

Gesundheitsverhaltensmuster der Wiener Bevölkerung

Assoziationen von Health Lifestyle und sozioökonomischen Determinanten

Lukas Richter · Horst Reiger

Angenommen: 1. April 2021
© Der/die Autor(en) 2021

Zusammenfassung Der Beitrag betrachtet das Gesundheitsverhalten multidimensional und untersucht Risikoagglomerationen in Hinblick auf sozioökonomische Merkmalsverteilungen der Wiener Bevölkerung. Die Analysen zeigen, dass circa 38 % der Bevölkerung zumindest in einer der beobachteten Kategorien riskante Verhaltensweisen haben, 35 % mindestens zwei, wenn nicht gar drei Dispositionen. Sozioökonomische Faktoren wie beispielsweise formale Bildungsabschlüsse stehen mit einem multiplen Risikoverhalten in Zusammenhang.

Schlüsselwörter Gesundheitsverhaltensmuster · Gesundheitsverhalten · Tabak · Alkohol · Ernährung · Körperliche Aktivität · Soziodemographie

Multiple health behaviours of the Viennese population
Associations of health lifestyle and socioeconomic determinants

Abstract The article provides a multidimensional view of health behaviours and examines risk agglomerations regarding the socio-economic characteristics of the Viennese population. The analyses indicate that about 38% show one risk behaviour in at least one of the observed categories and 35% have two or even three health-related dispositions. Socio-economic factors such as formal educational attainment are related to multiple health risk behaviours.

Keywords Multiple health behaviours · Risk behaviours · Risk behaviour cluster · Tobacco · Alcohol · Nutrition · Physical activity · Sociodemography

L. Richter (✉) · H. Reiger
Institut für Soziologie und Empirische Sozialforschung, WU-Wien, Welthandelsplatz 1,
D4, 1020 Wien, Österreich
E-Mail: lukas.richter@wu.ac.at

H. Reiger
E-Mail: horst.reiger@wu.ac.at

1 Einleitung

Ein hoher Pro-Kopf-Alkoholkonsum (Uhl et al. 2016), eine beachtliche Prävalenz im Tabakkonsum (Reitsma et al. 2017) sowie ein bedeutender Anteil an Personen mit ungenügender körperlicher Aktivität und defizitärer Ernährung nach WHO-Standards (Klimont und Baldaszi 2015) sind vier zentrale gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, mit denen sich Österreich gehäuft in den oberen Feldern der internationalen Negativlisten platziert. Obwohl bereits damit ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf offensichtlich wird, bleibt die Frage offen, welche Gesundheitsverhaltensmuster, also Kombinationen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, und in welchem Ausmaß sie sich abzeichnen. Denn Studien der letzten Jahre haben die Wichtigkeit einer multiplen Betrachtung deutlich gemacht (Tamakoshi et al. 2009; Sabia et al. 2012; Spring et al. 2012), da die Verhalten realiter in einer Person kumulieren und das Risiko von Morbidität und Mortalität über einzelne negative Verhaltensweisen hinaus steigern. So wird beispielsweise die Frage virulent, ob sich RaucherInnen zumindest ausreichend körperlich aktiv betätigen oder ihr Morbiditätsrisiko aufgrund von Inaktivität noch zusätzlich erhöhen.

In aktuelleren Arbeiten mit österreichischen Daten ist das Gesundheitsverhalten eindimensional oder enumerativ thematisiert worden (Burkert et al. 2012; Klimont 2016; Muckenhuber et al. 2014, 2015; Walther et al. 2014; Brunner-Ziegler et al. 2013), während multiple Betrachtungen weitgehend fehlen (Dorner et al. 2013). Ziel dieses Beitrages ist es, das Gesundheitsverhalten am Beispiel der Wiener Bevölkerung multidimensional zu betrachten. Kurzum – es werden jene Personen, die multiple gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen auf sich vereinen, ermittelt und assoziierte sozioökonomische und soziodemographische Risikofaktoren eruiert.

2 Theoretischer Rahmen

Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, die das Auftreten bzw. Unterlassen von Verhaltensweisen markieren und evidenzbasiert im Zusammenhang mit Morbidität und Mortalität stehen, spielen, wenn auch viele weitere Faktoren mitbedacht werden müssen, eine wichtige Rolle bezüglich des sich über die Zeit verändernden Gesundheitszustands eines Menschen und kumulieren zu einer ungleich verteilten Gesundheit innerhalb der Gesellschaft. Bereits vor mehr als 150 Jahren machte Chadwick (1842) auf diesen Umstand entlang von sozialen Lagen und ihren jeweiligen Lebenserwartungen aufmerksam. Als Theorieangebote, die die gesundheitliche Ungleichheit zu erklären versuchen, lassen sich biologische Faktoren oder soziale Selektion ebenso wie verhältnis- und verhaltensbezogene Annahmen anführen (Richter und Mielck 2000; Sperlich und Mielck 2003). Dabei gilt eine Trennung der beiden Letzteren und eine rein individualistisch gedachte Verhaltensebene sozialwissenschaftlich als überwunden (Cockerham 2005; Hurrelmann und Richter 2013), da gesundheitsbezogene Verhaltensweisen ebenso durch den soziostrukturellen Kontext gerahmt sind (Schneider 2008; Helmert und Schorb 2009). Das bedeutet nicht, dass Personen gar keine Möglichkeit haben, sich für eine bestimmte gesundheitsrelevante Lebensweise zu entscheiden. Die Wahl- bzw. Entscheidungsmöglichkeiten

sind jedoch auch eine Frage der Kombination aus individuellen und strukturellen Möglichkeiten (Kelly et al. 2016). Vor diesem Hintergrund zeigen Studien, dass eine niedrigere soziale Lage mit einem höheren Risiko für gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen einhergeht (Burkert et al. 2012; Lampert et al. 2016; Schneider und Schneider 2012; Schwarz 2003). Als Erklärungsgründe lassen sich neben sozialstrukturell vermittelten Ressourcen eine Ungleichverteilung von Gesundheitskompetenz, Selbstdisziplinierung, Kontrollüberzeugungen bzw. allgemeinen Wissensvorräten über gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen anführen (in Übersicht Pampel et al. 2010). Nach Cockerham (2005; 2018), der auf das Habitus-Konzept referiert (auch Sperlich und Mielck 2003), lässt sich über die soziale Lage sowohl auf vertikaler als auch auf horizontaler Achse – beispielsweise sind Gesundheitsverhaltensweisen mit Alter, Geschlecht oder Familienform assoziiert (Olson et al. 2017; Dorner et al. 2013; Skalamera und Hummer 2016) – von divergierenden sozialen Kontexten ausgehen, die sich über Sozialisationsprozesse und schichtspezifische Erfahrungen in einem health lifestyle äußern. „Health lifestyles are defined as collective patterns of health-related behavior based on choices from options available to people according to their life chances. [...] Choices and chances interact and commission the formation of dispositions to act (habitus), leading to practices (action), involving alcohol use, smoking, diet, and other health-related actions“ (Cockerham 2005).

Vor diesem theoretischen Hintergrund wird im Folgenden der Frage nachgegangen, ob sich in der Wiener Bevölkerung zunächst Gesundheitsverhaltensmuster als Teil eines *health lifestyles* festmachen lassen, die weiters mit sozioökonomischen und soziodemographischen Merkmalen – so die zugrundeliegende Annahme des habituellen Health-lifestyle-Konzepts (Cockerham 2005; 2018) – assoziiert sind (Wang und Geng 2019; Cockerham et al. 2020).

3 Forschungsdesign

Die Arbeit basiert auf den Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Austrian Health Interview Survey – ATHIS 2014) mit ergänzenden soziodemographischen und sozioökonomischen Angaben aus dem Mikrozensus 2014. Als Grundlage dienen die Daten von 1734 Personen ab 15 Jahren aus Wien.

Zur Exploration der Gesundheitsverhaltensmuster kam eine Two-Step-Clusteranalyse (SPSS) mit Log-Likelihood-Distanz zur Anwendung. Die entdeckten Cluster wurden des Weiteren in drei Gruppen zusammengefasst (risikoarm, einfaches Risiko und hohes Risiko), um mittels multinomialer logistischer Regressionsanalyse soziodemographische und sozioökonomische Einflussgrößen zu bestimmen.

Insgesamt vier Aspekte sind bei der Konstruktion der Gesundheitsverhaltensvariablen berücksichtigt und auf Basis evidenzbasierter Schwellenwerte dichotomisiert worden (siehe Tab. 1).

Diese im ATHIS erhobenen Verhaltensdispositionen beruhen auf Selbstauskünften der Befragten. Folgende Operationalisierungen liegen den Analysen zugrunde:

Tab. 1 – Codierungsplan der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

Codierung Gesundheitsverhalten (1 = gesundheitsgefährdendes Verhalten)

<i>Alkoholkonsum</i>	1 = 40 g Alkohol oder mehr pro Tag (Männer) bzw. 20 g Alkohol oder mehr pro Tag (Frauen)
<i>Tabakkonsum</i>	1 = täglich rauchen
<i>Ernährungsweise</i>	1 = kein täglicher Obst- oder Gemüsekonsum
<i>Körperliche Aktivität</i>	1 = HEPA- (mind. 150 min/Woche mäßig intensive Bewegung) und MSPA- (an mind. 2 Tagen/Woche Training zum Muskelaufbau) Empfehlungen der WHO nicht erfüllt

3.1 Alkoholkonsum

Die Berechnung der durchschnittlichen Menge an eingenommenem Alkohol pro Tag basiert auf der Anzahl an Tagen in Kombination mit der Menge an Alkohol, die an diesen Tagen konsumiert wird. Durchschnittlich mehr als 20 g (Frauen) bzw. 40 g (Männer) Alkohol pro Tag werden als Beginn eines gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums angesehen (WHO 2000) und sind in der vorliegenden Arbeit als Grenzwerte gesetzt.

3.2 Tabakkonsum

Im Bereich des Tabakkonsums wird der aktuelle Raucherstatus berücksichtigt: Alle Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung täglich geraucht haben, sind als gesundheitsgefährdet eingestuft. NichtraucherInnen, ehemalige sowie GelegenheitsraucherInnen sind in einer Kategorie (mit 0 codiert) zusammengefasst. Hier zeigt sich eine gewisse Unschärfe – auf Basis der Daten können jedoch keine genaueren Aussagen (Häufigkeit, Menge usw.) über GelegenheitsraucherInnen gemacht werden.

3.3 Ernährungsweise

Bezüglich des Ernährungsverhaltens erweist sich insbesondere der Obst- und Gemüsekonsum als für die Gesundheit bedeutsam (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. u. a. 2012; WHO 2009). Vom österreichischen Gesundheitsministerium sowie der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung wird empfohlen, mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse täglich zu konsumieren (OEGE 2017). Für die vorliegende Arbeit wurde – aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten und der sehr geringen Fallzahl – ein abgeschwächter Schwellenwert herangezogen (in Anlehnung an Schneider et al. 2009): Das Verhalten einer Person gilt in Folge als ernährungsdefizitär, wenn sie täglich weder Obst noch Gemüse zu sich nimmt.

3.4 Körperliche Aktivität

Gemäß WHO sollen Erwachsene ab 18 Jahren pro Woche mindestens 150 min mäßig intensive Bewegung betreiben (HEPA – Health-Enhancing Physical Activity) und an mindestens zwei Tagen in der Woche ein Training zum Muskelaufbau absolvieren (MSPA – Muscle-Strengthening Physical Activity) (WHO 2011). Für die

Bestimmung der Minuten einer mäßig aktiven Bewegung und um an die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsberichterstattung anschließen zu können, werden Angaben zur „Körperlichen Aktivität in der Freizeit“ und zur „Transportbezogenen Aktivität mit dem Fahrrad“ herangezogen. Die „Transportbezogene Aktivität zu Fuß“ und die „Arbeitsbezogene körperliche Aktivität“ bleiben unberücksichtigt (Klimont und Baldaszti 2015). Der Wert 1 wird im Rahmen der vorliegenden Studie jenen Personen zugewiesen, die weder die HEPA- noch die MSPA-Empfehlung erfüllen.

Als erklärende Variablen werden sowohl vertikale Lageindikatoren (Bildung, Einkommen und Erwerbsstatus) als auch horizontale Indikatoren (Haushaltsform, Familienstand, Migrationshintergrund, Geschlecht und Alter) in die Modellberechnungen einbezogen und dummy-codiert.

4 Ergebnisse

Auf Basis der Clusteranalyse der Gesundheitsverhalten lässt sich konstatieren, dass gut jeder bzw. jede vierte WienerIn der Gruppe der Risikoarmen zugeordnet werden kann, welche nach eigenen Angaben weder täglich rauchen noch einen grenzwertüberschreitenden Alkoholkonsum aufweisen bzw. nach obiger Definition körperlich aktiv sind und täglich Obst bzw. Gemüse zu sich nehmen. Über ein Drittel weist eine als gesundheitsgefährdend einzustufende Verhaltensdisposition auf (einfaches Risikoniveau – siehe Tab. 2), wobei der größte Anteil mit 17 % in der Wiener Bevölkerung auf die Gruppe mit Bewegungsdefiziten fällt. Ein gutes Viertel der WienerInnen fällt in den Bereich des zweifachen Risikoniveaus und knapp 8 % (hochgerechnet sind das in etwa 120.000 Personen) besitzen ein Muster aus drei Risikoverhaltensweisen – mangelnde Ernährung und Bewegung sowie Tabakkonsum.

Zusammen verteilen sich demzufolge die Cluster bzw. die Wiener Bevölkerung mit 26,9 % auf das risikoarme Niveau, mit 38,5 % auf ein einfaches und mit 34,8 % auf ein hohes (zwei- und dreifaches) Risikoniveau. Diese Einteilung dient als Grundlage der multinomialen logistischen Regressionsanalyse.

Betrachtet man den Einfluss der höchsten abgeschlossenen Schulbildung auf die Wahrscheinlichkeit, einem Gesundheitsverhaltenstyp mit einfachem Risikofaktor anzugehören, so wird eine verstärkte Repräsentanz unterer Bildungsgruppen deutlich (OR: 1,89 bzw. 1,57; siehe Tab. 3). Noch markantere bildungsbezogene Differenzen lassen sich beim Vergleich der Risikoarmen mit der Gruppe mit hohem Risikoniveau feststellen (OR: 5,86; 3,91 bzw. 2,08). Weiters sind bei Personen mit niedrigerem Einkommen Tendenzen eines erhöhten Risikos eruiierbar. Statistisch signifikant ist der Unterschied jedoch nur zwischen WienerInnen in der obersten Einkommensgruppe ($\geq 150\%$ des Medianeinkommens) und armutsgefährdeten WienerInnen ($< 60\%$ des Medianeinkommens) – es besteht ein um 85 % erhöhtes Risiko. Keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Ausprägung riskanter Verhaltensweisen können zwischen Erwerbstätigen, Arbeitslosen und PensionistInnen festgestellt werden; Gleiches gilt für die Haushaltsform. Ferner steht das Kriterium Partnerschaft in keinem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit der Ausprägung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen, dito bei WienerInnen mit und ohne Migrationshin-

Tab. 2 – Verteilung der Wiener Bevölkerung in den Clustern ^a

Risikoniveau	Wiener Bevölkerung ab 15J. (Hochrechnung der Daten)		
	In 1000	Anteil in %	Anteil der Clustergruppen in %
Risikoarmes Niveau			
Risikoarme	405	26,9	–
<i>Gesamt</i>	–	–	26,9
Einfaches Risikoniveau			
Bewegungsdefizitäre	256	17	–
Ernährungsdefizitäre	149	9,9	–
RaucherInnen	121	8,1	–
Riskante AlkoholkonsumentInnen	52	3,5	–
<i>Gesamt</i>	–	–	38,5
Zweifaches Risikoniveau			
Ernährungs- und Bewegungsdefizitäre	147	9,8	–
B.- defizitäre RaucherInnen	114	7,6	–
E.- defizitäre RaucherInnen	96	6,4	–
E.- defizitäre AlkoholkonsumentInnen	46	3,1	–
<i>Gesamt</i>	–	–	26,9
Dreifaches Risikoniveau			
E.- u. b. defizitäre RaucherInnen	119	7,9	–
<i>Gesamt</i>	–	–	7,9
Gesamt	1507	100	100

^a Aus Platzgründen wird bewegungsdefizitär mit „b. defizitär“ und ernährungsdefizitär mit „e. defizitär“ abgekürzt.

tergrund. Empirisch festmachen lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer besitzen das 1,8-fache Risiko von Frauen, multiple gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen auf sich zu vereinen, ein Ergebnis, das durchwegs mit dem Forschungsstand (Spring et al. 2012; Dorner et al. 2013; Olson et al. 2017) und auch den bisher dokumentierten Ergebnissen der Gesundheitsbefragung (Klimont und Baldaszi 2015; Griebler et al. 2017) übereinstimmt. Trotz der wissenschaftlich gemischten Befundlage bezüglich einzelner Verhaltensdimensionen (beispielsweise sinkt der Tabakkonsum, während die Inaktivität zunimmt) erweist sich ein höheres Alter in der vorliegenden Arbeit in Summe als protektiver Faktor. So neigen WienerInnen im Alter von 15 bis 59 signifikant stärker zu einem hohen Risikoniveau als über 60-Jährige (OR: 1,67 bzw. 1,56). Beim einfachen Risikoniveau ist der Einfluss nicht signifikant, weist aber tendenziell in dieselbe Richtung. Das geringere Risiko, dass ältere Menschen in ein hohes gesundheitliches Risikoniveau fallen, lässt sich vorrangig durch einen Rückgang des Tabakkonsums erklären (Klimont und Baldaszi 2015; Klimont 2016; Lange und Finger 2017).

5 Resümee

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Wiener Bevölkerung eine niedrige formale Bildung, männliches Geschlecht und jüngeres Alter die Wahrscheinlich-

Tab. 3 Soziodemographische und sozioökonomische Differenzierungen der Risikoniveaus

Referenz: Risikoarme	Einfaches Risikoniveau			Hohes Risikoniveau		
	OR	95% CI		OR	95% CI	
Bildung						
Pflichtschule	1,89*	1,17	3,07	5,86***	3,52	9,75
Lehre/BMS	1,57**	1,16	2,13	3,91***	2,77	5,52
AHS/BHS/Kolleg	1,36	0,99	1,86	2,08***	1,43	3,02
Universität/FH (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Einkommen^a						
<60%	1,85*	1,17	2,92	1,55	0,95	2,55
60 bis <80%	1,13	0,73	1,76	1,31	0,82	2,09
80 bis <100%	1,5	1	2,24	1,32	0,85	2,05
100 bis <150%	1,03	0,75	1,41	0,91	0,64	1,29
≥ 150% (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Erwerbsstatus						
Pensioniert und Sonstige	1,09	0,77	1,54	0,78	0,54	1,15
Arbeitslos	1,3	0,72	2,34	1,49	0,83	2,7
Erwerbstätig (inkl. Lehrlinge) (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Haushaltsform						
Paar mit Kind(ern)	1,43	0,94	2,18	1,02	0,65	1,6
Paar ohne Kind(er)	1,26	0,83	1,94	1	0,64	1,58
Alleinerziehende(r)	1,12	0,7	1,81	1,35	0,83	2,21
Sonstige Haushalte	1,07	0,6	1,89	1,1	0,6	2,01
Einpersonenhaushalt (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Familienstand						
Alleinstehend	1,39	0,95	2,04	1,16	0,76	1,74
In einer Partnerschaft (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Migrationshintergrund^b						
Migrationshintergrund	0,91	0,67	1,24	0,87	0,62	1,21
Kein Migrationshintergrund (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Geschlecht						
Männlich	1,24	0,97	1,6	1,75***	1,34	2,28
Weiblich (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Alter						
15–29 Jahre	1,45	0,96	2,21	1,67*	1,05	2,65
30–59 Jahre	1,41	0,95	2,1	1,56*	1	2,42
60 Jahre und älter (Ref.)	–	–	–	–	–	–
Pseudo-R²_{Nagelkerke}	0,11					

(*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,5$; $n = 1734$)

^a Einkommensgruppen sind zur Vergleichbarkeit von Haushalten am jährlichen Haushaltsäquivalenzeinkommen (netto) auf Basis des Medians gebildet.

^b Die Operationalisierung ist an die öst. Gesundheitsbefragung angelehnt, d. h. Migrationshintergrund wird angenommen, wenn „beide Elternteile im Ausland geboren wurden, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit“ (Klimont 2016, S. 104).

keit für multiples Risikoverhalten erhöhen, wobei bildungsbezogene Differenzen am deutlichsten wirken und damit vorangegangene Studienergebnisse bestätigen (Schneider und Schneider 2012; Pampel et al. 2010). WienerInnen mit Pflichtschulabschluss haben beinahe das 6-fache, jene mit Lehr- oder BMS-Abschluss das 4-fache Risiko gegenüber WienerInnen mit Hochschul-, FH- oder vergleichbaren Abschlüssen für ein Gesundheitsverhaltensmuster mit zwei oder mehr gefährdenden Verhaltensweisen. Darüber hinaus zeigen auch untere Einkommensgruppen tendenziell ein etwas höheres Risiko für gesundheitsschädigendes Verhalten (Dorner et al. 2013; Skalamera und Hummer 2016; Aura et al. 2016). In Bezug auf den theoretischen Rahmen zeichnen sich entlang der vertikalen Achse Bildung und der horizontalen Achse Geschlecht und Alter Unterschiede in den Verhaltensmustern und damit divergierende *health lifestyles* ab. Die multiple Betrachtung zeigt auf, dass die soziale Lage in einem deutlichen Zusammenhang mit mehrfachen gesundheitsgefährdenden Verhaltensmustern steht und damit jene Personen einem potenzierten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich RaucherInnen in vier Clustern wiederfinden (Tab. 2), ein Umstand, der zwar aufgrund der Prävalenz von Tabakkonsum wenig verwundert, jedoch durchaus nachdenklich stimmt. Es können nur 27 % der RaucherInnen ausschließlich dem Cluster der RaucherInnen zugeordnet werden, hingegen legt der weitaus größere Teil zumindest eine, wenn nicht gar zwei weitere gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen an den Tag. Die aus gesundheitspolitischer Sicht alarmierende Erkenntnis, dass an die 30 % der WienerInnen rauchen, erhält zusätzlich Brisanz, wenn man bedenkt, dass drei Viertel von ihnen durch weitere Verhaltensdispositionen das Gefährdungsrisiko verschärfen (Ramo et al. 2019).

Konkludierend müssen die Ergebnisse ernüchtern: Zwar gibt es mit einem Viertel der Wiener Bevölkerung einen Teil, welcher risikoarm bzw. gesundheitsfördernd agiert, jedoch besteht beim weitaus größeren Teil ein ziemliches Potenzial zur Verbesserung. Insbesondere zeigt sich, dass sich Bildung als ein wichtiger Ansatzpunkt darstellt und der Themenbereich Gesundheitsverhalten im Pflichtschulbereich einen wesentlich zentraleren Stellenwert bekommen sollte.

Funding Open access funding provided by Vienna University of Economics and Business (WU).

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Aura, Annamari, Marjorita Sormunen, und Kerttu Tossavainen. 2016. The relation of Socio-ecological factors to adolescents' health-related behaviour: a literature review. *Health Education* 116(2):177–201. <https://doi.org/10.1108/HE-03-2014-0029>.
- Brunner-Ziegler, Sophie, Anita Katharina Viktoria Stein Rieder, Renate Koppensteiner, Kathryn Hoffmann, und Thomas Ernst Dorner. 2013. Predictors of participation in preventive health examinations in Austria. *BMC Public Health* 13(1):1138. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1138>.
- Burkert, Nathalie T., Éva Rásky, und Wolfgang Freidl. 2012. Social inequalities regarding health and health behaviour in Austrian adults. *Wiener Klinische Wochenschrift* 124(7–8):256–261. <https://doi.org/10.1007/s00508-012-0164-7>.
- Chadwick, Edwin. 1842. *Report to her majesty's principal secretary of state for the home department from the poor law commissioners, on an inquiry into the sanitary condition of the labouring population of great britain; with appendices*. London: W. Clowes and Sons.
- Cockerham, William C. 2005. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior* 46(1):51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>.
- Cockerham, William C. 2018. Health lifestyles and the search for a concept of a gender-specific habitus. *Social Theory & Health* 16(2):142–155. <https://doi.org/10.1057/s41285-017-0048-z>.
- Cockerham, William C., Joseph D. Wolfe, und Shawn Bauldry. 2020. Health lifestyles in late middle age. *Research on Aging* 42(1):34–46. <https://doi.org/10.1177/0164027519884760>.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Heiner Boeing, Angela Bechthold, Achim Bub, Sabine Ellinger, Dirk Haller, Anja Kroke, et al. 2012. „Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten“. *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährung*.
- Dorner, T.E., W.J. Stronegger, K. Hoffmann, K. Viktoria Stein, und T. Niederkrotenthaler. 2013. Socio-economic determinants of health Behaviours across age groups: results of a cross-sectional survey. *Wiener Klinische Wochenschrift* 125(9–10):261–269. <https://doi.org/10.1007/s00508-013-0360-0>.
- Griebler, Robert, Petra Winkler, Sylvia Gaiswinkler, Theresa Bengough, Jennifer Delcour, Brigitte Juraszovich, Monika Nowotny, und Irene Schmutterer. 2017. Wiener Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005–2014. Wien. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/gesundheitsbericht-2016.pdf>. Zugegriffen: 24. März 2021.
- Helmert, Uwe, und Friedrich Schorb. 2009. Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, 2. Aufl., Hrsg. Matthias Richter, Klaus Hurrelmann, 133–148. Wiesbaden: VS.
- Hurrelmann, Klaus, und Matthias Richter. 2013. *Gesundheits- und Medizinsoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*, 8. Aufl., Grundlagentexte Soziologie. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kelly, Sarah, Steven Martin, Isla Kuhn, Andy Cowan, Carol Brayne, und Louise Lafortune. 2016. Barriers and Facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PLOS ONE* 11(1):e145074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145074>.
- Klimont, Jeannette. 2016. *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit: Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Wien: Statistik Austria.
- Klimont, Jeannette, und Erika Baldaszi. 2015. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Statistik Austria.
- Lampert, Thomas, Matthias Richter, Sven Schneider, Jacob Spallek, und Nico Dragano. 2016. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59(2):153–165. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2275-6>.
- Lange, Cornelia, und Jonas D. Finger. 2017. Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring* <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-024>.
- Muckenhuber, Johanna, Karina Fernandez, Nathalie T. Burkert, Franziska Groschädl, Wolfgang Freidl, und Éva Rásky. 2014. Trends in inequalities in health, risk and preventive behaviour among the advanced-age population in Austria: 1983–2007. *PLoS ONE* 9(5):e97400. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097400>.

- Muckenhuber, J.M., T.E. Dorner, Nathalie T. Burkert, F. Groschädl, und W. Freidl. 2015. Low social capital as a predictor for the risk of obesity. *Health & Social Work* 40(2):e51–e58. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv019>.
- OEGE. 2017. 10 Ernährungsregeln der ÖGE. 2017. <https://www.oege.at/index.php/bildung-information/empfehlungen>. Zugegriffen: 24. März 2021.
- Olson, Julie Skalamera, Robert A. Hummer, und Kathleen Harris Mullan. 2017. Gender and health behavior clustering among U.S. Young adults. *Biodemography and Social Biology* 63(1):3–20. <https://doi.org/10.1080/19485565.2016.1262238>.
- Pampel, Fred C., Patrick M. Krueger, und Justin T. Denney. 2010. Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology* 36(1):349–370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>.
- Ramo, Danielle E., Johannes Thrul, Erin A. Vogel, Kevin Delucchi, und Judith J. Prochaska. 2019. Multiple health risk behaviors in young adult smokers: stages of change and stability over time. *Annals of Behavioral Medicine* 54:75–86. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz025>.
- Reitsma, Marissa B., Nancy Fullman, Marie Ng, Joseph S. Salama, Amanuel Abajobir, Kalkidan Hassen Abate, Cristiana Abbafati, et al. 2017. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the global burden of disease study 2015. *The Lancet* 389(10082):1885–1906. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X).
- Richter, Matthias, und Andreas Mielck. 2000. Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8(3):198–215.
- Sabia, Séverine, Archana Singh-Manoux, Garth Hagger-Johnson, Emmanuelle Cambois, Eric J. Brunner, und Mika Kivimäki. 2012. Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *Canadian Medical Association Journal* 184(18):1985–1992. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121080>.
- Schneider, Sven. 2008. Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität: Vorschlag für ein theoretisches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* <https://doi.org/10.1007/s11614-008-0003-2>.
- Schneider, Brit S., und Udo Schneider. 2012. Health behaviour and health assessment: evidence from German microdata. *Economics Research International* <https://doi.org/10.1155/2012/135630>.
- Schneider, Sven, Christina Huy, Marc Schuessler, Katharina Diehl, und Stefanie Schwarz. 2009. Optimising lifestyle interventions: identification of health behaviour patterns by cluster analysis in a German 50+ survey. *The European Journal of Public Health* 19(3):271–277. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn144>.
- Schwarz, Franz. 2003. *Sozioökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien.
- Skalamera, Julie, und Robert A. Hummer. 2016. Educational Attainment and the Clustering of Health-Related Behavior among U.S. Young Adults. *Preventive Medicine* 84:83–89. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.011>.
- Sperlich, Stefanie, und Andreas Mielck. 2003. Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzeptionen. Plädoyer für eine integrative Betrachtung auf der Grundlage der Bourdieuschen Habitusstheorie. *Journal of Public Health* 11(2):165–179. <https://doi.org/10.1007/BF02956151>.
- Spring, B., A.C. Moller, und M.J. Coons. 2012. Multiple Health Behaviours: Overview and Implications. *Journal of Public Health* 34(S1):i3–i10. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr111>.
- Tamakoshi, Akiko, Koji Tamakoshi, Lin Yingsong, Kiyoko Yagyū, und Shogo Kikuchi. 2009. Healthy lifestyle and preventable death: findings from the Japan collaborative cohort (JACC) study. *Preventive Medicine* 48(5):486–492. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.02.017>.
- Uhl, Alfred, Sonja Bachmayer, und Julian Strizek. 2016. *Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2016*, 7. Aufl., Handbuch Alkohol – Österreich, Bd. 1. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Walther, Julia, Ulrike Aldrian, Hans Peter Stüger, Ingrid Kiefer, und Cem Ekmekcioglu. 2014. Nutrition, lifestyle factors, and mental health in adolescents and young adults living in Austria. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 26(3):337–386. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0310>.
- Wang, Jian, und Liuna Geng. 2019. Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(2):281. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020281>.
- WHO (Hrsg.). 2009. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2000. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: World Health Organization. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66529>.

WHO. 2011. *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>. Zugegriffen: 24. März 2021.

Lukas Richter Dr. Lukas Richter, MSc., Bsc., Institut für Soziologie und Empirische Sozialforschung der Wirtschaftsuniversität Wien.

Horst Reiger Ass. Prof. Mag. Dr. Horst Reiger, Institut für Soziologie und Empirische Sozialforschung der Wirtschaftsuniversität Wien.