

# Allgemeiner Gesundheits- bericht Wien

Berichtszeitraum 2015 – 2023





Allgemeiner Gesundheitsbericht Wien  
Berichtszeitraum 2015 – 2023

## **Impressum**

**Verfasser:** Mag. Felix Hofmann (MA 24)

**Redaktionelle Begleitung und Textbeiträge:** Mag.<sup>a</sup> Monika Szelag (MA 24)

**Redaktionelle Begleitung:** Luisa Marquardt (Integrierte Gesundheitsberichterstattung, Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin)

**Wissenschaftliche Begleitung:** Prof. Dr. Marcel Bilger, Dr.<sup>in</sup> Sophie Guthmuller, Viktoria Szenkurök, MSc DI<sup>n</sup>, Mag.<sup>a</sup>, Dr.<sup>in</sup> Daniela Weber (Health Economics and Policy Division, Wirtschaftsuniversität Wien – WU)

**Datenauskünfte und Gastbeiträge:** Mag. Christian Fendt (Magistratsabteilung Wirtschaft, Arbeit und Statistik – MA 23), Peter Hager, MA (Wiener Gesundheitsförderung – WiG), Mag.<sup>a</sup> Petra Lützwow (Psychosoziale Dienste – PSD Wien), Mag. Stefan Strotzka (Psychosoziale Dienste – PSD Wien), Dr. Otto Rafetseder (Geschäftsstelle Wiener Gesundheitsfonds – WGF), Daniela Sittly (Abteilung Statistik, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – AUVA), Dorian Waller (Bundesgeschäftsstelle des Arbeitsmarktservice – AMS)

**Lektorat:** Mag.<sup>a</sup> Veronika Gregori

**Layout:** Mag.<sup>a</sup> Kathi Reidelshöfer

### **Medieninhaberin, Herausgeberin und Verlegerin**

Stadt Wien

MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung

Brigittenauer Lände 50-54/2/5, 1200 Wien

Telefon: +43 (0)1 4000 84200

E-Mail: [post@ma24.wien.gv.at](mailto:post@ma24.wien.gv.at)

### **Vorgeschlagene Zitierweise**

Stadt Wien (2024). Allgemeiner Gesundheitsbericht Wien. Berichtszeitraum 2015 – 2023.

Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung (Autor: Hofmann, F.)

### **Download**

[wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](https://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)

Dieser Bericht unterstützt das Wiener Gesundheitsziel 9: Aufbau eines integrierten Gesundheitsmonitorings.





# Vorwort

Liebe Wienerinnen und Wiener, liebe Menschen in Wien!

Es ist wieder soweit: Ich darf Ihnen die aktualisierte Neuauflage des Wiener Gesundheitsberichts für den Berichtszeitraum 2015 bis 2023 präsentieren. Dieser beruht auf Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) sowie weiteren Datenquellen und bietet einen Einblick in den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Wiener Bevölkerung, sowie in die Gesundheitsversorgung unserer Stadt.

Die COVID-19-Pandemie hat die letzten Jahre und somit auch die Ergebnisse des aktuellen Wiener Gesundheitsberichts maßgeblich geprägt und beeinflusst. Beispielsweise spielten Infektionskrankheiten in der langjährigen Betrachtung als Todesursache keine große Rolle, bedauerlicherweise sind diese seit 2020 die Kategorie mit den dritthäufigsten Todesfällen.

Positiv beobachten lassen sich hingegen einige Tendenzen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens. Beispielsweise kamen im Jahr 2019 der gesundheitsfördernden Empfehlung, täglich Obst und Gemüse zu essen, gut ein Drittel der Wiener\*innen nach – 2022 hatte sich dieser Wert auf 41,9 % deutlich verbessert. Außerdem hat die Alkohol-Abstinenz während der Pandemie zugenommen und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen hat sich verstärkt.

Dieser Bericht spiegelt das Bemühen wider, die Ergebnisse einer umfassenden Analyse des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der in Wien lebenden Menschen zu präsentieren, aber auch die Stärken und Schwächen der aktuellen Versorgungssituation zu beleuchten. Die Ergebnisse des Wiener Gesundheitsberichtes bilden in weiterer Folge eine wichtige Grundlage für darauf aufbauende gesundheitspolitische Entscheidungen.

In einer Zeit voller Herausforderungen, die auch die Gesundheitslandschaft prägen, ist es unerlässlich, dass politische Entscheidungsträger\*innen und Gesundheitsdienstleister\*innen an einem Strang ziehen. Es ist mir ein Anliegen, dass wir nach den vergangenen, herausfordernden Jahren alle gemeinsam den Blick nach vorne richten und weiterhin intensiv an einer stabilen Gesundheitsversorgung für alle in Wien lebenden Menschen arbeiten.

Peter Hacker  
Stadtrat für Gesundheit und Soziales



# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser!

Um den hohen Standard des Wiener Gesundheitssystem zu halten gilt es für die Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft, innovative und interdisziplinäre Lösungen, Strategien und Herangehensweisen zu finden.

Als Beispiel ist die Primärversorgung zu nennen. Die Primärversorgung soll die erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen sein, sie soll möglichst wohnortnahe sein, eine kontinuierliche Betreuung sicherstellen und dabei gesundheitsfördernd und spitalsentlastend sein und – nicht zuletzt – eine qualitativ hochwertige Krankenbehandlung für alle sicherstellen.

Um dies umzusetzen, wird der Ausbau der Primärversorgung priorisiert und Primärversorgungseinheiten werden geschaffen. Mehr als 10 haben in Wien bereits eröffnet, zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit werden noch weitere Primärversorgungseinheiten entstehen. Durch die hohe Akzeptanz dieses Konzepts wurde es auf den Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde erweitert. Auch hier konnten bereits mehrere Einheiten eröffnet werden.

Mit den Erstversorgungsambulanzen als vorgelagerte Einheiten von Wiener Spitälern besteht eine weitere Anlaufstelle für eine allgemein-medizinische Erstbegutachtung aller erwachsenen, ambulanten Patient\*innen, die ohne Termin kommen. Ein erfahrenes Team, bestehend aus Allgemeinmediziner\*innen und Ordinations-Assistent\*innen, trifft die erste Einschätzung und führt erste medizinische Checks durch. 8 von 10 Patient\*innen können mit einem Rezept nach Hause entlassen oder in den niedergelassenen Bereich überwiesen werden. Da die Erstversorgungsambulanzen außerhalb der üblichen Ordinationszeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen geöffnet sind, stellen sie eine weitere sinnvolle Ergänzung für den niedergelassenen Bereich dar.

Nichtsdestotrotz befindet sich der gesamte Gesundheitssektor in einem Wandel, der einerseits Herausforderungen, aber andererseits auch Innovationen in der medizinischen Versorgung mit sich bringt. Um genau das zu verstehen, braucht es den Wiener Gesundheitsbericht. Er trägt dazu bei, auch in Zukunft bedarfsgerechte Gesundheitsangebote zu schaffen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die an der sorgfältigen Erstellung dieses Berichts mitgewirkt haben und wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, einen spannenden Einblick in die Demografie, den Gesundheitszustand bzw. die Lebensqualität und das Gesundheitsverhalten der Wiener Bevölkerung.

Mag. Richard Gauss  
Senatsrat (Abteilungsleiter der MA 24)

# Gesundheitsbericht Wien: Schlüsselergebnisse

- Wiens Bevölkerung ist von 2015 bis 2023 stark gewachsen und erreichte über 2 Millionen.
- Die Wiener\*innen bewerten ihr Leben allgemein als gut. Im Durchschnitt lag 2019 die Lebensqualität bei 76 von 100 Punkten, 2022 lag die Lebenszufriedenheit bei 7,7 von 10 Punkten. Schlechter ist sie aber bei Geringverdienenden und Personen aus Drittstaaten.
- Die meisten Wiener\*innen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Mit 70,5 % hatte sich dieser Anteil 2022 gegenüber 2014 mit 78,8 % jedoch deutlich verringert.
- Von 2014 bis 2022 ist die gesunde Lebenserwartung der Wiener\*innen gesunken (auf knapp unter 60 Jahre). Zuvor war sie seit den 1990ern angestiegen.
- Die Sterblichkeit in Wien ist im Berichtszeitraum bis 2019 gesunken, danach aber angestiegen. Dies ist auf COVID-19-Todesfälle zurückzuführen.
- Während der COVID-19-Pandemie (2020 – 2022) gab es in Wien wiederholt Phasen signifikanter Übersterblichkeit. Dies betraf besonders Wiener\*innen ab 65 Jahren.
- Hingegen ist die Sterblichkeit an vielen nicht-übertragbaren Krankheiten, wie Herzkrankheiten, Schlaganfällen und bestimmten Krebsarten im Berichtszeitraum gesunken.
- Die Rate der Neuerkrankungen an häufigen Krebsarten (z.B. Lungen-, Darm- und Brustkrebs) ist zurückgegangen.
- 2022 betrafen gesundheitsbedingte Alltagseinschränkungen 28 % der Wiener\*innen. Seit 2014 war dieser Anteil etwa stabil, während er österreichweit auf das gleiche Niveau sank.
- Der Anteil chronisch Erkrankter in Wien lag 2022 mit 39,5 % leicht über dem österreichischen Wert. 2014 waren die Anteile noch auf gleichem Niveau von circa 36 % gelegen.
- Die Mehrheit der Wiener\*innen ab 60 Jahren leidet an einer oder mehreren chronischen Krankheiten. 2019 litten 16,0 % an Diabetes mellitus und 11,1 % an COPD.
- Einige Gesundheitsprobleme werden von Frauen häufiger angegeben als von Männern, darunter Schmerzen, Depression und Harninkontinenz.
- Frauen schätzen ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden schlechter ein. 2022 war ihre gesunde Lebenserwartung kürzer als die der Männer. Ihre 30-Tage-Sterblichkeit nach Spitalsaufenthalt wegen Herzinfarkt oder Schlaganfall war von 2015 bis 2022 stets höher.
- Männer haben eine (fast 5 Jahre) geringere Lebenserwartung. Sie erkranken häufiger bzw. früher an potenziell tödlichen Krankheiten und weisen mehr Arbeitsunfälle auf. Ihr Gesundheitsverhalten (Fleisch- und Gemüsekonsum, tägliches Rauchen, Alkohol) ist schlechter.
- 10,2 % der Wiener\*innen berichteten 2019 von einer Depression. Zudem wirkte sich die COVID-19-Pandemie für 49,1 % psychisch negativ aus. Das ist mehr als in Österreich gesamt.
- 2022 wurde täglicher Obst- und Gemüsekonsum (41,9 %) und Alkoholabstinenz (35,2 %) von den Wiener\*innen häufiger angegeben als in Erhebungen aus 2019 und 2014.
- Übergewicht (33,5 %) und Adipositas (18,1%) betrafen 2022 einen größeren Teil der Wiener\*innen als noch 2014 oder früher.
- Eine Minderheit (40,2 %) der Wiener\*innen schätzt die soziale Unterstützung durch Mitmenschen als hoch ein. Im Alter und bei Gesundheitsproblemen sind es noch weniger.
- Bundesländervergleiche ergeben für Wien ein gemischtes Bild. So liegt die Zahl der Suizide im unteren, die Säuglingssterblichkeit meist im oberen Bereich.
- Von Jahr zu Jahr nutzen mehr Wiener\*innen allgemeine Vorsorgeuntersuchungen. 2022 taten dies 19,1 % der Frauen und 16,8 % der Männer. 2015 waren es 14,2 % und 13,2 %.
- Die Mehrheit der Wiener\*innen ab 60 Jahren hat schon einmal die empfohlenen Vorsorge-Screenings genutzt. Fast 50 % hatten jedoch noch nie eine Darmspiegelung oder die letzte liegt mehr als 5 Jahre zurück.
- Die Zahl der niedergelassenen Kassenärzt\*innen (Fach- und Allgemeinmedizin) ist von 2015 bis 2023 stetig gesunken, jene der Wahlärzt\*innen währenddessen gestiegen.
- Etwa 80 % Wiener\*innen bestätigen, in den letzten 12 Monaten niedergelassene Ärzt\*innen aufgesucht zu haben – ausgenommen jüngere Männer: Sie tun dies generell seltener.
- Rückgänge bei Aufenthalts- und Belagsdauer ermöglichten in den meisten Bereichen eine Reduktion der Zahl der Spitalsbetten (mit Ausnahmen, wie in der Intensivmedizin).
- Zukünftig sollen zur Spitalsentlastung bestimmte Routineleistungen verstärkt in spezialisierten Einrichtungen außerhalb der Spitäler erbracht werden.



# Vienna Health Report: Key findings

- Vienna's population has grown markedly between 2015 and 2023, exceeding 2 million late 2023.
- The Viennese generally rate their lives as good. On average, quality of life received 76 out of 100 points in 2019. Life satisfaction received 7.7 out of 10 points in 2022 (on a slightly different answer scale). However, low-income earners and people from non-EU-countries score lower.
- Most Viennese people describe their state of health as good or very good. However, at 70.5% in 2022, this proportion had fallen significantly from 78.8% in 2014.
- Between 2014 and 2022, healthy life expectancy of Viennese people fell (to just under 60 years). Previously, it had been increasing since the 1990s.
- During the reporting period, mortality in Vienna fell until 2019, but increased thereafter. This is due to COVID-19 deaths.
- During the COVID-19 pandemic (2020-2022), there were repeated phases of significant excess mortality in Vienna. This particularly affected Viennese people aged 65 and over.
- In contrast, mortality from many non-communicable diseases such as heart diseases, strokes and certain types of cancer fell during the reporting period.
- The rate of new cases of common types of cancer (e.g. lung, colon, and breast) has decreased.
- In 2022, health-related limitations in everyday life affected 28% of Vienna's population. This proportion has remained roughly stable since 2014, while it has fallen to the same level across Austria.
- At 39.5%, the proportion of chronically ill people in Vienna was slightly above the Austrian figure in 2022. In 2014, both figures were still at the same level of around 36%.
- The majority of Viennese people aged 60 and over are affected by one or more chronic diseases. In 2019, 16.0% suffered from diabetes mellitus and 11.1% from COPD.
- Compared with men, women report certain health problems more frequently, including pain, depression and urinary incontinence.
- Women rate their physical and mental well-being lower than men. In 2022, their healthy life expectancy was shorter than that of men. Their 30-day mortality rate after hospitalisation for heart attack or stroke was higher during the entire reporting period.
- Men have a lower life expectancy (almost 5 years). They contract potentially fatal diseases more frequently or earlier. They are more likely to be injured in accidents at work. Their health behaviour (meat and vegetable consumption, daily smoking, alcohol) is worse.
- 10.2% of Viennese people reported depression in 2019. The COVID-19 pandemic also had a negative psychological impact on 49.1%. That is more than in Austria generally.
- In 2022, daily fruit and vegetable consumption (41.9%) and abstinence from alcohol (35.2%) were reported more frequently than in surveys from 2019 and 2014.
- Overweight (33.5%) and obesity (18.1%) affected a larger proportion of Vienna's population in 2022 than in 2014 or earlier.
- A minority (40.2%) of Viennese people rate the social support they receive from others as high. The figure is even lower for older people and those with health problems.
- Comparisons among the federal states show a mixed picture for Vienna. The number of suicides is in the lower range, while infant mortality is generally in the upper range.
- A growing proportion of residents makes use of general preventive screenings every year. In 2022, 19.1% of women and 16.8% of men did this – compared to 14.2% and 13.2% in 2015.
- The majority of residents aged 60 and over have made use of age-appropriate preventive screenings at least once in their lives. However, almost 50% have never had a colonoscopy or they had their last one more than 5 years ago.
- The number of statutory health insurance doctors (general practitioners and specialists) fell steadily between 2015 and 2023, while the number of elective doctors increased.
- In 2022, around 80% of people living in Vienna report visiting doctors in their practice during the last 12 months – with the exception of younger-aged men. They generally do this less often.
- Decreases in hospitalisations and the length of hospital stays have made it possible to reduce the number of hospital beds in most areas (with exceptions, such as in intensive care medicine).
- In the future, specialised medical facilities will increasingly provide certain routine services in order to relieve hospitals.



# Inhalt

|   |            |
|---|------------|
| Vorworte  | 6          |
| Gesundheitsbericht Wien: Schlüsselergebnisse          | 8          |
| Vienna Health Report: Key findings                    | 9          |
| Abbildungen   | 12         |
| Tabellen  | 14         |
| <b>Einleitung</b>                                     | <b>17</b>  |
| <b>Datenquellen und Methoden</b>                      | <b>21</b>  |
| <b>Demografie</b>                                     | <b>25</b>  |
| Bevölkerungsstand                                     | 26         |
| Bevölkerungsstruktur                                  | 26         |
| Bevölkerungsentwicklung                               | 29         |
| <b>Gesundheitszustand</b>                             | <b>33</b>  |
| Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand               | 34         |
| Lebenserwartung                                       | 35         |
| Allgemeine und todesursachenspezifische Sterblichkeit | 38         |
| Gesundheitliche Probleme der Menschen in Wien         | 52         |
| Handlungs- und Leistungsfähigkeit                     | 78         |
| Lebensqualität und Wohlbefinden                       | 84         |
| <b>Verhaltensbezogene Gesundheitsdeterminanten</b>    | <b>89</b>  |
| Gesundheits- und Risikoverhalten                      | 90         |
| Körperliche Faktoren                                  | 103        |
| <b>Verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten</b>    | <b>107</b> |
| Soziale Determinanten von Gesundheit                  | 108        |
| Soziale Beziehungen und Gesundheit                    | 121        |
| Umweltfaktoren  | 124        |
| <b>Gesundheitsförderung und Prävention</b>            | <b>133</b> |
| Gesundheitsförderung                                  | 134        |
| Prävention  | 138        |
| <b>Gesundheitsversorgung</b>                          | <b>147</b> |
| Ambulante Versorgung                                  | 148        |
| Stationäre Versorgung                                 | 158        |
| Versorgungsqualität                                   | 164        |
| Pflege und Betreuungsdienste in Wien                  | 166        |
| Psychiatrische und psychosoziale Versorgung           | 168        |
| Schwangerschaft, Geburt und Versorgungsaspekte        | 175        |
| <b>Zusammenfassung und Fazit</b>                      | <b>181</b> |
| Glossar   | 192        |
| Quellenverzeichnis                                    | 198        |

# Abbildungen

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Abb. 1:  | Jugend-, Alters- und Gesamtquotient, Wien, 2015 bis 2022  | 27 |
| Abb. 2:  | Bevölkerungsveränderung sowie Wanderungs- und Geburtenbilanz, Wien, 2015 bis 2022   | 29 |
| Abb. 3:  | Bevölkerungsveränderung, Wiener Bezirke, 2015 bis 2022  | 30 |
| Abb. 4:  | Bevölkerungsprognose, nach Altersgruppen, Hauptvariante für Wien bis 2050, Stand: 2022  | 31 |
| Abb. 5:  | Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Wien, 2019   | 34 |
| Abb. 6:  | Subjektiver (sehr) guter Gesundheitszustand, nach Altersgruppen, Wien, 2019   | 35 |
| Abb. 7:  | Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2022  | 36 |
| Abb. 8:  | (Fernere) Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit, in Jahren, nach Geschlecht, Wien, 2014 bis 2022   | 36 |
| Abb. 9:  | Gesamtsterblichkeit, altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021   | 39 |
| Abb. 10: | Todesursachenspezifische Sterblichkeit, die drei häufigsten Ursachengruppen (ICD-Kapitel), altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021   | 41 |
| Abb. 11: | Sterblichkeit aufgrund von Myokardinfarkt und zerebrovaskulären Krankheiten, altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021   | 43 |
| Abb. 12: | Sterblichkeit aufgrund von Krebs an den vier häufigsten Lokalisationen, altersstandardisiert, Frauen, Wien, 2015 bis 2021   | 44 |
| Abb. 13: | Sterblichkeit aufgrund von Krebs an den vier häufigsten Lokalisationen, altersstandardisiert, Männer, Wien, 2015 bis 2021   | 45 |
| Abb. 14: | Sterblichkeit aufgrund chronisch-obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD), altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021   | 46 |
| Abb. 15: | Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus, altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021  | 47 |
| Abb. 16: | Absolute Zahl der Todesfälle und 99%-Prognoseintervall je Kalenderwoche, Wien, 2020 bis 2022  | 49 |
| Abb. 17: | Sterblichkeit durch Selbsttötung und Selbstbeschädigung (Suizide) (X60-X84, Y87.0), altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021                    | 51 |
| Abb. 18: | Prävalenz chronischer Krankheiten, Vergleich Globalfrage und Einzelfragen, nach Altersgruppen, Wien, 2019   | 53 |
| Abb. 19: | Prävalenz abgefragter chronischer Krankheiten und Gesundheitsprobleme, nach Geschlecht, Wien, 2019  | 55 |
| Abb. 20: | Ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten (eine oder mehrere -Krankheiten), 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019  | 57 |
| Abb. 21: | Inzidenz akuter Myokardinfarkt, altersstandardisierte Näherungswerte, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021  | 57 |
| Abb. 22: | Inzidenz ischämischer Schlaganfall, altersstandardisierte Näherungswerte, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021  | 58 |
| Abb. 23: | Krebs, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019  | 60 |
| Abb. 24: | Krebs-Inzidenz, altersstandardisiert, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019   | 60 |
| Abb. 25: | Krebs-Inzidenz bei Männern, altersstandardisiert, ausgewählte Lokalisationen, Wien, 2013 bis 2020   | 61 |
| Abb. 26: | Lokalisationsbereiche der Krebs-Neuerkrankungen bei Männern, nach relativer Häufigkeit, Wien, 2013 bis 2019   | 62 |
| Abb. 27: | Krebs-Inzidenz bei Frauen, altersstandardisiert, ausgewählte Lokalisationen, Wien, 2013 bis 2020  | 62 |
| Abb. 28: | Lokalisationsbereiche der Krebs-Neuerkrankungen bei Frauen, nach relativer Häufigkeit, Wien, 2013 bis 2019  | 63 |
| Abb. 29: | COPD, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019   | 64 |
| Abb. 30: | Diabetes mellitus, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019  | 64 |
| Abb. 31: | Chronische Schmerzen, aktuelle Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019   | 67 |
| Abb. 32: | Selbstberichtete Depression, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019   | 68 |
| Abb. 33: | Depressive Symptomatik, in den letzten zwei Wochen, nach Schweregrad, Wien, 2019  | 69 |
| Abb. 34: | Symptome beeinträchtigter psychischer Gesundheit, nach Häufigkeit, Wien, 2019   | 69 |
| Abb. 35: | Psychische Auswirkungen durch COVID-19, Wien und Österreich, 2022   | 75 |
| Abb. 36: | Negative psychische Auswirkungen durch COVID-19, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2022  | 75 |
| Abb. 37: | Verletzung bei Haushaltsunfällen, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 76 |
| Abb. 38: | Verletzungen, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppe und Unfallart, Wien, 2019  | 77 |
| Abb. 39: | Sturzbedingte > pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens, akutstationäre Aufenthalte, altersstandardisiert, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2015 bis 2021 | 77 |
| Abb. 40: | Körperliche und sensorische Einschränkungen, aktuelle Prävalenz, Wien, 2019   | 79 |
| Abb. 41: | Einschränkungen bei Körperpflege und persönlicher Basisversorgung (ohne Hilfe), aktuelle Prävalenz, Wien, 2019  | 81 |
| Abb. 42: | Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (ohne Hilfe), aktuelle Prävalenz, Wien, 2019   | 82 |
| Abb. 43: | Dimensionen der Lebensqualität, nach Geschlecht, Wien, 2019   | 84 |
| Abb. 44: | Dimensionen der Lebensqualität, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019   | 85 |
| Abb. 45: | Dimensionen der Lebensqualität, nach Vorliegen chronischer Krankheiten, Wien, 2019  | 86 |
| Abb. 46: | Dimensionen der Lebensqualität, nach Grad der Einschränkung bei Alltagstätigkeiten, Wien, 2019  | 87 |

|   |     |
|---|-----|
| Abb. 47: Häufigkeit des Obstkonsums der Personen mit nicht-täglichem Obst- und Gemüsekonsum, Wien, 2019   | 91  |
| Abb. 48: Häufigkeit des Gemüsekonsums der Personen mit nicht-täglichem Obst- und Gemüsekonsum, Wien, 2019   | 91  |
| Abb. 49: Häufigkeit des Fleischkonsums, Wien, 2019  | 92  |
| Abb. 50: Täglicher oder beinahe täglicher Fleischkonsum, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 93  |
| Abb. 51: Häufigkeit des Konsums zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke, Wien, 2019   | 93  |
| Abb. 52: Erfüllung der Bewegungsempfehlungen WHO, Wien, 2019  | 95  |
| Abb. 53: Erfüllung der Bewegungsempfehlungen der WHO, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019   | 95  |
| Abb. 54: Bewegungsverhalten im Alltag, Alltagswege von 10 Minuten oder länger, zu Fuß bzw. mit dem Rad, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019 | 96  |
| Abb. 55: Raucher*innenstatus, nach Altersgruppen, Wien, 2019  | 98  |
| Abb. 56: Tägliche Raucher*innen, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 98  |
| Abb. 57: Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums, 12-Monats-Prävalenz, Wien, 2019   | 99  |
| Abb. 58: Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019   | 100 |
| Abb. 59: Alkoholkonsum, an mindestens 3 bis 4 Tagen pro Woche, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 100 |
| Abb. 60: Rauschtrinken, 12-Monats-Prävalenz, Wien, 2019   | 101 |
| Abb. 61: Monatliches Rauschtrinken, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 102 |
| Abb. 62: Rauschtrinken, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht, Wien, 2019  | 102 |
| Abb. 63: Body-Mass-Index nach WHO-Klassifikation, Wien, 2022  | 104 |
| Abb. 64: Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 104 |
| Abb. 65: Bluthochdruck, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019  | 105 |
| Abb. 66: Negative Gefühle in den letzten 4 Wochen, nach Herkunft, Wien, 2022  | 109 |
| Abb. 67: Gesundheitsverhalten in ausgewählten Bereichen, nach Herkunft, Wien, 2022  | 109 |
| Abb. 68: Ausgewählte Gesundheitsindikatoren, nach höchstem Bildungsabschluss, Wien, 2022  | 110 |
| Abb. 69: Allgemeine Lebenszufriedenheit, nach Einkommen, Wien, 2022   | 110 |
| Abb. 70: Gesundheit und Krankheit, nach Erwerbsstatus, Wien, 2021   | 112 |
| Abb. 71: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, nach Erwerbsstatus, Wien, 2021  | 112 |
| Abb. 72: (Grad der) Einschränkung bei Alltagstätigkeiten durch Gesundheitsproblem, nach Erwerbsstatus, Wien, 2021                                     | 113 |
| Abb. 73: Gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, gesamt und nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2022   | 114 |
| Abb. 74: Arbeitslose mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung, nach Altersgruppen und Bildung, Wien, 2022                                       | 115 |
| Abb. 75: Körperliche Belastungen für Erwerbstätige am Arbeitsplatz, nach Geschlecht, Wien, 2020   | 116 |
| Abb. 76: Psychosoziale Belastungen für Erwerbstätige am Arbeitsplatz, nach Geschlecht, Wien, 2020   | 118 |
| Abb. 77: Arbeitsunfälle je 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2022   | 119 |
| Abb. 78: Soziale Unterstützung nach Osloer 3-Item-Social-Support-Scale, Wien, 2019  | 121 |
| Abb. 79: Soziale Unterstützung in geringem Ausmaß, nach Altersgruppen, Wien, 2019   | 121 |
| Abb. 80: Soziale Unterstützung, ohne und mit chronischer Krankheit, Wien, 2019  | 122 |
| Abb. 81: Soziale Unterstützung, nach Grad gesundheitlicher Einschränkung, Wien, 2019  | 122 |
| Abb. 82: Subjektive Gesundheit und Lebensqualität, nach Grad sozialer Unterstützung, Wien, 2019   | 123 |
| Abb. 83: Jahresmittelwerte der Stickstoffdioxid-Konzentration seit 2011 in Wien   | 125 |
| Abb. 84: Jahresmittelwerte der Konzentration der Feinstaubklasse PM10, Wien, 2011 bis 2022  | 126 |
| Abb. 85: Jahresmittelwerte der Konzentration der Feinstaubklasse PM2,5, Wien, 2011 bis 2022   | 126 |
| Abb. 86: Wirkungsmodell: Auswirkungen des Klimawandels und Gegenmaßnahmen   | 129 |
| Abb. 87: Grippeimpfung in den letzten 12 Monaten, nach Altersgruppen, Wien, 2019  | 139 |
| Abb. 88: Allgemeine Vorsorgeuntersuchung, nach Geschlecht, Wien, 2014 bis 2022  | 140 |
| Abb. 89: Letzte Blutzuckermessung, nach Zeitpunkt, Wien, 2019   | 140 |
| Abb. 90: Letzte Darmspiegelung, nach Zeitpunkt und Altersgruppen, Wien, 2019  | 141 |
| Abb. 91: Letzte Darmspiegelung, Personen ab 50 Jahren, nach Zeitpunkt, Wien, 2019   | 142 |
| Abb. 92: Letzte Mammografie, nach Zeitpunkt und Altersgruppen, Wien, 2019   | 143 |
| Abb. 93: Letzte Mammografie, nach Zeitpunkt, Wien, 2019   | 143 |
| Abb. 94: Letzter Gebärmutterhals-Abstrich, nach Zeitpunkt und Altersgruppen, Wien, 2019   | 144 |
| Abb. 95: Letzter Gebärmutterhals-Abstrich, nach Zeitpunkt, Wien, 2019   | 144 |
| Abb. 96: Besuch bei Allgemeinmediziner*innen in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Altersgruppe, Wien, 2022                                  | 148 |
| Abb. 97: Ärzt*innen- und Versorgungsdichte in der Allgemeinmedizin, Wien, 2015 bis 2023   | 149 |
| Abb. 98: Besuch bei Fachärzt*innen in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2022   | 151 |
| Abb. 99: Ärzt*innen- und Versorgungsdichte in der Fachmedizin, Wien, 2015 bis 2023  | 151 |
| Abb. 100: Besuch bei Ärzt*innen, nach Fach und (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019   | 152 |

|  |     |
|--|-----|
| Abb. 101: Zahnarztbesuch, nach Geschlecht und (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019   | 153 |
| Abb. 102: Ärzt*innen- und Versorgungsdichte in der Zahnmedizin, Wien, 2015 bis 2021  | 154 |
| Abb. 103: Besuch einer Spitals- oder Unfallambulanz, nach (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019   | 154 |
| Abb. 104: Besuch einer Spitals- oder Unfallambulanz, nach Altersgruppen und (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019                                       | 155 |
| Abb. 105: Zufriedenheit mit medizinischen Einrichtungen, nach Art der Einrichtung, Wien, 2019  | 155 |
| Abb. 106: Einnahme verschriebener Medikamente, letzte 2 Wochen, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien, 2019  | 156 |
| Abb. 107: Vollstationäre Aufenthalte in den letzten 12 Monaten, nach Altersgruppen, Wien, 2019   | 159 |
| Abb. 108: Stationäre Aufenthalte in FKA und UKH, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien, 2021   | 163 |
| Abb. 109: 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Akutkrankenanstalten, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2022   | 164 |
| Abb. 110: 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Akutkrankenanstalten, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2022      | 165 |
| Abb. 111: Besuch bei Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen in den letzten 12 Monaten, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien, 2019 | 169 |
| Abb. 112: Lebendgeborene und gestorbene Personen, Wien, 2015 bis 2021  | 175 |
| Abb. 113: Mütter unter 20 Jahren, Wien und Österreich, 2015 bis 2021   | 176 |
| Abb. 114: Kaiserschnittanteil, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021   | 177 |
| Abb. 115: Frühgeborene und Neugeborene mit Untergewicht, Wien, 2015 bis 2021   | 178 |
| Abb. 116: Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021   | 179 |

# Tabellen

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| Tab. 1:  | Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten   | 34  |
| Tab. 2:  | Lebenserwartung bei Geburt nach subjektivem Gesundheitszustand, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022                          | 37  |
| Tab. 3:  | Jährlich Gestorbene aller Todesursachen, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2019 und 2021   | 40  |
| Tab. 4:  | Todesursache Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021  | 42  |
| Tab. 5:  | Todesursache bösartige Neubildungen (C00-D48), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021  | 44  |
| Tab. 6:  | Todesursache Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021   | 46  |
| Tab. 7:  | Todesursache Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021                        | 47  |
| Tab. 8:  | Todesursache Infektionskrankheiten, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2019 bis 2021  | 48  |
| Tab. 9:  | Todesursache Verletzungen und Vergiftungen (V01-X59, Y85-Y86), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021                                    | 50  |
| Tab. 10: | Chronische Krankheit, Globalfrage, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten   | 52  |
| Tab. 11: | Chronische Krankheit, Auswahl aus Liste, Wien und Österreich, 12-Monats-Prävalenz, 2014 und 2019, Anteile der Befragten                      | 53  |
| Tab. 12: | Mindestens eine ischämische Herz-Kreislauf-Krankheit, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten      | 56  |
| Tab. 13: | Krebs, Lebenszeit-Prävalenz und 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 und 2019, Anteile der Befragten                            | 59  |
| Tab. 14: | Krebs, Lebenszeit-Prävalenz (Näherungswert), Wien und Österreich, 2017   | 59  |
| Tab. 15: | COPD, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten  | 63  |
| Tab. 16: | Diabetes mellitus, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten   | 64  |
| Tab. 17: | Chronische Krankheiten, (diagnostizierte) Lebenszeit-Prävalenz bei Ab-60-Jährigen, Wien und Österreich, 2017 und 2021, Anteile der Befragten | 65  |
| Tab. 18: | Chronische Schmerzen, 6-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht, Wien, 2014 und 2019, Anteile der Befragten  | 66  |
| Tab. 19: | Depression, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten  | 67  |
| Tab. 20: | Allergien, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 und 2019, Anteile der Befragten                                   | 70  |
| Tab. 21: | Demenz bei Menschen in mittlerem und höherem Alter, Wien und Österreich, 2017 und 2019/20, Anteile der Befragten                             | 70  |
| Tab. 22: | Meldepflichtige übertragbare Erkrankungen, Wien und Österreich, 2022   | 72  |
| Tab. 23: | Gesundheitsbedingte Einschränkungen, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten   | 78  |
| Tab. 24: | Täglicher Konsum von Gemüse und Obst, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten  | 90  |
| Tab. 25: | Tägliches Rauchen von Tabakwaren, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten                                 | 97  |
| Tab. 26: | Täglich Alkohol Trinkende und Abstinente, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022  | 99  |
| Tab. 27: | Übergewichtige und Adipöse, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022  | 103 |
| Tab. 28: | Bluthochdruck/Hypertonie, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten                                  | 105 |
| Tab. 29: | Anteil Erwachsener mit aufrechtem Impfschutz (selbst berichtet), Wien, 2019  | 138 |
| Tab. 30: | In Fondskrankenanstalten (FKA) vorgehaltene Betten   | 160 |
| Tab. 31: | In Fondskrankenanstalten (FKA) verzeichnete Aufenthalte  | 161 |





# **Einleitung**



**Gesundheitsberichte** sind essentiell für das Monitoring des Gesundheitszustandes und Versorgungsbedarfs einer Bevölkerung. Sie ermöglichen es, den aktuellen Versorgungsbedarf abzubilden, Entwicklungen und Herausforderungen für die Zukunft zu erkennen und Maßnahmen zielgerichteter zu setzen. Auch Veränderungen, die sich durch unvorhergesehene Ereignisse und Krisen ergeben, sollen so gut es geht analysiert und dargestellt werden.

Der neue Wiener Gesundheitsbericht versucht, all dies zu leisten. Dabei wird selbstverständlich auch auf die COVID-19-Pandemie eingegangen. Eine umfassende Nachbetrachtung ihrer Auswirkungen ist aber erst teilweise möglich, da dies auch von der Datenlage abhängt.

Die herangezogenen **Datenquellen** umfassen einerseits statistische Datenbanken mit Informationen zu Themen wie Krankenhausaufenthalte und Todesursachen. Andererseits fallen darunter auch Befragungen der Wiener Bevölkerung zu Themen wie Lebensqualität, chronische Krankheiten oder dem Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung etc.). Die Daten werden nach Geschlecht, Alter und weiteren Indikatoren aufgeschlüsselt. Die Darstellung erfolgt übersichtlich, soll durch Umfang und Detailreichtum der interessierten Öffentlichkeit aber auch die Möglichkeit bieten, auf Spezialfragen betreffend das Wiener Gesundheitssystem Antworten zu finden.

Grundsätzlich erscheint der Wiener Gesundheitsbericht in mehrjährigem Abstand und fasst die seit der jeweils vorangegangenen Publikation veröffentlichten Gesundheitsdaten zusammen. Da der vorherige Wiener Gesundheitsbericht<sup>1</sup> einen **Betrachtungszeitraum** bis längstens 2015 berücksichtigt, beginnen die Darstellungen in dieser Neuauflage des Berichts zumeist 2015, früher nur, wenn dies für Vergleiche zielführend erschien. Es wurde versucht, die aktuellsten verfügbaren Daten in den Bericht einzubeziehen. Diese reichen, abhängig vom Thema, maximal bis 2023 (wobei dieses Jahr nur vereinzelt abgedeckt ist). Daten zu einigen wichtigen Themen, z.B. den chronischen Erkrankungen, wurden schon vor der Pandemie im Rahmen der letzten Gesundheitsbefragung 2019 erhoben.

Aus den diversen Bestandsaufnahmen von vor (bis 2019) und während der COVID-19-Pandemie (2020 bis 2023) ergibt sich ein facettenreiches Bild der Gesundheit der Wiener\*innen und der Wiener Gesundheitslandschaft. In näherer Zukunft werden die Nachwirkungen dieser Pandemie in diversen Datenerhebungen weiter ihren Niederschlag finden und die Wiener Gesundheitsberichterstattung in ihren Publikationen noch länger beschäftigen.

Im neuen Wiener Gesundheitsbericht erfolgt auf Basis des bisher verfügbaren Datenmaterials also eine Nachbetrachtung des Berichtszeitraums 2015 bis 2023. Am Beginn stehen kurze Erläuterungen zu Datenquellen und Methoden. Es folgt ein Kapitel zu den wichtigsten demografischen Maßzahlen. Der Hauptteil des Berichts behandelt Gesundheitsthemen im engen und weiteren Sinn – vom Gesundheitszustand (körperlich und psychisch) über relevante Verhaltensweisen und andere Gesundheitsdeterminanten (> Determinante), Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur Gesundheitsversorgung und zum Pflegewesen. Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung und kurze Schlussfolgerungen zu ausgewählten Ergebnissen, die für die Entwicklungen der nächsten Jahre besonders relevant erscheinen.

Im Anhang findet sich ein ausführliches Glossar. Wenn im Text darauf verwiesen wird, ist dies mit dem Zeichen > vor dem erklärten Begriff gekennzeichnet.

1 Erscheinungsjahr 2017, verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](http://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)



# **Datenquellen und Methoden**

Der Wiener Gesundheitsbericht verarbeitet Gesundheitsdaten, die einer Vielfalt verschiedener Quellen entstammen. Dazu gehören national und international durchgeführte **Umfrageerhebungen (Surveys)**, in denen Personen aus der Bevölkerung zu ihrer Gesundheit und anderen Themen befragt werden. Die österreichische Gesundheitsbefragung, der Austrian Health Interview Survey (> ATHIS), ist ein Teil des European Health Interview Surveys (EHIS) und repräsentativ für die Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Traditionell ist er eine zentrale Datenquelle österreichischer Gesundheitsberichte. Ein Grund liegt darin, dass gewisse Informationen wie die Häufigkeit von Krankheiten in Österreich nicht ausreichend administrativ erfasst werden. Eine weitere wichtige Gesundheitsbefragung ist der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (> SHARE) für die Bevölkerung ab ca. 50 Jahren<sup>2</sup>. Er wird besonders bei altersrelevanten Themen als ergänzende Quelle verwendet.

Auch Befragungen zu anderen inhaltlichen Schwerpunkten wie die European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) und der Mikrozensus enthalten einige etablierte Fragen zur Gesundheit. Sie dienen ebenfalls als ergänzende Quellen – hauptsächlich wegen ihrer Aktualität. Grundsätzlich werden von jeder Befragung die aktuellsten verfügbaren Datensätze verwendet: ATHIS-Daten aus 2019, Daten aus der SHARE-Erhebung 2021, EU-SILC-Daten aus den Jahren 2021 und 2022 sowie Daten zur arbeitsbezogenen Gesundheit aus dem Mikrozensus 2020. Ergebnisse früherer Befragungswellen wurden zu Vergleichszwecken aus älteren Berichten übernommen (siehe Tabellen zur zeitlichen Entwicklung).

Nach ihrer Bereitstellung durch die erhebenden Organisationen wurden die Datensätze für die Analyse adaptiert. Dies beinhaltet die Eingrenzung der Datensätze auf Wiener Befragte mitsamt Gewichtung nach der Wiener Bevölkerungsstruktur, die Bildung neuer Kategorien durch Umcodieren von > Variablen, das Zusammenführen von Teildatensätzen etc. Die Analyse bestand meist in Häufigkeitsauszählungen und Kreuztabellen (um Gesundheitsvariablen nach Personengruppen, z.B. Frauen und Männer, zu vergleichen). Verwendet wurde dazu die Funktion „benutzerdefinierte Tabellen“ des Statistikprogramms SPSS. Sie erlaubt es, Anteile (z.B. chronisch Kranker an der Bevölkerung = > Prävalenz) und Mittelwerte (z.B. im Index der Lebensqualität) inklusive > Konfidenzintervalle (KI)<sup>3</sup> zu berechnen. Die KI sind in den Grafiken als gestrichelte Linien dargestellt. Diese lassen mit einem Blick erkennen, ob sich die jeweils dargestellten Anteile bzw. Mittelwerte > signifikant unterscheiden: Das ist der Fall, wenn sich zwei gestrichelte Balken- oder Säulenenden nicht überschneiden.

Die zweite Art von Datenquellen für den Wiener Gesundheitsbericht sind (eingeschränkt oder öffentlich zugängliche) **Datenbanken** für administrativ erfasste Daten. Diese werden bei Spitalsaufnahmen, Leistungserbringungen, der Totenbeschau und anderen Prozessen im Gesundheitssystem routinemäßig erhoben bzw. dokumentiert. Dazu gehört die (teilweise kostenpflichtig) öffentlich zugängliche Datenbank StatCube der Statistik Austria, die einen Zugang zu vielfältigen relevanten Daten wie Bevölkerungszahlen, Gestorbene nach Todesursachen und Krebserkrankte bietet. Für die Darstellung im Bericht mussten die Zahlen für Wien gefiltert sowie erforderlichenfalls zur Bevölkerung in Verhältnis gesetzt und > altersstandardisiert werden.

Nur eingeschränkt zugängliche Daten zu den in den öffentlichen Spitälern dokumentierten Aufenthalten, Diagnosen<sup>4</sup> und Leistungen wurden vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über das Daten-Auswertungssystem

- 2 Im Unterschied zu ATHIS inkludiert SHARE die Anstaltsbevölkerung (z.B. in Pflegeheimen). Auf jüngere Menschen spezialisiert ist dagegen die Gesundheitsbefragung Health & Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), die den Kern des für 2024 geplanten Kinder- und Jugendgesundheitsberichts bilden wird.
- 3 Die berechneten Anteile und Mittelwerte sind nur Schätzungen des in der Wiener Bevölkerung (= Grundgesamtheit) existierenden „wahren Wertes“. Das KI gibt eine Bandbreite an, in der dieser „wahre Wert“ mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % (= Konfidenzniveau) liegt.
- 4 Die Dokumentation der Diagnosen wie auch der Todesursachen bei der Totenbeschau erfolgt auf Basis der im ICD-10-Katalog gelisteten Codes ([sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html)), die bestimmten Krankheiten zugeordnet sind. Dem Herzinfarkt sind z.B. die Codes I21 und I22 (akuter bzw. rezidivierender > Myokardinfarkt) zugeordnet.

DIAG zur Verfügung gestellt. Daten zu den Ärzt\*innenzahlen und der Versorgungslage im niedergelassenen Bereich stammen von der Informationsplattform BIG des Dachverbands der Sozialversicherungsträger ergänzt um Daten aus der Ärzt\*innenliste der Ärztekammer. Informationen aus diesen Datenbanken wurden geografisch nach Wien bzw. in Wien lebenden Personen und anderen Kriterien (Fachbereiche, Anbieter\*innen, Krankheitsgruppen etc.) gefiltert. Die Resultate wurden in Grafiken und Tabellen übertragen.

Die Befragungs-Datensätze wurden vorwiegend zur Berechnung von **Anteilen** Erkrankter bzw. Betroffener – meist als Prävalenz in den letzten 12 Monaten – genutzt. Hingegen wurden die den Datenbanken entnommenen absoluten Zahlen zur Bevölkerungszahl Wiens in Bezug gesetzt und daraus **Raten** je 100.000 bzw. 1.000 Einwohner\*innen (EW) berechnet. Die so gewonnenen Maßzahlen sind: > Inzidenzen (Neuerkrankungen je 100.000 EW) sowie **rohe** und **altersstandardisierte**<sup>5</sup> > Sterberaten (Gestorbene je 1.000 EW bzw. 100.000 EW). Auch die Anzahl der Ärzt\*innen wird je 100.000 EW angegeben. Daraus lassen sich wiederum die > Ärztlichen Ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) je 100.000 EW ableiten. In sie fließt auch die „Versorgungsleistung“ der Ärzt\*innen (erfasst durch E-Card-Steckungen) mit ein. Alle diese Maßzahlen beziehen sich auf ein Kalenderjahr.

Bei manchen Themen war die **direkte** Berechnung von Prävalenz und Inzidenz mangels Dokumentation der entsprechenden Daten nicht möglich. Es konnte dann aber **indirekt** und näherungsweise aus anderen Quellen darauf geschlossen werden. Das betraf die Krebs-Prävalenz sowie die Herzinfarkt-Inzidenz.

Da bei Krebs nur die Neuerkrankungen und Todesfälle verzeichnet werden, war nur über den langjährigen Abgleich (1983 bis 2017) beider Datenquellen die annähernde Prävalenz zu berechnen. Da von Herzinfarkten nicht die Neuerkrankungen, wohl aber Todesfälle und Spitalsaufnahmen erfasst werden, war die Inzidenz daraus nur indirekt zu berechnen: Die Kombination beider Quellen sollte aber so gut wie alle jährlichen Neuerkrankungen von Herzinfarkt abdecken, da diese entweder sofort zum Tod führen oder andernfalls stationär behandelt werden müssen (Stadt Wien 2017, 25).

Zusätzlich zu den oben angeführten Datenquellen und Maßzahlen war es zu bestimmten Themen notwendig, Zahlenmaterial von einschlägig tätigen **Organisationen** anzufordern, darunter: Zahlen zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Daten zu gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen vom Wiener Arbeitsmarktservice (AMS) und Zahlen zur Demenz von den Psychosozialen Diensten in Wien (PSD). Die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) steuerte einen Textbeitrag, in dem das Unternehmen und seine Projektstätigkeit beschrieben wird, bei. Das Redaktionsteam möchte den genannten Organisationen ausdrücklich seinen Dank für die Unterstützung aussprechen.

5 Die Altersstandardisierung erfolgt auf Basis der Europabevölkerung 2013 ([ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028](http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028)). Die Altersstruktur Wiens der Jahre, in denen die Sterbefälle bzw. Neuerkrankungen auftraten, wurde dabei (durch Gewichtung von 5-Jahres-Altersgruppen) an die Altersstruktur dieser Standardbevölkerung jeweils angepasst. Dadurch können aussagekräftige Vergleiche zwischen Jahren und territorialen Einheiten (Ländern, Regionen, Bezirken) angestellt werden.





# Demografie

Demografische Indikatoren sind ein unerlässlicher Bestandteil allgemeiner Gesundheitsberichte. Insbesondere das Alter und das Geschlecht sind grundlegende Gesundheitsdeterminanten (> Determinante), die unterschiedliche gesundheitliche oder gesundheitsrelevante Merkmale auf vielfältige Weise beeinflussen.

Die Größe einer Bevölkerung, deren Alters- und Geschlechterstrukturen und ihr Wandel im Zeitverlauf lassen zukünftige Bedarfsänderungen erkennen. Sie weisen auf verschiedene Herausforderungen hin, die auf Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung der Stadt zukommen. Beispielsweise kann sich aus dem Wandel der Altersstruktur der Bevölkerung ein erhöhter Pflegebedarf ergeben. Mit der Altersstruktur ändert sich auch die Verbreitung chronischer Krankheiten, was die Schaffung neuer Versorgungskapazitäten erforderlich machen kann.

## Bevölkerungsstand

Es gibt zwei Möglichkeiten, den Bevölkerungsstand eines bestimmten Jahres zu erheben: Bildet man den **Jahresdurchschnittswert**, so kommt man laut Statistik Austria<sup>6</sup> auf 1.960.655 Personen, die im Laufe des Jahres 2022 im Schnitt in Wien lebten. Als Bevölkerungsstand zu Jahresbeginn am 1.1.2023 werden für Wien 1.982.097 Einwohner\*innen ausgewiesen, am 1.1.2021 waren es noch 1.920.949. Im Spätsommer 2023 wurde laut vorläufigen Daten die 2-Millionen-Marke überschritten.

Wien ist damit unter den neun Bundesländern Österreichs jenes mit der höchsten Bevölkerungszahl – vor dem benachbarten Niederösterreich, das 230.070 Einwohner\*innen (EW) weniger hat. Viele Niederösterreicher\*innen und Burgenländer\*innen pendeln jedoch zur Arbeit und aus anderen Gründen nach Wien, wodurch sich ein reger Austausch zwischen Wien und dem Umland ergibt, der „zugunsten“ Wiens ausfällt. Dieser ist für die Beschreibung der Gesundheit und Gesundheitsversorgung der Wiener Bevölkerung ebenfalls von Bedeutung.

Wien ist als Haupt- und Millionenstadt die einzige **Metropole**<sup>7</sup> und bei Berücksichtigung des Umlandes die einzige Metropolregion Österreichs. Es setzt sich aus 23 Stadtbezirken zusammen. Die bevölkerungsreichsten Bezirke waren zu Jahresbeginn 2021 Favoriten (210.573 EW), Donaustadt (198.806 EW) und Floridsdorf (173.916 EW). Im Vergleich dazu haben innerstädtische Bezirke wie Josefstadt (24.365 EW) oder Mariahilf (31.336 EW) eine viel kleinere Bevölkerungszahl. Am bevölkerungsärmsten ist die Innere Stadt (1. Bezirk) mit 15.867 Einwohner\*innen.

## Bevölkerungsstruktur

Die Bevölkerungsstruktur wird anhand der Merkmale **Alter** und **Geschlecht** dargestellt. Sie unterliegt, ebenso wie der Bevölkerungsstand, einem Wandel im Zeitverlauf.

Die > **Wanderungsbilanz** beeinflusst diesen Wandel, indem sie (wenn sie positiv ist) den Bevölkerungsstand hebt und die Bevölkerungsstruktur meist verjüngt. Dies beeinflusst wiederum die Gesundheit der Bevölkerung. Mit Zuwanderung verbundene kulturelle Einflüsse können ebenfalls gesundheitliche Auswirkungen haben. Daher werden die auf internationale Zuwanderung zurückzuführenden Strukturmerkmale Staatsbürgerschaft, ausländische Herkunft und Bevölkerungsanteil mit > Migrationshintergrund hier ebenso behandelt.

<sup>6</sup> Vergleiche dazu: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-im-jahresdurchschnitt](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-im-jahresdurchschnitt). Wird regelmäßig um neue Werte ergänzt.

<sup>7</sup> Nach traditioneller Definition beginnen Großstädte ab einer Einwohner\*innenzahl von 100.000 (Hillmann 2007, 851f). Metropolen haben darüber hinaus eine Zentrumsfunktion für weiträumige Regionen, z.B. hinsichtlich Verkehr, nationaler und internationaler Kontakte, kulturellem Austausch etc. (ebenda, 564).

## ALTERSSTRUKTUR UND ABHÄNGIGKEITSQUOTIENTEN

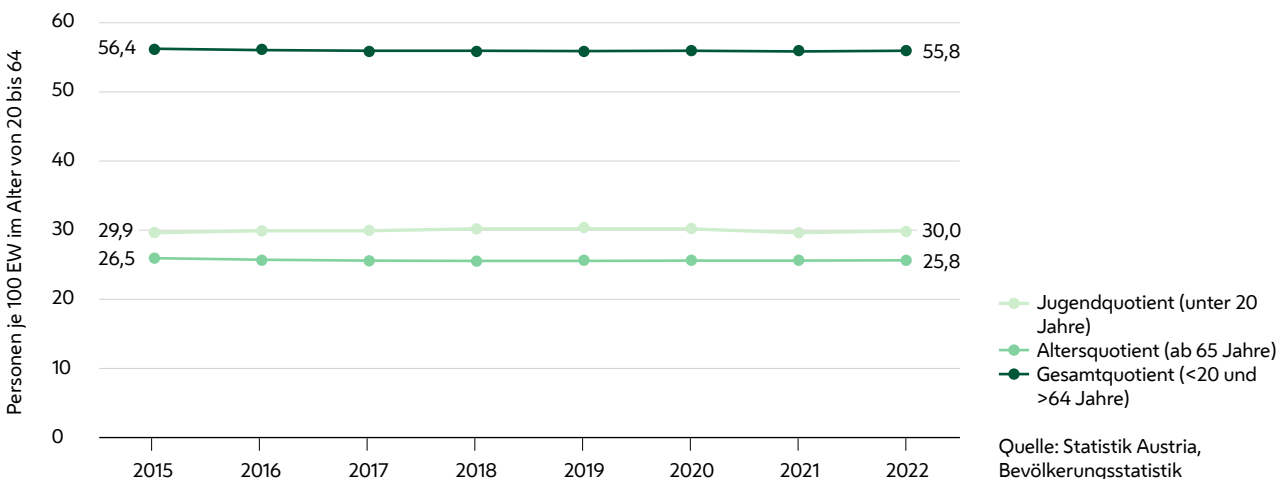
Von den 1.920.949 Einwohner\*innen, die am Stichtag 1.1.2021 in Wien lebten, waren 368.817 Personen 0 bis 19 Jahre alt, 1.234.507 waren 20 bis 64 Jahre alt und 317.625 Personen waren 65 Jahre oder älter<sup>8</sup>. Die Wiener Bevölkerung besteht damit zu 19,2 % aus 0- bis 19-Jährigen, zu 64,2 % aus 20- bis 64-Jährigen und zu 16,5 % aus Ab-65-Jährigen. Damit hat Wien die im Bundesländervergleich jüngste **Altersstruktur**.

Es gibt aber Unterschiede zwischen den Wiener Bezirken. In den drei Bezirken Innere Stadt, Hietzing und Döbling sind die Anteile älterer Personen ab 65 Jahren mit 26 %, 23,9 % und 21,8 % jeweils am höchsten. Alle anderen Bezirke liegen hier unter 20 %.

Die Anteile jüngerer Personen von 0 bis 19 Jahren liegen in den Außenbezirken Favoriten, Simmering, Floridsdorf, Donaustadt und Liesing über 20 %. In den innerstädtischen Bezirken sind sie generell etwas niedriger. Am wenigsten Personen von 0 bis 19 Jahren leben in Mariahilf, Neubau, Innere Stadt und der Josefstadt, wo ihre Anteile 13,3 %, 13,5 %, 13,6 % und 13,8 % betragen.

Die genannten Anteile nach den 3 Altersgruppen bilden die Basis für die sogenannten **> Abhängigkeitsquotienten**. Diese stellen den Teil der Einwohner\*innen, deren Alter als „erwerbsfähig“ klassifiziert werden kann, jenen gegenüber, die sich entweder im Jugend- oder im Pensionsalter befinden.

**Abb. 1: Jugend-, Alters- und Gesamtquotient, Wien, 2015 bis 2022**



Beim **Jugendquotienten** werden die 0- bis 19-Jährigen ins Verhältnis zu den 20- bis 64-Jährigen gesetzt. Pro 100 Personen im Alter von 20 bis 64 gab es Anfang 2022 in Wien 30 Personen im Jugendalter. Der **Altersquotient**, der die Personen ab 65 zu den 20- bis 64-Jährigen ins Verhältnis setzt, beträgt 25,8 je 100 EW im mittleren Alter. Der Jugendquotient blieb somit seit Ende der letzten Berichtsperiode gleich, der Altersquotient sank marginal.

Der aus beiden gebildete **Gesamtquotient** reduzierte sich daher auch leicht von 56,4 im Jahr 2015 auf 55,8 im Jahr 2022. Jugendlichen und älteren Personen standen also insgesamt ein wenig mehr Personen im Haupterwerbsalter gegenüber. Insgesamt blieb die Altersstruktur in Wien jedoch weitgehend stabil. Unter den Bundesländern hat Wien den niedrigsten Gesamt- und den niedrigsten Altersquotienten.

<sup>8</sup> Vergleiche dazu die Informationen auf [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht), inklusive weiterführender Dateien mit Aufschlüsselung der Bevölkerung nach Bundesland und Alter, aus denen die Abhängigkeitsquotienten ableitbar sind.

## GESCHLECHT

Am 1.1.2021 lebten in Wien 938.007 Männer und 982.942 Frauen. Somit waren 48,8 % der Wiener\*innen männlich, 52,2 % waren weiblich.

Nach Bezirken variiert der Frauenanteil zwischen 49,3 % und 53,3 %. Am niedrigsten ist er mit 49,3 % in Rudolfsheim-Fünfhaus und 49,9 % in Favoriten – den einzigen Bezirken, in denen mehr Männer als Frauen leben. Am höchsten ist der Frauenanteil mit je 53,3 % in Hietzing und in Währing und mit 53,0 % in Döbling.

## MIGRATIONS HinterGRUND, AUSLÄNDISCHE HERKUNFT UND STAATSBÜR GERSCHAFT

Personen mit > ausländischer Herkunft sind laut der im Statistischen Jahrbuch der Stadt Wien verwendeten Definition Personen, „die entweder nicht die österreichische Staatsangehörigkeit besitzen oder bei österreichischer Staatsangehörigkeit im Ausland geboren sind“ (Stadt Wien 2022, 59).

Für diese Gruppe wurde früher in Publikationen der Stadt Wien der Begriff Migrationshintergrund gewählt. Dieser wird jedoch national und international üblicherweise in einer anderen Bedeutung, die auch Informationen über die Elterngeneration miteinschließt, verwendet. Solche Informationen werden z.B. von der Statistik Austria im Rahmen des Mikrozensus erhoben und zur Feststellung des Migrationshintergrunds der Befragten verwendet. Die MA 23 der Stadt Wien stellt die inländische bzw. ausländische Herkunft der Wiener\*innen aber anhand der Daten im Zentralen Melderegister (ZMR) fest. Dort finden sich keine Informationen zu den Verwandtschaftsverhältnissen der Gemeldeten (Stadt Wien 2022, 58f).

Die von der Statistik Austria zum **Migrationshintergrund** publizierten Zahlen entsprechen der international üblichen Definition<sup>9</sup>. Um als Person mit Migrationshintergrund zu gelten, müssen demnach entweder beide Elternteile (2. Generation) oder man selbst (1. Generation) im Ausland geboren und nach Österreich zugewandert sein. Nach diesen Kriterien wiesen 2022 im Jahresdurchschnitt 49,7 % der Einwohner\*innen Wiens einen Migrationshintergrund auf. Das ist unter den Bundesländern (BL) der höchste Wert (> BL-Bandbreite: 14,8 % -49,7 %). Dabei handelte es sich bei 36,4 % um Zuwanderinnen und Zuwanderer der ersten Generation und bei 13,3 % um Zuwanderinnen und Zuwanderer der zweiten Generation.

Im Unterschied dazu ist der Anteil der (enger definierten) Gruppe von **Personen mit ausländischer Herkunft**, wie sie im Statistischen Jahrbuch der Stadt Wien ausgewiesen wird, etwas niedriger. Am 1.1.2023 hatten demnach 879.526 von 1.982.097 Wiener\*innen eine ausländische Herkunft, was 44,4 % der Bevölkerung entspricht. Hier sind Personen, die selbst in Österreich geboren sind und die österreichische **Staatsbürgerschaft** besitzen, aber deren Eltern aus dem Ausland zugewandert sind, nicht enthalten. Die österreichische Staatsbürgerschaft hatten am 1.1.2023 laut Statistik Austria 1.303.231 von 1.982.097 Wiener\*innen. Das entspricht 65,8 %. Die restlichen 34,2 % mit ausländischer Staatsbürgerschaft teilen sich auf in Angehörige von EU-Staaten (14,45 %), EFTA-Staaten inkl. Großbritannien (0,35 %) und Drittstaaten (19,4 %).

<sup>9</sup> Vergleiche dazu Beschreibung und Bundesländervergleich auf: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund)

# Bevölkerungsentwicklung

Wiens Bevölkerungsentwicklung war in den letzten Jahrzehnten durch Zuwachs gekennzeichnet. Dieser wird hier rückblickend dargestellt. Es ist abzusehen, dass sich dieser Zuwachs auch in Zukunft fortsetzen wird. Dies geht aus den vorliegenden Bevölkerungsprognosen hervor, auf die ebenfalls eingegangen wird.

Die Bevölkerungsentwicklung wird zudem aus zwei Bilanzen gespeist. Dies ist zum einen die **Wanderungsbilanz**, also das Verhältnis zwischen Weg- und Zugezogenen. Zum anderen ist es die **Geburtenbilanz**, also das Verhältnis zwischen Geburten und Todesfällen. Beides weist derzeit einen Überschuss auf, der zum Bevölkerungszuwachs beiträgt.

## BEVÖLKERUNGSVERÄNDERUNG SEIT 2015

Der Bevölkerung Wiens wuchs in den letzten Jahren ohne Unterbrechung. Zwischen 1.1.2015 und 1.1.2023 hat sich die Einwohner\*innenzahl um insgesamt 184.760 Personen erhöht (+ 10,3%), das sind im Schnitt 23.095 pro Jahr, wobei 2015 und 2022 mit 42.889 bzw. 50.504 Personen die stärksten Zuwächse zu verzeichnen waren und im Jahr 2018 mit 8.715 Personen der schwächste Zuwachs zu verzeichnen war. Der letzte Bevölkerungsrückgang war 1997 zu beobachten. Damals schrumpfte die Bevölkerungszahl Wiens im Lauf des Jahres um 1.316 Personen.

Damit war Wien seit dem Ende des letzten Berichtszeitraums mit 10,3 % wieder das am stärksten wachsende Bundesland Österreichs, vor Vorarlberg mit 7,3 % (BL-Bandbreite: 2,0 % – 10,3 %).

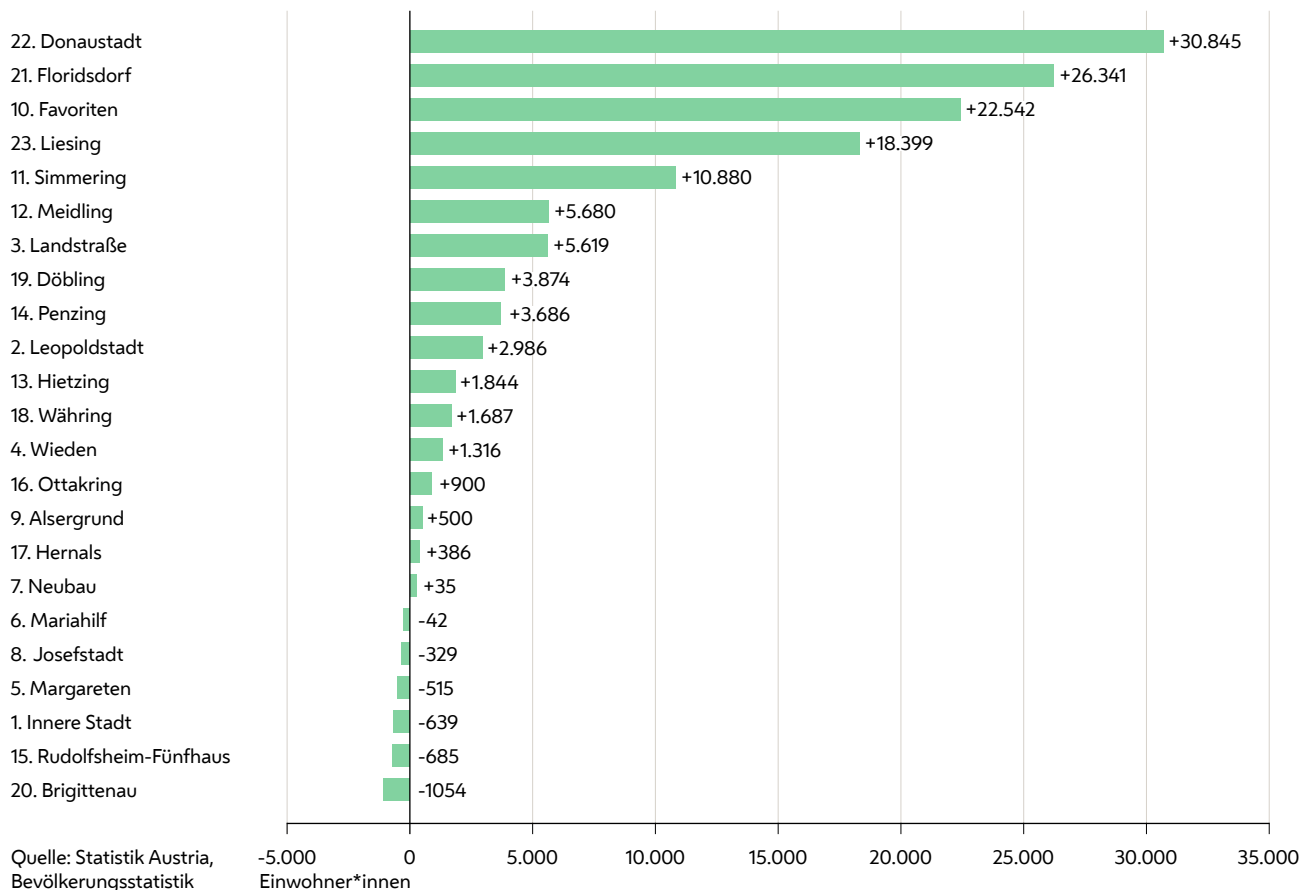
**Abb. 2: Bevölkerungsveränderung sowie Wanderungs- und Geburtenbilanz, Wien, 2015 bis 2022**



Der bestimmende Faktor dafür ist die Zuwanderung. In geringerem Ausmaß trägt auch die positive Geburtenbilanz zum Wiener Bevölkerungswachstum bei. So ergibt sich für 2021 mit einer positiven Wanderungsbilanz von 9.791 Personen, einer positiven Geburtenbilanz von 1.273 Personen und einer statistischen Korrektur von -420 ein Bevölkerungswachstum vom 10.644 Personen.

Auf Bezirksebene gibt es in Wien sechs Gemeindebezirke, die im Beobachtungszeitraum 1.1.2015 bis 1.1.2022 einen leichten Bevölkerungsrückgang erlebt haben. Am höchsten fiel dieser in der Brigittenau (-1.054 EW), in Rudolfsheim-Fünfhaus (-685) und in der Inneren Stadt (-639 EW) aus. Die Bezirke mit dem stärksten Zuwachs waren Donaustadt (+30.845 EW), Floridsdorf (+26.341 EW) und Favoriten (+22.542 EW). Mit Liesing (+18.399 EW) und Simmering (+10.880 EW) sind das jene fünf Flächenbezirke, die schon während des letzten Berichtszeitraums in absoluten Zahlen am stärksten gewachsen sind (Stadt Wien 2017, 11).

**Abb. 3: Bevölkerungsveränderung, Wiener Bezirke, 2015 bis 2022**



### BEVÖLKERUNGSPROGNOSEN

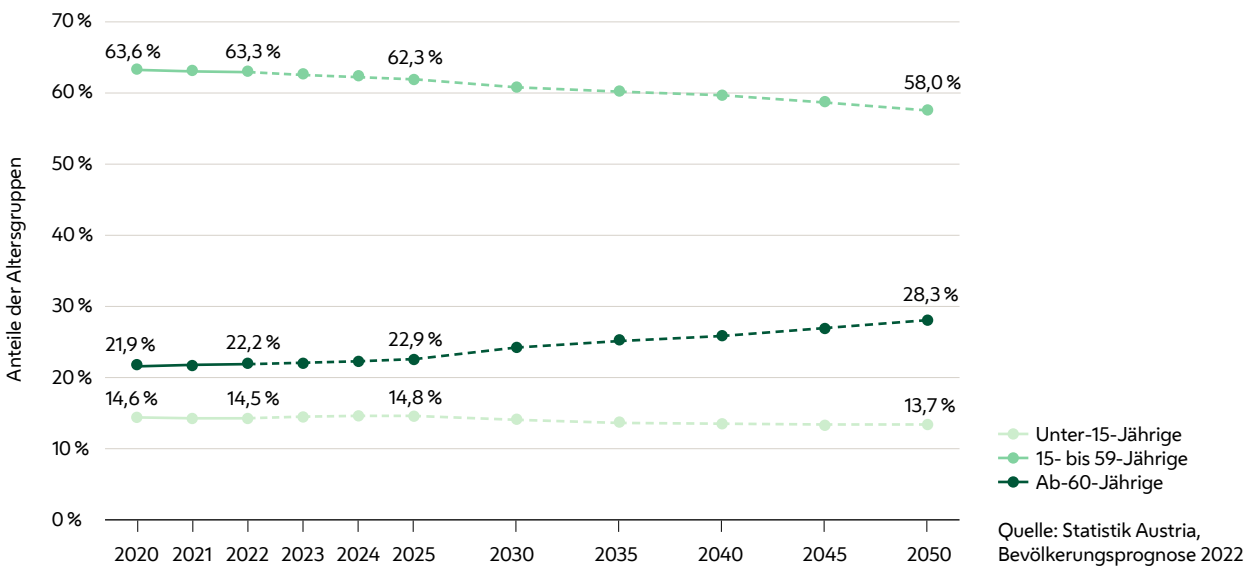
Für die **Gesamtbevölkerung** Wiens ist laut aktueller Bevölkerungsprognose der Statistik Austria (Stand 2022) davon auszugehen, dass zwischen 2023 und 2050 ein Zuwachs von circa 16 % stattfinden wird – von 1,97 Mio. Einwohner\*innen (Ende 2022) auf 2,28 Mio. im Jahr 2050. Dies besagt die **Hauptvariante** der Prognose, die bis dahin von einem gegenüber dem Ist-Stand vergleichbaren Geburten- und Wanderungsüberschuss ausgeht. Im (ebenso durchaus realistischen) **Wachstumsszenario**, das von erhöhter > Fertilität und vergrößertem positiven Wanderungssaldo bis 2050 ausgeht, beträgt der Bevölkerungszuwachs 29 %, sodass die Bevölkerungszahl Wiens 2050 bei 2,55 Mio. liegen wird.

Für das **Geschlechterverhältnis** ergeben sich in beiden Varianten nur geringe Auswirkungen: In der Hauptvariante bleibt der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung praktisch gleich und liegt 2050 bei 51,2 % (2023: 51,3 %). Im Wachstumsszenario sinkt der Anteil der Frauen leicht auf 50,8 % im Jahr 2050.

Die **Altersstruktur** der Bevölkerung ändert sich demgegenüber zwar ein wenig stärker, bleibt aber relativ stabil. Die in der Hauptvariante prognostizierte Entwicklung ist in Abbildung 4 dargestellt.

- Es ist zu sehen, dass der Anteil der Unter-15-Jährigen (hellgrüne Linie) um 0,8 Prozentpunkte auf 13,7 % der Bevölkerung sinkt. (Im Wachstumsszenario würde er auf 16,1% steigen.)
- Der Anteil der 15- bis 59-Jährigen (mittelgrüne Linie) würde sinken, und zwar um 5,3 Prozentpunkte auf 58,0 % der Bevölkerung. (Im Wachstumsszenario gäbe es einen Rückgang um 6,0 Prozentpunkte.)
- Der Anteil der Personen ab 60 Jahren (dunkelgrüne Linie) würde steigen, und zwar um 6,1 Prozentpunkte auf 28,3 % (Im Wachstumsszenario wäre ein leichter Anstieg um 4,4 Prozentpunkte auf 26,8 % der Bevölkerung zu verzeichnen.)

**Abb. 4: Bevölkerungsprognose, nach Altersgruppen, Hauptvariante für Wien bis 2050, Stand: 2022**



Trotz der im bundesweiten Vergleich erwarteten relativ stabilen Altersstruktur Wiens sorgt der etwas anwachsende Anteil älterer Personen in Wien (bei gleichzeitig etwas zurückgehendem Anteil von Personen im Erwerbsalter) für gesundheits- und sozialpolitische Herausforderungen. Dies betrifft z.B. die Bereiche Pflege und Betreuung, Versorgung chronisch kranker Menschen, Mobilitätsfragen und die Schaffung altersgerechter Wohnumgebungen.





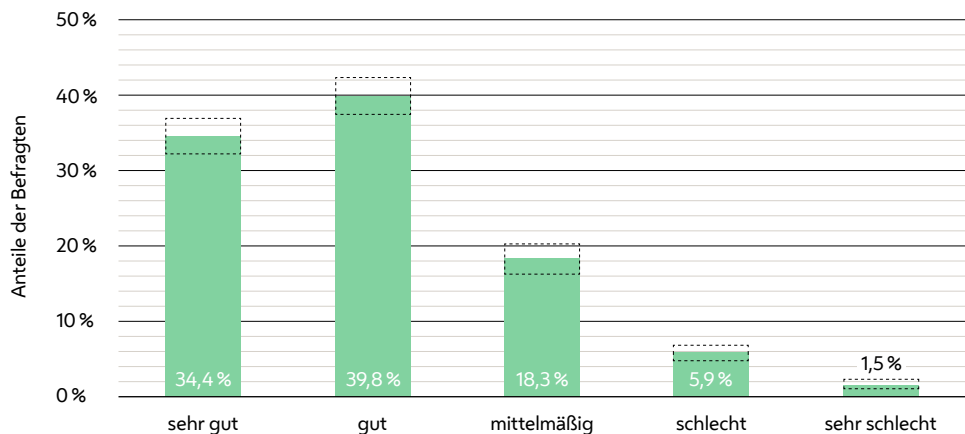
# **Gesundheitszustand**

Ein ausgewogenes Bild des Gesundheitszustandes der Wiener Bevölkerung umfasst Aspekte der positiven wie der negativen Gesundheit. Letzteres bezeichnet körperliche und psychische Störungen, Probleme und Beschwerden, die z.B. mittels > Inzidenzen und > Prävalenzen diverser Krankheiten abgebildet werden. Die positiven Gesundheitsaspekte werden hingegen mit > Indikatoren wie Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und positiver Selbsteinschätzung der Gesundheit gemessen. Positive wie negative Aspekte haben Einfluss auf die Qualität und auf die Dauer des Lebens. Dies kommt in den > Sterberaten, der Lebenserwartung sowie der Häufigkeit von Einschränkungen in der Leistungs- und Handlungsfähigkeit zum Ausdruck.

## Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

Traditionell schätzen die Wiener\*innen zum überwiegenden Teil ihre eigene Gesundheit gut (39,8 %) oder gar sehr gut (34,4 %) ein. Dies sieht man regelmäßig in den Daten der Gesundheitsbefragung ATHIS (Austrian Health Interview Survey), so auch in der letzten Erhebung 2019 (siehe Abb. 5).

**Abb. 5: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Aus der COVID-19-Pandemiezeit zeigt jedoch die EU-Statistik zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC 2021 & 2022), die die selbsteingeschätzte Gesundheit ebenfalls mit-erfasst, dass (sehr) gute Selbsteinschätzungen in den letzten Jahren zurückgehen. Ein bereits längerer Trend setzt sich damit fort (Tab. 1).

**Tab. 1: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten**

Fragestellung: *Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie ... ?*

|                 | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2021 | Ö 2021 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|-----------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| (sehr) gut      | 70,5 %    | 70,1 % | 72,5 %    | 71,9 % | 74,3 %    | 74,5 % | 78,8 %    | 78,6 % |
| mittelmäßig     | 20,3 %    | 21,4 % | 18,7 %    | 20,5 % | 18,3 %    | 19,1 % | 14,9 %    | 16,8 % |
| (sehr) schlecht | 9,2 %     | 8,5 %  | 8,8 %     | 7,6 %  | 7,5 %     | 6,4 %  | 6,4 %     | 4,5 %  |

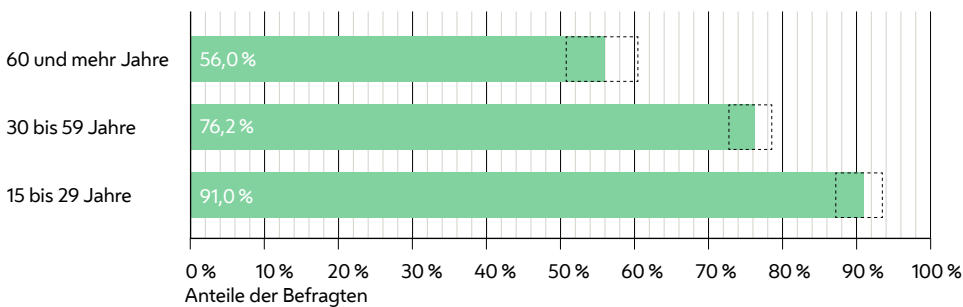
Quellen: ATHIS (2014, 2019), EU-SILC (2021, 2022)

Wie die Tabelle zeigt, betrifft dieser Rückgang um mehr als 8 Prozentpunkte seit 2014 sowohl Wien als auch Österreich insgesamt. Er ist > signifikant. Die Anteile von Personen, die ihre allgemeine Gesundheit als mittelmäßig bzw. (sehr) schlecht bezeichnen, stiegen dementsprechend an. Insgesamt liegen die Anteile für Wien nahe an den

gesamtosterreichischen Werten – keiner weicht signifikant von ihnen ab. Bisher (d.h. 2019 und 2021) bestanden auch keine signifikanten Unterschiede nach dem **Geschlecht** – seit 2022 bezeichnen Frauen ihre Gesundheit wieder signifikant weniger häufig als (sehr) gut. Für die nächste ATHIS-Erhebung 2025 wird interessant sein, ob sich diese Trends auch nach der COVID-19-Pandemie weiter fortsetzen.

Ungeachtet des Geschlechts bestehen hinsichtlich der selbsteingeschätzten Gesundheit signifikante Unterschiede nach dem **Alter**. Die Abbildung 6 zeigt – für breit gefasste Altersgruppen – eine signifikante Abnahme der positiven Einschätzung der Gesundheit mit steigendem Alter.

**Abb. 6: Subjektiver (sehr) guter Gesundheitszustand, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

In der Gruppe der Personen ab 60 Jahren liegt der Anteil der Personen, die angeben über einen (sehr) guten allgemeinen Gesundheitszustand zu verfügen, um 35 Prozentpunkte unter dem entsprechenden Anteil in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen. Im Gegensatz dazu beträgt der Anteil jener, die von einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand berichten, in der jüngsten der drei Altersgruppen lediglich 0,6 %, in der ältesten 15,6 %. Der Rest bezeichnet den Gesundheitszustand jeweils als mittelmäßig.

## Lebenserwartung

### LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT

Die vergangenen Jahrzehnte waren in Wien und Österreich generell von steigender Lebenserwartung gekennzeichnet. In den meisten Jahren lag sie bei Männern und Frauen über der des Vorjahres. Nur in zwölf der letzten 50 Jahre war in Wien eine stagnierende oder leicht rückläufige Lebenserwartung zu beobachten, die im darauf folgenden Jahr üblicherweise wieder mehr als ausgeglichen wurde<sup>10</sup>. So waren in Wien auch im Jahr 2019 bei Frauen mit 83,38 Jahren und bei Männern mit 78,56 Jahren historische Höchststände in der Lebenserwartung bei Geburt zu verzeichnen.

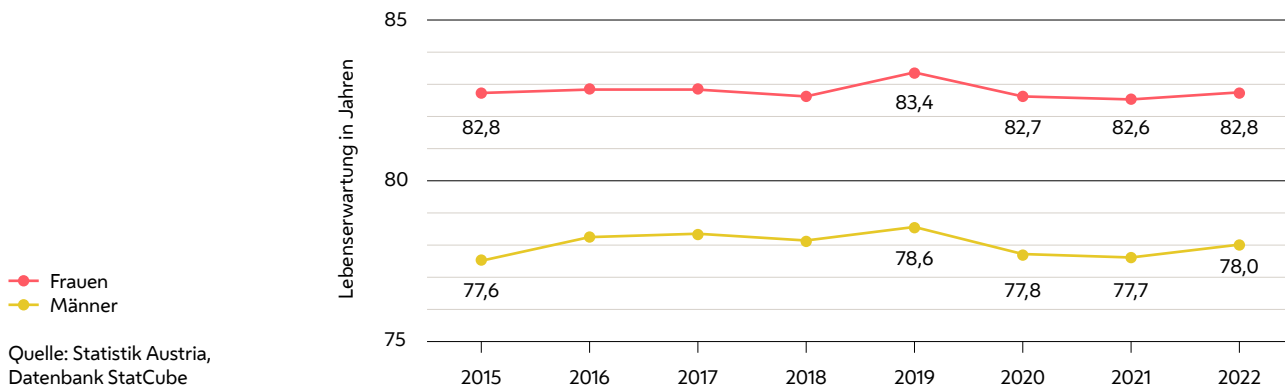
Im COVID-19-Pandemiejahr 2020 zeigte sich hingegen ein anderes Bild. Wie in allen Bundesländern lag die durchschnittliche Lebenserwartung 2020 in Wien mit 82,72 Jahren bei Frauen (> BL-Bandbreite: 82,72 – 84,51) und 77,84 Jahren bei Männern (BL-Bandbreite: 77,84 – 80,18) unter der des Jahres 2019. Der Rückgang betrug bei Wienerinnen demnach 0,66 Jahre und bei Wienern 0,72 Jahre. Das ist in beiden Fällen der stärkste Rückgang innerhalb eines Jahres seit mindestens 1970<sup>11</sup>. Auch in den Jahren der Wirtschafts- und Finanzkrise von 2008 bis 2009 fiel er jeweils geringer aus.

<sup>10</sup> Sterbetafeln (statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/sterbetafeln)

<sup>11</sup> statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/sterbetafeln

Der Rückgang ab 2020 setzte sich 2021 noch ein Jahr – wenn auch vermindert – fort. Seit 2022 ist wieder eine leichte Erholung zu verzeichnen. Allerdings ist der Höchststand von 2019 noch nicht wieder erreicht. Vielmehr liegt die Lebenserwartung weiter im Bereich vom Ende der letzten Berichtsperiode.

**Abb. 7: Lebenserwartung bei der Geburt, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2022**



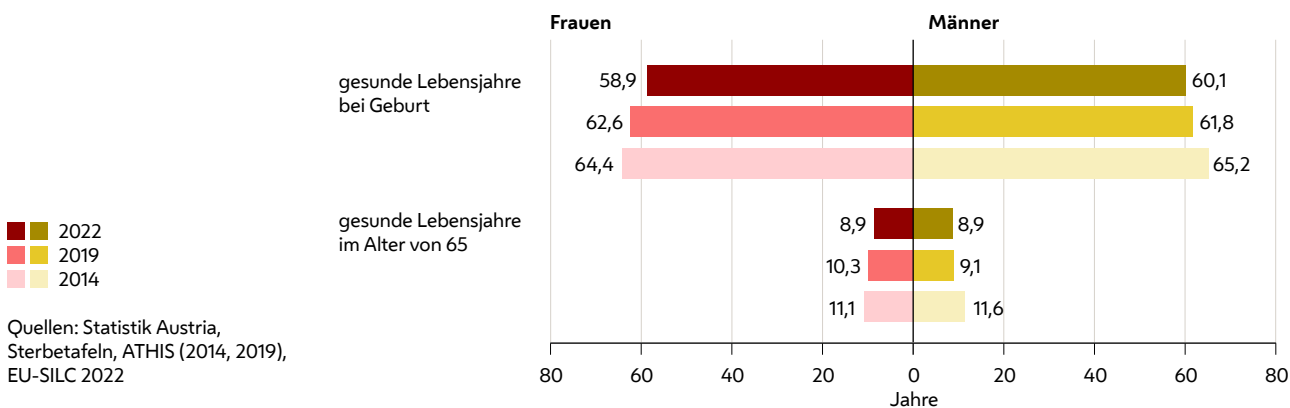
### LEBENSERWARTUNG IN GESUNDHEIT

Die Anzahl der in (subjektiv guter) Gesundheit verbrachten Lebensjahre ist in Wien (wie in ganz Österreich) wesentlich kürzer als jene der Lebensjahre insgesamt. Zur Berechnung werden Daten aus den Befragungen ATHIS und EU-SILC mit jenen der Sterbetafeln der Statistik Austria kombiniert. Eine detailliertere Beschreibung der dabei angewandten Methodik findet sich bei Klotz und Klimont (2016, 257).

Die Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse der Berechnungen für ausgewählte Erhebungsjahre. Es ist zu sehen, dass sich die (sehr) gesunden Lebensjahre 2022 bei Wienerinnen (linke Diagrammhälfte) und Wienern (rechte Diagrammhälfte) im Vergleich zu den Jahren 2019 und 2014 verringert hatten. Dies gilt sowohl für die zu erwartenden gesunden Lebensjahre bei der Geburt als auch für die fernere Lebenserwartung von Personen im Alter von 65 Jahren.

Bei Frauen ist der Rückgang der Lebenserwartung bei der Geburt demnach ein wenig stärker ausgefallen als bei Männern, sodass bei Frauen 2022 ebenso wie schon 2014 weniger Lebensjahre in subjektiv (sehr) guter Gesundheit ausgewiesen werden als bei Männern, obwohl sie länger leben.

**Abb. 8: (Fernere) Lebenserwartung in (sehr) guter Gesundheit, in Jahren, nach Geschlecht, Wien, 2014 bis 2022**



Bezüglich Zeitreihenvergleiche der in (sehr) guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre – insbesondere mit Ergebnissen der ATHIS-Erhebung 2014 – ist darauf hingewiesen worden, dass diese beträchtlichen methodisch bedingten Verzerrungen unterliegen könnten (Antony et al. 2023, 2ff). Grund ist, dass die im ATHIS 2014 angewandte Befragungsmethodik und Rekrutierung der Stichprobe eine Überrepräsentation der gesünderen Bevölkerung nahelegen (ebda, 3).

Insofern ist es möglich, dass auch der oben durchgeführte Zeitreihenvergleich den Rückgang der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre übertrieben groß darstellt. Aber selbst wenn man von einer starken Überschätzung dieser Lebensjahre – etwa um 2 Jahre – im ATHIS 2014 ausgeht, ergibt sich für das letzte Jahrzehnt immer noch eine leichte Verschlechterung bzw. bestenfalls eine Stagnation. Zuvor war jahrzehntelang eine kontinuierliche leichte Verbesserung zu beobachten (Antony et al. 2023, 2; Stadt Wien 2017, 16).

Tabelle 2 stellt die zeitliche Entwicklung noch einmal detaillierter dar. Demnach liegt die Zahl der in (sehr) guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre in Wien in allen betrachteten Jahren etwas unter dem österreichischen Wert – bei Frauen deutlicher als bei Männern. Der größere Teil der restlichen Lebensjahre wird in mittelmäßig eingeschätzter Gesundheit verbracht<sup>12</sup>. Aber auch die Zahl der Lebensjahre in (sehr) schlechter Gesundheit dürfte zwischen 2019 und 2022 angestiegen sein. Wegen der identen Erhebung des subjektiven Gesundheitszustandes wird von einer Vergleichbarkeit zwischen EU-SILC 2022 und ATHIS 2019 ausgegangen.

**Tab. 2: Lebenserwartung bei Geburt nach subjektivem Gesundheitszustand, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022**

Definition: Zu erwartende Lebensjahre in (sehr) guter, mittelmäßiger oder (sehr) schlechter Gesundheit

|               |                 | Wien 2022   | Ö 2022 | Wien 2019   | Ö 2019 | Wien 2014   | Ö 2014 |
|---------------|-----------------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|
| <b>Frauen</b> | (sehr) gut      | <b>58,9</b> | 61,6   | <b>62,6</b> | 64,7   | <b>64,4</b> | 66,6   |
|               | mittelmäßig     | <b>16,3</b> | 16,0   | <b>13,6</b> | 14,4   | <b>18,2</b> | 17,1   |
|               | (sehr) schlecht | <b>7,6</b>  | 6,2    | <b>6,5</b>  | 4,9    |             |        |
| <b>Männer</b> | (sehr) gut      | <b>60,1</b> | 60,7   | <b>61,8</b> | 63,1   | <b>65,2</b> | 65,9   |
|               | mittelmäßig     | <b>11,8</b> | 12,7   | <b>11,6</b> | 11,9   | <b>12,5</b> | 13,0   |
|               | (sehr) schlecht | <b>6,1</b>  | 5,7    | <b>4,8</b>  | 4,3    |             |        |

Quellen: Statistik Austria, Sterbetafeln, ATHIS (2014, 2019), EU-SILC 2022

Insgesamt stützen die präsentierten Ergebnisse in Wien und in Österreich eher die These der **Expansion** der > Morbidität als die Gegenthese der **Kompression** der Morbidität bei steigender Lebenserwartung (EHLEIS 2018, 1).

12 Diese Kategorie ist für 2014 nicht verfügbar. Die Ergebnisse wurden aus dem Vorgängerbericht übernommen, in dem die Kategorien mittelmäßig und (sehr) schlecht zusammengefasst berichtet wurden.

# Allgemeine und todesursachen-spezifische Sterblichkeit

Im Jahr 2021 starben in Wien insgesamt 18.086 Menschen, in ganz Österreich waren es 91.692. Wien verzeichnete damit bei einem Anteil von 21,5 % der Bevölkerung des Staates, 19,7 % der Todesfälle. Setzt man die absolute Zahl der Todesfälle mit der Größe der Bevölkerung sowie ihrer Altersstruktur ins Verhältnis, lassen sich daraus die > **rohe** und die > **altersstandardisierte Sterberate** ableiten. Das sind Maßzahlen die zur Beschreibung der **allgemeinen** und **todesursachenbezogenen** Sterblichkeit (> **Mortalität**) verwendet werden.

## ALLGEMEINE MORTALITÄT: DIE STERBLICHKEIT INSGESAMT

**Rohe Sterberaten** werden regelmäßig von der Statistik Austria publiziert und geben Auskunft über das allgemeine Niveau der Sterblichkeit in einem Land oder einer Region. Sie setzen die absolute Anzahl der in einem Jahr Gestorbenen mit der Jahres-Durchschnittsbevölkerung ins Verhältnis und werden als Todesfälle pro 1.000 EW angegeben.

Im Jahr 2019 starben in Wien 8,5 Personen pro 1.000 EW. Damit hatte die **rohe Sterberate** (> Mortalitätsrate) den niedrigsten Wert seit mindestens 30 Jahren erreicht. In den Jahren 2020 und 2021 war hingegen im Einklang mit der sinkenden Lebenserwartung wieder ein Anstieg der rohen Sterberate auf 9,3 bzw. 9,4 Gestorbene pro 1.000 EW zu beobachten<sup>13</sup>. Damit entsprach sie ungefähr wieder dem Niveau von 2013.

Die rohe Sterberate war in Wien in den letzten Jahren stets niedriger als die gesamtösterreichische Rate, die 2019 bei 9,4 und 2021 bei 10,3 Personen pro 1.000 EW lag. Dieses günstige Abschneiden ist jedoch auf die im Österreich-Vergleich junge Bevölkerung Wiens zurückzuführen. Die Altersstrukturen territorialer Einheiten können sich stark unterscheiden. Dies sollte beim Vergleich ihrer Sterberaten, z.B. jener Wiens und anderer Bundesländer, berücksichtigt werden.

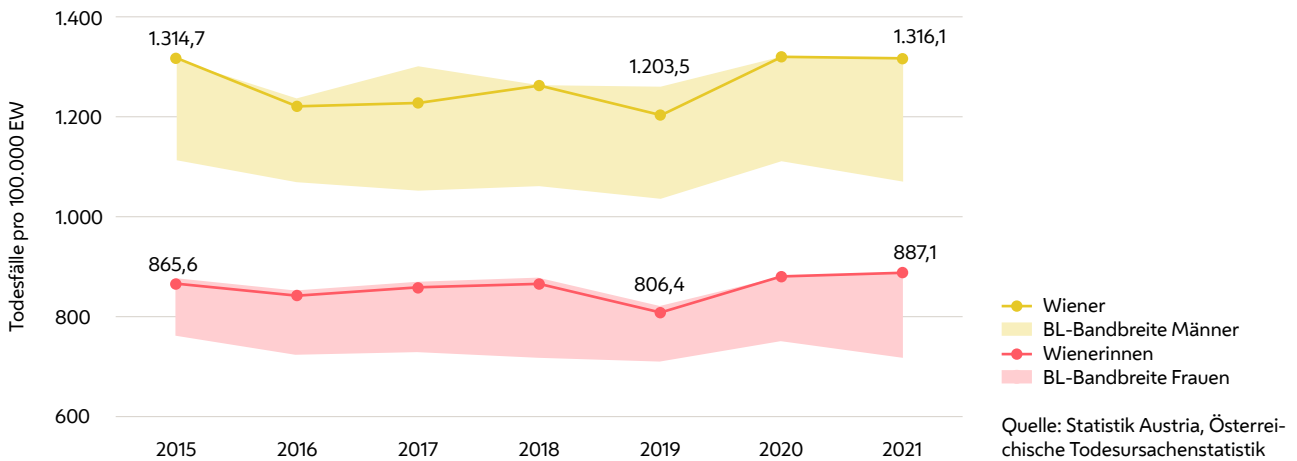
Zu diesem Zweck gibt es **altersstandardisierte Sterberaten**. Auch sie werden von der Statistik Austria regelmäßig publiziert. Ihre Berechnung erfolgt auf Basis der europäischen Standardbevölkerung 2013<sup>14</sup>, deren Altersstruktur die Referenz bildet, an die die rohen Sterberaten aller miteinander verglichenen Länder angepasst werden. Die altersstandardisierten Sterberaten sind zurückgehend bis zum Jahr 1970 für alle Bundesländer in Tabellenform zugänglich<sup>15</sup>. Sie bilden die Grundlage der Darstellung in Abbildung 9.

13 [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/demographische-merkmale-von-gestorbenen](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/demographische-merkmale-von-gestorbenen)

14 [ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028](https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028)

15 [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen)

**Abb. 9: Gesamtsterblichkeit**, altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021



Durch die **Altersstandardisierung** ergeben sich für die vergangenen Jahre in Wien meist Sterberaten, die sich im oberen Bereich der Bundesländer-Bandbreite befinden. Dies gilt für alle Geschlechter. 2019 erreichte die altersstandardisierte Sterberate in Wien dennoch einen historischen Tiefstand. Bei Wienerinnen betrug sie in diesem Jahr 806,4 Todesfälle je 100.000 Einwohnerinnen, bei Wienern 1.203,5 Todesfälle je 100.000 Einwohnern. Ungeachtet des Geschlechts wurden 969,3 Todesfälle je 100.000 EW verzeichnet (nicht dargestellt).

Seit 2020 war wieder ein Anstieg der altersstandardisierten Sterberate zu beobachten. Bei Wienerinnen lag sie im Jahr 2021 bereits bei 887,1 Todesfällen je 100.000 Einwohnerinnen, bei Wienern betrug sie 1.316,1 Todesfälle je 100.000 Einwohnern. Ungeachtet des Geschlechts ereigneten sich 1.068,3 Todesfälle je 100.000 EW (nicht dargestellt). Damit erreichte die altersstandardisierte Sterberate fast wieder das Niveau des Jahres 2013.

Bundesweit verlief die Entwicklung ähnlich, allerdings ausgehend von einem niedrigeren Niveau: 2019 betrug die altersstandardisierte Sterberate in Österreich noch 934,4 Todesfälle je 100.000 EW. Im Jahr 2020 stieg sie auf 1.005,6 Todesfälle je 100.000 EW und blieb im Jahr 2021 bei 1.000,6 Todesfällen je 100.000 EW in etwa stabil (nicht dargestellt).

In den COVID-19-Pandemiejahren ist die altersstandardisierte Gesamtsterblichkeit in Wien und auch in Österreich also deutlich gestiegen. Die Berücksichtigung der Unterschiede in den Altersstrukturen der Bundesländer durch Altersstandardisierung hat bewirkt, dass gegenüber der rohen Sterberate (s.o.) die Wiener Zahlen nun über dem österreichischen Durchschnitt liegen.

### **TODESURSACHENSPEZIFISCHE MORTALITÄT: DIE STERBLICHKEIT NACH TODESURSACHE**

Rohe und altersstandardisierte Sterberaten lassen sich jeweils auch für bestimmte Todesursachen(gruppen) berechnen. Diese sogenannten **todesursachenspezifischen Sterberaten** ermöglichen eine differenziertere Betrachtung der Sterblichkeit in Wien und in Österreich. Dies lässt zum Beispiel Rückschlüsse auf die Bedeutung zu, welche einzelnen (Kategorien von) Krankheiten als Todesursache zukommt.

Zur Erleichterung zeit- und länderübergreifender Vergleiche werden die todesursachenspezifischen Sterberaten hier **altersstandardisiert** wiedergegeben.

Sowohl in Wien als auch bundesweit lässt sich der größte Teil der Gesamtsterblichkeit auf nur wenige Krankheiten zurückführen. Am höchsten sind die todesursachenspezifischen

Sterberaten in den folgenden Kapiteln der **International Classification of Diseases** (> ICD)<sup>16</sup>. Die Zahlen beziehen sich auf Wien im Jahr 2021.

- **Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems** (I00-I99), darunter auch Herzinfarkte und Schlaganfälle, verursachten 355,5 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 33,3 % aller Todesfälle.
- **Neubildungen** (C00-D48), darunter bösartige Neubildungen (Krebs), verursachten 244,9 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 22,9 % aller Todesfälle.
- **Infektiöse und parasitäre Krankheiten** (A00-B99, U07-U10), darunter COVID-19, verursachten 109,7 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 10,3 % aller Todesfälle (2019: 1,3 % aller Todesfälle).
- **Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen** (E00-E90), darunter Diabetes mellitus, verursachten 57,8 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 5,4 % aller Todesfälle
- **Krankheiten der Atmungsorgane** (J00-J99), darunter COPD und Asthma, verursachten 55,3 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 5,2 % aller Todesfälle.
- **Verletzungen und Vergiftungen** (V01-Y89, U12), darunter Suizide und Unfälle, verursachten 44,8 Todesfälle je 100.000 EW. Das sind 4,2 % aller Todesfälle.

Zusammen verursachten die Krankheiten in diesen ICD-Kapiteln 868 Todesfälle je 100.000 EW. Bei einer altersstandardisierten Gesamtsterberate von 1.068,3 je 100.000 EW heißt dies, dass im Jahr 2021 die sechs wichtigsten Todesursachengruppen für ca. 81,25 % aller in Wien verzeichneten Todesfälle verantwortlich sind<sup>17</sup>.

Eine nochmalige Zusammenfassung der Sterblichkeit in Wien und Österreich der Jahre 2019 (vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie) und 2021 (nach dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie) findet sich in Tabelle 3. Die Anstiege in den Werten der Maßzahlen zwischen vor und nach dem Ausbruch der **COVID-19**-Pandemie in Europa im Frühjahr 2020 sind deutlich zu erkennen. Nach vorläufigen Daten der Statistik Austria ging die absolute Zahl der Todesfälle in Wien 2023 wieder auf 16.664 zurück. In ganz Österreich gab es einen Rückgang auf 88.321.

**Tab. 3: Jährlich Gestorbene aller Todesursachen, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2019 und 2021**

|      | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|------|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| 2019 | 16.150       | 83.386    | 969,3                                    | 934,4                                 | 806,4  | 1.203,5  |
| 2021 | 18.086       | 91.962    | 1.068,3                                  | 1.000,6                               | 887,1  | 1.316,1  |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

### Die Entwicklung todesursachenspezifischer Mortalität in Wien im Zeitverlauf

Die Abbildung 10 zeichnet die zeitliche Entwicklung der Sterblichkeit aufgrund von Todesursachen in den drei häufigsten ICD-Kapiteln nach. Dabei erfolgt eine Differenzierung nach Geschlecht.

Für **Kreislauf-Krankheiten** und **Neubildungen** ist altersstandardisiert ein fast durchgängiger Rückgang der Mortalität seit zumindest 2015 zu beobachten. Dieser war bei Männern in beiden Todesursachengruppen etwas stärker als bei Frauen.

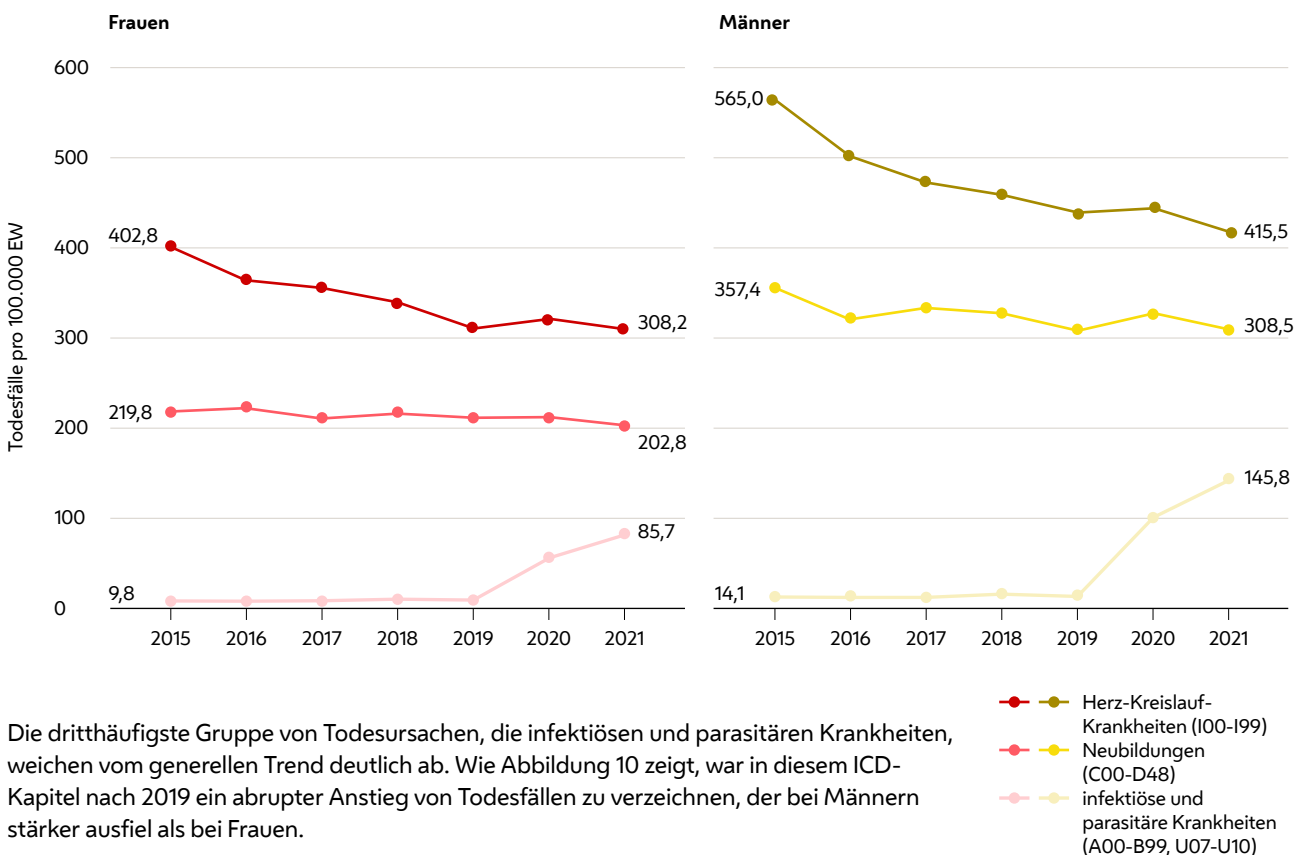
<sup>16</sup> Die ICD ist eine international gültige Klassifizierung von Krankheiten, die alle anerkannten Diagnosen mit Codes versieht und in breitere Kapitel zusammenfasst. Die zur Eingrenzung der Todesursachen wichtigen Codes und Kapitel sind in den Darstellungen der todesursachenspezifischen Mortalität (Grafiken und Tabellen) jeweils angeführt.

<sup>17</sup> Vergleiche dazu die Aufschlüsselung dieser Zahlen im Bericht „Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien“ (Stadt Wien 2020, 34f), verfügbar auf [wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](http://wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)



In der Regel waren die tiefsten Werte im Jahr 2021 zu beobachten. Nur hinsichtlich der Mortalität durch Neubildungen lag 2019 die altersstandardisierte Sterberate der Männer mit 307 Todesfällen je 100.000 Einwohnern leicht unter jener von 2021, die 308,2 beträgt.

**Abb. 10: Todesursachenspezifische Sterblichkeit, die drei häufigsten Ursachengruppen (ICD-Kapitel), altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021**



Die dritthäufigste Gruppe von Todesursachen, die infektiösen und parasitären Krankheiten, weichen vom generellen Trend deutlich ab. Wie Abbildung 10 zeigt, war in diesem ICD-Kapitel nach 2019 ein abrupter Anstieg von Todesfällen zu verzeichnen, der bei Männern stärker ausfiel als bei Frauen.

Die Krankheiten dieses ICD-Kapitels spielten bis 2019 als Todesursache noch eine sehr unbedeutende Rolle. Danach stieg hier jedoch die altersstandardisierte Mortalität bis 2021 von 14,7 auf 145,8 Todesfälle je 100.000 Einwohnern (bei Männern) bzw. von 10,8 auf 85,7 Todesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen (bei Frauen) an. Dafür verantwortlich sind die vielen ab 2020 neu hinzugekommenen Todesfälle aufgrund von **COVID-19** (U07-U10). Diese Todesursache zählt zu den **infektiösen und parasitären Krankheiten**.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

### Mortalität aufgrund wichtiger Einzelerkrankungen und ihre zeitliche Entwicklung

Die sechs genannten häufigsten Todesursachengruppen (ICD-Kapitel) umfassen jeweils auch bestimmte Einzelursachen, die für besonders viele Todesfälle verantwortlich sind oder aus anderen Gründen als bedeutend gelten (z.B. Suizid aufgrund der engen Verknüpfung mit psychischen Krankheiten). Im Folgenden wird auf diese spezifischen, nach ICD enger gefassten, Todesursachen gesondert eingegangen.

### Mortalität durch Herzinfarkt, Schlaganfall und andere > ischämische Kreislaufkrankheiten

Die relative Mehrzahl der Todesfälle in Österreich und Wien wird durch **Krankheiten des Kreislaufsystems** (I00-I99) verursacht. Tabelle 4 zeigt die relevanten Todesfälle für Wien und Österreich sowie für Frauen und Männer in Wien. Zeile 1 fasst alle Todesursachen, die in dieses ICD-Kapitel fallen, zusammen. In den Zeilen 2 bis 5 sind einzelne Todesursachen, deren ICD-Bereich enger gefasst ist, herausgegriffen.

**Tab. 4: Todesursache Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021**

|  | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|--|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| <b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)</b>          | <b>5.924</b> | 31.403    | <b>355,5</b>                             | 342,5                                 | 308,5  | 415,5  |
| <b>akuter Myokardinfarkt (I21-I22)</b>                     | <b>638</b>   | 4.301     | <b>37,6</b>                              | 46,5                                  | 21,8   | 59,5   |
| <b>zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)</b>              | <b>784</b>   | 4.545     | <b>47,2</b>                              | 49,2                                  | 45,4   | 48,7   |
| <b>sonstige ischämische Herzkrankheiten (I20, I23-I25)</b> | <b>1.833</b> | 8.160     | <b>109,9</b>                             | 88,9                                  | 84,8   | 147,1  |
| <b>andere Herzkrankheiten (I30-I33, I39-I51)</b>           | <b>906</b>   | 6.288     | <b>54,5</b>                              | 69,0                                  | 52,1   | 55,8   |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Es ist zu erkennen, dass Wien – alle Krankheiten des Kreislaufsystems zusammengenommen – mit 355,5 Todesfällen je 100.000 EW eine leicht höhere altersstandardisierte Sterberate aufweist als Österreich insgesamt. Bei Wienern ist sie mit 415,5 Todesfällen je 100.000 Einwohnern deutlich höher als bei Wienerinnen mit 308,5 je 100.000 Einwohnerinnen. Dies liegt daran, dass betroffene Männer den Herz-Kreislauf-Tod häufiger bereits in jüngerem Lebensalter erleiden als Frauen.

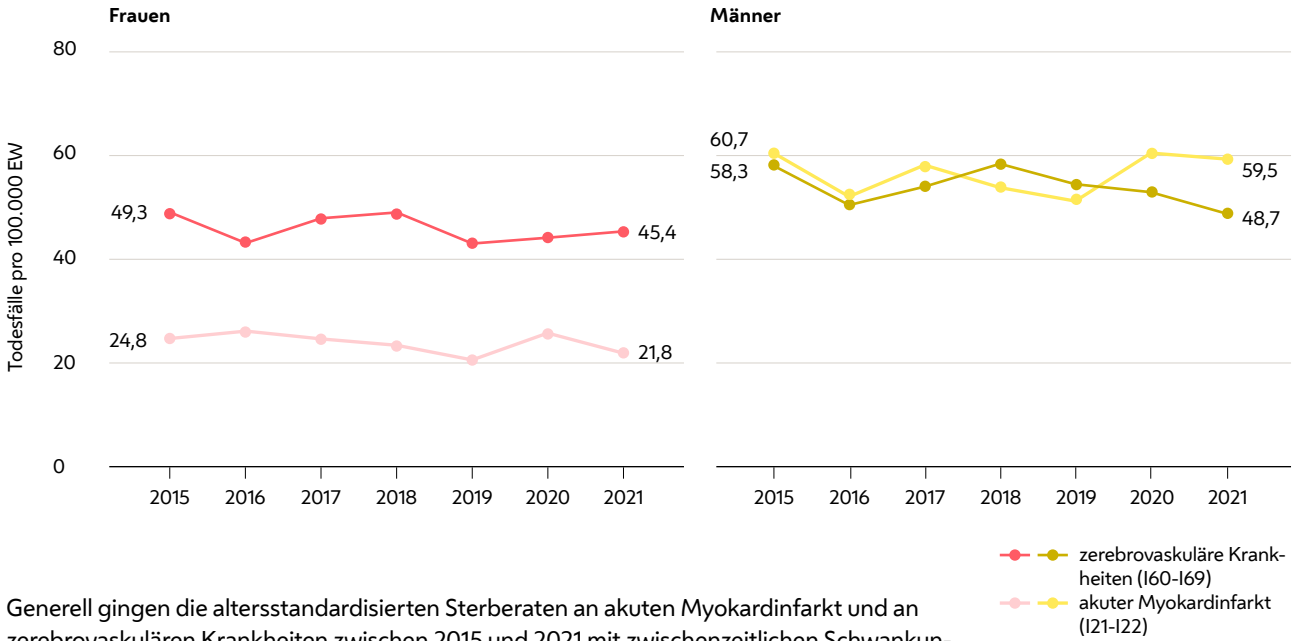
Betrachtet man einzelne, enger gefasste Krankheitsbilder, wie den > **Myokardinfarkt** (I21-I22, akut und > rezidivierend) oder > **zerebrovaskuläre Krankheiten** (I60-I69, typischerweise Schlaganfälle und Hirninfarkte), sieht die Lage etwas anders aus. So liegt in Wien die Myokardinfarkt-Sterberate mit 37,6 Todesfällen je 100.000 EW etwas unter der von Österreich insgesamt (46,5 je 100.000 EW). Ähnliches gilt für die zerebrovaskulären Krankheiten (Wien: 47,2 je 100.000 EW; Ö: 49,2 je 100.000 EW).

Herzinfarkt und Schlaganfall sind die bekanntesten > ischämischen<sup>18</sup> Herz-Kreislauf-Krankheiten, die zum Tod führen können. Daher wird ihre todesursachenspezifische > Mortalitätsrate im Zeitverlauf der vergangenen Jahre für Männer und Frauen in Abbildung 11 nachgezeichnet.

Wie Abbildung 11 zeigt, war die altersstandardisierte Sterberate an beiden Todesursachen seit 2015 bei Männern stets höher als bei Frauen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern war bei den zerebrovaskulären Krankheiten von Anfang an kleiner und hatte 2021 das Minimum erreicht. Beim Myokardinfarkt blieb der Unterschied groß. 2021 war er noch ein wenig größer als 2015.

<sup>18</sup> Ischämisch sind Krankheiten, die mit einer Minderdurchblutung bzw. einem völligen Durchblutungsausfall eines Gewebes, Körperteils oder Organs (z.B. Herz oder Blutgefäße im Gehirn) verbunden sind.

**Abb. 11: Sterblichkeit aufgrund von Myokardinfarkt und zerebrovaskulären Krankheiten, altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021**



Generell gingen die altersstandardisierten Sterberaten an akuten Myokardinfarkt und an zerebrovaskulären Krankheiten zwischen 2015 und 2021 mit zwischenzeitlichen Schwankungen leicht zurück. Sie lagen 2021 bei beiden Geschlechtern jeweils leicht unter dem Niveau von 2015.

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Neben den beiden genannten Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, die zusammen in Wien Ursache für 23,8 % und in Österreich für 27,9 % aller Herz-Kreislauf-Todesfälle sind, enthält das ICD-Kapitel (I00-I99) auch noch andere ischämische Krankheiten, die häufige Todesursachen darstellen. Jene, die das Herz betreffen, werden als **sonstige ischämische Herzkrankheiten** (I20, I23-I25) zusammengefasst<sup>19</sup>. Auf diese Krankheiten waren 2021 in Wien 109,9 Todesfälle pro 100.000 EW zurückzuführen, was sie als Todesursachen äußerst bedeutsam macht. Wien liegt hier weit über dem Österreich-Schnitt (88,9 pro 100.000 EW). Männer sind altersstandardisiert wieder deutlich stärker betroffen als Frauen (Tab. 4).

Das Herz betreffende nicht-ischämische Todesursachen werden von Statistik Austria unter **andere Herzkrankheiten** (I30-I33, I39-I51) zusammengefasst<sup>20</sup>. Hier weist Wien mit 54,5 Todesfällen je 100.000 EW eine niedrigere altersstandardisierte Mortalitätsrate auf als Österreich (69,0 je 100.000 EW). Männer sind ein wenig stärker betroffen als Frauen.

Der Rest der Todesfälle – das sind in Wien etwa 30 % und in Österreich etwa 25 % der Herz-Kreislauf-Todesfälle – verteilt sich auf weitere Krankheiten des Kreislaufsystems, z.B. Arterien- und Venenerkrankungen, Herzklappenerkrankungen, rheumatische Herzerkrankungen und etliche andere.

### Mortalität durch bösartige Neubildungen an den häufigsten Lokalisationen

Nach den Krankheiten des Kreislaufsystems bilden **bösartige Neubildungen (Krebs-erkrankungen)** die Kategorie mit der zweithäufigsten Zahl an Todesfällen. Wie Tabelle 5 zeigt, weist Wien mit 238 Todesfällen je 100.000 EW eine etwas höhere altersstandardisierte Mortalitätsrate auf als Österreich insgesamt (224,2). Bei Wienern ist sie mit 299,6 Todesfällen je 100.000 Einwohnern deutlich höher als bei Wienerinnen mit 197,0 je 100.000 Einwohnerinnen.

<sup>19</sup> Zu diesen zählen u.a. Angina Pectoris, Koronarthrombosen und andere koronare Herzkrankheiten.

<sup>20</sup> Nach Statistik Austria, enthält u.a. verschiedene Entzündungen im Herzen, Herzflimmern und Herzinsuffizienz.

Auch bei Betrachtung einzelner, besonders tödlicher, Krebslokalisationen ist zu erkennen, dass die Sterberate in Wien stets über dem bundesweiten Wert liegt. Die als Todesursache bedeutendste Krebserkrankung ist **Lungenkrebs** (C33-C34) mit altersstandardisiert 54,1 Todesfällen je 100.000 EW (ungeachtet des Geschlechts). Dahinter folgen **Darmkrebs** mit 24,2 und **Bauchspeicheldrüsenkrebs** mit 20,8 Todesfällen pro 100.000 EW. Bei geschlechtergetrennter Betrachtung liegen die geschlechtsspezifischen Krebsarten **Brustkrebs** (bei Frauen) und **Prostatakrebs** (bei Männern) auf Platz zwei. Die Sterberate bei Männern liegt bei jeder betrachteten Krebsart über jener der Frauen.

**Tab. 5: Todesursache bösartige Neubildungen (C00-D48), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021**

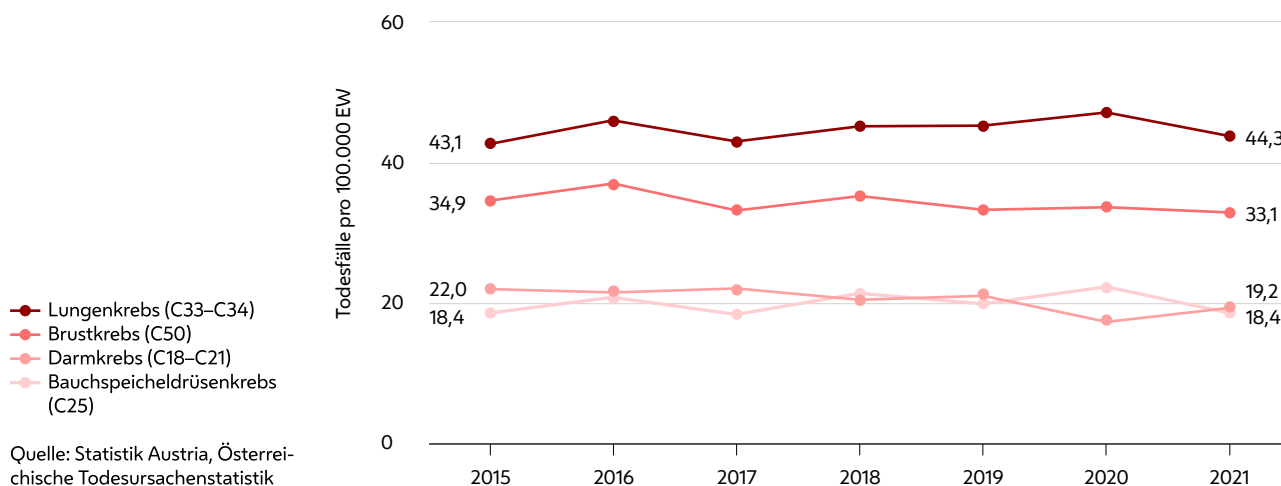
|  | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|--|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| alle bösartigen Neubildungen (BN)                | 4.069        | 20.701    | 238,0                                    | 224,2                                 | 197,0  | 299,6  |
| BN der Luftröhre, Bronchien und Lunge (C33-C34)  | 924          | 4.073     | 54,1                                     | 44,4                                  | 44,3   | 68,1   |
| BN des Colon, des Rektums und des Anus (C18-C21) | 412          | 2.032     | 24,2                                     | 22                                    | 19,2   | 31,5   |
| BN der Bauchspeicheldrüse (C25)                  | 356          | 1.871     | 20,8                                     | 20,2                                  | 18,4   | 24,0   |
| BN der Brustdrüse (C50)                          | 333          | 1.643     | 19,2                                     | 17,8                                  | 33,1   | 0,1  |
| BN der Prostata (C61)                            | 255          | 1.343     | 15,2                                     | 14,5                                  | -  | 39,6   |
| BN gesamt  | 2.280        | 10.962    | 133,5                                    | 118,9                                 | 115  | 163,3  |
| andere BN  | 1.789        | 9.739     | 104,5                                    | 105,3                                 | 82   | 136,3  |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

In Wien war 2021 ein Großteil, nämlich 59,9 %, der Krebs-Todesfälle auf Lungen-, Darm-, Bauchspeicheldrüsen-, Brust- und Prostatakrebs zurückzuführen. In ganz Österreich liegt dieser Anteil bei 53,6 %. Im Zeitverlauf stellt sich die Entwicklung der altersstandardisierten > Mortalitätsraten dieser am häufigsten tödlich verlaufenden Krebsarten wie folgt dar. Siehe dazu Abbildung 12 (für Frauen) und Abbildung 13 (für Männer).

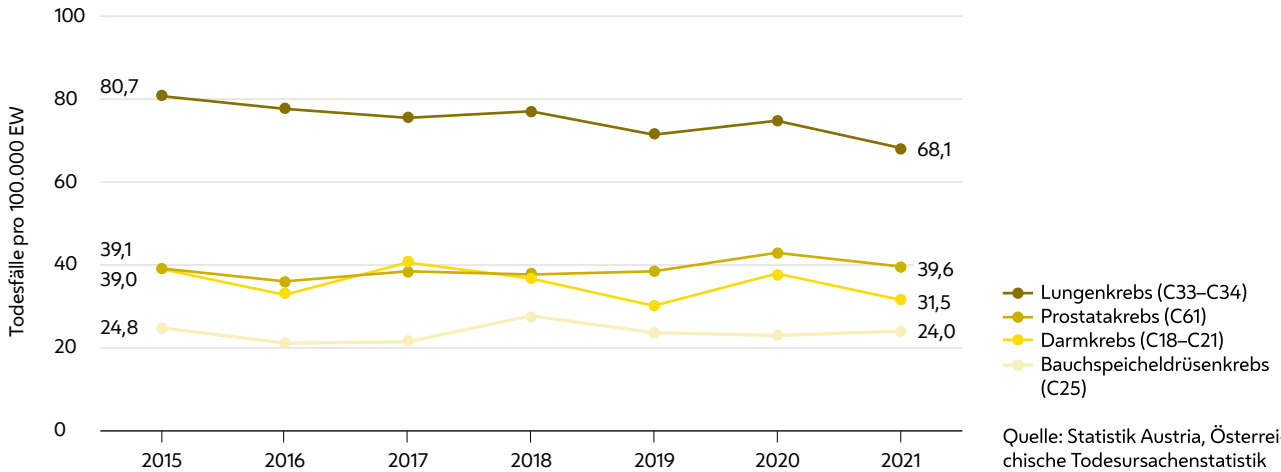
Es ist zu erkennen, dass die Mortalität aufgrund von **Lungenkrebs** bei Männern seit 2015 deutlich zurückgegangen ist. Bei Frauen blieb sie in etwa stabil, der Geschlechterunterschied hat sich somit verringert. Bei den **geschlechterspezifischen Krebsarten** zeigt sich ein gemischtes Bild. Während die Mortalität der Frauen aufgrund von **Brustkrebs** zwischen 2015 und 2021 leicht zurückging (Abb. 12), stieg die Mortalität der Männer aufgrund von **Prostatakrebs** in etwa ebenso leicht an (Abb. 13).

**Abb. 12: Sterblichkeit aufgrund von Krebs an den vier häufigsten Lokalisationen, altersstandardisiert, Frauen, Wien, 2015 bis 2021**



Die Mortalität aufgrund von **Darmkrebs** ging bei beiden Geschlechtern zurück, wobei der Rückgang bei Männern mit Schwankungen etwas stärker war als bei Frauen und sich der Geschlechterunterschied somit etwas verringerte. Die Mortalität aufgrund von **Bauspeicheldrüsenkrebs** blieb bei beiden Geschlechtern mit leichten Schwankungen im Beobachtungszeitraum in etwa stabil.

**Abb. 13: Sterblichkeit aufgrund von Krebs an den vier häufigsten Lokalisationen, altersstandardisiert, Männer, Wien, 2015 bis 2021**



Daneben können noch an vielen **anderen Lokalisationen** tödliche Krebserkrankungen auftreten. Bei allen von ihnen liegt die altersstandardisierte Mortalität ungeachtet des Geschlechts bei weniger als 10 Todesfällen je 100.000 EW. Beispiele hierfür sind: Leukämie (8,3 Todesfälle je 100.000 EW), BN der Leber (8,9 je 100.000 EW), BN der Harnblase (8,0 je 100.000 EW), Morbus Hodgkin und Lymphome (7,2 je 100.000 EW), BN des Magens (7,1 je 100.000 EW), BN der Lippe, Mundhöhle und des Rachens (7,0 je 100.000 EW), BN des Gehirns (5,9 je 100.000 EW) und bösartiges Melanom der Haut (4,2 je 100.000 EW).

Als **geschlechterspezifische Krebsarten bei Frauen** sind noch die bösartigen Neubildungen der weiblichen Genitalorgane zu erwähnen. Davon umfasst sind BN der Eierstöcke (Ovarium), des Gebärmutterhalses (Zervix Uteri) und der anderen Teile der Gebärmutter. 2021 waren sie unter den Wienerinnen für zusammengenommen 18,6 Todesfälle je 100.000 Einwohnerinnen verantwortlich (Ö: 16,6 je 100.000 EW). Am häufigsten darunter sind die Todesfälle aufgrund von Eierstockkrebs (9,4 gestorbene Wienerinnen je 100.000 Einwohnerinnen). Danach kommen Todesfälle aufgrund von BN der Gebärmutter (6,2 je 100.000 Einwohnerinnen) und des Gebärmutterhalses (3,0 je 100.000 Einwohnerinnen).

### Mortalität durch chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Krankheiten der Atmungsorgane verursachten 2021 in Wien altersstandardisiert die fünf—theisten Todesfälle. Dies ist vor allem auf die große Bedeutung der **chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)** als Todesursache zurückzuführen. Sie ist mit 43,2 Todesfällen je 100.000 EW für 78,1% aller Todesfälle durch Atemwegserkrankungen verantwortlich. Damit kommt COPD in Wien als Todesursache eine ähnlich große Bedeutung zu wie Lungenkrebs.

Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (J40-J44, J47) werden in offiziellen Statistiken als **sonstige chronische Krankheiten der unteren Atemwege** ausgewiesen. Wie Tabelle 6 zeigt, ist die altersstandardisierte Sterberate in Wien etwas höher als in Österreich insgesamt. Bei Wienern ist sie mit 50,3 Todesfällen je 100.000 Einwohnern höher als bei Wienerinnen, bei denen sie 37,6 je 100.000 Einwohnerinnen beträgt.

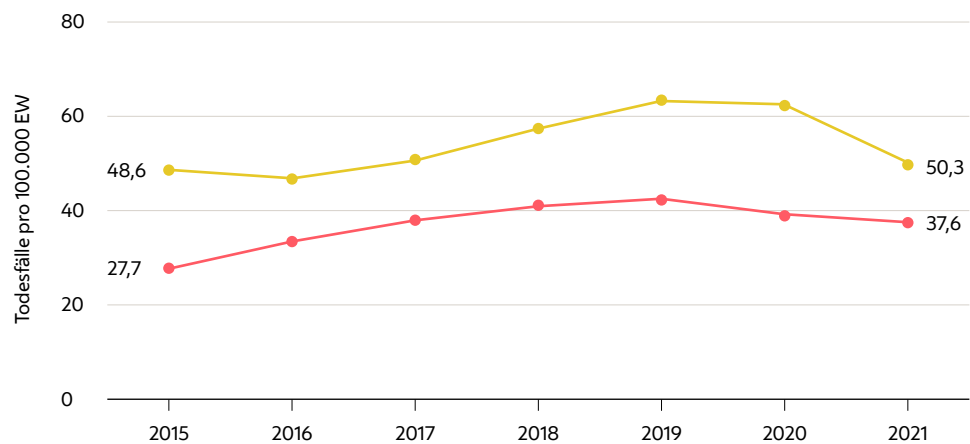
**Tab. 6: Todesursache Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021**

|   | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|---|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| alle Krankheiten der Atmungsorgane                                  | 930          | 4.014     | 55,3                                     | 43,9                                  | 47,0   | 67,4   |
| sonstige chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J44, J47) | 727          | 2.765     | 43,2                                     | 30,3                                  | 37,6   | 50,3   |
| Asthma (J45-J46)  | 14           | 73        | 0,8                                      | 0,8                                   | 0,7  | 0,6  |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Im Verlauf der altersstandardisierten Sterberate über die Zeit zeigten sich in Wien in den letzten Jahren Schwankungen. Bei den Frauen war zwischen 2015 und 2019 ein Anstieg zu verzeichnen, seit 2020 geht die Rate wieder zurück. Bei den Männern stieg sie zwischen 2016 und 2019 an und ging danach ebenfalls zurück (etwas stärker als bei den Frauen). Der Geschlechterunterschied verkleinerte sich dadurch.

**Abb. 14: Sterblichkeit aufgrund chronisch-obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD), altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021**



COPD (J40-J44, J47)  
 — Männer  
 — Frauen

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Abgesehen von COPD gibt es noch andere Atemwegserkrankungen, die tödlich verlaufen können, z.B. **Asthma**. Bei dieser Krankheit ist die altersstandardisierte Sterberate mit 0,7 (Wien) bis 0,8 Todesfälle je 100.000 EW (Österreich) aber wesentlich niedriger als bei COPD.

**Mortalität durch Diabetes mellitus**

> Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E90) verursachen in Wien die viertmeisten Todesfälle. Die meisten von ihnen sind wiederum auf **Diabetes mellitus** (E10-E14) zurückzuführen. Diese Einzelursache ist in Wien altersstandardisiert für 42,2 Todesfälle je 100.000 EW verantwortlich – und damit für 73 % aller Todesfälle aufgrund Endokriner Erkrankungen. Die altersstandardisierte Mortalität aufgrund von Diabetes mellitus ist in Wien etwas höher als in Österreich insgesamt (35,5 Todesfälle je 100.000 EW). Bei Wienern ist sie mit 54,4 Todesfällen je 100.000 Einwohnern höher als bei Wienerinnen, bei denen sie 33,7 je 100.000 Einwohnerinnen beträgt.

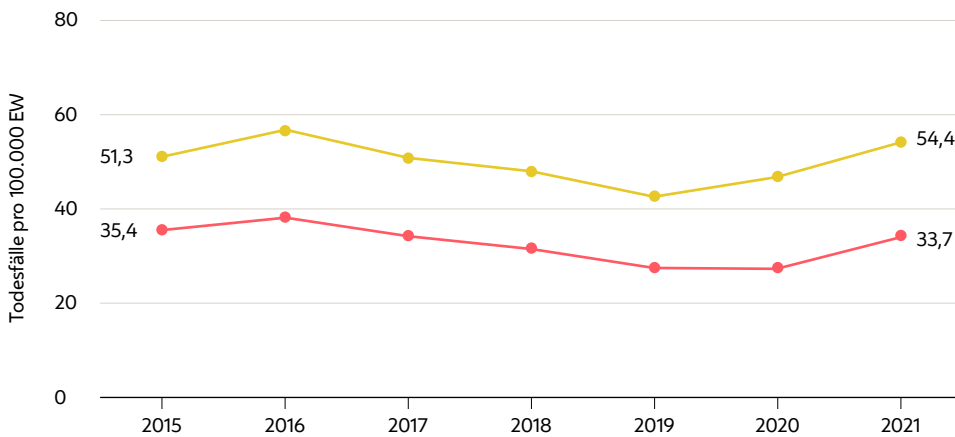
**Tab. 7: Todesursache Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021**

|   | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|---|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| <b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)</b> | <b>976</b>   | 4.588     | <b>57,8</b>                              | 49,8                                  | 47,7   | 71,9   |
| <b>Diabetes mellitus (E10-E14)</b>                                  | <b>703</b>   | 3.279     | <b>42,2</b>                              | 35,5                                  | 33,7   | 54,4   |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Im Zeitverlauf zeigen sich in Wien bei der Mortalität aufgrund von Diabetes mellitus ebenfalls Schwankungen. Bis 2016 waren steigende altersstandardisierte Mortalitätsraten zu beobachten. Ab 2016 gingen sie bei beiden Geschlechtern zurück. Ab 2020 stiegen sie dann wieder – bei Männern etwas stärker als bei Frauen, wodurch sich der Geschlechterunterschied vergrößerte (Abb. 15).

**Abb. 15: Sterblichkeit aufgrund von Diabetes mellitus, altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021**



Diabetes mellitus (E10–E14)  
 — Männer  
 — Frauen

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Am Beginn des Beobachtungszeitraums 2015 standen 35,4 an Diabetes mellitus gestorbene Wienerinnen 51,3 an dieser Erkrankung gestorbene Wiener (je 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern) gegenüber. Im Jahr 2021 betrug dieser Unterschied 33,7 zu 54,4 (Todesfälle je 100.000 EW) und war damit deutlich größer.

### Mortalität durch Infektionskrankheiten, insbesondere COVID-19

In langjähriger Betrachtung spielen **Infektionskrankheiten** als Todesursache normalerweise keine große Rolle mehr. Wie anfangs erwähnt, hat sich das seit dem Jahr 2020 und dem Ausbruch der **COVID-19-Pandemie** geändert. Infektionskrankheiten sind seither die Kategorie mit den drittmeisten Todesfällen.

Österreichische Medien boten auf datenjournalistischen Portalen zur COVID-19-Pandemie tagesaktuelle Zahlen, inklusive Visualisierungen auf regionaler Ebene<sup>21</sup>. Der Fokus dieses Berichts liegt hingegen auf der Jahresbetrachtung. Die finalen Mortalitätszahlen der Gesamtjahre 2020 und 2021 liegen in der Österreichischen Todesursachenstatistik vor<sup>22</sup>. In Tab. 8 sind sie für Wien und ganz Österreich wiedergegeben.

21 Zum Beispiel unter [orf.at/corona/daten/bundeslaender](http://orf.at/corona/daten/bundeslaender); [derstandard.at/story/2000134560879/aktuelle-zahlen-coronavirus-oesterreich-weltweit](http://derstandard.at/story/2000134560879/aktuelle-zahlen-coronavirus-oesterreich-weltweit)

22 Nach Impfstatus: [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf](http://statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf)

**Tab. 8: Todesursache Infektionskrankheiten, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2019 bis 2021**

|                                   | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|-----------------------------------|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| <b>alle Infektionskrankheiten</b> |              |           |  |                                       |  |  |
| 2019                              | 207          | 1.032     | 12,3                                     | 11,5                                  | 10,8   | 14,7   |
| 2020                              | 1.299        | 7.405     | 77,3                                     | 81,0                                  | 59,1   | 103,7  |
| 2021                              | 1.857        | 8.864     | 109,7                                    | 96,1                                  | 85,7   | 145,8  |
| <b>davon COVID-19 (U07)</b>       |              |           |  |                                       |  |  |
| 2020                              | 1.116        | 6.491     | 66,5                                     | 71,0                                  | 50,3   | 90,8   |
| 2021                              | 1.653        | 7.863     | 98,0                                     | 85,2                                  | 76,3   | 130,7  |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Es ergibt sich ein guter Eindruck von der Bedeutung, die COVID-19 als Todesursache erlangt hat, sowie vom Bedeutungsanstieg der Infektionskrankheiten als Todesursachen insgesamt, der damit einhergeht. 2019 wurden sowohl in Wien als auch in Österreich noch keine Todesfälle durch COVID-19-Infektionen verzeichnet.

2020 waren es in Wien bereits 1.116 Personen, die offiziell an COVID-19 starben, in ganz Österreich 6.491 Personen. 2021 stieg die Zahl in Wien auf 1.653 und in Österreich auf 7.863 Personen. Damit war COVID-19 2020 in Wien offiziell für 85,9 % aller Todesfälle durch Infektionskrankheiten verantwortlich, in Österreich für 87,7 %. 2021 stieg dieser Anteil sowohl in Wien wie auch in ganz Österreich auf knapp 89 %.

Die altersstandardisierte Sterberate aufgrund von COVID-19 war damit in den Jahren 2020 und 2021 entsprechend hoch. In Wien lag sie 2020 bei 66,5 und 2021 bei 98 Todesfällen je 100.000 EW. Der große Anstieg der Mortalitätsrate seit 2019 war somit vollständig auf COVID-19 zurückzuführen. Ohne den Beitrag von COVID-19 zur Mortalität aufgrund aller Infektionskrankheiten würde sich diese auf ebenso niedrigem Niveau wie 2019 befinden.

In Wien übertrifft die Mortalitätsrate der Männer aufgrund von COVID-19 jene der Frauen deutlich (sowohl 2020 als auch 2021, siehe Tab. 8). Ein solcher Geschlechterunterschied besteht auch hinsichtlich der Infektionskrankheiten insgesamt – im Jahr 2019 war er jedoch noch wesentlich kleiner als danach. COVID-19 vergrößerte also auch den Geschlechterunterschied hinsichtlich der Mortalität durch Infektionskrankheiten.

Schließlich hat COVID-19 seit Pandemieausbruch auch im Ranking der tödlichsten Einzelkrankungen stets Spitzenplätze belegt. Bei der absoluten Zahl der Todesfälle und bei den altersstandardisierten Sterberaten lag COVID-19 sowohl 2020 als auch 2021 vor der häufigsten Krebsart Lungenkrebs, vor Herzinfarkt und Schlaganfall und vor Diabetes mellitus und COPD. Lediglich die Kategorie der sonstigen ischämischen Herzkrankheiten<sup>23</sup> (außer Herzinfarkt) war mit mehr Todesfällen verbunden.

Neben der großen Bedeutung von COVID-19 als Todesursache übers ganze Jahr gesehen, wies die Sterblichkeit durch COVID-19 innerhalb der Jahre 2020 und 2021 große (saisonale) Schwankungen auf. Eine Darstellung der Statistik Austria, die die todesursachenspezifischen Todesfälle pro Kalenderwoche in Österreich abbildet, findet sich in einer Presseausendung zum Thema<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Die Statistik Austria verwendet eine eigene Typologie – unter anderem mit dieser Kategorie, welche ischämische Herzkrankheiten, die neben dem Myokardinfarkt existieren, zusammenfasst. Siehe dazu die Publikationen zu den Todesfällen unter weiterführende Daten auf: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen)

<sup>24</sup> [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf](https://statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf), S. 8.



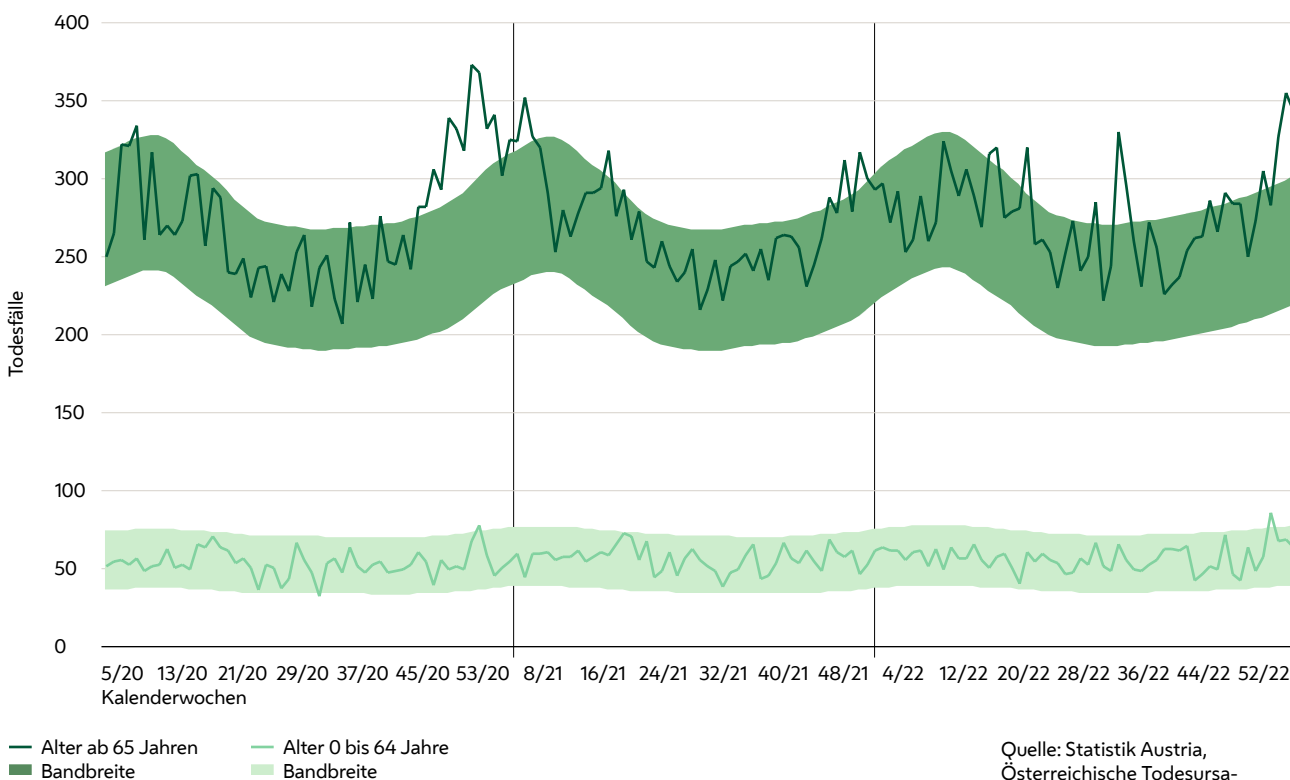
Dort ist zu sehen, dass der überwiegende Teil der in Österreich offiziell auf COVID-19 zurückgeführten Todesfälle jeweils gegen Ende der Jahre 2020 und 2021 auftrat. Dies waren auch jene Perioden, in denen die zweite und dritte große Infektionswelle („Herbstwellen“) das Land erfassten. Die erste Herbstwelle begann ca. in der 42. Kalenderwoche 2020, wobei die altersstandardisierte Sterberate an COVID-19 in der 49. Woche ihren Höhepunkt erreichte, um dann bis zur 9. Kalenderwoche 2021 wieder stark abzusinken. Im folgenden Herbst wiederholte sich das Phänomen (ab der 42. und mit Höhepunkt in der 47. bis 48. Woche 2021), erreichte aber nicht mehr dasselbe hohe Ausmaß und dauerte kürzer.

Auch bei generell abnehmendem Trend sind gewisse Schwankungen der Gesamt-Mortalitätsrate zwischen den Jahren normal. Um zu beurteilen, ob und wie stark die Sterblichkeit in den Pandemie Jahren über solche „normale“ Schwankungen hinausging, berechnet die Wiener Landesstatistik (MA 23) – im Rahmen eines dauerhaften Mortalitäts-Monitorings – mittels geeigneter Methoden eine etwaige **Übersterblichkeit**<sup>25</sup>.

Dabei wird die Zahl der Todesfälle je Kalenderwoche mit einer – auf Basis des Durchschnitts vieler vergangener Jahre – prognostizierten Bandbreite verglichen (Bauer et al. 2022). So ist in Abbildung 16 zu sehen, dass die Zahl der Todesfälle bei Wiener\*innen ab 65 Jahren zwischen der 42. Kalenderwoche 2020 und der 5. Kalenderwoche 2021 (größtenteils deutlich) oberhalb des mit 99-prozentiger Wahrscheinlichkeit prognostizierten Intervalls liegt. Auch im Herbst 2021, sowie im Sommer und Herbst 2022 kam es wieder zu mehrwöchigen, markanten Übersterblichkeiten.

Damit ist belegt, dass in den Jahren 2020 bis 2022 wiederholt mehr Menschen ab 65 Jahren gestorben sind, als mit normalen Schwankungen gerade noch erklärt werden kann. Die kann nur auf außergewöhnliche Umstände zurückzuführen sein. Dass sich die Phasen der Übersterblichkeit zum größten Teil mit jenen decken, in denen sich die offiziell dokumentierten COVID-19-Todesfälle häuften, weist auf die Sars-Cov-2-Infektionswellen als direkte Ursache dieser Übersterblichkeit hin.

**Abb. 16: Absolute Zahl der Todesfälle und 99%-Prognoseintervall je Kalenderwoche, Wien, 2020 bis 2022**



25 [wien1x1.at/mortalitaet-bundeslaender/](http://wien1x1.at/mortalitaet-bundeslaender/)

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik und Stadt Wien – Mortalitäts-Monitoring der Bundesländer

Alternativ könnte man zum Beispiel behaupten, dass eine durch COVID-19-Pandemie-Bekämpfungsmaßnahmen verursachte Unterversorgung (nicht erkannte Herzleiden, verschobene Operationen ...) zu dieser Übersterblichkeit geführt oder beigetragen hätte. Da aber keine andere dokumentierte Todesursache Schwankungen innerhalb eines Jahres aufweist, die zeitlich so eng mit politischen Maßnahmen und Phasen der Übersterblichkeit zusammenfallen, ist diese Hypothese zu vernachlässigen. Auch größere Verschiebungen der Todesfälle von einer Kategorie der Österreichischen Todesursachenstatistik in eine andere (verursacht etwa durch systematische Fehldokumentation von COVID-19 als Grundleiden statt als Nebenleiden) sind im Vergleich zu vergangenen Jahren nicht ersichtlich.

### Mortalität durch Verletzungen und Vergiftungen, inklusive Suizide (Selbsttötung und Selbstbeschädigung)

Unter den Todesfällen durch Verletzungen und Vergiftungen (V01-Y89, U12), die am sechshäufigsten vorkommen (s.o.), sind es in Wien (wie auch in Österreich) zum einen die Unfälle (51,1%) und zum anderen die Suizide (17,9%), die den Großteil ausmachen<sup>26</sup>. Sowohl insgesamt als auch bei den Unfällen als auch bei den Suiziden weist Wien im Vergleich mit ganz Österreich niedrigere altersstandardisierte Sterberaten auf (Tab. 9). In all diesen Bereichen beträgt die Sterblichkeit bei Wienern mehr als das Doppelte wie bei Wienerinnen.

**Tab. 9: Todesursache Verletzungen und Vergiftungen (V01-X59, Y85-Y86), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021**

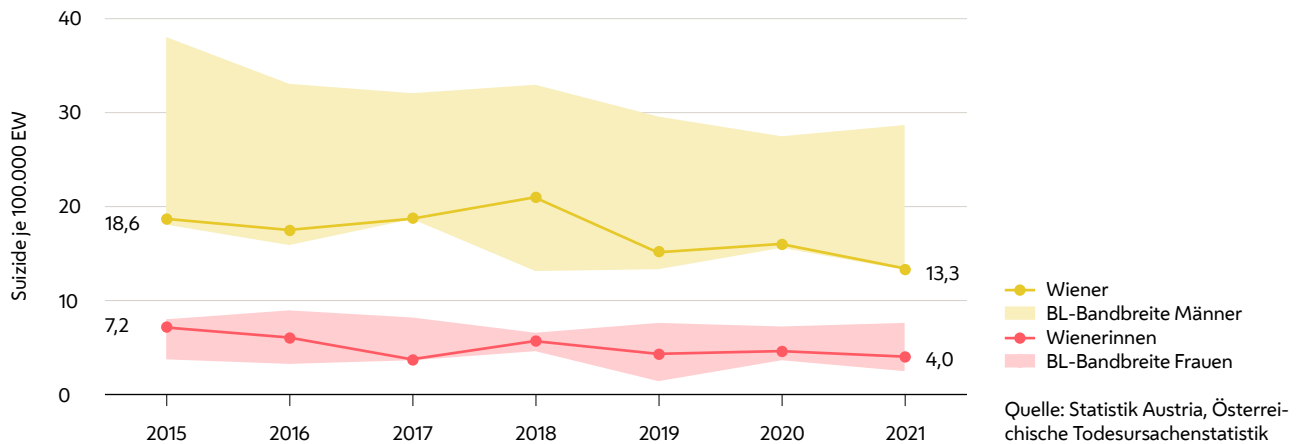
|  | Wien absolut | Ö absolut | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW | Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen | Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer |
|--|--------------|-----------|--|---------------------------------------|--|--|
| alle Verletzungen und Vergiftungen                   | 808          | 4.864     | 44,8                                     | 52,9                                  | 29,2   | 66,3   |
| Unfälle (V01-X59, Y85-Y86)                           | 394          | 2.855     | 22,9                                     | 31,1                                  | 15,9   | 34,2   |
| Selbsttötung und Selbstbeschädigung (X60-X84, Y87.0) | 151          | 1.099     | 8,0                                      | 11,9                                  | 4,0  | 13,3   |

Quelle: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik

Die Todesursache **Selbsttötung und Selbstbeschädigung** (X60-X84, Y87.0) scheint insofern besonders interessant, als sie einen engen Konnex zu den psychischen Erkrankungen aufweist – einem Themenbereich, der gesellschaftlich immer mehr an Bedeutung gewinnt, aber selbst keine direkte Todesursache darstellt.

<sup>26</sup> Todesfälle durch Morde und tätliche Angriffe (X85-Y09, Y87.1) sind im Vergleich dazu sehr selten. Die altersstandardisierte Sterberate in Wien (0,5 je 100.000 EW) liegt hier minimal höher als in Österreich insgesamt (0,4 je 100.000 EW).

**Abb. 17: Sterblichkeit durch Selbsttötung und Selbstbeschädigung (Suizide) (X60-X84, Y87.0), altersstandardisiert, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021**



**Todesfälle durch Suizid** können jedoch die indirekte Folge psychischer Störungen sein, wengleich natürlich nicht jeder Suizid psychische Ursachen hat und nicht jede psychische Störung in einen Suizid mündet (Stadt Wien 2020, 22 & 71ff).

Die Entwicklung der Mortalität aufgrund von Suizid folgte zwischen 2015 und 2021 einem rückläufigen Trend – sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Abb. 17). Bei Männern war die Suizidrate dabei stets deutlich höher als bei Frauen. Jedoch sank sie bei den Wienern von 18,6 auf 13,3 Todesfälle je 100.000 EW. Bei Wienerinnen sank sie von 7,2 auf 4 Todesfälle je 100.000 EW. Absolut gesehen reduzierte sich damit der Geschlechterunterschied etwas, relativ gesehen jedoch nicht – 2021 ereignete sich Tod durch Suizid bei Wienern immer noch mehr als das dreimal so häufig wie bei Wienerinnen.

Im Bundesländer-Vergleich wies Wien bei Männern damit durchgehend eine der niedrigsten Sterberaten je 100.000 EW auf, bei Frauen lag Wien meist im Mittelfeld der Bundesländer. 2021 nahmen sich in absoluten Zahlen 40 Wienerinnen und 111 Wiener das Leben. Mit insgesamt 151 Personen war dies die niedrigste bisher verzeichnete Zahl. Leider zeigen die neuesten Daten für 2022 wieder einen Anstieg der Suizidtoten auf insgesamt 222 Todesfälle bzw. 12 je 100.000 EW. Wien hat damit immer noch die drittniedrigste Rate aller Bundesländer. Ob der Anstieg von 2021 auf 2022 vorübergehend ist oder sich die COVID-19-Pandemie längerfristig negativ auf die Suizidrate auswirkt, bleibt abzuwarten.

Anders als bei der Suizidrate war hinsichtlich der Sterblichkeit im gesamten ICD-Kapitel **Verletzungen und Vergiftungen** zwischen 2015 und 2021 kein rückläufiger Trend zu beobachten. Die entsprechende altersstandardisierte Sterberate war 2021 in Wien mit 44,8 Todesfällen je 100.000 EW fast genauso hoch wie 2015 (45,6 Todesfälle je 100.000 EW). Bundesweit blieb die Rate ebenfalls fast gleich: 2021 betrug sie 52,9 Todesfälle je 100.000 EW, 2015 waren es 53,1.

Zu erklären ist dies mit der Entwicklung in der Kategorie **Ereignisse, deren Umstände unbestimmt sind** (Y10-Y34, Y87.2). Dies ist die einzige Kategorie, die von 2015 bis 2021 klar steigende Sterberaten aufwies. Ihr werden Todesfälle zugeordnet, die nicht eindeutig als Selbst-, Fremdverletzung oder Unfall identifizierbar sind.

# Gesundheitliche Probleme der Menschen in Wien

Informationen zu den im Kapitel über die Sterblichkeit thematisierten (Kategorien von) Krankheiten werden auch in den wichtigsten **Gesundheitssurveys** regelmäßig erhoben. Dies ermöglicht es, auch etwas über ihre Verbreitung in der lebenden Bevölkerung zu erfahren.

Die Ergebnisse in diesem Kapitel beruhen auf den Antworten der Befragten, aus denen – je nach Fragestellung – 12-Monats- oder Lebenszeit-**Prävalenzen** errechnet wurden. Aus den Ergebnissen auf Basis der Stichproben wird auf die Verbreitung in der Bevölkerung geschlossen. Bei Herzinfarkten, Schlaganfällen und Krebs ist es außerdem möglich bzw. sinnvoll, auf Spitals- bzw. Registerdaten zurückzugreifen und **Inzidenzen** zu berichten.

Neben den Krankheiten, die als Todesursachen eine große Rolle spielen, werden auch bedeutende **nicht (direkt) tödliche Krankheiten** thematisiert. Darunter fallen chronische Schmerzen, psychische Erkrankungen, Demenz und Allergien.

## CHRONISCHE KRANKHEITEN UND GESUNDHEITSPROBLEME: ALLGEMEINE PRÄVALENZ

Die allgemeine Häufigkeit chronischer Krankheiten wurde vor der COVID-19-Pandemie im ATHIS 2019 und währenddessen im EU-SILC 2021 und 2022 erhoben. Die Erhebung kann grundsätzlich auf verschiedene Arten erfolgen.

### Chronische Krankheit (Prävalenz, global erfasst)

Einerseits wird in beiden Surveys **global** nach dem Vorliegen einer chronischen Krankheit gefragt. Das heißt, es wird eine Frage verwendet, die viele Aspekte eines Themas umfasst und so längere, detaillierte Fragelisten ersetzen soll (Barofsky 2004, 1672f). Den Befragten wurden also keine Vorschläge gemacht, um welche chronischen Krankheiten es sich dabei konkret handeln könnte. Vielmehr mussten sie völlig nach eigenem Ermessen beurteilen, ob eine chronische Krankheit von mindestens 6-monatiger Dauer vorlag.

Die jeweiligen Anteile der Personen, die dies bejahten, finden sich in Tabelle 10. Dort sind die Ergebnisse aus ATHIS und EU-SILC seit 2014 für Wien sowie ganz Österreich angegeben. So kann die > Variable in beiden Gebietseinheiten im Zeitverlauf betrachtet werden.

**Tab. 10: Chronische Krankheit, Globalfrage, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten**

Fragestellung: *Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?*

|                      | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2021 | Ö 2021 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|----------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| hat die Frage bejaht | 39,5 %    | 36,2 % | 39,7 %    | 36,2 % | 38,2 %    | 38,3 % | 36,8 %    | 36,0 % |

Quellen: ATHIS (2014, 2019),  
EU-SILC (2021, 2022)

Fast 40 % der Wiener\*innen haben nach Eigenangabe eine chronische Krankheit bzw. ein chronisches Gesundheitsproblem. Der Anteil lag 2022 – im Unterschied zur Erhebung 2014 – um 3,3 Prozentpunkte und signifikant über dem österreichweiten Wert. Für die nächste ATHIS-Erhebung 2025 wird interessant sein, ob dieser Unterschied bestehen bleibt.

Wienerinnen bejahen die Globalfrage zudem signifikant häufiger als Wiener. Die Frauen liegen hier in allen Befragungen 6 bis 11 Prozentpunkte über den Männern. 2022 berichteten 44,9 % der Frauen gegenüber 33,9 % der Männer von einer chronischen Krankheit<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Der EU-SILC weist 2021 für Frauen 42,9 % und für Männer 36,1 % aus, der ATHIS 2019 für Frauen 42,2 % und für Männer 34 %. Der Unterschied war jeweils signifikant.

## Chronische Krankheit (Prävalenz, aus einer Liste auszuwählen)

Andererseits wird im ATHIS – zusätzlich zur Globalfrage – auch spezifisch nach dem Vorliegen von 19 (2014 von 17) häufigen chronischen Krankheiten gefragt. Jede davon wird den Teilnehmenden dabei einzeln nacheinander vorgelesen, worauf sie das Vorliegen der jeweiligen Krankheit entweder bejahen oder verneinen können. Wird nun ausgewertet, ob die Befragten bei mindestens einer Erkrankung mit „Ja“ geantwortet haben, gelangt man im Vergleich zur Globalfrage zu einem deutlich veränderten Ergebnis (Tab. 11).

**Tab. 11: Chronische Krankheit, Auswahl aus Liste, Wien und Österreich, 12-Monats-Prävalenz, 2014 und 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|   | Wien<br>2019 | Ö<br>2019 | Wien<br>2014 | Ö<br>2014 |
|---|--------------|-----------|--------------|-----------|
| hat mindestens eine der vorgelesenen Krankheiten bejaht | 67,3 %       | 66,2 %    | 61,1 %       | 62,3 %    |

Quelle: ATHIS (2014, 2019)

Wie man sieht, ergibt sich bei dieser Art der Fragestellung eine wesentlich höhere Prävalenz. Der Anteil jener, die mindestens eine Erkrankung aus einer Liste angeben, übersteigt den mit der Globalfrage gemessenen um fast 30 Prozentpunkte (obwohl inhaltlich dasselbe erhoben wird).

Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass auch die Geschlechterdifferenz in Wien 2014 und 2019 bei der Erhebung mit Liste nicht signifikant war. Dies ist, wie eine Aufschlüsselung nach Einzelkrankheiten (s.u.) zeigt, jedoch differenziert zu betrachten.

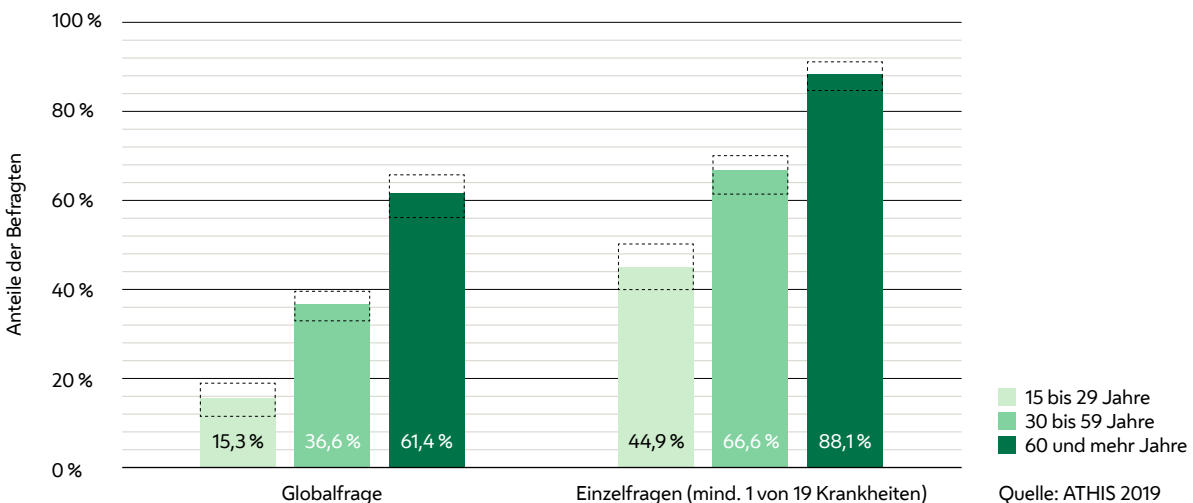
In Wien weichen die Anteile nicht signifikant von den österreichweiten Werten ab. Der Anstieg von 2014 bis 2019 liegt zum Teil daran, dass zwei neue Erkrankungen (erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette und Triglyceride sowie Krebs) in die Liste aufgenommen wurden. Sonst hätte der Anstieg nur 3,2 statt 6,2 Prozentpunkte betragen und wäre nicht signifikant gewesen.

## Chronische Krankheit und Alter

Unabhängig von der Fragestellung besteht ein signifikanter und deutlicher Zusammenhang zwischen der Prävalenz chronischer Krankheiten und dem Alter der Befragten.

Abbildung 18 zeigt dies für 2019 auf Basis der Antworten auf die Globalfrage einerseits (links) und die 19 Einzelfragen andererseits (rechts).

**Abb. 18: Prävalenz chronischer Krankheiten, Vergleich Globalfrage und Einzelfragen, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Der Anteil der Wiener\*innen mit chronischer Krankheit beträgt je nach Alter zwischen 15,3 % und 61,4 % (Globalfrage) bzw. zwischen 44,9 % und 88,1 % (spezifische Einzelfragen). Bei Wiener\*innen ab 60 Jahren liegen die Anteile damit 46,1 bzw. 43,3 Prozentpunkte höher als in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen. Innerhalb der Altersgruppen lassen sich keine signifikanten Geschlechterunterschiede feststellen.

In jeder Altersgruppe führt die explizite Erwähnung spezifischer Gesundheitsprobleme als Antwortoption zur Erhöhung des Anteils jener, die eine chronische Krankheit bestätigen können. Offenbar ist hier die Fragestellung eine Gedächtnisstütze, die bewirkt, dass den Befragten Beschwerden in den Sinn kommen, die im Alltag nicht so präsent sind (z.B., weil man sich daran gewöhnt hat), keinen großen Leidensdruck mit sich bringen oder den Alltag nicht behindern. Dies kann zum Beispiel bei Vorliegen von Allergien, Asthma, Diabetes mellitus oder leichten Schmerzen der Fall sein.

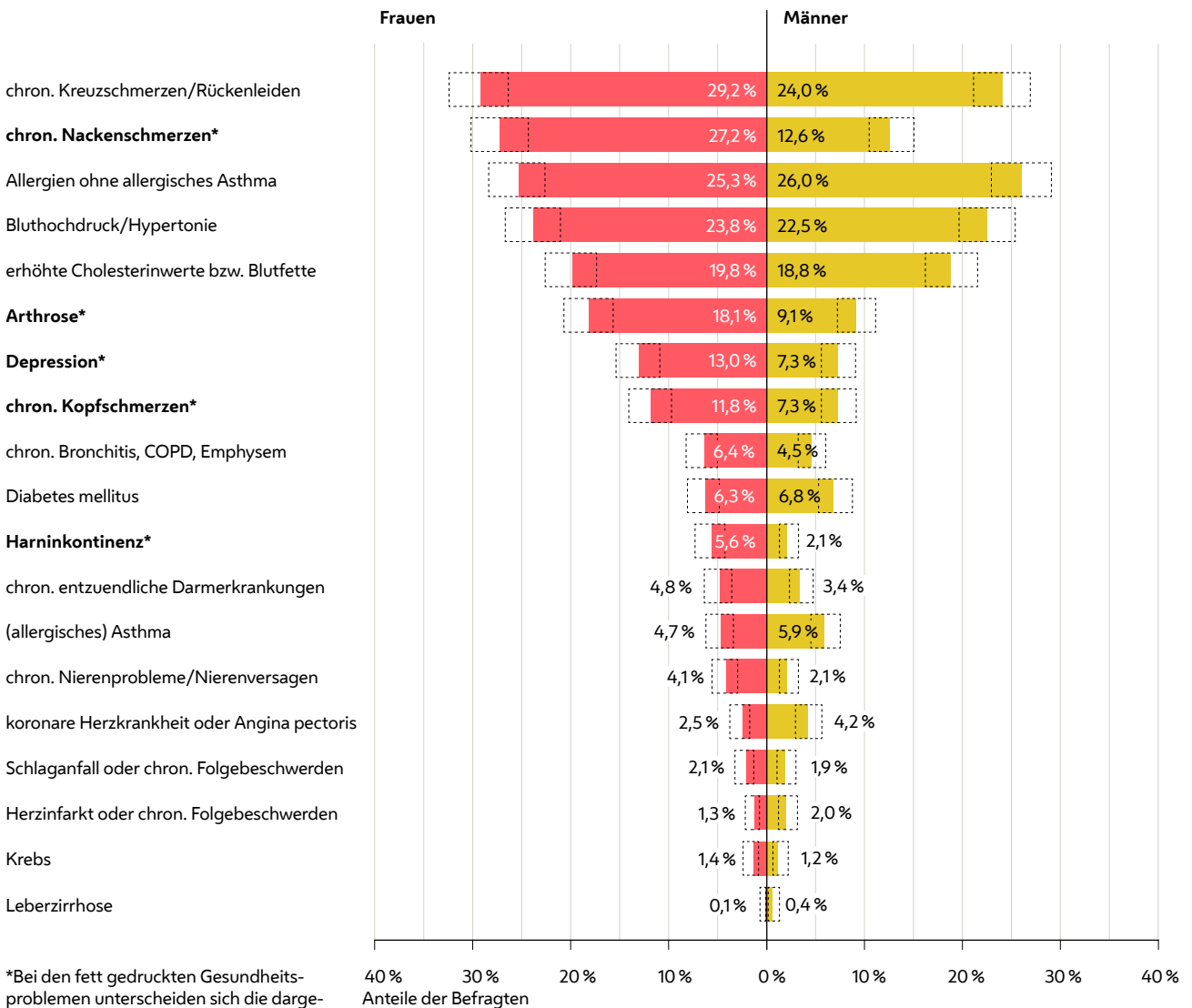
### **Einzelne chronische Gesundheitsprobleme und Geschlecht**

Die Antworten der ATHIS 2019 lassen sich auch je Einzelfrage auswerten. Dies ergibt für jede abgefragte Krankheit die **12-Monats-Prävalenz**. Abbildung 19 differenziert die Anteile der jeweils Betroffenen nach dem Geschlecht, um darzustellen, dass bei einzelnen der 19 chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme sehr wohl signifikante **Geschlechterunterschiede** bestehen.

Dies ist bei 5 der 19 Einzelerkrankungen der Fall, wobei die Unterschiede immer zuungunsten der Frauen ausfallen. So leiden Wienerinnen verglichen mit Wienern häufiger an chronischen Nackenschmerzen, Depression, Arthrose, chronischen Kopfschmerzen und Harninkontinenz. Am größten ist dieser Unterschied mit 14,6 Prozentpunkten bei den chronischen Nackenschmerzen, am kleinsten ist er mit 3,5 Prozentpunkten bei der Harninkontinenz.

Krankheiten und Gesundheitsprobleme, die von Wiener\*innen besonders häufig angegeben werden, sind: **Allergien, chronische Kreuzschmerzen/Rückenleiden** und **Bluthochdruck**. Bei ihnen beträgt die 12-Monats-Prävalenz über 20 % bei beiden Geschlechtern. Außerdem berichten Frauen zu 27,2 % von chronischen **Schmerzen am Nacken oder an der Halswirbelsäule**.

**Abb. 19: Prävalenz abgefragter chronischer Krankheiten und Gesundheitsprobleme, nach Geschlecht, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Ebenfalls häufig sind erhöhte Werte an Cholesterin, Blutfetten oder Triglyceriden, sowie bei Frauen Arthrose, Depression und chronische Kopfschmerzen und bei Männern chronische Schmerzen des Nackens oder der Halswirbelsäule. Hier liegt die Prävalenz jeweils zwischen 10 % und 20 %.

Andere Krankheiten sind zwar seltener, erhalten ihre Bedeutung aber aufgrund ihrer Rolle als Todesursache. Dazu gehören die koronare Herzkrankheit, Angina Pectoris, Herzinfarkt und Schlaganfall. Sie weisen für sich jeweils eine 12-Monats-Prävalenz zwischen einem und circa drei Prozent auf. Zusammengefasst als ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten sind jedoch 5 % der Befragten davon betroffen. Ebenfalls bedeutend sind Diabetes mellitus (mit über 6 %), COPD (mit 4,5 bzw. 6,4 %,) und Krebs (mit circa 2 %).

## CHRONISCHE KRANKHEITEN, DIE HÄUFIGE TODESURSACHEN DARSTELLEN

Dieses Kapitel greift jene chronischen Krankheiten, die besonders häufig auch als Todesursachen dokumentiert werden, heraus<sup>28</sup>. Aufgrund der Bedeutung dieser Krankheiten werden die dazu vorliegenden Daten detaillierter analysiert. Im Fokus steht dabei wieder die selbstberichtete > Morbidität (Krankheitslast) der erwachsenen Bevölkerung im Allgemeinen (ATHIS) und der Wiener\*innen ab 50 im Speziellen (> SHARE). Wie eingangs im Methodenkapitel erwähnt, wird ergänzend – sofern vorhanden – auch auf administrativ erhobene Routinedaten (bei Herzinfarkten und Schlaganfällen) bzw. offizielle Register (bei Krebserkrankungen) zurückgegriffen.

### Prävalenz ischämischer Herz-Kreislauf-Krankheiten

In Tabelle 12 finden sich die Ergebnisse zur Gesamtprävalenz der einzelnen im ATHIS erfragten ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten. In der Gesamtkategorie **ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten** werden alle Nennungen zu diesen Krankheiten zusammengefasst.

**Tab. 12: Mindestens eine ischämische Herz-Kreislauf-Krankheit, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|   | Wien<br>2019 | Ö<br>2019 | Wien<br>2014 | Ö<br>2014 | Wien<br>2006/07 | Ö<br>2006/07 |
|---|--------------|-----------|--------------|-----------|-----------------|--------------|
| <b>ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten</b>                               | <b>5,0 %</b> | 5,4 %     | <b>2,4 %</b> | 3,4 %     | -               | -            |
| umfassen  |              |           |              |           |                 |              |
| <i>Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts</i>   | <b>1,6 %</b> | 1,7 %     | <b>0,7 %</b> | 1,0 %     | <b>2,5 %</b>    | 2,1 %        |
| <i>koronare Herzkrankheit oder Angina Pectoris</i>                          | <b>3,3 %</b> | 3,2 %     | <b>1,4 %</b> | 2,2 %     | -               | -            |
| <i>Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls</i> | <b>1,3 %</b> | 1,5 %     | <b>0,7 %</b> | 0,8 %     | <b>2,1 %</b>    | 2,2 %        |

Quelle: ATHIS (2006/07, 2014, 2019)

Wie zu sehen, lag die selbstberichtete Morbidität an ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten 2019 in Wien im Bereich des österreichweiten Wertes und betrug 5 %. Die 12-Monats-Prävalenzen der Einzelerkrankungen sind dementsprechend geringer und unterscheiden sich zwischen Wien und Gesamt-Österreich nur marginal. Es ist aber jeweils ein Anstieg seit der letzten Erhebung 2014 zu verzeichnen<sup>29</sup>. Am häufigsten angegeben wurde „koronare Herzkrankheit oder Angina Pectoris“ mit einer Prävalenz von 3,3 %, gefolgt von Herzinfarkt (1,6 %) und Schlaganfall (1,3 %).

Bei keiner der abgefragten Herz-Kreislauf-Krankheiten unterscheiden sich die Angaben von Frauen und Männern signifikant voneinander (Abb. 10). Es gibt hingegen sehr wohl Prävalenzunterschiede hinsichtlich der **Altersgruppen**. Sie sind in Abbildung 20 dargestellt.

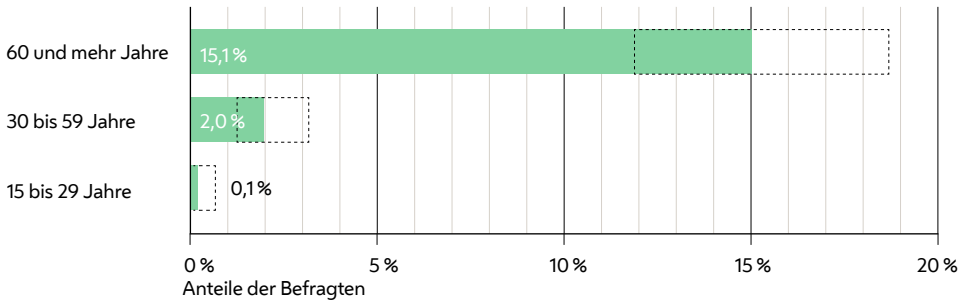
Es zeigt sich, dass bei Personen unter 60 Jahren die Anteile jener, die bereits eine der schwerwiegenden ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten hinter sich haben, noch sehr gering sind. Das ist auch bei beiden Geschlechtern und jeder Einzelerkrankung so (nicht dargestellt). Bei den 30- bis 59-Jährigen ist die Prävalenz zwar bereits signifikant höher als in der jüngsten Altersgruppe, beträgt aber trotzdem erst 2,0 %. Hingegen haben Wiener\*innen ab 60 Jahren bereits zu 15,1 % eine ischämische Herz-Kreislauf-Krankheit hinter sich.

<sup>28</sup> Ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten (wie Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit und Schlaganfall), Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane (wie COPD, chronische Bronchitis und Asthma), sowie Endokrine und Stoffwechselerkrankungen (wie Diabetes mellitus) (Stadt Wien 2020, 34f).

<sup>29</sup> Im Kapitel zur Lebenserwartung in Gesundheit (S. 36) wurde bereits auf eine mögliche Übererfassung gesünderer Menschen im ATHIS 2014 hingewiesen. Die hier dargestellten Prävalenzen für 2014 könnten daher entsprechend unterschätzt sein.



**Abb. 20: Ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten (eine oder mehrere -Krankheiten), 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

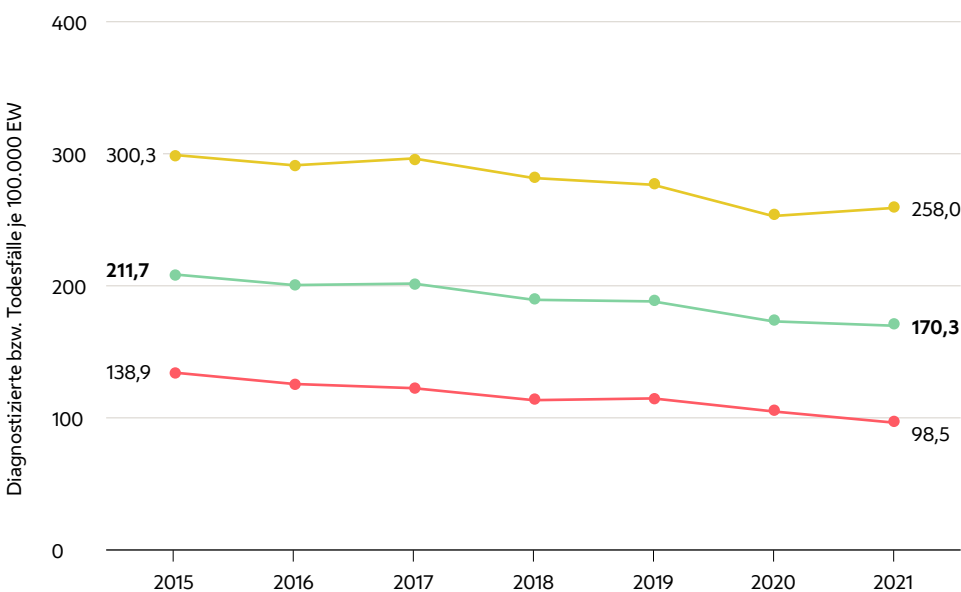
Die hohe Prävalenz ischämischer Herz-Kreislauf-Krankheiten bei älteren Menschen wird (wie für alle Erkrankungen in diesem Kapitel) weiter unten noch einmal aufgegriffen und auf Basis der hierzu spezialisierten Datenquelle (SHARE) zusammenfassend dargestellt.

### Inzidenz ischämischer Herz-Kreislauf-Krankheiten

Die bekanntesten ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten sind Herzinfarkt und Schlaganfall. Führt eine dieser folgenschweren Krankheiten zur Spitalsaufnahme oder unmittelbar zum Tod, muss von ärztlicher Seite eine Dokumentation erfolgen. Verwendet werden dazu im ICD-10-Katalog gelistete Codes, die bestimmten Krankheiten zuzuordnen sind.

Im Falle des **Herzinfarktes** sind dies die Codes I21 und I22 (akuter bzw. rezidivierender Myokardinfarkt). Wurde einer dieser Codes in einem bestimmten Jahr bei der Totenbeschau als Todesursache oder bei der Aufnahme einer Person in ein Spital als Diagnose erfasst, so zählt der/die Betroffene zu jenen, die in dem Jahr einen Herzinfarkt erlitten haben. Die Kombination beider Quellen sollte so gut wie alle Fälle von Herzinfarkt abdecken, da diese entweder sofort zum Tod führen oder andernfalls stationär behandelt werden müssen (Stadt Wien 2017, 25). Die Rate der Neuerkrankungen (Inzidenz) für Herzinfarkt lässt sich so berechnen. Die sich ergebenden Werte für die Wiener Bevölkerung seit 2015 sind aus Abbildung 21 abzulesen.

**Abb. 21: Inzidenz akuter Myokardinfarkt, altersstandardisierte Näherungswerte, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021**



Quellen: Statistik Austria, Österreichische Todesursachenstatistik, Diagnose- und Leistungsdokumentation der FKA (BMSGPK)

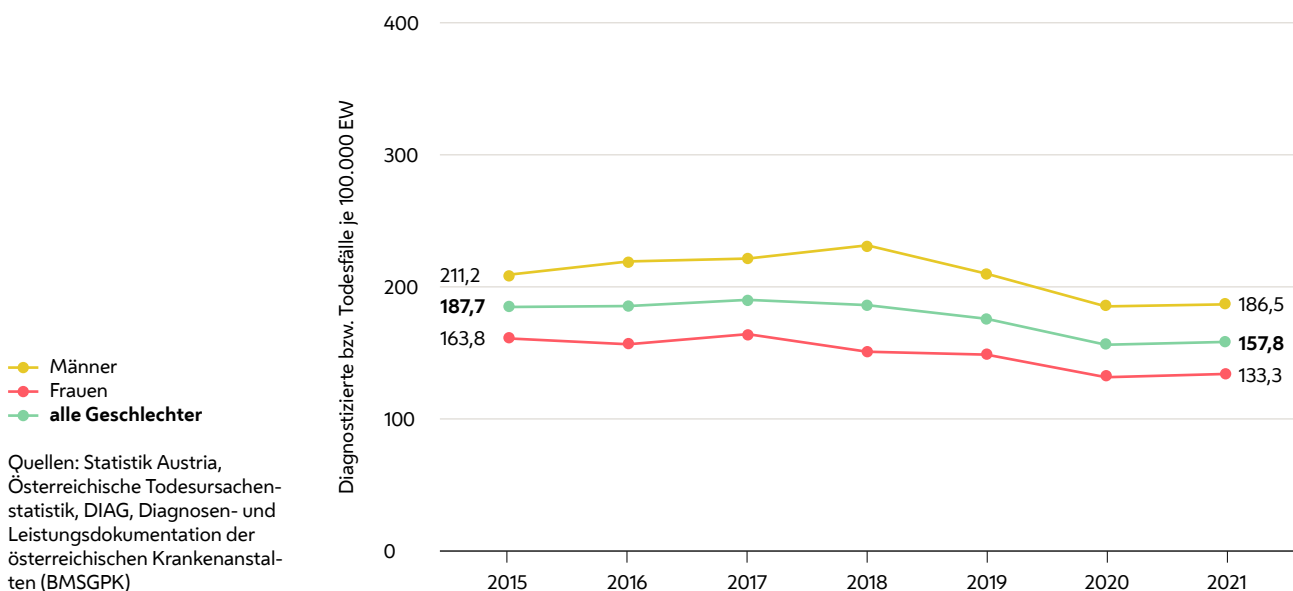
Es ist zu sehen, dass sich der Rückgang der altersstandardisierten Herzinfarkt-Inzidenz in der Beobachtungsperiode weiter fortsetzte (anschließend an die vorherige Periode, Stadt Wien 2017, 24). Die Inzidenz ungeachtet des Geschlechts fiel von 211,7 Todesfällen je 100.000 EW um 41,4 auf 170,3 Todesfälle je 100.000 EW. Bei Männern und Frauen geschah dies (absolut gesehen) im gleichen Ausmaß. Damit blieb auch der Geschlechterunterschied in etwa gleich. Dieser erweist sich – im Unterschied zur (erfragten) Prävalenz – bei der Inzidenz als sehr groß: Bei den Männern ist die altersstandardisierte Inzidenz mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen.

Im Jahr 2021 wurden 2.967 Wiener\*innen mit einem Herzinfarkt diagnostiziert und / oder sind daran gestorben. Davon waren 1.997 Männer und 970 Frauen. (2015 bekamen noch 3.389 die Diagnose Herzinfarkt, davon 2.095 Männer und 1.295 Frauen.) Die Altersstandardisierung führt zu einer Erhöhung des männlichen Überhangs, die sich in der Inzidenz widerspiegelt. Grund ist, dass Wiener nicht nur öfter, sondern häufiger auch schon in jüngeren Jahren einen Herzinfarkt bekommen als Wienerinnen.

Während der COVID-19-Pandemie hat sich die absolute Zahl der **Todesfälle** aufgrund von Herzinfarkt ausgehend vom Jahr 2019 von 562 auf 691 bzw. 638 (in den Jahren 2020 bzw. 2021) erhöht. Im Unterschied dazu ist die Zahl der im Spital mit Herzinfarkt diagnostizierten Wiener\*innen aber von 2.949 (im Jahr 2019) auf 2.620 bzw. 2.641 (in den Jahren 2020 bzw. 2021) gesunken.

Der **ischämische Schlaganfall**, oder Hirninfarkt, gehört zur Gruppe der zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I69). Das sind jene Krankheiten, die Blutgefäße im Gehirn betreffen. Das Besondere beim ischämischen Schlaganfall ist, dass es durch Einengungen oder Verschluss von Venen oder Arterien zu einer Minderdurchblutung von Teilen des Gehirns kommt. Blut tritt dabei nicht aus, was den ischämischen von anderen Formen des Schlaganfalls (Gehirnblutungen) unterscheidet. Dokumentiert werden ischämische Schlaganfälle mit dem Code I63 (und teilweise auch noch mit I64<sup>30</sup>). In Abbildung 22 ist die Entwicklung der Schlaganfall-Inzidenz seit 2015 abgebildet. Die Zahlen basieren wieder auf einer Kombination von zwei Quellen (Diagnose-Dokumentation in Spitälern und Österreichische Todesursachenstatistik).

**Abb. 22: Inzidenz ischämischer Schlaganfall, altersstandardisierte Näherungswerte, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2021**



30 Vor allem in der Österreichischen Todesursachenstatistik. Im Spitalsbereich existiert mittlerweile die Vorgabe, I64 („nicht als Blutung oder Infarkt bezeichneter Schlaganfall“) zugunsten des exakteren Codes I63 („Hirninfarkt“) nicht mehr zu verwenden. Hauptdiagnosen gibt es auf Basis von I64 gar keine mehr. Von den Hospitalisierten werden daher nur jene mit der Hauptdiagnose I63 in die Analyse einbezogen.

Anders als in der vorherigen Periode sieht man einen leichten Rückgang der Schlaganfall-Inzidenz (Stadt Wien 2017, 24). Es gibt einen Geschlechterunterschied, der kleiner ist als bei Herzinfarkt. Dieser wird erst durch die Altersstandardisierung sichtbar. Männer sterben jedoch im Vergleich zu Frauen öfter schon in jüngeren Jahren an Schlaganfällen. In absoluten Zahlen sterben zwar mehr Frauen an einem Schlaganfall, diese sind aber meist älter und die Altersstandardisierung gleicht den Vorsprung wieder aus. Diagnostiziert wurden Schlaganfälle in den meisten Jahren ein wenig häufiger bei Männern (wieder in jüngerem Durchschnittsalter verglichen mit Frauen). Durch die Altersstandardisierung ergibt sich hier ein Vorsprung der Männer in der Inzidenz. Seit 2015 hat sich dieser Geschlechterunterschied marginal erhöht (Abb. 22).

### Prävalenz bösartiger Neubildungen (Krebserkrankungen)

Die Prävalenz von Krebserkrankungen wurde nach einer Unterbrechung in der Erhebungswelle 2014 bei der ATHIS-Erhebung 2019 wieder berücksichtigt. Anders als bei der letzten Erfassung der selbstberichteten Krebs-Morbidität 2006/07 wurde 2019 allerdings nicht nach dem Auftreten von Krebs in der gesamten **bisherigen Lebenszeit**, sondern nur in den **letzten 12 Monaten** gefragt. Dementsprechend hat sich die Prävalenz seit 2006/07 verringert und beträgt 2,0 % für Wien (Tab. 13). Es besteht kein signifikanter Geschlechterunterschied.

**Tab. 13: Krebs, Lebenszeit-Prävalenz und 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 und 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie [jemals (2006/07)] [in den letzten 12 Monaten (2019)] eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|                      | Wien<br>2019 | Ö<br>2019 | Wien<br>2006/07 | Ö<br>2006/07 |
|----------------------|--------------|-----------|-----------------|--------------|
| hat die Frage bejaht | 2,0 %        | 2,5 %     | 3,6 %           | 3,6 %        |

Quelle: ATHIS (2006/07, 2019)

Da dieser Wert für das Jahr 2019 Personen außer Acht lässt, deren Diagnose vorher gestellt wurde und die ihre Krebserkrankungen nunmehr als überwunden betrachten, ist es sinnvoll, sich der Lebenszeit-Prävalenz auf alternative Weise anzunähern. Dazu können Daten aus dem von der Statistik Austria geführten Krebsregister – veröffentlicht in der Publikation Krebs in Österreich dienen. Sie lassen einen langjährigen Abgleich der Krebsdiagnosen mit den Krebstodesfällen in der österreichischen Bevölkerung zwischen 1983 und 2017 zu.

**Tab. 14: Krebs, Lebenszeit-Prävalenz (Näherungswert), Wien und Österreich, 2017**

Definition: Personen mit vorangegangener Krebsdiagnose (ab 1983), die zum Stichtag 31.12.2017 am Leben waren

|                          | Wien 2017<br>Anteil | Anzahl | Ö 2017<br>Anteil | Anzahl  |
|--------------------------|---------------------|--------|------------------|---------|
| Langzeit-Prävalenz Krebs | 3,2 %               | 59.979 | 4,1 %            | 357.781 |

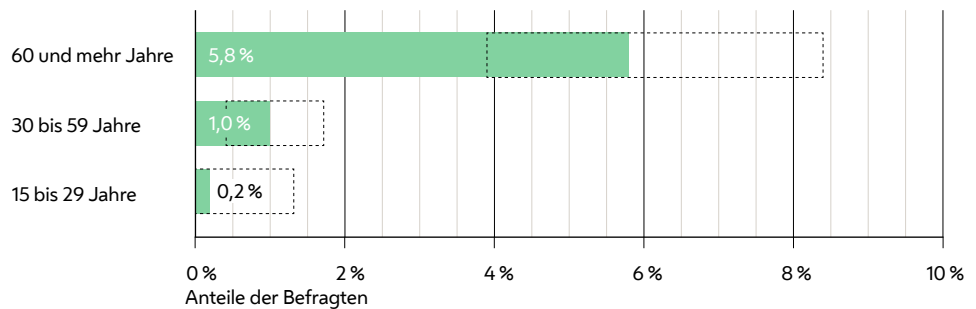
Quelle: Statistik Austria, Krebsregister / Krebs in Österreich

Demnach waren 2017 von 1.173.169 Personen, bei denen in Österreich seit 1983 ein Krebs diagnostiziert wurde, noch 357.781 Personen am Leben, was einem Anteil von 4,1% der Bevölkerung entsprach (Statistik Austria 2020, 17). So viele lebende Personen hatten seither in ihrem Leben jemals Krebs, was der Lebenszeit-Prävalenz der Bevölkerung schon sehr nahekommt. Für Wien im Jahr 2017 wurde auf dieselbe Art eine Lebenszeit-Prävalenz<sup>31</sup> von 3,2 % errechnet (Statistik Austria 2017, 35). Sie lag damit etwas unter dem österreichweiten Wert, wobei Wien ein Sechstel der (ehemaligen) Krebspatient\*innen in Österreich beheimatete (Tab. 14).

31 Eigentlich ist es eine Langzeit-Prävalenz über 34 Jahre (1983 bis 2017). Es kann aber angenommen werden, dass nur wenige Personen, deren Krebserkrankung noch länger zurücklag, 2017 noch lebten.

Die Krebs-Prävalenz ist stark altersabhängig. Das zeigt folgende, wieder auf Basis von ATHIS 2019 erstellte Abbildung. In der jüngsten Altersgruppe gab fast niemand von den Befragten an, in den letzten 12 Monaten an einer Krebserkrankung gelitten zu haben. In der Gruppe der Ab-60-Jährigen waren es 5,8 % und damit signifikant mehr als bei den 30- bis 59-Jährigen und den 15- bis 29-Jährigen.

**Abb. 23: Krebs, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019**

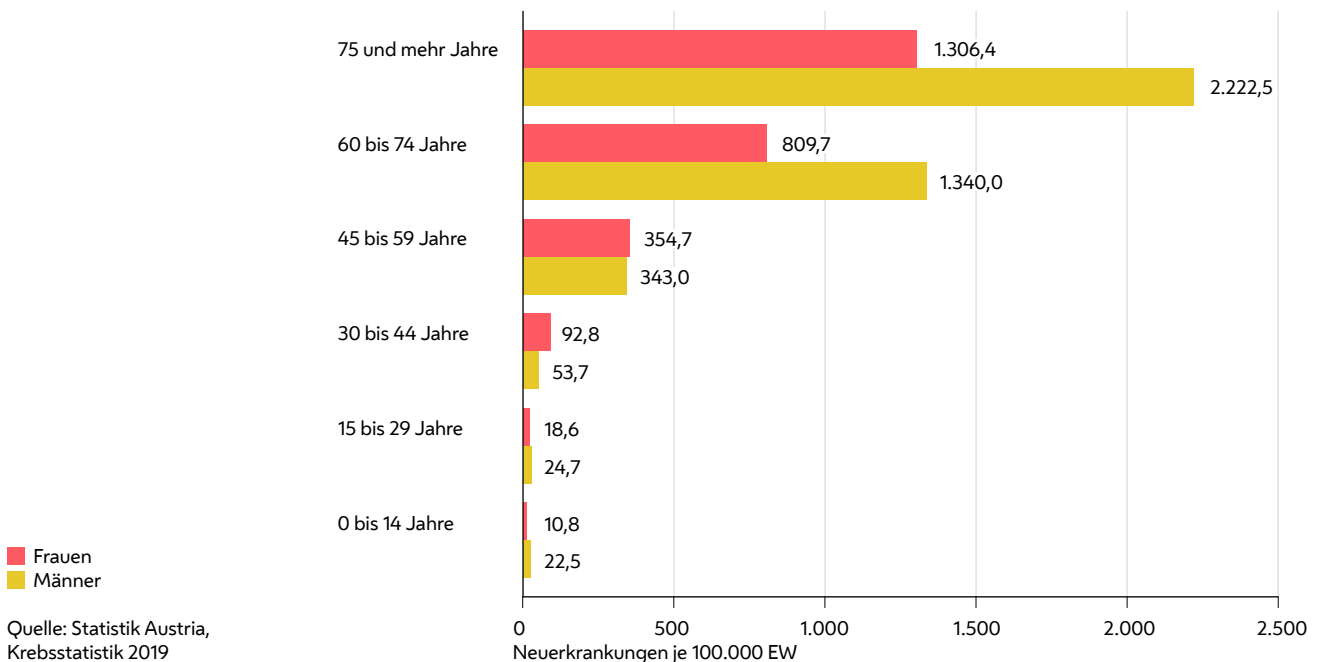


Quelle: ATHIS 2019

### Inzidenz bösartiger Neubildungen, Zeitverlauf und Lokalisationen

Die Zahl der jährlich neu diagnostizierten Krebsfälle bewegte sich seit der Jahrtausendwende in Wien fast immer zwischen 7.000 und 8.000 Fällen. Im letzten für diesen Bericht verfügbaren Datenjahr 2019 betrug die Zahl der dokumentierten Krebsfälle 7.020, wobei 3.717 Diagnosen Männer und 3.303 Diagnosen Frauen betrafen. Dies entspricht einer (nach Europabevölkerung 2013) altersstandardisierten Inzidenz von 415,0 Krebs-Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner\*innen für das Jahr 2019.

**Abb. 24: Krebs-Inzidenz, altersstandardisiert, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**



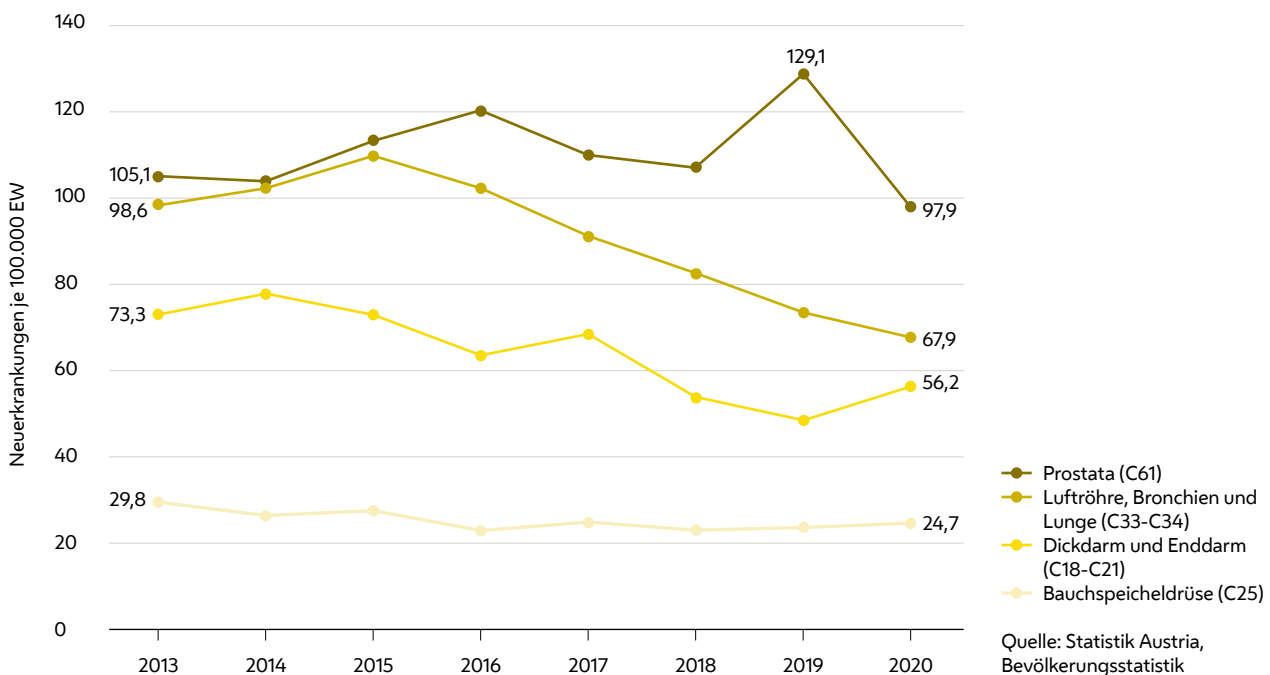
Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik 2019

Bei **Männern** ist die Inzidenz mit 510,4 neu diagnostizierten Krebsfällen je 100.000 Einwohnern höher als bei Frauen mit 347,9 je 100.000 Einwohnerinnen. Dies macht sich vor allem in den beiden oberen Altersgruppen der 60- bis 74-Jährigen und der Ab-75-Jährigen bemerkbar (Abb. 24), in denen die altersstandardisierte Krebs-Inzidenz der Männer jene der Frauen bei weitem übertrifft. Von den (im Vergleich zu Frauen) relativ wenigen Männern, die dieses Alter erreichen, erkranken überproportional viele relativ bald an Krebs.

Ein Bundesländervergleich liegt in Form einer 3-Jahres-Auswertung (2018 – 2020) vor. Diese ergibt für Wien ungeachtet des Geschlechts eine altersstandardisierte Gesamt-Krebsinzidenz, die deutlich unter dem österreichischen Wert liegt (413 vs. 478,8 Fälle je 100.000 EW). Eine Ausnahme bildet Lungenkrebs: Hier ist die Inzidenz in Wien höher als in Österreich insgesamt (61 vs. 54,9 Fälle je 100.000 EW). Bei Brustkrebs weisen die Wienerinnen (mit 85,1 Fällen je 100.000 EW) und bei Prostatakrebs die Wiener (mit 111,6 Fällen je 100.000 EW) die im Bundesländervergleich niedrigsten Inzidenzwerte auf.

Die Abbildungen 25 und 27 geben die Zeitreihe der jährlichen altersstandardisierten Inzidenzraten ausgewählter Krebsarten seit 2013 bis zum letzten verfügbaren Datenjahr 2020 wider. Sie schließen damit an die im letzten Allgemeinen Gesundheitsbericht Wien (Stadt Wien 2017, 26f) dargestellten Zeitreihen (bis 2012) an.

**Abb. 25: Krebs-Inzidenz bei Männern**, altersstandardisiert, ausgewählte Lokalisationen, Wien, 2013 bis 2020

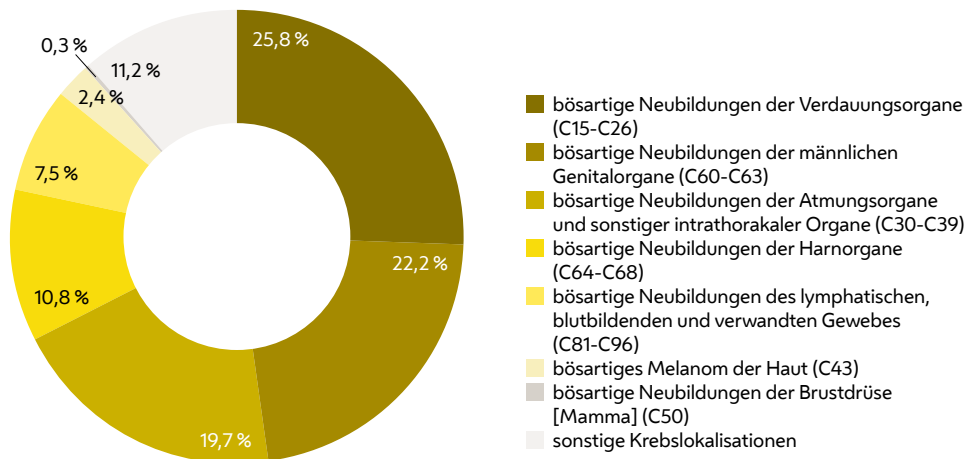


Bei den Männern (Abb. 25) ging die Inzidenz von **Lungenkrebs** seit 2015 (damaliges Niveau: 110,2 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner) kontinuierlich zurück und betrug 2020 nur mehr 67,9 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner. Auch bei **Darmkrebs** ist seit 2014 insgesamt ein rückläufiger Trend zu beobachten. Im Vergleich dazu veränderten sich die Inzidenzzahlen für Krebs der **Bauchspeicheldrüse (Pankreas)** nur leicht: Der Wert für 2020 lag – bei leichten zwischenzeitlichen Schwankungen – mit 24,7 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnern etwas niedriger als 2013 (29,8 je 100.000 Einwohner).

Die am häufigsten bei Männern diagnostizierte Krebsart nach Lokalisation ist der **Prostatakrebs**. Hier war nach einem seit 2013 schwankenden Verlauf im Jahr 2019 mit 129,1 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnern der höchste Wert der Beobachtungsperiode zu verzeichnen. Dem folgte im ersten Pandemiejahr 2020 aber wieder ein starker Rückgang.

Eine Betrachtung aller Krebsarten – grob kategorisiert nach Körperregion im Tortendiagramm (Abb. 26) zeigt, dass bei Männern die Verdauungsorgane (z.B. Darm und Pankreas) am häufigsten von Krebs betroffen sind, gefolgt von den Genitalorganen (z.B. Prostata) und Atmungsorganen (z.B. Lungen). Weitere Haupt-Lokalisationen stellen die Harnorgane und das lymphatische und blutbildende System dar. Das Melanom der Haut ist demgegenüber nur für einen kleinen Anteil (2,4 %) aller Krebsfälle verantwortlich. Der Rest verteilt sich auf die verschiedenen sonstigen Körperlokalisierungen.

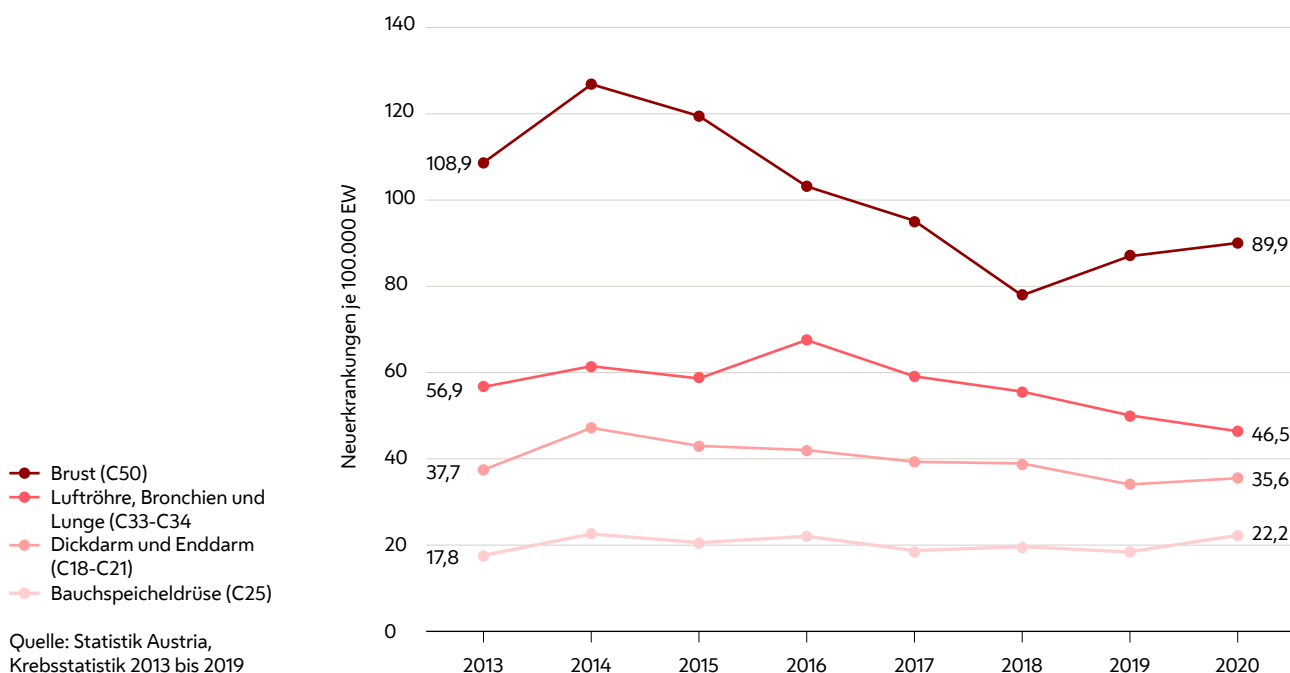
**Abb. 26: Lokalisationsbereiche der Krebs-Neuerkrankungen bei Männern,**  
nach relativer Häufigkeit, Wien, 2013 bis 2019



Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik 2013 bis 2019

Die mit Abstand häufigste Lokalisation für Krebs-Neuerkrankungen bei **Frauen** ist die Brust (Abb. 27). Bei **Brustkrebs** war von 2014 bis 2018, also über den Großteil der Beobachtungsperiode, ein stark rückläufiger Trend zu beobachten. Danach stieg die Rate aber wieder an.

**Abb. 27: Krebs-Inzidenz bei Frauen,** altersstandardisiert, ausgewählte Lokalisationen, Wien, 2013 bis 2020

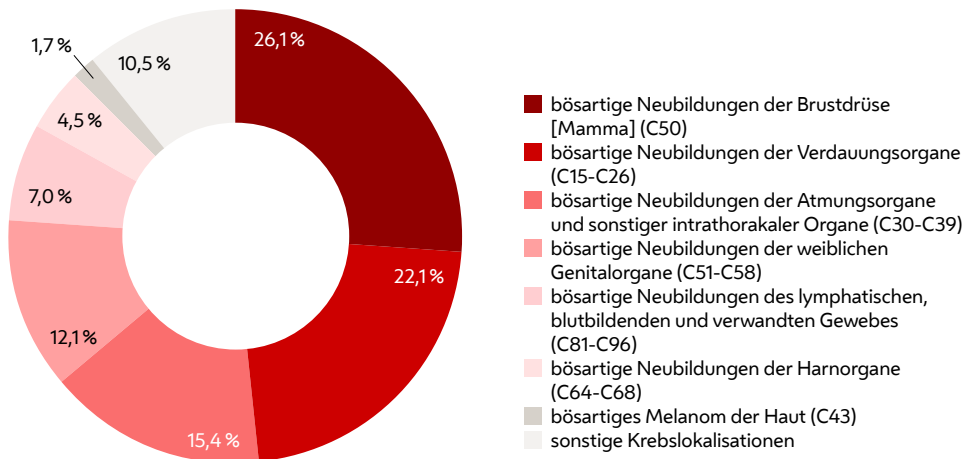


Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik 2013 bis 2019

Ebenfalls etwas rückläufig waren in den Jahren vor 2020 bei Wienerinnen die Inzidenzzahlen für **Lungenkrebs** (seit 2016) und **Darmkrebs** (seit 2014) – allerdings weniger stark wie bei Brustkrebs. Sehr stabil entwickelten sich die Inzidenzzahlen für Pankreaskrebs bei den Wienerinnen. Abgesehen von sehr leichten Schwankungen blieben sie über die ganze Beobachtungsperiode hinweg auf etwa dem gleichen Niveau von circa 20 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen.

Das Tortendiagramm zur Häufigkeit von Krebs nach Körperregion bei Frauen (Abb. 28) zeigt, dass 26,2 % der diagnostizierten Krebsfälle allein in der Brust auftreten. Mehr als ein Viertel der Krebsfälle treten in Verdauungsorganen, z.B. dem Darm oder der Bauchspeicheldrüse, auf und zu einem Sechstel sind die Atmungsorgane, vor allem die Lunge, betroffen. Mit 12,1 % ebenfalls recht häufig betroffen sind die weiblichen Genitalorgane, wie z.B. der Gebärmutterhals. Danach folgen das lymphatische bzw. blutbildende Gewebe, die Harnorgane und sonstige Krebslokalisationen.

**Abb. 28: Lokalisationsbereiche der Krebs-Neuerkrankungen bei Frauen,** nach relativer Häufigkeit, Wien, 2013 bis 2019



Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik 2013 bis 2019

### Prävalenz von Krankheiten der Atmungsorgane (COPD und Asthma)

Neben Krebs- und Herzleiden werden viele Todesfälle durch **chronische Atemwegserkrankungen** verursacht. Besonders großen Raum nehmen hier die Todesfälle aufgrund von COPD und chronischer Bronchitis ein. Im ICD-Katalog sind diese Todesursachen unter chronische Krankheiten der unteren Atemwege, außer Asthma bronchiale (J40-J44, J47)<sup>32</sup> zusammengefasst. Sie verursachten 2020 in Wien mit 48,6 Todesfällen je 100.000 EW, 71,9 % aller Todesfälle aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane und **4,6 % aller** Todesfälle überhaupt.

Die selbstberichtete Morbidität der erwachsenen Wiener Wohnbevölkerung liegt mit einer 12-Monats-Prävalenz von 5,5 % (Tab. 15) in etwa auf dem Niveau der Herz-Kreislauf-Krankheiten (s.o.). Dasselbe gilt für Asthma – eine Erkrankung, an der allerdings wesentlich weniger Menschen versterben als an COPD.

**Tab. 15: COPD, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|                                       | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 | Wien 2006/07 | Ö 2006/07 |
|---------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|--------------|-----------|
| chron. Bronchitis, COPD oder Emphysem | 5,5 %     | 3,6 %  | 3,0 %     | 4,2 %  | 3,0 %        | 3,9 %     |
| Asthma                                | 5,3 %     | 3,7 %  | 5,6 %     | 4,4 %  | 5,6 %        | 4,8 %     |

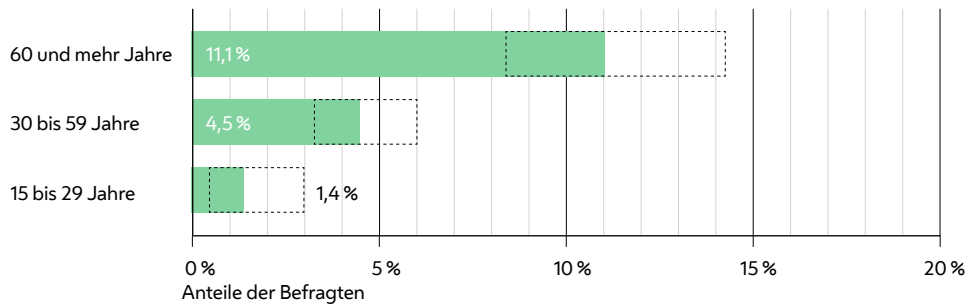
Quelle: ATHIS (2006/27, 2014, 2019)

32 [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html)

Ein Vergleich der letzten drei ATHIS-Erhebungswellen zeigt für Wien (einen etwas stärkeren) wie auch für Österreich (einen schwächeren) Aufwärtstrend in den Prävalenzzahlen für COPD. In Wien lag die Prävalenz 2019 um 2,5 Prozentpunkte über jener des Jahres 2006/07. Für die nächste Erhebung im Jahr 2025 wird interessant sein, ob sich diese Entwicklung verfestigt.

Während der Unterschied zwischen Geschlechtern in Wien nicht signifikant ist, besteht bei COPD ein deutlicher > Gradient nach dem **Alter** (Abb. 29). So liegt die 12-Monats-Prävalenz von COPD in der jüngsten Altersgruppe bei nur knapp über einem Prozent. Bei den 30- bis 59-Jährigen liegt sie mit 4,5 % bereits signifikant darüber. In der Gruppe der Ab-60-Jährigen erreicht sie mit 11,1 % den höchsten Vergleichswert.

**Abb. 29: COPD, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

### Prävalenz von Diabetes mellitus

Eine chronische Krankheit, die in Österreich und in Wien mittlerweile häufig auch als Todesursache dokumentiert wird, ist **Diabetes mellitus**. Die Prävalenz in Wien unterschied sich 2019 mit 6,6 % nicht signifikant vom österreichischen Wert. Im Zeitverlauf schwanken die Werte für Wien wie auch für Österreich (Tab. 16).

**Tab. 16: Diabetes mellitus, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten**

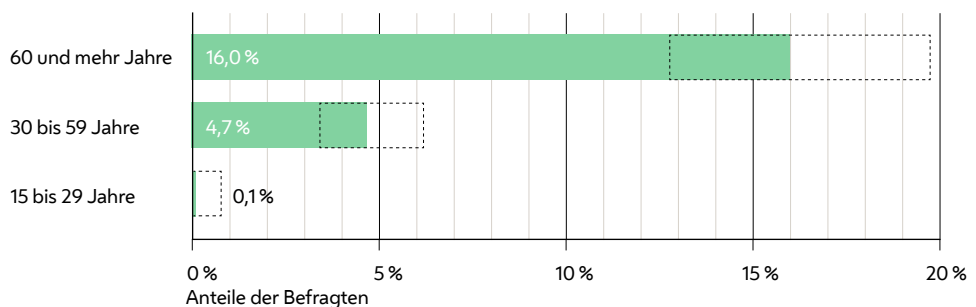
Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|                                     | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 | Wien 2006/07 | Ö 2006/07 |
|-------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|--------------|-----------|
| Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus | 6,6 %     | 6,0 %  | 5,7 %     | 4,9 %  | 7,4 %        | 5,5 %     |

Quelle: ATHIS (2006/07, 2014, 2019)

Auch bei Diabetes mellitus besteht kein signifikanter Geschlechterunterschied. Den bekannten > Altersgradienten findet man aber auch hier wieder (Abb. 30). Zwischen den verglichenen **Altersgruppen** steigt die Prävalenz jeweils signifikant an. Während sie bei den 30- bis 59-Jährigen noch 4,7 % beträgt, erreicht sie bei Wiener\*innen mit 60 und mehr Jahren mit 16,0 % den höchsten Wert.

**Abb. 30: Diabetes mellitus, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019



## Die Prävalenz der „tödlichen“ chronischen Erkrankungen bei älteren Menschen

Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) fokussiert auf die Gesundheit von Menschen in mittelhohem bis hohem Lebensalter<sup>33</sup>. Die in 2-Jahres-Abständen erhobenen Daten sind bis 2021 verfügbar. Die Tabelle enthält die Ergebnisse zur Prävalenz für Personen ab 60 Jahren (inkl. Anstaltsbevölkerung). Abweichungen von ATHIS (Tab. 12 bis 16) sind in der Frageformulierung zu beachten: statt in den letzten 12 Monaten wird schon einmal verwendet. Gefragt wird zudem explizit nach der ärztlichen Diagnose. Die erfassten Herz-Kreislauf-Krankheiten inkludieren neben dem Herzinfarkt den Schlaganfall (nur 2017) bzw. eine Sammelkategorie für andere Herzkrankheiten.

**Tab. 17: Chronische Krankheiten, (diagnostizierte) Lebenszeit-Prävalenz bei Ab-60-Jährigen, Wien und Österreich, 2017 und 2021, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der angeführten Erkrankungen leiden? und Leiden Sie derzeit unter dieser Erkrankung?*

|   | Wien 2021 | Ö 2021 | Wien 2017 | Ö 2017 |
|---|-----------|--------|-----------|--------|
| Herzinfarkt (... oder andere Herzkrankheit) | 15,3 %    | 16,3 % | 11,5 %    | 13,4 % |
| Schlaganfall (2017)                         | -         | -      | 7,4 %     | 7,0 %  |
| Krebs                                       | 5,6 %     | 5,0 %  | 5,1 %     | 4,3 %  |
| COPD  | 12,2 %    | 8,0 %  | 10,0 %    | 7,3 %  |
| Diabetes mellitus                           | 14,5 %    | 15,1 % | 15,9 %    | 13,9 % |

Quelle: SHARE (2017, 2021)

Wie zu sehen, sind die Prävalenz-Niveaus bei den ab-60-jährigen Wiener\*innen generell höher als in der jüngeren Bevölkerung. Sie sind mit den ATHIS-Ergebnissen konsistent (vgl. dazu Abb. 20, 23, 29 und 30). Der geografische Vergleich zeigt, dass sie sich in Wien und Österreich meist nicht signifikant unterscheiden. Eine Ausnahme bildet **COPD**. Hier ist die Prävalenz in Wien 2021 um 4,2 Prozentpunkte höher als in Österreich insgesamt und dieser Unterschied ist signifikant.

Zwischen den Erhebungen 2021 und 2017 sind keine nennenswerten Anstiege oder Rückgänge in den Prävalenzen zu beobachten. Die **ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten** betrafen 2017 addiert zwar knapp ein Fünftel der älteren Bevölkerung und damit etwas mehr als die Herzkrankheiten 2021. Das ist aber mit der fehlenden expliziten Erfassung des Schlaganfalls 2021 zu erklären.

Im Jahr 2021 zeigt sich für Wien ein signifikanter **Geschlechterunterschied** in der Herzinfarkt-Prävalenz. Er fällt mit 23,6 % zu 11,9 % zuungunsten der Männer aus. Die Herzinfarkt-Prävalenz steigt im **Alter** ab 75 Jahren noch einmal auf ein signifikant höheres Niveau als bei Wiener\*innen im Alter von 60 bis 74 Jahren.

Bei **Krebs** besteht dieser Alters-Sprung nur bei Frauen: 7,8 % bei Ab-75-Jährigen im Vergleich zu 1,5 % bei 60- bis 74-Jährigen. Männer hingegen weisen hier bereits im Alter von 60 bis 74 Jahren ein erhöhtes Niveau auf (knapp 9 %).

<sup>33</sup> Der österreichische Datensatz wurde hier eingeschränkt auf Wien (n = 577). In diesem Subsample sind zu wenige (n = 17) Befragte unter 60 Jahren enthalten. Dargestellt sind daher nur die Ergebnisse für die Altersgruppe 60 +.

## PRÄVALENZ „NICHT TÖDLICHER“ CHRONISCHER KRANKHEITEN UND BESCHWERDEN

Die bisherigen Analysen beschäftigten sich mit chronischen Krankheiten, deren Rolle als Todesursache für die Wiener Bevölkerung besonders bedeutend ist. Davon abzugrenzen sind chronische Krankheiten, die das Wiener Gesundheitssystem aufgrund ihrer weiten Verbreitung und ihrer ungleichen Verteilung in der Bevölkerung vor große Herausforderungen stellen, z.B. hinsichtlich Wirksamkeit der Versorgung, Prävention, sozialem Ausgleich und Finanzierungsfragen.

Wie bereits aus Analysen in früher publizierten Berichten deutlich wurde, gehören dazu **Depression** (Stadt Wien 2020, 71ff), aber auch die verschiedenen Formen **chronischer Schmerzen**, deren weite Verbreitung das Gesundheitssystem stark beansprucht und vielfältige individuelle, soziale und ökonomische Konsequenzen nach sich zieht (Stadt Wien 2018, 293ff). **Allergien** wiederum stellen das häufigste Gesundheitsproblem dar, das auch jüngere Personen in besonders starkem Ausmaß betrifft (Stadt Wien 2017, 21).

### Chronische Schmerzen

Schmerzen müssen mehrere Kriterien erfüllen, um laut internationaler Literatur als chronisch zu gelten. Sie müssen wiederkehrend über einen Zeitraum von länger als drei bzw. sechs Monaten auftreten und von zumindest mittlerer Intensität sein. Im ATHIS werden einerseits subjektiv empfundene Schmerzen an verschiedenen Lokalisationen erfasst (s.o., Abb. 19). Die Befragten können außerdem angeben, ob seit mehr als sechs Monaten ein dauerhaftes Gesundheitsproblem besteht. Zudem enthält der Fragebogen eine Frage, welche die Teilnehmenden auffordert, die Intensität etwaiger aktuell empfundener Schmerzen auf einer 10-teiligen Skala einzuschätzen.

Die Antworten auf diese Fragen wurden zum Merkmal chronische Schmerzen von mittlerer bis starker Intensität zusammengefasst. Auf Basis der ATHIS-Daten des Jahres 2014 ergab sich auf diese Weise ein Anteil von knapp einem Fünftel der Befragten, die unter chronischen Schmerzen litten (Stadt Wien 2018, 293ff). Im Jahr 2019 war dieser Anteil auf 23,7 % angestiegen (Tab. 18). Es bestehen zudem ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern und ein deutlicher Altersgradient.

**Tab. 18: Chronische Schmerzen, 6-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht, Wien, 2014 und 2019, Anteile der Befragten**

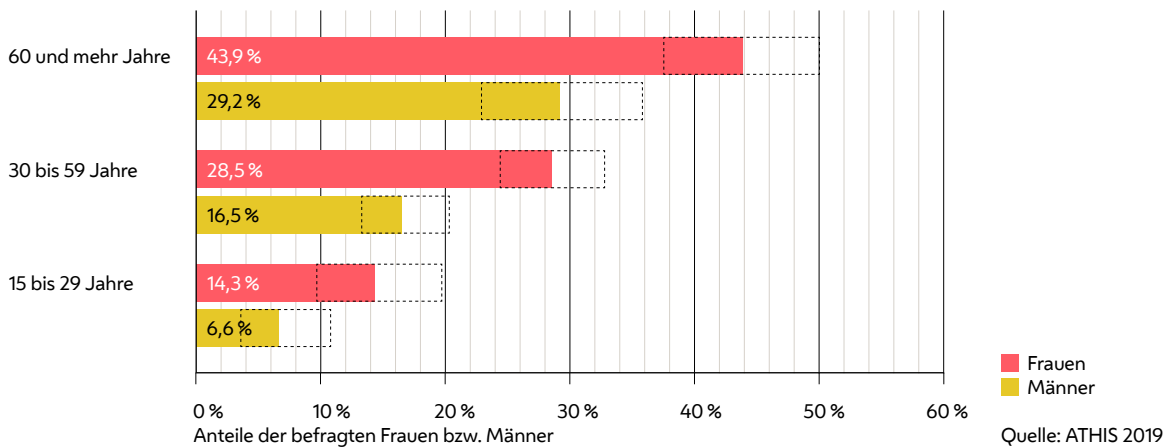
Definition: chronische Schmerzen von mittlerer bis starker Intensität in den letzten 6 Monaten, konstruierter Indikator

|                             | Wien 2019 | Wien 2019<br>Frauen | Wien 2019<br>Männer | Wien 2014 |
|-----------------------------|-----------|---------------------|---------------------|-----------|
| <b>chronische Schmerzen</b> | 23,7 %    | 29,7 %              | 17,2 %              | 19,9 %    |

Quelle: ATHIS (2014, 2019)

Der **Geschlechterunterschied** im Jahr 2019 fällt eindeutig zuungunsten der Frauen aus. Fehlt diesem Unterschied bei den 15- bis 29-Jährigen noch die Signifikanz (Abb. 31), so erhöht er sich bei den Frauen bis zur Altersgruppe der Ab-60-Jährigen um 29,6 Prozentpunkte und bei den Männern – ausgehend von niedrigerem Niveau – um 22,6 Prozentpunkte. Bei den Ab-60-Jährigen liegt die Prävalenz bei den Frauen mit 43,9 % signifikant über jener der Männer, wo sie 29,2 % beträgt. Auch bei den 30- bis 59-Jährigen besteht bereits ein signifikanter Unterschied zuungunsten der Frauen.

**Abb. 31: Chronische Schmerzen, aktuelle Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**



### Prävalenz von Depression, depressiver Symptome und suizidaler Gedanken

Psychische Krankheiten wie Depression nehmen nicht nur in ihrer Bedeutung zu, sie können auch zu suizidalen Gedanken und in der Folge zum Suizid bzw. zu Selbstbeschädigung führen. Außerdem können sie die Folgen körperlicher Erkrankungen verstärken oder selbst eine Folge solcher Erkrankungen darstellen (Stadt Wien 2020, 35).

Die 12-Monats-Prävalenz selbstberichteter Depression lag 2019 und 2014, wie in Tab. 19 zu sehen, mit mehr als 10 % in Wien etwas höher als in Österreich insgesamt. Was den in Wien leicht ansteigenden Trend seit Mitte der 2000er-Jahre betrifft, wird für die ATHIS 2025 interessant sein, ob er sich verfestigt und dann signifikant wird.

**Tab. 19: Depression, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|            | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 | Wien 2006/07 | Ö 2006/07 |
|------------|-----------|--------|-----------|--------|--------------|-----------|
| Depression | 10,2 %    | 7,5 %  | 11,0 %    | 7,7 %  | 8,3 %        | 6,8 %     |

Quellen: ATHIS (2006/07, 2014, 2019)

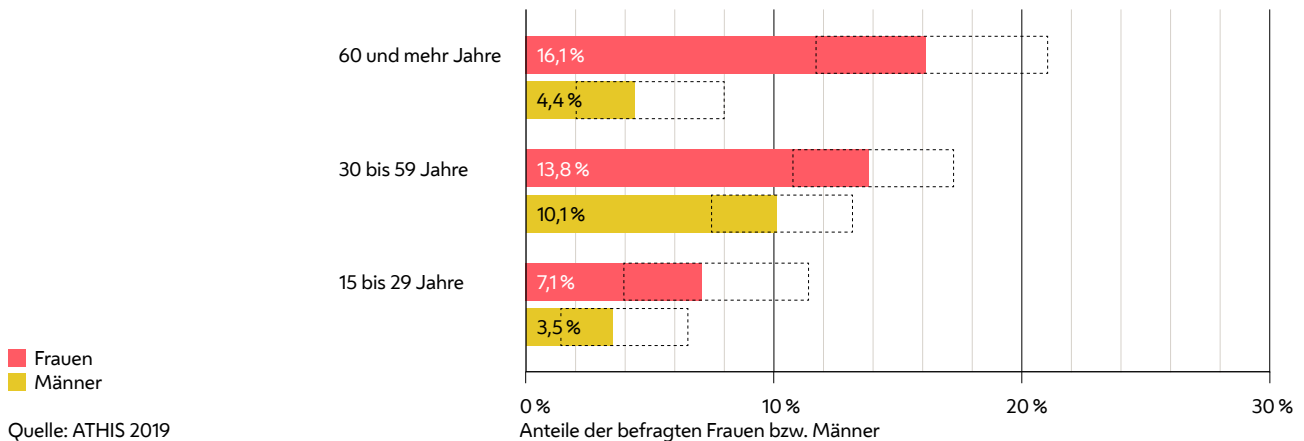
Wienerinnen berichten mit 13,0 % häufiger von einer Depression als Wiener (7,3 %). Der Unterschied beträgt damit 5,7 Prozentpunkte und ist signifikant.

Auch nach dem **Alter** gibt es Unterschiede, die aber nicht eindeutig dem bei körperlichen Erkrankungen oft zu beobachtenden kontinuierlichen Gradienten folgen. Unabhängig vom Geschlecht, liegt die selbstberichtete Morbidität an Depression in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen noch auf recht niedrigem Niveau von 5,3 %. Bei den 30- bis 59-Jährigen ist sie mit 12,0 % signifikant höher, steigt aber bei den Ab-60-Jährigen (ungeachtet des Geschlechts) nicht mehr weiter an.

Eine Aufschlüsselung nach **Alter und Geschlecht** (Abb. 32) zeigt für die Ab-60-Jährigen zudem, dass die Depressions-Prävalenz bei den Frauen in diesem Alter hoch bleibt, während sie bei den Männern wieder unter das Niveau der Frauen abfällt. Bei Männern liegt der Höhepunkt im mittleren Alter (von 30 und 59 Jahren).

Bei Wienern von 30 bis 59 Jahren erreicht die Prävalenz 10,1 %. Bei Wienerinnen ab 60 Jahren sind es hingegen 16,1 %, während gleichaltrige Männer mit 4,4 % signifikant weniger häufig betroffen sind.

**Abb. 32: Selbstberichtete Depression, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**



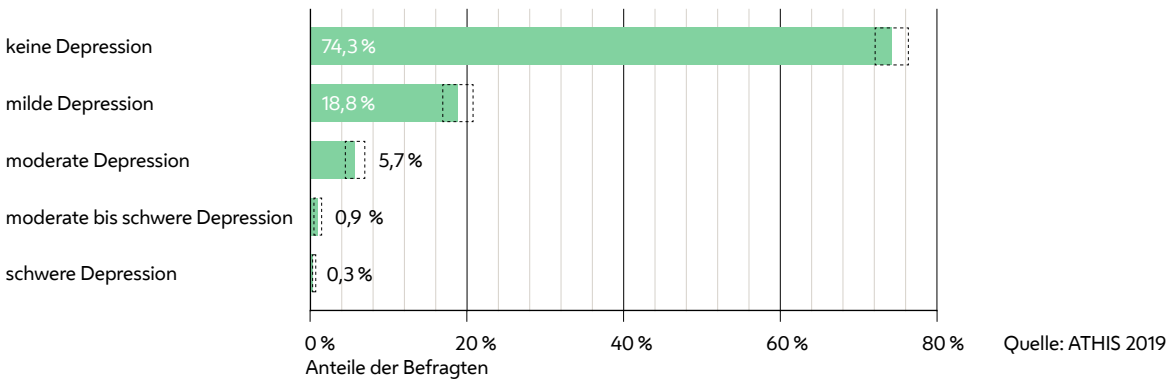
Erhoben wurde die mentale Gesundheit im ATHIS 2019 allerdings nicht nur mit jener Einzelfrage, die zur Selbstdiagnose (bzw. ärztlicher Diagnose) von Depression auffordert. Mit Hilfe eines Sets von acht Fragen wurde zusätzlich erfasst, ob die Befragten (in den letzten zwei Wochen) verschiedene Symptome aufwiesen, die Ausdruck einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit sein können. Zu diesen Symptomen zählen selbst berichtete Beeinträchtigungen durch:

- „wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten“
- „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“
- „Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder übermäßigen Schlaf“
- „Müdigkeit oder das Gefühl, wenig Energie zu haben“
- „verminderter Appetit oder stark gesteigerter Appetit“
- „schlechte Meinung von sich selbst – oder das Gefühl, versagt oder die Familie enttäuscht zu haben“
- „Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen“
- „so stark verlangsamte Bewegung oder Sprache, dass es anderen auffiel; oder vielmehr so „zappelig“ oder rastlos, dass Sie einen ungewöhnlich starken Bewegungsdrang hatten“

Die Antworten der Befragten zur Häufigkeit dieser Beschwerden – mit den Optionen „nie“, „an manchen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“, „beinahe jeden Tag“ lassen sich zu einem > Summenscore mit Punktwerten zwischen 0 und 24 zusammenfassen, wobei Werte von 5 bis 9 Punkten auf eine **milde** Depression, von 10 bis 14 Punkten auf eine **moderate** Depression, von 15 bis 19 Punkten auf eine **moderate bis schwere** Depression und von 20 bis 24 Punkten auf eine **schwere Depression** hinweisen.

Den Auswertungen zufolge (Abb. 33) weisen fast drei Viertel der Wiener Bevölkerung keine depressiven Symptome auf. Beim Rest finden sich zum überwiegenden Teil Hinweise auf eine milde Form der Depression. Dies ist bei 18,8 % der Befragten der Fall. Bei 5,7 % weist das Ergebnis auf eine moderate Depression hin. Der Anteil von Personen mit (moderater bis) schwerer Depression liegt jeweils unter einem Prozent.

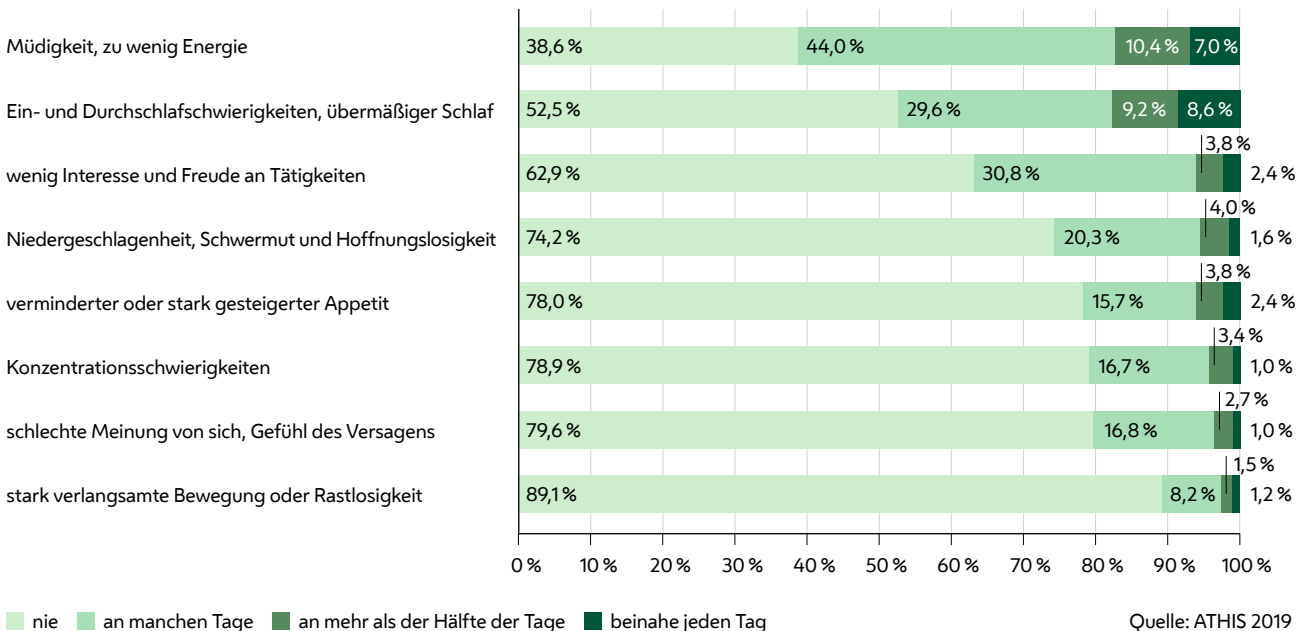
**Abb. 33: Depressive Symptomatik, in den letzten zwei Wochen, nach Schweregrad, Wien, 2019**



Ein signifikant erhöhter Anteil von Personen mit milder depressiver Symptomatik findet sich bei Frauen mit 22,1 % (KI: 19,5 % – 25,0 %) gegenüber Männern mit 15,2 % (KI: 12,8 % – 17,8 %) und bei Personen ab 75 Jahren mit 26,2 % (KI: 19,4 % – 33,1 %) gegenüber 60- bis 74-Jährigen mit 12,8 % (KI: 9,1 % – 17,0 %). Alle stärkeren Formen depressiver Symptomatik unterscheiden sich (auch zusammengefasst) nicht signifikant nach demografischen Indikatoren wie **Geschlecht und Alter**.

Von den einzelnen zugrundeliegenden Symptomen sind Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten, Beeinträchtigung durch wenig Freude und Interesse sowie durch Niedergeschlagenheit und Schwermut am häufigsten (Abb. 34). Müdigkeit und Schlafschwierigkeiten treten bei jeweils über 17 % sogar in großer Häufigkeit („an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“) auf. Zu den am seltensten auftretenden Symptome gehören hingegen stark verlangsamte Bewegungen oder Rastlosigkeit.

**Abb. 34: Symptome beeinträchtigter psychischer Gesundheit, nach Häufigkeit, Wien, 2019**



Von den einzelnen zugrundeliegenden Symptomen sind **Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten, Beeinträchtigung durch wenig Freude und Interesse** sowie durch **Niedergeschlagenheit und Schwermut** am häufigsten (siehe Abb. 34). Müdigkeit und Schlafschwierigkeiten treten bei jeweils über 17 % sogar in großer Häufigkeit („an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“) auf. Zu den am seltensten auftretenden Symptomen gehören hingegen stark verlangsamte Bewegungen oder Rastlosigkeit.

Signifikante **Geschlechterunterschiede** finden sich bei den Schlafschwierigkeiten, bei der Müdigkeit, bei mangelndem oder übermäßigem Appetit, bei Konzentrationsschwierigkeiten sowie beim Gefühl des Versagens. Frauen weisen diese Beschwerden jeweils öfter auf als Männer. **Altersunterschiede** gibt es einerseits bei der mangelnden Freude an Tätigkeiten, bei mangelndem oder übermäßigem Appetit und beim Gefühl des Versagens – hier sind jüngere Menschen signifikant häufiger betroffen. Andererseits gibt es sie bei Schlafschwierigkeiten und bei (täglicher) Müdigkeit, was signifikant öfter Ältere betrifft.

### Prävalenz von Allergien

In Wien waren im Jahr 2019, laut den Daten des ATHIS, 25,7 % der Bevölkerung von **Allergien** betroffen. Die Prävalenz unterscheidet sich demnach praktisch nicht vom 2014 gemessenen Wert. Österreichweit ist sie währenddessen leicht gesunken, wodurch sie 2019 signifikant unter dem Wiener Wert lag.

**Tab. 20: Allergien, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 und 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

|                        | Wien 2019     | Ö 2019 | Wien 2014     | Ö 2014 |
|------------------------|---------------|--------|---------------|--------|
| <i>Allergie</i>        | <b>25,7%</b>  | 22,9 % | <b>25,6 %</b> | 24,2 % |
| <b>nach Geschlecht</b> |               |        |               |        |
| Frauen                 | <b>25,3 %</b> | 24,3 % | <b>23,9 %</b> | 26,5 % |
| Männer                 | <b>26,0 %</b> | 21,3 % | <b>27,2 %</b> | 21,8 % |

Quelle: ATHIS (2014, 2019)

Nach Geschlecht und Alter unterscheidet sich die Prävalenz von Allergien in Wien nicht signifikant. Österreichweit weisen Frauen jedoch eine zwar leicht, aber signifikant erhöhte Prävalenz auf.

### Die Prävalenz von Demenz bei älteren Menschen

Zu den – insbesondere unter der älteren Bevölkerung – sehr bedeutenden chronischen Erkrankungen, die jedoch selbst kaum als direkte Todesursachen dokumentiert werden können, gehören „Alzheimer, Demenz, Senilität und andere ernste Gedächtnisschwächen“. Nach dem Vorliegen dieser Erkrankungen bzw. der einhergehenden Gesundheitsprobleme werden regelmäßig die Teilnehmenden der Gesundheitsbefragung SHARE gefragt<sup>34</sup>.

**Tab. 21: Demenz bei Menschen in mittlerem und höherem Alter, Wien und Österreich, 2017 und 2019/20, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hat Ihnen eine Ärztin oder ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie unter einer der angeführten Erkrankungen leiden? und Leiden Sie derzeit unter dieser Erkrankung?*

|  | Wien 2019/20 | Ö 2019/20 | Wien 2017    | Ö 2017 |
|--|--------------|-----------|--------------|--------|
| <i>Demenz, Alzheimer, Senilität oder andere ernste Gedächtnisschwächen</i> | <b>3,1 %</b> | 3,2 %     | <b>3,8 %</b> | 3,9 %  |
| <b>nach Alter</b>  |              |           |              |        |
| 50 bis 59 Jahre  | -            | 0,9 %     | -            | 1,1 %  |
| 60 bis 74 Jahre  | <b>1,3 %</b> | 0,9 %     | <b>1,6 %</b> | 1,2 %  |
| ab 75 Jahre (W); 75 bis 89 Jahre (Ö)                                       | <b>6,0 %</b> | 4,3 %     | <b>7,5 %</b> | 7,7 %  |
| ab 90 Jahre (Ö)  |              | 26,0 %    |              | 19,5 % |

Quelle: SHARE (2017, 2019/20)

<sup>34</sup> Die Erhebung 2021 bildet hier eine Ausnahme, da sie einen COVID-19-Schwerpunkt hatte und daher einige Standard-Fragen aus der Erhebung herausgefallen sind.

Tabelle 21 zeigt die Ergebnisse der verfügbaren Jahre seit 2017. Sie unterscheiden sich weder geografisch noch nach Zeitpunkt signifikant: Die Prävalenz liegt in Wien und Österreich demnach bei 3 – 4 % der Bevölkerung ab 50 Jahren. Allerdings erfolgt vom mittleren bis ins (sehr) hohe Alter hier offensichtlich noch ein sehr erheblicher Anstieg der Prävalenzzahlen, der sich allerdings nur anhand der österreichweiten Stichprobe konkretisieren lässt: Demnach leiden ein Fünftel bis ein Viertel der Ab-90-Jährigen an einer der abgefragten Erkrankungen bzw. Gesundheitsprobleme. Bezogen auf Wien ist die Zellbesetzung in dieser Altersgruppe leider zu gering.

Laut einer Auskunft der Psychosozialen Dienste Wien (PSD) zum Thema fehlen in Österreich epidemiologische Erhebungen von Demenzerkrankungen, weswegen keine validen Daten zu Prävalenz und Inzidenz vorliegen. Bezugnehmend auf die Wiener Demenzstrategie aus dem Jahr 2022 wird aber die Zahl von etwa 30.000 Wiener\*innen genannt, von denen angenommen wird, dass sie von Demenz betroffen sind. Bei circa 700.000 Personen ab 50 Jahren in Wien liegt diese Zahl nur knapp über dem in SHARE erhobenen Wert (3 bis 4 % wären 21.000 bis 28.000 Betroffene). Es wird angenommen, dass sich die Zahl bis zum Jahr 2050 voraussichtlich verdoppeln wird.

## INFEKTIONSKRANKHEITEN INKLUSIVE COVID-19

In Österreich gibt es eine gesetzlich<sup>35</sup> geregelte Pflicht, übertragbare Krankheiten anzuzeigen. Aus den Meldungen werden Datenbestände generiert, die über verschiedene Quellen veröffentlicht werden. Solche Datenquellen sind die Jahresberichte der nationalen Referenzzentralen, die Mitteilungen der AIDS-Hilfe und vor allem das **Epidemiologische Meldesystem (EMS)**.

Das EMS dient dazu, das Auftreten und die Ausbreitung **meldepflichtiger Infektionskrankheiten** in zeitlicher und räumlicher Hinsicht zu überwachen. Dies kann – wie in den Jahren seit 2020 der Fall – darin bestehen, die aktuellen Entwicklungen im Verlauf einer Pandemie möglichst zeitnah mitzuverfolgen. Es kann aber auch die Form der routinemäßigen Beobachtung endemischer Krankheiten mit begrenztem Infektionsgeschehen annehmen. Damit bietet das EMS eine Planungsgrundlage, um Präventivmaßnahmen zu setzen und Infektionsgeschehen weiter unter Kontrolle zu halten.

Die Einträge in das EMS erfolgen durch niedergelassene Ärzt\*innen, Krankenanstalten und Labore routinemäßig, systematisch sowie größtenteils auf elektronischem Weg. Insbesondere durch die seit 2014 geltende elektronische Labormeldepflicht sind Infektionsdaten schneller und umfassender verfügbar als vorher. Wie in der COVID-19-Pandemie gezeigt, sind damit mit Einschränkungen auch tagesaktuelle Beobachtungen bis auf die regionale Ebene möglich.

In erster Linie werden im EMS diagnostizierte Neuerkrankungen erfasst. Das System eignet sich daher besser zur (laufenden) Beobachtung von Inzidenzen als von Prävalenzen. Hier erfolgt daher eine Zusammenfassung und Darstellung der Jahres-Inzidenzraten auf Basis der EMS-Daten – betreffend COVID-19 einerseits und betreffend sonstige, ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten andererseits. Seit 1.7.2023 ist COVID-19 keine meldepflichtige Erkrankung mehr<sup>36</sup>.

35 Siehe dazu die Definitionen zum Epidemiegesetz und anderen gesetzlichen Grundlagen (Stadt Wien 2017, 31).

36 [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html)

**Tab. 22: Meldepflichtige übertragbare Erkrankungen, Wien und Österreich, 2022**

Definition: gemeldete Fälle anzeigepflichtiger Krankheiten

|                         | Wien 2022<br>absolut | Wien 2022,<br>je 100.000 EW | Ö 2022<br>absolut | Ö 2022,<br>je 100.000 EW |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------|--------------------------|
| Campylobacteriose       | 1.180                | 60,2                        | 6.295             | 69,5                     |
| Salmonellose            | 289                  | 14,7                        | 1.193             | 13,2                     |
| STEC/VTEC <sup>37</sup> | 85                   | 4,3                         | 469               | 5,2                      |
| Listeriosen             | 13                   | 0,7                         | 47                | 0,5                      |
| Shigellosen             | 39                   | 2,0                         | 91                | 1,0                      |
| Meningokokken           | 4                    | 0,2                         | 7                 | 0,1                      |
| Yersinien               | 30                   | 1,5                         | 131               | 1,4                      |
| Pneumokokken            | 112                  | 5,7                         | 558               | 6,2                      |
| Hepatitis C             | 301                  | 15,4                        | 910               | 10,1                     |
| Tuberkulose (TBC)       | 131                  | 6,7                         | 378               | 4,2                      |
| FSME                    | 4                    | 0,2                         | 206               | 2,3                      |
| SARS-CoV-2 (COVID-19)   | 1.053.095            | 53.711,4                    | 4.435.913         | 49.000,1                 |

Quelle: Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten (BMSGPK)

Tab. 22 vermittelt einen guten Eindruck von der Häufigkeit der Meldungen bei bekannten Infektionskrankheiten und den großen Unterschieden, die es dahingehend gibt. Im Vergleich zu den im Vorgängerbericht (Stadt Wien 2017, 31) dargestellten Zahlen (für die Jahre 2011 bis 2015) ist Campylobacteriose 2022 in Wien circa auf demselben Niveau geblieben. Hepatitis C, TBC und Salmonellose waren auf einem etwas niedrigeren Niveau, Pneumokokken auf einem leicht höheren Niveau. Die gemeldeten Fälle an COVID-19 übertrafen alle anderen meldepflichtigen Infektionskrankheiten bei weitem.

### Psychosoziale Folgen der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat zu zahlreichen Veränderungen und Herausforderungen im Lebensalltag der Menschen geführt. Die Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung der Viruserkrankung, wie Lockdowns, Schulschließungen, Social Distancing, sowie der Verlust von gewohnten Aktivitäten und sozialen Kontakten haben das Leben von Kindern und Jugendlichen erheblich beeinflusst. Bei vielen Erwachsenen führten die Maßnahmen und die Sorge zu erkranken zu Stress, Ängsten, dem Wegfall gewohnter Routinen, schwierigen Situationen bei Freizeitaktivitäten und am Arbeitsplatz (wie die Umstellung auf Kurzarbeit) sowie zu Unsicherheit über die Zukunft.

Seit dem ersten Lockdown in Österreich wurden die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Wohlbefinden der Bevölkerung durch einzelne Studien untersucht. Die Magistratsabteilung 23 der Stadt Wien (Abteilung für Wirtschaft, Arbeit und Statistik) hat in Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Diensten (PSD Wien) und dem Fonds Soziales Wien (FSW) eine Studie über die psychosoziale Situation der Wiener\*innen während der Pandemie bei SORA in Auftrag gegeben (Zandonella 2021). Es wurden dabei zwei Erhebungen durchgeführt: 2020 wurden 1.004 Wiener\*innen ab 16 Jahren befragt, 2021 waren es 1.003 (500 von ihnen hatten bereits an der ersten Erhebung teilgenommen). 27 % der Wiener\*innen gaben nach dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit an, im Jahr 2021 war es bereits fast die Hälfte (46 %) der befragten Personen. Mit zunehmender Dauer der Pandemie hat sich die psychische Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen verschlechtert. Besonders häufig wurde von **Angst** und **Depression** berichtet, aber auch von **Einsamkeit**, **Orientierungslosigkeit**, **Unsicherheit**, **Freud- und Interessenlosigkeit**. Betroffen waren vor allem jene Personen, die bereits vor der Pandemie Probleme mit ihrer psychischen Gesundheit angaben, ebenso jene mit geringen sozioökonomischen Ressourcen. Weitere besonders betroffene Personengruppen waren junge

37 Das sind die Giftstoffe Shigatoxin bzw. Verotoxin produzierende Escherichia-coli-Bakterien.



Wiener\*innen (16-34 Jahre), Alleinerziehende, Alleinlebende und jene in beengten Wohnverhältnissen. Die Widerstandskraft vieler Wiener\*innen mit bisher guter psychischer Gesundheit hat sich mit der Dauer der Pandemie signifikant verschlechtert – der Anteil jener mit schlechter psychischer Gesundheit stieg von 19 % auf 41 %. Zu Beginn der Pandemie gab jedoch mehr als die Hälfte der Wiener\*innen (60 %) einen stärkeren sozialen Zusammenhalt in ihrem Umfeld an. Im Verlauf der Pandemie kam es bei Menschen mit niedrigerer beruflicher Qualifizierung häufiger zu einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Auch anhaltende Arbeitslosigkeit, die während der Pandemie begonnen hat, und Kurzarbeit waren dafür Risikofaktoren. Die Pandemie wirkte also häufig als Verstärker bereits zuvor bestehender Ungleichheit. Jedoch war Arbeitslosigkeit, die bereits vor der Pandemie bestanden hatte, kein zusätzlicher Risikofaktor.

Dies deckt sich mit den Studienergebnissen einer repräsentativen Untersuchung der Donau-Universität Krems<sup>38</sup>, bei welcher 1.500 Personen in Österreich nach ihrer Lebensqualität und psychischen Belastungen im Verlauf der COVID-19-Pandemie befragt wurden. Die Daten wurden den Untersuchungsergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) aus 2019 gegenübergestellt. Dabei zeigte sich vor allem während des dritten Lockdowns in Österreich (Dezember 2020 bis Jänner 2021) ein Anstieg an **depressiven Symptomen, Angstsymptomen und Schlafstörungen** sowie eine **verminderte Lebensqualität** im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, aber auch im Vergleich zum ersten Lockdown im März und April 2020 und zum zweiten im November und Dezember 2020. Als besonders betroffene Personengruppen zeigten sich auch in dieser Befragung junge Erwachsene, Frauen, arbeitslose und alleinlebende Personen. Als besonders belastend wurden die Pandemie selbst, aber auch wirtschaftliche Konsequenzen und die Maßnahmen zur Eindämmung erlebt. Als hilfreich erwiesen sich das soziale Umfeld, eine aktive Stressbewältigung, Sport und Hobbies.

Ein weiteres Ergebnis der Befragung von SORA (Zandonella 2021) war, dass die Mehrzahl der Wiener\*innen (69 %) berichtete, dass sich ihr **Alkoholkonsum** infolge der Pandemie nicht verändert habe. Wiener\*innen, die bereits vor der Pandemie täglich oder fast täglich Alkohol getrunken haben (13 %), gaben zu 30 % einen vermehrten Alkoholkonsum und zu 21 % einen geringeren Konsum während der Pandemie an. Wiener\*innen, deren psychische Gesundheit sich infolge der Pandemie verschlechtert hat, gaben dabei dreimal so häufig eine Zunahme des Alkoholkonsums an als jene, auf die dies nicht zutrifft. Insgesamt berichtete rund jede\*r vierte Wiener\*in (24 %) mit vermehrtem Alkoholkonsum, daran gedacht zu haben, sich diesbezüglich Hilfe zu suchen – tatsächlich getan haben dies 15 %.

Laut Erhebung der OECD (2021) haben Notfalleinrufe in Zusammenhang mit **häuslicher Gewalt** während der Pandemie EU-weit um 60 % zugenommen. Die österreichische Frauen-Helpline verzeichnete 2020 rund um den ersten Lockdown einen Anstieg um 70 %, gleichzeitig wurden weniger Frauen in den Frauenhäusern betreut (Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser 2020). Im Rahmen der Studie von SORA (Zandonella 2021) wurden Wiener\*innen gefragt, ob es während der Pandemie bei ihnen zuhause zu häuslicher Gewalt gekommen ist. Dabei gab jede vierte Person (25 %) verbale Übergriffe, rund jede zehnte Person (9 %) körperliche Übergriffe und 7 % sexuelle Übergriffe an. Die Fragestellung bezog sich auf den jeweiligen Haushalt, die Ergebnisse können also von Opfern, Täter\*innen oder beobachtenden Personen stammen. Insgesamt berichten 30 % der Frauen und rund 20 % der Männer von zumindest einer Form von häuslicher Gewalt, die während der Pandemie stattgefunden hat. Gewalterfahrungen gehen bei den Befragten mit einer Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit einher – mit **Angst, Depression und Suizidgedanken**. Auch bei dieser Thematik gab rund ein Fünftel (21 %) der Befragten an, daran gedacht zu haben, sich Hilfe zu suchen – tatsächlich getan haben das 14 %. Als größte Hemmschwelle wird Scham angegeben.

Bereits zu Beginn der Pandemie wurden in Österreich Maßnahmen gesetzt, die aus einer Public-Health-Perspektive zur **Minimierung der psychosozialen Folgen von**

38 [donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/psychische-gesundheit-verschlechtert-sich-weiter0.html](https://donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/psychische-gesundheit-verschlechtert-sich-weiter0.html)

**Quarantänemaßnahmen** empfohlen werden (Röhr et al. 2020). Entscheidend waren dabei Information und Aufklärung der Bevölkerung, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Interventionen für besonders vulnerable Personengruppen wie telefonische Beratung und Krisen-Hotlines. Befragt nach Bekanntheit von Hilfsangeboten unter Wiener\*innen, gaben rund drei Viertel (76 %) an, telefonische Beratungsangebote zu kennen, rund zwei Drittel kannten die Psychosozialen Dienste (68 %) und Kriseneinrichtungen (64 %). Einrichtungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung sind 59 % der Wiener\*innen, Angehörigengruppen rund jeder\*m zweiten Wiener\*in bekannt. Im Vergleich zum Frühjahr 2020 hat sich die Bekanntheit dieser Unterstützungsangebote nicht verändert.

Besondere Aufmerksamkeit hat im Zuge der COVID-19-Pandemie die **psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** gewonnen. Es zeigten sich in dieser Zeit vielfältige Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche, vor allem im Bereich der Bildung, sozialer Interaktion, sozioemotionaler Entwicklung, körperlicher Aktivität sowie dem psychischen Wohlbefinden. Die Jugend ist eine Phase wichtiger Sozialisationsanforderungen, in welcher Erfahrungen mangelnder Sozialisation besonders prägend wirken. Kinder und Jugendliche waren aufgrund ihrer Bildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten deutlich von den Einschränkungen im Laufe der COVID-19-Pandemie betroffen. Im Hinblick auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen wird international von einer Erhöhung bei **Depression, Angst, posttraumatischen Symptomen, Schlafstörungen** und **Stressreaktionen** berichtet (z.B. Wenter et al. 2022).

Eine **österreichische Studie**, an der rund 1.500 Schüler\*innen im Alter von 14 bis 20 Jahren im Herbst 2021 teilnahmen (Dale et al. 2021), ergab, dass sich die Häufigkeit depressiver Symptome, Angstsymptome und Schlafstörungen verfünff- bis verzehnfacht hat. Eine Untersuchung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität von 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen vor und nach der COVID-19-Pandemie in **Deutschland** (Impact of Covid-19 on Psychological health) ergab, dass in der ersten Welle der Pandemie zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen angaben, durch die COVID-19-Pandemie stark belastet zu sein (Ravens-Sieberer et al. 2021ab). Im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie waren psychische Probleme von 9,9 % auf 17,8 % gestiegen und Angstsymptome von 14,9 % auf 24,1 %. In der zweiten Welle nahmen emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen, Angst, depressive und psychosomatische Symptome weiter zu. Es wurden in einer **spanischen Studie** jedoch auch einige positive Veränderungen beobachtet, zum Beispiel mehr entspannte Familienzeit bei 3- bis 12-jährigen Kindern, effektive Bewältigungsstrategien im Umgang mit schlechten Gefühlen und mehr Selbstfürsorge und Sauberkeit bei Kindern (Idoia et al. 2021). Eltern berichteten, dass Kinder im Laufe der Pandemie aufmerksamer und neugieriger in Bezug auf ihre Umgebung geworden sind. Ebenso wurde beobachtet, dass trotz des Verlustes der sozialen Kontakte in der Schule viele Kinder Wege gefunden haben, sich selbst zu unterhalten bzw. vermehrt mit ihren Geschwistern und Nachbar\*innen zu spielen (Eales et al. 2021).

Im Laufe der Pandemie wurden einige Initiativen für die **Stärkung der mentalen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen** in Österreich ins Leben gerufen. Das Gesundheits- und Sozialministerium beauftragte den Berufsverband der Österreichischen Psycholog\*innen (BÖP) und den Österreichischen Berufsverband für Psychotherapie (ÖBVP) mit dem Projekt **Gesund aus der Krise**<sup>39</sup>. Die Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen<sup>40</sup> bietet außerdem ein Lehrprogramm für Schüler\*innen im Alter von 9 bis 14 Jahren an, welches die Themen Selbstwirksamkeit, Selbstorganisation, Umgang mit Stress, Wut und Aggression, Toleranz gegenüber anderen, Umgang mit depressiven Verstimmungen, Angst und Suizidgedanken sowie Bewältigungsstrategien und Aufbau eigener Ressourcen behandelt.

Zusammenfassend analysiert ein Bericht der Gesundheit Österreich GmbH, welche **Lernerfahrungen der COVID-19-Pandemie** genutzt werden können, um sich auf zukünftige Public-Health-Krisen (wie weitere Pandemien oder Gesundheitsauswirkungen des Klimawandels) vorzubereiten (Haas et al. 2021). Besondere Berücksichtigung sollten dabei individuelle > sozioökonomische > Determinanten von Gesundheit finden. Diese sollten strukturell

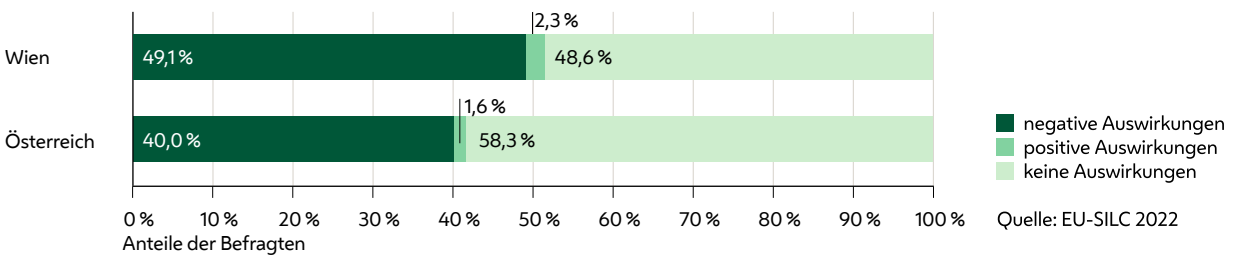
39 [gesundausderkrise.at/](https://gesundausderkrise.at/)

40 [give.or.at/](https://give.or.at/)

verankert und integrativer Bestandteil von Strategien, Plänen und Maßnahmenkonzepten sein. Das Zusammenwirken unterschiedlicher Politikfelder ist bei der Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen essentiell. Maßnahmen sollten stets die vielfältigen menschlichen Bedürfnisse im Fokus haben – physische, materielle ebenso wie soziale und kulturelle. Es sollte auf Partizipationsmöglichkeiten und die Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts geachtet werden. Kommunikation sollte in möglichst einfacher, leicht verständlicher Sprache, zielgruppenorientiert und wertschätzend erfolgen, Mehrsprachigkeit berücksichtigen sowie auf die Nutzung geeigneter Kanäle achten.

Neben den oben angeführten nationalen und internationalen Studien fand die Erfassung psychosozialer Folgen der COVID-19-Pandemie auch Eingang in die großen, regelmäßig durchgeführten Surveys. So verdichtete eine im EU-SILC 2022 enthaltene Frage viele der oben angeführten psychischen Auswirkungen zu einem Indikator. Sie lautete: „Hatte die COVID-19-Pandemie in den letzten 12 Monaten Auswirkungen auf Ihre psychische Gesundheit?“ Die Antworten sind in Abbildung 35 und 36 dargestellt.

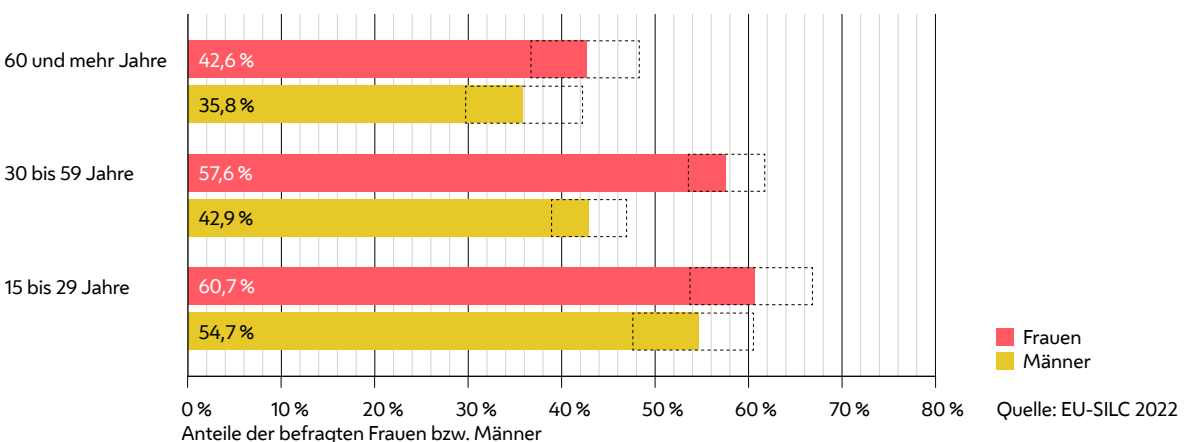
**Abb. 35: Psychische Auswirkungen durch COVID-19, Wien und Österreich, 2022**



Wie die in Abbildung 35 dargestellten Ergebnisse zeigen, geben Wiener\*innen im Vergleich zu allen Österreicher\*innen signifikant häufiger an, dass die COVID-19-Pandemie negative psychischen Auswirkungen auf sie gehabt habe. Während 4 von 10 Österreicher\*innen davon berichten, ist dies bei fast 5 von 10 Wiener\*innen der Fall. Die andere Hälfte bzw. in Österreich signifikant mehr als die Hälfte der Befragten gab hingegen an, dass COVID-19 keine negativen psychischen Auswirkungen auf sie gehabt habe. Von positiven psychischen Auswirkungen berichtet hingegen jeweils nur ein marginaler Anteil der Bevölkerung.

Eine Betrachtung nach **Geschlecht und Alter** (Abb. 36) in Wien lässt erkennen, dass beide Merkmale signifikante Einflussfaktoren auf die psychische Betroffenheit infolge von COVID-19 darstellen.

**Abb. 36: Negative psychische Auswirkungen durch COVID-19, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2022**



So berichten Wiener\*innen mit 54,2% signifikant häufiger von negativen psychischen Auswirkungen als Männer mit 43,9%. Bei allen Geschlechtern sinkt die Häufigkeit psychischer Auswirkungen signifikant mit dem Alter: Frauen ab 60 Jahren sind um 18,1 Prozentpunkte

weniger häufig betroffen als Frauen zwischen 15 und 29 Jahren. Männer ab 60 Jahren sind um 18,9 Prozentpunkte weniger häufig betroffen als Männer zwischen 15 und 29 Jahren.

Auch Frauen in den mittleren Altersgruppen sind besonders häufig von negativen psychischen Auswirkungen durch COVID-19 betroffen. Sie berichten davon signifikant häufiger als Männer gleichen Alters.

## VERLETZUNGEN NACH UNFÄLLEN

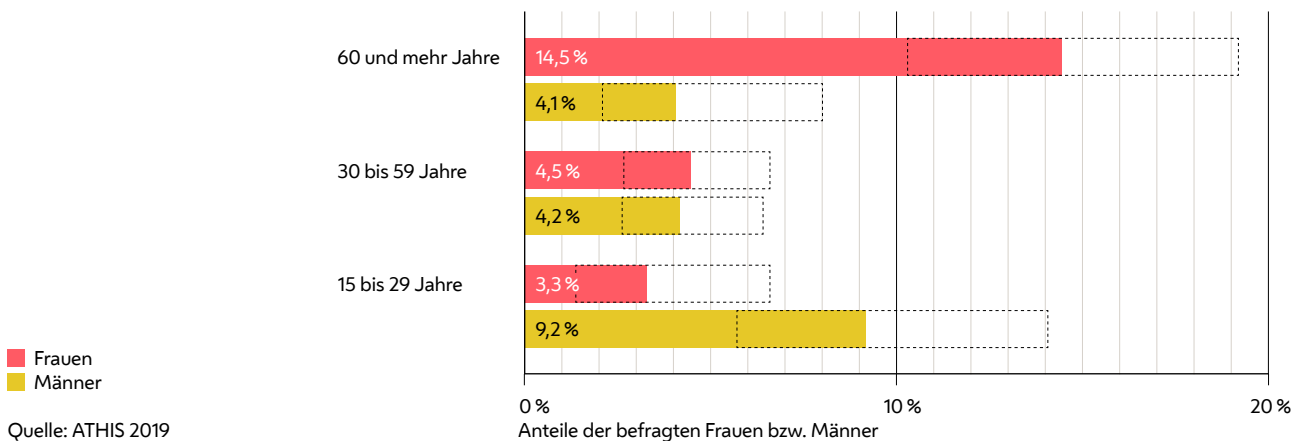
13,6 % der ab-15-jährigen Wiener\*innen waren gemäß des ATHIS 2019 in den 12 Monaten vor der Befragung durch Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfälle verletzt worden. Eine Auswertung von Daten zu Arbeitsunfällen findet sich weiter unten.

Die meisten, nämlich 7,1% (KI: 5,9% – 8,4 %) der Befragten verletzten sich aufgrund eines Freizeitunfalls. Weitere 6,2 % (KI: 5,1% – 7,5 %) verletzten sich aufgrund eines Unfalls im Haushalt. Nur 1,3 % (KI: 0,9 % – 2,0 %) dagegen verletzten sich aufgrund eines Unfalls im Straßenverkehr. Einige wenige Personen berichteten auch von mehreren Verletzungen aufgrund verschiedener Arten von Unfällen.

Was die Determinante **Geschlecht** anbelangt, so zeigt sich im ATHIS 2019, dass Männer und Frauen sich hinsichtlich der Häufigkeit von Verletzungen in den letzten 12 Monaten nicht signifikant unterscheiden. Dies gilt für alle drei Unfallarten zusammengenommen genauso wie für jede einzeln.

Eine Ausnahme davon bilden aber die Haushaltunfälle bei der Altersgruppe der Ab-60-Jährigen. Hier ist bei den Frauen der Anteil jener, die von einer Verletzung in den letzten 12 Monaten berichten, mit 14,5 % signifikant höher als bei den Männern, wo der Anteil 4,1 % beträgt (Abb. 37).

**Abb. 37: Verletzung bei Haushaltunfällen, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**

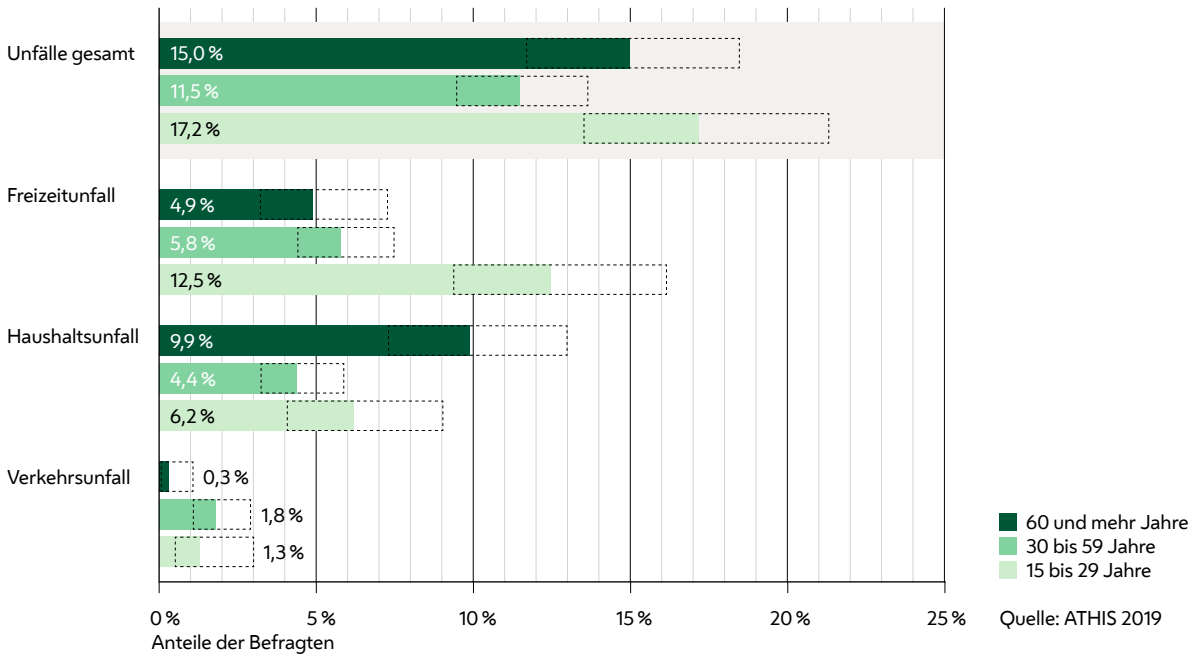


Dieser Unterschied fand sich (auf insgesamt niedrigerem Niveau) auch im letzten Allgemeinen Gesundheitsbericht (Stadt Wien 2017, 28). Er bewirkt außerdem, dass auch bei allen Unfallarten zusammengenommen bei den Ab-60-Jährigen ein signifikanter Geschlechterunterschied besteht.

Ein deutlicher **Altersunterschied** zeigt sich im ATHIS insbesondere bei den Freizeitunfällen. Dieser geht zuungunsten der Jüngeren. Unter den 15- bis 29-jährigen Wiener\*innen ist die Prävalenz mit 12,5 % signifikant höher als in den beiden Altersgruppen darüber (Abb. 38).

Der Altersgradient bei Freizeitunfällen besteht bei den anderen Unfallarten nicht und spiegelt sich auch in der Zusammenfassung aller Unfallarten nicht wider (Abb. 38).

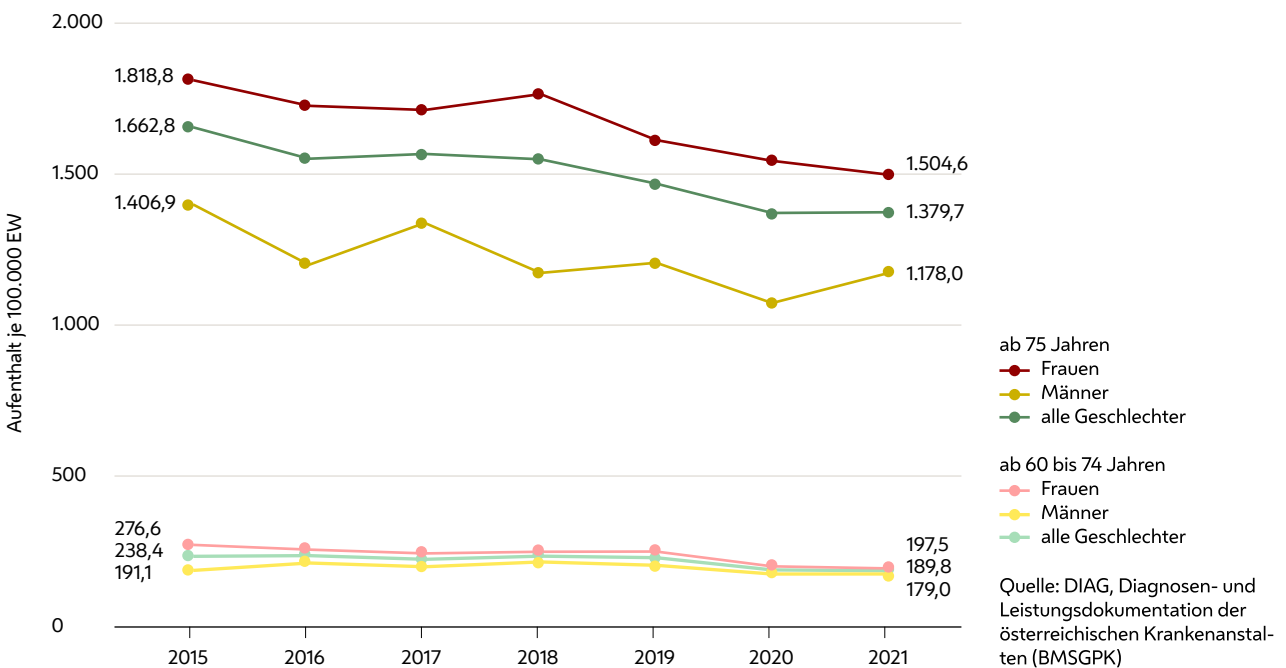
**Abb. 38: Verletzungen, 12-Monat-Prävalenz, nach Altersgruppe und Unfallart, Wien, 2019**



Bei den Haushaltsunfällen ist allerdings die Altersgruppe der Ab-60-Jährigen auffällig häufig von Unfällen betroffen. Mit 9,9 % ist die Prävalenz bei ihnen signifikant größer als bei Personen mittleren Alters (v.a. aufgrund des hohen Wertes bei alten Frauen, s.o.).

Verkehrsunfälle weisen eine signifikant geringere Häufigkeit auf als alle anderen Unfallarten. Der Anteil von Befragten, die angaben, in den letzten 12 Monaten im Straßenverkehr verletzt worden zu sein, liegt in allen Altersgruppen unter 2 %, was jedoch nichts über die Schwere der Unfälle aussagt.

**Abb. 39: Sturzbedingte > pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens, akutstationäre Aufenthalte, altersstandardisiert, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2015 bis 2021**



# Handlungs- und Leistungsfähigkeit

Die Handlungs- und Leistungsunfähigkeit einer Person gibt Auskunft darüber, ob und inwieweit sie bei ihren Alltagshandlungen physisch oder psychisch eingeschränkt ist. Dies wiederum beeinflusst die Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Ist eine Person nicht in der Lage, Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig auszuführen und die Anforderungen des Alltags zu bewältigen, so liegt eine Hilfs- und/oder Pflegebedürftigkeit vor.

Die verschiedenen Aspekte von Handlungs- und Leistungsunfähigkeit können mit Hilfe der folgenden Indikatoren abgebildet werden (Stadt Wien 2017, 32):

- (Gesundheitsbedingte) **Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten** bilden ab, ob und wie stark eine Person seit zumindest einem halben Jahr „durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens“ eingeschränkt ist.
- **Körperliche und sensorische funktionale Einschränkungen** betreffen die physische Mobilität und das sensorische Wahrnehmungsvermögen (Sehen, Hören ...). Sie vermindern die Lebensqualität und stellen Risikofaktoren für Unfälle dar.
- **Activities of Daily Living (ADL)**, zu Deutsch abgefragt als Tätigkeiten in Zusammenhang mit Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen, beziehen sich auf die Fähigkeit, verschiedene Basisaktivitäten der Hygiene, Körperpflege und eigenen Grundversorgung durchführen zu können.
- **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)**, zu Deutsch abgefragt als Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts, bilden die Fähigkeit ab, den eigenen Haushalt selbstständig zu führen, und umfassen Fragen nach diesbezüglichen Tätigkeiten inner- und außerhalb des eigenen Zuhauses.

## GESUNDHEITSBEDINGTE EINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG

Die allgemeine Frage nach gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag wird seit Jahren von knapp unter 30 % der Wiener\*innen ab 15 Jahren zustimmend beantwortet (Tab. 23). Seit den 2000er-Jahren ist dies ein Fortschritt, da der Anteil damals circa 5 Prozentpunkte höher lag (BMGFJ 2007, 61).

Bei der jüngsten Erfassung dieser Frage im Survey EU-SILC 2022 gaben 28,0 % an, „durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens“ eingeschränkt zu sein. Der Trend seit 2014 verläuft stabil bis leicht (nur österreichweit signifikant) sinkend. 19,7 % der Wiener\*innen bezeichneten sich 2022 als etwas und 8,4 % als stark eingeschränkt.

**Tab. 23: Gesundheitsbedingte Einschränkungen, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten**

Fragestellung: *Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?*

|                                       | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|---------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| <i>stark oder etwas eingeschränkt</i> | 28,0 %    | 28,9 % | 29,3 %    | 29,8 % | 29,3 %    | 31,5 % |

Quellen: ATHIS (2014, 2019), EU-SILC 2022

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem **Alter** bzw. **Geschlecht** und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag. 2022 betrug in Wien die Prävalenz 15,0 % bei 15- bis 29-jährigen Frauen und 6,6 % bei gleichaltrigen Männern; 30,0 % bei 30- bis 59-jährigen Frauen (bei Männern: 22,7 %) sowie 51,0 % bei ab-60-jährigen Frauen (bei Männern: 42,8 %). Diese Geschlechterunterschiede waren jeweils signifikant.

## KÖRPERLICHE UND SENSORISCHE EINSCHRÄNKUNGEN

Ergebnisse zu fünf **körperlichen und sensorischen Einschränkungen**, die im ATHIS 2019 erfragt wurden, sollen im Folgenden dargestellt werden. Dabei handelt es sich um:

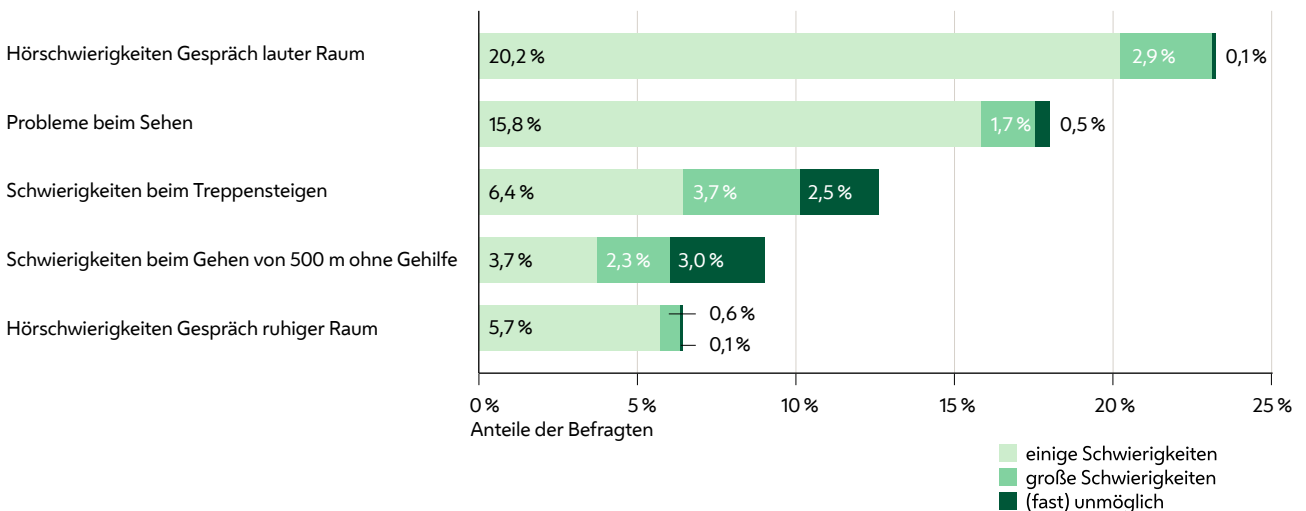
- Schwierigkeiten beim Sehen, auch wenn man eine Brille oder Kontaktlinsen trägt.
- Schwierigkeiten zu hören, was in einem **ruhigen Raum** gesagt wird, selbst wenn ein Hörgerät getragen wird.
- Schwierigkeiten zu hören, was in einem **lauteren Raum** gesagt wird, selbst wenn ein Hörgerät getragen wird.
- Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe zu gehen.
- Schwierigkeiten, eine Treppe mit zwölf Stufen hinauf- oder hinunterzugehen.

Wie die Daten zeigen, waren 42,9 % der Wiener\*innen zum Befragungszeitpunkt von mindestens einer dieser Einschränkungen betroffen. Dieser Wert liegt nicht signifikant über der Prävalenz aus dem Jahr 2014 (Stadt Wien 2017, 33). Wie in der vorhergehenden Erhebung besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen (ebda).

In der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren ist mit zunehmendem **Alter** ein signifikanter und starker Anstieg körperlicher und/oder sensorischer Einschränkungen zu beobachten. Er reicht von 25,6 % (KI: 21,4 % – 30,3 %) bei den 15- bis 29-Jährigen, über 39,8 % (KI: 36,5 % – 43,1 %) bei den 30- bis 59-Jährigen bis zu 64,0 % (KI: 59,3 % – 68,4 %) bei den Ab-60-Jährigen.

Abbildung 40 zeigt, welche Einschränkungen wie häufig und in welcher Intensität auftreten. Am weitesten verbreitet sind demnach Schwierigkeiten, in einem lauten Raum die/den Gesprächspartner\*in zu hören. Am wenigsten weit verbreitet sind Hörschwierigkeiten bei einem Gespräch in ruhiger Umgebung und am häufigsten große Schwierigkeiten verursacht das Treppensteigen.

**Abb. 40: Körperliche und sensorische Einschränkungen, aktuelle Prävalenz, Wien, 2019**



### Schwierigkeiten beim Hören (trotz etwaiger Hörbehelfe)

Quelle: ATHIS 2019

20,2 % haben einige Schwierigkeiten beim Führen von Gesprächen in lauten Umgebungen. Weitere 2,9 % haben damit große Schwierigkeiten und für 0,1 % der Befragten war dies überhaupt ganz oder fast unmöglich, z.B. weil sie gehörlos sind. In ruhigen Umgebungen haben 5,7 % einige Schwierigkeiten. Nur in äußerst wenigen Fällen (gesamt 0,7 %) gingen die Hörschwierigkeiten hier darüber hinaus.

Signifikante **Geschlechterunterschiede** finden sich nicht – weder betreffend Hörschwierigkeiten in lauten noch in ruhigen Umgebungen.

Hingegen geht mit höherem **Alter** auch ein signifikant höheres Risiko für Hörschwierigkeiten einher. Schwierigkeiten in ruhigen Umgebungen betreffen bei den 15- bis 29-Jährigen 2,0 % und bei den Ab-60-Jährigen 13,8 % der Wiener\*innen. Schwierigkeiten in lauten Umgebungen betreffen bei den 15- bis 29-Jährigen 11,1 % und bei den Ab-60-Jährigen 42,5 %.

### **Schwierigkeiten beim Sehen (trotz etwaiger Sehbehelfe)**

Einige Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn sie Brille oder Kontaktlinsen tragen, haben 15,8 % der Befragten des ATHIS 2019. Weitere 1,7 % haben größere Schwierigkeiten beim Sehen und 0,5 % der Befragten gaben an, blind oder fast blind zu sein.

Unterschiede nach dem **Geschlecht** sind nicht signifikant, mit dem **Alter** nehmen die Sehprobleme jedoch signifikant zu. Ungeachtet ihrer Intensität betreffen sie bei den 15- bis 29-Jährigen 10,0 % (KI: 7,1 % – 13,2 %) und bei den Ab-60-Jährigen 22,4 % der Wiener\*innen (KI: 18,6 % – 26,6 %).

Eine Brille oder Kontaktlinsen tragen übrigens 68,3 % der Wiener\*innen – Frauen mit 73,6 % (KI: 70,6 % – 76,5 %) häufiger als Männer mit 62,6 % (KI: 59,1 % – 65,8 %). Im reiferen Alter betrifft dies, wie die Daten zeigen, aber (fast) jede\*n und außerdem verschwindet der Geschlechterunterschied. So beträgt der Anteil der Träger\*innen von Brillen oder Kontaktlinsen bei Frauen und Männern ab 60 Jahren gleichermaßen circa 94 %.

### **Schwierigkeiten beim Treppensteigen (ohne Handlauf)**

Von einigen Schwierigkeiten, eine Treppe mit 12 Stufen ohne Benützung des Handlaufs hinauf- oder hinunterzugehen, berichteten im ATHIS 2019 6,4 % der Befragten. Zusätzliche 3,7 % berichteten von großen Schwierigkeiten und für weitere 2,5 % war es so schwierig, dass sie angaben, es ist (fast) unmöglich.

**Geschlechterunterschiede** sind gegeben. Die weibliche Bevölkerung Wiens ist von Problemen beim Treppensteigen häufiger betroffen als die männliche. Insbesondere klagen Frauen mit 5,5 % (KI: 4,1 % – 7,2 %) signifikant häufiger über große Schwierigkeiten als Männer mit 1,7 % (KI: 1,0 % – 2,8 %). Dazu kommen noch 2,7 % der Wienerinnen bzw. 2,3 % der Wiener für die das Treppensteigen (fast) unmöglich ist und 7,7 % der Frauen bzw. 4,9 % der Männer, denen es einige Schwierigkeiten bereitet.

Mit dem **Alter** treten Einschränkungen beim Treppensteigen jeder Intensität signifikant häufiger auf. So klagen die ab-60-jährigen Wiener\*innen zu 14,8 % über einige, zu 9,9 % über große und zu 8,0 % über Schwierigkeiten, die das Treppensteigen (fast) unmöglich machen. Die jüngste Altersgruppe ist hingegen so gut wie gar nicht von den Einschränkungen betroffen, die mittlere Altersgruppe nur zu 7,6 % (unabhängig von der Intensität).

### **Schwierigkeiten beim Gehen (ohne Gehhilfe)**

Insgesamt 9,0 % der Wiener\*innen haben laut ATHIS 2019 Schwierigkeiten ohne Gehhilfe (Stock, Rollator, Krücken usw.) einen halben Kilometer auf ebener Strecke zu Fuß zurückzulegen. Davon hatten 3,7 % einige, 2,3 % große und 3,0 % nicht zu bewältigende Schwierigkeiten.

Der **Geschlechterunterschied** ist signifikant. Generell berichten Frauen öfter als Männer von Schwierigkeiten beim Gehen (11,5 % vs. 6,2 %). Konkret wurden große Schwierigkeiten von Frauen mit 3,4 % (KI: 2,3 % – 4,8 %) signifikant häufiger genannt als von Männern mit 1,0 % (KI: 0,5 % – 1,9 %).

Auch das **Alter** übt erwartungsgemäß einen signifikanten Einfluss aus. Unabhängig von der Intensität sind 25,2 % (KI: 21,3 % – 29,5 %) der ab-60-jährigen Bevölkerung beim Gehen eingeschränkt, darunter 9,3 % mit einigen, 6,1 % mit großen und 9,8 % mit nicht zu bewältigenden Schwierigkeiten.



## AKTIVITÄTSEINSCHRÄNKUNGEN IM ALLTAG (ADL UND IADL)

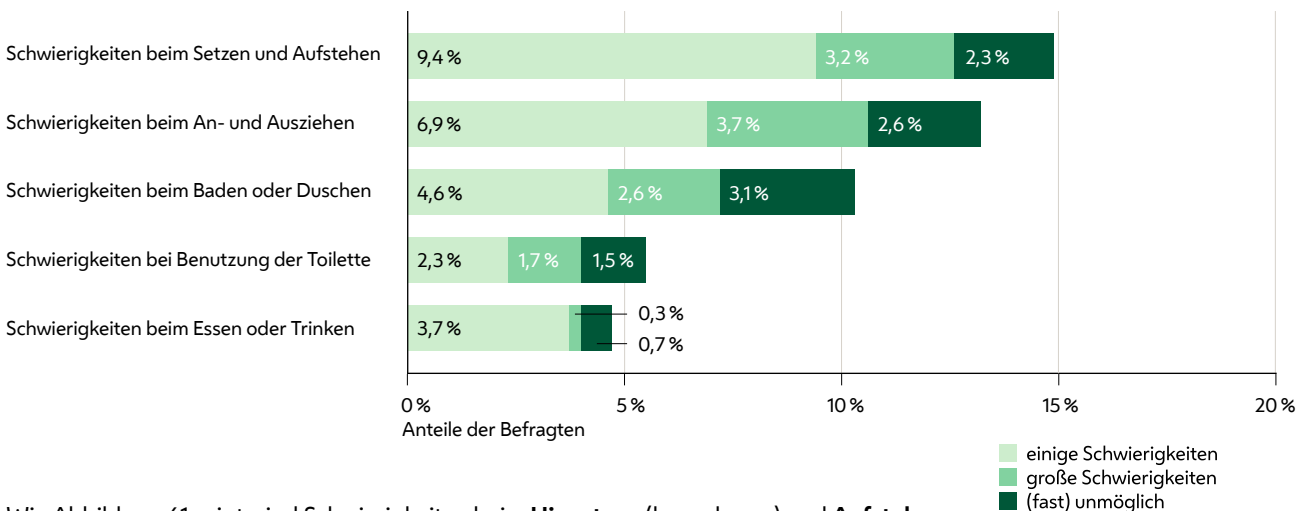
Im ATHIS 2019 wurden Einschränkungen bei **zwei Arten von Alltagsaktivitäten** erhoben. Das waren einerseits die **Activities of Daily Living (ADL)** und andererseits die **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)**. Ersteres bezeichnet basale Tätigkeiten der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnisse. Letzteres bezeichnet Tätigkeiten bei der Erledigung des Haushalts. Diese deutschen Bezeichnungen aus dem Fragebogen werden auch im Folgenden verwendet.

Zur Befragung hinsichtlich der Aktivitätseinschränkungen im Alltag wurde lediglich eine Untergruppe aus der gesamten Stichprobe des ATHIS befragt, nämlich jene Personen, die vorher allgemein eine gesundheitsbedingte Einschränkung im normalen Alltagsleben angegeben hatten (s.o.) sowie alle Personen ab 55 Jahren. Nur wenn eine dieser Kriterien erfüllt war, wurde befragt. Dies reduzierte die Wiener Stichprobengröße von  $n = 1.656$  auf  $n = 801$  (davon  $n = 559$  im Alter von 55 Jahren oder älter und 242 15- bis 54-Jährige).

### Einschränkungen bei Tätigkeiten der Körperpflege und weiteren persönlichen Bedürfnissen (ADL)

Von (mindestens) einer Einschränkung bei Tätigkeiten der Körperpflege und der persönlichen Basisversorgung sind laut Auswertungen der ATHIS 2019-Daten 17,3 % der befragten Personengruppe betroffen. Bei den Ab-65-Jährigen sind es 23,9 %<sup>41</sup>. Zwischen Frauen und Männern ist auf Basis der Daten jeweils kein signifikanter Unterschied feststellbar.

**Abb. 41: Einschränkungen bei Körperpflege und persönlicher Basisversorgung (ohne Hilfe), aktuelle Prävalenz, Wien, 2019**



Wie Abbildung 41 zeigt, sind Schwierigkeiten beim **Hinsetzen** (bzw. -legen) und **Aufstehen** mit insgesamt 14,9 % am häufigsten, gefolgt von Schwierigkeiten beim **An- und Ausziehen** (13,2 %). Am seltensten haben die Befragten Schwierigkeiten, ohne Hilfe zu essen oder zu trinken (4,7 %).

Quelle: ATHIS 2019

55,4 % der bei der Körperpflege und persönlicher Basisversorgung eingeschränkten Personen bekommen Hilfe für mindestens eine der dazu gehörenden Tätigkeiten. Bei den ab-65-jährigen Wiener\*innen sind es 66,2 %<sup>42</sup>.

Insgesamt 49,8 % der Personen mit Einschränkungen nutzen technische Hilfsmittel. 73,6 % erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 24,8 % durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Mehrfachangaben möglich). 18,3 % geben an, dass sie mehr Hilfe

41 Vergleichswert für 2014: 18,4 % der Ab-65-Jährigen. Der Anstieg ist nicht signifikant.

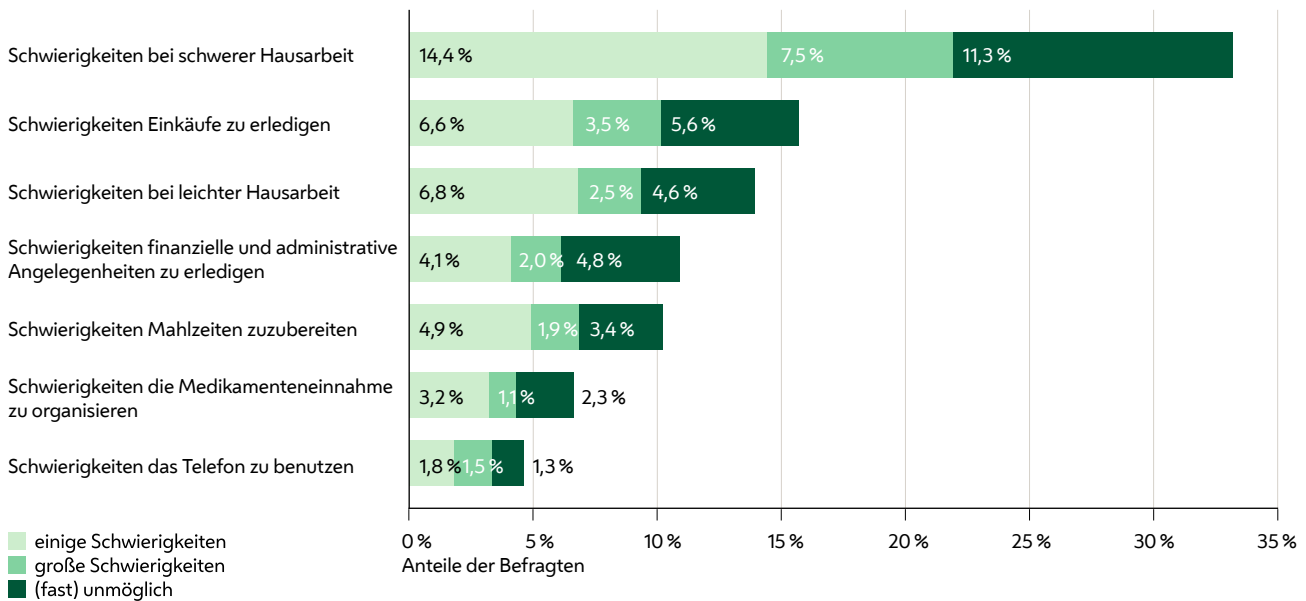
42 Vergleichswert für 2014: 66,2 % der Ab-65-Jährigen.

bei zumindest einer der abgefragten Tätigkeiten benötigen würden. Bei den ab-65-jährigen Wiener\*innen sind es 25,4 %.

### Einschränkungen bei Tätigkeiten zur Erledigung des Haushalts (IADL)

Von (mindestens) einer Einschränkung bei Erledigungen des Haushalts sind 43,5 % der dazu befragten Wiener\*innen betroffen. Bei den Ab-65-Jährigen sind es 53,5 % (KI: 48,1 % – 58,9 %) <sup>43</sup>. Es lassen sich auf Basis der vorliegenden Daten keine signifikanten Geschlechterunterschiede feststellen.

**Abb. 42: Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (ohne Hilfe), aktuelle Prävalenz, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Wie Abbildung 42 zeigt, hatten Wiener\*innen mit insgesamt 33,2 % am häufigsten Schwierigkeiten bei der Erledigung **schwerer Hausarbeit**. Auch die Erledigung von **Einkäufen** fiel mit 15,7 % relativ vielen Wiener\*innen schwer. Am seltensten hatten Wiener\*innen Schwierigkeiten, ohne Hilfe ein Telefon zu benutzen (4,6 %).

74,0 % der bei Erledigungen im Haushalt eingeschränkten Personen haben Hilfe für mindestens eine der dazugehörigen Tätigkeiten. Bei den ab-65-jährigen Wiener\*innen sind es 81,5 <sup>44</sup>.

Insgesamt 6,3 % der Personen mit Einschränkungen nutzen technische Hilfsmittel. 89,9 % erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 19,6 % durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Mehrfachangaben möglich). 22,8 % geben an, dass sie mehr Hilfe bei zumindest einer der abgefragten Haushaltstätigkeiten benötigen würden.

### KRANKENSTÄNDE UND FEHLZEITEN

Auch die **Häufigkeit von Krankenständen** ist Ausdruck der persönlichen Handlungs- und Leistungsfähigkeit. Sie wird sowohl regelmäßig im ATHIS erhoben, als auch über die Krankmeldungen bei der Sozialversicherung administrativ erfasst, so dass eine durchschnittliche Rate an Krankenstandstagen pro Versicherte\*n und Jahr wiedergegeben werden kann.

<sup>43</sup> Vergleichswert für 2014: 49,7 % der Ab-65-Jährigen. Der Anstieg ist nicht signifikant.

<sup>44</sup> Vergleichswert für 2014: 83 % der Ab-65-Jährigen. Der Rückgang ist nicht signifikant.

Laut Fehlzeitenreport des WIFO sank die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage je Versicherte\*in in Wien während der Beobachtungsperiode von 12,8 Tagen (2015) auf 11,6 Tage (2021). Dieser Indikatoren liegt damit in Wien etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 12,3 Tagen (WIFO 2022, 43f). Die Krankenstandsquote, als Relation der Krankenstandstage zum gesamten Arbeitsvolumen (Versicherte × Tage), als Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, beträgt in Wien 3,2 % und liegt damit leicht unter dem gesamtösterreichischen Wert von 3,4 %, was mit der größeren Bedeutung des Dienstleistungssektors und der damit einhergehenden größeren Anzahl an Angestellten erklärt werden kann (ebda, 46).

Im Zuge der ATHIS-Befragung hingegen konnten die Befragten aus der Wiener Stichprobe angeben, ob und wie häufig sie in den letzten 12 Monaten in Krankenstand waren und wie viele Tage alle Krankenstände zusammen gedauert haben. Daraus ließ sich ein entsprechender Anteil und die durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen pro Wiener\*in berechnen.

Demnach gaben 2019 57,2 % der Befragten an, in den 12 Monaten zuvor zumindest einmal in Krankenstand gewesen zu sein. Frauen gaben dies mit 63,2 % (KI: 58,2 % – 67,7 %) signifikant häufiger an als Männer mit 52,0 % (KI: 47,5 % – 56,7 %). Wiener\*innen von 15 bis 29 Jahren waren in den letzten 12 Monaten zu 66,0 % (KI: 58,0 % – 73,0 %) zumindest einmal in Krankenstand, während dies auf Wiener\*innen ab 60 Jahren nur zu 42,4 % (KI: 26,7 % – 56,6 %) zutraf.

Daneben gibt es auch noch das Phänomen des **Präsentismus**, also trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit zu gehen, obwohl man eigentlich in Krankenstand hätte gehen können. 57,2 % der befragten, berufstätigen Wiener\*innen gaben an, dass dies bei ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen sei. Zwischen Männern und Frauen sowie nach dem Alter bestand hierbei kein signifikanter Unterschied.

# Lebensqualität und Wohlbefinden

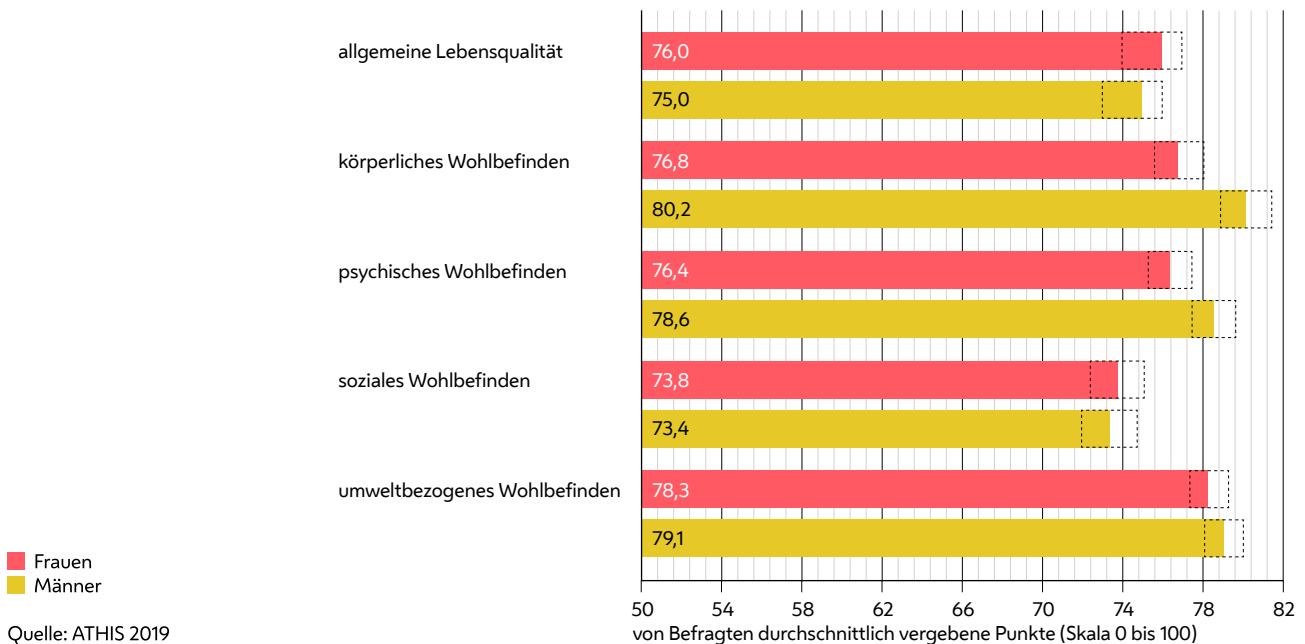
Die Lebensqualität ist ein Indikator der positiven Gesundheit. Sie gewinnt mit steigender Lebenserwartung zunehmend an Bedeutung, da es eine Herausforderung darstellt, eine hohe Lebensqualität bis ins hohe Alter zu erhalten.

Die **allgemeine Lebensqualität** ist ein globales Maß, das sich aus den **vier Dimensionen** des körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Wohlbefindens zusammensetzt. Das entsprechende Indikatoren-Set dazu wird regelmäßig im Rahmen des ATHIS erhoben. Die aus der Analyse resultierenden Lebensqualitätsskalen können Werte zwischen 0 und 100 annehmen und lassen sich für jede Dimension einzeln berechnen.

Die Wohnbevölkerung Wiens beurteilt ihre allgemeine Lebensqualität im ATHIS 2019 mit durchschnittlich 76,0 von 100 Punkten (KI: 75,0 – 77,0). Dieser Mittelwert hat sich seit der vorherigen ATHIS-Erhebung aus dem Jahr 2014 um 2 Punkte erhöht. Am günstigsten bewerten die Wiener\*innen ihr **umweltbezogenes Wohlbefinden**. Mit durchschnittlich 79,4 Punkten (KI: 78,8 – 80,1), liegt es aber nicht signifikant vor dem **körperlichen Wohlbefinden** mit 78,6 Punkten (KI: 77,7 – 79,4). Dahinter liegt mit 77,6 Punkten (KI: 76,8 – 78,4) das **psychische Wohlbefinden**. Den signifikant geringsten Punktwert weisen die Wiener\*innen beim **sozialen Wohlbefinden** auf, wo er 74,0 beträgt (KI: 73,0 – 74,9).

Seit 2014 ist es in den einzelnen Dimensionen zu einer leichten Verbesserung oder einer Stagnation der Lebensqualität gekommen. Während sich das umweltbezogene und das psychische Wohlbefinden mit 4,4 bzw. 3,6 Punkten eindeutig erhöht haben, haben sich körperliches und soziales Wohlbefinden mit einem Plus von 1,6 bzw. 1,0 Punkt nicht stark verbessert.

**Abb. 43: Dimensionen der Lebensqualität, nach Geschlecht, Wien, 2019**

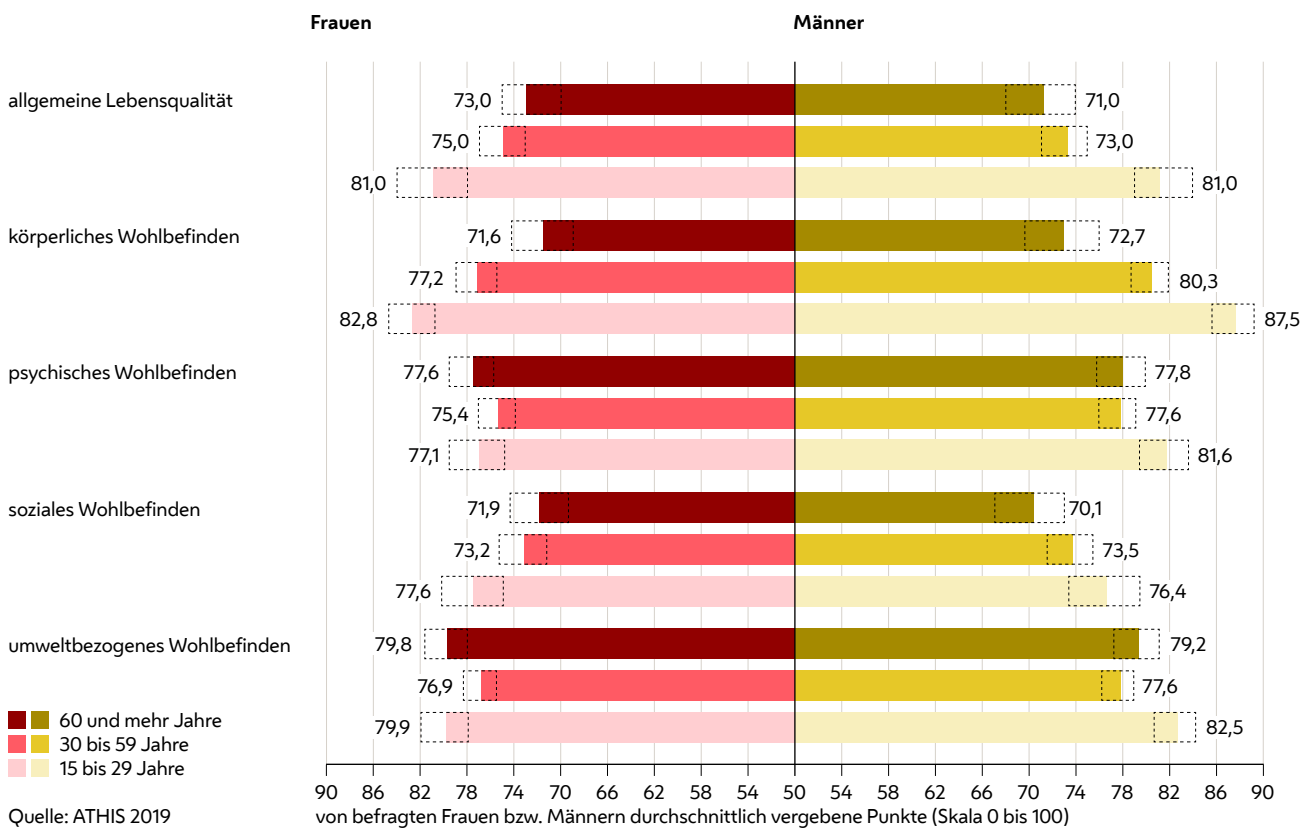


Aufgeschlüsselt nach dem **Geschlecht** (Abb. 43) lässt sich erkennen, dass es insgesamt keine signifikanten Geschlechterunterschiede in der allgemeinen Lebensqualität gibt (oberste Balkenreihe). Was die einzelnen Dimensionen betrifft, zeigen sich bei der körperlichen und der psychischen Gesundheit Unterschiede zugunsten der Männer. Beim körperlichen Wohlbefinden nennen die Wiener eine um 3,4 Punkte höhere Lebensqualität als die Wienerinnen.

Wesentlich deutlichere Unterschiede zeigen sich nach dem **Alter**. Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität und ihre verschiedenen Dimensionen besser ein als Personen mittleren und höheren Alters. Insgesamt fällt die allgemeine Lebensqualität zwischen den 15- bis 29-Jährigen und den Ab-60-Jährigen bei den Wienern um 10 Punkte ab, bei den Wienerinnen sind es 8 Punkte (Abb. 44, oberste Balkenreihe).

Am eindeutigsten zeigt sich dieses Gefälle beim körperlichen und beim sozialen Wohlbefinden (Abb. 44). So liegt bei Wienern im Alter von 60 und mehr Jahren das körperliche Wohlbefinden mit einem Wert von 72,7 signifikant um 14,8 Punkte unter dem Wert bei den 15- bis 29-Jährigen (87,5 Punkte). Bei den Wienerinnen reduziert sich der Wert um 11,2 Punkte von 82,8 Punkte in der untersten auf 71,6 Punkte in der höchsten Altersgruppe. Das soziale Wohlbefinden hingegen reduziert sich bei den Männern mit dem Alter von 76,4 um 6,3 auf 70,1 Punkte, bei den Frauen von 77,6 um 5,7 auf 71,9 Punkte.

**Abb. 44: Dimensionen der Lebensqualität, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**

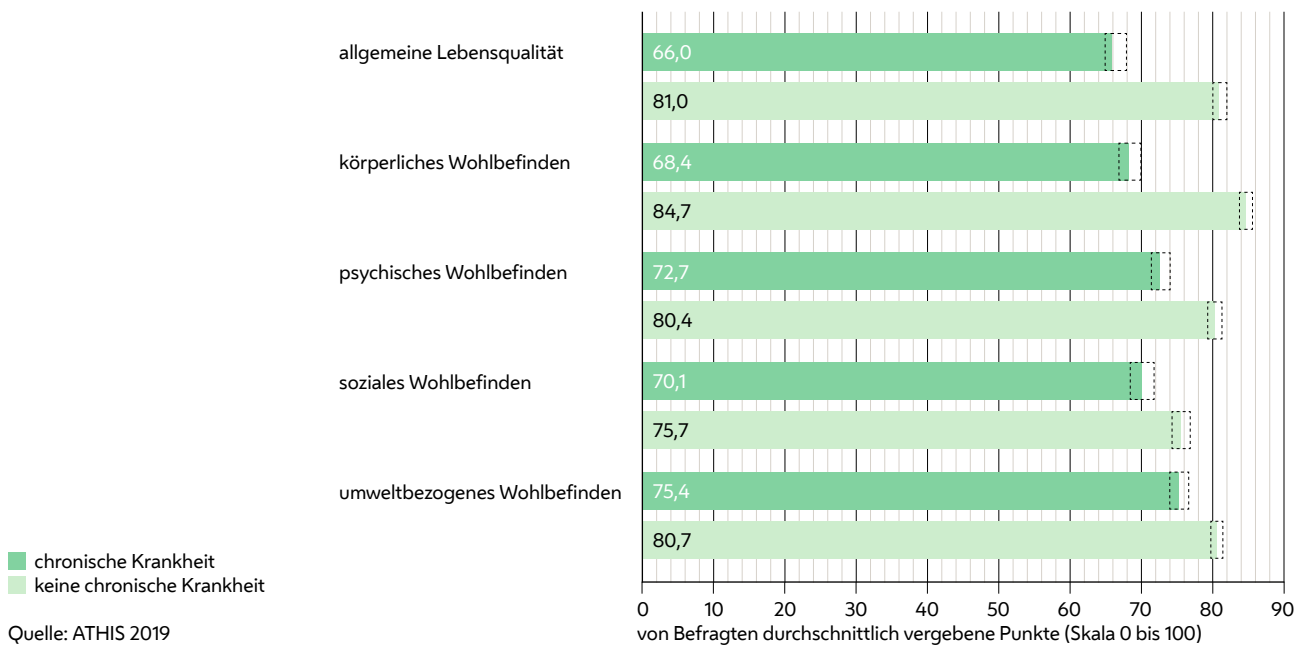


In den anderen beiden Dimensionen der Lebensqualität, der psychischen und der umweltbezogenen Lebensqualität, existiert kein durchgehendes Gefälle zwischen den Altersgruppen. Bei den Wienerinnen sind hier keine signifikanten Unterschiede feststellbar. Bei den Wienern zeigt sich ein signifikanter Abfall des psychischen und des umweltbezogenen Wohlbefindens zwischen der jüngsten und der mittleren Altersgruppe. Bei den Ab-60-Jährigen bleiben die Werte in diesen Dimensionen jedoch relativ konstant.

## Lebensqualität und Wohlbefinden bei chronischer Krankheit

Personen, die angeben, eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben, schätzen ihre Lebensqualität signifikant schlechter ein. Wie Abbildung 45 zeigt, reduziert das Vorliegen einer chronischen Krankheit das körperliche Wohlbefinden am stärksten. Mit 68,4 Punkten auf der 100-stufigen Skala liegt das körperliche Wohlbefinden chronisch Erkrankter um 16,3 Punkte unter dem Wert bei Personen ohne chronische Krankheit (84,7 Punkte). In allen anderen Dimensionen ist der Unterschied geringer, aber ebenfalls signifikant.

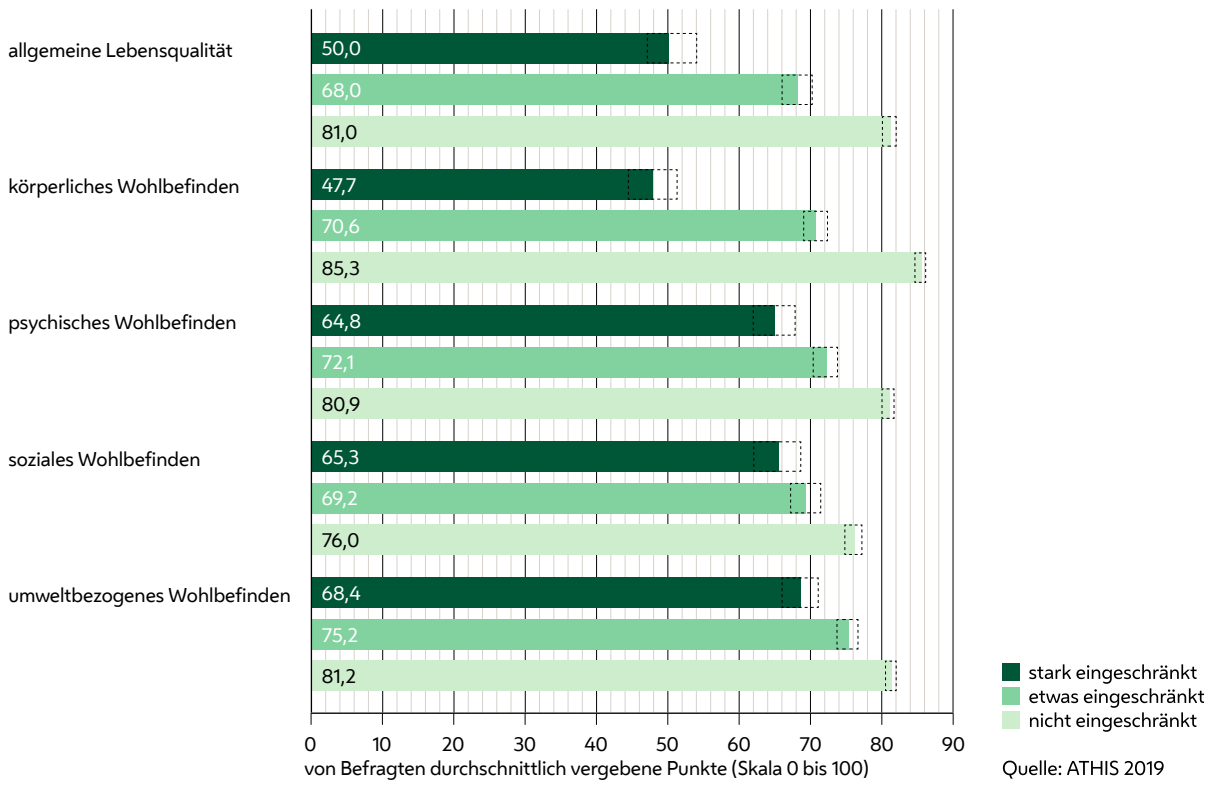
**Abb. 45: Dimensionen der Lebensqualität, nach Vorliegen chronischer Krankheiten, Wien, 2019**



## Lebensqualität und Wohlbefinden nach gesundheitsbedingter Einschränkung im Alltag

Die Verminderung der Lebensqualität fällt noch deutlicher aus, wenn ein gesundheitliches Problem normale Tätigkeiten des Alltags stark einschränkt. Wie Abb. 46 zeigt, fällt die allgemeine Lebensqualität bei Vorliegen einer solchen Einschränkung auf einen Punktwert von 50 ab und liegt damit 31 Punkte niedriger als bei Personen, die sich nicht eingeschränkt fühlen. Die stärkste Auswirkung ist wieder bei der körperlichen Dimension des Wohlbefindens zu beobachten. Hier reduziert sich der Wert von durchschnittlich 85,3 bei nicht eingeschränkten Personen um 37,7 Punkte auf 47,7 Punkte bei eingeschränkten Personen. In den anderen Dimensionen reduziert sich das Wohlbefinden um Werte zwischen 16,1 (psychisches Wohlbefinden) und 10,7 (soziales Wohlbefinden) und liegt damit signifikant niedriger als bei Personen ohne Einschränkung.

**Abb. 46: Dimensionen der Lebensqualität, nach Grad der Einschränkung bei Alltagstätigkeiten, Wien, 2019**







# **Verhaltensbezogene Gesundheits- determinanten**

Persönliche Merkmale, die sich auf die Gesundheit auswirken, werden auch **individuelle Gesundheitsdeterminanten** (> Determinante) genannt (Stadt Wien 2017, 53). Sofern es sich dabei um Verhaltensweisen oder verhaltensassoziierte körperliche Merkmale handelt, bilden sie Gegenstand dieses Kapitels. Es unterteilt sich in

- Gesundheits- und Risikoverhalten (wie Ernährung, Bewegung, Suchtmittelkonsum) und
- körperliche Merkmale (wie Übergewicht/Adipositas und Bluthochdruck)

## Gesundheits- und Risikoverhalten

### ERNÄHRUNG

#### Konsum von Obst und Gemüse

Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt den Verzehr von Gemüse und von Obst auf täglicher Basis<sup>45</sup>. Bei der Auswertung der Datengrundlagen zum Ernährungsverhalten (EU-SILC 2022 und ATHIS 2019) war es daher wichtig herauszuarbeiten, wie viele der Befragten tatsächlich täglich beide Arten empfohlener Lebensmittel konsumieren.

Die Ergebnisse aus 2022 zeigen, dass mittlerweile 41,9 % der Wiener\*innen täglich sowohl Gemüse als auch Obst konsumieren. Dies ist eine klare Verbesserung seit 2019 als nur 30,9 % der Befragten angaben, dies zu tun. Weiterhin besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den **Geschlechtern**. Während Frauen zu 50,9 % angeben, täglich Obst und Gemüse zu sich zu nehmen, sind es bei den Männern nur 32,8 % (Tab. 24).

Bei beiden Geschlechtern ist der **tägliche Obst- und Gemüsekonsum** seit der letzten Erhebung ebenso wie seit der vorletzten Erhebung (Stadt Wien 2017, 58) gestiegen. Bei Frauen geschah dies stärker als bei Männern, sodass sich der erhebliche Geschlechterunterschied weiter vergrößert hat. Zwischen den Altersgruppen sind jedoch weiterhin keine signifikanten Unterschiede zu beobachten – weder bei Männern noch bei Frauen.

Die jüngsten Verbesserungen im Ernährungsverhalten der Wiener Bevölkerung folgten einer Periode der Stagnation zwischen 2014 und 2019. Mittlerweile liegt der tägliche Obst- und Gemüsekonsum der Wiener\*innen nicht mehr signifikant unter dem österreichischen Niveau.

**Tab. 24: Täglicher Konsum von Gemüse und Obst, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten**

Fragestellung: *Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? und Wie oft essen Sie Obst?*

|                   | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|-------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| alle Geschlechter | 41,9 %    | 42,6 % | 30,9 %    | 33,7 % | 33 %      | 35 %   |
| Frauen            | 50,9 %    | 51,1 % | 35,6 %    | 40,9 % | 41 %      | 44 %   |
| Männer            | 32,8 %    | 33,7 % | 25,8 %    | 24,6 % | 25 %      | 26 %   |

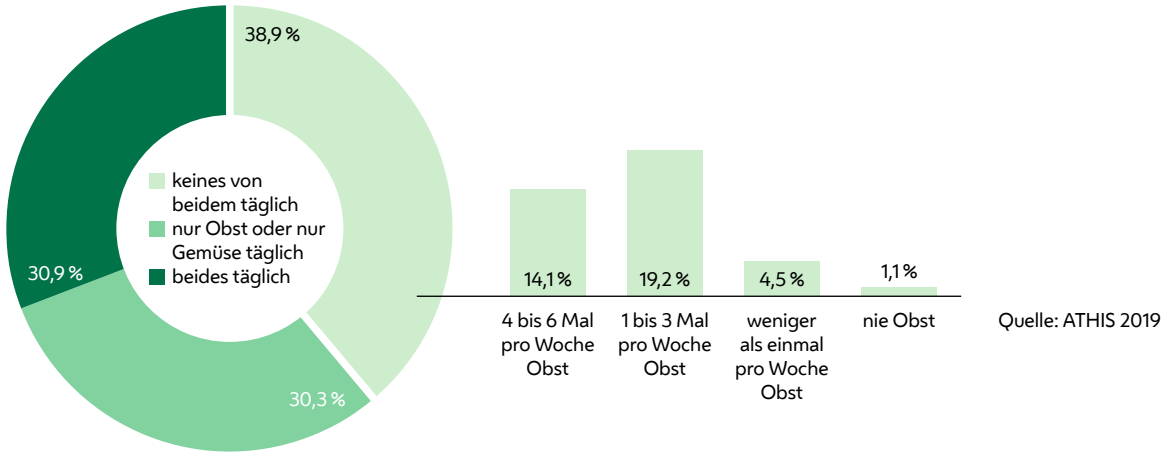
Quellen: ATHIS (2014, 2019), EU-SILC 2022

Dem gegenüber gab 2022 mit 34,4 % immer noch über ein Drittel der Wiener\*innen an, weder Obst noch Gemüse täglich zu konsumieren – mit 3 Prozentpunkten leicht, aber signifikant mehr als österreichweit. Männer gaben dies mit 43,2 % übrigens wesentlich häufiger an als Frauen mit 25,6 %. Sieht man sich diese Gruppe ungeachtet des Geschlechts genauer an, erkennt man, dass auch innerhalb von ihr große Diversität herrscht, was die Häufigkeit des Konsums von Obst oder Gemüse betrifft.

<sup>45</sup> Bei empfohlenen Mengen von drei Portionen Gemüse (à 100 – 200 g) und zwei Portionen Obst (à 125 – 150 g), siehe [oege.at/wissenschaft/empfehlungen-10-regeln-dge/](http://oege.at/wissenschaft/empfehlungen-10-regeln-dge/)

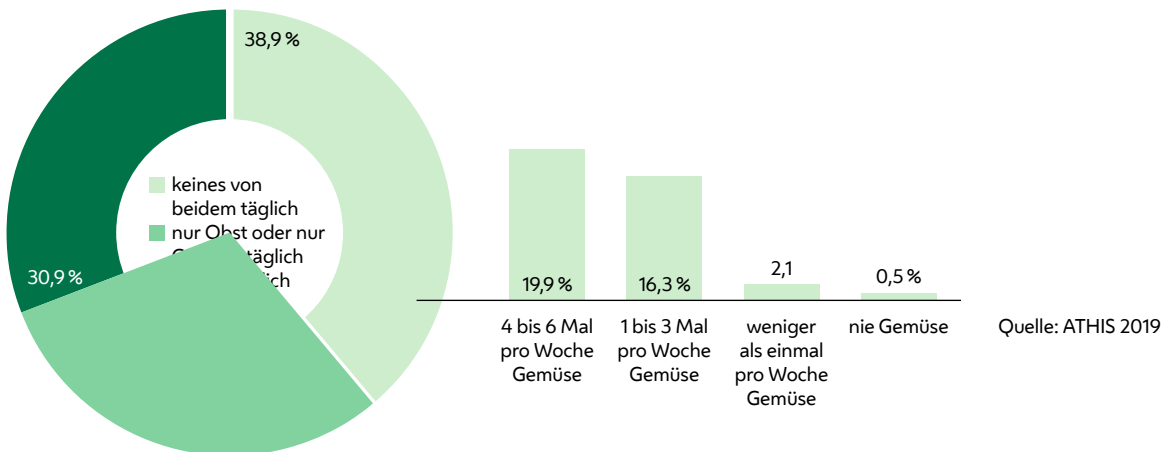
So befanden sich 2019 unter den 38,9% der Wiener\*innen, die angeben, weder Obst noch Gemüse täglich zu essen, jene 14,1%, die 4 bis 6 Mal pro Woche Obst essen und jene 19,2%, die 1 bis 3 Mal pro Woche Obst essen (Abb. 47). Nur geringe Anteile aller Befragten in Wien essen nie (1,1%) oder weniger als einmal pro Woche (4,5%) Obst.

**Abb. 47: Häufigkeit des Obstkonsums der Personen mit nicht-täglichem Obst- und Gemüsekonsum, Wien, 2019**



Unter denselben 38,9% der Wiener\*innen, die angaben, weder Obst noch Gemüse täglich zu essen, befanden sich 2019 auch jene 19,9%, die 4 bis 6 Mal pro Woche Gemüse essen und jene 16,3%, die 1 bis 3 Mal pro Woche Gemüse essen (Abb. 48). Nur geringe Anteile aller Befragten in Wien essen nie (0,5%) oder weniger als einmal pro Woche (2,1%) Gemüse.

**Abb. 48: Häufigkeit des Gemüsekonsums der Personen mit nicht-täglichem Obst- und Gemüsekonsum, Wien, 2019**



Anders ausgedrückt: Zwar erfüllt laut allen Erhebungen nur eine Minderheit der Wiener\*innen die offizielle Empfehlung Obst und Gemüse täglich zu essen. Andererseits essen aber über vier Fünftel der Wiener\*innen entweder Obst und Gemüse täglich, eines von beiden täglich oder Gemüse an den meisten Tagen in der Woche. Personen, die nie oder nur selten Gemüse oder Obst essen, gibt es hingegen nur sehr wenige.

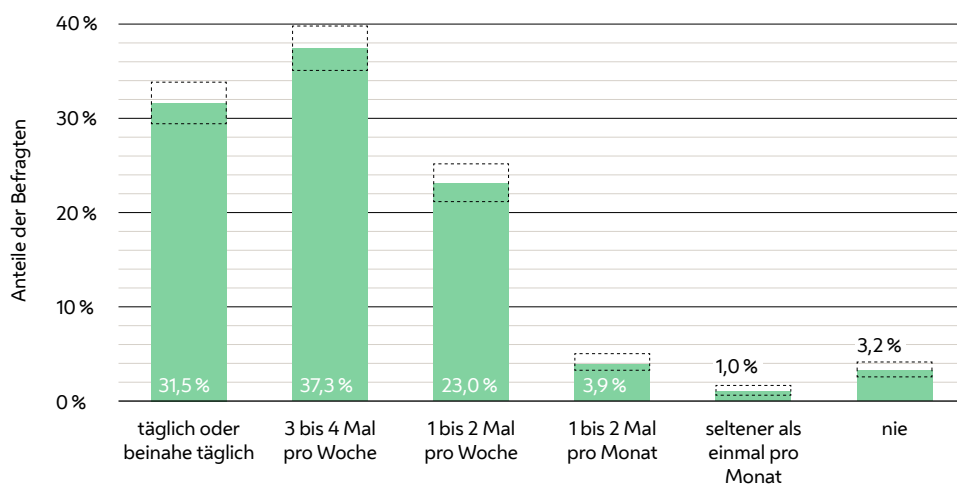
## Fleischkonsum

Laut den Empfehlungen der > WHO ist von übermäßigem Konsum insbesondere **verarbeiteten und roten Fleisches** abzuraten. Begründet wird dies mit einem erhöhten Risiko für einige Krebsarten (z.B. Darmkrebs), der damit in Zusammenhang stehe. Der Forschungsstand ließe jedoch keine Schlüsse zu, bis zu welcher Menge oder Konsumhäufigkeit der Verzehr im Hinblick auf das Krebsrisiko unbedenklich sei<sup>46</sup>. Der britische National Health Service (NHS) rät dennoch, den Verzehr verarbeiteten und roten Fleisches auf maximal 70 Gramm pro Tag einzuschränken<sup>47</sup>. Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt, pro Woche höchstens zwei- bis drei Portionen Fleisch- und Wurstwaren (zu max. 150g) zu konsumieren<sup>48</sup>.

Wie in Österreich insgesamt werden auch in Wien häufig **Fleischwaren** konsumiert. Wie die Daten aus dem ATHIS 2019 zeigen, isst ein Großteil der Wiener\*innen mehrmals pro Woche Fleisch (Abb. 49). Mehr als zwei Drittel der Wiener\*innen essen täglich (31,5 %) oder zumindest 3 bis 4 Mal pro Woche (37,3 %) Fleisch. 23,0 % beschränken ihren Fleischkonsum auf 1 bis 2 Mal pro Woche. Nur 8,1 % der Wiener\*innen ab 15 Jahren konsumieren Fleisch seltener als wöchentlich, darunter 3,2 %, die angeben, gar kein Fleisch zu verzehren.

Diese Vegetarier\*innen oder Veganer\*innen findet man signifikant häufiger unter **Frauen** (5,2 %, KI: 3,9 % – 6,9 %) als unter **Männern** (1,1 %, KI: 0,6 % – 2,0 %). Frauen konsumieren Fleisch außerdem in geringerer Regelmäßigkeit als Männer. Während nur 20,6 % (KI: 18,0 % – 23,4 %) der Frauen angeben, täglich oder beinahe täglich Fleisch zu essen, sind es bei den Männern mit 43,3 % (KI: 39,8 % – 46,7 %) mehr als das Doppelte.

**Abb. 49: Häufigkeit des Fleischkonsums, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

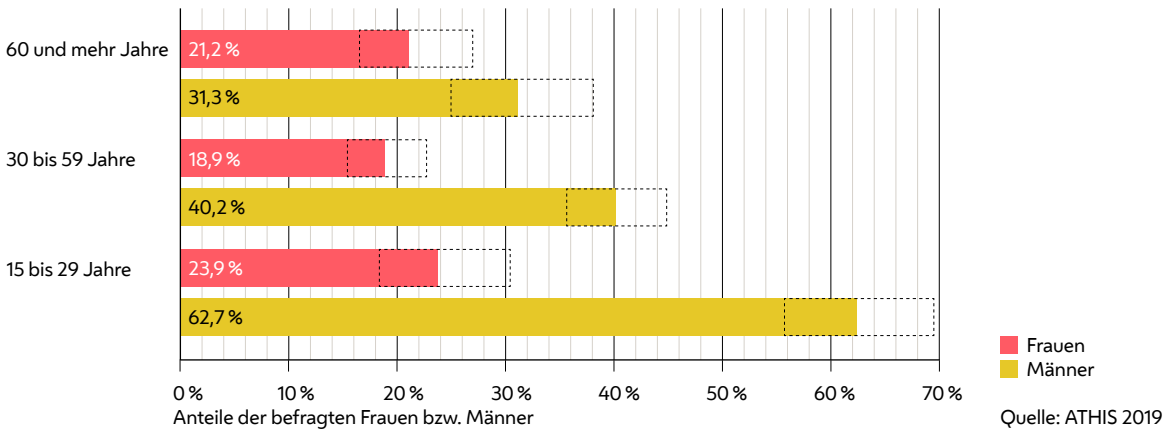
Dies ändert sich jedoch mit dem **Alter** (Abb. 50). Während bei den jüngeren Frauen der tägliche oder fast tägliche Fleischkonsum ähnlich selten vorkommt wie bei älteren, geht er bei Männern mit dem Alter deutlich und signifikant zurück. Sagen bei den 15- bis 29-jährigen Wienern noch 62,7 %, sie würden (beinahe) jeden Tag Fleisch essen, geht dieser Anteil später in Richtung des Niveaus bei den Frauen zurück und beträgt bei Männern im Alter von 60 und mehr Jahren nur mehr 31,3 %.

46 [who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat](http://who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat)

47 [nhs.uk/live-well/eat-well/food-types/meat-nutrition/](http://nhs.uk/live-well/eat-well/food-types/meat-nutrition/)

48 [oege.at/wissenschaft/empfehlungen-10-regeln-dge/](http://oege.at/wissenschaft/empfehlungen-10-regeln-dge/)

**Abb. 50: Täglicher oder beinahe täglicher Fleischkonsum, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**

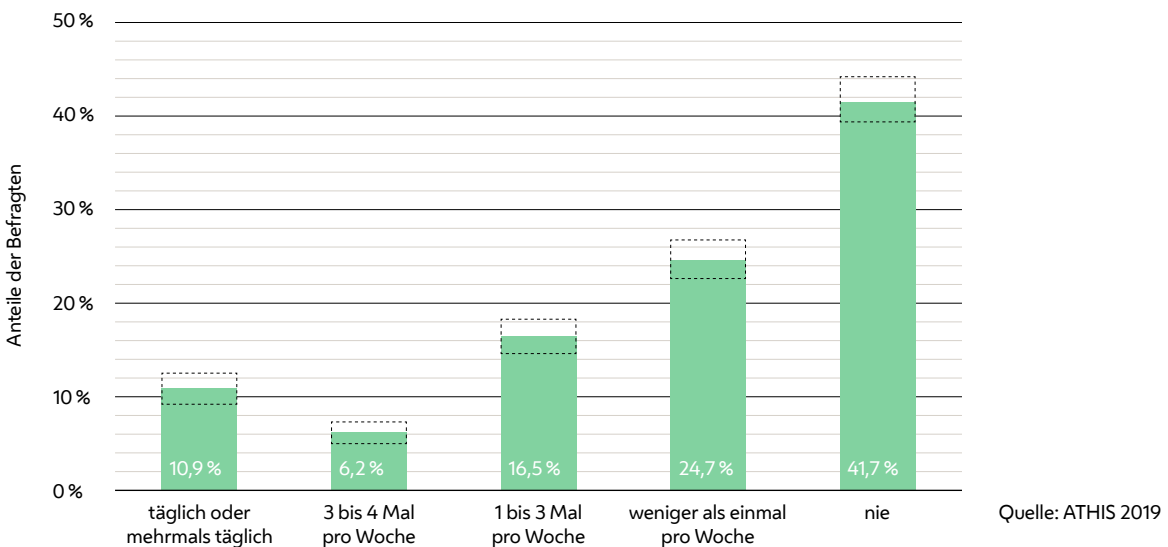


### Konsum gesüßter Getränke

Getränke, die zugesetzten bzw. viel gelösten Zucker enthalten, sollten laut ÖGE und WHO nur selten konsumiert werden. Darunter fallen z.B. Soft Drinks, Energy Drinks, Eistee und sonstige Limonaden.

Im ATHIS wird auch danach gefragt, wie häufig solche **zuckerhaltigen Erfrischungsgetränke** konsumiert werden. Dies scheint bei den erwachsenen Wiener\*innen – im Vergleich etwa zu ihrem Fleischkonsum – relativ selten der Fall zu sein. Die Mehrheit gibt lediglich an, solche Getränke entweder weniger als einmal pro Woche (24,7 %) oder überhaupt nie (41,7 %) zu konsumieren (Abb. 51). Dennoch konsumiert circa ein Drittel zumindest einmal pro Woche zuckerhaltige Erfrischungsgetränke. 10,9 % konsumieren sie sogar täglich.

**Abb. 51: Häufigkeit des Konsums zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke, Wien, 2019**



Außerdem handelt es sich beim Konsum von Soft Drinks und Ähnlichem vorwiegend um ein Jugend-Phänomen und er ist bei Männern generell höher als bei Frauen. Die Häufigkeit einer zumindest wöchentlichen Konsumation geht bei Männern zwischen der jüngsten und der höchsten **Altersgruppe** von 61,4 % auf 19,6 % zurück, bei Frauen von 44,9 % auf 11,4 %. Besonders häufige Konsumenten sind jene 21,7 % (KI: 16,3 % – 28,3 %) der 15- bis 29-jährigen Wiener, die täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke konsumieren. Gleichaltrige Wienerinnen tun dies mit 9,6 % (KI: 6,1 % – 14,7 %) signifikant seltener.

## BEWEGUNG

Das Ausmaß körperlicher Bewegung und deren Intensität zählt (neben der Ernährung und Risikoverhaltensweisen wie dem Tabakkonsum) zu jenen Lebensstilmerkmalen, die entscheidend zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit beitragen können (bzw. zu ihrer Schädigung).

Laut WHO gelten u.a. folgende **gesundheitsfördernde und präventive Effekte** regelmäßiger Bewegung als wissenschaftlich belegt: Sie beugt nicht-übertragbaren Krankheiten (wie > ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, bestimmten Krebsarten) vor, verringert das Risiko für Bluthochdruck und Übergewicht, fördert bzw. verbessert die psychische Gesundheit und die geistige Leistungsfähigkeit, trägt zu höherem Wohlbefinden bei und verringert das Sterberisiko<sup>49</sup>.

Die altersgruppenbezogenen **Bewegungsempfehlungen der WHO** sollen als Richtwerte für gesundheitswirksame Bewegung dienen und sehen für Personen ab 18 Jahren folgende Kriterien vor:

- Erwachsene sollen an 2 oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Übungen durchführen, bei denen alle großen Muskelgruppen berücksichtigt werden, **und**
- 150 bis 300 Minuten (also 2 ½ bis 5 Stunden) pro Woche ausdauerorientierte Bewegung mit mittlerer Intensität durchführen, **oder**
- 75 Minuten bis 150 Minuten (also 1 ¼ bis 2 ½ Stunden) pro Woche ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität durchführen, **oder**
- eine entsprechende Kombination aus ausdauerorientierter Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität durchführen.<sup>50</sup>

Bei diesen Kriterien ist jedoch wichtig, sie als Richtwerte zu interpretieren und nicht als strikte Grenzen, die erst zu erreichen sind, damit Bewegung gesundheitsförderlich wird. Eine solche Interpretation könnte als unnötige Barriere wirken, die Leute davon abhält, körperlich aktiv zu werden (Warburton & Bredin 2017). In der Praxis entfaltet zusätzliche Bewegung auf jedem bestehenden Aktivitätsniveau gesundheitsförderliche und -erhaltende Effekte. Insbesondere der Wechsel von weitgehender Inaktivität zu einem relativ niedrigen Bewegungslevel ist als wichtiger Schritt zu sehen.

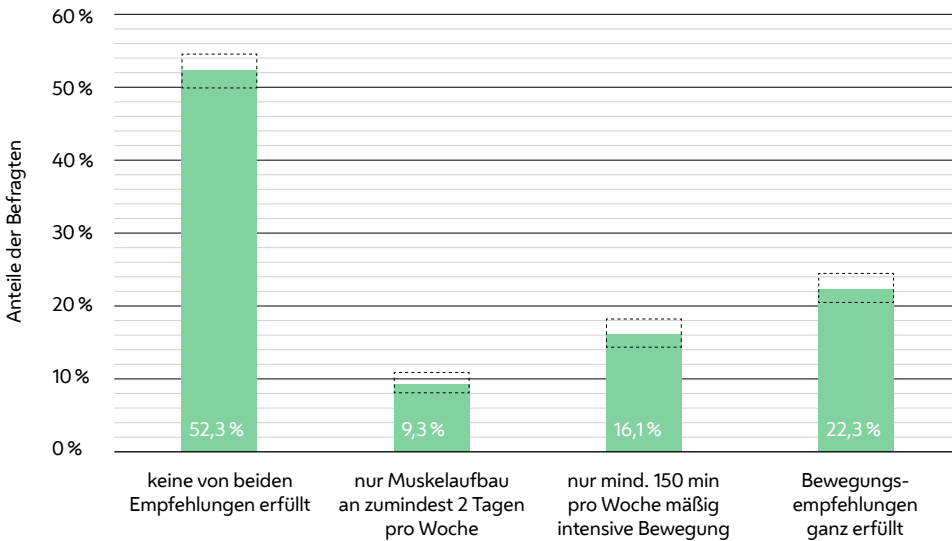
Auf Basis der WHO-Kriterien wurden vom Fonds Gesundes Österreich **nationale Bewegungsempfehlungen für Österreich** publiziert. Sie enthalten detaillierte Erläuterungen und Vorschläge, die insbesondere den Bewegungsanforderungen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen Rechnung tragen (FGÖ 2020, 45ff). Zudem wird beschrieben, wie Bewegung in den Alltag (Stiegensteigen, Radfahren auf Alltagsstrecken, Bergaufgehen etc.) und in verschiedene Lebenswelten (Schule, Betrieb, Pflegeheim etc.) eingebaut werden kann.

Anhand der Daten aus der ATHIS-Befragung 2019 konnte ausgewertet werden, inwieweit die Wiener\*innen laut eigenen Angaben Bewegung in einem Ausmaß betreiben, das den Bewegungsempfehlungen gerecht wird. Wie die Analysen (Abb. 52) zeigen, erfüllen 22,3 % der Wiener\*innen ab 15 Jahren die WHO-Empfehlungen für gesundheitswirksame Ernährung zur Gänze. Dieser Anteil hat sich damit seit der Erhebung 2014 weder signifikant erhöht noch verringert. Wie 2014 erfüllen Wiener mit 26,7 % (KI: 23,7 % – 29,8 %) die Bewegungsempfehlungen signifikant häufiger als Wienerinnen, die dies zu 18,3 % (KI: 15,8 % – 21,0 %) tun.

49 [who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity)

50 [gesundheit.gv.at/leben/bewegung/gesund-durch-sport/bewegungsempfehlungen-erwachsene.html](http://gesundheit.gv.at/leben/bewegung/gesund-durch-sport/bewegungsempfehlungen-erwachsene.html)

Abb. 52: Erfüllung der Bewegungsempfehlungen WHO, Wien, 2019



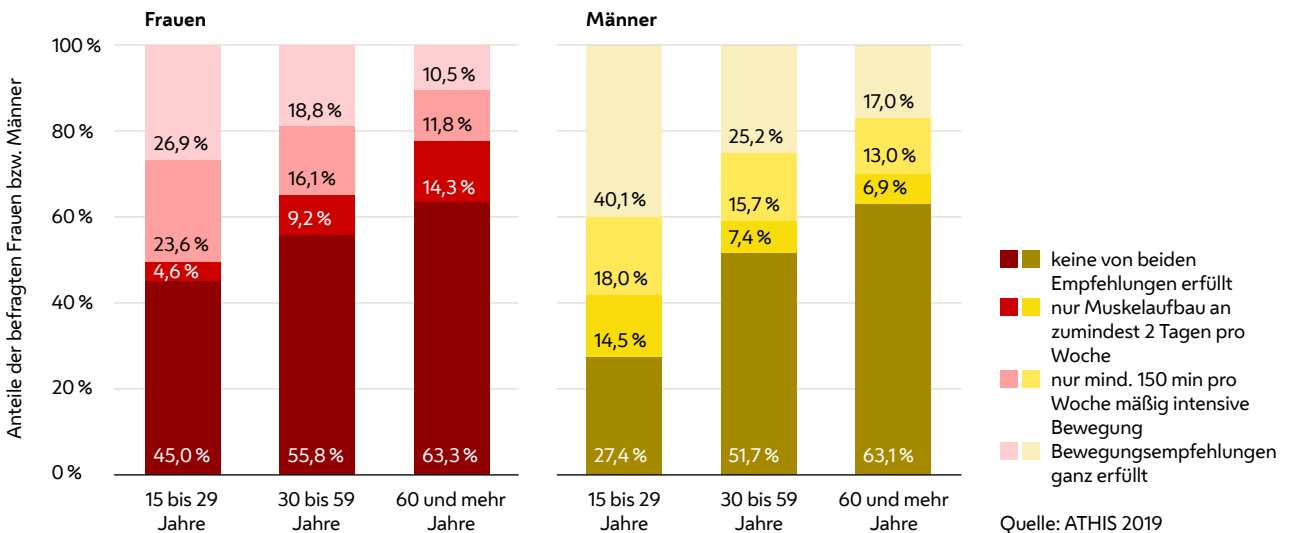
Quelle: ATHIS 2019

Auch die Unterschiede nach dem **Alter** sind weiter signifikant. Die Erfüllung beider Bewegungsempfehlungen geht mit höherem Alter der Befragten zurück – bei Betrachtung beider Geschlechter zusammen, bei den Männern und, im Unterschied zu 2014, auch bei den Frauen.

Wie Abbildung 53 zeigt, steigt der Anteil jener, die keine der Bewegungsempfehlungen erfüllen, bei den Männern mit dem Alter von 27,4 % (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 63,1 % (bei Ab-60-Jährigen) an. Bei den Frauen steigt er von 45,0 % (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 63,3 % (bei Ab-60-Jährigen). Auch der Unterschied zwischen den **Geschlechtern**, der bei den Jüngeren noch signifikant ist, verschwindet hier also mit dem Alter.

Dagegen geht der Anteil jener, die die **Bewegungsempfehlungen ganz erfüllen**, bei den Männern von 40,1 % (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 17,0 % (bei Ab-60-Jährigen), und bei den Frauen von 26,9 % (bei 15- bis 29-Jährigen) auf 10,5 % (bei Ab-60-Jährigen) zurück. Auch hier verliert der bei den Jungen bestehende Geschlechterunterschied mit dem Alter seine Signifikanz.

Abb. 53: Erfüllung der Bewegungsempfehlungen der WHO, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019



Quelle: ATHIS 2019

Insgesamt rund ein Viertel der Wiener\*innen (25,4 %) erfüllen nur eine der beiden Bewegungsempfehlungen, nämlich 9,3 % **nur** die Empfehlung an mindestens 2 Wochentagen **Muskelaufbau** zu betreiben und 16,1 % **nur** die Empfehlung, mindestens 150 Minuten pro Woche **ausdauerorientierte Bewegung** von mäßiger Intensität zu betreiben.

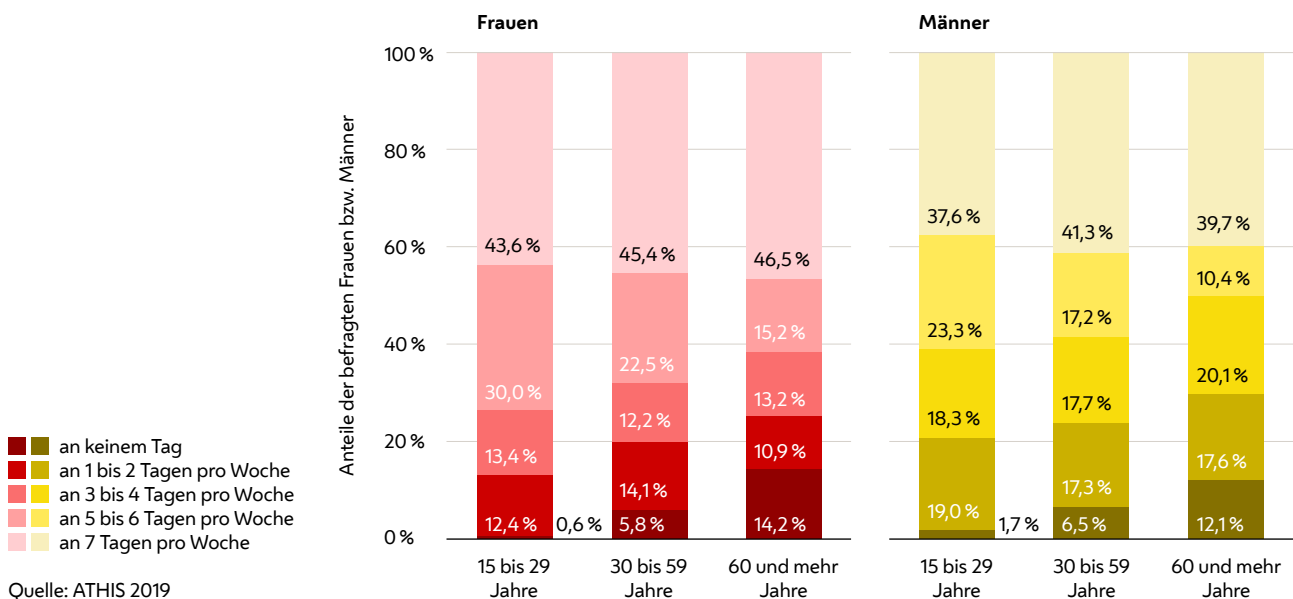
Zusammen mit jenen, die beides erfüllen, bewegen sich 38,4 % der Wiener\*innen mindestens 150 Minuten ausdauerorientiert. Frauen tun dies mit 34,8 % (KI: 31,7 % – 38,1 %) signifikant seltener als Männer mit 42,3 % (KI: 38,8 % – 45,7 %). Alle diese Anteile liegen auch signifikant unter den entsprechenden Werten des Jahres 2014 (Stadt Wien 2017, 60).

Einschließlich jenen, die beides erfüllen, führen 31,6 % der Wiener\*innen an 2 Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen durch. Frauen tun dies mit 27,9 % (24,9 % – 30,9 %) seltener als Männer mit 35,7 % (32,3 % – 39,0 %). Alle diese Anteile liegen auch signifikant unter den entsprechenden Werten des Jahres 2014 (ebda).

Im ATHIS werden die Befragten auch gebeten, in Stunden und Minuten die Zeit anzugeben, die sie mit bestimmten **Bewegungsformen pro Woche** verbringen. Aus diesen Angaben konnten Durchschnittswerte berechnet werden, die für die Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren wie folgt aussehen:

- Wiener\*innen gehen pro Woche im Durchschnitt 260 Minuten (4 h 20 min) im Alltag **zu Fuß**. Es gibt hierbei keine signifikanten Unterschiede zwischen Geschlechtern und Altersgruppen.
- **Rad gefahren** wird von Wiener\*innen im Schnitt deutlich weniger, nämlich nur 31,6 Minuten pro Woche. Männer geben im Schnitt mit 42,6 Minuten (KI: 35,0 min – 50,2 min) eine signifikant längere Zeitdauer an als Frauen mit 21,4 Minuten (KI: 15,9 min – 26,8 min). Die Altersunterschiede sind nicht signifikant.
- 136,2 Minuten (2 h 16 min pro Woche) betreiben Wiener\*innen im Schnitt **Sport, Fitness und körperliche Aktivität** in der Freizeit. Männer mit durchschnittlich 2,5 Stunden (KI: 2,3 h – 2,8 h) ein wenig länger als Frauen mit 2 Stunden (KI: 1,8 h – 2,2 h). Zudem nimmt das Ausmaß der Aktivität mit dem Alter ab – von 3,3 Stunden (KI: 2,9 h – 3,6 h) bei 15- bis 29-Jährigen auf 1,6 Stunden (KI: 1,3 h – 1,9 h) bei Ab-60-Jährigen. Der Rückgang ist bei beiden Geschlechtern signifikant.
- Wiener\*innen geben außerdem an, durchschnittlich 352,8 Minuten (5 h 53 min) **am Tag zu sitzen oder zu ruhen** (ausgenommen Nachtruhe). Männer geben mit 6,2 Stunden (KI: 5,9 h – 6,5 h) eine signifikant längere Zeitdauer an als Frauen mit 5,6 Stunden (KI: 5,4 h – 5,8 h). Die Altersunterschiede sind nur bei Frauen signifikant: Wienerinnen ab 60 Jahren ruhen im Alltag mit 5,2 Stunden (KI: 4,8 h – 5,6 h) signifikant weniger als Wienerinnen von 15 bis 29 Jahren mit 6,2 Stunden (KI: 5,7 h – 6,7 h).

**Abb. 54: Bewegungsverhalten im Alltag**, Alltagswege von 10 Minuten oder länger, zu Fuß bzw. mit dem Rad, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019





Abgesehen von sportlich aktiver Betätigung wurden die Wiener\*innen im ATHIS auch nach dem Ausmaß ihrer **Bewegung im Alltag** befragt. Die Befragten sollten angeben, an wie vielen Tagen sie pro Woche Alltagswege mit einer Dauer von 10 Minuten oder länger zu Fuß bzw. mit dem Fahrrad zurücklegen.

Die Mehrheit der Wiener\*innen (unabhängig von Geschlecht und Alter) macht dies an der Mehrzahl der Wochentage: 42,8 % machen dies an 7 Tagen und 19,6 % an 5 bis 6 Tagen pro Woche.

Ein kleiner Anteil von 6,9 % gibt jedoch auch an, in einer typischen Woche nicht einmal an einem Tag zumindest 10 Minuten Alltagswege zu Fuß oder mit dem Rad zurückzulegen. Wie Abbildung 54 zeigt, kommt dies bei den jüngsten Befragten noch so gut wie gar nicht vor, der entsprechende Anteil steigt jedoch mit dem Alter auf 12,1 % bei ab-60-jährigen Männern und 14,2 % bei ab-60-jährigen Frauen.

Korrespondierend geht der Anteil jener, die fast täglich (an 5 bis 6 Tagen) Rad fahren oder zu Fuß gehen, mit dem Alter signifikant zurück – und zwar auf 10,4 % bei ab-60-jährigen Männern und auf 15,2 % bei ab-60-jährigen Frauen. Unabhängig vom Alter legen Frauen Alltagswege signifikant häufiger täglich oder fast täglich zu Fuß bzw. mit dem Rad zurück als Männer.

## TABAKKONSUM

Wie die Auswertung der neuesten Daten aus dem EU-SILC 2022 ergibt, rauchen 25,0 % der Wiener\*innen ab 15 Jahren täglich. Im Vergleich zur vorherigen Erhebung (ATHIS 2019) mit knapp **23 %** bedeutet dies keine signifikante Veränderung. Gegenüber der Erhebung 2014 zeigt sich in der Gesamt-Prävalenz **täglichen Rauchens** jedoch ein signifikanter Rückgang um **8 Prozentpunkte** (Tab. 25).

**Tab. 25: Tägliches Rauchen von Tabakwaren, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022, Anteile der Befragten**

Fragestellung: *Wie oft rauchen Sie Tabakwaren?*

|                          | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|--------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| <b>tätlich Rauchende</b> |           |        |           |        |           |        |
| alle Geschlechter        | 25,0 %    | 20,7 % | 22,9 %    | 20,6 % | 33 %      | 35 %   |
| Frauen                   | 19,7 %    | 17,1 % | 18,1 %    | 17,8 % | 32 %      | 44 %   |
| Männer                   | 30,4 %    | 24,6 % | 28,1 %    | 23,5 % | 33 %      | 26 %   |

Quellen: ATHIS (2014, 2019), EU-SILC 2022

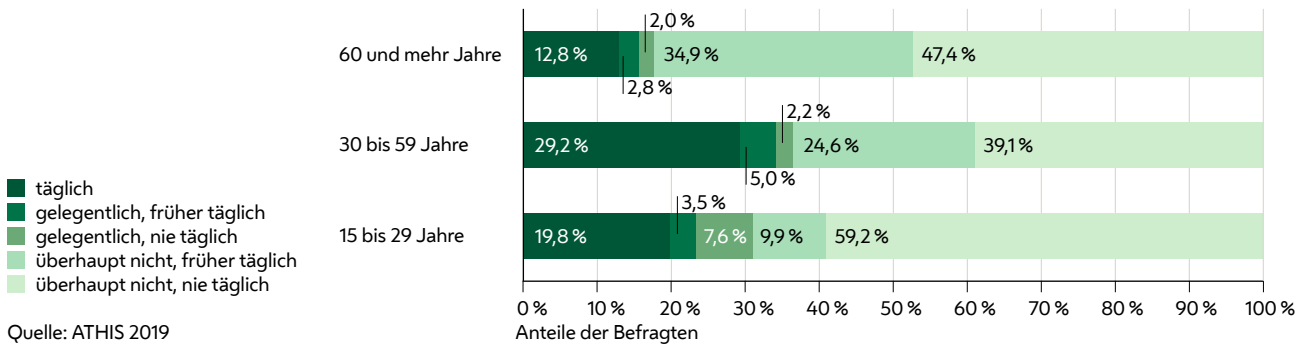
**Männer** rauchen mit 30,4 % in Wien signifikant häufiger täglich als **Frauen** mit 19,7 %. Damit hat sich ein deutlicher Geschlechterunterschied, der zwischenzeitlich in Wien verschwunden war, wieder aufgetan. Dieser besteht auch in Österreich insgesamt.

Neben den täglichen gibt es in Wien auch 9,1 % nicht täglich, also **gelegentlich** Rauchende – dies umfasst alles zwischen ein paar Mal pro Jahr und pro Woche. 66,0 % geben hingegen an, sie rauchen **niemals**. Die niemals Rauchenden sind bei Frauen mit 71,8 % signifikant häufiger vertreten als bei Männern mit 59,9 %.

Aufgeschlüsselt nach drei **Altersgruppen** auf Basis der Daten aus 2019 zeigt sich, dass die mittlere Gruppe der 30- bis 59-Jährigen den höchsten Anteil täglicher Raucher\*innen aufweist (29,2 %). Der höchste Anteil an Personen, die überhaupt nicht rauchen, findet sich dagegen mit 82,4 % bei den ab-60-jährigen Wiener\*innen: Dies umfasst jene 34,9 % Nicht-raucher\*innen, die früher täglich geraucht haben ebenso wie jene 47,4 %, die noch nie täglich geraucht haben (Abb. 55).

In der ältesten Gruppe der Ab-60-Jährigen ist der Anteil täglicher Raucherinnen (9,9 %) und Raucher (16,5 %) wieder signifikant niedriger als in der mittleren Altersgruppe und es besteht kein signifikanter Geschlechterunterschied mehr.

Abb. 55: Raucher\*innenstatus, nach Altersgruppen, Wien, 2019

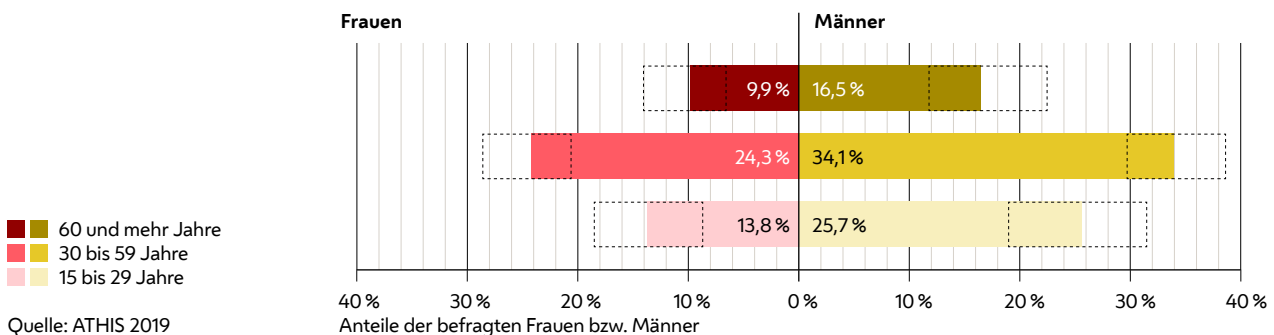


Ermutigend ist, dass 59,2 % der Wiener\*innen im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter (15 bis 29 Jahre) offenbar nicht mit dem Rauchen angefangen haben. Sie geben an, überhaupt nicht zu rauchen und auch nie täglich geraucht zu haben. Das ist signifikant mehr als in jeder anderen Alterskategorie. Es könnte sein, dass – wie in den höheren Altersgruppen (Abb. 55) – auch der Anteil der Ex-Raucher\*innen in dieser Generation zukünftig weiter steigt und damit auch der Anteil der Nichtraucher\*innen in der Bevölkerung zunimmt.

Die Anteile täglicher Raucher\*innen folgen bei Männern und bei Frauen demselben Altersmuster. Sie erreichen in der mittleren Altersstufe den höchsten Wert, wobei dieser 2019 bei den Männern mit 34,1% signifikant höher war als bei den Frauen, bei denen er 24,3% betrug (vgl. Abb. 56). Auch bei den 15- bis 29-Jährigen rauchen die Männer signifikant häufiger als die Frauen.

In der ältesten Gruppe der Ab-60-Jährigen ist der Anteil täglicher Raucherinnen (9,9%; KI: 6,4% – 13,9%) und Raucher (16,5%; KI: 11,8% – 22,5%) wieder signifikant niedriger als in der mittleren Altersgruppe und es besteht kein signifikanter Geschlechterunterschied mehr (Abb. 56).

Abb. 56: Tägliche Raucher\*innen, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019



Der Anteil gelegentlicher Raucher\*innen geht mit dem **Alter** zurück. Bei den Ab-60-Jährigen war er 2019 mit 4,9% deutlich niedriger als bei den 15- bis 29-Jährigen mit 11,1%. Eine Aufschlüsselung nach dem **Geschlecht** zeigt allerdings, dass dieser Rückgang nur bei den Männern signifikant ist, bei den Frauen nicht (nicht dargestellt).

## ALKOHOLKONSUM

### Regelmäßiger Alkoholkonsum

Wie Tabelle 26 zeigt, gibt nur ein recht kleiner Teil der Bevölkerung an, **täglich** (oder beinahe täglich) **Alkohol** zu konsumieren. 2022 waren dies in Wien 3,1%, wobei Männer dies signifikant öfter angeben als Frauen. Der ebenfalls erkennbare rückläufige Trend in Wien seit 2014 ist nicht signifikant.

**Tab. 26: Täglich Alkohol Trinkende und Abstinente, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022**

|                          | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|--------------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| <b>täglich Trinkende</b> |           |        |           |        |           |        |
| alle Geschlechter        | 3,1%      | 4,2%   | 4,4%      | 5,6%   | 6,1%      | 6,2%   |
| Frauen                   | 1,6%      | 1,6%   | 2,7%      | 2,7%   | 3,3%      | 2,6%   |
| Männer                   | 4,6%      | 7,0%   | 6,3%      | 8,9%   | 9,0%      | 10,0%  |
| <b>Abstinente</b>        |           |        |           |        |           |        |
| alle Geschlechter        | 35,2%     | 27,4%  | 22,6%     | 20,1%  | 24,9%     | 17,6%  |
| Frauen                   | 38,6%     | 33,0%  | 27,8%     | 24,3%  | 29,3%     | 22,5%  |
| Männer                   | 31,7%     | 21,6%  | 18,9%     | 15,8%  | 20,0%     | 12,5%  |

Quellen: ATHIS (2014, 2019), EU-SILC 2022

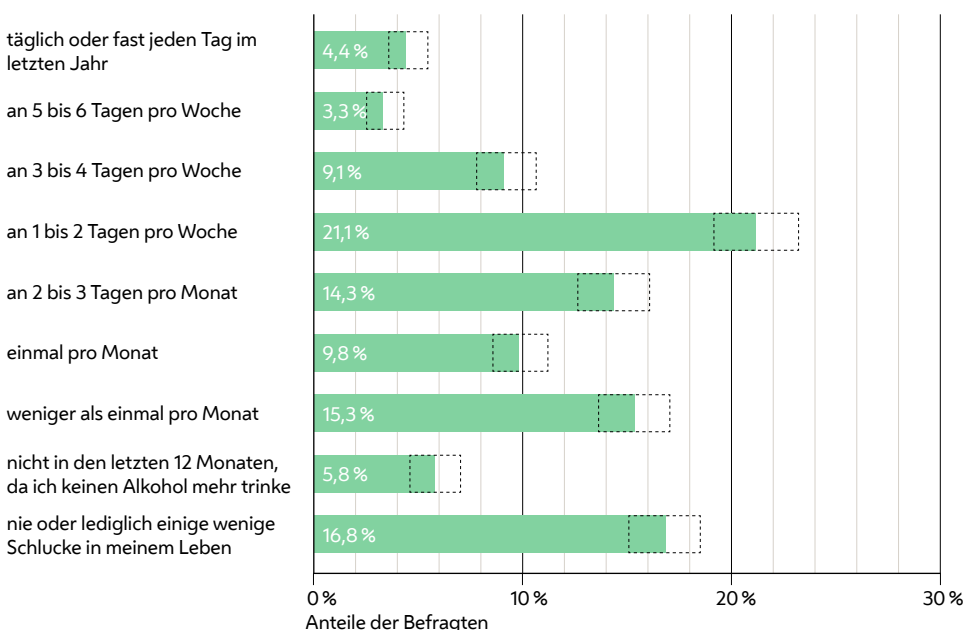
Viel höhere Bevölkerungsanteile gaben in den Erhebungen an, **nie** oder zumindest nicht in den letzten 12 Monaten **Alkohol** konsumiert zu haben. Diese Gruppe (Abstinente) ist signifikant angewachsen. 2022 gab über ein Drittel der Wiener\*innen an, zu dieser Gruppe zu gehören – Frauen signifikant häufiger als Männer. In den früheren Erhebungen war dies nur bei einem Fünftel bis einem Viertel der Fall. In Wien sind die Abstinente häufiger vertreten als in Österreich insgesamt. Auch der Anteil der selten Trinkenden (= weniger als monatlich) hat seit 2019 in Wien zugenommen (von 15,3 % auf 20,3 %; nicht dargestellt).

Alle dazwischenliegenden Häufigkeiten (in den letzten 12 Monaten) wurden 2019 sehr detailliert erhoben. Die Verteilung des Alkoholkonsums bei ab-15-jährigen Wiener\*innen nach Regelmäßigkeit sah 2019 aus, wie in Abbildung 57 dargestellt.

Neben den täglich Trinkenden, tranken 3,3% Alkohol an 5 bis 6 Tagen in der Woche, weitere 9,1% an 3 bis 4 Tagen in der Woche und weitere 21,1% an 1 bis 2 Tagen in der Woche. Zählt man diese Kategorien zusammen, so ergeben sich knapp 38 % an Wiener\*innen, die angeben, Alkohol zumindest wöchentlich zu trinken.

Was die häufigsten Frequenzen regelmäßigen Alkoholkonsums betrifft, ist zusätzlich zu bedenken, dass laut speziellen Studien dazu (z.B. Davis et al. 2010) eine gewisse Untererfassung im Rahmen von Befragungen vorliegen könnte. Sie kommt durch den Einfluss sozialer Erwünschtheit auf das Antwortverhalten zustande. Dieser ist bei Befragten mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen besonders ausgeprägt (ebda, 305). Häufiger Alkoholkonsum könnte demnach auch in Wien noch üblicher sein als in den Ergebnissen ersichtlich.

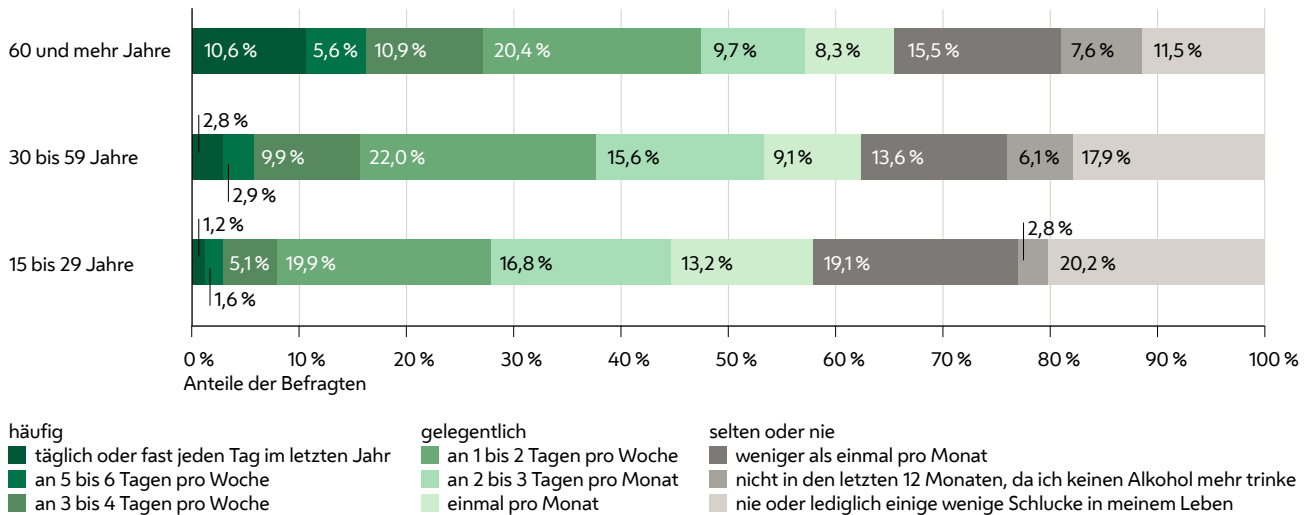
**Abb. 57: Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums, 12-Monats-Prävalenz, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Dennoch zeigt die Analyse einige interessante Verteilungsmuster des Alkoholkonsums zwischen den Bevölkerungsgruppen. So nimmt die Häufigkeit regelmäßigen Alkoholkonsums mit dem **Alter** signifikant zu. Zum Beispiel beträgt der Anteil der (fast) täglich Alkohol Konsumierenden bei den 15- bis 29-Jährigen noch 1,2 % (KI: 0,4 % – 2,6 %), bei den Ab-60-Jährigen aber bereits 10,6 % (KI: 8,0 % – 13,8 %). Ein ebenso signifikanter Altersgradient zeigt sich auch in weiteren Kategorien häufigen Alkoholkonsums (an 5 bis 6 bzw. an 3 bis 4 Tagen pro Woche). Insgesamt zeigt sich, dass ältere Wiener\*innen deutlich häufiger mehrmals pro Woche Alkohol trinken als jüngere (Abb. 58).

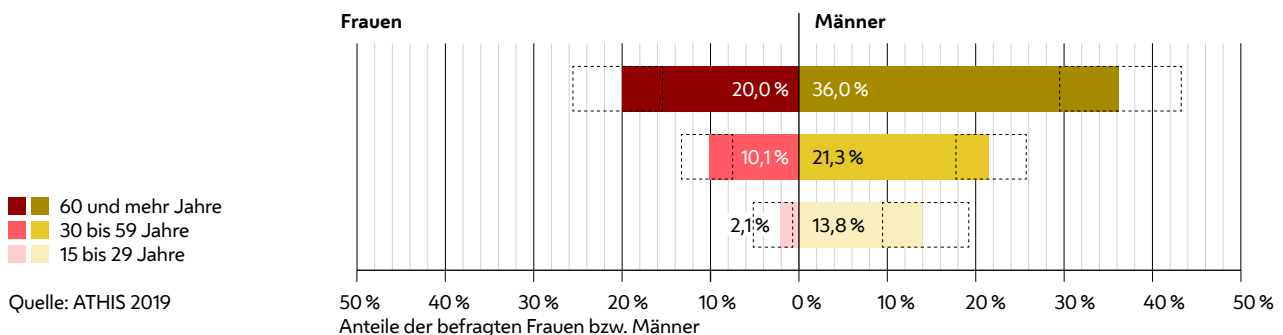
**Abb. 58: Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums, 12-Monats-Prävalenz, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Am anderen Ende des Häufigkeitsspektrums fällt auf, dass der Anteil bisher lebenslang abstinent lebender Personen bei jüngeren Wiener\*innen mit 20,2 % (KI: 16,3 % – 24,5 %) mittlerweile höher ist als bei älteren, wo er 11,5 % (KI: 8,8 % – 14,9 %) beträgt (Abb. 58). Mit 17,0 % (KI: 12,0 % – 22,9 %) gaben insbesondere 15- bis 29-jährige **Männer** wesentlich häufiger an, schon ein Leben lang abstinent zu sein, als Männer ab 60 Jahren mit nur 6,2 % (KI: 3,6 % – 10,7 %). Unabhängig vom Alter geben jedoch **Frauen** mit 19,7 % (KI: 17,1 % – 22,5 %) signifikant häufiger als Männer (13,7 %; KI: 11,4 % – 16,2 %) an, völlig abstinent zu sein und in ihrem Leben noch nie oder nur wenige Schlucke Alkohol getrunken zu haben.

**Abb. 59: Alkoholkonsum, an mindestens 3 bis 4 Tagen pro Woche, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**



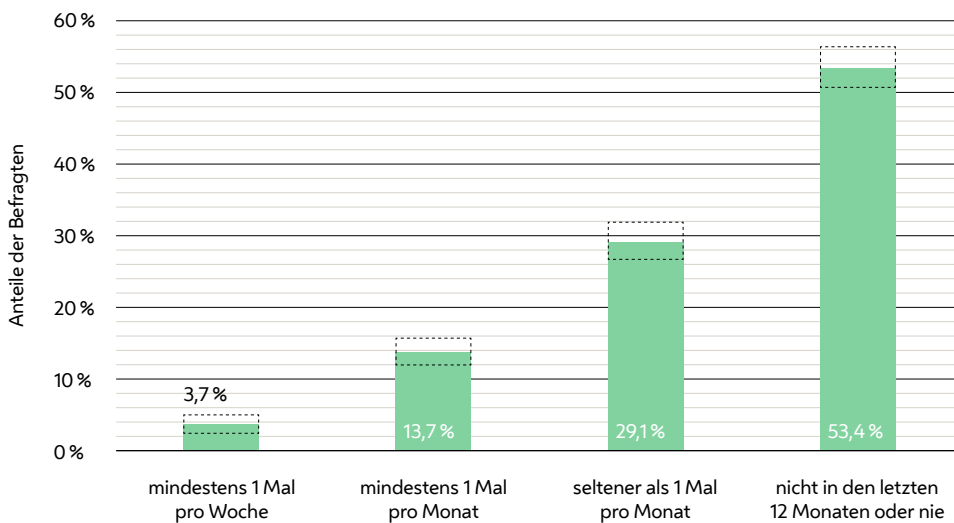
Quelle: ATHIS 2019

Mehrmals pro Woche auftretender Alkoholkonsum ist bei den **Frauen** hingegen signifikant seltener als bei den Männern. Während 23,0 % (KI: 20,2 % – 26,1 %) der **Männer** an mindestens 3 bis 4 Tagen pro Woche Alkohol trinken, tun dies nur 11,1 % (KI: 9,1 % – 13,3 %) der Frauen. Bei beiden Geschlechtern gibt es außerdem einen signifikanten **Altersgradienten** (Abb. 59). Besonders häufig ist Alkoholkonsum an mindestens 3 bis 4 Tagen pro Woche bei Wienern ab 60 Jahren (36,0 %; KI: 29,4 % – 43,1 %), besonders niedrig ist er bei Wienerinnen von 15 bis 29 Jahren (2,1 %; KI: 0,7 % – 5,1 %).

### Die Häufigkeit des Rauschtrinkens

Neben der Regelmäßigkeit von Alkoholkonsum im Allgemeinen (d.h. unabhängig von der Menge) wurde im ATHIS 2019 auch explizit abgefragt, bei wie vielen Gelegenheiten in den letzten 12 Monaten **sechs oder mehr alkoholische Getränke** konsumiert wurden. Auf diese Weise wurde versucht, die Regelmäßigkeit des **Rauschtrinkens** (engl. **binge drinking**) zu erfassen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 60 dargestellt, wobei Kategorien mit wenigen Nennungen (täglich etc.) zusammengefasst wurden.

**Abb. 60: Rauschtrinken, 12-Monats-Prävalenz, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Demnach betrinken sich 3,7 % der Wiener\*innen zumindest einmal in der Woche. 13,7 % tun dies immerhin noch mindestens einmal pro Monat. Weniger häufig taten dies 29,1 %. 53,4 % haben sich in den letzten 12 Monaten gar nicht betrunken oder geben an, dies in ihrem Leben überhaupt noch nicht getan zu haben.

Im Gegensatz zu regelmäßigem Alkoholkonsum ist Rauschtrinken unter jüngeren Wiener\*innen üblicher als unter älteren. Dies wird in Abbildung 61 dargestellt. Nur 12,9 % der Männer ab 60 Jahren und 5,2 % der Frauen ab 60 Jahren geben an, in den letzten 12 Monaten einmal monatlich oder öfter zu bestimmten Gelegenheiten sechs oder mehr alkoholische Getränke getrunken zu haben. Wienerinnen und Wiener von 15 bis 29 Jahren tun dies mit 23,2 % bzw. 32,6 % jeweils signifikant häufiger. Eine geringere Frequenz im Alkoholkonsum (bei Älteren) kann also durchaus mit einer höheren Intensität desselben (bei Jüngeren) einhergehen.

Wie Abbildung 61 ebenfalls ersichtlich macht, ist die Häufigkeit des Rauschtrinkens bei Männern generell höher als bei Frauen. Bei Zusammenfassung der **Altersgruppen** und anschließendem **Geschlechtervergleich** ergibt sich das in Abbildung 62 dargestellte Bild.

**Abb. 61: Monatliches Rauschtrinken, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**

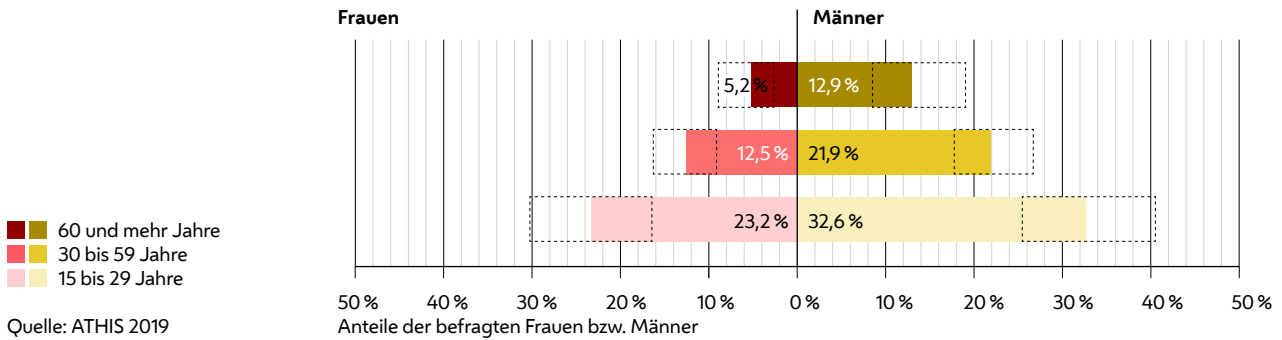
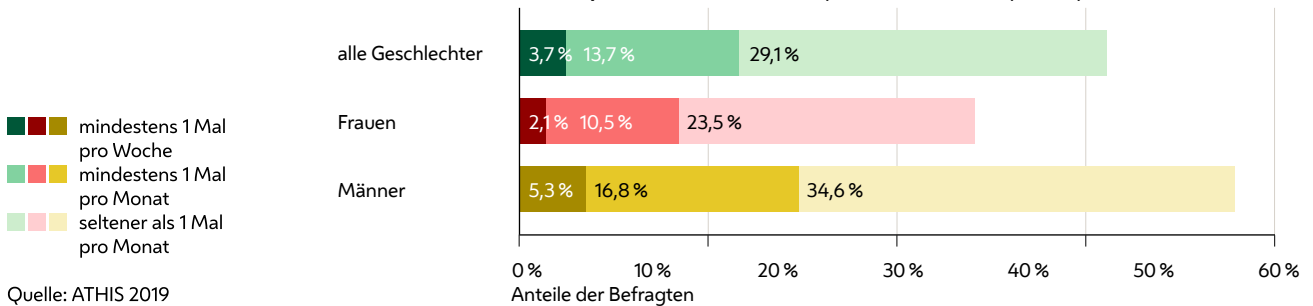


Abbildung 62 zeigt, dass Männer bei jeder abgefragten zeitlichen Frequenz häufiger angeben, sich bei bestimmten Gelegenheiten mit sechs alkoholischen Getränken oder mehr zu betrinken. Diese **Geschlechterunterschiede** sind auch in jeder abgefragten Trinkfrequenz signifikant. Zum Beispiel geben Wiener zu 5,3 % (KI: 3,7 % – 7,2 %) häufiger an, sich mindestens 1 Mal pro Woche zu betrinken. Frauen tun dies nur zu 2,1 % (KI: 1,3 % – 3,6 %). Bei den anderen Frequenzen sind diese Geschlechterunterschiede noch größer. Dementsprechend geben Frauen mit 63,8 % (KI: 60,0 % – 67,5 %) im Vergleich zu Männern (43,2 %; KI: 39,3 % – 47,0 %) signifikant häufiger an, sich nicht bzw. nie bis zum Rausch zu betrinken.

**Abb. 62: Rauschtrinken, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht, Wien, 2019**



# Körperliche Faktoren

## ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

Übergewicht und Adipositas entstehen aus einem Ungleichgewicht zwischen Kalorienaufnahme und -verbrauch. Ihre Verbreitung hängt mit der Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten im Zuge wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Entwicklung zusammen (mehr sitzende Tätigkeiten, mehr industriell verarbeitete Lebensmittel etc.). Als grobes Maß für die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas gilt der **Body-Mass-Index (BMI)**<sup>51</sup>, wobei Erwachsene unabhängig von Alter und Geschlecht ab einem BMI von 25 als übergewichtig und ab einem BMI von 30 als adipös gelten.

Früher als Wohlstandsproblem angesehen, betreffen Übergewicht und Adipositas mittlerweile auch immer mehr Menschen in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen. Weltweit haben laut WHO fast vier von zehn Erwachsenen einen BMI von 25 oder mehr und gelten als übergewichtig oder adipös. Frauen und Männer betrifft dies etwa im selben Ausmaß<sup>52</sup>.

In Österreich und Wien haben jeweils knapp mehr als die Hälfte der Bevölkerung einen BMI von 25 oder mehr (BMSGPK 2020, 165). Laut den neuen Daten des EU-SILC 2022 sind es fast 52 % und diese verteilen sich zu zwei Drittel auf (nur) **Übergewichtige** (BMI 25 bis < 30) und zu einem Drittel auf **Adipöse** (BMI >= 30). Dies gilt für Wien und Österreich gleichermaßen (Tab. 27). Männer sind signifikant öfter übergewichtig als Frauen, bei Adipositas besteht jedoch kein signifikanter Geschlechterunterschied.

**Tab. 27: Übergewichtige und Adipöse, nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2014 bis 2022**

|                       | Wien 2022 | Ö 2022 | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 |
|-----------------------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| <b>Übergewichtige</b> |           |        |           |        |           |        |
| alle Geschlechter     | 33,5 %    | 34,4 % | 32,1 %    | 34,5 % | 28,3 %    | 32,5 % |
| Frauen                | 25,7 %    | 27,1 % | 27,3 %    | 27,9 % | 21,5 %    | 25,9 % |
| Männer                | 41,4 %    | 42,0 % | 37,4 %    | 41,4 % | 35,7 %    | 39,4 % |
| <b>Adipöse</b>        |           |        |           |        |           |        |
| alle Geschlechter     | 18,1 %    | 17,4 % | 18,2 %    | 16,6 % | 15,2 %    | 14,4 % |
| Frauen                | 17,6 %    | 16,4 % | 17,5 %    | 15,2 % | 13,8 %    | 13,2 % |
| Männer                | 18,6 %    | 18,5 % | 19,0 %    | 18,1 % | 16,8 %    | 15,6 % |

Quellen: ATHIS (214, 2019), EU-SILC 2022

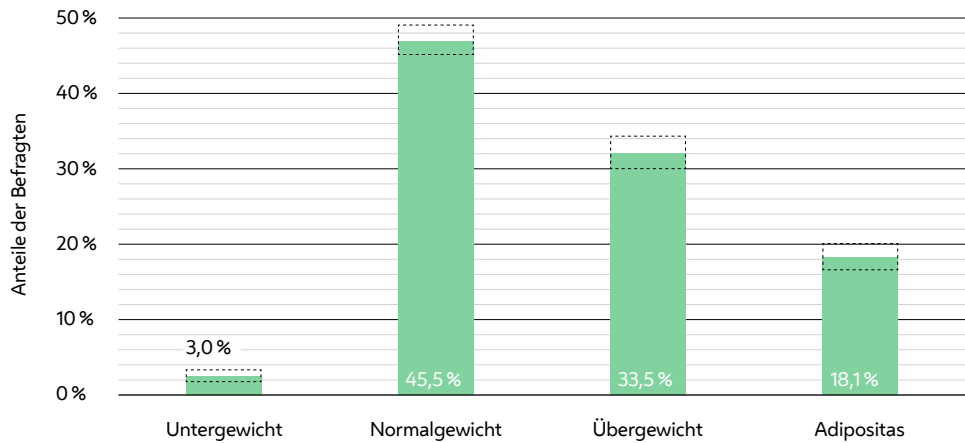
Während sich in Wien in den 1990er-Jahren noch deutliche Verbesserungstendenzen beim Körpergewicht zeigten (Stadt Wien 2005, 312), ist der Trend seither eher gegenläufig: Betrug der Anteil Adipöser bei der Erhebung 2006 in Wien noch ca. 13 % (Stadt Wien 2011, 164), so waren es 2014 ca. 15 % und mittlerweile sind es 18,1 %. Der Anteil lediglich übergewichtiger Personen pendelte früher um die 30 % und liegt nun mit 33,5 % stabil darüber.

Die Aufteilung auf die restlichen Kategorien des Körpergewichts zeigt Abbildung 63. Etwas weniger als die Hälfte der Bevölkerung (45,5 %) mit BMI < 25 können als normalgewichtig bezeichnet werden. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung (3,0 %) mit BMI < 18,5 ist untergewichtig. Wienerinnen sind signifikant häufiger normalgewichtig und signifikant häufiger untergewichtig als Wiener (nicht dargestellt).

51 Berechnet als Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße zum Quadrat.

52 [who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)

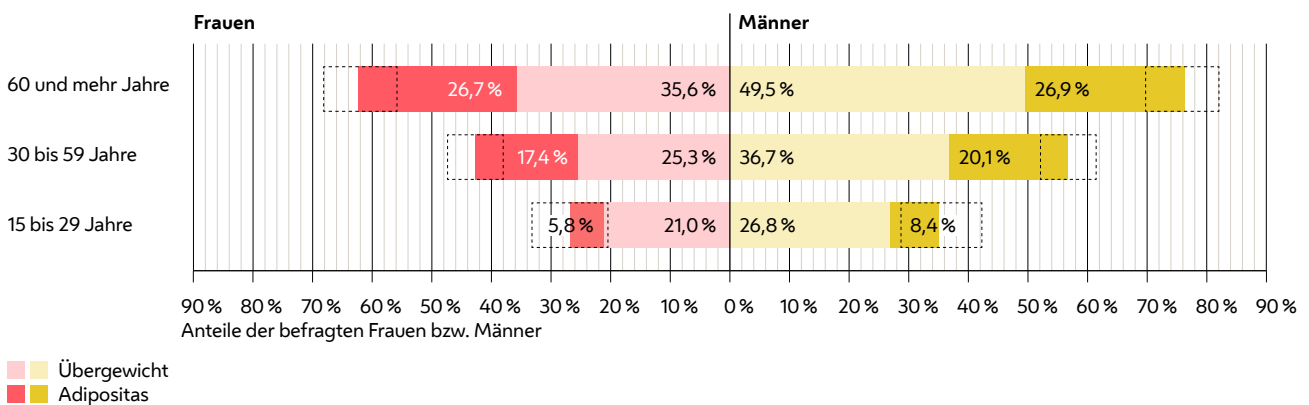
**Abb. 63: Body-Mass-Index nach WHO-Klassifikation, Wien, 2022**



Quelle: EU-SILC 2022

Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas steigt bei beiden **Geschlechtern** mit dem **Alter** signifikant an. Vergleiche dazu Abb. 64 mit Daten aus dem ATHIS 2019. Bei den ab-60-jährigen **Frauen** fallen zusammengefasst 62,3 % in eine der beiden Kategorien, bei den 15- bis 29-jährigen Frauen sind es mit 26,8 % deutlich weniger.

**Abb. 64: Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den **Männern**. Bei ihnen weisen im Alter von 60 und mehr Jahren 76,4 % Übergewicht oder Adipositas auf, bei den 15- bis 29-Jährigen sind es nur 35,2 %. Die höhere Betroffenheit der Männer von Übergewicht und Adipositas ist nur in den oberen beiden betrachteten Altersgruppen (30 bis 59 Jahre bzw. 60 und mehr Jahre) signifikant.

Ein überhöhter BMI gilt als **Haupt-Risikofaktor** für nicht-übertragbare Krankheiten. Neben Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Arthrose und einigen Krebsarten betrifft dies v.a. Herz-Kreislauf-Krankheiten <sup>53</sup>.

Chronisches Übergewicht und Adipositas begünstigen Bluthochdruck (= Hypertonie, siehe Folgekapitel) und Diabetes mellitus. Beides erhöht – bei gemeinsamem Auftreten auch in sich gegenseitig verstärkender Weise – das Risiko von Schlaganfall, Herzinfarkt und anderer Herzkrankheiten (Landsberg et al. 2013, 11ff).

<sup>53</sup> [who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)



## BLUTHOCHDRUCK

Der gemessene Druck in den Blutgefäßen gilt laut WHO als zu hoch, wenn der > systolische Wert beim Sich-Zusammenziehen bzw. Schlagen des Herzens 140 und der > diastolische Wert beim Sich-Entspannen des Herzens 90 überschreitet<sup>54</sup>.

Begünstigt wird Bluthochdruck (Hypertonie) einerseits durch – individuell beeinflussbare – **Lebensstilfaktoren** wie Alkohol-, Tabakkonsum, salz- und fettreiche Ernährung, Stress etc. und andererseits durch unbeeinflussbare Faktoren wie hohes Alter und genetische Veranlagung.

Helfen Lebensstiländerungen nicht in ausreichendem Maß, kann der Blutdruck nach professioneller Diagnose und Verschreibung durch adäquate Medikation gesenkt werden.

Behandlung bzw. Verhinderung von Bluthochdruck und der ihm oft zugrundeliegenden Adipositas kann typischen **Gesundheitsfolgen**, z.B. schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Krankheiten (s.o.) und Beeinträchtigungen der Nierenfunktion oder direkt verursachten Nierenschäden (Hall et al. 2015, 994f) vorbeugen.

Bluthochdruck zählt zu den bedeutendsten Ursachen vorzeitigen Ablebens. Die Prävalenz schwankt weltweit zwischen 18 und 27 % der Erwachsenen. Wie Tab. 28 zeigt, ist diese Indikation auch bei uns weit verbreitet: 23,3 % der Wiener\*innen und 21,8 % der Österreicher\*innen sind davon betroffen. Über alle Erhebungswellen des ATHIS seit 2006/07 hinweg blieb die Prävalenz auf etwa gleichem Niveau, signifikante Abweichungen zwischen Wien und Österreich gab es keine.

**Tab. 28: Bluthochdruck/Hypertonie, 12-Monats-Prävalenz, Wien und Österreich, 2006/07 bis 2019, Anteile der Befragten**

Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

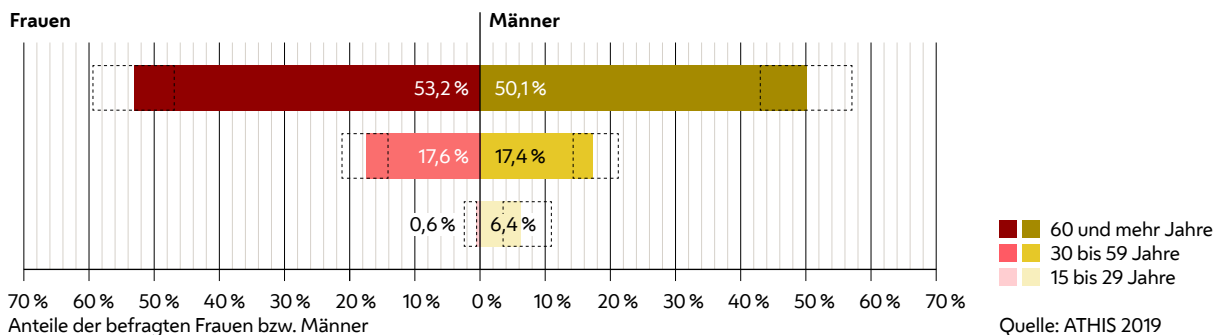
|                          | Wien 2019 | Ö 2019 | Wien 2014 | Ö 2014 | Wien 2006/07 | Ö 2006/07 |
|--------------------------|-----------|--------|-----------|--------|--------------|-----------|
| Bluthochdruck/Hypertonie | 23,2 %    | 21,8 % | 20,1 %    | 21,1 % | 21,3 %       | 22,3 %    |

Quelle: ATHIS (2006/07, 2014, 2019)

Auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren dabei nicht signifikant. Es bestehen jedoch Prävalenzunterschiede nach dem **Alter**. Bei Frauen und Männern erreicht der Anteil jener, die von Bluthochdruck berichten, ab dem Alter von 60 Jahren Werte von über 50 %. In der mittleren Altersgruppe sind es jeweils knapp über 17 %.

Am niedrigsten ist die Prävalenz wiederum bei den 15- bis 29-Jährigen. Hier besteht zudem auf Wiener Ebene ein **Geschlechterunterschied**: Junge Wiener weisen mit 6,4 % signifikant häufiger Bluthochdruck auf als junge Wienerinnen, bei denen Bluthochdruck nur äußerst selten vorkommt.

**Abb. 65: Bluthochdruck, 12-Monats-Prävalenz, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2019**



54 [who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension](http://who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension)



# **Verhältnisbezogene Gesundheits- determinanten**

Die Verhältnisse, in denen Menschen leben, können ihre Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt – z.B. über das Verhalten – beeinflussen. Die **Lebensverhältnisse** umfassen eine Vielzahl physischer und sozialer Faktoren, die sehr divers sind. Dazu gehören etwa die **materiellen Lebensverhältnisse**. Sie entscheiden über den Zugang zu Gütern und Dienstleistungen, die für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit wichtig sind (z.B. Hygieneartikel, Ernährung, Medikamente, Diagnosegeräte, Therapien etc.).

Damit verbunden und ebenso wichtig für die Gesundheit individueller Menschen sind ihre Rollen und Positionen in der Gesellschaft, in der sie leben. Sie ergeben den **> sozialen Status** (d.h. die gesellschaftliche Stellung einer Person). Dieser beeinflusst u.a. das Umfeld und die Bedingungen, unter denen Menschen arbeiten. Damit können ganz unterschiedliche gesundheitliche Vorteile oder Belastungen verbunden sein. Abgebildet wird er traditionell über **> sozioökonomische Merkmale** von Personen, wie Beruf, Einkommen und Bildung. Aber auch kulturelle Unterschiede oder die mit Geschlecht und Alter verbundenen Rollenerwartungen gehören dazu und beeinflussen die Gesundheit.

Mit dem sozialen Status verknüpft sind auch **immaterielle > Ressourcen**, die die Gesundheit verbessern können (Stadt Wien 2020, 24f). Beispiel dafür ist die Kompetenz, sich gesundheitsrelevantes Wissen anzueignen oder auch das Vorhandensein funktionierender zwischenmenschlicher Beziehungen, die aus gesundheitlicher Sicht ebenfalls unterstützend wirken können.

Zu den physischen Faktoren, die sich auf die Gesundheit auswirken, gehört des Weiteren eine Vielzahl von Faktoren, die der **natürlichen Umwelt** und den vom Menschen darin vorgenommenen Veränderungen entspringen. Beispiele dafür sind verschiedene menschengemachte Belastungen der Luftqualität sowie der Klimawandel. Aber auch gebaute und maschinell erzeugte Einflüsse, denen man speziell in Ballungsräumen wie Wien ausgesetzt ist (wie Verkehrs- und Industrielärm, beengte Wohnverhältnisse etc.), gehören dazu.

## Soziale Determinanten von Gesundheit

Gesundheitliche Ungleichheiten, im Sinne vielfältiger Zusammenhänge zwischen sozialen und gesundheitlichen Merkmalen, existieren auch in Wien. Zum Thema gibt es einen eigenen Bericht (Stadt Wien 2020). Darin werden sozioökonomische Unterschiede in der **> Prävalenz chronischer Krankheiten** detailliert beschrieben. Auch Einflüsse von Geschlecht, Alter und Migration sind Thema. Da diese Zusammenhänge alle sehr stabil sind, wird hier auf eine Aktualisierung verzichtet. Es sei nur darauf hingewiesen, dass die damaligen Ergebnisse im Wesentlichen auch mit aktuelleren Daten reproduzierbar sind. Krankheit und die sozialen Lebensverhältnisse hängen in Wien also weiter miteinander zusammen. Krankheitshäufigkeiten, z.B. bei Diabetes mellitus (Stadt Wien 2020, 68ff), unterscheiden sich weiter nach sozioökonomischen Merkmalen und nach Bezirken.

Für den vorliegenden Allgemeinen Gesundheitsbericht Wien sind hingegen Gesundheitsaspekte abseits von chronischen Krankheiten von Interesse. Neben ihrem Zusammenhang mit Migration, Bildung und Einkommen werden **> Determinanten zu Erwerbsstatus, Arbeit und Berufsleben** analysiert. Bei diesem sehr relevanten Bereich trat im letzten Bericht (Stadt Wien 2020, 106ff) aber die Problematik niedriger Zellbesetzungen und weiter **> Konfidenzintervalle** auf.

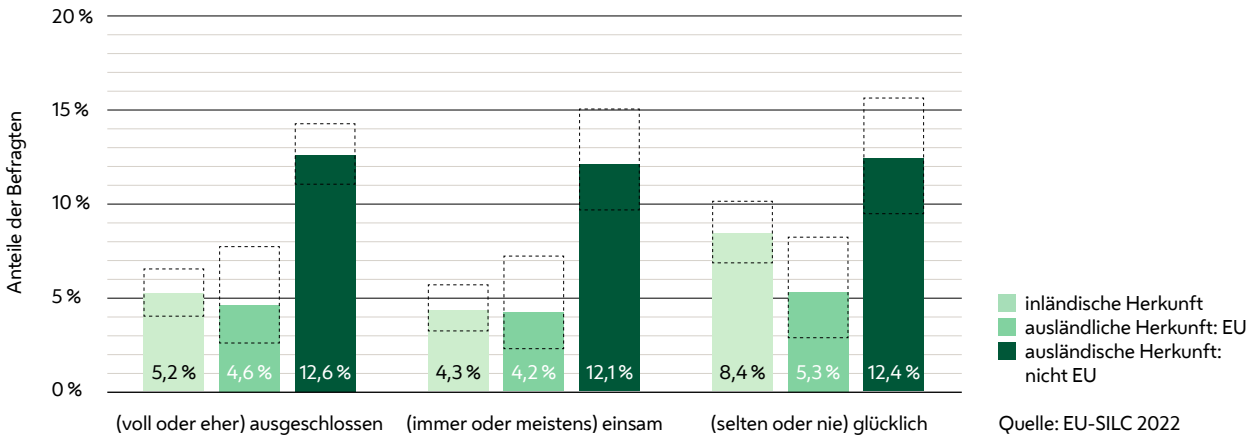
Die Datenquellen zum Thema wurden erweitert. Für die Analysen wurden Daten der Erhebungen EU-SILC<sup>55</sup> und Mikrozensus sowie relevanter Institutionen (wie AMS und AUVA) aus den Jahren 2020 bis 2022 verwendet.

<sup>55</sup> Abgekürzt für EU Survey of Income and Living Conditions in Europe – enthält einige gesundheitsbezogene Fragen.

## AUSLÄNDISCHE HERKUNFT ALS GESUNDHEITSDETERMINANTE

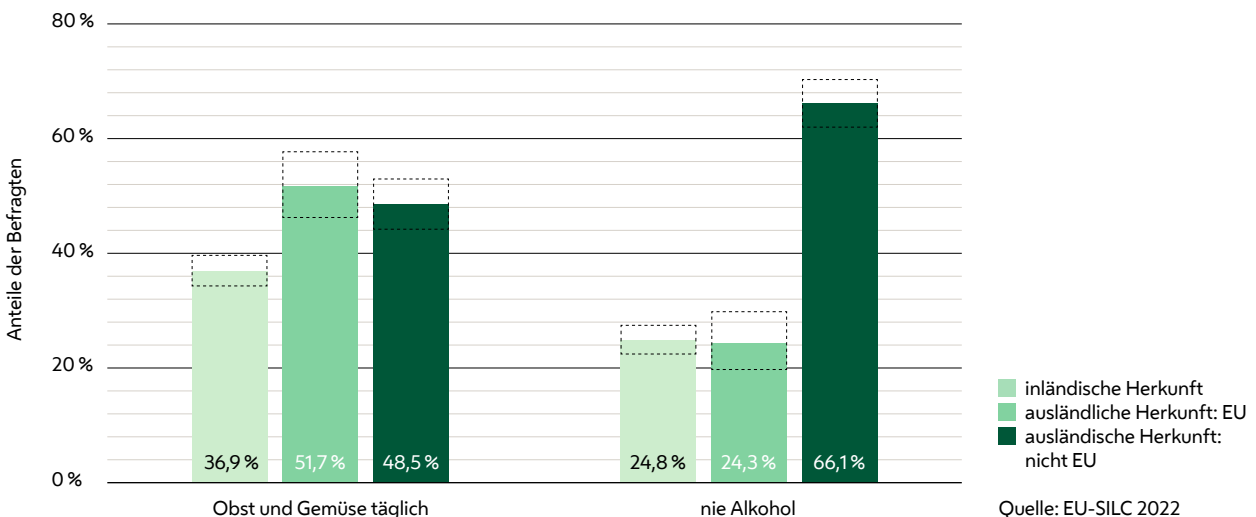
Hinsichtlich der Prävalenz körperlicher chronischer Erkrankungen konnten im Bericht zum sozialen Status und chronische Erkrankungen (Stadt Wien 2020) keine durchgängigen Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Eine Ausnahme bildet Diabetes mellitus: Diese Krankheit kommt bei Personen ab 50 Jahren mit Migrationshintergrund von außerhalb der EU häufiger vor (ebda, 69). Abgesehen davon zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede zuungunsten von Personen mit Migrationshintergrund bei der psychischen Gesundheit (ebda, 75 & 82).

**Abb. 66: Negative Gefühle in den letzten 4 Wochen, nach Herkunft, Wien, 2022**



Konsistent mit diesen früheren Ergebnissen zeigen Auswertungen des EU-SILC 2022, dass bestimmte negative Gefühle bei Befragten, die aus einem Land außerhalb der EU stammen, häufiger auftreten (Abb. 66). Obwohl in allen Gruppen nur eine Minderheit von höchstens 12 % davon berichtet, sich häufig ausgeschlossen, einsam oder nicht glücklich zu fühlen, trifft dies bei Personen, die aus Österreich oder einem anderen EU-Land stammen, meist nicht einmal halb so häufig zu.

**Abb. 67: Gesundheitsverhalten in ausgewählten Bereichen, nach Herkunft, Wien, 2022**

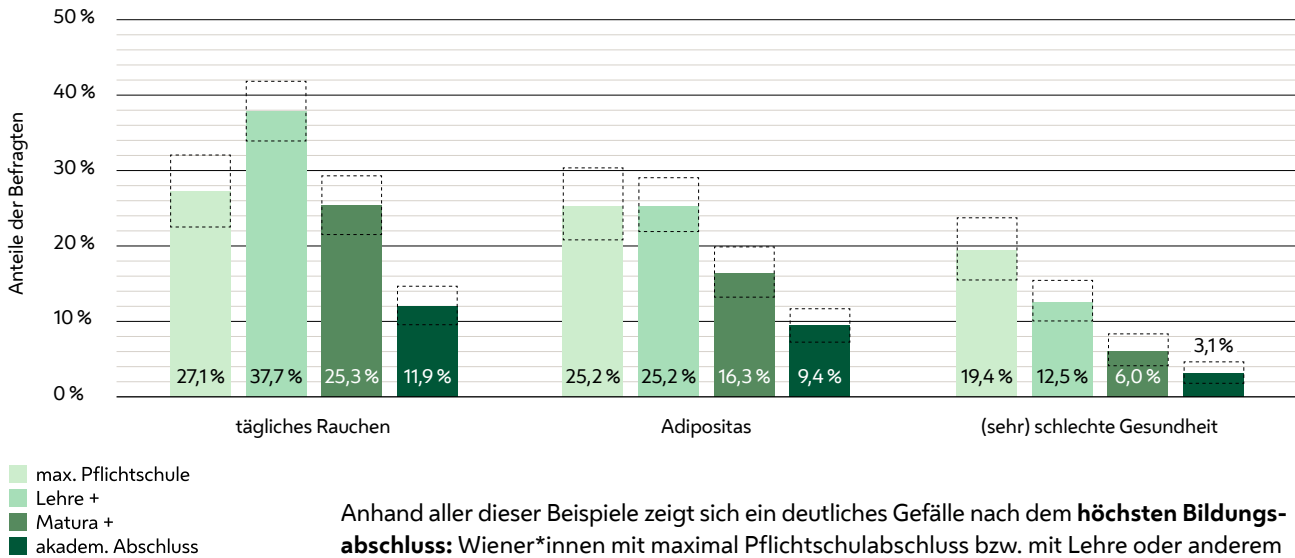


Ein völlig anderes Bild zeigt sich hingegen bei bestimmten Gesundheitsverhaltensweisen (Abb. 67). Hier fällt der Vergleich mitunter zugunsten der Personen mit ausländischer Herkunft aus. So verhalten sie sich beim Obst- und Gemüsekonsum sowie beim Alkoholkonsum öfter gesundheitsförderlich und konsumieren häufiger Obst und Gemüse täglich. Wiener\*innen mit Wurzeln in Nicht-EU-Ländern sind viel häufiger abstinent.

## BILDUNG UND EINKOMMEN ALS GESUNDHEITSDETERMINANTEN

Durchgängigere gesundheitliche Ungleichheiten bestehen, wie der frühere Bericht (Stadt Wien 2020) am Beispiel chronischer Erkrankungen ebenfalls bereits gezeigt hat, nach **sozio-ökonomischen Merkmalen** wie Bildung und Einkommen. Dies betrifft, wie in Abb. 68 zu sehen, nämlich auch Verhaltensweisen wie Rauchen, körperliche Risikofaktoren wie Adipositas und den selbstberichteten Gesundheitszustand.

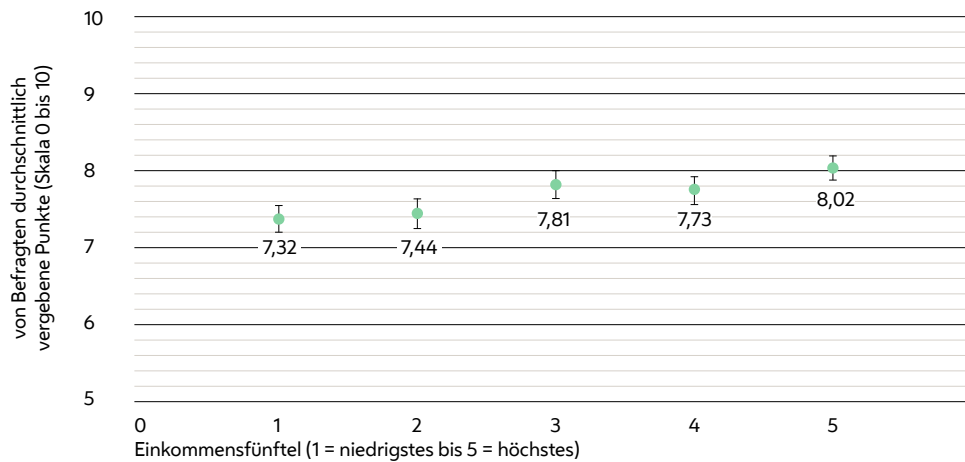
**Abb. 68: Ausgewählte Gesundheitsindikatoren, nach höchstem Bildungsabschluss, Wien, 2022**



Quelle: EU-SILC 2022

Anhand aller dieser Beispiele zeigt sich ein deutliches Gefälle nach dem **höchsten Bildungsabschluss**: Wiener\*innen mit maximal Pflichtschulabschluss bzw. mit Lehre oder anderem Abschluss nach der Pflichtschule sind öfter tägliche Raucher\*innen, haben öfter Adipositas und berichten öfter von (sehr) schlechter Gesundheit als Wiener\*innen mit akademischem Abschluss.

**Abb. 69: Allgemeine Lebenszufriedenheit, nach Einkommen, Wien, 2022**



Quelle: EU-SILC 2022

Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich oft mit dem **Einkommen**. In positiver Richtung (also als Anstieg) wirkt sich offenbar das Einkommen auf die **Lebenszufriedenheit** aus: So steigt mit dem Einkommen auch die Lebenszufriedenheit der Wiener\*innen an, wenn auch nicht ganz linear (Abb. 69). Dennoch liegt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit im obersten Einkommensfünftel signifikant über jener im untersten Einkommensfünftel. Österreichweit ist dieser Zusammenhang noch ein wenig stärker (7,4 bis 8,3; nicht dargestellt). Insgesamt liegt die allgemeine Lebenszufriedenheit in Wien mit einem Schnitt von 7,66 zu 7,88 wenig, aber signifikant unter dem österreichweiten Wert. Ungeachtet ob sie in Wien oder anderswo

in Österreich wohnen, sind Personen, die aus Nicht-EU-Ländern stammen, im Durchschnitt weniger zufrieden.

Als Ausnahmefälle unter den sozialen Determinanten von Gesundheit sind die Einflüsse von Einkommen und Bildung auf den **Alkoholkonsum** zu erwähnen. Personen mit höherem Bildungsabschluss bzw. Einkommen trinken häufiger in wöchentlicher Regelmäßigkeit Alkohol (nicht dargestellt).

## ARBEIT UND BERUFSLEBEN

**Erwerbsarbeit** stellt für einen Großteil der Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht soziale Kontakte, erhöht das soziale Ansehen, strukturiert den Tag und kann dazu beitragen, das Leben sinnvoll zu gestalten (RKI Robert Koch Institut 2015, 158). Damit sind Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit eine wesentliche Determinante für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Die Qualität der Arbeit und der Arbeitsbeziehungen, die berufliche Stellung und die Bedingungen, unter denen gearbeitet wird, können allesamt wesentliche gesundheitliche > Ressourcen darstellen. Ebendiese Aspekte der Erwerbsarbeit können andererseits auch zu starken gesundheitlichen Belastungen führen.

Letzteres gilt auch für den Ausschluss von der Erwerbsarbeit in Form (unfreiwilliger) **Arbeitslosigkeit**. Arbeitslose Frauen und Männer haben höhere Risiken, psychische oder körperliche Erkrankungen zu entwickeln. Ihre Lebenserwartung kann sich dadurch im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt wesentlich verringern. Von Arbeitslosigkeit Betroffene oder Bedrohte sind in besonderem Maß auch psychosozialer Belastung ausgesetzt (RKI Robert Koch Institut 2015, 165).

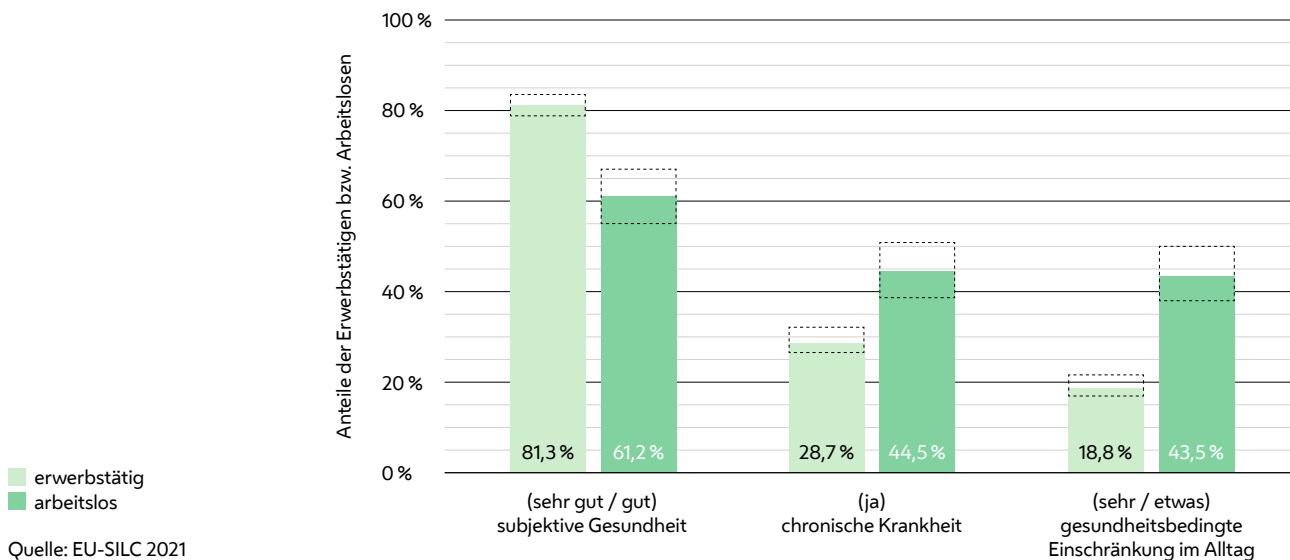
Arbeitslosigkeit kann Ursache, aber auch Folge gesundheitlicher Probleme sein (ebda): Arbeitslose Personen mit chronischen Erkrankungen haben demnach eine geringere Chance, eine bezahlte Tätigkeit zu finden, Erwerbstätige mit Erkrankungen werden häufiger arbeitslos als Gesunde. Analysen zu den Risiken von Arbeitslosigkeit und den Vorteilen von, aber auch vielfältigen möglichen Belastungen durch Erwerbstätigkeit finden sich im Folgenden.

### Erwerbsstatus, Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Begriff **Erwerbsstatus** unterteilt in seiner Grunddefinition die Menschen danach, ob sie derzeit erwerbstätig sind oder nicht. Man kann also aktiv Erwerbstätige und Arbeitslose einander gegenüberstellen und hinsichtlich diverser > Indikatoren zu Gesundheit und Krankheit vergleichen. Abb. 70 zeigt dazu Ergebnisse auf Basis der Wiener Daten des EU-SILC 2021.

Der **Vergleich** von **erwerbstätigen und arbeitslosen** Wiener\*innen ergibt hier bei allen betrachteten positiven und negativen Gesundheitsindikatoren deutliche und > signifikante Unterschiede zuungunsten der arbeitslosen Befragten: Bei ihnen liegt der Anteil jener, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen 20 Prozentpunkte unter dem der erwerbstätigen Wiener\*innen. Verglichen mit der Auswertung im letzten Gesundheitsbericht ist dieser Anteil aber auch bei den Erwerbstätigen – von 89 % auf 81 % – zurückgegangen (Stadt Wien 2017, 79).

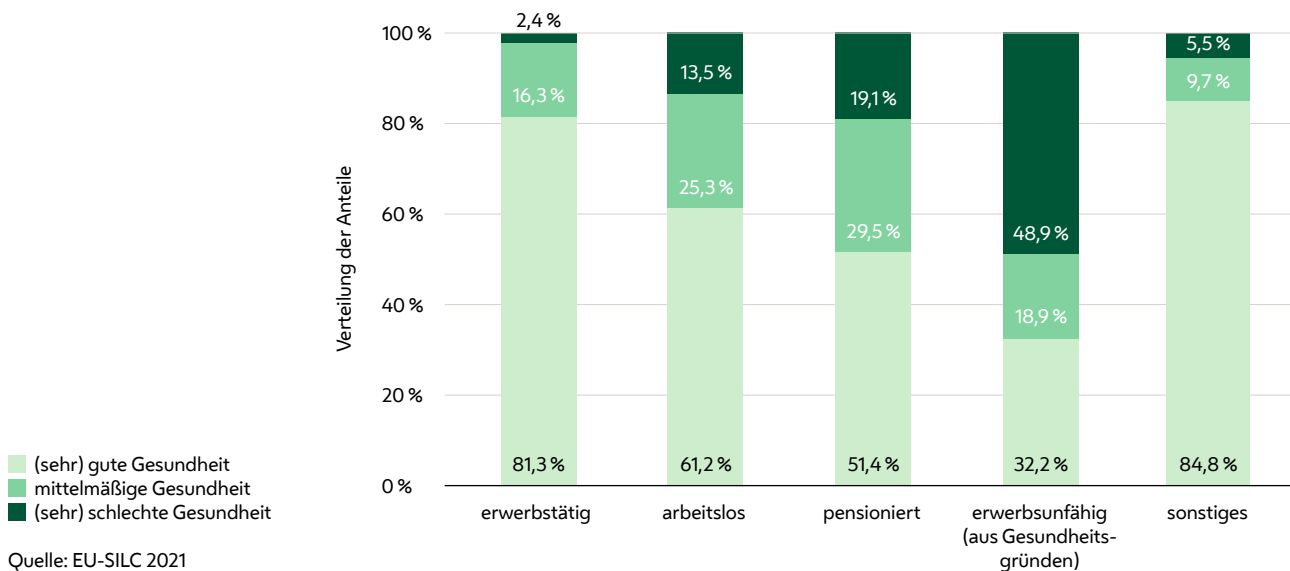
**Abb. 70: Gesundheit und Krankheit, nach Erwerbsstatus, Wien, 2021**



Arbeitslose Wiener\*innen weisen außerdem zu jeweils über 40 % (zumindest) eine chronische Erkrankung oder gesundheitsbedingte Alltagseinschränkung auf (Abb. 70). Erwerbstätige Wiener\*innen sind demgegenüber um 15,8 Prozentpunkte weniger von chronischen Krankheiten und um 24,7 Prozentpunkte weniger von Alltagseinschränkungen betroffen. Bei beiden Indikatoren sind Prävalenz und Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in etwa mit jenen am Ende der letzten Berichtsperiode vergleichbar (Stadt Wien 2017, 79).

Einen Vergleich mit erweiterter Perspektive bieten die Abb. 71 und 72. Hier werden auch andere **mit dem Erwerb zusammenhängende Lebenslagen** (Pension, Erwerbsunfähigkeit etc.) berücksichtigt.

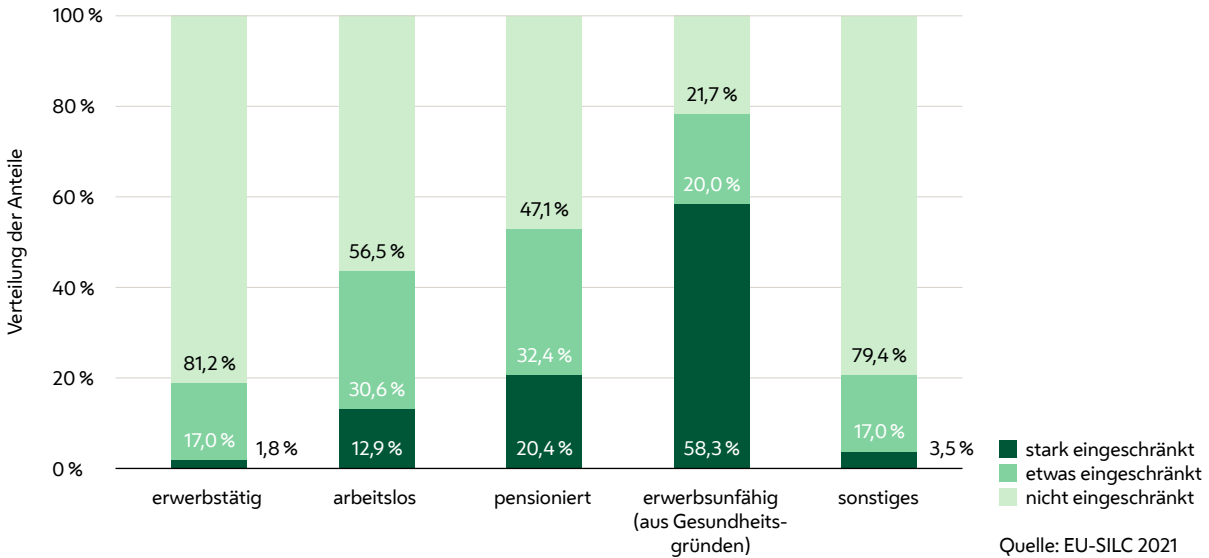
**Abb. 71: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, nach Erwerbsstatus, Wien, 2021**



Neben den Arbeitslosen gibt es weitere Gruppen, die ihre Gesundheit (noch) schlechter einschätzen (Abb. 71), nämlich Pensionist\*innen (wegen ihres Alters) sowie definitionsgemäß Personen, die aus Gesundheitsgründen als erwerbsunfähig gelten. Hingegen verfügt die breite Gruppe von Personen mit sonstigem Erwerbsstatus (u.a. Präsenzdienr, Schüler\*innen und haushaltsführende Personen) zum weitaus größten Teil (84,8 %) über eine (sehr) gute Gesundheit – ähnlich wie dies bei den Erwerbstätigen der Fall ist.



**Abb. 72: (Grad der) Einschränkung bei Alltagstätigkeiten durch Gesundheitsproblem, nach Erwerbsstatus, Wien, 2021**



Fast spiegelbildlich zeigt sich beim Indikator **Alltagseinschränkungen** (Abb. 72), dass davon Erwerbstätige sowie Personen mit sonstigem Erwerbsstatus am seltensten betroffen sind – egal, ob es sich um eine starke oder schwächere Form der Einschränkung handelt. Arbeitslose, Pensionist\*innen und erwerbsunfähige Personen sind hingegen signifikant häufiger betroffen, davon Erwerbsunfähige bei weitem am häufigsten.

Die oben gezeigten Ergebnisse entsprechen der Literatur und empirischen Studien zum Thema. So liefert Fonseca (2011) anhand langjähriger Panel-Daten aus den USA Belege für den wechselseitigen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erwerbstätigkeit. Eine als gut eingeschätzte eigene Gesundheit begünstigt Erwerbstätigkeit dabei offenbar deutlich stärker als umgekehrt Erwerbstätigkeit die Gesundheit verbessert (ebda, 15f). Das Vorliegen einer körperlichen Beeinträchtigung / Invalidität hat zudem besonders starke negative Einflüsse auf beides (ebda, 17).

### Arbeitsmarktstatistik: Maßzahlen und gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

Auch in den offiziellen Arbeitsmarktstatistiken werden gesundheitliche Aspekte miterfasst, da sich dadurch bestimmt, ob als arbeitssuchend gemeldete Personen dem Arbeitsmarkt vollumfänglich zur Vermittlung zur Verfügung stehen.

Für international-vergleichende und nationale Arbeitsmarktstatistiken gibt es zwei Quellen, die regelmäßig herangezogen werden. Zum einen beruhen sie auf den Befragungsdaten der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (MZ), zum anderen erfasst das Arbeitsmarktservice (AMS) Daten zum Erwerbsstatus (inkl. der Gesundheitsaspekte) routinemäßig bei seinen Klient\*innen.

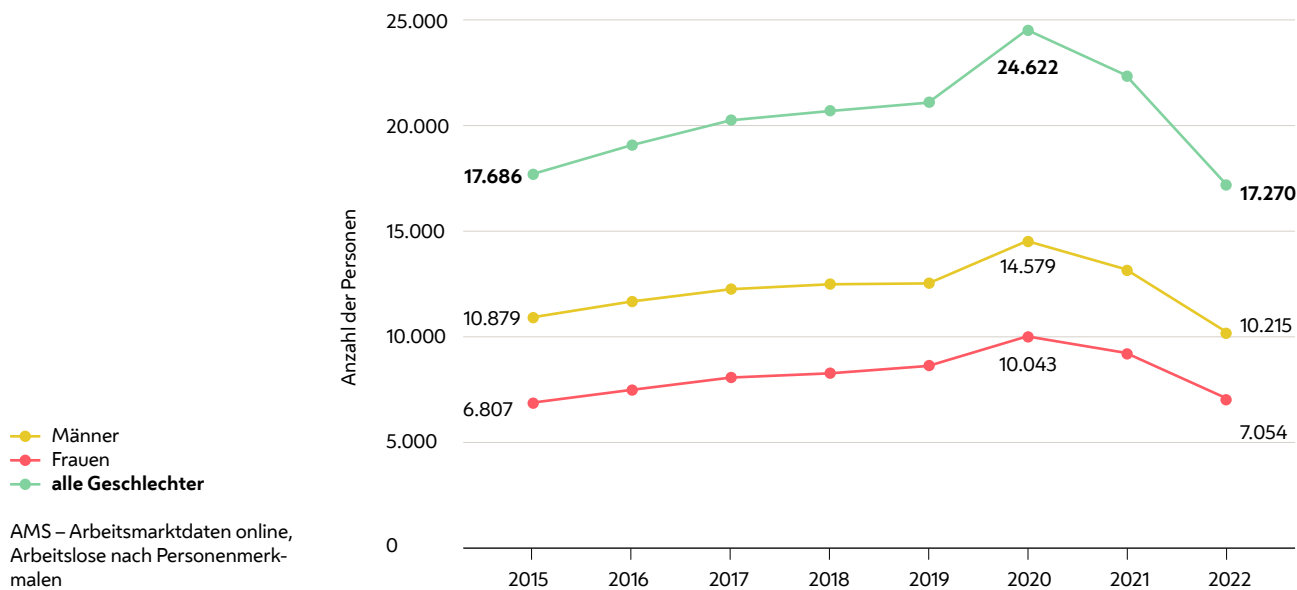
Die Zahl der in Wien gemeldeten Arbeitslosen betrug 2022 im Jahresdurchschnitt laut den offiziellen Zahlen des AMS 104.848 Personen. Damit ist sie nach einem kurzzeitigen starken Anstieg während der COVID-19-Pandemie (Maximum 149.700 Personen im Jahr 2020) wieder auf das Niveau des Jahres 2014 zurückgegangen – bei gleichzeitig gestiegener Zahl an Einwohner\*innen! Die offizielle **Arbeitslosenquote** lag 2022 somit laut Definition des AMS<sup>56</sup> mit 10,5 % (Wiener: 11,5 %/Wienerinnen: 9,4 %) so niedrig wie seit 2013 nicht mehr.

<sup>56</sup> Arbeitslos Gemeldete, in % der unselbstständigen Erwerbsbevölkerung.

Auch wegen der großen Risiken, die Arbeitslosigkeit, wie gezeigt, für die Gesundheit birgt, ist diese Entwicklung erfreulich. Inklusive jener, die sich in Schulungen oder auf Lehrstellen-suche befinden, sind in Wien dennoch immer noch rund 142.000 Personen offiziell auf Arbeitssuche. In der weiteren Reduktion dieser noch immer großen Anzahl steckt auch hohes Potenzial für Gesundheitsförderung und Prävention.

Ein Teil der Arbeitslosen sind beim AMS mit **gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen** vermerkt. Als gesundheitliche Vermittlungseinschränkung gilt einerseits das Vorliegen einer festgestellten Behinderung, andererseits eine sonstige Vermittlungseinschränkung physischer, psychischer oder geistiger Art, die ärztlich attestiert wurde.

**Abb. 73: Gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, gesamt und nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2022**



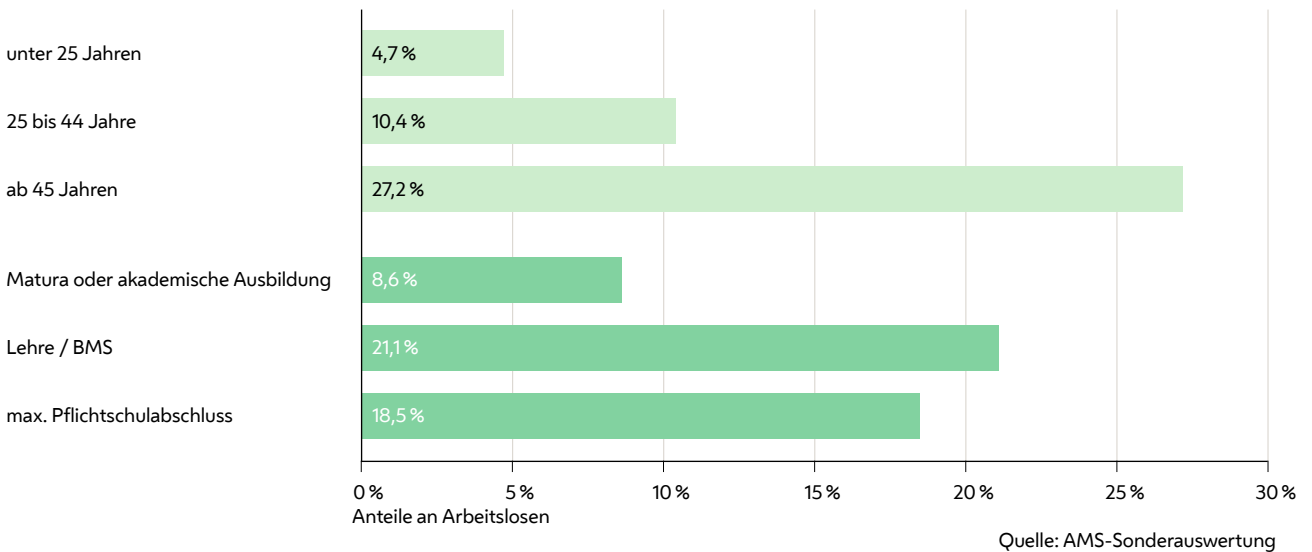
2022 betraf dies 17.270 Personen (Abb. 73). Diese Anzahl erreichte im Pandemiejahr 2020 ebenfalls einen Höhepunkt, ging dann schnell zurück und lag 2022 wieder etwa auf dem Niveau von 2015. Der Rückgang war somit etwas schwächer als bei den Arbeitslosen insgesamt.

Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind am Arbeitsmarkt erschwerten Bedingungen ausgesetzt. Ihr Anteil an allen Arbeitslosen betrug im Jahr 2022 16,5 % (Wiener: 17,0 %; Wienerinnen: 15,8 %) und war damit höher als 2014 mit 14,0 % und 2008 mit 10,0 %.

Wie Abb. 74 zeigt, steigt der Anteil von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bei Arbeitslosen mit dem **Alter** deutlich an. Auch ein Zusammenhang mit dem formalen **Bildungsstand** ist gegeben. Arbeitslose mit zumindest Matura sind von gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen mit 8,6 % eindeutig am wenigsten oft betroffen. Am höchsten ist der Anteil bei Arbeitslosen mit Lehr- oder BMS-Abschluss (Berufsbildende Mittlere Schulen) als höchster Bildungsabschluss. Sie weisen zu über einem Fünftel gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen auf.

Im Vergleich zu 2014 ist dieser Anteil in allen **Bildungsgruppen** angestiegen – mit plus 3,6 Prozentpunkten auch bei Arbeitslosen mit Matura oder akademischer Ausbildung. Bei Lehr- und BMS-Absolvent\*innen beträgt der Zuwachs 5,1 Prozentpunkte, bei Pflichtschulabsolvent\*innen 3,5 Prozentpunkte (Stadt Wien 2017, 85). Was das **Alter** betrifft, ist nur bei den Ab-45-Jährigen ein bedeutender Anstieg zu beobachten. Er beträgt 5,2 Prozentpunkte seit 2014.

**Abb. 74: Arbeitslose mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung, nach Altersgruppen und Bildung, Wien, 2022**



**Personen mit offiziell anerkannten Behinderungen** gab es 2022 mit 10,3 % der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen um 1,7 Prozentpunkte weniger als 2014 (Stadt Wien 2017, 85). Diese haben einen Behindertenpass oder werden durch eines oder mehrere von verschiedenen Gesetzen begünstigt, darunter das Behinderteneinstellungsgesetz (BeinstG), das Opferfürsorgegesetz (OFG) und die Landesbehindertengesetze (LBehG).

### Atypische Beschäftigungsverhältnisse

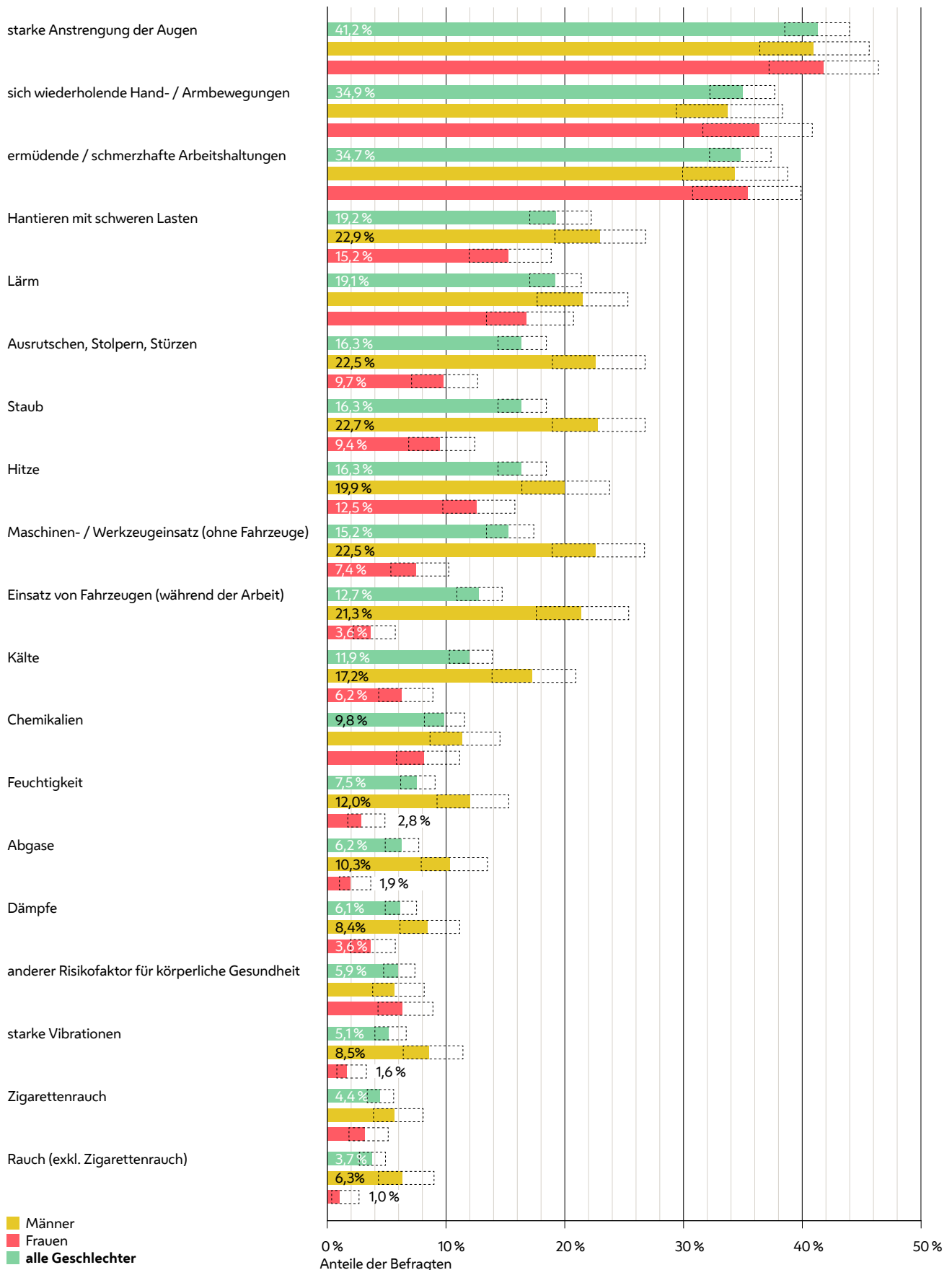
Neben den von der Arbeitsmarktverwaltung offiziell registrierten Beschäftigten- bzw. Arbeitslosenzahlen werden arbeitsmarktbezogene Daten auch im Zuge der jährlich stattfindenden Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung gewonnen. Thematisiert werden darin, neben Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit insbesondere die verschiedenen Arten von unselbstständigen Beschäftigungsverhältnissen, welche von der Vollzeit-Erwerbstätigkeit über Teilzeitarbeit bis zu anderen Formen sogenannter **atypischer Beschäftigung** reichen. Zu letzteren werden Leiharbeits-, befristete und geringfügige Dienstverhältnisse sowie freie Dienstverträge gezählt. Wegen der damit verbundenen oft größeren Beschäftigungsunsicherheit werden diese manchmal auch als prekäre Beschäftigungsverhältnisse bezeichnet.

### Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz

Die Mikrozensus-Erhebung ist eine Ergänzung zur alle 10 Jahre stattfindenden Volkszählung und dient dazu, grundlegende Informationen zur österreichischen Wohnbevölkerung ständig aktuell zu halten. Da Erwerbsstatistik einen inhaltlichen Schwerpunkt bildet, werden erwerbstätige Personen unter Verwendung jährlich thematisch wechselnder Fragemodule eingehender befragt<sup>57</sup>. Im Jahr 2020 beinhaltete die Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung nach 2013 wieder ein Modul zum Thema Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme, mit dem auch **Informationen zu Belastungen am Arbeitsplatz** gesammelt wurden. Zur Häufigkeit verschiedener körperlicher Belastungen (nach Geschlecht) siehe Abb. 75.

57 [statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/mikrozensus](https://statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/mikrozensus)

**Abb. 75: Körperliche Belastungen für Erwerbstätige am Arbeitsplatz, nach Geschlecht, Wien, 2020**



Quelle: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2020

Insgesamt waren im Jahr 2020 77,6 % der erwerbstätigen Wiener\*innen an ihrem Arbeitsplatz zumindest einer **körperlichen Belastung** ausgesetzt. Das ist ein etwas höherer Wert als 2013 (Stadt Wien 2017, 86), wobei allerdings das Spektrum der abgefragten Belastungen etwas erweitert wurde.

Wie bereits 2013 war die „starke Anstrengung der Augen“ die am weitesten verbreitete körperliche Belastung. 41,2 % der Wiener\*innen gaben an, davon betroffen zu sein. Danach folgen mit einer (signifikant niedrigeren) Prävalenz von knapp über einem Drittel der Befragten „sich wiederholende Hand- und Armbewegungen“ sowie „ermüdende oder schmerzhafte Arbeitshaltungen“. Auch das „Hantieren mit schweren Lasten“ sowie die Belastungen durch Lärm, Staub und Hitze rangieren bei ähnlichen Häufigkeiten bei der letzten Erhebung im oberen Bereich der häufigsten Belastungen.

Hinsichtlich der drei genannten am weitesten verbreiteten Belastungen existieren keine signifikanten **Geschlechterunterschiede**. Der Belastung, beruflich mit schweren Lasten hantieren zu müssen, sind Wiener (mit 22,9 %) häufiger ausgesetzt als Wienerinnen (15,2 %). Bei einigen anderen körperlichen Belastungen im mittleren und unteren Häufigkeitsbereich fallen Geschlechterunterschiede – sofern sie sich als signifikant erweisen – ebenfalls zuungunsten der Männer aus. Dies gilt u.a. für Belastungen aufgrund von Ausrutschen und Stürzen, Staub, Hitze, Kälte, Feuchtigkeit sowie den Einsatz von Maschinen und Fahrzeugen.

Am seltensten sind, ähnlich wie bereits 2013, mit einer Häufigkeit jeweils klar unter 10 Prozent (ungeachtet des Geschlechts) die körperlichen Belastungen aufgrund von starken Vibrationen, Abgasen, Dämpfen, Zigarettenrauch und anderem Rauch (Abb. 75).

Betrachtet man statt dem Anteil an den Erwerbstätigen die (hochgerechnete) **absolute Zahl von Betroffenen** in Wien, so liegt diese im Fall der häufigsten Belastungen in der Größenordnung um 350.000 (Anstrengung der Augen) bzw. 300.000 Personen (repetitive Bewegungen, Arbeitshaltungen). Im Gegensatz dazu liegt die Zahl der Belasteten durch Abgase, Dämpfe, Vibrationen und Rauch bzw. Zigarettenrauch in Wien im Bereich von 50.000 Personen und darunter.

### **Psychosoziale und organisatorische Belastungen am Arbeitsplatz**

Neben den körperlichen Belastungen umfasst das Fragenmodul Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme in der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung auch Belastungen, die vor allem die psychische Situation der Personen, die ihnen ausgesetzt sind, negativ beeinflussen können.

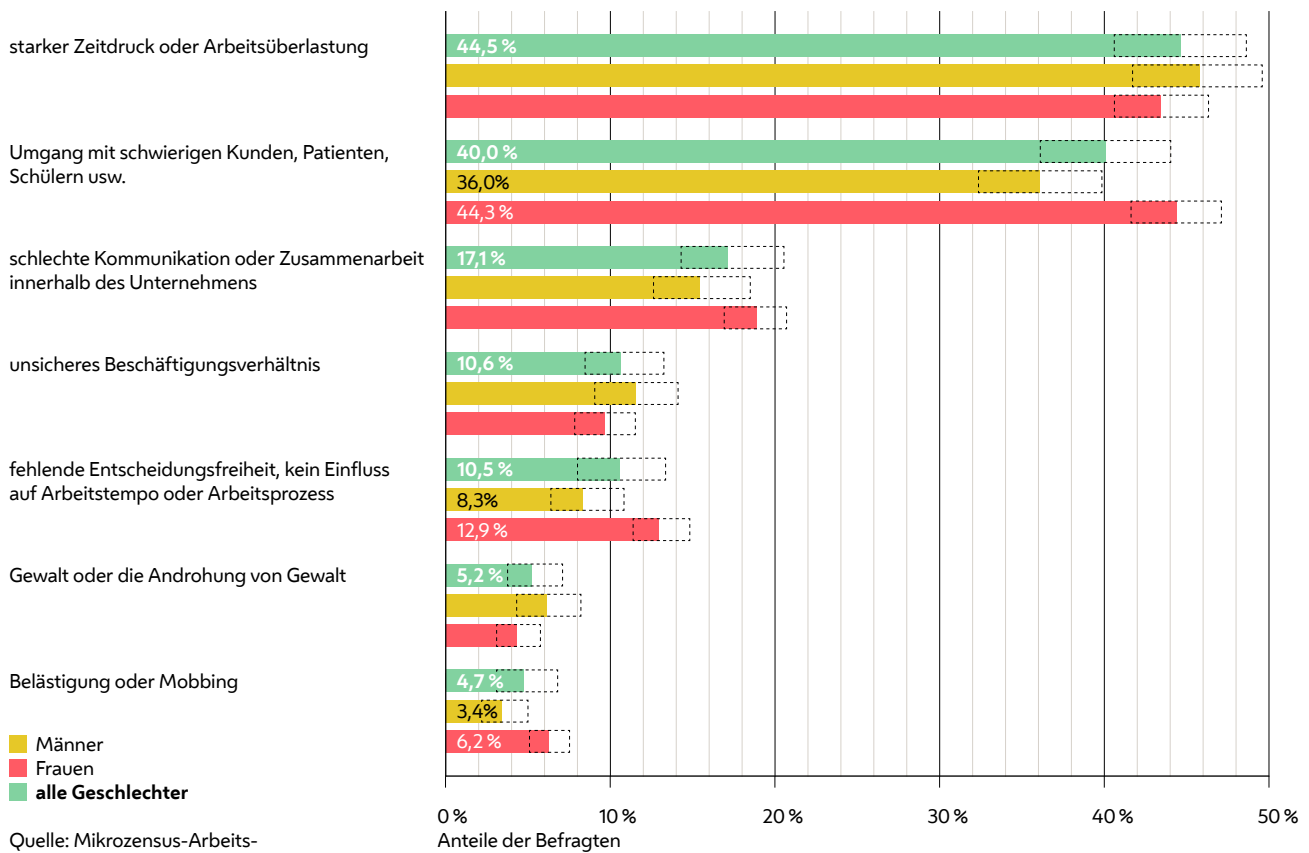
**Psychische Belastungen** werden vom Individuum als von außen kommend wahrgenommen und beziehen sich meist auf den Umgang mit Anderen innerhalb der Organisation, in der man arbeitet, sowie auf die Regeln und Abläufe, die dort herrschen bzw. in die man eingebunden ist. Zeitdruck, Arbeitsüberlastung, schlechte Kommunikation oder sogar Gewaltverfahrungen, die damit verbunden sind, können zu Stress, Angst oder einer reduzierten > Selbstwirksamkeitserwartung führen.

Da diese Empfindungen aufgrund unterschiedlicher > Resilienz von Personen subjektiv sind und z.B. Stressreaktionen auf Belastungen (auch abhängig von nicht arbeitsbedingten Faktoren) sehr unterschiedlich ausfallen können, ist es individuell auch sehr verschieden, ob und wann es zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt (Eichmann & Saupe 2014, 195f).

Jedenfalls wurden häufige **erwerbsbezogene Stressquellen** wie Zeitdruck und Arbeitsüberlastung als wichtige Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit identifiziert (ebda, 197). Zu einem gewissen Grad ist die Herausforderung, solche Belastungen zu überwinden bzw. einen sinnvollen Umgang damit zu finden, legitimer Bestandteil des Berufslebens. Erleben Beschäftigte dadurch jedoch eine > Gratifikationskrise, das ist eine chronisch gestörte (d.h. unausgeglichene) Balance zwischen beruflicher Verausgabung und einer Form der Belohnung (z.B. Einkommen, Anerkennung, beruflichen Aufstieg), kann dies zu großer emotionaler Beanspruchung und sogar körperlichen Erkrankungen führen (Siegrist 1995, 188f)

Von den Wiener Erwerbstätigen wird „starker Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung“ als häufigste Belastung angegeben, nämlich von 44,5 % der Befragten (Abb. 76). Ähnlich hoch ist der Anteil nur beim „Umgang mit schwierigen Kunden, Patienten, Schülern usw.“, der von 40,0 % der Befragten als Belastung angegeben wird.

**Abb. 76: Psychosoziale Belastungen für Erwerbstätige am Arbeitsplatz, nach Geschlecht, Wien, 2020**



Signifikant weniger häufig, aber immer noch von 17,1 % der befragten, erwerbstätigen Wiener\*innen wird „schlechte Kommunikation oder Zusammenarbeit innerhalb des Unternehmens“ als Belastung angegeben. Für jeweils ca. 10 % stellen ein unsicheres Beschäftigungsverhältnis bzw. „fehlende Entscheidungsfreiheit bzw. fehlender Einfluss auf Arbeitstempo oder Arbeitsprozess“ eine Belastung dar.

(Die Androhung von) Gewalt sowie Belästigung oder Mobbing kommen mit 5,2 % und 4,7 % signifikant am seltensten vor. Im Vergleich zu den anderen Belastungen ist das wenig, jedoch ist zu bedenken, dass diese beiden natürlich die am schwersten wiegenden Formen von Belastung darstellen.

Zudem geben Frauen mit 6,2 % signifikant häufiger als Männer (bei ihnen sind es 3,4 %) an, am Arbeitsplatz belästigt oder gemobbt zu werden. Signifikante **Geschlechterunterschiede** gibt es auch bei fehlender Entscheidungsfreiheit und beim „Umgang mit schwierigen Kunden, Patienten, Schülern usw.“ – immer zuungunsten der Frauen.

Hochgerechnet sind in **absoluten Zahlen** ca. 380.000 Wiener\*innen von Zeitdruck oder Arbeitsüberlastung betroffen, ca. 340.000 vom „Umgang mit schwierigen Kunden, Patienten, Schülern usw.“ Ca. 150.000 sind belastet durch schlechte Kommunikation oder Zusammenarbeit innerhalb des Unternehmens, jeweils etwa 90.000 durch ein unsicheres Beschäftigungsverhältnis oder fehlende Entscheidungsfreiheit. Jeweils etwas über 40.000 machen im Job Erfahrung mit (Androhung von) Gewalt oder mit Belästigung bzw. Mobbing.

## Arbeitsunfälle

Häufig wird angenommen, dass durch den fortschreitenden strukturellen Wandel hin zu einer bildungsintensiven, dienstleistungsbasierten Wirtschaft Arbeitsunfälle generell rückläufig sind bzw. in Zukunft weiter rückläufig sein werden. In der vorherigen Berichtsperiode zeigte sich jedenfalls ein dementsprechender Trend, v.a. bei Männern (Stadt Wien 2017, 89).

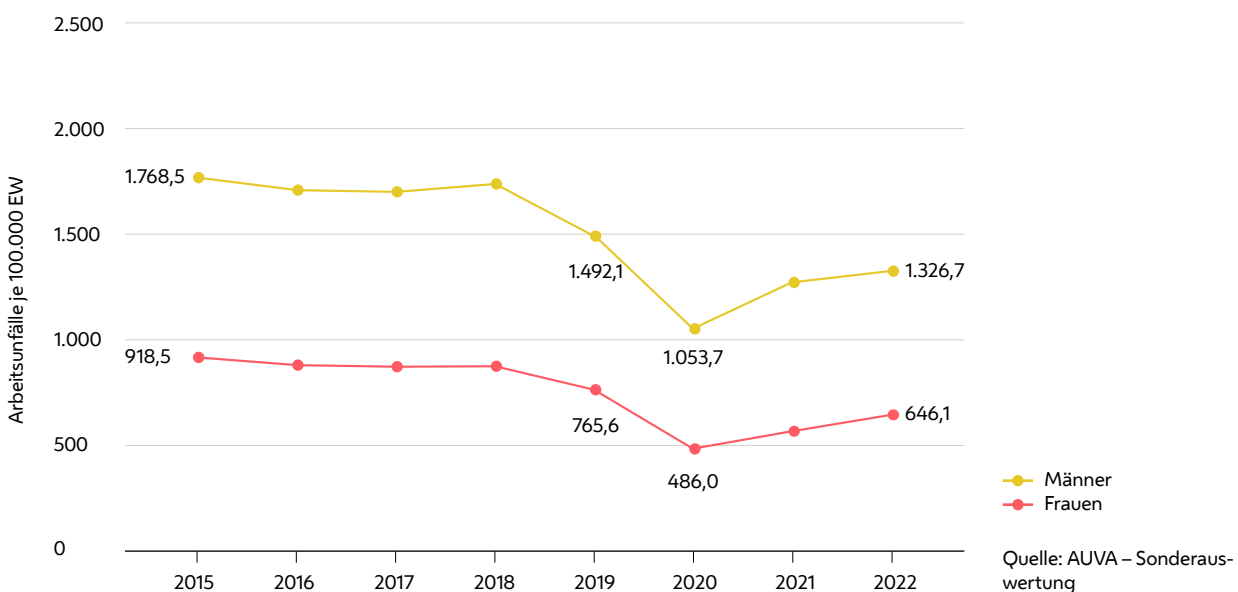
Eine Datenquelle zum Unfallgeschehen in Ausübung der Erwerbstätigkeit bildet die Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2020. Dort gaben 3,7 % der Wiener Befragten an, in den letzten 12 Monaten während der Arbeit einen Unfall gehabt zu haben. Mit 5,8 % war dies bei Männern signifikant öfter der Fall als bei Frauen mit 1,7 %.

Die zentrale Quelle bildet jedoch die **Arbeitsunfallstatistik** der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA). Sie weist für die letzten 3 verfügbaren Berichtsjahre 2019 bis 2022 schwankende Zahlen aus, was offensichtlich auf das Zurückgehen der Erwerbstätigkeit während der Pandemie und dem anschließenden Wiederanstieg zurückzuführen ist.

Im Jahr vor der COVID-19-Pandemie 2019 lag die Zahl der **Arbeitsunfälle im engeren Sinn** (d.h. ohne Wegunfälle) in Wiener Betrieben mit 14.758 um 2.269 unter dem Niveau des Jahres 2014 (Ende der letzten Berichtsperiode). Während der Pandemie fiel die Zahl dann auf ein Rekordtief von 10.134 Arbeitsunfällen im Jahr 2020 und stieg 2021 wieder auf 12.194 an. In dieser Berichtsperiode verringerte sich die Zahl der Arbeitsunfälle in Wiener Betrieben von 16.547 (2015) auf 13.149 (2022). Für 2023 wird interessant sein, ob der letzte Stand vor der COVID-19-Pandemie wieder erreicht wird.

Relativ zur Größe der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter scheint die Verbesserung unabhängig von der COVID-19-Pandemie nachhaltig zu sein. Die Zahl der Bewohner\*innen Wiens zwischen 15 und 64 Jahren ist nämlich zwischen 2015 und 2022 um 96.224 auf 1.332.413 gestiegen. Die Zahl der laut AMS tatsächlich (unselbstständig) Beschäftigten ist währenddessen um 95.929 auf 897.845 gestiegen (inkl. einem kurzzeitigen Rückgang 2020). Dementsprechend sind die Arbeitsunfälle bezogen auf die (potenziell) Erwerbstätigen gesunken. Diese Entwicklung ist in Abb. 77 zu sehen. Die Arbeitsunfälle im engeren Sinn – d.h. ohne Wegunfälle und Berufskrankheiten – sind dort als Rate pro 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) dargestellt. Männer und Frauen werden dabei separat betrachtet.

**Abb. 77: Arbeitsunfälle je 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren, nach Geschlecht, Wien, 2015 bis 2022**



Die **Rate der Arbeitsunfälle** je 100.000 EW im erwerbsfähigen Alter änderte sich zwischen 2015 und 2022 nur wenig. Ab 2019 setzte ein markanter Rückgang ein, der im ersten Jahr der Pandemie 2020 einen Tiefpunkt erreichte. Seitdem ist wieder ein Anstieg der Rate zu verzeichnen. Ihr Niveau reichte jedoch 2022 bei weitem nicht an jenes im letzten Jahr vor der COVID-19-Pandemie (2019) heran. Dies gilt für die Beschäftigten der Wiener Betriebe und alle Geschlechter<sup>58</sup>. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen hat sich im Vergleich zu vor der Pandemie und zum Beginn der Berichtsperiode etwas verringert.

Wie eine Auswertung aus dem Jahr 2021 zeigt, passierten in Wien – wie in Österreich insgesamt – relativ am meisten, nämlich 2.378 Unfälle im **Bauwesen**<sup>59</sup>. Daneben spielen in Wien – aufgrund der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur der Hauptstadt – auch Arbeitsunfälle im Bereich **Handel** und **sonstigen Dienstleistungen** (umfasst u.a. Arbeitskräfteüberlassung) eine vergleichsweise große Rolle. Unfälle bei der **Herstellung von Waren** spielen hingegen im Vergleich zu stärker industrialisierten Bundesländern, wie Steiermark und Oberösterreich, eine relativ geringe Rolle.

Analog mit den Arbeitsunfällen im engeren Sinn fiel auch die Zahl der anerkannten **Wegunfälle** unselbstständig Erwerbstätiger von 3.382 im Jahr 2019 auf ein Tief von 2.294 im Jahr 2020, um dann wieder auf 3.247 im Jahr 2022 anzusteigen. Damit lag die Zahl immer noch um 4 % unter dem Niveau unmittelbar vor der Pandemie. Von dieser Art Unfällen sind Frauen (1.752 im Jahr 2022) stärker betroffen als Männer (1.495).

### **Work-Life-Balance: Über- und Mehrstunden**

Eine als unausgewogen erlebte Balance zwischen Berufs- und Privatleben kann Lebenszufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheit einschränken (Stadt Wien 2017, 90). Ein Einflussfaktor darauf ist die individuelle Gestaltungsmöglichkeit der eigenen Arbeitszeit. Sie kann durch anhaltenden Druck zur Ableistung von Mehr- bzw. Überstunden beeinträchtigt sein.

22,6 % der Wiener\*innen leisteten in einer Referenzwoche im Jahr 2020 **Überstunden**. Unter Berücksichtigung des Konfidenzintervalls (KI: 20,0 % – 25,4 %) liegt dieser Anteil ungefähr dort, wo er schon am Ende der letzten Berichtsperiode gelegen ist (ebda). Der Anteil der Wiener\*innen, die Überstunden leisten, hat sich demnach nicht weiter verringert, sondern eher stabilisiert.

Bei den Wienern ist der Anteil der Erwerbstätigen, die Überstunden leisten, mit 26,7 % weiterhin signifikant höher als bei den Wienerinnen, wo er 18,4 % beträgt. Personen ohne Migrationshintergrund geben mit 26,8 % signifikant häufiger an, Überstunden zu leisten, als Personen mit Migrationshintergrund (17,8 %).

### **Präsentismus: Arbeiten trotz gesundheitlicher Probleme**

Wie die ATHIS-Erhebung 2019 ergab, ist es bei 57,2 % der erwerbstätigen Wiener\*innen in den 12 Monaten vor der Befragung vorgekommen, dass sie trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten gegangen sind. Dieses Phänomen wird als **Präsentismus** bezeichnet. Unter Berücksichtigung des Konfidenzintervalls (KI: 53,8 % – 60,5 %) ist dieser Wert im Vergleich zur vorhergehenden Erhebung stabil geblieben (Stadt Wien 2017, 91).

Die in der Stichprobe zu beobachtenden Unterschiede zwischen Männern und Frauen und verschiedenen Altersgruppen waren nicht signifikant.

<sup>58</sup> Der Unterschied in der Rate der Arbeitsunfälle für 2015 im Vergleich zur Darstellung im letzten Bericht (Stadt Wien 2017, 89) entsteht dadurch, dass dort eine Einschränkung nach Wohnort erfolgte (i.e. auf Beschäftigte aus Wien).

<sup>59</sup> Presseausendung der AUVA vom 11.4.2022, verfügbar unter: [auva.at/cdscontent/?contentid=10007.885322&portal=auvaportal](https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.885322&portal=auvaportal)



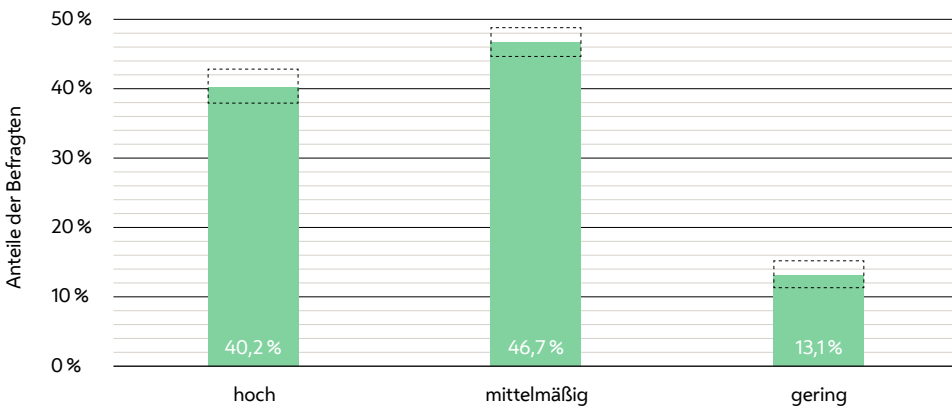
# Soziale Beziehungen und Gesundheit

## SOZIALKAPITAL: SOZIALE UNTERSTÜTZUNG ALS RESSOURCE FÜR GESUNDHEIT

Zusammenhalt auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen – wie der staatlichen, der nachbarschaftlichen und der familiären – und die damit verbundene gegenseitige Unterstützung kann sich sehr positiv auf Lebensqualität und Gesundheit auswirken (Stadt Wien 2017, 91f). So kann ein Netzwerk an Beziehungen guter Qualität die entscheidende Quelle für alle Arten von Hilfe sein, die den Umgang mit gesundheitlichen Problemen erleichtert. Erhoben wird dies im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS mittels der **Osloer 3-Item-Social-Support-Scale**. Dieser liegt eine Liste von drei Fragen zugrunde. Befragte können darauf angeben: auf wie viele Personen sie sich bei Problemen verlassen können; ob Andere Interesse und Anteilnahme an ihnen zeigen; wie einfach es ist, von Nachbarn praktische Hilfe zu erhalten.

Die Antworten werden in eine Skala zusammengefasst, die drei Grade des Ausmaßes sozialer Unterstützung (gering, mittelmäßig und hoch) wiedergibt, über die die Befragten im Alltag verfügen. Für Wien ergaben sich 2019 folgende Ergebnisse (Abb. 78):

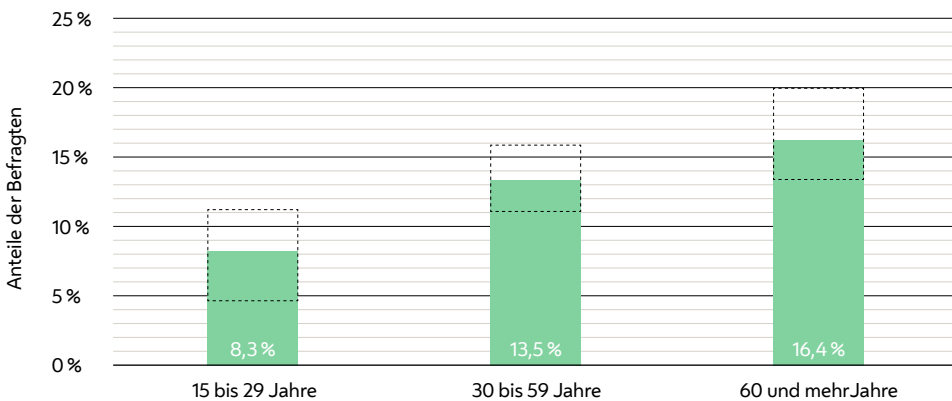
**Abb. 78: Soziale Unterstützung nach Osloer 3-Item-Social-Support-Scale, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung verfügen demnach 40,2 %. Das sind 5,2 Prozentpunkte (und damit signifikant) weniger als 2014 (Stadt Wien 2017, 92). Dafür geben mit 46,7 % etwas mehr Personen ein mittelmäßiges Niveau sozialer Unterstützung an. Gering ist sie bei 13,1 % der befragten Bevölkerung – ein gleich hoher Wert wie 2014. Die Neuauflage der Wiener Lebensqualitätsstudie (WLQS), deren Ergebnisse 2024 erscheinen, lässt interessante Ergebnisse zur Entwicklung sozialer Unterstützung in Wien während der COVID-19-Pandemie erwarten.<sup>60</sup>

**Abb. 79: Soziale Unterstützung in geringem Ausmaß, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

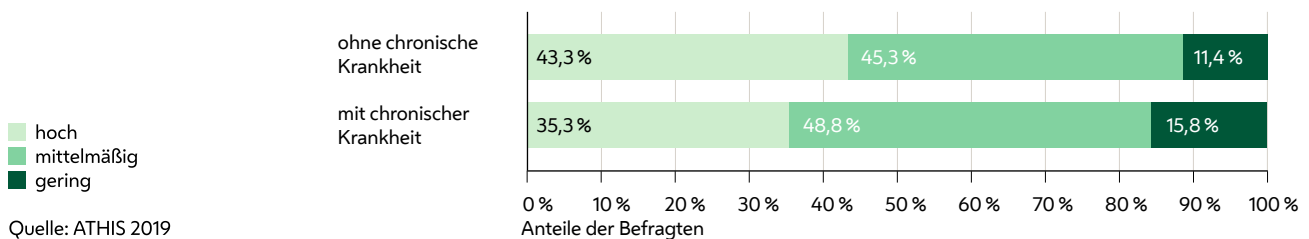
60 [wien.gv.at/stadtentwicklung/grundlagen/stadtforschung/soziologie-oekonomie/lebensqualitaetsstudien/](https://wien.gv.at/stadtentwicklung/grundlagen/stadtforschung/soziologie-oekonomie/lebensqualitaetsstudien/)

Da zwischen Frauen und Männern keine signifikanten Unterschiede bestehen, entfällt die Darstellung nach **Geschlecht**. Wie die Auswertung nach **Altersgruppen** (Abb. 79) zeigt, nimmt das Problem einer geringen sozialen Unterstützung mit dem Alter in Wien signifikant zu. Während der Anteil geringer sozialer Unterstützung mit 8,3 % den 15- bis 29-Jährigen Befragten am niedrigsten ist, ist er bei den 30- bis 59-jährigen Wiener\*innen bereits signifikant höher und bei Wiener\*innen ab 60 Jahren mit 16,4 % beinahe doppelt so hoch.

### Zusammenhänge von sozialer Unterstützung mit Krankheit und Gesundheit

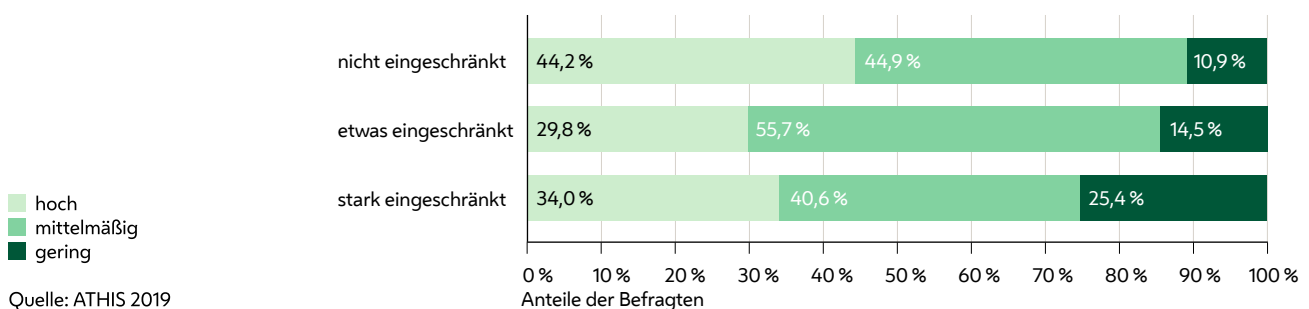
Die Erfahrung sozialer Unterstützung weist einen Zusammenhang mit dem **physischen Gesundheitszustand** der Wiener\*innen auf. Abb. 80 verdeutlicht, dass Personen, die an keiner **chronischen Krankheit** leiden, mit 43,3 % häufiger über ein hohes Ausmaß sozialer Unterstützung verfügen. Bei Personen mit chronischer Krankheit sind es 35,3 % und damit 8 Prozentpunkte weniger. Dieser Unterschied ist signifikant.

**Abb. 80: Soziale Unterstützung, ohne und mit chronischer Krankheit, Wien, 2019**



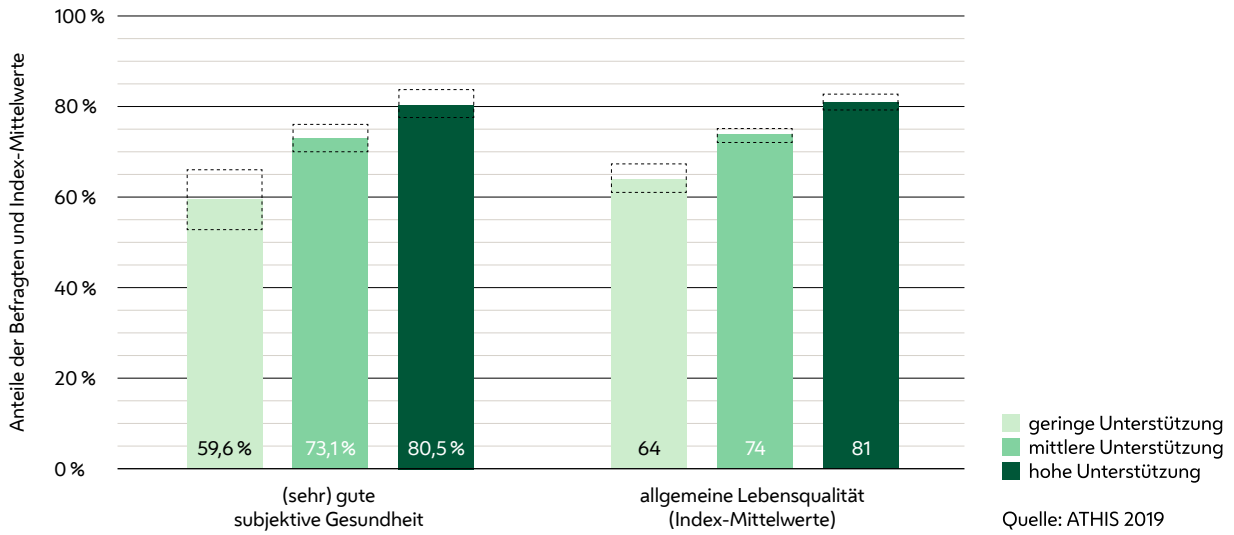
Ein ähnliches Bild zeigt sich bei **gesundheitlicher Einschränkung** (Abb. 81). Hier sieht man, dass jene, die angeben, im Alltag gesundheitlich stark eingeschränkt zu sein, zu 25,4 % von geringer sozialer Unterstützung betroffen sind. Damit ist dieser Anteil signifikant höher als bei Personen, die etwas (14,5 %) und jenen, die gar nicht (10,9 %) gesundheitlich eingeschränkt sind. Bei Wiener\*innen ohne gesundheitliche Einschränkung ist soziale Unterstützung in hohem Ausmaß mit 44,2 % hingegen signifikant häufiger als bei jenen, die gesundheitlich eingeschränkt sind (egal ob etwas oder stark).

**Abb. 81: Soziale Unterstützung, nach Grad gesundheitlicher Einschränkung, Wien, 2019**



Positive Aspekte von Gesundheit hängen ebenfalls mit dem Ausmaß sozialer Unterstützung zusammen. Dies zeigt sich z.B. in der **subjektiven** Einschätzung der eigenen **Gesundheit** als sehr gut bzw. gut und in der allgemeinen Lebensqualität. Die Ausprägung beider Indikatoren steigt mit Zunahme sozialer Unterstützung signifikant an (Abb. 82). Personen mit hoher sozialer Unterstützung verfügen im Vergleich zu jenen mit mittlerer oder geringer sozialer Unterstützung signifikant häufiger über einen subjektiv (sehr) guten Gesundheitszustand (linke Diagrammhälfte) und über eine durchschnittlich bessere Lebensqualität (rechte Diagrammhälfte).

**Abb. 82: Subjektive Gesundheit und Lebensqualität, nach Grad sozialer Unterstützung, Wien, 2019**



# Umweltfaktoren

Es gibt zahlreiche Faktoren der Umwelt, die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben. In der Stadt zählen dazu vor allem Luftschadstoffe, Hitzeeinflüsse und (Verkehrs-) Lärm. Zusätzlich sind die Folgen des Klimawandels weltweit, somit auch in Wien, deutlich spürbar. Prognosen künftiger Klimaveränderungen lassen steigende Risiken für die Gesundheit der Weltbevölkerung erwarten (APCC 2018, 181ff). Dieses Kapitel soll den Einfluss umweltbedingter Faktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung veranschaulichen.

## LUFTQUALITÄT UND LUFTSCHADSTOFFE

Der Mikrozensus der Statistik Austria bildet die Wahrnehmung bzw. subjektiv empfundene Belastung der Bevölkerung in Bezug auf Abgase, Staub, Ruß und andere Luftschadstoffe ab<sup>61</sup>. Erhöhte Schadstoffbelastung führt u.a. zu einer erhöhten allergenen Aggressivität der Pollen. **Allergische Erkrankungen** sind in Europa bereits häufig und nehmen in ihrer Häufigkeit und Schwere weiter zu (APCC 2018, 190f). Man schätzt, dass in 10 Jahren 50 % der Europäer\*innen von umweltbedingten Allergien betroffen sein könnten (ebda, 73). Luftschadstoffe im urbanen Raum können insbesondere pulmologische Erkrankungen ansteigen lassen, wie Heuschnupfen, Asthma oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (> COPD). Je nach Konzentration der Schadstoffe und Dauer der Exposition der Bevölkerung ihnen gegenüber kann es in weiterer Folge zu Problemen mit der Lungenfunktion, Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Krebserkrankungen kommen. Zu den **gesundheitsgefährdenden Luftschadstoffen**, die vorwiegend durch Verkehr und Industrie freigesetzt werden, zählen Schwefeldioxid (SO<sub>2</sub>), Kohlenstoffmonoxid (CO), Stickstoffoxide (NO<sub>x</sub>), Schwermetalle wie Blei, Cadmium, Nickel und Arsen, Benzol, Feinstaub (PM<sub>2,5</sub> und PM<sub>10</sub>) und Ozon (O<sub>3</sub>) (Stadt Wien 2017, 94). In Folge sollen jene Luftschadstoffe näher beschrieben werden, die in der Stadt gesundheitsgefährdende Konzentrationen erreichen können und aus diesem Grund regelmäßig geprüft werden: Es handelt sich um Stickstoffoxide, Feinstaub und Ozon. Die Konzentration der Luftschadstoffe ist durch Wetterbedingungen, Jahreszeiten und > Geomorphologie beeinflusst, dementsprechend kommt es regelmäßig zu Veränderungen dieser Werte.

### Stickstoffoxide

Stickstoffoxide (NO<sub>x</sub>) entstehen hauptsächlich bei Verbrennungsprozessen durch die Oxidation von in der Luft enthaltenem Stickstoff<sup>62</sup>. Hauptverursacher der Stickstoffoxide-Emissionen ist mit mehr als 50 % der **Straßenverkehr**. Davon stammen über 50 % von Lastkraftwagen, obwohl der Lastkraftwagen-Anteil am Wiener Gesamtverkehr nur etwa 10 % beträgt. Die zweitgrößte Quelle mit rund 25 % ist die **Raumwärmeerzeugung**. Die Stadt Wien setzt eine Reihe von **Maßnahmen zur Verringerung** der Luftschadstoffbelastung um. Dazu gehören: der Ausbau des öffentlichen Verkehrs, das 365-Euro-Ticket, die Parkraumbewirtschaftung, der laufende Ausbau des Radwegenetzes, der Einsatz emissionsarmer Fahrzeuge, die thermische Wohnhaussanierung, umweltfreundliche Baustellen, die Ausweitung der Fernwärmenutzung sowie die Förderung von E-Mobilität und fußgänger\*innen-freundlicher Stadtentwicklung.

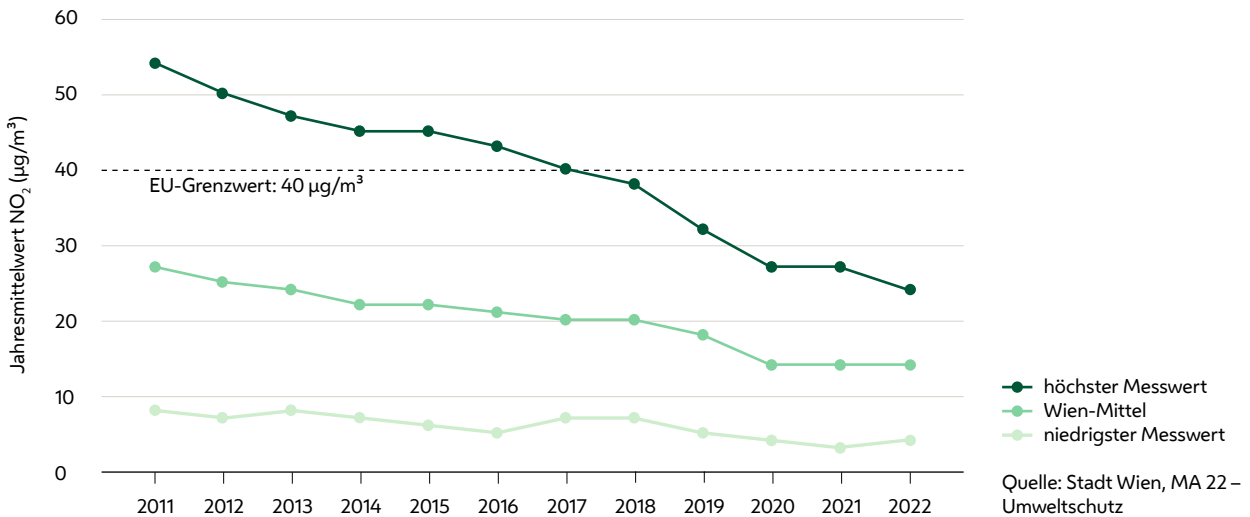
Seit dem Jahr 2005 werden Stickstoffdioxid-Werte (NO<sub>2</sub>) an 17 Wiener Messstationen erfasst. 2014 wurde zum Schutz der Gesundheit der Wiener Bevölkerung ein Jahresmittelwert von 35 µg/m<sup>3</sup> vorgeschrieben. Im Jahr 2022 lagen die Messwerte an allen Wiener Messstationen unter diesem Grenzwert bei Jahresmittelwerten zwischen 8 und 28 µg/m<sup>3</sup> (Abb. 83). Im Vergleich zu 2021 sind die Werte leicht gesunken<sup>63</sup>, haben sich also leicht verbessert.

61 Beschreibung auf [statistik.at/statistiken/energie-und-umwelt/umwelt/umweltbedingungen-umweltverhalten](https://statistik.at/statistiken/energie-und-umwelt/umwelt/umweltbedingungen-umweltverhalten)

62 [wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/stickstoffoxide.html](https://wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/stickstoffoxide.html)

63 [wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html](https://wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html)

Abb. 83: Jahresmittelwerte der Stickstoffdioxid-Konzentration seit 2011 in Wien



### Feinstaub

Feinstaub besteht aus sehr kleinen, nicht sichtbaren Partikeln und ist ein natürlicher Bestandteil der Luft<sup>64</sup>. Partikel, die kleiner als 10 Mikrometer ( $\mu\text{m}$ ) und damit zehn Mal kleiner sind als die Dicke eines Haars, werden als **atembarer Feinstaub** bezeichnet ( $\text{PM}_{10}$ ). Grundsätzlich ist die Gefahr für die Gesundheit umso größer, je kleiner die Partikel sind.

Feinstaub, der kleiner als 2,5 Mikrometer ist ( $\text{PM}_{2,5}$ ), kann bis in die Lunge gelangen. Verkehr und Kleinverbrauch bzw. Gebäude sind die Hauptquellen von Feinstaub-Emissionen ( $\text{PM}_{2,5}$ ), bei  $\text{PM}_{10}$  zählt zusätzlich die Industrieproduktion zu den Hauptquellen. Im Jahr 2001 wurde das **Immissionsschutzgesetzes Luft** (IG-L) in Österreich erweitert und sieht strenge Feinstaub-Grenzwerte vor: Der Jahresmittelwert für  $\text{PM}_{10}$  darf bei maximal  $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$  liegen, bei  $\text{PM}_{2,5}$  darf er  $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$  nicht überschreiten. Die höchste Feinstaubbelastung besteht in Städten mit viel Verkehrsaufkommen in den Wintermonaten und Hochdruckwetterlagen mit wenig Wind. Die Feinstaubkonzentrationen für Österreich werden vom Umweltbundesamt in aktuellen Luftgüteberichten aufgelistet.

Nach den strengeren Maßstäben der Weltgesundheitsorganisation (> WHO) mit Grenzwerten von  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$  für  $\text{PM}_{2,5}$  lag die Luftverschmutzung im Jahr 2019 in Wien mit  $12,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$  über dem Richtwert – und damit etwas über den Werten anderer europäischer Städte wie Berlin, London oder Madrid<sup>65</sup>. Jedoch hat sich die **Wiener Luftqualität** in den letzten Jahren stark verbessert. Die EU-Grenzwerte (für Feinstaub und  $\text{NO}_2$ , siehe Abb. 84 und 85) wurden bereits 2019 erstmalig an allen Wiener Mess-Stationen eingehalten<sup>66</sup>. Im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie verstärkte sich der abnehmende Trend. Ein Grund dafür war, dass Lockdowns zu (teilweise erheblich) geringeren Verkehrszahlen führten.

Im Zeitraum 2000 bis 2020 verringerten sich die  $\text{PM}_{2,5}$ -Emissionen um 58 % und die  $\text{PM}_{10}$ -Emissionen um 46 %<sup>67</sup>. Allein von 2019 auf 2020 sanken die  $\text{PM}_{2,5}$ -Emissionen um 7,8 % und die  $\text{PM}_{10}$ -Emissionen um 9,6 %. In den Jahren 2021 und 2022 blieben die Feinstaubwerte auf sehr gutem Niveau. An allen 13 Messstationen, wo 2022 die Feinstaub-Konzentration bestimmt wurde, unterschritten die Werte die Grenzwerte bei weitem: Die gemessenen Jahresmittelwerte für  $\text{PM}_{10}$  lagen an den 13 Messstellen im Bereich von  $14$  bis  $17 \mu\text{g}/\text{m}^3$  und damit gleich hoch wie 2021 (Abb. 84).

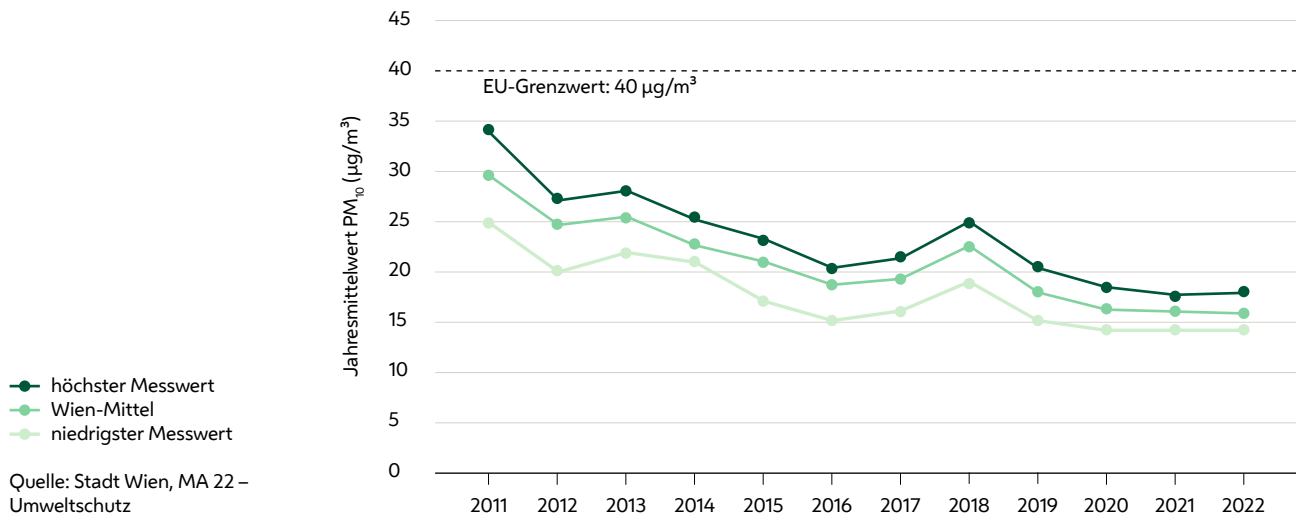
64 wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/feinstaub.html

65 iqair.com/de/austria/vienna

66 wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html

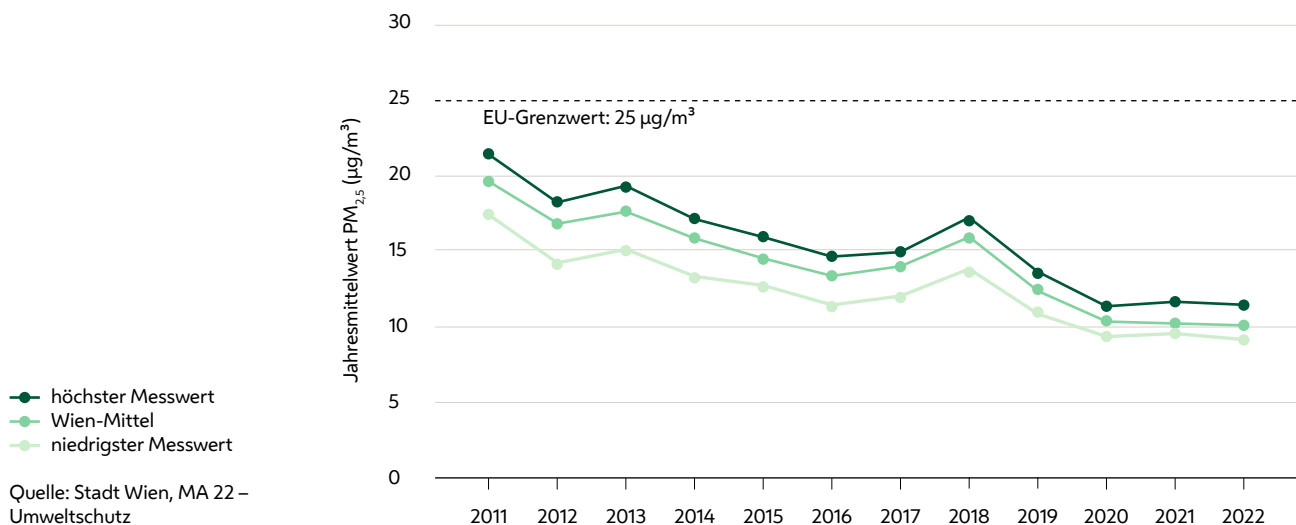
67 Zusammenfassung der Bundesländer-Schadstoffinventur (Anderl et al. 2022b), unter [umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/rep0817bfz.pdf](https://www.umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/rep0817bfz.pdf), S. 7.

**Abb. 84: Jahresmittelwerte der Konzentration der Feinstaubklasse PM<sub>10</sub>, Wien, 2011 bis 2022**



Lediglich zum Jahreswechsel 2022/23 gab es einen negativen Ausreißer der Luftbilanz: Am 1. Tag des neuen Jahres wurden an 5 der 13 Messstationen Grenzwertüberschreitungen von PM<sub>10</sub> gemessen. Das waren Auswirkungen der zum Jahreswechsel gezündeten Feuerwerkskörper in Kombination mit der herrschenden Wetterlage mit wenig Wind und markanter > Inversion<sup>68</sup>. Für die feinere Feinstaubklasse PM<sub>2,5</sub> erreichten die Werte 9 bis 12 µg/m<sup>3</sup> (2021 waren es 10 bis 12 µg/m<sup>3</sup>). Zur Entwicklung der Jahresmittelwerte der Feinstaubklasse PM<sub>2,5</sub> seit 2011 siehe Abbildung 85.

**Abb. 85: Jahresmittelwerte der Konzentration der Feinstaubklasse PM<sub>2,5</sub>, Wien, 2011 bis 2022**



68 [wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html](http://wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html)

## Ozon

Ozon (O<sub>3</sub>) ist ein geruchs- und farbloses Gas bzw. eine bestimmte Art von Sauerstoff, das sowohl in der oberen Erdatmosphäre (Stratosphäre) als auch in der untersten Schicht (Troposphäre) vorkommt (Stadt Wien 2017, 95). In niedriger Konzentration ist es ein normaler Bestandteil der Luft. Hochkonzentriert wirkt es in Bodennähe als **aggressives Reizgas** und schadet Mensch und Natur<sup>69</sup>. Gesundheitsgefährdende Konzentrationen betreffen dabei vor allem die sich häufig im Freien aufhaltende Bevölkerung, dazu zählen Kinder, Schwerarbeiter\*innen oder Sportler\*innen. Ozon kann die Atemwege und die Augen reizen und zu einem vorübergehenden Leistungsabfall führen. Eine hohe Konzentration erhöht die Anzahl an Asthmaanfällen ebenso wie die Anzahl an Spitalsaufnahmen und Todesfällen. Vor allem in den Sommermonaten ist mit erhöhten Ozonwerten zu rechnen. Da Ozon unter der Einwirkung von Sonneneinstrahlung gebildet wird, entsteht es abseits von Verkehr, also auch in großen Grünbereichen der Stadt<sup>70</sup>. Hohe Konzentrationen treten bei heißem und windschwachem Wetter auf. Bei besonders hohen Ozonkonzentrationen sollten vor allem empfindliche Personen und jene mit Atemwegsproblemen Anstrengungen in der Hitze vermeiden. Der normale Aufenthalt im Freien, wie zum Beispiel ein Spaziergang, Baden oder ein Picknick, ist auch für gefährdete Personen unbedenklich.

Ein maßgeblicher kurzfristiger Grenzwert für Ozon beträgt 180 µg/m<sup>3</sup> und wird als **Informationsschwelle** bezeichnet. Sie ist ein Ein-Stunden-Mittelwert. Ein Acht-Stunden-Mittelwert von 120 µg/m<sup>3</sup> darf an höchstens 25 Tagen pro Kalenderjahr überschritten werden (= Zielwert). Die sogenannte **Alarmschwelle** wird erreicht, wenn ein Ein-Stunden-Mittelwert von 240 µg/m<sup>3</sup> überschritten wird.

Zur Information der Bevölkerung über die aktuelle Luftqualität in Wien hat die Umweltschutzabteilung der Stadt Wien (MA 22) **Ozonix** – einen Computer-Tonbanddienst des Wiener Luftmessnetzes – eingerichtet, der stündlich aktualisiert wird und über den die gemessenen Ozonwerte abrufbar sind. Außerdem werden in den Medien (Fernsehen und Rundfunk) Überschreitungen der Grenzwerte verlautbart. Den meisten Personen sollte ein Aufenthalt im Freien auch bei erhöhten Ozonwerten keine Probleme bereiten. Für Kinder ist das Spielen im Freien auch dann jedenfalls noch gesünder, als sich zu lange in geschlossenen oder gar verrauchten Räumen aufzuhalten.

Die Ozon-Alarmschwelle von 240 µg/m<sup>3</sup> ist in Wien seit 2017 nicht mehr erreicht worden. 2021 und 2022 wurde ein Überschreiten des Zielwertes für Ozon (120 µg/m<sup>3</sup>) an allen 5 Messstellen registriert (Stadt Wien 2021 und 2022b, 31f). Zielwerte sind nach Möglichkeit zu unterschreiten, um schädliche Einflüsse auf die menschliche Gesundheit und die Umwelt insgesamt zu verhindern (ebda, 7). Die Informationsschwelle von 180 µg/m<sup>3</sup> wurde 2022 an 2 Tagen und 4 Messstellen (einmal Lobau und Liesing, einmal Hohe Warte und Hermannskogel) überschritten (Stadt Wien 2022b, 31). Im Jahr 2023 ist die Ozon-Informationsschwelle an einigen Tagen im Sommer, die Ozon-Alarmschwelle nie überschritten worden<sup>71</sup>.

## HITZE

In Österreich war der **Temperaturanstieg** in der Vergangenheit in etwa doppelt so hoch wie im globalen Mittel. Auch das im Vergleich der letzten Jahre relativ kühle Jahr 2021 war durchschnittlich um 1,1 °C wärmer als in der vorindustriellen Zeit. In Österreich lag der Wert damit auf dem gleichen Niveau wie auf globaler Ebene, nachdem in den Jahren davor die Plus-2-Grad-Marke bereits mehrmals überschritten worden war. Die Entwicklung der vergangenen Dekaden zu höheren Temperaturen setzt sich derzeit fort<sup>72</sup>.

69 [wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/ozon.html](https://wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/ozon.html)

70 [wien.gv.at/umwelt/luft/luftqualitaet.html](https://wien.gv.at/umwelt/luft/luftqualitaet.html)

71 Wird laufend aktualisiert auf [wien.gv.at/ma22-lgb/alb2023.htm](https://wien.gv.at/ma22-lgb/alb2023.htm)

72 Zusammenfassung des Klimaschutzberichts 2022 (Anderl et al. 2022a), abrufbar unter [umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/rep0817bfz.pdf](https://umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/rep0817bfz.pdf), S. 2.

Zur Untersuchung des Einflusses der thermischen Belastung auf die menschliche Gesundheit werden häufig > **Mortalitätszahlen** herangezogen, da diese in vielen Ländern seit ausreichend langer Zeit erfasst werden. Dabei wird die Zahl an Todesfällen berücksichtigt, die in Hitzeperioden vermehrt auftreten und daher auf hitzebedingte Ursachen zurückzuführen sein könnten. Hohe Außentemperaturen können sich nicht nur in einer erhöhten Mortalität niederschlagen, sondern sich auch auf die > Morbidität und das Leistungsvermögen der Menschen negativ auswirken. Diese Auswirkungen quantitativ zu erfassen ist jedoch schwierig.

**Prognosen** zeigen, dass in Österreich künftig Tage mit thermischen Komfortbedingungen abnehmen und Tage mit starker Wärmebelastung zunehmen werden (Arrouas & Ditto 2017, 3). Bereits im Jahr 2015 hat eine Studie zu Costs of Inaction (Steininger et al. 2015) aufgezeigt, dass unter der Annahme eines moderaten Klimawandels und mittlerer sozioökonomischer Entwicklung um das Jahr 2030 in Österreich mit 400 hitzeassoziierten Todesfällen pro Jahr gerechnet werden muss. Für die Mitte des Jahrhunderts wäre mit 1.060 Todesfällen pro Jahr zu rechnen, überwiegend in Städten. Wie sehr sich diese Szenarien realisieren, wird davon abhängen, wie weit die Pariser Klimaziele erreicht werden. In der letzten Klimaperiode (1991 – 2020) stieg verglichen mit 1961 – 1990 die mittlere Zahl der **Hitzetage** in Wien pro Jahr von 10 auf 21, wobei sich diese auch in den meisten anderen Landeshauptstädten mehr als verdoppelt haben<sup>73</sup>. Wien liegt hier nun zusammen mit Eisenstadt auf Platz 2 hinter Innsbruck. Der bisherige Rekord an Hitzetagen war 42 im Jahr 2015. Laut Prognosen von GeoSphere Austria werden ohne Klimaschutz bis Ende des Jahrhunderts noch höhere Werte zur Normalität werden.

Ökonomisch schwächere Bevölkerungsschichten und Migrant\*innen sind oft aufgrund ihrer Wohnsituation in dichter verbauten Stadtteilen mit weniger Grünflächen, schlechterer Bausubstanz und Einschränkung der nächtlichen Durchlüftung wegen des Verkehrslärms stärker von Hitze betroffen. Hitzestress ist allgemein verbunden mit: einer Beeinträchtigung der Lebensqualität, reduzierter Konzentrations- und Leistungsfähigkeit bis hin zur Belastung des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemwege, was im Extremfall zu Todesfällen führen kann (APCC 2018, 70).

Besonders vulnerabel für hohe Umgebungstemperaturen, insbesondere in Verbindung mit hoher Luftfeuchte, sind ältere Menschen, Kinder, Patient\*innen mit Herz-Kreislauf- und psychischen Krankheiten sowie Personen mit eingeschränkter Mobilität.

Daten zur > **Übersterblichkeit** im Zusammenhang mit den zunehmend steigenden Außentemperaturen stellt die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) durch ihr Hitze-Mortalitätsmonitoring zur Verfügung<sup>74</sup>. Dieses dient zur Analyse, ob die Anzahl der beobachteten Todesfälle in Österreich in den Sommermonaten eines Jahres über der statistisch erwarteten Anzahl liegt und ob dies mit dem Auftreten von heißen Wochen – definiert als jene mit Temperaturminimum der heißesten Nacht dieser Woche über 18 °C – korreliert. Das Monitoring soll im Endausbau auch ermöglichen, hitzeassoziierte Mortalität auch kleinräumig (etwa auf Wiener Ebene) zu bestimmen. In weiterer Folge soll es zur Entwicklung von Strategien herangezogen werden, um gesundheitliche Folgen von Hitzewellen abzuschwächen.

2022 lag die geschätzte hitzeassoziierte Übersterblichkeit in Österreich mit 231 Personen etwa auf demselben Niveau wie 2021. In den Jahren 2017 und 2018 gab es signifikante hitzeassoziierte Abweichungen vom langjährig normalen Sterblichkeitsniveau, die sogar noch größer waren. Sie lagen bei 375 bzw. 550 Personen.

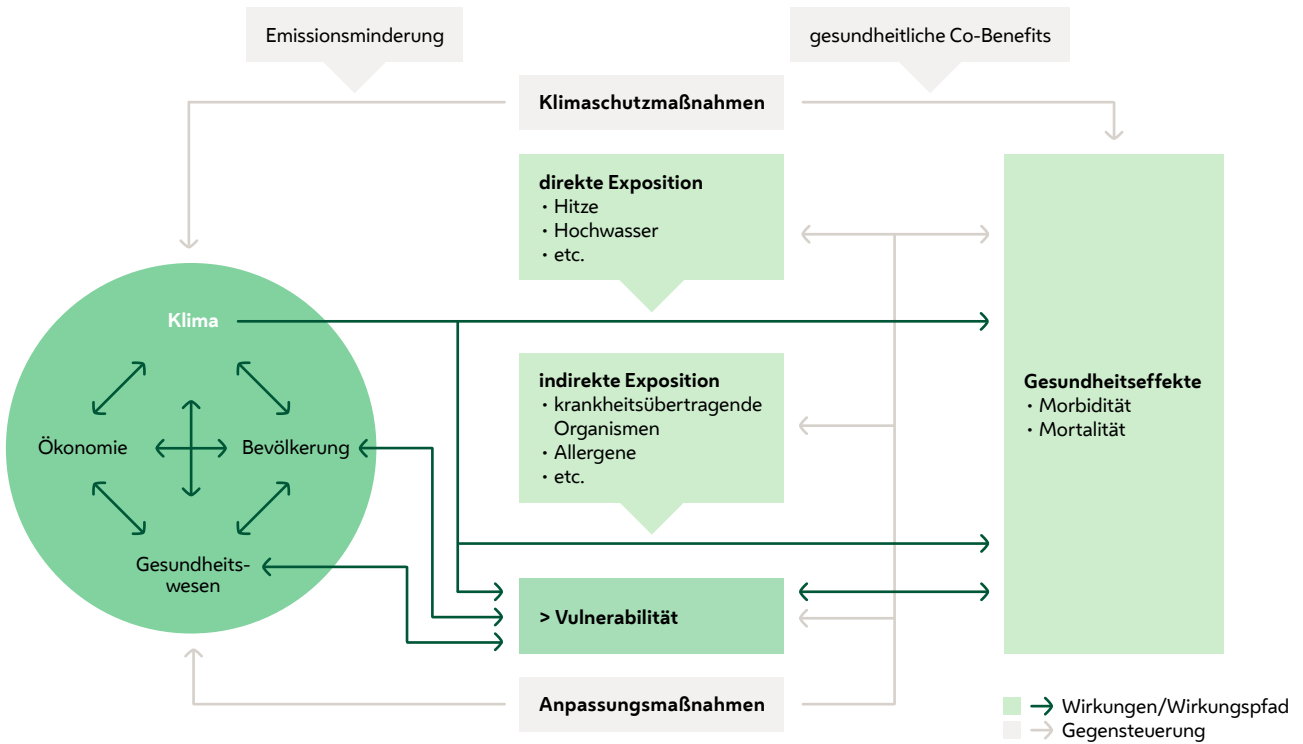
Das Klimaforschungsnetzwerk Österreich (Climate Change Centre Austria, CCCA) untersucht Gesundheitsdeterminanten, die auf klimatische Bedingungen zurückgeführt werden. Ein entsprechendes Wirkungsmodell (APCC 2018, 116) dazu zeigt Abbildung 86.

73 zamg.ac.at/cms/de/klima/news/massive-zunahme-an-hitzetagen

74 ages.at/umwelt/klima/klimawandelanpassung/hitze



Abb. 86: Wirkungsmodell: Auswirkungen des Klimawandels und Gegenmaßnahmen



Quelle: APCC 2018, 116

Initiativen gegen klimabedingte gesundheitliche Probleme in Wien sind u.a. der Strategieplan Urban Heat Islands der Umweltschutzabteilung der Stadt Wien (MA22) – er beschreibt Möglichkeiten, städtische Hitzeinseln abzukühlen –, die Rahmenstrategie 2050 Smart City Wien sowie die vom Umweltbundesamt entwickelte App City Oases.

## LÄRM

Unerwünschte oder gesundheitsschädliche Geräusche im Freien, die durch Aktivitäten von Menschen verursacht werden, bezeichnet man als **Umgebungs-lärm**. Dieser kann auch bei geringem Schalldruck zu Stressreaktionen im Körper führen (und in Folge beispielsweise zu Bluthochdruck, Muskelverspannungen oder Schlafproblemen) und die Lebensqualität senken. Da Lärm unterschiedlich wahrgenommen wird, kann sich gemessener Lärm von der individuellen gefühlten Lärmbelastung unterscheiden (Stadt Wien 2017, 96).

Als Kennwert für die Belastung der Bevölkerung durch Umgebungs-lärm sowie zum Setzen entsprechender Maßnahmen zur Vermeidung von Lärmquellen, hat die EU einen **LDEN-Lärmindex** beschlossen. Er ist ein Umgebungs-lärm-Richtwert, gemessen in Dezibel (dB). Der Grenzwert für Lärmschutz beträgt 60 dB am Tag und 50 dB in der Nacht. Die WHO empfiehlt für einen optimalen vorbeugenden Gesundheitsschutz sogar etwas niedrigere Grenzwerte der Lärmeinwirkung: z.B. aus dem Straßenverkehr von 53 dB tagsüber und 45 dB in der Nacht<sup>75</sup>. Laut WHO wurde nämlich nachgewiesen, dass eine dauerhaft höhere Lärmeinwirkung das Risiko verschiedener Erkrankungen, u.a. > ischämischer Herz-Kreislauf-Krankheiten inklusive Herzinfarkt, signifikant erhöht.

<sup>75</sup> [laerminfo.at/ueberlaerm/laermwirkung/who\\_richtwerte.html](http://laerminfo.at/ueberlaerm/laermwirkung/who_richtwerte.html)

Das Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie stellt online strategische **Lärmkarten** für Wien zur Verfügung<sup>76</sup>. Diese dienen der übersichtlichen Darstellung von Lärmbelastungen in großen Gebieten sowie als Grundlage für die **Umgebungsärm-Aktionsplanung**. Seit dem Jahr 2007 sind alle 5 Jahre Lärmkarten zu erstellen. Die unterschiedlichen Lärmquellen werden getrennt dargestellt. Dabei handelt es sich um Lärm durch: Straßen-, Schienen- und Flugverkehr, sowie in Ballungsräumen durch bestimmte Industrieanlagen. Die Lärmkartierung wird aufgrund von Parametern wie erlaubter Fahrgeschwindigkeit (wobei die tatsächliche Fahrgeschwindigkeit davon abweichen kann), Verkehrsstärke und Bebauung berechnet.

Laut **Betroffenauswertung** (Gartner & Ortner 2023, 115) waren im Jahr 2021 689.600 Wiener\*innen in ihrem Wohnbereich einem durchschnittlichen Straßenlärm von mehr als 60 dB ausgesetzt. Nachts waren 697.600 Wiener\*innen von einem Lärmpegel über 50 dB betroffen. Beide Werte entsprechen ungefähr 36 % der Wiener Bevölkerung. Abgeleitet wurden dabei für Wien folgende Gesundheitskennzahlen: 243.063 Personen unterliegen einer starken Lärmbelastung, 75.597 Personen leiden unter starken Schlafstörungen aufgrund der Lärmbelastung und 368 Personen entwickeln ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten aufgrund des chronischen Umgebungsärmes.

Der alle 4 bis 5 Jahre erhobene Mikrozensus-Umweltbedingungen der Statistik Austria stellt dar, in welchem Ausmaß sich Menschen in ihrem Wohnbereich von Lärm beeinträchtigt fühlen. Im Jahr 2019 fühlten sich 47,1% der Wiener\*innen durch Lärm belästigt (Neubauer 2020, 52). Die schlechteste Lärmsituation liegt nach Auskunft der Befragten in Wohngebungen vor, die „mit mehrgeschossigen Häusern dicht verbaut sind“. Bis zum Mikrozensus 2011 war der Verkehr die maßgebende Lärmquelle in Österreich. Seit der Erhebung 2015 werden die Verkehrs- und die Nicht-Verkehrslärmquellen (z.B. Lokale, Baustellen, Nachbarn) in etwa gleich häufig genannt (ebda, 58f). Die Bedeutung des Verkehrssektors ging von einem Anteil von 73,5 % an allen Lärmstörungen 2003 auf 48,5 % im Jahr 2019 zurück. Nach Altersgruppen betrachtet steigt die Belastung durch den Verkehr mit höherem Alter stetig an, während nicht-verkehrsbedingte Lärmquellen mit zunehmendem Alter relativ an Bedeutung verlieren.

76 laerminfo.at/





# **Gesundheitsförderung und Prävention**

In diesem und dem nächsten Kapitel geht es um die Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit der Wiener\*innen, sowie um die Einrichtungen, die für diese Zwecke in Wien zur Verfügung stehen, und deren Performance.

Auf den folgenden Seiten werden zuerst grundlegende Begriffe der Gesundheitsförderung erklärt. Des Weiteren werden die Strukturen und einige der Aktivitäten, die es in Wien im Bereich der Gesundheitsförderung gibt, überblicksartig dargestellt.

Danach wird der Fokus auf den Gesundheitsschutz gelegt und dargestellt, welche Angebote zur Vorbeugung und Verhütung (Prävention) von Krankheiten es in Wien gibt und wie sie in Anspruch genommen werden. Dies betrifft v.a. Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

## Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung soll Menschen befähigen, ihre Gesundheit selbst zu beeinflussen und zu verbessern (> WHO 2021, 4). Sie konzentriert sich dabei einerseits auf die Stärkung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten. Andererseits möchte sie soziale und ökonomische Gesundheitsdeterminanten (> Determinante) und die Lebensverhältnisse der Menschen so beeinflussen, dass diese sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Im Sinne der Ottawa-Charta, dem Grundlagendokument der Gesundheitsförderung (WHO 1987), betätigt sie sich dabei auf folgenden Handlungsfeldern:

- (themenübergreifende) Entwicklung gesundheitsfördernder Politik
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten (> Settings, s.u.)
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste und anderer gesundheitsrelevanter Einrichtungen
- Förderung persönlicher Kompetenzen und Fertigkeiten (> Gesundheitskompetenz und > Skills for Health)

**Politik** ist dann gesundheitsfördernd, wenn sie dem Prinzip > **Health in all Policies (HiAP)** folgt. Demnach ist es auch in allen anderen Politikbereichen (als der klassischen Gesundheitspolitik) wichtig, bei Entscheidungen die gesundheitlichen Folgen für die Bevölkerung stets mit zu berücksichtigen (WHO 2021a, 6). Idealerweise würden sich Akteurinnen und Akteure verschiedener Regierungsebenen und Bereiche<sup>77</sup> wie Bildung, Umwelt, Wirtschaft, Soziales etc. dazu regelmäßig miteinander abstimmen. Schließlich können sich Gesetze, Verordnungen usw., die einen der Bereiche regeln, immer auch positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken. Umgekehrt haben gesundheitliche Verbesserungen auch stets das Potenzial, auf die anderen Bereiche positiv zurückzuwirken (Greer et al. 2022).

Gesundheitsförderung, die die Lebenswelten der Bevölkerung verbessern will, setzt beim **Setting** an, also bestimmten Orten, in denen Menschen alltäglichen Aktivitäten (Arbeiten, Lernen, Wohnen etc.) nachgehen (WHO 2021a, 30). Diese Orte sind jeweils mit einem > sozialen Kontext, der sich durch bestimmte Rollen, Verhaltensnormen, Beziehungen, Organisationsstrukturen etc. auszeichnet, verbunden. Bekannte Settings sind z.B. Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, lokale Gemeinschaften usw. Programme zur Gesundheitsförderung wollen an solchen Orten z.B. baulich etwas verbessern, Beziehungen stärken und gesundes Verhalten erleichtern.

Individuellen Menschen versucht Gesundheitsförderung praktische Fähigkeiten zu vermitteln, die sie alltäglich nutzen können, um ihre Gesundheit zu verbessern (Skills for Health).

<sup>77</sup> Ein Framework für die Implementation von HiAP auf allen Regierungsebenen liefern Shankardass et al. (2018).

Verbunden damit verfolgt Gesundheitsförderung auch das Ziel der Steigerung der **Gesundheitskompetenz**. Diese umfasst die Fähigkeit bzw. die > Ressourcen, Informationen und relevantes Wissen zu erhalten, zu verstehen und zu bewerten (WHO 2021, 6f). Im Gesundheitssystem, der Kindererziehung, beim Einkaufen usw. hilft sie situativ passend informierte Entscheidungen zu treffen.

## STRUKTUREN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN WIEN

In Wien haben sich in den letzten Jahren viele Akteurinnen und Akteure mit der Implementierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung beschäftigt. Es wurden zahlreiche Projekte und Programme gestartet. Einen Einblick in ausgewählte Initiativen bietet die Homepage der **Wiener Gesundheitsförderung (WiG)**<sup>78</sup>. Die 2009 gegründete WiG agiert für das Land Wien als Hauptakteurin. Eine kurze Beschreibung des breit gefächerten Angebots dieser gemeinnützigen GmbH bietet das folgende Kapitel.

Zu den anderen maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren, die in Wien im Bereich Gesundheitsförderung aktiv sind, gehören der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), zahlreiche Vereine, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser sowie die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), welche über ihre Wiener Zweigstelle zahlreiche Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung unterstützt und abwickelt. Alle genannten Akteurinnen und Akteure verfolgen das Ziel, in Wien für alle Einwohner\*innen ein Umfeld für bessere Gesundheit und bessere Lebensqualität zu schaffen.

## DIE AKTIVITÄTEN DER WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG (WiG)<sup>79</sup>

Seit dem Jahr 2009 vereint die Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG, die zu 100 Prozent im Eigentum der Stadt Wien steht, im Ressort Soziales, Gesundheit und Sport alle Bereiche der Gesundheitsförderung unter einem Dach und entwickelt die Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Sinne einer umfassenden **Public-Health-Strategie** für die Wiener\*innen weiter.

Gesundheit wird nicht als statischer Zustand, sondern als ein in Bewegung befindlicher Prozess verstanden. Gesundheitsorientiertes Denken steht im Zentrum – und damit die Frage, wie Verhaltensweisen und Verhältnisse gesundheitsförderlicher gestaltet werden können. Gesundheitliche Benachteiligungen aufgrund des > sozialen Status, des Geschlechts oder eines > Migrationshintergrunds sollen ausgeglichen werden. Neben der Umsetzung eigener Gesundheitsförderungsaktivitäten (durchschnittlich 40 pro Jahr) und der Förderung innovativer Initiativen (durchschnittlich 28 pro Jahr) hat die Wiener Gesundheitsförderung auch die Aufgabe, die vielfältigen Player im Feld zu koordinieren und zu vernetzen sowie – durch Lobbying und Networking – zu einer stärkeren Beachtung der gesundheitlichen Sichtweisen in allen Lebens- und Politikbereichen beizutragen.

So arbeitet die WiG auf Ebene der Stadt Wien eng mit dem Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele zusammen. International gesehen wurde Wien nach einem umfassenden Aufnahmeverfahren und mit einem Beschluss des Wiener Gemeinderates zuletzt auch wieder in die mittlerweile siebte Phase (2019 – 2025) des **Gesunde-Städte-Netzwerks der WHO** aufgenommen. Inhaltlich kommt dabei der intersektoralen Zusammenarbeit – Health in all Policies (HiAP) – eine zentrale Rolle zu. Koordinationsstelle für das WHO-Projekt Wien – Gesunde Stadt ist seit 2009 die Wiener Gesundheitsförderung.

Seit 2010 stellt die **kommunale Gesundheitsförderung** in der Großstadt Wien einen zentralen Bereich der Wiener Gesundheitsförderung dar und wird stetig ausgebaut. So ist die

<sup>78</sup> wig.or.at/programme

<sup>79</sup> Der Text dieses Kapitels wurde als offizieller Beitrag der Wiener Gesundheitsförderung – WiG freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Peter Hager, MA (Referent der Geschäftsführung).

Ausweitung auf ganz Wien bis Ende 2024 geplant. Seit dem Start des Programms Gesunde Bezirke wurde die Zahl der Schwerpunkt-Bezirke von ursprünglich 5 auf aktuell 14 fast verdreifacht. In der Leopoldstadt, Landstraße, Wieden, Margareten, Mariahilf, Simmering, Favoriten, Meidling, Penzing, Rudolfsheim-Fünfhaus, Ottakring, der Brigittenau, Floridsdorf und der Donaustadt wird – in enger Zusammenarbeit mit den Bezirksvorstehungen sowie mit Einrichtungen und Akteurinnen und Akteuren vor Ort – versucht, die Wohnumgebung mitsamt ihren Angeboten wie Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen, Senior\*innen-Treffs oder Freizeiteinrichtungen in Richtung gesundheitsfördernder Lebenswelten zu verändern. Unter dem Titel Ihre Gesunde Idee für den Bezirk! werden außerdem Privatpersonen wie auch Organisationen aus den Gesunden Bezirken dabei unterstützt, ebendort selbst kleine gesundheitsförderliche Maßnahmen umzusetzen. Die Umsetzung konkreter Aktivitäten und Angebote erfolgt immer auf Basis von soziodemografischen sowie Gesundheitsdaten, also in jenen Bezirken bzw. Grätzeln innerhalb der Bezirke, in denen überwiegend > **sozioökonomisch benachteiligte Menschen** leben oder arbeiten.

Auf organisationaler Ebene liegt ein Schwerpunkt der Wiener Gesundheitsförderung auf der Zielgruppe **Kinder und Jugendliche**. So haben sich das Netzwerk Gesund im Wiener Kindergarten und das Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS) mittlerweile etabliert. Mit dem Programm Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum wird in Wiener Kindergärten bzw. Volksschulen spielerisch die Bedeutung von gesunden Zähnen vermittelt, die Gesundheitskompetenz der Kinder gestärkt und zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motiviert. Eltern bzw. Betreuungspersonen und die Pädagog\*innen werden in ihren Kompetenzen geschult.

Mit dem Wiener Schulfruchtprogramm wird nachhaltig zum Verzehr von Obst und Gemüse bei Kindern und Jugendlichen als Zielgruppe angeregt. Wöchentliche Gratis-Lieferungen von diesen Produkten, die möglichst gesund, regional und saisonal ausgewählt werden, erfolgen direkt an alle Klassen in Pflichtschulen der Stadt Wien. Die Kinder, aber auch die Eltern, Erziehungsberechtigten und Pädagog\*innen werden gezielt mit wertvollen Informationen zum Thema Gesunde Ernährung versorgt. Ergänzend werden Projekte zur ausgewogenen Ernährung, zur aktiven Mobilität oder auch zur sexuellen Gesundheit bei Jugendlichen umgesetzt. Gerade bei den Jugendlichen zählen – neben den Schulen – auch die Einrichtungen der außerschulischen Jugendarbeit zu den wichtigsten Kooperationspartner\*innen der WiG.

Großer Wert wird bei allen Umsetzungen daraufgelegt, dass die eigentliche Zielgruppe stark in die Umsetzung involviert ist. Ein Best Practice-Beispiel dafür ist das Projekt Jugendgesundheitskonferenz, in dessen Rahmen sich Jugendliche auf ihre eigene Weise mit den ihnen wichtigen Gesundheitsthemen beschäftigen und die Ergebnisse auch der Öffentlichkeit präsentieren können.

Durch die Implementierung des Arbeitsschwerpunktes Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) hat die Wiener Gesundheitsförderung ihre Position als Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung in Wien weiter ausgebaut. Kurz- und mittelfristig sollen Magistrate der Stadt Wien sowie stadtnahe Betriebe mit **betrieblicher Gesundheitsförderung** erreicht werden. Längerfristig werden auch Klein- und Kleinstbetriebe in den Schwerpunktbezirken der Wiener Gesundheitsförderung bei der Planung und Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung unterstützt.

Für die Wiener Gesundheitsförderung sind auch **Personen im hohen Alter** eine wichtige Fokusgruppe. Ziel ist dabei zu unterstützen, die gesunden Lebensjahre im hohen Alter über gesunde Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe bzw. seelische Gesundheit zu erhalten bzw. zu stärken. Das gelingt zum Beispiel auch sehr gut über intergenerative Projekte.

Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien in der Wiener Gesundheitsförderung ist die erste Anlaufstelle für alle, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von **Selbsthilfegruppen** haben. Als themenübergreifende Kontaktstelle steht sie für Betroffene, Angehörige und Vertreter\*innen relevanter Berufsgruppen gleichermaßen zur Verfügung. Zudem wird aktuell die Finanzierung des Selbstvertretungszentrums Wien fortgesetzt. Ziel dieses Zentrums



ist es, das Selbstbewusstsein von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu stärken, ihre Diskriminierung zu vermindern und ihre Teilhabe auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu verbessern. Erreicht wird dies durch Informations- und Aufklärungsarbeit, Betroffenenberatung, durch Fort- und Weiterbildung von Menschen mit Lernschwierigkeiten, Öffentlichkeitsarbeit und die Erstellung von Materialien in Leichter Sprache. Selbsthilfegruppen leisten durch ihre Arbeit einen eigenständigen, durch Professionelle nicht zu ersetzenden Beitrag für das Gesundheits- und Sozialwesen. Ein Schwerpunkt der Umsetzung liegt auf den Gesundheits-Kursen, die in Kooperation mit dem Selbstvertretungszentrum Wien und mit Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden. Ziel der Kurse ist die **Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten**, die inhaltliche Gestaltung schließt an den aktuellen wissenschaftlichen Diskursen zu Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung an. Durch den gewählten pädagogischen Zugang entspricht das Kursprogramm den Forderungen der UN-Behindertenrechts-Konvention.

Ein weiteres spezifisches Beratungsangebot der Wiener Gesundheitsförderung ist die **Hotline für Essstörungen**. Das spezialisierte Expert\*innen-Team bietet qualitativ hochwertige Telefon- und Online-Beratung für Betroffene, Angehörige, Fachleute und alle, die Fragen zum Thema Essstörungen haben, an. Zusätzlich werden auch Workshops veranstaltet, mit besonderem Augenmerk auf supervisorische Elemente, Empowerment und Austausch mit bzw. unter den Multiplikator\*innen zum Thema.

Die **Öffentlichkeitsarbeit** der Wiener Gesundheitsförderung orientiert sich zumeist auch am jeweiligen Jahresschwerpunkt (z.B. Gesund leben in Corona-Zeiten, Gesundheit und Sport/Bewegung, Gesunde Kindheit, Gesunde Jugend etc.). Dieser wird jeweils durch eine Informations- und Aktivierungskampagne begleitet bzw. verstärkt. Wie bei allen Aktivitäten und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit gilt: Die Botschaften der Gesundheitsförderung werden in einfacher Sprache und immer positiv transportiert, um wirklich alle Wiener\*innen zu erreichen. Das Magazin Gesunde Stadt greift ebenfalls die Themen des Jahresschwerpunktes auf, zusätzlich widmet sich eine jährliche Sonderausgabe aktuellen Entwicklungen bzw. Trends bei den Schwerpunktthemen ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung und seelische Gesundheit. Das Print-Produkt kann kostenlos abonniert werden, seit 2023 gibt es auch eine barrierefreie E-Paper-Ausgabe auf der Website [wig.or.at](http://wig.or.at). Weitere themenspezifische Printprodukte können ebenfalls über den Broschüren-Bestellservice der WiG kostenlos abgerufen werden bzw. stehen auf der Website zum Download zur Verfügung.

Über die **Veranstaltungsschiene** Life Lounge – die ähnlich einem Messestand ist – erfahren die in Wien lebenden Menschen die Themen der Gesundheitsförderung interaktiv. Außerdem werden spezielle Angebote vermittelt. Die Auftritte der Life Lounge finden ganzjährig statt und erfolgen an öffentlichen Plätzen, in Wiener Bädern, Wiener Einkaufszentren bzw. im Rahmen von Veranstaltungen der Wiener Gesundheitsförderung bzw. deren Kooperationspartner\*innen.

Erfreulicherweise wird den Themen Gesundheitsförderung und Prävention ein immer höherer Stellenwert beigemessen – sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene. Deswegen kann die Wiener Gesundheitsförderung für die Umsetzung ihrer zahlreichen Projekte und Aktivitäten neben dem von der Stadt Wien zur Verfügung gestellten Budget auch – jeweils projektbezogen – auf **finanzielle Mittel** etwa aus EU-Förderungen, dem Landesgesundheitsförderungsfonds, der Bundesgesundheitsagentur oder dem Fonds Gesundes Österreich zählen.

# Prävention

Im Vergleich zur stärker ressourcenorientierten Gesundheitsförderung verfolgt **Prävention** das defensivere Ziel der vorausschauenden Vermeidung bzw. des frühen Erkennens von Risiken, negativen Anzeichen oder Vorstufen von Krankheiten. Folglich versuchen Präventions-Maßnahmen, Risiken für Krankheiten zu reduzieren, ihrem Entstehen zuvorzukommen, ihr Fortschreiten oder ihre Folgen zu verhindern (WHO 2021a, 5).

## ARTEN DER PRÄVENTION

Je nachdem, in bzw. vor welchem Stadium der Erkrankung eine präventive Maßnahme ansetzt, wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Diese drei Arten von Prävention werden laut WHO (2021a, 5) folgendermaßen unterschieden:

- **Primärprävention:** bezeichnet Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten bevor sie entstehen, z.B. indem versucht wird, bekannte Risikofaktoren wie Tabakkonsum, hohen Blutdruck usw. zu reduzieren (z.B. durch Lebensstil-Beratung).
- **Sekundärprävention:** umfasst die Früherkennung und alle Maßnahmen, die auf eine Verhinderung oder Verzögerung des Fortschreitens einer Krankheit abzielen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen und Screenings).
- **Tertiärprävention:** bezieht sich auf den Umgang mit Krankheitsfolgen und will Verschlechterungen oder Komplikationen möglichst vermeiden helfen, z.B. durch Patient\*innen-Schulungen und Disease-Management-Strategien.

## IMPFUNGEN

Zu den wichtigsten Maßnahmen der **Primärprävention** zählen Impfungen, da sie wirksam und kosteneffektiv dabei helfen, die Entstehung von Infektionskrankheiten im Vorfeld zu verhindern. Im > ATHIS wird routinemäßig nach dem Bestehen eines aufrechten Impfschutzes gegen verschiedene Infektionskrankheiten gefragt. Darunter befinden sich mit Tetanus, Diphtherie, Poliomyelitis und FSME Krankheiten, die schon im kostenfreien Kinderimpfplan für 0- bis 6-Jährige enthalten sind und im Erwachsenenalter nicht kostenfrei nachgeholt bzw. aufgefrischt werden sollen, sowie Influenza (Grippe), für die jährlich eine Schutzimpfung empfohlen ist<sup>80</sup>.

Da die Datenerhebung kurz vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie stattfand, kann ATHIS nicht als Datenquelle für den Impfstatus gegen das neuartige Corona-Virus herangezogen werden. Allenfalls lassen sich daraus Hinweise auf die allgemeine Impfbereitschaft vor Ausbruch der Pandemie ableiten.

Außer bei Grippe, gab eine Mehrheit der Wiener\*innen bei allen abgefragten Krankheiten jeweils an, dass ein aufrechter Impfschutz bestehe. Die jeweiligen Anteile finden sich in Tabelle 29:

**Tab. 29: Anteil Erwachsener mit aufrehtem Impfschutz (selbst berichtet), Wien, 2019**

| Tetanus | Diphtherie | Poliomyelitis | FSME   | Grippe (letzte 12 Monate) |
|---------|------------|---------------|--------|---------------------------|
| 72,0 %  | 59,6 %     | 59,5 %        | 58,0 % | 11,8 %                    |

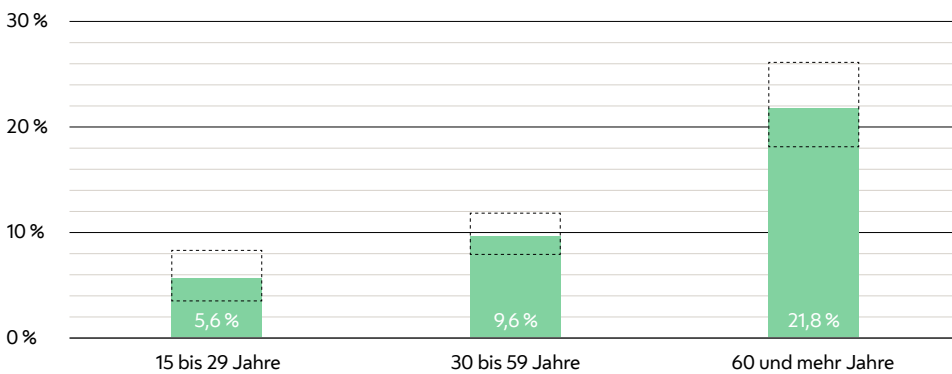
Quelle: ATHIS 2019

<sup>80</sup> Vergleiche Tabelle Impfplan unter [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html)

Für **Grippe** (die saisonale Influenza) ist die Frage nach dem aufrechten Impfschutz schwieriger zu beantworten. Daher wurde hier gefragt, ob geimpft wurde und wenn ja, wann die letzte Impfung stattgefunden hat. Da sich Grippeviren ständig verändern und der Impfstoff daher jährlich angepasst werden muss, wird empfohlen, sich jährlich impfen zu lassen, um bestmöglich geschützt zu sein.

Allerdings gaben nur 11,8 % der Wiener\*innen an, sich in den letzten 12 Monate gegen die Grippe impfen haben zu lassen. Weitere 25 % haben sich zwar impfen lassen, dies lag aber schon länger zurück. Bei ihnen war also anzuzweifeln, ob der Impfschutz noch aufrecht war. Frauen gaben mit 67,1% > signifikant häufiger als Männer an, sich noch nie gegen Grippe impfen haben zu lassen. Bei Männern war dies zu 59,0 % der Fall. Die Häufigkeit einer aufrechten Grippeimpfung steigt unabhängig vom Geschlecht signifikant mit dem Alter (Abb. 87).

**Abb. 87: Grippeimpfung in den letzten 12 Monaten, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Dennoch ist der Anteil jener, die sich noch nie gegen die Grippe haben impfen lassen, auch in höherem Alter sehr hoch. Er beträgt bei den Ab-60-Jährigen 51,3 % und ist bei Frauen dieses Alters mit 57,3 % signifikant höher als bei Männern mit 43,5 %.

Als beachtenswerte Erweiterung des kostenfreien Kinder-Impfplans wurde 2014 die Impfung gegen **Humane Papilloma-Viren (HPV)** für 9- bis 12-Jährige darin aufgenommen<sup>81</sup>. 2023 wurde das Gratis-Angebot auf Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erweitert, wobei die Impfung bis zum 30. Lebensjahr unbedingt empfohlen wird<sup>82</sup>. Im ATHIS wird diese wichtige Maßnahme der Gebärmutterhalskrebs-Prävention (noch) nicht erfasst. Weiterführendes dazu im Kapitel zur Krebs-Früherkennung (s.u.).

## VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

Untersuchungen zur allgemeinen Gesundheitsvorsorge sowie zur Früherkennung bestimmter Erkrankungen zählen zu den wichtigsten Maßnahmen der **Sekundärprävention**. Sie dienen dem Erkennen bestehender Risikofaktoren für Krankheiten und deren Verringerung durch geeignete Maßnahmen. Häufige Erkrankungen sollen bereits in ihren Vorstufen oder einem möglichst frühen Stadium erkannt werden.

### Allgemeine Vorsorgeuntersuchung

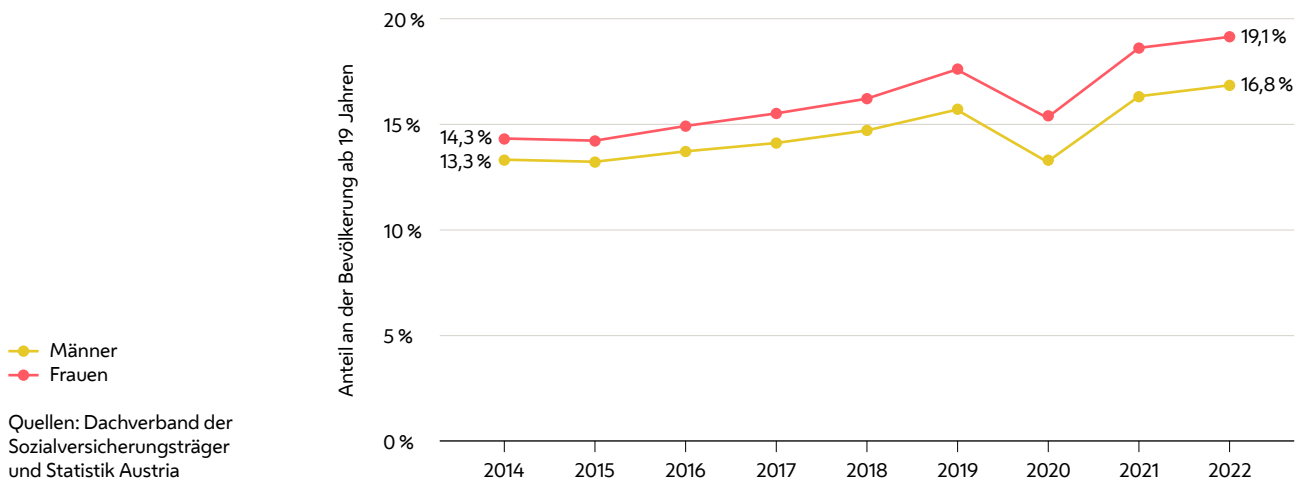
Von den ca. 1,57 Mio. erwachsenen Personen, die 2022 in Wien lebten, nahmen laut Daten der österreichischen Sozialversicherung 283.204 das Angebot der allgemeinen

81 [vorsorgemedizin.st/images/downloads/faktum\\_feb14\\_screen\\_end.pdf](https://vorsorgemedizin.st/images/downloads/faktum_feb14_screen_end.pdf)

82 [krebsreport.at/vorsorge/hpv-impfung](https://krebsreport.at/vorsorge/hpv-impfung) sowie [gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/ueberblick/feigwarzen.html](https://gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/ueberblick/feigwarzen.html)

Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Insgesamt entspricht dies einem Anteil von 18,0 % an der ab-19-jährigen Wiener Bevölkerung. Abb. 88 zeigt nach Geschlecht, wie sich dieser Anteil im Laufe der Berichtsperiode entwickelt hat.

**Abb. 88: Allgemeine Vorsorgeuntersuchung, nach Geschlecht, Wien, 2014 bis 2022**

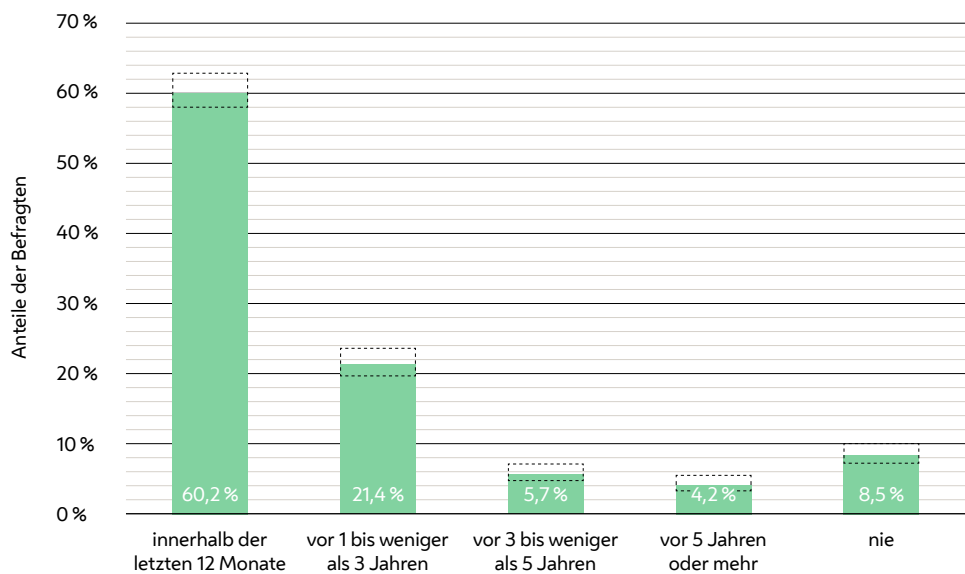


Es lässt sich sowohl bei Wienerinnen als auch bei Wienern ein kontinuierlicher leichter Anstieg erkennen. Dieser verlief bei Frauen etwas schneller als bei Männern, wodurch sich der **Geschlechterunterschied** bei der Inanspruchnahme von einem Prozentpunkt (2014) auf 2,3 Prozentpunkte im Jahr 2022 vergrößerte. Unterbrochen wird der Anstieg nur durch einen Rückgang von jeweils mehr als 2 Prozentpunkten (insgesamt 35.621 Personen) im ersten Pandemiejahr 2020.

### Blutzuckermessung

Zur Vorbeugung bzw. Früherkennung von Diabetes mellitus ist es wichtig, regelmäßig den Blutzucker zu kontrollieren. Die Blutzuckermessung zur Beurteilung des Diabetes-Risikos ist auch ein Basiselement des allgemeinen Vorsorgeuntersuchungsprogramms in Österreich<sup>83</sup>.

**Abb. 89: Letzte Blutzuckermessung, nach Zeitpunkt, Wien, 2019**



<sup>83</sup> [gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html#untersuchungsprogramm](https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html#untersuchungsprogramm)

Im ATHIS 2019 antworteten die befragten Wiener\*innen auf die Frage, wie lange die letzte Blutzuckermessung zurückliegt, wie in Abb. 89 dargestellt: Bei einer Mehrheit von 60,2 % liegt die letzte Blutzuckermessung weniger als 12 Monate zurück, bei zusätzlichen 21,4 % liegt sie zumindest weniger als 3 Jahre zurück.

Wienerinnen ließen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mit 86,8 % zu 76,0 % signifikant häufiger eine Blutzuckermessung durchführen als Wiener. Der **Geschlechterunterschied** besteht vor allem bei Personen mittleren Alters: zwischen 30 und 59 Jahren ließen sich Frauen zu 90,5 % in den letzten 3 Jahren den Blutzucker messen, die Männer nur zu 75,1 % und damit signifikant weniger häufig. Hingegen ließen sich bei den Ab-60-Jährigen mit über 94 % in den letzten 3 Jahren alle Geschlechter gleich häufig den Blutzucker messen.

## SCREENINGS ZUR FRÜHERKENNUNG VON KREBS

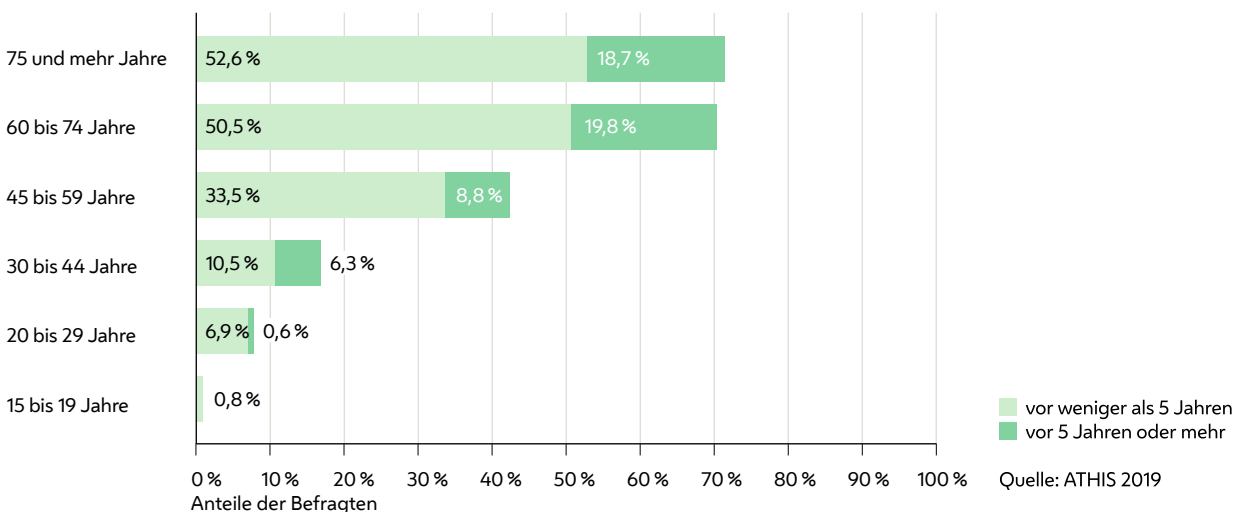
Für einige häufige Krebsarten an relativ leicht zugänglichen Körperteilen ist es für bestimmte Bevölkerungsgruppen sinnvoll, routinemäßig ein Screening durchführen zu lassen, das geeignet ist, eine Erkrankung bereits in sehr frühem Stadium zu erkennen. Laut Berater\*innen-Gremium der EU-Kommission (Europäische Kommission 2022, 28) gibt es in den meisten EU-Ländern Vorsorgeprogramme für **Brust-, Gebärmutterhals- und Darmkrebs**.

In Österreich sehen diese die regelmäßige Durchführung von Koloskopien und Mammografien (als Zusatzuntersuchung des allgemeinen Gesundheitschecks<sup>84</sup>) sowie von PAP-Abstrichen und HPV-Tests (bei gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen<sup>85</sup>) vor. Dies gilt jeweils für definierte Zielgruppen.

### Darmspiegelung (Koloskopie)

Die Darmspiegelung (Koloskopie) als Mittel zur Darmkrebsvorsorge wurde laut ATHIS von beinahe zwei Drittel (65,3 %) der Wiener\*innen noch nie in Anspruch genommen, wobei kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass für diese Untersuchung erst ab einem Alter von 50 Jahren und mehr eine Empfehlung besteht. Es ist daher ratsam, sich die Inanspruchnahme-Häufigkeit in Abhängigkeit vom Alter der Befragten anzusehen (Abb. 90).

**Abb. 90: Letzte Darmspiegelung, nach Zeitpunkt und Altersgruppen, Wien, 2019**



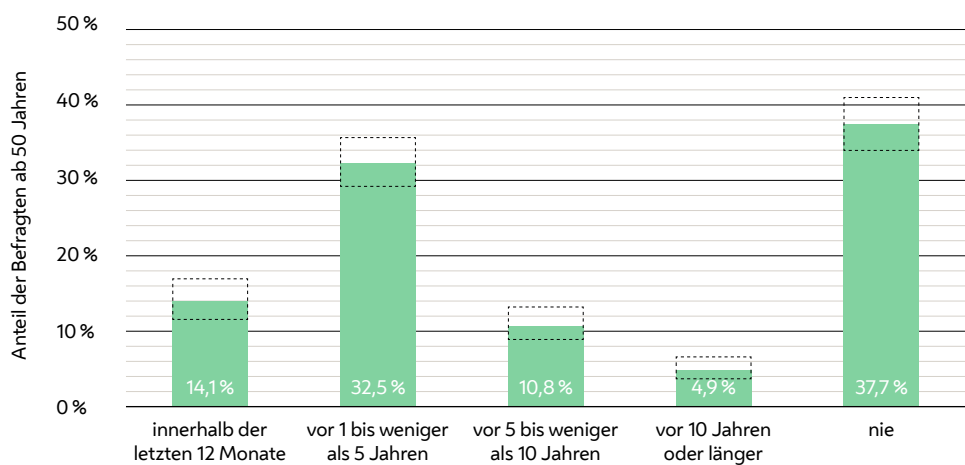
84 [gesundheits.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html#untersuchungsprogramm](https://gesundheits.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html#untersuchungsprogramm)

85 [gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html#warum-sind-vorsorgeuntersuchungen-wichtig](https://gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html#warum-sind-vorsorgeuntersuchungen-wichtig) und <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/ueberblick/feigwarzen.html>

Es ist zu erkennen, dass die Häufigkeiten in den mittleren Altersgruppen zwischen 30 und 59 Jahren deutlich ansteigen. In den höheren Altersgruppen ab 60 Jahren hat bereits eine deutliche Mehrheit der Wiener\*innen eine Koloskopie in Anspruch genommen. 50,5 % der 60- bis 74-Jährigen und 52,6 % der Ab-75-Jährigen taten dies vor weniger als 5 Jahren und befinden sich damit innerhalb des empfohlenen Zeitraums zwischen zwei Untersuchungen. Bei 19,8 % der 60- bis 74-Jährigen bzw. 18,7 % der Ab-75-Jährigen war die Koloskopie bereits **vor 5 Jahren oder mehr**.

Schränkt man die Analyse auf Personen ab 50 Jahren ein, so sinkt der Anteil jener, die noch nie eine Koloskopie in Anspruch genommen haben, auf 37,7 %. Demgegenüber gaben 46,6 % der Befragten an, innerhalb des empfohlenen Zeitraums, also in den letzten 5 Jahren, eine Koloskopie an sich durchführen lassen zu lassen. Gegenüber der vorherigen ATHIS-Erhebung aus 2014 konnte damit eine Steigerung von 7,6 Prozentpunkten erreicht werden (Stadt Wien 2017, 103). Dennoch kommt eine Mehrheit der Befragten (53,4 %) der Empfehlung einer Koloskopie entweder überhaupt nicht oder hinsichtlich des empfohlenen Zeitraums nicht nach.

**Abb. 91: Letzte Darmspiegelung, Personen ab 50 Jahren, nach Zeitpunkt, Wien, 2019**



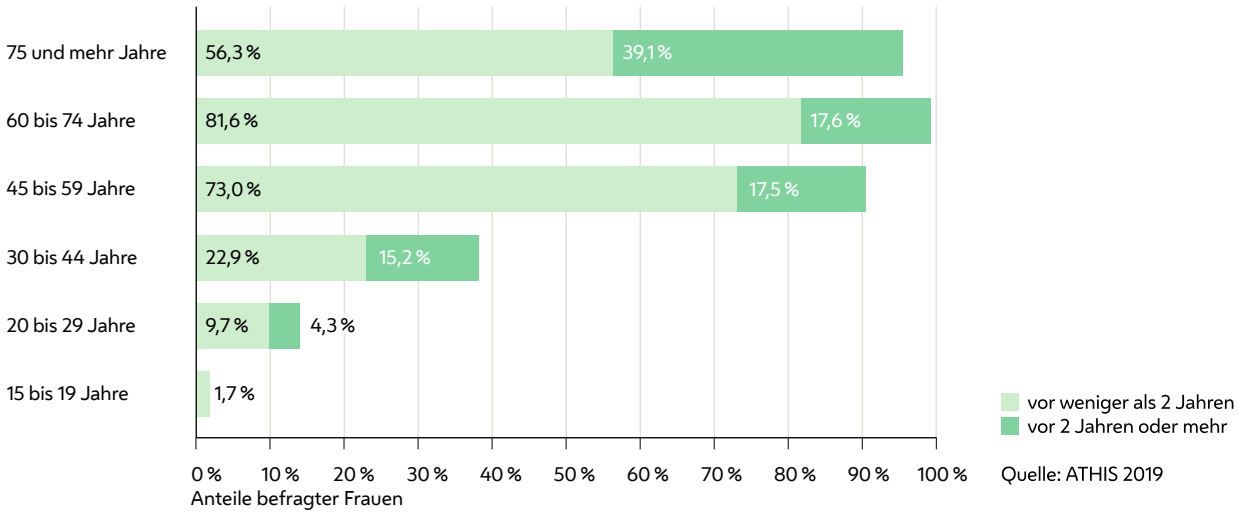
Quelle: ATHIS 2019

### Mammografie

Die Mammografie als Mittel zur Brustkrebsvorsorge ist allen 45- bis 69-jährigen gesunden Frauen zu empfehlen (Europäische Kommission 2022, 30). Das österreichische **Brustkrebsfrüherkennungsprogramm** lädt sie alle 2 Jahre mittels Brief dazu ein. Unabhängig vom Alter geben 37,7 % (> Konfidenzintervall (KI): 34,6 % – 41,0 %) der befragten Wienerinnen an, sich noch nie einer Mammografie unterzogen zu haben. Der Rest hat dies innerhalb kürzerer oder längerer Zeit schon einmal gemacht, 46,0 % taten dies innerhalb der letzten 2 Jahre.

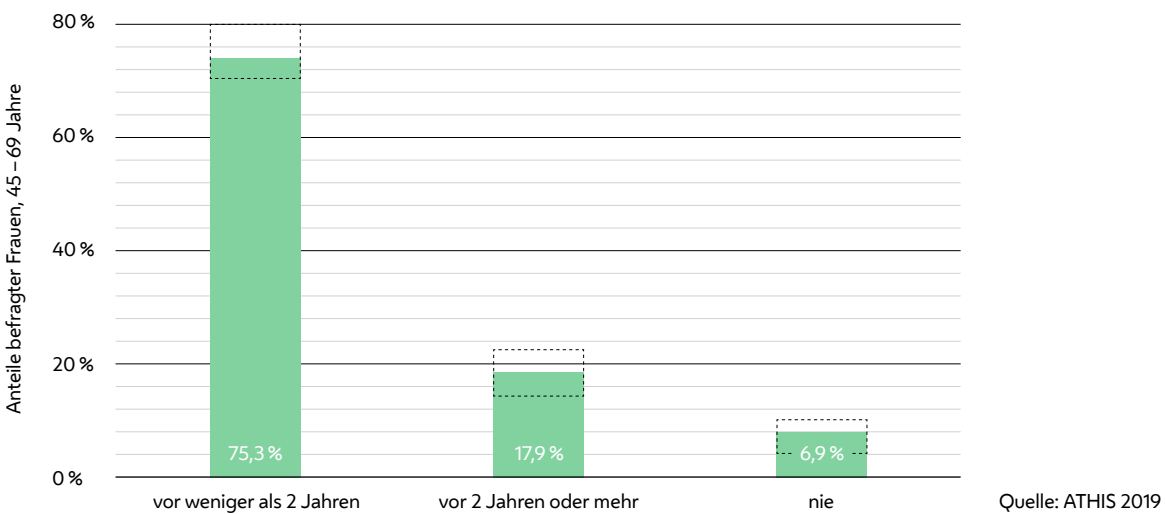
Aufgeschlüsselt nach dem Alter lässt sich erkennen, dass die Inanspruchnahme der Mammografie bei Frauen ab dem mittleren Lebensalter sehr weit verbreitet ist. In den höchsten drei Altersgruppen ab dem Alter von 45 Jahren geben jeweils über 90 % der Frauen an, sich schon einmal einer Mammografie unterzogen zu haben. Eine Mehrheit davon tat dies auch in den letzten 2 Jahren, also innerhalb des empfohlenen zeitlichen Abstands zwischen zwei Untersuchungen (Abb. 92).

**Abb. 92: Letzte Mammografie, nach Zeitpunkt und Altersgruppen, Wien, 2019**



Schränkt man die Analyse auf Wienerinnen zwischen 45 und 69 Jahren – also die Zielgruppe des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms – ein, so sieht man, dass drei Viertel (75,3 %) der angesprochenen Frauen innerhalb des empfohlenen Zeitraums eine Mammografie durchführen haben lassen. Damit hatte sich der Wert seit der vorherigen Erhebung im Jahr 2014 nicht signifikant verändert (Stadt Wien 2017, 104). Bei 6,9 % der Wienerinnen dieses Alters wurde noch nie eine Mammografie durchgeführt, bei 17,9 % liegt die letzte länger als 2 Jahre zurück (Abb. 93).

**Abb. 93: Letzte Mammografie, nach Zeitpunkt, Wien, 2019**



### Gebärmutterhals-Abstrich (PAP-Abstrich)

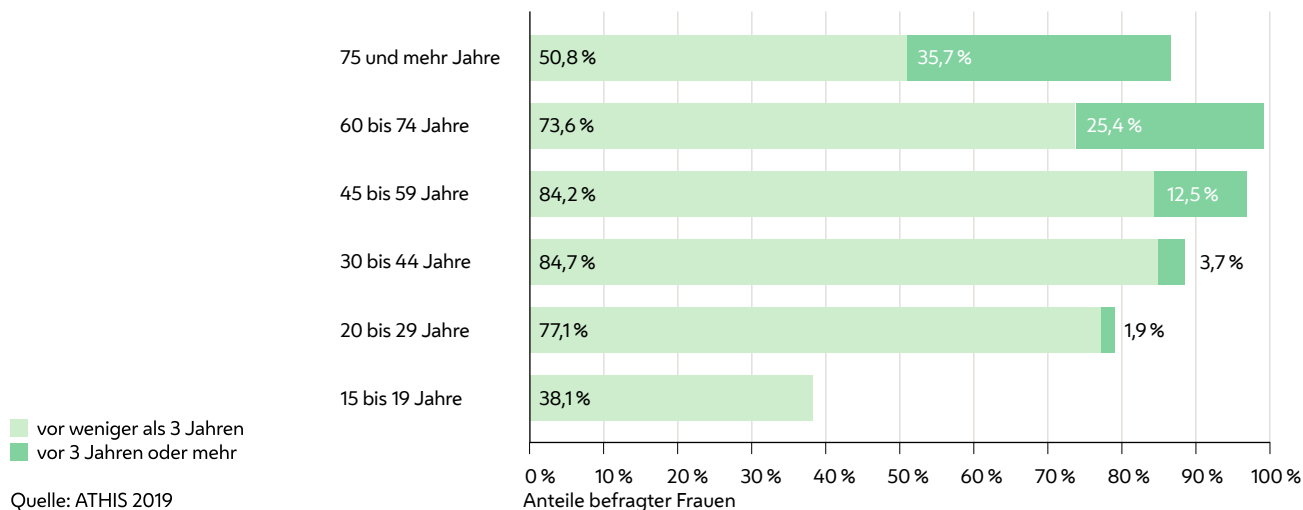
In Österreich wird jeder Frau ab dem 18. Lebensjahr empfohlen, einmal pro Jahr bei der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung einen **PAP-Test** durchführen lassen<sup>86</sup>. Dabei werden vom Gebärmutterhals (Zervix) mittels Abstrich Zellen entnommen und mit zelldiagnostischen (zytologischen) Methoden analysiert. Anhand der Probe wird festgestellt, ob auffällige Zellveränderungen vorliegen, die aber nicht zwingend mit Krebs oder Krebsvorstufen verbunden sind. Um zu beurteilen, ob dies zutrifft und

<sup>86</sup> [gesundheit.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html](https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html)

spezifischere Untersuchungen notwendig sind, wird das Ergebnis nach standardisierten Bewertungsgruppen klassifiziert<sup>87</sup>. Der Vorteil von PAP-Tests besteht darin, dass neben den Zellveränderungen auch das Vorliegen anderer Entzündungen oder Infektionen festgestellt werden kann.

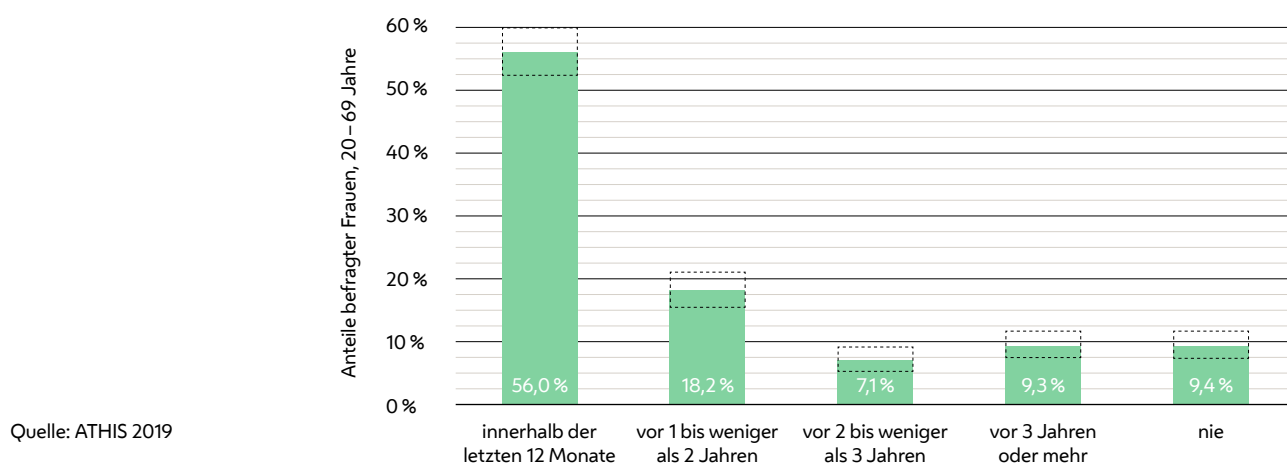
Auch die Inanspruchnahme des PAP-Abstrichs hängt vom Alter und anderen Faktoren (etwa dem Vorliegen sexueller Aktivität) ab. Wie Abbildung 94 zeigt, ist sie in jüngerem und mittlerem Erwachsenenalter weiter verbreitet als in der obersten Altersgruppe und bei den allerjüngsten Frauen.

**Abb. 94: Letzter Gebärmutterhals-Abstrich, nach Zeitpunkt und Altersgruppen, Wien, 2019**



Insgesamt und unabhängig vom Alter gaben im ATHIS 2019 mit 75,5 % ca. drei Viertel der befragten Frauen an, dass ein Gebärmutterhals-Abstrich bei ihnen durchgeführt wurde. Bei den 20- bis 69-jährigen Wienerinnen, die im letzten Wiener Gesundheitsbericht (Stadt Wien 2017, 104) als Zielgruppe angesehen wurden, lag diese Häufigkeit allerdings höher und betrug 81,3 %. Dieser Wert unterschied sich nicht signifikant von der vorherigen Befragung 2014.

**Abb. 95: Letzter Gebärmutterhals-Abstrich, nach Zeitpunkt, Wien, 2019**



87 [gesundheits.gv.at/labor/laborwerte/zell Diagnostik/labor-pap-abstrich-gynzyto6.html](https://gesundheits.gv.at/labor/laborwerte/zell Diagnostik/labor-pap-abstrich-gynzyto6.html)



Aufgeschlüsselt nach dem Zeitpunkt des letzten Krebsabstrichs ergibt sich die in Abbildung 95 dargestellte Häufigkeitsverteilung. Sie zeigt, dass sich 56,0 % der Befragten in den letzten 12 Monaten auf Gebärmutterhalskrebs untersuchen haben lassen. Bei 9,3 % war dies vor 3 Jahren oder mehr der Fall, während 9,4 % noch nie einen PAP-Abstrich machen haben lassen.

Der Gebärmutterhals lässt sich, so wie andere anfällige Körperstellen, durch einen spezifischen Test auch direkt auf **HPV-Viren** untersuchen. Da fast alle Zervix-Tumore durch HPV-Viren verursacht werden, geben Europäische Kommission (Europäische Kommission 2022, 31) und WHO (WHO 2021b) dieser Form des Screenings mittlerweile den Vorzug vor der (alleinigen) Anwendung des PAP-Abstrichs. Auch in Deutschland steht diesbezüglich offenbar eine Veränderung der üblichen Praxis bevor<sup>88</sup>. In Österreich ist ein HPV-Test zur Krebsvorsorge als Alternative zum PAP-Abstrich noch privat zu bezahlen bzw. wird erst nach auffälligem PAP-Test von der Krankenkasse übernommen<sup>89</sup>.

### **Andere Früherkennungsuntersuchungen und weitere Krebsarten**

Im Bereich der Krebs-Früherkennung schreitet die technologische Entwicklung rasch voran. Zusätzlich zur Ausweitung der bisher üblichen Screening-Programme (s.o.) mit dem Ziel, 90 % der jeweiligen Zielgruppen zu erreichen, soll auch die Früherkennung weiterer häufiger Krebsarten gefördert werden. Wissenschaftliche Stellungnahmen dazu erachten dies insbesondere bei Lungen-, Prostata- und teilweise Magenkrebs für sinnvoll (Europäische Kommission 2022, 32ff), auch in Hinblick auf das Schaden-Nutzen-Verhältnis solcher Untersuchungen. So sollen Überdiagnosen und -behandlung insbesondere Älterer auch durch obere Altersgrenzen bei Screening-Programmen vermieden werden<sup>90</sup>. Weitere Verbesserungen versprechen technologische Fortschritte im Bereich Risikogruppenidentifizierung (ebda, 22) und flüssigkeitsbasierter Untersuchungen, die mehrere Krebsarten erkennen können (ebda, 36).

88 [oncgnostics.com/blog/2018/09/18/pap-test-und-hpv-test-was-ist-der-unterschied/](https://oncgnostics.com/blog/2018/09/18/pap-test-und-hpv-test-was-ist-der-unterschied/)

89 [gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebraermutterhalskrebs.html](https://gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebraermutterhalskrebs.html)

90 Krebsvorsorge: EU-Kommission will Krebs-Screenings ausweiten ([ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip\\_22\\_5562](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_22_5562))



# **Gesundheits- versorgung**

Das Kapitel zur Gesundheitsversorgung umfasst die Bereiche (Stadt Wien 2017, 99).

- **Kuration**, differenziert nach ambulanter und akutstationärer Versorgung, sowie Rehabilitation
- **Langzeitpflege und -betreuung**
- **Versorgungsqualität** anhand ausgewählter Outcome-Indikatoren (> Indikator)

Zudem werden drei spezifische **Versorgungsaspekte** (Schwangerschaft und Geburt, psychiatrische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung sowie Versorgung von Menschen mit einem Drogenproblem) thematisiert.

## Ambulante Versorgung

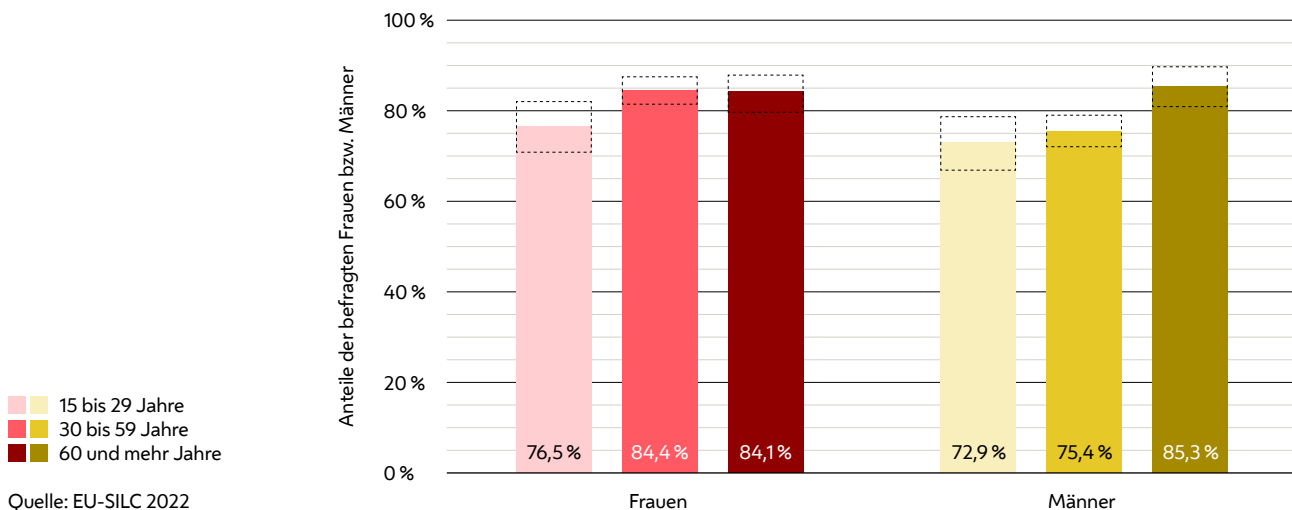
Zur ambulanten Versorgung zählt die ärztliche und die therapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich. Außerdem sind alle Leistungen, die im spitalsambulanten Bereich oder in selbstständigen Ambulatorien erbracht werden, davon umfasst. Die pharmakologische Versorgung wird ebenfalls in diesem Abschnitt beschrieben.

### VERSORGUNG IM NIEDERGELASSENEN BEREICH: ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

#### Allgemeinmediziner\*innen (AM)

Der Großteil der Wiener Bevölkerung sucht Allgemeinmediziner\*innen auf. In den Befragungen EU-SILC 2022 und ATHIS 2019 gaben jeweils fast 80 % der Befragten an, dies in den letzten 12 Monaten zumindest einmal getan zu haben. Die Inanspruchnahme verteilt sich dabei relativ gleichmäßig über die **Altersgruppen**.

**Abb. 96: Besuch bei Allgemeinmediziner\*innen in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Altersgruppe, Wien, 2022**



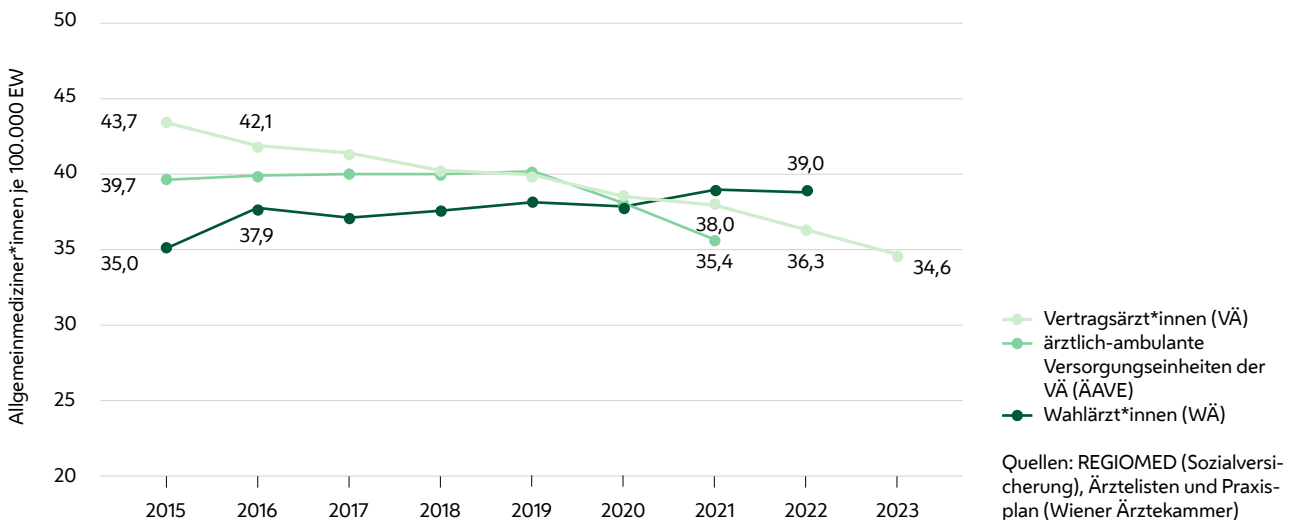
Bei **Frauen** unterscheidet sich der Anteil jener, die Allgemeinmediziner\*innen in Anspruch genommen haben, nicht > signifikant zwischen jüngeren und älteren Wienerinnen (Abb. 96). Bei **Männern** geben die älteren Wiener signifikant häufiger an, in den letzten 12 Monaten bei Allgemeinmediziner\*innen gewesen zu sein. Der entsprechende Anteil liegt bei Ab-60-Jährigen bei 85,3 %, während er bei den 15- bis 29-Jährigen noch bei 72,9 % liegt.

Dieser Nachfrage stand in Wien im Jahr 2019 ein Angebot von 760 **Allgemeinmediziner\*innen mit Kassenvertrag**<sup>91</sup> gegenüber. Davon waren 737 bei der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) unter Vertrag. Für das Jahr 2021 weist REGIOMED<sup>92</sup> insgesamt nur mehr 730 Allgemeinmediziner\*innen mit Kassenvertrag aus, davon 713 mit Vertrag bei der nach der Krankenkassenreform neu geschaffenen Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). 702 (ÖGK: 686) Kassen-Allgemeinmediziner\*innen waren es Ende 2022 und 685 (ÖGK: 670) im Herbst 2023 laut Informationen im Online-Praxisplan der Ärztekammer<sup>93</sup>. Seit Ende 2014, als die Zahl laut REGIOMED noch 799 (WGKK: 770) betrug, gab es also einen deutlichen Rückgang.

Da sich seither auch die Bevölkerungszahl erhöht hat – von 1.766.746 Einwohner\*innen 2014 auf 1.982.097 im Jahr 2023 – war der Rückgang im Verhältnis zur Wiener Bevölkerung noch deutlicher. Wie Abbildung 97 (hellgrüne Linie) zeigt, kamen 2014 auf 100.000 Wiener\*innen noch 43,7 Kassenärzt\*innen im Bereich Allgemeinmedizin. Diese Zahl sank bis 2021 auf 38 und bis Herbst 2023 auf 34,6.

Neben der Zahl der für die Bevölkerung verfügbaren Kassenärzt\*innen, ist ein weiterer wichtiger Aspekt zur Beschreibung der niedergelassenen Versorgung in Wien jener ihrer **Versorgungswirksamkeit**, also der Zahl an Patient\*innen, die sie tatsächlich versorgen. Um die Versorgungswirksamkeit in der Ärzt\*innenstatistik zu berücksichtigen, werden je Fachgebiet und Region die sogenannten **ärztlich-ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE)** berechnet. Dazu werden die der Sozialversicherung übermittelten Versorgungsdaten herangezogen: Aus ihnen wird zunächst die Zahl der Patient\*innen mit erstmaligen E-Card-Steckungen pro Quartal, die von durchschnittlich arbeitenden Wiener Ärzt\*innen eines Fachgebiets versorgt werden, errechnet. Diese wird mit dem entsprechenden österreichweiten Wert ins Verhältnis gesetzt. Damit wird die tatsächliche Zahl der Ärzt\*innen (z.B. Allgemeinmediziner\*innen in Wien) gewichtet und man erhält die ÄAVE.

**Abb. 97: Ärzt\*innen- und Versorgungsdichte in der Allgemeinmedizin, Wien, 2015 bis 2023**



Da Wiener Allgemeinmediziner\*innen seit 2014 im Österreich-Vergleich meist unterdurchschnittlich viele Quartalerstpatient\*innen versorgt haben, lagen auch die ÄAVE bisher unter der Anzahl der Vertragsärzt\*innen (VÄ): 2014 gab es 690,0 ÄAVE bei 799 VÄ. 2020 betrug das Verhältnis 688,3 ÄAVE zu 737 VÄ und 2021 (letztes verfügbares Jahr) 650,2 ÄAVE zu 730 VÄ. Ohne Vertrag mit der ÖGK waren davon 2021 nur 2,3 %, wobei jedoch weitere 6,0 %

91 In diesem Gesamtwert sind auch jene inkludiert, die nur mit einzelnen ständischen Sozialversicherungen, etwa jener der Selbstständigen (SVS) oder der öffentlich Bediensteten, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) einen Vertrag haben. Die allermeisten Wiener\*innen sind jedoch bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und waren bis 2020 bei der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) versichert.

92 REGIOMED ist ein Analysetool des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (nicht öffentlich zugänglich).

93 praxisplan.at, zuletzt abgerufen im Oktober 2023.

ihren Vertrag gemeinsam mit anderen Ärzt\*innen hatten.

Abbildung 91 zeigt diese Zahlen bezogen auf die Bevölkerung. Die Vertragsärzt\*innen in der Allgemeinmedizin je 100.000 EW (hellgrüne Linie) werden als **Ärzt\*innendichte**, die ÄAVE je 100.000 EW (mittelgrüne Linie) werden als **Versorgungsdichte** bezeichnet. Wie zu sehen, sank zwischen 2015 und 2019 die Ärzt\*innendichte während die Versorgungsdichte stabil blieb: Die Linien näherten sich einander an.

Der Rückgang der Vertrags-Allgemeinmediziner\*innen pro 100.000 Einwohner\*innen in Wien wurde demnach bis 2019 durch die steigende Versorgungswirksamkeit ihrer verbliebenen Kolleg\*innen völlig kompensiert (Anstieg der Quartalerstpatient\*innen pro Ärztin bzw. Arzt in Richtung des österreichweiten Werts). Erleichtert hat dies, dass das Bevölkerungswachstum in Wien auf dem Zuzug jüngerer Menschen beruhte (ÄAVE je 100.000 EW sind > altersstandardisiert). Ab 2020 gelang die Kompensation jedoch nicht mehr: Mit der sinkenden Ärzt\*innenzahl ging auch die Versorgungswirksamkeit der verbleibenden Ärzt\*innen bzw. Versorgungsdichte zurück: Die mittelgrüne Linie sank noch stärker als die hellgrüne: von 40,3 ÄAVE je 100.000 EW (2019) auf 35,4 (2021).

Parallel zum Rückgang der Vertragsärzt\*innen entwickelte sich die absolute **Zahl der Wahlärzt\*innen (WÄ) der Allgemeinmedizin** in Wien deutlich positiv. Laut der von der Wiener Ärztekammer geführten **Ärzteliste** stieg ihre Zahl<sup>94</sup> von 698 im Jahr 2016 auf 753 im Jahr 2021 (nach vorläufigen Zahlen waren es Anfang 2023 immer noch gleich viele). 2021 gab es erstmals mehr aktive Allgemeinmediziner\*innen ohne als mit Kassenvertrag: Der Anteil letzterer betrug 50,8 %, jener der Wahlärzt\*innen 49,2 %. 2021 gab es außerdem um 95 mehr **reine** (ohne zusätzliche Anstellung tätige) Wahlärzt\*innen als 2016 – ein Anstieg von 56,0 % auf 64,5 % aller Wahlärzt\*innen im Bereich Allgemeinmedizin.

Die Entwicklung der Wahlärzt\*innen im Bereich Allgemeinmedizin hielt mit dem Bevölkerungswachstum Schritt. Die Anzahl der Wahlärzt\*innen je 100.000 Einwohner\*innen erhöhte sich von 2016 bis 2021 leicht, von 37,9 auf 39,2, wie die dunkelgrüne Linie in Abbildung 97 zeigt. Da viele Kontakte bei Wahlärzt\*innen nicht bei Krankenkassen aufscheinen, ist zu ihrer Versorgungswirksamkeit wenig bekannt. Eine aussagekräftige Versorgungsdichte in ÄAVE lässt sich daher nicht berechnen.

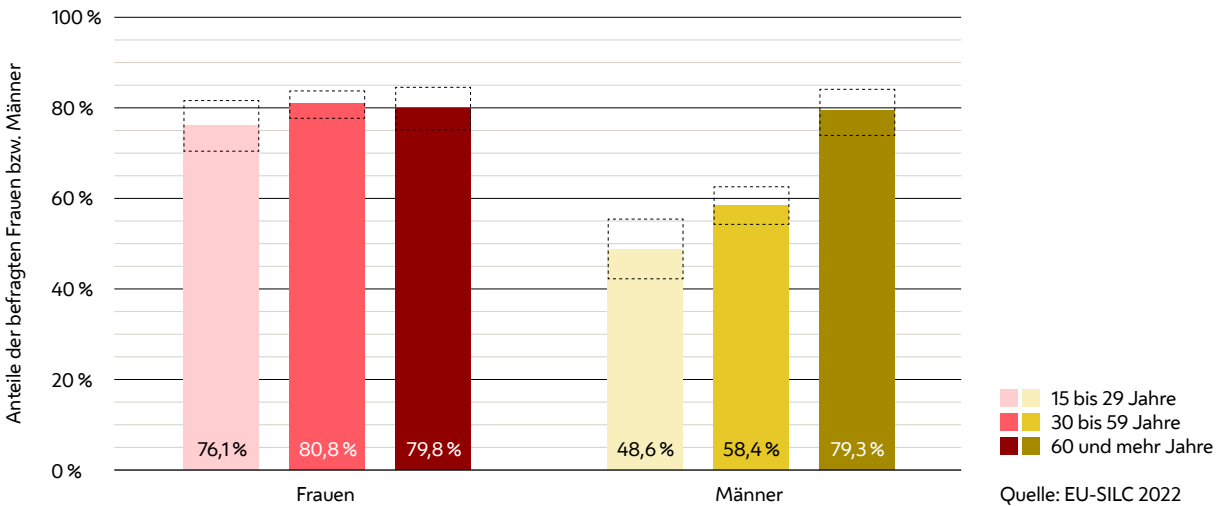
### Fachärzt\*innen (FÄ)

Bei der Inanspruchnahme der Leistungen von Fachärzt\*innen durch Wiener\*innen ergibt sich insbesondere für Männer ein etwas anderes Bild als in der Allgemeinmedizin (Abb. 98). Von den **Frauen** aller Altersgruppen (ab 15 Jahren) besuchten 80 % (oder nur knapp weniger) in den letzten 12 Monaten niedergelassene Fachärzt\*innen, wobei die Altersunterschiede nicht signifikant sind.

Hingegen nutzen **Männer** jüngeren und mittleren Alters fachärztliche Dienstleistungen signifikant weniger oft als gleichaltrige Frauen (das ist u.a. mit deren hoher Inanspruchnahme von Gynäkolog\*innen erklärbar). Bei den Männern steigt aber das Ausmaß der Inanspruchnahme von Fachärzt\*innen mit dem Alter signifikant an, nämlich von nur 48,6 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 79,3 % bei den Ab-60-Jährigen – also etwa auf das Niveau der gleichaltrigen Frauen. Insgesamt ging in der COVID-19-Pandemie die Inanspruchnahme signifikant von 76,8 % (2019) auf 70,3 % (2022) zurück – v.a. bei Personen mittleren und höheren Alters.

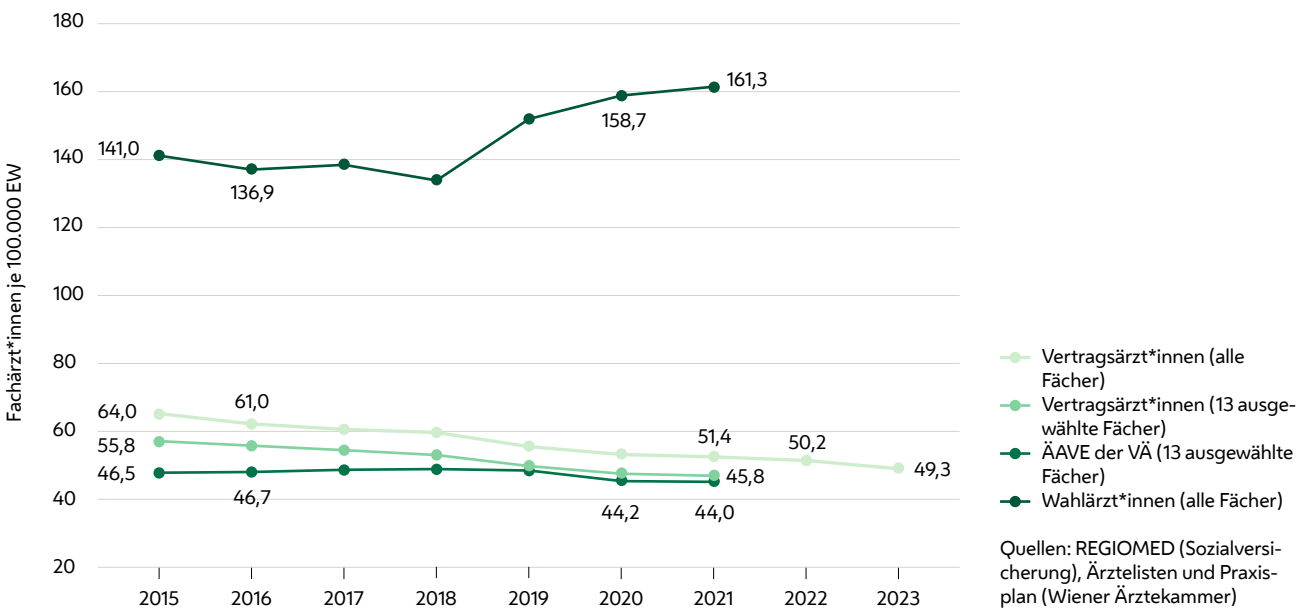
<sup>94</sup> Unabhängig von ihrer tatsächlichen Versorgungswirksamkeit und auch ungeachtet dessen, ob sie zusätzlich angestellt ärztlich tätig sind.

**Abb. 98: Besuch bei Fachärzt\*innen in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien, 2022**



Der Nachfrage stand 2019 in Wien laut Ärzteliste der Wiener Ärztekammer in allen Fächern (ohne Allgemeinmedizin und Zahnmedizin) ein Angebot von 1.032 niedergelassenen **Fachärzt\*innen mit Kassenvertrag** gegenüber. 2021 waren es 988 Fachärzt\*innen mit Verträgen bei den drei neu entstandenen Krankenkassen ÖGK, SVS und/oder BVAEB. Im Herbst 2023 waren es laut Informationen aus dem Online-Praxisplan der Ärztekammer 977 Fachärzt\*innen mit Kassenvertrag<sup>95</sup> (davon mit ÖGK: 875). Seit 2015, in dem es ca. 1.150 Kassen-Fachärzt\*innen aller Fachbereiche gab, ist somit ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

**Abb. 99: Ärzt\*innen- und Versorgungsdichte in der Fachmedizin, Wien, 2015 bis 2023**



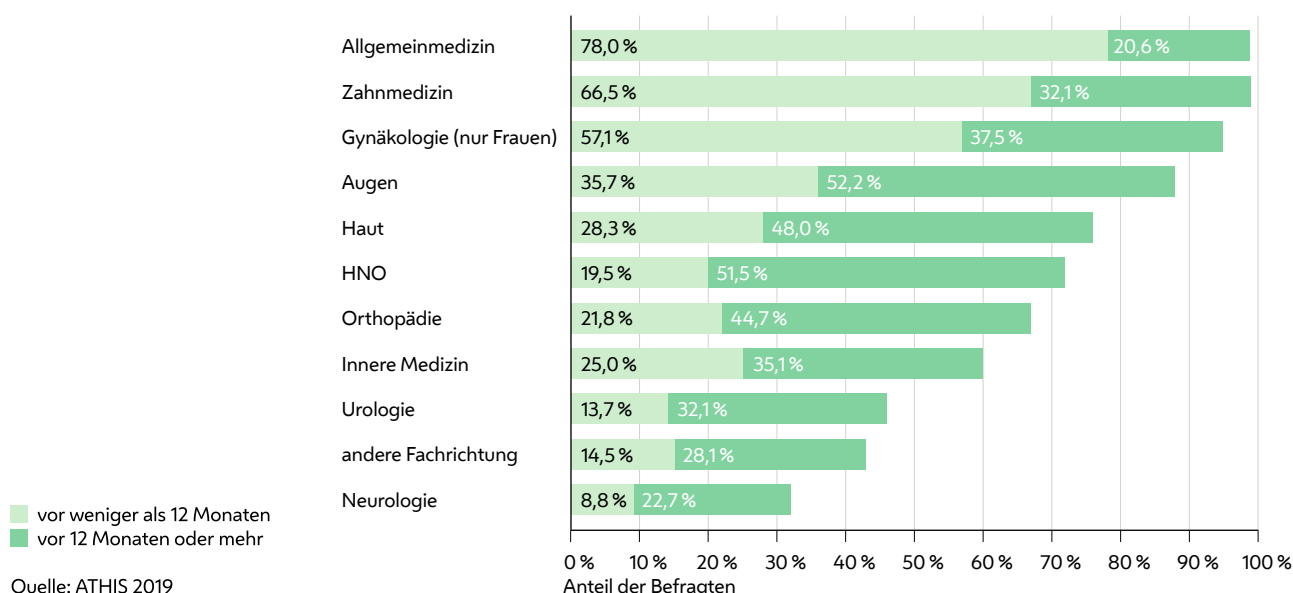
Aufgrund der wachsenden Wiener Bevölkerung ist der **absolute Rückgang von Fachärzt\*innen mit Kassenvertrag** auch in der Entwicklung der Maßzahlen je 100.000 EW deutlich zu sehen (Abb. 99). Die Vertragsärzt\*innen der Fachmedizin je 100.000 EW reduzierten sich ab 2015 fast kontinuierlich von 64 auf 50,2 im Jahr 2022 (hellste grüne Linie). Im Herbst 2023 waren es vorläufig 49,3 Fachärzt\*innen mit Kassenvertrag je 100.000 EW.

<sup>95</sup> Berechnet wie folgt: Alle Ärzt\*innen mit Vertrag bei ÖGK, SVS und/oder BVAEB minus allen Allgemeinmediziner\*innen mit einem solchen Vertrag. Quelle: www.praxisplan.at, abgefragt im Oktober 2023.

Die ärztlich-ambulanten **Versorgungseinheiten (ÄAVE) für Fachärzt\*innen** sind über die Datenplattform REGIOMED bis 2021 verfügbar. Maßzahlen aus dieser Quelle beschränken sich auf 13 ausgewählte Disziplinen<sup>96</sup>: Die in diesen Fächer tätigen Fachärzt\*innen mit Kassenvertrag je 100.000 EW sind seit 2015 ebenfalls rückläufig. Bis 2019 blieben die sich auf die Fachärzt\*innen derselben Disziplinen beziehenden ÄAVE jedoch stabil (mittelgrüne Linie). Auch hier ist eine Kompensation aufgrund steigender Versorgungswirksamkeit der verbleibenden Vertragsärzt\*innen zu erkennen. Ab 2020 reduzierte sich jedoch auch diese und es kam zu einem Rückgang der Versorgungsdichte ca. im selben Ausmaß wie dem der Fachärzt\*innendichte dieser 13 ausgewählten Disziplinen (hellgrüne Linie).

Hingegen hielt die **Entwicklung der Wahlärzt\*innenzahlen** aller Disziplinen (ohne Zahn- und Allgemeinmedizin) mit dem Bevölkerungswachstum mehr als Schritt. Bei ihnen erhöhte sich die Ärzt\*innendichte ab 2016 bis 2021 deutlich von 136,9 auf 161,3 je 100.000 EW (dunkelgrüne Line). In absoluten Zahlen entspricht dies einem Anstieg von 2.520 auf 3.098 Fachärzt\*innen, die niedergelassen als Wahlärzt\*innen tätig sind (ungeachtet etwaiger zusätzlicher Anstellungen). Da viele Kontakte bei Wahlärzt\*innen nicht bei Krankenkassen eingereicht werden, ist über ihre reale Versorgungswirksamkeit aber wenig bekannt. Eine Versorgungsdichte in ÄAVE lässt sich daher nicht berechnen. Laut Daten aus der Ärzteliste der Wiener Ärztekammer ist der Anteil von Wahlärzt\*innen an allen Fachärzt\*innen von 2016 bis 2021 von 69,2 % auf 75,8 % gestiegen. Der Anteil **reiner** Wahlärzt\*innen (ohne zusätzliche Anstellung) hat sich gleichzeitig von 26,1 % auf 38,3 % erhöht.

**Abb. 100: Besuch bei Ärzt\*innen, nach Fach und (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019**



Zu einzelnen Disziplinen wurden Wiener\*innen im ATHIS 2019 befragt. Die **am häufigsten beanspruchten Disziplinen** finden sich in Abbildung 100: Allgemein- und Zahnmedizin wurden erwartungsgemäß am häufigsten angegeben. Sieben andere relativ häufig beanspruchte Disziplinen (in Abb. 100: von Gynäkologie bis Urologie) decken sich mit jenen, in denen auch REGIOMED das größte kassenärztliche Angebot ausweist.

Dieses Angebot sah 2021 in Wien wie folgt aus: Die meisten VÄ gab es mit 137 in der Inneren Medizin. Es folgten Orthopädie/Traumatologie mit 110, Gynäkologie mit 102,

<sup>96</sup> Darunter: Augenheilkunde (AU), Chirurgie (CH), Frauenheilkunde/Geburtshilfe (GGH), Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO), Haut- und Geschlechtskrankheiten (DER), Innere Medizin (IM), Lungenkrankheiten (PUL), Urologie (URO), Kinder- und Jugendheilkunde (KI), Neurologie (NEU), Orthopädie/Traumatologie (ORTR+), Psychiatrie (PSY), Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Bestimmte Sonderfächer (u.a. Radiologie, Pathologie, Labordiagnostik und physikalische Medizin) sind hier ausgeklammert.



Augenheilkunde mit 98, Dermatologie mit 75, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit 61 und Urologie mit 54 VÄ. Die restlichen 351 verteilten sich auf andere Fachrichtungen.

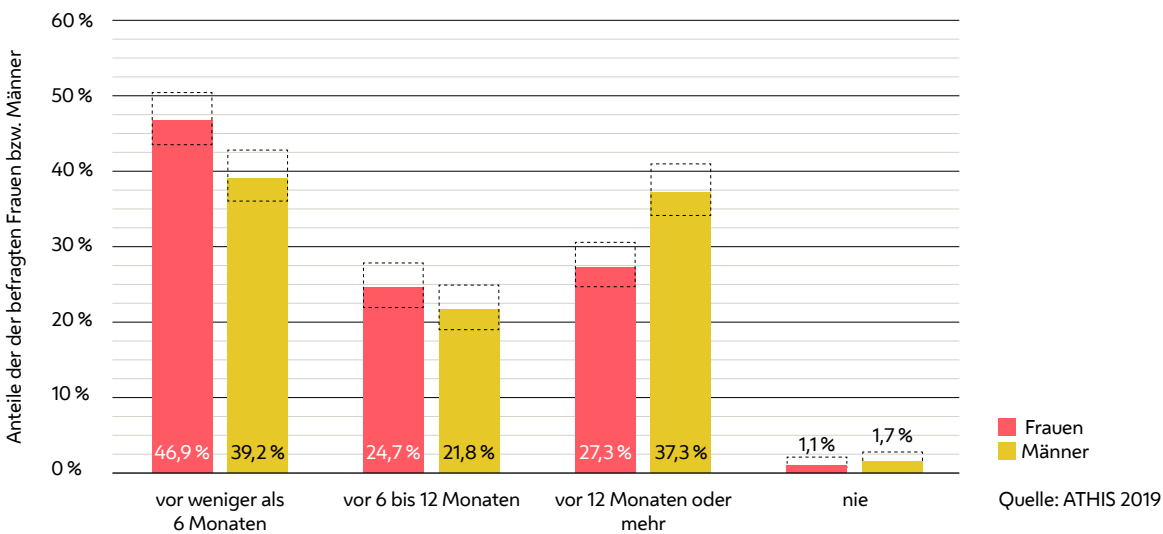
In der Reihenfolge wich das Angebot an VÄ von der erfragten Inanspruchnahme der Disziplinen (= Besuche in den letzten 12 Monaten) wie folgt voneinander ab. Jene Fachrichtungen, in denen laut REGIOMED das größte kassenärztliche Angebot in Wien besteht (Innere Medizin und Orthopädie) werden laut ATHIS-Daten weniger häufig besucht als z.B. Augenärzt\*innen und Dermatolog\*innen, von denen es weniger gibt. Allerdings hat sich das kassenärztliche Angebot an Internist\*innen zwischen 2014 und 2021 stark reduziert (von 179 auf 137), jenes von Orthopäd\*innen ebenfalls, aber nur leicht (von 113 auf 110).

### Zahnärzt\*innen (ZÄ)

Auf die Frage nach der Inanspruchnahme von Zahnärzt\*innen ergab sich im ATHIS 2019, dass die relative Mehrheit der befragten Wiener\*innen vor weniger als 6 Monaten zur zahnärztlichen Kontrolle ging, also das empfohlene Intervall einhielt (Abb. 101).

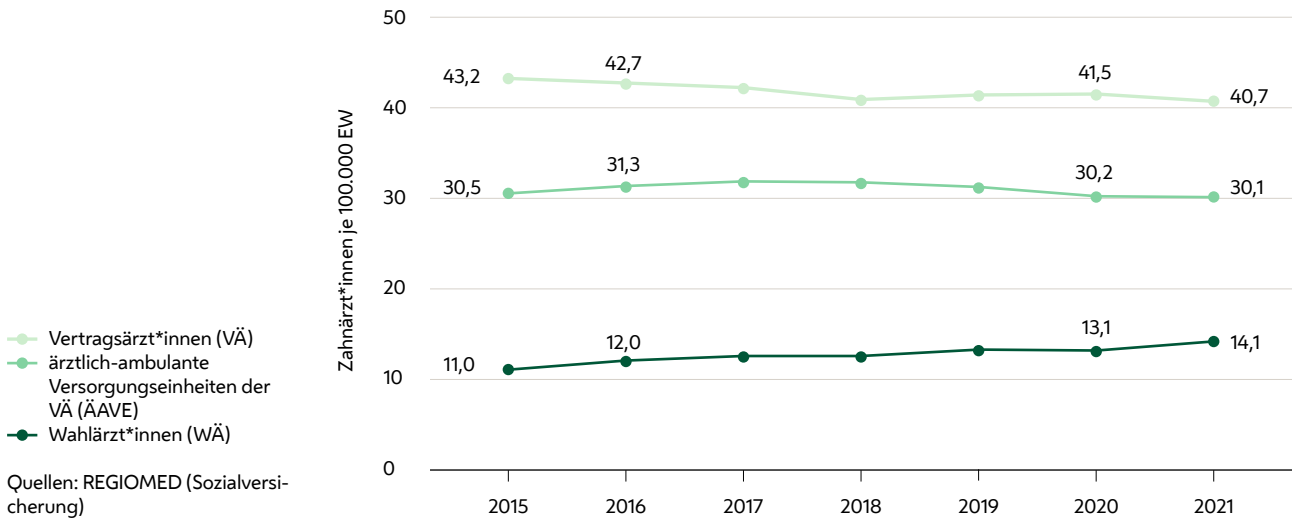
Allerdings konsultieren **Männer** etwas seltener als **Frauen** eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt. Die befragten Wiener berichteten mit 39,2 % verglichen mit Wienerinnen (46,9 %) signifikant weniger häufig von einem Zahnarztbesuch in den letzten 6 Monaten. Gleichzeitig war es bei ihnen um 10 Prozentpunkte und damit signifikant häufiger der Fall, dass die zahnärztliche Kontrolle schon 12 Monate oder mehr zurücklag. Eine sehr kleine Minderheit der ab-15-jährigen Befragten gab an, noch nie einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin besucht zu haben.

**Abb. 101: Zahnarztbesuch, nach Geschlecht und (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019**



Im Unterschied zur Situation bei den Wiener Allgemeinmediziner\*innen und Fachärzt\*innen stieg die absolute Zahl der **Zahnärzt\*innen mit Kassenvertrag** von 2015 bis 2021 leicht an, nämlich von 776 auf 781. Dies bedeutete bei gleichzeitig steigender Bevölkerungszahl, dass die Zahl der Zahnärzt\*innen pro 100.000 EW in der Beobachtungsperiode leicht sank (Abb. 102): 2015 betrug sie 43,2 VÄ je 100.000 EW. 2021 waren es noch 40,7.

**Abb. 102: Ärzt\*innen- und Versorgungsdichte in der Zahnmedizin, Wien, 2015 bis 2021**



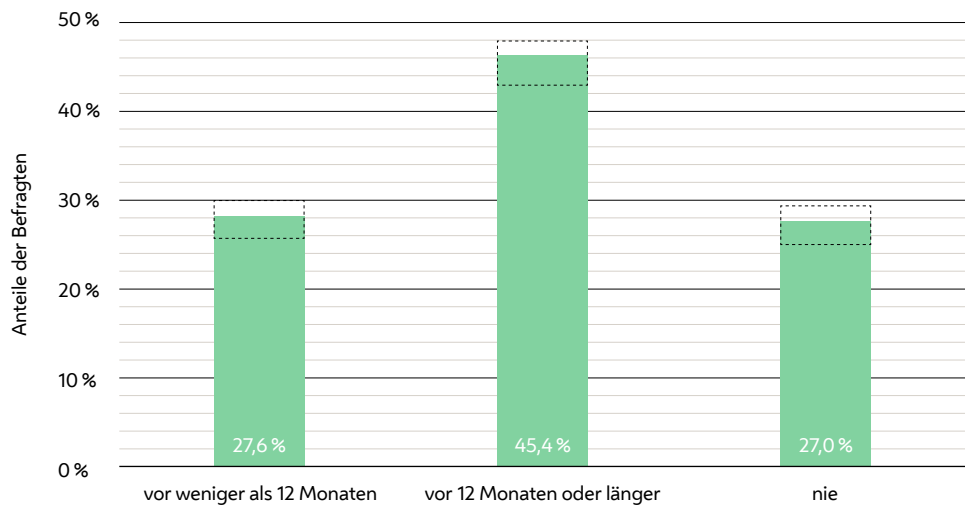
Im Vergleich zu durchschnittlich arbeitenden österreichischen Kassen-Zahnärzt\*innen hatten ihre Wiener Kolleg\*innen etwas weniger Quartalerstpatient\*innen. Die kassen-zahnärztliche **Versorgungsdichte** war daher durchgehend etwas geringer als die Zahnärzt\*innendichte. Leichte Rückgänge in der Anzahl der VÄ (bis 2018) wurden durch leichte Anstiege der **Versorgungswirksamkeit** der restlichen VÄ kompensiert (Abb. 102).

Demgegenüber stieg die Zahl der Zahnärzt\*innen, die in Wien als Wahlärzt\*in tätig sind, von 2016 bis 2021 von 220 auf 270 an, während die Bevölkerung um ca. 80.000 wuchs. Daraus ergibt sich ein leichter Anstieg von 12,0 auf 14,1 Wahl-Zahnärzt\*innen je 100.000 EW in Wien. Der Anteil der Wahlärzt\*innen an allen Zahnärzt\*innen ist damit von 21,9 % auf 25,9 % leicht gestiegen. Von den **Wahl-Zahnärzt\*innen** sind über drei Viertel rein als Wahlärzt\*innen tätig. Ihr Anteil ist von 2016 bis 2021 zudem von 78,6 % auf 84,4 % gestiegen.

**SPITALSAMBULANTE VERSORGUNG**

Die Häufigkeiten zum Besuch von **Spitals- und Unfallambulanzen** durch die Wiener\*innen laut ATHIS 2019 finden sich in Abbildung 103. Bei der relativen Mehrheit der Befragten lag ein solcher schon über 12 Monate zurück.

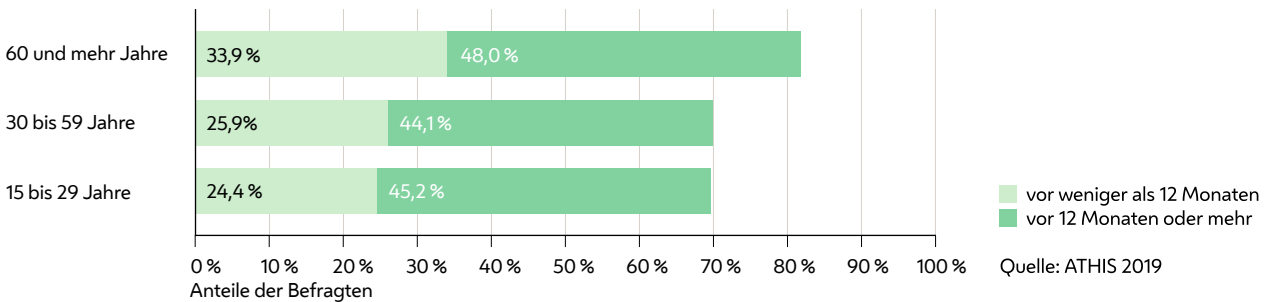
**Abb. 103: Besuch einer Spitals- oder Unfallambulanz, nach (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Die Inanspruchnahme unterscheidet sich nicht signifikant nach dem Geschlecht, erhöht sich aber mit dem **Alter**. Sagten bei den 15- bis 29-Jährigen noch 24,4 %, sie hätten vor weniger als 12 Monaten eine Spitals- oder eine Unfallambulanz in Anspruch genommen, so sind es bei Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren bereits 33,9 %. Dieser Unterschied ist signifikant. In jeder Altersgruppe geben zudem zwischen 44 % und 48 % der Personen an, vor 12 Monaten oder mehr eine solche Ambulanz besucht zu haben (nicht signifikant). Zwischen 18 % und 30 % waren noch nie in einer Ambulanz.

**Abb. 104: Besuch einer Spitals- oder Unfallambulanz, nach Altersgruppen und (letztmaligem) Zeitpunkt, Wien, 2019**

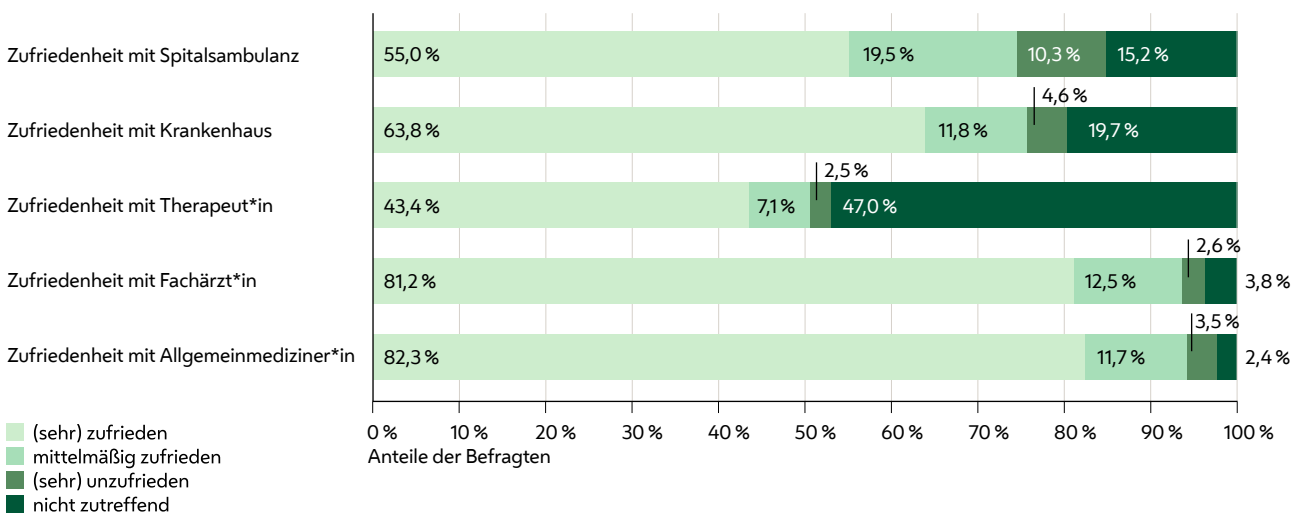


Unabhängig davon, wie oft die Inanspruchnahme einer Dienstleistung im Wiener Gesundheitssystem erfolgte, wurden die Teilnehmenden des ATHIS auch nach ihrer **Zufriedenheit** mit den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens befragt.

Insbesondere, wenn bestimmte Leistungen noch nicht in Anspruch genommen wurden, hatte ein Teil der Befragten zu den entsprechenden Fragen keine Meinung und konnte die Antwortoption **nicht zutreffend** wählen. Am häufigsten war dies bei der Frage nach der Zufriedenheit mit (psycho-)therapeutischen Angeboten der Fall, am wenigsten bei jener nach der Zufriedenheit mit Allgemeinmediziner\*innen, die von fast allen Wiener\*innen in Anspruch genommen werden.

Abgesehen davon wurden – wie Abbildung 105 zeigt – bei jeder Einrichtung, bei der die Zufriedenheit abgefragt wurde, die Kategorien **(sehr) zufrieden** am häufigsten genannt. Bei den Berufsgruppen der Allgemeinmediziner\*innen, Fachärzt\*innen und Therapeut\*innen sowie in Krankenhäusern waren mit unter 5 % jeweils nur kleine Anteile mit der Behandlung (sehr) unzufrieden. Signifikant öfter war dies mit 10,3 % in Spitalsambulanzen der Fall. Generell etwas höher (mit 7,1 % bis 19,5 %) waren die Anteile jener, die angaben, mittelmäßig zufrieden zu sein.

**Abb. 105: Zufriedenheit mit medizinischen Einrichtungen, nach Art der Einrichtung, Wien, 2019**



## PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

### Apotheken

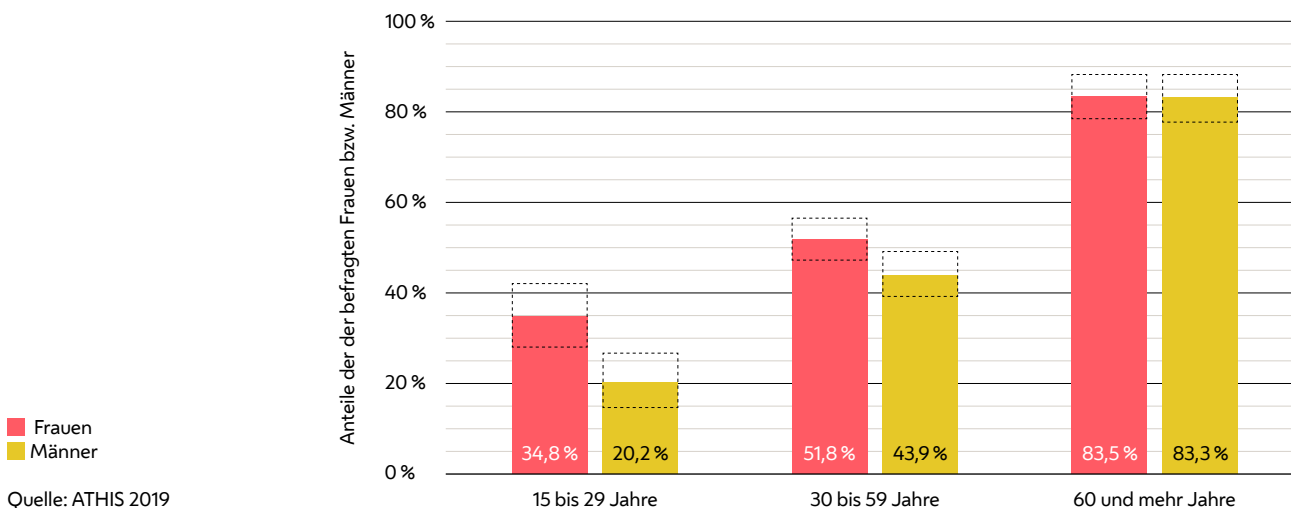
2022 gab es in Wien 335 Apotheken (davon 13 Filialapotheken). Die **Apothekendichte** je 100.000 EW beträgt damit 17 je 100.000 (ohne Filialapotheken). Seit dem letzten Bericht (Stadt Wien 2017, 113) ist diese Dichte aufgrund des Bevölkerungswachstums leicht gesunken. Die Anzahl der Apotheken reicht von 5 im 8. Bezirk bis zu 29 im 10. Bezirk.

### Medikamenteneinnahme

Wie die ATHIS-Daten zeigen, hatten im Jahr 2019 in Wien 52,5 % der Wohnbevölkerung in den letzten 2 Wochen vor der Befragung **ärztlich verschriebene Medikamente** eingenommen. Die weibliche Bevölkerung tat dies mit 57,0 % signifikant häufiger als die männliche mit 47,6 %.

Mit dem **Alter** steigt die Einnahme verschriebener Medikamente. Während sie bei den 15- bis 29-Jährigen 27,5 % beträgt, liegt sie bei Wiener\*innen im Alter von 60 und mehr Jahren bei 83,4 %. Wie Abbildung 106 zeigt, ist sie bei Frauen schon in jüngeren Jahren weiter verbreitet als bei Männern, mit dem Alter gleichen sich die Niveaus jedoch an.

**Abb. 106: Einnahme verschriebener Medikamente, letzte 2 Wochen, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien, 2019**



## PHYSIO- UND ERGOTHERAPIE IM NIEDERGELASSENEN BEREICH

Über das Angebot physiotherapeutischer Leistungen im niedergelassenen Bereich ist derzeit wenig bekannt. Es mangelt immer noch an einer vollständigen Erfassung von ambulant tätigen Physiotherapeut\*innen und deren Leistungsangebot. Auch Angaben zum Bedarf fehlen (Stadt Wien 2017, 111).

Zur Inanspruchnahme **physiotherapeutischer Leistungen** liegen für 2019 jedoch Ergebnisse aus dem ATHIS vor. Demnach haben sich 18,9 % der Wiener\*innen ab 15 Jahren in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung von einer Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten beraten, untersuchen oder behandeln lassen. Das Ausmaß der Inanspruchnahme solcher Leistungen ist damit gegenüber 2014 gleichgeblieben.

Die Dienste von Physiotherapeut\*innen werden in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen von 11,3 % genutzt. Bei den 30- bis 59-Jährigen sind es mit 21,1 % signifikant mehr. Bei

Personen ab 60 Jahren bewegt sich der Anteil mit 20,9 % auf demselben Niveau. Signifikante Geschlechterunterschiede existieren weder in einer der Altersgruppen noch unabhängig vom Alter.

Zusätzlich zur Inanspruchnahme von Physiotherapieleistungen wurde auch jene der **Leistungen von Chiropraktiker\*innen und Osteopath\*innen** erhoben. Wie die Ergebnisse zeigen, nahmen 4,3 % der Befragten Chiropraktik- und 4,9 % Osteopathie-Leistungen in Anspruch. Ein Geschlechterunterschied besteht nur bei den Osteopathie-Leistungen, die von Wienerinnen mit 6,8 % signifikant häufiger in Anspruch genommen werden als von Wienern mit 2,8 %.

Sowohl Chiropraktik als auch Osteopathie werden ungeachtet des Geschlechts von der mittleren Altersgruppe (30- bis 59-Jährige) relativ am häufigsten in Anspruch genommen – nämlich von 5,6 % (Chiropraktik) und 6,3 % (Osteopathie). Das ist jeweils signifikant häufiger als von den 15- bis 29-Jährigen.

# Stationäre Versorgung

Von stationärer Behandlung spricht man, wenn damit ein Verweilen der\*s Patientin/Patienten auf der Station eines Krankenhauses (bzw. eines Pflegeheims oder einer Reha-Einrichtung) verbunden ist. Dieses Verweilen dauert in der vollstationären Versorgung länger als einen Tag und inkludiert zumindest eine Übernachtung.

Davon unterschieden wird die tagesklinische (oder teilstationäre) Versorgung während sogenannter Null-Tages-Aufenthalte (NTA), die innerhalb eines Tages beendet sind und z.B. bei Dialysen oder minimalinvasiven Operationen vorkommen.

Das folgende Kapitel konzentriert sich zunächst auf die medizinische Behandlung in Krankenhäusern (akutstationäre Versorgung) und beschäftigt sich anschließend auch mit stationärer Rehabilitation und Langzeitpflege.

## AKUTSTATIONÄRE VERSORGUNG

Im Frühjahr 2023 stehen der Wiener Bevölkerung **Akutkrankenanstalten** an 30 Standorten<sup>97</sup> zur Verfügung. Darunter befinden sich die 19 landesfondsfinanzierte Standorte (8 Kliniken des Wiener Gesundheitsverbundes, 8 Standorte der Ordensspitäler, das Evangelische Krankenhaus, das Hanusch-Krankenhaus der ÖGK und das Sankt-Anna-Kinderspital). Daneben existieren 3 gemeinnützige Einrichtungen anderer Finanziere: die beiden Standorte des Traumazentrums der Allgemeinen Unfallversicherung (AUVA) und das von der Stiftung API und der VAMED betriebene Anton-Proksch-Institut zur Suchtbehandlung. Schließlich gibt es in Wien noch 8 über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanzierte Sanatorien und Privatkliniken.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sieht vor, dass die spezifischen akutstationären Versorgungsleistungen innerhalb bestimmter **Zeitgrenzen erreichbar** sein sollen. Je nach Fachbereich betragen diese 45 bis 90 Minuten (BMSGPK 2022b, 40ff). Die Spitalstandorte und ihr Angebot werden in Wien daher so weiterentwickelt, dass mindestens 90 % der Wohnbevölkerung sie im Straßen-Individualverkehr in der vorgegebenen Zeit erreichen können.

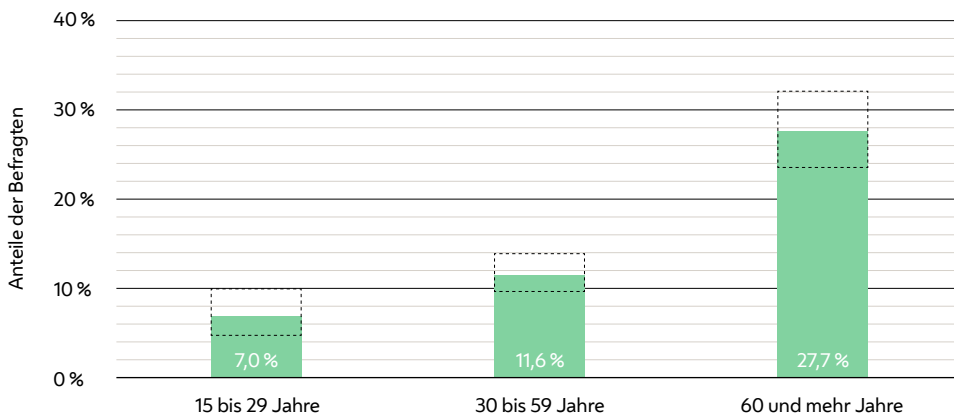
## Inanspruchnahme laut ATHIS 2019

Zur Inanspruchnahme der stationären Versorgung wurden Wiener\*innen ab 15 Jahren in ATHIS 2019 befragt, ob sie in den letzten 12 Monaten mit zumindest einer Übernachtung stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wurden. Insgesamt 14,7 % bejahten diese Frage. Es gibt keine signifikanten Geschlechterunterschiede, sehr wohl unterscheidet sich die Inanspruchnahme jedoch nach dem **Alter** (Abb. 107).

Von den 15- bis 29-Jährigen können nur 7,0 % von einem solchen Aufenthalt berichten. Bei den 30- bis 59-Jährigen sind es mit 11,6 % nicht signifikant mehr. Personen ab 60 Jahren sind hingegen mit einem Anteil von 27,7 % deutlich und signifikant häufiger im Krankenhaus aufgenommen worden als jüngere Altersgruppen.

<sup>97</sup> Teilweise als eine Organisation verwaltet: das Franziskusspital verfügt über die beiden Standorte Landstraße und Margareten, das AUVA-Traumazentrum über die Standorte Meidling und Lorenz-Böhler im 20. Bezirk.

**Abb. 107: Vollstationäre Aufenthalte in den letzten 12 Monaten, nach Altersgruppen, Wien, 2019**



Quelle: ATHIS 2019

Laut einer weiteren Analyse der ATHIS-Daten in Bezug auf die **Aufenthaltsdauer** verbrachten die in den letzten 12 Monaten stationär aufgenommenen Personen im Median ca. 5 Tage im Krankenhaus: Bei 50 % dauerte(n) der (die) Aufenthalt(e) insgesamt also länger als 5 Tage, bei 50 % kürzer als 5 Tage. Der arithmetische Mittelwert, der durch Ausreißer mit langem bzw. extrem langem Aufenthalt<sup>98</sup> stark beeinflusst wird, liegt sogar bei 11,4 Tagen.

In den letzten 12 Monaten als Tagespatient\*in – mit sogenanntem Null-Tages-Aufenthalt ohne Übernachtung – aufgenommen wurden 2019 laut ATHIS 12,9 % der Wiener\*innen (KI: 11,4 % – 14,6 %). Hier waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder nach Altersgruppen zu beobachten. Die absolute Mehrheit der Tagespatient\*innen (51,9 %) wurde nur einmal in den letzten 12 Monaten als Tagespatient\*in aufgenommen. Weitere 37,4 % gaben an, zwischen zwei und fünf Mal Tagespatient\*in gewesen zu sein. Nur bei einigen wenigen Personen war dies öfter oder auch sehr oft der Fall. Das Maximum der Angaben lag bei 150 Tagesaufenthalten in den letzten 12 Monaten.

### **Akutstationäre Versorgung in Wien laut Diagnosen und Leistungsdokumentation (DIAG)**

Auf Basis der Befragungsdaten ist also bereits zu sehen, dass jährlich in Wien ein beträchtlicher Bedarf an stationären Versorgungsleistungen besteht. Aus der laufend durchgeführten **Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DIAG)** österreichischer Krankenanstalten ist abzulesen, mit wie vielen Aufenthalten (vollstationärer oder tagesklinischer Art) dieser Bedarf tatsächlich verbunden ist, wie sie sich auf die einzelnen Fachgebiete aufteilen und wie sich ihre Zahl in den letzten Jahren entwickelt hat. Dort finden sich auch Informationen zur Kapazität an Betten, die in Wien zur Bedarfsdeckung verfügbar sind, sowie ihrem Belag.

### **Tatsächliche und systematisierte Betten**

2021 wurden in den Wiener Akutkrankenanstalten 9.636 tatsächliche **Akutbetten** vorgehalten (1.243 weniger als 2014). Davon standen 8.585 (89,1 %) in Fondskrankenanstalten (> FKA), 288 (3 %) in den 2 Unfallkrankenhäusern (UKH) der AUVA und 763 (7,9 %) in den 7 Privatspitälern im PRIKRAF. Die Akutbettendichte betrug damit 4,5 FKA-Betten pro 1.000 EW (bzw. insgesamt 5 Betten pro 1.000 EW). Systematisiert, also behördlich genehmigt, waren 2021 mit 11.065 um 1.263 weniger Betten als 2014 – 9.891 davon für die FKA, 302 für die UKH und 872 für die PRIKRAF-Spitäler. Die gesamte Reduktion erfolgte also zulasten der Betten der FKA (Tab. 30).

<sup>98</sup> So gaben 8,2 % eine Aufenthaltsdauer von über 25 Tagen an, einzelne Personen auch eine vielfach längere. Die maximal angegebene Aufenthaltsdauer (in den letzten 12 Monaten) betrug 150 Tage.

**Tab. 30: In Fondskrankenanstalten (FKA) vorgehaltene Betten**

| Fachbereich   | tatsächliche Akutbetten:<br>Stand nach Jahr und Veränderung |              |                         | Akutbettendichte (pro 1.000 EW):<br>Rate nach Jahr und Veränderung |            |                       |
|---|---|--------------|-------------------------|--|------------|-----------------------|
|   | 2014  | 2021         | 2014 – 2021             | 2014   | 2021       | 2014 – 2021           |
| 01/1+2 Intensivüberwachung und -behandlung                                      | 624   | 699          | +75 (+12,0 %)           | 0,35   | 0,36       | +0,011 (+3,0 %)       |
| 02/1 Kinder- und Jugendheilkunde  | 244   | 251          | +7 (+2,9 %)             | 0,14   | 0,13       | -0,007 (-5,4 %)       |
| 02/2 Kinder- und Jugendchirurgie  | 84  | 78           | -6 (-7,1 %)             | 0,05   | 0,04       | -0,007 (-14,6 %)      |
| 03 Chirurgie  | 1.099   | 929          | -170 (-15,5 %)          | 0,62   | 0,48       | -0,138 (-22,2 %)      |
| 04 Neurochirurgie   | 131   | 120          | -11 (-8,4 %)            | 0,07   | 0,06       | -0,012 (-15,7 %)      |
| 05 Innere Medizin (inkl. 14: Pulmologie)  | 3.010   | 2.550        | -460 (-15,3 %)          | 1,70   | 1,33       | -0,376 (-22,1 %)      |
| 06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe   | 563   | 511          | -52 (-9,2 %)            | 0,32   | 0,27       | -0,053 (-16,5 %)      |
| 07/+1+2 Neurologie (inkl. Akut-Nachbehandlung)                                  | 644   | 456          | -188 (-29,2 %)          | 0,37   | 0,25       | -0,127 (-32,4 %)      |
| 09 Haut- und Geschlechtskrankheiten   | 185   | 88           | -97 (-52,4 %)           | 0,10   | 0,05       | -0,059 (-56,2 %)      |
| 10 Augenheilkunde   | 194   | 140          | -54 (-27,8 %)           | 0,11   | 0,07       | -0,037 (-33,6 %)      |
| 11 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde   | 218   | 206          | -12 (-5,5 %)            | 0,12   | 0,11       | -0,016 (-13,1 %)      |
| 12 Urologie   | 283   | 218          | -65 (-23,0 %)           | 0,16   | 0,11       | -0,047 (-29,1 %)      |
| 13 Plastische Chirurgie   | 57  | 45           | -12 (-21,1 %)           | 0,03   | 0,02       | -0,009 (-27,4 %)      |
| 15 Orthopädie und Traumatologie   | 1.053   | 918          | -135 (-12,8 %)          | 0,60   | 0,48       | -0,118 (-19,8 %)      |
| 16+17 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahn-,<br>Mund-, Kieferheilkunde | 42  | 37           | -2 (-4,8 %)             | 0,02   | 0,02       | -0,003 (-12,5 %)      |
| 18+19 Strahlentherapie-Radioonkologie und Nuklearmedizin                        | 84  | 66           | -18 (-21,4 %)           | 0,05   | 0,03       | -0,013 (-27,8 %)      |
| 62 Akutgeriatrie/Remobilisation   | 363   | 349          | -14 (-3,9 %)            | 0,21   | 0,18       | -0,024 (-11,6 %)      |
| restliche Bereiche*   | 952   | 921          | -31 (-3,3 %)            | 0,54   | 0,48       | -0,06 (-11,1 %)       |
| <b>Summe</b>  | <b>9.830</b>  | <b>8.585</b> | <b>-1.245 (-12,7 %)</b> | <b>5,6</b>   | <b>4,5</b> | <b>-1,1 (-19,6 %)</b> |

\*02/3 Kinder- und Jugendpsychiatrie; 08 Psychiatrie, 08/98 PSY-Abhängigkeitserkrankungen; 50 gemischter Belag; 61/1 Psycho-somatik/Erwachsene, 61/2 Psychosomatik/KJ; 63 Remobilisation/Nachsorge; 64/1 Palliativmedizin/Erwachsene

In **relativen Zahlen** hat die Anzahl tatsächlich aufgestellter Akutbetten in FKA seit 2014 um 12,7 % abgenommen (Tab. 30), in allen Wiener Akutkrankenanstalten war es gesamt eine Abnahme von 11,4 %. Die Zahl systematisierter Betten wurde in FKA um 11,3 % reduziert, bezogen auf die Betten aller Finanzierungsträger war es eine Reduzierung um 10,2 %.

Nach Fachbereichen betrachtet (Tab. 30) hatten in den FKA die Bereiche Innere Medizin (2.550), Chirurgie (929) und Orthopädie/Traumatologie (918) den höchsten Stand an Akutbetten. Zwischen 2014 und 2021 ist es in nahezu allen Fächern zu einem Abbau von Akutbetten gekommen. Die **relativen Rückgänge** waren am stärksten in der Dermatologie (-52,4 %), der Augenheilkunde (-27,8 %) und der Urologie (-23 %). In **absoluten Zahlen** wurden aber in der Inneren Medizin (- 460 bzw. -15,3 %), der Chirurgie (-170 bzw. -15,5 %) und der Orthopädie/Traumatologie (-135 bzw. -12,8 %) mehr Betten abgebaut.

In zwei Bereichen ist es zu einer (relativen und absoluten) **Aufstockung der Bettenzahl** in FKA gekommen: Das ist zum einen die Intensivüberwachung und -betreuung. Hier betrug der Anstieg 12,0 % oder 75 Betten. Zum anderen ist dies die Kinder- und Jugendheilkunde. Hier kam es zu einem Anstieg von 2,9 % oder 7 Betten.

Da die Bevölkerung von 2014 bis 2021 deutlich gewachsen ist (um 154.084 oder 8,7 %), ging die Zahl der Betten je 1.000 EW (die Akutbettendichte) relativ stärker zurück als die Bettenzahl insgesamt. Dies gilt für fast alle Fachbereiche<sup>99</sup> (Tab. 30). In Summe betrug der **Rückgang der Akutbettendichte** 19,6 % oder 1,1 Betten je 1.000 EW.

<sup>99</sup> Ausgenommen natürlich jene, die einen Anstieg der Betten verzeichnen (Intensivüberwachung und -behandlung sowie Kinder- und Jugendheilkunde).



## Stationäre Aufenthalte in Wiener Akutkrankenanstalten

Im Jahr 2021 wurden in Wiener Akutkrankenanstalten – inklusive der Privatkrankenhäuser und der Null-Tages-Aufenthalte (NTA) – 468.753 **Spitalsaufenthalte** dokumentiert (24.402 pro 100.000 EW). Das sind 167.775 Aufenthalte bzw. 26,4 % weniger als am Ende der letzten Berichtsperiode 2014.

Von den dokumentierten Spitalsaufenthalten entfielen 402.468 oder 86 % auf Fondskrankenanstalten (FKA). 2014 waren es noch 90 %. Die Spitalsaufenthalte in FKA können nach Fachbereich aufgeschlüsselt und in ihrer Entwicklung seit 2014 nachverfolgt werden. Wie Tabelle 31 zeigt, gingen sie zwischen 2014 und 2021 in fast allen Fachbereichen zurück. Nur in der Intensivüberwachung und -betreuung ist ein Anstieg von 264 Aufenthalten oder 2,0 % zu verzeichnen. Insgesamt betrug der Rückgang in FKA -170.323 Aufenthalte bzw. 29,7 % und war damit stärker als unter Einbeziehung der anderen Finanzierungsträger.

**Tab. 31: In Fondskrankenanstalten (FKA) verzeichnete Aufenthalte**

| Fachbereich  | Aufenthalte: Anzahl nach Jahr und Veränderung (inkl. NTA) |                |                           | Aufenthalte pro 100.000 EW: Rate nach Jahr und Veränderung (inkl. NTA) |                 |                          | Belagsdauer: Ø in Tagen<br>2021 (seit 2014) |
|--|---|----------------|---------------------------|--|-----------------|--------------------------|---|
|  | 2014  | 2021           | 2014 – 2021               | 2014   | 2021            | 2014 – 2021              |   |
| 01/1+2 Intensivüberwachung und -behandlung                                   | 13.338  | 13.602         | 264 (+2,0 %)              | 754,9  | 708,1           | -46,8 (-6,2 %)           | 7,0 (+1,05)                                 |
| 02/1 Kinder- und Jugendheilkunde   | 20.708  | 14.606         | -6.102 (-29,5 %)          | 1.172,0  | 760,4           | -411,7 (-35,1 %)         | 3,7 (-0,24)                                 |
| 02/2 Kinder- und Jugendchirurgie   | 8.144   | 6.573          | -1.571 (-19,3 %)          | 460,9  | 342,2           | -118,8 (-25,8 %)         | 3,1 (-0,18)                                 |
| 03 Chirurgie   | 63.131  | 48.214         | -14.917 (-23,6 %)         | 3.573,1  | 2.509,9         | -1.063,1 (-29,8 %)       | 5,1 (-0,02)                                 |
| 04 Neurochirurgie  | 4.998   | 4.056          | -942 (-18,8 %)            | 282,9  | 211,1           | -71,7 (-25,4 %)          | 6,7 (-1,54)                                 |
| 05 Innere Medizin (inkl. 14: Pulmologie)                                     | 192.629   | 107.950        | -84.679 (-44,0 %)         | 10.902,3   | 5.619,6         | -5.282,7 (-48,5 %)       | 5,9 (-0,59)                                 |
| 06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe  | 50.876  | 38.522         | -12.354 (-24,3 %)         | 2879,5   | 2.005,4         | -874,1 (-30,4 %)         | 3,5 (-0,03)                                 |
| 07/+1+2 Neurologie (inkl. Akut-Nachbehandlung)                               | 19.473  | 12.282         | -7.191 (-36,9 %)          | 1.102,1  | 639,4           | -462,8 (-42,0 %)         | 6,9 (-1,49)                                 |
| 09 Haut- und Geschlechtskrankheiten  | 12.356  | 4.668          | -7.688 (-62,2 %)          | 699,3  | 243,0           | -456,3 (-65,3 %)         | 5,5 (+0,28)                                 |
| 10 Augenheilkunde  | 53.734  | 43.929         | -9.805 (-18,2 %)          | 3.041,2  | 2.286,8         | -754,4 (-24,8 %)         | 2,2 (-0,20)                                 |
| 11 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde  | 18.063  | 13.116         | -4.947 (-27,4 %)          | 1.022,3  | 682,8           | -339,5 (-33,2 %)         | 3,2 (-0,25)                                 |
| 12 Urologie  | 19.119  | 14.937         | -4.182 (-21,9 %)          | 1.082,1  | 777,6           | -304,5 (-28,1 %)         | 4,3 (-0,51)                                 |
| 13 Plastische Chirurgie  | 3.091   | 1.903          | -1.188 (-38,4 %)          | 174,9  | 99,1            | -75,9 (-43,4 %)          | 5,1 (+0,12)                                 |
| 15 Orthopädie und Traumatologie  | 58.338  | 52.387         | -5.951 (-10,2 %)          | 3.301,8  | 2.727,1         | -574,6 (-17,4 %)         | 4,6 (-0,98)                                 |
| 16+17 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde | 2.446   | 1.613          | -833 (-34,1 %)            | 138,4  | 84,0            | -54,5 (-39,3 %)          | 4,75 (-0,5)                                 |
| 18+19 Strahlentherapie-Radioonkologie und Nuklearmedizin                     | 4.138   | 3.418          | -720 (-17,4 %)            | 234,2  | 177,9           | -56,3 (-24,0 %)          | 3,6 (-1,06)                                 |
| 62 Akutgeriatrie/Remobilisation  | 6.355   | 5.010          | -1.345 (-21,2 %)          | 359,7  | 260,8           | -98,9 (-27,5 %)          | 17,5 (+0,53)                                |
| restliche Bereiche*  | 21.854  | 15.682         | -6.172 (-28,2 %)          | 1.236,9  | 816,4           | -420,5 (-34,0 %)         | 8,1 (-1,61)                                 |
| <b>Summe</b>   | <b>572.791</b>  | <b>402.468</b> | <b>-170.323 (-29,7 %)</b> | <b>32.418,5</b>  | <b>20.951,5</b> | <b>-11.467 (-35,4 %)</b> | <b>5,25 (-0,38)</b>                         |

\*02/3 Kinder- und Jugendpsychiatrie; 08 Psychiatrie, 08/98 PSY-Abhängigkeitserkrankungen; 50 gemischter Belag; 61/1 Psycho-somatik/Erwachsene, 61/2 Psychosomatik/KJ; 63 Remobilisation/Nachsorge; 64/1 Palliativmedizin/Erwachsene

Die größten **relativen Rückgänge** gab es bei Aufenthalten aufgrund von Haut- und Geschlechtskrankheiten (-62,2 %), sowie in den Bereichen Innere Medizin (-44 %) und Plastische Chirurgie (-38,4 %). In **absoluten Zahlen** gab es mit großem Abstand den stärksten Rückgang in der Inneren Medizin, wo die Zahl der Spitalsaufenthalte um 84.679 abgenommen hat. Dahinter folgen die Chirurgie und die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Rückgängen um 14.917 und 12.354 Aufenthalte (das entspricht -23,6 % bzw. -24,3 %).

Da die Bevölkerung von 2014 bis 2021 deutlich gewachsen ist, ging die **Zahl der Aufenthalte pro 100.000 EW** prozentuell stärker zurück als die Zahl der Aufenthalte insgesamt. Dies gilt für alle Fachbereiche (Tab. 31). Über alle Fächer hinweg sanken die Aufenthalte je 100.000 EW um 35,4 % oder 11.467. Den stärksten Rückgang gab es hier bei den Haut- und Geschlechtskrankheiten mit -65,3 %, den schwächsten in der Intensivüberwachung und -behandlung mit -6,2 % (wobei hier die Gesamtzahl der Aufenthalte stieg).

Die Fachbereiche mit den **höchsten Aufenthaltszahlen** waren 2021 meist auch jene mit **hohen Bettenzahlen** zwischen 500 und 2.500 Betten. So waren von den 402.468 Aufenthalten in FKA:

- 107.950 (26,8 %) im Bereich Innere Medizin
- 52.387 (13,0 %) im Bereich Orthopädie und Traumatologie
- 48.214 (12,0 %) im Bereich Chirurgie
- 38.522 (9,6 %) im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Etwas aus dem Rahmen fielen hier jedoch die Augenheilkunde mit relativ vielen, nämlich 43.929 Aufenthalten (10,9 %), und relativ wenigen (140) vorgehaltenen Betten, sowie die Intensivüberwachung und -behandlung mit relativ wenigen Aufenthalten (13.602) bei fast 700 Betten und die Akutgeriatrie/Remobilisation mit nur 5.010 Aufenthalten bei fast 350 Betten. Grund dafür ist einerseits ein besonders hoher Anteil an tagesklinischen bzw. Null-Tages-Aufenthalten in der Augenheilkunde, andererseits die überdurchschnittlich lange Dauer der Aufenthalte (Belagsdauern) in Akutgeriatrie und Intensivüberwachung und -behandlung.

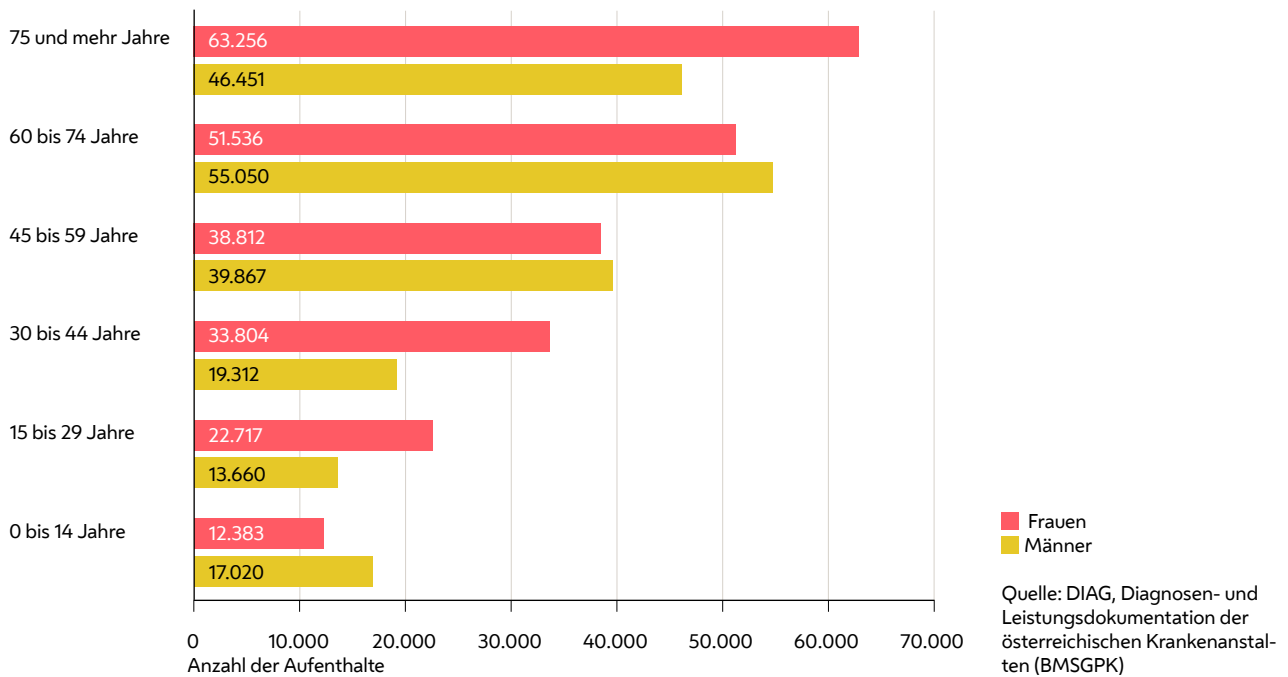
Was die **Null-Tages-Aufenthalte (NTA)** betrifft, so war in der Periode 2014 bis 2021 in Wien ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Gab es 2014 in Wiener Akutkrankenanstalten noch 191.290 Null-Tages-Aufenthalte (davon 183.963 in FKA, was 32,1 % aller FKA-Aufenthalte entspricht), so waren es 2021 nur mehr 95.085 (in FKA 81.548 Aufenthalte, was 20,3 % aller FKA-Aufenthalte entspricht). Die Zahl der Null-Tages-Aufenthalte ungeachtet der Finanzierungsträger hat sich mit -50,3 % mehr als halbiert und ist somit schneller gesunken als die Aufenthalte insgesamt (-26,4 %). In Nicht-Landesfonds-finanzierten-Spitälern (AUVA und PRIKRAF) ist sie jedoch um 6.183 (+84,4 %) gestiegen.

Die durchschnittliche **Belagsdauer** je Spitalsaufenthalt im Sinne einer vollstationären Akutversorgung, d.h. ohne NTA und Langzeitaufenthalten über 28 Tagen, betrug im Jahr 2021 in Wiener Fondskrankenanstalten 5,25 Tage. Sie ist damit insgesamt um 0,38 Tage gesunken (Tab. 31). In den UKH betrug die durchschnittliche Belagsdauer 4,42 Tage, was einem Rückgang um 0,55 Tage entspricht.

Für die FKA lässt sich sagen, dass die Belagsdauern in den meisten, aber nicht allen Fachbereichen zurückgegangen sind. **Ausnahmen** bilden die Intensivüberwachung und -behandlung (+1,05 Tage), die Dermatologie (+0,28 Tage), die Plastische Chirurgie (+0,12 Tage) und die Akutgeriatrie/Remobilisation (+0,53 Tage). Am stärksten zurückgegangen ist die durchschnittliche Belagsdauer in der Neurochirurgie (-1,54 Tage), der Neurologie (-1,49 Tage), der Strahlentherapie-Radioonkologie und Nukleartherapie (-1,06 Tage) und der Orthopädie und Traumatologie (-0,98 Tage).

Die in den FKA und den UKH verzeichneten Aufenthalte ließen sich aufgrund der Datelage auch nach **Altersgruppen** und **Geschlecht** analysieren. Für 2021 ergab sich, dass 53,8 % der Aufenthalte von Frauen und 46,2 % von Männern in Anspruch genommen wurden. Dies bedeutet eine leichte Verschiebung seit 2014 (in dem Jahr nahmen Frauen 55,4 % und Männer 44,6 % der Aufenthalte in Anspruch).

**Abb. 108: Stationäre Aufenthalte in FKA und UKH, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien, 2021**



In Abbildung 108 ist zu sehen, dass die absolute Zahl der akutstationären Aufenthalte mit dem **Alter** deutlich steigt – mit der Einschränkung, dass sie bei Männern ab dem Alter von 75 Jahren wieder um knapp 8.600 Aufenthalte im Jahr zurückgeht. Der Grund dafür besteht darin, dass Männer in dieser Altersgruppe häufiger bereits verstorben sind als Frauen.

Ein Unterschied zur letzten Bestandsaufnahme dieser Altersstruktur 2014 (Stadt Wien 2017, 118) besteht darin, dass im Jahr 2021 bei den 45- bis 59-Jährigen sowie den 60- bis 74-Jährigen etwas mehr Spitalsaufenthalte von Männern in Anspruch genommen werden als von Frauen. Überdies steigt die Anzahl der Spitalsaufenthalte von Frauen auch bei den Ab-75-Jährigen weiter deutlich an, wodurch sich in der höchsten Altersgruppe wieder ein deutlicher **Geschlechterunterschied** mit höheren Werten für Frauen ergibt. 57,7 % der Aufenthalte in dieser Altersgruppe werden von Frauen, 42,3 % von Männern in Anspruch genommen.

# Versorgungsqualität

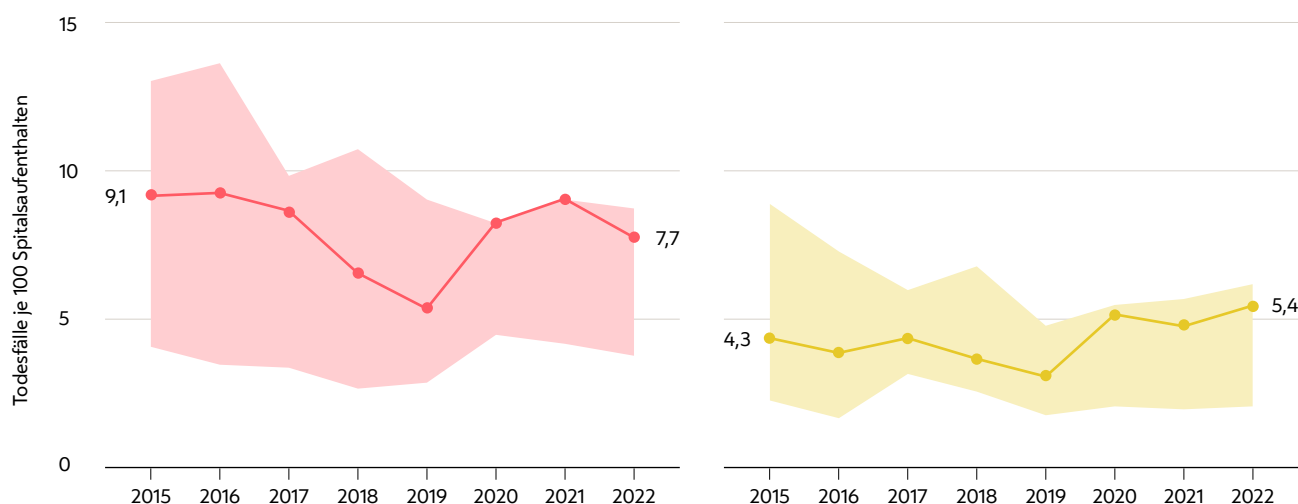
Im Zuge der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) wurden Indikatoren für eine > Outcome-Messung im Gesundheitswesen definiert (BMG 2015). Darin enthalten sind u.a. einige Indikatoren für den Bereich Kuration, von denen einige nachstehend präsentiert werden.

## 30-TAGE-STERBLICHKEIT AN MYOKARDINFARKT

128 Menschen mit akutem > Myokardinfarkt (AMI)<sup>100</sup> starben im Jahr 2022 in den ersten 30 Tagen ihres Aufenthaltes in einem Wiener Krankenhaus, davon 78 Männer und 50 Frauen. Bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte mit derselben Hauptdiagnose bedeutet dies ungeachtet des Geschlechts eine AMI-Sterblichkeit von 6,1 Todesfällen je 100 Spitalsaufenthalten (von Personen ab 45 Jahren).

Zwar nicht absolut, aber bezogen auf 100 Spitalsaufenthalte ist die 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt bei Frauen höher, wie Abbildung 109 zeigt. Der **Geschlechterunterschied** ist in den letzten Jahren in Wien kleiner geworden, jedoch enden immer noch 7,7 von 100 stationär behandelten Infarkten bei Frauen tödlich (Bundesländer (BL)-Bandbreite: 3,7 – 8,7), während es bei Männern 5,4 von 100 stationär behandelten Infarkten sind (BL-Bandbreite: 2,0 – 6,1).

**Abb. 109: 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt in Akutkrankenanstalten, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2022**



- Wienerinnen
- BL-Bandbreite Frauen
- Wiener
- BL-Bandbreite Männer

Quelle: DIAG, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (BMSGPK)

Wie zu sehen schwankte der Wert in Wien in der zeitlichen Entwicklung. Da er 2022 nach zwischenzeitlichem Rückgang – 2019 auf 3,8 (5,3 bei Frauen und 3,0 bei Männern) – wieder genau auf dem Niveau von 2015 ist, ist Wien im Bundesländer-Vergleich bei Männern und Frauen ins obere Drittel gerutscht.

## 30-TAGE-STERBLICHKEIT AN SCHLAGANFALL

229 Menschen mit einem Schlaganfall<sup>101</sup> starben im Jahr 2022 in den ersten 30 Tagen ihres Aufenthaltes in einem Wiener Krankenhaus, davon 130 Frauen und 99 Männer. Hier ist also auch die absolute Zahl der gestorbenen Frauen höher. Dementsprechend gibt es auch bei

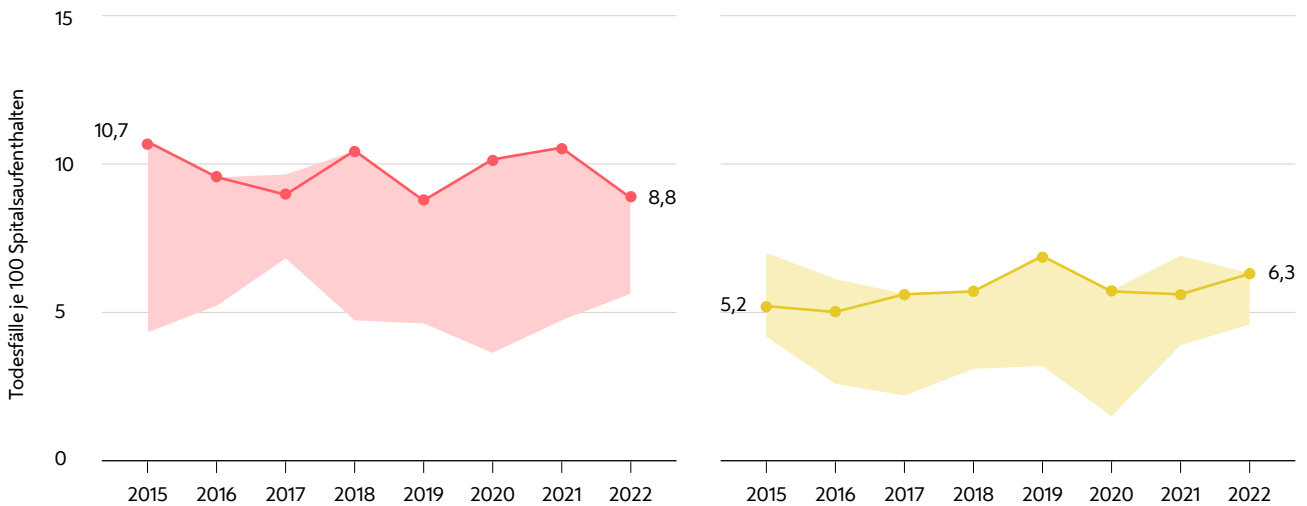
<sup>100</sup> Das entspricht den Hauptdiagnosen I21 und I22 laut > ICD-10-Katalog.

<sup>101</sup> Das entspricht den Hauptdiagnosen I63 und I64 laut ICD-10-Katalog.

der relativen Rate je 100 Spitalsaufenthalten einen **geschlechtsspezifischen Unterschied**. Auch dieser ist in Wien in den letzten Jahren (mit Schwankungen) tendenziell kleiner geworden (Abb. 110).

2022 endeten aber immer noch 8,8 von 100 Spitalsaufenthalten von Frauen mit Schlaganfall innerhalb der ersten Tage im Krankenhaus tödlich (BL-Bandbreite: 5,6 – 8,8), während es bei Männern nur 6,3 von 100 Spitalsaufenthalten waren (BL-Bandbreite: 4,6 – 6,3). Bei Frauen ist die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall seit 2015 tendenziell leicht gesunken, bei Männern leicht gestiegen.

**Abb. 110: 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall in Akutkrankenanstalten, nach Geschlecht, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2022**



Ungeachtet des Geschlechts lag die 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Schlaganfall 2022 in Wien mit 7,5 je 100 Spitalsaufenthalten leicht unter dem Wert des Jahres 2015, in dem er 8 je 100 Spitalsaufenthalten betrug. Wien liegt damit in den meisten Jahren im Bundesländer-Vergleich immer noch am oberen Rand.

- Wienerinnen
- BL-Bandbreite Frauen
- Wiener
- BL-Bandbreite Männer

Quelle: DIAG, Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten (BMSGPK)

## POTENZIELL INADÄQUATE MEDIKATION (PIM) BEI ÄLTEREN

Potenziell inadäquate Medikamente (PIM) werden üblicherweise als Arzneimittel beschrieben, die keine ausreichend nachgewiesenen therapeutischen Wirkungen und ein ungünstiges Verhältnis zwischen Schadensrisiko und Nutzen aufweisen. 73 Wirkstoffe stehen auf der offiziellen österreichischen PIM-Liste (BMSGPK 2021, 80).

Als Qualitätsindikator der pharmazeutischen Versorgung gilt die potenziell inadäquate Medikation bei Älteren (PIM). Dieser Indikator ist definiert als „Anteil der ab 70-jährigen Bevölkerung, der mit mindestens einem potenziell inadäquaten Medikament (Packung) in einem Kalenderjahr versorgt wird“ (BMG 2015, 49).

Eine potenziell inadäquate Medikation ist mit unerwünschten Ereignissen, wie Tod und Hospitalisierungen assoziiert. Die > Prävalenz verweist somit einerseits auf die Verschreibungsqualität im ambulanten Bereich und andererseits auf die Patient\*innensicherheit (Mann et al., 2014).

Nach einer Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen (BMSGPK 2021, 81) wurde 2020 in Wien 38,6 % der Ab-70-Jährigen mindestens eine potenziell inadäquate Medikation verordnet. Bei Frauen sind es 42,8 %, bei Männern 32,4 %. Die Prävalenz ist ein deutlich niedrigerer Wert als im letzten Bericht ausgewiesen (Stadt Wien 2017, 132). Zu bedenken ist, dass auch die Vergleichbarkeit über Jahre Einschränkungen unterliegt (BMSGPK 2021, 82). Im Bundesländer-Vergleich liegt Wien bei seit 2018 generell fallender Prävalenz im Mittelfeld (Haindl et al. 2022, 36).

# Pflege und Betreuungsdienste in Wien

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, betreuungs- und pflegebedürftig zu werden. Dem Pflegesystem kommt ein hoher Stellenwert und eine große Bedeutung für die Bevölkerung zu. Die Statistik der Betreuungs- und Pflegedienste basiert auf den Vorgaben des Pflegefondsgesetzes und der Verordnung für Pflegedienstleistungsstatistik. Die erhobenen Daten betreffen sieben **Bereiche der Langzeitpflege** für Länder und Gemeinden:

- mobile Betreuungs- und Pflegedienste
- mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste
- teilstationäre Tagesbetreuung
- stationäre Betreuungs- und Pflegedienste
- Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen
- alternative Wohnformen
- Case- und Care-Management

## INANSPRUCHNAHME DER VERSCHIEDENEN PFLEGELEISTUNGEN

Im Jahr 2021 bezogen 28.200 Personen in Wien **mobile Betreuungs- und Pflegedienste**. Diese Anzahl ist gegenüber dem Jahr davor leicht gestiegen. Mobile und ambulante soziale Dienste können die Pflege im gewohnten und familiären Umfeld erleichtern, den Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung ermöglichen und pflegende Angehörige entlasten. Zu den mobilen und ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten zählen beispielsweise Heimhilfe, Hauskrankenpflege oder Essen auf Rädern.

Zur Entlastung von Angehörigen kann während einer vorübergehenden Abwesenheit durch Krankheit oder Urlaub die betreute Person in einer stationären Einrichtung betreut werden. 21.350 Wiener\*innen wurden im Jahr 2021 **stationär** betreut bzw. gepflegt (sowie 1.810 Personen teilstationär). Diese Zahlen sind seit dem Jahr 2018 relativ konstant. **Teilstationäre Betreuung** findet während der Tages- oder Nachtstunden einmal oder mehrmals pro Woche statt. Tagespflege dient dazu, pflegebedürftigen Menschen trotz Einschränkungen ein relativ selbstständiges Leben zu ermöglichen. Teilstationäre Dienste bieten beispielsweise geriatrische Tageszentren an. Die Leistungen umfassen ein Abhol- bzw. Heimtransport-Service, Verpflegung, bedarfsgerechte Pflege sowie je nach Bedarf und Interesse Therapien, Ausflüge, Veranstaltungen und Beratung für pflegende Angehörige.

Im Anschluss an einen stationären Pflegeaufenthalt wird die Rückkehr nach Hause nicht immer möglich sein. Als Alternative zum Verbleib im Pflegeheim wurden **Senioren-Wohngemeinschaften** eingerichtet. Mit Unterstützung durch ambulante soziale Dienste wird ehemaligen Pflegepatient\*innen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht. 19.779 Wiener\*innen nahmen im Jahr 2021 solche Wohn- und Pflegeplätze in Anspruch. Auch diese Zahl verändert sich seit dem Jahr 2016 kaum.

## PFLEGEPERSONAL

Die Personalsituation stellt derzeit eine der größten Herausforderungen im Pflege- und Betreuungsbereich dar. Aufgrund demografischer und gesellschaftspolitischer Entwicklungen in Österreich wird laut der 2019 von der Gesundheit Österreich GmbH veröffentlichten Studie Pflegepersonal – Bedarfsprognose für Österreich von einem Zusatz- sowie Ersatzbedarf von insgesamt rund 76.000 Personen bis 2030 ausgegangen.

Bis 2024/25 werden im Rahmen der Ausbildungsoffensive Pflege Zukunft Wien Studienplätze für Gesundheits- und Krankenpflege ausgebaut und 810 vom Fonds Soziales Wien finanzierte, zusätzliche Studienplätze geschaffen. Zeitgleich startet eine Kampagne im öffentlichen Raum, die das Image von Pflegeberufen aufwerten soll.

Österreichweit hat Wien die meisten vollzeitäquivalenten Beschäftigten in Betreuungs- und Pflegediensten. Im Jahr 2021 waren es 12.750 Personen – die meisten von ihnen arbeiten im stationären Dienst (8.809) gefolgt von mobilen Diensten (3.671). Die Ausgaben für diese Dienste beliefen sich im Jahr 2021 in Wien auf rund eineinhalb Milliarden Euro und steigen seit dem Jahr 2016 jährlich an.

## INFORMELLE PFLEGE UND PFLEGEGELDBEZUG

Viele Pflegeleistungen finden im privaten familiären Rahmen statt: Rund 950.000 erwachsene Menschen in Österreich (also rund 10 % der Gesamtbevölkerung) kümmern sich entweder zu Hause oder in stationären Einrichtungen um einen pflegebedürftigen Menschen (BMSGPK 2022a, 9).

2021 bezogen in Wien 1.942 Personen **Förderungen** aufgrund einer notwendigen **24-Stunden-Betreuung** – das waren 5 % weniger als im Jahr davor (ebda, 25). Diese Förderung wird bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen gewährt<sup>102</sup>. In Abhängigkeit vom Beschäftigungsverhältnis der Betreuungspersonen beträgt sie maximal 800 (selbstständig beschäftigt) bzw. 1.600 Euro (angestellt beschäftigt).

Davon zu unterscheiden ist das **Pflegegeld** als eine zweckgebundene Leistung für pflegebedingte Mehraufwendungen. Die Zahl der Pflegegeldbezieher\*innen kann als näherungsweise Kennwert für die Gesamtzahl der pflege- und betreuungsbedürftigen Wiener\*innen herangezogen werden.

Die Zuerkennung des Pflegegeldes erfolgt nach dem monatlichen Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in 7 Stufen durch die zuständigen Sozialversicherungsträger. Die Höhe ist von dieser Einstufung abhängig, zusätzlich ist ein Erschwerniszuschlag möglich<sup>103</sup>. Pflegegeld kann bezogen werden, wenn ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung vorliegt, die mindestens 6 Monate andauert.

Im Jahr 2022 bezogen in Wien 88.134 Personen Pflegegeld, im Jahr 2021 waren es 87.134 Personen, im Jahr 2014 lag die Anzahl bei rund 86.000 Personen. Diese Zahlen weisen also darauf hin, dass es in den letzten Jahren einen moderaten Anstieg des Pflegebedarfes in Wien gegeben hat. Über die Hälfte (54 %) der Pflegegeldbezieher\*innen wurden 2022 den Pflegestufen 1 und 2 zugeordnet.

Mit ansteigender Pflegestufe nimmt der Anteil der Beziehenden stetig ab. Auf Pflegestufe 7 entfallen lediglich 2 % der Pflegegeldbezieher\*innen. Der durchschnittliche monatliche Aufwand pro anspruchsberechtigter Person belief sich im Jahr 2021 auf rund 460 Euro monatlich. Von den Anspruchsberechtigten waren 62 % weiblich und 38 % männlich. Der Großteil war über 60 Jahre alt. Frauen, die Pflegegeld beziehen, sind tendenziell älter: Die Hälfte von ihnen ist älter als 80 Jahre, während bei Männern nur 30 % über 80 Jahre alt sind.

102 [sozialministerium.at/Themen/Pflege/24-Stunden-Betreuung.html](https://sozialministerium.at/Themen/Pflege/24-Stunden-Betreuung.html)

103 Die aktuellen Sätze finden sich unter: [sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html](https://sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html)

# Psychiatrische und psychosoziale Versorgung

Die Versorgung im psychiatrischen und psychosozialen Bereich findet in Wien sowohl > **intramural** in psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Ambulanzen von Krankenhäusern, als auch > **extramural** in selbstständigen sozialpsychiatrischen Ambulatorien und Instituten sowie im niedergelassenen Bereich statt.

Es gibt ambulante und stationäre Versorgungsangebote, die auf akute Notfallversorgung, reguläre Beratung und Behandlung sowie Rehabilitation abzielen. Für die Versorgung sind meist **multiprofessionelle Teams** bestehend aus den folgenden Berufsgruppen zuständig: Fachärzt\*innen für Psychiatrie (Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie), Ärzt\*innen mit PSY-III-Diplom, Klinische Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen und Sozialarbeiter\*innen.

Der Psychiatrische und psychosomatische Versorgungsplan Wien 2030 (PPV) wurde 2018 erarbeitet<sup>104</sup>, um die Versorgung von Wiener\*innen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Er sieht den Ausbau der psychiatrischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich vor. Durch die Dezentralisierung und Schaffung eines flächendeckenden Angebots im ambulanten Bereich soll die Möglichkeit geschaffen werden, Patient\*innen wohnortnah behandeln zu können.

## AMBULANTE VERSORGUNG: INANSPRUCHNAHME UND ANGEBOTE

### Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 wurde anhand eines repräsentativen Samples der Wiener Wohnbevölkerung ab 15 Jahren erhoben, ob die Befragten in den letzten 12 Monaten „bei einer Psychologin/einem Psychologen, einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten oder einer Psychiaterin/einem Psychiater waren, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen“.

Dabei gaben 8,9 % der Wiener\*innen an, eine\*n solche\*n Fachexpertin/Fachexperten konsultiert zu haben. Bei der vorherigen Befragung im Jahr 2014 waren es mit 8 % ähnlich viele – das Ausmaß der Inanspruchnahme unterscheidet sich zwischen beiden Erhebungen nicht signifikant.

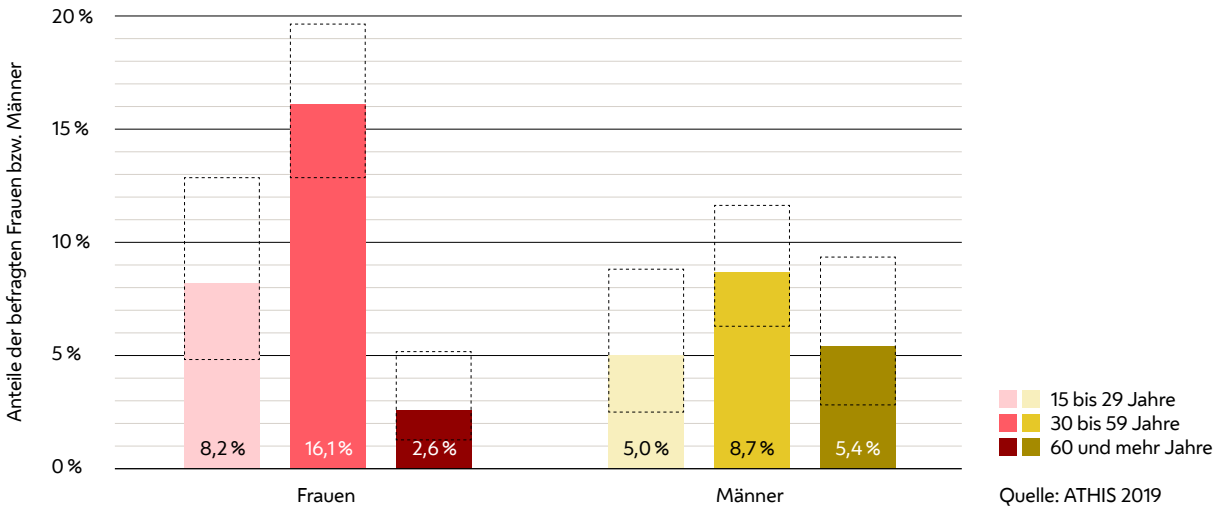
Die Inanspruchnahme war in der **Altersgruppe** der 30- bis 59-Jährigen mit 12,4 % signifikant häufiger als in den anderen Altersgruppen: Nur 6,6 % der 15- bis 29-Jährigen gaben an, bei Psychiater\*innen, Psycholog\*innen oder Psychotherapeut\*innen vorstellig gewesen zu sein, bei den Ab-60-Jährigen waren es nur 3,9 % der Befragten. Ungeachtet des Alters unterscheidet sich die Inanspruchnahme nicht signifikant nach **Geschlecht**. Die zusätzliche Differenzierung nach dem Alter in Abbildung 111 macht aber Unterschiede sichtbar.

Insbesondere fällt auf, dass Frauen in mittleren Altersgruppen die psychiatrischen und psychosozialen Angebote mit 16,1% signifikant häufiger in Anspruch nehmen als Angehörige aller Vergleichsgruppen – das heißt, häufiger als Männer aller Altersgruppen, aber auch häufiger als jüngere oder ältere Angehörige des eigenen Geschlechts.

<sup>104</sup> Eine inhaltliche Übersicht des Versorgungsplans inklusive der Beschlussfassung findet sich unter: [mgses.at/2018/05/psychiatrischer-und-psychosomatischer-versorgungsplan-wien-2030/](https://mgses.at/2018/05/psychiatrischer-und-psychosomatischer-versorgungsplan-wien-2030/)



**Abb. 111: Besuch bei Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen, Psychiater\*innen in den letzten 12 Monaten, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien, 2019**



Auch zwischen anderen sozialen und demografischen Merkmalen existieren teilweise Unterschiede in der Inanspruchnahme psychosozialer oder psychiatrischer Leistungen: Was den formalen **Bildungsgrad** betrifft, werden die genannten Angebote von Wiener\*innen mit Lehrabschluss (6,2 %) signifikant weniger häufig in Anspruch genommen als von jenen mit Hochschulabschluss (12,3 %). Dieser Unterschied findet sich bei Frauen ebenso wie bei Männern.

Auch beim **Haushaltseinkommen** der Befragten zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Wiener\*innen im untersten Einkommensfünftel nehmen die Angebote von Psychiater\*innen, Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen mit 13,7 % signifikant häufiger in Anspruch als Bezieher\*innen mittlerer und hoher Einkommen (ca. 6 % im dritten und im fünften/höchsten Einkommensfünftel).

Bezüglich **Herkunft** der Befragten war anhand der ATHIS-Daten 2019 in puncto Inanspruchnahme kein signifikanter Unterschied zwischen Wiener\*innen mit und ohne Migrationshintergrund festzustellen. Dabei machte es keinen Unterschied, ob Personen aus EU- oder Nicht-EU-Ländern stammten.

### Angebote ambulanter Versorgung in Wien

Laut Planungsmatrix des Regionalen Strukturplan Gesundheit – ambulant für Wien<sup>105</sup> sind extramurale Einrichtungen bzw. Institute, die von Vereinen, privaten und öffentlichen Trägern (wie der Stadt Wien) finanziert werden, für einen Großteil der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Wien verantwortlich – noch vor dem spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich. Beispielgebend für solche Einrichtungen sind die Psychosozialen Dienste der Stadt Wien (PSD), die im Folgenden beschrieben werden.

### Psychosoziale Dienste der Stadt Wien (PSD)

Die Psychosozialen Dienste in Wien (PSD-Wien) bieten eine breite Palette an psychiatrischen Behandlungs- und Beratungsangeboten für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und ältere Menschen und behandelten 2021 rund 12.000 Menschen in Wien. Die Mitarbeiter\*innen des PSD-Wien arbeiten multiprofessionell, interdisziplinär und sind mit Sozial- und Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien sowie zahlreichen anderen Anbieter\*innen psychiatrischer

<sup>105</sup> [wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-11-2022-planungsmatrix-ambulant.pdf](https://wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-11-2022-planungsmatrix-ambulant.pdf)

Leistungen bestens vernetzt. Im Jahr 2021 beschäftigten die Psychosozialen Dienste in Wien 358 Mitarbeiter\*innen.<sup>106</sup>

Die acht **Sozialpsychiatrischen Ambulatorien** gewährleisten die ambulante psychiatrische Basisversorgung für fast 2 Millionen Menschen in Wien. Im Jahr 2021 wurden über 8.100 Personen (2015: 7.763) mit überwiegend schweren psychischen Erkrankungen und hohem psychosozialen Betreuungsbedarf behandelt, unterstützt und begleitet. In den angeschlossenen **Therapeutischen Tageszentren** erhalten die Patient\*innen zudem alltagspraktische Unterstützung, Förderung von Kreativität und sozialen Fähigkeiten mit dem Ziel, größtmögliche Autonomie und Selbstbestimmung zu erreichen.

Die größte Patient\*innengruppe in den Sozialpsychiatrischen Ambulatorien bilden Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung (2021: 37,8 %), einer affektiven Störung, einer neurotischen, Belastungs- und > somatoformen Störung sowie einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. All diese Personen weisen zu ihrer psychischen Erkrankung zusätzlich hohen psychosozialen Betreuungsbedarf auf und brauchen zahlreiche unterstützende Angebote in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Freizeit sowie in rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten. Auch Angehörige werden selbstverständlich beraten und begleitet.

Eine **24-Stunden-Erreichbarkeit** in akuten psychischen Krisen ist durch den Sozialpsychiatrischen Notdienst, den Mobilen Psychiatrischen Krisendienst und die Psychosoziale Information – gemeinsam mit den Sozialpsychiatrischen Ambulatorien – gewährleistet.

Für **Kinder und Jugendliche** stehen zwei Ambulatorien mit Tagesklinik zur Verfügung, die 2021 gemeinsam über 630 Kinder und Jugendliche ambulant behandelten. Über 200 von ihnen nutzten dabei die Möglichkeit einer tagesklinischen Behandlung. Das Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulatorium mit Tagesklinik Extended Soulspace hat sein Angebot mit Home-Treatment erweitert, sodass Kinder und Jugendliche auch in ihrer gewohnten Wohnumgebung all jene psychiatrischen Behandlungen erhalten können, die sie benötigen.

Für **ältere Menschen** ist das überregionale Gerontopsychiatrische Zentrum erste Anlaufstelle für Demenzabklärung und eine wichtige Anlaufstelle für Angehörige von Menschen mit dementiellen Erkrankungen.

Das Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderline-Störung bietet zahlreiche Leistungen für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung zusätzlich psychotherapeutische Unterstützung und Behandlung suchen und stellt in seinem Tageszentrum auch ein störungsspezifisches Angebot für Patient\*innen mit einer **Borderline-Störung** zur Verfügung.

Im Institut für Psychiatrische Frührehabilitation erhalten junge erwachsene Menschen am **Beginn ihrer psychischen (schizophrenen) Erkrankung** die Möglichkeit einer frühen diagnostischen Abklärung und Hilfe bei der Bewältigung des Alltags sowie bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit.

Im der Einrichtung SOMBA – Sozialpsychiatrie für Menschen mit Behinderung und Autismuszentrum erhalten Erwachsene mit angeborener und/oder frühkindlich erworbener **Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung** (und/oder psychiatrischer > Komorbidität) sowie Erwachsene mit einer > Autismusspektrum-Störung umfassende diagnostische Abklärung und Behandlung.

Zusätzlich zu den oben angeführten Angeboten, werden auch regelmäßige **Psychiatrische Liaisondienste** zu Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, der Wiener Flüchtlingshilfe sowie zu den Krisenzentren der Stadt Wien durchgeführt. Die Aufgaben der Liaisondienste bestehen in der medizinischen Behandlung und Diagnostik von Patient\*innen, aber auch in der Unterstützung der in der jeweiligen Einrichtung tätigen Mitarbeiter\*innen (durch Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildung).

106 Der Text in diesem Kapitel wurde bereitgestellt von Frau Mag.<sup>a</sup> Petra Lützwow vom PSD.

## Niedergelassene Fachärzt\*innen für Psychiatrie (inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Neben den ambulanten Kapazitäten extramuraler Einrichtungen bieten auch niedergelassene Fachärzt\*innen für Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, die über einen Kassenvertrag verfügen, in Wien ihre Dienste an. Das versorgungswirksame Angebot extramuraler Einrichtungen, kasseneigener Ambulatorien und niedergelassener Ärzt\*innen zusammen soll bis 2025 (ausgehend vom Stand 2016) um 10 % steigen<sup>107</sup>.

Um die bisherige Entwicklung (bis inklusive 2021) in den **Versorgungskapazitäten** nachvollziehen zu können, wurden die Zahlen aus der RSG-Wien ambulant von 2016 durch Zugriff auf das Business Intelligence Tool der Sozialversicherung REGIOMED aktualisiert. Gab es, wie im RSG ausgewiesen, 2016 noch 24 Vertragsärzt\*innen (VÄ) für allgemeine und 6 VÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien, so ist diese Zahl bis 2021 auf 31 bzw. 7 angestiegen. Da diese Fachärzt\*innen im Vergleich zur\*m österreichischen „Durchschnittsärztin/-arzt“ sukzessive auch mehr Quartalerstpatient\*innen behandelten ist auch die Zahl der ärztlich-ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) von 20,7 auf 31,9 bzw. von 6,6 auf 6,7 gestiegen.

Verglichen mit den 455 Fachärzt\*innen für Psychiatrie (darunter 62 Kinder- und Jugendpsychiater\*innen), die laut Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer<sup>108</sup> mit Stand Jänner 2023 in Wien praktizierten, erscheint dies immer noch wenig. Somit wird ein Großteil der niedergelassenen psychiatrischen Versorgung in Wien auf privater Basis angeboten, obwohl sich auch die kassenärztliche Versorgung in Wien in den letzten Jahren verbessert hat.

## Berufsberechtigte Psychotherapeut\*innen

Bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung (Diagnose nach ICD-10) haben Patient\*innen die Möglichkeit, **Psychotherapie als Kassenleistung** in Anspruch zu nehmen: Dies geschieht entweder in Form vollständig kassenfinanzierter Psychotherapie (stark kontingentierte und unterliegt bestimmten Voraussetzungen) oder in Form von Kostenzuschüssen. Es existiert eine österreichweit gültige Zuschussregelung, die vorsieht, dass Krankenversicherungsträger nach erfolgter Bewilligung einen Teil der Kosten erstatten (Tanios et al. 2020, 11)

Psychotherapie auf Krankenschein wird in Wien zudem durch sogenannte **Vereinslösungen** realisiert. Hier übernehmen spezialisierte Vereinigungen für eine gewisse Anzahl von Patient\*innen die Behandlungskosten. Dazu zählen die Psychotherapeutische Ambulanz der Sigmund Freud Privatuniversität, der Verein für ambulante Psychotherapie und die Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung.

Erfolgt keine Kassenleistung, wird Psychotherapie durch Selbstzahlung der Patient\*innen finanziert. In Österreich werden rund 27 % der Behandlungen voll kassenfinanziert, 52 % durch Kostenzuschüsse geregelt und 21 % werden zur Gänze selbst bezahlt (Tanios et al. 2020, 13).

Laut Psychotherapeut\*innenliste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz<sup>109</sup> waren mit Stand Januar 2023 in Wien<sup>110</sup> 4.816 **Psychotherapeut\*innen** tätig. Dies ist ein Plus von 42 % seit dem Jahr 2014, als es noch 3.400 Therapeut\*innen waren. In diese Liste werden all jene Personen eingetragen, die zu der Berufsausübung von Psychotherapie berechtigt sind. Dies lässt jedoch weder Aussagen über deren gesamte Leistungskapazität (öffentlich oder privat finanziert) zu, noch darüber, ob eingetragene Therapeut\*innen zurzeit überhaupt Leistungen anbieten (Tanios et

107 [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-11-2022-planungsmatrix-ambulant.pdf](https://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-11-2022-planungsmatrix-ambulant.pdf)

108 Sie ist über die Seite [praxisplan.at/](https://praxisplan.at/) öffentlich einsehbar.

109 Sie ist über die Seite [psychotherapie.ehealth.gv.at/](https://psychotherapie.ehealth.gv.at/) öffentlich einsehbar.

110 Bei der Angabe des Berufssitzes in mehreren Bundesländern wird die erstgenannte Berufsadresse berücksichtigt.

al. 2020, 21). Die Liste enthält nämlich ebenso Psychotherapeut\*innen, die ihren Beruf nicht aktiv ausüben. Erhebungen zufolge arbeiten viele Teilzeit, wobei ca. 20 % von ihnen 10 Patient\*innen im Jahr oder weniger behandeln (ebda, 12).

### **Klinische und Gesundheitspsycholog\*innen**

In den Listen für Gesundheitsberufe des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz<sup>111</sup> sind mit Stand Januar 2023 in Wien 3.285 **Klinische Psycholog\*innen** sowie 3.000 **Gesundheitspsycholog\*innen** verzeichnet. Zwischen den Verzeichnissen gibt es viele Überschneidungen durch Personen, die beide Berufsbezeichnungen tragen. Die Tätigkeitsbereiche waren nämlich vor 2014 im Ausbildungskontext nicht voneinander getrennt. Im Jahr 2014 gab es in Wien 2.900 Klinische Psycholog\*innen. Bei ihnen ergibt sich also bis 2023 ein Plus von 13 %. Ebenso wie bei Psychotherapeut\*innen lassen die Listen jedoch keine Aussagen über eine aktive Tätigkeit und deren Ausmaß, sowie über die Ausübung des Berufs an mehreren Standorten zu.

### **AKUT- UND TEILSTATIONÄRE VERSORGUNG: ANGEBOTE UND INANSPRUCHNAHME**

#### **Versorgungskapazitäten in den Wiener Fondskrankenanstalten**

In Wien findet **stationäre Versorgung der Akutpsychiatrie** in sechs Kliniken statt, welche jeweils für Patient\*innen aus bestimmten Bezirken zuständig sind. Dabei handelt es sich um:

- Klinik Landstraße: Allgemein Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 1., 3., 4. und 11. Bezirk
- Klinik Donaustadt: Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 2. und 22. Bezirk
- Klinik Penzing: 1. Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 5., 6., 7., 9. und 19. Bezirk
- Klinik Penzing: 3. Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 8., 16., 17. und 18. Bezirk
- Klinik Favoriten: Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 10. Bezirk
- Klinik Hietzing: 1. Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 12., 13. und 23. Bezirk
- Klinik Hietzing: 2. Psychiatrische Abteilung, zuständig für den 14. und 15. Bezirk
- Klinik Floridsdorf: Ambulanz für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, zuständig für den 20. und 21. Bezirk

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien stationär (RSG stationär)<sup>112</sup> sieht bis 2025 einen PLAN-Wert von 665 Betten in der stationären psychiatrischen Versorgung vor. Im Jahr 2018 waren (von 633 systematisierten, also behördlich genehmigten Betten) 595 Betten tatsächlich vorhanden. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sind 88 Betten für 2025 geplant. 2018 gab es 55 Betten, womit das Kontingent systematisierter Betten (56) fast ausgeschöpft wurde.

Der RSG stationär definiert mit Hilfe der sogenannten **Bettenmessziffer (BMZ)** – das ist die Zahl systematisierter Betten pro 1.000 EW – auch ein Intervall, in dem die stationäre Bettenzahl (pro 1.000 EW) im Jahr 2025 bei gegebener Bevölkerungsprognose liegen SOLL (WGF 2022b, 12). Der PLAN-Wert der BMZ für 2025 liegt demnach bei 0,34 Psychiatrie-Betten pro 1.000 EW (2018: 0,30) und damit im definierten SOLL-Bereich (d.h. zwischen 0,31 und 0,51 Betten pro 1.000 EW). Der PLAN-Wert für die Kinder- und Jugendpsychiatrie für 2025 liegt mit 0,045 pro 1.000 EW noch immer knapp unterhalb des SOLL-Intervalls, das sich zwischen 0,05 und 0,09 Betten je 1.000 EW bewegt (2018: 0,03).

111 Sie sind über [klinischepsychologie.ehealth.gv.at/](https://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/) und [gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at/](https://gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at/) öffentlich einsehbar.

112 [wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-05-2022-planungsmatrix.pdf](https://wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-05-2022-planungsmatrix.pdf)

## Aufenthalte in Fondskrankenanstalten

2022 gab es in allen fondsfinanzierten Krankenanstalten an den verschiedenen Wiener Standorten zusammen 12.927 **stationäre Aufenthalte** aufgrund von Hauptdiagnosen, die zum ICD-Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) zählen. Damit war diese Zahl in den letzten 2 Jahren wieder etwas im Steigen begriffen, nachdem 2020 mit 12.418 Aufenthalten ein langjähriger Tiefpunkt zu verzeichnen war. 2014 waren es noch 20.189 gewesen. Seither sind diese Aufenthalte um 36 % zurückgegangen.

Die durchschnittliche **Belagsdauer** lag 2020 bei 17,3 Tagen und ist bis 2022 wieder leicht auf 16,5 gesunken. 2014 war die durchschnittliche Belagsdauer bereits ebenso lang. Langzeit-aufenthalte über 28 Tage sind hier jeweils miteingerechnet. Diese sind bei psychischen Erkrankungen relativ bedeutsam (2022 machten sie 18 % der Aufenthalte aus).

2022 betrafen 56,7 % dieser Aufenthalte Frauen und 43,3 % Männer. Die häufigsten Diagnosen sind bei Frauen > affektive Störungen, dahinter folgen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und Schizophrenie. Männer werden in Wien am häufigsten wegen Störungen durch psychotrope Substanzen (vorwiegend Alkohol), Schizophrenie und affektiven Störungen stationär aufgenommen.

Nicht alle Aufenthalte aufgrund von psychischen Diagnosen schlagen in den psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser auf, aber der Großteil: 2022 landeten 8.644 (66,8 %) der aufgenommenen Fälle in allgemeinen psychiatrischen Abteilungen, 290 (2,2 %) in auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierten Abteilungen (Klinik Penzing) und 925 (7,2 %) in Kinder- und Jugendpsychiatrien (AKH und Klinik Hietzing).

## STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

Von den Wiener Fondskrankenanstalten bietet kein Standort Möglichkeiten für **stationäre psychiatrische Rehabilitation**. An privat geführten Einrichtungen ist hier nur das auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisierte Anton-Proksch-Institut<sup>113</sup> in Kalksburg mit 253 Betten und 1.691 Aufenthalten 2022 mit einer Durchschnitts-Belagsdauer von 43,6 Tagen zu nennen.

**Ambulante psychiatrische Reha** bietet zum Beispiel die privat geführte Rehaklinik<sup>114</sup> auf der Baumgartner Höhe für Krankheitsbilder wie Depression, Angststörung oder Schizophrenie. Daneben gibt es mehrere Tageskliniken in Wien, die teilstationär psychiatrische Reha-Programme anbieten. Diese ermöglichen es Patien\*innen, tagsüber an therapeutischen Aktivitäten teilzunehmen und nachts zu Hause zu sein.

Allerdings gibt es in einigen anderen Bundesländern Einrichtungen, die auf psychische Erkrankungen spezialisiert sind und stationäre Reha anbieten. Solche Einrichtungen bestehen laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer Krankenanstalten (DIAG) in Kärnten, Niederösterreich (z.B. in Bad Schönau), Oberösterreich (z.B. in Bad Hall), der Steiermark und Salzburg. Sie werden teilweise auch von Wiener\*innen in Anspruch genommen. 2022 verzeichneten sie 8.245 Aufenthalte (ein Plus von 3.227 seit 2014) bei einem tatsächlichen Bettenbestand von 1.131 (ein Plus von 576 seit 2014). Ihre durchschnittliche Belagsdauer betrug 38,5 Tage.

113 [api.or.at/standorte/stationaer/](http://api.or.at/standorte/stationaer/)

114 [rehawienbaumgarten.at/ambulante-rehabilitation/psychiatrie/](http://rehawienbaumgarten.at/ambulante-rehabilitation/psychiatrie/)

## UNTERBRINGUNG OHNE VERLANGEN GEMÄSS UNTERBRINGUNGSGESETZ (UBG)

Im Jahr 1991 wurde im **Unterbringungsgesetz** (UbG) festgelegt, dass bei akuter Fremd- oder Selbstgefährdung die unfreiwillige Aufnahme von Patient\*innen in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen mitsamt der Anwendung von Zwangsmaßnahmen erfolgen kann. Das Gesetz wurde 2017 novelliert<sup>115</sup>.

Von Jänner bis Juli 2019 wurden in Wien 2.325 Unterbringungen nach dem UbG gemeldet, im gleichen Zeitraum 2022 waren es 2.720, ein Plus von 17 %. Die meisten Personen hatten dabei die Diagnose Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F60-F69) oder affektive Störung (F30-F39) (Sagerschnig et al. 2021).

Das Vertretungsnetz – ein Erwachsenenschutzverein, dem u.a. die Patient\*innenanwaltschaft angehört – berichtet außerdem, dass im Jahr 2021 in Wien 48,6 % der untergebrachten Patient\*innen von einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit (z.B. körpernahe Fixierungen oder verschlossene Krankenzimmer) betroffen waren<sup>116</sup>. Dieser Wert sei während der COVID-19-Pandemie stark gestiegen.

115 [ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936](https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936)

116 [vertretungsnetz.at/blog-g/detail/psychiatrische-versorgung-in-oesterreich-prekaer](https://vertretungsnetz.at/blog-g/detail/psychiatrische-versorgung-in-oesterreich-prekaer)

# Schwangerschaft, Geburt und Versorgungsaspekte

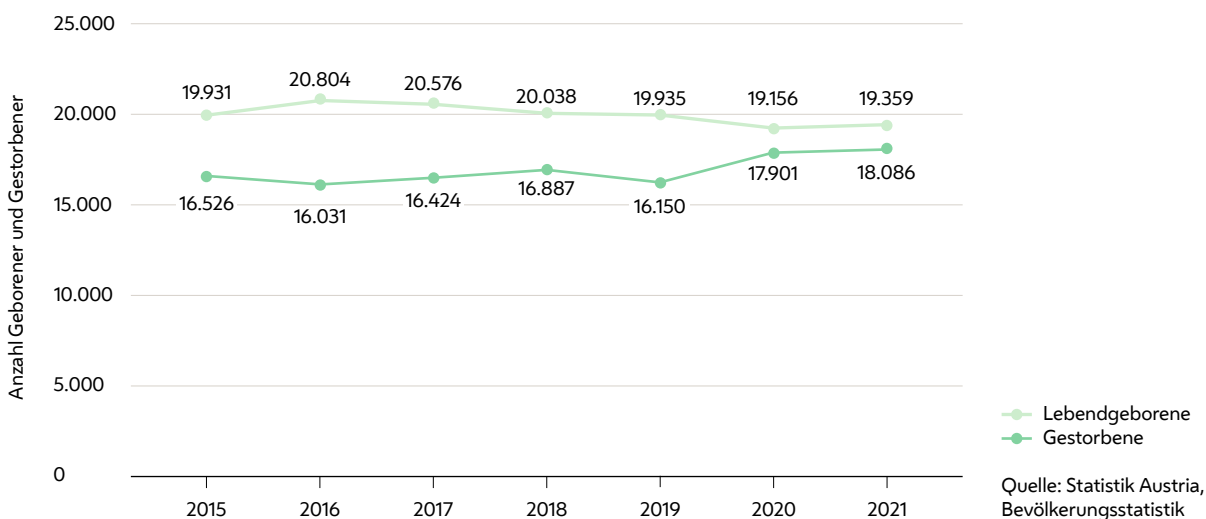
Demografische, medizinische und sozialmedizinische Merkmale von Geborenen sowie soziodemografische Merkmale der Eltern von Geborenen werden in der Geburtenstatistik von Statistik Austria dokumentiert. Seit 1. November 2014 werden **Geburtenmeldungen** täglich automatisiert aus dem Zentralen Personenstandsregister an Statistik Austria übermittelt.

## ENTWICKLUNG DER GEBURTENZAHLEN UND GEBURTENBEZOGENER INDIKATOREN

Im Jahr 2021 wurden in Wien 19.444 Kinder geboren. Davon waren 19.359 Lebendgeborene und 88 Totgeborene. Damit verzeichnete Wien 2021 gegenüber dem Vorjahr wieder ein leichtes Plus von 203 Geburten oder 1,1%. Zuvor waren die Geburtenzahlen – nach einem Anstieg 2014 bis 2016 – ab 2016 stetig zurückgegangen (zwischen 2016 und 2020 um fast 8%).

Da die Todesfälle während der ganzen Berichtsperiode unter den Geburten lagen, verzeichnete Wien in jedem Jahr einen **Geburtenüberschuss**. Aus der Zahl der Geburten abzüglich der Todesfälle eines Jahres ergibt sich die **> Geburtenbilanz**, die seit 2014 stets positiv war (Abb. 112). Sie fiel nach 2019 jedoch deutlich weniger stark positiv aus, da mit dem Beginn der COVID-19-Pandemie 2020 ein über 10-prozentiger Anstieg der Todesfälle einherging.

**Abb. 112: Lebendgeborene und gestorbene Personen, Wien, 2015 bis 2021**



Aus der Geburtenzahl ableitbar ist die **Rate der Lebendgeburten** pro 1.000 Einwohner\*innen. Sie veränderte sich seit 2014 nur leicht und lag 2021 bei 10,1 (im Jahr 2014 waren es 10,8).

Seit längerem ist ein Trend zu **späterer Elternschaft** zu verzeichnen. So liegt das Durchschnittsalter der Mütter (bei Geburt) in Wien bereits seit 2008 bei über 30 Jahren. Seit 2014 stieg es von 30,7 auf 31,7 im Jahr 2021. Jenes der Väter stieg im selben Zeitraum von 34,3 auf 35,1 Jahre.

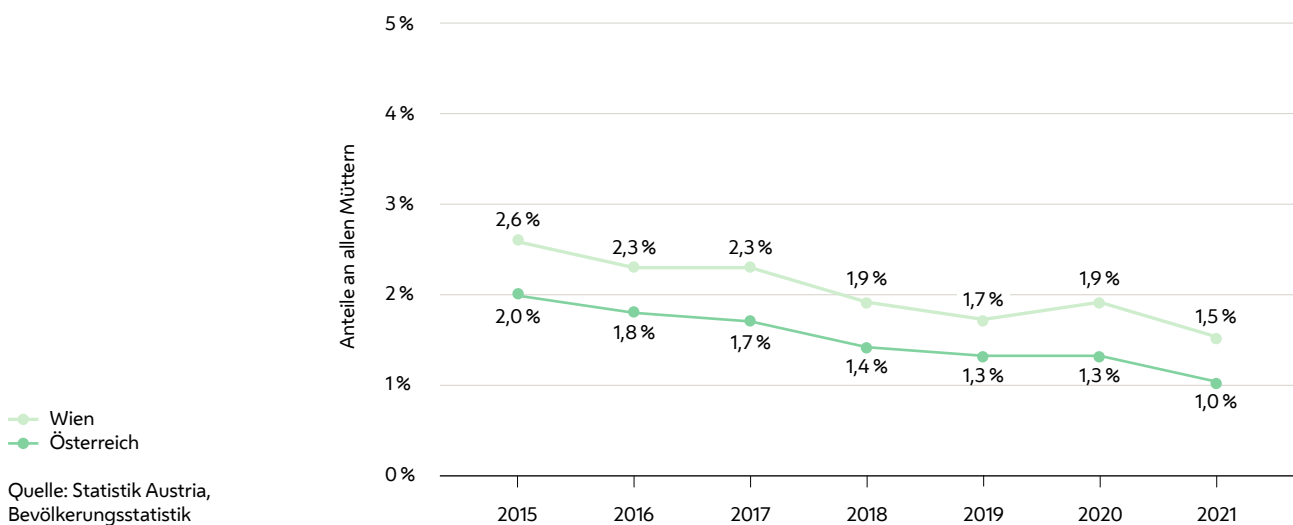
Auch das **Fertilitätsalter** (> Fertilität; Durchschnittsalter von Frauen beim ersten Kind) erhöhte sich in den letzten 30 Jahren kontinuierlich: In Wien ist es von 27 Jahren (1991) auf 31,6 Jahre (2021) gestiegen und liegt damit mittlerweile marginal über dem österreichischen Schnitt (31,2 Jahre).

Dementsprechend ist der Anteil jener Mütter gestiegen, die **bei der Geburt 35 Jahre oder älter** sind. Hier liegt Wien deutlich über dem österreichischen Gesamtwert. 2021 betrug der Anteil in Wien 29 % – nach 23,4 % im Jahr 2014 und 20,2 % im Jahr 2006. Österreichweit betrug er 24,9 % im Jahr 2021, 20,3 % im Jahr 2014, 18,1 % im Jahr 2006 und nur 7,1 % im Jahr 1991.

Der Anteil der **Teenager-Mütter**, also jener Mütter, die bei der Geburt unter 20 Jahre alt waren, hat demgegenüber in Wien wie auch in Österreich stetig abgenommen. Abbildung 113 zeigt diese Entwicklung für die Berichtsperiode. Man sieht, dass der Anteil in Wien praktisch durchgehend etwa einen halben Prozentpunkt über dem gesamtösterreichischen Wert liegt.

Am Anfang der vorangegangenen Berichtsperiode, also im Jahr 2006, hatte der Anteil der Teenager-Mütter in Wien noch 4,7 % und österreichweit 3,7 % betragen. Über einen längeren Zeitraum sieht man hier also eine leichte Annäherung des Wiener an den österreichischen Wert, wiewohl Wien bei diesem Indikator unter den Bundesländern in allen Jahren den höchsten Anteil aufwies (Stadt Wien 2017, 135).

**Abb. 113: Mütter unter 20 Jahren, Wien und Österreich, 2015 bis 2021**



Die **> Fertilitätsrate** bezeichnet die durchschnittliche Anzahl der lebendgeborenen Kinder, die eine Frau während ihres gebärfähigen Alters voraussichtlich zur Welt bringt. In Wien lag die Fertilitätsrate im Jahr 2021 laut Statistik Austria bei 1,3. Die Fertilitätsrate schwankt seit Anfang der 1990er-Jahre in Wien zwischen knapp unter 1,3 und knapp über 1,4. Sie betrug 2014 1,41 und ist in der Berichtsperiode gesunken.

## ART UND ORT DER GEBURT

Von den 19.359 Lebendgeburten, die es im Jahr 2021 in Wien gab, waren 11.886, also 62,6 %, Spontangeburt. 5.886 Geburten (oder 30,4 %) erfolgten durch Kaiserschnitt. Das bedeutet, dass nahezu jedes dritte Neugeborene per Kaiserschnitt zur Welt kam. 1.389 Kinder, das sind 7,1 %, wurden unter Zuhilfenahme einer Saugglocke geboren, 5 Säuglinge kamen per Zangengeburt zur Welt.

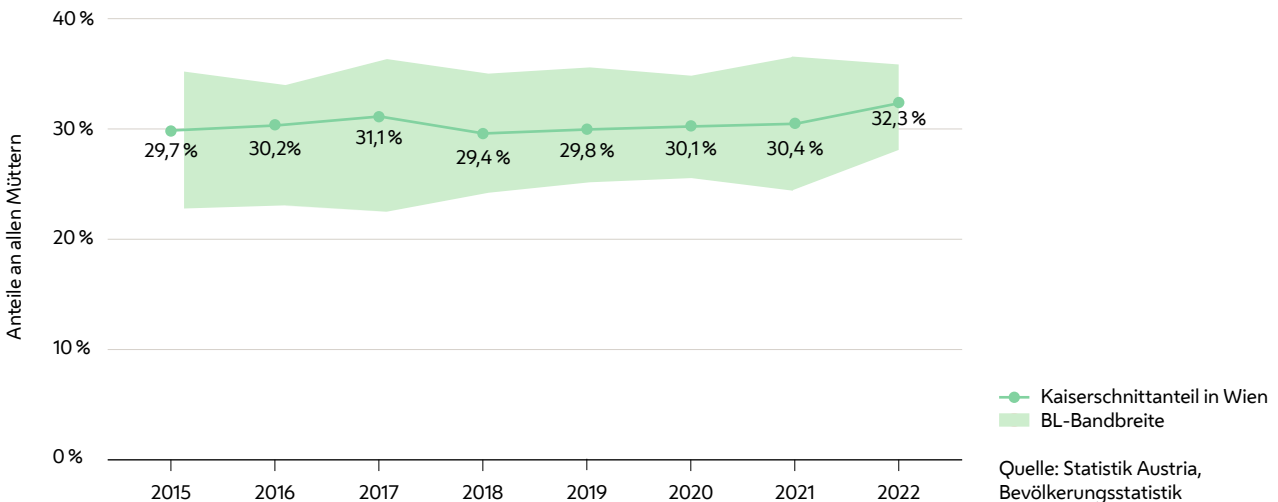


## Kaiserschnittrate

Die > WHO veröffentlichte bereits 1985 ein Statement zur steigenden Kaiserschnittrate, in dem dargelegt wird, dass bei einer Rate von über 10 % über eine gesamte Population gesehen keine Vorteile für die mütterliche und kindliche Gesundheit resultieren (Stadt Wien 2018b)<sup>117</sup>.

In den Wiener Gesundheitszielen 2025 wurde das Thema Kaiserschnitt daher mit dem Ziel aufgegriffen, die Kaiserschnittrate in Wien bis zum Jahr 2025 auf 25 % zu senken. Die Entwicklung von 2015 bis 2022 ist aus Abbildung 114 ersichtlich. In Wien ist, ähnlich wie in Österreich insgesamt, die Kaiserschnittrate seit 2015 auf hohem Niveau relativ stabil. Um das Ziel zu erreichen, müsste sie bis 2025 um 7 Prozentpunkte gesenkt werden.

**Abb. 114: Kaiserschnittanteil, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2022**



Während der **Kaiserschnittanteil** in Wien seit 2015, wie in Abbildung 114 dargestellt, eng um die 30 %-Marke pendelte, lag die österreichweite **Kaiserschnittrate** währenddessen stets marginal unter dem Wiener Wert (2022: 31,7 %; 2021: 30,3 %). Zwischen den Bundesländern bestand eine deutliche Bandbreite von ca. 9 bis 14 Prozentpunkten. 2021 lagen die Anteile in drei Bundesländern unter 30 %: in Oberösterreich (24,3 %), Vorarlberg (26,8 %) und Salzburg (27,7 %). Niederösterreich lag mit 30,2 % fast genau beim gesamtösterreichischen Wert. Überdurchschnittlich war die Kaiserschnittrate in Tirol (33,2 %), Kärnten (33,5 %), dem Burgenland (34,6 %) und der Steiermark (36,5 %).

Seit Mitte der 1990er-Jahre kam es zu einem starken Anstieg der Kaiserschnittrate. 1995 betrug sie österreichweit 12,4 % und ist seither um das 2,5-Fache gestiegen. Auch im Schnitt der OECD-Länder hat sich die Kaiserschnittrate in dieser Zeit deutlich erhöht: Betrug sie 1990 noch 14 %, so ist sie bis 2017 auf 30 % gestiegen (OECD, 2017).

Ein wesentlicher Faktor für die medizinische Notwendigkeit einer Kaiserschnittentbindung ist die **Lage des Kindes im Mutterleib**. Diese Notwendigkeit ist am häufigsten bei Beckenendlage (4,6 % in Wien) bzw. bei Querlage (0,6 % in Wien) gegeben. Die überwiegende Mehrheit, nämlich 89,9 %, der 2021 in Wien geborenen Kinder hatte im Mutterleib allerdings eine regelrechte Schädellage. Weitere 3,9 % hatten eine sogenannte regelwidrige Schädellage und bei einem Prozent wurde die Lage nicht erfasst.

Ein weiterer Faktor, der vermehrt zu einem notwendigen Kaiserschnitt führt, sind Mehrlingsgeburten. Im Jahr 2020 gab es 3,1 % **Mehrlingsgeburten** in Wien. Darunter waren 299 Zwillingen- sowie 5 Drillingsgeburten.

117 [digital.wienbibliothek.at/wbrup/download/pdf/3491307?originalFilename=true](https://digital.wienbibliothek.at/wbrup/download/pdf/3491307?originalFilename=true)

Ein weiterer Zusammenhang scheint mit dem **Alter der Mutter** zu bestehen, wie verfügbare Auswertungen für Österreich zeigen: So betrug 2021 das durchschnittliche Gebäralter von Frauen mit Kaiserschnittentbindung 32,3 Jahre gegenüber 31,1 Jahren bei spontan gebärenden Frauen. Bei 38,2 % der Schwangeren ab 35 Jahren wurde ein Kaiserschnitt vorgenommen, bei unter-25-jährigen Schwangeren nur bei 23,4 %<sup>118</sup>.

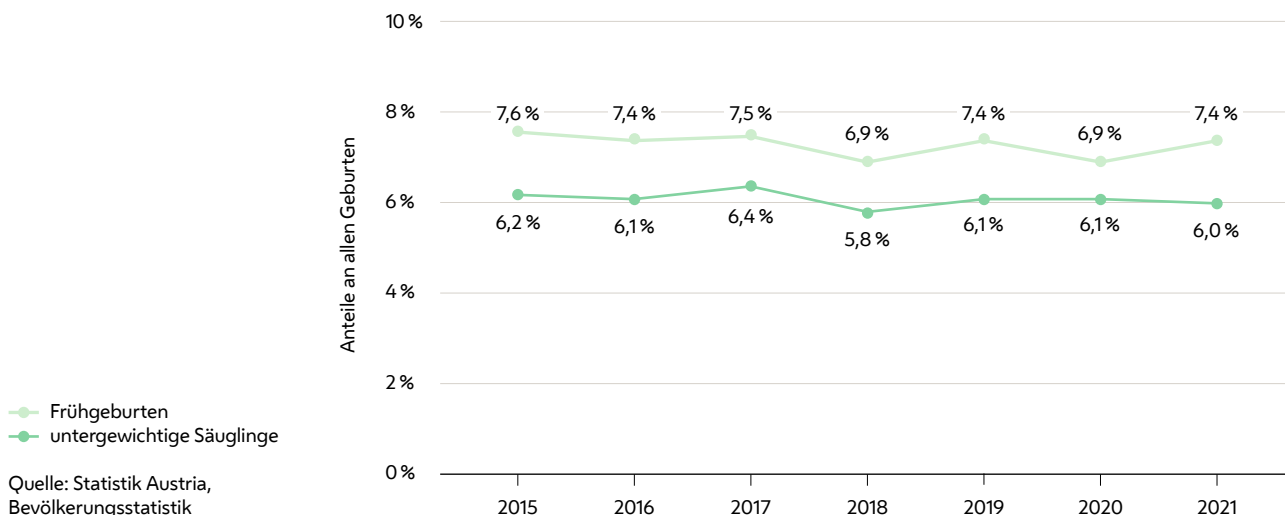
### Entbindungsorte: Mehrheit im Krankenhaus geboren

18.823 Kinder in Wien wurden 2021 in einer Krankenanstalt geboren (98,2 % aller Lebendgeborenen), 93 in Entbindungsheimen bzw. Hebammenpraxen (0,5 %) und 226 Säuglinge kamen per Hausgeburt (1,2 %) auf die Welt. 6 Säuglinge wurden während des Transportes geboren und 14 an einem sonstigen Entbindungsort. Bei einer Geburt in einer Krankenanstalt erfolgte zu 93,8 % ein stationärer Aufenthalt von mehr als 24 Stunden und bei 4,9 % ein ambulanter Aufenthalt von unter 24 Stunden. In 20,3 % wurde die Geburt in der Klinik eingeleitet.

### FRÜHGEBURTEN UND GERINGES GEBURTSGEWICHT

Ein neugeborenes Mädchen wog in Österreich durchschnittlich 3.265 Gramm und war 50,3 cm groß. Buben waren mit 3.393 Gramm etwas schwerer und mit 51,0 cm größer. Babys mit einem Gewicht unter 2.500 Gramm gelten als untergewichtig, in Wien traf das jährlich auf etwa 6 % der Säuglinge zu, wie Abbildung 115 zeigt.

**Abb. 115: Frühgeborene und Neugeborene mit Untergewicht, Wien, 2015 bis 2021**



Dabei blieb der Anteil der untergewichtigen Säuglinge in den letzten Jahren recht stabil. Am Ende der letzten Berichtsperiode 2014 war er mit 6,9 % noch leicht höher.

Die **Frühgeborenenrate** (hier Lebendgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche) lag in Wien 2021 bei 7,4 %. Im Jahr 2015 lag dieser Wert bei 7,6 %. Bei Mehrlingsgeburten kommen niedriges Geburtsgewicht und Frühgeburten häufiger vor.

Zum Vergleich betragen Frühgeborenenrate und Anteil an untergewichtigen Säuglingen 2021 laut Statistik Austria<sup>119</sup> österreichweit 7,1 % bzw. 5,9 %. Laut früheren Auswertungen gehen Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht zwar häufig, aber nicht zwangsläufig miteinander einher: So sind zahlreiche Frühgeburten nicht untergewichtig und viele untergewichtige Säuglinge sind keine Frühgeburten (Stadt Wien 2017, 134).

118 [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220707MedMerkmaleGeborene2021.pdf](https://statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220707MedMerkmaleGeborene2021.pdf)

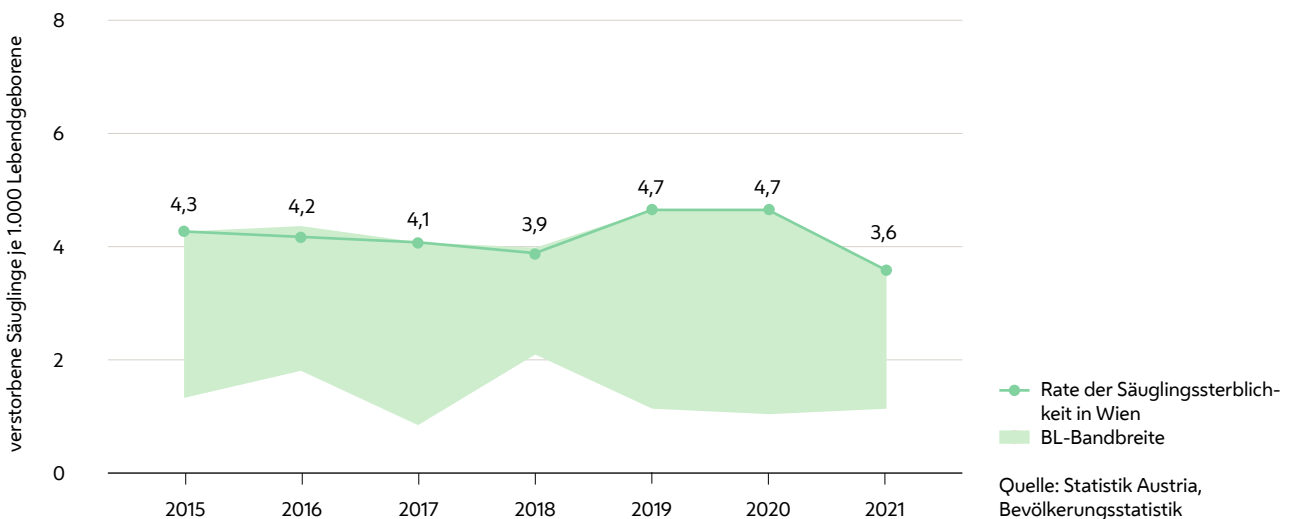
119 [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220707MedMerkmaleGeborene2021.pdf](https://statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220707MedMerkmaleGeborene2021.pdf)

## SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT UND NEONATALE STERBLICHKEIT

Der Begriff **> Säuglingssterblichkeit** bezieht sich auf die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborener. Sie ist zu unterscheiden von den Totgeburten, bei der Säuglinge schon tot zur Welt kommen bzw. unmittelbar nach der Geburt sterben. Bei der Säuglingssterblichkeit wird zwischen **neonatal** (Überlebensdauer unter 28 Tage) und **postneonatal** (28 Tage bis unter einem Jahr) unterschieden.

Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes. Dabei handelt es sich um Daten, die über das Zentrale Melderegister erhoben werden. Demnach gab es 2021 in Wien 85 Totgeburten und weitere 69 Säuglinge (38 männliche und 31 weibliche) starben innerhalb des ersten Lebensjahres. Die **Rate der Säuglingssterblichkeit** lag somit 2021 in Wien bei 3,6 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene. Der gesamtösterreichische Wert lag bei 2,7 Todesfällen je 1.000 Lebendgeborene (um 12,9 % weniger als im Vorjahr). Damit ist der Wiener Wert (minus 19 %) im Jahr 2021 stärker gesunken als der bundesweite. Dennoch liegt die Hauptstadt, wie meist seit 2005, im Bundesländer-Vergleich am oberen Ende (Abb. 116).

**Abb. 116: Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr, Wien und Bundesländer-Bandbreite, 2015 bis 2021**



Der größte Teil der Säuglingssterblichkeit in Wien entfällt auf **> neonatale Sterblichkeit**: 2021 starben 55 der 69 gestorbenen Säuglinge bereits in den ersten 28 Tagen nach der Geburt. Bezogen auf 1.000 Lebendgeborene lag die neonatale Sterblichkeit im Jahr 2021 in Wien somit bei 2,8. Dies ist ein deutlich geringerer Wert als im Vorjahr (3,8) und dem Ende der letzten Berichtsperiode 2014 (3,7 pro 1.000 Lebendgeborene). Ursachen neonataler Sterblichkeit sind meist **> perinatale Faktoren**, wie niedriges Geburtsgewicht, Unreife oder Atemstörungen (ICD-Kapitel: P00-P-96). Am nächsthäufigsten sind angeborene Fehlbildungen (ICD-Kapitel: Q00-Q99).



# **Zusammenfassung und Fazit**

Der vorliegende Allgemeine Gesundheitsbericht Wien stellt eine für den Berichtszeitraum 2015 bis 2022 aktualisierte Neuauflage des Wiener Gesundheitsberichts 2016 (Stadt Wien 2017) dar. Gliederung und Darstellungsweisen des Vorgängerberichts wurden daher mit wenigen Adaptierungen (z.B. eine in die Abbildungen integrierte Darstellung der Konfidenzintervalle) übernommen. Inhaltlich liegt ein quantitativ etwas größerer Fokus auf chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen und ein etwas kleinerer Fokus auf > sozioökonomischen Einflüssen und ihre theoretische Hinterlegung<sup>120</sup>. Die wichtigsten Ergebnisse aus Demografie, Gesundheitszustand bzw. Lebensqualität, Verhalten und weiteren Einflüssen auf die Gesundheit sowie Gesundheitsversorgung sind im Folgenden zusammengefasst.

## DEMOGRAFIE DER WIENER BEVÖLKERUNG

Die Metropole Wien hat österreichweit die höchste **Bevölkerungszahl** und ist in den letzten Jahrzehnten das am stärksten wachsende Bundesland. Im Bundesländer-Vergleich hat Wien die jüngste Bevölkerung, die Wiener\*innen sind divers – das Geschlechterverhältnis ist nahezu ausgewogen, fast die Hälfte der Menschen in Wien weist einen > Migrationshintergrund auf und knapp über ein Drittel hat eine ausländische Staatsbürgerschaft. Vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie im Jahr 2019, war der Großteil der Wiener\*innen (74 %) mit ihrer eigenen Gesundheit (sehr) zufrieden. Seither sank dieser Wert: 2022 betrug er 70,5 %. Die nächste österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) findet im Jahr 2025 statt und wird ersichtlich machen, ob dieser Trend nach der Pandemie weiter anhält.

Im Pandemiejahr 2020 sank die durchschnittliche **Lebenserwartung** der Wiener\*innen. Der Rückgang war der stärkste seit mindestens 1970. Er setzte sich 2021 – wenn auch vermindert – fort. Bei Frauen betrug 2021 die durchschnittliche Lebenserwartung 82,6 Jahre, bei Männern 77,7 Jahre.

Die Anzahl der in **subjektiv guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre** ist geringer. Sie lag 2019 bei Frauen bei 62,6 Jahren und bei Männern bei 61,8 Jahren. Seither sanken diese Werte: 2022 konnten Frauen bei Geburt 58,9 und Männer 60,1 gesunde Lebensjahre erwarten. Für Wienerinnen bedeutet dies durchschnittlich fast 24 von gesundheitlichen Herausforderungen geprägte Lebensjahre. Bei Wienern sind es – v.a., weil sie durchschnittlich früher sterben – nur 18 solche Lebensjahre.

Betrachtet man die Österreichische Todesursachenstatistik, so lassen sich sechs Gruppen der häufigsten **Todesursachen** bestimmen, die für 81 % der Todesfälle in Wien verantwortlich sind. Es handelt sich dabei um Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten, > Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Krankheiten der Atmungsorgane sowie Verletzungen (darunter Unfälle und Suizid). In der langjährigen Betrachtung spielten Infektionskrankheiten als Todesursache keine große Rolle. Das hat sich ab dem Jahr 2020 und dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie geändert. Infektionskrankheiten sind seither die Kategorie mit den dritthäufigsten Todesfällen.

Die Zahl der Todesfälle in Wien lag im Jahr 2021 unter der Zahl der Geburten. Die **> Geburtenbilanz** war somit positiv, wobei der Überschuss 1.273 Geburten betrug. Wie in allen Jahren des Berichtszeitraums trug somit der Geburtenüberschuss – neben dem bedeutenderen Faktor Zuwanderung – ebenfalls zum Bevölkerungswachstum in Wien bei.

Mit 19.359 Lebendgeborenen (von insgesamt 19.444) verzeichnete Wien 2021 einen Geburtenanstieg von 1 % gegenüber dem Jahr davor (2020 wurden 203 Kinder weniger geboren). Zuvor waren die Geburtenzahlen seit 2016 stetig zurückgegangen (bis 2020 um fast 8 %). Elternschaft erfolgt in immer späterem Lebensalter. 2021 wurden 29 %

<sup>120</sup> Die Ausführungen dazu aus dem Vorgängerbericht sind jedoch nach wie vor gültig und können in diesem nachgeschlagen werden (Stadt Wien 2017, 1ff & 149ff). Außerdem sei auf den Themenbericht mit sozioökonomischem Schwerpunkt verwiesen (Stadt Wien, 2020).

der Wiener Neugeborenen von Müttern zu Welt gebracht, die bei der Geburt 35 Jahre oder älter waren (österreichweit waren es 25 %). Beinahe ein Drittel der Geburten in Wien erfolgt jährlich per Kaiserschnitt. Laut > WHO bringt ein Kaiserschnittanteil von über 10 % gesundheitlich aber keine Vorteile. Die Kaiserschnitttrate in Wien soll daher bis 2025 auf 25 % gesenkt werden.

## GESUNDHEIT UND KRANKHEIT DER WIENER\*INNEN

Über zwei Drittel der Wiener Bevölkerung (67,3 %) bestätigen, unter mindestens einer abgefragten **chronischen Erkrankung** zu leiden. Alle Erkrankungen zusammengenommen zeigen sich dabei keine > signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern – jedoch sehr wohl bei einzelnen Erkrankungen. So sind Frauen signifikant häufiger von chronischen Nackenschmerzen, Depression, Arthrose, chronischen Kopfschmerzen sowie Harninkontinenz betroffen als Männer.

Zudem steigt mit zunehmendem **Alter** die Wahrscheinlichkeit, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. So sieht man zwischen Personen im mittleren Lebensalter und Personen ab 60 Jahren deutliche Unterschiede: unter letzteren ist der Anteil der von einer Krankheit (z.B. Diabetes mellitus) Betroffenen meist deutlich und signifikant am höchsten. Eine Ausnahme bildet Depression, die Personen mittleren Alters ebenso häufig betrifft. Bei Allergien bestehen generell keine signifikanten Altersunterschiede.

Die am häufigsten genannten chronischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsbeschwerden sind Allergien, chronische Rückenschmerzen und Bluthochdruck. Jede davon betrifft mehr als 20 % der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren.

In der > Prävalenz von **Herz-Kreislauf-Krankheiten** und der chronischen Lungenkrankheit > **COPD** war bei den letzten Erhebungen in Wien ein ansteigender Trend zu beobachten. Die nächste Erhebung 2025 wird zeigen, ob sich dieser Trend zu einem längerfristigen signifikanten Anstieg verfestigt. 2019 waren 5 % der Wiener\*innen von > ischämischen Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Herzinfarkt) und 5,5 % von COPD betroffen.

Ein typischer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten (sowie für Nieren-Insuffizienz) ist **Bluthochdruck** (Hypertonie). Dieser ist in der Wiener Bevölkerung weit verbreitet: Fast ein Viertel der Befragten (23,2 %) ist davon betroffen. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist dabei nicht signifikant, das Risiko steigt mit dem Alter. Bei Personen ab 60 Jahren ist sogar die Hälfte der Wiener\*innen von Bluthochdruck betroffen.

Die Prävalenz für **Diabetes mellitus** schwankte in der Vergangenheit zwischen den Erhebungen, lag jedoch immer um die 6 % bis 7 % (2019: 6,6 %). Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Diabetes mellitus ist ebenfalls ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten, z.B. für Herzinfarkte und Schlaganfälle.

Die > Inzidenz der beiden, oft tödlich verlaufenden, akuten Erkrankungen **Herzinfarkt** und **Schlaganfall** ist während des Berichtszeitraums in Wien kontinuierlich gesunken und lag 2021 bei 170,3 Herzinfarkten und 157,8 Schlaganfällen je 100.000 Einwohner\*innen. Männer sind jeweils häufiger bzw. in jüngerem Alter betroffen als Frauen.

## KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND PFLEGE

Nicht jede chronische Erkrankung führt zu **gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag**. Jedoch gibt fast ein Drittel (29 %) der Wiener\*innen an, durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens beeinträchtigt zu sein. Die am weitesten verbreitete körperliche bzw. sensorische Einschränkung ist die Schwierigkeit, in einem lauten Raum den/die Gesprächspartner\*in zu hören. Große Schwierigkeiten verursacht am häufigsten das Treppensteigen.

17,3 % der Wiener\*innen (ab 65 Jahren sogar 23,9 %) sind von zumindest einer Einschränkung bei Tätigkeiten der Körperpflege und persönlichen Basisversorgung betroffen. Dazu zählen Duschen und Baden, Benutzung der Toilette, An- und Ausziehen, Essen und Trinken sowie sich zu setzen und wieder aufstehen zu können. Am häufigsten (13 – 15 %) sind dabei Schwierigkeiten beim Hinsetzen und Aufstehen sowie Schwierigkeiten beim An- und Ausziehen. Zur Unterstützung greifen 73,6 % auf Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis zurück, die Hälfte der Befragten werden durch technische Hilfsmittel unterstützt, und ein Viertel nimmt professionelles Pflege- und Betreuungspersonal in Anspruch, wobei auch eine Kombination aus mehreren Unterstützungsformen möglich ist.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, **betreuungs- und pflegebedürftig** zu werden. Viele Pflegeleistungen finden im privaten familiären Rahmen statt. Rund 10 % der österreichischen Bevölkerung kümmert sich entweder zu Hause oder in einer stationären Einrichtung um einen pflegebedürftigen Menschen.

Im Jahr 2021 bezogen 28.200 Personen in Wien mobile Betreuungs- und Pflegedienste. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen leichten Anstieg. Derzeit stellt die Personalsituation im Pflege- und Betreuungsbereich eine der größten Herausforderungen dar und wird mit Ausbildungs- und Imageinitiativen der Stadt Wien gefördert, um den steigenden Pflegebedarf in Zukunft decken zu können.

## LEBENSQUALITÄT UND SOZIALE BEZIEHUNGEN IN WIEN

Mit steigender Lebenserwartung gewinnt der Wunsch nach einer guten **Lebensqualität** bis ins hohe Alter zunehmend an Bedeutung. Lebensqualität setzt sich aus dem körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Wohlbefinden zusammen. Die Wohnbevölkerung Wiens beurteilt ihre allgemeine Lebensqualität im Jahr 2019 mit durchschnittlich 76 von 100 Punkten. Am günstigsten bewerten die Wiener\*innen dabei ihr umweltbezogenes Wohlbefinden, am geringsten das soziale.

Seit 2014 ist es in Wien in den einzelnen **Dimensionen der Lebensqualität** zu einer leichten Verbesserung (beim umweltbezogenen und psychischen Wohlbefinden) oder zur Stagnation (beim körperlichen und sozialen Wohlbefinden) gekommen. Bezüglich der allgemeinen Lebensqualität bestehen keine signifikanten Geschlechterunterschiede, beim psychischen und sozialen Wohlbefinden jedoch schon (zugunsten der Männer). Jugendliche und junge Erwachsene schätzen ihre allgemeine Lebensqualität besser ein als Personen mittleren und höheren Alters. Personen mit einem chronischen Gesundheitsproblem schätzen ihre Lebensqualität signifikant schlechter ein. Die Lebensqualität sinkt noch deutlicher, wenn ein gesundheitliches Problem normale Tätigkeiten des Alltags stark einschränkt.

40,2 % der Wiener\*innen (Frauen und Männer gleichermaßen) verfügen über ein hohes Ausmaß an **sozialer Unterstützung**, bei 13,1 % muss die soziale Unterstützung als gering bezeichnet werden. Der Anteil jener mit hoher sozialer Unterstützung ist (mit 43,3 %) bei Personen ohne chronische Erkrankung höher als bei Personen mit chronischer Erkrankung (35,3 %). Dieser Unterschied ist signifikant.

Die Erfahrung sozialer Unterstützung steht im Zusammenhang mit der selbst eingeschätzten Gesundheit sowie der Lebensqualität der Wiener\*innen: Je mehr Unterstützung erlebt wird, desto mehr steigen auch die Lebensqualität sowie der Anteil jener, die die eigene Gesundheit subjektiv positiv bewerten.

## GESUNDHEITS- UND RISIKOVERHALTEN IN DER WIENER BEVÖLKERUNG

Es gibt für jeden Menschen individuelle Persönlichkeitsmerkmale, die sich auf die Gesundheit auswirken. Auch das **individuelle Verhalten** hat einen großen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Gesundheit oder aber die Entwicklung von Krankheiten. Dazu zählen das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie der Konsum von Suchtmitteln. Zu den individuellen körperlichen Merkmalen zählt z.B. Übergewicht, zu den psychischen Merkmalen



eine optimistische Haltung dem Leben gegenüber sowie Wissen und Fähigkeiten in Bezug auf Gesundheit (Gesundheitskompetenz).

Der gesundheitsfördernden Empfehlung, täglich **Obst und Gemüse** zu essen, kam 2019 gut ein Drittel (31 %) der Wiener\*innen nach. 2022 hatte sich dieser Wert auf 41,9 % deutlich verbessert. Frauen schneiden dabei signifikant besser ab als Männer. In Hinblick auf die Altersstruktur zeigen sich keine Unterschiede. Dem gegenüber nimmt über ein Drittel (34,4 %) der Wiener\*innen weder Obst noch Gemüse täglich zu sich. Relativierend ist jedoch zu erwähnen, dass auch von diesen Menschen sehr viele Obst, Gemüse oder beides zumindest mehrmals wöchentlich zu sich nehmen. Nur sehr geringe Anteile der Bevölkerung Wiens, nämlich 1 bis 2 %, essen nie Obst bzw. Gemüse.

Ein Großteil der Wiener\*innen isst jedoch mehrmals pro Woche **Fleisch**. Dabei beschränken nur 23 % ihren Fleischkonsum auf ein- bis zweimal wöchentlich. 3 % geben an, kein Fleisch zu essen (Frauen signifikant häufiger).

Vom Konsum stark **zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke** wie Soft Drinks, Energy Drinks oder sonstiger zuckerhaltiger Limonaden wird abgeraten. Die Mehrheit der Wiener\*innen konsumiert solche Getränke entweder nie (41,7 %) oder seltener als einmal pro Woche (24,7 %). Hingegen greifen 11 % der Wiener Bevölkerung täglich oder mehrmals täglich zu diesen Produkten.

Regelmäßige **körperliche Bewegung** verringert das Risiko für zahlreiche Gesundheitsprobleme und Erkrankungen wie Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus, Depression, Demenz und bestimmte Krebserkrankungen. Sie trägt zu einer höheren Lebensqualität bei und kann die Lebenserwartung positiv beeinflussen. Daher empfiehlt die WHO Erwachsenen, an zwei oder mehr Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen durchzuführen und mindestens 2 ½ bis 5 Stunden pro Woche die Ausdauer zu trainieren. Es wird außerdem empfohlen, gesundheitswirksame Bewegung wie Stiegen zu steigen oder zu Fuß zu gehen in den Alltag einzubauen.

Diese Bewegungsempfehlungen werden von fast einem Viertel der Wiener\*innen (22,3 %) erfüllt, über die Hälfte der Wiener Bevölkerung hingegen (52,3 %) erfüllt keine von beiden Empfehlungen im Alltag. Pro Woche gehen Wiener\*innen im Durchschnitt 4 Stunden und 20 Minuten zu Fuß (Männer wie Frauen gleichermaßen), fahren eine halbe Stunde mit dem Rad (Männer signifikant länger als Frauen) und treiben ungefähr zwei Stunden Sport. Einer sitzenden Tätigkeit, die im Alltag aus gesundheitsförderlicher Sicht so gering wie möglich ausfallen sollte, gehen die Befragten zu 5 ½ Stunden pro Tag nach.

Im Hinblick auf den Konsum von **Suchtmitteln** gibt ein Viertel der Wiener\*innen (25,0 %) an, täglich zu rauchen. Zwischen 2014 und 2019 war dieser Wert signifikant gesunken, bis 2022 kam es aber zu keiner signifikanten Veränderung mehr. Männer weisen einen signifikant höheren Anteil täglich **Rauchender** aus als Frauen. Von den Altersgruppen rauchen (bei beiden Geschlechtern) die 30- bis 59-Jährigen signifikant am häufigsten täglich.

Knapp 38 % der Wiener\*innen tranken 2019 zumindest wöchentlich **Alkohol**. Ein kleiner Teil davon tut das täglich: Dieser Anteil betrug 4,4 % im Jahr und 3,1 % im Jahr 2022, wobei diese Veränderung jedoch nicht signifikant ist. Außerdem könnte die Dunkelziffer hier höher liegen, da einige Studien auf systematische Untererfassung häufigen regelmäßigen Alkoholkonsums bei Befragungen hindeuten. Dagegen gab 2019 nicht ganz ein Viertel der Bevölkerung (23 %) an, nie Alkohol zu trinken. 2022 hatte sich dieser Anteil signifikant auf 35,2 % erhöht. Die Häufigkeit regelmäßigen Alkoholkonsums erhöht sich mit dem Alter: Ältere Wiener\*innen trinken signifikant häufiger mehrmals pro Woche Alkohol als jüngere, Männer häufiger als Frauen. Rauschtrinken ist hingegen vor allem ein Phänomen jüngerer Jahre. Junge Erwachsenen zwischen 15 und 29 Jahren berichten davon signifikant häufiger als Wiener\*innen ab 60 Jahren.

## PRÄVENTION UND FRÜHERKENNUNG

Bezogen auf den **Impfschutz**, welcher die Entstehung von Infektionskrankheiten verhindern soll, berichteten im Jahr 2019 72 % der Wiener\*innen, einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus, 60 % gegen Diphtherie und Poliomyelitis zu haben. Bei FSME (Zeckenimpfung) waren es 58 %, eine aktive Grippeimpfung gaben 12 % der Wiener Bevölkerung an. Die nächste Gesundheitsbefragung 2025 wird zeigen, wie sich die Impfbereitschaft der Wiener\*innen gegen Infektionskrankheiten während der Pandemie entwickelt hat, was besonders bei vorwiegend durch Tröpfchen übertragenen Erregern (z.B. Grippe, COVID-19 ...) interessant sein wird.

Eine weitere Maßnahme zur Prävention von Krankheiten ist die jährliche kostenfreie **Gesundenuntersuchung**. Diese wurde im Jahr 2021 von 18 % der Wiener\*innen wahrgenommen, häufiger als bei der letzten Erhebung. Ein Teil der Untersuchung besteht aus einer Kontrolle des Blutzuckers, um Diabetes mellitus vorzubeugen. Bei der Mehrheit der befragten Wiener\*innen (60 %) liegt die letzte Blutzuckermessung weniger als 12 Monate zurück, bei 21 % liegt sie weniger als drei Jahre zurück.

Ab einem Alter von 50 Jahren wird jeder Person eine Darmspiegelung (Koloskopie) als Mittel zur **Darmkrebsvorsorge** empfohlen. Mit 47 % hat beinahe die Hälfte der ab-50-jährigen Wiener\*innen in den letzten fünf Jahren eine solche Untersuchung in Anspruch genommen. Als Mittel zur **Brustkrebsvorsorge** wird allen 45- bis 69-jährigen Frauen empfohlen, im Abstand von zwei Jahren eine Mammografie durchführen zu lassen. In dieser Altersgruppe gaben über 90 % der Wienerinnen an, sich schon einmal einer Mammografie unterzogen zu haben, 46 % innerhalb der letzten zwei Jahre. Bei Frauen ab dem 18. Lebensjahr wird jährlich eine Screening-Untersuchung mittels **Abstrichs am Gebärmutterhals** empfohlen. Unabhängig vom Alter gaben 76 % und somit drei Viertel der befragten Wienerinnen an, dass ein Gebärmutterhals-Abstrich bei ihnen durchgeführt wurde, bei 56 % innerhalb der letzten 12 Monate.

## MERKMALE DER WIENER\*INNEN UND DIE UMWELT, IN DER SIE LEBEN

Ein Drittel der Wiener Bevölkerung (33,5 %) ist **übergewichtig**, weitere 18 % adipös, also stark übergewichtig. Seit 2019 sind diese Werte quasi unverändert, nachdem in den Jahren davor vor allem der Anteil Adipöser angestiegen war. Etwas weniger als die Hälfte der Wiener\*innen kann als normalgewichtig bezeichnet werden. Übergewicht betrifft signifikant häufiger Männer als Frauen, bei Adipositas ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Mit steigendem Lebensalter steigen die Anteile übergewichtiger und adipöser Wienerinnen und Wiener signifikant an.

Menschen mit Lebensmittelpunkt in Wien sind wie andere Städter\*innen einigen für urbane Räume typischen **Umweltbelastungen** ausgesetzt, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen können. Neben den Folgen des Klimawandels, allen voran Hitzeeinflüsse, sind dies vor allem Luftschadstoffe und Verkehrslärm. Allgemein lassen Prognosen zukünftiger Klimaveränderungen erhöhte Risiken für die Gesundheit der Weltbevölkerung erwarten.

Die Luftschadstoff-Konzentration in Wien (Stickstoffoxide, Feinstaub und Ozon) ist im Jahr 2022 verglichen mit dem Vorjahr gesunken und lag unter den für die Gesundheit kritischen Grenzwerten. Lediglich zum Jahreswechsel wurden in Wien schließlich kritische Feinstaubkonzentrationen erreicht. Ursache war die Wetterlage mit wenig Wind in Verbindung mit den Silvester-Feuerwerken.

In Bezug auf das Klima lag in Wien im Jahr 2022 die hitzeassoziierte Übersterblichkeit bei 231 Personen, der Wert ist seit dem Vorjahr nahezu konstant geblieben. Es waren außerdem über ein Drittel der Wiener\*innen (36 %) einem starken Lärmpegel im Wohnraum ausgesetzt. Fast die Hälfte der Wiener\*innen (47 %) fühlte sich in ihrer Wohnung durch Lärm belästigt.

Die Stadt Wien versucht durch zahlreiche Maßnahmen die Einflüsse dieser Umgebungsfaktoren auf die Bewohner\*innen zu reduzieren, darunter: Ausbau des öffentlichen Verkehrs, 365-Euro-Ticket, Parkraumbewirtschaftung, Ausbau des Radwegenetzes, Einsatz emissionsarmer Fahrzeuge, Förderung der E-Mobilität, thermische Wohnhaussanierung, fußgänger\*innenfreundliche Stadtentwicklung, umweltfreundliche Baustellen, Ausweitung der Fernwärmenutzung, der Strategieplan **Urban Heat Islands** oder der Rahmenstrategieplan **2050 – Smart City Wien**.

## BERUFSLEBEN UND GESUNDHEIT IN WIEN

**Erwerbsarbeit** stellt für einen Großteil der erwachsenen Bevölkerung die primäre Einkommensquelle dar. Sie ermöglicht zudem soziale Kontakte, strukturiert den Tag und kann dazu beitragen, das Leben sinnvoll zu gestalten. Es gibt aber auch gesundheitliche Belastungen durch Erwerbsarbeit. Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit sind somit wesentlich für die Gesundheit und das Wohlbefinden.

**Arbeitslosigkeit** kann nicht nur Ursache, sondern auch Folge gesundheitlicher Probleme sein. Die Gesundheit arbeitsloser Wiener\*innen ist deutlich schlechter als jene erwerbstätiger Wiener\*innen. Die Zahl der Arbeitslosen in Wien ist nach einem kurzzeitigen starken Anstieg während der COVID-19-Pandemie wieder zurückgegangen: Die Arbeitslosenquote war in Wien 2022 mit 11 % so niedrig wie seit 2013 nicht mehr. Arbeitslose Wiener\*innen weisen zu über 40 % eine chronische Erkrankung oder eine gesundheitsbedingte Alltags-einschränkung auf.

Eine durch gesundheitliche Belastungen reduzierte Leistungsfähigkeit kann die **Häufigkeit von Krankenständen** erhöhen. Die durchschnittliche Zahl der Krankenstandtage je Versicherte\*n in Wien lag im Jahr 2015 bei 12,8 Tagen. Bis ins Jahr 2021 sank sie auf 11,6 Tage und lag damit leicht unter dem österreichischen Durchschnitt. Über die Hälfte der Wiener\*innen (57 %) gab an, in den letzten 12 Monaten zumindest einmal im Krankenstand gewesen zu sein. Etwa gleich groß war die Häufigkeit jener Wiener\*innen, die trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit erschienen (= Präsentismus).

Fast ein Viertel (23 %) der Wiener\*innen leistete im Jahr 2020 Überstunden, Männer signifikant häufiger als Frauen. Dieser Wert entspricht jenem aus dem Jahr 2014. Insgesamt waren im Jahr 2020 78 % der erwerbstätigen Wiener\*innen an ihrem **Arbeitsplatz** zumindest einer **körperlichen Belastung** ausgesetzt. Mit 42 % war die am weitesten verbreitete körperliche Belastung eine starke Anstrengung der Augen durch Bildschirmarbeit. Danach folgten mit einer signifikant niedrigeren Häufigkeit von knapp über einem Drittel sich wiederholende Hand- und Armbewegungen sowie ermüdende oder schmerzhafte Arbeitshaltungen.

Die von Wiener Erwerbstätigen am häufigsten berichteten **psychosozial bedingten Arbeitsbelastungen** sind mit 45 % Zeitdruck sowie Überlastung durch die Arbeitsmenge. Ähnlich weit verbreitet ist der von 40 % genannte Umgang mit schwierigen Personen (z.B. Kund\*innen, Patient\*innen oder Schüler\*innen). Gewalt, Belästigung und Mobbing werden mit 5 % unter allen Belastungen zwar am seltensten genannt, jedoch sind diese die folgenschwersten.

Die meisten **Arbeitsunfälle** passierten in Wien 2021 im Bauwesen (19,5 %). Danach folgen der Handel (16,1 %) und sonstige Dienstleistungen (z.B. Arbeitskräfteüberlassung) mit 15,5 % der Unfälle. Die Zahl der Unfälle am Arbeitsweg lag 2021 unter dem Wert vor der Pandemie 2019.

## GESUNDHEITSVERSORGUNG IN WIEN

Die Gesundheitsversorgung unterteilt sich in einen ambulanten und einen stationären Bereich. Zum **ambulanten Bereich** zählen die ärztlichen und therapeutischen Angebote des niedergelassenen Sektors, die spitalsambulant oder in selbstständigen Ambulatorien erbrachten Leistungen, sowie die pharmakologische Versorgung. Im ambulanten Bereich

sucht ein Großteil der Wiener Bevölkerung **Allgemeinmediziner\*innen** auf: 2019 und 2022 gaben in verschiedenen Befragungen jeweils fast vier Fünftel der Wiener\*innen an, dies in den letzten 12 Monaten zumindest einmal getan zu haben. Diese Inanspruchnahme verteilt sich über die Altersgruppen insgesamt relativ gleichmäßig. Sie ist nur bei Männern jüngeren und mittleren Alters signifikant niedriger als bei älteren.

Die Zahl der Kassenärzt\*innen der Allgemeinmedizin sank von 45 je 100.000 Wiener\*innen im Jahr 2014 auf 38 je 100.000 im Jahr 2021. Diese sinkende Ärzt\*innendichte wurde zunächst vollständig durch die steigende Versorgungswirksamkeit der verbleibenden Allgemeinmediziner\*innen aufgefangen, konnte aber ab 2020 von diesen nicht mehr kompensiert werden. Parallel zum Rückgang der Kassenärzt\*innen der Allgemeinmedizin erhöhte sich die Zahl der Wahlärzt\*innen dieses Fachbereichs, die 2021 mit 753 bereits über jener der 730 Kassenärzt\*innen lag. (Über die Versorgungswirksamkeit beider Gruppen sagt dies aber nicht aus.)

70,3 % der Wiener\*innen suchten 2022 **Fachärzt\*innen** auf (2019 waren es noch knapp 77 %). Ein Unterschied nach dem Alter zeigte sich nur bei den Wienern: Knapp die Hälfte (48,6 %) in der jüngsten Gruppe der 15- bis 29-Jährigen gaben an, in den letzten 12 Monaten eine Fachärztin oder einen Facharzt besucht zu haben, bei den Ab-60-Jährigen waren es 79,3 %. Die sieben Fachrichtungen mit dem größten kassenärztlichen Angebot deckten sich mit jenen sieben, die von den Befragten am öftesten in Anspruch genommen wurden. Abgesehen von Zahnmedizin sind das: Innere Medizin, Orthopädie und Traumatologie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren und Urologie. Die Zahl der Fachärzt\*innen mit Kassenvertrag ist seit 2014 von 64 auf 52 je 100.000 Wiener\*innen gesunken, die Zahl der Wahlärzt\*innen parallel dazu gestiegen.

Bezogen auf die **Zahngesundheit** hielt die Mehrheit der befragten Wiener\*innen das empfohlene Intervall von sechs Monaten für eine zahnärztliche Kontrolle ein. Allerdings machen Männer dies etwas seltener als Frauen. Im Unterschied zur Situation bei den Wiener Allgemeinmediziner\*innen und Fachärzt\*innen stieg die Zahl der Zahnärzt\*innen zwischen 2014 und 2021 absolut an und blieb je 100.000 Einwohner\*innen annähernd stabil.

Die Inanspruchnahme von **Spitals- und Unfallambulanzen** durch die Wiener Bevölkerung unterscheidet sich nicht signifikant nach dem Geschlecht, erhöht sich aber mit dem Alter. Sagten bei den 15- bis 29-Jährigen noch fast ein Viertel (24 %), sie hätten diese vor weniger als 12 Monaten in Anspruch genommen, so sind es bei Personen ab 60 Jahren bereits 34 %.

Fachpersonal für **psychische Gesundheit** wurde 2019 von 9 % der Wiener\*innen in Anspruch genommen, von Frauen signifikant häufiger als von Männern, am häufigsten in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen.

Unabhängig von der Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Wiener Gesundheitssystem, wurden Wiener\*innen über ihre **Zufriedenheit** mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens befragt. Manche Einrichtungen wurden von einem Teil der Befragten noch nie in Anspruch genommen. Am häufigsten war dies bei psychotherapeutischen Angeboten der Fall. Mit den Behandlungen durch Allgemeinmediziner\*innen, Fachärzt\*innen und Therapeut\*innen war jeweils nur ein marginaler Anteil der Bevölkerung unzufrieden. Über die Hälfte der Wiener\*innen (53 %) gab 2019 an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen zu haben. Auch dieser Anteil steigt mit dem Alter.

Von einer **stationären Behandlung** spricht man, wenn damit ein Verweilen der\*s Patientin/Patienten auf der Station eines Krankenhauses (bzw. eines Pflegeheims oder einer Reha-Einrichtung) verbunden ist. In der vollstationären Versorgung dauert dies länger als einen Tag und inkludiert zumindest eine Übernachtung. Laut Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sollen stationäre Versorgungsangebote innerhalb bestimmter Zeitgrenzen (je Fachbereich 45 bis 90 Minuten) für mindestens 90 % der Wiener\*innen erreichbar sein. Die Standortentwicklung richtet sich nach diesen Vorgaben. 15 % der Wiener\*innen hatten 2019 einen stationären Aufenthalt. Signifikante Geschlechterunterschiede gibt es dabei keine, jedoch steigt die Inanspruchnahme mit dem Alter.

Von 2014 bis 2021 wurden in fast allen Fachbereichen **Akutbetten** abgebaut: Die relativen Rückgänge waren in der Dermatologie (-52 %), der Augenheilkunde (-28 %) und der Urologie (-23 %) am größten. In absoluten Zahlen wurden aber in der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie der Orthopädie und Traumatologie mehr Betten abgebaut. In zwei Bereichen ist es zu einer Aufstockung der Bettenzahl gekommen: Zum einen in der Intensivüberwachung und -betreuung (+12 %), zum anderen in der Kinder- und Jugendheilkunde (+3 %). Die Fachbereiche mit den höchsten Aufenthaltszahlen waren 2021 auch jene mit hohen Bettenzahlen: Innere Medizin (27 % der Aufenthalte), Orthopädie und Traumatologie (13 %), Chirurgie (12 %) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (10 %). Etwas aus dem Rahmen fielen hier die Augenheilkunde mit relativ vielen Aufenthalten (11 % aller Aufenthalte) und relativ wenigen Betten, sowie die Intensivmedizin und die Akutgeriatrie mit relativ wenigen Aufenthalten im Vergleich zu relativ vielen Betten. Die durchschnittliche Belagsdauer je Spitalsaufenthalt lag im Jahr 2021 in Wiener Fondskrankenanstalten bei 5,25 Tagen.

## FAZIT

Wie bei jedem Erscheinen zeigt auch der vorliegende Allgemeine Gesundheitsbericht Wien **positive Entwicklungen** aber auch die **Herausforderungen** für die öffentliche Gesundheit und das Gesundheitswesen in Wien auf. Da der Berichtszeitraum dieses Mal die COVID-19-Pandemie – zumindest teilweise – umfasste, ist es nicht verwunderlich, dass bei einigen Gesundheitsindikatoren (> Indikator) Verschlechterungen zu beobachten. Bei einigen, wie der zuletzt leicht sinkenden **Lebenserwartung** ist für die nächsten Jahre wegen des Wegfalls der pandemiebedingten Übersterblichkeit wieder von einer Verbesserung auszugehen.

Bei einigen anderen Indikatoren (z.B. den Lebensjahren in Gesundheit, chronischen Erkrankungen etc.), bei denen bereits längere stagnierende oder sich verschlechternde Tendenzen zu beobachten sind, ist die Entwicklung in den nächsten Jahren weiter genau zu beobachten. Hier könnten, neben den pandemiebedingten Einflüssen, auch andere Faktoren (Soziales, Verhalten, mangelnde Prävention etc.) eine stärkere Rolle spielen.

Eher zuversichtlich stimmten hier einige **positive Tendenzen im Gesundheitsverhalten** der Wiener\*innen, z.B. der Anstieg des Gemüse- und Obstkonsums, der Zunahme der Alkohol-Abstinenz während der Pandemie oder die verstärkte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Von Seiten der Stadt Wien (und des Bundes) ist geplant, präventive Ansätze weiter zu stärken (z.B. Durchführung von flächendeckenden Darmkrebs-Screenings).

Als Ergebnis der diesjährigen Finanzausgleichsverhandlungen ist darüber hinaus geplant, den niedergelassenen Bereich durch **zusätzlich geplante Kassenstellen** wieder zu stärken. Damit soll der in den letzten Jahren zu beobachtenden Verschiebung von Kassen- in den Wahlärzt\*innenbereich entgegengesteuert werden (z.B. in der Allgemeinmedizin, der Kinder-/Jugendheilkunde und psychologischer/psychiatrischer Betreuung). Vom mittlerweile zügig fortschreitenden Ausbau der > **Primärversorgungseinheiten** (PVE) ist weitere Entlastung des niedergelassenen Bereichs zu erwarten.

Die im Berichtszeitraum zu beobachtende Reduzierung von **Spitalsbetten** in vielen Bereichen ist Ausdruck der seit langem bestehenden politischen Zielsetzung, bestimmte Routineleistungen (z.B. in der Diabetesversorgung und vielen anderen Bereichen) in den > extramuralen Bereich zu verlagern. Diese können in **spezialisierten Einrichtungen** oft qualitativer und günstiger erbracht werden. Aufgrund der dadurch sinkenden Belagstage war es möglich, in manchen Bereichen > Ressourcen einzusparen. Bestimmte Bereiche, wie Intensivbetreuung oder Kinder- und Jugendheilkunde waren davon jedoch nicht betroffen. Diese Prozesse dienen auch dazu, den Spitälern die Konzentration auf **Kernaufgaben** zu erleichtern und **Spitalsambulanzen** zu entlasten.



# **Glossar**

# **Quellenverzeichnis**

# Glossar



|  |  |
|--|--|
| <b>Abhängigkeitsquotienten</b>                       | Die A. zeigen das Verhältnis der wirtschaftlich abhängigen Bevölkerung (noch nicht Erwerbsfähige und nicht mehr Erwerbsfähige) zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Das Verhältnis der noch nicht Erwerbsfähigen – konventionsgemäß meist die 0- bis 19-Jährigen – zu den Erwerbsfähigen wird <b>Jugendquotient</b> genannt. Das Verhältnis der nicht mehr Erwerbsfähigen – als solche gelten Personen ab 65 Jahren – zu den Erwerbsfähigen wird als <b>Altersquotient</b> bezeichnet. Beides zusammengenommen bildet den <b>Gesamtquotienten</b> . (> Quotient)   |
| <b>affektive Störungen</b>                           | (von lat. afficere = befallen, in eine Stimmung versetzen) bezeichnen eine Gruppe von psychischen Störungen, deren zentrales Element eine abnorme Veränderung der Stimmung bzw. des Gefühls- und Gemütslebens (= der Affektivität) ist. Den Kern stellen Depression und Manie dar. Bei der Depression findet sich eine gedrückte Stimmung, ein Verlust an Freude und Interesse oder ein verminderter Antrieb wieder. Die Manie zeichnet sich Gegensatz dazu durch eine euphorische bis reizbare Gemütslage, gepaart mit einem übersteigerten Aktivitätsdrang aus (Nitkowski & Petermann 2022).   |
| <b>Altersgradient</b>                                | Als > Gradient (von lat. gradiens = schreitend) bezeichnet man den Verlauf der Änderung (Gefälle oder Anstieg) einer Größe auf einer bestimmten Strecke. Ein Altersgradient bezeichnet in der > Epidemiologie somit den – meist ansteigenden – Verlauf des Auftretens einer Krankheit mit dem Alter.   |
| <b>Altersstandardisierung</b>                        | Die A. einer Ziffer, z.B. der „rohen“ > Sterberate (= Zahl der Gestorbenen/Bevölkerungszahl eines Jahres), bedeutet, dass mittels Umrechnung auf eine Standardbevölkerung eine Vergleichbarkeit der Sterbehäufigkeit in zwei Kollektiven mit unterschiedlicher Altersverteilung erreicht wird (Siegrist 1995, 29). Die A. ermöglicht Vergleiche über Jahre oder Regionen hinweg, indem sie Unterschiede in den Altersstrukturen der zugrundeliegenden Stichproben vereinheitlicht.   |
| <b>Ärztliche Ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE)</b> | Die ÄAVE ist eine Kennzahl für die Zählung von niedergelassenen Ärzt*innen, gewichtet nach Anzahl der von ihnen behandelten Quartalerstpatient*innen (d.h. Patient*innen mit erstmaliger E-Card-Steckung im Quartal) im Vergleich zum Durchschnitt (d.h. verglichen mit einer*m ganzjährig und durchschnittlich arbeitenden Kassenärztin/Kassenarzt der Fachrichtung im Jahr in Österreich). ÄAVE als Messgröße ist also nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der Ärzt*innen („Köpfe“), sondern berücksichtigt auch ihr relatives (quantitatives) Leistungsvolumen.   |
| <b>ausländische Herkunft</b>                         | Beim Begriff der ausländischen Herkunft werden die Merkmale Staatsbürgerschaft und Geburtsland kombiniert. Als Personen ausländischer Herkunft gelten a) Menschen ohne österreichische Staatsbürgerschaft, unabhängig davon, ob sie in Österreich oder im Ausland geboren wurden, sowie b) Menschen mit österreichischer Staatsbürgerschaft, die im Ausland geboren wurden.  |
| <b>ATHIS</b>   | Austrian Health Interview Survey. Die Österreichische Gesundheitsbefragung basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS). Themen der Befragung sind u.a. der Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen des Gesundheitssystems.  |
| <b>Autismusspektrum-Störung</b>                      | (von gr. αὐτός (autos) = selbst) umfasst eine Gruppe heterogener, meist angeborener Störungen mit einer Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation, die jedoch im Ausprägungsgrad stark variieren kann. Die Diagnose wurde erstmals im Jahr 2013 im Diagnosemanual DSM-5 anhand folgender Kriterien beschrieben: klinisch bedeutsame, anhaltende Defizite der sozialen Kommunikation und Interaktion sowie restriktive Verhaltensmuster. Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen zeigen bereits früh grundlegende Defizite in der sozialen Gegenseitigkeit und des Spielverhaltens. Das Interesse an anderen Menschen ist begrenzt, Freundschaften werden kaum aufgebaut. Emotionalität und Einfühlungsvermögen im Hinblick auf andere Personen sind schwer zu erkennen. Mimik und Gestik sind häufig verarmt. Gesellschaftliche Konventionen und Erwartungen werden schlecht verstanden (Poustka & Poustka 2022). |
| <b>Bandbreite</b>                                    | Bereich, in dem sich die Ausprägungen eines bestimmten Merkmals (z.B. der > Sterberate) bewegen. B. werden in Grafiken oft mittels schraffierter Bereiche dargestellt. Das > Konfidenzintervall (Schwankungsbreite) stellt die Bandbreite dar, in der die untersuchte Häufigkeit mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit auftritt. Die Bundesländer-Bandbreite umfasst den Bereich zwischen dem höchsten und dem niedrigsten in einem Bundesland gemessenen Wert.   |
| <b>BMI</b>   | Body-Mass-Index dient zur Beurteilung des individuellen Körpergewichtes. Er berechnet sich aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m <sup>2</sup> ). Nach der Lage ihres BMI innerhalb bestimmter > Bandbreiten werden Personen in Unter-, Normal- und Übergewichtige bzw. Adipöse eingeteilt.   |
| <b>COPD</b>  | Chronic Obstructive Pulmonary Disease, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung. Bei einer COPD sind die Atemwege dauerhaft verengt und die Lunge ist geschädigt.  |
| <b>Determinante</b>                                  | (von lat. determinare = abgrenzen, bestimmen), abgrenzender, bestimmender Faktor; maßgebender Umstand. Die D. ist in einer Aussage über den Kausalzusammenhang von wissenschaftlich konzipierten Größen die unabhängige > Variable (Hillmann 2007, 148).   |
| <b>diastolischer Wert</b>                            | der bei Erweiterung des Herzmuskels (die mit der Zusammenziehung rhythmisch abwechselt) gemessene Blutdruck.   |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Ergebnisindikator bzw. Outcome</b> | (engl. Resultat, Wirkung), ein Indikator, der quantitativ die Auswirkungen eines Ereignisses oder einer Maßnahme auf die Betroffenen misst. Kann als Maßstab für die Erreichung eines Ziels dienen (z.B. für den Erfolg einer Präventionsmaßnahme hinsichtlich der Erhöhung der gesunden Lebenserwartung) (Wirtz 2021).  |
| <b>endokrin</b>                       | die Abgabe von Hormonen ins Blut betreffend. Endokrine Erkrankungen werden verursacht durch entweder zu hohe oder zu geringe Abgabe eines Hormons ins Blutsystem.  |
| <b>Endokrinologie</b>                 | Teilgebiet der Medizin, das sich mit Funktion und Krankheit der hormonproduzierenden Organe beschäftigt.   |
| <b>Epidemiologie</b>                  | (von gr. epidemos = im Volk verbreitet), „Seuchenlehre“. Forschungsrichtung, die sich mit Ursachen, Verbreitung und Folgen von Krankheiten in der Bevölkerung beschäftigt. Mithilfe statistischer Methoden sucht sie unter anderem nach > sozioökonomisch verursachten Risikofaktoren (z.B. Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, berufliche Belastungen, Konsumverhalten) für das Entstehen und Sich-Ausbreiten von Krankheiten in verschiedenen Regionen und Bevölkerungsteilen (Hillmann 2007, 191).  |
| <b>extramural</b>                     | (von lat. extra muros = außerhalb der Mauern). Der extramurale Bereich bezeichnet alle Patient*innen-Versorgungsstrukturen, die sich außerhalb der Spitäler befinden (z.B. die Praxen niedergelassener Ärzt*innen).  |
| <b>Fertilitätsrate, allgemeine</b>    | Lebendgeborene bezogen auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren. Die durchschnittliche Anzahl lebendgeborener Kinder, die eine Frau während ihres gebärfähigen Alters voraussichtlich zur Welt bringt.   |
| <b>Fertilität</b>                     | Bezeichnet die tatsächlich realisierten Geburten (Geburtenhäufigkeit) einer Einzelperson.  |
| <b>FKA</b>                            | > Landesgesundheitsfonds-finanzierte Krankenanstalten.   |
| <b>Geburtenbilanz</b>                 | Saldo aus Geburten und Sterbefällen (= Zahl der Lebendgeborenen abzüglich der Zahl der Sterbefälle).   |
| <b>Geburtenrat</b>                    | Geburten bezogen auf 1.000 Personen der Wohnbevölkerung.   |
| <b>Geomorphologie</b>                 | (von altgriech gé = Erde, morphé = Gestalt und logos: Wort, Wissen) ist die Lehre von den Formen der Erdoberfläche und den Faktoren und Prozessen ihrer Entstehung. Die Wissenschaft vom Relief der Erdkruste als Teildisziplin der physischen Geographie (Spektrum der Wissenschaft 2001).  |
| <b>Gesundheitskompetenz</b>           | (engl. health literacy) wird von der Weltgesundheitsorganisation definiert als die Kompetenz aus kognitiven und sozialen Fertigkeiten sowie der Motivation und Fähigkeit von Menschen, sich Informationen, die der Aufrechterhaltung und Förderung von Gesundheit dienen, zu beschaffen, sie zu verstehen und zu nutzen (Wirtz 2022).  |
| <b>Gradient</b>                       | (von engl. gradient = Gefälle, Steigung). Stetiger Abfall oder Anstieg des Wertes einer epidemiologischen Maßzahl (z.B. der > Prävalenz) zwischen Gruppen merkmalsgleicher Personen (Razum et al. 2011, 315 & 319).  |
| <b>Gratifikationskrise</b>            | (von lat. gratificari = sich gefällig erweisen) ist ein von Medizinsoziologen Johannes Siegrist entwickeltes Modell. Es beschreibt gesundheitliche Risiken bei einem Ungleichgewicht zwischen externen Anforderungen und Verpflichtungen sowie einer internen Verausgabungsneigung und Belohnung in Form von Lohn, Aufstiegsmöglichkeiten/Sicherheit und Wertschätzung. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen einer Gratifikationskrise und psychischen Beanspruchungsfolgen (Burnout) sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten (Rigotti 2022).  |
| <b>Health in all Policies (HiAP)</b>  | ist eine gesundheitspolitische Strategie, die die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf einer breiten Basis wirksam und nachhaltig fördern möchte. Ausgangspunkt für diese Strategie ist das Wissen, dass die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems liegen, wie etwa im Bereich der Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs- oder Wirtschaftspolitik. Sie möchte die Zusammenarbeit zwischen diesen Politikfeldern fördern, um so eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu schaffen <sup>1</sup> . |
| <b>ICD-10</b>                         | Diagnosecodierung laut Internationaler statistischer Klassifikation von Krankheiten.   |
| <b>Indikator</b>                      | (von lat. indicare = anzeigen), „Anzeiger“. Hinweis für einen nicht direkt zu beobachtenden Sachverhalt. In der Sozialforschung interessieren oft Sachverhalte und Eigenschaften, die der direkten Erfahrung nicht zugänglich sind (theoretische Konstrukte, latente Merkmale). Da sie sich nicht direkt messen lassen, werden Indikatoren benötigt, in denen sich die latenten Merkmale manifestieren, also sichtbar werden (Ebster & Stalzer 2007, 148; Hillmann 2007, 363).   |
| <b>intramural</b>                     | (von lat. intra muros = innerhalb der Mauern). Der intramurale Bereich bezeichnet Patient*innen-Versorgungsstrukturen, die sich innerhalb der Spitäler befinden.   |

1 [hiap.goeg.at/was\\_ist\\_hiap](http://hiap.goeg.at/was_ist_hiap)

|  |  |
|--|--|
| <b>Inversion</b>   | (von lat. <i>inversio</i> = Umkehrung) bedeutet eine Umkehrung bzw. Umwandlung von etwas (in sein Gegenteil), die Umkehr der weiteren Entwicklung von etwas. In der Meteorologie ein Zustand der Atmosphäre, in der eine Sperschicht eine kältere untere Luftschicht von einer wärmeren oberen Luftschicht abschirmt, wodurch die Temperatur mit zunehmender Höhe zunimmt (BBAW 2022).   |
| <b>Inzidenz</b>  | auch: Inzidenzrate, Häufigkeit der Neuerkrankungen. Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle in einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum. Beispiel: Neu diagnostizierte Lungenkrebsfälle pro 100.000 Einwohner*innen im Jahr 2021.  |
| <b>ischämisch</b>  | Die Verminderung bzw. Unterbrechung der Durchblutung eines Organs oder Gewebes betreffend. Ischämische Herzkrankheiten sind Krankheiten, die durch mangelnde Durchblutung des bzw. mangelnde Blutzufuhr zum Herz verursacht werden.  |
| <b>Komorbidität</b>  | (von lat. <i>com</i> = zusammen und <i>morbus</i> = Krankheit) steht für Begleiterkrankung und bezeichnet das gemeinsame Auftreten verschiedener Erkrankungen bei einer Person in einen bestimmten Zeitraum. Wenn eine psychische Störung gemeinsam mit einer körperlichen Erkrankung auftritt (z.B. eine Angststörung mit Diabetes), wird von Multimorbidität gesprochen (Bastine, 2021).   |
| <b>Konfidenzintervall</b>  | Vertrauensbereich einer statistischen Schätzung. Das Konfidenzintervall kennzeichnet einen Zahlenbereich um einen in der Stichprobe beobachteten Wert. In diesem Bereich liegt mit einer angegebenen Wahrscheinlichkeit (meist 95 %) der in der Grundgesamtheit (z.B. in der Wiener Bevölkerung) vorhandene Wert (Populationsparameter).   |
| <b>Landesgesundheitsfonds-finanzierte Krankenanstalten (FKA)</b> | Krankenanstalten des Akutversorgungssektors, die aus öffentlichen Mitteln über die neun Landesgesundheitsfonds nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung finanziert werden. Werden teilweise von öffentlichen Eigentümern (Gemeinde, Land, Sozialversicherung), teilweise von privatgemeinnützigen Eigentümern (z.B. Orden) betrieben. Die Landesgesundheitsfonds werden aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung gespeist.  |
| <b>Migration</b>   | (von lat. <i>migrare</i> = wandern), „Wanderung“. Die Wanderungsstatistik basiert auf allen registrierten An- und Abmeldungen im Zentralen Melderegister (ZMR) in einem definierten Zeitraum. Ab einer Dauer von mehr als drei Monaten zählt ein Aufenthaltsfall als Migration (Stadt Wien 2019, 58).  |
| <b>Migrationshintergrund</b>                                     | Dieses Merkmal einer Person berücksichtigt im Unterschied zur > ausländischen Herkunft auch den Geburtsort der Eltern. Daten dazu liegen in Österreich auf Basis der Mikrozensus vor (Stadt Wien 2016, 57). Als Personen mit Migrationshintergrund werden Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. |
| <b>Morbidität</b>  | (von lat. <i>morbidus</i> = krank), „Krankheitslast“. Bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen. Krankheits- > Prävalenz und > Inzidenz sind Maße der Morbidität.   |
| <b>Mortalität</b>  | (von lat. <i>Mortalis</i> = sterblich), „Sterblichkeit“. Wird beschrieben durch die > Mortalitätsrate (> Sterberate), berechnet als Zahl der Gestorbenen (= Todesfälle) dividiert durch die Gesamtzahl der Bevölkerung einer räumlichen Einheit in einem Zeitraum (Stadt Wien 2015, 58). Da die M. sehr altersabhängig ist, werden oft > altersstandardisierte > Mortalitätsraten berechnet.   |
| <b>Mortalitätsrate</b>   | auch > Sterberate. Maß für die > Mortalität. Meist angegeben als Gestorbene pro 100.000 der Bevölkerung.   |
| <b>Myokardinfarkt</b>  | Herzinfarkt. Ein akutes und lebensbedrohliches Ereignis infolge einer Erkrankung des Herzens, bei der eine Koronararterie oder einer ihrer Äste verlegt oder stärker eingengt wird. Dadurch wird der Blutfluss ins Herz blockiert (= Durchblutungsstörung / > Ischämie).   |
| <b>neonatale Sterblichkeit</b>                                   | Anzahl jener Säuglinge, die in den ersten 28 Tagen nach der Geburt versterben, bezogen auf 1.000 Lebengeborenen in dieser Zeitspanne.  |
| <b>Outcome</b>   | > Ergebnisindikator  |
| <b>perinatal</b>   | (von gr. <i>περί</i> ( <i>peri</i> ) = um, herum, von lat. <i>natus</i> = geboren), bezeichnet den Zeitraum kurz vor, während und kurz nach der Entbindung (Wirtz 2019).   |
| <b>pectrochantäre Fraktur</b>                                    | medizinischer Fachausdruck für den Bruch des Oberschenkelknochens.   |
| <b>Prävalenz</b>   | beschreibt Mengen von Personen in einem definierten Zustand, z.B. des Krankseins bzw. der Betroffenheit. Sie ist neben der > Inzidenz ein Hauptaspekt der Beschreibung und Analyse der Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Gemessen wird sie als Anteil Erkrankter an der betrachteten Bevölkerung zu einem Zeitpunkt oder innerhalb einer Periode. Sie ist gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufällig ausgewählte Person erkrankt bzw. betroffen ist.  |
| <b>Primärversorgung</b>  | Unter P. versteht man den ersten Kontakt der/s Patientin/Patienten zum Gesundheitswesen. Dieser Zugang soll jederzeit möglich, kontinuierlich und umfassend sein (Wittmann & Schoberberger 2016, 347).   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Quotient</b>                        | (von lat. quotiens = wie oft?) In der Mathematik und in den Naturwissenschaften bezeichnet der Quotient ein Verhältnis von zwei Größen zueinander, also das Ergebnis einer Division.  |
| <b>Resilienz</b>                       | (von lat. resiliere = abprallen, sich zusammenziehen) bezeichnet die Widerstandsfähigkeit eines Individuums, sich trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse erfolgreich zu entwickeln. Resilienz manifestiert sich als eine Wiederherstellung normaler Befindlichkeit nach einem Schicksalsschlag (Warner 2022a).  |
| <b>Ressourcen</b>                      | (von franz. ressource = Mittel, Reichtum). Sammelbezeichnung für Hilfsquellen, die der Mensch (je nach Entwicklungsniveau einer Gesellschaft in unterschiedlichem Umfang) als Mittel zum Leben benötigt (Hillmann 2007, 750). Können materielle und immaterielle Form haben (Wissen, Geld, Einfluss etc.). Der Zugriff darauf beeinflusst entscheidend den > sozialen Status.   |
| <b>rezidivierend</b>                   | (von lat. recidivus = wieder erbaut) wiederkehrend. Bezeichnet das Wiederauftreten einer Erkrankung nach ihrer Abheilung.   |
| <b>Säuglingssterblichkeit</b>          | Gestorbene unter einem Jahr bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.   |
| <b>Selbstwirksamkeitserwartung</b>     | ist die subjektive Überzeugung, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können. Es ist eine optimistische Einschätzung der Lebensbewältigungskompetenz. Das Konzept beruht auf der sozialkognitiven Theorie von Albert Bandura. Hohe S. wurde u.a. in Zusammenhang gebracht mit seltener auftretenden Angststörungen und Depression, guter schulischer und beruflicher Leistung, niedrigen Stressreaktionen, schneller Bewältigung von kritischen Lebensereignissen, hoher Schmerztoleranz, mehr Gesundheitsverhalten, besserem Immunsystem, zufriedenstellenden Sozialbeziehungen und hohem Wohlbefinden (Warner 2022b).   |
| <b>Setting</b>                         | ist ein sozialer Kontext, in dem der Alltag von Menschen stattfindet und der einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit hat. Ein Setting ist gekennzeichnet durch ein Verständnis der Zugehörigkeit seiner Mitglieder. Dieses Bewusstsein der Zugehörigkeit kann begründet sein durch die Tätigkeit in einer Organisation, ein gemeinsames räumliches Umfeld, ähnliche Lebenslagen, gemeinsame Werte und Präferenzen. Dazu gehören zum Beispiel Arbeitsplatz/Betrieb, kommunales S. (Wohnumfeld, Grätzeln, Siedlung, Gemeinde, Stadt), Kindergarten und Kinderbetreuungseinrichtungen, Schule und andere Bildungseinrichtungen, Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Ambulanzen, Beratungseinrichtungen, Besuchsdienste), sowie Konsum- und Freizeitwelten (FGÖ o. J.). |
| <b>signifikant</b>                     | statistische Signifikanz. Signifikant ist ein Ergebnis, wenn es gegen die Nullhypothese spricht. Die Aussage basiert auf einem statistischen Test, der zur Prüfung einer vorab festgelegten Hypothese mit vorab festgelegter Irrtumswahrscheinlichkeit durchgeführt wird (DNEbM 2018, 54). Beispiel: Als Nullhypothese wird angenommen, dass zwischen zwei Gruppen kein Prävalenzunterschied (> Prävalenz) besteht. Ein Test auf Basis des > ATHIS-Datensatzes widerspricht dem. Er zeigt, dass der beobachtete Unterschied signifikant ist. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % besteht auch in der Wiener Wohnbevölkerung ein Unterschied.  |
| <b>SHARE</b>                           | Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Alle zwei Jahre stattfindende repräsentative Befragung von Menschen ab 50 Jahren, die neben der allgemeinen Wohnbevölkerung auch Alten- und Pflegeheime miteinschließt.  |
| <b>somatoforme Störung</b>             | (von gr. σῶμα (soma) = Körper) umfasst körperliche Symptome, für die kein organischer Befund vorliegt. Die Symptome der somatoformen Störung können sich auf Kopfschmerzen, Oberbauchschmerzen, Ermüdung, Erschöpfung, Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, Herzschmerzen, Herzklopfen, Unterbauchbeschwerden, Appetit- und Essstörungen, starkes Schwitzen, periphere Durchblutungsstörungen, Schwindel, Ohnmacht, Erbrechen, Übelkeit, Störungen der Blasen- und Sexualfunktion beziehen (Gerber et al. 2021).  |
| <b>Skills for Health (Life Skills)</b> | bilden eine wichtige Voraussetzung für > Gesundheitskompetenz. Gemeint sind alle praxisrelevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten, die dem Individuum gesundheitsförderliches Handeln und Entscheiden erleichtern bzw. ermöglichen (WHO 2021a).  |
| <b>sozialer Kontext</b>                | eine Person umgebende Umwelt bzw. Situation, in der sie mit anderen Menschen in Kontakt tritt. In sozialen Kontexten (am Arbeitsplatz, im Freundeskreis ...) gelten bestimmte Werte und Verhaltenserwartungen, die sich auf das Handeln, das Denken, die Unterstützung und damit auch die Gesundheit auswirken können. > Setting.   |
| <b>sozialer Status</b>                 | Position einer Person innerhalb der Gesellschaft. Impliziert meist die Einordnung der Person in eine hierarchische Skala sowie die Unterteilung der Bevölkerung in Oben und Unten (Mielck 2005, 8). Diese Einordnung erfolgt meist über > sozioökonomische Merkmale bzw. > Indikatoren. Daher wird der soziale Status auch als sozioökonomischer Status bezeichnet.   |
| <b>sozioökonomische Merkmale</b>       | Merkmale, die die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse gleichzeitig betreffen. Davon umfasst sind meist das Einkommen, die Bildung und die berufliche Position. Diese Merkmale sind einerseits oft maßgebend für die wirtschaftliche Situation einer Person. Andererseits kann daraus auch ihre Position in der gesellschaftlichen Hierarchie abgeleitet werden, da diese Merkmale einmal mit mehr, einmal mit weniger > Ressourcen verbunden sind.   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Sterberate, rohe und altersstandardisierte</b> | Bei der > Altersstandardisierung werden die rohen Sterberaten (Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung) der beobachteten Altersgruppe durch Multiplikation auf den Anteil der Bevölkerung derselben Altersgruppe laut Europäischer Standardbevölkerung gewichtet.                            |
| <b>Summenscore</b>                                | Wird zur Berechnung eines statistischen Mittelwertes herangezogen. Der Summenscore ist die Summe der von Befragten bei der Beantwortung von Items eines Fragebogens angegebenen Werten. Die Division der Summenscores durch die Anzahl der Befragten ergibt den Mittelwert der Summenscores. |
| <b>systolischer Wert</b>                          | beim Zusammenziehen des Herzmuskels gemessener Blutdruck.  |
| <b>Übersterblichkeit</b>                          | ist ein statistischer Begriff und bezeichnet eine in einem bestimmten Zeitraum (aufgrund einer besonderen Ursache) gegenüber dem langjährigen Durchschnitt erhöhte Sterblichkeit innerhalb einer Bevölkerung oder Personengruppe (BBAW 2020).  |
| <b>Validierungsstudie</b>                         | (von lat. validus = kräftig, wirksam, fest) In einer V. wird ein Erhebungsinstrument (bzw. > Indikator) mit geeigneten Methoden darauf getestet, ob es das Merkmal, das gemessen werden soll, tatsächlich misst.   |
| <b>Variable</b>                                   | Symbol für eine Menge von Merkmalsausprägungen. V. sind Ausschnitte der beobachteten Realität, über deren Ausprägung und Beziehungen in der empirischen Forschung Vermutungen (Hypothesen) formuliert und überprüft werden (Bortz & Döring 2009, 743).                                       |
| <b>Vulnerabilität</b>                             | Anfälligkeit, Verletzbarkeit, Verwundbarkeit. Kann durch genetische, organisch-biologische, psychische oder soziale Faktoren bedingt sein (de Gruyter 2007, 2056).   |
| <b>Wanderungsbilanz</b>                           | Saldo aus den (in eine Stadt, eine Region etc.) zugezogenen und weggezogenen Personen während eines bestimmten Zeitraumes (meistens einem Jahr).   |
| <b>WHO</b>  | Weltgesundheitsorganisation. Wurde 1948 gegründet, ist die Sonderorganisation der Vereinten Nationen für die öffentliche Gesundheit mit Sitz in Genf. Sie soll die weltweiten Anstrengungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens lenken und koordinieren.                                    |
| <b>zerebrovaskuläre Krankheiten</b>               | Krankheiten, die die Blutgefäße im Zentralnervensystem (Gehirn, Rückenmark) betreffen. Die bedeutendste darunter ist der Schlaganfall. Kapitel in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), welches die Diagnosen mit den Nummern I60 bis I69 umfasst.                       |

# Quellenverzeichnis

## DATENQUELLEN

**AMDB – Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice (AMS).** Beschreibung und Daten verfügbar unter: [arbeitsmarktdatenbank.at/](http://arbeitsmarktdatenbank.at/)

**AMDC – Austrian Micro Data Center: Standardisierte Datensätze (SDS).** Verfügbar unter: [statistik.at/services/tools/services/amdc-mikrodaten-fuer-die-wissenschaft/scientific-use-files](http://statistik.at/services/tools/services/amdc-mikrodaten-fuer-die-wissenschaft/scientific-use-files)

**AMIS – Arbeitsmarktinformationssystem des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft (BMAW).** Verfügbar unter: [dnet.at/bali/Default.aspx](http://dnet.at/bali/Default.aspx)

**AMS-Arbeitsmarktdaten online.** Verfügbar unter: [iambweb.ams.or.at/ambweb/](http://iambweb.ams.or.at/ambweb/)

**AUVA-Statistik zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.** Aktuelle Zahlen, Publikationen und Sonderauswertungen auf Anfrage verfügbar unter: [auva.at/cdscontent/?contentid=10007.670939&portal=auvportal](http://auva.at/cdscontent/?contentid=10007.670939&portal=auvportal)

**ATHIS – Austrian Health Interview Survey.** Kurzbeschreibung und Publikationen verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-\(ATHIS\).html](http://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-(ATHIS).html). Datensätze und Dokumentation verfügbar auf Antrag im AMDC.

**BIG – Business Intelligence Plattform des Dachverbands der Sozialversicherungsträger: Analysetool REGIOMED** (nicht öffentlich zugänglich). Kurzbeschreibung in den Jahresberichten des Dachverbands 2017 (S. 90) und 2018 (S. 67), zum Download verfügbar unter: [sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845560&portal=svportal](http://sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845560&portal=svportal)

**DIAG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten** (nicht öffentlich zugänglich). Beschreibung und Publikationen verfügbar unter: [kaz.bmg.gv.at/medizinische-dokumentation.html](http://kaz.bmg.gv.at/medizinische-dokumentation.html), sowie unter [kaz.bmg.gv.at/publikationen.html](http://kaz.bmg.gv.at/publikationen.html)

**EU-SILC – European Union Statistic on Income and Living Conditions.** Kurzbeschreibung und Fragebögen verfügbar unter: [statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/eu-silc-einkommen-und-lebensbedingungen](http://statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/eu-silc-einkommen-und-lebensbedingungen). Datensätze und Dokumentation verfügbar auf Antrag im AMDC.

**MZ-AKE – Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung.** Kurzbeschreibung und Fragebögen verfügbar unter: [statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/mikrozensus](http://statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/mikrozensus). Datensatz und Dokumentationen zum Adhoc Modul „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ verfügbar unter: [data.aussda.at/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.11587/J7BDJX](http://data.aussda.at/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.11587/J7BDJX)

**SHARE – Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.** Dokumentation und Datensätze nach Registrierung verfügbar unter: [share-eric.eu/data/data-access](http://share-eric.eu/data/data-access)

**STATCube – Statistische Datenbank von Statistik Austria.** Dokumentation und Daten nach Themen verfügbar unter: [statistik.at/datenbanken/statcube-statistische-datenbank](http://statistik.at/datenbanken/statcube-statistische-datenbank)

**Vorsorgeuntersuchungen.** Forschungskoooperation vom Dachverband der Sozialversicherungsträger mit dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP). Kurzbeschreibung und Publikationen verfügbar unter: [sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846158&portal=svportal](http://sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846158&portal=svportal). Daten nach Bundesland verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/krankheitspraevention](http://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/krankheitspraevention)

## LITERATURQUELLEN

- A** **Anderl, M., Bartel, A., Frei, E., Gugele, B., Gössl, M., Mayer, S., Heinfellner, H., Heller, C., Heuber, A., Köther, T., Krutzler, T., Kuschel, V., Lampert, C., Miess, M.G., Pazdernik, K., Perl, D., Poupa, S., Prutsch, A., Purzner, M., Rigler, E., Rockenschaub, A.K., Schieder, W., Schmid, C., Schmidt, G., Schnirzer, S., Schodl, B., Storch, A., Stranner, G., Svehla-Stix, S., Schwarzl, B., Schwaiger, E., Vogel, J., Weiss, P., Wiesenberger, H., Wieser, M., Zechmeister, A. (2022).** *Klimaschutzbericht 2022*. Reports, Band 0816. Wien: Umweltbundesamt. Verfügbar unter: [umweltbundesamt.at/studien-reports/publikationsdetail?pub\\_id=2435&cHash=80cd8bcb79015ceef7eb007b692e06ba](https://umweltbundesamt.at/studien-reports/publikationsdetail?pub_id=2435&cHash=80cd8bcb79015ceef7eb007b692e06ba)
- Anderl, M., Gangl, M., Lambert, S., Mayer, S., Pazdernik, K., Poupa, S., Schieder, W., Stranner, G., Wieser, M., Zechmeister, A. (2022).** *Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1990-2020*. Regionalisierung der nationalen Emissionsdaten auf Grundlage von EU-Berichtspflichten. Reports, Band 0817. Wien: Umweltbundesamt. Verfügbar unter: [umweltbundesamt.at/studien-reports/publikationsdetail?pub\\_id=2443&cHash=c0f9959597e94ea4e4c3dc7ae85493f6](https://umweltbundesamt.at/studien-reports/publikationsdetail?pub_id=2443&cHash=c0f9959597e94ea4e4c3dc7ae85493f6)
- Antony, G., Delcour, J. & Fenz, L. (2023).** *Gesunde Lebensjahre ab 65 Jahren in Österreich: Datengrundlage und potenzielle Erklärungsansätze*. Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Verfügbar unter: [gesundheitsziele-oesterreich.at/gesunde-lebensjahre-ab-65-jahren-in-oesterreich/](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesunde-lebensjahre-ab-65-jahren-in-oesterreich/)
- AÖF – Verein Autonome Österreichische Frauenhäuser (2020).** *Tätigkeitsbericht 2020*. Verfügbar unter: [frauenhelpline.at/sites/default/files/aoef-taetigkeitsbericht\\_2020\\_final\\_inkl-statistik.pdf](https://frauenhelpline.at/sites/default/files/aoef-taetigkeitsbericht_2020_final_inkl-statistik.pdf)
- APCC – Austrian Panel on Climate Change (2018).** *Special Report Gesundheit, Demographie und Klimawandel*. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Verfügbar unter: [gesundheitsziele-oesterreich.at/apcc-sr.ccca.ac.at/](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/apcc-sr.ccca.ac.at/)
- APCC – Austrian Panel on Climate Change (2023).** *Special Report Strukturen für ein klimafreundliches Leben*. Berlin/Heidelberg: Springer Spektrum (Herausgeber\*innen: Görg, C., V. Madner, A. Muhar, A. Novy, A. Posch, K. Steininger und E. Aigner). Verfügbar unter: [klimafreundlichesleben.apcc-sr.ccca.ac.at/#spm](https://klimafreundlichesleben.apcc-sr.ccca.ac.at/#spm)
- Arrouas, M., Ditto, M. (2017).** *Gesamtstaatlicher Hitzeschutzplan 2017*. Wien: BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Verfügbar unter: [gesundheitsziele-oesterreich.at/news/aktuelles/archiv-2017/hitzeschutzplan.html](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/news/aktuelles/archiv-2017/hitzeschutzplan.html)
- B** **Bauer, R., Spering, M., Frühwirt, P., Seidl, R. & Trautinger, F. (2022).** Assessing excess mortality in Vienna and Austria after the first year of the COVID-19 pandemic. *Vienna Yearbook of Population Research*, 20(1), 393–414. Verfügbar unter: [austriaca.at/0xc1aa5576\\_0x003d2f56.pdf](https://austriaca.at/0xc1aa5576_0x003d2f56.pdf)
- Barofsky, I., Erickson, P. & Eberhardt, M. (2004).** Comparison of a single global item and an index of a multi-item health status measure among persons with and without diabetes in the US. *Quality of Life Research*, 13, 1671-1681. Verfügbar unter: [link.springer.com/article/10.1007/s11136-004-0258-4](https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-004-0258-4)
- Bastine, R. H. E. (2021).** Dorsch Lexikon der Psychologie – *Komorbidität*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/komorbiditaet](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/komorbiditaet)
- BBAW – Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (2020).** Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS) – *Übersterblichkeit*. Verfügbar unter: [dwds.de/wb/%C3%9Cbersterblichkeit?o=%C3%BCbersterblichkeit](https://dwds.de/wb/%C3%9Cbersterblichkeit?o=%C3%BCbersterblichkeit)
- BBAW – Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (2022).** Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS) – *Inversion*. Verfügbar unter: [dwds.de/wb/Inversion#d-1-7](https://dwds.de/wb/Inversion#d-1-7)
- Berger, U. (2022).** Männer sterben früher, Frauen leiden mehr: Vom epidemiologischen Paradox zum Genderbewusstsein in der Psychotherapie. *Die Psychotherapie*, 67(4), 288-295. Verfügbar unter: [link.springer.com/article/10.1007/s00278-022-00606-w](https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-022-00606-w)
- BMGFJ – Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007).** *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Statistik Austria im Auftrag von BMGFJ (Autor\*innen: Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B.). Verfügbar unter: [statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/931](https://statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/931)
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015).** *Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen*. Abgenommen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im Februar 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020).** *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS)*. Wien: Statistik Austria im Auftrag von BMSGPK (Autorin: Klimont, J.) Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-\(ATHIS\).html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/%C3%96sterreichische-Gesundheitsbefragung-2014-(ATHIS).html)



- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2021). *Outcome-Messung im Gesundheitswesen*. Basierend auf dem *Mess- und Vergleichskonzept*. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission. Wien: BMSGPK. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess-und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2022a). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2021*. Wien: BMSGPK. Verfügbar unter: [broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=42&attachmentName=%C3%96sterreichischer\\_Pflegevorsorgebericht\\_2021\\_pdfUA.pdf](https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=42&attachmentName=%C3%96sterreichischer_Pflegevorsorgebericht_2021_pdfUA.pdf)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (Hg) (2022b). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG)*. Inklusive der bis 7.10.2022 beschlossenen Anpassungen. Wien: BMSGPK & GÖG – Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur gemäß Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission vom 30.6.2017. Verfügbar unter: [goeg.at/OESG](https://goeg.at/OESG)
- Bortz, J. & Döring, N.** (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- D** **Dale, R., Jessor, A., O’Rourke, T., Probst, T., Humer, E. & Pieh, C.** (2021). Mental health burden of high school students 1.5 years after the beginning of the COVID-19 pandemic in Austria. *Advance*, Preprint. Verfügbar unter: [doi.org/10.31124/advance.17260130.v1](https://doi.org/10.31124/advance.17260130.v1)
- Davis, C. G., Thake, J., & Vilhena, N.** (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive behaviors*, 35(4), 302-311.
- De Gruyter, W.** (Hg) (2007). *Pschyrembel-Klinisches Wörterbuch*. 261. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter
- DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin** (2018). *Glossar zur Evidenzbasierten Medizin*. Verfügbar unter: [ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar](https://ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar)
- E** **Eales, L., Ferguson, G. M., Gillespie, S., Smoyer, S., & Carlson, S. M.** (2021). Family resilience and psychological distress in the COVID-19 pandemic: A mixed methods study. *Developmental Psychology*, 57(10), 1563. Verfügbar unter: [innovation.umn.edu/culture-and-family-life-lab/wp-content/uploads/sites/51/2022/04/Eales-DP-COVID.pdf](https://innovation.umn.edu/culture-and-family-life-lab/wp-content/uploads/sites/51/2022/04/Eales-DP-COVID.pdf)
- Ebster, C. & Stalzer, L.** (2007). *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*. Paderborn: UTB.
- EHLEIS – European Health and Life Expectancy Information System** (2018). *Gesunde Lebenserwartung in Österreich*. Länderbericht, Ausgabe 12/2018. Montpellier: Université de Montpellier (Autoren: Luy, M. & Sauerberg, M.). Verfügbar unter: [delag.eu/EHLEIS-Austria-12\\_DE.pdf](https://delag.eu/EHLEIS-Austria-12_DE.pdf)
- Eichmann, H. & Saupe, B.** (2014). Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie. *Sozialpolitische Studienreihe*, 15. Wien: FORBA – Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt im Auftrag des BMASK – Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: [ssoar.info/ssoar/handle/document/41252](https://ssoar.info/ssoar/handle/document/41252)
- Europäische Kommission** (2022). *Krebsvorsorge in der Europäischen Union*. Stellungnahme der Gruppe leitender wissenschaftlicher Berater an die Generaldirektion Forschung und Innovation. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Verfügbar unter: [data.europa.eu/doi/10.2777/295128](https://data.europa.eu/doi/10.2777/295128)
- F** **Feistritzer, G., Spitzer, S., Pflügl, C., Wimmer, J., Aichholzer, J., Schreder, L., Hitzinger, A.** (2022). *Suchtmittel-Monitoring 2021 – Bevölkerungsbefragung Wien*. Studienbericht. Wien: IFES – Institut für Empirische Sozialforschung im Auftrag von SDW – Sucht- und Drogenkoordination Wien. Verfügbar unter: [sdw.wien/information/downloadbereich/suchtmittelmonitoring](https://sdw.wien/information/downloadbereich/suchtmittelmonitoring) und [ifes.at/ergebnisse-des-wiener-suchtmittelmonitorings-2021/](https://ifes.at/ergebnisse-des-wiener-suchtmittelmonitorings-2021/)
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich** (o. J.). *Glossar – Setting, Settings, Lebenswelten, Settingansatz*. Verfügbar unter: [fgoe.org/glossar/setting](https://fgoe.org/glossar/setting)
- FGÖ – Fonds Gesundes Österreich** (Hg) (2020). *Österreichische Bewegungsempfehlungen*. Wissensband 17. Wien: Gesundheit Österreich GmbH – Geschäftsbereich FGÖ (Autor\*innen: Bauer, R., Dorner, T., Felder-Puig, R. et al.). Verfügbar unter: [fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2020-06/WB17\\_bewegungsempfehlungen\\_bfrei.pdf](https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2020-06/WB17_bewegungsempfehlungen_bfrei.pdf)
- Fonseca, D. A. P.** (2011). *The relationship between health and employment. Empirical study for USA*. Master Thesis (August, 2011). Verfügbar unter: [netspar.nl/assets/uploads/059\\_MSc\\_Daniel\\_Andres\\_Pinzon\\_Fonseca.pdf](https://netspar.nl/assets/uploads/059_MSc_Daniel_Andres_Pinzon_Fonseca.pdf)

- FSW – Fonds Soziales Wien** (2020). *Evaluierungsbericht zur Maßnahmenplanung Pflege und Betreuung 2030*. Mit Standortbestimmung. Wien: FSW / Fachbereich Pflege und Betreuung. Verfügbar unter: [fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/infos-fuer-organisationen/evaluierungsbericht-pflege-und-betreuung-2030-standortbestimmung.1672665833.pdf](https://www.fsw.at/downloads/ueber-den-FSW/infos-fuer-organisationen/evaluierungsbericht-pflege-und-betreuung-2030-standortbestimmung.1672665833.pdf)
- G** **Gartner, H., Ortner R.** (2023). *Umgebungsärm Österreich 2022*. Zusammenfassende Betroffenenauswertung. Wien: Bundesministerium (BM) für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie. Verfügbar unter: [laerminfo.at/dam/jcr:d834fc1e-adc8-4c2c-9735-425379554362/Zusammenfassende\\_Betroffenenauswertung\\_2022\\_UA.pdf](https://laerminfo.at/dam/jcr:d834fc1e-adc8-4c2c-9735-425379554362/Zusammenfassende_Betroffenenauswertung_2022_UA.pdf)
- Gerber, W-D., Gerber-von Müller, G., Petermann, F.** (2021). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Somatoforme Störungen*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/somatoforme-stoerungen](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/somatoforme-stoerungen)
- Goodwin, G. M.** (2006). Depression and associated physical diseases and symptoms. *Dialogues in clinical neuroscience*. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 259-265. Verfügbar unter: [tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2006.8.2/mgoodwin](https://tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2006.8.2/mgoodwin)
- Greer, S. L. et al.** (2022). From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health*, 7(8), 718-720. Verfügbar unter: [thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00155-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00155-4/fulltext)
- H** **Haas, S., Antony, D., Antony, G., Gaiswinkler, S., Griebler, R., Marbler, C., Weigl, M., Winkler, P.** (2021): *Soziale Faktoren der Pandemie*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Verfügbar unter: [jasmin.goeg.at/id/eprint/1996/](https://www.jasmin.goeg.at/id/eprint/1996/)
- Hackl, M., Hanika, A. & Klotz, J.** (2018). *Prognose der Krebsprävalenz bis 2030*. Wien: BMSGPK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz & Bundesanstalt Statistik Österreich. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen](https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen)
- Hackl, M. & Ihle, P.** (2020). *Krebserkrankungen in Österreich 2020*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich. Verfügbar unter: [statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1122](https://www.statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1122)
- Hackl, M. & Ihle, P.** (2022). *Krebserkrankungen in Österreich 2022*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich. Verfügbar unter: [statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1411](https://www.statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1411)
- Haindl, A., Bachner, F., Bobek, J., Gredinger, G., Rainer, L., Stumpfl, S., Trauner, F., Zuba, M.** (2022). *Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit*. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Wien: GÖG – Gesundheit Österreich GmbH. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html)
- Hall, J. E., do Carmo, J. M., da Silva, A. A., Wang, Z. & Hall, M. E.** (2015). Obesity-induced hypertension: interaction of neuro-humoral and renal mechanisms. *Circulation research*, 116(6), 991-1006. Verfügbar unter: [ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697](https://ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697)
- Hillmann, K. H.** (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. 5. Auflage. Stuttgart: Kröner.
- I** **Idoiaga Mondragon, N., Berasategi Sancho, N., Dosil Santamaria, M., & Eiguren Munitis, A.** (2021). Struggling to breathe: a qualitative study of children's wellbeing during lockdown in Spain. *Psychol Health*, 36(2), 179-194.
- K** **Klimont, J. & Klotz, J.** (2016). *Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung*. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Statistische Nachrichten 9/2016. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Klotz, J. & Klimont, J.** (2016). *Lebenserwartung in Gesundheit. Zeitliche Entwicklung 1978 bis 2014*. Statistische Nachrichten 4/2016. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- L** **Landsberg, L., Aronne, L. J., Beilin, L. J., Burke, V., Igel, L. I., Lloyd-Jones, D. & Sowers, J.** (2013). Obesity-related hypertension: Pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment – A position paper of The Obesity Society and the American Society of Hypertension. *Obesity*, 21(1), 8-24. Verfügbar unter: [onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.20181](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.20181)
- Lueger-Schuster, B., Zrnić Novaković, I. & Lotzin, A.** (2022). Two Years of COVID-19 in Austria - Exploratory Longitudinal Study of Mental Health Outcomes and Coping Behaviors in the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 8223. Verfügbar unter: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9266410/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9266410/)
- M** **Mann, E., Haastert, B., Frühwald, T., Saueremann, R., Hinteregger, M., Hölzl, D. & Meyer, G.** (2014). Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: a nationwide prevalence study. *European Geriatric Medicine*, 5(6), 399-405. Verfügbar unter: [sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764914001545](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878764914001545)

- Mielck, A.** (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Molina, C., Quinz, H. & Reinprecht, Ch.** (2020). Sozialraum Monitoring. Durchmischung und Polarisierung in Wien. *Serienband Stadtpunkte*, Nr. 34. Wien: AK – Kammer für Arbeiter und Angestellte & Universität Wien, Institut für Soziologie. Verfügbar unter: [emedien.arbeiterkammer.at/viewer/resolver?urn=urn:nbn:at:at-akw:g-3622123](https://emedien.arbeiterkammer.at/viewer/resolver?urn=urn:nbn:at:at-akw:g-3622123)
- N** **Neubauer, M.** (2020) *Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2019*. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien: Statistik Austria im Auftrag des BM für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie. Verfügbar unter: [statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1059](https://statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/1059)
- Nitkowski, D. & Petermann, F.** (2022). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Affektive Störungen*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/affektive-stoerungen](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/affektive-stoerungen)
- O** **OECD – Organization for Economic Cooperation and Development** (2017). *Health at a Glance 2017*. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Verfügbar unter: [oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)
- OECD – Organization for Economic Cooperation and Development** (2021). *The effect of COVID-19 on alcohol consumption, and policy responses to prevent harmful alcohol consumption*. Verfügbar unter: [oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-effect-of-covid-19-on-alcohol-consumption-and-policy-responses-to-prevent-harmful-alcohol-consumption-53890024/](https://oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-effect-of-covid-19-on-alcohol-consumption-and-policy-responses-to-prevent-harmful-alcohol-consumption-53890024/)
- P** **Poustka, F. & Poustka, L.** (2022). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Autismus-Spektrum-Störungen*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/autismus-spektrum-stoerungen](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/autismus-spektrum-stoerungen)
- Pratscher, K.** (2023). *Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2021*. Statistische Nachrichten 2/2023. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich. Verfügbar unter: [statistik.at/fileadmin/pages/346/Betreuungs-\\_und\\_Pflegedienste\\_der\\_Bundeslaender\\_im\\_Jahr\\_2021.pdf](https://statistik.at/fileadmin/pages/346/Betreuungs-_und_Pflegedienste_der_Bundeslaender_im_Jahr_2021.pdf)
- R** **Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Otto, C., Devine, J., Löffler, C. & Hölling, H.** (2021). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 1-14. Verfügbar unter: [link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01889-1](https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01889-1)
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C.** (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European child & adolescent psychiatry*, 31(6), 879-889. Verfügbar unter: [link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01726-5?s=09%23auth-Ulrike-Ravens\\_Sieberer](https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01726-5?s=09%23auth-Ulrike-Ravens_Sieberer)
- Razum, O., Breckenkamp, J. & Brzoska, P.** (2011). *Epidemiologie für Dummies*. John Wiley & Sons.
- RKI – Robert Koch-Institut (Hg)** (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI und Destatis. Verfügbar unter: [rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld\\_node.html](https://rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html)
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A. & Riedel-Heller, S.** (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: Ein Rapid Review. *Psychiatrische Praxis* 47(04). Verfügbar unter: [thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1159-5562](https://thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1159-5562)
- S** **Sagerschnig, S., Nowotny, M., Ladurner, J.** (2021). *Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht Berichtsjahre 2018/2019*. Verfügbar unter: [goeg.at/UbG\\_OE](https://goeg.at/UbG_OE)
- Sagerschnig, S., Nowotny, M., Ladurner, J.** (2023). *Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Ergebnisbericht Berichtsjahre 2020/2021*. Verfügbar unter: [goeg.at/UbG\\_OE](https://goeg.at/UbG_OE)
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Ferrari, A. J. et al.** (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. Verfügbar unter: [thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)02143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)02143-7/fulltext)
- Shankardass, K., Muntaner, C., Kokkinen, L., Shahidi, F. V., Freiler, A., Oneka, G. O., Bayoumi, A. M. & O'Campo, P.** (2018) The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Res Policy Syst* 16(26). Verfügbar unter: [health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0295-z](https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-018-0295-z)
- Siegrist, J.** (1995). *Medizinische Soziologie*. 5., neu bearbeitete Auflage. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Spangl, W., Nagl, C.** (2022). *Luftgütemessungen in Österreich 2021 – Jahresbericht*. Reports, Band 0799. Wien: Umweltbundesamt. Verfügbar unter: [umweltbundesamt.at/studien-reports/publikationsdetail?-pub\\_id=2440&cHash=33e859afef52e18110963ee76966054d](https://umweltbundesamt.at/studien-reports/publikationsdetail?-pub_id=2440&cHash=33e859afef52e18110963ee76966054d)

**Spektrum der Wissenschaft** (2001). Lexikon der Geographie – *Geomorphologie*. Verfügbar unter: [spektrum.de/lexikon/geographie/geomorphologie/2956](https://spektrum.de/lexikon/geographie/geomorphologie/2956)

**Stadt Wien** (2005). *Gesundheitsbericht Wien 2004*. Wien: Bereichsleitung für Gesundheits- und Sozialplanung (Autorinnen: Bachinger, E., Csitkovics, M., Wais, K). Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](https://wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)

**Stadt Wien** (2011). *Gesundheitsbericht Wien 2010*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst (Autorinnen: Bachinger, E., Thurner, D.). Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](https://wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)

**Stadt Wien** (2015). *Gesundheitsziele Wien 2025*. Wien: Landessanitätsdirektion der Stadt Wien, MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Verfügbar unter: [gesundheitsziele.wien.gv.at/site/downloads/](https://gesundheitsziele.wien.gv.at/site/downloads/)

**Stadt Wien** (2016). *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2016*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik. Verfügbar unter: [digital.wienbibliothek.at/wbrup/periodical/titleinfo/2221941](https://digital.wienbibliothek.at/wbrup/periodical/titleinfo/2221941)

**Stadt Wien** (2017). *Wiener Gesundheitsbericht 2016*. Berichtszeitraum 2005-2014. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung und GÖG – Gesundheit Österreich GmbH (Autor\*innen: Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Bengough, T., Delcour, J., Juraszovich, B., Schmutterer, I. et al.). Verfügbar unter: [gesundheitsziele.wien.gv.at/wiener-gesundheitsbericht-2016/](https://gesundheitsziele.wien.gv.at/wiener-gesundheitsbericht-2016/)

**Stadt Wien** (2018a). *Schmerzbericht Wien 2018*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung (Autor\*innen: Bachinger, E. et al.). Verfügbar unter: [gesundheitsziele.wien.gv.at/schmerzbericht-wien-2018/](https://gesundheitsziele.wien.gv.at/schmerzbericht-wien-2018/)

**Stadt Wien** (2018b). *Wiener Grundsatzklärung zur Spontangeburt*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung / Büro für Frauengesundheit (Autorinnen: Wimmer-Puchinger, B. & Kral, S.). Verfügbar unter: [gesundheitsziele.wien.gv.at/wiener-grundsatzklaerung-zur-spontangeburt/](https://gesundheitsziele.wien.gv.at/wiener-grundsatzklaerung-zur-spontangeburt/)

**Stadt Wien** (2019). *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2019*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik. Verfügbar unter: [wien.gv.at/statistik/publikationen/jahrbuch.html](https://wien.gv.at/statistik/publikationen/jahrbuch.html)

**Stadt Wien** (2020). *Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung (Autor: Hofmann, F.). Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](https://wien.gv.at/gesundheits/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)

**Stadt Wien** (2021). *Jahresbericht 2021 – Luftgütemessungen der Umweltschutzabteilung der Stadt Wien*, gemäß Immissionsschutzgesetz – Luft. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/messwerte/berichte.html#jahr2021](https://wien.gv.at/umwelt/luft/messwerte/berichte.html#jahr2021)

**Stadt Wien** (2022a). *Jahresbericht 2022 – Luftgütemessungen der Umweltschutzabteilung der Stadt Wien*, gemäß Immissionsschutzgesetz – Luft. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/messwerte/berichte.html#jahr2022](https://wien.gv.at/umwelt/luft/messwerte/berichte.html#jahr2022)

**Stadt Wien** (2022b). *Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2022*. Wien: Magistrat der Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik / Dezernat Statistik (Redaktionsteam: Lukacsy, M. & Fendt, Ch.). Verfügbar unter: [wien.gv.at/statistik/publikationen/jahrbuch.html](https://wien.gv.at/statistik/publikationen/jahrbuch.html)

**Steininger, K. W., König, M., Bednar-Friedl, B., Kranzl, L., Loibl, W., & Pretenthaler, F.** (2015). *Economic evaluation of climate change impacts*. Springer Climate, 10, 978-3.

**T** **Tanios, A., Grabenhofer-Eggerth, A., Valady, S.** (2020). *Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis*. Wien: GÖG – Gesundheit Österreich GmbH. Verfügbar unter: [jasmin.goeg.at/1499/](https://jasmin.goeg.at/1499/)

**Traunmüller, C., Stefitz, R., Gaisbachgrabner, K. & Schwerdtfeger, A.** (2020). Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC Public Health*, 20(1), 1-16. Verfügbar unter: [bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09489-5](https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09489-5)

**V** **Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Bhutta, Z. A. et al.** (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. Verfügbar unter: [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)

**W** **Warburton, D. & Bredin, S.** (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in cardiology*, 32(5), 541-556. Verfügbar unter: [journals.lww.com/co-cardiology/Abstract/2017/09000/Health\\_benefits\\_of\\_physical\\_activity\\_\\_a\\_systematic.10.aspx](https://journals.lww.com/co-cardiology/Abstract/2017/09000/Health_benefits_of_physical_activity__a_systematic.10.aspx)

**Warner, L. M.** (2022a). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Resilienz*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/resilienz](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/resilienz)

- Warner, L. M.** (2022b). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Selbstwirksamkeitserwartung*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/selbstwirksamkeitserwartung](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/selbstwirksamkeitserwartung)
- WAVM – Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin** (2014). HPV-Impfung. Österreichischer Impfplan. *Faktum*, 1/2014. Graz: WAVM, Ärztekammer Steiermark & Land Steiermark. Verfügbar unter: [vorsorgemedizin.st/images/downloads/faktum\\_feb14\\_screen\\_end.pdf](https://vorsorgemedizin.st/images/downloads/faktum_feb14_screen_end.pdf)
- Wenter, A., Schickl, M., Sevecke, K., Juen, B., & Exenberger, S.** (2022). Children's Mental Health During the First Two Years of the COVID-19 Pandemic: Burden, Risk Factors and Posttraumatic Growth—A Mixed-Methods Parents' Perspective. *Frontiers in psychology* 13 (2022): 901205. Verfügbar unter: [frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.901205/full](https://frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.901205/full)
- WGF – Wiener Gesundheitsfonds (Hg)** (2022a). *Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien ambulanz*. Beschlussfassungen der Landeszielsteuerungskommission. Wien: WGF. Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/rsg.html](https://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/rsg.html)
- WGF – Wiener Gesundheitsfonds (Hg)** (2022b). *Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien stationär*. Beschlussfassungen der Landeszielsteuerungskommission. Wien: WGF. Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/rsg.html](https://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/rsg.html)
- WHO – World Health Organization** (1987). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Charter of the 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21st of November 1986. Verfügbar unter: [who.int/publications/i/item/WH-1987](https://who.int/publications/i/item/WH-1987)
- WHO – World Health Organization** (2021a). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Technical Document. Geneva: WHO. Verfügbar unter: [who.int/publications/i/item/9789240038349](https://who.int/publications/i/item/9789240038349)
- WHO – World Health Organization** (2021b). *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV)*. Geneva: WHO. Verfügbar unter: [who.int/publications/i/item/9789240040434](https://who.int/publications/i/item/9789240040434)
- WIFO – Wirtschaftsforschungsinstitut** (2022). *Fehlzeitenreport 2022*. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: WIFO im Auftrag von Dachverband der SV – Sozialversicherungsträger, AK – Arbeiterkammer und WKÖ – Wirtschaftskammer (Autor\*innen: Mayrhuber, Ch. & Bittschi, B.). Verfügbar unter: [sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846173&portal=svportal](https://sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.846173&portal=svportal)
- Wittmann, K. & Schoberberger, R.** (2016). *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft: ein Lehr- und Arbeitsbuch für den ersten Studienabschnitt Medizin*. 12. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Wirtz, M.** (Hg) (2019). Dorsch Lexikon der Psychologie – *perinatal*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/perinatal](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/perinatal)
- Wirtz, M.** (2021). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Outcome*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/outcome](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/outcome)
- Wirtz, M.** (2022). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Gesundheitskompetenz*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/gesundheitskompetenz](https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/gesundheitskompetenz)
- Z Zandonella, M.** (2021). *Follow-up zur psychosozialen Situation der WienerInnen während der Pandemie*. Wien: SORA – Institute for Social Research and Consulting. Verfügbar unter: [sora.at/fileadmin/downloads/projekte/2021\\_SORA\\_20164\\_Bericht\\_Follow-up\\_Psychosoziale\\_Situation\\_der\\_WienerInnen\\_waehrend\\_der\\_Pandemie.pdf](https://sora.at/fileadmin/downloads/projekte/2021_SORA_20164_Bericht_Follow-up_Psychosoziale_Situation_der_WienerInnen_waehrend_der_Pandemie.pdf)

## WEBSEITEN-INHALTE (TEXTE, TABELLEN UND GRAFIKEN)

Stand: Dezember 2023. In den Fußnoten des Berichts verweisen Hyperlinks direkt auf die zitierten Webseiten.

- A AGES – Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (2023).** *Hitze-Mortalitätsmonitoring.* Verfügbar unter: [ages.at/umwelt/klima/klimawandelanpassung/hitze](https://ages.at/umwelt/klima/klimawandelanpassung/hitze)
- Amboss GmbH (2023).** *Epidemiologie und Wahrscheinlichkeiten.* Verfügbar unter: [amboss.com/de/wissen/epidemiologie-und-wahrscheinlichkeiten](https://amboss.com/de/wissen/epidemiologie-und-wahrscheinlichkeiten)
- API gGmbH (o. J.).** *Standorte stationäre Therapie.* Verfügbar unter [api.or.at/standorte/stationaer/](https://api.or.at/standorte/stationaer/)
- Ärztammer für Wien (o. J.).** *Praxisplan.* Verfügbar unter: [praxisplan.at](https://praxisplan.at)
- AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2022).** *AUVA-Arbeitsunfallstatistik 2021 für Wien – Weniger Arbeitsunfälle als vor der Pandemie.* Verfügbar unter: [auva.at/cdscontent/?contentid=-10007.885322&portal=auvportal](https://auva.at/cdscontent/?contentid=-10007.885322&portal=auvportal)
- B BFS – Bundesamt für Statistik der Schweiz (2022).** *Altersquotient.* Verfügbar unter: [bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/altersquotient.html](https://bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/altersquotient.html)
- BMF – Bundesministerium für Finanzen (2023).** *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz, Fassung vom 12.12.2023.* Verfügbar unter: [ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936](https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936)
- BMK – Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (2019).** *WHO – Leitlinien Umgebungslärm.* Verfügbar unter: [laerinfo.at/ueberlaerm/laermwirkung/who\\_richtwerte.html](https://laerinfo.at/ueberlaerm/laermwirkung/who_richtwerte.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (o.J.).** *Datenbank des Gesundheitsministeriums – Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen.* Verfügbar unter: [klinischepsychologie.ehealth.gv.at/](https://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (o.J.).** *Datenbank des Gesundheitsministeriums – Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen.* Verfügbar unter: [gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at/](https://gesundheitspsychologie.ehealth.gv.at/)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (o.J.).** *Datenbank des Gesundheitsministeriums – Psychotherapeut\*innenliste.* Verfügbar unter: [psychotherapie.ehealth.gv.at/](https://psychotherapie.ehealth.gv.at/)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020).** *Bewegungsempfehlungen für Erwachsene.* Verfügbar unter: [gesundheits.gv.at/leben/bewegung/gesund-durch-sport/bewegungsempfehlungen-erwachsene.html](https://gesundheits.gv.at/leben/bewegung/gesund-durch-sport/bewegungsempfehlungen-erwachsene.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020).** *Gynäkologische Zytologie.* Verfügbar unter: [gesundheits.gv.at/labor/laborwerte/zelldiagnostik/labor-pap-abstrich-gynzyto6.html](https://gesundheits.gv.at/labor/laborwerte/zelldiagnostik/labor-pap-abstrich-gynzyto6.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021).** *Die Vorsorgeuntersuchung auf einen Blick – Untersuchungsprogramm.* Verfügbar unter: [gesundheits.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html#untersuchungsprogramm](https://gesundheits.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/was-wird-gemacht.html#untersuchungsprogramm)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022).** *Gebärmutterhalskrebs – Warum sind Vorsorgeuntersuchungen wichtig?* Verfügbar unter: [gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html#warum-sind-vorsorgeuntersuchungen-wichtig](https://gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html#warum-sind-vorsorgeuntersuchungen-wichtig)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022).** *Gebärmutterhalskrebs.* Verfügbar unter: [gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html](https://gesundheits.gv.at/krankheiten/krebs/eierstock-gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022).** *Kataloge. ICD-10 BMSGPK 2022+ – Systematisches Verzeichnis.* Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022).** *Kataloge. Leistungskatalog BMSGPK 2023.* Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html](https://sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html)

- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)*. Verfügbar unter: [gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/ueberblick/feigwarzen.html](https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/impfungen/ueberblick/feigwarzen.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *24-Stunden-Betreuung*. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Pflege/24-Stunden-Betreuung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/24-Stunden-Betreuung.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Betreuende und pflegende Angehörige*. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Pflege/Betreuende-und-Pflegende-Angehoeerige.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Betreuende-und-Pflegende-Angehoeerige.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Impfplan Österreich – Tabelle Impfplan*. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Indikator, Ergebnisindikator, Metaindikator, Prozessindikator*. Verfügbar unter: [gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/indikator-ergebnisindikator-metaindikator-und-prozessindikator](https://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/indikator-ergebnisindikator-metaindikator-und-prozessindikator)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Dienstleistungen/Soziale Dienste*. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Pflege/Dienstleistungen-Soziale-Dienste.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Dienstleistungen-Soziale-Dienste.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Sterblichkeit*. Verfügbar unter: [gesundheit.gv.at/lexikon/S/mortalitaet-hk.html](https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/S/mortalitaet-hk.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *COVID-19 (SARS-CoV-2)*. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html)
- BMSGPK – Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2023). *Pflegegeld*. Verfügbar unter: [sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Pflegegeld.html)
- BÖP – Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen** (o. J.). *Gesund aus der Krise – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken*. Verfügbar unter: [gesundausderkrise.at/](https://www.gesundausderkrise.at/)
- D** **Der Standard** (2023). *Aktuelle Zahlen zum Coronavirus* (Stand 6. März 2023). Verfügbar unter: [derstandard.at/story/2000134560879/aktuelle-zahlen-coronavirus-oesterreich-weltweit](https://www.derstandard.at/story/2000134560879/aktuelle-zahlen-coronavirus-oesterreich-weltweit)
- DocCheck Flexikon** (2022). *Myokardinfarkt*. Verfügbar unter: [flexikon.doccheck.com/de/Myokardinfarkt](https://www.flexikon.doccheck.com/de/Myokardinfarkt)
- DocCheck Flexikon** (2023). *Pertrochantäre Fraktur*. Verfügbar unter: [flexikon.doccheck.com/de/Pertrochant%C3%A4re\\_Fraktur](https://www.flexikon.doccheck.com/de/Pertrochant%C3%A4re_Fraktur)
- DUK – Universität für Weiterbildung Krems** (2021). *Psychische Gesundheit verschlechtert sich weiter*. Verfügbar unter: [donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/psychische-gesundheit-verslechtert-sich-weiter0.html](https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/psychische-gesundheit-verslechtert-sich-weiter0.html)
- E** **Europäische Kommission** (2022). *Krebsvorsorge: EU-Kommission will Krebs-Screenings ausweiten*. Verfügbar unter: [germany.representation.ec.europa.eu/news/krebsvorsorge-eu-kommission-will-krebs-screenings-ausweiten-2022-09-20\\_de](https://www.germany.representation.ec.europa.eu/news/krebsvorsorge-eu-kommission-will-krebs-screenings-ausweiten-2022-09-20_de)
- Eurostat** (2013). *Revision of the European Standard Population – Report of Eurostat's task force – 2013 edition*. Verfügbar unter: [ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028](https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028)
- G** **GeoSphere Austria** (2022). *Massive Zunahme an Hitzetagen*. Verfügbar unter: [zamg.ac.at/cms/de/klima/news/massive-zunahme-an-hitzetagen](https://www.zamg.ac.at/cms/de/klima/news/massive-zunahme-an-hitzetagen)
- GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen**. Eine Initiative von BMBWF, BMSGPK und ÖJRK. [give.or.at/](https://www.give.or.at/)
- GÖG – Gesundheit Österreich GmbH** (o. J.). *Was ist HiAP?* Verfügbar unter: [hiap.goeg.at/was\\_ist\\_hiap](https://www.hiap.goeg.at/was_ist_hiap)
- GÖG – Gesundheit Österreich GmbH** (2022). *Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) und RSG-Monitoring*. Verfügbar unter: [goeg.at/RSG\\_Monitoring](https://www.goeg.at/RSG_Monitoring)
- I** **IQAir** (2023). *Luftqualitätsanalyse und –statistik für Wien*. Verfügbar unter [iqair.com/de/austria/vienna](https://www.iqair.com/de/austria/vienna)
- M** **Multiple Sklerose Gesellschaft Wien** (2018). *Psychiatrischer und psychosomatischer Versorgungsplan Wien 2030*. Verfügbar unter: [msges.at/2018/05/psychiatrischer-und-psychosomatischer-versorgungsplan-wien-2030/](https://www.msges.at/2018/05/psychiatrischer-und-psychosomatischer-versorgungsplan-wien-2030/)

- N NHS –National Health Service** (2021). *Meat in your diet*. Verfügbar unter: [nhs.uk/live-well/eat-well/food-types/meat-nutrition/](https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/food-types/meat-nutrition/)
- O ÖGE – Österreichische Gesellschaft für Ernährung** (2017). *Die 10 Ernährungsregeln der ÖGE*. Verfügbar unter: [oege.at/wissenschaft/empfehlungen-10-regeln-dge/](https://www.oege.at/wissenschaft/empfehlungen-10-regeln-dge/)
- Oncnostics GmbH** (2018). *Pap-Test und HPV-Test – Was ist der Unterschied?* Verfügbar unter: [oncnostics.com/blog/2018/09/18/pap-test-und-hpv-test-was-ist-der-unterschied/](https://www.oncnostics.com/blog/2018/09/18/pap-test-und-hpv-test-was-ist-der-unterschied/)
- ORF – Österreichischer Rundfunk** (2023). *Corona – Daten – Stand in den Bundesländern, 30.6.* Verfügbar unter [orf.at/corona/daten/bundeslaender](https://www.orf.at/corona/daten/bundeslaender)
- Österreichische Krebshilfe und Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (Hg)** (2023). *HPV-Impfung*. Verfügbar unter: [krebsreport.at/vorsorge/hpv-impfung](https://www.krebsreport.at/vorsorge/hpv-impfung)
- R Rehaklinik Wien Baumgarten Betriebs-GmbH** (2018). *Psychiatrische Rehabilitation*. Verfügbar unter: [rehawienbaumgarten.at/ambulante-rehabilitation/psychiatrie/](https://www.rehawienbaumgarten.at/ambulante-rehabilitation/psychiatrie/)
- Rigotti, T.** (2022). Dorsch Lexikon der Psychologie – *Gratifikationskrise*. Verfügbar unter: [dorsch.hogrefe.com/stichwort/gratifikationskrise](https://www.dorsch.hogrefe.com/stichwort/gratifikationskrise)
- S Stadt Wien, MA 17 – Integration und Diversität** (2023). *Integrations- und Diversitätsmonitor 2020*. Begriffe und Definitionen. Verfügbar unter: [wien.gv.at/menschen/integration/daten-fakten/monitoring.html](https://www.wien.gv.at/menschen/integration/daten-fakten/monitoring.html)
- Stadt Wien, MA 18 – Stadtentwicklung und Stadtplanung** (2018). *Wiener Lebensqualitätsstudien – Stadtforschung*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/stadtentwicklung/grundlagen/stadtforschung/soziologie-oekonomie/lebensqualitaetsstudien/](https://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/grundlagen/stadtforschung/soziologie-oekonomie/lebensqualitaetsstudien/)
- Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz** (o. J.). *Feinstaub (PM<sub>10</sub> und PM<sub>2,5</sub> – Particulate Matter)*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/feinstaub.html](https://www.wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/feinstaub.html)
- Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz** (o. J.). *Luftqualität in Wien – telefonischer Tonbanddienst Ozonix*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/luftqualitaet.html](https://www.wien.gv.at/umwelt/luft/luftqualitaet.html)
- Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz** (o. J.). *Ozon*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/ozon.html](https://www.wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/ozon.html)
- Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz** (2023). *Ozon-Alarmberichte 2023 der Stadt Wien*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/ma22-lgb/alb2023.htm](https://www.wien.gv.at/ma22-lgb/alb2023.htm)
- Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz** (o. J.). *Stickstoffoxide (NO, NO<sub>2</sub>)*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/stickstoffoxide.html](https://www.wien.gv.at/umwelt/luft/schadstoffe/stickstoffoxide.html)
- Stadt Wien, MA 22 – Umweltschutz** (2022). *Wiener Luftqualität weiterhin auf sehr gutem Niveau*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html](https://www.wien.gv.at/umwelt/luft/feinstaubbilanz.html)
- Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik** (2022). *Geburten und Sterbefälle – Statistiken*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/geburten/](https://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/geburten/)
- Stadt Wien, MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik** (2023). *Mortalitätsmonitoring in Österreichs Bundesländern 2020–2022*. Verfügbar unter: [wien1x1.at/mortalitaet-bundeslaender/](https://www.wien1x1.at/mortalitaet-bundeslaender/)
- Stadt Wien, MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung** (2022). *Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html](https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/gesundheitsberichterstattung.html)
- Statistik Austria** (2022). *Deutlich niedrigere Sterberaten bei gegen COVID-19 geimpften Personen im Vergleich zu Ungeimpften*. Verfügbar unter: [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220125S-terberatenImpfstatus.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220125S-terberatenImpfstatus.pdf)
- Statistik Austria** (2022). *Nahezu jedes dritte Neugeborene kam 2021 per Kaiserschnitt zur Welt*. Verfügbar unter: [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220707MedMerkmaleGeborene2021.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220707MedMerkmaleGeborene2021.pdf)
- Statistik Austria** (2022). *Rund 9% aller Sterbefälle im Jahr 2021 aufgrund von COVID-19*. Verfügbar unter: [statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf)
- Statistik Austria** (2023). *Betreuungs- und Pflegedienste*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialleistungen/betreuungs-und-pflegedienste](https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialleistungen/betreuungs-und-pflegedienste)
- Statistik Austria** (2023). *Bevölkerung im Jahresdurchschnitt*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-im-jahresdurchschnitt](https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-im-jahresdurchschnitt)



- Statistik Austria** (2023). *Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Bundesland – 2021* (weiterführende Daten) und *seit 2011* (historische Daten). Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht)
- Statistik Austria** (2023). *Bevölkerung zu Jahres-/Quartalsanfang*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang)
- Statistik Austria** (2023). *Migration und Einbürgerung – Migrationshintergrund*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund)
- Statistik Austria** (2023). *Mikrozensus*. Verfügbar unter: [statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/mikrozensus](https://statistik.at/ueber-uns/erhebungen/personen-und-haushaltserhebungen/mikrozensus)
- Statistik Austria** (2023). *Pflegegeld*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialeleistungen/bundespflegegeld](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/sozialeleistungen/bundespflegegeld)
- Statistik Austria** (2023). *Sterbetafeln*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/sterbetafeln](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-indikatoren-und-tafeln/sterbetafeln)
- Statistik Austria** (2023). *Demographische Merkmale von Gestorbenen*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/demographische-merkmale-von-gestorbenen](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/demographische-merkmale-von-gestorbenen)
- Statistik Austria** (2023). *Todesursachen*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen](https://statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen)
- Statistik Austria** (2023). *Umweltbedingungen, Umweltverhalten*. Verfügbar unter: [statistik.at/statistiken/energie-und-umwelt/umwelt/umweltbedingungen-umweltverhalten](https://statistik.at/statistiken/energie-und-umwelt/umwelt/umweltbedingungen-umweltverhalten)
- U Umweltbundesamt GmbH** (2022). *Bundesländer Luftschadstoff-Inventur 1990-2020*. Zusammenfassung. Verfügbar unter: [umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/rep0817bfz.pdf](https://umweltbundesamt.at/fileadmin/site/publikationen/rep0817bfz.pdf)
- V VertretungsNetz** (2022). *Psychiatrische Versorgung in Österreich prekär*. Verfügbar unter: [vertretungsnetz.at/blog-g/detail/psychiatrische-versorgung-in-oesterreich-prekaer](https://vertretungsnetz.at/blog-g/detail/psychiatrische-versorgung-in-oesterreich-prekaer)
- W WGF – Wiener Gesundheitsfonds** (2022). *Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG). RSG Wien stationär 2025 – Planungsmatrix*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-05-2022-planungsmatrix.pdf](https://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-05-2022-planungsmatrix.pdf)
- WGF – Wiener Gesundheitsfonds** (2022). *Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG). Änderungen RSG Wien ambulant 2025 – Planungsmatrix*. Verfügbar unter: [wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-11-2022-planungsmatrix-ambulant.pdf](https://wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsfonds/pdf/rsg-11-2022-planungsmatrix-ambulant.pdf)
- WHO – World Health Organization** (2015). *Carcinogenicity of the consumption of red meat and processed meat*. Verfügbar unter: [who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/cancer-carcinogenicity-of-the-consumption-of-red-meat-and-processed-meat)
- WHO – World Health Organization** (2021). *Obesity and overweight*. Verfügbar unter: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)
- WHO – World Health Organization** (2022). *Physical activity*. Verfügbar unter: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity)
- WHO – World Health Organization** (2023). *Hypertension*. Verfügbar unter: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension)
- WiG – Wiener Gesundheitsförderung gGmbH** (2023). *Programme & Projekte*. Verfügbar unter: [wig.or.at/programme](https://wig.or.at/programme)

**Bezugsadresse**

Stadt Wien – Strategische Gesundheitsversorgung (MA 24)  
Gesundheitsplanung und Zielsteuerung, Wiener Gesundheitsberichterstattung

Adresse und Erreichbarkeit  
1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54/2/5  
E-Mail: [post@ma24.wien.gv.at](mailto:post@ma24.wien.gv.at)  
Telefon: +43 1 4000 84200



