

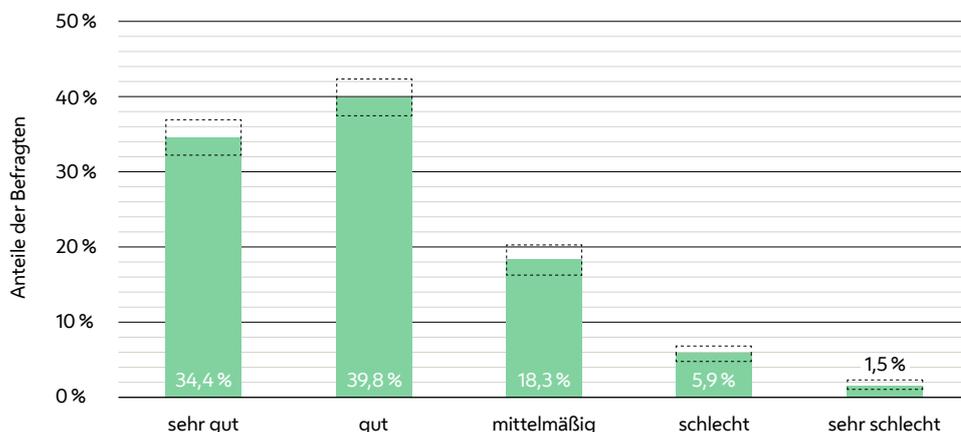
Gesundheitszustand

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 %

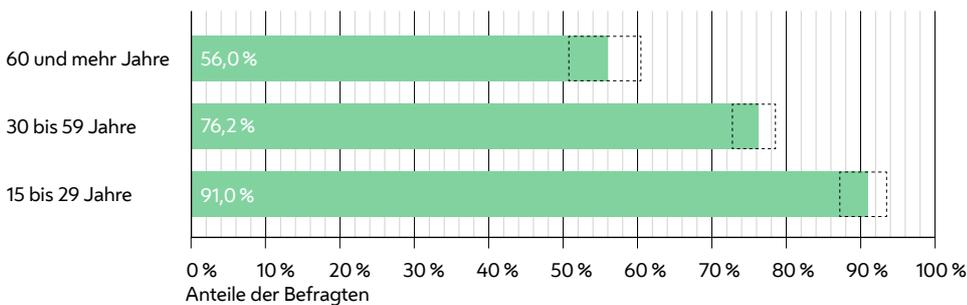
Quellen: ATHIS (2014, 2019), EU-SILC (2021, 2022)

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

gesamtoesterreichischen 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 wurde¹⁰. 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.

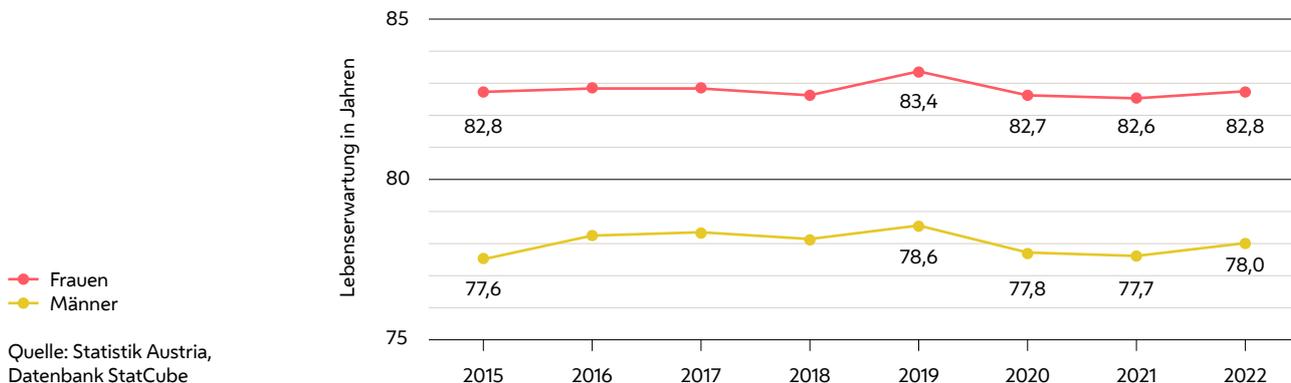
Im COVID-19-Pandemiejahr 2020 zeigte sich hingegen ein anderes Bild. Wie in allen Bundesländern lag die durchschnittliche Lebenserwartung 2020 in Wien mit 82,72 Jahren bei Frauen (> BL-Bandbreite: 82,72 – 84,51) und 77,84 Jahren bei Männern (BL-Bandbreite: 77,84 – 80,18) unter der des Jahres 2019. Der 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 1970¹¹. Auch in den Jahren der Wirtschafts- und Finanzkrise von 2008 bis 2009 fiel er jeweils geringer aus.

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

¹¹ 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



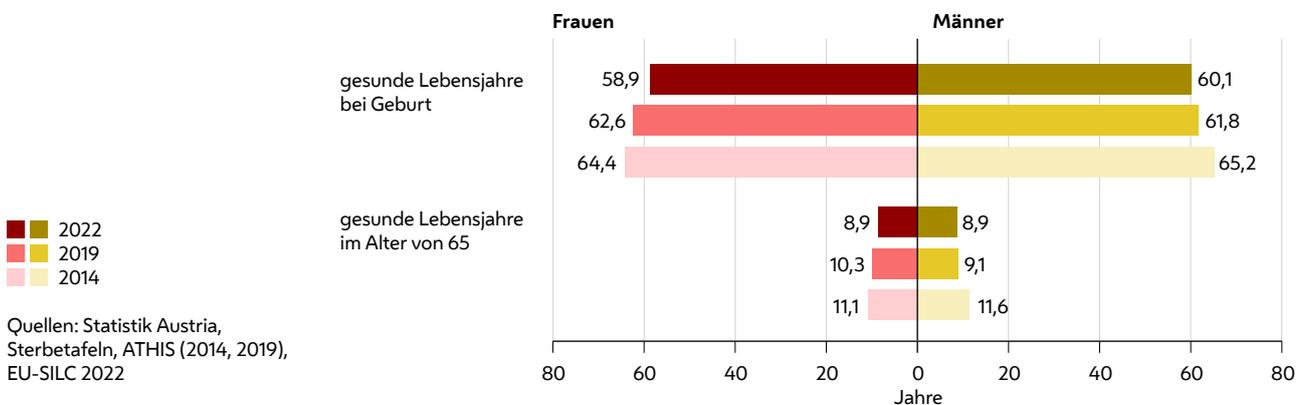
LEBENSERWARTUNG IN GESUNDHEIT

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 verbracht¹². 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
Frauen	(sehr) gut	58,9	61,6	62,6	64,7	64,4	66,6
	mittelmäßig	16,3	16,0	13,6	14,4	18,2	17,1
	(sehr) schlecht	7,6	6,2	6,5	4,9		
Männer	(sehr) gut	60,1	60,7	61,8	63,1	65,2	65,9
	mittelmäßig	11,8	12,7	11,6	11,9	12,5	13,0
	(sehr) schlecht	6,1	5,7	4,8	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 beobachten¹³. 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.

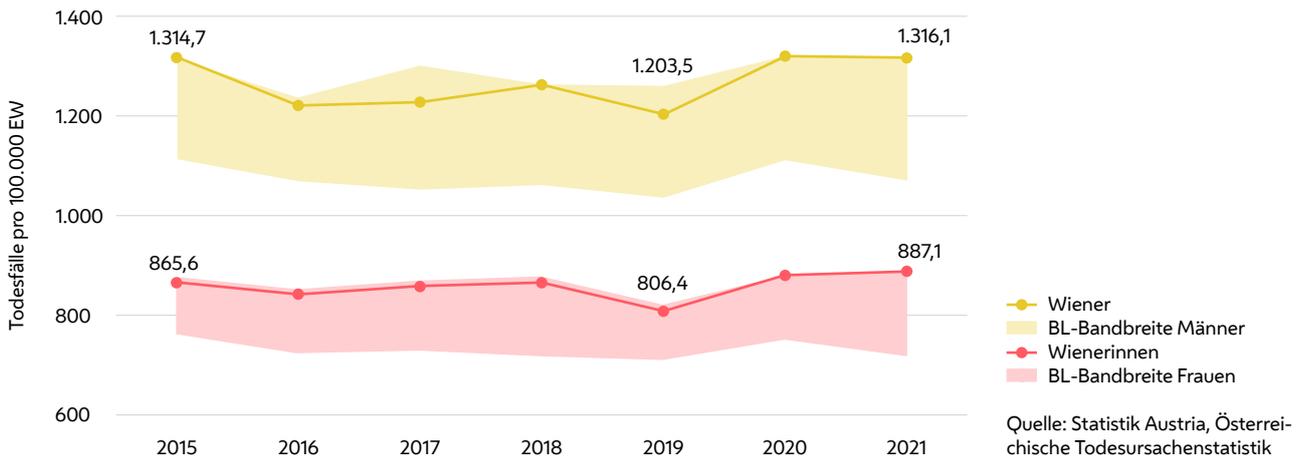
Zu diesem Zweck gibt es **altersstandardisierte Sterberaten**. Auch sie werden von der Statistik Austria regelmäßig publiziert. Ihre Berechnung erfolgt auf Basis der europäischen Standardbevölkerung 2013¹⁴, deren Altersstruktur die Referenz bildet, an die die rohen Sterberaten aller miteinander verglichenen Länder angepasst werden. Die altersstandardisierten Sterberaten sind zurückgehend bis zum Jahr 1970 für alle Bundesländer in Tabellenform zugänglich¹⁵. Sie bilden die Grundlage der Darstellung in Abbildung 9.

13 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

15 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)¹⁶. 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 sind¹⁷.

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.

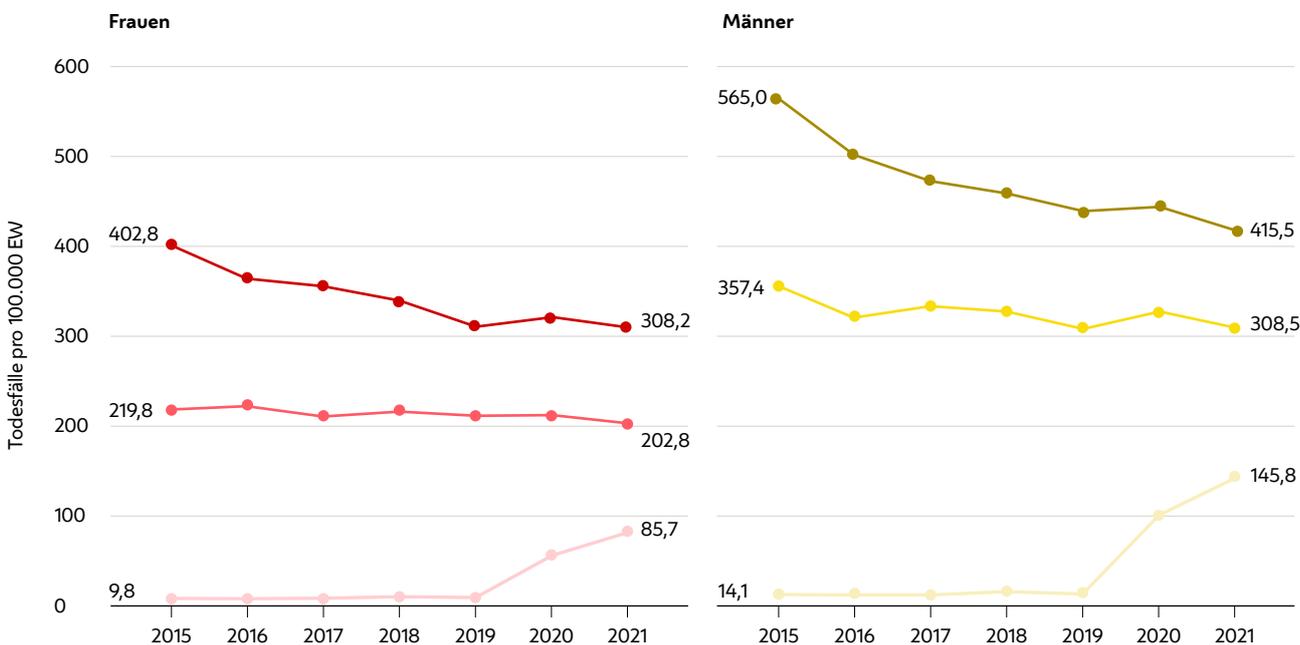
Für **Kreislauf-Krankheiten** und **Neubildungen** ist altersstandardisiert ein fast durchgängiger Rückgang der Mortalität seit zumindest 2015 zu beobachten. Dieser war bei Männern in beiden Todesursachengruppen etwas stärker als bei Frauen.

¹⁶ 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.

¹⁷ Vergleiche dazu die Aufschlüsselung dieser Zahlen im Bericht „Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien“ (Stadt Wien 2020, 34f), verfügbar auf wien.gv.at/gesundheit/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**.

- Herz-Kreislauf-Krankheiten (I00-I99)
- Neubildungen (C00-D48)
- infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99, U07-U10)

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
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	5.924	31.403	355,5	342,5	308,5	415,5
akuter Myokardinfarkt (I21-I22)	638	4.301	37,6	46,5	21,8	59,5
zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)	784	4.545	47,2	49,2	45,4	48,7
sonstige ischämische Herzkrankheiten (I20, I23-I25)	1.833	8.160	109,9	88,9	84,8	147,1
andere Herzkrankheiten (I30-I33, I39-I51)	906	6.288	54,5	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.

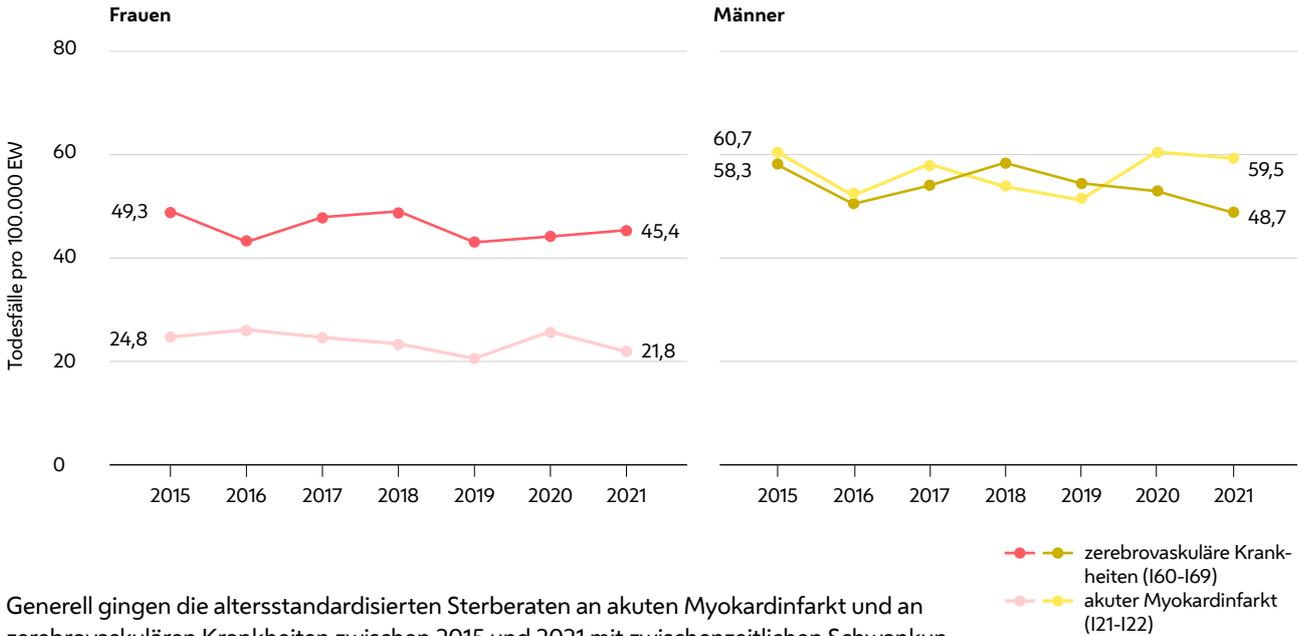
Betrachtet man einzelne, enger gefasste Krankheitsbilder, wie den > **Myokardinfarkt** (I21-I22, akut und > rezidivierend) oder > **zerebrovaskuläre Krankheiten** (I60-I69, typischerweise Schlaganfälle und Hirninfarkte), sieht die Lage etwas anders aus. So liegt in Wien die Myokardinfarkt-Sterberate 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 > ischämischen¹⁸ 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.

¹⁸ 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) zusammengefasst¹⁹. 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) zusammengefasst²⁰. 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.

¹⁹ Zu diesen zählen u.a. Angina Pectoris, Koronarthrombosen und andere koronare Herzkrankheiten.

²⁰ 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

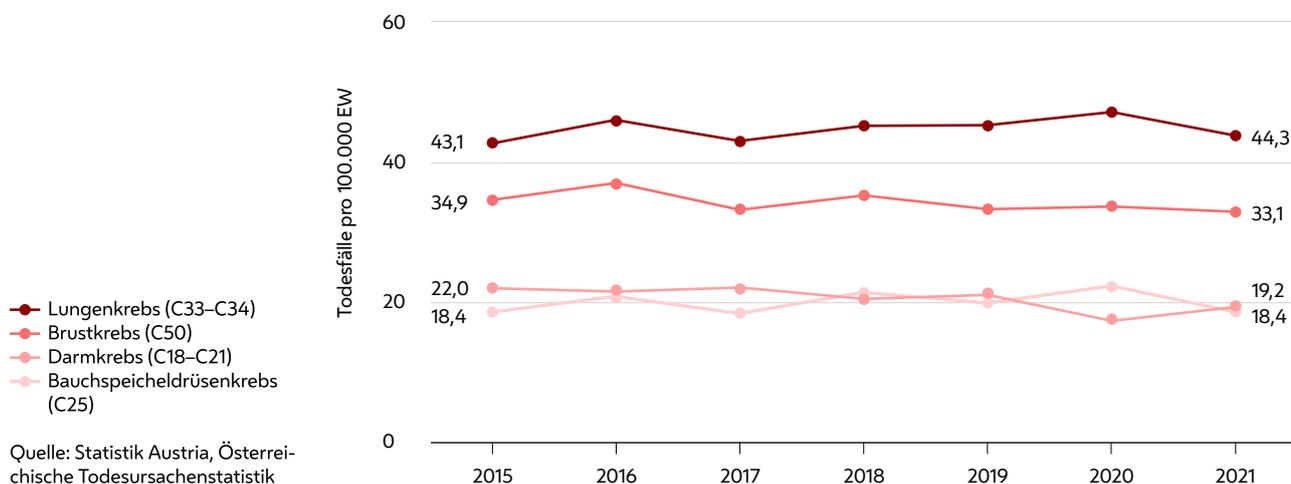
	Wien absolut	Ö absolut	Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW	Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW	Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen	Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer
alle bösartigen Neubildungen (BN)	4.069	20.701	238,0	224,2	197,0	299,6
BN der Luftröhre, Bronchien und 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).

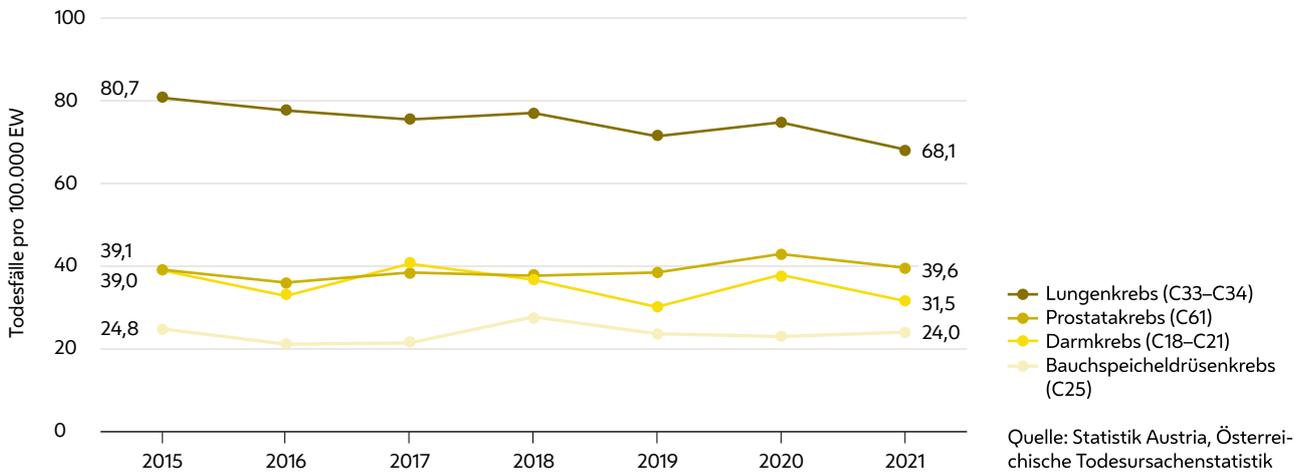
Es ist zu erkennen, dass die Mortalität aufgrund von **Lungenkrebs** bei Männern seit 2015 deutlich zurückgegangen ist. Bei Frauen blieb sie in etwa stabil, der Geschlechterunterschied hat sich somit verringert. Bei den **geschlechterspezifischen Krebsarten** zeigt sich ein gemischtes Bild. Während die 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.

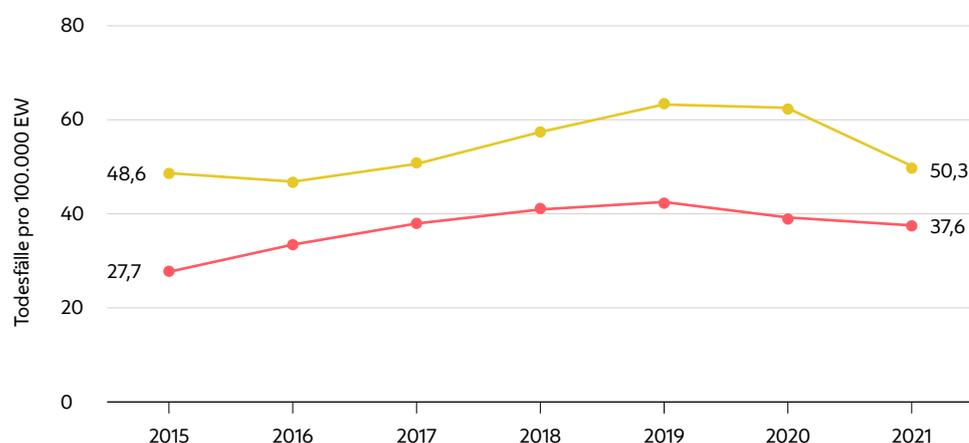
Tab. 6: Todesursache Krankheiten der Atmungsorgane (J00-J99), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021

	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.

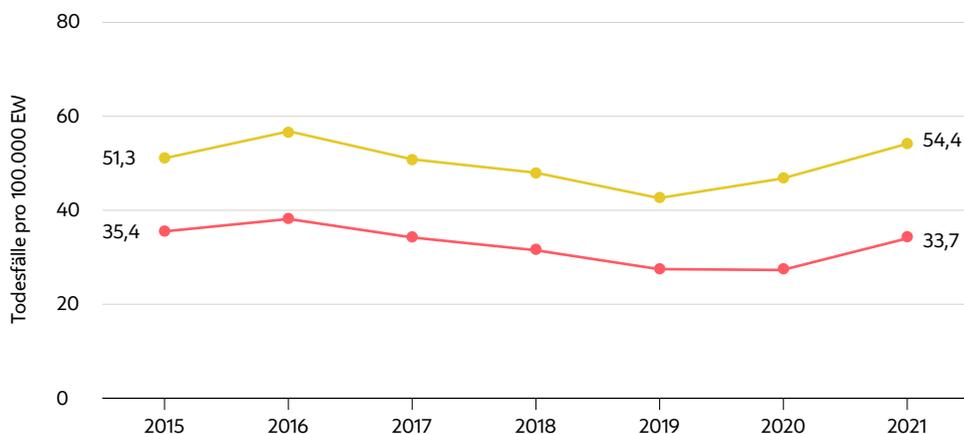
Tab. 7: Todesursache Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90), nach Geschlecht, Wien und Österreich, 2021

	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
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	976	4.588	57,8	49,8	47,7	71,9
Diabetes mellitus (E10-E14)	703	3.279	42,2	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 Ebene²¹. Der Fokus dieses Berichts liegt hingegen auf der Jahresbetrachtung. Die finalen Mortalitätszahlen der Gesamtjahre 2020 und 2021 liegen in der Österreichischen Todesursachenstatistik vor²². In Tab. 8 sind sie für Wien und ganz Österreich wiedergegeben.

21 Zum Beispiel unter orf.at/corona/daten/bundeslaender; derstandard.at/story/2000134560879/aktuelle-zahlen-coronavirus-oesterreich-weltweit

22 Nach Impfstatus: 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
alle Infektionskrankheiten						
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
davon COVID-19 (U07)						
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 Herzkrankheiten²³ (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 Thema²⁴.

²³ 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

²⁴ statistik.at/fileadmin/announcement/2022/05/20220303Todesursachen2021.pdf, S. 8.

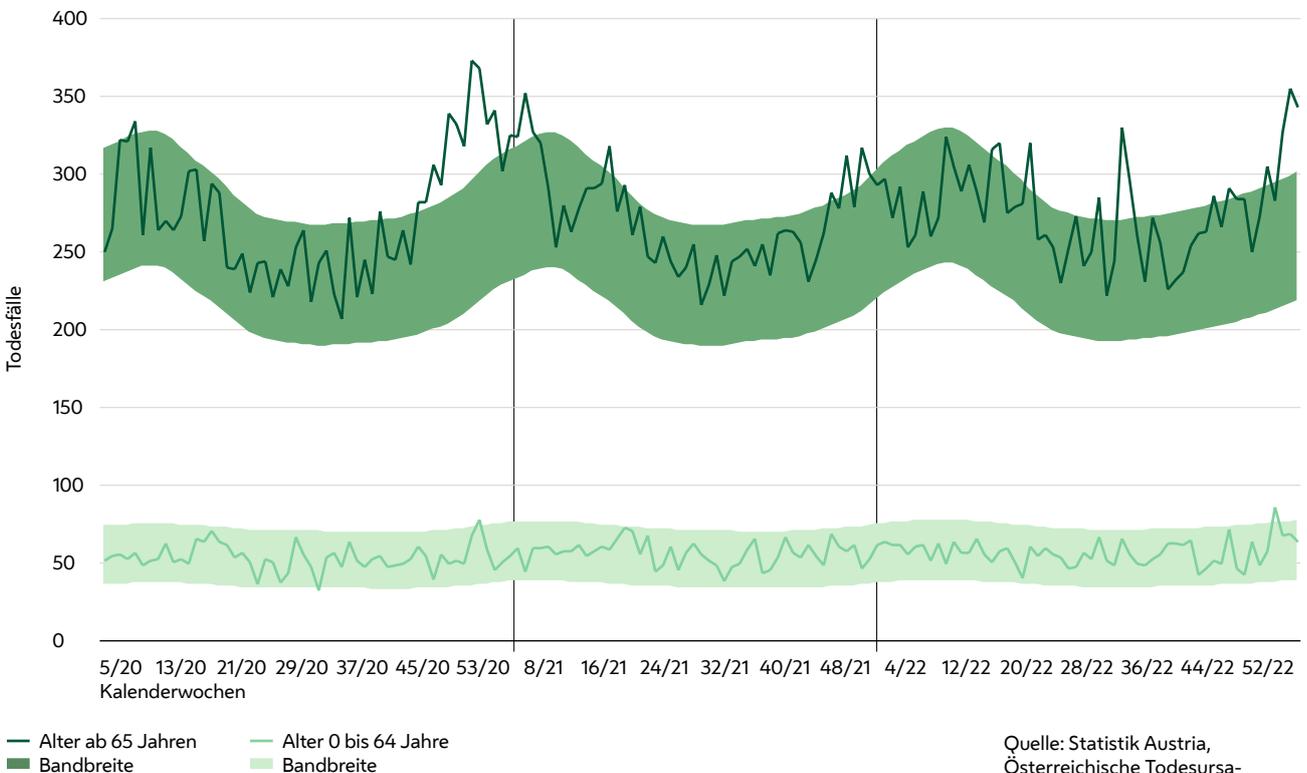
Dort ist zu sehen, dass der überwiegende Teil der in Österreich offiziell auf COVID-19 zurückgeführten Todesfälle jeweils gegen Ende der Jahre 2020 und 2021 auftrat. Dies waren auch jene Perioden, in denen die zweite und dritte große Infektionswelle („Herbstwellen“) das Land erfassten. Die erste Herbstwelle 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**²⁵.

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/

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 ausmachen²⁶. 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

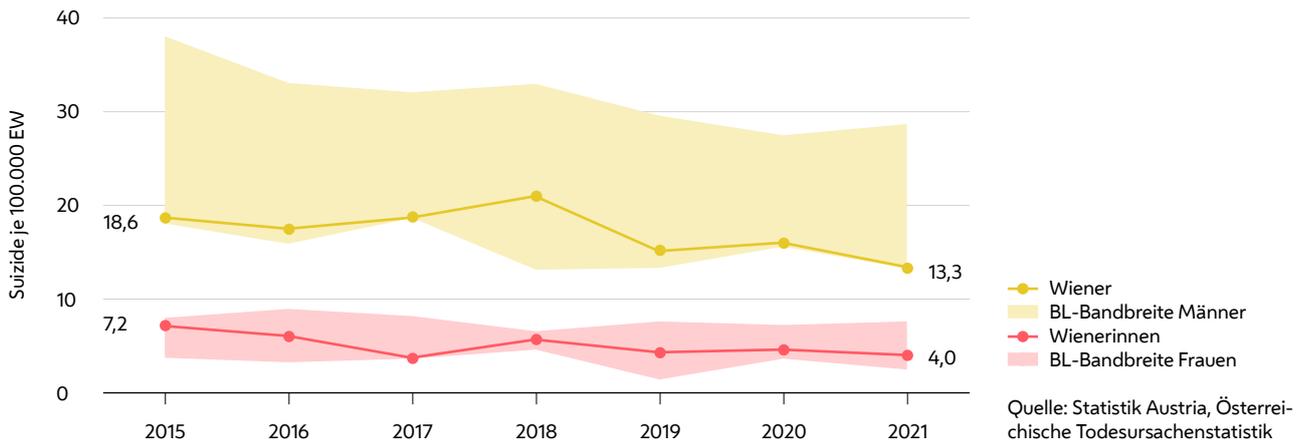
	Wien absolut	Ö absolut	Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW	Ö altersstandardisiert, je 100.000 EW	Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Frauen	Wien altersstandardisiert, je 100.000 EW, Männer
alle Verletzungen und Vergiftungen	808	4.864	44,8	52,9	29,2	66,3
Unfälle (V01-X59, Y85-Y86)	394	2.855	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.

²⁶ 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 Krankheit²⁷.

²⁷ 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 2019	Ö 2019	Wien 2014	Ö 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.

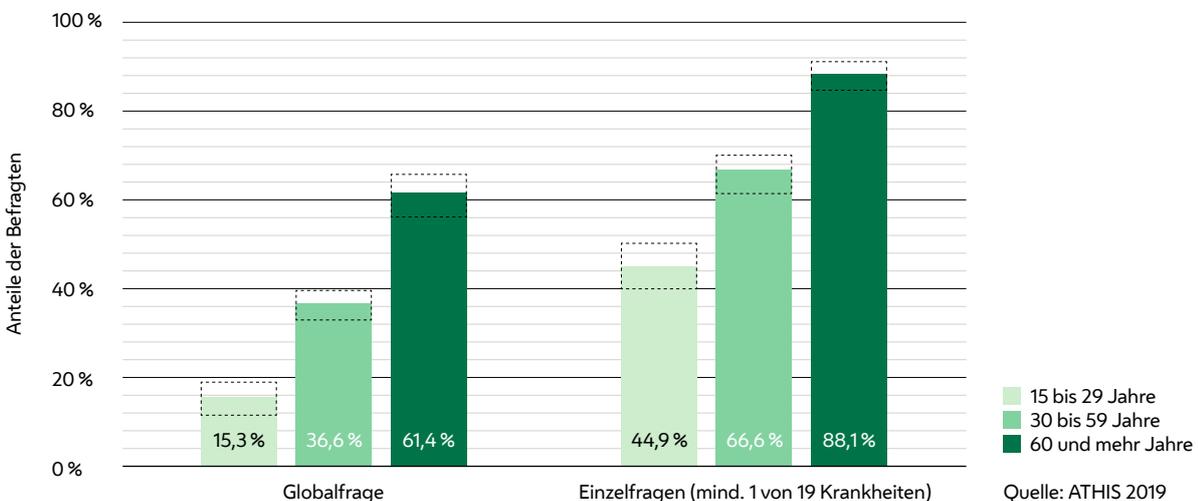
In Wien weichen die Anteile nicht signifikant von den österreichweiten Werten ab. Der Anstieg von 2014 bis 2019 liegt zum Teil daran, dass zwei neue Erkrankungen (erhöhte Cholesterinwerte, Blutfette und Triglyceride sowie Krebs) in die Liste aufgenommen wurden. Sonst hätte der Anstieg nur 3,2 statt 6,2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

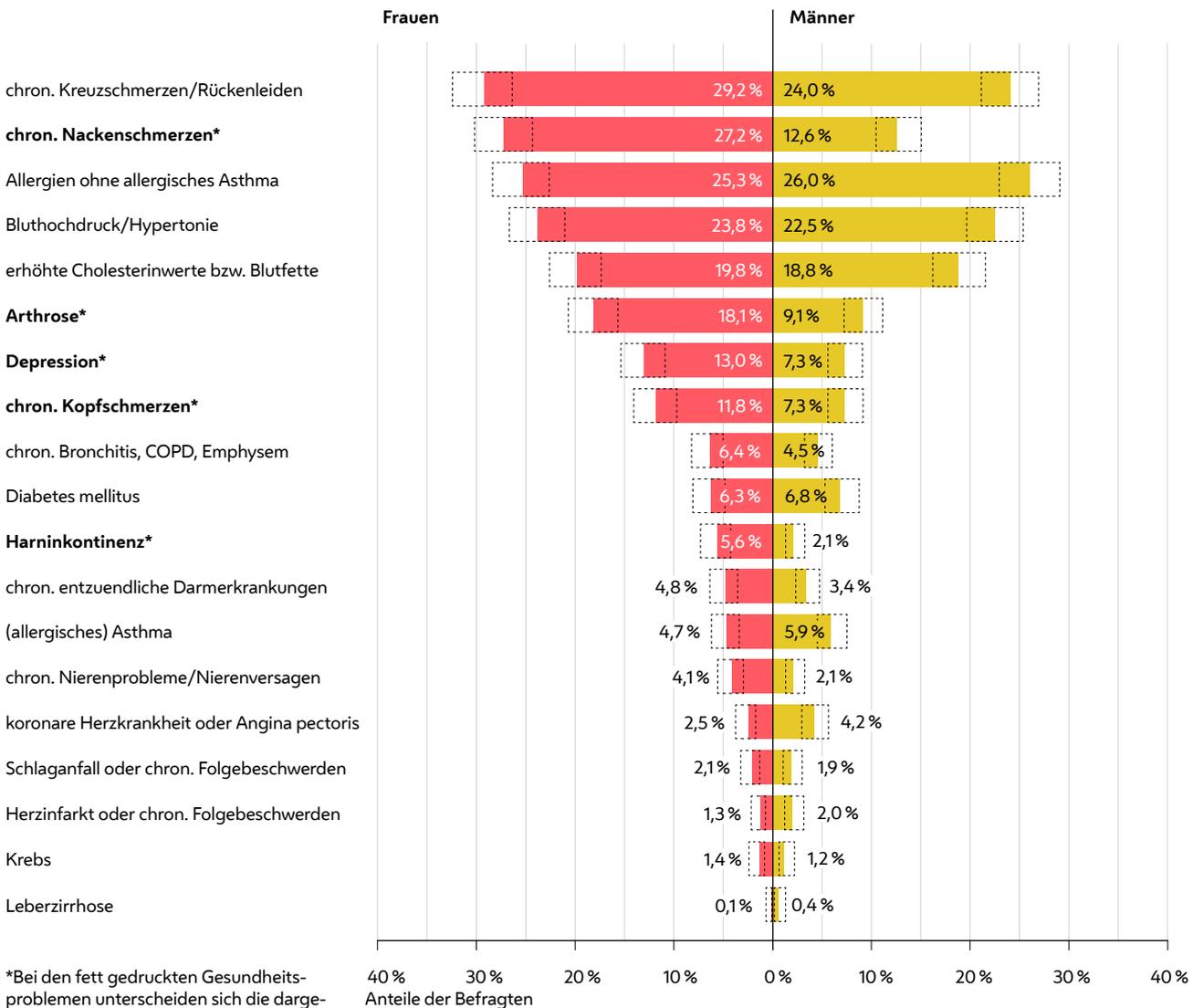
Einzelne chronische Gesundheitsprobleme und Geschlecht

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, heraus²⁸. 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 2019	Ö 2019	Wien 2014	Ö 2014	Wien 2006/07	Ö 2006/07
ischämische Herz-Kreislauf-Krankheiten	5,0 %	5,4 %	2,4 %	3,4 %	-	-
umfassen						
<i>Herzinfarkt oder chronische Beschwerden infolge eines Herzinfarkts</i>	1,6 %	1,7 %	0,7 %	1,0 %	2,5 %	2,1 %
<i>koronare Herzkrankheit oder Angina Pectoris</i>	3,3 %	3,2 %	1,4 %	2,2 %	-	-
<i>Schlaganfall oder chronische Beschwerden infolge eines Schlaganfalls</i>	1,3 %	1,5 %	0,7 %	0,8 %	2,1 %	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 verzeichnen²⁹. Am häufigsten angegeben wurde „koronare Herzkrankheit oder Angina Pectoris“ mit einer Prävalenz von 3,3 %, gefolgt von Herzinfarkt (1,6 %) und Schlaganfall (1,3 %).

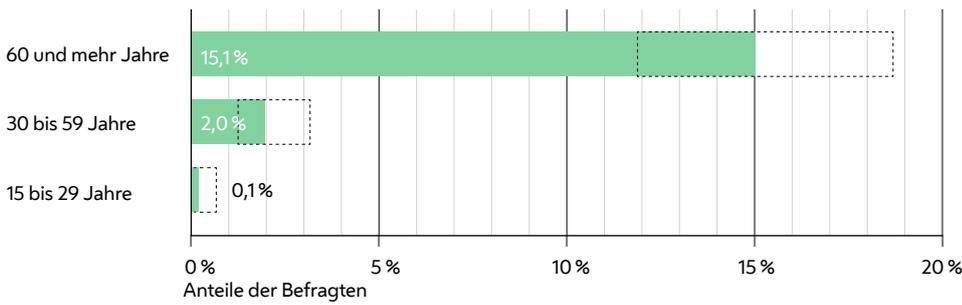
Bei keiner der abgefragten Herz-Kreislauf-Krankheiten unterscheiden sich die Angaben von Frauen und Männern signifikant voneinander (Abb. 10). Es gibt hingegen sehr wohl Prävalenzunterschiede hinsichtlich der **Altersgruppen**. Sie sind in Abbildung 20 dargestellt.

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.

²⁸ 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).

²⁹ 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

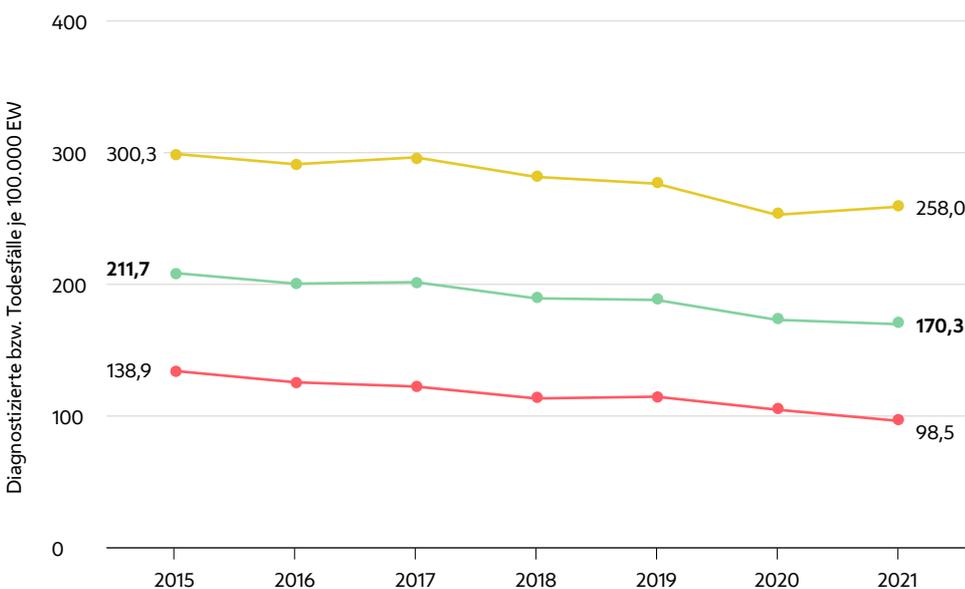
Die hohe Prävalenz ischämischer Herz-Kreislauf-Krankheiten bei älteren Menschen wird (wie für alle Erkrankungen in diesem Kapitel) weiter unten noch einmal aufgegriffen und auf Basis der hierzu spezialisierten Datenquelle (SHARE) zusammenfassend dargestellt.

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)

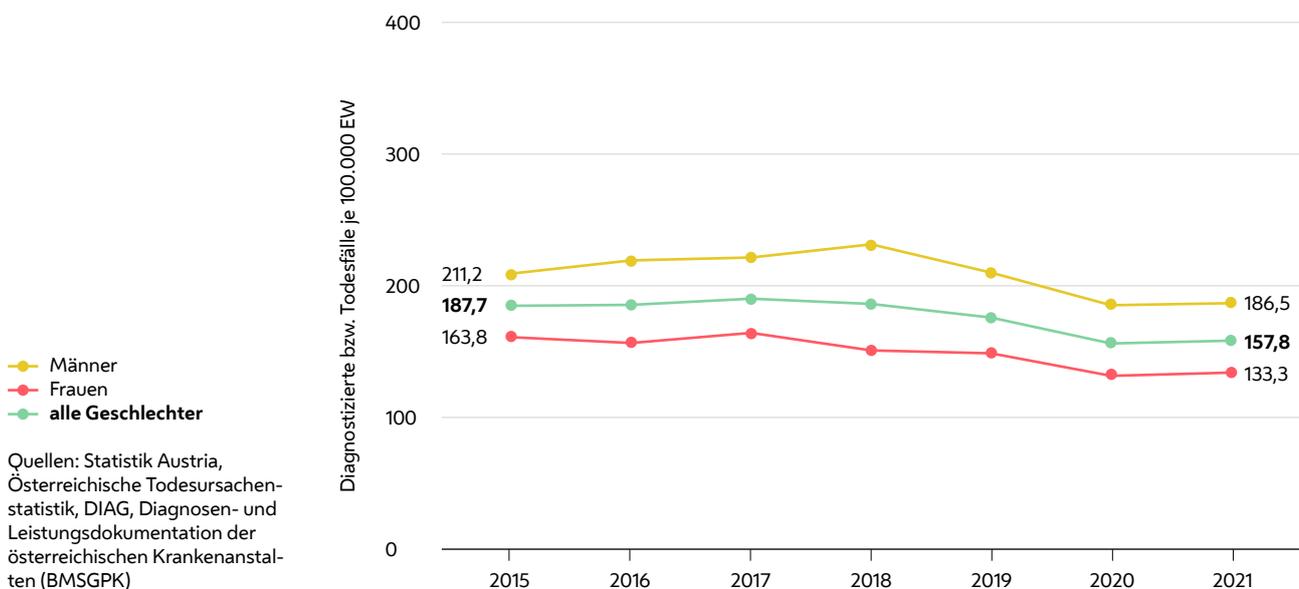
Es ist zu sehen, dass sich der Rückgang der altersstandardisierten Herzinfarkt-Inzidenz in der Beobachtungsperiode weiter fortsetzte (anschließend an die vorherige Periode, Stadt Wien 2017, 24). Die Inzidenz ungeachtet des Geschlechts fiel von 211,7 Todesfällen je 100.000 EW um 41,4 auf 170,3 Todesfälle 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 I64³⁰). 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 2019	Ö 2019	Wien 2006/07	Ö 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 Anteil	Anzahl	Ö 2017 Anteil	Anzahl
Langzeit-Prävalenz Krebs	3,2 %	59.979	4,1 %	357.781

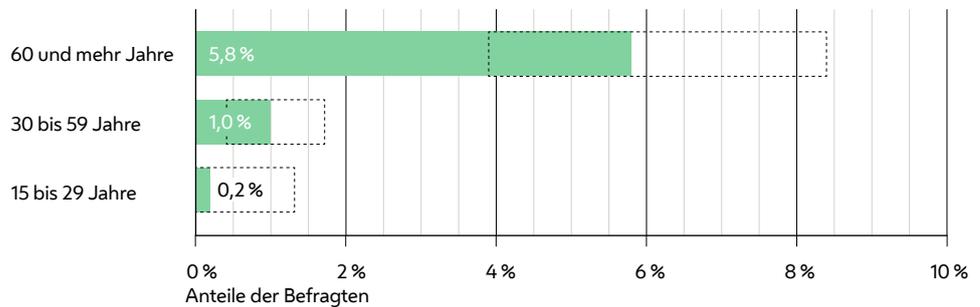
Quelle: Statistik Austria, Krebsregister / Krebs in Österreich

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-Prävalenz³¹ 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

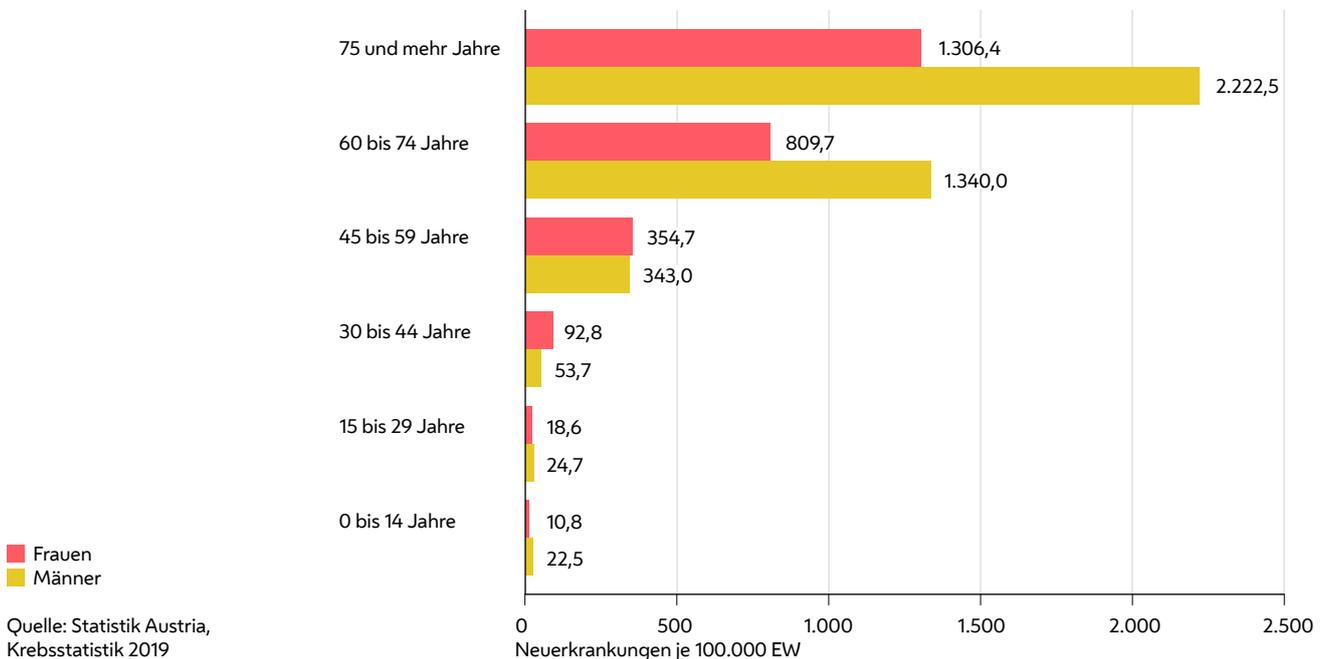


Quelle: ATHIS 2019

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



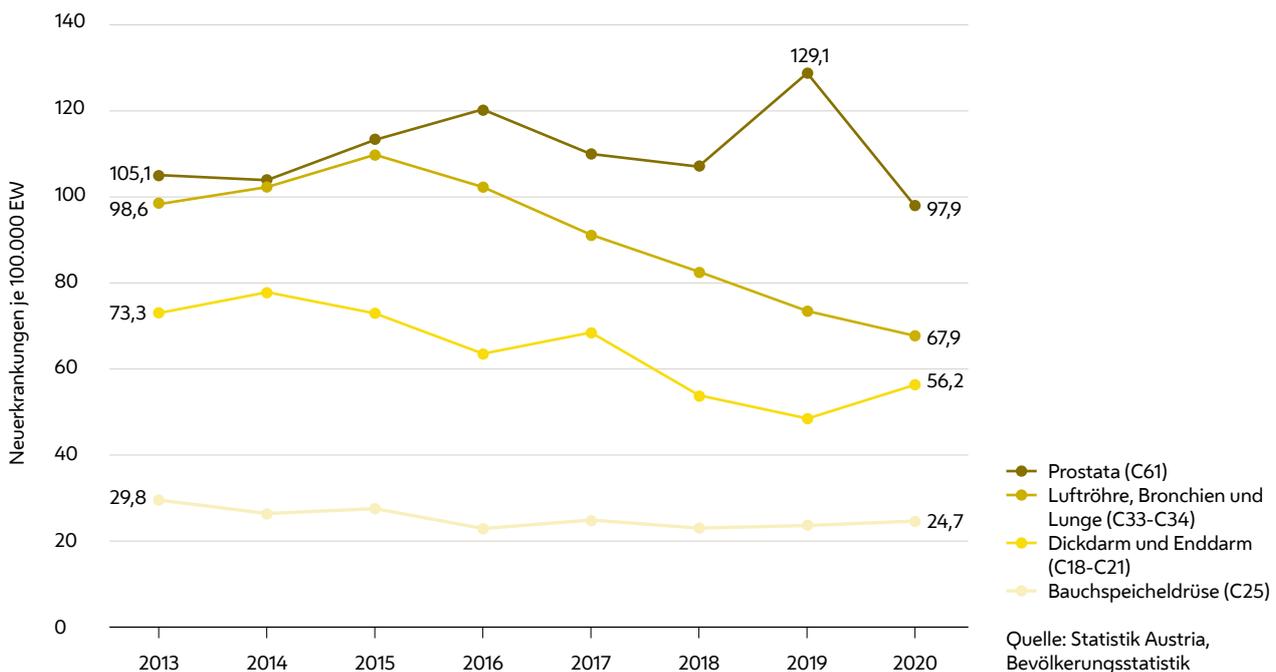
Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik 2019

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

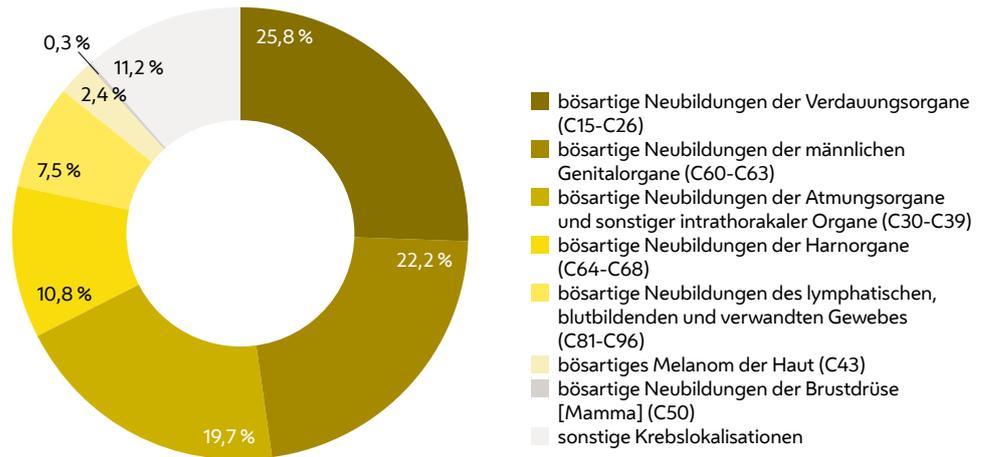


Bei den Männern (Abb. 25) ging die Inzidenz von **Lungenkrebs** seit 2015 (damaliges Niveau: 110,2 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner) kontinuierlich zurück und betrug 2020 nur mehr 67,9 Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner. Auch bei **Darmkrebs** ist seit 2014 insgesamt ein rückläufiger Trend zu beobachten. 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.

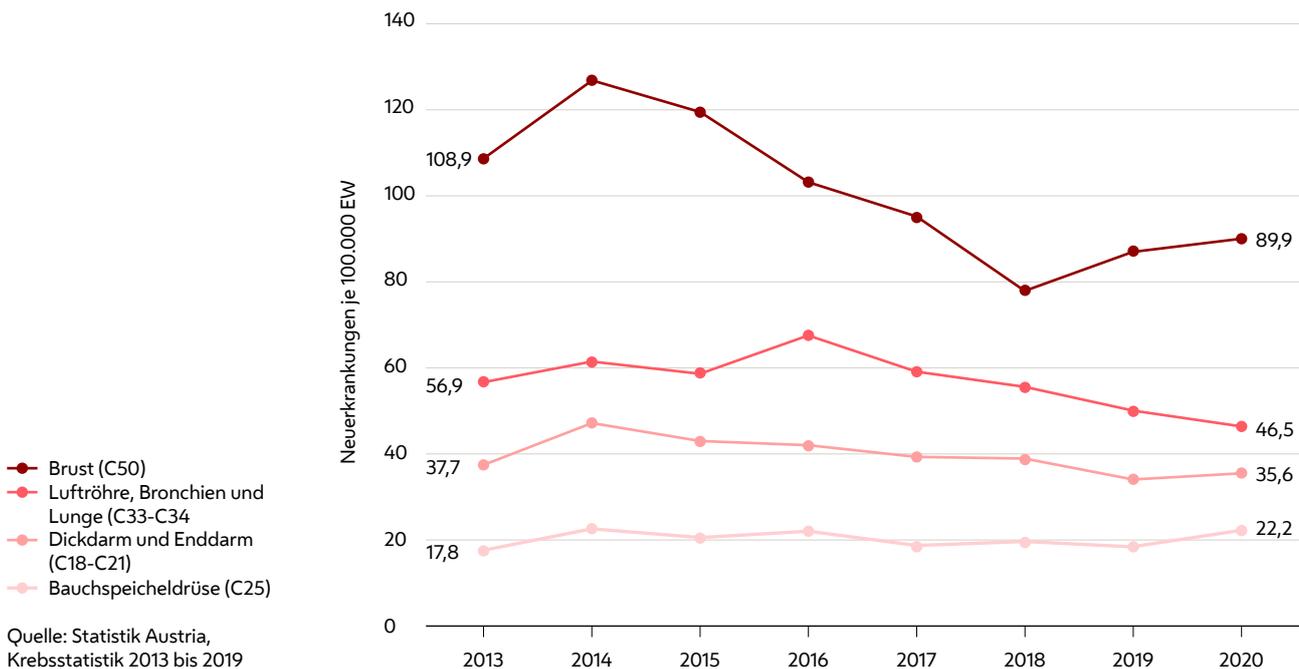
Abb. 26: Lokalisationsbereiche der Krebs-Neuerkrankungen bei Männern,
nach relativer Häufigkeit, Wien, 2013 bis 2019



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

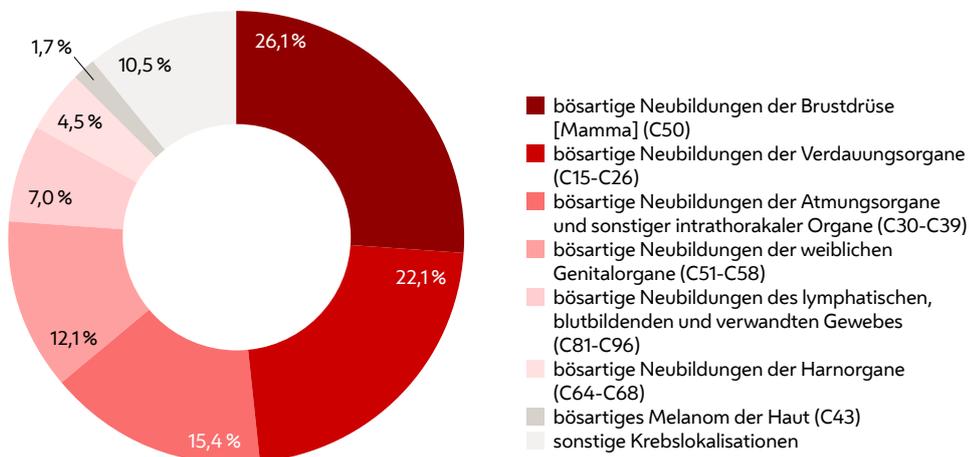


Quelle: Statistik Austria, Krebsstatistik 2013 bis 2019

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)³² 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 %

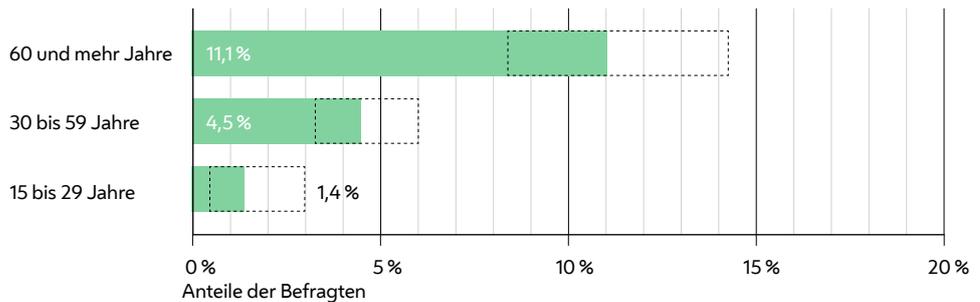
Quelle: ATHIS (2006/27, 2014, 2019)

32 sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2023/Kataloge-2023.html

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

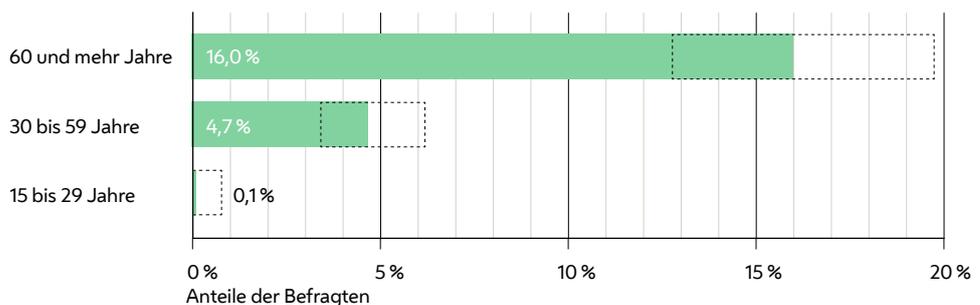
Fragestellung (Mehrfachangaben möglich): *Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?*

	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 Lebensalter³³. 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 %).

³³ 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

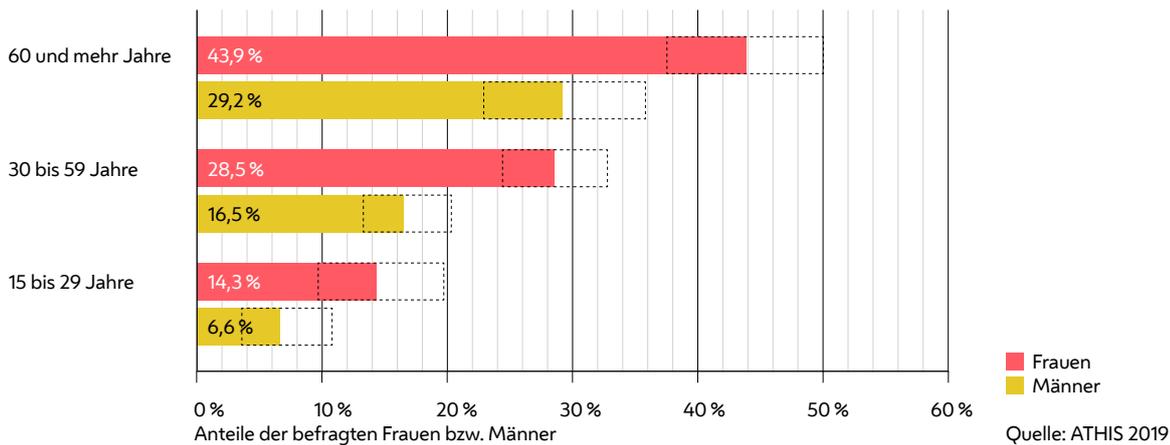
Definition: chronische Schmerzen von mittlerer bis starker Intensität in den letzten 6 Monaten, konstruierter Indikator

	Wien 2019	Wien 2019 Frauen	Wien 2019 Männer	Wien 2014
chronische Schmerzen	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)

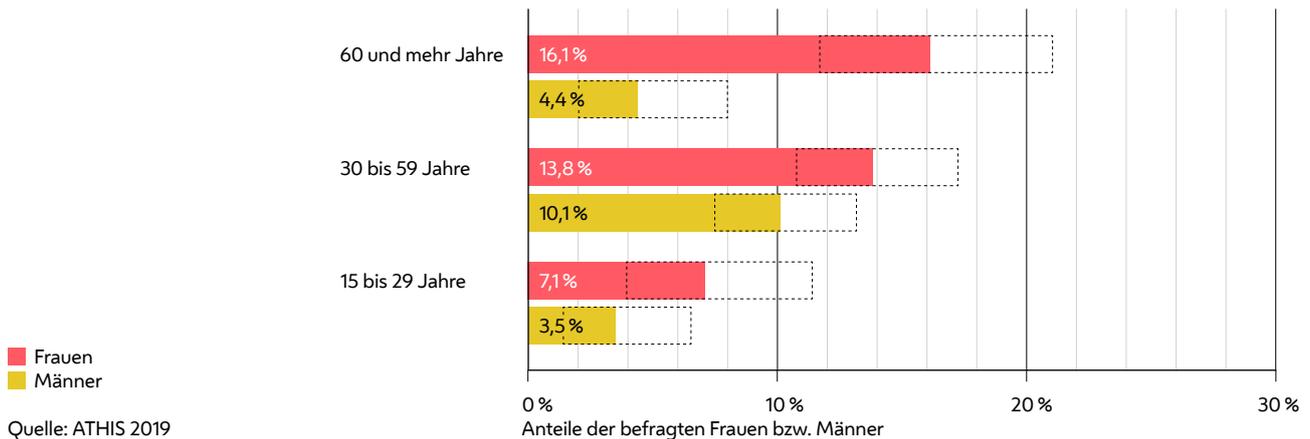
Wienerinnen berichten mit 13,0 % häufiger von einer Depression als Wiener (7,3 %). Der Unterschied beträgt damit 5,7 Prozentpunkte und ist signifikant.

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



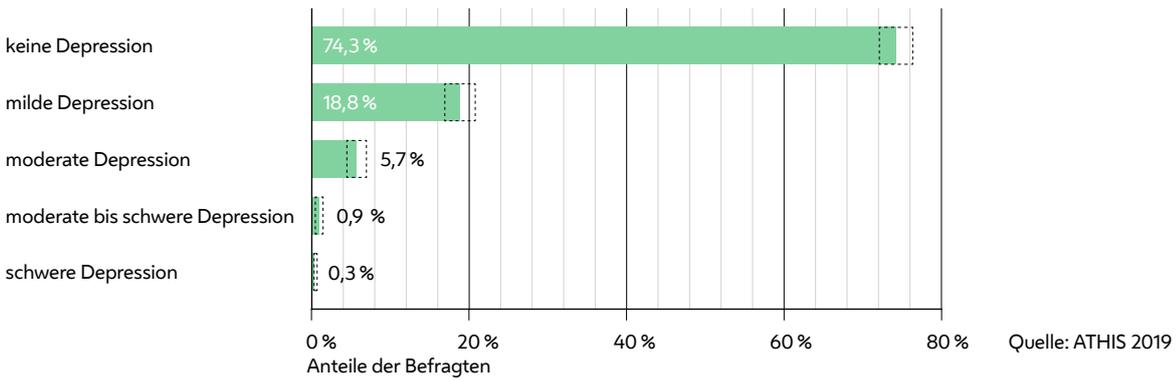
Erhoben wurde die mentale Gesundheit im ATHIS 2019 allerdings nicht nur mit jener Einzelfrage, die zur Selbstdiagnose (bzw. ärztlicher Diagnose) von Depression auffordert. Mit Hilfe eines Sets von acht Fragen wurde zusätzlich erfasst, ob die Befragten (in den letzten zwei Wochen) verschiedene Symptome 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.

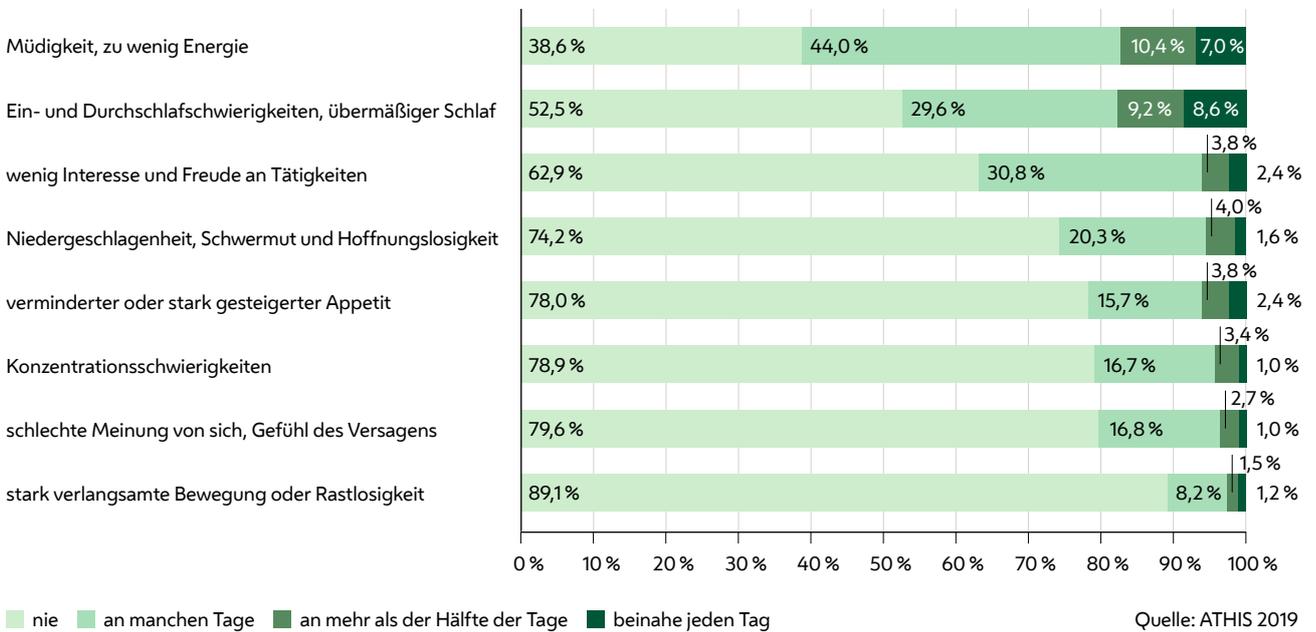
Abb. 33: Depressive Symptomatik, in den letzten zwei Wochen, nach Schweregrad, Wien, 2019



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 (täglich) 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>	25,7%	22,9 %	25,6 %	24,2 %
nach Geschlecht				
Frauen	25,3 %	24,3 %	23,9 %	26,5 %
Männer	26,0 %	21,3 %	27,2 %	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 gefragt³⁴.

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>	3,1 %	3,2 %	3,8 %	3,9 %
nach Alter				
50 bis 59 Jahre	-	0,9 %	-	1,1 %
60 bis 74 Jahre	1,3 %	0,9 %	1,6 %	1,2 %
ab 75 Jahre (W); 75 bis 89 Jahre (Ö)	6,0 %	4,3 %	7,5 %	7,7 %
ab 90 Jahre (Ö)		26,0 %		19,5 %

Quelle: SHARE (2017, 2019/20)

³⁴ 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 gesetzlich³⁵ 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 mehr³⁶.

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

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

Definition: gemeldete Fälle anzeigepflichtiger Krankheiten

	Wien 2022 absolut	Wien 2022, je 100.000 EW	Ö 2022 absolut	Ö 2022, je 100.000 EW
Campylobacteriose	1.180	60,2	6.295	69,5
Salmonellose	289	14,7	1.193	13,2
STEC/VTEC ³⁷	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 Krems³⁸, 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

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**³⁹. Die Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen⁴⁰ 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

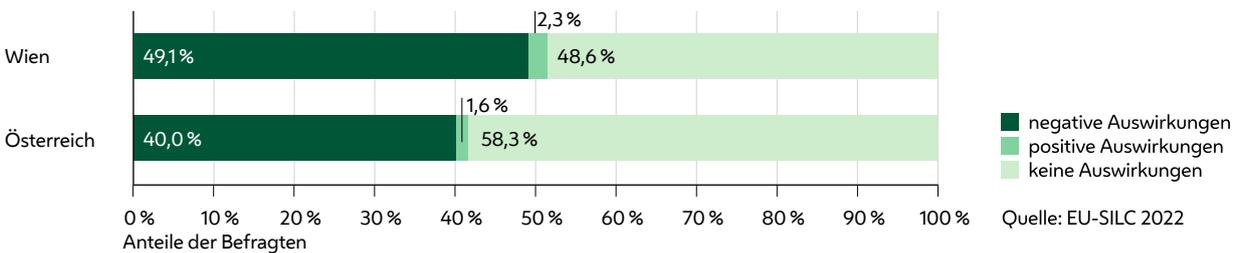
39 gesundausderkrise.at/

40 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.

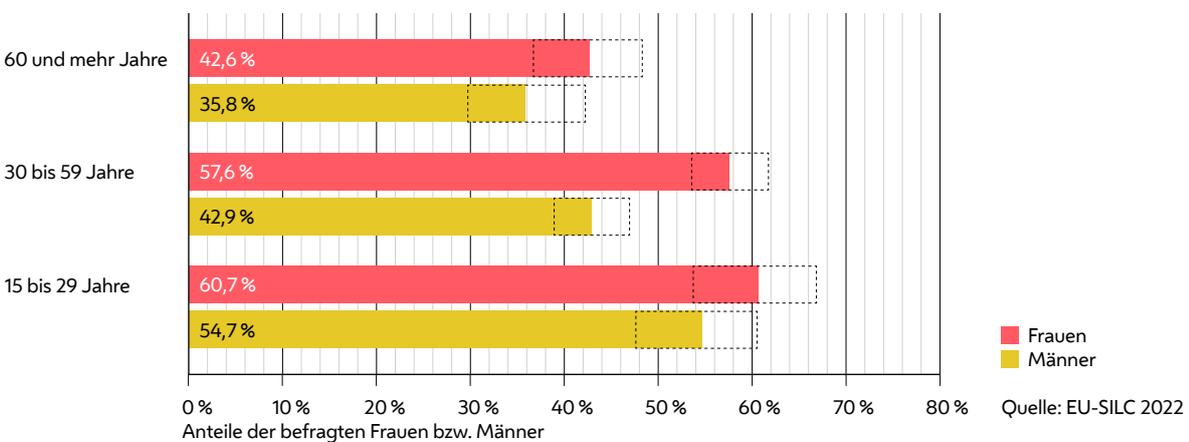
Abb. 35: Psychische Auswirkungen durch COVID-19, Wien und Österreich, 2022



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

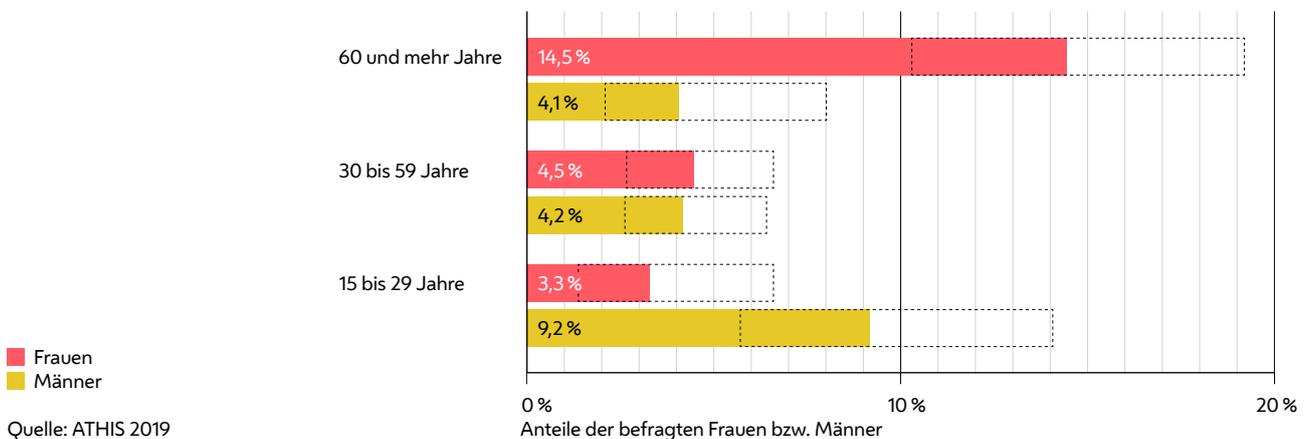
13,6 % der ab-15-jährigen Wiener*innen waren gemäß des ATHIS 2019 in den 12 Monaten vor der Befragung durch Freizeit-, Haushalts- oder Straßenverkehrsunfälle verletzt worden. Eine Auswertung von Daten zu Arbeitsunfällen findet sich weiter unten.

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

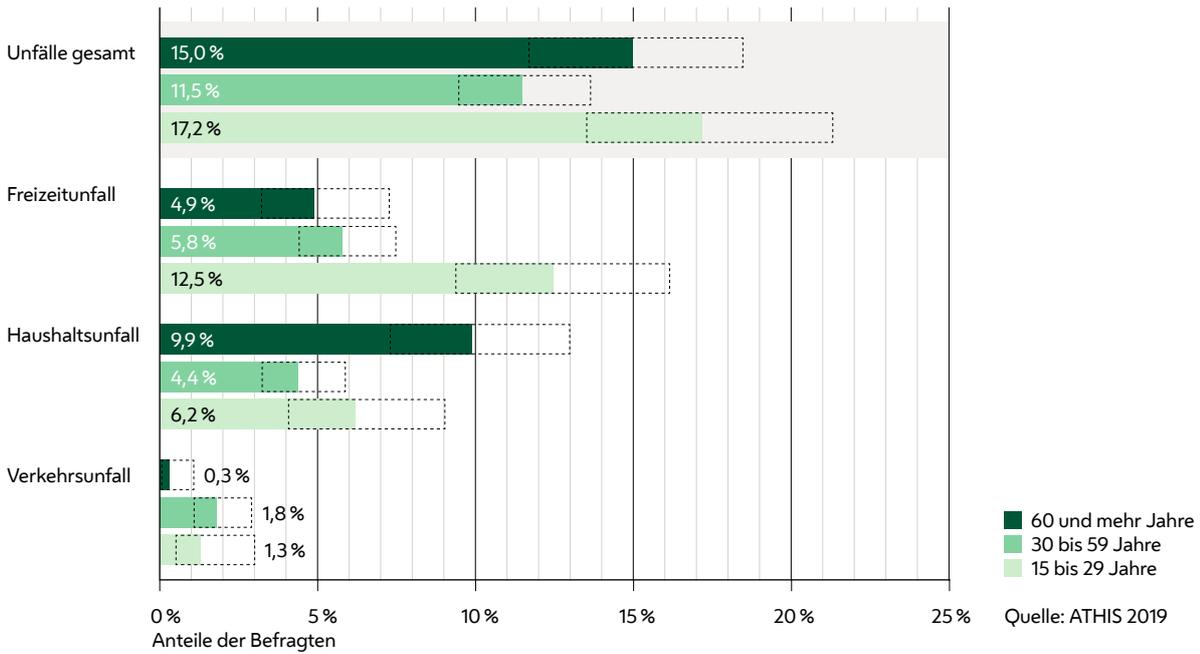


Dieser Unterschied fand sich (auf insgesamt niedrigerem Niveau) auch im letzten Allgemeinen Gesundheitsbericht (Stadt Wien 2017, 28). Er bewirkt außerdem, dass auch bei allen Unfallarten zusammengenommen bei den Ab-60-Jährigen ein signifikanter Geschlechterunterschied besteht.

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).

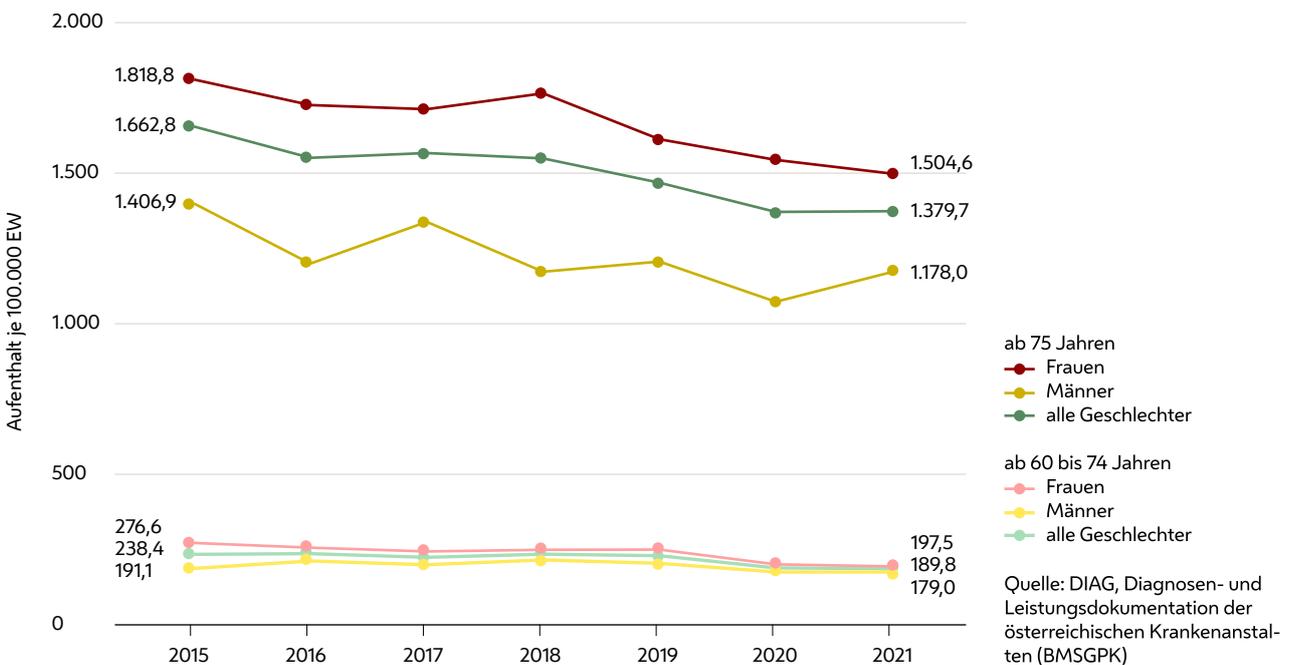
Abb. 38: Verletzungen, 12-Monat-Prävalenz, nach Altersgruppe und Unfallart, Wien, 2019



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:

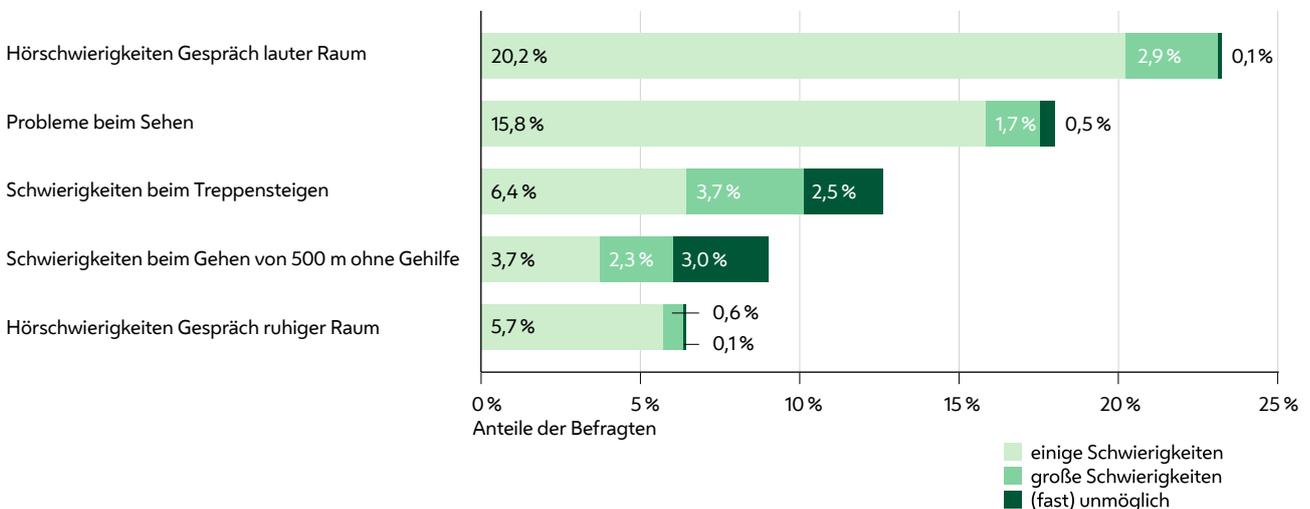
- Schwierigkeiten beim Sehen, auch wenn man eine Brille oder Kontaktlinsen trägt.
- Schwierigkeiten zu hören, was in einem **ruhigen Raum** gesagt wird, selbst wenn ein Hörgerät getragen wird.
- Schwierigkeiten zu hören, was in einem **lauteren Raum** gesagt wird, selbst wenn ein Hörgerät getragen wird.
- 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)

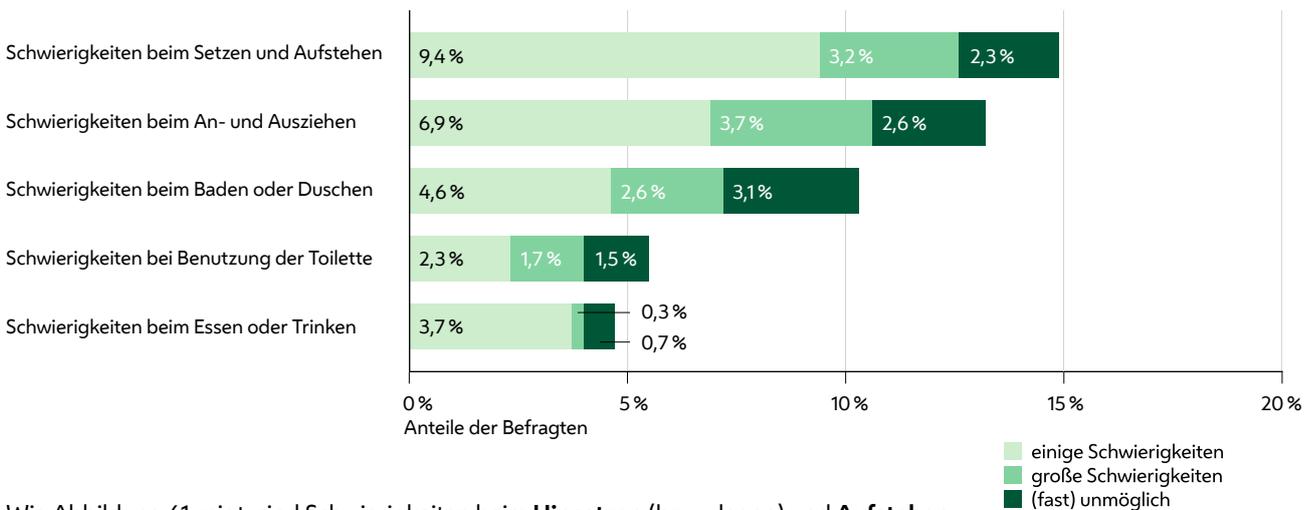
Im ATHIS 2019 wurden Einschränkungen bei **zwei Arten von Alltagsaktivitäten** erhoben. Das waren einerseits die **Activities of Daily Living (ADL)** und andererseits die **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)**. Ersteres bezeichnet basale Tätigkeiten der Körperpflege und weiteren persönlichen 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 %⁴¹. 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 %⁴².

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.

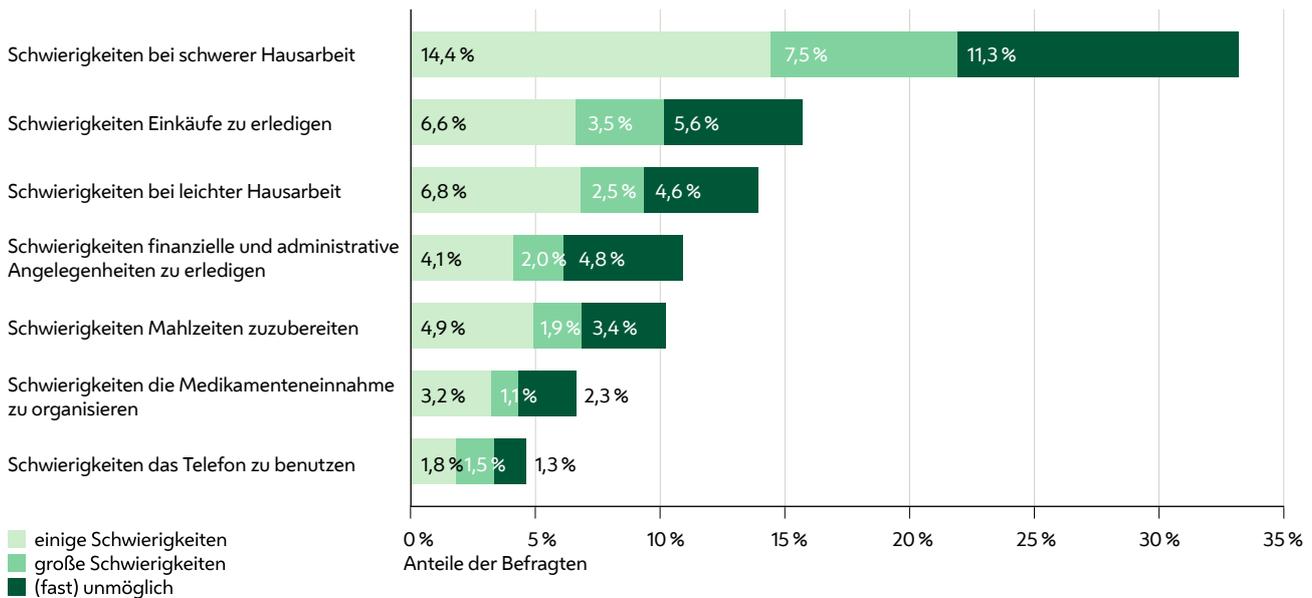
42 Vergleichswert für 2014: 66,2 % der Ab-65-Jährigen.

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 %)⁴³. 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 81,5⁴⁴.

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.

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

⁴⁴ 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

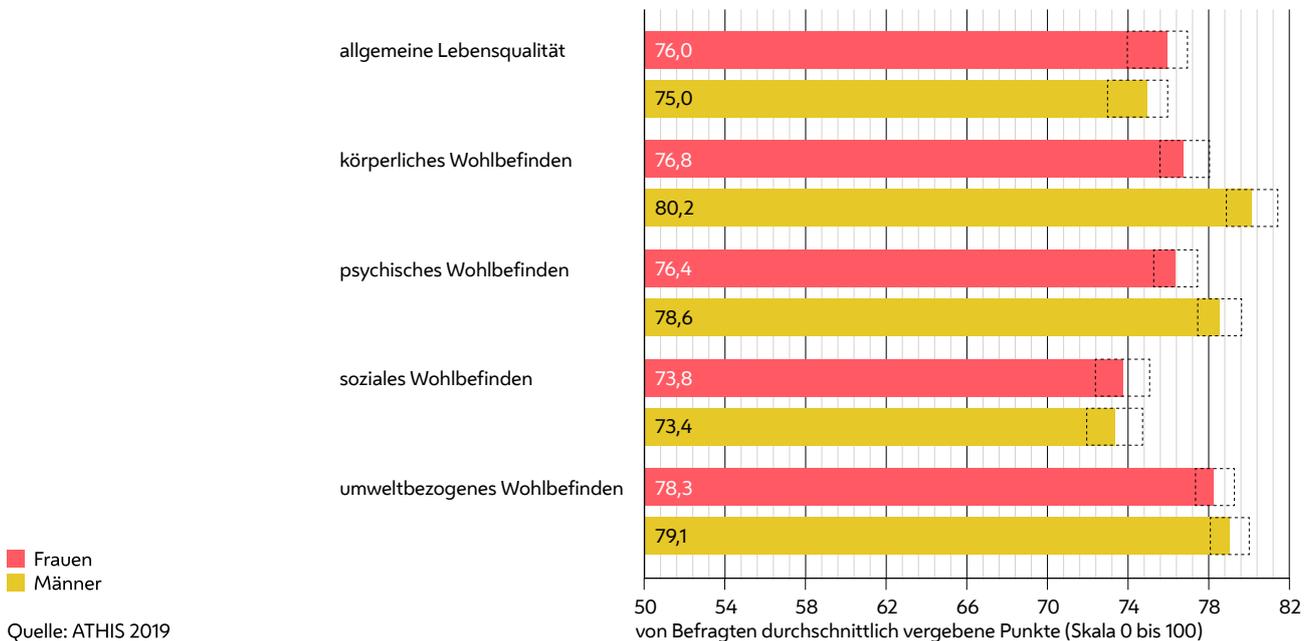
Die Lebensqualität ist ein Indikator der positiven Gesundheit. Sie gewinnt mit steigender Lebenserwartung zunehmend an Bedeutung, da es eine Herausforderung darstellt, eine hohe Lebensqualität bis ins hohe Alter zu erhalten.

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

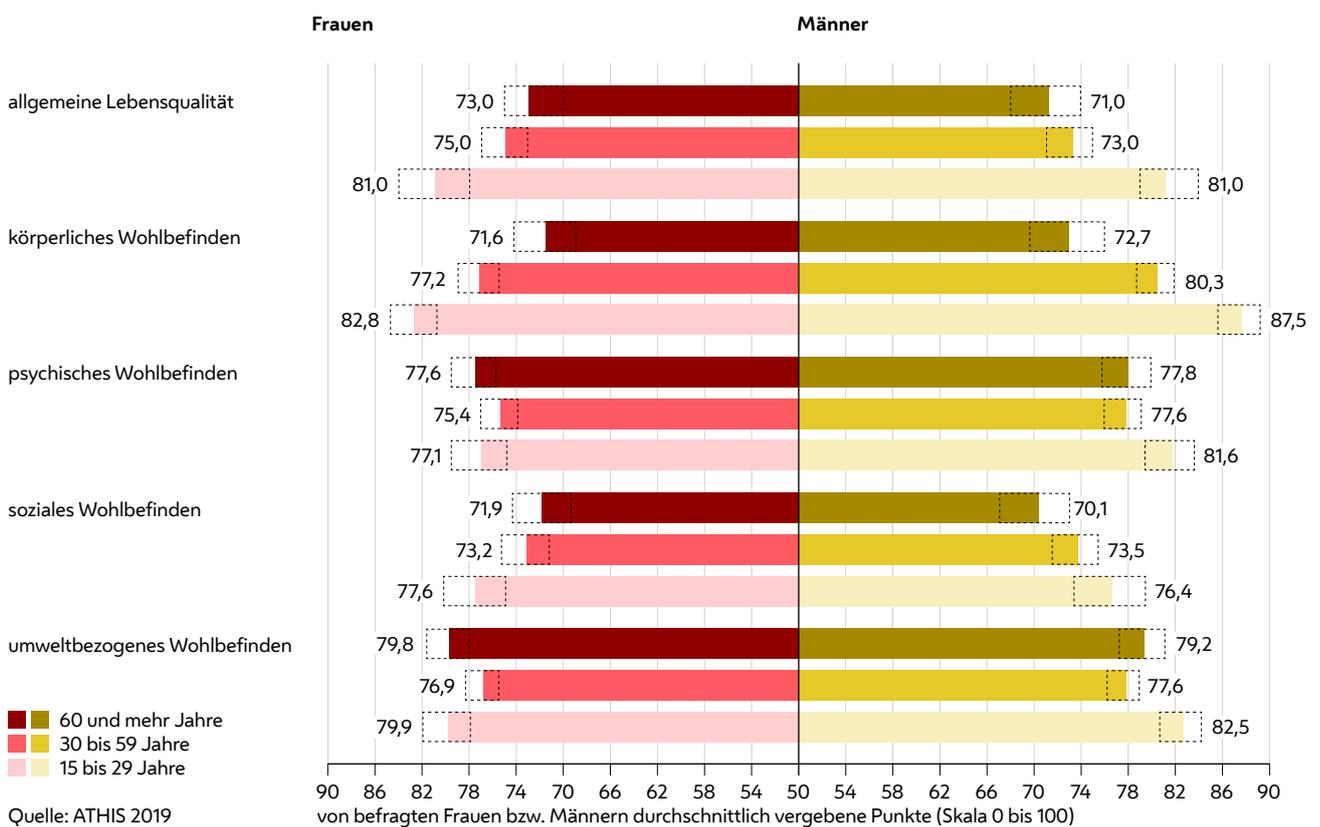


Aufgeschlüsselt nach dem **Geschlecht** (Abb. 43) lässt sich erkennen, dass es insgesamt keine signifikanten Geschlechterunterschiede in der allgemeinen Lebensqualität gibt (oberste Balkenreihe). Was die einzelnen Dimensionen betrifft, zeigen sich bei der körperlichen und der psychischen Gesundheit Unterschiede 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

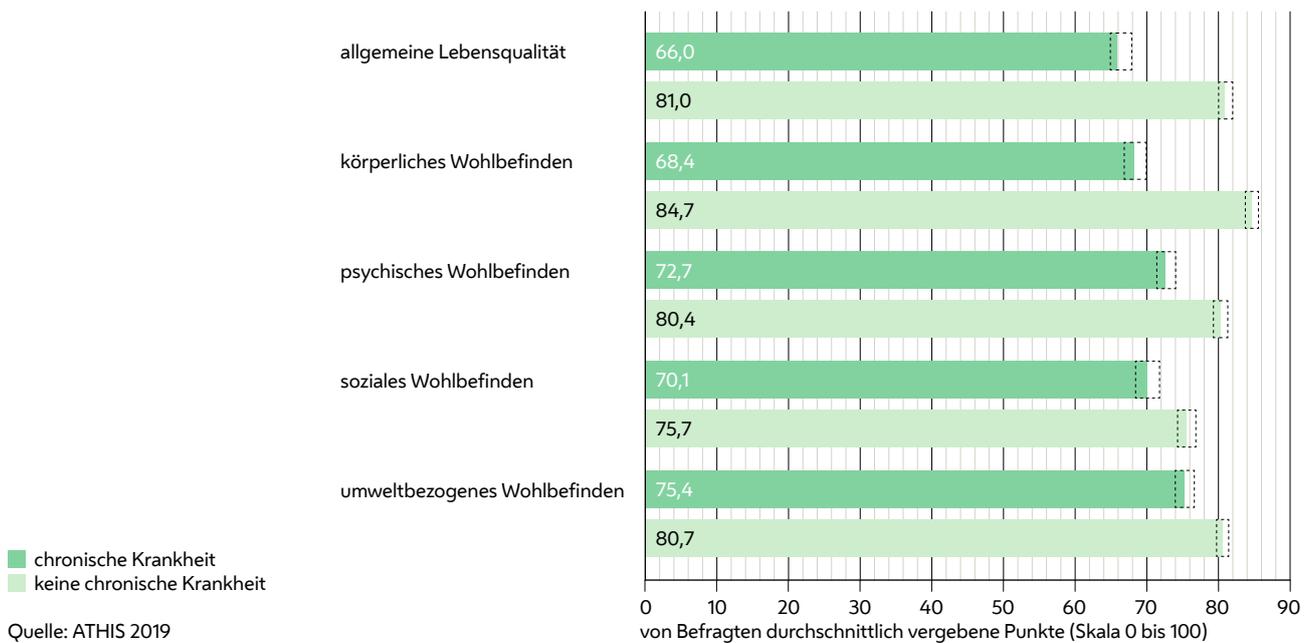


In den anderen beiden Dimensionen der Lebensqualität, der psychischen und der umweltbezogenen Lebensqualität, existiert kein durchgehendes Gefälle zwischen den Altersgruppen. Bei den Wienerinnen sind hier keine signifikanten Unterschiede feststellbar. Bei den Wienern zeigt sich ein signifikanter Abfall 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

