasingly aggressive behaviour among co-workers (discrediting, personal attacks, emotional abuse, marginalization, discrimination, isolation). This behaviour aims at bullying the victim into leaving the workplace. The phenomenon has been called “mobbing”. Characteristics of mobbing situations are the calculating, strategic planning by the aggressors and the extreme emotional reactions of the victims.

Mobbing is caused at the organizational level, by “organizational stress”, lack of leadership, the exposed position of the victim (they are often particularly committed and active employees), and has nothing to do with the personality of the victim.

Mobbing situations follow a typical course: In the beginning, the victim is progressively discredited. This lays the groundwork for later aggressions without feelings of guilt on the aggressor’s side. The victim is then isolated and ridiculed publicly. Finally the victims are bullied into leaving the workplace by calling them mentally ill, through continuous (negative) appraisal of the person or their work or through physical attacks.

Mobbing victims develop stress symptoms which increase in severity as the mobbing continues: concentration and memory problems, thinking in circles, insecurity, self-doubts, desperation, anxiety attacks, hyperactivity or withdrawal, depressive moods, sometimes also aggression, hypersensitivity, or suicidal thoughts. Somatic problems such as hypertension, diabetes, allergies, asthma and disorders of the locomotor system also frequently occur in mobbing victims.

Laut einer in den 90er Jahren in Österreich durchgeführten Untersuchung beträgt die Betroffenheitsquote in Österreich 4,4 bis 7,8 Prozent. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden dabei nicht festgestellt. Der deutsche Mobbingreport (2000) kommt zu einer aktuellen Mobbingquote von 2,7 Prozent sowie zu einer Gesamtmobbingquote (diese inkludiert alle jemals Gemobbten) von 11 Prozent.

A study conducted in Austria in the 1990s shows that the mobbing rate in Austria is between 4.4 and 7.8 percent. No gender-specific differences were found. The German Mobbingreport (2000) reports a current mobbing rate of 2.7 and a total mobbing rate (including mobbing in the past) of 11 percent.

7.5.1 Zur Begriffsbestimmung

Der Begriff Mobbing wurde erstmalig von dem schwedischen Arzt Peter Paul HEINEMANN verwendet, um in einer Studie über Jugendliche und deren Gruppenverhalten gewaltsame Rituale zu beschreiben.⁹⁵

In den 80er und 90er Jahren griff Heinz LEYMAN, der Forschungsleiter am schwedischen Reichsinstitut für Arbeitswissenschaften, diesen Begriff auf. Er bezeichnete damit ein Phänomen, das quer durch alle beschäftigten Gruppen unserer Arbeitswelt zu beobachten war: zunehmend schien aggressives Verhalten zwischen den Beschäftigten eine Rolle zu spielen. Seine Untersuchungsgruppe stellte fest, dass alle Arbeitsbereiche durch persönliche Angriffe, Schikanen, Ausgrenzungen und massive Benachteiligungen geprägt waren, wodurch systematisch und zielgerichtet einzelne Personen isoliert und zermürbt wurden.

LEYMAN untersuchte einerseits die Konsequenz für die betroffenen Personen, andererseits die betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten, die er in Milliardenhöhe ansetzte. In Skandinavien wurden Studien in einzelnen Unternehmen (Kindergärten, Sägemühlen, Stahlwerke) sowie in Organisationen gemacht. In den von LEYMAN veröffentlichten Studien (1990, 1992, 1995) zeigte sich ein sehr heterogenes Bild bezüglich der Betroffenenquote: Im niedrigsten Fall lag sie bei 1,7 Prozent und im höchsten Fall bei 22 Prozent. Mobbing schien die griffigste Bezeichnung für die Verhaltensphänomene, die LEYMAN in der Arbeitswelt vorfand.

Der Begriff leitet sich nicht – wie die meisten Autoren annehmen – vom englischen „to mob“: anpöbeln, atta-

ckieren, sondern vom schwedischen „mobba“ ab. „Mobba“ bedeutet angreifen, schikanieren. Im englischsprachigen Raum sind die Begriffe „bullying“ und „harassment“ gebräuchlich, während der Begriff „mobbing“ meist unbekannt ist.

LEYMAN formulierte eine noch immer gängige Definition dessen, was Mobbing von anderen Konflikttypen unterscheidet. Er entwickelte einen Fragebogen mit 45 Items, der die verschiedenen Mobbingstrategien aufzeigt.

1992 veröffentlichte LEYMAN das Ergebnis einer repräsentativen Erhebung zum Thema Mobbing in Schweden. Es wurden 2.500 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren befragt. Das Ergebnis zeigte, dass 3,5 Prozent der in Schweden Erwerbstätigen gemobbt wurden. In der Folge machte LEYMAN diese Forschungsergebnisse nicht nur in Skandinavien, sondern auch im deutschsprachigen Raum bekannt. Seit Anfang der 90er Jahre ist das Thema im deutschsprachigen Raum zu einem kontroversiellen Diskussionsgegenstand geworden.

Die erste Mobbinguntersuchung in Österreich wurde von Klaus NIEDL Anfang der 90er Jahre durchgeführt. NIEDL war Wirtschaftswissenschaftler und untersuchte zwei Einrichtungen: ein privates Forschungsinstitut (in dem 251 Beschäftigte befragt wurden) und eine öffentliche Krankenanstalt (in der 1.264 Beschäftigte befragt wurden). Die Untersuchungen fanden 1992 und 1993 statt und wurden von NIEDL 1995 veröffentlicht. Sie ergaben, dass auch im deutschsprachigen Raum bzw. in Österreich Mobbing existiert und zwar mit einer Betroffenheitsquote von 4,4 bis 7,8 Prozent. In der damaligen Studie wurde festgestellt, dass Frauen und Männer

⁹⁵ HEINEMANN (1976).

gleichermaßen betroffen sind. Die Gefahr, gemobbt zu werden, erwies sich jedoch in bestimmten Lebensaltern unterschiedlich hoch: Besondere Gefahr schien für Betroffene zwischen 21 und 30 Jahren zu bestehen, dann wieder zwischen dem 51. und 60. Lebensjahr.

Nach diesen Studien von NIEDL konnte in Österreich keine weitere definierte Mobbinguntersuchung mehr gemacht werden. Es existiert nur noch eine Diplomarbeit zur Situation der Lehrer, die sich mit diesem Phänomen auseinandersetzt.⁹⁶

Im Gegensatz dazu wurden in der Bundesrepublik Deutschland Ende der 90er Jahre mehrere Studien veröffentlicht, vor allem von ZAPF⁹⁷, MINKEL (1996) und KULLA et al. (1997). Dies waren jedoch keine bundesweit repräsentativen Erhebungen. Deutlich ablesbar waren jedoch Gemeinsamkeiten in der Häufigkeit von Mobbinghandlungen und gravierende gesundheitliche Folgen für die Mobbingbetroffenen.

2002 wurde von MESCHKUTAT, STACKELBECK und LANGENHOFF in der Bundesrepublik „Der Mobbingreport“, eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland, veröffentlicht. Es wurde ermittelt, mit welchen Feindseligkeiten Betroffene konfrontiert wurden, wie oft sie attackiert wurden, wie lange der Gesamtprozess dauerte und welche Betroffenheitsquote bestand. Darüber hinaus wurde den Bewältigungsformen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen nachgegangen. In der Studie wurde versucht, mobbingbegünstigende innerbetriebliche Faktoren herauszuarbeiten und Motive festzustellen. Abschließend wird im Mobbingreport eine dezidierte Empfehlung zur Prävention abgegeben. Insgesamt waren bis zum Stichtag, dem 9. August 2001, für den deutschen Mobbingreport 1.317 verwertbare Fragebögen beurteilt.

7.5.2 Zur genauen Begriffsbestimmung von Mobbing

Konflikte am Arbeitsplatz und deren Bewältigung durch die Betroffenen sind inhärenter Bestandteil jedes Arbeitslebens. Diese allgemeine Erfahrung führt häufig dazu, dass in der öffentlichen Rezeption Vorgänge, die heute mit dem Etikett Mobbing versehen werden, als durch das Opfer hervorgerufen betrachtet werden.

„Dieser/Diese ist eben nicht konfliktfähig“, hört man oft. Häufig wird sogar eine primär gestörte Persönlichkeit oder psychische Erkrankung als Ursache für das Auftreten von Mobbing angenommen: Einerseits verdächtigt man die TäterInnen psychisch abnorm und eigentlich „böse“ zu sein, andererseits werden die Opfer oft als primär gestört betrachtet. Diese Ansichten begründen sich in den seltensten Fällen auf realer Erfahrung oder gar auf wissenschaftliche Untersuchungen, sondern entsprechen Vorstellungen, die davon ausgehen, dass „niemand nur zufällig zum Opfer wird“ und „Täter grundsätzlich böse sind“. Wissenschaftlich gesehen weiß man seit den Experimenten der 70er Jahre (Millgrim-Experiment, Stanford-Experiment), dass die überwiegende Mehrzahl der Menschen unter besonderen gruppenspezifischen Voraussetzungen zu TäterInnen werden können und die Opferrolle meist durch die Umstände und nicht die Persönlichkeit der Betroffenen definiert wird.

Die seit den 80er Jahren zum Thema Mobbing durchgeführten Untersuchungen zeigen ein entsprechendes Bild. Menschen, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gut zusammenarbeiten konnten, und Personen, die niemals in Frage gestellt worden waren („der Kollege ist o.k.“), entwickeln ab einem bestimmten Punkt eine Dynamik, in der ein/e MitarbeiterIn zunehmend in einen so genannten Sündenbock-Status gerät, während sich die übrigen Kollegen immer aggressiver dem Hinausdrängen und Vernichten dieses Sündenbocks widmen. Ein interessantes Faktum ist die Veränderung der Ansichten und Haltungen über die gemobbte Person, die sich im Laufe des Mobbingvorganges verändert. Häufig ist die/der ArbeitskollegIn vor Beginn der Mobbingabläufe ein anerkanntes Mitglied der Arbeitsgruppe. Während des Mobbingverlaufes beginnen sich Mythen über diese Person zu bilden, die schließlich zu einer extrem veränderten Wahrnehmung der Person führen. (Von „Er/Sie ist in Ordnung“ über „Der Kollege/Die Kollegin ist aber schon anstrengend“ bis zu „Die Person muss ja psychisch krank sein.“)

Das Phänomen Mobbing lässt sich im Gesamtverlauf (von Beginn bis Ende des Verlaufs) von üblichen Konfliktverläufen durchaus unterscheiden: Ein eskalierender Konflikt, mit dem Mobbing oft selbst von Fachleuten gleichgesetzt wird, ist von beiden Seiten meist mit einem

⁹⁶ TRAMPITSCH, F. (1996), Mobbing am Arbeitsplatz Schule, Universität Klagenfurt.

⁹⁷ ZAPF (1996); ZAPF, RENNER et al. (1996); ZAPF, BÜHLER (1998); ZAPF, WEINDL (1998); ZAPF, OSTERWALDER (1998).

Höchstmaß an emotionaler Beteiligung geführt. Auffallend in Mobbingverläufen ist die kühle, strategische Planung auf TäterInnenseite und die hochgradige Emotionalisierung bzw. die zunehmende Emotionalisierung auf Betroffenenseite. Dies scheint einer der Gründe zu sein, warum TäterInnen wesentlich „glaubwürdiger“ bzw. „sympathischer“ wirken als Betroffene/Opfer.

Definition

Unter Mobbing wird eine konfliktbelastete Kommunikation am Arbeitsplatz unter KollegInnen oder zwischen Vorgesetzten und Untergebenen verstanden, bei der die angegriffene Person unterlegen ist und von einer oder mehreren Personen systematisch und während längerer Zeit mit dem Ziel und/oder Effekt des Ausstoßens aus dem Arbeitsverhältnis direkt oder indirekt angegriffen wird und dies als Diskriminierung empfindet.⁹⁸

LEYMANN'S Definition aus dem Jahr 1995 scheint trotz mehrfacher Versuche anderer Autoren, griffigere Definitionen zu finden, noch immer die brauchbarste zu sein. Sie enthält vier grundlegende Unterscheidungsmerkmale zwischen Mobbingvorgehen und Konfliktgeschehen:

1. Es wird bei Mobbing die angegriffene Person als unterlegen definiert; in Konflikten sind die Kontrahenten häufig durchaus gleichwertig.
2. Die Angriffe erfolgen beim Mobbing systematisch, während durch die Emotionalisierung beider Kontrahenten im Konflikt sehr oft unsystematische Angriffe von beiden Seiten abgegeben werden.
3. Auch die etwas schwammige Definition „während längerer Zeit“ (LEYMANN hatte primär einen Zeitrahmen von sechs Monaten vorgeschlagen, dies wurde jedoch im Laufe der weiteren Forschung verworfen) hilft beim Abgrenzen von punktförmigen Konflikten oder einzelnen kommunikativen „Ausrutschern“.
4. Die Beschreibung, dass Mobbing immer mit dem Ziel und/oder Effekt des Ausstoßes aus dem Arbeitsverhältnis einhergeht, erscheint als der wesentlichste Unterschied zu Alltagskonflikten, schlechtem Führungsverhalten oder auch gezielter sexueller Belästigung. Insgesamt lässt sich sagen, dass Mobbing als Spezialform aggressiven Gruppenverhaltens unter speziellen stressreichen Situationen verstanden werden kann.

⁹⁸ LEYMANN (1995).

7.5.3 Wann kann Mobbing entstehen?

Der deutsche Mobbingreport weist darauf hin, „dass Fakten, die den Nährboden für Mobbing bilden können, auf der betrieblichen Ebene Aspekte der Arbeitsorganisationen, der Arbeitsgestaltung, Reorganisation, das Führungsverhalten und die Organisationskultur“ sind. Diese Faktoren sind in der Regel entscheidend beim Entstehen von Mobbing. Persönliche Disposition *aller* beteiligten Personen, wie Wertvorstellungen oder persönliches Verhaltensrepertoire, können unter Umständen dazu beitragen, wie mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz umgegangen wird. Dies steht im Gegensatz zu landläufigen Meinungen über die „Selbstverursachung“ von Mobbing.

ZAPF hat in einem Artikel 1999 festgestellt, dass Mobbing sehr oft durch falsches Verständnis von Führungsverhalten gefördert wird: Die Managementstrategien der 90er Jahre betrachteten das Untermauern der eigenen Machtposition durch Schikanen gegenüber MitarbeiterInnen, das Verdecken eigener Unzulänglichkeiten, die Etablierung eines Sündenbocks, die direkte Weitergabe des Drucks von oben oder auch den Abbau von persönlichen Frustrationen als durchaus legitim.

Insgesamt kann man sagen, dass sich hier vier Kategorien – in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit – als Verursacherprinzipien herauskristallisiert haben:

1. Der so genannte „Organisationsstress“, das sind arbeitsorganisatorische Defizite, informelle Personalpolitik, geplanter Personalabbau, Firmenfusionierungen, aber auch intransparente Entscheidungsprozesse.
2. Mangelndes Führungsverhalten bzw. mangelnde Handlungskompetenz Vorgesetzter bei sozialen Konflikten.
3. Die so genannte schwache oder besonders exponierte Stellung des Betroffenen im gesamten gruppendynamischen Prozess. Dabei ist unter „sozial schwach“ oder „exponierte Stellung“ nicht eine persönliche Schwäche des Betroffenen gemeint, häufig sind besonders engagierte und innovative Mitarbeiter in dieser so genannten exponierten Stellung, wenn sie neue Ideen ohne entsprechende Förderung und Stützung der Vorgesetztenebene zu verwirklichen suchen.
4. Personelle Disposition aller beteiligten Individuen kann (auch nach dem deutschen Mobbingreport)

zwar dazu beitragen, wie mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz umgegangen wird, sind jedoch als eigentlicher „Mobbinggrund“ zu vernachlässigen.

Innerhalb der beschriebenen organisatorischen Stresssituationen kommt es bei Einzelpersonen oder einer Kleingruppe scheinbar zu subjektiven Bedrohungsphantasien: Es wurden Motive wie Angst um den Arbeitsplatz oder die eigene Position, aber auch Angst, dass der soziale Status, das soziale Ansehen gefährdet sein könnte, festgestellt. Phantasierte Handlungs- und Entscheidungseinschränkungen oder die Befürchtung, Sicherheit und Anerkennung könnten gefährdet sein, dienen manchmal als subjektive Motivation für den Beginn von Mobbinghandlungen.

7.5.4 Zum Verlauf von Mobbing

Die gruppendynamischen Vorgänge, die als Mobbing bezeichnet werden können, zeigen über eine größere Zeitspanne hinweg ein typisches Verlaufsschema. Dies ist von mehreren Autoren beschrieben worden. Eine dieser Einteilungen ist nach BJÖRNQUIST durch drei Phasen gekennzeichnet.

1. Phase:

Es beginnt mit indirekt schwer fassbaren Methoden der Aggression. Das Opfer wird zunehmend entwertet, schließlich auch für die bestehende Lage verantwortlich gemacht.

2. Phase:

Nun findet direkte Aggression statt: Alle hacken auf dem Sündenbock herum. Das Opfer wird entwertet, isoliert, öffentlich lächerlich gemacht, und es kommt zu Gewaltandrohungen. Wesentlich ist in Phase 2, dass die vorangegangene Entwertung der betroffenen Person den anderen die Möglichkeit gibt, ohne Schuldgefühle aggressive Handlungen durchzuführen.

3. Phase:

Es wird versucht, die Zielperson hinauszudrängen. Man beschuldigt sie, psychisch krank zu sein, unterzieht sie Zwangsbegutachtungen, in manchen Fällen kommt es sogar zu direkten körperlichen Attacken.

Die Betroffenen haben im Verlauf des scheinbaren Konfliktes alle ihre im bisherigen Leben erworbenen Konfliktmanagementstrategien, Coping-Strategien und Bewältigungsmuster durchprobiert und werden im Ver-

lauf der Zeit zunehmend erschöpfter, verletzlicher und angespannter. Ihre Möglichkeiten, die Attacken durch persönliche Verhaltensstrategien zu kompensieren und mit der verletzenden Situation zurechtzukommen, nehmen im Verlauf der Zeit ab. Die Betroffenen bilden zunehmend eine stressassoziierte Symptomatik aus.

7.5.5 Folgen für die Betroffenen/Opfer

Gegen Ende eines Mobbinggeschehens zeigen betroffene Personen in der Regel eine außerordentlich starke Beeinträchtigung ihres Befindens. Vereinfacht formuliert, Mobbing bewirkt Dauerstress, der zum Verlust von Gesundheitspotenzialen und schließlich zum sozialen Ausschluss führt. Für den Laien erkennbar zeigt der Gemobbte nach einer gewissen Zeit Konzentrationsprobleme, manchmal Gedächtnisstörungen, neigt zum Gedankenkreisen mit Inhalten der durchgemachten Erlebnisse und zeigt entweder offensives „dauernd darüber reden wollen“ oder deutlichen sozialen Rückzug. Das Opfer zeigt immer stärkere Selbstunsicherheit und äußert Selbstzweifel oder Gefühle der Verzweiflung. Öffentliche Weinkrämpfe können vorkommen, depressive Symptomatik wird selbst für den Laien sichtbar. Andererseits können gereizte, aggressive Stimmungen auftreten. Das betroffene Opfer kann rastlos wirken und Hektik ausstrahlen. Es wirkt überempfindlich und übersensibel, manchmal auch paranoid. Geäußerte Suizidgedanken müssen unbedingt ernst genommen werden.

Aus medizinischer Sicht können psychiatrische Krankheitsbilder wie *akute Belastungsreaktion* (ICD-10 <F43.0>) auftreten. Dies ist eine vorübergehende psychische Störung, die einen beträchtlichen Schweregrad erreichen kann und stellt so etwas Ähnliches wie einen psychischen Schockzustand dar. Dieser Zustand kann vom Betroffenen normalerweise innerhalb weniger Tage selbst bewältigt werden. Die Leitsymptome sind nach anfänglicher Betäubung panische Angstzustände mit vegetativen Zeichen (Herzklopfen, Schwitzen, Zittern), Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder Rückzug, manchmal auch Bewusstseinseinengung, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit.

Weiters kann eine so genannte *Anpassungsstörung* (ICD-10 <F43.2>) entstehen. Diese folgt bei prädisponierten Personen entscheidenden Lebensveränderungen und hat emotionale Beeinträchtigung zur Folge, die auch die soziale Funktion und die allgemeine Leistungsfähigkeit behindert. Wesentliches Leitsymptom

ist das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, voranzuplanen oder in der gegenwärtigen Situation weiterzumachen. Es sind bereits Einschränkungen in der Bewältigung der alltäglichen Routinen feststellbar und der Betroffene leidet an Angst vor Kontrollverlust (z. B. vor Gewaltausbrüchen).

Am häufigsten findet sich jedoch die *posttraumatische Belastungsstörung* (ICD-10<F43.1>). Länger andauernde Mobbingverläufe sind ebenso traumatisierend wie Flugzeugabstürze, Vergewaltigungen und Erdbeben. Die Symptome gleichen einander: Alpträume, Flashbacks, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerung hervorrufen, akute Ausbrüche von Angst oder auch Aggression, übermäßige Schreckhaftigkeit, vegetative Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung, aber auch depressive Reaktionen und Gefühlsabstumpfung können auftreten.

Aufgrund des langandauernden Verlaufes, den Mobbingvorgänge häufig zeigen, und des jahrelangen Leidensweges, den Mobbingopfer durchmachen, ist die posttraumatische Störung nach Mobbing oft schlechter behandelbar als nach anderen so genannten großen Traumata. In nicht wenigen Fällen führt bei Mobbingopfern die Traumatisierung schließlich zu einer permanenten Persönlichkeitsveränderung und ist auch unter Beruhigung der Situation (Frühpension) nicht mehr rückgängig zu machen.

Häufig kommt es im Mobbingverlauf auch zum Auftreten von körperlichen Erkrankungen. Man findet gehäuft Bluthochdruck, den Ausbruch von diabetischer Erkrankung oder Atemwegserkrankungen und allergische Erkrankungen wie Asthma. Schmerzsyndrome – vor allem den Schultergürtel und die Wirbelsäule betreffend – finden sich gehäuft.

All dies zeigt auf, welch volkswirtschaftlichen Schaden ein aggressives gruppendynamisches Phänomen wie Mobbing anrichten kann. Schätzungen in diesem Bereich und phantasievolle Rechnungen existieren (z. B. 72.000 Euro Kosten/Mobbingfall laut ÖGB Aussendungen) und haben mit Sicherheit bereits in den 90er Jahren die deutsche Wirtschaft in einigen Bereichen zum Umdenken motiviert.

Der finanzielle Verlust durch qualifizierte Arbeitskräfte, die hinausgedrängt wurden, die verlorene Arbeitszeit,

die durch das Planen von Mobbingstrategien zustande kommt, als auch die Fluktuation an MitarbeiterInnen führte dazu, dass große Betriebe wie VW Gegenstrategien einleiteten. Eine erste *Betriebsvereinbarung* gegen Mobbing wurde von VW 1996 ins Leben gerufen. Darin wird nicht nur ein Bekenntnis zum „Nicht-Mobben“ abgelegt, sondern auch klargestellt, welchen Beschwerdeweg Betroffene/Opfer gehen müssen und können, um zu ihrem Recht zu kommen. Dies war im deutschsprachigen Raum richtungsweisend für den künftigen Umgang zur Kontrolle des Phänomens Mobbing.

Viele Mobbingbetroffene sind jedoch in einer Situation, in der sie weder klare Vorgehensschritte noch irgendwelche Unterstützung durch den Betrieb/die Organisation erfahren. In manchen Fällen sind so grobe arbeitsrechtliche Verletzungen als Mobbingstrategie angewandt worden, dass Gewerkschaften oder Arbeiterkammer die Betroffenen/Opfer mittels Rechtshilfe unterstützen. Immer wieder gehen solche Prozesse jedoch nicht zugunsten der Betroffenen/des Opfers aus (unter Umständen bedeutet dies den letzten Schritt einer nachhaltigen Traumatisierung).

7.5.6 Situation in Wien

Seit dem Jahr 1995 konnte keine einzige mobbing-spezifische Untersuchung in einem Betrieb in Österreich bzw. Wien gemacht werden. Firmen genauso wie öffentliche Institutionen schmetterten das Ansinnen nach einer Untersuchung, ob in ihrem Betrieb gemobbt würde, mit der Begründung ab, dass „so etwas in ihrem Einflussbereich nicht vorkäme“. Das Thema wurde zwar von den Medien begeistert aufgegriffen, trug aber eher zur Verwässerung des Begriffes bei. SMUTNY und HOPF beschreiben dies in ihrem neu erschienenen Buch „Ausgemobbt!“ folgendermaßen:

*„Nicht schon jede Differenz am Arbeitsplatz
jede Spannung
jeder Streit
jeder böse Scherz
jede Unverschämtheit
jede Intrige
jede Tuschelei ist bereits Mobbing.“*

Diese Verwässerung des Begriffes führte dazu, dass viele mit dem Problem befasste Arbeitsmediziner, Gewerkschafter und Personalvertreter sich immer wieder schwer tun, Mobbing nicht den Betroffenen anzulasten.

Allerdings muss festgestellt werden, dass vor allem im Bereich Personalvertretung und Gewerkschaft viele Schulungen zum Thema Mobbing stattfanden. Dies trug mit Sicherheit zu einer größeren Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema Mobbing bei.

Seit Ende der 90er Jahre kam es zunehmend zur Einrichtung von Mobbingberatungsstellen in öffentlichen und privaten Institutionen. Beispiele sind die Mobbingberatung des ÖGB, das Zentrum für Mobbingberatung und Konfliktlösung am Arbeitsplatz von der Arbeiterkammer und die Beratungsstellen an den Wiener Universitäten (z. B. Beratungsstelle der Universität Wien gegen sexuelle Belästigung und Mobbing für Universitätsangehörige in der Maria-Theresien-Str.3/1). Auch die Wiener Ärztekammer bietet unter einem Namen und einer Telefonnummer Mobbingberatung an. Eine angebliche Mobbingberatungsstelle an der Universitätsklinik für Psychiatrie hat nie existiert und zieht sich als Falschinformation durch diverse Broschüren. Alle diese Beratungsstellen geben nur sehr vage an, in welchem Ausmaß sie kontaktiert werden. Bisher wurden keine Statistiken über Klientenkontakte oder Verlaufsberichte von betreuten Mobbingfällen veröffentlicht.

Zusätzlich zum institutionellen Bereich existiert in Wien eine Vielzahl von in Privatordinationen tätigen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen, die Mobbingberatung und -behandlung anbieten. Dazu kommen verschiedene Firmen im Bereich Organisationsberatung und -entwicklung, die unter dem Stichwort Mobbing Seminare für Firmen und Institutionen anbieten. Insgesamt ist festzustellen, dass der Anbietermarkt für die Betroffenen unübersichtlich ist, die Zusammenarbeit mit den öffentlichen Institutionen für manche sehr befriedigend, für andere nachhaltig unbefriedigend verläuft. Statistiken über die Kundenzufriedenheiten sind bisher nicht veröffentlicht.

Insgesamt fällt auf, dass alle Aussagen über Mobbing in Österreich einerseits auf den alten Arbeiten von Klaus NIEDL fußen, andererseits die Kenntnisse einzelner Mobbingberater aus ihrem persönlichen Erfahrungsbereich stammen.

Ein weiteres Problem ist die nicht nachvollziehbare Kenntnislage der selbsternannten Mobbingberater, da davon ausgegangen werden muss (Hinweis durch Einzelaussagen Betroffener), dass einige Berater zu grenzwissenschaftlichen Methoden wie Auspendeln des

Schuldigen und ähnlichem greifen. Es ist daher zu begrüßen, dass seit einiger Zeit in Graz und nun auch in Wien Ausbildungsseminare zum Mobbingberater angeboten werden, allerdings müsste die Qualität dieser Ausbildung selbst noch evaluiert werden.

Ende der 90er Jahre wurden in Wien erstmalig Versuche, Mobbing mittels Betriebsvereinbarung in den Griff zu bekommen, unternommen (Betriebsvereinbarung der CA 1999/2000). Im Jahr 2003 wurde im Bundesministerium für Soziales die erste Betriebsvereinbarung gegen Mobbing unter dem Namen „Fair play“ ins Leben gerufen. Dies ist insofern als Meilenstein zu betrachten, da es sich österreichweit um die erste Betriebsvereinbarung gegen Mobbing im öffentlichen Dienst handelt. Inwieweit dieses Pilotprojekt auch für weitere öffentliche Betriebe als Vorbild dienen kann, wird die Zukunft weisen.

Zusammenfassend lässt sich die Situation in Wien folgendermaßen beschreiben: Als einzige wissenschaftliche Untersuchung liegt die Veröffentlichung von NIEDL aus dem Jahr 1995 vor, die von einer Betroffenheitsquote von 4,4 bis 7,8 Prozent der Befragten ausging. Dies wurde in keiner weiteren Untersuchung in Wien oder Österreich verifiziert oder falsifiziert. Zum Vergleich bleiben nur die Daten aus dem deutschen Mobbingreport des Jahres 2002, der die Mobbingquote für Deutschland differenziert aufschlüsselt. Dort wird zwischen aktueller Mobbingquote, die „nur“ bei 2,7 Prozent liegt und der Mobbingquote der Erwerbstätigen des gesamten Jahres 2000, die bereits bei 5,5 Prozent liegt, unterschieden. Zusätzlich wird im deutschen Mobbingreport noch eine so genannte Gesamtmobbingquote der Erwerbstätigen angeführt, die bei 11 Prozent liegt (die gesamte Betroffenheitsquote beinhaltet alle jemals gemobbten Befragten).

Der deutsche Mobbingreport zeigt auf, dass zwischen den einzelnen Ländern und Kulturkreisen sehr wohl Unterschiede bestehen. Im deutschen Mobbingreport finden sich eindeutige Unterschiede zu den Arbeiten von NIEDL, aber auch zu LEYMAN. Im deutschen Mobbingreport wird z. B. erstmalig von einer höheren Quote weiblicher Opfer gesprochen.

Die Wiener Situation betreffend ist daher anzumerken, dass die Daten von NIEDL zwar als Richtschnur dienen können, jedoch dringend einer weiteren Überprüfung bedürfen.

Die Schaffung von Mobbingberatungseinrichtungen ist mit Sicherheit ein wichtiger Schritt, um die Betroffenen aus der Hilflosigkeit und Isolation ihrer Situation herauszuholen. Allerdings bedarf es erstens qualifizierter Berater und zweitens eines genauen Evaluierens von Klientenkontakten, dokumentierten Fällen und Verläufen. Nur auf diese Weise können die Einrichtungen verbessert und die Effektivität für die Hilfesuchenden gesteigert werden.

Da viele Mobbingbetroffene/Opfer zusätzlich an psychischen und körperlichen Erkrankungen leiden, ist eine qualifizierte ärztliche und psychotherapeutische Behandlung der Betroffenen zu gewährleisten. Die Listen der Behandelnden, die in verschiedenen Mobbingberatungsstellen aufliegen und weitergegeben werden, sollten daher nur qualifizierte MedizinerInnen und TherapeutInnen, die über Mobbing und seine Folgen Bescheid wissen, beinhalten.

7.5.7 Empfehlungen

Aufgrund des unbefriedigenden Datenstandes wäre es wünschenswert, nach dem Vorbild des deutschen Mobbingreportes eine wienweite Mobbingstudie durchzuführen. Mithilfe einer sauberen Datenlage ließen sich gezielt unterstützende Maßnahmen für die Betroffenen/Opfer finden oder auch die Entwicklung präventiver Strategien vorantreiben.

Eine zentrale Erfassung aller existierenden Mobbingberatungsstellen wäre wünschenswert und sollte über Internet abrufbar sein. Für die Qualität einer Mobbingberatungsstelle sollten klare Kriterien erarbeitet werden. Wesentlich scheint eine genaue Definition des Profils und der Angebotsleistung sowie ein genaues Dokumentieren der Klientenkontakte, so dass die entsprechenden Zahlen statistisch ausgewertet werden können.

Information und Schulung scheint in allen internationalen Publikationen an erster Stelle der Präventivmaßnahmen zu stehen. Daher wären qualifizierte Aufklärung und Schulung, beginnend beim Führungspersonal, insgesamt jedoch alle Mitarbeiter betreffend, von äußerster Dringlichkeit.

Eine der wichtigsten Eingriffsmöglichkeiten in negatives gruppenspezifisches Geschehen obliegt den MitarbeiterInnen in Führungspositionen. Ein klares und glaubwürdiges Bekenntnis einer Führungsperson,

Mobbing in ihrem Einflussbereich nicht zu dulden, stellt eine der wesentlichsten Präventivmaßnahmen dar. Gleichzeitig muss darauf hingewiesen werden, dass gerade Mobbingstrategien immer wieder als Führungsverhalten Anwendung finden. Es erscheint offenbar wesentlich leichter, einen Mitarbeiter durch indirekte Methoden loszuwerden, als klare konfrontative Strategien zu wählen.

Ein weiterer wichtiger Schritt kann das Abschließen einer Betriebsvereinbarung gegen Mobbing darstellen. Für den Mitarbeiter wird damit die Situation klarer, er ist sich seiner Rechte und Pflichten bewusst und kann im Rahmen der in der Betriebsvereinbarung beschriebenen Vorgangsweise versuchen, zu seinem Recht zu kommen.

Es ist hier jedoch nochmals darauf hinzuweisen, dass Mobbing auch aus wirtschaftspolitischer Perspektive betrachtet werden muss. Ständig wachsende Ansprüche an qualifizierte Tätigkeiten und andauernde Rufe nach Personalabbau und Einsparungen stellen den Nährboden für Spannungen und die Entwicklung negativer, aggressiver gruppenspezifischer Verläufe im Arbeitsbereich dar. Bei Umstrukturierungen, geplanten Masseneinstellungen, Fusionierungen oder auch Veränderungen der Organisationsstruktur scheint es – nach internationalen Erfahrungen des letzten Jahrzehnts – sinnvoll zu sein, Mobbingpräventivmaßnahmen durch Aufklärung, Schulung und das Bestehen auf Einhalten einer firmeninternen Ethik (siehe z. B. Verhaltenskodex der Europäischen Zentralbank 2001 herausgegeben) einzuhalten.

7.5.8 Literatur

- ESSER, WOLMERATH, NIEDL, Mobbing (1999), ÖGB Verlag, Wien.
- KOLODEJ, Mobbing (1999), WUV Universitätsverlag, Wien.
- LEYMANN, Mobbing (1993/2002), Wunderlich, Reinbek bei Hamburg.
- LEYMANN, Der neue Mobbing-Bericht (1995), Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- NESTLER, Mobbing am Arbeitsplatz (2001), Linde Verlag, Wien.
- MESCHKUTAT, B.; STACKELBECK, M.; LANGENHOFF, G., Der Mobbing-Report (eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland), Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

7.6 Möglichkeiten der Intervention

Erforderlich zur Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung der Erwerbstätigen sind sowohl inner- als auch außerbetriebliche Maßnahmen. Und zwar geht es um die Beseitigung potenziell krankmachender Arbeitsbedingungen, die über eine Bereitstellung von Angeboten zur körperlichen Entlastung (z. B. ergonomische Maßnahmen im Bereich der Bildschirmarbeit) hinausgehen, sowie die Förderung von Ressourcen, die bei der Bewältigung von Arbeitsanforderungen unterstützen bzw. dazu beitragen, die Wirkung negativer, potenziell stressauslösender Einflüsse zu reduzieren.

Untersuchungen zeigen, dass Erwerbstätige gesundheitsfördernde Faktoren wie sinnvolle Arbeit, Anerkennung der Leistungen, das Gefühl der Integration, fachliche Kompetenz der Vorgesetzten (wie das Erkennen von Fähigkeiten und Qualitäten der MitarbeiterInnen) als besonders wichtig erachten. Als Schwachstellen im Betrieb werden unter anderem zu wenig abwechslungsreiche Arbeit, fehlende Möglichkeiten, eigene Ideen einzubringen, mangelnde Förderung der persönlichen Entwicklung, mangelnde Information über wichtige Ereignisse im Betrieb genannt.⁹⁹

Wichtige Ansatzpunkte für die Reduktion von Belastungen und die Gesundheitsförderung in den Betrieben liegen in der Optimierung

- der Arbeitsbedingungen (Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation, Förderung der Kompetenzen der MitarbeiterInnen etc.)
- des Führungsverhaltens sowie
- in der Bereitstellung entlastender Angebote (Hilfestellung und kompetente Beratung bei Mobbing, Bereitstellung von der Arbeitszeit angepassten Kinderbetreuungsplätzen etc.).

Optimierung der Arbeitsbedingungen

Neuere Forschungsansätze, wie etwa die Salutogenese¹⁰⁰, rücken entlastende gesundheitserschützende Arbeitsbedingungen und gesundheitsförderliche Ressourcen, die helfen, die Arbeitsanforderungen zu bewältigen bzw. die Wirkung negativer, potenziell stressauslösender Einflüsse zu reduzieren, in den Mittelpunkt. Dazu

zählen nach RICHTER und HACKER (1998) die Bereitstellung bzw. Ausweitung stressreduzierender

- organisatorischer (Arbeitsgestaltung, Beteiligung der MitarbeiterInnen etc.),
- sozialer (fachliche und emotionale Unterstützung) und
- personaler Ressourcen (Qualifizierung von MitarbeiterInnen in fachlicher und sozialer Hinsicht).

Organisatorische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung: Zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten bedarf es eines Umdenkens in vielen Betrieben. Die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen sind nicht nur für das Erreichen betriebswirtschaftlicher Ziele, sondern auch unter gesundheitlichen Aspekten von großer Bedeutung. Nach HACKER (1998) lässt sich das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen am ehesten durch „vollständige Arbeitstätigkeiten“, durch Einräumung von Handlungsspielräumen und Entscheidungsmöglichkeiten bei der Aufgabenerfüllung erreichen. „Vollständige Arbeitstätigkeiten“ schließen neben ausführenden Funktionen auch Vorbereitungsfunktionen (das Aufstellen von Zielen, das Entwickeln von Vorgehensweisen, das Auswählen zweckmäßiger Vorgehensvarianten), Organisationsfunktionen (das Abstimmen der Aufgaben mit anderen Menschen) und Kontrollfunktionen (Rückmeldungen über das Erreichen der gesetzten Ziele) mit ein.

Das bewusste Fördern der Zufriedenheit und des Wohlbefindens der MitarbeiterInnen ist auch für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im Alter von Bedeutung. Es wird häufig beklagt, dass es älteren ArbeitnehmerInnen an entsprechender Motivation fehle. Die Wirtschaft wird in Zukunft auf das Erfahrungswissen und die Arbeitskraft der älteren MitarbeiterInnen immer weniger verzichten können. Gefordert ist in diesem Zusammenhang vor allem die Führungsebene. Wie Untersuchungen zeigen, ist laut Selbsteinschätzung der Befragten vor allem die ihnen zugeteilte Arbeit das Problem. Im Alter werden die individuellen Unterschiede größer, gefragt sind individuelle Lösungen und Flexibilität in punkto Arbeitszeit und -einteilung. Eine Ausbildung der Manager über Altern und Beruf scheint daher vordringlich. So etwa zeigte sich im Rahmen eines Pro-

⁹⁹ Zitiert nach Neue Zürcher Zeitung (18. März 2004), S. 48.

¹⁰⁰ ANTONOVSKY (1997). Die Salutogenese geht von der Frage aus, welche Faktoren uns gesund erhalten bzw. machen.

jekts in Finnland, wo den Führungsgremien entsprechende Kenntnisse vermittelt wurden, dass das Erfahrungs- und Handlungswissen älterer MitarbeiterInnen sinnvoll genutzt werden kann.¹⁰¹

In organisatorischer Hinsicht bedeutsam ist vor allem die *Einbeziehung der MitarbeiterInnen* in Problemfindungs- und Lösungsprozesse. Das Erfahrungswissen der MitarbeiterInnen über Arbeitsaufgaben, Arbeitsablauf und Arbeitsbedingungen ist für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, für Schwachstellenanalysen und darauf aufbauende Verbesserungen der Arbeitsbedingungen besonders wichtig. Die MitarbeiterInnen sind ExpertInnen für ihren Arbeitsbereich, sie sind am besten mit den Arbeitsabläufen und den daraus resultierenden psychischen Belastungen vertraut. Die Einbeziehung der MitarbeiterInnen in Problemfindungs- und Lösungsprozesse (Gesundheitszirkel etc.) hilft nicht nur, betriebliche Abläufe und Prozesse transparent zu machen und das Betriebsklima zu verbessern, sondern ist auch für die Akzeptanz von Innovationen von Bedeutung.¹⁰²

Förderung und Pflege sozialer Ressourcen: Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegInnen ist ein wichtiger „Puffer“ gegen Stress. Ein demokratischer, mitarbeiter- und partizipationsorientierter Führungsstil fördert konstruktive Arbeitsbeziehungen, die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und trägt zur Reduktion beruflicher Belastungen bei. Wichtige Bestandteile einer für beide Seiten zufriedenstellenden Arbeitsbeziehung sind:

- Die Vereinbarung konkreter, realistischer Arbeitsziele (unter Beteiligung der MitarbeiterInnen). Dies gibt den MitarbeiterInnen Sicherheit bei der Aufgabenerfüllung, ermöglicht Erfolgserlebnisse und setzt Energie und Kreativität frei.
- Die fachliche und emotionale Unterstützung bei der Aufgabenerledigung. MitarbeiterInnen, die in schwierigen Arbeitssituationen unterstützt werden, Fehler zugeben können, bewerten die an sie gestellten Anforderungen als weniger belastend.
- Ein ausreichendes Feedback über Arbeitsergebnisse in persönlichen Gesprächen. Die Anerkennung und Würdigung positiven Verhaltens, wobei nicht

nur besondere Anstrengungen und Arbeitsergebnisse, sondern auch Dauerleistungen zu berücksichtigen sind, wirken stressreduzierend. Rückmeldungen liefern den MitarbeiterInnen wichtige Informationen, fördern die Arbeitsmotivation, schaffen Verhaltenssicherheit und eröffnen Lernchancen.

- Die regelmäßige Kommunikation und Information der MitarbeiterInnen. Eine transparente betriebliche Informationspolitik, eine Atmosphäre gegenseitiger Offenheit, das Eingehen auf Belange der MitarbeiterInnen (Kritik, Verbesserungsideen etc.) fördern die Arbeitszufriedenheit und wirken stressreduzierend. Zufriedene und motivierte MitarbeiterInnen haben eine höhere Produktivität und weniger Fehlzeiten und sind auch eher fähig und bereit, bis zum Erreichen des Pensionsalters zu arbeiten.¹⁰³

Förderung und Pflege personaler Ressourcen: Um Über- bzw. Unterforderung vorzubeugen, ist es wichtig, MitarbeiterInnen entsprechend ihren Leistungsvoraussetzungen und Qualifikationen einzusetzen. Unmittelbare Vorgesetzte sind aufgrund des ständigen Kontakts mit den MitarbeiterInnen am ehesten in der Lage, angemessene Arbeitsanforderungen zu entwickeln. Bei Gefahr der Überforderung sind Qualifizierungsschritte einzuleiten. Die Teilnahme an Seminaren zur Erweiterung fachlicher Kompetenzen (z. B. EDV) und sozialer Fähigkeiten (z. B. Zeitmanagement, Gesprächsführung, Umgang mit Konflikten, Entspannungstechniken) hilft, individuelle Ressourcen zu erweitern. Im Rahmen betrieblicher und außerbetrieblicher Weiterbildungsmaßnahmen lassen sich auch Fähigkeiten der MitarbeiterInnen zur Stressprävention und zum Stressmanagement fördern.

Optimierung des Führungsverhaltens

Konflikte mit Vorgesetzten werden häufig als besonders belastend erlebt und führen zur Zunahme psychischer Beschwerden bzw. von Fehlzeiten. Studien zeigen, dass ArbeitnehmerInnen, die häufig Schwierigkeiten und Ärger mit Vorgesetzten haben, überdurchschnittlich häufig psychische Beschwerden haben.¹⁰⁴ Die Zufriedenheit mit Vorgesetzten ist außerdem wichtigster Einflussfaktor auf die Arbeitsplatzzufriedenheit.¹⁰⁵

¹⁰¹ Zitiert nach Neue Zürcher Zeitung (18. März 2004), S. 48.

¹⁰² STADLER, BEER (1998).

¹⁰³ Siehe dazu LEITNER, (o. J.), S. 7.

¹⁰⁴ SEIBEL, LÜHRING (1984).

Mitentscheidend für das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und die Bewältigung belastender Arbeitsaufgaben ist die soziale Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte. Befriedigende soziale Beziehungen wirken als „Puffer“ gegen Stress am Arbeitsplatz und tragen zur Reduktion des Erkrankungsrisikos bei. Eine entscheidende Rolle spielt auch der Führungsstil: Während ein partizipativer Führungsstil belastungs- und fehlzeitenreduzierend wirkt, ist ein autoritärer mit vermehrten Fehlzeiten verbunden.

Zu den Aufgaben der Führungskräfte gehört die Gestaltung von Arbeitsaufgaben, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsorganisation. Viele Führungskräfte sind sich nicht bewusst, dass sie damit die Belastungssituation der MitarbeiterInnen entscheidend mitbestimmen. Arbeitspsychologische und arbeitsmedizinische Erkenntnisse zu den Ursachen und Bedingungen psychischer Belastungen am Arbeitsplatz sind für Führungskräfte besonders wichtig. Die Förderung gesundheitsbezogener Wissens- und Handlungskompetenzen von Führungskräften bedarf nach STADLER, STROBEL und HOYOS (2000) einer verstärkten

- Sensibilisierung von Führungskräften für Fragen der Gesundheitsförderung und Belastungsreduzierung
- Information von Führungskräften (Vermittlung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse zur Belastungsreduzierung) und

- Motivation von Führungskräften (Anregung zur Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse im betrieblichen Alltag).

Schaffung außerbetrieblicher Angebote

Vorrangig ist auch die Schaffung entlastender Angebote für die Gesundheitsförderung nicht nur innerhalb sondern auch außerhalb von Betrieben. Dazu zählen qualitativ hochwertige Beratungsangebote bei beruflichen Problemen (wie z. B. bei Mobbing) ebenso wie die Bereitstellung von Angeboten, um die mit der Mehrfachbelastung von Beruf und Betreuungs- bzw. Pflegeaufgaben verbundenen Stressoren zu minimieren. Es sind, wie sich aufgrund des Mikrozensus zeigt, noch immer vor allem Frauen, die die Belastungen von Haushalt, Kinder und Beruf bzw. von Beruf und Pflege naher Angehöriger (oder sogar von beidem) tragen. Wie der Vergleich zwischen Wien und dem gesamten Bundesgebiet zeigt, finden sich solche Stressoren dort seltener, wo ein gut ausgebautes Betreuungsnetz existiert. Erforderlich sind vermehrte Anstrengungen zur Entlastung Betroffener (z. B. durch Recht auf Elternzeit für alle Eltern, Anpassung der Öffnungszeiten von Kindergärten an die Arbeitszeiten, optimale Betreuung von Schulkindern, Hilfen bei der Betreuung pflegebedürftiger und alter Menschen wie z. B. eine den Arbeitszeiten angepasste Tages- oder Nachtbetreuung).

¹⁰⁵ HOLZER (1993).

**VIII.
SCHLUSSFOLGERUNGEN**

CONCLUSIONS

8 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Psychische Gesundheitsprobleme stellen eine enorme Herausforderung in unserer Gesellschaft dar. Ansatzpunkte für eine Optimierung – um Leid zu verhindern bzw. zu mildern, aber auch unter Kostengesichtspunkten – wären:

Verbesserung von Lebenschancen und -bedingungen besonders deprivierter Gruppen

Wie gezeigt wurde, sind stark deprivierte Gruppen wie etwa arbeitslose Menschen sowie von Altersarmut Betroffene besonders anfällig für psychische Beschwerden. Abgesehen von dem dadurch verursachten menschlichen Leid bei den Betroffenen und ihren Angehörigen sind damit auch (z. B. aufgrund vermehrter Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte) erhebliche gesamtgesellschaftliche Kosten verbunden. Im Sinne neuer Ansätze der Gesundheitsförderung wie etwa der Salutogenese scheint es zur Verbesserung der psychischen (aber auch somatischen) Gesundheit vordringlich, alles zu unternehmen, die Lebenschancen und -bedingungen stark deprivierter Gruppen zu verbessern. Erforderlich sind vermehrte Anstrengungen zur Beseitigung von Arbeitslosigkeit ebenso wie Maßnahmen, die Altersarmut verhindern.

Aufklärung der Bevölkerung

Die Tabuisierung psychischer Störungen zeigt sich am (Ver-)Schweigen und der Unwissenheit großer Bevölkerungsteile über dieses Thema. Psychische Störungen und Probleme sind, wie erwähnt, weit verbreitet. Der Großteil der Bevölkerung ist, berücksichtigt man allein die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen (ohne Einbeziehung psychischer Probleme unterhalb der klinischen Manifestation), irgendwann im Leben mit psychischen Problemen in der näheren Umgebung (Familienmitglieder, FreundInnen, ArbeitskollegInnen etc.) konfrontiert. Auch die Erfahrung schwerer psychischer Störungen und deren Konsequenzen wie Suizidversuch oder Suizid bleiben den meisten Menschen, sei es im Bekannten- und/oder Familienkreis, oft nicht erspart.

Dem steht ein hohes Maß an Unwissen über psychische Krankheiten, deren Symptome und insbesondere deren Behandlungsnotwendigkeiten gegenüber. Kein anderer Gesundheitsbereich ist so durch Vorurteile und

Unkenntnis geprägt. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz erscheint es als eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe, den Menschen handlungsrelevantes Wissen im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu vermitteln. Letzteres ist eine Grundvoraussetzung, damit Früherkennung und mit der Zeit auch die Prävention psychischer Störungen zum Tragen kommen.

Prävention

Erforderlich für präventive Maßnahmen ist es zunächst, Risikogruppen zu spezifizieren. Auffallend ist eine unterschiedliche Prävalenz psychischer Störungen und Probleme bei Männern und Frauen. Obwohl Frauen vermehrt über psychische Probleme berichten, ist die Selbstmordrate bei Männern deutlich höher. Dies lässt vermuten, dass Frauen häufiger über psychische Probleme sprechen und daher auch psychische Störungen bei ihnen eher diagnostiziert werden, was die Chance, dass sie auch einer Behandlung zugeführt werden, erhöht.

Zu den Risikogruppen zählen auch Jugendliche, Frauen in der Menopause und ältere Menschen. Vor allem die überdurchschnittlich hohe Suizidrate älterer Menschen sollte im Hinblick auf Selbstmordprävention zu denken geben. Psychische Probleme treten allerdings nicht nur in bestimmten Lebensphasen besonders in Erscheinung, sondern auch Lebensumstände und Lebensereignisse spielen eine wichtige Rolle. Besonderen Belastungen unterliegen neben arbeitslosen Menschen und von Armut bzw. Obdachlosigkeit Betroffenen auch Drogenabhängige und MigrantInnen. Eine Stützung bei belastenden Lebensereignissen (wie z. B. sexuellem Missbrauch, Tod des Partners oder der Partnerin, eventuell auch bei Scheidung oder Migration) scheint daher besonders wichtig.

Auch Suizidprävention bei Jugendlichen ist als gesundheitspolitische Aufgabe zu verstehen, wobei sowohl primär- als auch sekundärpräventive Konzepte zu entwickeln sind. Zur generellen Prävention kann man vor allem die Schule als Ort des sozialen Lernens einbeziehen. Im Bundesländervergleich verfügt Wien über ein gut ausgebautes Netz an Angeboten zur Krisenintervention, angebracht ist vor allem eine zurückhaltende Berichterstattung bei Selbstmorden in den Medien.

Stärkung der Kompetenz von AllgemeinmedizinerInnen

Wie gezeigt wurde, sind ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in der Regel die ersten (und nicht selten die einzigen) AnsprechpartnerInnen bei psychischen Problemen. Ein Problem ist die meist mangelnde Krankheitseinsicht sowie die noch immer bestehende Scheu vieler Betroffener, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier geht es vor allem darum, den Betroffenen diese Scheu zu nehmen. Wichtig ist, dass Hilfesuchende im Rahmen der primären Versorgung motiviert werden, professionelle Hilfe aufzusuchen und auch an die richtige Stelle weitergeleitet werden. Eine exakte Diagnose ist Voraussetzung für eine optimale Behandlung. Die Konsequenzen verspäteter Behandlung psychischer Störungen reichen von der Chronifizierung psychischer Erkrankungen, zum Auftreten zusätzlicher (auch somatischer) Erkrankungen bis hin zum Suizid. Sie machen sich aber auch in einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und in erhöhten Invalidisierungsrisiken bemerkbar. Wichtig ist es, die Kompetenz von AllgemeinmedizinerInnen hinsichtlich des Erkennens beginnender psychischer Erkrankungen und Probleme sowie in Fragen der Suizidprävention und Krisenintervention zu stärken.

Interventionsmöglichkeiten zum Abbau beruflicher Belastungen

Wie gezeigt wurde, tragen berufliche Belastungen erheblich zum Auftreten psychischer Beschwerden bei. Wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung und Reduktion von Belastungen in den Betrieben liegen in der Optimierung der Arbeitsbedingungen (Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation, Förderung der Kompetenzen der MitarbeiterInnen etc.), des Führungsverhaltens sowie in der Bereitstellung entlastender Angebote (Hilfestellung und kompetente Beratung bei Mobbing, Bereitstellung von der Arbeitszeit angepassten Kinderbetreuungsplätzen etc.).

Optimierung der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen

Als vordringliche Maßnahme gilt die Optimierung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Abgesehen von der zu leistenden Aufklärungsarbeit, um Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme adäquater Hilfe abzubauen, geht es vor allem um die Bereitstellung eines differenzierten Angebots zur optimalen Versorgung psychisch kranker Menschen. Wichtig ist vor allem eine dem individuellen Bedarf angepasste Versorgung in Gemeindenähe. Besondere Beachtung gilt in diesem Zusammenhang auch der Versorgung psychisch kranker alter Menschen sowie der Rehabilitation psychisch Kranker und deren beruflicher Wiedereingliederung. In diesem Zusammenhang verwiesen sei auf den Psychiatrieplan, der die Optimierung der Versorgung psychisch kranker Menschen zum Gegenstand hat.

Verbesserung der Datenlage

Psychische Störungen und Probleme gehören zu den Themen, die bisher in Forschung und Gesundheitsberichterstattung wenig Beachtung finden. Aufgrund ihrer großen Bedeutung ist es vordringlich, die vorhandenen Wissenslücken zu schließen. Eine wichtige Basis bilden epidemiologische Daten. Ergebnisse zum Ausmaß, die Ursachen und Folgen psychischer Störungen und Probleme können unter anderem als Grundlage für die Evaluation von Maßnahmen verwendet werden. Allerdings ist die Datenlage in Wien (aber auch österreichweit) sehr begrenzt. Um klinisch aussagekräftige und vergleichbare Daten zur Epidemiologie psychischer Störungen zur Verfügung zu haben, wäre ein „Mental-Health-Update“ im Rahmen einer Gesundheitsbefragung unter Einbeziehung anerkannter Messinstrumente zur Erfassung psychischer Störungen ideal.

TABELLENANHANG

TABLES

TABELLENANHANG

Tabelle A 4.1: Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt in Wien 1999–2001 nach Alter und Geschlecht (Personen ab 16 Jahre, in Prozent)

Alter (Jahre)	mit dem Leben insgesamt zufrieden (in %)			
	sehr	ziemlich	wenig	gar nicht
Männer				
16–24	41,1	48,4	9,0	1,5
25–44	37,2	56,3	5,4	1,1
45–59	44,2	49,7	4,8	1,2
60–74	60,6	37,1	1,6	0,6
75+	57,6	35,1	7,3	0,0
gesamt	44,2	49,5	5,3	1,0
Frauen				
16–24	29,7	58,0	9,4	2,8
25–44	41,1	51,3	5,8	1,2
45–59	42,5	47,6	7,4	2,5
60–74	44,3	50,0	5,7	0,0
75+	49,2	41,6	7,7	1,4
gesamt	41,9	49,9	6,7	1,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001.

Tabelle A 5.1: Zahl der psychischen Beschwerden in Wien 1999 nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Alter (Jahre)	Personen in 1.000	Anzahl der psychischen Beschwerden (in %)			
		keine	eine	zwei	drei od. mehr
Männer					
bis 14	122,8	90,3	7,8	1,6	0,3
15 bis 29	140,2	86,5	10,0	2,6	0,9
30 bis 44	208,5	83,7	11,2	3,8	1,3
45 bis 59	160,1	79,6	12,9	5,9	1,6
60 bis 74	83,4	78,4	14,2	5,2	2,1
75 und mehr	34,3	71,6	14,3	9,5	4,6
gesamt	749,3	83,3	11,3	4,1	1,4
Frauen					
bis 14	117,2	85,7	9,5	3,5	1,3
15 bis 29	145,2	84,4	10,2	2,7	2,7
30 bis 44	205,7	82,5	10,9	4,7	1,8
45 bis 59	168,5	71,2	16,8	7,6	4,5
60 bis 74	110,8	69,3	18,2	8,7	3,8
75 und mehr	83,0	64,4	20,3	10,5	4,8
gesamt	830,4	77,4	13,7	5,9	3,0

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Tabelle A 7.1: Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen* im letzten Jahr in Wien 1999 nach Art der beruflichen Belastung und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Belastung durch		Personen in 1.000	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen (in %)			
			nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer						
schwere körperliche Arbeit	nein	315,4	61,9	17,1	8,9	12,2
	ja	90,8	60,5	18,6	7,2	13,7
starken Zeitdruck	nein	228,7	63,9	15,1	9,3	11,6
	ja	177,5	58,6	20,3	7,4	13,6
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	333,1	63,4	16,4	8,1	12,1
	ja	73,1	53,1	21,9	10,4	14,6
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	380,4	61,6	17,3	8,6	12,5
	ja	25,8	61,6	19,1	6,2	13,1
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	399,7	61,5	17,5	8,4	12,6
	ja	6,5	64,3	14,2	14,6	6,9
gesamt		406,2	61,6	17,4	8,5	12,5
Frauen						
schwere körperliche Arbeit	nein	263,8	62,2	17,4	8,4	12,0
	ja	49,8	59,1	17,7	5,4	17,8
starken Zeitdruck	nein	191,5	63,0	16,5	7,9	12,6
	ja	122,2	59,7	19,0	7,9	13,4
Konflikte am Arbeitsplatz	nein	257,0	63,3	17,1	7,2	12,3
	ja	56,6	54,4	19,1	10,8	15,6
Haushalt, Kinder und Beruf	nein	252,0	61,8	16,7	7,9	13,6
	ja	61,6	61,4	20,8	7,8	10,0
Beruf und Pflegefälle in der Familie	nein	304,4	61,8	17,3	7,9	13,0
	ja	9,2	60,0	23,1	7,5	9,3
gesamt		313,6	61,7	17,5	7,9	12,9

* Mit Ausnahme von InternistInnen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

Tabelle A 7.2: Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen* im letzten Jahr in Wien 1999 nach Anzahl der beruflichen Belastungen und Geschlecht (Erwerbstätige, in Prozent)

Anzahl der Belastungen	Personen in 1.000	Häufigkeit der Konsultation von FachärztInnen (in %)			
		nie	1-mal	2-mal	öfter
Männer					
keine	162,9	64,7	15,1	9,0	11,2
eine	144,6	60,8	17,7	8,3	13,2
zwei	72,5	58,9	20,2	8,0	12,9
drei	20,7	57,8	16,7	10,2	15,3
vier oder mehr	5,4	38,3	44,2	0,0	17,5
gesamt	406,2	61,6	17,4	8,5	12,5
Frauen					
keine	128,7	63,5	16,3	7,6	12,6
eine	103,3	61,0	17,9	8,8	12,3
zwei	55,3	63,0	17,2	5,8	14,0
drei	20,3	59,8	16,3	9,0	14,9
vier oder mehr	5,9	28,8	44,0	12,0	15,2
gesamt	313,6	61,7	17,5	7,9	12,9

* Mit Ausnahme von InternistInnen.

Quelle: Mikrozensus 1999; eigene Berechnungen.

LITERATUR

BIBLIOGRAPHY

LITERATUR

- AJDACIC-GROSS, V.; GRAF, M. (2003), Bestandsaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz, Zollikofen.
- AMTLICHE MITTEILUNGEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (Sonderausgabe; 1997), Arbeitsbedingungen in der europäischen Union, in: Gesundheitsschutz in Zahlen, 1995.
- ANTONOVSKY, A. (1997), Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen.
- AROLT, V. et al. (1995), Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten – Prävalenz und Behandlungsbedarf, *Nervenarzt*, 66, S. 670–677.
- AROLT, V. (2000), Psychiatrische Erkrankungen, in: SCHWARTZ, F. W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, München/Jena.
- AROMAA, A.; KOSKINEN, S.; HUTTUNEN, J. (Hrsg.), *Health in Finland*, Helsinki, (1999).
- BEEHARY, G.; WHITEFORD, H.; CHAMBERS, D.; BAIN-GANA, F., Outlining the Scope of Public Sector Involvement in Mental Health, HNP Discussion Paper, The World Bank, Health Nutrition and Population, August 2002.
- BOSMA, H.; APPELS, A. (1996), Differences in mortality between Lithuanian and Dutch middle-aged men, in: HERTZMAN, C.; KELLY, S.; BOBAK, M. (eds.), *East/West Life Expectancy Gap in Europe*, Dordrecht, S. 161–168.
- BRÜCKER, H. (1994), Sozialer Stress, defensives Coping und Erosion der Kontrollüberzeugung, Münster 1994.
- BULLINGER, M.; KIRCHBERGER, I. (1998), Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion, Göttingen.
- CALDWELL, C. B.; GOTTESMAN, I. I. (1990), Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide, in: *Schizophrenia Bulletin*, 16, S. 571–589.
- CSITKOVICS, M. et al. (1997), Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien, MA 15, Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien.
- DELONGIS, A.; COYNE, J. C.; DAKHOF, D.; FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. (1982), Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status, in: *Health Psychology* 1, S. 119–136.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde), *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland*, Berlin, Heidelberg, New York, (1997).
- ERMINI-FÜNFSCILLING, D.; MEIER, D. (1995), Gedächtnistraining: wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz; *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 3.
- EUROBAROMETER 58,2 (2003), The mental health status of the European population, written by The European Opinion Research Group (EORG).
- FACT SHEETS (1998), Gesundheitsförderungsbericht für Wien, Arbeitsbericht August 1998, Stadt Wien (Hrsg.), Wien.
- FICHTER, M. M. (1990), *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*, Berlin, Heidelberg, New York.
- FILIPP, S.-H. (Hrsg.) (1981), *Kritische Lebensereignisse*, München.
- FISCHER, J.; MÖLLER, B.; PONGATSCH, M.; REICHARDT, B.; STITZ M.; SOKOL, M. (2003), Versorgungsforschung im Rahmen der österreichischen Sozialversicherungsträger: Compliance und Therapiekontinuität bei Antidepressiva, in: BENCIC, W. (Hrsg.), *Versorgung mit Antidepressiva*, Gesundheitswissenschaften, Band 23, Linz.
- GEERLINGS, S. W.; BEEKMAN, A. T.; DEEG, D. J.; VAN TILBURG, W. (2000), Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study, in: *Psychological Medicine*, 30(2), S. 369–380.
- GESUNDHEITSBERICHT FÜR DEUTSCHLAND (1998), Gesundheitsberichterstattung des Bundes/Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Stuttgart.
- GLAESKE, G.; JANHSEN K. (2003), GEK – Arzneimittel-Report, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 25.
- GOSSOP, M.; STEWART, M. S.; LEHMAN, P.; EDWARDS, C.; WILSON, A.; SEGAR, G (1998), Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies, in: *British Journal of Psychiatry*, 173, S. 166–171.
- HACKER, W. (1998), *Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*, Bern.
- HADINGER, G. et al. (1992), Die Entwicklung der Zahl von Alzheimer-Erkrankungen in Österreich bis zum Jahr 2050, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 104, 20, S. 631–635.
- HOCKEY, G. R. J. (1997), Compensatory control in the regulation of human performance under stress and a high workload: A cognitive-energetical framework, in: *Biological Psychology*, 45, S. 73–93.

- HOFMANN, A.; ROCCA, W. A.; AMADUCCI, L. (1991), A collaborative study of the prevalence of dementia in Europe: The European Findings, in: GOTTFIRES, C.; LEVY, G. R.; CLINCKE G.; TRITSMANS, L. (Hrsg.), Diagnostic and therapeutic assessments in Alzheimer's Disease, Wrightson Biomedical Publishing Ltd.).
- HOFMARCHER, M. M.; RÖHRLING, G.; RIEDEL, M. (2003), Gesundheitszustand in der EU, Schwerpunktthema: Versorgung mit Antidepressiva, in Health System Watch, Beilage zur *Fachzeitschrift Soziale Sicherheit*, IV/Winter.
- HOLZER, C. (1993), Arbeitszufriedenheit und Absentismus – eine empirische Studie unter Berücksichtigung der qualitativen Formen der Arbeitszufriedenheit. Diplomarbeit an der Universität Bayreuth.
- HOYOS, C. (1998), Psychische Belastung und Arbeitssicherheit, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Psychische Belastung und Beanspruchung unter dem Aspekt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Tagungsbericht Tb 86), Bremerhaven.
- HUNT, S. M. (1988), Subjective health indicators and health promotion, in: Health promotion 3.
- IDLER, E. L.; BENJAMINI, J. (1997), Self-rated Health and Mortality: Review of 27 Community Studies, in: Journal of Health and Social Behavior
- JAUFMANN D.; KISTLER, E. (1993), Arbeitsbelastungen und Technik. Sekundäranalyse repräsentativer Umfragen, in: IFS, INIFES, SOFI (Hrsg.), Jahrbuch sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung.
- KATSCHNIG, H.; LADINSER, E.; SCHERER, M.; SONNECK, G.; WANCATA, J. (2001), Österreichischer Psychiatriebericht, Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung, Wien.
- KESSLER, R. C.; MC GONAGLE, K. A.; ZHAO, S.; NELSON, C. B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H. U.; KENDLER, K. S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, in: Archives of General Psychiatry, 51, S. 8–19.
- KEUPP, H. (1999), Psychische Behinderung: in ALBRECHT, G.; GROENEMEYER, A.; STALLBERG, F. (Hrsg.), Handbuch soziale Probleme, Opladen-Wiesbaden, S. 609–631.
- KÖLTRINGER, R. (1996), Senioren in Wien, Wien.
- KURELLA, S. (1992), Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik P92 – 202, Berlin.
- LAZARUS, R.; LAUNIER, S. (1981), Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt, in: NITSCH (Hrsg.), Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, Bern, Wien.
- LEIDL, L. (2000), Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation, in: SCHWARTZ, F. W. et al. (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Jena, S. 346–369.
- LEITNER, K. (1999), Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit, in: OESTERREICH, R.; VOLPERT, W. (Hrsg.), Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen, Bern.
- LEITNER, K. (o. J), Psychische Belastungen am Arbeitsplatz – Ursachen, Folgen und Handlungsfelder der Prävention, Bundesverband der Unfallkassen, Diagnose & Transfer – Institut für Angewandte Psychologie, München.
- MARSTEDT, G. (1994), Rationalisierung und Gesundheit, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Nr. 94–208, Wissenschaftszentrum Berlin.
- MASGF (1995), Zwei Geschlechter – zwei Gesundheit?, Potsdam.
- MENTAL HEALTH IN AUSTRIA (2003), Selected Annotated Statistics from the Austrian Mental Health Reports 2001 and 2003, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, September.
- MEYER, P. C. (2000), Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit, Opladen.
- MINISTERIUM FÜR FRAUEN, JUGEND UND FAMILIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) (2000), Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitsbericht 2000, Bielefeld.
- NESTMANN, F.; SCHMERL, CH. (1991), The lady is not burning – The gender paradox in prevention and social support, in: ALBRECHT, G.; OTTO, H.-U. (Hrsg.), Social prevention and the social sciences, Berlin, New York, S. 217–234.
- NIKLOWITZ, M.; MEYER, P. C. (2001), Monitoring der psychischen Gesundheit: Datenquellen, Indikatoren und Berichtsformen, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (Hrsg.) (1996), Imputation fehlender Werte in Labour Force Surveys (Autor: BURG, Th.), *Österreichische Zeitschrift für Statistik*, Heft 2, Wien.

- ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (Hrsg.) (1996a), Stichprobenplan des Mikrozensus ab 1994 (Autor: HASLINGER, A.), *Statistische Nachrichten*, Heft 4, Wien.
- ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (1998), Mikrozensus-Jahresergebnisse 1996/1997 (Autor: EICHWALDER, R.), *Beiträge zur österreichischen Statistik*, Heft 1260/ Heft 1285, Wien.
- ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT (1999), Mikrozensus-Jahresergebnisse 1998 (Autor: EICHWALDER, R.), *Beiträge zur österreichischen Statistik*, Heft 1328, Wien.
- OPPOLZER, A. (1994), Wertewandel und Arbeitswelt, Gewerkschaftliches Mitteilungsheft 45, S. 349–357.
- OSWALD, W. D.; RÖDEL, G. (1995), Gedächtnistraining. Ein Programm für Seniorengruppen, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- PEARLIN, L. I. (1989), The Sociological Study of Stress, in: *Journal of Health and Social Behaviour*, 30, S. 241–256.
- RADOMSKY, E. D.; HAAS, G. L.; MANN, J. J.; SWEENEY, J. A. (1999), Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders, in: *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), S. 1590–1595.
- RACHLIESEL, J.; SCOTT, K.; DIXON, L. (1999), Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research, in: *Psychiatric Services*, 50 (11), S. 1427–1434.
- RICHTER, G., (1997), Psychische Belastung und Beanspruchung. Stress, psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung, Dortmund, Berlin.
- RICHTER, P.; HACKER, W. (1998), Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben, München.
- RICHTER, P.; WEISSGERBER, B.; FRITSCHKE, B. (1995), Arbeitsinhaltsgestaltung zur Förderung von Arbeitssicherheit und Gesundheit, in: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 49/1, S.1–9.
- ROBINS, L. N.; REGIER, D. A. (1991), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*, New York.
- ROXBURGH, S. (1996), Gender differences in work and well-being: effects of exposure and vulnerability, in: *Journal of Health and Social Behavior*, S. 265–277.
- RÜESCH, P.; MANZONI, P. (2003), Psychische Gesundheit in der Schweiz, Zollikofen.
- SCHMEISER-RIEDER, A., et al. (1997), Gesundheitsmonitor (SERMO-Studie), in: *Das Gesundheitswesen* 59 (3).
- SCHMIDTKE, A. et al. (1996), Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch, *Nervenheilkunde*, 15, S. 496–506.
- SCHWARTZ, F. W.; WALTER, U. (2000), Altseinkranksein, in: SCHWARTZ, F. W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München, Jena, S. 124–140.
- SEIBEL, H. D.; LÜHRING, H. (1984), *Arbeit und psychische Gesundheit*, Göttingen.
- SPRINGER-KREMSER, M., et al. (1989), „Life Events“ und Psychosomatik der Frau. In: SÖLLNER et al. (Hrsg.), *Sozio-psycho-somatik*. Springer-Verlag: Berlin/Heidelberg, S. 210–221.
- STADLER, P.; BEER, B. (1998), Planungspartizipation als wichtiger Beitrag zur Projektierung und Förderung des Arbeitshandelns, in: BENDA, H. v.; BRATGE, D. (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit (9. Workshop 1997)*, Heidelberg.
- STADLER, P.; STROBEL, G.; HOYOS, C. (2000), Psychische Belastungen von Mitarbeitern – die Rolle des Führungsverhaltens, in: *Ergo-Med Zeitschrift für angewandte Arbeitsmedizin, Arbeitshygiene und Umweltmedizin*, 24, Heft 3, S. 235–281.
- STADT WIEN (1996), *Leben in Wien, Gesamtergebnisse, Inländer und Ausländer, Teil III, IFES-Tabellenband*, Wien.
- STADT WIEN (1996), *Senioren in Wien, Eine Deskription der Lebensverhältnisse nach dem Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung im Auftrag der MA 15 (Autor: KÖLTRINGER, R.)*, Wien.
- STADT WIEN (1996), *Wiener Frauengesundheitsbericht (erstellt durch das Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau (AutorInnen: WIMMER-PUCHINGER, B.; KLOTZ M., et al.)*, Wien.
- STADT WIEN (1997), *Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien (AutorInnen: CSITKOVICS, M.; EDER, A.; MATUSCHEK, H.)*, Wien.
- STADT WIEN (1998), *Wiener Seniorengesundheitsbericht 1997 (erstellt durch das Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik; AutorInnen: NEMETH, G.; AMANN, A.; DOBLHAMMER-REITER, G.; FINDL, P.; KÖLTRINGER, R.; URBAS, E.)*, Wien.
- STADT WIEN (1998), *Fact sheets, Gesundheitsförderungsbericht für Wien, Arbeitsbericht August 1998*, Wien.
- STADT WIEN (1999), *Wiener Männergesundheitsbericht 1999 (AutorInnen: SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, M.; KIEFER, I.)*, Wien.
- STADT WIEN (1999), *Gesundheitsbericht für Wien 1998 (Autorin: BACHINGER, E.)*, Wien.
- STADT WIEN (2000), *Wiener Gesundheitsbericht 2000 (Autorinnen: CSITKOVICS, M.; WAIS, K.)*, Wien.

- STADT WIEN (2001), Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 (AutorInnen: FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J.; NEUHOLD, Ch.), Wien.
- STADT WIEN (2001a), Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2001/2, Einfluss von Ernährung und Training auf Leistungsparameter bei alten Menschen (AutorInnen: ELMADFA, I.; WAGNER, K. H.; RUST, P.), Wien.
- STADT WIEN (2001b), Gesundheitsbericht Wien 2001 (Autorin: CSITKOVICS, M.), Wien.
- STADT WIEN (2002), Gesundheitsbericht Wien 2002 (Autorin: BACHINGER, E.), Wien.
- STADT WIEN (2002a), Tabellenband zum Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Band 1 und 2 (erstellt durch FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J.), Wien.
- STADT WIEN (2002b), Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien (Autorin: URBAS, E.), Wien.
- STADT WIEN (2003), Lebenserwartung und Mortalität in Wien (AutorInnen: BACHINGER, E. et al.), Wien.
- STADT WIEN (2003a), Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich (Autorin: BACHINGER, E.), Wien.
- STADT WIEN (2003b), Lebensstile in Wien (AutorInnen: FREIDL, W.; STRONEGGER, W.-J.; NEUHOLD, Ch. et al.), Wien.
- STADT WIEN (2004), Chronische Krankheiten in Wien (Autorinnen: URBAS, E.; KLIMONT, J.; BACHINGER, E.), Wien.
- STADT WIEN (2004a), Wiener Psychiatriebericht 2004 (Autorin: GUTIRREZ-LOBOS, K.), Wien (im Erscheinen).
- STADT WIEN (2004b), Wiener Gesundheitsbericht 2004 (AutorInnen: BACHINGER, E. et al.), Wien (im Erscheinen).
- STATISTIK AUSTRIA (2002), Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2000, Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (2002), Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus 1999 (Autorin: URBAS, E.), Wien.
- STATISTIK AUSTRIA (2002b), Rauchgewohnheiten. Ergebnisse des Mikrozensus 1997 (Autorinnen: URBAS, E.; KLIMONT, J.), WIEN
- STROBEL, G.; KRAUSE, J. (1997), Psychische Belastung von Bauleitern, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 778, Bremerhaven.
- THOITS, P. A. (1995), Stress, Coping and Social Support Processes: Where are we? What Next?, in: Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue, S. 53–79.
- TURNER, R. J.; LLOYD, D. A. (1999), The stress process and the social distribution of depression, in: Journal of Health and Social Behavior, 40, S. 374–404.
- ÜSTÜN, T. B.; REHM, J.; CHATTER, J. I.; SAXENA, S.; TROTTER, R.; ROOM, R.; BICKENBACH, J., and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999), Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries, in: *Lancet*, 354 (9173), S. 111–115.
- WEISSGERBER, B.; STROBEL, G. (1999), Stressabbau und Stressmanagement für Führungskräfte in der Baubranche, in: BADURA, B.; LITSCH, M.; VETTER, Ch. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz, Berlin, S.313–323.
- WESTERLUND, H.; FERRIE, J.; HAGBERG, J.; JEDING, K., OXENSTIERNA, G.; TÖRES, T. (2004), Workplace Expansion, long-term sickness absence, and hospital admission, in: *The Lancet*, Vol. 363, Issue 9416, S. 1193.
- WESTERLUND, H., et al. (2004), Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission, in: *Lancet* 2004.
- WETTSTEIN, A. (1991), Senile Demenz, Bern.
- WEYERER, S. (1995), Epidemiologie psychischer Störungen, in: FAUST, V. (Hrsg.), Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung, Stuttgart, S. 83–90.
- WEYERER, S. (1995), Wie häufig sind eigentlich psychische Erkrankungen? *Praxis* 14, 4–6.
- WHO (World Health Organization) (1992a), International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Vol. 3: Alphabetical index, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1992b), The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1993a), The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1993b), Essential treatments in psychiatry, Geneva (unpublished document WHO/MNH/MND/93.26).
- WHO (World Health Organization) (2001), Mental Health: New Understanding, New Hope, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (2001a), Strengthening mental health promotion, Geneva.
- WIEGELE, B.; HOFFER, H.; HINTERHÖLZL, G. (1999), Validationsforschung. Endbericht im Auftrag des BMAGS, Wien.

- WILKENING, W. (1998), Veränderungen der Arbeitswelt (Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung, Arbeitsplatzunsicherheit ...) und ihre Folgen, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Psychische Belastung und Beanspruchung unter dem Aspekt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Tagungsbericht TB 86), Bremerhaven.
- ZAPF, D. (1999), Psychische Belastungen in der Arbeitswelt, in: NICKEL, U.; REITER-MOLLENHAUER, R. (Hrsg.), Psychische Belastungen in der Arbeitswelt, Bremerhaven.
- ZIMMERMAN, M.; MCDERMUT, W.; MATTIA, J. I. (2000), Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder, in: American Journal of Psychiatry, 157, S. 1337–1340.

AKTUELLE PUBLIKATIONEN DER WIENER GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG
RECENT PUBLICATIONS OF VIENNA HEALTH REPORTING

Jährlich erscheinender allgemeiner Gesundheitsbericht, zuletzt:
Annual health report, most recent:

Gesundheitsbericht Wien 2002
Vienna Health Report 2002

Verschiedene Schwerpunktberichte und Studien
Different focal studies and reports

S1/2001 Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey
Vienna Health and Social Survey

S2/2002 Mikrozensus 1999 – Ergebnisse zur Gesundheit in Wien
Microcensus 1999 – Results on Health in Vienna

S3/2003 Lebensstile in Wien
Lifestyles in Vienna

B1/2003 Lebenserwartung und Mortalität in Wien
Life Expectancy and Mortality

B2/2004 Chronische Krankheiten in Wien
Chronic diseases in Vienna

Zielgruppenspezifische Berichte
Reports on specific target groups

Wiener Männergesundheitsbericht 1999
Vienna Men's Health Report 1999

Wiener Kindergesundheitsbericht 2000
Vienna Children's Health Report 2000

Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002
Vienna Youth Health Report 2002

Mehrsprachige Broschüren
Multilingual publications

Deutsch: Gesundheit in Wien
Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich – Internationaler Vergleich

English: *Health in Vienna*
Life Expectancy and Mortality in Vienna and Austria – An International Comparison

Français: *Espérance de vie et mortalité à Vienne et en Autriche – Comparaison internationale*

Italiano: *Speranza di vita e mortalità a Vienna e in Austria – Confronto internazionale*

Zum Bestellen und Herunterladen unter / *order or download:*
www.wien.at/who/berichte/index.htm