

Der Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung wird anhand nachstehender Indikatoren beschrieben:

- ▶ Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit
- ▶ Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
- ▶ Krankheiten und Beschwerden (differenziert nach chronischen Krankheiten, Karies, Verletzungen und meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten)
- ▶ Leistungs- und Handlungsfähigkeit (inklusive Krankenstände)
- ▶ Lebensqualität
- ▶ (Vorzeitige) Sterblichkeit (mit Exkurs zu Suizid)

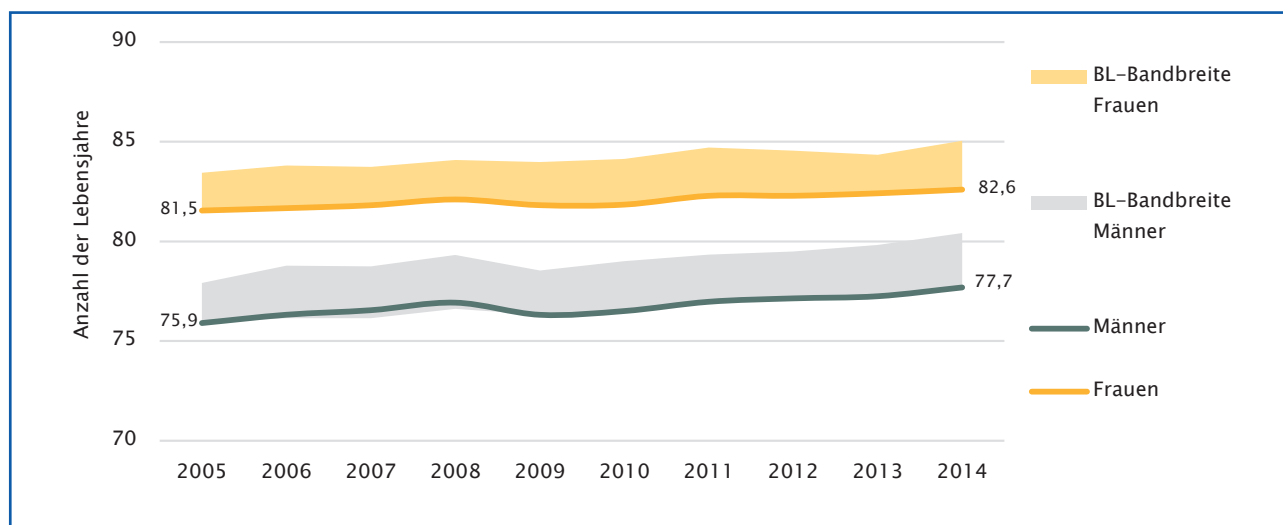
## 3.1 Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit

### Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei Geburt steigt in Wien für Männer und für Frauen. Seit 2005 ist sie für die männliche Bevölkerung um 1,8 Jahre, für die weibliche Bevölkerung um 1,1 Jahre gestiegen. Im Jahr 2014 konnten neugeborene Buben im Durchschnitt mit 77,7 (BL-Bandbreite: 77,7–80,4 Jahre) und Mädchen mit 82,6 Lebensjahren (BL-Bandbreite: 82,6–85,1 Jahre) rechnen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern wird somit tendenziell geringer, wenngleich Frauen immer noch mit etwa fünf Lebensjahren mehr rechnen können als Männer (s. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, Wien 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Ungeachtet der Zugewinne lag die Lebenserwartung der letzten Jahre in Wien im Bundesländer-Vergleich stets im unteren Bereich. Wie im Fall anderer Gesundheitsindikatoren mag dies mit dem Umstand zusammenhängen, dass Wien als einziges Bundesland fast zur Gänze hochurbanisiert ist. Die gesundheitlichen Aspekte des Großstadtlebens sind schon länger Gegenstand epidemiologischer Forschung. Urbane Umgebungen haben sowohl physische als auch soziale Merkmale, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken (können). Anschauliche Beispiele dafür sind der naturgemäß beschränkte Zugang zu Grünflächen, welcher gesundheitlich bedeutsam ist (Maas et al. 2006), sowie der offenbar Stress begünstigende Lebensalltag (Lederbogen et al. 2011). Zudem wurde gezeigt, dass sich – sonst gleiche – sozioökonomische Nachteile bei GroßstädterInnen gesundheitlich stärker auswirken als bei LandbewohnerInnen (Hayward et al. 1997). Eine umfassendere Übersicht über solche „Großstadt-Faktoren“ bieten z. B. Galea und Vlahov (2005) sowie Verheij (1996). Dem stehen natürlich die

vielfältigen Möglichkeiten gegenüber, die urbane Zentren attraktiv machen, z. B. hinsichtlich Beruf, Ausbildung, Kultur, Konsum und auch medizinischer Versorgung.

## Lebenserwartung in Gesundheit

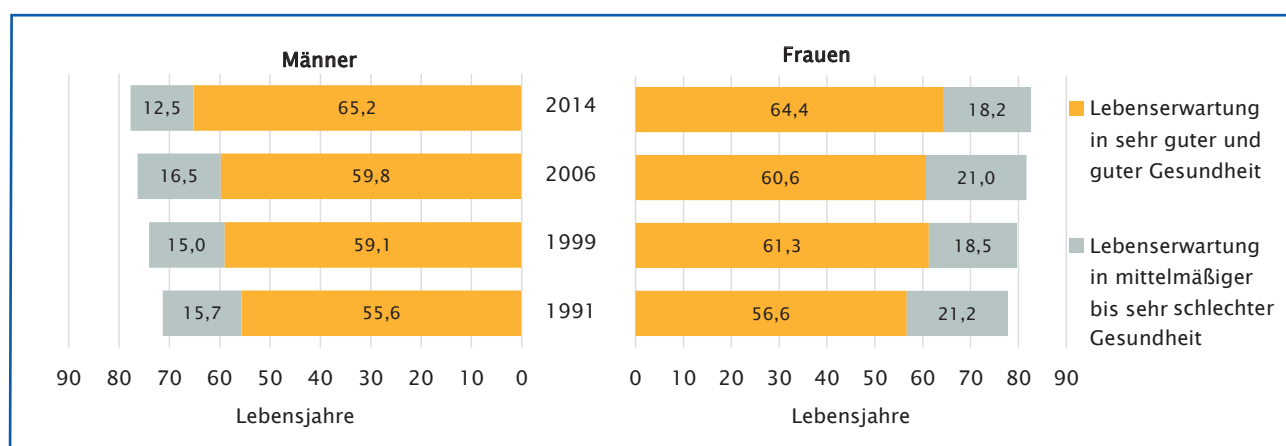
Ebenso wie die Lebenserwartung steigt auch die Lebenserwartung in Gesundheit. Seit 1991 ist sie bei der männlichen Bevölkerung um 9,6 Jahre, bei der weiblichen Bevölkerung um 7,8 Jahre gestiegen (s. Abbildung 3.2). Im Jahr 2014 geborene Wienerinnen können mit 64,4 und Wiener mit 65,2 Lebensjahren in guter oder sehr guter Gesundheit rechnen (BL Bandbreite: Frauen 61,7–71,6 Jahre, Männer 64,7–69,4 Jahre).

Hinsichtlich der Entwicklung sind drei Aspekte hervorzuheben:

- ▶ Erstens wird der Lebensabschnitt, der in mittelmäßiger bis schlechter Gesundheit verbracht wird, langfristig kürzer.
- ▶ Zweitens zeigt sich eine Trendumkehr: Zuletzt – im Jahr 2014 – war die Lebenserwartung in Gesundheit bei Männern höher als bei Frauen. Davor war es umgekehrt.
- ▶ Drittens ist die Lebenserwartung für Frauen nach wie vor deutlich höher: Das bedeutet, dass Wienerinnen trotz höherer Lebenserwartung weniger Lebensjahre in guter oder sehr guter Gesundheit verbringen als Männer (18,2 vs. 12,5 Lebensjahre), ein Faktum, das auch für Gesamtösterreich gilt.

Abbildung 3.2:

Lebenserwartung und Lebenserwartung in Gesundheit in Wien nach Geschlecht, 1991, 1999, 2006 und 2014



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 1991, 1999, 2006 und 2014, Mikrozensus Sonderprogramme 1991 und 1999, Österreichische Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

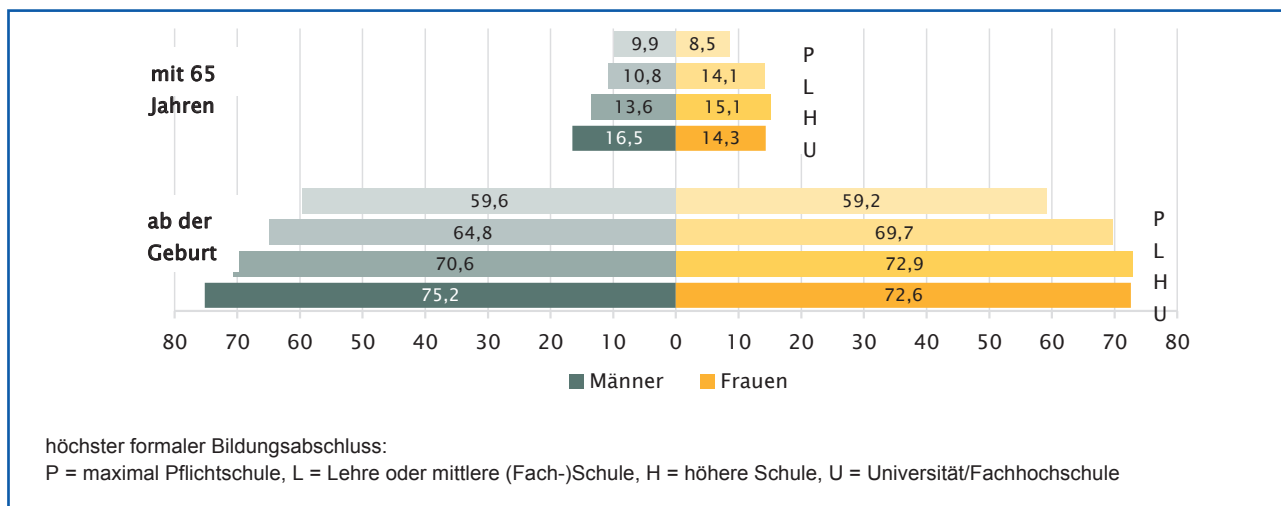
## Unterschiede nach Bildung

Je höher der formale Bildungsabschluss, desto höher ist die Lebenserwartung und insbesondere die Lebenserwartung in Gesundheit. Im Jahr 2014 konnten in Österreich Männer der höchsten Bildungsstufe mit 75,2 Lebensjahren in Gesundheit rechnen, Männer der niedrigsten Bildungsstufe mit 59,6 Jahren (d. h. 15,6 Lebensjahre in Gesundheit weniger). Bei Frauen ist der Unterschied mit 72,6 vs. 59,2 Lebensjahren in Gesundheit etwas geringer (Differenz: 13,4 Lebensjahre).

Auch im Alter von 65 Jahren unterscheidet sich die fernere Lebenserwartung in Gesundheit bei Männern noch beträchtlich nach der Bildungsstufe. Bei Frauen sind zwar jene mit maximal Pflichtschulabschluss benachteiligt, zwischen den anderen Bildungsstufen sind die Unterschiede aber gering (s. Abbildung 3.3). Es wird angenommen, dass in Wien ähnliche Unterschiede existieren.

Abbildung 3.3:

Lebenserwartung in Gesundheit ab der Geburt und mit 65 Jahren nach Bildungsstufen, Österreich 2014



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2014, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die *Lebenserwartung bei Geburt* gibt an, mit wie vielen Lebensjahren eine Person zum Zeitpunkt der Geburt im Durchschnitt rechnen kann. Berechnungsbasis sind Sterbetafeln bzw. die Todesursachenstatistik. Sinkt die altersspezifische Mortalität, steigt die Lebenserwartung. Aussagen zu sozioökonomisch bedingten Unterschieden in der Lebenserwartung können nur in Kombination mit Befragungsdaten getroffen werden. Sie sind damit auf die entsprechenden Erhebungsjahre limitiert.

Die *Lebenserwartung in Gesundheit* gibt an, mit wie vielen gesunden Lebensjahren im Durchschnitt zum Zeitpunkt der Geburt gerechnet werden kann. Berechnungsbasis sind Befragungsergebnisse in Kombination mit Sterbetafeln. Je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage ergeben sich unterschiedliche

Varianten:

- ▶ nach den zugrunde gelegten Befragungsdaten ATHIS oder EU-SILC
- ▶ nach der konkreten Frage, die zur Operationalisierung der guten Gesundheit herangezogen wird (allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheiten oder funktionale Einschränkungen)
- ▶ nach der Zusammenfassung der Antwortkategorien (sehr guter und guter Gesundheitszustand oder sehr guter bis mittelmäßiger Gesundheitszustand)

Im vorliegenden Bericht wird der ATHIS (weil damit die Berechnung auf Landesebene möglich ist) in Kombination mit dem allgemeinen Gesundheitszustand in den Ausprägungen *sehr gut* und *gut* verwendet.

Werden Lebenserwartung und *Lebenserwartung in Gesundheit* nicht bei der Geburt, sondern für ein späteres Alter berechnet, handelt es sich um die *fernere Lebenserwartung*.

## 3.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit

Die selbsteingeschätzte Gesundheit gibt Auskunft über den allgemeinen Gesundheitszustand. Im Unterschied zu rein klinischen Befunden werden hier neben den körperlichen auch die psychischen und sozialen Aspekte der Gesundheit erfasst (Klimont/Baldaszi 2015). Sie gibt an, wie gesund sich jemand fühlt, und eignet sich hervorragend für die Vorhersage von Krankheit und Sterblichkeit sowie der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Bachmann et al. 2015). Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen sowie chronischen Erkrankungen, nehmen mehr medizinische Leistungen in Anspruch und haben ein höheres Sterberisiko (Robert Koch Institut 2015).

Vier von fünf WienerInnen ab 15 Jahren schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (BL-Bandbreite: 75–84 %), 6 Prozent als schlecht oder sehr schlecht (BL-Bandbreite: 2–6 %). Der Ge-

gesundheitszustand der 0- bis 14-Jährigen ist – laut Einschätzungen der Eltern – bei 95 Prozent sehr gut oder gut (BL-Bandbreite: 95–98 %).

Seit 2006/2007 hat sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand der WienerInnen deutlich verbessert: Der Anteil derer, die sich selbst als sehr gesund bis gesund einschätzen, ist von 74 auf 79 Prozent gestiegen. Die größten Zugewinne sind vor allem bei der ab 60-jährigen Bevölkerung zu verzeichnen (von 49 auf 60 %).

Mit Ausnahme der 15- bis 29-Jährigen (hier gibt es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern) berichten Frauen seltener von einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand als Männer (76 vs. 82 %). Am größten ist der Geschlechterunterschied bei den ab 60-Jährigen (Frauen: 56 %, Männer: 64 %). Für diesen Unterschied ist einerseits die höhere Lebenserwartung von Frauen (das Durchschnittsalter der befragten über 60-jährigen Frauen ist höher als das der Männer), andererseits gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag verantwortlich (mehr Einschränkungen bei Frauen, s. Abschnitt 3.4.1). Der Anteil der WienerInnen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nimmt – so wie auch in der gesamtösterreichischen Bevölkerung – mit dem Alter deutlich ab: von 94 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 60 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

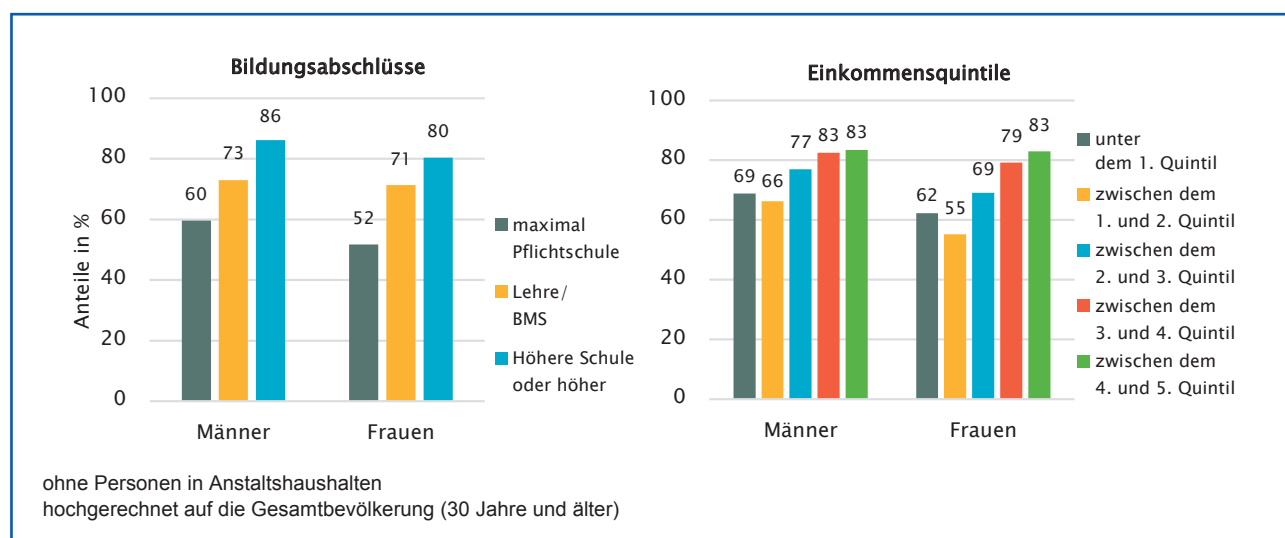
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (Matura oder höher; 30 Jahre und älter) berichten deutlich häufiger über eine (sehr) gute Gesundheit als jene mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.4).

Ebenfalls deutliche Unterschiede zeigen sich nach dem Haushaltsäquivalenzeinkommen: WienerInnen aus besser verdienenden Haushalten schätzen ihre Gesundheit besser ein als WienerInnen aus schlechter verdienenden Haushalten (s. Abbildung 3.4), ein Zusammenhang der (ebenso wie der beobachtete Bildungsunterschied) nicht nur in Wien, sondern auch in Österreich und anderen europäischen Ländern zu beobachten ist. Ein Unterschied nach Migrationshintergrund findet sich nicht.

Abbildung 3.4:

WienerInnen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Definitionen und Daten

Die *selbsteingeschätzte Gesundheit* wird auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragungen 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Der Gesundheitszustand der 0- bis 14-Jährigen wurde vom befragten Elternteil eingeschätzt.

## 3.3 Krankheiten und Beschwerden

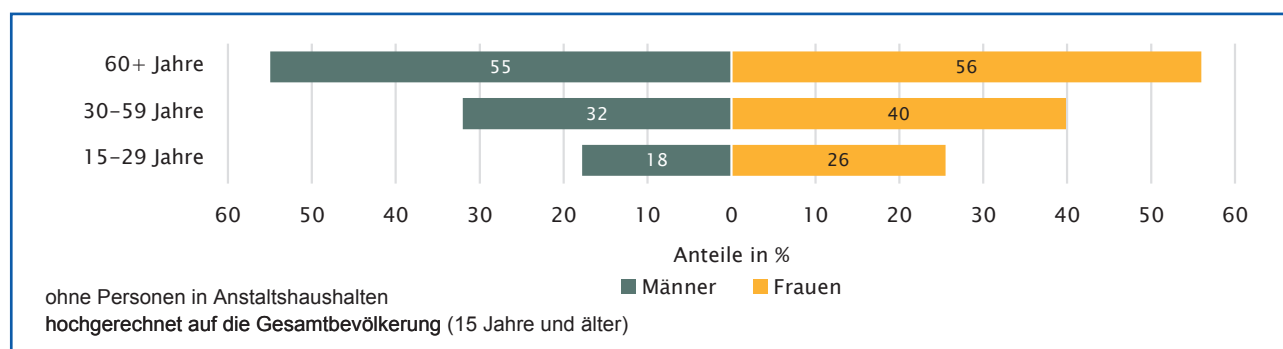
### 3.3.1 Chronische Krankheiten und Beschwerden

37 Prozent der Wiener Bevölkerung ab 15 Jahren leiden – laut dem ATHIS 2014 – an zumindest einer dauerhaften Krankheit bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem (rund 554.000 Personen; BL-Bandbreite: 34–40 %). Im Vergleich zur Gesundheitsbefragung 2006/2007 hat dieser Anteil abgenommen (s. Klimont et al. 2007).

Mit einem Anteil von 26 bzw. 40 Prozent waren Frauen der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre bzw. 30 bis 59 Jahre deutlich häufiger von chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen betroffen als Männer (18 bzw. 32 %). Das Ausmaß chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme nimmt mit dem Alter zu (von 22 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 56 % bei den ab 60-Jährigen; s. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:

WienerInnen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Altersgruppen, 2014



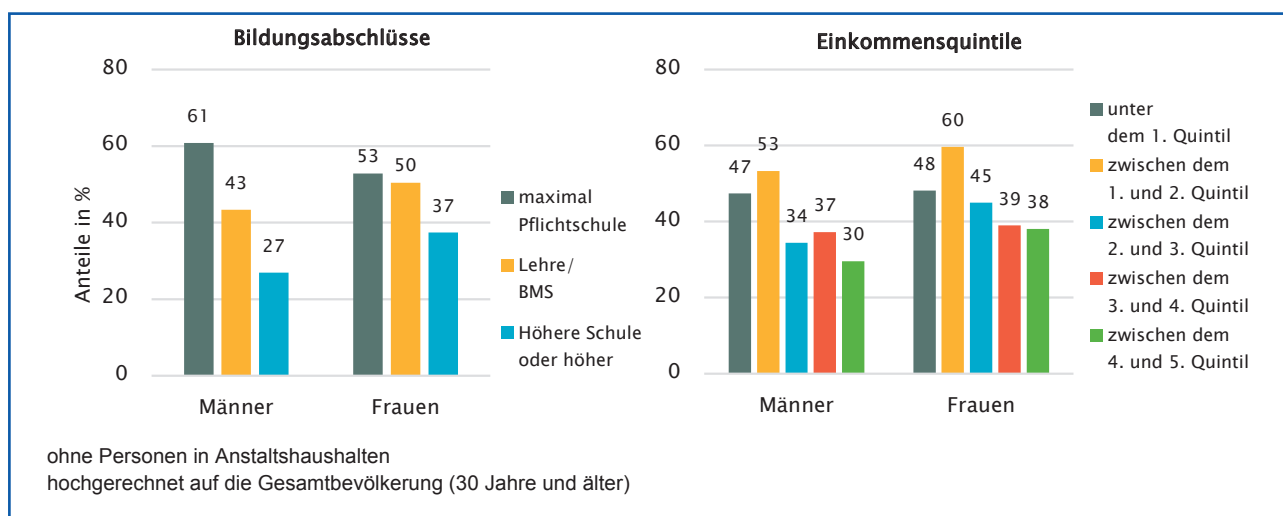
Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Für die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme lassen sich auch in Wien deutliche Unterschiede nach dem Bildungsgrad feststellen: WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (30 Jahre oder älter) sind demnach deutlich häufiger von chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen betroffen als WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (55 vs. 32 %; s. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:

WienerInnen mit chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Prävalenz chronischer Krankheiten/Gesundheitsprobleme sinkt zudem von 48 bzw. 57 Prozent in den untersten Einkommensquintilen auf 33 Prozent im obersten Einkommensquintil (s. Abbildung 3.6), ein Zusammenhang der (ebenso wie der beobachtete Bildungsunterschied) nicht nur in Wien, sondern auch in Österreich und anderen europäischen Ländern zu beobachten ist. Umgekehrt können vermehrte Gesundheitsprobleme zu einer Minderung des Einkommens führen.

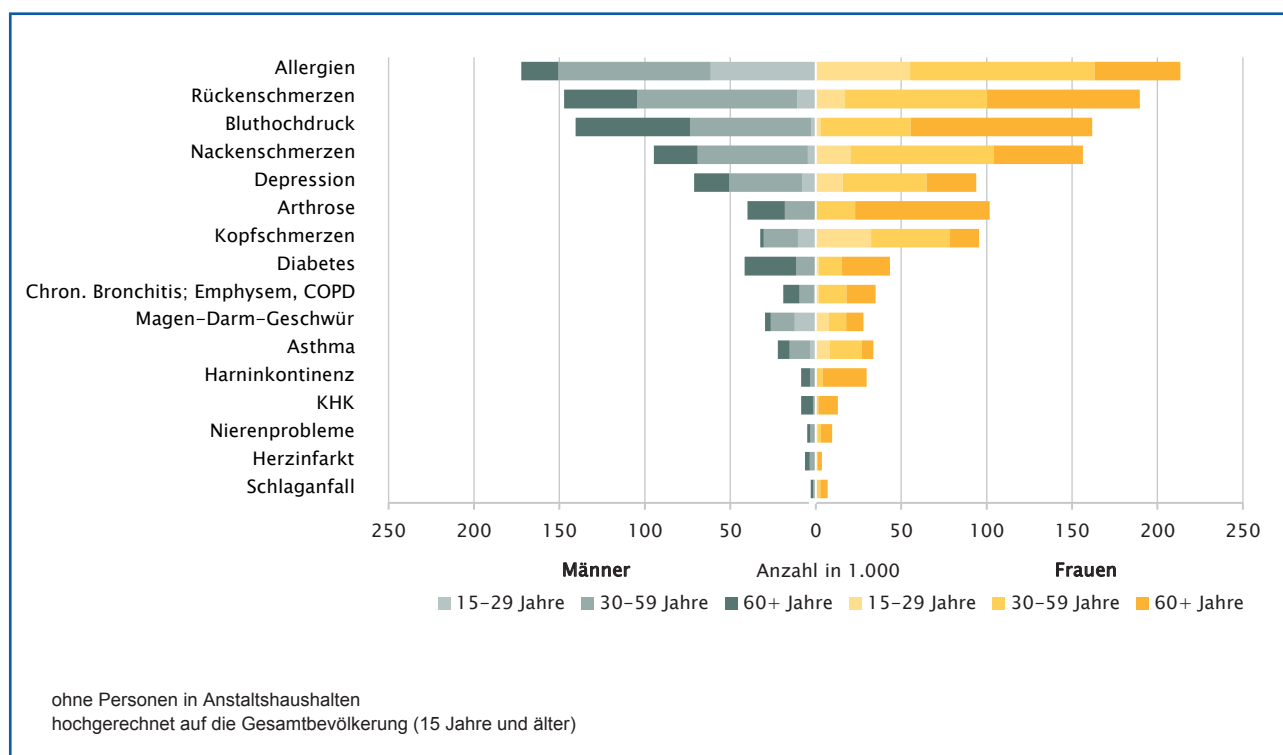
Wiener mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) leiden seltener an chronischen Krankheiten/Gesundheitsproblemen als Wiener ohne Migrationshintergrund (28 vs. 35 %), ein Ergebnis, das vor allem mit dem Altersunterschied der Vergleichsgruppen begründbar ist (WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als WienerInnen mit Migrationshintergrund).

## Überblick

Die häufigsten chronischen Leiden der Wiener Bevölkerung sind – laut ATHIS 2014 – Allergien (rund 386.000 Fälle), Rückenschmerzen (Global Burden of Disease Faktor Nr. 1; rund 337.000 Fälle), Bluthochdruck (rund 302.000 Fälle) und Nackenschmerzen (rund 251.000 Fälle; s. Abbildung 3.7).

Abbildung 3.7:

Ausgewählte chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 wird zuerst – ganz allgemein – nach *dauerhaften Krankheiten* oder *chronischen Gesundheitsproblemen* gefragt (die zumindest 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). Danach werden – in Bezug auf die letzten 12 Monate – einzelne Krankheiten und Gesundheitsprobleme erfasst. Bei manchen Krankheiten wird darüber hinaus erhoben, ob dafür eine ärztliche Diagnose vorliegt. Für ausgewählte Krankheiten/Beschwerden ist ein Vergleich mit dem ATHIS 2006/2007 möglich (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

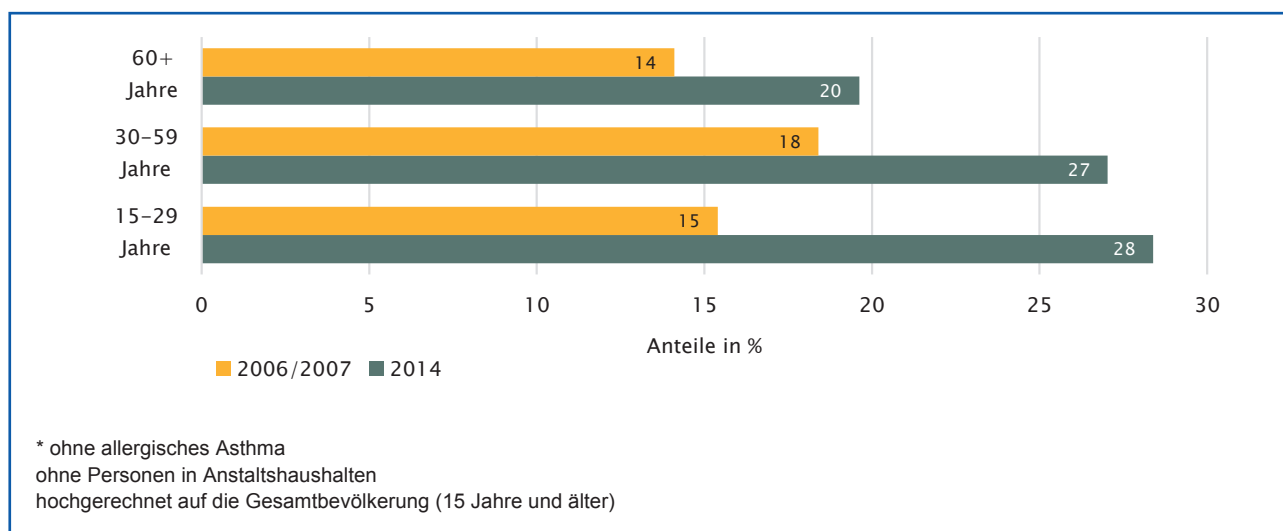
## Allergien

26 Prozent der Wienerinnen und Wiener sind – laut dem ATHIS 2014 – durch irgendeine Form von Allergie beeinträchtigt (rund 386.000 Personen; BL-Bandbreite: 22–26 %). Der Großteil dieser Allergien wurde ärztlich diagnostiziert (bei 21 %, nur bei 5 % gibt es keine ärztliche Diagnose). Im Jahr 2006/2007 war die Allergie-Prävalenz mit 17 Prozent deutlich niedriger. Ein Anstieg ist in allen Altersgruppen erkennbar (s. Abbildung 3.8).

Die 15- bis 59-jährige Bevölkerung leidet häufiger an Allergien (27–28 %) als die ab 60-jährige (20 %).

Abbildung 3.8:

### Allergien\* in Wien, nach Altersgruppen, 2006/2007 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Erkrankungen des Bewegungsapparats

Zumindest drei der in der österreichischen Gesundheitsbefragung angesprochenen chronischen Krankheiten/Gesundheitsbeschwerden betreffen den Bewegungsapparat: Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose. Alle drei Beschwerdeguppen sind – laut ATHIS 2014 – vergleichsweise weitverbreitet (s. Abbildung 3.7):

- ▶ 22 Prozent der WienerInnen leiden demnach unter chronischen Rückenschmerzen (rund 337.000 Personen; BL-Bandbreite: 21–28 %).
- ▶ 17 Prozent sind demnach von chronischen Nackenschmerzen betroffen (rund 251.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–22 %).
- ▶ 9 Prozent haben eine Arthrose (rund 142.000 Personen; BL-Bandbreite: 9–14 %).

Nach ATHIS 2006/2007 waren 13 Prozent der WienerInnen von einer Arthrose und 32 Prozent von Wirbelsäulenbeschwerden (Beschwerden im Kreuz-, Nacken- oder Brustwirbelbereich) betroffen.

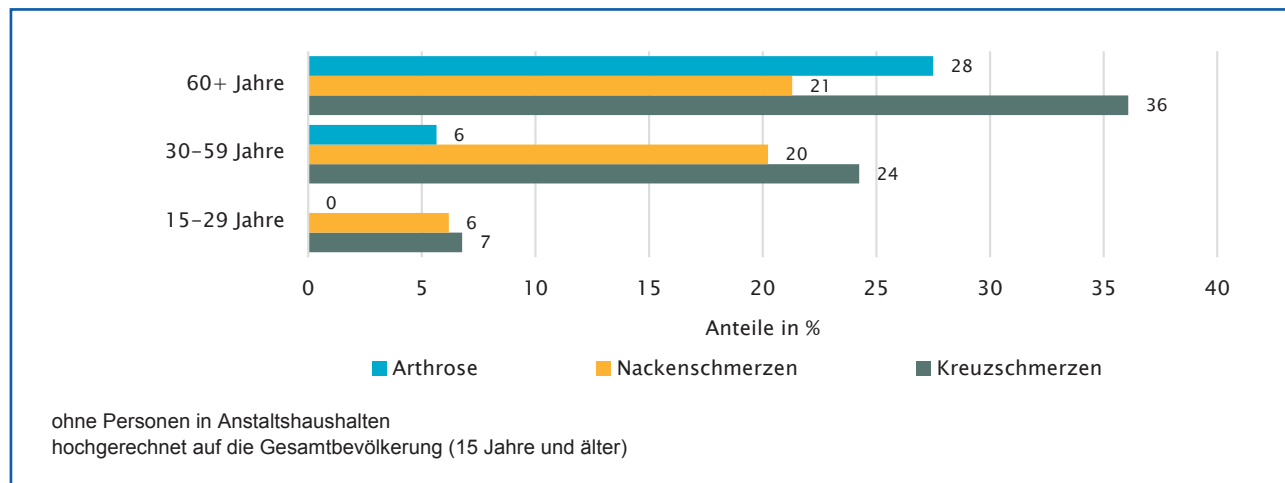
Frauen leiden insgesamt häufiger an Krankheiten und Beschwerden des Bewegungsapparats: Sie sind häufiger von Rückenschmerzen (24 vs. 20 %), Nackenschmerzen (20 vs. 13 %) und von Arthrose betroffen (13 vs. 6 %).

Alle drei Gesundheitsprobleme nehmen mit dem Alter deutlich zu (s. Abbildung 3.9). Chronische Nacken- und Rückenschmerzen treten schon in jungen Jahren bei einem Anteil von 7 bzw. 6 % der Bevölkerung auf, in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind bereits 24 bzw. 20 Prozent davon betroffen. Bei den ab 60-Jährigen hat bereits fast jede/r Dritte eine Arthrose. In dieser Altersgruppe leiden 36 Prozent unter chronischen Kreuzschmerzen, 21 Prozent unter Nackenschmerzen und 28 Prozent an einer Arthrose.



Abbildung 3.9:

## Chronische Krankheiten/Gesundheitsprobleme des Bewegungsapparats nach Altersgruppen, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Atemwegserkrankungen

Die häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen sind Asthma und COPD (chronisch obstruktive Lungenkrankheit / chronic obstructive pulmonary disease). Im Jahr 2014 litten – laut ATHIS – rund 4 Prozent der WienerInnen an Asthma (rund 56.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–6 %) und rund 5 Prozent an chronischer Bronchitis, einem Lungen-Emphysem oder COPD (rund 70.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–5 %). 2006/2007 waren es 5 bzw. 3 Prozent.

Bei Asthma sind die altersspezifischen Unterschiede vergleichsweise gering: 3 Prozent der 15- bis 29-Jährigen und 4 Prozent der ab 30-Jährigen leiden an Asthma. Chronische Bronchitis / Lungenemphysem / COPD jedoch ist im fortgeschrittenen Alter deutlich häufiger als in jungen Jahren. Bei den ab 60-jährigen WienerInnen sind 7 Prozent davon betroffen.

### Diabetes

Rund 6 Prozent der Wiener Bevölkerung sind gemäß der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zuckerkrank (das sind hochgerechnet etwa rund 85.000 Personen; BL-Bandbreite: 3–7 %), Frauen und Männer etwa gleich häufig. Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 hat die Diabetes-Prävalenz damit (bezogen auf die letzten 12 Monate) leicht abgenommen.

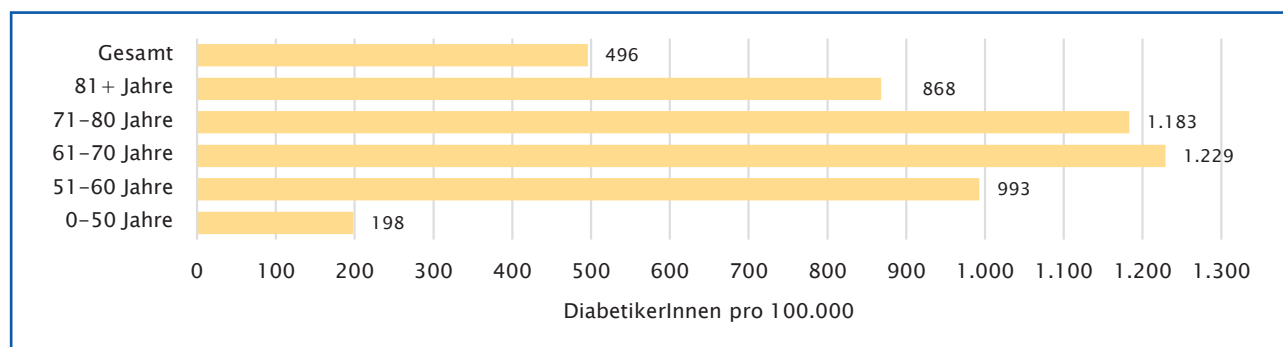
Bei dieser Erkrankung ist ein deutlicher Alterseffekt erkennbar: Die Prävalenz steigt von 0,4 Prozent bei den unter 30-jährigen Wienerinnen und Wienern über 3 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 16,7 Prozent in der Altersgruppe ab 60 Jahren.

Ergänzend zur Prävalenz (aus der österreichischen Gesundheitsbefragung), kann aus Medikamentendaten die Diabetes-Typ-2-Inzidenz geschätzt werden: Jährlich erkranken demnach in Wien rund 8.600 Menschen an Typ-2-Diabetes. Das entspricht einer durchschnittlichen Inzidenzrate (2012–2014) von 496 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW (rohe Rate; BL-Bandbreite: 294–496). Für die Jahre 2012 bis 2014 ist keine Zu- oder Abnahme erkennbar. Die 61- bis 80-jährige Bevölkerung weist mit rund 1.200 Neuerkrankungsfällen pro 100.000 EW die höchste Inzidenzrate auf (s. Abbildung 3.10). Bei den 0- bis 50-Jährigen beträgt die Inzidenzrate bereits 198 Fälle pro 100.000 EW.



Abbildung 3.10:

Geschätzte Diabetes-Typ-2-Inzidenz nach Altersgruppen, Jahresdurchschnitt für Wien, 2012–2014



Quelle: NÖGKK – LEICON-Datenbank  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die *Typ-2-Diabetes-Inzidenz* wird auf der Grundlage von Abrechnungsdaten medikamentös behandelter Personen berechnet. Gemäß dem Algorithmus der bei der NÖGKK implementierten LEICON-Datenbank gelten Personen dann als Typ-2-DiabetikerInnen, wenn sie diabetesrelevante Medikamentenverordnungen einlösen (Insulin und/oder orale Antidiabetika; A10A und A10B). Bei Personen mit ausschließlicher Insulintherapie wird auf jene im Alter von 50 oder mehr Jahren ohne stationären E-10-Aufenthalt eingeschränkt (alle anderen werden als Typ-1-Diabetes interpretiert). Als Neuerkrankung wird dokumentiert, wer in den Jahren davor keine entsprechenden Medikamentenverordnungen eingelöst hat.

Limitationen ergeben sich daraus, dass Medikamente, die günstiger als die Rezeptgebühr sind, in der Datenbank nicht aufscheinen. Ebenso sind Personen nicht berücksichtigt, die ihre Medikamente ausschließlich selbst finanzieren oder im Krankenhaus bzw. in SV-Einrichtungen erhalten. Nichtmedikamentös behandelte Typ-2-DiabetikerInnen sind ebenfalls nicht erfasst. Die Inzidenz dürfte deshalb etwas höher sein.

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzinfarkt und Schlaganfall sind die häufigsten folgenschweren Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems.

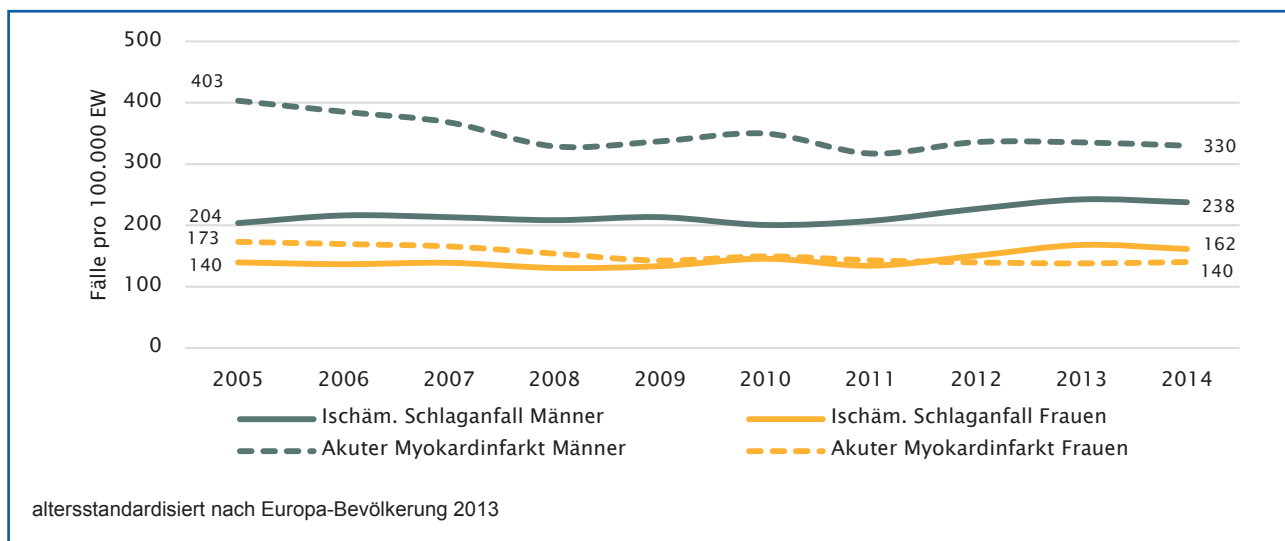
Im Jahr 2014 erlitten in Wien rund 1.300 Frauen und rund 2.260 Männer einen akuten Myokardinfarkt (ICD-10: I21 und I22). Das entspricht einer (nach Europa-Bevölkerung 2013) altersstandardisierten Rate von rund 140 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 106–184 pro 100.000) und 330 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 263–450 pro 100.000). Ein ischämischer Schlaganfall (ICD-10: I63; auch: Hirninfarkt) betraf im Jahr 2014 mit jeweils rund 1.500 Fällen etwa gleich viele Frauen wie Männer. Die altersstandardisierte Rate ist jedoch bei Wienern mit rund 240 Neuerkrankungsfällen (BL-Bandbreite: 235–400 pro 100.000) deutlich höher als bei Wienerinnen mit 162 Fällen (BL-Bandbreite: 161–271 pro 100.000).

Die Anzahl akuter Myokardinfarkte ist bei Männern über den gesamten Beobachtungszeitraum 2005 bis 2014 weitgehend gleich geblieben und bei Frauen kontinuierlich gesunken. Die altersstandardisierte Rate ist für beide Geschlechter um rund 18 Prozent gesunken (s. Abbildung 3.11). Ischämische Schlaganfälle sind nicht nur absolut und bezogen auf die rohe Rate häufiger geworden (um rund 3 % pro Jahr; bei Männern mehr als bei Frauen), auch die altersstandardisierte Rate ist im Beobachtungszeitraum gestiegen (um durchschnittlich 1,6 % pro Jahr; s. Abbildung 3.11 auf folgender Seite).

Akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall werden ab einem Alter von 45 Jahren epidemiologisch bedeutsam, Myokardinfarkte etwas früher als Schlaganfälle (s. Abbildung 3.12). Für Myokardinfarkt beträgt die altersstandardisierte Erkrankungshäufigkeit 100 (Frauen) bzw. rund 400 Fälle (Männer) pro 100.000 bei den 45- bis 59-Jährigen, 280 bzw. 730 Fälle pro 100.000 bei den 60- bis 74-Jährigen und rund 890 bzw. 1.380 Fälle pro 100.000 bei den ab 75-Jährigen.

Abbildung 3.11:

**Inzidenz akuter Myokardinfarkt und ischämischer Schlaganfall nach Geschlecht, Wien 2005–2014**



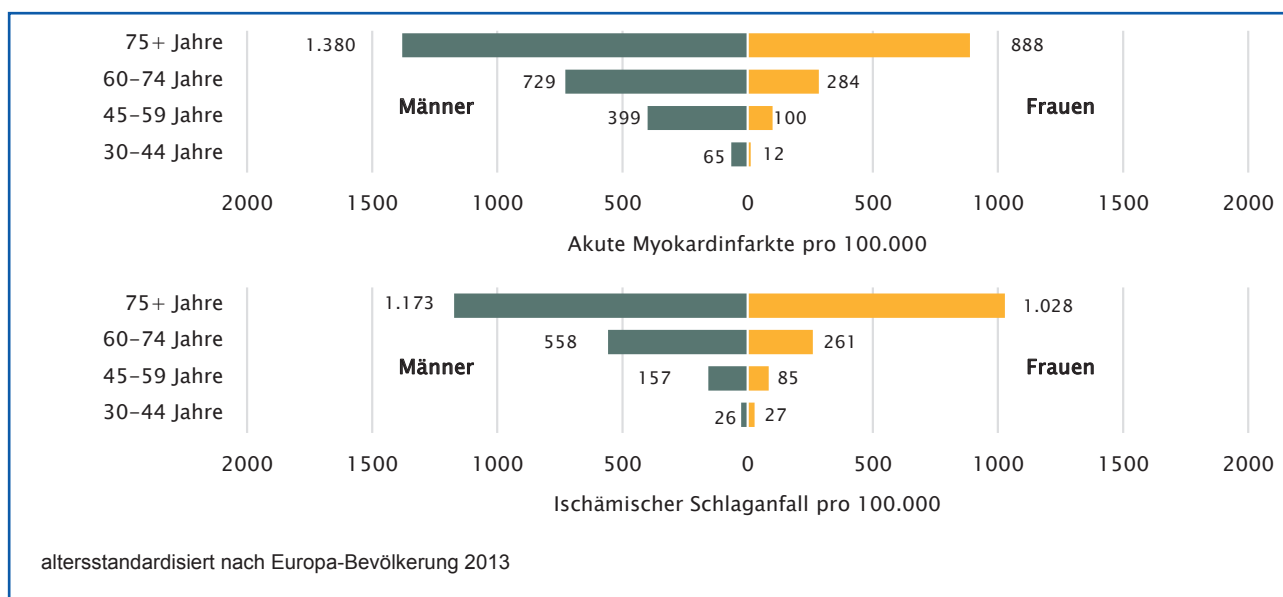
Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen ischämischen Schlaganfall erlitten im Jahr 2014 85 (Frauen) bzw. 160 (Männer) 45- bis 59-Jährige pro 100.000 dieser Altersgruppe, etwa 260 bzw. 560 60- bis 74-Jährige und etwa 1.030 bzw. 1.180 ab 75-Jährige pro 100.000.

In der österreichischen Gesundheitsbefragung wird in der Rubrik chronische Krankheiten/Gesundheitsbeschwerden auch nach Bluthochdruck gefragt (siehe dazu auch Punkt 4.1.2), der einen wesentlichen Risikofaktor für einen akuten Myokardinfarkt und ischämischen Schlaganfall darstellt. Etwa ein Fünftel der Wiener Bevölkerung hat – laut ATHIS 2014 – einen chronisch erhöhten Blutdruck (rund 302.000 Personen; BL-Bandbreite: 17–28 %).

Abbildung 3.12:

**Inzidenz von akutem Myokardinfarkt und ischämischem Schlaganfall nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014**



Quellen: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

*Akuter Myokardinfarkt* (ICD-10-Codes: I21 und I22) und *ischämischer Schlaganfall* (ICD-10-Code: I63) werden im Normalfall stationär behandelt und/oder führen unmittelbar zum Tod. Deshalb ist die Inzidenz aus der Kombination von Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) und der Todesursachenstatistik ableitbar (s. BMG 2015c); diese Inzidenz bildet die Grundlage für die hier dargestellten Analysen. In den Daten nicht enthalten sind klinisch unauffällige Fälle und solche, die sowohl in der DLD als auch in der Todesursachenstatistik nicht als solche dokumentiert wurden. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, die – im Sinne der unikausalen Kodierung – nicht ursächlich an einem Myokardinfarkt oder Schlaganfall verstorben sind. Da in der DLD keine Patientinnen/Patienten identifizierbar sind, wird die Anzahl der Betroffenen auf Basis der Wohnpostleitzahl, des Geschlechts und des Geburtsdatums geschätzt. Sind Personen hinsichtlich dieser Merkmale ident, werden sie als eine Patientin bzw. ein Patient gezählt. Daraus können sich Unschärfen hinsichtlich vermeintlich identer Personen (Unterschätzung) sowie – bedingt durch einen Wohnortwechsel – vermeintlich verschiedener Personen (Überschätzung) ergeben.

## Krebs

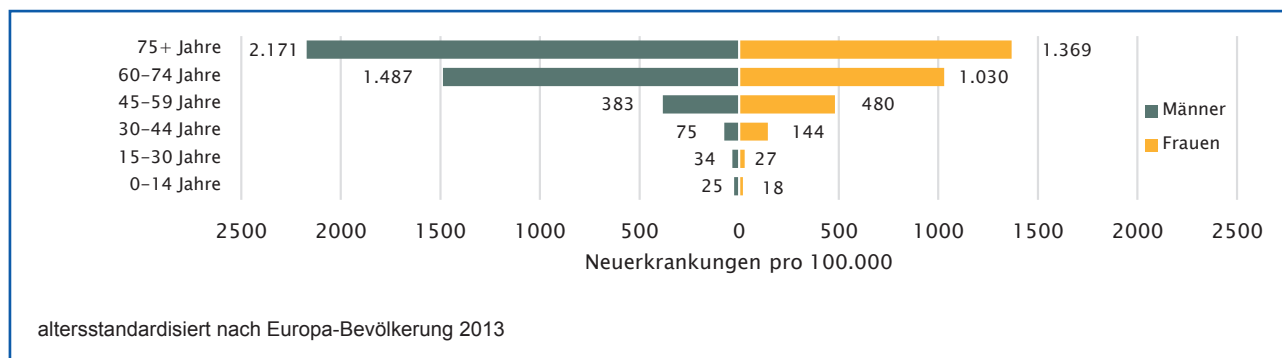
Jährlich erkranken in Wien – laut dem österreichischen Krebsregister – etwas mehr als 7.000 Menschen an Krebs; im Jahr 2012 (letzter verfügbares Datenjahr zum Zeitpunkt der Berichtserstellung) waren es 7.323 Personen (3.818 Frauen und 3.505 Männer). Das entspricht einer altersstandardisierten Rate (nach Europa-Bevölkerung 2013) von 429 Neuerkrankungsfällen bei Frauen (BL-Bandbreite: 380–499 pro 100.000 EW) und von 544 Fällen bei Männern (BL-Bandbreite: 480–686 pro 100.000 EW). Zwischen 30 und 60 Jahren ist die Krebsinzidenz bei Frauen höher, ab einem Alter von etwa 60 Jahren erkranken jedoch Männer häufiger an Krebs (s. Abbildung 3.13).

Krebserkrankungen werden bei Frauen also in jüngeren Jahren virulenter als bei Männern. Ab etwa 30 Jahren steigt die Inzidenz bei Frauen weitgehend kontinuierlich an, während bei Männern der Anstieg von der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen auf jene der 60- bis 74-Jährigen eher sprunghaft ist. Bei 30- bis 44-jährigen Wienerinnen sind im Jahr 2012 etwa 140 Neuerkrankungen pro 100.000 dokumentiert, bei den 45- bis 59-jährigen sind es bereits 480, bei den 60- bis 74-jährigen knapp mehr als 1.000 und bei den über 74-jährigen rund 1.400 (s. Abbildung 3.13).

In der Altersgruppe der 30- bis 44-jährigen Männer ist die Neuerkrankungsrate mit rund 75 Fällen pro 100.000 EW etwa halb so groß wie jene der Frauen. Bei den 45- bis 59-jährigen Männern beträgt sie mit rund 380 Fällen (im Vergleich zur nächstjüngeren Gruppe) bereits das Fünffache, ist aber immer noch niedriger als die Krebs-Inzidenzrate der Frauen. Bei den 60- bis 74-jährigen Männern vervierfacht sich die Neuerkrankungsrate auf rund 1.500 (pro 100.000 EW). Ab 60 Jahren ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen besonders groß, nun jedoch zuungunsten der Männer. Mit rund 2.200 Neuerkrankungen pro 100.000 EW ist die Krebs-Inzidenz in der Altersgruppe der ab 75-Jährigen am höchsten (s. Abbildung 3.13).

Abbildung 3.13:

Krebs-Inzidenz in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012

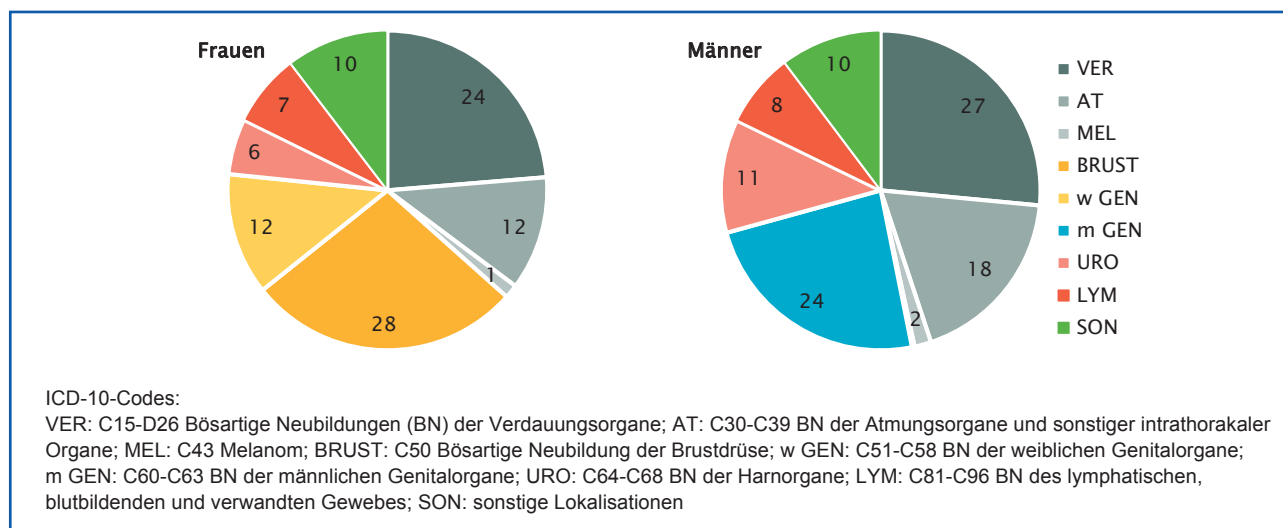


Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Krebs-Neuerkrankungen sind bei Frauen am häufigsten in der Brust (28 %), bei Männern in den Verdauungsorganen (27 %), insbesondere im Darm lokalisiert. An zweiter Stelle stehen bei Frauen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (24 %; insbesondere Dickdarm) und bei Männern bösartige Neubildungen der Genitalorgane (24 %; v. a. der Prostata). Weitere häufige Lokalisationen sind die Atmungsorgane (steigend bei Frauen), die weiblichen Geschlechtsorgane (v. a. Gebärmutter, gefolgt von Eierstöcken), die Harnorgane (v. a. bei Männern) sowie lymphatisches, blutbildendes Gewebe (s. Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14:

Häufigste Lokalisationen von Krebs-Neuerkrankungen bei Wienerinnen und Wienern in Prozent, 2003–2012

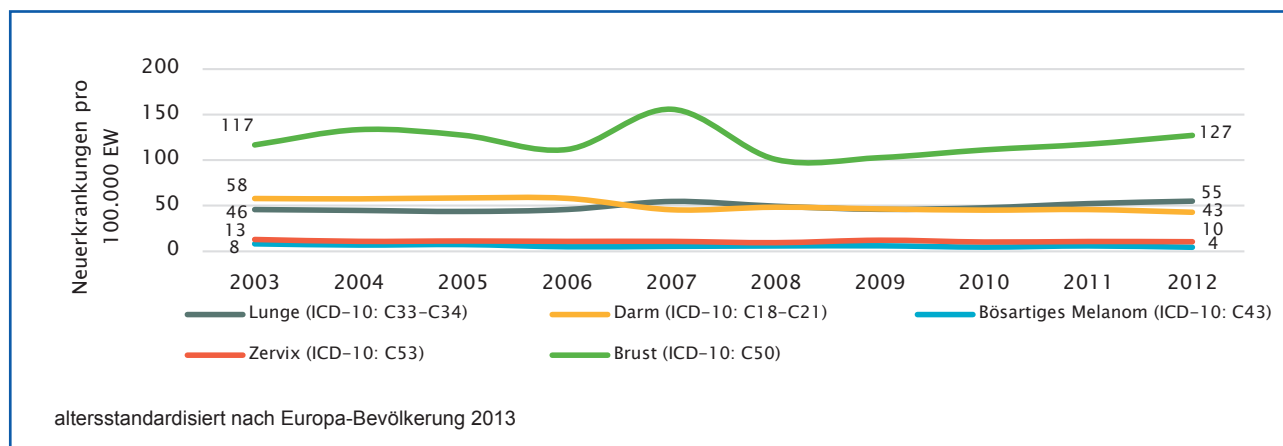


Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003–2012  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine Zeitreihe der letzten zehn verfügbaren Jahre (2003–2012) zeigt einen weitgehend gleichbleibenden Trend bei Frauen (in Wien wie auch in Gesamtösterreich) und einen rückläufigen Trend bei Männern. Im Jahr 2003 lag die altersstandardisierte Inzidenzrate für Wienerinnen bei 437 und für Wiener bei 696 Fällen pro 100.000 EW. Der Rückgang bei Männern ist v. a. auf sinkende Inzidenz bei Darm- und Prostatakrebs zurückzuführen (s. Abbildung 3.16). Allerdings stieg bei Frauen die Inzidenz von Lungenkrebs zwischen 2003 und 2012 um 20 Prozent (s. Abbildung 3.15).

Abbildung 3.15:

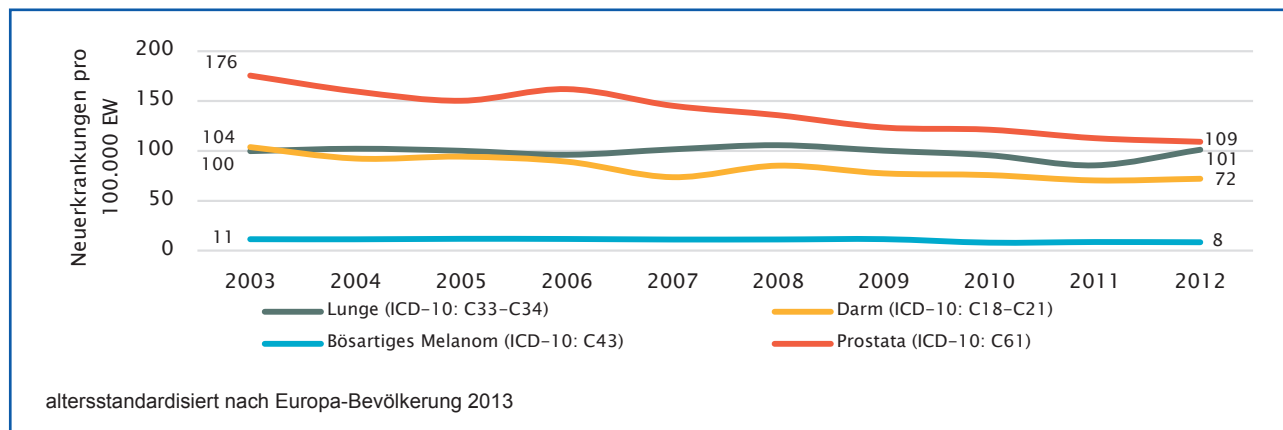
Krebs-Inzidenz bei Wienerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012



Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003–2012  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.16:

## Krebs-Inzidenz bei Wienern für ausgewählte Lokalisationen, 2003–2012



Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 2003–2012  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Definitionen und Daten

Die Krebsstatistik wird von Statistik Austria geführt und ist Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10-Codes: C00-C96 ohne C44). Die Krebsstatistik erfasst Krebs-Neuerkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich, die eine Behandlung in Österreich erfahren haben oder ursächlich an einer Krebserkrankung verstorben sind (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation. In vier Bundesländern (Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Kärnten) gibt es regionale Krebsregister. Unter anderem deshalb sind Validität und Vollständigkeit regional und zeitlich sehr unterschiedlich, was die Datenverlässlichkeit insgesamt einschränkt. Ein Abgleich mit der Todesursachenstatistik verbessert die Datenqualität, hat aber zur Folge, dass die Krebsstatistik regelmäßig rückwirkend für mehrere Jahre revidiert wird.

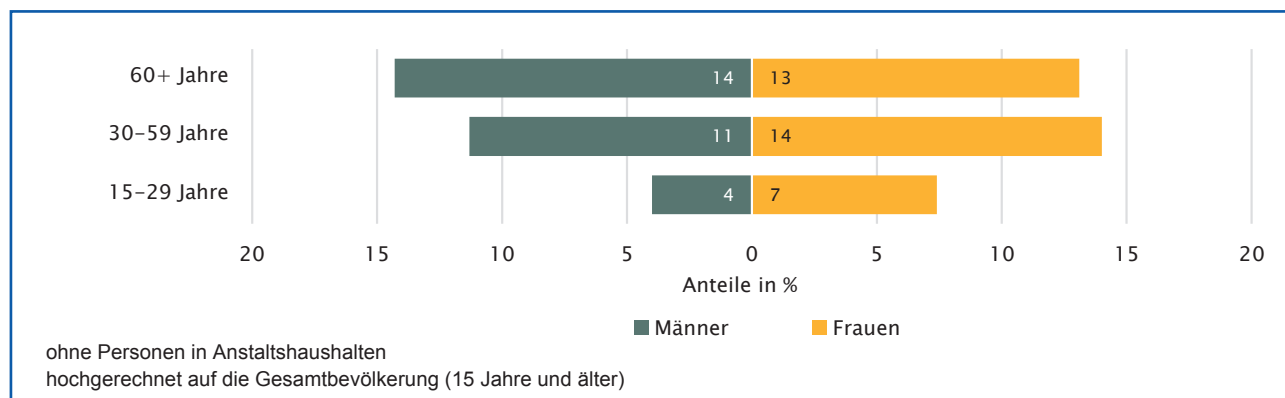
### Depression<sup>1</sup>

Rund 11 Prozent der Wienerinnen und Wiener haben – laut ATHIS 2014 – entweder eine ärztlich diagnostizierte Depression oder beurteilen sich selbst als depressiv (rund 165.000 Personen; BL-Bandbreite:

6–11 %). Vor allem in jüngeren Jahren sind Frauen häufiger von Depressionen betroffen als Männer. Zudem ist die Prävalenz bei den 15- bis 29-Jährigen vergleichsweise gering (4–7 %). Bei den 30- bis 59-Jährigen und in der Altersgruppe ab 60 Jahren leiden etwa 13–14 Prozent der Frauen sowie 11–14 Prozent der Männer an einer Depression (s. Abbildung 3.17).

Abbildung 3.17:

## WienerInnen mit einer ärztlich diagnostizierten Depression nach Altersgruppen und Geschlecht (12-Monats-Prävalenz), 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

<sup>1</sup> Aus den Routinedaten können derzeit keine Aussagen zur Prävalenz anderer psychischer Erkrankungen getroffen werden.

## Definitionen und Daten

Die Angaben zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen stammen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (Klimont/Baldaszi 2015). Die TeilnehmerInnen wurden gefragt, ob sie in den letzten 12 Monaten eine Depression hatten und, wenn ja, ob von einem Arzt eine Diagnose gestellt wurde. Das Vorliegen einer moderaten bis schweren depressiven Symptomatik wurde auf Basis des Screening-Instruments *Personal Health Questionnaire Depression Scale* und entsprechender Grenzwerte ermittelt. Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 sind nicht möglich (Klimont et al. 2007). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

### 3.3.2 Verletzungen infolge von Unfällen und ihre Versorgung

10 Prozent der ab 15-jährigen Wienerinnen und Wiener (rund 157.000 Personen) waren gemäß der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 in den letzten 12 Monaten infolge von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen verletzt (BL-Bandbreite: 9–13 %)<sup>2</sup>:

- ▶ 7 Prozent (rund 100.000 Personen) aufgrund eines Freizeitunfalls (BL-Bandbreite: 5–9 %)
- ▶ 3 Prozent (rund 37.000 Personen) aufgrund eines Haushaltsunfalls (BL-Bandbreite: 3–5 %)
- ▶ 2 Prozent (rund 28.000 Personen) aufgrund eines Straßenverkehrsunfalls (BL-Bandbreite: 1–2 %)

Männer verletzen sich häufiger als Frauen (13 vs. 8 %):

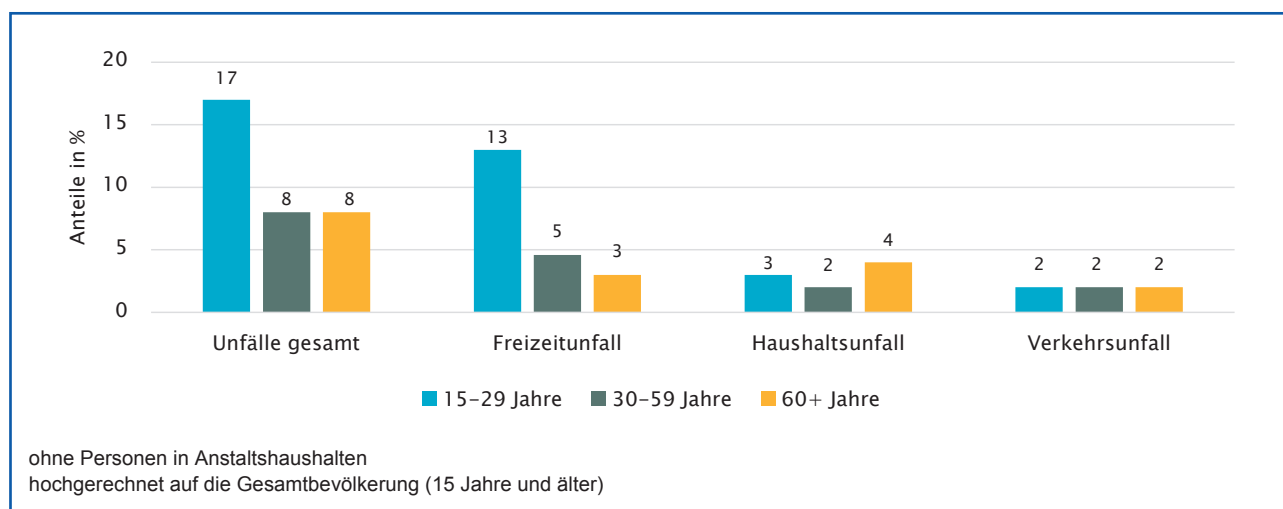
- ▶ in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen im Haushalt (Männer 4 vs. Frauen 2 %)
- ▶ in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen im Verkehr (Männer 4 vs. Frauen 0,5 %)
- ▶ in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen in der Freizeit (Männer 11 vs. Frauen 4 %)

Frauen sind lediglich in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen häufiger infolge von Haushaltsunfällen verletzt als gleichaltrige Männer (5 vs. 2 %).

Verletzungen treten vermehrt in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen auf (s. Abbildung 3.18): Verletzungen aufgrund von Freizeitunfällen betreffen vor allem 15- bis 29-Jährige, Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen vermehrt die 15- bis 29-jährige und die ab 60-jährige Bevölkerung. Bei Verletzungen infolge von Straßenverkehrsunfällen zeigt sich kein Unterschied hinsichtlich des Alters.

Abbildung 3.18:

Verletzte innerhalb der letzten 12 Monate nach Altersgruppen und Unfallart, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

<sup>2</sup> Arbeitsunfälle werden an anderer Stelle behandelt (s. 5.3.4).



## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

In der Gruppe der 30- bis 59-Jährigen zeigen sich Unterschiede in der Verletzungshäufigkeit nach Bildung: Je höher die abgeschlossene Schulbildung, desto häufiger sind Verletzungen infolge von Unfällen (maximal Pflichtschulabschluss: 3 %; Matura oder höher: 11 %), ein Zusammenhang, der auch für Gesamtösterreich gilt und vom „üblichen“ Bildungsgradienten abweicht.

WienerInnen mit Migrationshintergrund sind häufiger von Verletzungen betroffen als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (12 vs. 10 %).

## Medizinisch versorgte Unfälle

Laut dem ATHIS 2014 wurden 76 Prozent der ab 15-jährigen Wienerinnen und Wiener, die in den letzten 12 Monaten Verletzungen aufgrund von Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfällen erlitten haben (rund 120.000 Personen), medizinisch versorgt (BL-Bandbreite: 74–81 %):

- ▶ 68 Prozent ambulant (BL-Bandbreite: 44–68 %)
- ▶ 16 Prozent stationär (BL-Bandbreite: 15–39 %)
- ▶ 16 Prozent im niedergelassenen Bereich (durch Arzt/Ärztin, SanitäterInnen etc.; BL Bandbreite: 7–20 %)

Am häufigsten ist eine medizinische Versorgung bei Verletzten im Alter von 15 bis 29 Jahren nötig (83 %), gefolgt von der Altersgruppe der ab 60-Jährigen (75 %). Die stationäre Versorgung von Verletzungen nimmt mit dem Alter stark zu (von 4 % bei den 15- bis 29-Jährigen und 7 % bei den 30- bis 59-Jährigen auf 43 % bei Verletzten im Alter von 60 oder mehr Jahren).

## Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens

Pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10-Codes S720.x und S721.x) sind mit Abstand die häufigsten Brüche des Oberschenkelknochens. Sie treten gehäuft bei Personen im Alter von 60 oder mehr Jahren auf und sind – in diesem Alterssegment – überwiegend sturzbedingt (mehrheitlich im häuslichen Kontext). Häufige Unfallursachen sind Schwindelanfälle oder Bewusstlosigkeit (z. B. aufgrund von Herz-Kreislauf- oder Nervenerkrankungen), Medikamente, die die Koordination und das Wahrnehmen beeinträchtigen, Alkohol sowie Sehstörungen. Oberschenkelhalsbrüche gehen bei älteren Menschen mit einem erhöhten Sterberisiko (innerhalb eines Jahres) sowie mit Einschränkungen in der Mobilität und Eigenständigkeit einher (Seniorliving 2016).

In Wiens Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2014 (für die ab 75-jährige Wiener Bevölkerung) 2.321 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose). Dies entspricht einer altersstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von 1.640 Aufenthalten pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.349–1.753 Aufenthalte pro 100.000 EW). Bei Personen im Alter von 60 bis 74 Jahren sind es 748 Aufenthalte bzw. – altersstandardisiert – 265 Aufenthalte pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 198–265 Aufenthalte pro 100.000 EW).

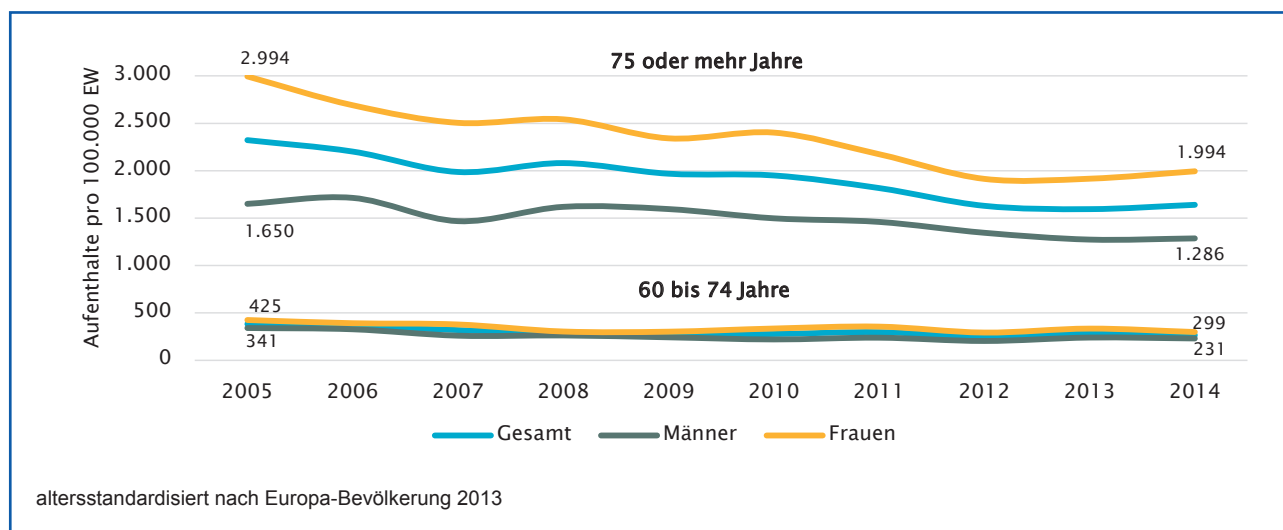
Im Zeitraum 2005 bis 2014 ist ein starker Rückgang der stationären Aufenthalte zu beobachten, sowohl in der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen als auch in der Altersgruppe ab 75 Jahre. In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen ist der Rückgang bei Frauen etwas stärker als bei Männern (s. Abbildung 3.19).

Frauen werden in der Altersgruppe ab 75 Jahre deutlich häufiger aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens stationär behandelt als Männer. Im Jahr 2014 werden in dieser Altersgruppe 1.799 Aufenthalte bzw. 1.994 Aufenthalte pro 100.000 EW dokumentiert, bei Männern 522 bzw. 1.286 Aufenthalte pro 100.000 EW. In der Altersgruppe der 60- bis 74-Jährigen sind die Geschlechterunterschiede geringer ausgeprägt.



Abbildung 3.19:

Akutstationäre Aufenthalte bei ab 60-jährigen Wienerinnen und Wienern aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014



Quelle: BMGF – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

*Verletzungen infolge von Unfällen* schließen auch Vergiftungen oder durch Tiere verursachte Verletzungen ein. Verkehrsunfälle sind alle Unfälle, die sich auf öffentlichen Straßen, öffentlichen oder privaten Parkplätzen mit Involvement eines Transportmittels ereignen. Unfälle auf dem Wasser, im Zug oder Flugzeug gelten nicht als Verkehrsunfälle. Haushaltsunfälle sind alle Unfälle, die sich zu Hause ereignen, unabhängig von der Aktivität, die dort verrichtet wurde. Als Freizeitunfälle gelten alle Unfälle, die sich während der Freizeit ereignen, ausgenommen Haushalts-, Straßenverkehrs- und Arbeitsunfälle.

Angaben zur *medizinischen Versorgung* von Unfällen beziehen sich auf das schwerwiegendste durch den Unfall verursachte Problem. Das Unfallopfer muss durch medizinisches Fachpersonal versorgt worden sein. Wird jemand von der Rettung versorgt, ohne ins Krankenhaus gebracht zu werden, zählt dies als Versorgung im niedergelassenen Bereich. Verletzungen infolge von Unfällen und ihre medizinische Versorgung werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Die Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

*Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens* (ICD-10-Codes S720.x und S721.x) werden auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DL) berichtet. Nicht alle Brüche sind jedoch einem Sturz geschuldet. Pertrochantäre Frakturen sind Knochenbrüche des Oberschenkelknochens im Bereich zwischen Trochanter major (großer Rollhügel) und Trochanter minor (kleiner Rollhügel).

### 3.3.3 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen gehören zu den häufigsten meldepflichtigen übertragbaren Erkrankungen in Wien. Am häufigsten treten Erkrankungen durch *Campylobacter* auf. Die Inzidenz bewegt sich in den Jahren 2011 bis 2015 zwischen 81,3 und 66,6 Erkrankungen pro 100.000 EW (das sind zwischen 1.385 und knapp 1.200 Fälle pro Jahr), Tendenz sinkend.

Bei Salmonelleninfektionen kommt es im Berichtszeitraum – dem europaweiten Trend folgend – zu einem deutlichen Rückgang von fast 500 Fällen im Jahr 2011 auf 350 Fälle im Jahr 2015 (Inzidenz: 29 Fälle pro 100.000 EW im Jahr 2011, 19 Fälle im Jahr 2015), wengleich zwischenzeitlich immer wieder ein Anstieg zu beobachten ist.

Die Fallzahlen von STEC/VTEC<sup>3</sup>, Listeriosen und Shigellosen waren bei etwa gleichbleibendem Verlauf durchwegs in einem niedrigen Bereich (jeweils maximal 32 Fälle pro Jahr). Jeweils 30 bis 40 Yersinien-

<sup>3</sup> Shigatoxin bzw. Verotoxin produzierende *Escherichia coli*-Bakterien

Fälle wurden zwischen 2011 und 2013 registriert, im Jahr 2014 waren es nur 17 und im Jahr 2015 wieder 25 Fälle.

Während die Meningokokken-Inzidenz in Wien (wie auch in ganz Österreich) seit 2009 rückläufig ist (2014 bzw. 2015 wurden 8 bzw. 7 Fälle dokumentiert, 0,5 bzw. 0,4 Fälle pro 100.000 EW), ist bei den ebenfalls impfpräventablen Pneumokokken leider ein umgekehrter Trend feststellbar. Hier stiegen die Neuerkrankungen zwischen 2011 und 2015 von rund 50 auf rund 100 pro Jahr (2,7 bzw. 5,2 Fälle pro 100.000 EW).

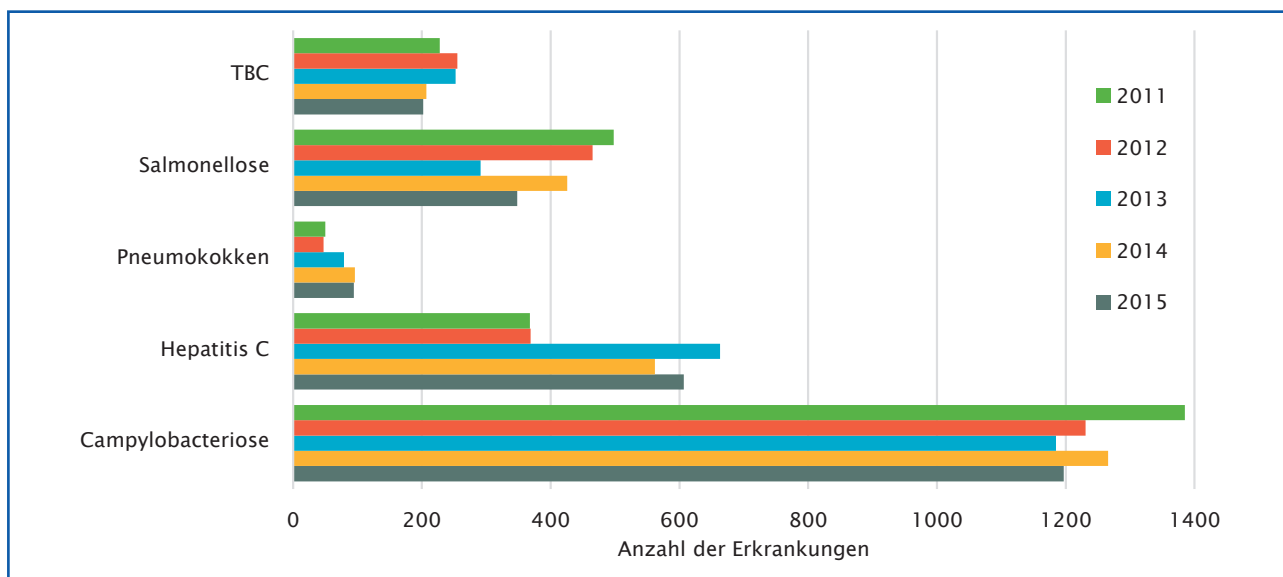
Auch bei Hepatitis C war in Wien in den letzten Jahren ein Anstieg zu verzeichnen, der auch im Lichte der Neueinführung der elektronischen Labormeldepflicht zu interpretieren ist. Im Jahr 2014 wurden in Wien rund 560 Fälle registriert, im Jahr 2015 waren es etwa 600. Das entspricht Inzidenzraten von 32 bzw. 34 Fällen pro 100.000 EW.

Für Tuberkulose ist langfristig bundesweit ein rückläufiger Trend zu beobachten. In den Jahren 2011 bis 2013 lagen die Fallzahlen in Wien bei etwa 230 bis 260, in den Jahren 2014 und 2015 waren es rund 200. Das entspricht 2015 einer Inzidenzrate von 11 Fällen pro 100.000 EW.

FSME-Fälle werden in Wien kaum registriert, seit 2011 gab es jeweils nur einen Fall pro Jahr.

Abbildung 3.20:

Inzidenz ausgewählter meldepflichtiger Infektionskrankheiten in Wien, 2011–2015



Quelle: BMGF – Statistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten  
Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die Pflicht, übertragbare Krankheiten anzuzeigen, ist gesetzlich geregelt (Epidemiegesetz, BGBl. Nr. 186/1950 idgF; Tuberkulosegesetz, BGBl. Nr. 127/1968; AIDS-Gesetz, BGBl. Nr. 728/1993 idgF; Geschlechtskrankheitengesetz, StGBI. Nr. 152/1945 idgF). Als Datenquellen fungieren das Epidemiologische Meldesystem (EMS), Jahresberichte der nationalen Referenzzentralen sowie Mitteilungen der AIDS-Hilfe. Das EMS dient dazu, meldepflichtige Infektionskrankheiten in Österreich zu überwachen. Das Auftreten von Infektionskrankheiten kann zeitlich und räumlich mit minimaler Verzögerung beobachtet werden, zudem bietet das EMS eine Planungsgrundlage für Präventivmaßnahmen. In erster Linie werden Neuerkrankungen erfasst, daher ist dieses Meldesystem besser zur Beobachtung von Inzidenzen (Neuerkrankungen pro Jahr) als von Prävalenzen (Gesamtzahl Erkrankter) geeignet. Durch die seit Anfang 2014 geltende elektronische Labormeldepflicht sind Labor-daten im EMS schneller und umfassender verfügbar als zuvor. Das ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. EMS-Daten fließen zeitnah ins Europäische Surveillance-System TESSy ein.

## 3.4 Leistungs- und Handlungsfähigkeit

Die Leistungs- und Handlungsfähigkeit gibt Auskunft darüber, inwieweit Personen bei Tätigkeiten des Alltags eingeschränkt sind oder an der Gesellschaft partizipieren können. Ist eine Person nicht in der Lage, Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig auszuführen bzw. die Anforderungen des Alltags zu bewältigen, liegt eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit vor.

Leistungs- und Handlungsfähigkeit kann mit unterschiedlichen Indikatoren abgebildet werden (Böhm et al. 2009; Klimont/Baldaszi 2015; Winkler et al. 2012):

- ▶ Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag geben Auskunft darüber, ob und in welchen Aspekten Personen mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen bei Tätigkeiten des normalen Lebens eingeschränkt waren.
- ▶ Körperliche und sensorische Beeinträchtigungen betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie bewirken eine Verminderung der Lebensqualität und stellen Risikofaktoren dar, z. B. hinsichtlich Unfällen.
- ▶ Activities of Daily Living (ADL) beziehen sich auf die Fähigkeit, unterschiedliche Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Eigenversorgung selbstständig durchführen zu können.
- ▶ Instrumental Activities of Daily Living (IADL) umfassen Tätigkeiten innerhalb und außerhalb des Haushalts. Sie sind ein Maß für die Möglichkeit der selbstständigen Haushaltsführung.
- ▶ Krankenstände

### 3.4.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag

Laut Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014 waren 29 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (rund 442.000 Personen) im Jahr 2014 mindestens ein halbes Jahr aus gesundheitlichen Gründen im Alltag eingeschränkt (BL-Bandbreite: 28–33 %): 22 % etwas eingeschränkt, 7 % stark eingeschränkt (rund 109.000 Personen).

Seit 2006/2007 hat der Anteil im Alltag eingeschränkter Personen deutlich abgenommen (von 34 auf 29 %). Dies wird vor allem in der Altersgruppe 60plus ersichtlich (2006/2007: 59 %, 2014: 44 %).

Die weibliche Bevölkerung ist häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen betroffen als die männliche (33 vs. 25 %). Dies hat teilweise mit der höheren Lebenserwartung zu tun.

Der Anteil im Alltag eingeschränkter WienerInnen nimmt – erwartungsgemäß – mit dem Alter deutlich zu: von 16 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 44 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

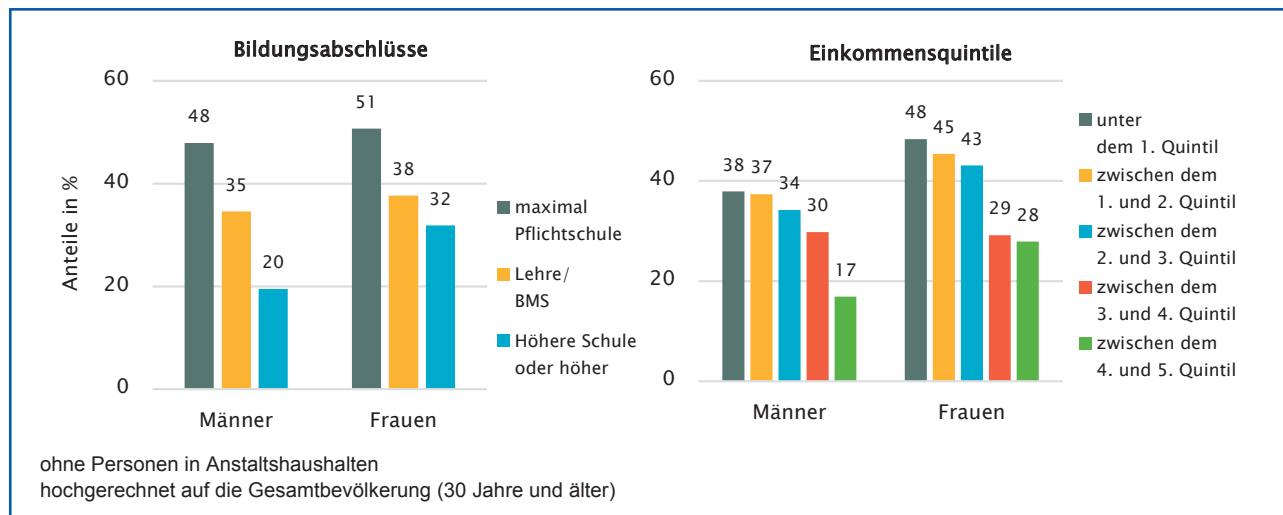
### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) weisen deutlich seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (s. Abbildung 3.21). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltsäquivalenzeinkommen (s. Abbildung 3.21): WienerInnen aus besser verdienenden Haushalten weisen seltener gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag auf als WienerInnen aus schlechter verdienenden Haushalten, ein Zusammenhang der (ebenso wie der beobachtete Bildungsunterschied) nicht nur in Wien, sondern auch in Österreich und anderen europäischen Ländern zu beobachten ist. Umgekehrt können Einschränkungen im Alltag auch zu verminderten Bildungs- und Einkommenschancen beitragen.

Darüber hinaus zeigt sich, dass WienerInnen ohne Migrationshintergrund häufiger von gesundheitsbedingten Alltagseinschränkungen betroffen sind als WienerInnen mit Migrationshintergrund (31 vs. 26 %), ein Ergebnis das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind häufiger 60plus als WienerInnen mit Migrationshintergrund).

Abbildung 3.21:

## Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Definitionen und Daten

*Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag* bezeichnen Einschränkungen bei Tätigkeiten des normalen Lebens, die zumindest ein halbes Jahr andauern. Sie werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

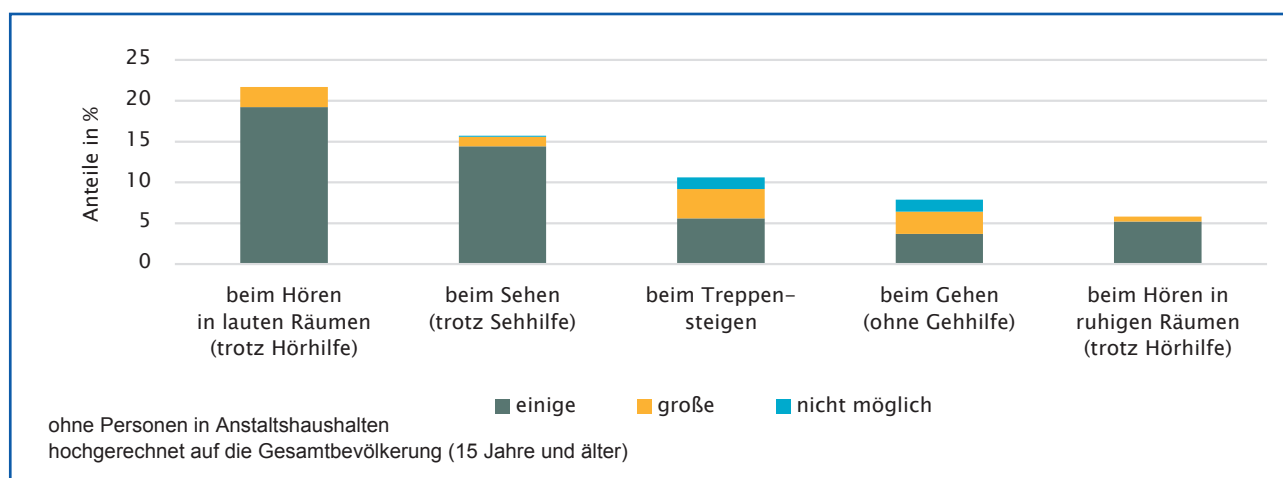
#### 3.4.2 Körperliche und sensorische Einschränkungen

Von körperlichen und/oder sensorischen Einschränkungen waren im Jahr 2014 – laut ATHIS – rund 39 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen betroffen (rund 583.000 Personen; BL-Bandbreite: 35–42 %). Ein Unterschied zwischen Männern und Frauen findet sich dabei nicht.

Mit zunehmendem Alter ist ein deutlicher Anstieg körperlicher und/oder sensorischer Einschränkungen zu beobachten: von 22 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 61 Prozent bei den ab 60-Jährigen. Am häufigsten ist die Wiener Bevölkerung von Hörproblemen (bei Gesprächen in lauten Räumen; 22 %) sowie von Seheinschränkungen (16 %) betroffen (s. Abbildung 3.22).

Abbildung 3.22:

## Körperliche und/oder sensorische Einschränkungen der Wiener Wohnbevölkerung, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Schwierigkeiten beim Sehen

Probleme beim Sehen trotz Sehhilfe (Brille oder Kontaktlinsen) hatten im Jahr 2014 – laut ATHIS – 16 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (rund 236.000 Personen; BL-Bandbreite: 12–16 %). 1,3 Prozent (20.000 Personen) hatten große Schwierigkeiten oder waren dazu nicht in der Lage.

Sehprobleme trotz Sehhilfe finden sich bei Frauen häufiger als bei Männern (18 vs. 13 %) und nehmen ab dem 30. Lebensjahr deutlich zu (von 9 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 18 Prozent bei den ab 30-Jährigen).

## Schwierigkeiten beim Hören

Von Hörproblemen trotz Hörhilfe (Hörgerät oder Hörhilfe mit Implantat) sind – laut ATHIS – bei Gesprächen in ruhigen Räumen rund 6 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (rund 89.000 Personen; BL-Bandbreite: 5–8 %), bei Gesprächen in lauten Räumen rund 22 Prozent betroffen (rund 326.000 Personen; BL-Bandbreite: 22–30 %). 0,6 bzw. 2,5 Prozent weisen diesbezüglich große Schwierigkeiten auf.

Ein Unterschied zwischen Frauen und Männern findet sich nur bei Hörproblemen in lauten Räumen: Frauen sind diesbezüglich etwas häufiger von Schwierigkeiten betroffen als Männer (23 vs. 20 %).

Die Probleme beim Hören nehmen mit dem Alter zu: von 2 bzw. 12 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen auf 12 bzw. 38 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

## Schwierigkeiten beim Gehen

Schwierigkeiten, einen halben Kilometer auf ebener Strecke ohne Gehhilfe (Gehstock, Rollator, Krücken etc.) zurückzulegen, hatten im Jahr 2014 – laut ATHIS – 8 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (rund 119.000 Personen; BL-Bandbreite: 4–8 %); 4 Prozent hatten große Schwierigkeiten oder waren dazu nicht in der Lage.

Die weibliche Bevölkerung ist generell häufiger von Geheinschränkungen betroffen als die männliche (10 vs. 5 %): Rund 7 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer haben entweder große Schwierigkeiten oder sind dazu gar nicht in der Lage.

Die ältere Bevölkerung ist häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den 30- bis 59-Jährigen liegt der Anteil bei 5 Prozent, bei den ab 60-Jährigen bereits bei 21 Prozent.

## Schwierigkeiten beim Treppensteigen

Schwierigkeiten, eine Treppe mit 12 Stufen ohne Handlauf hinauf- und hinunterzugehen, hatten im Jahr 2014 – laut ATHIS – 11 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (rund 161.000 Personen; BL-Bandbreite: 6–11 %): 5 Prozent haben große Schwierigkeiten oder sind dazu nicht in der Lage.

Die weibliche Bevölkerungsteil ist davon häufiger betroffen als die männliche (13 vs. 8 %). Rund 7 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer haben entweder große Schwierigkeiten oder sind dazu gar nicht in der Lage.

Die ältere Bevölkerung ist häufiger eingeschränkt als die jüngere: Bei den 30- bis 59-Jährigen liegt der Anteil bei 7 Prozent, bei den ab 60-Jährigen bereits bei 27 Prozent.

## Definitionen und Daten

*Körperliche und sensorische Einschränkungen* betreffen die Mobilität sowie das Seh- und Hörvermögen. Sie werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

### 3.4.3 Aktivitätseinschränkungen im Alltag – ADL und IADL

#### Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADL)

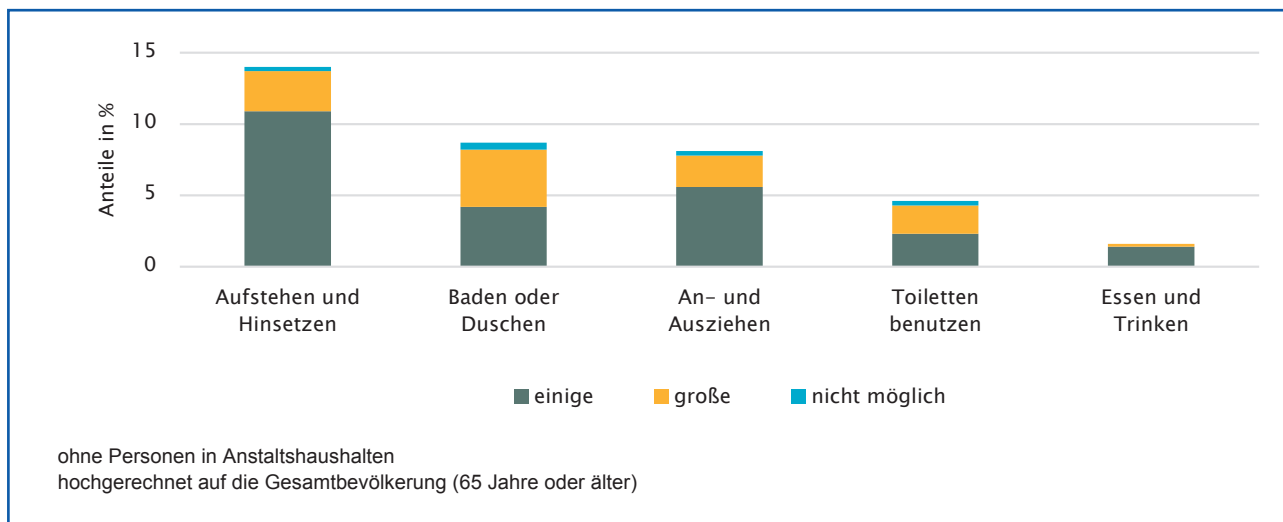
Von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person waren im Jahr 2014 – laut ATHIS – 18 Prozent der ab 65-jährigen WienerInnen betroffen (rund 52.000

Personen; BL-Bandbreite: 10–19 %). Am häufigsten hatten sie Schwierigkeiten beim Aufstehen und Hinsetzen (14 %) sowie beim An- und Ausziehen (9 %; s. Abbildung 3.23).

Frauen ab 65 Jahren sind etwa gleich häufig von Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person betroffen wie Männer (19 vs. 17 %).

Abbildung 3.23:

**Schwierigkeiten bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person bei ab 65-jährigen WienerInnen, 2014**



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

43 Prozent der bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Eigenversorgung eingeschränkten Personen haben Hilfe für mindestens eine ADL (rund 22.000 Personen; BL-Bandbreite: 16–61 %): 36 Prozent nutzen technische Hilfsmittel, 54 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 44 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). 22 Prozent der Betroffenen würden mehr Hilfe bei zumindest einer ADL benötigen (das sind rund 12.000 Personen; BL-Bandbreite:

15–36 %). Nur 16 Prozent von diesen erhalten bisher noch gar keine Hilfe (rund 2.000 Personen).

**Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADL)**

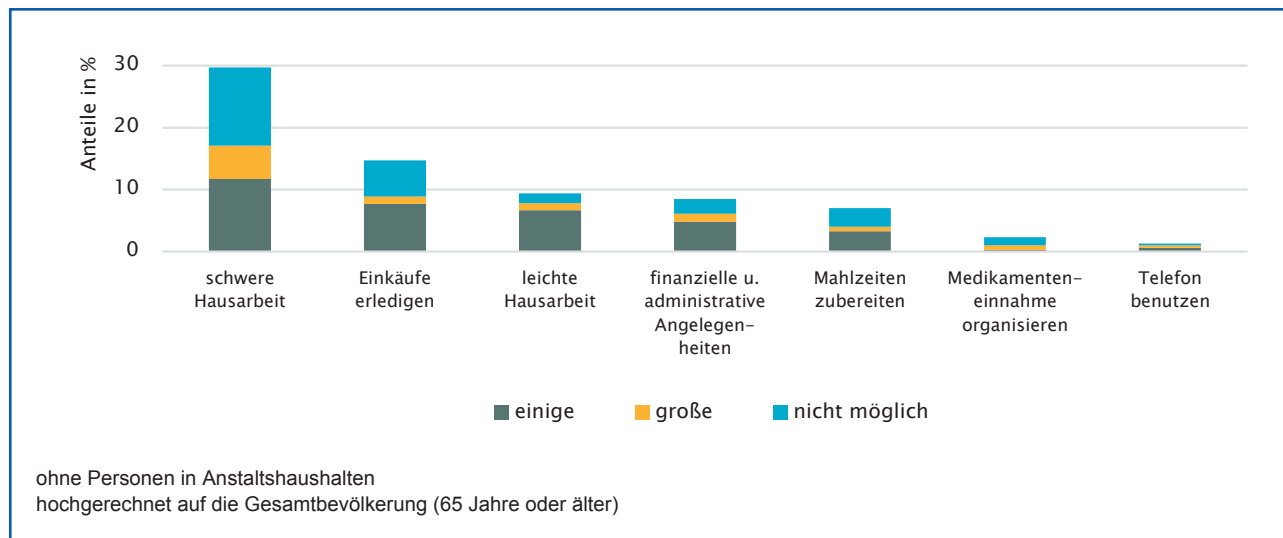
32 Prozent der ab 65-jährigen Wienerinnen und Wiener wiesen 2014 Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts auf (das sind rund 92.000 Personen; BL-Bandbreite: 23–32 %). Am häufigsten hatten sie Schwierigkeiten bei der Erledigung schwerer Hausarbeit (30 %; rund 84.000 Personen) sowie bei der Erledigung von Einkäufen (15 %; rund 42.000 Personen; s. Abbildung 3.24).

Frauen ab 65 Jahren sind häufiger von Einschränkungen bei der Haushaltsführung betroffen als Männer (40 vs. 21 %). Die geschlechtsspezifische Verteilung bestimmter Aufgaben ist dabei berücksichtigt.



Abbildung 3.24:

## Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts bei ab 65-jährigen WienerInnen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

83 Prozent der bei Erledigungen des Haushalts eingeschränkten Personen haben Hilfe für mindestens eine IADL (rund 83.000 Personen; BL-Bandbreite: 56–83 %): 10 Prozent nutzen technische Hilfsmittel, 83 Prozent erhalten Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis, 22 Prozent durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal (Kombinationen möglich). 31 Prozent der Betroffenen würden mehr Hilfe bei zumindest einer IADL benötigen (rund 28.000 Personen; BL-Bandbreite: 18–55 %). Nur 5 Prozent von diesen erhalten bisher noch gar keine Hilfe (rund 1.300 Personen).

### Definitionen und Daten

Aktivitätseinschränkungen bei ADL (Activities of Daily Living) und IADL (Instrumental Activities of Daily Living) sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (im Alter von 65 oder mehr Jahren) und beruhen auf Selbstangaben.

#### 3.4.4 Krankenstände

Die auf administrativem Weg erfassten Krankenstände ergänzen das Bild der selbstberichteten Leistungs- und Handlungsfähigkeit.

Im Jahr 2014 fielen in Wien rund 856.000 Krankenstände bei erwerbstätigen Personen an, die über die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) versichert sind. Das entspricht einer Rate von 1,3 Krankenständen pro erwerbstätige versicherte Person (EVP) (BL-Bandbreite: 0,94–1,41). Rund 45 Prozent der Krankenstände betreffen Männer, rund 55 Prozent Frauen. Die Krankenstände sind im Zeitraum 2005 bis 2014 absolut um 17 Prozent bzw. pro EVP um 11 Prozent gestiegen (bei erwerbstätigen Frauen stärker als bei erwerbstätigen Männern: 19 % vs. 14 %).

Die rund 856.000 Krankenstände verursachen in Wien rund 8,5 Millionen Krankenstandstage. Das sind 12,9 Tage pro EVP (BL-Bandbreite: 10,2–13,8). Gegenüber dem Jahr 2005 ist damit die Zahl der Krankenstandstage gestiegen (absolut um 5 %; pro EVP um 4 %). Die durchschnittliche Dauer der Krankenstände hat damit im Wechselspiel mit der stärker steigenden Zahl der Krankenstände geringfügig abgenommen (von durchschnittlich 11 Tagen auf 10 Tage).

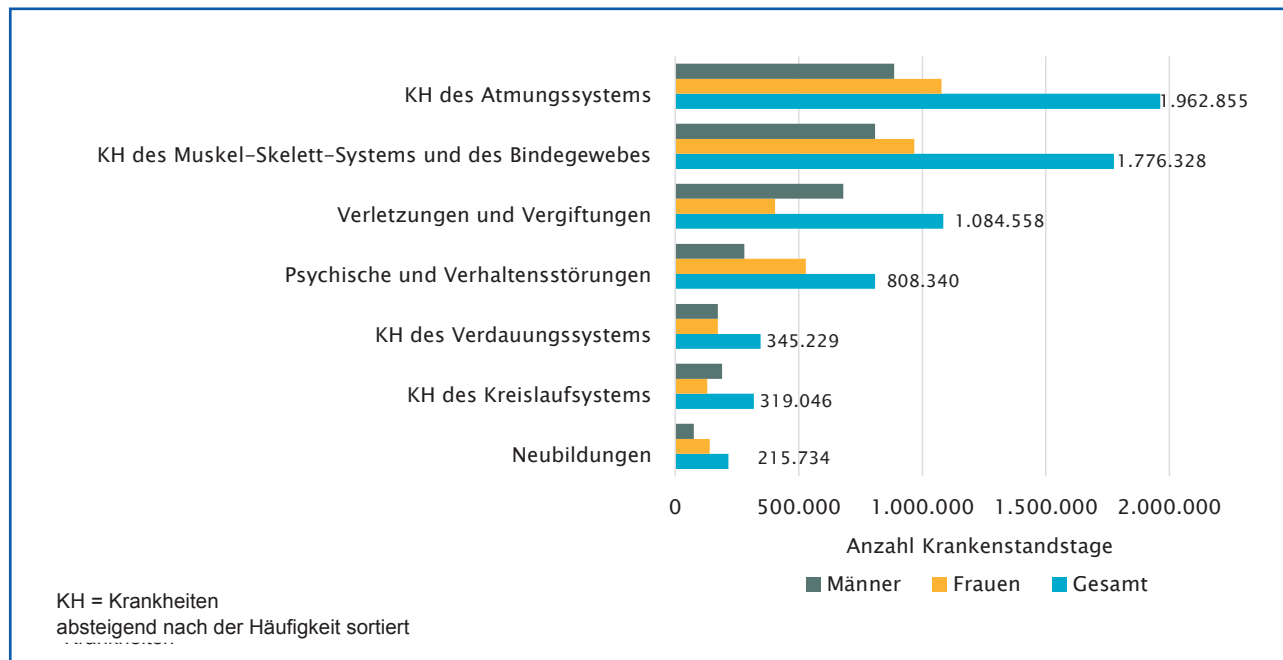
Mehrheitlich nehmen ArbeitnehmerInnen Krankenstände aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (38 % aller Krankenstandsfälle), infektiösen/parasitären Krankheiten (18 %) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (12 %) in Anspruch. 12 Prozent der Krankenstandsfälle sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen. Auch gemessen an den Krankenstandstagen,



machen Krankheiten des Atmungssystems den größten Anteil aus (23 %). Dann folgen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes (21 %) und Verletzungen und Vergiftungen (13 %; s. Abbildung 3.25).

Abbildung 3.25:

Krankenstandstage ausgewählter Krankheitsgruppen bei WGKK-versicherten erwerbstätigen Personen, 2014



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger – Krankenstandstatistik 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

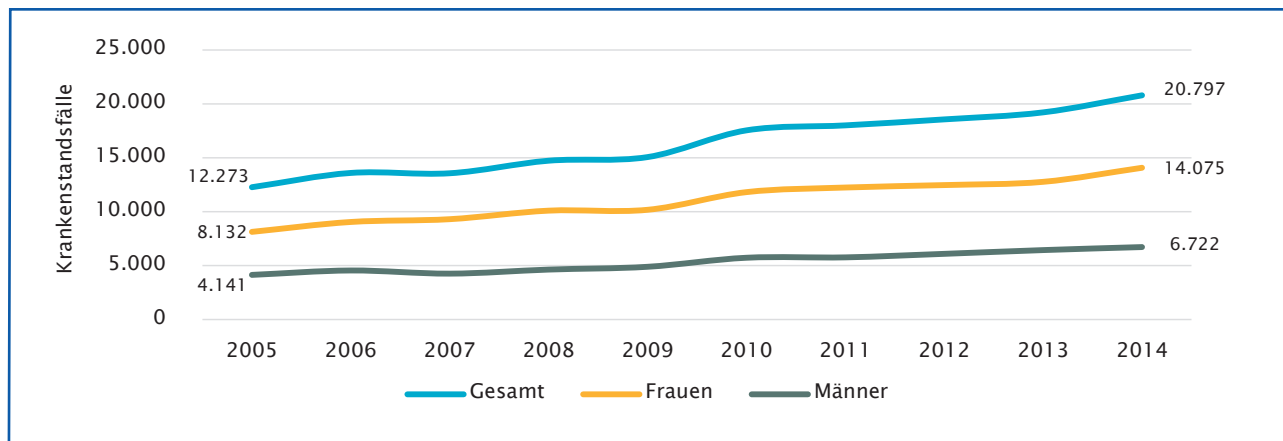
Psychisch bedingte Krankenstände (20.800 Fälle bzw. 0,03 Fälle pro EVP; BL-Bandbreite: 0,01–0,04) machten im Jahr 2014 rund 2 Prozent aller Krankenstandsfälle aus (BL-Bandbreite: 2–4 %) und waren – aufgrund der überdurchschnittlichen Krankenstandsdauer – für 9 Prozent der Krankenstandstage verantwortlich (BL-Bandbreite: 7–12 %).

Die Anzahl psychisch bedingter Krankenstände ist im Zeitraum 2005 bis 2014 in Wien – wie in Österreich – deutlich gestiegen, bei Frauen um 73 Prozent und bei Männern um 62 Prozent (s. Abbildung 3.26). Die Dauer psychisch bedingter Krankenstände hat im selben Zeitraum – entgegen dem allgemeinen Trend – zu- anstatt abgenommen: Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Dauer 29 Tage, im Jahr 2014 bereits 39 Tage.

Die weibliche Bevölkerung geht häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen in Krankenstand als die männliche (14.075 vs. 6.722 Fälle). Die durchschnittliche Krankenstandsdauer fällt jedoch bei der männlichen Bevölkerung höher aus als bei der weiblichen (42 vs. 38 Tage).

Abbildung 3.26:

Psychisch bedingte Krankenstandsfälle bei WGKK-versicherten erwerbstätigen Personen, 2005–2014



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Basis für die Erfassung der *Krankenstandsfälle* und *-tage* ist die Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit durch Arzt bzw. Ärztin. Datenbereitsteller ist der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). Da die Statistik nach Krankenkassen differenziert ist, können für regionale Analysen nur die Daten der Versicherten der Gebietskrankenkasse herangezogen werden. Zudem sind in vielen Unternehmen Krankenstände erst ab dem dritten Abwesenheitstag mit einer ärztlichen Bestätigung zu belegen. Krankenstände, die nur einen oder zwei Tage dauern, sind (in diesen Fällen) damit nicht in der Statistik enthalten.

## 3.5 Lebensqualität

Die Lebensqualität gibt Auskunft über das körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden. Sie gewinnt vor allem im Kontext einer steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitig vermehrter chronischer Krankheit sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung an Bedeutung (Ellert/Kurth 2013).

Die Wiener Bevölkerung beurteilt die Qualität ihres Lebens (im Allgemeinen) mit durchschnittlich 73 von möglichen 100 Punkten (BL-Bandbreite: 73–78 Punkte).

Am besten bewerten die WienerInnen ihr körperliches Wohlbefinden (77 Punkte; BL-Bandbreite: 77–81 Punkte), gefolgt von der umweltbezogenen Lebensqualität (75 Punkte; BL-Bandbreite: 75–82 Punkte) und dem psychischen Wohlbefinden (74 Punkte; BL-Bandbreite: 74–79 Punkte). Der geringste Punktwert findet sich hingegen beim sozialen Wohlbefinden (73 Punkte; BL-Bandbreite: 73–77 Punkte).

Seit 2006/2007 ist es in Wien wie auch in Österreich insgesamt zu einer tendenziellen Verschlechterung der Lebensqualität gekommen. In Wien betrifft dies das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden (um jeweils rund einen Punkt). Eine Verbesserung (um einen Punkt) lässt sich für die umweltbezogene Lebensqualität (Wohnen, Freizeitgestaltung, Sicherheit, Zugang zum Gesundheitssystem, Beförderungsmittel,

Umweltbedingungen) beobachten, ein Ergebnis, dass sich auch in der Studie „Lebensqualität in Wien“ (Verwiebe et al. 2014) wiederfindet. Im europäischen Vergleich zählt Wien damit zu jenen Städten mit der höchsten umweltbezogenen Lebensqualität (Riederer et al. 2014).

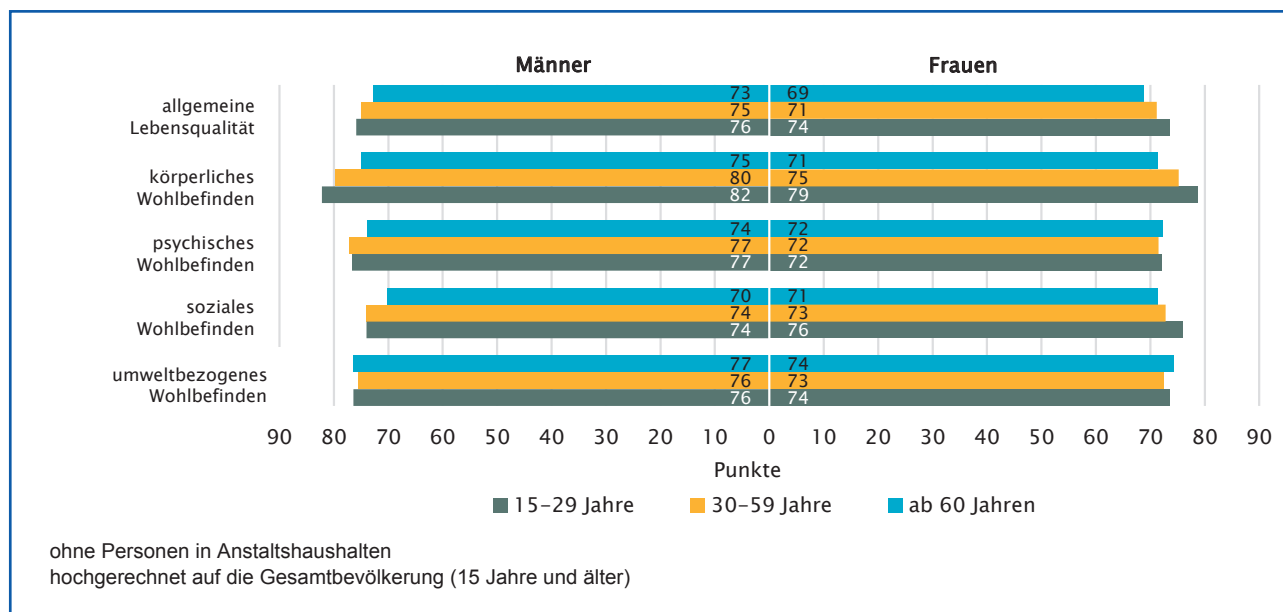
Frauen aller Altersgruppen beurteilen die eigene Lebensqualität schlechter als Männer. Diesbezügliche Unterschiede finden sich beim körperlichen und psychischen Wohlbefinden und bei der umweltbezogenen Lebensqualität (s. Abbildung 3.27).

Erwartungsgemäß schätzen Jugendliche und junge Erwachsene ihre Lebensqualität besser ein als Personen ab 60 Jahren die ihre (s. Abbildung 3.27). Am deutlichsten zeigt sich dieser Unterschied

am körperlichen Wohlbefinden. Kein nennenswerter Altersunterschied besteht hingegen bei der umweltbezogenen Lebensqualität und – allerdings nur bei Frauen – beim psychischen Wohlbefinden.

Abbildung 3.27:

Lebensqualität der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Mittelwerte, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) berichten über eine höhere Lebensqualität als WienerInnen mit maximal einem Pflichtschulabschluss (einzige Ausnahme: das soziale Wohlbefinden; s. Abbildung 3.28). Ebenfalls deutliche Unterschiede finden sich in Bezug auf das Haushaltsäquivalenzeinkommen (s. Abbildung 3.28 auf folgender Seite): WienerInnen aus besser verdienenden Haushalten schätzen die eigene Lebensqualität besser ein als WienerInnen aus schlechter verdienenden Haushalten (einzige Ausnahme: das soziale Wohlbefinden bei ab 60-Jährigen: hier gibt es keinen Unterschied), ein Zusammenhang der (ebenso wie der beobachtete Bildungsunterschied) nicht nur in Wien, sondern auch in Österreich zu beobachten ist.

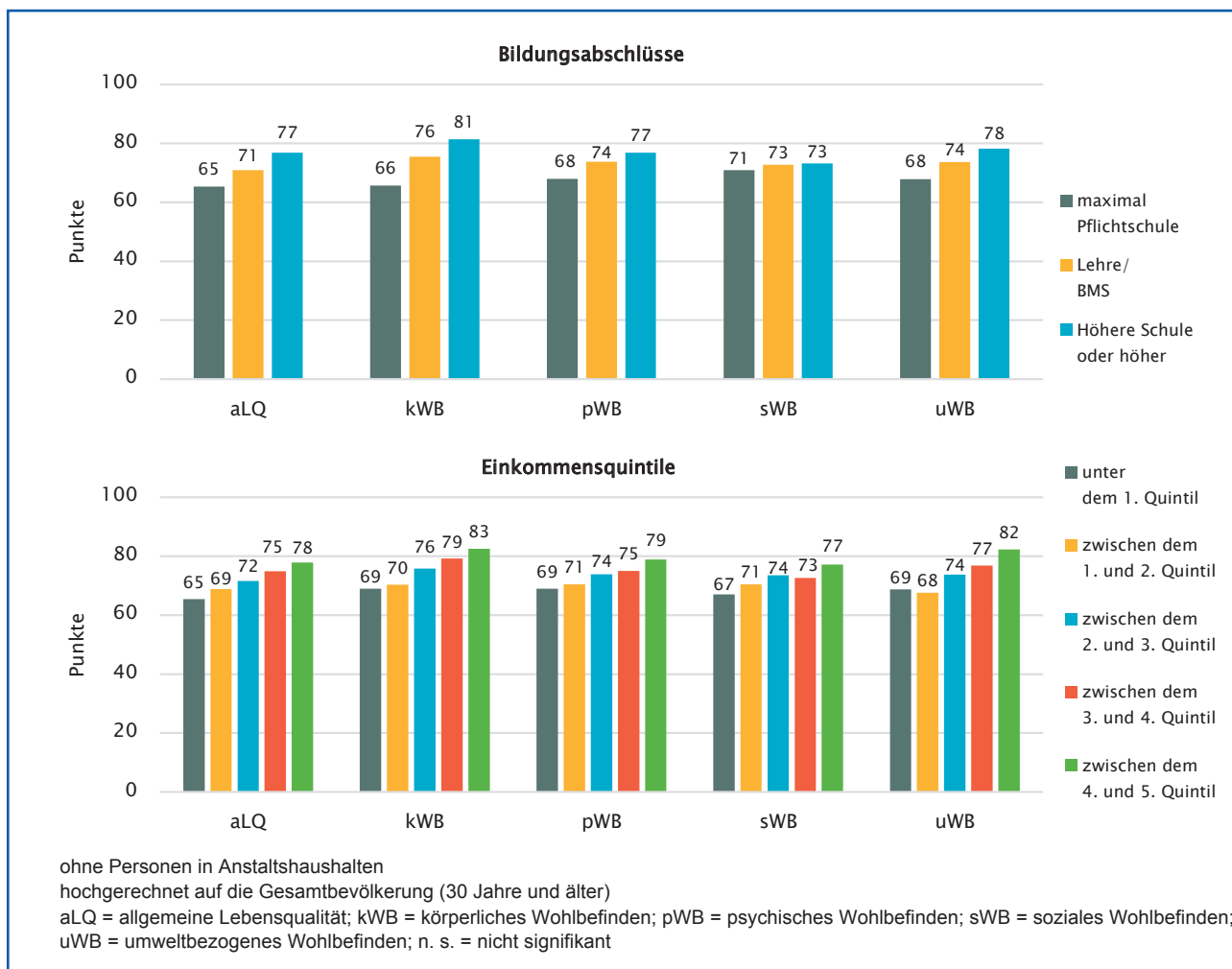
Unterschiede nach Migrationshintergrund finden sich nur bei der weiblichen Bevölkerung: Frauen mit Migrationshintergrund weisen demnach eine bessere Lebensqualität auf als Frauen ohne Migrationshintergrund (körperliches Wohlbefinden: 77 vs. 72 Punkte; psychisches Wohlbefinden: 74 vs. 69 Punkte; soziales Wohlbefinden: 76 vs. 70 Punkte; umweltbezogenes Wohlbefinden: 76 vs. 69 Punkte), ein Ergebnis, das vor allem durch den Altersunterschied der Vergleichsgruppen bedingt ist (Wienerinnen mit Migrationshintergrund sind häufiger unter 30 und seltener im Alter von 60 oder mehr Jahren).

### Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter Personen

Personen mit chronischen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen weisen erwartungsgemäß eine schlechtere Lebensqualität auf als Personen ohne chronische Gesundheitsprobleme. Noch deutlicher werden die Unterschiede, wenn gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag vorliegen: Betroffene schätzen ihre Lebensqualität (insgesamt und in allen Subdomänen) wesentlich schlechter ein als nichtbetroffene Personen. Der Unterschied nimmt dabei mit dem Grad der Einschränkung zu (s. Abbildung 3.29 auf Seite 37).

Abbildung 3.28:

Lebensqualität der Wiener Bevölkerung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Mittelwerte, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

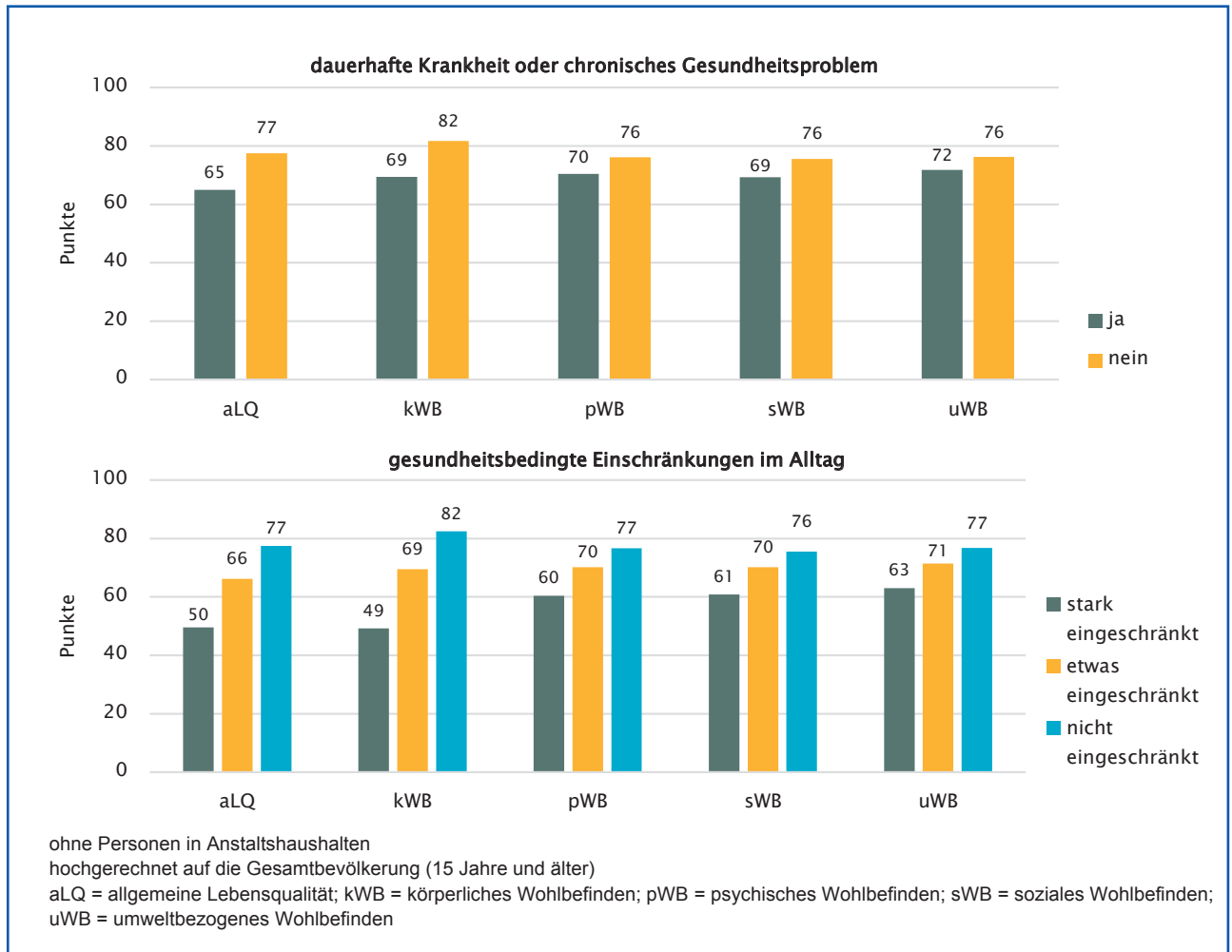
## Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen kann anhand von deren Lebenszufriedenheit eingeschätzt werden. Dabei zeigt sich, dass die 11-Jährigen im Jahr 2014 ihr Leben mit durchschnittlich 8,4 und die 15-Jährigen mit durchschnittlich 7,3 von 10 möglichen Punkten bewerteten (BL-Bandbreiten nicht verfügbar). Nennenswerte Unterschiede zwischen den Geschlechtern finden sich nur bei den 15-Jährigen (Burschen: 7,8 Punkte; Mädchen: 7,1 Punkte).

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass die Lebenszufriedenheit der 11- sowie der 15-jährigen WienerInnen zwischen 2002 und 2014 weitgehend konstant geblieben ist (s. Abbildung 3.30). Lediglich bei den 11-jährigen Mädchen konnte zwischen 2006 und 2010 eine Abnahme der Lebenszufriedenheit beobachtet werden, gefolgt von einer Zunahme zwischen 2010 und 2014.

Abbildung 3.29:

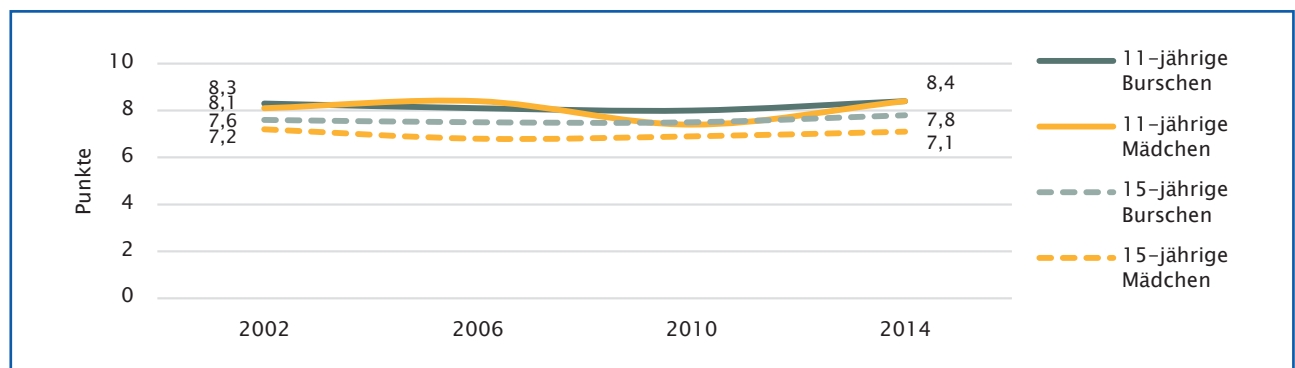
Lebensqualität chronisch kranker bzw. im Alltag gesundheitsbedingt eingeschränkter WienerInnen, Mittelwerte, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.30:

Lebenszufriedenheit 11- und 15-jähriger WienerInnen, Mittelwerte, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP – HBSC 2002, 2006, 2010 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

*Lebensqualität* ist ein multidimensionales Konzept, das sowohl körperliche und psychische als auch soziale und umweltbezogene Komponenten des Wohlbefindens abbildet. Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) wird die Lebensqualität der Bevölkerung mit dem WHOQOL-BREF1 (einem Fragebogen der WHO zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) erfasst. In diesem Fragebogen wird die Lebensqualität als eine individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen definiert (Angermeyer et al. 2000).

Der WHOQOL-BREF1 umfasst zwei globale Fragen zur allgemeinen Lebensqualität sowie 24 Fragen zu nachstehenden Bereichen:

- ▶ Körperliches Wohlbefinden (Schmerzen, Angewiesen-Sein auf medizinische Behandlungen, Mobilität, Fähigkeit, alltägliche Dinge tun zu können, Arbeitsfähigkeit, Energie für das tägliche Leben)
- ▶ Psychisches Wohlbefinden (das Leben genießen und als sinnvoll betrachten können, Konzentrationsfähigkeit, Akzeptanz des eigenen Aussehens, Zufriedenheit mit sich selbst, negative Gefühle)
- ▶ Soziales Wohlbefinden (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, mit dem Sexualleben, mit der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde)
- ▶ Umweltbezogene Lebensqualität (Sicherheitsgefühl, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Zufriedenheit mit den Beförderungsmitteln, Zugang zu relevanten Informationen, Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen)  
(Ellert/Kurth 2013; Klimont/Baldaszi 2015)

Die Lebensqualität wird auf Basis des ATHIS 2006/2007 und 2014 beschrieben (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre oder älter) und beruhen auf Selbstangaben.

Die *Lebenszufriedenheit* gibt Auskunft über die allgemeine Einschätzung des eigenen Lebens. Sie wird im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) mithilfe der Cantril-Ladder erhoben, die eine

Bewertung zwischen 0 (das schlechteste Leben, das für dich in deiner Situation möglich wäre) und 10 (das bestmögliche Leben) ermöglicht.

Die Ergebnisse in puncto Lebenszufriedenheit werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Angaben beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

## 3.6 Sterblichkeit und potenziell verlorene Lebensjahre

### 3.6.1 Gesamtsterblichkeit

In Wien sterben pro Jahr etwas mehr als 16.000 Menschen. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate (Europa-Bevölkerung 2013) lag im Jahr 2014 für Männer bei 1.292 Todesfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 1.089–1.292 Todesfälle pro 100.000 EW) und für Frauen bei 862 (BL-Bandbreite: 710–863 Todesfälle pro 100.000 EW).

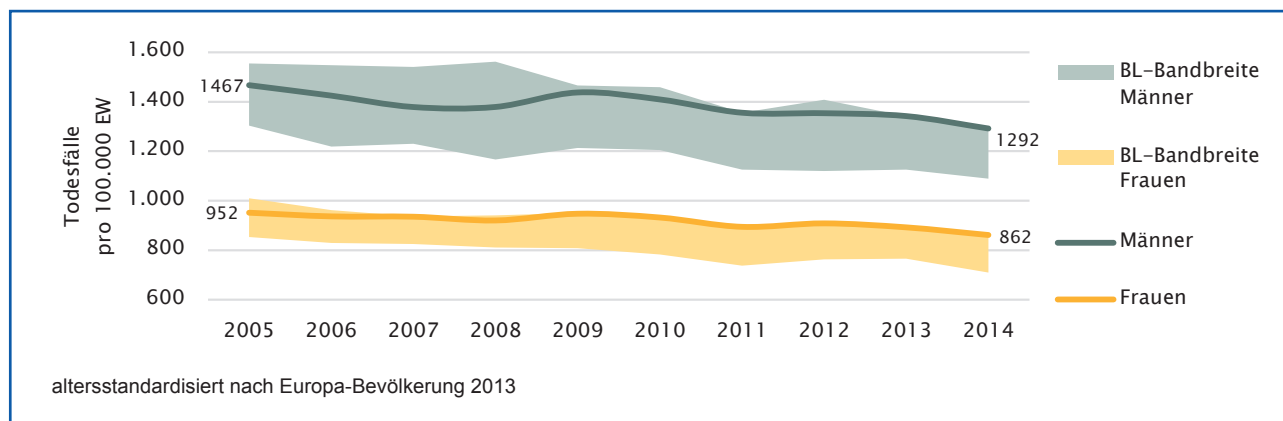
Die Mortalitätsrate zeigt in Wien wie in Österreich einen rückläufigen Trend: Innerhalb der letzten zehn Jahre ist die Sterblichkeit in Wien bei beiden Geschlechtern deutlich zurückgegangen, bei Männern um 12 Prozent, bei Frauen um 10 Prozent (s. Abbildung 3.31).

Die Mortalitätsrate der Männer überschreitet den Wert von 100 Todesfällen pro 100.000 EW (altersstandardisiert nach der Europa-Bevölkerung 2013) in der Altersgruppe der 35- bis 40-Jährigen, jene der Frauen erst in der Altersgruppe der 45- bis 50-Jährigen. Der Wert 1.000 wird bei Männern ab 60 Jahren und bei Frauen ab 65 Jahren überschritten.

Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre starben in Wien jährlich rund 70 unter 15-jährige Kinder, seit 2012 ist die Tendenz leicht sinkend. Ursachen für diese Sterblichkeit sind vor allem angeborene Krankheiten (rund 70 %).

Abbildung 3.31:

Gesamtsterblichkeit nach Geschlecht im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, Wien 2005–2014

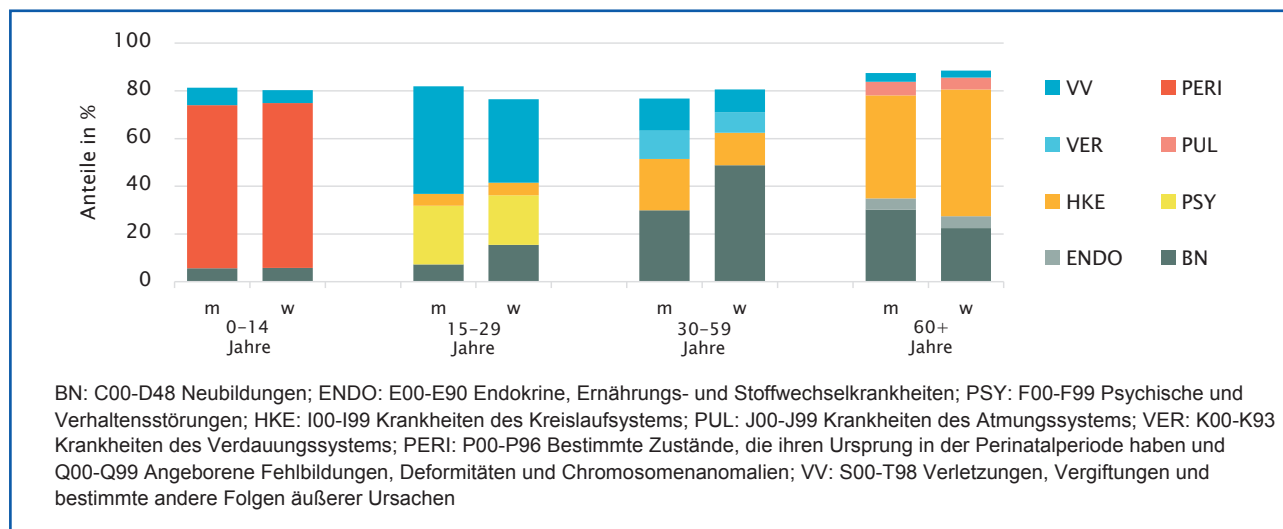


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei den 15- bis 29-Jährigen sind die mit Abstand häufigsten Todesursachen Verletzungen und Vergiftungen (45 % bei Männern und 35 % bei Frauen). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen sind es Krebserkrankungen, die am häufigsten zum Tod führen (rund 30 % der verstorbenen Männer und fast die Hälfte der verstorbenen Frauen), gefolgt von Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems. Die Altersgruppe ab 60 Jahren stirbt mehrheitlich an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (43 % der Männer und 53 % der Frauen) und an Krebserkrankungen (30 % der Männer und 23 % der Frauen; s. Abbildung 3.32).

Abbildung 3.32:

Sterblichkeit nach Geschlecht, Altersgruppen und den häufigsten Todesursachen, Wien 2005–2014



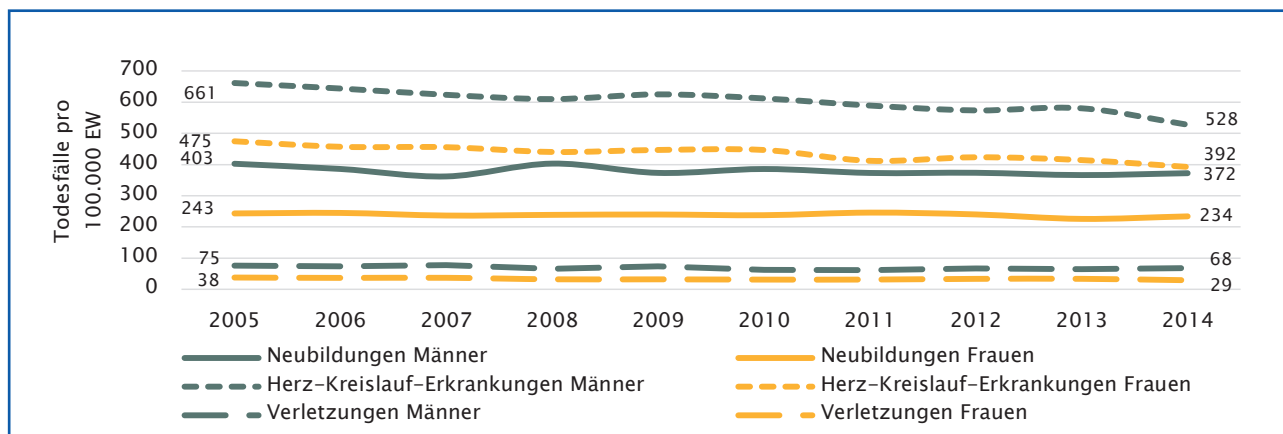
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Sterblichkeit aufgrund der drei Haupttodesursachen (auf ICD-10-Kapitelebene: Neubildungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen) ist rückläufig, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei Krebserkrankungen (s. Abbildung 3.33).



Abbildung 3.33:

Sterblichkeit der Wiener Bevölkerung aufgrund der drei häufigsten Todesursachen nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

In Analogie zur Inzidenz (s. Punkt 3.3.1) wird im Folgenden – zusätzlich zum Überblick auf ICD-10-Kapitelebene – die Sterblichkeit für ausgewählte Krebslokalisationen und für die beiden häufigsten tödlichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Trend dargestellt (s. Abbildung 3.34 und Abbildung 3.35).

### Bei Frauen

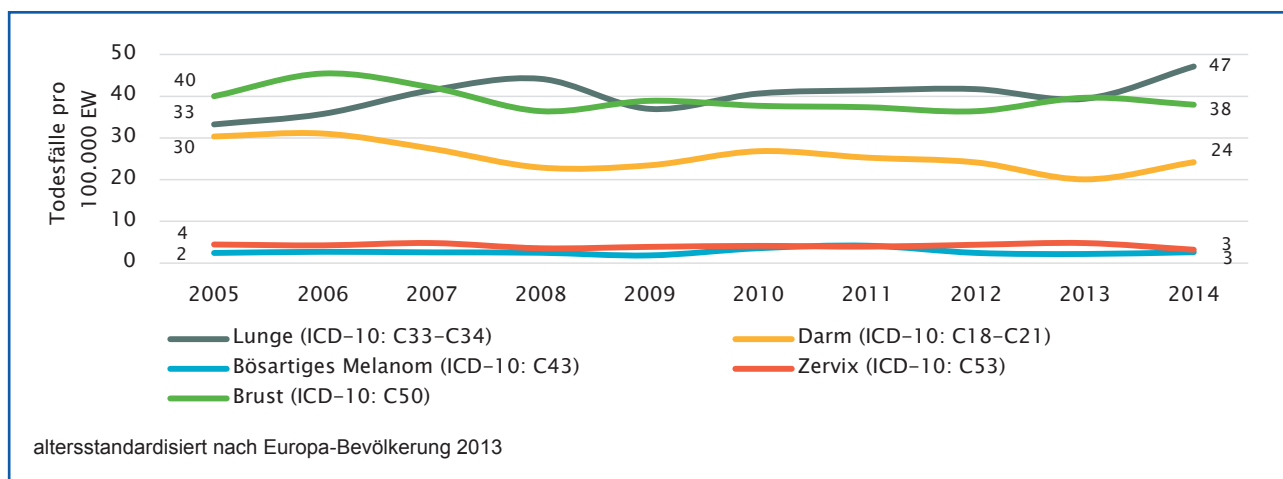
- ▶ sinkt die Mortalität aufgrund von Darmkrebs (bei sinkender Inzidenz),
- ▶ steigt tendenziell die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs (bei steigender Inzidenz) und
- ▶ bleibt die Mortalität aufgrund eines Melanoms etwa gleich (bei sinkender Inzidenz).

### Bei Männern

- ▶ ist die Mortalitätsrate bei Prostatakrebs tendenziell rückläufig und
- ▶ bei den übrigen Lokalisationen gleichbleibend.

Abbildung 3.34:

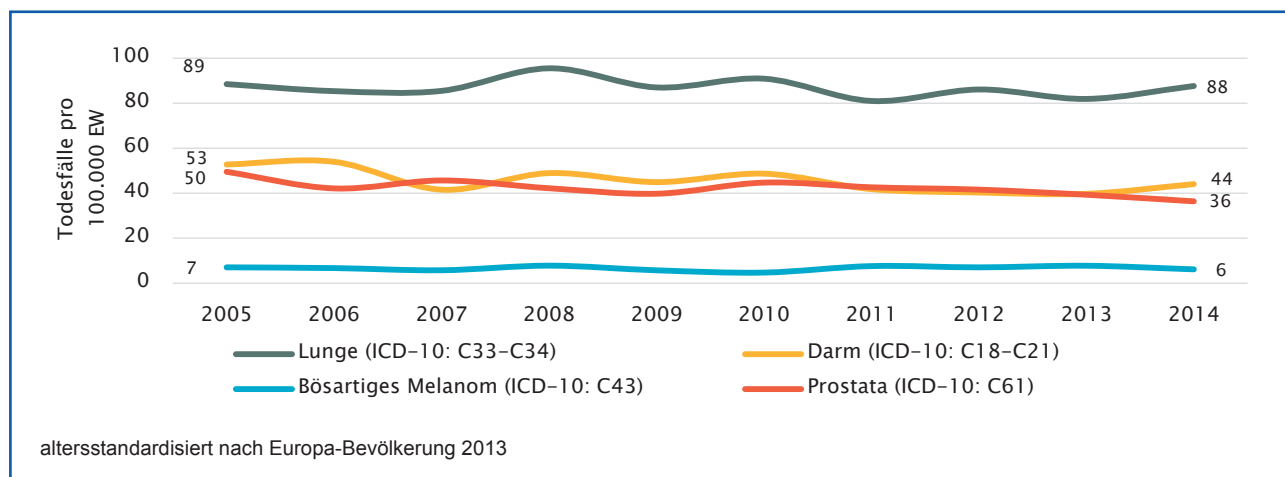
Krebssterblichkeit bei Wienerinnen für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.35:

Krebssterblichkeit bei Wienerern für ausgewählte Lokalisationen, 2005–2014

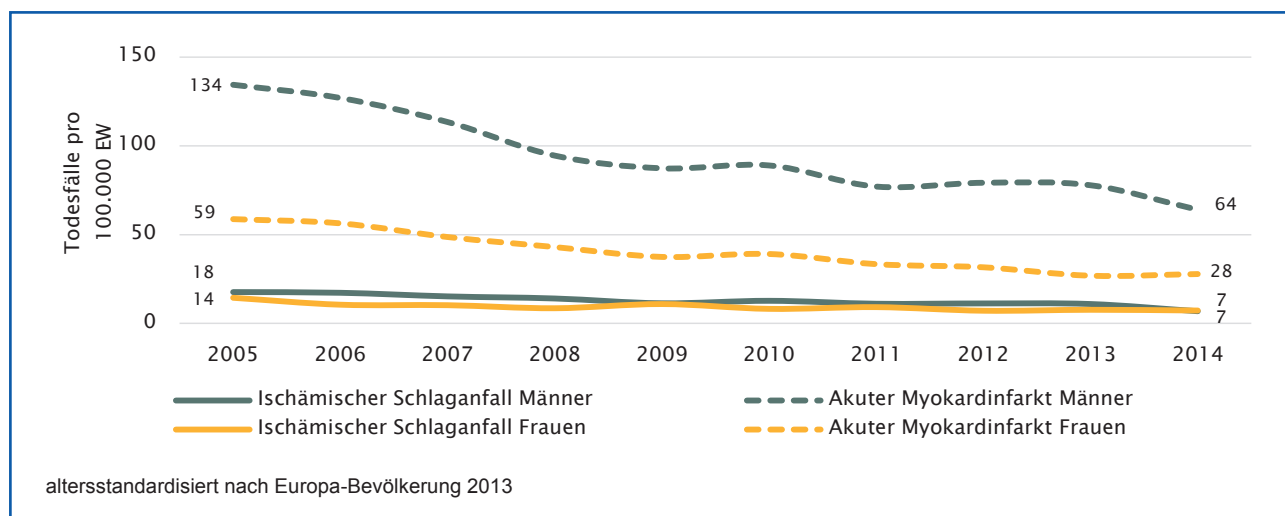


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Deutlich stärker rückläufig als die Krebsmortalität ist die Mortalität aufgrund eines akuten Myokardinfarkts, aber auch eines ischämischen Schlaganfalls, und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen (s. Abbildung 3.36).

Abbildung 3.36:

Sterblichkeit der Wiener Bevölkerung aufgrund von Myokardinfarkt bzw. ischämischem Schlaganfall nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die *Sterblichkeit* oder *Mortalität* beruht auf der Todesursachenstatistik (Statistik Austria) und ist das Pendant zur Lebenserwartung. Sie wird in der Regel als Todesfälle pro 100.000 der jeweils beobachteten Bevölkerungsgruppe angegeben und – sofern in der Auswertung nicht differenziert – alters- und geschlechtsstandardisiert berechnet.

Seit dem Jahr 2009 werden auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich – mehrheitlich Männer – erfasst.

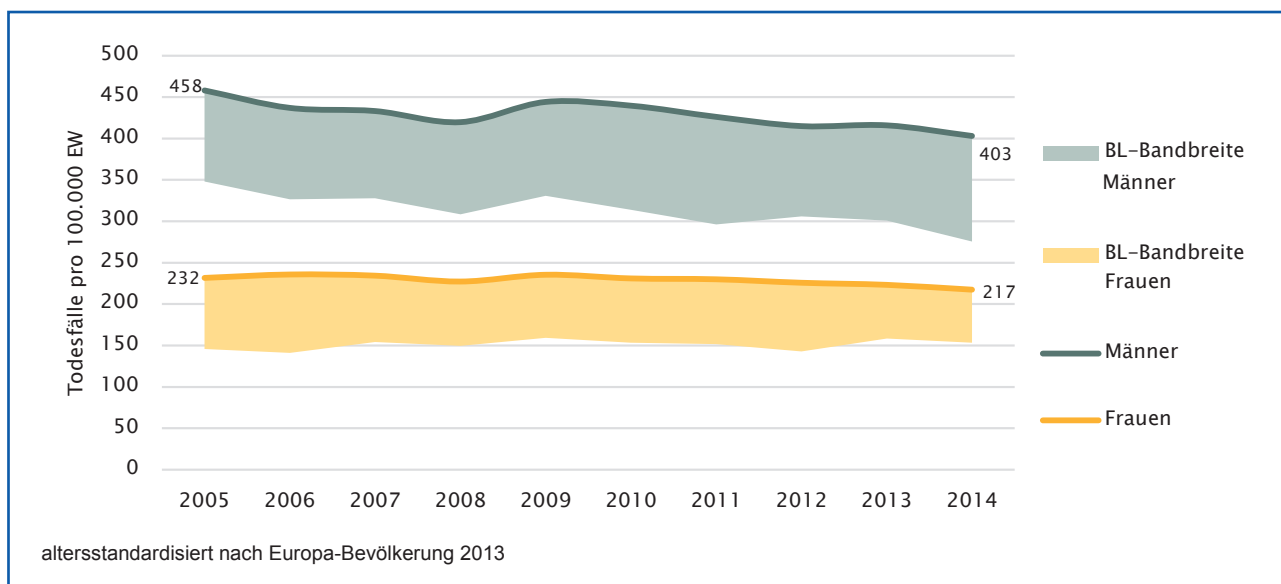
Die Daten für die Todesursachenstatistik stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Da die Obduktionsrate sinkt, spricht der Datenbereiter Statistik Austria von eventuellen Qualitätsverlusten in dieser Statistik.

## 3.6.2 Vorzeitige Sterblichkeit

Etwa 4.300 Wienerinnen und Wiener waren im Jahr 2014 gestorben, bevor sie das 70. Lebensjahr erreicht haben (vorzeitige Sterblichkeit). Die altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeit (Europa-Bevölkerung 2013) ist für Männer fast doppelt so hoch wie für Frauen. Sie lag im Jahr 2014 für Männer bei 403 (BL-Bandbreite: 276–403) und für Frauen bei 217 Todesfällen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 153–217; s. Abbildung 3.37).

Abbildung 3.37:

Sterblichkeit der unter 70-jährigen WienerInnen im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite nach Geschlecht, 2005–2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Sterblichkeitsrate bei den unter 70-Jährigen ist innerhalb der letzten zehn Jahre deutlich zurückgegangen, bei Männern um 12 Prozent und bei Frauen um 6 Prozent (s. Abbildung 3.37). Das Sinken der Gesamtsterblichkeit von Frauen (s. o.) ist also auch darauf zurückzuführen, dass weniger Frauen „vorzeitig“ (d. h. vor dem 70. Lebensjahr) sterben.

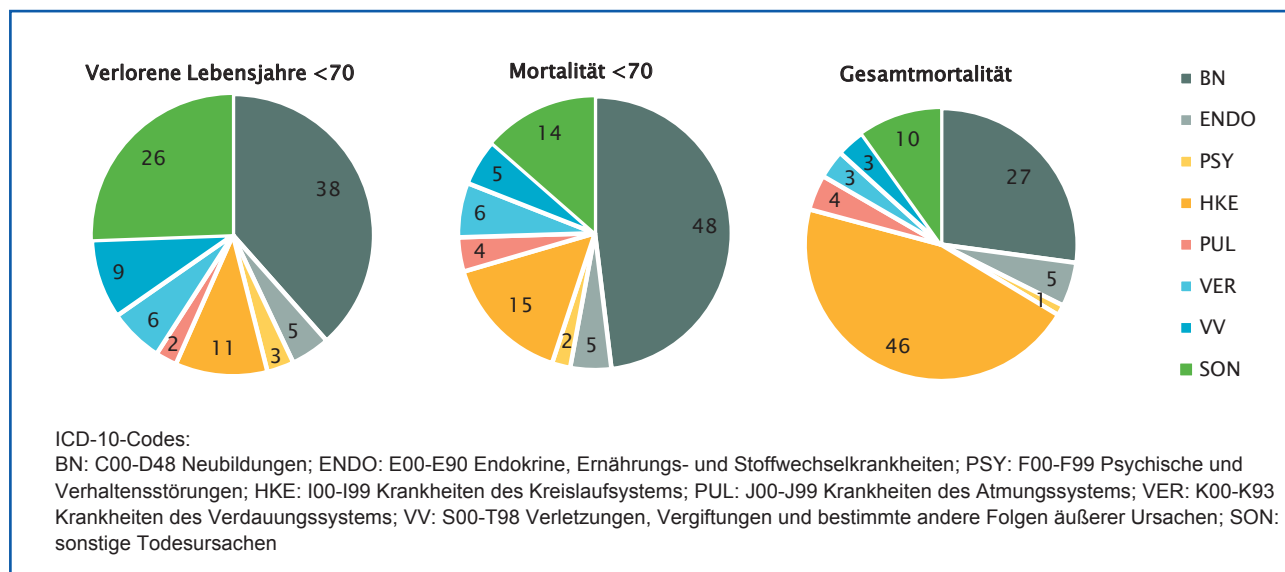
### Hauptursachen für (vorzeitige) Sterblichkeit und für verlorene Lebensjahre nach Geschlecht

Hauptursache für die *Sterblichkeit der unter 70-jährigen Wienerinnen* sind Krebserkrankungen. Beinahe die Hälfte der Frauen (48 %), die das 70. Lebensjahr nicht erreichen, stirbt an Krebs. Bei rund 15 Prozent führen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zum Tod. Dritthäufigste Todesursache von unter 70-jährigen Frauen in Wien sind Erkrankungen des Verdauungssystems (6 %). Der Anteil von Todesfällen aufgrund von Verletzungen ist mit 5 Prozent vergleichsweise gering. Zusammen machen die genannten Todesursachen rund drei Viertel aller Fälle aus. Gemessen an den *verlorenen Lebensjahren*, verlieren Krebserkrankungen etwas an Bedeutung, sind aber immer noch hauptverantwortlich für die verlorenen Lebensjahre von unter 70-jährigen Frauen in Wien (38 %). 11 Prozent der verlorenen Lebensjahre gehen auf das Konto von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 9 Prozent entfallen auf Verletzungen und 6 Prozent auf Erkrankungen des Verdauungssystems (s. Abbildung 3.38).

Bezogen auf die weibliche *Gesamtbevölkerung*, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die weitaus häufigste Todesursache von Frauen in Wien (46 %), und zwar noch deutlicher als bei Männern. Krebserkrankungen machen 27 Prozent aller Todesfälle aus, auf Verletzungen sind demgegenüber nur 3 Prozent aller Sterbefälle zurückzuführen (s. Abbildung 3.38).

Abbildung 3.38:

(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Wienerinnen nach Todesursachen, in Prozent, 2014

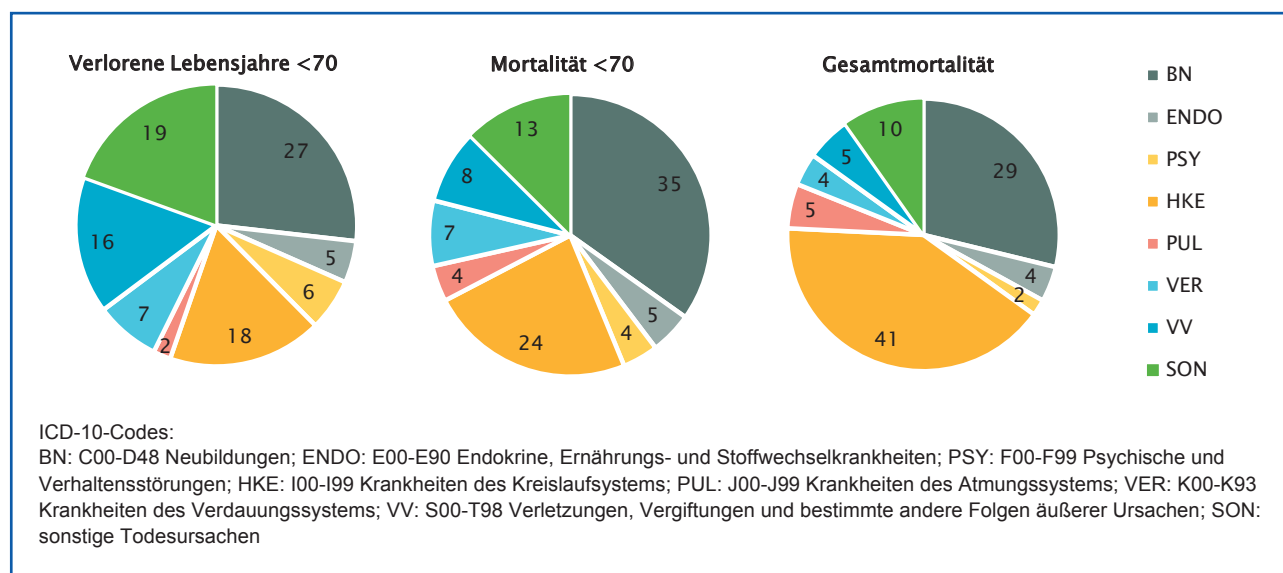


Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Hauptursachen für die *Sterblichkeit der unter 70-jährigen Wiener Männer* sind Krebserkrankungen (35 %), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (24 %), Verletzungen (8 %) und Erkrankungen des Verdauungssystems (7 %). Zusammen machen sie etwa drei Viertel aller Todesfälle aus. Ein fast ebenso hoher Anteil an verlorenen Lebensjahren ist auf diese vier Ursachen zurückzuführen, doch deren Bedeutung verschiebt sich: 27 Prozent der *verlorenen Lebensjahre* entstehen durch Krebserkrankungen, 18 Prozent durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 16 Prozent durch Verletzungen und 7 Prozent durch Erkrankungen des Verdauungssystems (s. Abbildung 3.39).

Abbildung 3.39:

(Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre bei Wienern nach Todesursachen, in Prozent, 2014



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
 Berechnung und Darstellung: GÖG

Bezogen auf die männliche *Gesamtbevölkerung*, sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die weitaus häufigste Todesursache (41 %), gefolgt von Krebserkrankungen (29 %). Auf Verletzungen sind 5 Prozent aller Sterbefälle zurückzuführen (s. Abbildung 3.39).

Verletzungen sind insbesondere bei Männern von großer Bedeutung, weil sie – wenngleich mit einer geringeren Anzahl von Todesfällen – bereits in vergleichsweise jungem Alter auftreten. Umgekehrt haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die vorzeitige Sterblichkeit und insbesondere in Bezug auf die verlorenen Lebensjahre eine geringere Bedeutung, weil sie vor allem im fortgeschrittenen Alter auftreten.

## Veränderung der vorzeitigen Sterblichkeit

Langfristig, über mehrere Jahrzehnte betrachtet, zeigt sich in Wien wie in ganz Österreich ein außerordentlich starker Rückgang der HKE-Sterblichkeit vor dem 70. Lebensjahr (im Jahr 1980 war die Rate fast dreimal so hoch wie 2004), und auch die vorzeitige Krebssterblichkeit hat zwischen 1980 und 2004 deutlich abgenommen (–18 %). Seither sind die Veränderungen vergleichsweise gering und können wie folgt zusammengefasst werden:

### Männliche Bevölkerung

- ▶ **Mortalität:** Die Bedeutung von Krebs hat sich kaum verändert, jene von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems sinkt. Die Todesursachen werden folglich vielfältiger.
- ▶ **Verlorene Lebensjahre:** Die Bedeutung von Krebs steigt, Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und des Verdauungssystems nehmen in ihrer Bedeutung ab.

### Weibliche Bevölkerung

- ▶ **Mortalität:** Die Bedeutung von Krebs ist etwas gestiegen, tödliche Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Verletzungen werden seltener.
- ▶ **Verlorene Lebensjahre:** Die Veränderung entspricht der Entwicklung der Mortalität.

## Definitionen und Daten

Die vorzeitige *Sterblichkeit* gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an. Je nach Lebenserwartung können unterschiedliche Altersgrenzen für die Berechnung dieses Indikators angesetzt werden. Im vorliegenden Bericht beschreibt sie die Sterblichkeit der unter 70-Jährigen. Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich Unklarheiten bezüglich der Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

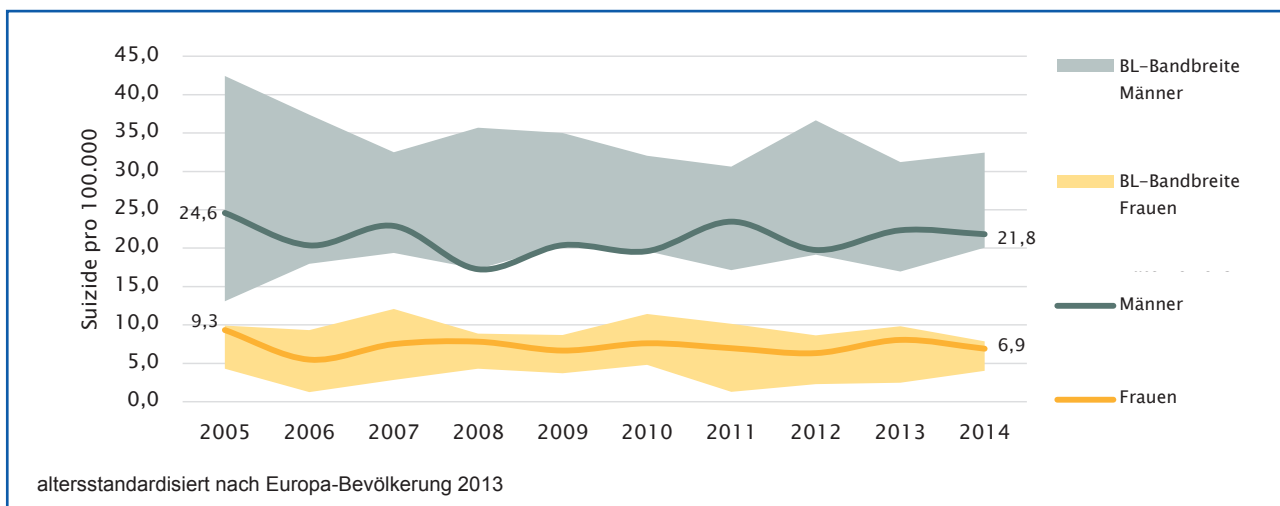
Auch die *verlorenen Lebensjahre* (*Potential Years of Life Lost – PYLL*) sind ein Maß für vorzeitige Sterblichkeit. Dieser Indikator berücksichtigt zusätzlich das Alter des vorzeitigen Todesfalls, indem die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier: 70 Jahre) verblieben wären, gewichtet werden. Dadurch fallen etwa Unfall-Todesfälle mehr ins Gewicht als Herz-Kreislauf-Todesfälle, weil sie in jüngerem Alter häufiger auftreten.

### 3.6.3 Suizid

In Wien begehen rund 220 Menschen pro Jahr Suizid. Rund 70 Prozent davon sind männlich. Die Suizidrate betrug im Jahr 2014 bei Männern (altersstandardisiert nach der Europa-Bevölkerung 2013) 22 Todesfälle pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 20–33 pro 100.000 EW) und bei Frauen 7 Todesfälle (BL-Bandbreite: 4–8 pro 100.000 EW). Zuletzt – im Jahr 2015 – lag die Suizidrate von Männern bei 19 und von Frauen bei 7 Todesfällen pro 100.000 EW (s. Abbildung 3.40).

Abbildung 3.40:

**Suizidrate in Wien im Vergleich zur Bundesländer-Bandbreite, nach Geschlecht, 2005–2014**



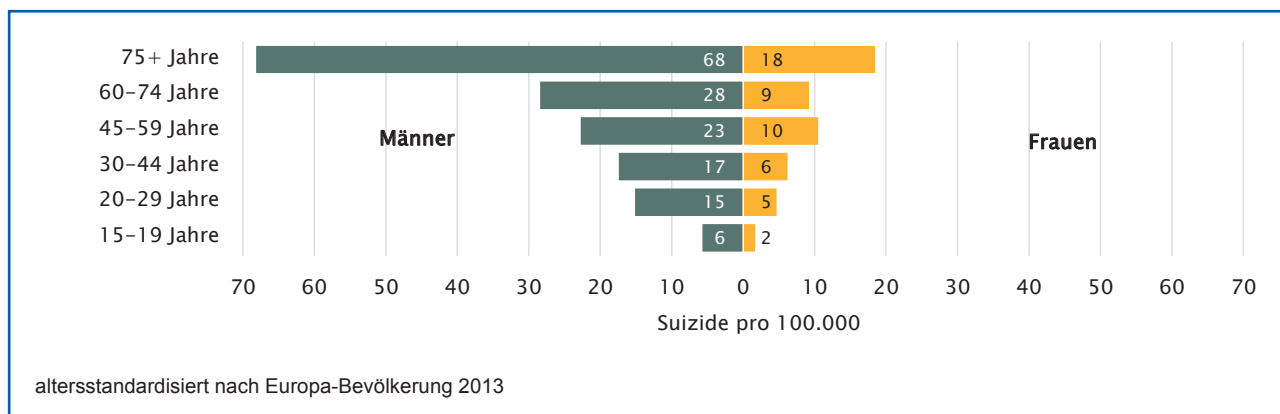
Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Langfristig ist die Suizidrate deutlich rückläufig, sie hat sich in Wien seit Anfang der 1980er-Jahre etwa halbiert. Seit 2006 ist die Rate bei Frauen weitgehend gleich geblieben. Im Trend der letzten 10 Jahre begingen Männer in Wien seltener Suizid als in den meisten anderen Bundesländern, bei den Frauen lag Wien meist im Mittelfeld und in manchen Jahren etwas darüber (s. Abbildung 3.40).

Die Gefahr eines Suizids steigt mit zunehmendem Alter, wenngleich bei Jugendlichen der Suizid eine der häufigsten Todesursachen darstellt. Insbesondere ältere Männer haben ein sehr hohes Suizidrisiko. In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen begingen im Zeitraum 2005–2014 fast 70 von 100.000 Wiener Männern Suizid, während es bei den gleichaltrigen Frauen 18 waren (s. Abbildung 3.41).

Abbildung 3.41:

**Suizidrate in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2005–2014**



Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2005–2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

In puncto Suizidversuche liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. nicht entsprechend dokumentiert werden und auch nicht zwingend zu einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem führen. Doch internationale Studien gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das 10- bis 30-Fache übersteigt (De Munck et al. 2009; Flavio et al. 2013; Kölves et al. 2013). Demnach kann für Wien von etwa 2.200 bis 6.600 Suizidversuchen pro Jahr ausgegangen werden. Im Gegensatz zu den vollzogenen Suiziden kommen Suizidversuche und -gedanken häufiger bei Frauen als bei Männern vor (Canetto/Sakinofsky 1998).

## Definitionen und Daten

Suizid wird in der Todesursachenstatistik unter dem ICD-10-Code X60-X84 dokumentiert. Die Rate ist vermutlich unterschätzt, weil nicht alle Suizide als solche erkannt werden. In manchen Kulturkreisen wird Suizid aus religiösen Gründen verheimlicht (Stuckler/Basu 2014).



## **Kapitel 4**